



Problemas ortodóncicos residuales de los pacientes tratados de manera externa a la Clínica del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz «Dr. Rafael Lucio» (CEMEV)

Residual orthodontic problems of patients treated externally from the Clinic of the Center of Medical Specialties of the State of Veracruz «Dr. Rafael Lucio» (CEMEV)

Ivonne Scarlleth Herrera Navarrete,* Roberto Gómez Cruz,§ Blanca Estrella Quintero Maceda^{||}

RESUMEN

A la clínica de ortodoncia del CEMEV llegan pacientes que previamente recibieron tratamiento ortodóncico de manera externa y que presentan distintas alteraciones. El objetivo de este trabajo fue describir los problemas ortodóncicos residuales que tienen estos pacientes. Para ello se realizó una revisión de expedientes clínicos para establecer el diagnóstico con el cual acuden. Se revisaron 49 expedientes 75% género femenino, con edades entre los 18 y 30 años, encontrando con mayor frecuencia los problemas ortodóncicos; clase II molar del lado derecho, clase II canina bilateral, desviación de la línea media superior hacia la derecha en relación a la línea media facial y la inferior desviada al lado derecho en relación a la línea media inferior, perfil convexo y proquelia labial superior. Se concluye que los pacientes tuvieron un tratamiento entre los dos años y tres años, siendo las alteraciones dentales las más frecuentes seguidas de las esqueléticas; por ello es importante que el tratamiento sea realizado por un especialista.

Palabras clave: Retratamiento, maloclusiones, diagnóstico, plan de tratamiento.

Key words: Re-treatment, malocclusions, diagnosis, treatment plan.

ABSTRACT

At the CEMEV Orthodontics clinic arrive patients who have previously received orthodontic treatment externally and who present different alterations. The objective of this research project was to describe the residual problems that these orthodontic patients have. In order to do this we conducted a review of the clinical records to find the initial diagnosis. 49 clinical charts were reviewed: 75% belonged to female patients with ages between 18 and 30 years. The more frequently found orthodontic problems were: molar class II on the right side, bilateral canine class II, upper midline deviation toward the right in relation to the facial midline and a lower midline deviation to the right, convex profile and upper lip protrusion. It was concluded that most patient's treatment time was two to three years. Dental anomalies were the most frequent problem followed by skeletal issues. Therefore it is important for orthodontic treatment to be performed by a specialist.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento ortodóncico es un proceso integral que abarca los problemas dentales y esqueléticos; el cual tiene como objetivos la salud periodontal, oclusión funcional, estabilidad y estética dentofacial.¹

La gran mayoría de los pacientes se presenta a la consulta por necesidades puramente estéticas y en menor frecuencia la causa del requerimiento es por alteraciones funcionales.^{2,3}

Debido a la demanda existente en la población son muchos los odontólogos sin el entrenamiento adecuado para realizar tratamientos ortodóncicos, por lo tanto el enfoque es dental (alineación, nivelación y eliminar apiñamientos) dejando de lado o ignorando por completo la existencia de algún problema de origen esquelético.

Los errores que se cometen son principalmente por omisión del diagnóstico y en los peores casos por la falta total de conocimiento del odontólogo.⁴

A la Clínica de Ortodoncia del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz «Dr. Rafael Lucio» (CEMEV), se recibe una cantidad considerable de pacientes que buscan ser tratados por segunda o más veces. Uno de los motivos principales es haber terminado insatisfactoriamente su tratamiento.

Es por ello que el siguiente trabajo de investigación tiene como objetivo describir los problemas ortodóncicos residuales de pacientes tratados de manera externa a la clínica de ortodoncia del CEMEV.

* Egresada.

§ Maestro en Investigación Clínica.

|| Especialista en Ortodoncia adscrita.

Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/ortodoncia>

MÉTODOS

Se revisaron los expedientes clínicos del archivo del Hospital y los de la clínica de ortodoncia de los pacientes con retratamientos.

Incluyendo los expedientes clínicos de los pacientes de cualquier edad y género, que hayan recibido tratamiento ortodóncico de manera externa a la clínica de ortodoncia del CEMEV, que presentan aparatología y desean continuar con su tratamiento. Se excluyeron los expedientes que no presentaran estudios ortodóncicos o estuvieran incompletos y los que previamente no aceptaron la parte quirúrgica.

Las variables que se tomaron en cuenta para realizar la hoja de recolección de datos fueron: edad, género, nivel socioeconómico, duración del tratamiento previo, relación canina, relación molar, mordida cruzada, sobremordida horizontal, vertical, características faciales y la relación esquelética.

RESULTADOS

Se identificaron 49 expedientes clínicos, los cuales representaban a los pacientes que recibieron tratamiento de manera externa a la clínica de ortodoncia del CEMEV.

De los 49 expedientes el 75% representó al sexo femenino, donde el 61% estaba entre los 18 a los 30 años, y con una duración de tratamiento de dos años o menos representado por un 67%. Con una clasificación socioeconómica C predominante en un 45% (Cuadro I).

Las características clínicas intraorales del lado derecho la clase molar predominante fue la clase II con un 33% seguido de una clase I con un 29%, el 27% correspondió a la clase III y el 11% no pudo ser valorable. Del lado izquierdo predominó la clase molar I con un 35%, seguido de la clase II con un 27%, la clase III con un 24% y no valorables fue el 14% (Figura 1).

Cuadro I. Características de género, edad y clasificación socioeconómica.

Característica	Total	Porcentaje
Género		
Femenino	37	75
Masculino	12	25
Edad		
Menores de 17	12	24
18-30	30	61
31-50	7	15
Clasificación socioeconómica		
A	0	0
B	16	33
C	22	45
No pagan	11	22

En relación con la clase canina se obtuvo que el 37% eran clase II canina, la clase canina I con un 28%, un 22% de la clase canina III y un 13% fueron no valorables. Del lado izquierdo de igual forma predominó la clase II canina con un 32%, seguido de la clase I con un 28%, un 26% para la clase III canina y el 14% no fue valorable (Figura 2).

El 20% presentó una sobremordida horizontal menos de 2 mm, el 39% presentó una sobremordida de 2 a 3 mm, el 29% de 3 a 4 mm, el 10% más de 4 mm y el 2% fue no valorable, observado en la figura 3.

La sobremordida vertical estuvo representada en el 18% con mordidas profundas, el 14% mordidas abiertas, el 65% con sobremordida vertical dentro de la normal, y el 3% no fue valorable (Figura 4).

El 55% no presentó mordida cruzada, el 20% presentó una mordida cruzada anterior, el 14% una mordida cruzada posterior bilateral y el 11% una mordida cruzada posterior unilateral (Figura 5).

Con relación a las mordidas telescópicas se presentó de forma unilateral en un 2%, mientras que el 98% no la presentó (Figura 6).

La desviación de la línea media dental en relación a la línea media facial el 57% presentó la desviación hacia el lado derecho, un 37% hacia el lado izquierdo, el 4% no coincidió y en un 2% no fue valorable. Con

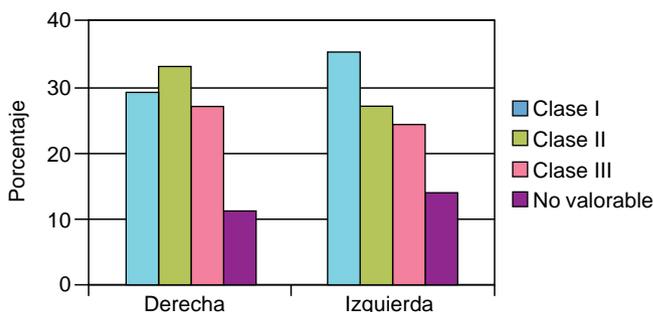


Figura 1. Clase molar.

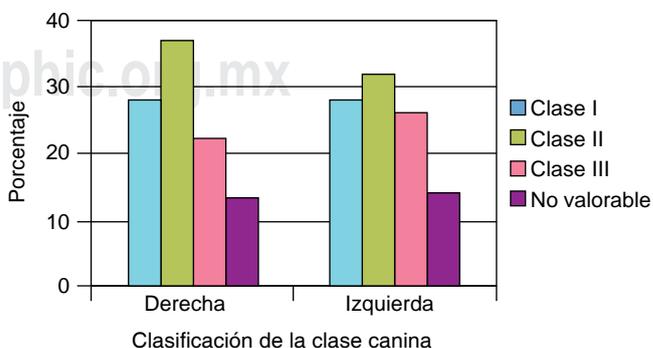


Figura 2. Clase canina.

relación a la línea media inferior el 47% estuvo desviada al lado derecho, el 33% al lado izquierdo, un 16% no coincidió con la línea media facial y en un 4% no se pudo valorar (Figura 7).

Los órganos dentarios ausentes con mayor frecuencia fueron los primeros premolares en un 63%, un 10% en los incisivos, un 6% para los segundos premolares, en total un 8% para primeros y segundos molares y un 13% no presentó ausencias dentales (Figura 8).

Basado en los análisis radiográficos se determinó que la clase esquelética predominante fue la clase I con un 43%, seguida de la clase II con un 39% y por último la clase III con un 18% (Figura 9) y de igual forma con la dirección de crecimiento, observado en

la figura 10 donde el 41% fue un crecimiento vertical, el 30% con un crecimiento neutro y el 29% un crecimiento horizontal.

El análisis extraoral determinó que el 67% presentó un perfil convexo, el 12% con un perfil recto y el 21% presentaron un perfil cóncavo (Figura 11).

El 82% presentó una buena proyección malar y el 18% presentó deficiencia en la proyección malar (Figura 12).

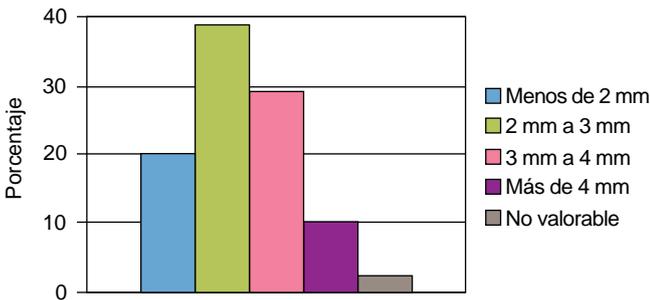


Figura 3. Sobremordida horizontal.

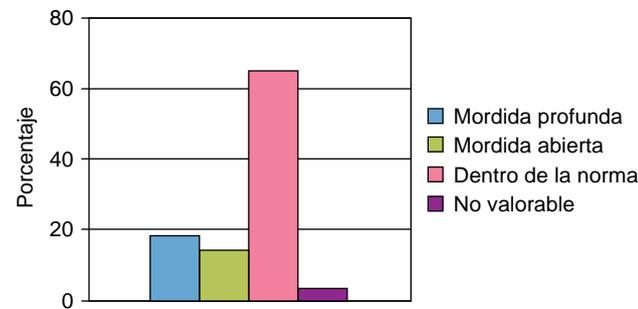


Figura 4. Sobremordida vertical.

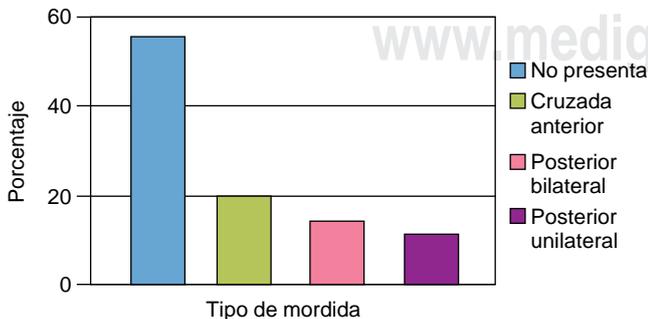


Figura 5. Mordida cruzada.

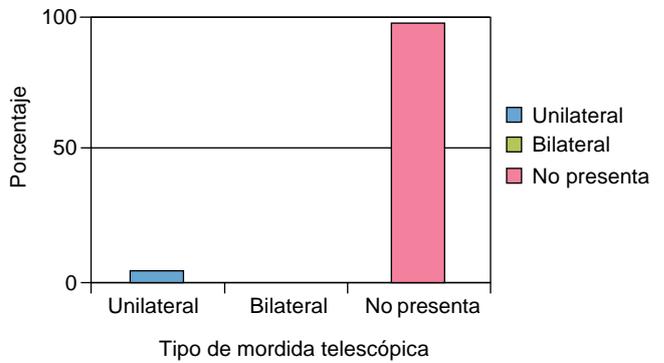


Figura 6. Mordida telescópica.

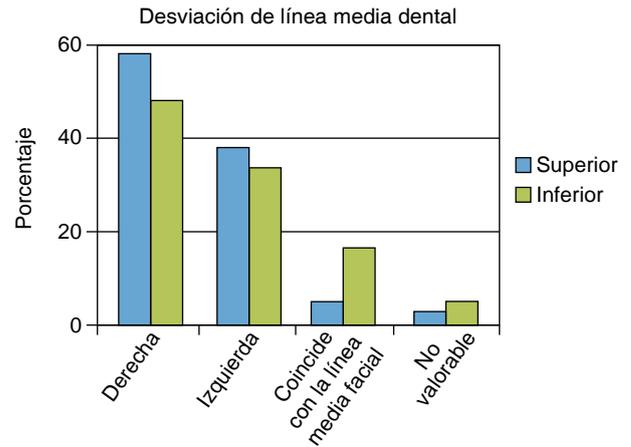


Figura 7. Línea media dental.

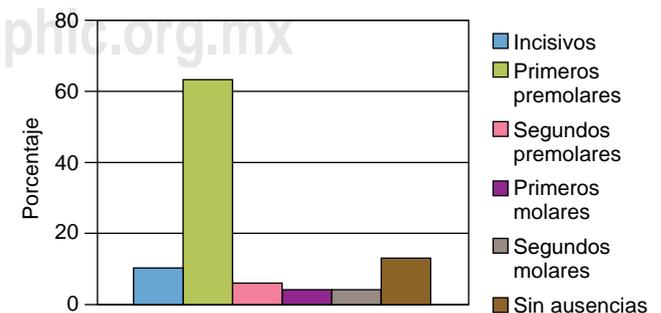


Figura 8. Ausencias dentales.

En la *figura 13*, el 54% presentó una sonrisa neutra, el 36% una sonrisa positiva, el 8% sonrisa gingival, no valorable en un 2% y ningún caso presentó la sonrisa negativa.

Y por último la proyección del labio superior e inferior; el superior se encontró dentro de la norma en un 71%, el 24% presentó proquelia y en un 5% se encontró retruido. En el labio inferior el 37% se presentó en norma, el 35% presentó proquelia y en 28% se encontró una retrusión (*Figura 14*).

DISCUSIÓN

La ortodoncia es mucho más que el enderezamiento de dientes, consiste en identificar la etiología de los problemas que se presentan, así como definir las re-

laciones esqueléticas, dentales, faciales y funcionales que juegan un papel fundamental en el diagnóstico y el plan de tratamiento.^{5,6}

Los resultados obtenidos son difíciles de comparar por la falta de investigaciones similares, lo que reporta la literatura es que en ciertas poblaciones el tipo de maloclusión que presentan sin limitar si fueron pacientes con retratamientos o no. Como lo mencionan los autores Domínguez, Torres y Gálvez en el artículo que tiene como título «Cuándo remitir al ortodoncista», ellos describen: La prevalencia de la maloclusión y la distri-

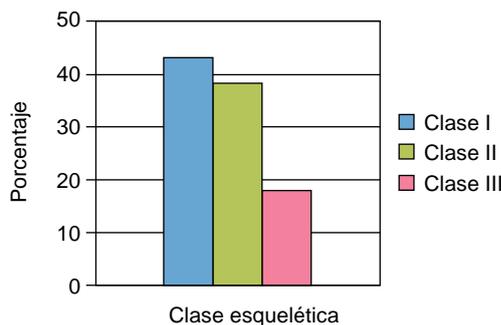


Figura 9. Relación esquelética.

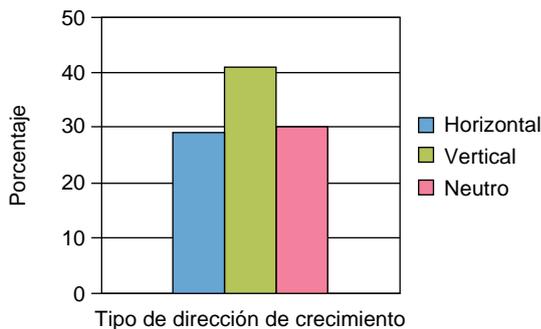


Figura 10. Dirección de crecimiento.



Figura 11. Tipos de perfil.

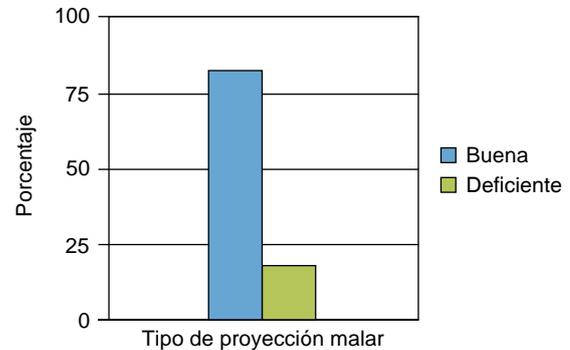


Figura 12. Proyección malar.

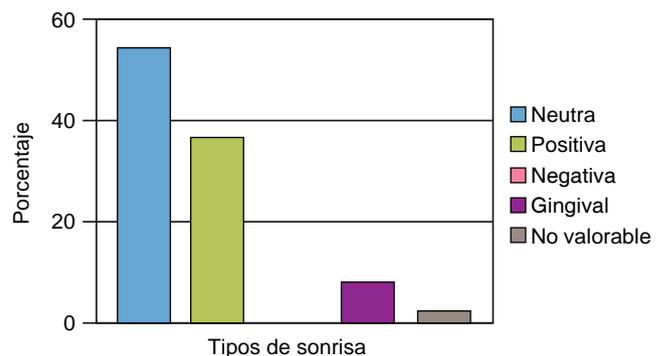


Figura 13. Tipos de sonrisa.

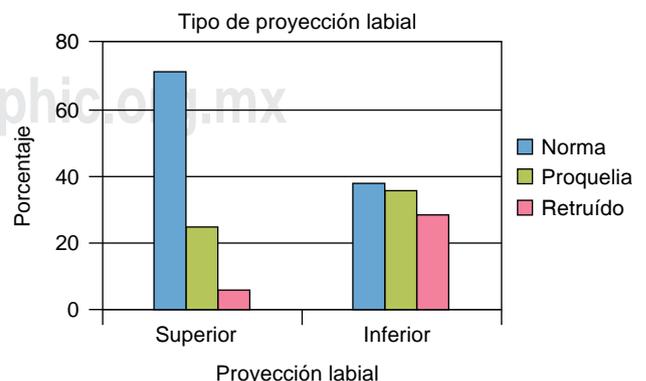


Figura 14. Proyección labial.

bución de los diferentes tipos, varía en función de las razas y etnias. Los restos esqueléticos encontrados indican que la prevalencia actual de la maloclusión es mayor que la de hace 1,000 años. Siendo en Venezuela y Estados Unidos la clase I esquelética predominante, seguido de la clase II y por último la clase III. Y en España predominando la clase II esquelética.

Otros estudios realizados que determinan los parámetros para definir el tipo de maloclusión no podrían ser estudios con los cuales se comparara por ser realizados en un tipo de raza diferente a la población mexicana. Por ejemplo el estudio realizado por el Dr. Rosenblum en 1995, McNamara en 1981, Karlens en 1994 por mencionar algunos.⁷ En México se han realizado investigaciones enfocadas a la prevalencia de maloclusiones en la población general, sin delimitar si son pacientes con tratamientos previos o no.

Con los resultados obtenidos con esta investigación, pacientes clase I molar izquierda, clase II derecha, clase canina II, con sobremordidas horizontales y verticales cercanos a la norma, crecimiento vertical, con buena proyección malar, en su mayoría sin alteraciones esqueléticas y con extracciones dentales principalmente de los primeros premolares; se determina que son casos clínicos no complicados por estar cercanos o dentro de los parámetros ortodóncicos.

De ahí la importancia del diagnóstico no sólo en ortodoncia también en cualquier otra especialidad para prevenir, interceptar y corregir en este caso las maloclusiones dento-esqueléticas, siendo de gran utilidad los elementos de diagnóstico como las radiografías y modelos de estudio.

Esta investigación lleva a determinar que quedan muchas preguntas por contestar, entre ellas ¿cuál fue el motivo de consulta inicial del paciente?, ¿cuáles son las condiciones en las que empezó el paciente por primera vez?, si el tratamiento estuvo influenciado por lo económico; las cuales podrían ser contestadas en investigaciones futuras. Y de esa forma dar a conocer a la población en general y al gremio de la situación que presenta la Especialidad de Ortodoncia.

CONCLUSIÓN

Con esta investigación se puede concluir que muchos de los pacientes con tratamientos previos que son atendidos en el CEMEV son pacientes que se encuentran en su mayoría en un rango de edad entre 18 y 30 años, con clasificación socioeconómica baja y con duración de dos años o menos, de los cuales presentaron la mayor parte oclusiones dento-esqueléticas mal diagnosticadas, siguiendo un plan de tratamiento no exitoso que requirió de la colocación de

aparatología fija una vez más para resolver el problema del paciente.

Se determinó que los casos que se atienden en el CEMEV son casos que presentan problemas principalmente a nivel dental y en un menor porcentaje con problemas esqueléticos; que con el adecuado diagnóstico y terapia ortodóncica pudieron haber sido resueltos de la mejor manera.

REFERENCIAS

1. Martín D, Goenaga M, Canabaz A, Gómez I, Aguirrebengoa E, Armendariz A y cols. Ortodoncia y bioestética. *Ortod Esp*. 2008; 48: 3-22.
2. Lombardo B. Conducta terapéutica ante tratamientos ortodóncicos condicionados por el paciente (caso clínico). *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*. 2006; 21: 21-26. [Consultada 30 de febrero de 2013] Disponible en: <http://www.odon.uba.ar/revista/2006vol21num5051/docs/fouba2006conduc.pdf>
3. Canut J. El ortodoncista en el juzgado. *Rev Esp Ortod*. 2005; 35: 101-102.
4. Tokunaga S. Errores comunes del cirujano dentista en la consulta general en problemas ortodóncicos. *Rev Mex Odontol Clin*. 2007; 1: 4-8.
5. Di Santi J, Vázquez V. Maloclusión clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Rev Latinoam Ortod Odontopediat*. 2003. Revista electrónica [Consultada 9 de enero de 2013] Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art8.asp> el.
6. Jiménez E. Diagnóstico clínico en ortodoncia. *Rev Mex Odon Clin*. 2008; 2: 14-17.
7. Medrano J, García M, González R. Ortodoncia interdisciplinaria. *Rev Nal de Odontol Mex*. 2011; 3: 8-17.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Ayala S, Cristiani F, Saralegui J. Satisfacción del paciente en un servicio de anestesia ambulatoria. *Anest Analg Reanim*. 2011; 24: 2. [Consultada 18 de agosto del 2013] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S025581222011000200003&script=sci_arttext.
- Adegbite K, Ogunbanjo B, Ajisafe O, Adeniyi A. Knowledge of orthodontics as a dental specialty: a preliminary survey among LASUCOM students. *Ann Med Health Sci Res*. 2012; 2: 1-18.
- Barrera J, Espinar E, Carbajosa A, Abalos C, Solano E. Valor pronóstico del indicador de posición mandibular. *Ortod Esp*. 2008; 48: 47-56.
- Martínez B. *Manual de oclusión I quinto semestre. Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca*. 2011. [Consultado 17 de marzo del 2012] Disponible en: <http://www.odontologia.uabjo.mx/occlusion.pdf>
- Guevara M, Rodríguez M, González N. DIAG, un sistema experto para el diagnóstico de anomalías craneofaciales. *Rev Cubana Invest Biomed*. 1997; 16: 93-97.
- Jiménez E. Diagnóstico Clínico en Ortodoncia. *Rev Mex Odon Clin*. 2008; 2: 14-17.
- Medrano J, García M, González R. Ortodoncia interdisciplinaria. *Rev Nal de Odontol Mex*. 2011; 3: 8-17.
- Alarico L. Valoración de la estética facial en ortodoncia. *Rev Med Basadrina*. 2011; 5: 22-24.

Dirección para correspondencia:
Ivonne Scarlleth Herrera Navarrete
 E-mail: scarlleth2006@hotmail.com