

## Cuándo, cómo y por qué se debería sobretratar una Clase III

Quienes integramos la SAOO deseamos compartir diferentes miradas sobre lo que entendemos es la Ortopedia Maxilar. Nuestro deseo tiene como objetivo publicar diferentes ítems que hacen a la filosofía del tratamiento de pacientes en edad de desarrollo, ofreciendo respuestas disparadoras para el mismo. Nos reúne hoy la reflexión sobre: “Cuándo, cómo y por qué se debería sobretratar una Clase III”.

Profa. Dra. Beatriz Paganini. Presidente SAOO



Dra. Solange Lavia	<b>COMPONENTE GENÉTICO</b>
	La respuesta a este interrogante está comandada por el famoso “reloj biológico”, cuyo funcionamiento estará marcado en gran medida por la genética que traiga consigo el individuo, lo cual constituye un factor inmodificable. El saber que la mandíbula es el último hueso de la cara en dejar de crecer, ya que el proceso continúa años después del pico puberal, debería ser un llamado de atención para el ortodoncista frente a un paciente de Clase III, pues al planificar el tratamiento, debiera contemplar su sobrecorrección con un <i>overjet</i> mayor al de la norma, para salvaguardar la estabilidad oclusal posortodoncia y anticiparse, así, a las inevitables consecuencias que la genética le tiene predestinada.
Dra. Melina Arias	<b>CÁVUM</b>
	La sobrecorrección de una mesiorrelación demanda la presencia de un cávum permeable, ya que los cambios en la relación anteroposterior generan modificaciones en el volumen y forma de las vías aéreas superiores. En las Clases III, la presencia de obstrucciones bajas puede derivar en un adelantamiento mandibular, pseudoprogнатismo, por una necesidad respiratoria que, de no tratarse, se puede convertir en estructural. Cuando la causa es a expensas de un maxilar superior retrognático, el tratamiento ortopédico con máscara favorece un aumento a nivel nasofaríngeo. El tratamiento precoz propicia modificaciones en la dinámica respiratoria, cambios en la postura lingual y en la ubicación del hioides, así como también, cambios posturales a nivel cráneo-cérvico-mandibular.
Dra. Lucrecia Clemenz	<b>FACTOR CEFALOMÉTRICO</b>
	Según Björk, la relación normal entre base craneal anterior (BCA) y longitud del cuerpo mandibular es de 1:1. Este valor determina que la longitud mandibular aumentará 1 a 1,5 mm por cada mm de crecimiento de la BCA. Si la longitud mandibular es de 3 a 5 mm mayor que la longitud de la BCA, el incremento de crecimiento mandibular será mayor al que se produce en los casos que tienen una relación 1:1. Esto indicaría una tendencia a Clase III. El tipo y la oportunidad del tratamiento siempre dependerán de un diagnóstico exhaustivo, individual e integrador de cada paciente, que tenga en cuenta: edad, patrón de crecimiento, biotipo, factores genéticos y epigenéticos, y presencia de hábitos, entre otros.
Dra. Julieta Pitrella	<b>FACTOR CEFALOMÉTRICO</b>
	Alguno de los factores a tener en cuenta para pensar en una “sobrecorrección” es, por ejemplo, una longitud craneal anterior disminuida, la cual determinará poco avance del complejo maxilar superior y que, junto a una longitud del cuerpo mandibular aumentada, puede llevarnos a pensar en un paciente en crecimiento en una futura Clase III o empeoramiento de la misma. No debemos dejar de lado el componente genético, el compromiso funcional y la biotipología, entre otros, quienes cumplen un rol tan importante como los valores cefalométricos en el pronóstico y tratamiento de las Clases III. Aquellos que sean modificables deben ser tratados lo antes posible.
Dra. Melisa Ienco	<b>FRENILLO</b>
	Si hablamos de sobretratar la Clase III de origen esquelético o funcional en los pacientes en crecimiento, sin duda, lo funcional es prioritario. Desde el punto de vista de la inserción y el largo del frenillo lingual, es sabido que es fundamental su diagnóstico y abordaje tempranos y su “sobretratamiento”, si es que se acepta este término para hablar de los tejidos blandos. El frenillo lingual por su inserción y conformación determina la posición en reposo de la lengua y sin duda, también, la ubicación de la lengua en función. Mientras no tengamos en cuenta el diagnóstico adecuado y el trabajo interdisciplinario con la fonoaudiología, no podremos evitar la recidiva de la Clase III en nuestros pacientes, especialmente, la de origen funcional.
Dra. Verónica Molina	<b>TEJIDOS BLANDOS</b>
	Existe un aumento significativo del tercio medio facial. El maxilar superior se desplaza hacia delante y el correspondiente tejido blando se mueve en la misma dirección, evidenciándose una protrusión del labio superior, aumento de la convexidad y disminución del ángulo nasolabial. Al retraerse la mandíbula, hay una reposición del pogonion blando y del labio inferior hacia atrás. El perfil facial cambia de cóncavo a convexo. De frente, se revierte el aspecto de cansancio, porque los pómulos se ven más prominentes.
Dra. Beatriz Paganini	
	Toda decisión terapéutica añade un riesgo y nosotros debemos codificar las alteraciones funcionales reconociendo que en la clínica no siempre nos enfrentamos a formas puras, muchas veces coexiste el problema esquelético con sus respectivas adaptaciones funcionales y compensaciones dentarias. La masticación tiene una función jerárquica en el desarrollo del sistema estomatognático; por ello, debemos evaluar desde los tres años de edad el desarrollo de la oclusión controlando la consistencia de los alimentos, la masticación bilateral y el patrón deglutorio, así como también, el patrón respiratorio. Sabido es que la arquitectura del ciclo masticatorio comienza a dejar su huella en la morfología condilar en aquellos pacientes en que la Clase III se presenta asociada a una laterodesviación mandibular. Los parámetros dentales, óseos y musculares se conjugan y se crea una larga cadena de adaptaciones. Es prioritario definir si el problema es dentario, o es esquelético, y si no fuera ni dentario ni esquelético, debemos investigar si se trata de un problema neuromuscular.