

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT

UNIDAD ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA



Trabajo Recepcional por Producción Científica
que para obtener el diploma de Especialidad en Ortodoncia

Presenta:

Lourdes Feregrino Vejar

Director: M.S.P. Jaime Fabián Gutiérrez Rojo

Codirector: M.O. Rafael Rivas Gutiérrez

Tepic, Nayarit. Diciembre 2016

Agradecimientos

Quiero agradecer a Dios por permitirme llegar hasta este momento, donde me doy cuenta que los sueños se vuelven realidad.

Un agradecimiento especial para mis héroes de vida, quienes han luchado día a día por ofrecerme lo mejor y que han sido mi mayor ejemplo a seguir –Mis Padres-, que me han apoyado a forjar mi camino, pues sin ellos no lo hubiese podido lograr, ellos me han enseñado que con esfuerzo y dedicación todo es posible y me han impulsado a salir a delante y a dar lo mejor de mí.

A mis hermanas que creyeron en mí y me alentaron a luchar por mis metas, que estuvieron a mi lado animándome todos los días, que me apoyaban y escuchaban todas mis historias, y que siempre tenían una palabra de aliento aun en los días más difíciles y que gozaban conmigo todos mis logros.

A mis maestros por su orientación, persistencia y motivación que han sido fundamentales en mi formación. En ustedes encontré lo necesario para entender lo que significa esta profesión y el compromiso que se requiere para ello. Ustedes que siempre estuvieron dispuestos a aclarar mis dudas y en quienes nunca encontré una negativa, gracias por compartir sus conocimientos con nosotros con tanta paciencia.

Agradezco a mis hermanos de generación, pues sin todos y cada uno de ustedes esta etapa no hubiese sido la misma, compartimos alegrías, tristezas, logros y tropiezos juntos, pero de igual manera juntos logramos superarlos.

A todas aquellas personas que estuvieron presentes en la evolución y desarrollo de este proyecto, ya que aportaron algo en mí para lograr esta meta.

“Dios no te hubiera dado la capacidad de soñar, sin darte también la posibilidad de convertir tus sueños en realidad”. Héctor Tassinari



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT**
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

Tepic, Nayarit, 27 de octubre de 2016.
Oficio No.129/16.

C.D. Lourdes Feregrino Vejar
Presente.

Por la presente le informo que, después de haber revisado los requisitos solicitados en los lineamientos generales del programa para obtener el diploma de Especialidad en Ortodoncia en la modalidad de Producción Científica, la comisión evaluadora ha dictaminado que su trabajo recepcional ha sido ACEPTADO.

Se autoriza la impresión del documento para que, una vez cubiertos los créditos, se realicen los trámites para la obtención del diploma.

ATENTAMENTE
"POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL"


M.O. Rafael Rivas Gutiérrez

Coordinador de la Especialidad en Ortodoncia

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT



UNIDAD ACADÉMICA DE
ODONTOLOGIA

C.c.p.- Dra. Gaby Esthela Tiznado Orozco.- Coordinadora de la División de Estudios de
Posgrado e Investigación de la UAO.- Presente.

C.c.p.- Archivo.

Índice

Resumen.....	1
Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones	2
Constancia de registro de la secretaria.....	3
Carta de aceptación.....	4
Portada.....	5
Índice.....	6
Publicación.....	7
Impacto del perfil facial en la apreciación de la personalidad.....	12
Constancia de registro de la secretaria.....	13
Carta de aceptación.....	14
Portada.....	15
Índice.....	16
Publicación.....	17
Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones.....	24
Constancia de registro de la secretaria.....	25
Carta de aceptación.....	26
Portada.....	27
Índice.....	28
Publicación.....	29

Resumen

En la revisión bibliográfica titulada percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones, se dice que la autopercepción en el paciente juega un papel muy importante en la decisión del tratamiento, así como en el juicio de la estética dental del profesional. Si una maloclusión es muy visible, la aversión que puede provocar es mayor, afectando e interfiriendo en su interés por corregir la alteración. Los efectos de las maloclusiones en la calidad de vida son de tipo psicosocial, más que las limitaciones funcionales que pudiera causar. Las maloclusiones pueden influir significativamente sobre las percepciones de los demás, en su comportamiento y forma de interactuar, provocando en ocasiones episodios de bullying. Las diferencias entre personas tratadas ortodonticamente y no tratadas están relacionadas principalmente con aspectos socioemocionales, tales como sonreír y reír.

En el artículo titulado impacto del perfil facial en la apreciación de la personalidad se tiene como objetivo el determinar el impacto de los perfiles faciales y analizar si contribuyen a calificar a una persona de agradable, positiva, negativa, simpática, exitosa, alegre o amargada. Materiales y Métodos: Se modificó la fotografía de una paciente a fin de obtener cinco tipos de perfiles faciales, los cuales fueron evaluados mediante la escala de Likert por estudiantes de odontología. Los resultados fueron volcados en tablas con el programa Excel y analizados mediante la prueba de ANOVA. Resultados: Los perfiles de clase III fueron asociados a personas amargadas, menos exitosas, poco simpáticas y negativas. Los perfiles de clase II a personas agradables, simpáticas, alegres y positivas. Los perfiles clase I a personas exitosas. Conclusiones: El perfil facial influye en la percepción de las personas. El perfil de clase III es asociado a valores socialmente negativos.

En la investigación titulada comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones, tenemos que el hueso hioides juega un papel importante en la masticación, fonación, deglución y la permeabilidad de la vía aérea, y en base a estos requerimientos puede sufrir diversas variaciones. Objetivo: Determinar si existen diferencias en la posición del hueso hioides, así como en el triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones. Material y Método: se utilizó una muestra de 60 casos, para poder dividir en 3 grupos de 20 casos según la clase esquelética en I, II y III. Se utilizaron los puntos del triángulo hioideo para determinar la posición del hueso hioides, así como el ángulo ANB para determinar la clase esquelética. Resultados: En la maloclusión de clase I, clase II y clase III se encontró en promedio que el triángulo hioideo era positivo, en la clase III presentó un valor un poco mayor a los de las otras maloclusiones. Conclusiones: No existe relación entre la posición del hueso hioides y las diferentes maloclusiones, ya que no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el triángulo hioideo en la maloclusión clase I, II y III de Angle. En la línea H-H' se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la norma y las diferentes maloclusiones.

Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones publicado en
la revista Tamé



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

**A QUIEN CORRESPONDA
P R E S E N T E**

Con base en el Sistema de Registro Único de Artículos Publicados en esta Secretaría a mi cargo, hago **CONSTAR** que se tiene evidencia del artículo publicado en la Revista Tamé , Vol.4, No.12, ISSN: 2007 -462 X, año 201 6 y cuyo título es:

“PERCEPCIÓN Y EFECTOS PSICOSOCIALES DE LAS MALOCLUSIONES”

Los autores de dicha publicación son : Lourdes Feregrino -Vejar y Jaime Fabián Gutiérrez -Rojo, del Área Ciencias de la Salud y el número de registro asignado de esta Secretaría es PUB16-27.

Se extiende la presente a solicitud del interesado en la Ciudad de Tepic, Nayarit el día Jueves, 02 de Junio de 2016 , para los fines y usos que al interesado convenga.

ATENTAMENTE
“POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL”

DR. RUBÉN BUGARÍN MONTOYA
SECRETARIO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT
**SECRETARÍA DE
INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO**

Edificio CEMIC - 2
Ciudad de la Cultura S/N. Col. Centro
C.P. 63000, Tepic, Nayarit

Tel. 211-88-00 Ext. 8951
E-mail: investigacionyposgraduon@hotmail.com

UANO
**Secretaría de
Investigación y Posgrado**



Universidad Autónoma de Nayarit

Revista Tamé

Estimada: Dra. Lourdes Feregrino Vejar

Por medio de este conducto nos complace informarle que su manuscrito titulado: **“Percepción y Efectos Psicosociales de las maloclusiones”**. Del coautor Jaime Fabián Gutiérrez Rojo. Ha sido aceptado para su publicación en nuestra revista.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo de nuestra parte.

Atentamente

Tepic, Nayarit. 13 de Abril del 2015

Dra. Gaby Esthela Tiznado Orozco

Directora de la Revista Tamé

ISSN: 2007-462X

Indizada: IMBIOMED, DOAJ, Latindex



Universidad Autónoma de Nayarit

ISSN: 2007-462X

Revista Tamé



Revista de la Unidad Académica
de Odontología

Revista Cuatrimestral
Indizada: IMBIOMED, Latindex. DOAJ.

No. **12**
Marzo
2016

Contenido

Editorial

407.

Artículos Originales

408. Tipos de rugas palatinas en estudiantes del decimo semestre 2011- 2013 en la licenciatura de Cirujano Dentista de la Universidad Autónoma de Nayarit.

413. Índice Colectivo de Fluorosis dental en una escuela secundaria del municipio de Tepic, Nayarit.

417. Manifestaciones orales en niños con enfermedad renal crónica.

Casos Clínicos

422. Injerto de tejido conectivo subepitelial: tratamiento de defecto alveolar en zona estética.

426. Paciente diabético tipo II: manejo integral estomatológico con coronas metal porcelana y removible.

430. Estabilidad del Quad Helix como alternativa de tratamiento en mordida cruzada.

433. Ortopedia en acondroplasia primera fase: Reporte de un caso.

Revisión Bibliográfica

436. Indicaciones de agregado de trióxido mineral en odontopediatría.

443. Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones.

Percepción y efectos psicosociales de las maloclusiones

Feregrino-Vejar Lourdes,* Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián.**

Resumen

La percepción es un proceso en el que los estímulos son organizados e interpretados, por lo que pueden ser varios los factores que la afecten. En el paciente, la autopercepción juega un papel muy importante en la decisión del tratamiento, así como en el juicio de la estética dental del profesional. Si una maloclusión es muy visible, la aversión que puede provocar es mayor, afectando e interfiriendo en su interés por corregir la alteración y no solamente reducen el atractivo facial sino que también suponen un mayor riesgo de desventajas psicológicas y reacciones sociales adversas que pudieran afectar al bienestar de los individuos. Con esto, uno de los efectos de las maloclusiones en la calidad de vida son de tipo psicosocial, más que las limitaciones funcionales que pudiera causar la maloclusión. Debido a esto las maloclusiones pueden influir significativamente sobre las percepciones de los demás, en su comportamiento y en sus intenciones para interactuar, provocando en ocasiones episodios de bullying. Las diferencias entre personas tratadas ortodónticamente y no tratadas, están relacionadas con aspectos socioemocionales principalmente, tales como sonreír y reír.

Palabras clave: Maloclusión, psicosocial, percepción

Abstract

Perception is a process in which stimuli are organized and interpreted, that's why it can be affected for several factors. The patient's self-perception plays an important role in treatment decisions and in the aesthetic dental professional judging. If the malocclusion is very visible, it can cause a higher aversion, affecting and interfering in their interest to correct the disturbance and not only reduce the facial attractiveness, and also pose a higher risk of psychological disadvantage and adverse social reactions that may affect the individual's well-being. With that, an effect of malocclusion on quality of life is psychosocial, rather than functional limitations that malocclusion can cause. Because of this, malocclusions can significantly influence in the other's perception, their behavior and their interact intentions, and sometimes causing bullying episodes. The differences between orthodontic treated and untreated people are mainly related to socioemotional aspects, such as smiling and laugh.

Keywords: malocclusion, psychosocial, perception

*Estudiante de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit. Autor responsable.

**Docente de la Unidad Académica de Odontología y de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Correspondencia: Lourdes Feregrino Vejar. e-mail: lalur_5@hotmail.com Recibido: Enero 2015 Aceptado: Abril 2015

Introducción

La alteración de las relaciones oclusales teóricas es llamada *maloclusión*, este término se utiliza si un diente está afectado, o bien si todo el arco dental y su base ósea se encuentran en posiciones inadecuadas.¹ El efecto de las maloclusiones no es tan sólo funcional y/o estético, sino que también influye en los aspectos psicosociales y en la calidad de vida, especialmente de los adolescentes.²

El objetivo de un tratamiento de ortodoncia no es sólo la correcta alineación de los arcos dentarios en una oclusión óptima, sino también mejorar las proporciones faciales para que sean agradables estéticamente.³

Los ortodoncistas aprenden a evaluar críticamente el rostro desde diversas perspectivas y como resultado desarrollan estándares personales de lo que consideran un perfil estético. Sin embargo, también deben tomar en cuenta la percepción de la sociedad, ya que se ha puesto

gran énfasis en el atractivo físico, siendo la estética facial un atributo importante en la concepción sobre la opinión, percepción del carácter y habilidades. Por lo que la percepción de la estética facial de la sociedad es una tarea difícil debido a la subjetiva naturaleza de la estética.^{3,4,5}

La percepción es un proceso en el que los estímulos son organizados e interpretados, por lo que pueden ser varios los factores (físicos, psicológicos y sociales) que la afectan. La percepción de la estética dental y el perfil facial están basadas en cómo las personas se evalúan a sí mismas.^{6,7,8} La autopercepción del paciente juega un papel muy importante en la decisión del tratamiento y en el juicio de la estética dental del profesional. Un paciente con maloclusión es afectado no sólo por su propia percepción, sino también por las reacciones de otras personas. Por lo tanto, lo que es atractivo para el ortodoncista podría no ser lo que el paciente percibe como atractivo, y satisfactorio en los resultados clínicos.⁹

Un ejemplo de esto, es la posición de los labios, la cual, tiene gran influencia en el perfil estético facial, requiriendo que se preste atención a la alineación de los dientes anteriores basado en las preferencias del paciente. Se deben considerar las diferencias morfológicas entre los grupos raciales, por lo cual los ortodoncistas deberían considerar esto en la planificación del tratamiento y evitar basarse en las reglas generales.¹⁰

El atractivo físico y las repercusiones de las maloclusiones

El atractivo físico afecta la vida humana de diversas maneras. Las personas atractivas son consideradas como amables, inteligentes, interesantes, más sociales y con personalidades más positivas.^{11,12} Un rostro atractivo repercute en las evaluaciones de personalidad y perspectivas de empleo, ya que sirve de guía para deducir una serie de características acerca de una persona, como la personalidad, la integridad, las competencias social e intelectual y la salud mental.^{13,14}

Se ha comprobado que los adultos jóvenes que son vistos como más atractivos, gozan de vidas sociales más enriquecidas. Esto demuestra que las percepciones de los demás pueden influir significativamente sobre la manera en que una persona actúa, incluso resultando en cambios de comportamiento a largo plazo.¹⁵

Los efectos de las maloclusiones en la calidad de vida son de tipo psicosocial, más que las limitaciones funcionales que pudieran presentar.^{16,17} Por lo que las éstas pueden influir significativamente sobre las percepciones de los demás, en su comportamiento y en sus intenciones para interactuar.¹⁸

También suponen un mayor riesgo de desventajas psicológicas y reacciones sociales adversas que pudieran afectar al bienestar de las personas.¹⁹ Es lógico suponer que mientras más visibles son las maloclusiones, la aversión que pueden provocar es mayor, afectando e interfiriendo en su interés por corregir la alteración.²⁰

A pesar de que la insatisfacción con el aspecto dental está ampliamente relacionada con la gravedad de las irregularidades oclusales, hay diferencias en el reconocimiento y la evaluación de las mismas. No es raro observar que algunos pacientes con maloclusiones severas están satisfechos o muestran indiferencia con su estética dental, mientras que otros están muy preocupados por las irregularidades de menor importancia.^{21,22}

En un estudio realizado en Arabia Saudita encontraron que los niños de 11 a 14 años de edad con maloclusión presentaban un impacto significativamente mayor, y por lo tanto una peor calidad de vida en comparación con un grupo de individuos sin maloclusión.²³ Siendo este resultado de gran importancia, ya que la mayoría de los pacientes de ortodoncia son niños y adolescentes.^{11,24}

En Belo Horizonte, Brasil reportan que el 72% de los escolares no estaba feliz con la posición de sus incisivos superiores, el 21% menciona que se burlan de ellos por sus dientes y el 8.2% de la población de estudio tenían apodos debido a sus dientes.²⁵

Las anomalías dentofaciales representan una desventaja social importante, observándose alta correlación entre las maloclusiones y un nivel bajo de autoestima.²⁶ Agou y cols realizan una investigación en donde encuentran que el perfil psicológico de los niños con maloclusión puede influenciar su desarrollo social y emocional, así como su autoestima.²⁷

Autoconcepto

La maloclusión es a menudo algo visible que podría dar lugar a reacciones sociales adversas y a un autoconcepto deficiente. Una pequeña deformidad en el sistema estomatognático puede producir alteraciones psicológicas y malestar social en el desarrollo y bienestar del individuo. Además, pudieran presentar un autoconcepto y autoestima disminuido.^{12,18,28}

El *autoconcepto* se desarrolla a partir de la observación de lo que lo demás piensan de ese

individuo. Las personas atractivas reciben señales y comportamientos de otros que gradualmente forman parte de su autoconcepto. Los individuos eventualmente llegan a definirse a sí mismos en respuesta a cómo otros los ven e interactúan con ellos. Los defectos físicos llegan a constituir una barrera que impide la interacción confortable con la sociedad que rodea al individuo y que, por lo tanto, debe ser superada ya que impiden que el individuo tenga una participación normal en el trabajo, en los estudios, y en las relaciones de pareja.¹⁸

Adolescentes y adultos con maloclusiones pueden presentar un sentido de autoestima disminuido, y llegar a sentir que su atractivo, aceptación social, habilidades de interacción y su personalidad son juzgados más críticamente. Así, las respuestas sociales pueden estar altamente condicionadas por la apariencia de la dentadura y, más aún, "influir notablemente en la plena adaptación vital de un individuo".¹⁹

En niños y adolescentes con maloclusiones, la vergüenza por su afectación puede influir en su rendimiento escolar y con posterioridad en su futura ocupación, sus ingresos y nivel social. Las desarmonías dentomaxilofaciales pueden convertir a ciertas personas en tímidas, retraídas y temerosas, crear complejos de inferioridad y actitudes negativas que alteren su desempeño ante la vida.²⁸

La propia percepción de la gravedad de la maloclusión en los adolescentes es un contribuyente en los niveles de autoconcepto y autoestima. Cuando se siente insatisfacción personal con la apariencia dental en la infancia, podría perfectamente quedar para toda la vida.²⁹

Aguirre encontró que los estudiantes se quejan de que sus piezas dentales no les agradan o no les gusta sonreír en público, las alteraciones presentes en el frente estético, tienden a perturbar la actitud de un individuo, entre las más comunes tenemos la timidez y la ansiedad.²⁶

Cartes y cols. en su estudio de un cuestionario de autoimagen reportan que un 69.2% y un 81.2% de los hombres y mujeres respectivamente, sienten que tiene algún tipo maloclusión. Esta situación les

molesta a veces o siempre en un 53.8% a los hombres, y en un 72% a las mujeres. Al 53.2% de las mujeres y al 63.1% de los hombres les trae problemas para relacionarse con sus pares; el 30.7% de los hombres se tapa su boca cuando sonríe, este valor aumenta a 59,7% en las mujeres. Por lo cual se concluye que la presencia de maloclusiones tiene un efecto negativo en la confianza de los jóvenes para relacionarse con sus pares, especialmente en las mujeres.³⁰

En un estudio realizado en Jordania se demostró que los niños con anomalías dentales y faciales son víctima de bullying.³¹ Jung encontró que la percepción del maestro de un estudiante atractivo puede influenciar las expectativas y evaluación del estudiante, los empleados percibidos más atractivos por sus supervisores les dan mejores calificaciones en el rendimiento de su trabajo que a los empleados menos atractivos. Por lo cual los que son percibidos por sus maestros, compañeros y empleadores como atractivos son más propensos a experimentar interacciones sociales y evaluaciones más positivas.^{32,33}

Existe gran controversia acerca del efecto de la maloclusiones en el autoconcepto, la autoestima y la imagen corporal. Se ha reportado que niños y adolescentes con maloclusiones, presentan una autoestima positiva, y que su autoimagen no difiere significativamente del resto de la población. No obstante, recalcan que estos resultados se han dado por la percepción que se tiene de la severidad de su maloclusión. Varios autores afirman que después del tratamiento ortodóncico los pacientes presentan una mejora en el concepto que tienen de sí, y que las evaluaciones de sus compañeros y de sus padres también mejoran.¹⁸

Personalidad

Cuando se describe a un paciente clase III, se menciona que el resalte del labio inferior y la barbilla da un aspecto de agresividad al gesto facial. La clase III trae consigo un defecto estético muy evidente, ya que la mandíbula prominente da la apariencia del tercio medio de la cara hundido y da una expresión de cara agresiva y en ocasiones con depresión.^{34,35}

Cesare Lombroso realizó una teoría donde señalaba las características de un delincuente nato, dentro de las cuales mencionaba un maxilar inferior extremadamente desarrollado hacia afuera, frente estrecha, desarrollo desproporcionado de los pómulos al igual que la mandíbula. “Hacia el inicio del siglo XX, las autoridades de Italia, Francia y Gran Bretaña creían que el Mal era visible: una mandíbula grande y una frente abultada en un rostro significaban que su dueño era parte de una “evolución decadente”, y que heredaría a sus hijos “enfermedades morales” como “el crimen, la histeria, la superstición, la locura, el alcoholismo, entre otros”.^{36,37}

Después del tratamiento con ortodoncia

Las diferencias entre personas tratadas con ortodoncia y las no tratadas están relacionadas con aspectos socioemocionales principalmente, tales como sonreír y reír. Esto enfatiza la importancia de la estética dentofacial en las interacciones sociales de la vida cotidiana.³⁸

En un estudio realizado en Brasil, se reporta que los adolescentes que completaron un tratamiento de ortodoncia mencionan que pueden sonreír, reír y mostrar sus dientes sin sentirse avergonzados.² Marques encontró que los niños reportan que con un tratamiento de ortodoncia puede mejorar su calidad de vida, que sería más fácil conseguir un trabajo y encontrar una pareja.¹¹

Una evaluación posterior al tratamiento de ortodoncia mostró que los adolescentes informaron mejora en la función oral, apariencia, función social y salud, además de mejorar su autopercepción.²⁰ Min-Jo y cols encontraron que el apiñamiento anterior causa baja autoestima en las adolescentes. Después del tratamiento se observó mayor autoestima en las niñas, sin embargo esta diferencia no fue significativa en los niños.³²

Palomares encontró que los adultos jóvenes brasileños que habían recibido tratamiento de ortodoncia tenían una mejor salud oral, relacionada a la calidad de vida, en comparación con las personas que no había recibido tratamiento.³⁹

Referencias bibliográficas

- Harris E, Corruccini R. Quantification of dental occlusal variation: a review of methods. *Dental Anthropology*. 2008; 21 (1): 1-11.
- Marques L, Ramos-Jorge M, Paiva S, Pordeus I. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006; 129(3):424-7.
- Maple J, Vig K, Beck F, Larsen P, Shanker S. A comparison of providers' and consumers' perceptions of facial-profile attractiveness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005; 128 (6): 690-6.
- Koenig R, Lavado A, Aguado J, Altamirano M, Gallardo G, Ramos E. Percepción estética de los perfiles faciales en adultos en los diferentes estratos socio económicos de la ciudad de Lima. *Kiru*. 2011; 8 (1): 37- 44.
- Soh J, Chew M, Wong H. A comparative assessment of the perception of Chinese facial profile esthetics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005; 127 (6): 692-9.
- Gutiérrez-Rojo J, Robles-Villaseñor J. La estética en Odontología. *Rev Tamé*. 2012; 1(1): 24-8.
- Yin L, Jiang M, Chen W, Smales R, Wang Q, Tang L. Differences in facial profile and dental esthetic perceptions between young adults and orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2014; 145 (6): 750-6.
- Cala L, Spalj S, Slaj M, Varga M, Slaj M. Facial profile preferences: Differences in the perception of children with and without orthodontic history. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010; 138 (4): 447-9.
- Pinho S, Ciriaco C, Faber J, Lenza M. Impact of dental asymmetries on the perception of smile esthetics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007; 132 (6): 748-53.
- Nomura M, Motegi E, Hatch J, Gakunga P, Ngángá P, Rugh J, Yamaguchi H. Esthetic preferences of European American, Hispanic American, Japanese, and African judges for soft-tissue profiles. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2009; 135 (4): S87-95.
- Samsonyanová L, Broukal Z. A systematic review of individual motivational factors in orthodontic treatment: facial attractiveness as the main motivational factor in orthodontic treatment. *International Journal of Dentistry*. 2014; 2014: 1-4
- Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental esthetics, orthodontic treatment, and oral health attitudes in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2004; 128 (4): 442
- Newton J, Prabhu N, Robinson P. El impacto del aspecto dental en la apreciación de las características personales. *Int J Prosthodont*. 2003; 16: 429
- O'Doherty J, Winston J, Critchley H, Perrett D, Burt D, Dolan R. Beauty in a smile: the role of medial orbitofrontal cortex in facial attractiveness. *Neuropsychologia*. 2003; 41:147-55.
- Henson S, Lindauer S, Gardner W, Shroff B, Tufekci E, Best A. Influence of dental esthetics on social perceptions of adolescents judged by peers. *AJO-DO*. 2011; 140 (3), 389-395.
- Cesarino M, Almeida T, Melo de Brito E, Castro C, Flávia A, Martins S. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014;12:55 Disponible en <http://www.hqlo.com/content/12/1/55>

17. Abanto J, Bönecker M, Raggio D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. *Rev Estomatol Herediana*. 2010; 20 (1): 38-43.
18. Calderón G. Influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades interpersonales. Universidad San Francisco de Quito. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Odontóloga. Quito. 2013: 2-23.
19. Proffit W, Fields H, Sarver D. *Ortodóncica Contemporánea*. 4ta edición. Elsevier Morsby. 2008: 16
20. Taylor K, Kiyak A, Huang G, Greenlee G, Jolley C, King G. Effects of malocclusion and its treatment on the quality of life of adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2009; 136 (3): 382-392.
21. O'Brien K, Wright JL, Conboy F, Macfarlane T, Mandall N. The child perception questionnaire is valid for malocclusion in the United Kingdom. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006; 129(4):536-540
22. Onyeaso C, Sanu O. Perception of personal dental appearance in Nigerian adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2005; 127(6):700-6
23. Al-Sarhedd M, Bedi R, Hunt N. Orthodontic treatment need and self-perception of 11-16 years old Saudi Arabian children with a sensory impairment attending special schools. *J Orthod*. 2003; 30 (1): 39-44.
24. Puentes N. Necesidad de tratamiento ortodóncico e impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes de la comunidad valenciana (2010). Universidad de Valencia. Tesis doctoral: fisiopatología del aparato estomatognático. Valencia. 2013: 162-177.
25. Marques L, Ramos-Jorge M, Ramos-Jorge J, Pereira L, Paiva S, Pordeus L. Self perception regarding the need for orthodontic treatment among impoverished schoolchildren in Brazil. *Erupean Journal of Paediatric Dentistry*. 2009; 10 (3): 125-130.
26. Aguirre V. Alteraciones de la autoestima provocadas por diferentes factores que influyen en la estética dentofacial y su incidencia en los estudiantes del primero, Segundo y tercero de bachillerato de los colegios "Manuel Cabrera Lozano" y "La Salle", en el periodo Abril-Septiembre 2011". Tesis previo a optar por el título de odontología. Universidad Nacional de Loja. Loja (Ecuador). 2011: 52-69.
27. Agou S, Locker D, Streiner D, Tompson B. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2008; 134 (4): 487-488.
28. Gutiérrez Y, Expósito I, Jiménez I, Estrada V, Martín L. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2008; 12 (5): 3, 6
29. Mafía A, Luna E, Sánchez N, Barrera D, Muñoz G. Dental aesthetics and self-esteem in adolescents. *Colomb Med*. 2011; 42 (4): 483
30. Cartes R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural. *Int J Odontostomat*. 2012; 4 (1): 65-69
31. Al-Bitar Z, Aj-Omari I, Sonbol H, Al-Ahmad H, Cunningham S. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2013; 144 (6): 872-8.
32. Min-Jo J. Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2010; 138 (2): 160-166.
33. Olsen J, Rohr M. Maloclusiones and perceptions of attractiveness, intelligence, personality, and behavioral intentions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2011; 140 (5): 669-79.
34. Romero B, Estrada A. Mascara facial de protracción como tratamiento de maloclusión clase III (Reporte de un caso). *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. 2010 : Encontrado en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art30.asp>
35. González R, Cruz S, Suverza S. Corrección de una maloclusión clase III con ortodoncia prequirúrgica y osteotomía oblicua de la rama. Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Ortodoncia*. 2014; 2 (2): 122-3
36. Barrios E. La importancia del dictamen médico legal en el delito de potivo. Universidad Panamericana. Tesis de Licenciatura. Guatemala. 2011: 14
37. Lara H. Enfoques actuales en la psicobiología contemporánea de la conducta violenta y delictiva. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2005; 38(1):28
38. Agou S, Locker D, Muirhead V, Tompson B, Streiner D. Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment?. *AJO-DO*. 2011; 139 (3): 369
39. Palomares N, Keller R, Oliveira B, Miguel J. How does orthodontic treatment affect young adults' oral health-related quality of life?. *AJO-DO*. 2012; 141 (6): 757

Impacto del perfil fácil en la apreciación de la personalidad publicado
en la Revista de la Asociación Odontológica Argentina



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

**A QUIEN CORRESPONDA
PRESENTE**

Con base en el Sistema de Registro Único de Artículos Publicados en esta Secretaría a mi cargo, hago **CONSTAR** que se tiene evidencia del artículo publicado en la **Revista de la Asociación Odontológica Argentina**, Vol.104, No.2, ISSN: 0004-4881, año 2016 y cuyo título es:

“ IMPACTO DEL PERFIL FACIAL EN LA APRECIACIÓN DE LA PERSONALIDAD”

Los autores de dicha publicación son: **Lourdes Feregrino-Vejar y Jaime Fabián Gutiérrez-Rojo**, del Área Ciencias de la Salud y el número de registro asignado de esta Secretaría es **PUB16-60**.

Se extiende la presente a solicitud del interesado en la Ciudad de Tepic, Nayarit el día Lunes, 15 de Agosto de 2016, para los fines y usos que al interesado convenga.

**ATENTAMENTE
“POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL”**


**DRA. LAURA ISABEL CAYEROS LÓPEZ
SECRETARIA**



ASOCIACION
ODONTOLOGICA
ARGENTINA

REVISTA DE LA
ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA
RAOA

27 de abril de 2016

Señores
Dres. Lourdes Feregrino-Vejar y Jaime Fabián Gutiérrez-Rojo
S/D.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes con referencia al trabajo *"Impacto del perfil facial en la apreciación de la personalidad"*, que nos enviaron para su publicación en nuestra Revista.

Al respecto cumplo en informarles que el mismo ha sido aprobado por el Consejo Evaluador y que oportunamente será publicado.

Sin otro particular saludo a ustedes muy atentamente.

Dra. Rosa Scavo
DIRECTORA

ISSN: 0004-4881

Revista de la Asociación
Odontológica
Argentina

PUBLICACIÓN FUNDADA EN 1898
BUENOS AIRES, ARGENTINA

Volumen 104 | Número 2 | Junio 2016

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA



Volumen 104 | Número 2 | Junio 2016

Impacto del perfil facial en la apreciación de la personalidad

Operatoria dental y endodoncia

3. Capacidad de sellado marginal de un sistema adhesivo utilizado con o sin el complemento de clorhexidina

Evaluación *ex vivo* del material de obturación extruido durante el retratamiento endodóntico con el empleo de dos técnicas de remoción



PÁGS. 48 - 90

ÍNDICE

Editorial

- PRÓTESIS**
La odontología restauradora integral y la estética 49-50
Comprehensive restorative dentistry and esthetics
 Enrique Fernández Bodereau

Investigación

- ORTODONCIA**
Impacto del perfil facial en la apreciación de la personalidad 51-57
Impact of facial profile in personality assessment
 Lourdes Feregrino-Vejar, Jaime Fabián Gutiérrez-Rojo

- ENDODONCIA**
Operatoria dental y endodoncia 58-65
3. Capacidad de sellado marginal de un sistema adhesivo utilizado con o sin el complemento de clorhexidina
Operative dentistry and endodontics
3. Marginal sealing properties of an adhesive system used with or without chlorhexidine addition
 Osvaldo Zmener, Jesús Rodríguez Guillén, Cornelis H. Pameijer

- ENDODONCIA**
Evaluación ex vivo del material de obturación extruido durante el retratamiento endodóntico con el empleo de dos técnicas de remoción 66-71
Ex vivo evaluation of the amount of extruded filling material during endodontic retreatment using two removal techniques
 Laura Alejandra Mora González, Sagrario Rivera Martínez, Héctor Julio Vásquez Santiago, Basilia del Carmen González Guzmán, César Martínez Rojas

Casos clínicos

- PERIODONCIA**
Tratamiento de recesión única de clase III con injerto libre subepitelial mediante técnica de colgajo de doble papila reposicionado. Informe de un caso clínico 72-78
Treatment of single class III recession combining free subepithelial connective tissue graft and a double papilla repositioned flap. Clinical case report
 Francisco Fernández Sobrino, Hernán Bontá, Federico Galli, Facundo Caride, Nelson Carranza

- PERIODONCIA**
Procedimiento de decontaminación del biofilm para el tratamiento del absceso periodontal agudo y la periimplantitis 79-85
The biofilm decontamination approach for treatment of periodontal abscess and peri-implantitis
 Evelyn Andrea Mancini, Giovan Paolo Pini Prato

Comunicación breve

- ORTODONCIA**
Imágenes digitales, planificación virtual e impresión tridimensional para tratamientos combinados de ortodoncia y cirugía ortognática 86-90
Digital images, virtual planning and 3D impression for combined orthodontics and orthognathic surgery treatments
 Regina Bass, Marcos Ratinoff

Impacto del perfil facial en la apreciación de la personalidad

Impact of facial profile in personality assessment

Presentado: 12 de abril de 2016
Aceptado: 18 de abril de 2016

Lourdes Feregrino-Vejar^a, Jaime Fabián Gutiérrez-Rojo^b

^aEstudiante;

^bDocente;

Especialidad en Ortodoncia, Universidad Autónoma de Nayarit, México

Resumen

Objetivo: Determinar el impacto de los perfiles faciales y analizar si contribuyen a calificar a una persona de agradable, positiva, negativa, simpática, exitosa, alegre o amargada.

Materiales y métodos: Se modificó la fotografía de una paciente a fin de obtener cinco tipos de perfiles faciales, los cuales fueron evaluados mediante la escala de Likert por estudiantes de odontología. Los resultados fueron volcados en tablas con el programa Excel (Microsoft) y analizados mediante la prueba de ANOVA.

Resultados: Los perfiles de clase III fueron asociados a personas amargadas, menos exitosas, poco simpáticas y negativas. Los perfiles de clase II, a personas agradables, simpáticas, alegres y positivas. Los perfiles de clase I, a personas exitosas.

Conclusiones: El perfil facial influye en la percepción de las personas. El perfil de clase III es asociado a valores socialmente negativos.

Palabras clave: Aspecto facial, maloclusión, percepción.

Abstract

Aim: To determine the impact of facial profiles and if it contributes to consider a person as pleasant, positive or negative, nice, successful and happy or bitter.

Materials and methods: A photograph of a patient was modified to obtain five types of facial profiles, which were evaluated by dental students using a Likert scale. An Excel (Microsoft) sheet was used to tabulate data which were analyzed by an ANOVA test.

Results: Class III were evaluated as bitter, less successful, unsympathetic and negative people; Class II, as pleasant, nice, cheerful and positive people and class I, as a successful person.

Conclusions: The facial profile influences the perception of people. The class III (concave) profile was evaluated in the most negative way.

Key words: Facial appearance, malocclusion, perception.

Introducción

La apariencia física es uno de los factores primordiales en la realización de juicios sobre una persona. Cuando la imagen corporal se ve alterada, se genera un gran impacto en distintos aspectos, como

el psicológico, emocional, social, familiar y la autoestima.¹⁻³

El aspecto facial genera un estereotipo social, lo cual lleva a crear expectativas sobre el comportamiento

y las características que debe poseer una persona atractiva, dando lugar de esta forma a ciertas conductas y rasgos que se interiorizan, desarrollando la autoestima y un comportamiento diferencial.⁴

La percepción de la estética depende de factores tanto físicos como psicológicos, sociales y de autoevaluación. Un autoconcepto deficiente genera malestar emocional, e influye negativamente en la adaptación y la calidad de vida del individuo.⁵⁻¹⁰

La preocupación por mejorar la apariencia es lo que lleva a los pacientes a buscar un tratamiento de ortodoncia, a fin de mejorar la estética facial y el atractivo físico, logrando así la aceptación social.¹¹⁻¹⁶

Por lo tanto, las maloclusiones tienen repercusión no sólo en la oclusión y la función, sino también en las actividades psicosociales, pues alteran las emociones, la sonrisa y el contacto con la sociedad. De modo que el ortodoncista debe tener en cuenta la estética y el perfil facial para el diagnóstico y el tratamiento, en beneficio de la autopercepción y de la reducción de la ansiedad social.¹⁷⁻²³

Se han reportado mejoras después del tratamiento de ortodoncia, tanto en la salud oral como en la apariencia y la calidad de vida. Se observaron mayores autoestima y satisfacción al sonreír, lo cual también mejora las interacciones sociales.²⁴⁻²⁸

Diversos estudios mencionan que el perfil que se prefiere o que resulta más atractivo es el recto o de clase I, y que los perfiles retrognático o de clase II y con prognatismo o de clase III tienen un impacto negativo, pues son considerados como menos atractivos.²⁹⁻³²

Las personas que son consideradas más atractivas tienen una vida social más activa. Por el contrario, cuando una persona no está satisfecha con su apariencia, suele ser más tímida, de autoestima baja, y tener poca confianza para relacionarse, además de ser víctima de la discriminación.³³⁻³⁹

El objetivo de este estudio es determinar el impacto que tienen los diferentes perfiles faciales y analizar si éstos contribuyen a calificar a una persona de agradable, positiva, negativa, simpática, exitosa, alegre o amargada.

Materiales y métodos

El protocolo de este trabajo fue previamente revisado y aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Científica de la Asociación Odontológica Argentina.

Para la investigación se escogieron cuatro grupos de estudiantes al azar de la Licenciatura de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit. A cada alumno se le entregó una serie de encuestas para cali-

ficar los cinco perfiles por evaluar. Para tal fin se empleó la escala de Likert con valores preestablecidos de 0, 25, 50, 75 y 100 para cada uno de los aspectos, pudiéndose utilizar otros valores, siempre y cuando estuvieran entre 0 y 100.

Se tomó una fotografía a una paciente con perfil de clase I, quien firmó el consentimiento para colaborar con la investigación. La imagen fue modificada con el programa Nemotec Dental para obtener los correspondientes perfiles de clase II y clase III a diferentes grados. Se llevó cada imagen a una saturación del 100% hasta quedar en negro (fig. 1), a fin de evitar que otras características faciales pudieran influir en la evaluación.

Para evitar confusiones y comparaciones entre las imágenes, cada una fue proyectada de manera individual. La evaluación consistió en calificar a la persona de alegre, amargada, exitosa, simpática, agradable, positiva o negativa.

Los resultados fueron volcados en tablas con el programa Excel (Microsoft) y analizados mediante la prueba de ANOVA.

Resultados

El 70% de los encuestados eran mujeres, y el 30% restante, hombres. Las edades, de 17 a 30 años.

El perfil de clase II severo fue considerado el más alegre, seguido del perfil de clase II. El perfil clase I tuvo una media de 2,74, asociándose con personas amargadas. Los perfiles de clase III fueron relacionados a personas amargadas. El perfil de clase III severa obtuvo valores menores a 6,13, en comparación con el perfil de clase III. La estadística descriptiva puede consultarse en la tabla 1. Al comparar los valores obtenidos para cada uno de los perfiles, se encontró que existen diferencias significativas (tabla 2).

El perfil de clase I fue calificado como el más exitoso, seguido del perfil de clase II y del de clase II severo; el perfil de clase III fue considerado el penúltimo con éxito, y el perfil de clase III severo presentó el menor valor. La estadística descriptiva se detalla en la tabla 3. La comparación de la media de los valores asignados a los perfiles mediante la prueba de ANOVA arrojó diferencias estadísticamente significativas (tabla 2).

Al evaluar cuál de los perfiles era el más simpático, se encontraron diferencias estadísticamente significativas de $p < 0,0001$ entre los cinco grupos (tabla 2). Los perfiles de clase II y de clase I obtuvieron las mejores calificaciones; el perfil de clase III fue el penúltimo, y el menos simpático fue el perfil de clase III severo. La estadística descriptiva puede consultarse en la tabla 4.

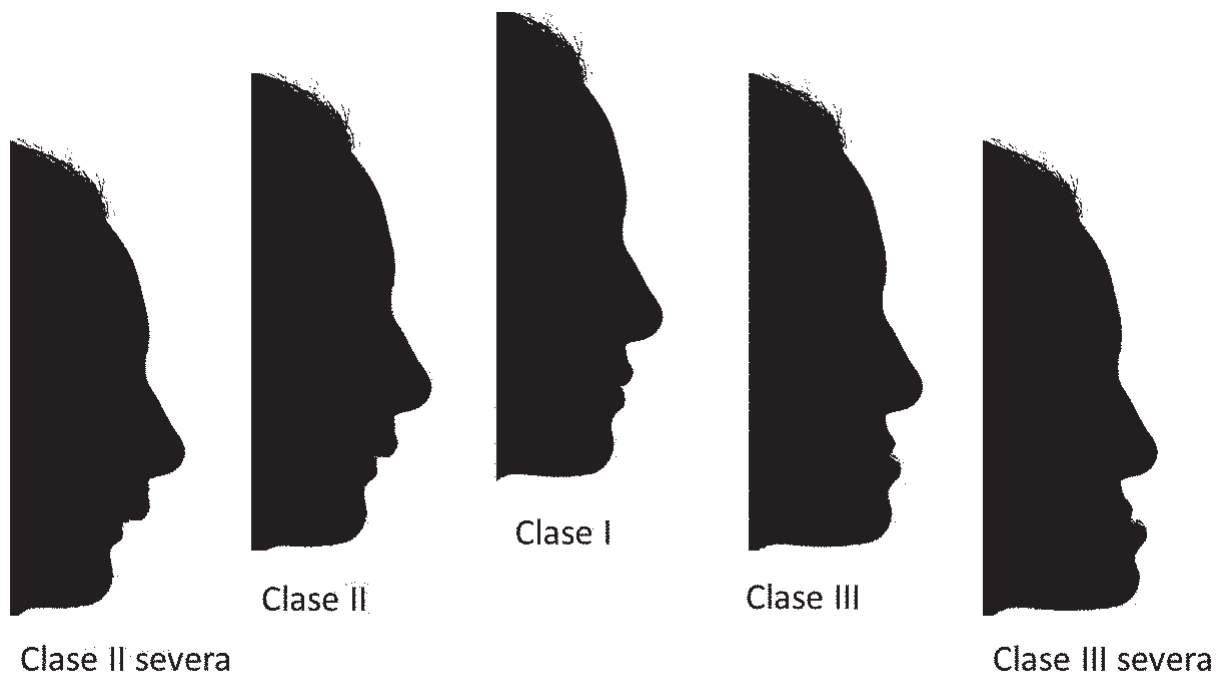


Figura 1. Perfiles faciales.

De los cinco perfiles, el de clase III y el de clase III severo fueron considerados los menos agradables. El perfil de clase II fue calificado como el más agradable, seguido por el perfil de clase I. La estadística descriptiva se detalla en la tabla 5. Al evaluar los cinco grupos mediante la prueba de ANOVA, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 2).

Cuando se evaluó si los perfiles estaban asociados a actitudes negativas o positivas, el perfil de clase II severo fue considerado el más positivo, seguido del perfil de clase II y del de clase I. Los perfiles de clase III fueron relacionados con personas negativas. El perfil de clase III presentó valores de 38,43, y el perfil de clase III severo fue más negativo. La estadística descriptiva correspondiente puede consultarse en la tabla 6. Al comparar los valores obtenidos para cada

uno de los perfiles, se encontraron diferencias significativas (tabla 2).

Discusión

Se sugiere que el aspecto facial constituye una guía para la interpretación de las características acerca de una persona. Un paciente con maloclusión se ve afectado tanto por su autopercepción como por las reacciones de otras personas, por lo cual las consecuencias de su aspecto no son sólo físicas, sino también psicosociales.^{1,40,41}

Solís menciona que existe una asociación demostrable entre las maloclusiones y el impacto psicosocial que éstas generan.⁴²

En nuestro estudio, el perfil de clase II severo fue evaluado como el más alegre; el perfil de clase III se-

Tabla 1. Estadística descriptiva: amargada / alegre.

	Promedio	Desviación estándar	Máximo	Mínimo	Rango
Perfil de clase I	47,26	22,43	100	0	100
Perfil de clase II	57,39	22,53	100	0	100
Perfil de clase II severa	60,68	25,22	100	0	100
Perfil de clase III	33,67	25,59	100	0	100
Perfil de clase III severa	27,54	24,41	100	0	100

Tabla 2. Prueba de ANOVA entre los perfiles por pregunta.

	F	p<
Amargada / alegre	51,35	0,0001
Exitosa	25,93	0,0001
Simpática	36,52	0,0001
Agradable	34,04	0,0001
Negativa / positiva	38,992	0,0001

vera, como el más amargado; el de clase I, como el más exitoso; el de clase III severo, como el menos exitoso; los de clase II y clase II severo, como los más simpáticos; el de clase III severo, como el menos simpático; el de clase II, como el más agradable; los de clase III, como los menos agradables; el de clase II severa, como el más positivo; y el de clase III severa, como el más negativo.

Mugonzibwa *et al.* sostienen que los dientes bien alineados reflejan un estado positivo en todos los

Tabla 3. Estadística descriptiva: exitosa.

	Promedio	Desviación estándar	Máximo	Mínimo	Rango
Perfil de clase I	60,38	19,9	100	0	100
Perfil de clase II	53,29	20,86	100	0	100
Perfil de clase II severa	45,04	20,60	100	0	100
Perfil de clase III	42,05	21,20	100	0	100
Perfil de clase III severa	38,66	22,12	100	0	100

Tabla 4. Estadística descriptiva: simpática.

	Promedio	Desviación estándar	Máximo	Mínimo	Rango
Perfil de clase I	49,48	24,68	100	0	100
Perfil de clase II	55,85	24,91	100	0	100
Perfil de clase II severa	54,44	26,48	100	0	100
Perfil de clase III	38,99	25,67	100	0	100
Perfil de clase III severa	26,78	20,32	100	0	100

Tabla 5. Estadística descriptiva: agradable.

	Promedio	Desviación estándar	Máximo	Mínimo	Rango
Perfil de clase I	52,22	23,06	100	0	100
Perfil de clase II	53,59	24,78	100	0	100
Perfil de clase II severa	49,87	26,36	100	0	100
Perfil de clase III	36,62	23,03	100	0	100
Perfil de clase III severa	27,41	22,20	100	0	100

Tabla 6. Estadística descriptiva: negativa y positiva.

	Promedio	Desviación estándar	Máximo	Mínimo	Rango
Perfil de clase I	54,74	23,09	100	0	100
Perfil de clase II	57,86	22,57	100	0	100
Perfil de clase II severa	59	26,87	100	0	100
Perfil de clase III	38,43	27,64	100	0	100
Perfil de clase III severa	28,83	24,07	100	0	100

niveles sociales, mientras que las irregularidades o los dientes que sobresalen representan un estatus negativo. Según Laing, las personas consideradas más atractivas son relacionadas con un comportamiento social más positivo.^{43,44}

Almeida reportó que el perfil de clase I tiene mejor aceptación, y los evaluadores mostraron preferencia por dicho perfil; mientras que los perfiles de clase III fueron rechazados.⁴⁵ En el presente estudio, coincidimos con los resultados de Almeida, ya que el perfil de clase III fue calificado como el más amargado, el menos agradable y el menos simpático, características asociadas a una persona negativa.

Ivtzan investigó la relación entre el atractivo físico y el nivel de autoactualización. Obtuvo un resultado positivo y concluyó que factores como la autoestima, la confianza y las habilidades sociales son mayores en las personas más atractivas, que tienden a ser más exitosas.⁴⁶

Calderón sostiene que el perfil de clase III es la alteración que presenta el mayor impacto negativo en la percepción de las habilidades.⁴⁷ Por su parte, Mathes y Kahn mantienen que las mujeres que se consideran a sí mismas como más atractivas son más felices, mentalmente más saludables y están orgullosas de sí mismas.⁴⁸

Kanazawa menciona que el atractivo físico es una característica que afecta la percepción de los demás, y que las personas más atractivas son vistas como más inteligentes y más competentes en general, con un estatus mayor que las personas no atractivas.⁴⁹

Dermer y Thiel indican que de las mujeres consideradas más atractivas se espera que sean más sociables, más exitosas profesionalmente y más felices que las mujeres que no son atractivas.⁵⁰

Conclusiones

De acuerdo a los datos obtenidos en el presente estudio, se puede concluir que el perfil facial tiene un gran impacto en la percepción de la personalidad, y que existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles evaluados y los diferentes aspectos por calificar.

En relación con esto, es importante realizar una evaluación sobre el perfil facial del paciente antes de iniciar un tratamiento de ortodoncia, ya que de este modo se podrá proporcionar una mejor estética facial, lo cual repercutirá positivamente en la calidad de vida del paciente y en sus interacciones sociales.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

1. Newton J, Prabhu N, Robinson P. El impacto del aspecto dental en la apreciación de las características personales. *Int J Prosthodont* 2003;16:429.
2. Perillo L, Esposito M, Caprioglio A, Attanasio S, Chiara A, Carotenuto M. Orthodontic treatment need for adolescents in the Campania region: the malocclusion impact on self-concept. *Patient Prefer Adherence* 2014;8:353-9.
3. Meyer-Marcotty P, Alpers GW, Gerdes AB, Stellsig-Eisenhauer A. Impact of facial asymmetry in visual perception: a 3-dimensional data analysis. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2012;137:168.e1-8.
4. Langlois JH, Kalakanis L, Rubenstein AJ, Larson A, Hallam M, Smoot M. Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin* 2000;126:390-423.
5. Yin L, Jiang M, Chen W, Smales R, Wang Q, Tang L. Differences in facial profile and dental esthetic perceptions between young adults and orthodontists. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2014;145:750.
6. Gutiérrez Y, Expósito I, Jiménez I, Estrada V, Martín L. Presencia de maloclusiones en adolescentes y su relación con determinados factores psicosociales. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 2008;12:3-6.
7. Proffit W, Fields H, Sarver D. *Ortodóncica contemporánea*. 4ª ed. Madrid, Elsevier, 2008, p. 16.
8. Klages U, Bruckner A, Guld Y, Zentner A. Dental esthetics, orthodontic treatment, and oral health attitudes in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004;128:442.
9. Puentes N. Necesidad de tratamiento ortodóncico e impacto psicosocial de la estética dental en los adolescentes de la comunidad valenciana. Universidad de Valencia, 2013, pp. 162-4, 167, 172, 177.
10. Agou S, Locker D, Streiner D, Tompson B. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134:487-8.
11. Ordobazari M, Ameli N, Salehi M, Ordobazari A. Facial profile attractiveness outcome in sagittal and vertical dimensions, using computerized prediction. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic* 2012;12:315-23.
12. Prabakaran R, Seymour S, Moles DR, Cunningham SJ. Motivation for orthodontic treatment investigated with Q-methodology: Patients' and parents' perspectives. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2012;142:213-20.
13. Asuman H. Patients' and parents' expectations from early treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;129:50-4.
14. Reichmuth M, Greene KA, Orsini G, Cisneros GJ, King GJ, Asuman H. Occlusal perceptions of children seeking orthodontic treatment: Impact of ethnicity and socioeconomic status. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;128:575-82.
15. Soh J, Tak M, Huak Y. Perceptions of dental esthetics of Asian orthodontists and laypersons. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130:170-6.
16. Hönn M, Dietz K, Godt A, Göz G. Perceived relative attractiveness of facial profile with varying degrees of skeletal anomalies. *J Orofac Orthop* 2005;66:187-96.

17. Scapini A, Feldens CA, Machado T, Floriani P. Malocclusion impacts adolescents' oral health-related quality of life. *Angle Orthod* 2013;83:512-8.
18. Liu Z, McGrath C, Hägg U. The impact of malocclusion/orthodontic treatment need on the quality of life. *Angle Orthod* 2009;79:585-91.
19. Feu D, Oliveira B, Celeste RK, Miguel JA. Influence of orthodontic treatment on adolescents' self-perceptions of esthetics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2012;141:743-50.
20. Scott CR, Goonewardene MS, Murray K. Influence of lips on the perception of malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130:152-62.
21. Isiksal E, Hazar S, Akyalcin S. Smile esthetics: perception and comparison of treated and untreated smiles. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;129:8-16.
22. Bernabé E, Flores-Mir C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of oral impacts on daily performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12 year-old children. *BMC Oral Health* [en línea]. 2007 [citado 1 de febrero de 2016]. Disponible en: www.biomedcentral.com/1472-6831/7/6
23. Marques L, Ramos-Jorge M, Paiva S, Pordeus I. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;129:424-7.
24. Taylor K, Kiyak A, Huang G, Greenlee G, Jolley C, King G. Effects of malocclusion and its treatment on the quality of life of adolescents. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009;136:382-92.
25. Jung M. Evaluation of the effects of malocclusion and orthodontic treatment on self-esteem in an adolescent population. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;138:160-5.
26. González R, Cruz S, Suverza S. Corrección de una maloclusión clase III con ortodoncia prequirúrgica y osteotomía oblicua de la rama. Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Ortodoncia* 2014;2:122-3.
27. Agou S, Locker D, Muirhead V, Tompson B, Streiner D. Does psychological well-being influence oral-health-related quality of life reports in children receiving orthodontic treatment? *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2011;139:69.
28. Palomares N, Keller R, Oliveira B, Miguel J. How does orthodontic treatment affect young adults' oral health-related quality of life? *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2012;141:757.
29. Maple J, Vig K, Beck F, Larsen P, Shanker S. A comparison of providers' and consumers' perceptions of facial-profile attractiveness. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;128:69-3.
30. Soh J, Chew M, Wong H. A comparative assessment of the perception of Chinese facial profile esthetics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;127:692-9.
31. Koenig R, Lavado A, Aguado J, Altamirano M, Gallardo G, Ramos E. Percepción estética de los perfiles faciales en adultos en los diferentes estratos socioeconómicos de la ciudad de Lima. *Kiru* 2011;8:37-8,43-4.
32. Cala L, Spalj S, Slaj M, Varga M, Slaj M. Facial profile preferences: differences in the perception of children with and without orthodontic history. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;138:447-9.
33. Samsonyanová L, Broukal Z. A systematic review of individual motivational factors in orthodontic treatment: facial attractiveness as the main motivational factor in orthodontic treatment. *International Journal of Dentistry* 2014;2014:1-4.
34. Aguirre V. Alteraciones de la autoestima provocadas por diferentes factores que influyen en la estética dentofacial y su incidencia en los estudiantes de primero, segundo y tercero del bachillerato de los colegios 'Manuel Cabrera Lozano' y 'La Salle', en el período abril-septiembre 2011". Tesis previa a optar por el título de odontología. Universidad Nacional de Loja, Ecuador. 2011;52:68-9.
35. Henson S, Lindauer S, Gardner W, Shroff B, Tufekci E, Best A. Influence of dental esthetics on social perceptions of adolescents judged by peers. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2011;140:389-95.
36. Mafla A, Luna E, Sánchez N, Barrera D, Muñoz G. Dental aesthetics and self-esteem in adolescents. *Colomb Med* 2011;42:483.
37. Cartes R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. *Int J Odontostomat* 2012;4:65-9.
38. Olsen JA, Rohr M. Maloclusiones and perceptions of attractiveness, intelligence, personality, and behavioral intentions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2011;140:669-79.
39. Al-Bitar Z, Aj-Omari I, Sonbol H, Al-Ahmad H, Cunningham S. Bullying among Jordanian schoolchildren, its effects on school performance, and the contribution of general physical and dentofacial features. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2013;144:876.
40. Pinho S, Ciriaco C, Faber J, Lenza M. Impact of dental asymmetries on the perception of smile esthetics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;132:748.
41. Cesarino M, Almeida T, Melo de Brito E, Castro C, Flávia A, Martins S. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014. Disponible en: www.hqlo.com/content/12/1/55
42. Solís C, Catriñ R, Parra F, Quemener J. Impacto psicosocial asociado a presencia de maloclusiones en estudiantes de primero a cuarto medio de los colegios Marina de Chile y Santa Luisa, Concepción, 2014. Informe Internado Asistencial CESFAM Lorenzo Arenas. Universidad de Concepción, Chile. 2014:28.
43. Mugonzibwa EA, Kuijpers-Jagtman AM, Van MA, Kikwilu EN. Perceptions of dental attractiveness and orthodontic treatment need among Tanzanian children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004;125:426-34.
44. Laing E, Cunningham S, Jones S, Moles D, Gill D. Psychosocial impact of hypodontia in children. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010;137:35-41.
45. Almeida MD, Rodrigues AC, Vieira MA. Influence of mandibular sagittal position on facial esthetics. *Dental Press J Orthod* 2010;15:87-96.
46. Ivtzan I, Sun H. The beauty of self-actualisation: linking physical attractiveness and self-fulfilment. *Europe's Journal of Psychology* [en línea]. 2008 [citado 1 de febrero de 2016]. Disponible en: ejop.psychopen.eu/article/view/439/html
47. Calderón G. Influencia de seis maloclusiones en la percepción de inteligencia, atractivo físico y habilidades in-

- terpersonales. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Odontóloga. Universidad San Francisco de Quito, 2013, pp. 2-3, 5, 10-1, 15-6, 20, 22-3.
48. Mathes EW, Kahn A. Physical attractiveness, happiness, neuroticism and self-esteem. *The Journal of Psychology* 1975;90:27-30.
49. Kanazawa S, Kovar JL. Why beautiful people are more intelligent. *Intelligence* 2004;32:227-43.
50. Dermer M, Thiel D. When Beauty May Fail. *Journal of personality and social psychology* 1975;31:1168-76.

Contacto:**LOURDES FEREGRINO-VEJAR***lalur_5@hotmail.com*

Morelos #1345 (63060)

Tepic, Nayarit, México

Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones
publicado en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y
Odontopediatria



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT

**A QUIEN CORRESPONDA
P R E S E N T E**

Con base en el Sistema de Registro Único de Artículos Publicados en esta Secretaría a mi cargo, hago **CONSTAR** que se tiene evidencia del artículo publicado en la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría ISSN: B17-5823, año 2016 y cuyo título es:

“COMPARACIÓN DEL TRUENO HIOIDEO EN DIFERENTES MALOCCLUSIONES”

Los autores de dicha publicación son: **Feregrino Vejar Lourdes, Castillo Carmona Ingrid y Gutiérrez Rojo Jaime Fabián** del Área Ciencias Salud y el número de registro asignado de esta Secretaría es **PUB1609**.

Se extiende la presente a solicitud del interesado en la Ciudad de Tepic, Nayarit el día Viernes, 15 de Abril de 2016, para los fines y usos que al interesado convenga.

**ATENTAMENTE
“POR LO NUESTRO A LO UNIVERSAL”**


DR. RUBÉN BUGARÍN MONTOYA
SECRETARIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NAYARIT



SECRETARIA DE
INVESTIGACION Y
POSGRADO

Edificio CEMIC - 2
Ciudad de la Cultura S/N. Col. Centro
C.P. 63000, Tepic, Nayarit

Tel. 211-88-00 Ext. 8951
E-mail: investigacionyposgraduauan@hotmail.com

UAN
Secretaría de
Investigación y Posgrado



ORTODONCIA.WS

REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRIA



Publicación indizada en LATINDEX, DOAJ.

Sistema regional para información en línea para revistas científicas de América Latina, España y Portugal

Caracas, 30/03/2016

O.WS 03/16

Ciudadano(s)

Feregrino-Vejar Lourdes; Castillo-Carmona Ingrid; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián

A los fines de su consideración hacemos de su conocimiento que el trabajo titulado:

"Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones"

Ha sido revisado por la comisión de arbitraje habiéndolo aceptado para su publicación.

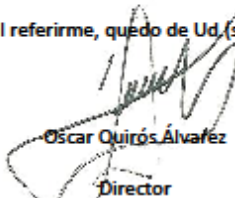
El mismo será publicado a finales del mes de abril de 2016, para efectos de referencia bibliográfica ha de ser citado de la siguiente manera:

"Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones"

Feregrino-Vejar L.; Castillo-Carmona I.; Gutiérrez-Rojo J.

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Marzo 2016. Obtenible en: www.ortodoncia.ws

Sin otro particular al cual referirme, quedo de Ud.(s).
Atentamente,


Oscar Quiros Álvarez
Director

Caracas, México. La Paz, Buenos Aires, Quito



Iniciar sesión
Regístrate



Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones

Feregrino-Vejar Lourdes; Castillo-Carmona Ingrid; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián

Se necesita un plugin para mostrar este contenido.



El impacto de la obesidad en la maduración ósea y la ortodoncia: Revisión Bibliográfica

Verónica Vaca de Dios; Mónica Covarrubias Güitrón; Ana Zamora Pérez

[LEER ARTÍCULO]



Distalización con el péndulo, alternativa de tratamiento en maloclusión clase II, reporte de caso

Karina Riera Herrera; Beatriz Gurrola Martínez; Adán Casasa Araujo

[LEER ARTÍCULO]



Camuflaje en paciente clase III hiperdivergente

Valeria Michelle Anaya Aguilar; Beatriz Gurrola Martínez; Adán Casasa A.

[LEER ARTÍCULO]

Grupo de Dient
Incisivos laterales y centr
Segmento posterior
Segmento posterior Iv

Efectividad del análisis de Moyers en una población de Jalisco, México

Gutiérrez-Rojo María Fernanda; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián; Gutiérrez-Villaseñor Jaime; Rojas-García Alma Rosa

[LEER ARTÍCULO]



Maloclusión principal motivo de consulta, su frecuencia y distribución en pacientes que asisten a la Clínica de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Estomatología de la UASLP en México

Margarita Ponce Palomares; Jaime Francisco Nava Calvillo; Jaime Salvador Gonzalez Quintero

[LEER ARTÍCULO]



Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones

Feregrino-Vejar Lourdes; Castillo-Carmona Ingrid; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián

[LEER ARTÍCULO]



¿Tienes un familiar con Cáncer y no sabes cómo ayudarlo?
Ingresa



Se necesita un plugin para mostrar este contenido.



Seleccionar idioma ▼

Seleccionar idioma ▼

 Recomendar

 Me gusta

93



Inicia
Reg

ARTÍCULOS PUBLICADOS

HOME >

AÑO 2016

- 1. El impacto de la obesidad en la maduración ósea y la ortodoncia: Revisión Bibliográfica**
Verónica Vaca de Dios; Mónica Covarrubias Güitrón; Ana Zamora Pérez
Publicado: 29 de marzo de 2016
- 2. Distalización con el péndulo, alternativa de tratamiento en maloclusión clase II, reporte de caso**
Karina Riera Herrera; Beatriz Gurrola Martínez; Adán Casasa Araujo
Publicado: 29 de marzo de 2016
- 3. Camuflaje en paciente clase III hiperdivergente**
Valeria Michelle Anaya Aguilar; Beatriz Gurrola Martínez; Adan Casasa A.
Publicado: 29 de marzo de 2016
- 4. Efectividad del análisis de Moyers en una población de Jalisco, México**
Gutiérrez-Rojo María Fernanda; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián; Gutiérrez-Villaseñor Jaime; Rojas-García Alma Rosa
Publicado: 29 de marzo de 2016
- 5. Maloclusion principal motivo de consulta, su frecuencia y distribucion en pacientes que asisten a la Clínica de Estomatología Pediátrica de la Facultad de Estomatologia de la UASLP en México**
Margarita Ponce Palomares; Jaime Francisco Nava Calvillo; Jaime Salvador Gonzalez Quintero
Publicado: 27 de marzo de 2016
- 6. Intrusión dental en Ortodoncia**
Castillo-Carmona Ingrid Guadalupe; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián
Publicado: 27 de marzo de 2016
- 7. Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones**
Feregrino-Vejar Lourdes; Castillo-Carmona Ingrid; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián
Publicado: 27 de marzo de 2016
- 8. Determinación de estándares Cefalométricos de las diferentes etnias de Ecuador**
Marcelo Cazar Almache; Piña Cortés Victor Alejandro; Manuel Estuardo Bravo Calderón; José Ernesto Miranda Villasana
Publicado: 9 de enero de 2016
- 9. Reabsorción Radicular causada por tratamiento de ortodoncia: revisión de la literatura**
Chumi Terán R., Burgos Torres J., Barros Mora J.
Publicado: 9 de enero de 2016
- 10. Estudio comparativo de prevalencia del índice cpod de los años 2010 vs 2014 por Entidad Federativa de los Estados Unidos Mexicanos en la población de 5 años**
Carlos Navarrete Valero
Publicado: 9 de enero de 2016

AYUDA AL
ONCOLÓ

¿Tienes un f
con Cár
y no sabes
ayudar
Ingre



Comparación del triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones

Feregrino-Vejar Lourdes¹; Castillo-Carmona Ingrid²; Gutiérrez-Rojo Jaime Fabián³

1. Estudiante de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit. Autor responsable, correo electrónico: lalur_5@hotmail.com
2. Estudiante de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit.
3. Docente de la Especialidad de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit.

Resumen

El hueso hioideo juega un papel importante en la masticación, fonación, deglución y la permeabilidad de la vía aérea, y en base a estos requerimientos puede sufrir diversas variaciones. Objetivo: Determinar si existen diferencias en la posición del hueso hioideo, así como en el triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones. Material y Método: se utilizó una muestra de 60 casos, para poder dividir en 3 grupos de 20 casos según la clase esquelética en I, II y III. Se utilizaron los puntos del triángulo hioideo para determinar la posición del hueso hioideo, así como el ángulo ANB para determinar la clase esquelética. Resultados: En la maloclusión de clase I, clase II y clase III se encontró en promedio que el triángulo hioideo era positivo, en la clase III presentó un valor un poco mayor a los de las otras maloclusiones. Conclusiones: No existe relación entre la posición del hueso hioideo y las diferentes maloclusiones, ya que no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el triángulo hioideo en la maloclusión clase I, II y III de Angle. En la línea H-H' se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la norma y las diferentes maloclusiones.

Palabras clave: Hioideo, maloclusión, triangulo hioideo

Abstract

The hyoid bone plays an important role in chewing, phonation, swallowing and airway permeability, and can suffer different variations depending on these requirements. Objective: To determine if there are differences in the position of the hyoid bone and the hyoid triangle in the different malocclusions. Materials and Methods: A sample of 60 cases was used to be divided into 3 groups of 20 cases as class I, II and III malocclusion. Hyoid triangle point were used to determinate the position of the hyoid bone, and ANB angle to determine the skeletal class. Results: In malocclusion class I, II and II was found on average that the hyoid triangle was positive, class III presented a slightly higher than those of other malocclusions value. Conclusions: There is no relationship between the position of the hyoid bone and the different malocclusions, as no statistically significant difference was found in the hyoid triangle of Angle's malocclusion class I, II and III. In line H-H' was found statistically significant difference between the standard and the different malocclusions.

Key words: hyoid, malocclusion, hyoid triangle

Introducción

El sistema cráneomandibular está compuesto por diversas estructuras íntimamente relacionadas y cualquier alteración en uno de sus componentes afectara a las estructuras adyacentes; como es el caso de las maloclusiones, que se refieren a cualquier desviación de la oclusión ideal, las cuales causan un desequilibrio en el sistema y una modificación en la posición de la cabeza y el cuello, ocasionando una degeneración en el sistema postural. ^{1,2,3}

Por lo cual se dice que la postura craneocervical y del hueso hioides se pueden asociar a la morfología dentofacial. El hueso hioides juega un papel importante en la masticación, fonación, deglución y la permeabilidad de la vía aérea, y en base a estos requerimientos puede sufrir diversas variaciones. ^{4,5,6,7}

Brodie menciona que la mandíbula sigue al hueso hioides y que hay movimientos coordinados entre ambos por la acción de los músculos suprahioides. Torre y Cols. observaron el desarrollo craneofacial tras la extirpación del hueso hioides, encontrando rotación posterior de la mandíbula, así como aumento en la longitud de los procesos alveolares, apertura bucal y mayor crecimiento mandibular. ^{8,9}

El hioides se ubica en la parte anterior y superior del cuello, entre la 3ra y la cuarta vértebra cervical, por debajo y atrás de la mandíbula. Es importante analizar la posición de este hueso y si existen cambios después del tratamiento de ortodoncia, para determinar si existe equilibrio de las fuerzas musculares y evaluar la actividad funcional, dando un manejo integral para obtener mejores resultados. ^{10, 11, 12}

Se ha mostrado entonces que los cambios en la posición mandibular están relacionados con los cambios en el hueso hioides. Sin embargo por sus diversas inserciones musculares y ligamentosas se dificulta la reproducibilidad en la posición del hioides. ^{13, 14, 15}

El triángulo hioideo se utiliza para determinar la posición del hueso hioides, minimizando los errores que se pueden generar por la postura de la cabeza y garantizando un análisis correcto. Este emplea planos entre la columna cervical y la sínfisis mentoniana y está formado por los puntos cefalométricos de retrognation (RGn), hyoidale (H) y la tercera vértebra cervical (C3). ^{10, 16}

El punto RGn se localiza en la parte más posterior e inferior de la sínfisis mandibular, H es el punto más anterior y superior del cuerpo del hueso hioides y C3 es el punto más anterior e inferior de la tercera vértebra cervical. ¹⁷

Teniendo como valores normales para el plano C3-RGn 67.2 ± 6.6 mm, para C3-H 31.7 ± 2.9 mm, para H-RGn 36.8 ± 5.8 mm y para H-H´ 4.8 ± 4.6 mm. 1, 18

El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias en la posición del hueso hioides, así como en el triángulo hioideo en las diferentes maloclusiones.

Material y Método

La investigación es de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal. El universo de estudio consistió en 350 radiografías laterales de cráneo de los archivos del posgrado de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Nayarit. Se calculo el tamaño de muestra con un nivel de confianza del 95%, con una proporción del 5% y un error del 5% resultando el tamaño de muestra de 61. Sin embargo se utilizo una muestra de 60 casos, para poder dividir en 3 grupos de 20 casos según la clase esquelética en I, II y III.

Se incluyeron radiografías de pacientes pretratamiento de ortodoncia que ingresaran a la clínica en el periodo 2014-2015, y se excluyeron radiografías que no fueran tomadas con el Computed Tomography X-ray System de marca Vatech, modelo PHT-6500, con una amplificación al 110% que corresponde a la relación 1:1.

Se utilizaron los puntos del triángulo hioideo (imagen1) para determinar la posición del hueso hioides, así como el ángulo ANB para determinar la clase esquelética, de acuerdo a los parámetros establecidos por Angle.

El material utilizado fue papel block calca marca Keuffel&Esser tamaño carta de 21.5cm x 28cm y de 50/55 g/m², estilógrafo con puntillas de 0.5, negatoscopio con luz neon de 40 watts y regla para trazados cefalométricos. Los datos se capturaron y tabularon en el programa Excel de Microsoft. Se calculo la estadística descriptiva, se compararon las medidas con las pruebas de ANOVA entre las maloclusiones y con una prueba de t de Student con los valores norma, para ello se utilizo el programa StatCalc versión 8.1.3.

Resultados

La estadística descriptiva se encuentra en la tabla 1. En la maloclusión de clase I, clase II y clase III se encontró en promedio que el triángulo hioideo era positivo, en la clase III presentó un valor un poco mayor a los de las otras maloclusiones. La distancia C3-RGn fue mayor en la maloclusión de clase III por 4 mm de diferencia con las otras maloclusiones, pero al compararlas mediante una prueba de ANOVA, los resultados (f 2.37) no presentaron diferencias estadísticas significativas ($p < 0.101$). No se encontraron diferencias estadísticas significativas cuando se compararon los resultados de la distancia C3-RGn de cada una de las

maloclusiones y el valor establecido de 67.2mm (tabla 2).

En la distancia de C3-H no se encontraron diferencias estadísticas (f 0.37 y $p < 0.69$) entre las maloclusiones, de igual forma al compararlas con la norma (31.7mm) no se encontraron diferencias estadísticas con ninguna de las maoclusiones (tabla 2).

La norma de la línea H-RGn es de 36.8mm, al compararla con los resultados de cada una de las maloclusiones se encontró que no existen diferencias estadísticas significativas (tabla 2). Al comparar las medidas de las maloclusiones entre ellas con una prueba de ANOVA se encontró que no existen diferencias estadísticas significativas (f 1.778 y $p < 0.178$).

En la línea para H-H´ el valor de la norma es de 4.8mm, al comparar mediante una prueba de t de Student el valor de la norma con cada una de las maloclusiones se encontró que existen diferencias estadísticas significativas en todas las maloclusiones, ya que presentan valores de menor tamaño que la norma (tabla 2). Sin embargo al comparar las medidas entre la maloclusión de clase I, clase II y clase III no se encontraron diferencias estadísticas significativas (f 0.328 y $p < 0.721$).

Tabla 1
Estadística descriptiva del triángulo hioideo

Maloclusión	Medida	Media	D.S.	Máximo	Mínimo
Clase I	C3-RGn	65.97	6.06	74	55
	C3-H	31.67	3.64	40	24
	H-Rgn	34.92	6.2	23	49
	H-H´	3.125	3	13	-7
Clase II	C3-RGn	65	6.37	77	54
	C3-H	32.05	3.1	38	25
	H-Rgn	35	5.73	42	24
	H-H´	2.5	2.39	8	0
Clase III	C3-RGn	69.45	7.8	91	54
	C3-H	31	4.76	42	24
	H-Rgn	37.85	4.77	49	26
	H-H´	2.62	2.25	9	0

Tabla 2
Resultados de las pruebas de T de Student entre los valores norma del triángulo hioideo

Maloclusión	Medida	t	p<
Clase I	C3-RGn	-0.9077	0.37
	C3-H	-0.036	0.9710
	H-RGn	-1.3561	0.191
	H-H'	-2.50	0.021
Clase II	C3-RGn	-1.54	0.139
	C3-H	0.504	0.619
	H-RGn	-1.40	0.176
	H-H'	-4.30	0.000
Clase III	C3-RGn	1.29	0.2125
	C3-H	-0.66	0.513
	H-RGn	0.98	0.337
	H-H'	-4.33	0.0004

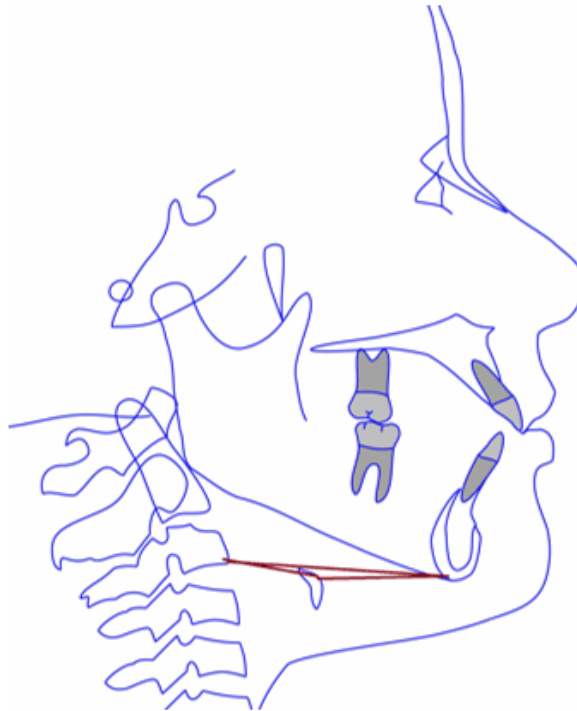


Imagen 1 - Triángulo Hioideo

Discusión

Debido a que se ha probado que las alteraciones del sistema orofacial afectan la estática y dinámica de las funciones del cuerpo, las funciones vitales como la respiración y la deglución se ven afectadas en las diferentes maloclusiones afectando la morfología de las estructuras. El hueso hioides y la mandíbula generan un movimiento coordinado, con lo cual se estudió si la posición del hueso hioides se ve afectada en las clases esqueléticas I, II y III. ^{1, 19, 20}

Aldana y colaboradores reportaron una asociación positiva entre el triángulo hioideo y la clase II esquelética, encontrando que mientras mayor es la distancia del triángulo hioideo había más asociación con la clase II. García y cols indica que los sujetos con clase II son quienes presentan mayor anormalidad en el triángulo hioideo. Sin embargo en los resultados de este estudio no se encontraron irregularidades según el tipo de maloclusión. ^{21, 22}

Mariel y cols no encontraron relación entre las clases esqueléticas y la posición del hioides. Gil menciona que no existe diferencia significativa, y Henríquez no reporta diferencias en la posición u orientación del hueso hioides respecto al tipo de relación esquelética. Lo cual concuerda con el presente estudio en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la posición del hueso hioides en las diferentes maloclusiones. ^{11, 23, 24}

Al comparar los resultados de la norma con los obtenidos en las diferentes clases esqueléticas estudiadas se encontró, que en el plano C3-RGn la maloclusión clase I y II presentaron valores menores a la norma, siendo de 65.97mm y 65 mm respectivamente, sin embargo en la maloclusión clase III fue de 69.45 mm, la cual fue mayor en comparación con las demás clases esqueléticas y la norma de 67.2mm. Delgado menciona que en la maloclusión clase III, el triángulo hioideo tiene una posición más inferior y anterior, teniendo una distancia mayor en el punto H-RGn, pudiendo ser por el sobrecrecimiento mandibular. ²⁵

En el plano H-H´ se encontraron valores menores a la norma, lo cual indica que el hioides se encuentra en una posición más elevada, sin embargo se encuentra dentro de los valores normales. De igual forma Henríquez y cols., así como Matheus y cols. encontraron que el hueso hioides se encuentra con más frecuencia en una posición normal. Al contrario de García quien encontró una posición elevada del hueso hioides. ^{22, 26, 27}

Cabe resaltar que los valores encontrados en las diferentes clases esqueléticas en todos los planos que forman el triángulo hioideo se encuentran dentro del rango de la desviación estándar de la norma, por lo cual no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones

Con lo anterior se puede concluir que no existe relación entre la posición del hueso hioides y las diferentes maloclusiones, ya que no se encontró diferencia estadísticamente significativa en

el triángulo hioideo en la maloclusión clase I, II y III de Angle. Sin embargo la distancia de C3-RGn fue 4 mm mayor en la maloclusión clase III en comparación con las demás maloclusiones, sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa.

En la línea H-H´se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la norma y las diferentes maloclusiones, presentando medidas de menor tamaño, sin embargo no se encontró diferencia significativa entre las maloclusiones.

Referencias Bibliográficas:

1. Olmos L, Burak Y. Alteraciones hioideas y cervicales que repercuten en la posición de la cabeza en pacientes con microsomnia hemifacial. *Revista ADM*. 2000; LVII (1): 5-11.
2. Di Santi J, Vázquez VB. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Rev Lat Ortod Odontop* [online]. 2005 [citado el 24/10/2015]: 15-9. Encontrado en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art8.asp>
3. Arana J. Imagen radiográfica del hioides, oclusión y postura. 2008; XXV (124): 135-40.
4. An JS, Jeon DM, Jung WS, Yang IH, Lim WH, Ahn SJ. Influence of temporomandibular joint disc displacement on craneocervical posture and hyoid bone position. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2015; 147(1): 72-9.
5. Zheng L, Jahn J, Vasavada A. Sagittal plane kinematics of the adult hyoid bone. *Journal of Biomechanics*. 2012; 45 (2012): 531-6.
6. Valenzuela SP. Posición anteroposterior del hueso hioides en los biotipos faciales. Tesis para optar por el título de cirujano dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2008: 8-15, 74-6.
7. Graber LW. Hyoid changes following orthopedic treatment of mandibular prognathism. *The Angle Orthodontist*. 1978; 48 (1): 33-8.
8. Collado S. Estudio morfométrico de la articulación temporomandibular en radiología. *Rev Fisioter (Guadalupe)*. 2007; 6 (1): 5-12.
9. Torre H, Menchaca P, Flores V, Mercado R. Implicaciones en el crecimiento y desarrollo cráneo-facial por ausencia del hueso hioides. *Ciencia UANL*. 2004; VII (1): 60-5.
10. Bibby RE, Preston CB. The hyoid triangle. *Am J Orthod Orthop*. 1981; 80 (1):92-7.
11. Gil LI. Evaluación cefalométrica de la posición cráneo cervical en pacientes con patrón esquelético clase I, II y III. Tesis para optar por el título profesional de cirujano dentista. Lima. 2013: 7-10, 42-44, 89-96.
12. Goldaracena P, Zermeño J, Mariel J, Hernández Y. El crecimiento y desarrollo, soportados y consecuencia de la interacción de la columna cervical, oclusión y funciones orales. 2012; 13 (42): 878-83.
13. Medine A, Ebru N. Relationship between head posture and hyoid position in adult females and males. *Journal*

- of Cranio-Manxilofacial surgery. 2006; 34: 85-92.
14. Mesa TR, Alvarez O, Arias J, Aleaz JR, Bacallao J, Avila R. Evaluacion cefalometrica de la mandibula y del hueso hioides en sujetos roncodores. Revista Habanera de Ciencias Medicas [online]. 2003 [citado el 24/10/2015]. 2 (7). Encontrado en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/671>
 15. Tourne L, Schweiger J. Immediate postural responses to total nasal obstruction. Am J Orthod Orthop. 1996; 110 (6): 606-11.
 16. Canaes JA, Larrucea C, Schilling A. Análisis comparativo diagnóstico de anomalías posturales en la ortostática natural de cabeza. Memoria para optar por el título de cirujano dentista. Talca, Chile. 2005: 19
 17. Pereira MJ, Nouer DF, Bérzin F, Alves M, Romano F. Cephalometric appraisal of the hyoid triangle in brazilian people of Piracicaba's región. Brazilian Journal of Oral Sciences. 2006; 5 (17): 1001-6.
 18. Enríquez FP. Análisis de la relación entre la postura del segmento cervical y el tipo de mordida mediante estudio cefalométrico. Disertación de grado para optar por el título de Licenciada en Terapia Física. Universidad Católica del Ecuador. Quito. 2015: 22, 28, 62.
 19. Deljo E, Filipovic M, Babacic R, Brabus J. Correlation analysis of the hyoid bone position in relation to the cranial base, mandibule and cervical part of the vertebra with particular reference to bimaxillary relations/ Teleroentgenogram analysis. Acta Inform Med. 2012; 20 (1): 25-31.
 20. Khanna R, Tikku T, Sharma VP. Position and orientation of hyoid bone in class II división 1 subjects: A cephalometric study. J Ind Orthod Soc. 2011; 45 (4): 212-8.
 21. Aldana PA, Báez RJ, Sandoval CC, Vergara NC, Cauvi LD, Fernández A. Asociación entre maloclusiones y posición de la cabeza y cuello. Int. J. Odontostomat. 2011; 5(2):119-125.
 22. García N, Sanhueza A, Cantín M, Fuentes R. Evaluation of cervical posture of adolescent subjects in skeletal class I, II and III. Int. J. Morphol. 2012: 30 (2): 405-10.
 23. Henríquez J, Sandoval P, Fuentes R. Anatomía radiológica del hueso hioides. Revista chilena de anatomía [online]. 2000; 18 (1). Encontrado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-9868200000100016&script=sci_arttext&tIng=en
 24. Mariel CJ, Flores FJ, Gutiérrez CF, Mariel CG, Sánchez MW, Guerrero BA. Estudio morfométrico de la posición cráneo-cervical en pacientes con clases esqueléticas II y III. Int. J. Morphol., 33(2):415-419, 2015.
 25. Delgado DJ. Comparación de la posición del hueso hioides en radiografías de sujetos de 8 a 35 años de edad con diferentes clases esqueléticas. Tesis para optar por el título profesional de cirujano dentista. Trujillo. 2014: 7-10, 29-32.
 26. Henríquez J, Fuentes R, Sandoval P, Muñoz A. Análisis de la estabilidad ortostática cráneo-cervical en adultos jóvenes mapuches. Int. J. Morphol [online]. 2003; 21 (2). Encontrado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022003000200009
 27. Matheus RA, Ramos-Perez FM, Vieira A, Bovi GM, Haiter-Neto F, Bóscolo FN, Almeida SM. The relationship

between temporomandibular dysfunction and head and cervical posture. J. Appl. Oral Sci. [online]. 2009; 17 (3). Encontrado en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-77572009000300014&script=sci_arttext