



Detección de pacientes prognatas y retrognatas de 6 a 60 años

En el Hospital de Gineco Obstetricia con Medicina Familiar No. 13"

Detection of prognathous and retrognathic patients from 6 to 60 years in Gyneco-obstetric Hospital with Family Medicine Unit No. 13

Dra. Natividad Hernández Laynes

Vocal del Comité Local de Investigación en Salud

Dra. Ofelia Segura Gutiérrez

Secretaria del Comité de Investigación

Dra. Ma. Del Pilar López Bernal

Cirujano Dentista

Hospital de Gineco Obstetricia con Unidad de Medicina Familiar No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Resumen

La deformidad del maxilar y mandíbula son susceptibles del tratamiento por lo que la detección temprana es importante.

Algunas investigaciones realizadas en el IMSS reportaron que la frecuencia es baja, sin embargo algunos autores afirmaron que la casuística de este tipo de pacientes es alta en centros de Especialidades, tales como el CMN Siglo XXI del IMSS.

Se dio a conocer la frecuencia de esta patología en la población derechohabiiente del Hospital de Gineco Obstetricia con Unidad de Medicina Familiar No. 13 a través de un estudio transversal con un muestreo no probabilístico por casos consecutivos que se realizó en el grupo de edad de seis a 60 años de edad de ambos sexos en un periodo comprendido de febrero a junio del 2008. Mediante observación se detectaron veintiún pacientes, quienes previo consentimiento informado fueron sometidos a radiografía lateral de cráneo y trazos cefalométricos para confirmar el tipo de deformidad.

Las deformidades se presentaron más en hombres 13 (62%) que en mujeres ocho (38%). El rango de seis a 12 años de edad, presentó la mayor incidencia de deformidades de maxilar y mandíbula seis (28%). La retrusión del maxilar acompañada de retrusión mandibular fue la deformidad con mayor porcentaje siete (33%).

Palabras clave: deformidades, retrusión maxilar, retrusión mandibular.

Summary

The maxillary and jaw deformations are susceptible to treatment. For this reason the early diagnosis is important.

Some researches performed inside the Mexican Social Security Institute (IMSS) reported that the frequency is low. Nevertheless some authors affirmed that the casuistry of this type of patients is high in Specialities centers, such as the CMN Siglo XXI of the IMSS.

We know the frequency of this pathology in the beneficiary population of the Gyneco-Obstetric Hospital with Family Medicine Unit Number 13 through a cross-sectional study with a non-probabilistic sampling of consecutive cases held within a group of ages from six to 60 years of both sexes from February to June 2008.

By means of observation twenty-one patients were studied. All of them were subjected to lateral cranial photography using X-rays and cephalometric outlines to confirm the type of deformity.

The deformities appeared more in men 13 (62%) than in women eight (38%). The range of ages from six to 12 years presented the major incidence of maxillary and jaw deformities six (28%). The maxillary retrusion coupled with a jaw retrusion was the deformity with the highest frequency percentage seven (33%).

Key words: deformities, maxillary retrusion, jaw retrusion.

Introducción

La configuración del perfil está influenciada directamente por la curvatura y la angulación de la frente, la forma y el tamaño de la nariz y el volumen del mentón, dado que las características de éstas vienen determinadas por la forma, tamaño y posición de las estructuras óseas subyacentes. Las relaciones maxilares anteroposteriores causadas por la postura o el tamaño desfavorables de los maxilares son los problemas más frecuentes de crecimiento. El problema más usual es la convexidad facial excesiva motivada por un maxilar grande o ubicado hacia adelante o la mandíbula pequeña o situada en sentido posterior.¹

Como consecuencia de la poca armonía del maxilar óseo se presenta una maloclusión que es cualquier desviación de lo normal tanto desde el punto de vista morfológico, como funcional. Se refiere a una oclusión inestable producida por el desequilibrio de fuerzas opuestas de la masticación y del bruxismo, de la presión de la lengua y de los labios. Los hábitos influyen para producir deformidades tanto del maxilar como la mandíbula:

- a) Succión del pulgar: ocasiona retrognatismo inferior, prognatismo alveolar y mordida abierta anterior.
- b) Hábito de morder el labio inferior: produce prognatismo alveolar superior y retrognatismo alveolar inferior.
- c) En la deglución anormal la interposición de la lengua entre los arcos dentarios produce mordida abierta anterior y vestíbulo versión de los incisivos superiores, también el uso prolongado de chupones y biberones. Respirador bucal, trastornando las fuerzas que actúan sobre los procesos alveolares y los dientes y los mantiene en equilibrio, produciendo anomalías dentofaciales.²

Dentro de estas deformidades se encuentra la retrusión maxilar y mandibular y el prognatismo maxilar y mandibular. En la retrusión del maxilar existe un desplazamiento del maxilar

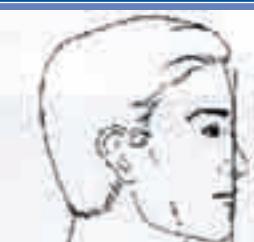
asociada generalmente a reproposición de la parte media de la cara, base de la nariz y labio superior. A la posición de retrusión de la mandíbula debida a su falta de desarrollo se le conoce como retrusión mandibular. El perfil es convexo y presenta una maloclusión clase II.

En la protrusión del maxilar existe una posición anormal del maxilar superior debida generalmente a macrogнатia maxilar, profusión alveolar maxilar o superior a la posición de los dientes delanteros superiores. El estado de ser arrojado hacia adelante o lateralmente como en los movimientos masticatorios de la mandíbula se le conoce como protrusión mandibular. El perfil es cóncavo y presenta una maloclusión clase III en las clasificaciones de Angle.³

Instrumento de recolección de datos maxilar

Inspección clínica	Datos clínicos
	PERFIL RECTO MAXILAR NORMAL (MXNN) Armonía en maxilar y mandíbula
	PROTRUSION MAXILAR (PMX) Desarrollo excesivo del maxilar
	RETRUSION MAXILAR (RMX) Desplazamiento posterior del maxilar superior asociada generalmente a reproposición de la parte media de la cara, base de la nariz y labio superior.

Instrumento de recolección de datos mandibular

Inspección clínica	Datos clínicos
	PERFIL RECTO MANDIBULA NORMAL (MDNN) Armonía en maxilar y mandíbula
	RETRUSION MANDIBULAR (RMD) El maxilar se encuentra en una posición anterior con respecto a la mandíbula
	PROTRUSIÓN MANDIBULAR (PMD) La mandíbula se encuentra en una posición anterior con respecto al maxilar

Material y métodos

Mediante un diseño exploratorio, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal se realizó un examen clínico visual, donde se detectaron a derechohabientes que presentaran prognatismo o retrognatismo, que asistieron al servicio de estomatología, así como a los diferentes servicios del H. G. O con U.M.F. 13.

Previo consentimiento informado, se procedió a la aplicación de un instrumento, el cual recababa datos del paciente; haciendo hincapié que la información obtenida sería totalmente confidencial y solo con los fines que a esta investigación le convenga. De ser menor de edad el paciente, se le pidió al padre o tutor que sea él quien autorice la responsiva del consentimiento informado, anotando nombre, parentesco y firma de conformidad para participar en el estudio.

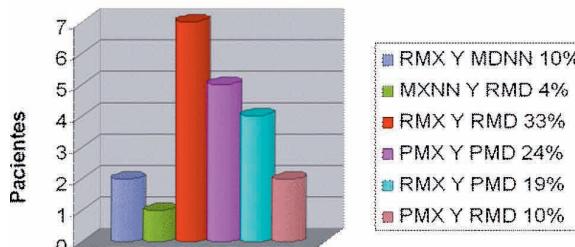
Posteriormente por medio de una exploración dental, se observó que tipo de deformidad presentó el paciente (prognatismo o retrognatismo); corroborándose con los respectivos trazos cefalométricos en una radiografía lateral de cráneo, sirviendo ésta para determinar el tipo de deformidad esquelética existente en el paciente. Se capturaron los datos en el instrumento antes mencionado.

A los pacientes que aceptaron, se les remitió al Servicio de Cirugía Maxilofacial para su tratamiento y algunos optaron por acudir en forma particular (Ortodoncista).

Resultados

La retrusión del maxilar (RMX) acompañada de retrusión mandibular (RMD) fue la deformidad que se presentó con mayor frecuencia, en siete pacientes con un porcentaje del 33%; la protrusión maxilar (PMX) con protrusión mandibular (PMD), ocupó el segundo lugar con cinco pacientes (24%); la retrusión maxilar (RMX) con protrusión mandibular (PMD) fue el tercero que se presentó con mayor incidencia con cuatro pacientes (19%); ocupando el cuarto lugar se presentó la retrusión maxilar (RMX) con mandíbula normal (MDNN) así como la protrusión maxilar (PMX) acompañada de una retrusión mandibular (RMD) con dos pacientes (10%) en ambos casos y por último encontramos con menor frecuencia, al maxilar normal (MXNN) con retrusión mandibular (RMD) con tan solo un paciente (4%). (Gráfica 1)

El rango de edades de seis a 12 años presentó la mayor incidencia de deformidades de maxilar y mandíbula con seis casos (28%); los rangos de 13-19 y 20-26 ocuparon el segundo lugar con cuatro pacientes (19%); en el rango de edad de 34-40 años se diagnosticaron tres pacientes con alguna deformidad (14%); de 55-60 años se detectaron a dos pacientes (10%); los rangos de edad de 27-33 y 48-54 años representaron un paciente respectivamente (5%); por último el rango de 41-47 años no presentó ninguna caso de deformidad.



Grafica 1. Frecuencia de deformidades de maxilar y mandíbula

Cuadro I. Relación edad-frecuencia de deformidad maxilar y mandibular.

Edades	Frec.	Diagnóstico
6-12 años	6	1= RMX + MDNN, 4= RMX+ RMD, 1= PMX + RMD
13-19 años	4	1 = RMX + MDNN, 2 = RMX + RMD, 1 = RMX + PMD
		1= MXNN + RMD, 1 = PMX + PMD, 1 = RMX + PMD
20-26 años	4	1 = PMX + RMD
27-33 años	1	1= PMX + PMD
34-40 años	3	1 = RMX + RMD, 2 = PMX + PMD
41-47 años	0	
48-54 años	1	1 = RMX + PMD
55-60 años	2	1 = PMX + PMD, 1 = RMX + PMD

MXNN = Maxilar Normal MDNN = Mandíbula
 Normal RMX= Retrusión Maxilar RMD = Retrusión
 Mandibular PMX = Protrusión Maxilar PMD = Protrusión
 Mandibular

Las deformidades se presentaron más en hombres, con 13 casos diagnosticados (62%), a comparación con las ocho mujeres (38%). Trece pacientes fueron derivados al servicio de Cirugía maxilofacial; uno a segundo nivel por retención dentaria y doce a tercer nivel.

Discusión

La deformidad dentofacial se puede definir como aquella malformación caracterizada por la desarmonización del tamaño, de la forma y de la función como son las maloclusiones, secuelas de labio y paladar hendido y otras deformidades esqueléticas o del tejido blando, incluyendo varios tipos de disfunción muscular.⁴

En un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal se, revisaron 120 expedientes clínicos de pacientes atendidos entre mayo de 1997 y mayo de 1998 del servicio de cirugía oral y Maxilofacial del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. De 120 expedientes clínicos revisados 47 correspondieron a deformidades dentofaciales que representa el 39%, siendo el prognatismo mandibular el más frecuente. Se presentaron 38 casos con prognatismo combinado con otras patologías, cinco casos de secuelas de labio y paladar hendido y cuatro casos presentaron retrognathia con y sin mordida abierta.⁵ En nuestro estudio no se encontraron pacientes con estas características, que asocie al prognatismo combinado con otras patologías.

En un estudio retrospectivo realizado por el Dr. Kimura en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS en un período comprendido de enero de 1999 a diciembre de 2001. Se realizaron a 214 pacientes 240 cirugías en total de las cuales 127 (52.91%) corresponden a cirugías simples involucrando un solo hueso como la mandíbula, 52(21.66%) intervenciones compuestas (maxilar y mandíbula), 16(6.66%) cirugías complejas (maxilar superior, mandíbula y mentón) y 45(18.75%) cirugías de segmentos (anterior) en mandíbula como en el maxilar superior.⁶

En la clínica Reforma de la FES Zaragoza de la UNAM en el año 2006 determinaron la frecuencia de los componentes de la maloclusión Clase II, en 100 radiografías de pacientes entre seis y 13 años de edad. Los resultados obtenidos corresponden a un 64% de retrusión mandibular, el 19% de protrusión maxilar y un 17% mixta. La maloclusión clase II fue un componente frecuente en 54 en el sexo femenino y el 46 en el sexo masculino.⁷ Las deformidades que encontramos en nuestro estudio corresponden al mismo rango de edad.

Por su parte, la Dra. Virginia Gpe. Pacheco en su estudio de Corrección de maloclusión clase III con ortopedia y ortodoncia realizado en el 2007, presenta un caso clínico de una paciente de sexo femenino de siete años de edad con maloclusión clase III esqueletal por retrusión de maxilar, el tercio inferior se encontró aumentado y fue tratada con ortopedia y ortodoncia.⁸ Nuestra muestra presentó cuatro casos con este tipo de deformidad (RMX+PMD).

El Dr. Chris Farell de la Universidad de Sydney nos dice que a partir de los seis años de edad, el desarrollo facial y dental puede verse incorrecto, por lo que es recomendable comenzar a corregir tempranamente las causas subyacentes del problema, debido a que la ortodoncia no lo hace.⁹ Por medio de nuestra investigación el 28% de los pacientes en el rango de edad de seis a 12 años tuvieron la oportunidad de corregir la deformidad.

El odontólogo Pinzón A. y cols, llevaron a cabo un estudio en el 2005, tomando como muestra a 51 personas con edades entre 18 y 35 años de edad de la Universidad el Bosque, sin previo tratamiento de ortodoncia, cirugía ortognática o rinoplastía donde se evaluó el ángulo de la convexidad facial, el ángulo ANB para determinar la clasificación esquelética.

Utilizando el análisis de Ricketts obteniendo como resultado que la mayoría de la población fue retrognata.¹⁰ De los pacientes que estudiámos solo el 10% presentó características similares (RMX + MDNN).

Conclusiones

La retrusión mandibular en éste estudio se presentó en un 33% de frecuencia, en comparación con los resultados del estudio del CMN S.XXI donde el prognatismo mandibular fue el más frecuente (32%) combinado con otro tipo de secuelas.

El estudio es relevante ya que el diagnóstico temprano en niños y adolescentes que oscilan entre los ocho y 19 años de edad permite que puedan recibir tratamiento preventivo o correctivo.¹¹

La detección temprana, puede prevenir el crecimiento excesivo de los maxilares, ésta debe realizarse tanto en el servicio de Estomatología como en Medicina Familiar, así como capacitar al equipo de salud (enfermeras, radiólogos) para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Difundir los datos de la investigación que revelan la presencia de deformidades de maxilar y mandíbula debe ser una prioridad para recordar al equipo de salud que el tratamiento oportuno también equivale a otorgar calidad en la atención del derechohabiente.

Referencias bibliográficas

- 1.- Josell S, Abrams R. Clínicas pediátricas de Norteamérica. México 1991; vol.5: 1114.
- 2.- Jiménez FJ. Maloclusiones. En: Odontología Preventiva Manual. 1^a ed. ED. UNAM. 1995. p. 42, 45-48.
- 3.- Jablonski S. Diccionario Ilustrado de Odontología. Buenos Aires, Argentina; 1992.p. 956,1020.
- 4.- Página de Internet del Departamento de Ortodoncia, Facultad de odontología, UNAM:<http://132.248.76.38/ortodoncia/glosario.html#d> Revisado el 24/03/08 21:40 hrs.
- 5.- Delgado GB, Villalpando CM. Incidencia de deformidades dentofaciales en un hospital de especialidades Rev Med IMSS 2005; Vol. 43: 156.
- 6.- Kimura FT. Estudio estadístico retrospectivo de pacientes adultos sometidos a cirugía ortognática en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI del IMSS, durante el período de 1999 a 2001 Revista ADM 2004; LXI (2):45-47.
- 7.- Álvarez NC, Servín HS, Parés VF. Frecuencia de los componentes de la maloclusión clase II esquelética en dentición mixta Revista ADM 2006; vol. LXIII (6): 211.
- 8.- Pacheco GV, Dr. Rodríguez YE, Dr. Casasa AR. Corrección de una maloclusión clase III con Ortopedia-Ortodoncia. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2007; vol :1-6
- 9.- www.myoresearch.com Revisado el 28/03/08 23:40 hrs.
- 10.-Pinzón A, Andrade A, Bautista G, Corredor A, Mora I. Influencia de la forma de la nariz en la evaluación del perfil con el plano estético de Ricketts. Revista Científica 2005; vol: 11 no.1.
- 11.-Talley MM, Katagiri KM, Pérez TH. Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM Revista Odontológica Mexicana 2007; vol 11 (4): 175, 177.