

COMPORTAMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS CON EXODONCIAS EN ORTODONCIA EN LA CLINICA III CONGRESO DEL P.C.C.

Autor: Rita María Morejón Rodríguez Estudiante de cuarto año de la carrera de Estomatología. Alumno Ayudante de la especialidad de Ortodoncia. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr. Juan Guiteras Gener". Cuba. luisorlando.mtz@infomed.sld.cu.

Coautores: Estudiante Mayren Febles Matos, Estudiante Kassandra Mendoza Hernández, MsC Dr.: Jorge Enrique Casas Acosta.

RESUMEN

Introducción: El apiñamiento dentario por falta de espacio, así como el resalte, son anomalías que afectan la autoestima de las personas que sueñan con una sonrisa estéticamente agradable. Para corregir estas desarmonías a veces hay que recurrir a las extracciones terapéuticas, lo cual ha generado gran controversia. La indicación indiscriminada sin realizar un previo análisis detallado para llegar a un diagnóstico adecuado conlleva a menudo a implementar tratamientos inadecuados con resultados por supuesto negativos. **Objetivo:** Determinar el número de pacientes tratados con extracciones terapéuticas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, a pacientes mayores de ocho años de edad sobre el comportamiento de las extracciones terapéuticas en el servicio de ortodoncia de la Clínica Estomatológica III Congreso del P.C.C., ubicado en la Ciudad de Matanzas, Cuba, en el segundo semestre del curso 2014-2015. **Resultados:** El grupo entre nueve y trece años de edad fue el más representado. Se apreció un predominio en los tratamientos conservadores y los primeros premolares fueron los dientes de elección a extraer. **Conclusiones:** El sexo femenino fue el más representado. Las técnicas conservadoras de no extracción predominan por sobre las extracciones dentarias. Fueron más frecuentes las extracciones de los primeros premolares.

Palabras clave: extracciones terapéuticas, tratamientos conservadores, ortodoncia.

INTRODUCCIÓN

Históricamente el hombre se ha preocupado por su estética facial. Desde la época de los egipcios, estos se colocaban dientes en los espacios perdidos procurando una mejor apariencia, esa tendencia se ha mantenido hasta la actualidad. Toda persona sueña con una sonrisa agradable, una dentadura bien alineada y que sea estéticamente aceptable. La malposición dentaria ha sido motivo de preocupación, por lo que se ha investigado las formas de corregirlas, primero con métodos rudimentarios y ya en la actualidad convertida en una ciencia. El tercio inferior de la cara es la parte del rostro que mayor importancia aporta a la belleza. El apiñamiento dentario por falta de espacio, así como el resalte, son anomalías que afectan la autoestima de las personas y al mismo tiempo la función y salud bucal; para corregir estas desarmonías de la oclusión a veces hay que recurrir a las extracciones terapéuticas, pero estas tienen que estar bien fundamentadas.

Existen alternativas de tratamientos posibles en casos de apiñamiento ligero y moderado, en este último se utilizan, muy exitosamente a edades tempranas, la expansión de los arcos dentarios. Existen diferentes mecanismos efectivos destinados a aumentar las bases óseas en anchura y perímetro del arco, lo que permitiría disponer de mayor espacio para alinear todos los dientes permanentes; pero, una desventaja de la terapia de expansión ha sido su inestabilidad, ya que aunque sea pequeña la cantidad de expansión dental, se incrementa con la presión de los carrillos y labios y pueden tender a moverlos lingualmente a menos que sea convenientemente retenida. Al respecto, los datos disponibles con relación a la estabilidad divergen; sin embargo, es de esperarse y se ha comprobado, que realizada a edad temprana se puede producir buena adaptación esquelética, dentoalveolar y muscular antes de la erupción de los permanentes. Si se trata de un problema severo (más de 9mm) puede implicar exodoncia de dientes permanentes, lo que indica que es estrictamente necesario reevaluar el caso en su totalidad. ^{1,2}

Han existido contradicciones en el uso de las exodoncias en el tratamiento de ortodoncia. Este tema ha sido discutido en eventos internacionales donde algunos profesionales defiende las extracciones y alegan que disminuyen la instalación de maloclusiones, previenen movimientos ortodóncicos largos, reducen el tiempo de tratamiento con aparatos fijos y al mismo tiempo el periodo de contención. En contrapartida, otro grupo condena su utilización, enfatizando sus desventajas como

aumento de la sobremordida, inclinación lingual de los incisivos, tejido cicatrizal en los espacios de las extracciones, diastemas y alteraciones bucofuncionales.³

Todos los autores están de acuerdo en un punto, la necesidad de un diagnóstico correcto del sistema estomatognático que comprende la existencia de un equilibrio dinámico entre todos sus componentes: esqueleto, músculos y dientes. Según Vellini³, Bolton estudió los efectos interarcos de las discrepancias de los tamaños dentarios, afirmó que para que exista un correcto engranaje entre los dientes superiores e inferiores, es necesario que haya una preparación perfecta entre la sumatoria del mayor diámetro de los dientes del arco inferior respecto a los dientes del arco superior, a través de estas relaciones se puede evaluar la necesidad de extracciones para que las arcadas dentarias guarden una correcta armonía.

La controversia existe desde que se desarrollaron inicialmente los conceptos de oclusión normal. Hay trabajos que refieren que en la década de 1890 Angle reacciona contra las extracciones indiscriminadas, adoptando como artículo de fe la idea de que todo individuo tenía la capacidad potencial de una relación ideal de los 32 dientes naturales. Durante los años 30 Tweed y Raymond Begg (alumnos de Angle), de forma independiente, vuelven a tratar con extracciones a algunos de sus pacientes que habían sufrido recidivas, comprobando que la oclusión era mucho más estable. Esto provocó una revolución y dio lugar a la recuperación generalizada de las extracciones en el tratamiento ortodóncico a finales de los años 40.⁴

A comienzos de los años 60, a más de la mitad de los pacientes estadounidenses se les había extraído algún diente y, en los últimos años, el porcentaje de pacientes sometidos a extracciones como parte de un tratamiento ortodóncico ha disminuido considerablemente en relación con el máximo nivel alcanzado en los años 60, aunque no ha dejado de existir la controversia.⁴

Aquel que cree poder expandir las arcadas para conseguir espacio disponible acusa a los que recurren a las extracciones sosteniendo que aplanan el perfil facial, realizan inútiles mutilaciones y causan problemas a nivel de la articulación temporomandibular. Por otra parte, los “extractores” acusan a los adversarios de recurrir a prácticas y metodologías expansivas innaturales creando una base para la inestabilidad oclusal y, por ende, a las recidivas.⁵

Se ha practicado la extracción dentaria como complemento del tratamiento de ortodoncia desde hace mucho tiempo y se ha hecho en forma de tendencia según la época, respondiendo a estudios realizados sobre la evaluación filogenética del

aparato estomatognático, alegando el poco uso de sus partes y también a fracasos del tratamiento debido a recidivas; pero todo parece indicar que han sido debido a malas interpretaciones y un diagnóstico poco profundo. Con las técnicas actuales sobre todo en materia de arcos preformados se han reducido las indicaciones de exodoncias, sin embargo esto no quiere decir que las extracciones terapéuticas no es una buena propuesta para el tratamiento de ortodoncia, solo tienen que estar bien fundamentadas. Respecto a esto el Dr. David Suarez Quintanilla ⁶ expresó: “Si haces más del 40% de extracciones en tus pacientes, ¡cambia tu técnica!, si haces menos del 15%, debes aprender más de ortodoncia.”

Atendiendo a lo anterior se realizó el estudio para conocer el comportamiento en el servicio de Ortodoncia de la Clínica III Congreso del P.C.C. en cuanto a las indicaciones de extracciones dentales como parte del tratamiento de ortodoncia ya que existe poca referencia. Como objetivos de la presente investigación nos propusimos determinar la frecuencia de pacientes tratados con extracciones terapéuticas y determinar la frecuencia de pacientes tratados con extracción de los primeros premolares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo sobre el comportamiento de las extracciones dentarias en el tratamiento de Ortodoncia en pacientes mayores de 8 años de edad, utilizando las Historias Clínicas del departamento de Ortodoncia de la Clínica III Congreso del P.C.C. ubicada en el Consejo popular Matanza Oeste, realizado en el segundo semestre del curso 2014-2015. La información se recogió en el lugar de estudio por las autoras, con previa autorización de la dirección del centro y del Jefe del Departamento de Admisión y Archivo de la unidad.

El universo lo constituyeron las 123 Historias Clínicas revisadas y la muestra fue de 87, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Historias Clínicas de pacientes de ambos sexos.
- Historias Clínicas de pacientes mayores de ocho años de edad.
- Historias Clínicas con plan de tratamiento elaborado.

Una vez recogida la información, esta se procesó de forma digital empleando una computadora personal. Los datos se resumieron y se crearon las tablas en Excel.

Para la interpretación de los resultados se utilizó el análisis porcentual. Se relacionaron las variables edad, sexo, tratamientos realizados y dientes extraídos.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la muestra por edad y sexo.

Edades (años)	Masculino	%	Femenino	%	Totales	%
9; 13	29	33	35	40	64	73
14; 18	6	7	12	14	18	21
19	2	2	3	4	5	6
Total	37	42	50	58	87	100

El grupo etario más representado fue el de 9 a 13 años de edad. Fueron 87 los pacientes examinados, 50 correspondieron al sexo femenino y 37 al masculino para un 58% y 42% respectivamente.

Tabla 2: Relación de pacientes tratados con extracciones o no según grupos etarios.

Tratamientos Realizados						
Edades (años)	Con extracciones terapéuticas	%	Sin extracciones terapéuticas	%	Totales	%
9; 13	15	23	49	77	64	100
14; 18	6	33	12	67	18	100
19	1	20	4	80	5	100
Total	22	25	65	75	87	100

Por edades se encontró que en el grupo de 9 a 13 años de edad fueron tratados 64 niños de ellos a un 77% no se les realizaron extracciones y solamente al 23% necesitaron eliminarles unidades dentarias, de forma similar se comportó el grupo de 14 a 18 años de edad donde al 67% se le aplicaron técnicas conservadoras y en el 33% hubo necesidad de exodoncias.

Tabla 3: Distribución de unidades dentarias extraídas según grupos etarios.

Dientes extraídos	9; 13	%	14;1	%		%	Tota	%
			8		19		I	
(primeros premolares)	33	61	9	16	2	4	44	81
(segundos premolares)	4	7	2	4	1	2	7	13
(primeros molares)	2	4	-	-	-	-	2	4
(incisivo lateral)	1	2	-	-	-	-	1	2
Total	40	74	11	20	3	6	54	100

En la Tabla 3 están representados los dientes extraídos, siendo en total 54, existiendo un predominio en la extracción de los primeros premolares, 44 para un 81%.

DISCUSIÓN

El grupo etario más representado fue el de 9 a 13 años de edad correspondiendo a la época en que se produce el cambio de la dentición y se establece la permanente coincidiendo también con el periodo de mayor crecimiento favoreciendo así el tratamiento ortodóncico. Dentro de este grupo se encontró mayoritarias a las hembras con 35, en relación a los varones; esto coincide con otros estudios y se explica a que son ellas las más preocupadas por su estética y quizás también los padres. ⁷ Similar diferencia se observó también en los otros grupos, para un total el 58% correspondió al sexo femenino y el 42% al masculino.

Por edades se encontró que en el grupo de 9 a 13 años de edad fueron tratados 64 niños de ellos a un 77% no se les realizaron extracciones y solamente al 23% necesitaron eliminarles unidades dentarias, de forma similar se comportó el grupo de 14 a 18 años de edad donde al 67% se le aplicaron técnicas conservadoras y en el 33% hubo necesidad de exodoncias.

Estas cifras son alentadoras ya que la oclusión normal requiere de la totalidad de sus unidades dentarias para lograr una buena estabilidad oclusal y funcional; siempre que se pueda se deben conservar todos los dientes y realizar tratamientos conservadores y poco invasivos.

Gómez ⁸ y Kift ⁹ apoyan que las extracciones terapéuticas son necesarias en algunos pacientes con apiñamiento grave y en otros con discrepancias maxilares moderadas para conseguir la acomodación de todos los dientes.

En la Tabla 3 están representados los dientes extraídos, siendo en total 54, existiendo un predominio en la extracción de los primeros premolares, 44 para un 81%, y también se observó la exodoncia asimétrica de solo un incisivo lateral.

Coincidiendo con la bibliografía consultada, Guardo plantea que los primeros premolares en las clase I constituyen en concepto general los dientes más aconsejables para ser extraídos por estar más cerca del problema y por la situación intermedia entre el segmento anterior y posterior, lográndose de esta forma una mejor intercuspidación en la mayoría de los casos. ¹⁰ Además otros autores demuestran que los cambios que ocurren en el perfil labial de pacientes tratados con extracciones de primeros premolares, son en la gran mayoría significativos y exhiben una mejoría respecto a la posición del labio superior e inferior con relación a la línea E o plano estético de Ricketts logrando un mejor balance y armonía de la estética facial. ¹¹

A diferencia, hay estudios que plantean que los segundos premolares deberían ser la opción más favorable cuando se piensa en extracciones, pues el primer premolar maxilar es más estético que el segundo y el punto de contacto entre el primer molar mandibular y el primer premolar tiende a permanecer cerrado (el cierre rápido del espacio disminuye la posibilidad de invaginaciones labiales o linguales en el sitio de la extracción). Según Hussam ¹², Newton De Castro fue el primero en favorecer la extracción de segundos premolares en casos promedio de extracción basado en que cuando se extrae un segundo premolar en medio del segmento posterior, este segmento es el único afectado, sin embargo, el primer premolar es el punto en donde se unen el segmento anterior y posterior, al remover los primeros premolares no únicamente afecta el segmento posterior, también afecta el área de transición entre el segmento anterior y posterior. Además se plantean que la decisión de extraer debe basarse en simular a la madre naturaleza ya que los segundos premolares tienen una incidencia más alta de agenesias congénitas.

Aun cuando la literatura favorece la extracción de segundos premolares, los ortodoncistas prefieren extraer los primeros en vista de que el anclaje, retracción labial, y dimensión vertical facial, es virtualmente lo mismo extraer los segundos o primeros premolares. ¹²

La extracción de los primeros molares permanentes raramente está indicada en el tratamiento ortodóncico, sólo se justifica cuando estos tengan un pronóstico desfavorable a largo plazo, ya sea por grandes restauraciones, caries recurrente, estructura adamantina anormal e higiene bucal deficiente. ⁽¹⁵⁾ Aunque en la bibliografía hay autores (Hitchcock, Bimler, Gianni y Theurkuf), que hacen una excepción al considerarlo como una terapéutica en casos de mordida abierta esquelética. ^{5,13}

Solo puede considerarse la extracción de un incisivo lateral inferior en caso de que exista una discrepancia muy marcada entre el tamaño de los incisivos superiores e inferiores en adultos, con la finalidad de compensar una mordida –borde a borde- o en caso de apiñamiento sin sobremordida.¹⁴

La exodoncia de un diente permanente es irreversible por lo que debe ser bien estudiada. En la Clínica III Congreso del P.C.C. los datos mostraron que se ha optado mayormente por tratamientos conservadores con técnicas actualizadas. También se observó que en casos específicos se ha necesitado de las extracciones terapéuticas; coincidiendo en su totalidad con lo expresado por el Dr. David Suarez Quintanilla ⁶ se han atendido al 25% de los pacientes con extracciones terapéuticas y al 75% sin ellas.

CONCLUSIONES

- El sexo femenino fue el más representado.
- Las técnicas conservadoras de no extracción predominan por sobre las extracciones dentarias.
- Fueron más frecuentes las extracciones de los primeros premolares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cárdenas Jaramillo D. Odontología Pediátrica. Medellín, Colombia: 2003; 3^{era}Ed. Corporación para investigaciones biológicas. Cap 16, p.322-323
2. Luz D'E. Saturnino. Ortodoncia en dentición mixta. España: 2007; Ed. Amolca. Cap XIII,p.383-87, 402, 406.
3. Vellini Ferreira F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Sao Paulo, Brasil: 2002; Ed: Artes Médicas Ltda. Cap 9, p.171-84, Cap 10 p.225-32.
4. Frías Landa D. Evolución del tratamiento de la discrepancia hueso- diente negativa en Ortodoncia. Rev 16 de abril. Sancti Spiritu, Cuba: (1998-2003); (publicado 28 de abril de 2008)
5. Rossi M. Ortodoncia Práctica. Ed. Amolca. Cap 59, p.83, 93
6. Suarez Quintanilla D. ARC DROIT BASSE FRICTION. DISNEYLAD. Paris: 2008

7. Mora Pérez C, López Fernández R, Pérez Rodríguez I, Calzada Bandomo A, Pérez García RA, Haces Yanes MS. Determinación de la discrepancia hueso diente en niños de 5 a 11 años respiradores bucales. Rev. Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2009; 7(1) Especial
8. Gómez Ávila R, Arias Araluce MM, López Méndez Y, González Valdés D. Disyunción Maxilar Rápida con Tornillo Hyrax Modificado. Rev. Cubana de Ortod. 1999;14(1):27-31.
9. Kift JR: Non-extraction tip-edge appliance management of a moderate Angle Class II division 1 malocclusion commenced in the late mixed dentition. Aust Orthod. 2000;16(3): 167-174.
10. Guardo, AJ. Manual de Ortodoncia. 2nd.ed. Buenos Aires. Editorial Ateneo, 1960:219-30
11. Montoya Ladino DL, Gurrola Martínez B, Mendoza Valdés J, Casasa Araujo A. Valoración del plano estético de Ricketts en pacientes con extracciones de primeros premolares. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2008 Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas - Venezuela FUENTE:
http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/plano_estetico_ricketts.asp
12. Hussam Jarrah L, BDS, MSC, JBO. Decisión de extracciones: Ortodoncia basada en la evidencia. Orthodontic Cyber Journal. April, 2009
13. Pérez García LM, Márquez Rodríguez O, Mursulí Sosa M, González Calzada N. Utilización de mini implante en paciente con requerimiento de anclaje asimétrico. Presentación de caso. Gaceta Médica Espirituana, Vol 15, No 3 (2013)
14. Van Waes H.J.M., Stöckli P.W. Atlas de odontología pediátrica. Alemania: Ed. Masson, 2002, p. 264