



Posición del labio superior, e incisivos maxilares en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores, Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, 2007-2011

[HOME](#) > [ARTÍCULOS PUBLICADOS](#) > [AÑO 2013](#) >

Grace Carolina Bastidas Caicedo, Dra. Beatriz Gurrola Martinez, Dra. Marcela Moysen, Dr. Adadn Casasa Araujo

Resumen

Se ha estudiado que en los tratamientos de maloclusiones clase II con extracciones de premolares, la retracción de los incisivos podría [jugar un papel](#) determinante en la mejoría del perfil especialmente en lo referente a los labios. [A pesar de](#) que se han realizado diferentes estudios previos acerca del tema, la relación entre la retracción de los incisivos y el cambio en el perfil labial todavía es controversial, por lo cual el objetivo de estudio fue determinar la relación en el plano horizontal entre el movimiento del labio superior y el movimiento de los incisivos maxilares por medio de radiografías laterales de cráneo utilizando el análisis de Ricketts en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores en casos boards 2007-2011. Metodología estudio de tipo transversal, descriptivo, muestra n=30 pacientes, edades entre los 6 y 29 años. Procedimiento se tomaron las medidas lineales según Ricketts de la protrusión de ambas estructuras al inicio y al final del tratamiento para encontrar los respectivos cambios de posición y relacionarlos. Resultados el coeficiente de correlación a nivel de incisión superior y labrale superior fue $r=0.45$ se encontró que sí existe una relación directa entre la retracción de los incisivos maxilares y la retracción del labio superior, aunque es débil. Conclusiones por la relación existente entre los cambios de la posición de ambas estructuras, consideramos que no consiguen servir como factor de predicción de futuros resultados del tratamiento ortodóncico. Palabras clave, retracción de incisivos, labio superior, perfil blando, camuflaje clase II.

Abstract

It has been studied in the treatment of Class II malocclusion with extraction of bicuspids, the retraction of the incisors could play an important role in the improvement of the profile especially with regard to the lips position. Although there has been various previous studies on the subject, the relationship between incisor retraction and lip profile changes is still controversial, so the objective of the study was to determine the relationship in the horizontal plane between the upper lips position and the retraction of the maxillary incisors by measuring the lateral skull radiographs using Ricketts analysis in class II patients treated with upper bicuspids extractions on Board cases from 2007-2011 at the [Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia](#) in Mexico City. Methodology is a cross-sectional, descriptive study, with a sample $n = 30$ patients from board cases, of both sexes and ages between 6 and 29 years old. Procedure: linear measurements were taken according Ricketts of protrusion of structures both at the beginning and end of treatment to find the respective position changes and relate. Results: The correlation coefficient at incision superior and labrale superior was $r = 0.45$ showing that there is a direct relation between the retraction of the maxillary incisors and upper lip retraction, although this relationship, unlike that we expect, is weak. Conclusions: the relationship between changes in the position of both structures cannot get as a predictor of future results of orthodontic treatment. Keywords, incisors retraction, upper lip retraction, soft profile, class II camouflage.

Introducción

La gran mayoría de los [pacientes](#) que asisten actualmente a consulta buscando tratamiento ortodóncico tienen motivaciones relacionadas con la estética, no sólo dental sino también facial, con expectativas cada vez más altas. Este es un hecho que los ortodoncistas deben tener muy presente a la hora de trazar los objetivos del tratamiento, ya que no se trata sólo de lograr una buena función y conseguir estabilidad, sino que además los resultados deben ser estéticamente satisfactorios para el paciente. Existe controversia sobre la relación de los tejidos blandos y duros. Por los siguientes autores, por un lado Riedel afirma que el perfil de tejidos blandos está relacionado íntimamente a las estructuras dentales y esqueléticas, Subtelny indicó que no todas las partes del perfil de tejidos blandos siguen directamente el perfil esquelético subyacente; Burstone sugirió que no siempre puede existir una relación directa debido a la variación en el espesor de los tejidos que cubren la cara ósea. Stoner y colaboradores concluyeron que el recontorno de los labios ocurre a causa de un gran movimiento de los dientes anteriores; Neger propuso que un cambio o mejora en los tejidos blandos no está necesariamente acompañado de grandes cambios dentales; y finalmente Wylie concluyó que la

esta necesariamente acompañado de grandes cambios dentales, y finalmente quiere concluir que la modificación del perfil facial por el tratamiento ortodóncico no depende de la inclinación de los dientes anteriores. ^{1,2,3,,4,5,6,7,8,9,10,11} En este sentido Montoya realizó un estudio en pacientes del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia y encontró que había una mejoría en el perfil de los pacientes tratados con extracciones de primeros premolares, acercándose al final del tratamiento: los valores de labrale superior e inferior a la norma con respecto a la línea estética de Ricketts, entre las conclusiones considera el factor de retracción incisiva como una posible causa de dicha mejoría. ¹² Pese a la diferencia en los hallazgos en estudios anteriores sobre las estructuras faciales en general, determinar la relación entre la posición de los labios y los dientes maxilares es una prioridad durante el diagnóstico y la realización del plan de tratamiento en los casos que requieren extracciones de premolares debido al amplio rango de variación en la posición del incisivo maxilar. Esto es muy importante porque la población en general tiende a notar más los cambios producidos en los labios que los de otras estructuras como la nariz y el mentón. ¹³ Estudios acerca de esta relación realizados por Bloom muestran la existencia de un alto grado de correlación entre el cambio de posición de los incisivos maxilares y el [labio superior](#) ¹⁴. Los mismos resultados fueron obtenidos por Waldman. Hodges quienes encontraron también que ambas estructuras estaban relacionadas pero en menor grado. ^{15,16}, De acuerdo a la presentación de los casos board, en el CESO pensamos que puede existir una relación en los cambios de posición en los labios y la retracción de los incisivos en pacientes con extracciones. Ya que se ha observado que algunos de los pacientes que sufren movimientos en los incisivos maxilares como los pacientes clase II tratados con extracciones también presentan cambios importantes en el perfil labial después del tratamiento ortodóncico.



Radiografías panorámicas,
cefálicas fotografía clínica
especializada
(0212)762.3892/763.3028

Objetivo general

Determinar la relación en el plano horizontal entre la posición del labio superior y el movimiento de los incisivos maxilares [por medio](#) de radiografías laterales de cráneo utilizando el análisis de Ricketts en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores, casos boards 2007-2011.

Objetivos específicos

1. Identificar por medio de radiografías laterales de cráneo la protrusión del labio superior al inicio del tratamiento utilizando el análisis de Ricketts en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, casos boards 2007-2011.
2. Identificar por medio de radiografías laterales de cráneo la protrusión del labio superior al final del tratamiento utilizando el análisis de Ricketts en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, casos boards 2007-2011
3. Identificar por medio de radiografías laterales de cráneo la protrusión del incisivo maxilar al inicio del tratamiento utilizando el análisis de Ricketts en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, casos boards 2007-2011.
4. Identificar por medio de radiografías laterales de cráneo la protrusión del incisivo maxilar al final del tratamiento utilizando el análisis de Ricketts en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, casos boards 2007-2011.

Metodología

Tipo de Investigación: Descriptiva, transversal, observacional. Población de estudio. Pacientes clase II División 1 y División 2 tratados con extracciones de premolares superiores que acudieron al Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia periodo 2007-2011 N=883 Muestra n=30 pacientes clase II del CESO, dividido en dos grupos Clase II división 1 y Clase II división 2 presentados Materiales y Métodos Recursos Físicos Radiografías laterales de cráneo de inicio y final de los pacientes que formaron parte del estudio. Regla de Ricketts Papelería pertinente para recopilar la información. Casos Board 2007-2011.

VARIABLES	DEFINICIÓN O CONCEPTO	OPERACIONALIZACIÓN
Sexo	Se refiere a la división del género humano en dos grupos: Hombre o Mujer	Masculino=1 Femenino=2
Edad	Término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	6 a 30 años
Maloclusión	Clase II División 1 de Angle presenta una relación distal de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior caracterizada por la proinclinación o vestibuloversión de los incisivos maxilares y un overjet aumentado	Clase II División 1=1
	Clase II División 2 de Angle presenta una relación distal de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior en la cual los incisivos centrales superiores están inclinados hacia lingual, los incisivos laterales superiores se inclinan hacia vestibular sobrepasando a los centrales	Clase II División 2=2
Tratamiento	Se designará a la acción o resultado de tratar alguna cuestión o cosa	Extracción de primeros premolares maxilares =1
Protrusión Inicial del Labio Superior	Es la posición anteroposterior del labio superior medida desde <i>labrale superius</i> al plano estético de Ricketts en la radiografía lateral de cráneo del Inicio del tratamiento	Mm
Protrusión final del Labio Superior	Es la posición anteroposterior del labio superior medida desde <i>labrale superius</i> al plano estético de Ricketts en la radiografía lateral de cráneo tomada al final del tratamiento	Mm
Protrusión Inicial del incisivo superior	Es la posición anteroposterior del incisivo superior medida desde <i>incisale superior</i> a la línea A-Pg en la radiografía lateral de cráneo de inicio del tratamiento	Mm
Protrusión Final del incisivo superior	Es la posición anteroposterior del incisivo superior medida desde <i>incisale superior</i> a la línea A-Pg en la radiografía lateral de cráneo tomada al final del tratamiento	Mm
Cambio en la protrusión del labio superior	La diferencia entre la protrusión labial superior inicial y la protrusión labial final Negativa cuando se desplaza hacia atrás Positiva cuando se desplaza hacia adelante	Mm
Cambio en la protrusión del incisivo superior	La diferencia entre la protrusión del incisivo maxilar inicial y la protrusión del incisivo maxilar final Negativa cuando se desplaza hacia atrás Positiva cuando se desplaza hacia adelante	Mm

Procedimiento técnico de registro

Se seleccionaron los casos Board con sus radiografías laterales de cráneo de 30 pacientes con maloclusiones Clase II División 1 y Clase II División 2 de acuerdo a los criterios de inclusión.

1. Se tomaron las medidas lineales, según Ricketts, en las radiografías laterales de cráneo de inicio y final de tratamiento de la protrusión de los incisivos maxilares que se describe como la medida tomada a partir del borde incisal del incisivo superior (*incisale superius*) a la línea A-Pg en milímetros. Figura 1 y 2





Fig 1. Protrusión del incisivo maxilar de inicio. Relación lineal del punto incisión superior a la línea A- Pogonion. (Fuente propia CESO)



Fig 2. Protrusión del incisivo maxilar de Final. Relación lineal del punto incisión superior a la línea A- Pogonion. (Fuente propia CESO)

- Se tomaron las medidas lineales, según Ricketts, en las radiografías laterales de cráneo de inicio y final de tratamiento de la protrusión del labio superior, la medida tomada a partir del punto más anterior en la convexidad del labio superior (labrale superior) al plano estético que se extiende desde la punta de la nariz hasta el mentón de tejidos blandos. (Figuras 3 y 4)

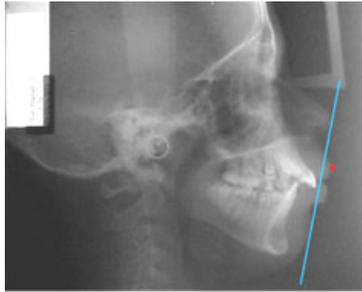


Fig 3. Protrusión del labio superior de inicio. Relación lineal del punto Labrale superior al Plano Estético de Ricketts. (Fuente propia CESO)



Fig 4. Protrusión del labio superior de final. Relación lineal del punto Labrale superior al Plano Estético de Ricketts. (Fuente propia CESO)

- Se registraron los datos de las variables en Excel y se utilizó el programa de estadística SSPS No. 17 para el análisis de datos

Resultados

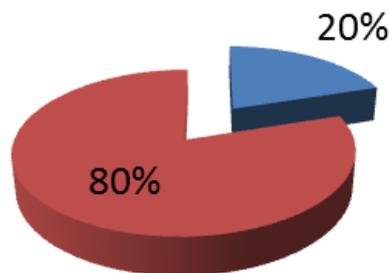
Tabla 1
Fuente propia CESO base de datos

Tabla 1 No. Expediente	Nombre del paciente	Edad	Sexo	MO CL	T Tx	PROT LAB INI (mm)	PROT LAB FIN (mm)	PROT INC INI (mm)	PROT INC FIN (mm)	CAMBIO PROT LAB (mm)	CAMBIO PROT INC (mm)
07-0594	Guadalupe Cruz	13	2	1	1	1	-1	9	7	-2	-2
05-0518	Nallely Mejía	14	2	1	1	-3	-1	7	3	2	-4
06-0555	Sofía Ramírez	13	2	1	1	3	0	11	3	-3	-7
08-0629	Violeta Gonzales	26	2	1	1	3	1	4	3	-2	-1
07-0814	Yesica Rosales	9	2	1	1	2	2	3	6	0	3
07-0426	Cynthia Fernández	18	2	1	1	2	0	8	6	-2	-2
08-0731	Ingrid M López Arévalo	12	2	1	1	0	-1	10	6	-1	-4
02-0543	Jennifer Pérez	12	2	1	1	-1	-3	8	4	-2	-4
09-0265	Josué Guzmán	11	1	1	1	2	0	12	7	-2	-5
06-0193	Karla Flores	20	2	1	1	-1	-2	10	7	-1	-3
08-0853	Alejandra Andra de Austria	21	2	1	1	-1	-1.5	6	2	-0.5	-4
07-0417	Andrea Villaloz Amaya	12	2	1	1	-3	-7	5	2	-4	-3
09-0348	Alicia L Barandiaran Amaya	11	2	1	1	0	-2	11	3	-2	-8
09-0613	Erika E Sánchez Eduardo	18	2	1	1	-3	-2	8	5	1	-3
09-0355	Gerardo López Trejo	11	1	1	1	0	-3	11	5	-3	-6
07-0120	Mariana Corona	11	2	2	1	1	0.5	3	7	-0.5	4
09-0691	Sandra Sofía García	14	2	1	1	-1	-2	6	5	-1	-1
10-0172	Ilze Nava	12	2	1	1	0	-0.5	9	8	-0.5	-1
08-0605	Isai Díaz Méndez	14	1	1	1	2	0	11	5	-2	-6
05-0216	Karen Villanueva	14	2	2	1	1	0	11	10	-1	-1
06-0501	Daniela Patiño	10	2	1	1	3	0	15	9	-3	-6
09-0044	Anali Ortega	14	2	1	1	3	0	10	6	-3	-4
09-0684	Lidia Isabel Melo	20	2	1	1	8	4	20	11	-4	-9
10-0055	Noé Martínez Contreras	29	1	1	1	4	2	18	8	-2	-10
05-0668	Esmeralda Gutiérrez	6	2	1	1	6	0	10	6	-6	-4
06-0588	Oscar Daniel Chávez	11	1	1	1	0.5	1	5	3	0.5	-2
09-0235	Diana Ivonne Cruz	12	2	1	1	1	0	8	6	-1	-2
10-0477	José Manuel Villa	11	1	1	1	6	1	12	5	-5	-7
07-0458	Daniela Márquez	9	2	1	1	4	2	9	6	-2	-3

10-0233	Viridiana Rojano	14	2	1	1	-2	-3	7	3	-1	-4
---------	------------------	----	---	---	---	----	----	---	---	----	----

Gráfica 1
Frecuencia y porcentaje en la distribución por sexo, encontramos una frecuencia de 24 mujeres y 6 hombres.

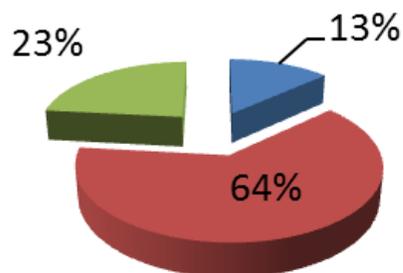
■ Masculino ■ Femenino



Gráfica 2

Distribución por edad. Tenemos que la mayoría de los pacientes se encuentran en el grupo a edad de 11 a 14 años con el 63.4% del total de la muestra, y corresponde a edades de 6 a 10 años con el 13% y al grupo de de 18 a 29 años con el 23.3%

■ 6-10 AÑOS ■ 11-14 AÑOS ■ 18-29 AÑOS



Gráfica 3
Tipo de maloclusión

■ Clase II División 1 ■ Clase II División 2

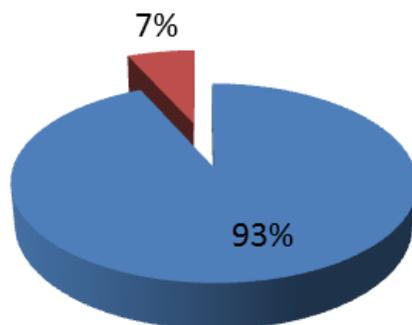


Tabla 2.- Referente a la protrusión inicial del labio superior, medida en milímetros a partir del punto labrale superior al plano estético de Ricketts. Tenemos que el 43.3% de los pacientes comenzaron con la posición labial dentro de la norma, mientras que el 56.7% restante presentaba protrusión labial.

Tabla 2 (mm)	Frecuencia	Porcentaje
-3	3	10.0
-2	1	3.3
-1	4	13.3
0	4	13.3
0	1	3.3
1	4	13.3
2	4	13.3
3	4	13.3
4	2	6.7
6	2	6.7
8	1	3.3
Total	30	100.0

Grafica 4
Protrusión inicial del labio superior

■ En norma ■ Protrusión labial

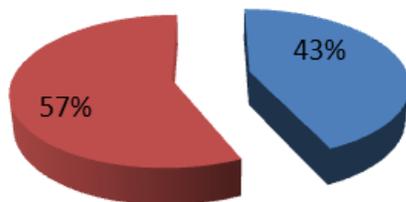


Tabla 3.- Protrusión final del labio superior, tomada en milímetros desde el punto labrale superior al plano estético de Ricketts. Al finalizar el tratamiento vemos que el 73.4% de los pacientes presentan los labios en una posición adecuada de acuerdo a la norma, en el 3.3% se observa retrusión labial y el 23.3% permanece con protrusión labial.

Tabla 3 (mm)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulativo
-7	1	3.3	3.3	3.3
-3	3	10.0	10.0	13.3
-2	4	13.3	13.3	26.7
-2	1	3.3	3.3	30.0
-1	3	10.0	10.0	40.0
0	1	3.3	3.3	43.3
0	9	30.0	30.0	73.3
0	1	3.3	3.3	76.7
1	3	10.0	10.0	86.7
2	3	10.0	10.0	96.7
4	1	3.3	3.3	100.0

Total	30	100.0	100.0	
-------	----	-------	-------	--

Gráfica 5
Protrusión final del labio superior

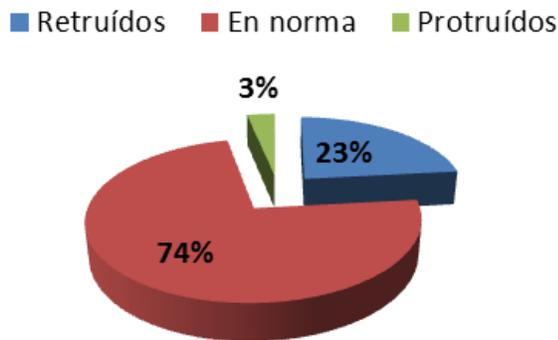


Tabla 4. Protrusión inicial del incisivo superior, medida lineal según Ricketts, tomada a partir de incisión superior a la línea A-Pogonion en milímetros. Encontramos que el 16.7% de los pacientes se encontraban dentro de la norma mientras que el 43.3% restante presentaba protrusión del incisivo superior.

Gráfica 6
Protrusión inicial del incisivo superior

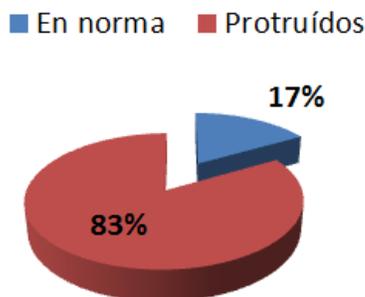


Tabla 5.- Protrusión final del incisivo superior, según Ricketts, medida en milímetros desde el punto incisión superior a la línea A-Pogonion. Al final del tratamiento el porcentaje de incisivos protruidos disminuye llegando al 53.3% y se ve un aumento en el porcentaje de dientes que se encuentran dentro de la norma representando un 46.7% del total.

Protrusion final del incisivo superior

Tabla 5 (mm)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulativo
2	2	6.7	6.7	6.7
3	6	20.0	20.0	26.7
4	1	3.3	3.3	30.0
5	5	16.7	16.7	46.7
6	7	23.3	23.3	70.0
7	4	13.3	13.3	83.3
8	2	6.7	6.7	90.0
9	1	3.3	3.3	93.3
10	1	3.3	3.3	96.7
11	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Gráfica 7
Respecto a la protrusión final del incisivo superior vemos que el 53% esta protruido.
 ■ En norma ■ Protruidos

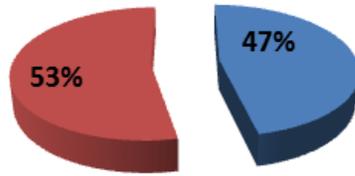


Tabla 6. Sobre los cambios en la posición del labio superior. Al analizar el cambio de posición de los labios en el plano horizontal, podemos observar que en la mayoría de los pacientes se da una retracción del labio superior esto demostrado por un porcentaje del 86.7%. Un porcentaje del 6.6 % permanece sin cambio y en una pequeña parte de la muestra, representada por un 6.7% los labios se protruyen al finalizar el tratamiento.

Cambio en la posición del labio superior

Tabla 6 (mm)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulativo
-6	1	3.3	3.3	3.3
-5	1	3.3	3.3	6.7
-4	2	6.7	6.7	13.3
-3	4	13.3	13.3	26.7
-2	9	30.0	30.0	56.7
-1	6	20.0	20.0	76.7
-0,5	3	10.0	10.0	86.7
0	1	3.3	3.3	90.0
0,5	1	3.3	3.3	93.3
1	1	3.3	3.3	96.7
2	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Gráfica 8
En relación a los cambios en la posición del labio superior tenemos

■ Retracción ■ Sin cambio ■ Protrusión

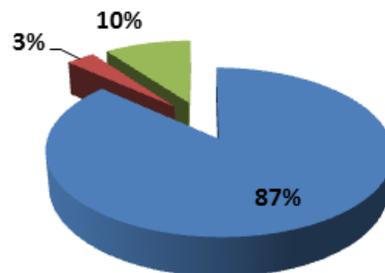


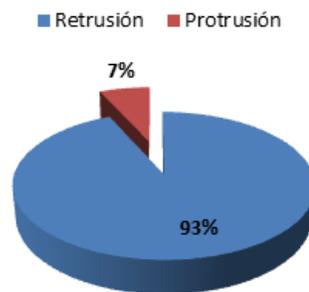
Tabla 7. Cambios en la posición del incisivo superior. Los resultados muestran que en el 93.3% de los casos los incisivos sufrieron retracción, por el contrario un 6.7% de los pacientes muestra protrusión de 3 y 4 mm de estos dientes durante el tratamiento.

Cambio en la protrusion del incisivo superior

Tabla 7 (mm)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulativo
-10	1	3.3	3.3	3.3

-9	1	3.3	3.3	6.7
-8	1	3.3	3.3	10.0
-7	2	6.7	6.7	16.7
-6	3	10.0	10.0	26.7
-5	1	3.3	3.3	30.0
-4	7	23.3	23.3	53.3
-3	4	13.3	13.3	66.7
-2	4	13.3	13.3	80.0
-1	4	13.3	13.3	93.3
3	1	3.3	3.3	96.7
4	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Gráfica 9
Cambios en la protrusión del incisivo superior



Análisis de Resultados

Con respecto al sexo encontramos que la muestra estuvo conformada por 24 mujeres, representando un 80% del total y 6 hombres representando un 20%. Tabla 2, gráfica 1. En cuanto a la edad encontramos que la mayoría se encuentran en la edad de 11 a 14 años, indicando que el 76.7% de los pacientes estudiados estaban en crecimiento al inicio del tratamiento mientras que un 23.3 % de 18 a 29 años ya eran adultos sin crecimiento. Tabla 3, gráfica 2

Referente al tipo de maloclusión que presentaba el paciente al inicio del tratamiento observamos que la maloclusión más común dentro de la muestra fue la Clase II división 1 en 28 pacientes significando un 93.3%, mientras que apenas un 6.7% presentaba maloclusiones de Clase II división 2. Tabla 4, gráfica3). Todos los pacientes fueron tratados con extracciones de premolares maxilares.

Los resultados acerca de la protrusión inicial del labio superior nos indican que 17 son equivalentes al 56.7% de la muestra comenzaron con protrusión labial mientras que el 43.3% de los pacientes comenzaron con la posición labial dentro de la norma. Tabla 5, gráfica 4. Tocante a la protrusión final del labio superior, esta disminuye al final del tratamiento, 22 pacientes con el 73.4% presentaron los

labios en una posición adecuada de acuerdo a la norma. Solo un paciente (3.3%) se observó con retrusión labial y el resto 23.3% permaneció con protrusión labial aunque en menor grado. Tabla 6, gráfica 5)

Concerniente a la protrusión inicial del incisivo superior encontramos que el 16.7% de los pacientes dentro de la norma mientras que el 83.3% restante presentaba protrusión del incisivo superior, en algunos casos muy severa llegando hasta los 20 mm. Tabla 7, gráfica 6. Al medir la protrusión del incisivo superior al final del tratamiento el porcentaje de incisivos protruidos disminuye un 30% llegando al 53.3% y se ve un aumento en el porcentaje de dientes que se encuentran dentro de la norma representando un 46.7% del total. Tabla 8, gráfica 7

Al analizar el cambio de posición de los labios en el plano horizontal, se observó que en la mayoría de los pacientes presentan una retracción del labio superior, demostrado por un 86.7%. el 6.6 % permanece sin cambio y en otro 6.7% los labios se protruyen al finalizar el tratamiento. Tabla 9, gráfica 8.

Los cambios en la posición del incisivo superior muestran que en una amplia mayoría señalada con un 93.3% de los casos los incisivos sufrieron retracción durante el tratamiento, por el contrario un 6.7% de los pacientes muestra aumento en la protrusión de estos dientes de 3 y 4 mm durante ese periodo. Tabla 10, gráfica 9

Referente a la pregunta de investigación:¿El movimiento de los incisivos superiores y del labio superior en el plano horizontal en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores tienen relación? A este respecto se encontró que al realizar un análisis de correlación de Pearson entre el cambio en la protrusión del incisivo superior y el cambio en la protrusión del labio superior el valor obtenido es $r=0.45$, dado que es un valor positivo muestra que sí existe una relación directa entre los

obtenido es $r=0.43$, dado que es un valor positivo muestra que sí existe una relación directa entre las variables, es decir que si se da retracción del incisivo superior, también habrá retracción del labio superior, lo cual podemos verificar en los porcentajes de retracción obtenidos de un 87% en los incisivos y de un 93% en los labios, Sin embargo a pesar de que sí existe una relación entre el movimiento de los incisivos superiores y del labio superior en el plano horizontal en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores, el bajo valor de r determina que la relación existente entre las variables es débil y posiblemente esté influenciada por otros factores que no han sido tomados en cuenta en este estudio, por lo tanto nuestra hipótesis planteada "Al realizar extracciones de premolares a pacientes clase II se presenta una correlación con el movimiento de la posición de los incisivos y el labio superior en el plano horizontal" se acepta.

Discusión

Encontramos que sí existe una relación entre el movimiento de los incisivos y el movimiento de los labios dado que en la mayoría de los casos estudiados la retracción del incisivo estuvo acompañada de una posición más posterior del labio, coincidiendo con los resultados obtenidos por Bloom, Rudee, Riedel, Subtelny, Waldman, Hodges y Rains.^{14, 1,5, 6, 16, 17}

En numerosos estudios previos se ha calculado el coeficiente de correlación entre variables para observar la fuerza y la significancia de su relación así pues, Bloom afirma que existe una fuerte correlación entre la retracción a nivel de incisión superior y el movimiento de labrale superior encontrando un valor de $r=0.87$. Rudee dice que esta correlación es moderadamente alta con $r=0.72$ y a la misma conclusión llegan Rains y Nanda con un valor de $r=0.75$. (45, 53,56) Sin embargo y pese a estos antecedentes los datos obtenidos en esta investigación difieren de los encontrados por los autores nombrados anteriormente siendo nuestro valor de $r=0.45$ indicando de esta manera una relación débil entre las variables, acercándonos más hacia los resultados obtenidos por Hodges y Waldman.^{15, 16}

Al analizar los resultados de nuestro estudio, es evidente que hay una extrema variabilidad entre los individuos, esto podría deberse a que un alto porcentaje de la muestra 76.7% se encontraba en edad

de crecimiento al inicio del tratamiento pudiendo influir esto en los resultados obtenidos. Además la muestra estaba compuesta por pacientes de ambos sexos, lo que podría crear mayores variaciones dado que el crecimiento es diferente para cada género. Consideramos que otro factor que puede influir en la relación del movimiento encontrado fue el tratamiento ortopédico con aparatos funcionales recibido por algunos de estos pacientes previamente a las extracciones de premolares alterando la posición mandibular, el crecimiento maxilar, así como induciendo mejoras del perfil y cambios en las posiciones de los dientes estudiados. Igualmente podríamos tener en cuenta las afirmaciones de Burnstone con respecto a la imposibilidad de una relación directa entre los tejidos duros y blandos de la cara debida a diferencias en cuanto al espesor de los tejidos blandos que puede determinar la forma cómo responden estos a los movimientos de los tejidos subyacentes.^{3,17,18}

Conclusiones

El tratamiento de camuflaje ortodóncico con extracciones de premolares maxilares para las maloclusiones Clase II con discrepancias esqueléticas moderadas o dentales es una buena elección una vez se han agotado otras opciones como el tratamiento ortopédico, ya que aunque no puede corregir las relaciones esqueléticas faciales significativamente, permite mejorar características como el overjet y el overbite, obtener una oclusión funcionalmente adecuada aun manteniendo una clase II molar y además según las características del paciente puede beneficiar notablemente el perfil de tejidos blandos, por lo tanto se debe realizar un diagnóstico y planeamiento adecuado a las necesidades del paciente para procurarle resultados óptimos.

Este estudio se realizó con el fin de observar la relación existente entre los cambios de labio superior y sus tejidos subyacentes tratando de encontrar herramientas que nos permitieran visualizar con mayor precisión los resultados que esperamos lograr con el tratamiento de ortodoncia. Por el análisis de los datos obtenidos podemos decir que esta relación no es lo suficientemente fuerte por lo tanto no puede servir como factor de predicción de futuros resultados del tratamiento ortodóncico.

Bibliografía

1. Riedel, R., An Analysis of Dentofacial Relationships, American Journal of Orthodontics 1958 44 : 1-25.
2. Burstone, C.J., Erin A. C. Sloss, Karin A. Southard, Fang Qian, Suzanne E. Stock, Kyle R. Mann, David L. Meyer, and Thomas E. Southardb The Integumental Profile 44: 1-25, 1958.
3. Burstone, C.J. Integumental Contour and Extension Patterns, Angle Orthodontist 1967 29: 93-104,
4. Neger, M.: A Quantitative Method for the Evaluation of the Soft Tissue Facial Profile, Am. J. 1959 Orthodontics 45: 738-751.
5. Subtelny, J. D. A Longitudinal Study of Soft Tissue Facial Structures and Their Profile Characteristics, Defined in Relation to Underlying Skeletal Structures, Am J. 1959 Orthodontics 45: 481-507

6. Rudee DA. Proportional profile changes concurrent with orthodontic therapy. Am J Orthod. 1964; 50: 421-434.
7. Hershey HG. Incisor tooth retraction and subsequent profile change in postadolescent female patients, AM. J. ORTHOD. 1972; 61: 45-54.
8. Huggins DG, McBride LJ. The influence of the upper incisor position on soft tissue facial profile. Br. J. Orthod. 1975; 2: 141-146.
9. Zierhut EC, Joondeph DR, Artun J, Little RM. Long-term changes associated with successfully treated extraction and nonextraction Class II Division1 Malocclusions. Angle Orthod. 2000 Jun; 70(3):208-19.
10. Stoner, M. M., Lindquist, J. T., Vorhies, J. M., Hanes, R. A., Hapak, F. M., and Haynes, E. T.: A Cephalometric Evaluation of Fifty-Seven Consecutive Cases Treated by Dr. Charles H. Tweed, Angle Orthodontist 1956. 26: 68-98,
11. Wylie, W. L.: The Mandibular Incisor Its Role in Facial Esthetics, Angle Orthodontist 1955 25: 32-41, .
12. Montoya D. Gurrola, B. Mendoza, J. Casasa, A. 2008, "Valoración del plano estético de Ricketts en pacientes con extracciones de primeros premolares." Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, 20/10/2012.
13. Burcal RG, Laskin DM, Sperry TP. Recognition of profile change after simulated orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg.1987; 45:666-670
14. Bloom, L. Perioral Profile Changes in Orthodontic Treatment, Am J Orthod. Vol 47 No.5 pp 371-379. 1961
15. Waldman, B. Change In Lip Contour With Maxillary Incisor Retraction. The Angle Orthodontist. Vol 52 No 2. April 1982 :129-134
16. Hodges, A. Rossouw, P. Campbell, P. Boley, J. Alexander,R. Buschang, P. Prediction of Lip Response to Four First Premolar Extractions in White Female Adolescents and Adults, Angle Orthodontist, Vol 79, No 3 : 413-420, 2009
17. Rains M, Nanda R., Soft-tissue changes associated with maxillary incisor retraction. American Journal of Orthodontics, vol 81 No. 6 : 481-488
18. Erin A. C. Sloss, Karin A. Southard, Fang Qian, Suzanne E. Stock, Kyle R. Mann, David L. Meyer, and Thomas E. Southard. Comparison of soft-tissue profiles after treatment with headgear or Herbst appliance. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, Vol 133, No. 4, 1982 : 509-514



Tweet 1

Recomendar

Me gusta 2

[HOME](#) > [ARTÍCULOS PUBLICADOS](#) > [AÑO 2013](#) >

[▲ Ir al principio](#)

[PRIVACIDAD](#) | [ACCESIBILIDAD](#)

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría
Depósito Legal Nº: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5
Calle El Recreo Edif. Farallón, piso 9 Ofic. 191, Sabana Grande, Caracas, Venezuela
Teléfonos: (+58-212) 762.3892 - 763.3028
publicacion@ortodoncia.ws

Desarrollado por:

Studio Pro
Nexus Medical