



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CLÍNICA DE ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA

CASO CLÍNICO

CAMBIOS EN EL PERFIL BLANDO DURANTE
EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

CD. Marcela del Rocío Martínez Irías

Tutor Dr. Mario Katagiri



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIEMIENTOS

Gracias a Dios por esta hermosa oportunidad.

A mi familia por su valioso apoyo, en especial a mi Madre por creer en mí.

A mis maestros, por compartir sus conocimientos.

A mis compañeros por haberme hecho agradable la estadía en su país.

MUCHÍSIMAS GRACIAS

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
CASO CLÍNICO	15
Fotografías extraorales	15
Fotografías intraorales iniciales	16
Radiografías	17
Modelos de estudio	18
Plan de tratamiento	19
Nivelación	20
Retracción del segmento anterior superior	21
Comparación	23
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIÓN	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	32

RESUMEN

El presente trabajo contiene el seguimiento terapéutico de un paciente femenino de 18 años de edad con maloclusión clase II división 1, molar y canina de Angle, que se presentó a la Clínica de Ortodoncia de Naucalpan, de la FES Iztacala UNAM, con el objetivo de arreglarse los dientes.

Clínicamente mostró perfil convexo, sobremordida horizontal y vertical exageradas. En el estudio de modelos presentó una discrepancia dentobasal de -5 mm en superior y -12 mm en inferior y una curva de Spee derecha de 5 e izquierda de 6 mm; en la cefalometría fue evidente una clase II esquelética, crecimiento en contra de las manecillas del reloj, proinclinación de incisivos superiores e inferiores al igual que un perfil convexo.

Entre los objetivos se tomó en cuenta la alineación y nivelación dental, conseguir una adecuada sobremordida vertical y horizontal así como mejorar el perfil. Para lo cual se realizó la extracción de los cuatro primeros premolares, se colocó como anclaje un botón de Nance en superior y arco lingual en inferior, brackets Edge-Wise slot 0.018 y bandas con tubos dobles en superior y sencillos en inferior.

A 17 meses de tratamiento se ha conseguido un buen perfil, clase I canina, disminución de la sobremordida vertical de 4.5 mm a 2 mm y la horizontal de 11 a 2 mm. El ángulo nasolabial aumentó de 100° a 110°, la longitud del labio inferior aumentó de 51 a 51.5 mm. Con respecto a la línea estética de Ricketts, el labio superior disminuyó su protrusión de 2 mm a 0 mm y el inferior se mantuvo en 1 mm.

Palabras claves: Perfil blando, ortodoncia, extracciones

ABSTRACT

This case report describes the diagnosis and treatment of an 18 year-old class II/1 malocclusion female. The patient turns to the orthodontic service in the Clinic of Specialties Naucalpan from the Universidad Nacional Autónoma de México campus Iztacala, in order to straight her teeth.

She presented with convex facial profile. Study cast analysis reveals mild overbite and overjet, as well a dentobasal discrepancy of -5mm in upper arch and -12 in the lower, with 5mm of Spee curve in the right and 6mm in the left. Cephalometric studies reveal Class II skeletal relationships and CCW growth trend; dental arches are both protrusive, as well lips look incompetent when relaxed. Third molars are present and impacted lowers.

Treatment goals includes: a) dental alignment, b) correction of overjet and overbite, and c) general profile improvement.

In order to fulfill this goal, four first bicuspid extractions are required. Anchorage consisted of a Nance button and lingual arch. Edgewise appliance slot 0.018 and double tube band in upper and single in lower include the basic aparatology.

After 17 months of treatment facial profile convexity shows a diminishing, as well a canine Class I, overbite diminished from 4.5mm to 2mm; overjet turns from 11mm to 2mm. Nasolabial angle increased from 100° to 110°; lower lip length increased from 51mm to 51.5mm. About the esthetic line of Ricketts upper lip protrusion decreased from 2mm to 0mm and the lower one did not change.

Key words: Soft tissue profile, orthodontia and extractions.

INTRODUCCIÓN

Desde el año de 1895 cuando Wilhem Conrad Roentgen, profesor investigador del Instituto Físico de la Universidad de Würzburg, descubrió los rayos “X” hasta nuestros días, la cefalometría ha experimentado enormes cambios que nos han permitido perfeccionar los métodos de diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.¹

El análisis cefalométrico en ortodoncia es el instrumento que nos permite conocer los valores individuales de cada paciente, que no siempre pueden apreciarse clínicamente, ni en el estudio de modelos, así como también establecer un pronóstico en determinadas maloclusiones, evaluar el crecimiento, tratamiento ortodóncicos u ortodóncicos quirúrgicos.

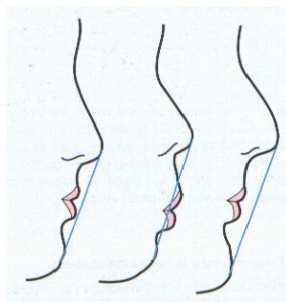
Este consiste en comparar al paciente con un grupo de referencia normal para poder detectar cualquier diferencia entre las relaciones dentofaciales del paciente y las que cabría esperar en su grupo étnico o racial. Un examen minucioso del perfil facial proporciona la misma información (aunque menos detallada) que el análisis de las radiografías cefalométricas laterales. En lo que se refiere al diagnóstico, sobre todo para diferenciar a los pacientes con problemas más graves, de los que tienen unas proporciones faciales buenas o razonablemente buenas, conviene efectuar una minuciosa valoración clínica de las proporciones faciales.

Esta es una técnica de diagnóstico fundamental para cualquier odontólogo, y debe dominarla todo el que atienda a pacientes que requieran asistencia dental primaria, no solo los odontólogos.²

Evaluación del perfil blando

La protrusión labial (fig. 1) la podemos medir con la línea estética de Ricketts, ésta pertenece al problema estético (campo IV) del Cefalograma lateral de Ricketts; es la distancia desde la parte más anterior del labio inferior al plano estético *. La norma es de -2 mm a la edad de 8 ½ años y disminuye 0.2 mm por año, con una desviación estándar de ± 2 mm. Esta indica la relación entre los labios por una parte y la nariz y el mentón por otra. El labio inferior se apoya sobre la cara vestibular del incisivo superior. Por lo tanto, la protrusión de este diente, producirá un labio inferior protrusivo. Los valores negativos indican que el labio está por detrás del plano E. ³

* El plano estético de Ricketts va desde la parte más anterior de la nariz, a la parte más prominente del mentón.



(fig. 1)

Ángulo Nasolabial

Es el ángulo formado por el plano Columnela Subnasal (C – Sn) y el plano Subnasal – Labio superior (Sn – Ls) (fig. 2)

C – Punto Columnella, punto más anterior de la nariz.

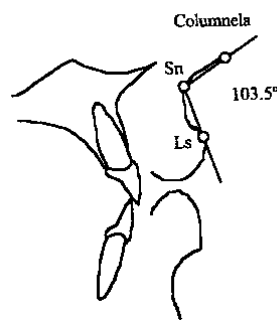
Sn – Subnasal, punto donde se une la base de la Columnella nasal con el labio superior.

Ls – Labrale superior, el punto más anterior del labio superior.

La norma en hombres es de 103.5° y en mujeres de 106.4°

Es una medida importante para determinar las displasias maxilares en la dimensión anteroposterior, aunque este ángulo puede variar de acuerdo con la inclinación que guarde la columnilla de la nariz.

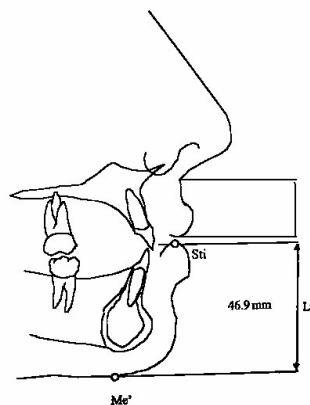
Un ángulo agudo sugiere una hiperplasia maxilar, proinclinación de los incisivos superiores o una combinación de ambas, lo que permite considerar la retracción quirúrgica de la maxila, la retroinclinación ortodóncica de los incisivos o una combinación de ambos procedimientos. Un ángulo nasolabial obtuso sugiere una hipoplasia maxilar, una retroinclinación de los incisivos superiores o una combinación de ambas. Esto permite considerar una avance quirúrgico del maxilar, la proinclinación ortodóncica de los incisivos o una combinación de ambos procedimientos. (Análisis de tejidos blandos de Arnett y Bergman)



(fig. 2)

Longitud del labio inferior

Es la distancia que existe entre el contorno más superior del labio inferior (Sti) y el punto Menton de tejidos blandos (Me') (fig. 3), la norma para hombres es de 46.9 mm y para mujeres de 54.3 mm. Este determina la longitud vertical real del labio inferior. En un paciente bien proporcionado esta medida representa el doble de la longitud del labio superior (con una norma de 24.4 mm en mujeres). Es decir, mantiene una relación de 2:1 (Análisis de tejidos blandos de Arnett y Bergman) (1)



(fig. 3)

Extracciones de Premolares

Al finalizar el crecimiento, si se excluye la hipótesis quirúrgica, a menudo es posible lograr un desplazamiento dentario satisfactorio desde el punto de vista estético y funcional a pesar de la posición poco ideal de las bases óseas. Esto se verifica, sobre todo, en la Clase II donde el objetivo principal es la distalización de los dientes anterosuperiores. Esto es posible con la extracción de los cuatro primeros premolares.⁴

La decisión de realizar extracciones no siempre es blanca o negra. Existen muchos casos en los que la decisión de realizar extracciones está en una zona gris y se pueden conseguir resultados agradable a través de distintos caminos. Como en el caso de no extracciones que se trata con expansión por avance anterior, esta posibilidad está limitada por el perfil facial y consideraciones sobre la estabilidad. El movimiento es básicamente una proinclinación coronaria, y, si se realiza en exceso, puede provocar un perfil excesivamente convexo, o inestabilidad de la posición dentaria. En muchos casos de clase II/2 es el tratamiento de elección para aliviar el apiñamiento.⁵

Paquette, Beattie, and Johnston⁶ en 1992 publicaron un estudio en donde compararon los efectos a largo plazo de tratamientos de ortodoncia en maloclusiones clase II división 1, con y sin extracciones. Para tomar la decisión de las extracciones se basaron en el perfil convexo y en la protrusión y apiñamiento anterior, tanto superior como inferior. El promedio de tiempo postratamiento en el cual se hizo la comparación fue de 14.5 años. Se estudiaron 33 sujetos tratados con extracciones y 30 sin extracciones, en donde los dos grupos presentaron grandes diferencias en la convexidad del perfil y protrusión dental.

En promedio los dos grupos presentaron el mismo patrón de recidiva y estabilidad postratamiento, relacionado más al crecimiento diferencial de la mandíbula que a la posición

y angulación dental. En términos de irregularidades en los incisivos inferiores, la mitad de los pacientes tratados sin extracciones y $\frac{3}{4}$ partes de los tratados con extracciones presentaron menos de 3.5mm de cambios en dichos dientes, resultados que frecuentemente no podrían ser considerados extraordinarios. En el estudio los dos grupos presentaron un marcado adelantamiento mandibular, tanto del mentón como del cóndilo. Estos resultados coinciden con los encontrados por los Drs. Suwanee Luppanapornlarp y Lysle E. Johnston Jr.⁷, quienes concluyeron que a largo plazo no hay diferencias significativas entre tratamientos con y sin extracciones. Se trató uno de los grupos (maloclusión clase II) con aparatología edgewise después de las extracciones de premolares obteniendo una reducción de la convexidad de 2 a 3mm.

Jeffrey S. Genecov, Peter M. Sinclair, Paul C. Dechow⁸ publicaron en 1990 un artículo donde evaluaron el desarrollo de la nariz y el perfil blando de 64 sujetos sin tratamiento de ortodoncia (32 clase I y 32 clase II), entre sus hallazgos encontraron que de 7 a 12 años todos los grupos mostraron cerca de 2 y 3 mm de proyección nasal. De cualquier manera, de 12 a 17 años, mientras las niñas continuaban la misma tasa de crecimiento, los niños demostraron un considerable incremento de la proyección nasal (de 4 a 5mm), resultando en una tendencia en el incremento de la proyección nasal a la edad de 17 años.

Talass and Baker, en su publicación de 1987, determinaron los cambios en el perfil blando causados por la retracción de los incisivos maxilares y por otros factores. Se digitalizaron y analizaron las radiografías terminadas de 80 mujeres clase II división 1 tratadas y 53 mujeres sin tratamiento. Donde concluyeron que el crecimiento tenía poca relación con cambios en el perfil en un período que no se excedía a 36 meses (menos de 2mm en medidas lineales y 5° para medidas angulares). Los cambios más significativos que se presentaron fueron en la

retracción del labio superior con un promedio de 3.7mm, un ligero aumento de la longitud del labio inferior de 2.3mm, y un incremento del ángulo nasolabial de 10.5°. ⁹

Luís Alberto Bravo en 1994¹⁰, publicó un estudio en donde evaluó los cambios ocurridos en el perfil blando de 16 pacientes femeninas tratadas con extracciones de cuatro premolares y aparatología edgewise. Se extrajeron primeros premolares superiores y ya sea primeros o segundos inferiores, con un promedio de 32 meses de tratamiento. Los principales cambios reportados fueron, en promedio, un movimiento hacia atrás del labio inferior de 3.8mm de la línea E y un incremento del ángulo nasolabial de 3.7°.

Los cambios en el perfil no sólo se dan en pacientes clase II tratados con extracciones de los cuatro primeros premolares, sino también en maloclusiones clase I tratados de igual manera. Como lo podemos observar en un estudio publicado en el 2002 por el Dr. Ilken Kocadereli¹¹, quien realizó una comparación del perfil blando en maloclusiones clase I tratadas con y sin extracciones de los cuatro primeros premolares y con aparatología edgewise. En donde la mayor diferencia entre los dos grupos al final del tratamiento fue la retrusión de los labios superior e inferior en los pacientes tratados con extracciones, así como también el incremento del ángulo nasolabial (4.8°). Para Downs un ángulo interincisal adecuado es de 135.3° ¹², en éste estudio, en el grupo de las extracciones se redujo la inclinación de los incisivos acompañado con un incremento en el ángulo interincisal en promedio de 4.5°, normalizándolo. En el grupo sin extracciones la proinclinación de los incisivos fue más evidente en la región mandibular.

El aumento en la inclinación de los incisivos produjo una importante disminución del ángulo interincisal de aproximadamente 8° con un valor postratamiento de 121°.

El ortodoncista no debe ser extraccionista o no extraccionista, la Ortodoncia es una ciencia así como un arte. El clínico debe usar cada herramienta que esté a su disposición para dar individualmente a cada paciente un tratamiento con resultados estéticos, saludable, funcional y estable. Para alcanzar estos objetivos el especialista debe tomar en cuenta siempre estos dos puntos: 1) un diagnóstico diferencial científico que podría o no inclinarlo hacia las extracciones, y 2) la habilidad artística del clínico.¹³

Sin embargo está más que estudiado el hecho de que las extracciones de los cuatro primeros premolares exhiben cambios en el perfil, mejorando la estética facial del paciente en la mayoría de los casos.¹⁴

Valor Estético y Psicológico del Tratamiento de Ortodoncia

Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, se acepta, respeta y tendrá su nivel de autoestima elevado.

Una persona con autoestima alta siente que es importante, tiene fe en sus capacidades y sus decisiones, esto mismo le permitirá evaluar correctamente y respetar el valor de los otros, se acepta a sí misma como ser humano reconociendo sus propias limitaciones y debilidades, lo que le permite establecer los correctivos necesarios, considerando sus momentos difíciles como retos a enfrentar saliendo más fortalecidos en la mayoría de los casos.

Por sí sola una pobre autoimagen, no necesariamente es el resultado de una maloclusión o malformación craneofacial, pero la sociedad tiende a estigmatizar a quienes presentan rasgos físicos diferentes al común de las personas.

La víctima de cualquier malformación se enfrenta a una tensión psicológica seria y puede recibir un mensaje social negativo, creando en el sujeto una autoestima baja; las alteraciones psicológicas en los individuos con deformidades físicas le crean problemas sociales.¹⁵

Entrando en el terreno subjetivo de la motivación psicológica, no parece existir una opinión unánime al respecto. Para muchas personas el padecer una deformidad o defecto físico no les supone impedimento alguno para el desarrollo normal de su personalidad y carácter. Pero para muchas otras, por el contrario, tal deficiencia física puede afectar seriamente su bienestar personal y comportamiento social.

Uno de los rasgos que mejor definen la personalidad del individuo contemporáneo es la importancia concedida a la apariencia física y la belleza corporal.

¿Por qué la gente anhela y busca la corrección de sus deformidades dentofaciales? La respuesta aparece clara y evidente: porque más allá de las implicaciones sanitarias y funcionales, existe una realidad emocional subyacente en todo ser humano: la fealdad física es la peor aflicción psicológica que puede sufrir el individuo, especialmente si se trata de un adolescente. Tal y como se considera la dentadura y la estética facial, como valor sociocultural de alta cotización, la aceptación social es con toda probabilidad la motivación dominante en la mayoría de la población, independiente de la edad.

En general, la mejoría ocurrida en la autoimagen corporal del paciente de ortodoncia es en extremo favorable, cuando el grado de desequilibrio estético original era muy evidente.

La ortodoncia, desde su diminuta parcela asistencial, ha llegado a reconocer que no corrige malposiciones dentarias, sino seres humanos que las padecen, cada uno con su propio carácter, personalidad y temperamento. ¹⁶

Preferencias de Perfil

En Julio de 1998 el Dr. Mantzikos¹⁷ publica un artículo en donde se realizó un estudio para determinar las preferencias de perfil en la población Japonesa. Los resultados arrojaron una inclinación por un perfil ortognático en primer lugar, un perfil con retrusión bimaxilar en segundo, un prognatismo mandibular en tercero y protrusión bimaxilar en cuarto.

Para complementar este trabajo se realizó una encuesta con objetivo de determinar la preferencia de perfiles entre los estudiantes de la especialidad de Ortodoncia y de personas ajenas al área de la salud. (Tabla 1)

Se escogieron 4 perfiles (Anexo 1); (1) africano, (2) caucásico, (3) oriental y (4) latino y se realizó una encuesta en 50 personas; 25 estudiantes de la especialidad de ortodoncia de la Clínica de Ortodoncia de Naucalpan, y 25 personas que no tenían estudios en el área de salud. El promedio de las preferencias fueron: caucásico (2) en primer lugar para los dos grupos; latino (4) para el 2° lugar en los estudiantes y oriental (3) para el otro grupo, siendo este mismo el tercer lugar para los estudiantes y obteniendo el último lugar en los dos grupos el perfil africano (1).

Entre los dos grupos los resultados indican claramente una predilección por un perfil caucásico (56%), seguido por uno latino (28%), oriental (14%), y el menos estético resultó el africano (2%).

Tabla de preferencias de perfil

	Perfil Africano (1)		Perfil Caucásico (2)		Perfil Oriental (3)		Perfil Latino (4)	
Estudiantes de la especialidad de Ortodoncia	0	1%	12	48%	2	8%	11	44%
Personas sin estudios en el área de la salud	1	4%	16	64%	5	20%	3	12%
TOTAL	1	2%	28	56%	7	14%	14	28%

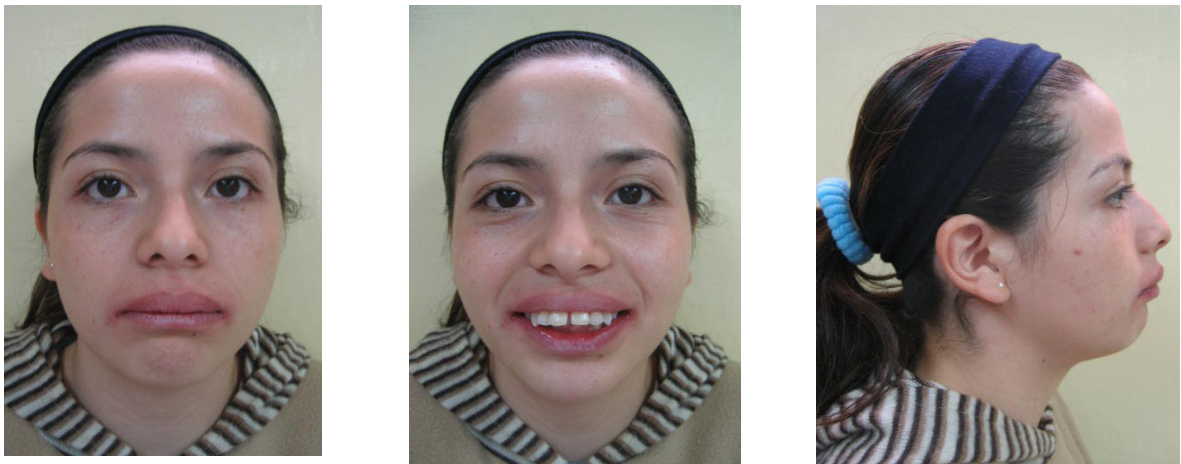
(Tabla 1)

Esto nos demuestra que los grupos encuestados se inclinan por un perfil intermedio entre una protrusión y una retrusión bimaxilar y sabemos que no es el perfil mexicano convencional con protrusión bimaxilar^{18, 19}; esto podría deberse a la influencia de la televisión, revistas, libros, periódicos, etc., donde todos ellos imponen un estereotipo facial como el de los actores de cine, siendo la mayoría caucásicos de perfil recto.

Entendiendo que la población en general considera que la estética se puede mejorar por medio del tratamiento de ortodoncia, es importante mantener presente las decisiones individuales de cada paciente en relación a su tratamiento.²⁰

CASO CLÍNICO

FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES INICIALES



- Cara ovalada , frente amplia
- Nariz ancha
- Labios gruesos
- Surco mentolabial marcado
- Mentón hipertónico
- Presenta el tercio inferior ligeramente disminuido, diastema central
- Línea media facial coincide con la línea media dental superior
- Perfil convexo

FOTOGRAFÍAS INTRAORALES INICIALES



- Diastema entre incisivos centrales superiores
- Dientes anteriores superiores vestibularizados
- Sobremordida vertical de 4.5mm
- Sobremordida horizontal de 11mm
- Clase II Molar derecha e izquierda
- Clase II canina derecha e izquierda

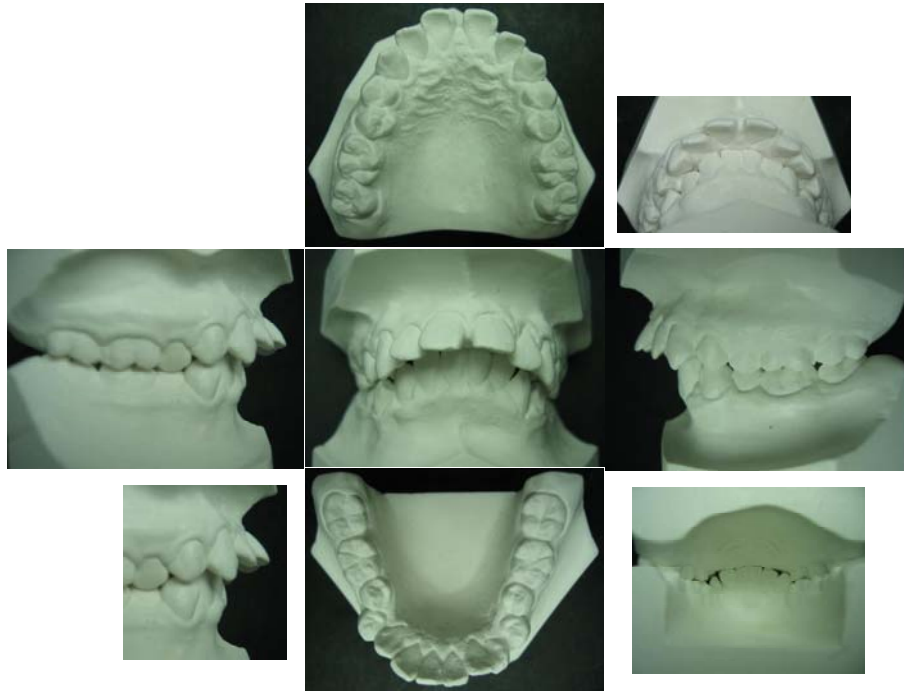


(Anexo 2)



- Presenta 28 piezas erupcionadas y los cuatro terceros molares sin erupcionar,
- Terceros molares inferiores impactados
- Buena altura de crestas alveolares
- Relación raíz corona 2:1

MODELOS DE ESTUDIO



- Curva de Spee 5mm derecha y 6mm izquierda y
- Detalles ya mencionados en fotografías intraorales iniciales

DIAGNÓSTICO

- Patrón braquifacial
- Perfil convexo
- Mentón hipertónico
- Clase II esquelético
- Crecimiento CCW
- Clase II molar, clase II canina
- Proinclinación de incisivos superiores e inferiores
- Curva de Spee derecha de 5mm e izquierda de 6mm
- Sobremordida horizontal de 11mm y vertical de 4.5mm
- Discrepancia dentobasal en superior de -5mm, y en inferior de -12mm

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Mejorar perfil
- Alineación y nivelación
- Corregir giroversiones
- Conseguir clase I molar y clase I canina
- Corregir sobremordida vertical y horizontal

PLAN DE TRATAMIENTO

- Extracción de los cuatro primeros premolares
- Colación de anclaje con botón de Nance en superior y arco lingual en inferior
- Colocación de brackets edgewise slot 0.018 y bandas con tubos dobles en superior y sencillos en inferior
- Nivelación con arco Niti 0.014
- Distalización de caninos con cadena elástica y arcos de acero 0.016
- Retracción del segmento anterior con arco Blue Elgilloy 0.016 x 0.022
- Renivelación con arco NiTi 0.016 x 0.016
- Tomar radiografía panorámica y reubicar brackets, si es necesario
- Arcos ideales coordinados con acero 0.017 x 0.025
- Retención con placas Hawley superior e inferior

NIVELACIÓN

Arco de Nance en superior y
arco lingual en inferior
Arcos NiTi 0.014 superior e
inferior



23 de Abril 2004

RETRACCIÓN DE CANINOS

Arco NiTi 0.016 inf., acero
0.016 sup.
Cadena elástica de 16 a 13,
12 a 22, 23 a 26, 42 a 41
Bloque de 36 a 33, 46 a 43



17 de Septiembre, 2004

NIVELACIÓN

Arco de Nance en superior y
arco lingual en inferior
Arcos NiTi 0.014 superior e
inferior



23 de Abril 2004

RETRACCIÓN DE CANINOS

Arco NiTi 0.016 inf., acero
0.016 sup.
Cadena elástica de 16 a 13,
12 a 22, 23 a 26, 42 a 41
Bloque de 36 a 33, 46 a 43



17 de Septiembre, 2004

Se aplicó torque positivo en ant. sup.
Se activó arco de retracción sup.
Bloque de 32 a 42, open coil entre 35 y 33, 43 y 45



10 de Junio, 2005

Cadena elástica de 35 a 33
y 43 a 45



26 de Agosto, 2005

Arco Blue Elgilloy 0.016 x
0.022 sup.
Se cambiaron cadenas
elásticas de 33 a 35 y 43 a 45
Ligas clase II ¼ medianas



7 de Octubre, 2005

Arco Blue Elgilloy 0.016 x
0.022 sup.
Se cambiaron cadenas
elásticas de 33 a 35 y 43 a 45
Ligas clase II ¼ medianas

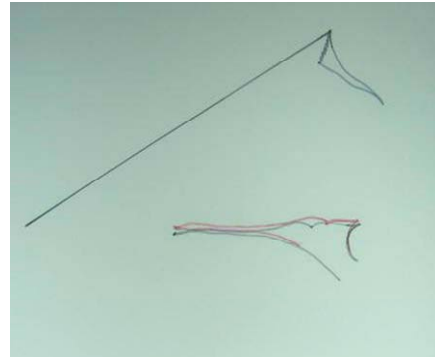
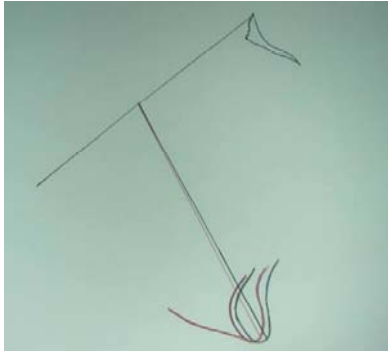


7 de Octubre, 2005

COMPARACIÓN

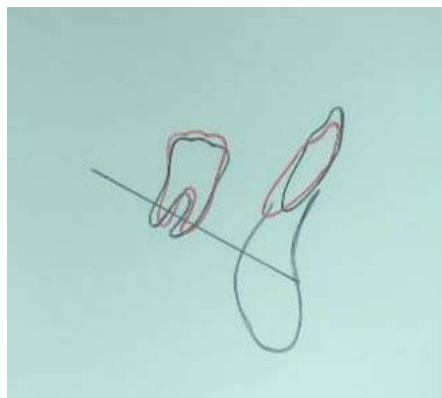


Anexo (2)



Hubo una ligera rotación posterior de la mandíbula
 Ausencia de cambios en el punto A
 Pérdida de anclaje molar de 4 mm
 Retroinclinación de anteriores superiores

- Inicial (23/02/04)
- Actual (27/08/05)



Proinclinación de anteriores inferiores
 Enderezamiento de molares
 Reducción de la protrusión del labio superior

- Inicial (23/02)04)
- Actual (27/08/05)



Comparación



13 de Febrero, 2004

7 de Octubre, 2005

Comparación



13 de Febrero, 2004

7 de Octubre, 2005

Comparación



13 de Febrero, 2004

7 de Octubre, 2005

COMPARACIÓN



Se ha disminuido la biprotrusión labial, mejorado el perfil y aumentado la autoestima de la paciente.

Para continuar el tratamiento se renivelará con arco Blue Elgilloy 0.016 x 0.022 en superior con torque positivo en anteriores y NiTi 0.016 x 0.016 en inferior; se reubicarán brackets; se colocarán arcos ideales coordinados de acero 0.017 x 0.025 y luego la retención con placas Hawley superior e inferior.

RESULTADOS

A 17 meses de tratamiento se ha conseguido un buen perfil con un notable aumento de la autoestima de la paciente.

Dentalmente una clase I canina, disminución de la sobremordida vertical de 4.5 a 2mm y la horizontal de 11 a 2mm.

El ángulo nasolabial aumentó de 100° a 110°, la longitud del labio inferior aumentó de 51 a 51.5mm.

Con respecto a la línea estética de Ricketts, el labio superior disminuyó su protrusión de 2mm a 0mm y el labio inferior se mantuvo en 1mm.

DISCUSIÓN

Si bien, sabemos que un tratamiento ortodóncico con extracciones de los cuatro primeros premolares podría mejorar el perfil de un paciente (de 2 a 3mm), es necesario hacer un minucioso estudio cefalométrico y de modelos para llegar a un correcto diagnóstico; ya que no realizarlas siendo éstas necesarias, nos dejaría un perfil muy convexo al finalizar el tratamiento. De igual manera realizar extracciones cuando no se necesitan, podría dejar al paciente con un perfil demasiado recto o incluso cóncavo. Es muy importante tomar en cuenta la edad y sexo del paciente ya que según los resultados obtenidos en un estudio por los Drs. Jeffrey S. Genecov, Peter M. Sinclair, Paul C. Dechow⁸, jóvenes de 12 a 17 años mostraron un incremento de la proyección nasal entre 2 y 5mm debido a su crecimiento, siendo mayor en los niños.

Entre otros, los resultados de un tratamiento con extracciones se encuentran el aumento del ángulo nasolabial⁹ de alrededor de 10°; coincidiendo con los resultados de nuestra paciente, así como un ligero aumento de la longitud del labio inferior.

La reducción de la convexidad de 2 a 3mm.⁷, comparándolo con nuestros resultados de 2mm.

CONCLUSIÓN

Los pacientes que hoy en día se presentan a la clínica de ortodoncia conforman una población de diferentes grupos, por eso es necesario comprender las relaciones dentofaciales para cada raza tomando en cuenta, sobre todo, la opinión de nuestros pacientes ya que éstos presentan un buen nivel educativo inclinándose tanto por la estética facial como por la función al buscar un tratamiento de ortodoncia.

El ortodoncista frecuentemente tiende a encasillar a los pacientes en un solo molde, olvidando que su meta sería encontrar un grupo común que abarque objetivos razonables y valores promedios para evaluar e interpretar individualmente un perfil agradable y así satisfacer las expectativas del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Carlos E Zamora Montes de Oca; Compendio de Cefalometría, 2004, AMOLCA, págs. 2-6, 253, 256

² Proffit, Ortodoncia Contemporánea, 3° ed., Harcourt, 2001 págs. 159-160

³ Gregoret Jorge, Ortodoncia y Cirugía Ortognática diagnóstico y planificación, ESPAXS, 1997

⁴ Máximo Rossi; Ortodoncia Práctica, 1° ed. AMOLCA, 1998, págs. 146

⁵ Bennett John C, McLaughlin Richard P., Manejo ortodóncico de la dentición con el aparato preajustado, 1997 Isis Medical Media Ltd. Inglaterra, págs. 12-17

⁶ Paquette David E., DDS, MS, MSD, John R. Beattie, DDS, MSD, and Lysle E. Johnston, Jr., DDS, MS, PhD, Borderline extraction and nonextraction comparison - Paquette, Beattie, and Johnston, AJO-DO 1992 Jul (102:1-14.)

⁷ Suwanee Luppapornlarp, DDS, MSD; Lysle E. Johnston, Jr., DDS, PhD, The effects of premolar-extraction: A long-term comparison of outcomes in “clear-cut” extraction and nonextraction Class II patients, Angle Orthodontist, 1993 No. 4, 257 - 272

⁸ Genecov Jeffrey S., Peter M. Sinclair, Paul C., Development of the nose and soft tissue profile, Dechow, Angle Orthodontist 1990 No. 3, 191 - 198

9 Oles B. Drobocky, DMD, MS, and Richard J. Smith, DMD, PhD, Facial profile changes during orthodontic treatment with extraction of four first premolars, AJO-DO, 1989 Mar (220 - 230)

¹⁰ Bravo Luis Alberto, Soft tissue facial profile changes after orthodontic treatment with four premolars extracted .Angle Orthodontist 1994 No. 1, 31 - 42:

¹¹ William B. Downs, D. D. S., M. S., Aurora, ILL, Variations in Facial Relationships; Their Significance in Treatment and Prognosis. Am J Orthod, Vol. 34:1948, pp 812-840.

¹² Ilken Kocadereli, DDS, PhD, Changes in soft tissue profile after orthodontic treatment with and without extractions, Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002 July; 122:67-72

¹³ Vaden L.James and Kiser Hubert E, Straight talk about extraction and nonextraction: A differential diagnostic decision AJO-DO, 1996 Apr (445 – 452)

¹⁴ M. Faysal Talass, D.D.S., M.Sc., Lamise Talass, D.D.S., and Robert C. Baker, D.M.D., Dip. Ortho, Soft-tissue profile changes resulting from retraction of maxillary incisors, AJO-DO 1987 May (385 - 394)

¹⁵ Quirós Alvarez Oscar J.,Ortodoncia Nueva Generación, 1° ed. AMOLCA 2003, págs. 62, 63

¹⁶ Canut Juan, El paciente de Ortodoncia, Ediciones Doyma, 1994, págs. 8, 9, 50, 5

¹⁷ Mantzikos Theo, DMD, Old Greenwich, Conn. Esthetic soft tissue profile preferences among the Japanese population AJO-DO, 1998 Jul (1 - 7)

¹⁸ Toshio Kubodera Ito; Morphometric Study on Craneofacial Structures of Central Mexican Adolescents by Using Cephalometric Analysis – J. Meikai Univ. Sch. Dent.) 2 (1), 125 – 144, 1992.

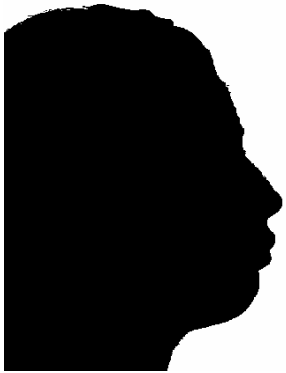
¹⁹ Swierenga, Oesterle, and Messersmith; Cephalometric values for adult Mexican-Americans AJO-DO 1994 Aug (146-155).

²⁰ Sutter Robert E. Jr., DDS, MS; Patrick K. Turley DDS; MS, MEd, Soft tissue evaluation of contemporary Caucasian and African American female facial profiles, Angle Orthodontist, 1998 No. 6, 487 – 496

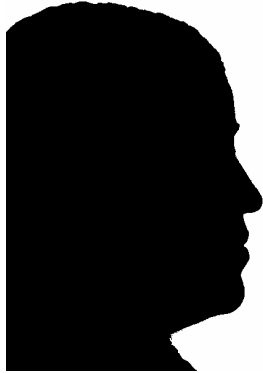
ANEXOS

Perfiles de Encuesta

1



2



3



4



(Anexo 1)

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO DE LA UNAM					
		Medida	Norma	Inicial 23/02/04	Actual 27/08/05
Clase III	Clase I	SNA	82° ±3.5°	86°	86°
		SNB	79° ±4°	78°	77°
		ANB	3° ±2°	8°	9°
		Angulo facial	88° ±4°	88°	86°
		Angulo de la Convexidad	5° ±5°	15°	18°
C.C.W	C.W.	Angulo Go-Gn-FH	24° ±5°	22°	23°
		Suma Angulo S-a.Go	394° ±7°	392°	393°
		Angulo Goniaco	119° ±7°	114°	114°
		Dirección de Crecimiento	66% ±6%	71%	69%
Retroinclinación	Proinclinación	Angulo 1 SN	105° ±7°	122°	85°
		Angulo 1 Go-Gn	97° ±7°	97°	111°
		Angulo Interincisal	125° ±10°	109°	131°
Retrusión labial labial	Protrusión	Labio Superior	-3 ±2 mm	2 mm	0 mm
		Labio Inferior	1 ±3 mm	1 mm	1 mm

23/02/04 - - - - 27/08/05

(Anexo 2)

ANÁLISIS DE JARABAK			
	Norma	23/02/04	27/08/05
	63-64%	70.24%	69%
S	123°+5	120°	120°
Ar	143°+6	158°	159°
Gn/sup	55°+3	40°	40
Gn/inf	75°+3	74°	74°
resultante	396 °	392°	393°
P.Facial (Sn/Po)		78°	77°
Convex. Facial	(NA/Po)	15°	18°
SNA	80 °	86°	86°
SNB	78 °	78°	77°
ANB	2°	8°	9°
SN/GoGn		31°	32°
Y axis/SN		71°	72°

Análisis dental		23/02/04	27/08/05
GoGn/1 inf	90° +-3	97°	111°
GoGn/1 sup		27°	62°
SN/1 sup	102° +-2	122°	85°
P.Oclusal/ Go Gn		10°	15°
Convexidad dental		109°	131°
1P.facial (N/Po)	5mm	20.5 mm	11 mm
1P.facial (N/Po)	± 2mm	7.5 mm	8.5 mm
Línea Estética facial			
Labio sup.	-1 a 4mm	2 mm	0 mm
Labio inf.	0 a 2 mm	1 mm	1 mm
A.F.A.	112	121 mm	121 mm
A.F.P.	71	85 mm	86 mm
L. Rama	44+5	51 mm	51 mm
L.C.M.	71+3	65 mm	67 mm
L.B.C.A.	71+3	66 mm	67 mm
L.B.C.P.	32+3	35.5 mm	35 mm
Relación	1:1	1:1	1:1

(Anexo 2)

Análisis de tejidos blandos			
Línea Estética de Ricketts		23/02/04	27/08/05
Labio sup.	-1 a 4mm	2 mm	0 mm
Labio inf.	0 a 2 mm	1 mm	1 mm
Longitud del labio inferior	54.3 mm	51 mm	51.5 mm
Ángulo Nasolabial	106.4°	100°	110°

(Anexo2)