

Caracterización epidemiológica y clínica del síndrome clase II de Moyers división 1

Epidemiological and clinical characterization of Moyers class II syndrome division 1

Caracterização epidemiológica e clínica da síndrome classe II de Moyers, divisão 1

Annet de la Caridad Alcolea García^{1*}  <https://orcid.org/0000-0001-7057-6281>

José Rolando Alcolea Rodríguez¹  <https://orcid.org/0000-0003-2640-118X>

Anais de los Milagros Alcolea García¹  <https://orcid.org/0000-0001-6595-6167>

Dianelis Leydis Pérez Cabera^{II}  <https://orcid.org/0000-0001-5839-3642>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas “Manuel Cedeño”. Departamento de Ortodoncia. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Bayamo Oeste. Departamento de Estomatología. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. E-mail: jralcolear@gmail.com

RESUMEN

El desarrollo de una oclusión es el resultado de interacciones entre factores genéticamente determinados y factores medioambientales. Las maloclusiones constituyen un problema de salud bucodental de importancia actual, motivación del presente estudio. Tiene como objetivo caracterizar desde una perspectiva epidemiológica y clínica el síndrome clase II de Moyers división 1 en pacientes con dentición permanente. Se tuvo en cuenta el método de estudio observacional descriptivo transversal. El universo constituido por 103 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión, las variables observadas fueron operacionalizadas y resumidas a partir de la estadística descriptiva. Para así obtener como resultados, que en la población con el síndrome clase II de Moyers división 1 predominó la



bilateral, edades entre 12 y 14 años y el sexo femenino. Clínicamente prevalecieron características como: la función muscular deformante en el tipo bilateral y en la unilateral hiperactividad del músculo mentoniano, afectaron al (100%) respectivamente, vestibuloversión de incisivos superiores (98,06%), y perfil convexo(81,55%), sobrepase aumentado, retrognatismo mandibular, resalte aumentado y arcada en V (67,96%; 60,19%; 56,31% y 38,83%respectivamente). Llegando a las conclusiones que el síndrome clase II de Moyers división 1 en pacientes con dentición permanente se caracterizó por el predominio en las edades entre 12 y 14 años y el sexo femenino. Clínicamente a partir de la relación molar distal se caracterizó por la superioridad del tipo bilateral con función muscular deformante y la hiperactividad del músculo mentoniano en la unilateral. El resto de las características sindrómicas descritas por el autor fueron inconstantes y poco frecuentes.

Palabras Claves: Síndrome clase II de Moyers división 1; Epidemiología; Clínica.

SUMMARY

The development of an occlusion is the result of interactions between genetically determined factors and environmental factors. Malocclusions are an oral health problem of current importance, the motivation for this study. Its objective is to characterize from an epidemiological and clinical perspective Moyers class II syndrome division 1 in patients with permanent dentition. The cross-sectional descriptive observational study method was taken into account. The universe consisted of 103 patients, who met the inclusion criteria, the observed variables were operationalized and summarized based on descriptive statistics. In order to obtain results, in the population with class II Moyers syndrome division 1, bilateral predominated, ages between 12 and 14 years and the female sex. Clinically, characteristics such as deforming muscle function in the bilateral type and unilateral hyperactivity of the mental muscle (100%) affected (100%), respectively, vestibuloversion of the upper incisors (98.06%), and convex profile (81.55%), increased overhang, mandibular retrognathism, increased protrusion and V-arching (67.96%; 60.19%; 56.31% and 38.83% respectively). Reaching the conclusions that Moyers class II syndrome division 1 in patients with permanent dentition was characterized by the predominance in the ages between 12 and 14 years and the female sex. Clinically, from the distal molar relationship, it was



characterized by the superiority of the bilateral type with deforming muscle function and the hyperactivity of the mental muscle in the unilateral one. The rest of the syndromic features described by the author were inconstant and infrequent.

Key Words: Moyers class II syndrome division 1; Epidemiology; Clinic.

RESUMO

O desenvolvimento de uma oclusão é o resultado de interações entre fatores geneticamente determinados e fatores ambientais. As más oclusões são um problema de saúde bucal de importância atual, a motivação para este estudo. Seu objetivo é caracterizar, a partir de uma perspectiva epidemiológica e clínica, a síndrome de Moyers classe II, divisão 1, em pacientes com dentição permanente. Considerou-se o método de estudo observacional descritivo transversal. O universo foi composto por 103 pacientes, que atender a maos critérios de inclusão, as variáveis observadas foram operacionalizadas e resumidas com base em estatística descritiva. Para a obtenção dos resultados, na população com síndrome de Moyers classe II divisão 1, predominou bilateral, idades entre 12 e 14 anos e sexo feminino. Clinicamente, características como função muscular deformante no tipo bilateral e hiperatividade unilateral do músculo mentoniano (100%) acometidas (100%), respectivamente, vestibuloversão dos incisivos superiores (98,06%) e perfil convexo (81,55%), aumento da saliência, retrognatismo mandibular, aumento da protrusão e arqueamento em V (67,96%; 60,19%; 56,31% e 38,83%, respectivamente). Concluiu-se que a síndrome de Moyers classe II divisão 1 em pacientes com dentição permanente foi caracterizada pela predominância nas idades entre 12 e 14 anos e no sexo feminino. Clinicamente, a partir da relação molar distal, caracterizou-se pela superioridade do tipo bilateral com função muscular deformante e pela hiperatividade do músculo mentoniano no unilateral. O restante das características sindrômicas descritas pelo autor eram inconstantes e infrequentes.

Palavras-Chave: Síndrome de Moyers classe II divisão 1; Epidemiologia; Clínica.

Recibido: 27/06/2023



Aprobado: 27/09/2024

Introducción

La especialidad encargada del tratamiento definitivo de las maloclusiones es la Ortodoncia, etimológicamente esta palabra procede de un término introducido por Lefoulon en 1841, derivado de los vocablos griegos orto (recto) y odontos (diente) y que traduce su propósito de corregir irregularidades en las posiciones dentarias.^(1,2)

El desarrollo de una oclusión es el resultado de interacciones entre factores genéticamente determinados y factores medioambientales extrínsecos incluyendo las funciones bucofaciales que actúan de manera constante en períodos determinados.^(3,4)

La clase II también llamada distoclusión u oclusión posnormal, es una generalización desafortunada que agrupa maloclusiones de morfologías ampliamente variables, que a menudo tienen un solo rasgo común, su relación molar anormal.⁽⁵⁻⁷⁾

La clasificación sindrómica de Moyers reúne un conjunto de características clínicas basadas en elementos faciales y bucales de los pacientes, a partir de las que se establecen divisiones y subdivisiones, constituyendo una clasificación integral del paciente, a diferencia de Angle que solo tiene en cuenta elementos oclusivos.^(6,7)

La prevalencia de maloclusiones indica, que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse dentro de los parámetros de una oclusión normal, mientras que unos dos tercios tienen algún grado de maloclusión, considerándose la maloclusión de clase II de Moyers, como la desarmonía dento-esquelética más frecuente en la población de color de piel blanca y que en mayor porcentaje llega a la consulta, en búsqueda de tratamiento.⁽⁸⁻¹⁰⁾

En la población de Bayamo se ha podido constatar una alta morbilidad por maloclusión en los pacientes entre 12 y 18 años de edad, pacientes que generan una alta demanda de tratamientos en los servicios de Ortodoncia, donde se ha podido constatar un predominio del síndrome de clase II de Moyers división 1 con diferentes patrones epidemiológicos. Los elementos antes señalados indicaron la necesidad de



plantear como **problema científico** para la presente investigación: ¿Cuáles son las características del síndrome clase II de Moyers división 1 desde una perspectiva epidemiológica y clínica en pacientes con dentición permanente?

El presente estudio, sustenta su utilidad y pertinencia ante la demanda de profundizar en la búsqueda de nuevos conocimientos para una mejor caracterización y diagnóstico de las maloclusiones representadas por el síndrome clase II de Moyers división 1, este enfatizó en las particularidades de un patrón epidemiológico determinado por el tiempo y el entorno específico. El aporte de elementos que enriquecerán los descritos por Otaño⁽⁸⁾ para este síndrome, lo que se podrá revertir en una mayor eficiencia, eficacia y efectividad en el manejo de esta entidad nosológica. El objetivo es caracterizar epidemiológica y clínicamente el síndrome clase II de Moyers división 1 en pacientes con dentición permanente.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, el universo de estudio estuvo constituido por 103 pacientes de Bayamo que fueron atendidos en el Servicio de Ortodoncia de la Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas “Manuel Cedeño” durante el año 2020, con diagnóstico de síndrome de clase II de Moyers división 1. Todos quedaron incluidos.

Criterios para el diagnóstico clínico: Se consideró la presencia síndrome de clase II de Moyers división 1 cuando el surco mesiovestibular del primer molar inferior queda en relación distal con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, que puede ser bilateral o unilateral, la dentición inferior se encuentra distal a la dentición superior, sobrerupción de los incisivos con tendencia al "aplanamiento", arcada superior generalmente tiene forma de "V", vestibuloversión de los incisivos superiores, función muscular deformante y actividad muscular anormal de los músculos del mentón, aumento del resalte y perfil convexo.⁽⁶⁾

Criterios de inclusión: Pacientes con dentición permanente entre 12 y 18 años de Bayamo, atendidos en el Servicio de Ortodoncia de la Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas “Manuel Cedeño”



de Bayamo durante el año 2019 con síndrome de clase II de Moyers división 1, con relación distal en primeros molares permanentes y al menos tres de las características mencionadas en los criterios para el diagnóstico clínico y autorización de padre o representante a formar parte del estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes con historias clínicas que no disponga de la información y los exámenes complementarios necesarios para el estudio o sin confirmación diagnóstica de enfermedades generales

Operacionalización de variables

Las variables estudiadas estuvieron relacionadas con:

Factores demográficos como grupo de edades según años cumplidos (cualitativa ordinal) agrupados en los intervalos 12–14 años y 15–18 años, además el sexo biológico (cualitativa nominal dicotómica) en masculino y femenino.

Características clínicas del síndrome de clase II de Moyers división 1 según tipo de lateralidad (cualitativa nominal dicotómica) a partir de la distoclusión a nivel de primeros molares permanentes: bilateral (distoclusión- distoclusión) o unilateral (distoclusión - neutroclusión) y cuadro clínico (cualitativa nominal politómica): función muscular deformante, vestibuloversión de incisivos superiores, hiperactividad del músculo mentoniano, perfil convexo, retrognatismo mandibular, resalte aumentado y arcada en V.

Aspectos éticos de la investigación: Todos los procedimientos en esta investigación por ser del tipo biomédica estuvieron en estricto apego a las normas éticas previstas, fundamentalmente de lo estipulado en el Código de Núremberg (1947) y la Declaración de Helsinki (1964, 1975, 1983, 1989). En este caso por ser en menores de edad se solicitó consentimiento informado para incluir el paciente al estudio al padre o representante con el que acude a consulta, esto fue reflejado por escrito.

Técnicas y procedimientos: Una vez definido el objeto y las variables de estudio, se aplicó un instrumento para la recolección de datos, del tipo formulario estructurado diseñado con fines de la investigación, para el llenado de este se utilizó un instructivo creado con la finalidad de estandarizar y disminuir sesgos en la recolección de la información y ahorro de recursos en la impresión del mismo, el presente instructivo, solo fue utilizado como codificador de cada variable, escala y criterios a evaluar. En cada espacio creado a continuación de cada variable se reflejó el código establecido según los hallazgos encontrados en el interrogatorio, examen físico, análisis radiográfico o mediciones de modelo.

Después de obtenida la información fue introducida en una base de datos, lo que permitió determinar las frecuencias de cada variable, estas estuvieron reflejadas en tablas de salida para su análisis apoyado en la estadística descriptiva determinando las frecuencias relativas a través de los por cientos. Finalmente fueron interpretados los resultados más significativos, discutidos a partir de la comparación con otros estudios y la confrontación de estos a partir de la opinión de los autores; esto permitió arribar a conclusiones y proponer recomendaciones.

Resultados

En la Tabla 1, se observó que el universo de estudio estuvo conformado por 103 pacientes ingresados en el Servicio de Ortodoncia, durante el periodo de investigación, 81 (78,64%) de 12 a 14 años y los restantes 22 (21,36%) de 15 a 18 años. El síndrome de clase II de Moyers división 1 se caracterizó por el predominio bilateral, en 82 (79,61%) pacientes, la mayoría de ellos (74,07%) de 12-14 años; resultó significativo que en el grupo de edades de 15-18 años todos los pacientes presentaron el tipo bilateral. Solo 21 el 20,39% del total, presentó el tipo unilateral, que representan el 25,93% del grupo de 12 a 14 años.

Tabla 1. Caracterización del síndrome de clase II de Moyers división 1 según tipo y grupos de edad.

Grupos de edad (años)	Síndrome de clase II de Moyers división 1					
	Tipo de lateralidad				Total	
	Bilateral (distoclusión - distoclusión)		Unilateral (distoclusión - neutroclusión)			
	No.	%	No.	%	No.	%
12 - 14	60	74,07	21	25,93	81	78,64
15 - 18	22	100,0	0	0,00	22	21,36
Total	82	79,61	21	20,39	103	100,00

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Ortodoncia.

La distribución del síndrome de clase II de Moyers división 1 según sexo, fue criterio de ingreso en el Servicio de 43 pacientes masculinos (41,75%) y 60 féminas (58,25%). En este caso se caracterizó por un predominio en ambos sexos la bilateral; (88,37%) para los primeros y (73,33%) para ellas, el unilateral fue más frecuente (26,67%) en las hembras (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización del síndrome de clase II de Moyers división 1 según tipo y sexo.

Sexo	Síndrome de clase II de Moyers división 1					
	Tipo de lateralidad				Total	
	Bilateral (distoclusión - distoclusión)		Unilateral (distoclusión - neutroclusión)			
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	38	88,37	5	11,63	43	41,75
Femenino	44	73,33	16	26,67	60	58,25
Total	82	79,61	21	20,39	103	100,00

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Ortodoncia.

Las características clínicas del síndrome clase II de Moyers división 1 (Tabla 3), con mayor frecuencia fueron: la función muscular deformante (98,06%), la vestibuloversión de incisivos superiores (96,12%), la hiperactividad del músculo mentoniano (96,12%) y el perfil convexo (81,55%); en menor medida se observó: el sobrepase aumentado, el retrognatismo mandibular, el resalte aumentado y la arcada en V (67,96%; 60,19%; 56,31% y 38,83% respectivamente). El patrón clínico para ambos tipos de lateralidad fue similar, con las particularidades de que en el tipo bilateral la función muscular deformante y en la unilateral hiperactividad del músculo mentoniano, afectaron al 100% respectivamente.

Tabla 3. Características clínicas del síndrome de clase II de Moyers división 1 según tipo.

Características clínicas	Síndrome de clase II de Moyers división 1		
	Tipo de lateralidad		Total N=103
	Bilateral	Unilateral	

	(distocclusión - distocclusión)N=82		(distocclusión - neutrocclusión)N=21			
	No.	%	No.	%	No.	%
Función muscular deformante	82	100,00	19	90,48	101	98,06
Vestibuloversión de incisivos superiores	80	97,56	19	90,48	99	96,12
Hiperactividad del músculo mentoniano	78	95,12	21	100,00	99	96,12
Perfil convexo	72	87,80	12	57,14	84	81,55
Sobrepase aumentado	57	69,51	13	61,90	70	67,96
Retrognatismo mandibular	53	64,63	9	42,86	62	60,19
Resalte aumentado	48	58,54	10	47,62	58	56,31
Arcada en V	32	39,02	8	38,10	40	38,83

Fuente: Historias clínicas del Servicio de Ortodoncia.

Discusión

Autores como Lombardo,⁽⁹⁾ plantea que la prevalencia mundial de maloclusión es del 56%, sin diferencias por sexo. La clase II esquelética es una anomalía que se presenta con frecuencia en las clínicas de ortodoncia, esta representa aproximadamente el 51% del total de pacientes que acuden a consulta, su prevalencia a nivel mundial es de 19%, con variaciones del 15% al 30% según la población.

Rosero Mendoza,⁽¹⁰⁾ reportó en Brasil, que la maloclusión clase II división 1 se encuentra entre un 17.8 al 25% de su población y en Portugal, un 39.7% de su población presenta esta maloclusión.

Benedi García y colaboradores,⁽¹¹⁾ observan como característica fundamental que al inicio del tratamiento el 100% de los pacientes presentaban una relación molar de clase II en diferentes magnitudes y Herrero Solano y colaboradores,⁽¹²⁾ se refieren al 36,6% con relación molar unilateral.

Herrero Solano y colaboradores,⁽¹²⁾ consideran la mayor afectación entre los 7 y 9 años (73,33 %), Lima Arteaga y colaboradores,⁽¹³⁾ en cuanto a la edad, consideran más afectados los de 7 a 9 años (46,8%); seguido por el grupo entre 10 y 12 años (35,1%), mientras que para Benedi García y colaboradores,⁽¹¹⁾ son el 70% de la población de 11 a 14 años de edad.



Morán Naranjo,⁽¹⁴⁾ cita a Reyes quien expone que esta maloclusión ocurre en el 23% de los niños de 8 a 11 años, el 15% de los adultos jóvenes de 12 a 17 años y el 13% de los adultos de 18 a 50 años, lo que la convierte en la malformación esquelética más común, lo que coincide con nuestro estudio, donde se encontró las principales manifestaciones de esta enfermedad en las edades menores del rango estudiado.

La mayoría de los estudios fueron coincidentes con los resultados obtenidos en la presente investigación, al sugerir que en las edades tempranas existe mayor posibilidad de que aparezca el síndrome de clase II de Moyers división 1, elementos que estimulan a profundizar en futuras investigaciones la posible correlación de esta entidad con el desarrollo y crecimiento del niño, lo que propone como posible teoría que la evolución biológica del individuo en el tiempo propicie el establecimiento o no de la maloclusión.

Los autores de esta investigación consideran que la aparición temprana de esta maloclusión pudiera estar relacionada con los orígenes de sus manifestaciones clínicas y radiográficas, como pueden ser la herencia, hábitos inadecuados o enfermedades respiratorias crónicas, ya que estos elementos están presentes generalmente desde edades muy tempranas, provocando la aparición de diversos cuadros clínicos.

Benedi García y colaboradores,⁽¹¹⁾ describen que la morbilidad para la entidad estudiada presentó frecuencias similares para ambos sexos, a diferencia de Herrero Solano,⁽¹²⁾ Infante Argüelles,⁽¹⁵⁾ Lima Arteaga⁽¹³⁾ y sus colaboradores, los que exponen en sus investigaciones el predominio de pacientes del sexo femenino (60%, 58,98% y 55,3% respectivamente).

Benedi García y colaboradores,⁽¹¹⁾ atribuyen la alta frecuencia en los Servicios de Ortodoncia del sexo femenino, debido a la habitual preocupación de las mujeres por la estética y cuidados bucales, incluso desde edades tempranas.

Relacionado con el sexo nos apegamos al criterio de atribuir el predominio del sexo femenino en los Servicios de Ortodoncia a motivos psicosociales y no biológicos. La preocupación estética constituye el principal motivo de consulta de la niña y su familia, a diferencia del sexo masculino donde este aspecto tiene un rol secundario, debido a patrones impuestos a lo largo de los años por la sociedad en la que vivimos, donde la mujer debe alcanzar un ideal de belleza muchas veces impuesto, sobre todo en las

edades incluidas en el presente estudio. Generando como consecuencia que aumente la severidad del cuadro clínico.

Rosero Mendoza,⁽¹⁰⁾ expone que existe un sinnúmero de signos clínicos que la describen, destacándose, entre otros, un músculo mentoniano hiperactivo, que se contrae intensamente para elevar el orbicular de los labios y efectuar el sello labial, con un labio superior hipotónico y el inferior hipertónico. La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior.

Iñiguez-Zúñiga,⁽¹⁶⁾ cita a Céspedes quien constató que esto se debe especialmente a la retrusión de la mandíbula, pero también puede ser por la protrusión del maxilar superior, los dientes del maxilar superior se encuentran en una posición adelantada o los dientes de la mandíbula se encuentran en una posición posterior, inclusive puede ser una combinación de ambos.

La maloclusión de Angle clase II subdivisión 1 pueden estar relacionadas con alteraciones esqueléticas, dentales y hábitos parafuncionales, teniendo repercusiones en la estética facial, desencadenando alteraciones funcionales como: el habla, masticación, deglución y respiración.

Orta,⁽¹⁷⁾ coincide con lo anteriormente planteado y expone en sus estudios que los pacientes de la clase II división 1, exhiben la maxila en una posición más protrusiva mientras que la mandíbula se halla en posición y tamaño normal, otros estudios relatan que la maxila podemos encontrarla en posición normal en relación a la base craneal, mientras que la mandíbula se localizaría más retrusiva, otros hallazgos refieren una retrusión mandibular y protrusión maxilar.

Moreira y Mazzini,⁽¹⁸⁾ plantearon que la maloclusión clase II división 1 está caracterizada por una relación molar clase II, aumento del resalte incisal y la proinclinación de los incisivos superiores; pudiendo estar asociada con mordidas abiertas o profundas.

Hurtado Sepúlveda, citado por Rosero Mendoza,⁽¹⁰⁾ plantea que este tipo de maloclusión presenta relación molar y canina clase II con vestibuloversión y extrusión de anterosuperiores. Maloclusión que puede estar acompañada de mordida abierta, mordida cruzada, mordida profunda y apiñamiento.

Este tipo de maloclusión presenta proinclinación de los incisivos superiores y aumento del resalte. Biotipo dolicofacial o mesofacial, perfil retrognático, músculo mentoniano hiperactivo, incompetencia



labial, respiración bucal, labio superior hipotónico, labio inferior evertido e hipertónico, en casos severos los incisivos superiores descansan sobre el labio inferior, rama mandibular corta, arcos estrechos con apiñamientos, plano mandibular más vertical, mal posición postural de la lengua, convexidad facial aumentada, curva de Spee acentuada.⁽¹⁹⁾

Infante Argüelles y colaboradores,⁽¹⁵⁾ expone las características faciales que se observan en el Síndrome Clase II de Moyers División 1: mandíbula en una posición retrognata, perfil convexo, labio superior hipotónico y el inferior hipertónico y evertido, mentón hipertónico, tercio inferior aumentado, ángulo nasolabial marcado, ángulo mentoniano abierto, depresión de la región malar, labios funcionales inadecuados producen biprotrusión dentoalveolar, en estos casos los labios no entran en contacto lo que provoca hipotonía generalizada de la musculatura perioral que tiene que contraerse fuertemente para que los labios sellen la cavidad oral.

Lima Arteaga,⁽¹³⁾ identifica como características más frecuentes en los pacientes con síndrome de clase II de Moyers división 1, la vestibuloversión (73,4%) seguida por el apiñamiento (21,2%), la mordida abierta anterior (6,3%) y la rotación de dientes (5,3%).

Las investigaciones sobre crecimiento y desarrollo en numerosos estudios cefalométricos, indican que existe una fuerte influencia hereditaria, modificada por los factores funcionales de compensación, como base para la mayor parte de las maloclusiones de clase II división 1. El perfil en estos casos es convexo y aunque generalmente se debe a retrognatismo mandibular puede ser causado por prognatismo maxilar.

⁽⁶⁾ Clínicamente en los pacientes del presente se observaron anomalías faciales y bucales mostrándose una alta incidencia de las mismas desde edades tempranas, lo que nos hace compartir estas opiniones.

Moyers plantea en su clasificación como elementos característicos del síndrome de clase II División 1 la relación molar de distoclusión como elemento determinante para dar nombre al síndrome complementado con otras características clínicas como: vestibuloversión de incisivos, resalte aumentado, sobrepase aumentado, arcada en V, perfil convexo, cierre bilabial incompetente, músculo mentoniano hiperactivo, retrognatismo mandibular.⁽⁷⁾ De estos los más coincidentes en el presente estudio fueron: relación molar distal, función muscular deformante, vestibuloversión de incisivos superiores, hiperactividad del músculo mentoniano y perfil convexo.



Los resultados obtenidos sugieren que el resto de las características establecidas por Moyers pueden ser inconstantes a la hora de establecer la clasificación sindrómica que se estudia, lo que pudiera estar relacionado con el modo, condiciones y estilos de vida y las condiciones ambientales propias a la que están expuestos los pacientes. Lo que enfatiza la importancia del diagnóstico individual e integral en Ortodoncia.

La información obtenida en el presente estudio motivó a la profundización de esta línea de investigación. Aspectos que contribuyen al establecimiento de un diagnóstico clínico de mayor calidad, lo que favorece la aplicación de tratamientos más efectivos y un mejor pronóstico en la evolución del paciente.

Finalmente la información descrita en este trabajo complementa lo aportado por los clásicos en relación al síndrome clase II de Moyers división 1, el principal aporte científico de esta investigación fueron los nuevos conocimientos sobre el objeto estudiado en el área de salud, durante el período de tiempo determinado, lo que permitió estratificar esta entidad nosológica, información que podrá ser utilizada como material de consulta por otros colegas, en función de la actividad docente, investigativa y asistencial. Lo que será revertido en una mejora de la calidad en la atención estomatológica y la salud bucal.

Conclusiones

El síndrome clase II de Moyers división 1 en pacientes con dentición permanente se caracterizó por el predominio en las edades entre 12 y 14 años y el sexo femenino. Clínicamente a partir de la relación molar distal se caracterizó por la superioridad del tipo bilateral con función muscular deformante y la hiperactividad del músculo mentoniano en la unilateral. El resto de las características sindrómicas descritas por el autor fueron inconstantes y poco frecuentes.

Referencias bibliográficas



1. González Espangler L, Suárez García MC, Bosch Nuñez AI, Romero García LI. Diagnóstico interdisciplinario del síndrome de clase II esquelética. Archivos de Medicina. 2021; 21(2): 435-47.
2. Peiró Guijarro MA. Anomalías craneofaciales y dentales en una población de escolares nacidos pretérmino [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2022 [citado 6 /07/2023]. Disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/82029>
3. Aldaz-Herrera L, Zapata-Hidalgo M. Cirugía ortognática y camuflaje ortodóncico de la maloclusión clase II división 1: Revisión narrativa 593 Digital Publisher. 2022;7(3-2): 63-72.
4. Herrero Solano Y, Reyes Aguilar A, Soto Cantero LA. Cambios dento-esqueléticos de un paciente con síndrome clase III de Moyers tratado con bloques gemelos. Multimed. 2023; 27: e2092.
5. La O Martel R, Guzmán Ortega T, Vico Felipe N, Byshco Trujillo N, Chevalier Iglesias L, Arias Gutiérrez JM. Maloclusiones dentarias en niños de la escuela primaria “Paquito González Cueto” del municipio Palma Soriano. Jornada Virtual de Estomatología [Internet]. Ciego de Avila: Jornada Virtual de Estomatología; 2022. [citado 12/03/2024]. Disponible en: <https://estocavila2021.sld.cu/index.php/estocavila/2022/paper/viewFile/17/26>
6. García-Cando PE, Puebla-Ramos L. Opciones de tratamiento ortopédico y ortodóncico en pacientes clase II esquelética en dentición mixta. Rev Metropolitana de Ciencias Aplicadas. 2023; 6(S1): 225-33.
7. Moyers RE. Manual de ortodoncia. (4a. ed). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992.
8. Otaño Lugo R, Marín Manso G, Masson Barceló R, Otaño Laffitte G, Fernández Ysla R. et.al. Tratado de Ortodoncia: Texto para estudiantes de Estomatología. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2012.
9. Lombardo G, Vena F, Negri P, Pagano S, Barilotti C, Paglia L, et al. Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: A systematic review and meta-analysis. Eur J Paediatr Dent. 2020; 21(2):115-22.
10. Rosero Mendoza JI, Mendoza Rodríguez FA, Pin Oviedo GV. Tratamiento ortopédico de pacientes clase II división 1. Rev Científica de la Investigación y el Conocimiento. 2022; 6(3):70-84.
11. Benedi García MM, Alonso Valdés A, Ameneiros Narciandi O, Batista González NM. Bloques gemelos contra fuerza labial superior. Elementos en el tratamiento de Clase II división 1. Rev Latinoamericana de



Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2018 [citado 10/01/2020]; 2. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2018/art-2/>

12. Herrero Solano Y, Viltres Pedraza GR, León Aragoneses Z, Saumel Naranjo Y, Pérez Espinoza MR. Tratamiento de la clase II división 1 con el activador abierto elástico de Klammt. Multimed. 2019; 23(1):91-103.

13. Lima Arteaga OP. Manejo temprano de los problemas frecuentes de la Maloclusión en niños [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2018[citado 10/01/2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/33896/1/2650LIMA%20olivia.pdf>

14. Morán Naranjo DA, Bautista Rojas FD. Propulsores mandibulares como tratamiento alternativo para la maloclusión Clase II: Revisión narrativa. MQR Investigar. 2023;7(2):1086-103.

15. Infante Argüelles R, García Díaz C, Llano Montanet M, Gutiérrez Machado A, Alfonso Valdés H. Variaciones del tercio inferior de la cara, disturbios temporomandibulares y necesidades asistenciales. Rev Ciencias Médicas. 2019; 23(6): 899-907.

16. Iñiguez-Zúñiga G, Campoverde-Torres C. Cambios faciales por exodoncias de primeros premolares maxilares, maloclusiones Clase II subdivisión 1: Revisión narrativa. CM. 2023; (1): 666-78.

17. Orta-Rentería IA, Donjuán-Villanueva JJ, Martínez-Contreras SP. Tratamiento ortodóncico no quirúrgico de clase II con aparatología de autoligado. Rev Tame. 2020; 9(26):1052-5.

18. Moreira T, Mazzini F. Alternativas de tratamientos para pacientes con clase II división 1 en el área de ortodoncia. Revista Científica Especialidades Odontológicas UG. 2019; 2(2): 7-13.

19. Espinoza A, Soldevilla L. (2019). Tratamiento no quirúrgico de una maloclusión clase II con canteo maxilar [Tesis]. Huácuco: Universidad de Huánuco; 2019.[citado 30/09/2024]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1779/ESPINOZA%20GRIJALVA%2c%20Anibal%20Eleuterio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

[medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bc7f9bcbe-4c64-433c-b863-f836ef6fce2f%7D](https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1779/ESPINOZA%20GRIJALVA%2c%20Anibal%20Eleuterio.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Contribución de autoría

Conceptualización, análisis formal, supervisión e investigación: Annet de la Caridad Alcolea García.

Curación de datos, validación, visualización y metodología: José Rolando Alcolea Rodríguez.

Borrador original y redacción: Anais de los Milagros Alcolea García.

Redacción revisión y edición: Dra. Dianelis Leydis Pérez Cabera.

