

REVISTA ODONTOLÓGICA MEXICANA ÓRGANO OFICIAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM

VOL. 27 NÚM. 1

CARTA AL EDITOR

El consentimiento informado como expresión de autonomía
en el paciente odontológico

CASO CLÍNICO

Corrección de una transposición completa bilateral de canino
y primer premolar superior con apiñamiento severo

Estomatitis alérgica de contacto asociado
al consumo de canela en rama





REVISTA ODONTOLÓGICA MEXICANA **ÓRGANO OFICIAL DE LA FACULTAD** **DE ODONTOLOGÍA UNAM**



Universidad Nacional Autónoma de México

Leonado Lomelí Vanegas
RECTOR

Patricia Dolores Dávila Aranda
SECRETARIA GENERAL

Tomás Humberto Rubio Pérez
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

Diana Tamara Martínez Ruiz
SECRETARIA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Facultad de Odontología

Francisco Javier Marichi Rodríguez
DIRECTOR

Antonio Gómez Arenas
SECRETARIO GENERAL

Rosa Eugenia Vera Serna
SECRETARIA ACADÉMICA

Alejandro Alonso Moctezuma
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO DE INVESTIGACIÓN

Janeth Serrano Bello
SUBJEFA DE INVESTIGACIÓN

Revista Odontológica Mexicana **Órgano Oficial de la Facultad de Odontología UNAM**

Dayanira Lorelay Hernández Nava
EDITOR EN JEFE

Diana Ivette Rivera Reza
EDITORIA

Consejo editorial

Higinio Arzate (México)
Javier de la Fuente Hernández (México)
Enrique Luis Graue Wiechers (México)

Juan Pedro Laclette San Román (México)
Jaime Martuscelli Quintana (México)
José Ignacio Santos Preciado (México)

Comité Editorial

Laura Acosta Torres
Fátima del Carmen Aguilar Díaz
María Isabel Aguilar Laurents
Octavio Álvarez Fregoso
Marco Antonio Álvarez Pérez
Cecilia Carlota Barrera Ortega
Joaquín Canseco Jiménez
Vicente Cuairán Ruidiaz
César Augusto Esquivel Chirino
Teresa I. Fortoul Van der Goes
Raúl Luis García Aranda
Guadalupe García de la Torre
María del Carmen García Peña
Gloria Gutiérrez Venegas
Carlos Hernández Hernández
María Esther Irigoyen Camacho
Luis Felipe Jiménez García

Eduardo Llamosas Hernández
Ma. Guadalupe Marín González
Juan Ángel Martínez Loza
Arcelia Meléndez Ocampo
Javier Nieto Gutiérrez
Mónica Ortiz Villagómez
Javier Portilla Robertson
Rebeca Romo Pinales
Rafael Ruiz Rodríguez
Sergio Sánchez García
Teresa Leonor Sánchez Pérez
Rossana Sentiés Castellá
Doroteo Vargas López
Ricardo Vera Graziano
María del Carmen Villanueva Vilchis
María Cristina Sifuentes Valenzuela

Traductor: Getsemaní Sinaí Villanueva Amador

Revista Odontológica Mexicana Órgano oficial de la Facultad de Odontología UNAM. Vol. 27, Núm. 1, Enero-Marzo 2023. Fecha de publicación 11 de noviembre de 2024. Es una publicación trimestral editada y distribuida por la Facultad de Odontología de la UNAM, con dirección en Ciudad Universitaria, Avenida Universidad 3000, Circuito interior s/n, Col. Copilco El Bajo, Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510 Ciudad de México, México. Tel. 5623-2207, <https://revistas.unam.mx/index.php/rom>, revodontologiamexicana@gmail.com. Editora en Jefe: Dayanira Lorelay Hernández Nava. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo Núm. 04-2004-092209312400-102, ISSN impreso 1870-199X, ISSN electrónico en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Educación Pública. Certificado de Licitud de Título y Contenido en Trámite.



REVISTA ODONTOLÓGICA MEXICANA

ÓRGANO OFICIAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM



CONTENIDO

CARTA AL EDITOR

- 1 El consentimiento informado como expresión de autonomía
- 1 en el paciente odontológico
*Informed Consent as an Expression of Autonomy
in the Dental Patient*
Yuneisy Santos-Pérez

CASO CLÍNICO

- 4 Corrección de una transposición completa bilateral de canino
y primer premolar superior con apiñamiento severo
- 4 *Correction of a Complete Bilateral Transposition of Upper
Canine-First Premolar with Severe Crowding*
Leonel Alexander Cerda Urbina, Montserrat Padilla de la Vega,
Jacqueline Adelina Rodríguez-Chávez, Hugo M. Flores-Ruiz,
Diana Montoya Guzmán, Jorge Gregorio Bautista González,
Juan Antonio Orozco Partida
- 13 Estomatitis alérgica de contacto asociado al consumo de canela en rama
- 13 *Allergic Contact Stomatitis due to Consumption of Cinnamon Sticks*
Javier Ignacio Gimenez, Veronica Flück, Claudia Giacco, Ángeles Castrillo



Carta al editor

El consentimiento informado como expresión de autonomía en el paciente odontológico

Yuneisy Santos-Pérez

Doctora en Estomatología. Residente de 4to año de Anatomía Humana. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. <https://orcid.org/0000-0002-7747-1869>

Autor de correspondencia

Dra. Yuneisy Santos Pérez

E-mail: yuniden87@gmail.com

Fecha recibido: octubre 2022

Fecha aceptado: mayo 2023

Citar como:

Santos Pérez Y. El consentimiento informado como expresión de autonomía en el paciente odontológico [Informed Consent as an Expression of Autonomy in the Dental Patient]. *Rev Odont Mex.* 2023; 27(2): 1-3. DOI: 10.22201/fo.1870199xp.2023.27.2.84899

Sr. Editor:

Para *Beauchamp y Childress*¹, el individuo autónomo es el que *"actúa libremente de acuerdo con un plan predeterminado"*. Por su parte el American College of Physicians definió el Consentimiento Informado (CI) como *"la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, acerca de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos"*. Esa misma instancia agrega: *"La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada (...), la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y (...) el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente"*²⁻³.

En ocasiones se confunde o equipara la defensa de la autonomía con el CI, sobre todo en ética clínica. Es una práctica rechazable de algunos profesionales de la salud que utilizan los documentos del CI no para certificar que el enfermo ha recibido la información pertinente

para su caso, que la ha entendido correctamente y que, sin ningún tipo de coacción, asume las consecuencias razonables del tratamiento que el médico le ha propuesto, sino como un modo de protegerse legalmente ante eventuales denuncias por parte del paciente. Esa perversión de la finalidad del CI provoca las escenas habituales de hacer firmar a los enfermos papeles con una excesiva y hasta grotesca letra pequeña, como si de un contrato-trampa se tratase, o de hacerlos firmar sin mayores explicaciones de qué se firma y por qué, e incluso de utilizar en ocasiones el preoperatorio para cumplir con el trámite de la firma.

A veces, la mejor protección de la voluntad de los enfermos no se logra con la aceptación sin más de sus preferencias declaradas. Pero no porque éstas no se deban tener en cuenta, sino porque hay que proteger a los mismos de las presiones que reciben de terceros para aceptar o rechazar determinados tratamientos. Unas presiones o coacciones encubiertas que fácilmente pasan desapercibidas a un defensor de la autonomía que ha renunciado a un paternalismo razonable en nombre del sagrado derecho a la autonomía. Las preferencias declaradas de los enfermos, sobre todo de los más vulnerables socialmente (adolescentes, ancianos, mujeres atrapadas en un entorno machista, personas con falta de estudios, pobres, marginados, inmigrantes, etc.) no siempre reflejan sus verdaderas preferencias, las que tendrían de no encontrarse en una situación de indefensión social, misma que quedaría añadida a la vulnerabilidad natural o propia de la enfermedad.

La protección ideal de la autonomía dista mucho de ser la práctica real a la que enfermos y profesionales se enfrentan todos los días. Por esa razón, la defensa de la autonomía debe ir acompañada de un paternalismo razonable que tenga como fin la promoción de la autonomía real de las personas más vulnerables. Ese tipo de paternalismo no solo no contradice el principio de autonomía, sino que resulta ser una de sus condiciones. Lo difícil, no obstante, es saber discernir cuándo el paternalismo sirve a la autonomía y cuándo únicamente es a los intereses de quien lo ejerce. Pero este es un problema bioético que no se resuelve ni ignorándolo ni reduciéndolo a una defensa incondicional de las preferencias declaradas de los enfermos socialmente más vulnerables. La validez del consentimiento no justifica por sí mismo la protección de la autonomía del enfermo. Por esta razón el objetivo de un Comité de Ética no es únicamente validar la obtención del CI, sino sobre todo velar porque el diseño y las condiciones del procedimiento sean adecuados y que la ejecución del mismo responda a las previsiones. No se trata sólo de informar bien al sujeto y de comprobar que el CI se ha obtenido correctamente, sino también de protegerlo de posibles daños injustificados.

En los últimos años, los cambios producidos en el área de la salud y, en particular, en la Odontología, motivaron el nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente. El cambio del modelo paternalista al nuevo modelo autonómico imperante exige al profesional informar a su paciente todo lo concerniente a su salud bucal. Por tal motivo, se implanta el modelo del CI en Odontología que permite consolidar las bases bioéticas en la relación odontólogo-paciente, ya que se fundamenta en el respeto a la voluntad y autonomía que tiene el paciente para decidir sobre su tratamiento^{4,5}.

La educación en Odontología debe sentar sus bases en valores y no básicamente un adiestramiento teórico-práctico clínico, en donde se focaliza el aprendizaje en el número de requisitos que se deben cumplir, lo cual trae consigo dificultades en la relación del estudiante con su paciente. Es necesario recalcar entre las Instituciones de Educación Superior la responsabilidad de abordar a profundidad aspectos inherentes a los principios bioéticos y legales del CI, dentro de los currículos de pre y postgrado, para asegurar principalmente la buena relación odontólogo-paciente. La enseñanza acerca del uso e importancia del CI forma parte del currículo de la mayoría de las facultades de Odontología. Sin embargo, la manera de cómo debe ser enseñada

requiere un abordaje práctico y con relación a situaciones reales, con las cuales el alumno se enfrentará durante toda su vida profesional. Esto requiere la aplicación de metodologías que propicien el razonamiento crítico y la toma de decisiones, dentro de un marco sociocultural real.

En resumen, el principio fundamental en la valoración bioética del paciente lo constituye el CI del sujeto en cuestión como una representación magna de su autonomía. Este consentimiento garantiza su libertad, la cual no puede verse comprometida por ninguna imposición o intereses utilitaristas. Además, determina en buena parte el éxito de la actuación profesional, donde la armonía y equilibrio de sus dimensiones son importantes para que la relación lograda se mantenga dentro de los límites de la dignidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beauchamp, TL, Childress, JF. *Principles of biomedical ethics*. 5 ed. Oxford, UK: Oxford University, 2001.
2. American College of Physicians. *Ethics manual*. 7 ed. Pennsylvania,PA: American College of Physicians, 2019.
3. Albornoz López del Castillo CM, Agüero Díaz A, Cabrera Villalobos Y, Alonso Montes de Oca C. Aspectos éticos de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Hum Med*. 2003; 3(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202003000200003
4. Zaror Sánchez C, Vergara González C. Ética en el currículo de las carreras de odontología. *Acta bioeth*. 2008; 14(2): 212-218. DOI: 10.4067/S1726-569X2008000200012
5. Loza-Rebolledo C, Salgado-Miranda B, Sánchez-Vergara J, Sarmiento-Ibaceta F, Lagos-Tissie D. Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes, estudiantes y pacientes de la carrera de odontología. *Int J Odontostomat*. 2020; 14(3): 424-429. DOI: 10.4067/S0718-381X20200003000424



Caso clínico

Corrección de una transposición completa bilateral de canino y primer premolar superior con apiñamiento severo

Leonel Alexander Cerda Urbina¹, Montserrat Padilla de la Vega²,
Jacqueline Adelina Rodríguez-Chávez³, Hugo M. Flores-Ruiz⁴,
Diana Montoya Guzmán⁵, Jorge Gregorio Bautista González³,
Juan Antonio Orozco Partida³

- ¹. Alumno de la Especialidad en Ortodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
- ². Egresada de la Especialidad en Ortodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
- ³. Profesor de la Especialidad en Ortodoncia. Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
- ⁴. Profesor del Departamento de Ciencias Naturales y Exactas. Centro Universitario de los Valles. Universidad de Guadalajara.
- ⁵. Coordinadora de la Clínica de Ortodoncia de la Fundación Universitaria uniCIEO. Bogotá, Colombia.

Autor de correspondencia:

Juan Antonio Orozco Partida
E-mail ortojaop@hotmail.com

Recibido: diciembre 2021

Aceptado: febrero 2022

Cite as:

Cerda Urbina LA, Padilla de la Vega M, Rodríguez-Chávez JA, Flores-Ruiz HM, Montoya Guzmán D, Bautista González JG, et al. Corrección de una transposición completa bilateral de canino y primer premolar superior con apiñamiento severo. [Correction of a Complete Bilateral Transposition of Upper Canine-First Premolar with Severe Crowding]. *Rev Odont Mex*. 2023; 27(1): 4-12. DOI: 10.22201/fo.1870199xp.2023.27.1.81383

Resumen

Introducción: La transposición dental es uno de los problemas de erupción más complejos de tratar en la práctica ortodóntica. Se caracteriza por el intercambio de posición entre dos dientes adyacentes en el arco dental. **Objetivo:** Presentar la corrección de la transposición bilateral del primer premolar y canino superiores, eliminar el apiñamiento severo y corregir la sobremordida horizontal y vertical. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 15 años con crecimiento dolicocefálico, clase II esquelética, clase I molar, transposición bilateral de canino y primer premolar superior, apiñamiento severo superior e inferior. Se realizaron extracciones de los cuatro primeros premolares y a continuación la cementación de aparatología metálica fija MBT slot 0.022. Se colocaron resortes abiertos entre segundo premolar y canino de ambos lados hasta lograr la Clase I canina. Se obtuvo la Clase I canina de ambos lados, se corrigió la sobremordida horizontal y vertical y se eliminó el apiñamiento logrando una mejor oclusión inter-arcadas. **Conclusión:** Un buen diagnóstico y una correcta planificación de tratamiento son necesarios para lograr una oclusión estable.

Palabras claves: Transposición dental, transposición dental premolar y canino, alteraciones en la erupción.

INTRODUCCIÓN

La transposición dental es un problema oral poco frecuente que se define como una alteración en la erupción dental donde se da el intercambio de posición de dos dientes adyacentes en la arcada¹. Representa una condición multifactorial, su etiología se debe a la presencia de factores genéticos o ambientales, o a la suma de ambos^{1,2}. Factores ambientales como la discrepancia de arco, alteraciones dentales (caries, problemas periodontales, resorción radicular anormal), y el trauma dental son factores que pueden contribuir a la erupción ectópica del canino¹.

La transposición se divide en dos tipos: completa e incompleta. En la transposición incompleta los dientes involucrados presentan coronas transpuestas y los ápices radiculares en sus posiciones correctas de origen. En la transposición completa los dientes poseen los ápices y las coronas completamente intercambiadas de posición, y en algunos casos los dientes se encuentran paralelos³.

La prevalencia de la transposición dental es aproximadamente del 0.4%-0.5%, ocurre con mayor frecuencia en el maxilar que en la mandíbula, y el canino maxilar permanente es el mayormente involucrado^{3,4}. Es comúnmente acompañada de incisivos laterales en forma de clavija y ocurre con mayor frecuencia en el área de canino y primer premolar superior⁴. Se ha reportado en hombres y mujeres, con una propensión hacia el género femenino y una mayor frecuencia en el lado izquierdo de la arcada de los pacientes.⁵⁻⁷ Peck y Peck⁸ reportaron una prevalencia en el canino y primer premolar superior del 71%, en el canino e incisivo lateral del 20%, y el canino y primer molar permanente, canino-lateral e incisivo central, canino e incisivo central, del 9%.

La transposición dental causa apiñamiento de los dientes, problemas estéticos y funcionales. Un diagnóstico temprano se puede realizar entre los 6 y 8 años de edad con una ortopantomografía. Cuando la alteración es detectada a tiempo, procedimientos interceptivos se pueden

realizar como la extracción del diente deciduo o colocar guías de erupción para el diente permanente, previniendo el desarrollo completo de la anomalía. Cuando es detectada tardíamente deben ser abordadas con un plan de tratamiento que involucre el estado de toda la dentición⁵.

Las alternativas de tratamiento varían desde la extracción de premolares, la rehabilitación protodóntica sin la intervención de ortodoncia, o incluso el tratamiento ortodóntico ya sea corrigiendo el problema o alineando la alteración (es decir, aceptar la transposición dental)⁹, la extracción del diente transpuesto y luego colocar implante, con reposicionamiento del diente quirúrgicamente¹⁰.

El intento por corregir el orden de los dientes en una transposición dental puede llevar a recesiones gingivales con pérdida de soporte periodontal, tiempo prolongado de tratamiento y resorción radicular. Sin embargo, la posibilidad de corregir el orden es mayor en el maxilar que en la mandíbula debido a la densidad ósea y el límite óseo labio lingual. Por otro lado, en algunas ocasiones se recomienda mantener la transposición de canino-premolar por la semejanza de las coronas. Cuando la transposición es incompleta, la corrección del orden dentario se puede realizar sin comprometer la duración del tratamiento y se alcanzan resultados estéticos aceptables. Es por esta razón que la posición inicial de los ápices dentarios de las piezas involucradas es esencial para definir el tratamiento⁵.

A continuación se presenta un tratamiento ortodóntico en el cual se corrigió una transposición bilateral completa de canino-primer premolar superior con un apiñamiento severo superior e inferior.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años, con motivo de consulta “*tengo mis dientes chuecos*”. En el análisis extraoral el paciente presentó un patrón dolicofacial severo, cara ovalada, perfil convexo, nariz grande, sonrisa media, muestra incisivos superiores un 40% y los inferiores un 100%, corredores bucales estrechos, tercio inferior aumentado, ángulo nasolabial cerrado. Línea media dental superior desviada 1 mm a la derecha respecto a la línea media facial (Figura 1.A). Al análisis intraoral se encontró una dentición mixta, clase I molar, canina no establecida, arcos dentales con forma triangular, márgenes gingivales irregulares, líneas medias dentales no coincidentes, mordida cruzada posterior localizada en primeros molares permanentes y segundos premolares superiores, sobremordida horizontal de 3 mm y vertical de 4 mm, transposición bilateral de caninos permanentes maxilares con primeros premolares, sobre-retención de caninos superiores temporales, segundos premolares superiores palatinizadas y rotadas a mesial y el incisivo lateral superior derecho en posición ectópica en vestibular, apiñamiento severo superior e inferior con una discrepancia óseo-dentaria significativa. Caries en primer molar superior izquierdo, primer molar inferior izquierdo y primer molar inferior derecho, salud periodontal y funcional (Figura 1.B). En los modelos de estudio se observó una curva de Spee de 4mm, discrepancia de arcos de -18mm en superior y -14mm en inferior.

En la ortopantomografía confirmamos la transposición dentaria completa bilateral de caninos con primeros premolares superiores, terceros molares superiores e inferiores, presencia de caninos superiores temporales, buena proporción corono-radicular, vías aéreas permeables, simetría de cóndilos (Figura 1.C). En la radiografía lateral de cráneo se observó el hueso mandibular rotado a favor de las manecillas del reloj y una altura facial inferior aumentada (Figura 1.D). Se realizó trazado de Steiner con el Software Dolphin Imaging versión 9.0.00.19[®], dando

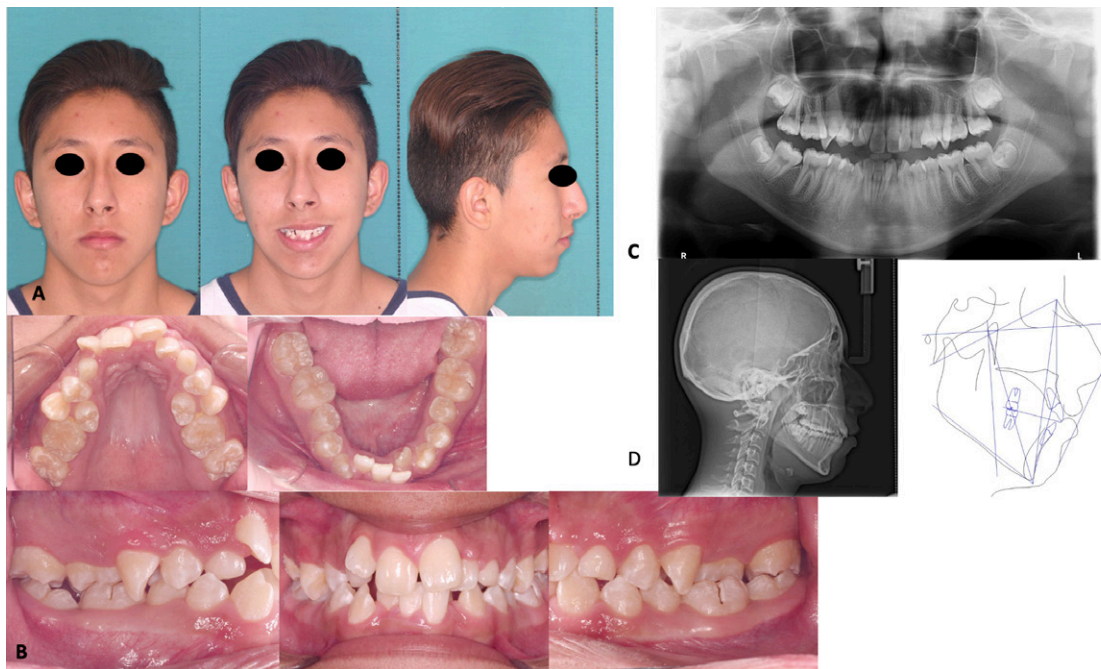


Figura 1. Fotografías y radiografías iniciales. A. Fotografías extraorales de frente, sonrisa y perfil. B. Fotografías intraorales. Se observa la transposición completa bilateral de caninos superiores con primeros premolares, el apiñamiento severo superior e inferior, la mordida cruzada posterior de primeros molares permanentes, segundos premolares rotados a mesial y caninos superiores temporales en boca. C. Ortopantomografía. D. Radiografía lateral de cráneo con el trazado cefalométrico de Steiner inicial.

como resultados una Clase II esquelética debido a una protrusión maxilar y postero-rotación mandibular ANB: 8°. SNA: 87°. SNB: 79°. Crecimiento vertical SN-GoGn: 40°. Vert -2 (Dólico severo) (Tabla 1).

Tabla 1. Valores cefalométricos del trazado de Steiner previo y posterior al tratamiento.

Medida	STEINER		
	Promedio. Desviación estándar	Paciente Inicio	Paciente Final
SNA	80(+/-1)	87°	85.5°
SNB	78(+/-1)	79°	79.8°
ANB	2	8°	5.7°
GO GN SN	32°	40°	40.5°
PIO/ S-N	14°	18°	14°
1 U -SN	103°	105°	111°
1U/1L	135.4°(+/-5.8)	128°	122°
1U-Na °	22°	19°	25.7°
1U-NA mm	4mm	3mm	1.7mm
1L-NB °	25°	28°	25.7°
1L-NB mm	4mm	10mm	6.9 mm
IMPA	90°	82°	85.4°
Labio inferior/ Plano E	-2mm	4.2mm	0.6mm

Los objetivos faciales del tratamiento fueron disminuir la convexidad facial, mejorar perfil y sonrisa. No aumentar la altura del tercio facial inferior. Los objetivos dentales incluyeron eliminar apiñamiento, colocar canino en posición adecuada en la arcada eliminando la transposición, establecer clase I canina y mantener la clase I molar, eliminar mordida cruzada posterior de primeros molares y de segundos premolares superiores, coordinar arcos, eliminar la curva de Spee, coincidir líneas medias dentales, mantener salud periodontal y obtener sobremordida horizontal y vertical adecuadas.

Se remitió al paciente para extracción de los primeros premolares superiores e inferiores y caninos temporales superiores con lo que se logró espacio en las arcadas para la alineación y nivelación dentaria. Se cementó aparatología MBT 0.022" metálica con arco inicial de 0.012" NiTi superior e inferior. Se avanzó a un arco 0.014" NiTi superior e inferior y en la arcada superior se colocaron resortes abiertos de primeros molares superiores a caninos para mesializarlos (Figura 2.A). Se procedió a colocar un arco 0.016" de acero inoxidable (SS) superior e inferior con stops en superior como anclaje de las molares. Se colocó un bloque de ligadura de los cuatro incisivos superiores como anclaje y cadena a los caninos superiores para completar la mesialización a clase I de estos caninos. Cuando se llevaron los caninos a su posición se realizó un bloque de canino superior derecho a canino superior izquierdo con ligadura y en el arco inferior de igual manera de canino inferior derecho a canino inferior izquierdo. El espacio de las extracciones en inferior se consumió eliminando el apiñamiento de la arcada. En superior con arco 0.019"x 0.025" Niti se realizó una cupla para desrrotar los segundos premolares superiores (Figura 2.B). Se mantuvo la activación de la cupla hasta desrrotar estos dientes. Se colocaron tubos en segundos molares superiores y Arco 0.016" NiTi térmico incluyendo los segundos premolares superiores al arco para renivelar. De igual manera se colocaron tubos en segundos molares inferiores y arco 0.016" térmico. Luego se colocó un arco 0.018" NiTi, 0.016 x 0.022" NiTi, 0.016 x 0.022" SS superior e inferior. La mordida cruzada de los primeros molares y segundos premolares superiores se corrigió con forma de arco tanto en la fase de alineación y nivelación como con los arcos rígidos de SS. Se indicó realizar una ortopantomografía para la etapa de paralelización de raíces y se indicaron elásticos de 3/16 4.5 onzas para asentamiento con vector de clase II por 3 meses (Figura 3). Para la retención se colocó un retenedor fijo de canino a canino inferior y un guarda oclusal calibre 0.060" en la arcada superior.

En cuanto a los resultados faciales se disminuyó la convexidad facial, se mejoraron el perfil y la sonrisa y se mantuvo la altura facial inferior de acuerdo a los objetivos (Figura 4.A). En cuanto a los resultados dentales se logró clase I canina, se mantiene la clase I molar y corrección de la mordida cruzada de los primeros molares y segundos premolares superiores. Se obtuvieron sobremordida horizontal y vertical correctas. Se liberó el apiñamiento gracias a las extracciones de los primeros premolares, se eliminó la transposición del canino y se corrigió la línea media dental (Figura 4.B).

En la ortopantomografía se observaron las raíces dentales paralelas entre sí, buena proporción corono-radicular y las terceras molares inferiores impactadas (Figura 4.C). En la superposición se observó que se redujo el ángulo ANB del paciente mejorando su relación esquelética y se mantuvo un buen control del crecimiento vertical del paciente (Figura 4.D). Por último, se remitió al paciente al área de prostodoncia para eliminar las lesiones de caries que presentaba en sus órganos dentarios y a cirugía maxilofacial para la extracción de los terceros molares superiores e inferiores.



Figura 2. Secuencias de la fase de alineación y nivelación. A. Colocación de aparatología fija superior e inferior con el sistema MBT. Se pueden observar las extracciones de los cuatro primeros premolares, así como la colocación de *open coils* activos de primeros molares permanentes superiores a caninos para mesializarlos y llevarlos a su posición correcta. También la progresión de la mecánica para llevar los caninos superiores a su correcta alineación con el uso de *open coils*. Para finalizar el cierre se usaron cadenas elastoméricas de incisivos laterales a caninos superiores. B. Se observa la secuencia para eliminar la rotación de segundos premolares con el uso de cuplas apoyadas en caninos y primeros molares superiores permanentes.



Figura 3. Progresión del tratamiento. Se indica el uso de elásticos de clase II para obtener la guía canina y mejorar el asentamiento posterior.

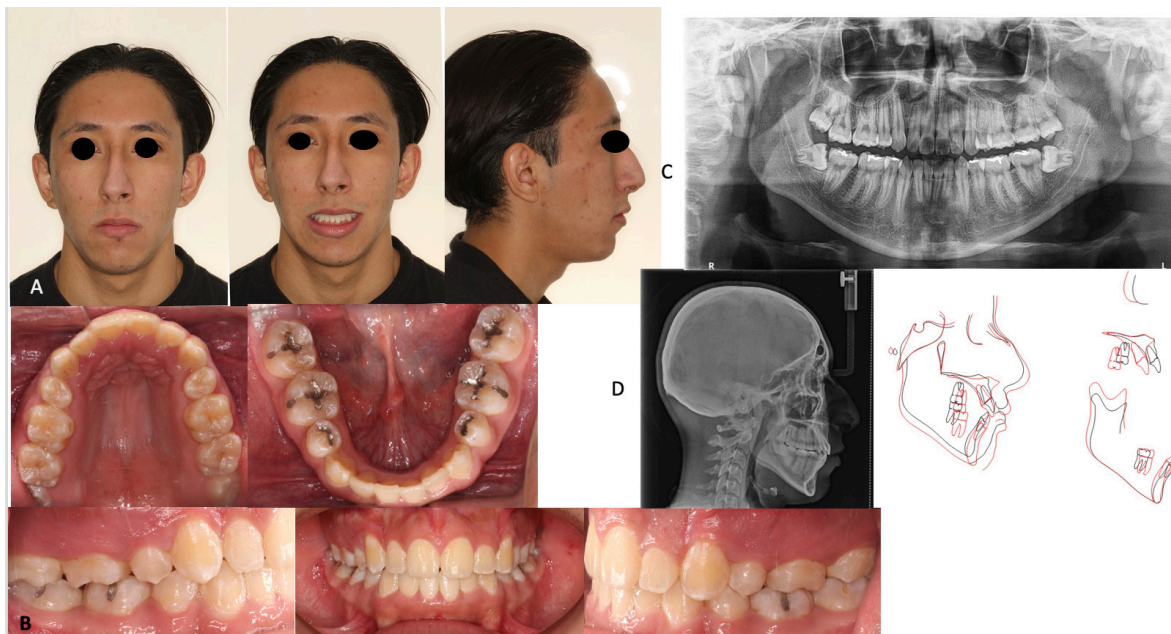


Figura 4. Fotografías y radiografías finales. A. Fotografías extraorales de frente, sonrisa y perfil. B. Fotografías intraorales donde se observa la eliminación de la transposición dental, apiñamiento eliminado, correcta sobremordida horizontal y vertical, clase I canina y molar, asentamiento posterior, salud periodontal. C. Ortopantomografía donde se observan las raíces paralelas de las piezas dentales. D. Radiografía lateral de cráneo y trazados, donde se observan ejes axiales en sus bases óseas, perfil armónico del paciente y la sobreimposición de las radiografías inicial y final del tratamiento.

DISCUSIÓN

La corrección de la transposición completa bilateral de canino-primer premolar superior del presente caso clínico se llevó a cabo de manera exitosa en un período de 36 meses. La mecánica se enfocó en la mesialización de los caninos al espacio de extracción de los primeros premolares superiores. Estas extracciones fueron indicadas por el apiñamiento presentado en el paciente. Sin embargo, es importante comentar que el tiempo de tratamiento se extendió un poco más debido a la mecánica necesaria para mesializar en cuerpo los caninos y luego alinear los segundos premolares superiores rotados. En contraste al caso clínico aquí presentado, un caso reportado por Lorente *et al.*¹⁰ se corrigió la transposición dental de canino-primer premolar superior sin la necesidad de extracción de los primeros premolares debido a que no había apiñamiento significativo en ese paciente.

La corrección ortodóntica de una transposición dental es considerada un tratamiento muy complejo y riesgoso que puede causar daño a los dientes vecinos o estructuras de soporte¹¹. En el presente caso se decidió corregir la transposición dental por las ventajas oclusales que conlleva una guía canina y la buena apariencia estética del paciente; como se reporta en un artículo de Lee *et al.*,¹² incluso en la estética facial la eminencia canina provee un soporte nasolabial, que ayuda al paciente a tener un mejor aspecto durante el envejecimiento. Es importante mencionar que la baja incidencia y prevalencia de transposición dental es una gran causa de que existan pocos estudios que ayuden a determinar la alternativa de tratamiento más efectiva. En la literatura es muy frecuente la alternativa de aceptar y dejar la transposición dental o si no, extraer uno de los dientes involucrados en dicha transposición como se realizó en el caso presentado¹³.

Cuando se decide corregir la transposición, algunos aspectos que se deben de tener en cuenta son la posición de la corona y la raíz dentro del proceso alveolar en los tres planos del espacio, el grado de riesgo de una reabsorción radicular de las piezas dentales involucradas, la maloclusión del paciente, la experiencia del profesional y la motivación del paciente¹⁴. Se menciona que mientras menor sea el descenso del canino a su posición en el hueso alveolar, más se favorece al movimiento de esta pieza dental porque el proceso alveolar presenta un mayor grosor en la parte superior¹⁵. El estudio de Matsumoto *et al.*,¹⁶ hace referencia a un caso clínico de un paciente con transposición completa de canino-incisivo central superior derecho, y en este paciente se decidió la extracción del incisivo lateral debido a que la corrección ortodóntica involucraba alto riesgo de reabsorción de las raíces y la discrepancia de longitud de arco era desfavorable en el paciente. Esta decisión de extraer una pieza dental muestra una similitud al paciente presentado en este artículo, ya que ambos casos presentaban discrepancias de longitud de arco negativa por lo que se recurrió a la extracción de uno de los dientes involucrados.

Cuando la transposición es completa la idea de reposicionar los dientes afectados en el arco es compleja, porque se puede causar daños a los tejidos de soporte. La opción de extraer el premolar es una mejor alternativa, sobre todo si los dientes afectados por la transposición presentan lesiones de caries o poco tejido de soporte periodontal, o también cuando presentan una discrepancia hueso-diente negativa o severa y un perfil convexo¹⁷.

CONCLUSIÓN

La transposición dental se puede corregir de manera exitosa siempre que se realice un correcto diagnóstico y plan de tratamiento, realizando movimientos dentales muy bien controlados. Siempre se deben de tomar en cuenta los límites biológicos de los tejidos dentales y periodontales para el tratamiento de la transposición y evitar los efectos negativos que se pueden desarrollar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins IP, Martins RP, Guimaraes G, Cintra O, Santos-Pinos A. Concomitant permanent maxillary canine agenesis and transposition treated with extractions and lingual brackets. Case Report. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2020; 157(4): 550-560. DOI: 10.1016/j.ajodo.2018.12.026
2. Pedalino A, Matias M, Gaziri D, Vieira B, Alves L, Ursi W. Treatment of maxillary canine transposition. *Angle Orthod.* 2020; 90(6): 873-880. DOI: 10.2319/121719-808.1
3. Hsu YL, Chang CH, Roberts WE. Canine-lateral incisor transposition: Controlling root resorption with a bone-anchored T-loop retraction. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016; 150(6): 1039-1050. DOI: 10.1016/j.ajodo.2015.10.036
4. Hwang S, Kim I, Jang W, Choi YJ, Chung CJ, Kim KH. A 15-year follow up of an orthodontic treatment including a lower incisor extraction and keeping the maxillary canine-premolar transposition. *Angle Orthod.* 2019; 89(5): 812-826. DOI: 10.2319/020118-93.1
5. Sabri R, Zaher A, Kassem H. Tooth transposition: A review and clinical considerations for treatment. *World J Orthod.* 2008; 9(4): 303-318.
6. Hekmatfar S, Jafari K, Zadfatah F, Mousavi S. Maxillary canine-second molar transposition: A rare case report. *J Dent Res Dent Clin Prospects.* 2017; 11(2) :131-134. PMID: 28748056
7. Potrubacz MI, Tepedino M, Chimenti C. Maxillary canine-first premolar bilateral transposition in a Class III patient. A case report. *Angle Orthod.* 2016; 86(3): 509-519. DOI: 10.2319/060215-371.1

8. Peck S, Peck L. Classification of maxillary tooth transpositions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1995; 107(5): 505-517. DOI: 10.1016/s0889-5406(95)70118-4
9. Nabbout F, Skaf Z, Hlayhel J. Maxillary tooth transposition: A report of two cases. *Int Orthod*. 2017; 15(3): 467-482. DOI: 10.1016/j.ortho.2017.06.023
10. Lorente C, Lorente P, Perez-Vela M, Esquinas C, Lorente T. Orthodontic management of a complete and an incomplete maxillary canine-first premolar transposition. *Angle Orthod*. 2020; 90(3): 457-466. DOI: 10.2319/080218-561.1
11. Shapira Y, Kuftinec MM, Dstorm, DMD. Tooth transpositions – A review of the literature and treatment considerations. *Angle Orthod*. 1989; 59: 271-276. DOI: 10.1043/0003-3219(1989)059<0271:TTAROT>2.0.CO;2
12. Lee MY, Park JH, Jung JG, Chae JM. Forced eruption of a palatally impacted and transposed canine with a temporary skeletal anchorage device. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2017; 151(6): 1148-1158. DOI: 10.1016/j.ajodo.2016.06.051
13. Ciarlantini R, Melsen B. Maxillary tooth transposition: correct or accept? *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007; 132(3): 385-394. DOI: 10.1016/j.ajodo.2007.04.011
14. Weeks EC, Power SM. The presentations and management of transposed teeth. *Br Dent J*. 1996; 181: 421-424. DOI: 10.1038/sj.bdj.4809280
15. Lorente T, Lorente C, Murray PG, Lorente P. Surgical and orthodontic management of maxillary canine-lateral incisor transpositions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2016; 150(5): 876-885. DOI: 10.1016/j.ajodo.2016.04.026
16. Matsumoto MAN, Stuari MBS. Tooth transposition: a multidisciplinary approach. *Dental Press J Orthod*. 2018; 23(1): 97-107. DOI: 10.1590/2177-6709.23.1.097-107.bbo
17. Capelozza Filho L, Cardoso MA, Cardoso Neto J. Tratamento da transposição de canino e pré-molar superior unilateral: abordagem por meio de mecânica segmentada. *Rev Clin Ortodon Dent Press*. 2007; 6(3): 73-85.



Caso clínico

Estomatitis alérgica de contacto asociado al consumo de canela en rama

Javier Ignacio Gimenez¹, Veronica Flück²,
Claudia Giacco², Ángeles Castrillo³

¹. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología. Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica.

². Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Clínica Estomatológica.

³. Centro Odontológico Municipal Berazategui. Servicio de Estomatología.

Autor de correspondencia:

Javier Ignacio Gimenez

E-mail: gimenezja@gmail.com

Recibido: abril 2022

Aceptado: marzo 2023

Citar como:

Gimenez JI, Flück V, Giacco C, Castrillo A. Estomatitis alérgica de contacto asociado al consumo de canela en rama. [Allergic Contact Stomatitis due to Consumption of Cinnamon Sticks]. *Rev Odont Mex.* 2023; 27(1): 13-17. DOI: 10.22201/fo.1870199xp.2023.27.1.82493

Resumen

Introducción: La estomatitis de contacto es una reacción intraoral que puede ser provocada por una amplia variedad de agentes. La canela como factor desencadenante es poco frecuente debido al bajo consumo. Sin embargo, la misma se consume en chicles, enjuagues bucales y pasta dental, que son los productos más asociados a la estomatitis alérgica de contacto asociado al consumo de canela. **Objetivo:** Reportar un caso de estomatitis de contacto asociado al consumo de canela en rama. **Presentación del caso:** Una paciente de 20 años, con una historia clínica sin incidencias, se presenta relatando dolor ardiente y presencia de manchas en la mucosa oral de más de 3 meses de evolución. También refiere una sensación de ardor y picor intermitente, sin motivo aparente. Luego de una estricta anamnesis la paciente refiere que hace unos años comenzó a mascar canela en forma de rama. La paciente también nos relata que suele colocarla en ambos vestíbulos y a las

horas empieza a sentir una sensación descrita como incómoda. Se indicó suspender dicho hábito y durante los controles posteriores se evidenció la desaparición de los signos y síntomas. **Conclusión:** Una anamnesis meticulosa junto con el examen físico son importantes para establecer un correcto diagnóstico y un adecuado manejo clínico de la estomatitis alérgica de contacto.

Palabras clave: Canela; estomatitis alérgica de contacto; mucosa bucal

INTRODUCCIÓN

La estomatitis alérgica de contacto es una reacción intraoral de hipersensibilidad tipo IV que puede ser provocada por una amplia variedad de agentes, como materiales dentales, alimentos y productos de higiene dental^{1,2}. Es reportada con poca frecuencia, posiblemente debido a la relativa resistencia de la mucosa oral a agentes irritantes y alérgenos. El entorno específico de la cavidad oral inhibe las reacciones de hipersensibilidad, la saliva asegura una limpieza constante de la mucosa y reduce el tiempo de contacto con sustancias alergénicas; y el alto grado de vascularización de la mucosa provoca una rápida absorción de antígenos, lo que reduce aún más el contacto con estas sustancias²⁻⁴.

El uso de canela está presente como saborizante en comidas, bebidas, chicles, enjuagues bucales, protectores solares para labios, aceites volátiles y pasta de dientes. La mayor parte de las personas que consumen canela lo hacen de forma indirecta a través de otros alimentos donde la misma participa como agente saborizante pudiéndose desencadenar la estomatitis alérgica de contacto⁵. Sin embargo, en Argentina no es habitual el consumo de esta como en otros países, haciendo aún menos frecuente esta entidad. La estomatitis alérgica de contacto (EAC) asociada al consumo de canela fue descrita por primera vez por Drake y Maibach⁶. El agente etiológico de esta reacción es el aldehído cinámico, también conocido como cinamaldehído, que es el compuesto orgánico que le da a la canela su olor y sabor. Este compuesto amarillo viscoso de origen natural que deriva de la corteza de los árboles y arbustos de canela y de otras especies de plantas del género *Cinnamomum*⁵.

Los casos clínicos descritos de EAC están relacionados a las cremas dentales y goma de mascar⁷. Las reacciones por contacto que afectan a la mucosa pueden confundir al clínico con otros procesos patológicos porque comparten características clínicas con otras enfermedades como por ejemplo las reacciones liquenoides^{4,8}. A pesar de que los signos y síntomas de las EAC son variados entre las manifestaciones bucales se pueden observar eritema, edema, leucoedema, descamación, manchas blancas y erosión^{2,3,8}. El presente artículo muestra el reporte de un caso de EAC, destacando la importancia del proceso para reconocer el agente causal y los diferentes diagnósticos diferenciales.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Una mujer de 20 años de edad fue remitida a nuestra clínica luego de consultas previas con otras especialidades por presentar lesiones rojas de más de 3 meses de evolución. La paciente relata que las lesiones generan sensación de malestar, quemazón y rugosidad en la mucosa que aparecen y desaparecen. La historia médica no revela ninguna enfermedad ni estar bajo

tratamiento alguno, y al realizar la anamnesis, la paciente refiere haber consultado a distintos profesionales que le indicaron tratamientos sin haber arribado a un diagnóstico. Al examen intraoral en ambos bordes linguales se aprecian surcos muy pronunciados con disposición simétrica y un ligero edema compatible con lengua escrotal. En ambas mucosas yugales de forma bilateral y simétrica se observan manchas rojo púrpuras, negativas a la diascopia (Figura 1.A-B). Se solicita rutina de laboratorio y serología para VIH, VHB y Sífilis. En la segunda consulta refiere que las lesiones desaparecieron dentro de las siguientes 24 horas. Al examen intraoral no se evidencian lesiones. En los exámenes complementarios solicitados se observan resultados dentro de los parámetros normales y las serologías fueron negativas.

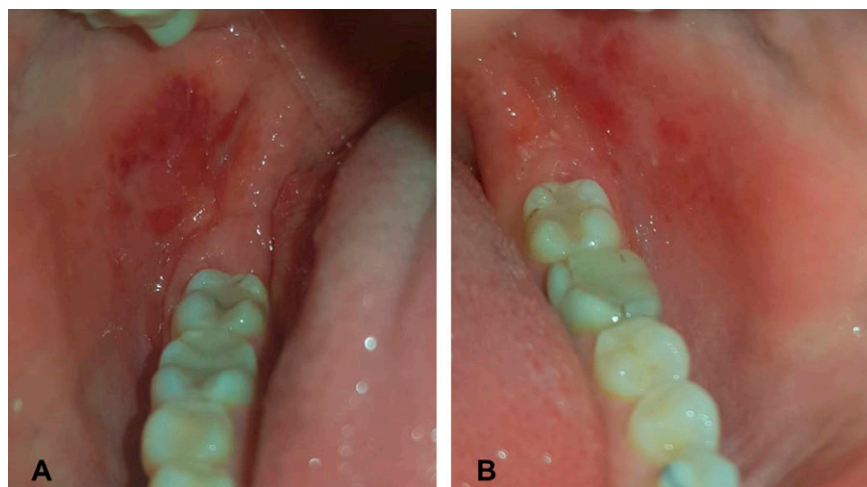


Figura 1. Fotografías clínicas iniciales. A. Mancha rojo púrpura en mucosa yugal derecha. B. Mancha rojo púrpura en mucosa yugal izquierda.

En esta ocasión la paciente relató que hace unos años comenzó a mascar canela en forma de rama luego de probarla en un viaje y lo solía colocar en ambos vestíbulos y que a las pocas horas empezaba a sentir una sensación incómoda en la mucosa (Figura 2). Considerando los exámenes ya realizados y la continua anamnesis se pudieron descartar otros diagnósticos posibles como liquen plano bucal debido a que no presentaba lesiones blancas en red características, penfigoide benigno de las mucosas al realizar maniobras de bulbo aspiración que determinaron la ausencia de ampollas, mucosa mordisqueada al no observarse colgajos epiteliales a lo largo de toda la mucosa yugal como es habitual, reacción liquenoide se desestimó durante la anamnesis y la inspección debido a la falta de agentes causales, y discrasias sanguíneas fueron excluidas de las hipótesis diagnósticas mediante la normalidad de las serologías y laboratorio. Se indicó suspender dicho hábito y en los siguientes controles, no se hallaron lesiones, confirmando la hipótesis diagnóstica de EAC (Figura 3). Durante el seguimiento no se evidenciaron nuevas lesiones.

DISCUSIÓN

Las alergias por contacto son frecuentes en la piel, pero raras en la cavidad oral debido al protector de la saliva en contra de la acumulación de alérgenos. La reacción de contacto más frecuente es la reacción liquenoide^{1,8}, el consumo de canela en rama no es habitual en la Argentina siendo la EAC un hallazgo inusual.



Figura 2. Manifestación clínica en mucosa yugal a las pocas horas de contacto con el agente causal.



Figura 3. Fotografía clínica de seguimiento donde se observa la desaparición de las lesiones.

Las formas clínicas de presentación son variadas y suelen acompañarse de síntomas como la sensación de quemazón, picor, calor y signos tales como manchas rojas y blancas, erosiones y desprendimientos epiteliales. Las regiones más afectadas son las áreas de contacto, que suelen ser las mucosas yugales y los bordes linguales. Las lesiones por lo general son subdiagnosticadas debido a lo inespecífico de las manifestaciones, así como a lo inusual del consumo de canela en rama. Los diagnósticos diferenciales incluyen la reacción liquenoide, liquen plano bucal, mucosa mordisqueada, leucoplasia pilosa, enfermedades ampollares y desórdenes hematológicos^{3,5}.

La anatomía patológica de la EAC se manifiesta como hiperortoqueratosis, acantosis y atrofia principalmente, acompañados por degeneración hidrópica de la capa basal. A veces se puede observar exocitosis neutrofílica y espongiosis. El área superficial del tejido conectivo presenta infiltrado inflamatorio crónico compuesto principalmente de linfocitos y plasmocitos a veces organizados en banda recordando al liquen plano, pero de extensión más profunda^{2,9}. La necesidad de realizar una biopsia queda postergada para los casos en los que el diagnóstico clínico no es claro y es preciso descartar otras enfermedades¹. Las pruebas de alergia (parches) pueden resultar de utilidad como complemento para el diagnóstico, sin embargo, no son concluyentes y a menudo producen falsos negativos⁴.

La EAC genera preocupación y angustia en los pacientes debido a que suelen consultar a varios profesionales previamente sin tener un diagnóstico. Es importante el continuo interrogatorio ya que los pacientes revelan hábitos en relación con los aspectos clínicos. El arribo al diagnóstico depende del momento del comienzo de los síntomas y el tiempo en relación con el alérgeno que se sospecha. El tratamiento consiste en la suspensión del hábito y evitar el consumo de canela en todas sus formas.

CONCLUSIÓN

Es fundamental realizar una rigurosa anamnesis y examen físico como pilares para el desarrollo de una hipótesis diagnóstica correcta. La derivación oportuna al especialista mejora las posibilidades de arribar a un diagnóstico y tratamiento de manera temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minciullo PL, Paolino G, Vacca M, Gangemi S, Nettis E. Unmet diagnostic needs in contact oral mucosal allergies. *Clin Mol Allergy*. 2016; 14:10. DOI: 10.1186/s12948-016-0047-y
2. Trembay S, Avon SL. Contact allergy to cinnamon: case report. *J Can Dent Assoc*. 2008; 74(5): 445-448. <https://www.cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-5/445.pdf>
3. Feller L, Wood NH, Khammissa RAG, Lemmer J. Review: Allergic contact stomatitis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2017; 123(5): 559-565. DOI: 10.1016/j.oooo.2017.02.007
4. Cifuentes M, Davari P, Rogers RS. Contact stomatitis. *Clin Dermatol*. 2017; 35(5): 435-440. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2017.06.007
5. Isaac-Renton M, Li MK, Parsons LM. Cinnamon spice and everything not nice: many features of intraoral allergy to cinnamic aldehyde. *Dermatitis*. 2015; 26(3): 116-121. DOI: 10.1097/DER.0000000000000112
6. Drake TE, Maibach HI. Allergic contact dermatitis and stomatitis caused by a cinnamaldehyde-flavored toothpaste. *Arch Dermatol*. 1976; 112(2): 202-203. DOI: 10.1001/archderm.1976.01630260026007
7. Syrigos N, Grapsa D, Zande M, Georgakopoulou E, Syrigou E. Distinct clinical and sensitization patterns of cinnamon-induced contact stomatitis: a propos of two cases. *Int J Dermatol*. 2017; 56(12): 1506-1508. DOI: 10.1111/ijd.13750
8. Reinhart JP, Stoopler ET, Crawford GH. Oral hypersensitivity reactions. *Dermatol Clin*. 2020; 38(4): 467-476. DOI: 10.1016/j.det.2020.05.007
9. Miller RL, Gould AR, Bernstein ML. Cinnamon-induced stomatitis venenata, Clinical and characteristic histopathologic features. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1992; 73(6): 708-716. DOI: 10.1016/0030-4220(92)90016-j

