

Artículo original

Ortodoncia y cultura étnica: a propósito de un caso.

Lisbeth M. Macote Orosco¹ | Rocío Hidalgo Jiménez² | Loreto P. Encinas Díaz³ | Magdalena López Gálvez⁴ | Luis F. Morales Jiménez⁵

¹MSc, Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial PgO UCAM | ²MSc, Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial PgO UCAM | ³MSc, Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial PgO UCAM | ⁴MSc, Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial PgO UCAM | ⁵Director académico del Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial PgO UCAM

Macote L.M, Hidalgo R, Encinas L.P, López M, Morales L.F. Ortodoncia y cultura étnica: a propósito de un caso. *Revista Científica PgO UCAM*,2023;1:1-8

1 | Introducción

El aspecto facial es uno de los componentes que determinan el atractivo general de un individuo, siendo los ojos y la boca los más relevantes¹.

Los individuos heredan características y enseñanzas de sus antecesores, de los que adquieren diversos conocimientos culturales, sociales y biomédicos que influyen en la percepción de belleza ^{2,3}. A veces un enfoque antropológico puede ser de gran utilidad para comprender el comportamiento humano ⁴.

Un diastema en la línea media dentaria superior es un espacio entre los 2 incisivos centrales independientemente de su tamaño; aparecen en edades tempranas entre los 6-8 años y, posteriormente, con el recambio dentario, estos se suelen ir cerrando^{3,5}; en pacientes adultos la presencia de estos diastemas se considera una patología cuya etiología es multifactorial^{5,6} (dientes impactados,

supernumerarios, agenesia de incisivos laterales, hipodoncias, enfermedad periodontal, frenillo labial, piercing en la lengua, etc.)

En algunos casos, la ausencia de contacto entre los dientes puede originar un espacio negro que algunas personas pueden percibir como antiestético⁷. Su prevalencia es mayor en la población de raza negra que generalmente lo considera un símbolo de belleza, indicador de riqueza y suerte en países africanos, en cambio, en la cultura occidental se prefieren que estos sean menores de 1 mm o no estar presentes⁷. En Francia se considera “diente de la suerte”, en Inglaterra posee connotaciones lujuriosas en las mujeres, en Finlandia las repercusiones son negativas calificando a estas personas como menos inteligentes y de clase socioeconómica baja³ y en la población india piensan que estas personas tienen menor éxito social⁸.

La búsqueda de la belleza en las mujeres de etnia africana ha motivado la creación artificial de ese diastema en la línea media central de hasta 4 mm con efectos secundarios indeseables, como sensibilidad dental, lesiones pulpares, cambio de color o infecciones cruzadas si no son realizadas en clínicas dentales^{1,7,9}.

Los ortodoncistas debemos ser respetuosos en la apreciación cultural y racial que presenta cada paciente y, dado que, la competencia cultural se centra en la educación y la concienciación de los clínicos¹⁰, la mejora de sus habilidades de comunicación debe ser parte de su formación. Los valores están incrustados en protocolos implícitos que regulan los comportamientos de manera convencional dentro de cada cultura.

Sin embargo, aunque un enfoque antropológico ofrece valiosos puntos de partida para las intervenciones, su amplio alcance supera los objetivos tradicionales de la educación para la salud (cambio en las creencias y asesoramiento sobre la salud). Las intervenciones no tendrán como objetivo informar a las personas, sino fusionar las nuevas apreciaciones

culturales con las tradicionales, logrando un cambio de estructuras culturales y sociales básicas, como por ejemplo el rol de género⁴.

Por lo tanto, los dentistas en general y ortodoncistas en particular debemos entender que la comunicación clínico-paciente es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos que tienen una visión del mundo diferente de la propia¹¹.

La percepción por ser aceptado el diastema central varía según el evaluador: un profesional dental no lo valora aceptablemente^{3,9,12} mientras que existe variabilidad en personas no profesionales la de salud¹² o en la población general, según la etnia a la que pertenece⁹.

El objetivo del presente estudio pretende compaginar el tratamiento ortodóncico propuesto en nuestra consulta con la concepción cultural que tiene la paciente de la presencia y tamaño de su diastema central superior.

2 | Material y métodos

Se expone el caso clínico de una paciente de raza negra tratada con brackets convencionales de la técnica MBT y secuencia de arcos acorde a la misma.

Caso clínico

Paciente de 32 años que acude a consulta para mejorar la posición de sus

dientes y, fundamentalmente, disminuir el tamaño de su diastema central. Refiere que tiene “los dientes para afuera y desordenados”.

La historia clínica no muestra antecedentes familiares ni personales de interés. Es respiratoria nasal y se cepilla tres veces al

día, signo positivo de alta colaboración imprescindible en el tratamiento.

La exploración extraoral revela un aspecto mesofacial con simetría y labios competentes. En sonrisa se observa elevación simétrica de las comisuras y el centro del diastema se sitúa centrado con la línea media facial. El perfil es convexo, el ángulo naso-labial (82°) y el mento-labial están disminuidos (91°). Los labios superior e inferior sobrepasan el plano estético de Ricketts (figs. 1 a 4).

En la exploración intraoral se aprecia buena coloración de mucosas. El diastema central es de 7,2 mm y la arcada superior es amplia (Mayoral de 49,8 mm) con forma parabólica; la discrepancia óseo-dentaria (DOD) de + 4,7 mm. La arcada inferior también es parabólica y su DOD de - 2,4 mm. La discrepancia de Bolton total es de 1,9 mm y anterior de 2,6 mm a favor de los dientes mandibulares.

Respecto a las relaciones oclusales, se observa una clase II molar y canina, incisivos superiores e inferiores protruidos, resalte aumentado de 5,6 mm y sobremordida de 1/2 corona. La curva de Spee es de 3,4 mm (figs. 5 a 9).

En la ortopantomografía se aprecia las ramas mandibulares cortas y simétricas, ausencia de los cordales inferiores y de reabsorciones radiculares (fig. 10). El análisis cefalométrico da como resultado una clase II ósea de causa maxilar, patrón mesofacial, Incisivos vestibulizados y protruidos, vías aéreas permeables y proquelia inferior (fig. 11).

En cuanto a los objetivos del tratamiento, además de establecer una relación oclusal adecuada (clase molar y canina, resalte y sobremordida, eliminar la discrepancia de Bolton, etc.), cerrar casi totalmente (conservar 2 mm) el diastema central como demanda la paciente y, mejorar de esta manera, tanto la estética facial como la de la sonrisa y de las proporciones dentarias (macro, mini y microestética facial).

En la planificación y secuencia del tratamiento se seleccionó la colocación de aparatología fija multibrackets de la técnica MBT. Inicialmente se colocó un arco de NiTi .014" superior e inferior para alinear y nivelar y cadeneta suave de canino a canino superiores para comenzar el cierre del diastema central y la disminución del resalte (figs. 12 a 18). La secuencia siguiente de arcos en esta fase (NiTi .016", .019" x .025") fue la recomendada según la filosofía de MBT. En la segunda fase, corrección de clase molar y canina, el arco utilizado fue de acero .019" x .025" que, junto con los elásticos intermaxilares de 3/16" y 4,5 oz con componente de clase II, se consiguió este objetivo. También se logró disminuir considerablemente el diastema según la medida que la paciente nos indicó (hasta los 2,7 mm), colocando un coil cerrado para preservar dicho espacio. Alcanzados estos objetivos, la paciente indica que, por motivos personales (boda inminente, relacionando la anchura del diastema con la dote que recibirá) desea que abramos el diastema que previamente habíamos conseguido reducir. Pasados cuatro meses, vuelve a solicitarnos que cerremos de nuevo el diastema, también por motivos

personales (se divorcia), con lo que accedemos por última vez a sus deseos. En la tercera fase, de acabado y detallado, se realizaron algunas compensaciones en los arcos de TMA .018" x .025" superior y .017" x .025" inferior para terminar el tratamiento. La retención se llevó a cabo mediante una férula superior de acero

trenzado de 6 hilos de .0195" seccionada a nivel del diastema, e inferior de .0175", ambas de canino a canino. Además, se elaboró un guarda o splint de 1 mm de grosor en cada férula, aconsejando su colocación únicamente nocturna durante un periodo de un año.

3 | Resultados

En las figuras 19 a 23 se muestran los objetivos cumplidos. Se ha conseguido corregir la clase molar y canina, el resalte y la sobremordida, solucionar las discrepancias óseo dentarias y la de Bolton, así como aplanar la curva de Spee.

La demanda del cierre parcial del diastema central también se ha cumplido (2,4 mm). La mejoría del aspecto facial en general, así como de la mini estética y microestética se aprecian en las figuras 24 a 27.

4 | Discusión

Se acepta que a menudo existe desacuerdo entre las opiniones de los pacientes y los profesionales en relación con la estética dental. Por lo que, los ortodoncistas pueden esperar que sus pacientes presten más atención a algunos factores estéticos dentales que a otros. Además, es importante definir los umbrales de aceptabilidad estética para los problemas faciales y dentales, es decir, el nivel mínimo de armonía que puede ser aprobado como placentero por un observador externo¹². Las percepciones y expectativas de los pacientes con respecto a su apariencia juegan un papel importante en la planificación del tratamiento¹⁴.

En la percepción del diastema, el umbral de aceptación para algunos autores (Kumar

y cols.)¹⁴ fue de 1,5 mm. Nouredine y cols.¹⁵ afirmaron que el ancho del diastema de la línea media tiene un impacto significativo en la estética de la sonrisa, incluso cuando se asocia con espacios laterales. El atractivo físico es una cuestión social importante en nuestra cultura y el rostro es una de sus características clave. El atractivo facial y el de la sonrisa, parecen estar fuertemente conectados entre sí. El hecho es que en las interacciones sociales la atención se dirige principalmente hacia la boca y los ojos del rostro del hablante. La boca es el centro de comunicación del rostro y, la sonrisa juega un papel importante en la expresión y apariencia facial. La percepción estética varía de persona a persona y está

influenciada por la experiencia personal y el entorno social de cada persona. Dentro de una cultura o sociedad determinada se adoptan definiciones comunes de atractivo facial y físico. También es cierto que los estándares de belleza cambian con el tiempo y entre culturas. Las diversas culturas del mundo, pasadas y presentes pueden diferir ampliamente en sus estándares de belleza.

La apariencia estética ha sido priorizada con mayor frecuencia en el tratamiento de ortodoncia, sin embargo, la percepción de un profesional no es la misma que la de un paciente. El concepto de belleza es subjetivo; cada persona tendrá una autopercepción diferente. Los investigadores prestan cada vez más atención a las valoraciones de los pacientes sobre la estética de la sonrisa¹⁶.

Si bien las percepciones sobre los diastemas de la línea media son multifactoriales y complejas, se han observado variaciones raciales y culturales en estas percepciones. Es una premisa común en las poblaciones occidentales que los diastemas en la línea media no son estéticos y deben eliminarse cuando sea posible o al menos reducirse a 1 mm o menos. Sin embargo, existen notables excepciones a esto en los medios de comunicación. Esta percepción se sustenta en la creencia de que cualquier diastema mayor a 1 mm distraería la vista, aunque en el estudio de Tanaka y colaboradores¹² encontraron que las personas no sanitarias aprecian el diastema cuando son superiores a 1.5 mm. Además, se ha señalado que la simetría y el paralelismo a lo largo de la

línea media son muy deseables, y las sonrisas que lo exhiben, junto con las dimensiones de los dientes que reflejan la proporción áurea, se consideran las más atractivas. Estos ideales estéticos se enseñan comúnmente en las facultades de odontología y se encuentran en libros de texto y artículos. Hay una clara falta de literatura fuera del mundo occidental y Medio Oriente en esta área.

En África occidental, las percepciones sobre los diastemas de la línea media y el espaciamiento en general difieren significativamente de las expresadas a menudo en la literatura. Una “brecha” a menudo se considera un signo de belleza y una indicación de riqueza y suerte futuras entre algunos grupos. Como resultado, las personas están menos preocupadas por la presencia de un diastema, siendo más comúnmente aceptados los diastemas más grandes^{1,9}.

Al planificar un caso de diseño de sonrisa, es importante que tengamos en cuenta los factores culturales y raciales relacionados con nuestros pacientes. Esta comprensión ayuda a informar nuestros planes de tratamiento y garantizar que nuestros pacientes tomen sus decisiones. Si bien para algunos pacientes recibir tratamientos dentales estéticos es un símbolo de estatus, es importante que reconozcamos que las opciones de tratamiento son específicas de cada paciente. Proporcionar una sonrisa que sea cultural y racialmente inusual puede provocar un desequilibrio¹¹. Otros autores³ refieren que la población occidental ve como anomalía el diastema central, y requieren el tratamiento por

motivos psicológicos, sociales y estéticos, dejando de lado lo funcional, lo que demuestra la percepción cultural de este.

En general, este diastema es preferido entre las mujeres, aunque algunos varones lo consideran una característica atractiva⁷, la prevalencia es mayor en mujeres de raza negra^{1,3} y en varones de raza blanca¹.

Algunos autores (Umana y cols. y Mabiaku y cols.)^{1,3} refieren que los dentistas en Nigeria no aceptan la creación de diastemas a través de tallados de los incisivos centrales, debido al riesgo de la pérdida de vitalidad del diente, por lo que más de la mitad de la población (52,1 %) acude a curanderos dentales.

5 | Conclusión

1. Los ortodoncistas son más críticos al evaluar las imágenes de la sonrisa en comparación con los dentistas generales y las personas no profesionales.
2. En el diseño de la sonrisa deben incluirse antecedentes culturales y raciales de los pacientes, y que sean ellos los que participen en la toma de decisiones del plan de tratamiento.
3. El diastema central presenta un valor estético para la población de raza negra, en especial para las mujeres, por lo que el

tratamiento no debe ser solo por parte del dentista, debemos ser conocedores de las normas y valores culturales que engloba su presencia o ausencia en toda la población.

4. En el tratamiento de ortodoncia debe incluirse los antecedentes culturales y raciales de los pacientes, debe estar presente una comunicación entre ambas partes (clínico y paciente) durante el plan de tratamiento.

Bibliografía

1. Umanah A., Omogbai A.A., Osagbemi B.: Prevalence of artificially created maxillary midline diastema and its complications in a selected nigerian population. African Health Sciences. 2015; 15:226-232.
2. Shrivastava R., Campeau R., Couturier Y., Torrie J., Girard F., Marie-Pierre B., et al.: Anthropological perspectives on Miyupimaatisiun and the integration of oral health in primary care in the Cree communities of Northern Quebec. PLoS ONE. 2020; 15(4): e0231406.
3. Mabiaku Y.O., Ibhawoh L.O., Ogbe B.: Prevalence and perception of midline diastema among students of Institute of Health Information Management, University

- of Benin Teaching Hospital (UBTH), Benin City, Edo State, Nigeria. *Nig J Dent Res.* 2017; 2(1):33-36.
4. Wies Weijts A. K., Reddy P., Meijer-Weitz A.: The benefits of anthropological approaches for health promotion research and practice. *Health Educ Res.* 2001;16(2):121-30.
 5. Hussain A., Ayub A. Farhan M. Etiology and treatment of midline diastema: A review of. *POJ.* 2013; 5:27-33.
 6. Kapusevska B., Dereban N., Zabokova-Bilbilova E., Popovska M.: The influence of etiological factors in the occurrence of diastema mediana. *Sec. Med. Sci.* 2014; XXXV-2:169-177.
 7. Ahiaku S., Millar B.J.: Diastemas de la línea media maxilar en sonrisas de África Occidental. *Revista Dental Internacional.* 2023;73(2):167-177.
 8. Al Taki A., Khalesi M., Shagmani M., Yahia I., Al Kaddah F.: Perceptions of Altered Smile Esthetics: A Comparative Evaluation in Orthodontists, Dentists, and Laypersons. *International Journal of Dentistry.* 2016; Article ID 7815274, 11 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7815274>.
 9. Arigbede A.O., Adesuwa A.A.: A case of quackery and obsession for diastema resulting in avoidable endodontic therapy. *African Health Sciences* 2012; 12: 77-80.
 10. Pizzo Reis P.M., Lima P., Pimentel Garcia F.C., Faber J.: Effect of maxillary median diastema on the esthetics of a smile. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.* 2020; 158(4): e37-42.
 11. Gentil García I.: "Competencia cultural en enfermería: población subsahariana". *Cultura de los Cuidados.* 2010; XIV (27):61-67.
 12. Tanaka O., Vitral R. W. F., Miyoshi C. S., Meira T. M., Camargo E. S., Pithon, M. M.: Laypeople's and dental students' perceptions of a diastema between central and lateral incisors: Evaluation using scanpaths and colour-coded maps. *Orthodontics & craniofacial research.* 2020; 23(4), 493-500.
 13. Parrini S., Rossini R., Castro Florio T., Fortini A., Deregibus A., Debernardi C.: Laypeople's perceptions of frontal smile esthetics: A systematic review. *Am J Orthod Orthop Dentofacial.* 2016;150(5):740-750.

14. Kumar S., Gandhi S., Valiathan A.: Perception of smile aesthetics among dental professionals and lay people in India. *Indio J Dent Res.* 2012; 23: 295.
15. Nouredine A., Fron Chabouis H., Parenton S., Lasserre J.F.: Laymen's aesthetic perception of various computer-generated diastemas: a pilot study. *J Prothesis Dent.* 2014; 112: 914-920.
16. Pitón M.M., Bastos G.W., Miranda N.S., Sampaio T., Ribeiro T.P., Nascimento L.E., et al.: Aesthetic perception of the black spaces between the upper central incisors by different age groups. *J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013;143: 371-375.











