

INTRODUCCIÓN

Después de la descripción de las diez características deseables en una oclusión normal (Capítulo 4), pasaremos a estudiar sus alteraciones o desvíos, llamadas maloclusiones.

Las maloclusiones ocurren en todo el mundo y, bajo cierto punto de vista, presentan una solución más difícil que la propia caries dental, que, con los modernos métodos de prevención como la adición de flúor en el agua de abastecimiento, existe la posibilidad de reducirla sensiblemente. Aquella, en función de su naturaleza morfogenética, en la mayoría de los casos continúa exigiendo cuidados y estudios.

Wylie (1947) define la maloclusión como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden afectar a cuatro sistemas simultáneamente: dientes, huesos, músculos y nervios. Determinados casos muestran irregularidades solamente en la posición de los dientes. Otros pueden presentar dientes alineados o bien posicionados existiendo, sin embargo, una relación basal anormal. Algunos autores utilizan el término displasia para identificar estas anomalías. Así, las maloclusiones pueden ser displasias dentarias, esqueléticas y dento-esqueléticas.

La enorme diversidad de aspectos de las maloclusiones incitó a los ortodontistas a reunir casos semejantes en clases. De esta manera, surgieron las clasificaciones que agrupan casos clínicos de aspectos similares en clases de maloclusión.

El acto de clasificar es frecuente en todas las ramas de la ciencia, es empleado en la botánica, en la zoología, en las ciencias exactas, etc. Podemos citar entre las principales ventajas de clasificar las maloclusiones:

- Mayor rapidez en la identificación del aspecto clínico, sea para la comunicación entre profesionales, sea para que el propio ortodontista raciocine sobre los posibles factores etiológicos del problema;

- Posibilita la comparación de casos clínicos con aspectos semejantes (agrupados en una misma clase) o distintos (clases diferentes).

Sin embargo, las clasificaciones tienen limitaciones y, entre ellas, la mayor reside en el hecho de que en la elaboración del proyecto terapéutico la clase de oclusión debe desarrollar un papel bastante restringido. Aunque existan semejanzas en el aspecto, maloclusiones de la misma clase podrán presentar agentes causales distintos, cabiendo al profesional cuidadoso realizar un examen clínico y radiográfico detallado, hasta la definición del tratamiento.

Una de las primeras clasificaciones ortodónticas surgió en 1842, cuando Carabelli dividió las maloclusiones en:

<i>Mordex normalis</i>	→	oclusión normal
<i>Mordex rectus</i>	→	contacto incisal de borde a borde
<i>Mordex abertus</i>	→	ausencia de contacto oclusal o mordida abierta
<i>Mordex prorsus</i>	→	desequilibrio oclusal por protrusión
<i>Mordex retrorsus</i>	→	desequilibrio oclusal por retrusión
<i>Mordex tortus</i>	→	inversión de la oclusión en el sentido vestibulolingual o mordida cruzada

Otras clasificaciones fueron surgiendo como las de Magitot (1877), Case (1921), Carrea (1922), Simon (1922) e Izard (1930). Sin embargo, de todas, la que más se difundió, fijándose definitivamente en la Ortodoncia, fue la clasificación desarrollada por Edward Hartley Angle.

I - CLASIFICACIÓN DE ANGLE

Angle, en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. El autor supuso que el primer molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios anteroposteriores de la arca inferior en relación a él.

Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen de la oclusión normal, descrita en el capítulo anterior. Las Clases de maloclusión fueron divididas en I, II, III (en números romanos).

I - CLASE I

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la "llave molar".

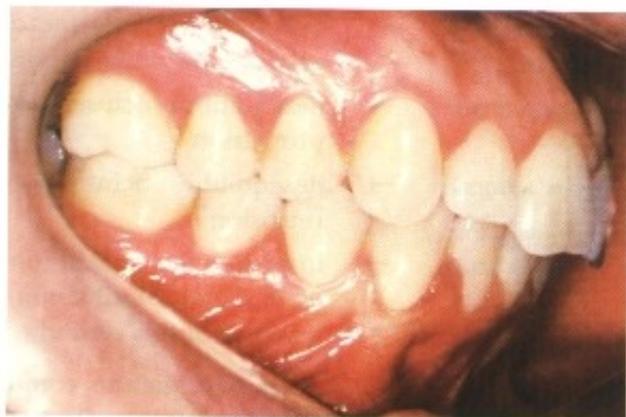
El autor denominó llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del 1er. molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del 1er molar inferior (Fig. 5.1).

En los pacientes portadores de Clase I de Angle es frecuente la presencia de un perfil facial recto (Fig. 5.2 A y B) y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

CLASE I

CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
LLAVE MOLAR

5.1A



5.1B

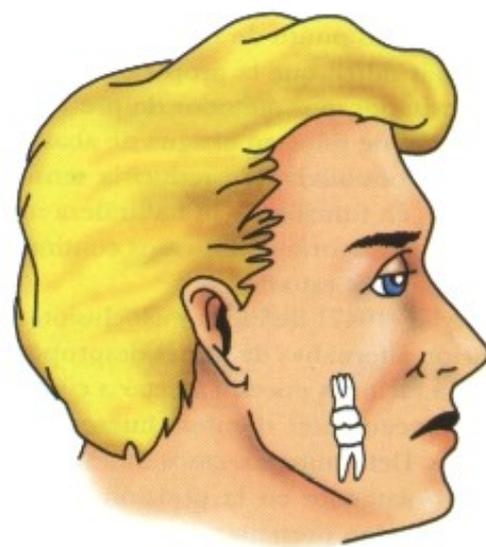
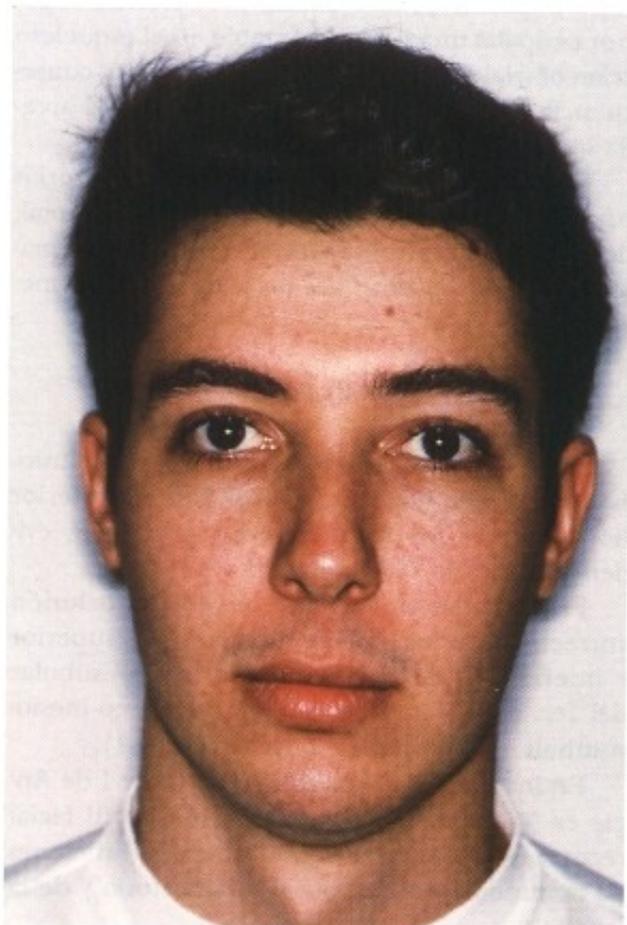
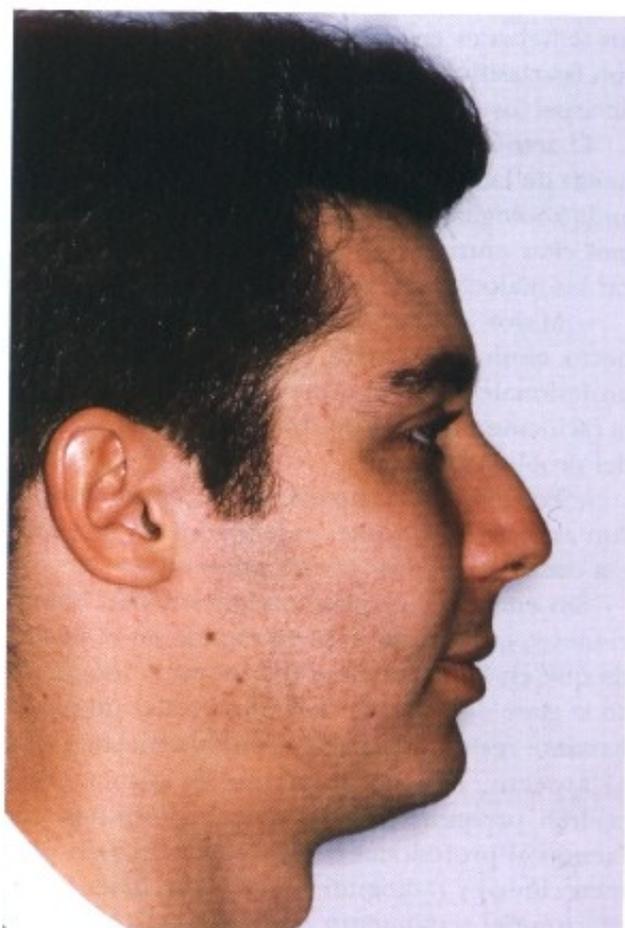


Fig. 5.1 - Llave molar. Es la relación presente en la oclusión normal, así como en la maloclusión Clase I. (5.1 A) Cuando los molares están en llave, la punta de la cúspide mesiovestibular del superior ocluye en el surco mesiovestibular del 1.er. molar inferior. El perfil facial recto (5.1 B) es frecuente.

5.2A



5.2B



5.2C

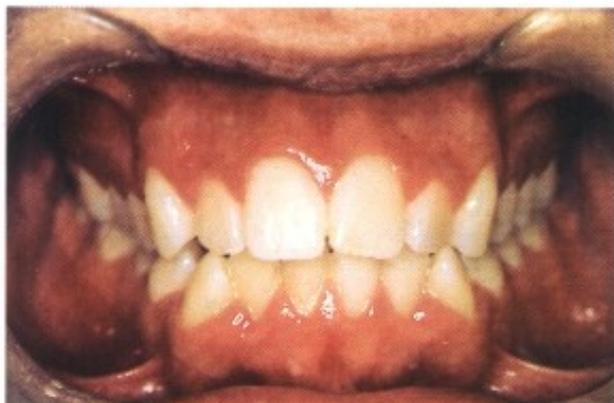
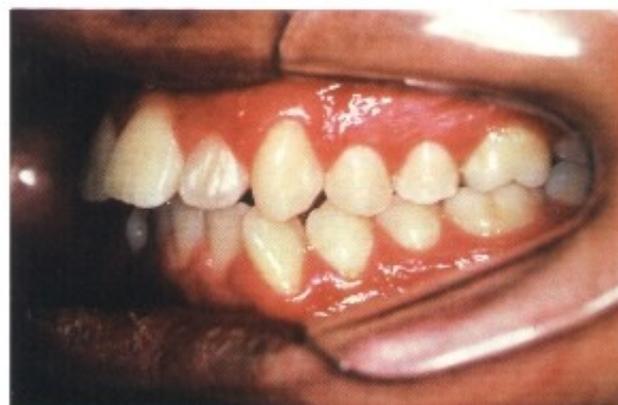


Fig. 5.2. Paciente portador de maloclusión Clase I de Angle. Los 1^{os} molares están en llave, pero pueden ocurrir problemas de espacio y mordida abierta.

5.2D



Los problemas oclusales que pueden ocurrir aisladamente o combinados (**Figs. 5.2C, D y E**) son normalmente debidos a la presencia de falta de espacio en el arco dentario (apiñamiento), excesos de espacio en el arco (diastemas), malposiciones dentarias individuales, mordida abierta,



5.2E

mordida profunda o sobremordida (**Fig. 5.3A y B**), cruzamiento de mordida o hasta protrusión dentaria simultánea de los dientes superiores e inferiores (biprotrusión). En general, en los casos de mordida abierta o de biprotrusión, el perfil facial se torna convexo (**Fig. 5.3C y D**).

5.3A



5.3B

Figs. 5.3 A y B. Profundización de la mordida en la región incisal, usualmente llamado sobremordida u overbite.

5.3C



5.3D



Fig. 5.3 - Las imágenes C y D presentan una paciente con maloclusión Clase I de Angle asociada a la biprotrusión dentaria, lo que produce un perfil convexo.

2 - CLASE II

Son clasificadas como Clase II de Angle las maloclusiones en las cuales el 1er. molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al 1er. molar superior, siendo, por eso, también denominada distoclusión.

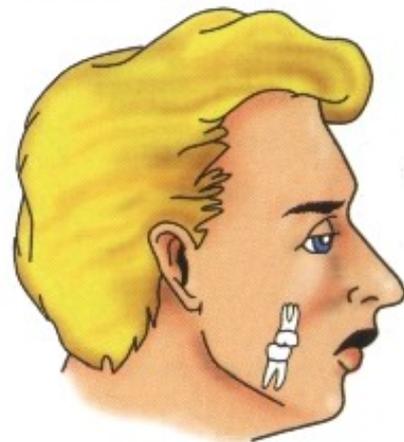
Su característica determinante es que el surco mesiovestibular del 1er. molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del 1er. molar superior (Fig. 5.4A).

En general, los pacientes clasificados en este grupo presentan perfil facial convexo (Fig. 5.4B).

CLASE II

CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
DISTOCCLUSIÓN DEL 1^{er} MOLAR PERMANENTE INFERIOR

5.4A



5.4B

Fig. 5.4 - Distoclusión del 1er. molar permanente inferior, característica determinante de la maloclusión Clase II de Angle. Se observa que el surco mesiovestibular del molar inferior se sitúa distalmente a la cúspide mesiovestibular del 1er. molar permanente superior (Fig. 5.4 A). La figura B muestra el perfil convexo, frecuente en los pacientes Clase II.

Las maloclusiones Clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2 (escritas en números arábigos).

A – CLASE II DIVISIÓN 1

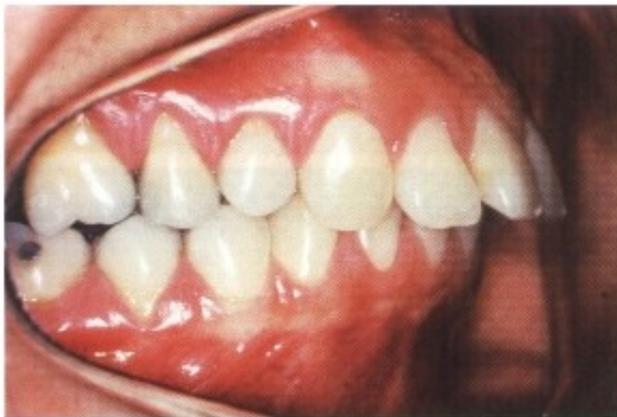
Angle situó en esta división las maloclusiones Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores (Fig. 5.5).

Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste anteroposterior es llamado resalte u "overjet". El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo (Fig. 5.6).

Podemos observar, asociada a la Clase II división 1, la presencia de:

CLASE II DIVISIÓN 1
 CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES
 RELACIÓN MOLAR CLASE II
 VESTIBULARIZACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES

5.5A



5.5B

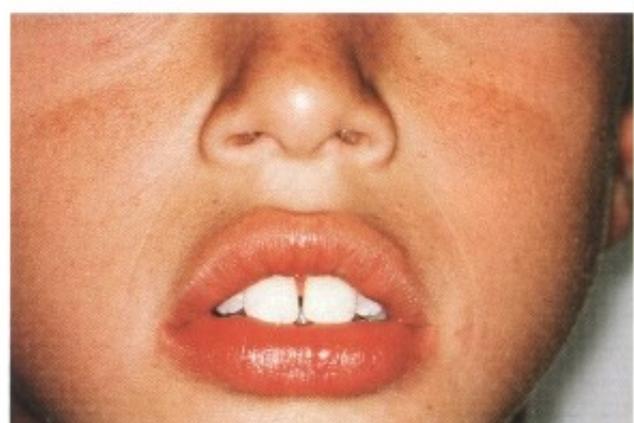


Fig. 5.5 - Angle situó en la división 1 de la Clase II las maloclusiones que presentan relación molar Clase II (distoclusión) y vestibularización de los incisivos superiores.

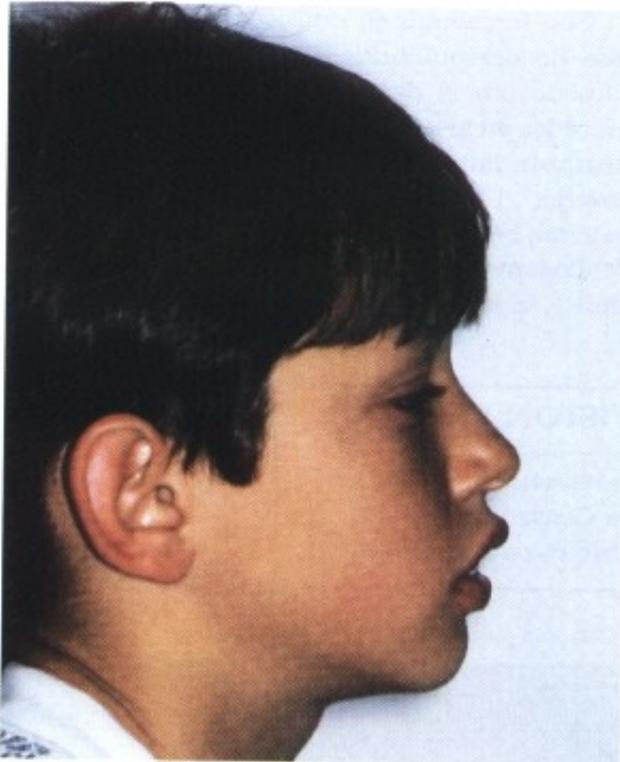
5.6A



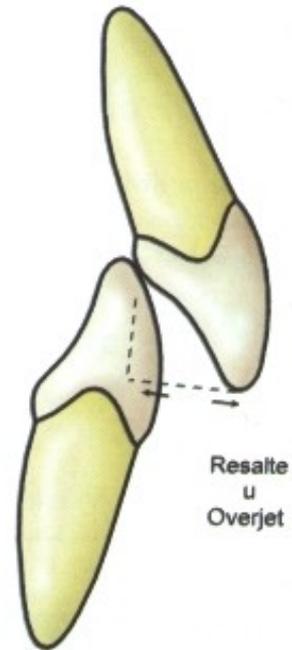
5.6B



5.6C



5.6D



5.6E



5.6F

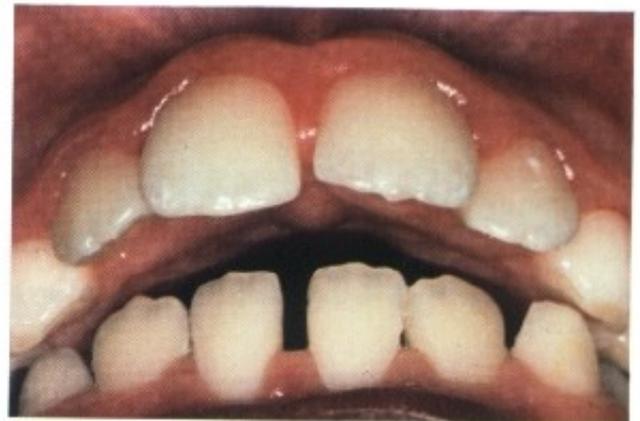


Fig. 5.6 - Paciente clasificado como Clase II división 1. Observe el desequilibrio muscular (A, B, C) con incompetencia de los labios y profundización del surco mentolabial. La vestibularización de los incisivos superiores crea una proyección de éstos en relación a los incisivos inferiores. Esta proyección es llamado resalte u overjet (5.6 D, E y F).

- **Mordida profunda:** ya que el contacto oclusal de los incisivos está alterado por el resalte, éstos suelen extruirse, profundizando la mordida;
- **Mordida abierta:** presente en los pacientes que poseen hábitos inadecuados, ya sea debido a la interposición de la lengua, a la succión digital o al chupón (chupete);
- **Problemas de espacio:** falta o exceso de espacio en el arco;

- **Cruzamiento de mordida:** en los casos con resalte, la lengua tiende a proyectarse anteriormente durante las funciones de deglución y fonación, manteniéndose asentada en el piso bucal (al contrario de tocar el paladar duro) durante el reposo. Este desequilibrio favorece la palatinización de los premolares y molares superiores, pudiendo generar mordidas cruzadas (Fig. 5.7);
- **Malposiciones dentarias individuales.**

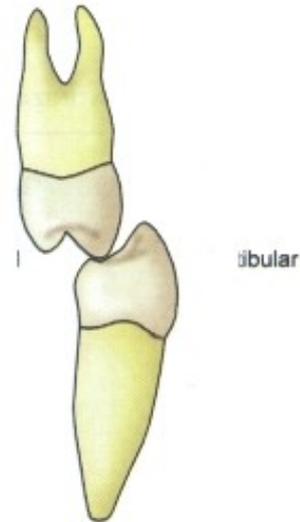
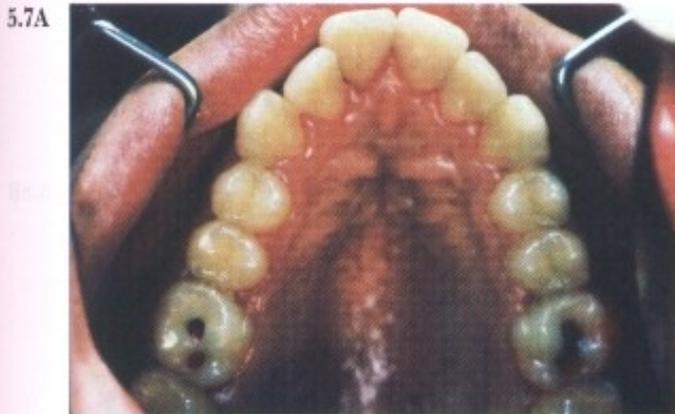


Fig. 5.7 - Palatinización de los dientes posteriores superiores (A), lo que puede llevar al cruzamiento lingual de la mordida. En estos casos, las cúspides vestibulares de premolares o molares ocluyen en el surco central de los dientes inferiores (B). En las imágenes C, D, E y F, un caso raro de Clase II división 1; con cruzamiento vestibular de mordida, en el cual las caras palatinas de los premolares y molares superiores del lado derecho tocan la cara vestibular de los dientes inferiores.

En algunos casos, la relación molar Clase II ocurre solamente en uno de los lados. En estos casos decimos que estamos ante una Clase II, división 1, subdivisión derecha (cuando la relación molar Clase II estuviera solamente en el lado derecho), o Clase II división 1, subdivisión izquierda (cuando la Clase II estuviera en el lado izquierdo).

B - CLASE II DIVISIÓN 2

Esta clase engloba las maloclusiones que presentan relación molar Clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados (Fig. 5.8).

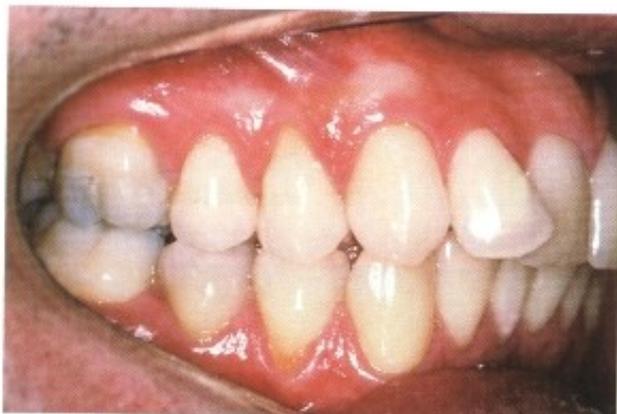
Los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el perfil recto y el levemente conve-

CLASE II DIVISIÓN 2

CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES
RELACIÓN MOLAR CLASE II

PALATINIZACIÓN O VERTICALIZACIÓN DE LOS INCISIVOS SUPERIORES

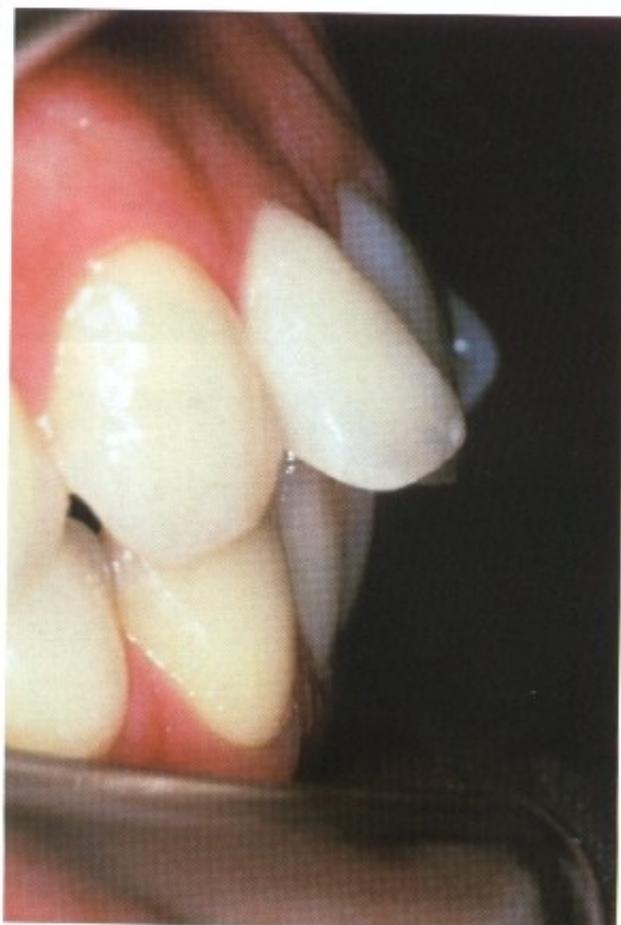
5.8A



5.8B



5.8C



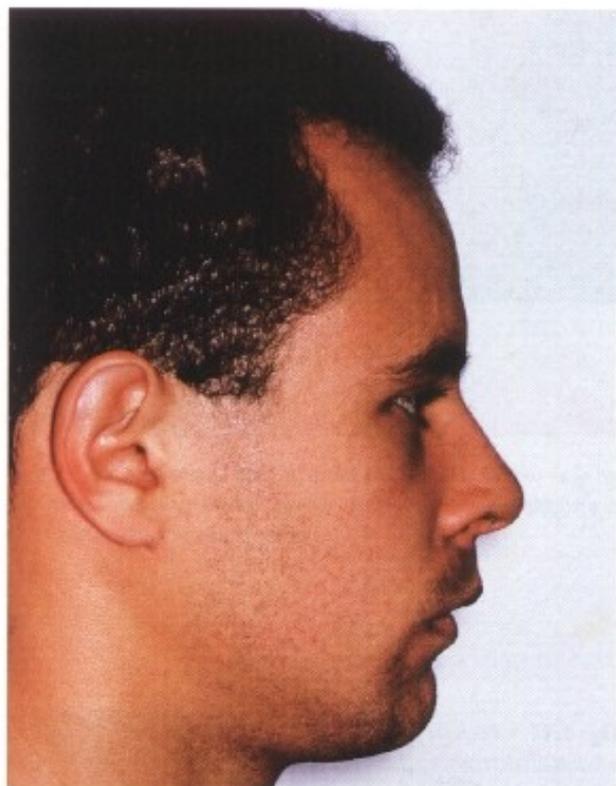
5.8D



Fig. 5.8 - Las maloclusiones Clase II división 2 de Angle caracterizándose por la distoclusión (relación molar Clase II) y palatinización o verticalización de los incisivos superiores. En este caso clínico, hay palatinización solamente de los dos incisivos centrales.

o, asociados, respectivamente, a la musculatura equilibrada o a ésta con una leve alteración (Fig. 5.9).

Es posible que encontremos, asociada a la Clase II, división 2, una mordida profunda anteri-



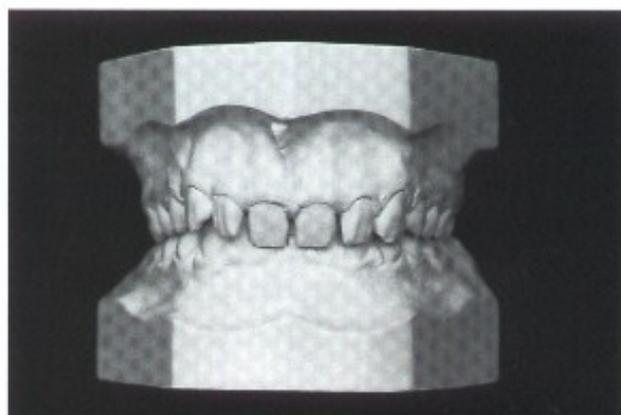
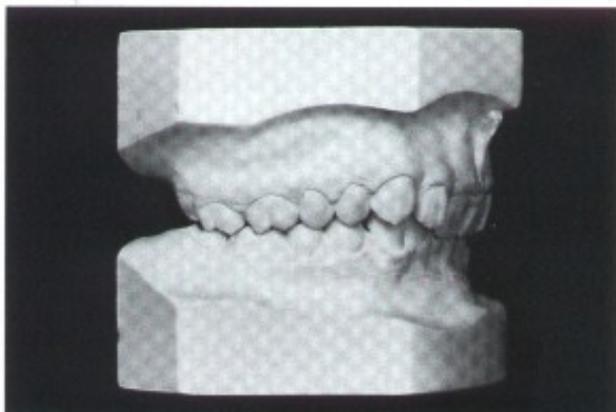
or, principalmente en los casos en que no hay contacto interincisal (Fig. 5.10).

Cuando la maloclusión Clase II división 2 presenta relación molar Clase II solamente en uno de los lados, usamos el término subdivisión (Fig. 5.11).

5.10A



5.10C



5.10B



5.10D

Fig. 5.10 - Aspecto de una Clase II división 2 con severa sobremordida. Tanto los incisivos centrales como los laterales superiores están palatinizados.

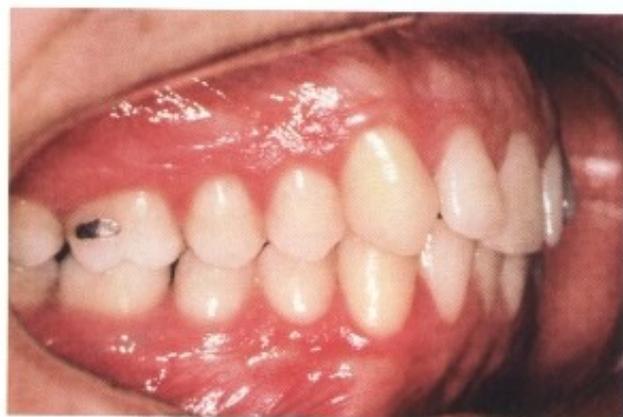
5.11A



5.11

Fig. 5.11 - Paciente portador de maloclusión Clase II división 2 subdivisión derecha, es decir, la relación molar Clase II está solamente en el lado derecho, mientras el lado izquierdo presenta llave molar.

5.11C



5.11

3 - CLASE III

Angle clasificó como Clase III las maloclusiones en las que el 1er. molar permanente inferior y, por tanto, su surco mesiovestibular se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del 1er. molar permanente superior (Fig. 5.12).

El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura está, en general, desequilibrada

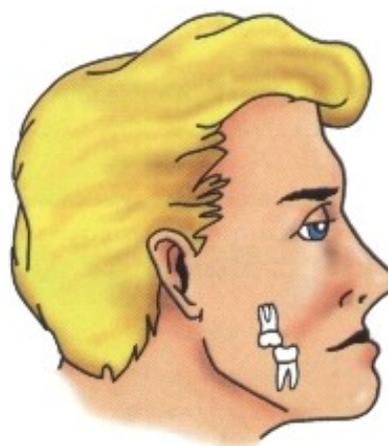
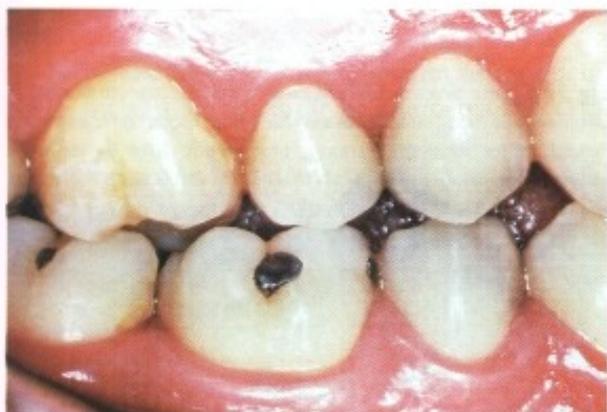
(Fig. 5.13). Los cruzamientos de mordida anterior o posterior son frecuentes.

Eventualmente encontramos problemas de espacio (falta o exceso), mordidas abiertas o profundas y malposiciones dentarias individuales (Fig. 5.14).

En el caso en que solamente uno de los dos lados esté en Clase III, empleamos el término subdivisión.

CLASE III
CARACTERÍSTICA DETERMINANTE
MESIOCLUSIÓN DEL 1^{er} MOLAR PERMANENTE INFERIOR

5.12A



5.12B

Fig. 5.12 - La mesioclusión del 1^{er} molar permanente inferior es la característica determinante de la maloclusión Clase III de Angle. Observe que el surco mesiovestibular del molar inferior está mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del 1^{er} molar superior (Fig. 5.12A). El perfil cóncavo (B) es frecuente en estos pacientes.

5.13A



5.13B

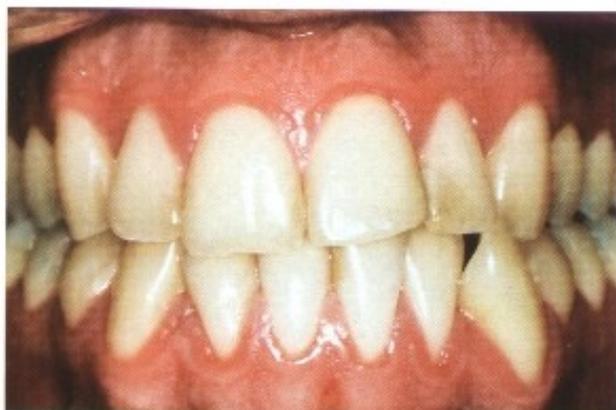
Fig. 5.13 - Perfil característico de paciente portador de Clase III (A) y vistas intrabucales de frente (B) y lateral derecha e izquierda (C y D), evidenciando el cruzamiento de mordida anterior.

5.13C



5.13D

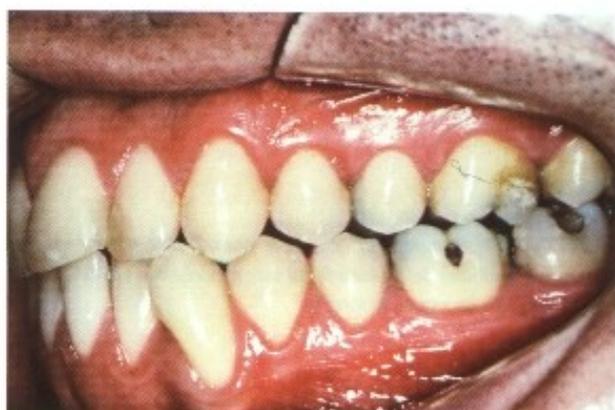
5.14A



5.14B



Fig. 5.14 - Caso clínico de Clase III, en el cual el cruzamiento de mordida anterior no se manifestó. La oclusión fue compensada con la inclinación lingual de los incisivos inferiores, produciendo falta de espacio y apiñamiento.



5.1

La clasificación de Angle es, aún hoy, la más utilizada por los ortodoncistas, y esto se debe a su simplicidad – con solamente tres clases – y fácil comprensión. Sus limitaciones están en el hecho de que el 1er. molar superior permanente no es estable en el esqueleto craneofacial, como probaron los estudios cefalométricos posteriores; se basa solamente en el posicionamiento de los dientes, dejando de elucidar los aspectos óseos y musculares, y considera solamente las alteraciones en el sentido anteroposterior, no citando los verticales o transversales.

Para compensar las eventuales fallas de la clasificación de Angle, describiremos la clasificación

de Lisher y de Simon, que enfocan otros aspectos de las maloclusiones.

II – CLASIFICACIÓN DE LISHER

En 1911, Lisher sugiere una manera de clasificar el malposicionamiento dentario de forma individualizada, es decir, el autor utiliza un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal. Añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío.

I – Mesioversión – El diente está mesializado en relación a su posición normal (**Fig. 5.15**).

5.15A



5.15

Fig. 5.15 – Mesioversión del 1º molar superior izquierdo como resultado de la pérdida del 1º y 2º premolar superior.