

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

REVISIÓN LITERARIA E IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO – REPORTE DE CASO

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: CARLOS ALBERTO SANCHEZ CHUYES

Asesor: MG. LOPEZ GONZALES CHIRSTIAN WILLY

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación de la Escuela profesional: Investigación Clínica
y Patológica

Lugar o Institución De Investigación: HUANCAYO – PERÚ 2023

DEDICATORIA

Dedico con todo mi corazón este trabajo a mi esposa y mi madre por su amor, y oración diaria y constante a lo largo de mi vida y guiarme por el camino del bien en ofrenda a su paciencia y amor dedico este trabajo a ellas,

AGRADECIMIENTO

A DIOS por la voluntad y sabiduría que me concede y ser mi guía siempre.

A mi familia por ser el apoyo y motivación más grande durante mi educación universitaria.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

REVISIÓN LITERARIA E IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO - REPORTE DE CASO

Cuyo autor (es) : SANCHEZ CHUYES CARLOS ALBERTO
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : ODONTOLOGÍA
Asesor (a) : MG. LOPEZ GONZALES CHIRSTIAN WILLY

Que fue presentado con fecha: 11/05/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 11/05/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 27%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 15 de mayo de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud


Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 185 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	3
CONTENIDO.....	
RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2.2. OBJETIVOS.....	10
2.3. MARCO TEÓRICO.....	11
2.3.1. Antecedentes.....	11
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos.....	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA.....	18
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL.....	
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL.....	19
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO.....	

CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	25
--------------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN.....	26
----------------	----

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES.....	27
-------------------	----

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES	28
-----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
----------------------------------	--

RESUMEN

El análisis cefalométrico es un examen complementario muy importante para el diagnóstico, tratamiento en la ortodoncia, este trazado manual se inicia en el siglo XVI, sin embargo; en los últimos años, la ciencia y la tecnología en el campo odontológico de la ortodoncia a mejorado ya que los pacientes buscan mejorar su aspecto físico, es por lo que se busca determinar la diferencia de trazos cefalométricos de Steiner y Ricketts, (1)

Es por ello que el caso clínico presentado muestra a una paciente de 24 años que viene a la consulta por motivos que desea mejorar su aspecto, así mismo menciona que tiene dolor en la mandíbula al masticar sus alimentos, se le evaluó realizando su historia clínica y a la vez se le sacaron radiografías panorámicas y cefalométricas que permitan tener un buen diagnóstico y conocer que biotipo facial presentaba.

Palabra clave: análisis cefalométrico, ricketts, Steiner

ABSTRACT

Cephalometric analysis is a very important complementary examination for diagnosis and treatment in orthodontics. This manual tracing began in the 16th century, however; In recent years, science and technology in the dental field of orthodontics has improved as patients seek to improve their physical appearance, which is why we seek to determine the difference in Steiner and Ricketts cephalometric strokes, (1)

That is why the clinical case presented shows a 24-year-old patient who comes to the consultation for reasons that she wants to improve her appearance. She also mentions that she has pain in her jaw when chewing her food. She was evaluated by taking her medical history and At the same time, panoramic and cephalometric x-rays were taken to allow for a Good diagnosis and to know what facial biotype he had.

Keyword: cephalometric analysis, ricketts, Steiner

INTRODUCCIÓN

El análisis cefalométrico se inició para facilitar el diagnóstico en los ortodoncistas ya que puede tener un amplio conocimiento de más estructuras que tendría relevancia en las diferentes alteraciones craneofaciales permitiendo alcanzar un diagnóstico que permite analizar a base de estudios científicos, a la vez permite conocer el biotipo facial del estudio en épocas remotas para observar la población racial y el patrón esquelético siendo indispensable en la planificación de tratamientos adecuados en la cefalometría fundamentalmente en las diversas anomalías craneofaciales.

En el biotipo facial y esquelético mediante el análisis cefalométrico de Ricketts, Steiner, otros permiten que las radiografías cefalométricas den un diagnóstico del tipo de clase esquelético que presenta el paciente. (2)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy en día la ortodoncia ha sido uno de los Pilares fundamentales para la devolución de la estética facial a través del Análisis social como un examen complementario siendo indispensable para el diagnóstico y plan de tratamiento, el avance de los métodos de diagnóstico en ortodoncia se ha dado de manera que determinan los patrones faciales desde inicios de la ortodoncia los autores como Bjork, Dows, Chang, y otros estudiaron al análisis facial como un recurso indispensable para el adecuado diagnóstico y el éxito del tratamiento de la ortodoncia.

Asimismo, la valoración del biotipo facial es un elemento para el diagnóstico y pronóstico de la ortodoncia siendo importante para la planificación y tratamiento y un pronóstico del mismo en 1956 Dows y Ricketts en 1960 determina que ciertas características no solo física sino del complejo craneofacial pueden ser útiles para la determinación de ciertos movimientos en ortodoncia, así como entender el crecimiento y características de cada tipo de paciente.

En otra parte entra el trabajo de estos investigadores permiten poder tener un criterio de diagnóstico sencillo y confiable para la evaluación de la armonía y proporcionalidad del rostro determinando el atractivo facial. (3) (4)

2.2. OBJETIVOS

- Conocer los diversos análisis cefalométricos realizados para un buen diagnóstico y plan de tratamiento.
- Determinar el biotipo facial del paciente.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Núñez C. desarrollo un trabajo con la finalidad determinar el biotipo facial y esqueletal predominante mediante el análisis cefalométrico de Ricketts de los pacientes, método es de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo simple, con los resultados indican que la edad de pacientes en la clínica dental es de 10 a 17 años el 29.8%, mayor de 17 años es de 70.2%, con el tratamiento ortodóntico el 4.8% mencionan que si el 95.2% refieren no, el biotipo facial moderado es de 22.6%, braquifacial severo es de 20.2%, dolicofacial severo es de 20.2%, dolicofacial leve es de 15.5%, braquifacial leve 11.9%, dolicofacial moderado es de 8.3%, mesofacial es de 1.2%, en conclusión el biotipo facial mas frecuente de las placas mediante el análisis cefalométricos de ricketts es braquifacial moderado con el 22.6%, y la clase esqueletal más frecuente es la clase II esqueletal con el 53.6%. (5)

Marín J. desarrollo un trabajo con el objetivo determinar el biotipo facial y clase esqueletal del paciente ortodóntico, método la muestra es de 100 radiografías cefálicas y panorámicas en las que se realizó el análisis cefalométrico de ricketts y tatis mediante los softwares computarizados, en los resultados indican que el análisis estadístico comprueba de concordancia de Kappa de Cohen que se observa que en el BFR, predominante con biotipo dolicofacial de 67%, mientras que en BFT existe similar proporción de pacientes tipo braquifacial 45%, dolicofacial, el biotipo braquifacial es de 22.6%, tanto en BFR como en BFT y 23 pacientes son dolicofacial 54.8% en BFR y BFT, así el porcentaje de acuerdo seria $(7+17+1)/31= 0.807$ lo que resulta ser un porcentaje alto con los dos biotipos, en conclusión el biotipo

facial presenta el 80% de coincidencia entre los resultados obtenidos del biotipo facial del análisis cefalométrico de Ricketts y Tatis en todo el grupo.

(6)

Ormeño G. en su trabajo desarrollo con la finalidad de evaluar la concordancia de los análisis cefalométricos de Steiner, Ricketts y el elemento II de la filosofía de Andrews, método es de tipo observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, con la muestra de 25 análisis cefalométrico, en los resultados indican que la distribución de sexo es femenino 63%, masculino el 37%, en porcentaje de la posición antero- posterior del maxilar superior con el análisis cefalométrico es retruido el 20%, normal el 27%, protruido el 16%, en cuanto a la posición antero-posterior del maxilar superior con el análisis cefalométrico de Ricketts retruido el 13%, normal el 57%, protruido el 30%, en cuanto a la posición antero – posterior del maxilar superior según el elemento II de la filosófica de Andrews, retraído el 60%, normal 10%, protruido el 30%, en conclusión el análisis cefalométrico de Steiner el 20% que fueron diagnosticados con retrusión 1 pertenece al sexo femenino que representa el 17% de este grupo. (7)

Torrejón M. Presento un trabajo con la finalidad de determinar el análisis cefalométrico de Steiner, el caso clínico presentado es paciente de 15 años de edad de sexo femenino de jauja, viene a la consulta porque desea utilizar Brackets, con la evaluación a nivel de los exámenes intra y extraorales muestra que se encuentra sin ninguna alteración evidente, se realizaron exámenes auxiliares como la radiografía panorámica y cefalométrica en lo que a través de los análisis cefalométricos concluyeron que la relación esquelética clase I

con birretrusion bimaxilar, en relación esquelética vertical, hiperdivergente, con el análisis de Steiner y el análisis ricketts. (8)

Cardeña J. en su trabajo tiene como objetivo comparar el biotipo facial y clase esquelética mediante el análisis cefalométrico de Tatis y Ricketts, la muestra de 80 radiografías, método es de tipo descriptivo, comparativo, retrospectivo, con la población de 200 radiografías, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, en los resultados indican que el biotipo facial determina a través de los análisis cefalométricos de Tatis y Ricketts muestra que braquifacial es de 4%, dolicofacial es de 2%, mesofacial es de 6%, con la frecuencia esquelética clase I es de 11%, clase II es de 24%, clase III es de 12%, determinando el biotipo facial aplicado a través del análisis de Ricketts es de una confiabilidad mediante la prueba de Chi cuadrado de homogeneidad se determino que no hay una diferencia significativa en cuanto al sexo encontrándose que $p=0.194$, también se encontró una prevalencia del 42.5%, del biotipo braquifacial en el sexo masculino y el 40% del biotipo dolicofacial, en conclusión al comparar el biotipo facial según los análisis propuesto por tatis es confiable. (9)

2.3.2. Bases Teóricas o Científico

Biotipos faciales:

Se define como la ciencia del hombre concreta en su totalidad en su vital psicosomática con su morfología, fisiológica y psicológica diferenciales, en donde nos indica que el biotipo sigue las leyes de la genética y la evolución. Así mismo se menciona como la variación de las estructuras óseas, faciales y

musculares en las personas relacionándose con el crecimiento y el cambio de forma de la base ósea orofacial. (10)

Oclusión

Es ideal de los dientes con la claridad y descrita geométricamente, descrita por Angle mostrando que las cúspides vestibulares y los bordes incisales de los dientes inferiores deben de concordar con las fosas central y los cíngulos de los dientes superiores cuando los dientes ocluyen normalmente.

Maloclusión

Tradicionalmente se consideraba a la desviación de la oclusión ideal, ya que la oclusión rara vez se encuentra en la naturaleza y por lo tanto es mejor llamar lo ideal imaginario, no existiendo una definición clara de oclusión normal.

La maloclusión esta acompañada a menudo por la desviación de la cara y los maxilares, teniendo deformaciones dentofaciales, no considerándose una condición patológica, con una variación morfológica humana. (11)

Cefalometría facial de Ricketts

Los análisis de Ricketts los puntos cefalométricos, el cual nos da un análisis específico con los diversos puntos definidos.

Puntos craneales anatómicos

- Nasion: ubicados con anterioridad a la sutura frontonasal.
- Basion: Punto ubicado en hueso occipital a nivel posteroinferior al agujero magno margen anterior.
- Porion: Es el punto ubicado en la parte superior del conducto auditivo externo.

- Orbitario: Se encuentra en la parte mas inferior del reborde orbitario.
- Pterigoideo: Es la inserción de las paredes posterior y superior de la fisura pterigomaxilar.

Medidas del cefalograma de Ricketts

relación molar: se da desde la distancia de la superficie distal del primer molar permanente inferior hasta la superior medida a lo largo del plano oclusal.

- Norma clínica: -3 mm
- Desviación clínica: +/- 3 mm
- Clase I molar: - 6 mm hasta 0 mm
- Clase II molar: mayor de 0 mm
- Clase III molar: menor de -6 mm

Relación canina: es la desviación entre la cúspide del canino inferior y la cúspide del canino superior a lo largo del plano oclusal.

- Normoclinica: - 2mm
- Desviación clínica: +/- 3 mm
- Clase I canina: desde -5 mm hasta 1 mm
- Clase II canina: mayor de 1 mm
- Clase III canina: menor de -5 mm (10)

Cefalometría de Steiner

Con su análisis determina la posición del incisivo inferior torna como referencia al plano NB, y así tenemos:

La distancia del incisivo inferior con la línea NB: nos indica la posición del incisivo inferior respecto a su base ósea NB.

Su valor promedio de esta distancia es de 4 mm, es decir el incisivo inferior se encuentra 4 mm por delante de NB.

Steiner esta relacionado con los incisivos con sus bases apicales a través de las líneas N-A y N-B mediante las medidas lineales y angulares.

Angulo 1-NB: se forma del eje longitudinal del incisivo central inferior con la línea NB.

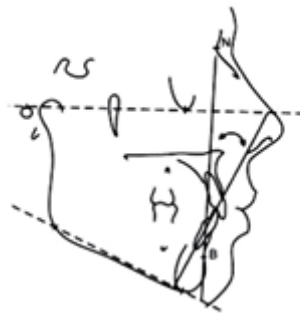


Figura 1: ángulo 1-NB

Distancia 1-NB: Mayor distancia lineal comprendida con la corona de incisivo inferior central y la línea NB.

Valor normal: 4 mm



Figura 2: distancia 1-NB

Angulo interincisivo: está formado por ángulo de líneas del eje longitudinal de los incisivos ventrales superior e inferior. Revelando el grado de inclinación de los incisivos. Por el aumento del ángulo que indica una menor protrusión dentaria.

Distancia Pog – NB: es la distancia lineal desde la medida del punto Pog a la línea N-B.

Holdaway: mediante el estudio cefalométrico comprobó aquellos casos tratados ortodonticamente, con el perfil equilibrado y espesor medio en los tejidos blandos, con la proporción de 1:1 para estas medidas. (12)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**
- Paciente: S.C.O.
- Sexo: Femenino
- DNI: 46176481
- Edad: 24 años
- Dirección: Los Gladeolos # 218
- Departamento: Jauja
- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Quiero mejorar mi sonrisa”

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

Paciente refiere que no le gusta mucho como se ve y que le duele su mandíbula al masticar sus alimentos es por este motivo que desea que puedan solucionar su problema a la vez refiere haberse medicado con analgésico hace unos días y que le ayudo a disminuir su molestia.

.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL

- Peso: 64 kg
- Talla: 1.60 cm
- Presion arterial: 132/ 80 mmHg
- Frecuencia Respiratoria: 20 rpm

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

3. EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO				
3.1 EXAMEN EXTRABUCAL				
Face:	NO CARACTERÍSTICO			
Cráneo:	Normocéfalo (X)	Brachicéfalo ()	Dolicocefalo ()	
Cara:	Normo facial (X)	Brachifacial ()	Dolicofacial ()	
MUSCULOS	DESCRIP.	DOLOR	TORCIDIDAD	TONO
Temporal	ASIMÉTRICO	ASINTOMÁTICO	TÓNICO	TÓNICO
Masetero	ASIMÉTRICO	ASINTOMÁTICO	TÓNICO	TÓNICO
Pterigoideo Externo	ASIMÉTRICO	ASINTOMÁTICO	TÓNICO	TÓNICO
Pterigoideo Interno	ASIMÉTRICO	ASINTOMÁTICO	TÓNICO	TÓNICO
Digástrico	ASIMÉTRICO	ASINTOMÁTICO	TÓNICO	TÓNICO
Esternocondilomastoideo	ASIMÉTRICO	ASINTOMÁTICO	TÓNICO	TÓNICO
Cervicales Posteriores	ASIMÉTRICO	ASINTOMÁTICO	TÓNICO	TÓNICO
Ampliación:				
ATM:	PRESENTE OBSERVADO EN LA ATM EN EL LADO DERECHO Y EN LA IZQUIERDA			
Región hialina o lílida:	SIN ALTERACIÓN EVIDENTE NI PALPABLES			
Ganglios:	SIN ALTERACIÓN EVIDENTE NI PALPABLES			
3.2 EXAMEN INTRABUCAL				
- TEJIDOS BLANDOS				
Lábios y comisura labial:	LENO, PESCO, COLOR ROSADO, DEBIDOS.			
Amígdalas:	SIN ALTERACIÓN EVIDENTE			
Lengua duro y blanda:	SIN ALTERACIÓN EVIDENTE			
Garganta:	SIN ALTERACIÓN EVIDENTE			
FIRM. DEL OPERADOR: _____				

Lengua: normal esclerada torcida gruesa atrofiada

Piso de boca: normal elevado hundido

Frenillo: normal anormal ausente

Saliva: Tipo: normal escasa abundante Cantidad: normal poca mucha

ENCÍAS

Encías:

<input type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/> Falsa o subcoroa	A nivel de piezas:	1,2
<input type="checkbox"/> Inconsistencia	A nivel de piezas:	

Otros: _____

Color:

<input type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/> Eritematosa	A nivel de piezas:	1,1, 2,1, 2,2, 3,1, 3,2, 3,3, 4,1, 4,2, 4,3, 5,1, 5,2, 5,3, 6,1, 6,2, 6,3, 7,1, 7,2, 7,3
<input type="checkbox"/> Pálida	A nivel de piezas:	

Otros: _____

Textura:

<input type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/> Lisa	A nivel de piezas:	1,1, 2,1, 2,2, 3,1, 3,2, 3,3, 4,1, 4,2, 4,3, 5,1, 5,2, 5,3, 6,1, 6,2, 6,3, 7,1, 7,2, 7,3
<input type="checkbox"/> Rugosa	A nivel de piezas:	

Otros: _____

Consistencia:

<input checked="" type="checkbox"/> Normal	A nivel de piezas:	
<input type="checkbox"/> Edematosa	A nivel de piezas:	
<input type="checkbox"/> Fibrosa	A nivel de piezas:	

Otros: _____

Encía papilar:

<input type="checkbox"/> Normal	Entre piezas:	
<input checked="" type="checkbox"/> Aplanada	Entre piezas:	1,1, 2,1, 2,2, 3,1, 3,2, 3,3, 4,1, 4,2, 4,3, 5,1, 5,2, 5,3, 6,1, 6,2, 6,3, 7,1, 7,2, 7,3
<input type="checkbox"/> Crateriforme	Entre piezas:	

Otros: _____

Ampliación:

TEJIDOS DURES

Maxilar superior: Tamaño: normal reducido Forma: ovalada cuadrada

Maxilar inferior: Tamaño: normal reducido Forma: ovalada cuadrada

Reborde Alveolar: normal elevado hundido

Zonas edentadas: P₀₁, P₀₂ - 1,1, 1,2

Dientes:

Numero: max. sup. 15 max. inf. 15 Tamaño: normal reducido

Forma: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Color: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	Diastemas: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
---	---	---

Alteración de Posición: normal anormal

Facetas de desgaste: normal anormal

Otras alteraciones dentarias: normal anormal

Nombre del Operador: _____

3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

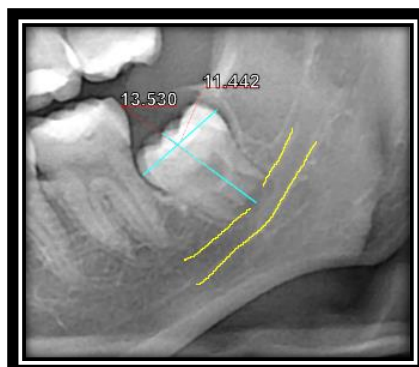
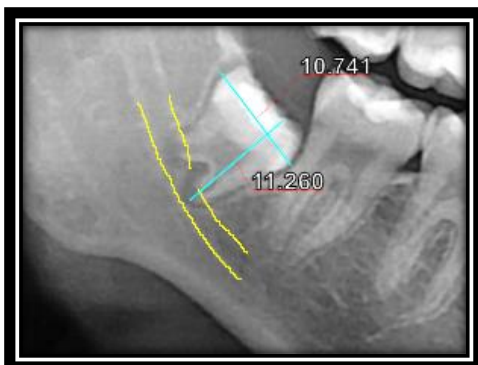
- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**
 - Caries
 - Tratamiento ortodóntico

EXÁMENES AUXILIARES



Informe radiográfico

- Neumatización alveolar moderada de senos maxilares derecho e izquierdo.
- Piezas 18, 28: Evolución intraósea.
- Pieza 14: Restauración radiopaca coronaria, sellado cameral, obturación de conductos radiculares. Ensanchamiento de espacio periodontal apical.
- Pieza 23: Ectópicas por falta de espacio.
- Pieza 26: Lesión cariosa oclusal.
- Piezas 36, 46: Mesioangulada, en vías de impactación contra las piezas 37 y 47 respectivamente.
- Piezas 34, 44: Bifurcación de conductos radiculares.
- Piezas 46, 47: Imagen radiolúcida oclusal en relación probable a lesión cariosa.



PROCEDIMIENTO

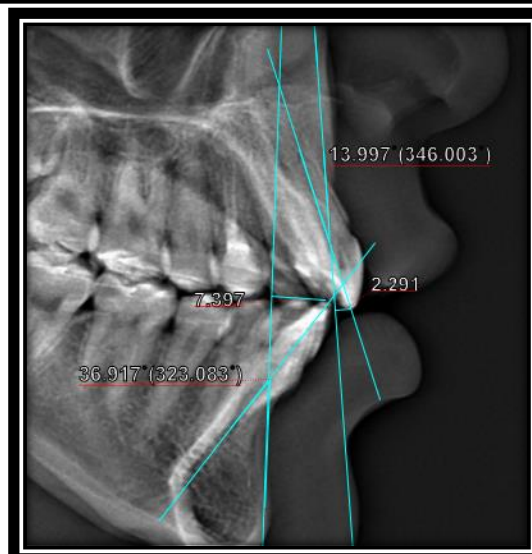
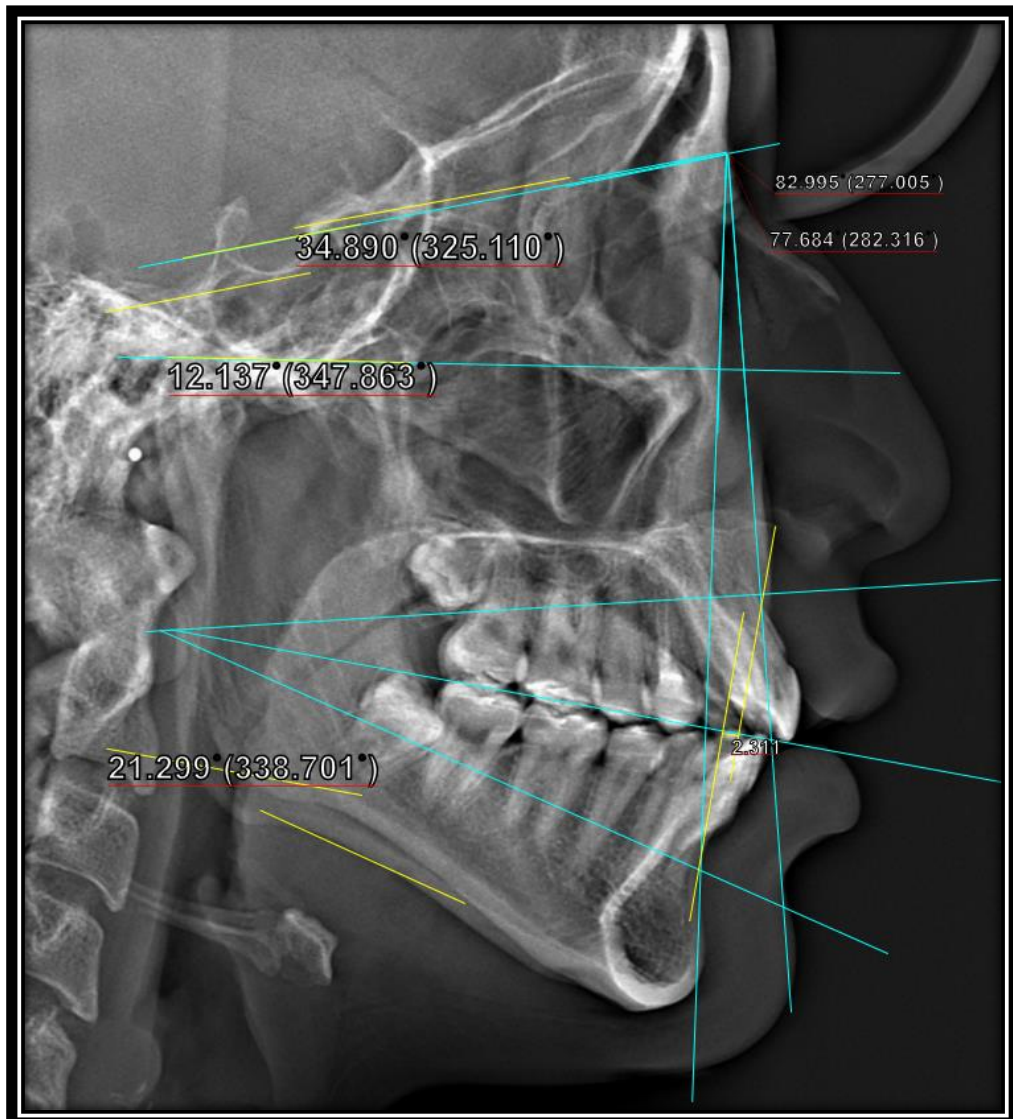
- ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

	PROMEDIO	PACIENTE	INTERPRETACIÓN
Steiner			
SNA	82(±3)°	83°	Normotrusión maxilar
SNB	80(±3)°	77.6°	Retrusión mandibular
ANB	2(±3)°	5.4°	Clase II
SN-GoGn	32(±3)°	34°	Normodivergente
Plano oclusal	14,3(±2)°	22°	Inclinación aumentada
USP	-3,5 -5,5	+2.3 mm	Clase II
SN-Fh	7-8°	12.13°	Deflexión craneal aumentada
Tweed			
FMA	25°	25.4°	Normodivergente
FMIA	65°	53°	
IMPA	90°	98.6°	Proinclinado
Downs			
N-Pg/Fh	87,8°	89°	Pogonion protruido
N-A/Pg-A	0-5°	13°	Perfil óseo convexo
Eje Y- Fh	59,4°	59°	Normodivergente
Relacion dentaria			
IS.NA	22°	37°	Proinclinado
IS-NA	4mm	7.3 mm	Protruido
II.NB	26°	14°	Retroinclinado
II-NB	4mm	2.2 mm	Retruído
Relación de tejido blando			
Plano S-Lsup	0	3.2 mm	Proquelia
Plano S-Linf	0	3.0 mm	Proquelia
NB-Pg		0 mm	Retruído leve

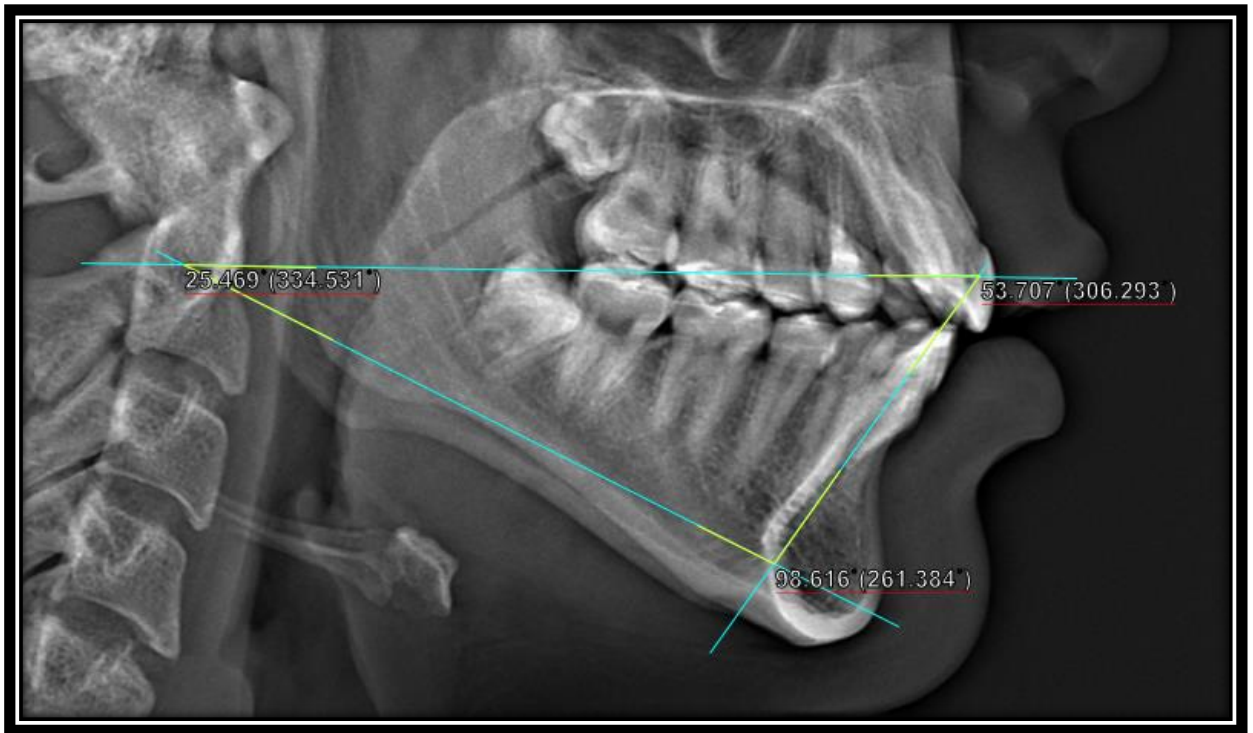
CONCLUSIONES

- Relación esquelética anteroposterior, clase II (Steiner) con retrusión mandibular.
- Relación esquelética vertical, normodivergente.
- USP (+2.3mm): Clase II.
- Perfil esquelético convexo, crecimiento vertical mandibular conservado.
- Incisivos superiores, proinclinados y protruidos.
- Incisivos inferiores retroinclinados y retruidos.
- Labio superior y labio inferior, protruidos.

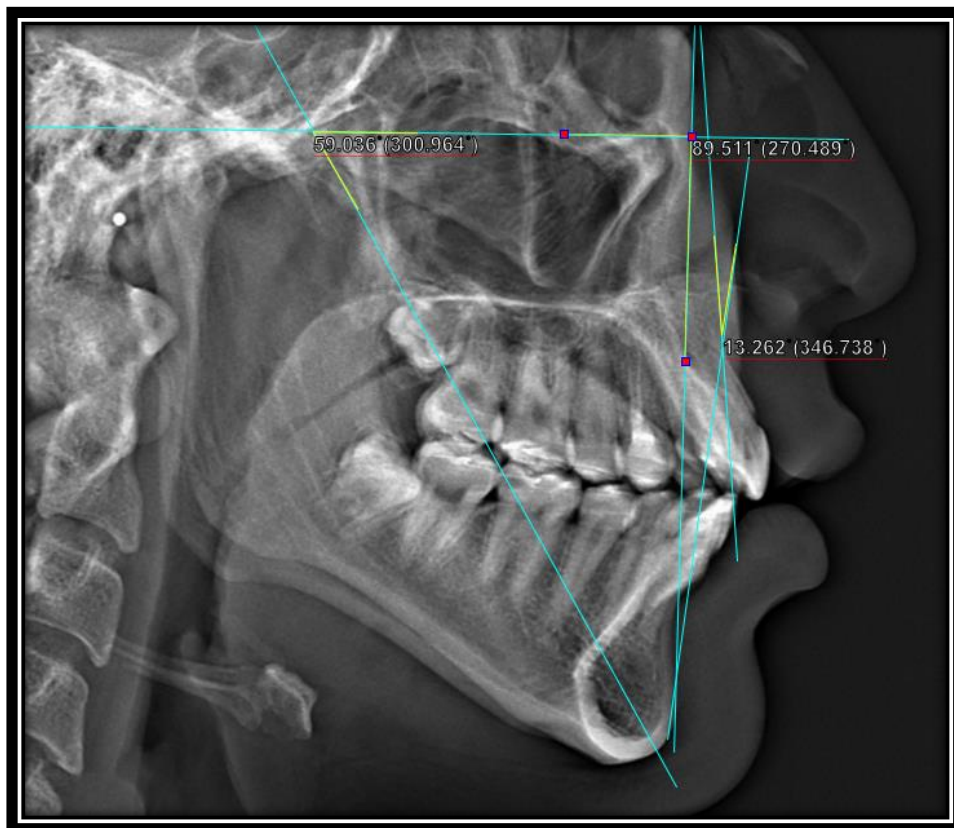
TRAZADO DE STEINER



TRAZADO TWEED



TRAZADO DOWNS



CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- Historia clínica
- Evaluación intraoral y extraoral
- Diagnóstico presuntivo
- Exámenes auxiliares
- Diagnóstico definitivo
- Plan de tratamiento
- Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACION DOCENTE-ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: Dr. Federico Esteban Villalba
FECHA: 13 de Julio CLÍNICA: 1 FRECUENCIA: 1

1 Yo, Dr. Federico Esteban Villalba identificado con DNI N° 72728113 por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y libre uso de los facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento al Docente Dr. Esteban Villalba para que por intermedio y con el concurso de los estudiantes sometidos a su dirección así como los asistentes que él sea o acepte y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: Exodoncia por extracción simple

2. El Docente en ningún caso autoriza para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exige.

3. El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos, generales y específicos imprevisibles que por sus propias características no se pueden evitar y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la importancia de su caso y le garantiza de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.

4. El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el docente y estudiante del área responsable con el objeto de precisar las condiciones clínicas patológicas y previa reflexión que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos, previos y consecuencias que pueden derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido previa y suficiente las explicaciones sobre sus alcances y que han sido acordes a lo que me ha sido manifestado al respecto.

5. Me he comprometido con el/los riesgo/s de que, a falta de prevención, los cuales por esta razón, no puedo ser asumidos y en consecuencia, declaro expresamente que no seré responsable por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y por lo tanto, el resultado de cualquier procedimiento que el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puedo ser garantizado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la atención que pueda llegar a requerirse, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso concreto de administración de ANESTESIA. He recibido satisfactoriamente explicaciones y esas mismas y las dudas que he tenido y planteado me han sido aclaradas.

7. He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revocado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscriptor tomada antes de la intervención realización del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro no expreso aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.

9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizados con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Confirmando que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Dr. Federico Esteban Villalba
FIRMA DEL PACIENTE
DNI N°: 72098113

Dr. Esteban Villalba
FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

- A través de los trabajos podemos determinar que el análisis cefalométrico realizado a los pacientes es un método para poder determinar el tipo de biotipo facial presenta a la vez la oclusión que muestra, para Vargas M. en los resultados indican que los polígonos de Bjork Jarabak tiene mayor concordancia diagnóstica con el método Vert modificado que con el Vert de Ricketts al eliminar los factores cefalométricos en cuestionamiento, profundidad facial y eje facial, de la muestra predominó el biotipo dolicofacial, mientras que al ser incluidos estos factores en el análisis de los biotipos fueron braquifaciales de dos factores en una notoria influencia de diagnóstico del biotipo. (13)
- Así mismo Núñez C. concluye que el biotipo facial predominante en braquifacial moderado con el 22.6%, es similar a lo encontrado por KAVIDIA et al en el año de 1989 en su artículo en la que estudió los 10 factores de análisis resumido de Ricketts en las que fueron medidos en 81 radiografías laterales presentando una tendencia braquifacial. (5)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Se concluye que los puntos cefalométricos son referencias anatómicas que nos permiten plantear bien los trazos a nivel craneofacial.
- Así mismo el análisis cefalométrico es una técnica de gran utilidad para el ortodoncista ya que permite obtener medidas del cráneo a partir de las radiografías estableciendo los puntos anatómicos más significativos con relación al hueso, musculo, diente, etc.
- También podemos concluir que todas las personas tienen una diferencia en relación con la morfología de la cabeza.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda tener en cuenta el correcto llenado de la historia clínica.
- Así mismo se recomienda evaluar bien las radiografías tanto panorámica y cefalométrica.
- Se recomienda que el profesional debe de dar a conocer al paciente acerca de los procedimientos a realizar y el tiempo de tratamiento que se va a emplear.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Torres Y. Estudio comparativo de los trazos cefalometricos con el método manual vs el método digital (Nemoveph). Tesis para optar el titulo profesional. Cajamarca : Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2014.
2. Doménica D. Confiabilidad del trazado cefalometrico manual vs digital pacientes ortodonticos de la UCSG semestre A - 2015. Trabajo de titulacion previo a la obtencion del título. Ecuador : Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
3. Pérez M. Correlacion entre el biotipo facial clínico y cefalométrico como elementos de diagnóstico en ortodoncia. Tesis de grado previa a la obtencion del título de especialista en ortodoncia. Cuenca : Universidad de Cuenca ; 2016.
4. Romero N. Precision en la localizacion de los puntos cefalometricos en un analisis de radiografia lateral. Tesis para obtener el titulo profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2004.
5. Nuñez C. Estudio del biotipo facial y esquelético segun analisis cefalometrico de Ricketts en pacientes atendidos en la clinica dental UNAP 2015. Tesis presentado para optar el titulo profesional. Iquitos : UNAP; 2016.
6. Marin J. Comprobar el grado de confiabilidad del analisis cefalometrico de Tatis realizado en radiografia panorámica para determinar el biotipo facial y clase esquelético del paciente. Tesis de grado presentada como requisito para la obtencion del título de ortodontista. Quito : Universidad San Francisco de Quito ; 2011.
7. Ormeño G. Evaluacion de dos analisis cefalometricos convencionales y elemento II de Andrews para la determinacion de la posicion antero-posterior del maxilar superior. Tesis para optar el título de especialista en ortodoncia y ortopedia maxilar. Lima : Universidad Privada Norbert Wiener ; 2017.
8. Torrejon M. Comparacion Analisis cefalometrico de ricketts y steiner reporte de caso clinico. Trabajo de suficiencia para optar el titulo profesional de Cirujano Dentista. Huancayo: Universidad Peruana los Andes ; 2022.
9. Cardeña J. Estudio comparativo del biotipo facial y clase esquelético mediante el analisis cefalometrico del Tatis y Ricketts en pacientes de la clinica odontologica CEPATODO Cusco

2015. Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista. Cusco : Universidad Andina del Cusco ; 2016.
10. Ariza M. Cefalometría de Ricketts para la estimación de la inclinación del plano oclusal en pacientes jóvenes con diferentes biotipos facial atendidos en los centros radiológicos de la ciudad de Huanuco 2017. Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2018.
 11. Acuña E. Estudio comparativo del cefalograma de Kim, Steiner y proyección USP en la determinación de la relación esquelética sagital. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
 12. Castro S. Concordancia de los análisis de Tweed Ricketts y Steiner para determinar la posición del incisivo inferior. Tesis para optar al título de especialista en ortodoncia y ortopedia dento - maxilo facial. La Paz: Universidad Mayor de San Andrés; 2017.
 13. Vargas M. Estudio comparativo de dos métodos cefalométricos para la determinación del biotipo facial, vert de Ricketts y vert modificado, en pacientes clase III esquelética severa con compromiso mandibular. Trabajo para optar el título de Cirujano dentista. Chile : Universidad de Chile ; 2011.