



Rev Mex Med Forense, 2019, 4(suppl 2):19-21

ISSN: 2448-8011

Curva de Spee en dentición temporal

Artículo Original

Spee curve in temporary dentition

Vaillard Jiménez, Esther¹; Lezama Flores, Gloria²; Carrasco Gutiérrez, Rosendo²; Moyaho Berna, Ma. Angeles³; Vidal, Víctor⁴; Cabrera Bello, Shirley⁴.

¹ Doctora en Investigación y Docencia, docente de la Fac. de Estomatología BUAP

² Maestros en Salud Pública, docente de la Fac. de Estomatología BUAP

³ Doctora en Ciencias de la salud, docente de la Fac. de Estomatología BUAP

⁴ Especialista en Ortodoncia y Ortopedia maxilofacial, docente de la Fac. de Estomatología BUAP

Corresponding author: Esther Vaillard Jiménez. evaillard@gmail.com

RESUMEN

Introducción En la dentición temporal se considera que la curva Spee es inexistente porque se relaciona con el desarrollo del cóndilo anterior de la cavidad glenoidea modificando el recorrido mandibular durante la masticación. **Objetivo.** Analizar la frecuencia, riesgos y características de la

curva de Spee en la dentición temporal. **Material y método.** En un estudio clínico, transversal, prospectivo y analítico, se analizó una muestra probabilística estratificada por sexo de 140 juegos de modelos de dentición temporal completa, sin cavidades de la población infantil de 3-5 años de edad. Las variables analizadas

fueron Curva Spee, plano terminal, facetas de desgaste y sobre mordida vertical. **Resultados.** Se probó la hipótesis de dependencia de la curva Spee respecto al tipo de plano terminal ($X^2=7.104$, $p=0.01$, $GI=1$) Tasa de prevalencia de la curva Spee=43.47%. Su asociación con planos terminales rectos es $RM=3.96$ y con mordida profunda: $RM=2.89$ **Discusión.** Existen escasos autores que consideran a la curva Spee como una característica de la dentición temporal y muchos la ignoran en los análisis dentales. **Conclusiones.** La curva de Spee se encuentra presente en la dentición temporal y responde a la necesidad de compensar la trayectoria condilar, propicia la máxima intercuspidización y provoca facetas de desgaste y des oclusión protrusiva. Palabras clave. Dentición temporal, Curva de Spee, Mordida profunda

INTRODUCCIÓN.

Es necesario abordar la oclusión de la dentición temporal desde la perspectiva tridimensional enmarcada en el contexto de la función. (Ramírez & Ballesteros, 2012). La oclusión debe interpretarse como la armonía funcional de los componentes del aparato estomatognático, debe permitir contactos oclusales bilaterales, simultáneos y estables para que las fuerzas oclusales sean axiales y permita la oclusión mutuamente protegida que asegure el equilibrio y estabilidad biomecánica mandibular. (Guerrero, Marín, & Galvis, 2013), (Hidalgo & Vicahuaman, 2009). Los O.D se desgastan de acuerdo a su morfología y a las relaciones interoclusales determinadas durante la masticación. (Guiglione, Bessone, & Juárez, 2014). Se considera que en el niño la articulación temporomandibular la cavidad glenoidea es casi plana sin curva de Spee (Muñio-

Eduardo, González-Zanone, Zaleski, & Gumiela, 2017), y se reconoce como una línea imaginaria que se traza a través de las cúspides vestibulares de todos los órganos dentales del segmento posterior, de lo que se obtiene una línea curva que resulta ser cóncavo en el arco mandibular y convexa en el maxilar. (Okeson, 1995) Los molares temporales son considerados como estables verticalmente (Ferriz, Oteo, Mateos, & Sanz, 2003), (Barbería-Leache, Boj-Quesada, Catalá-Pizarro, García-Ballesta, & Mendoza-Mendoza, 2001), su estabilidad vertical se presenta siempre con independencia de la relación sagital de los maxilares (Escobar, 2013). El problema que se aborda es la falta de análisis de las relaciones funcionales durante la masticación de la dentición temporal y la presencia de la curva de Spee.

OBJETIVO.

Analizar la frecuencia, riesgos y características de la curva de Spee en la dentición temporal

MATERIAL Y MÉTODOS.

En un estudio clínico epidemiológico, descriptivo, transversal, prospectivo y analítico, realizado durante el año 2018, aprobado por el comité de investigación y ética de la Facultad de Estomatología de la BUAP, se analizó una muestra probabilística heterodémica y multicéntrica de 140 juegos de modelos de dentición temporal estratificada por sexo. Se integraron al estudio modelos dentales de niños y niñas con dentición temporal completa, con edades entre los 3 y 5 años. Las variables de interés facetas de desgaste, mordida profunda, ángulos de incisivos y curva de Spee fueron medidas por un solo observador ($k=.8997$)

RESULTADOS.

Se identificó mordida 100% profunda en el 34% de las mujeres, y en el 37% de los hombres. La tasa de prevalencia de la mordida profunda fue 27.7% < 36% < 44%. La ausencia de la curva de Spee en las mordidas profundas identificadas afectó al 27% de las mujeres y al 40% de los hombres. La prueba X^2 de independencia tuvo un valor de 6.067 donde $p=0.05$ a $G=1$. El valor de la razón de momios entre las variables mordida 100% profunda y la ausencia de la curva Spee en este estudio fue $2.093 < 2.891 < 3.688$. El riesgo de carecer de curva de Spee en las mordidas profundas es de $1.49 < 1.615 < 1.739$. En todos los casos de mordida profunda no se identificaron facetas de desgaste. El valor promedio de la angulación de los incisivos en la mordida profunda es de 88.0° (IC95% = ± 0.01) para los superiores y 88.88° (IC95% = ± 0.24) para los inferiores.

DISCUSIÓN.

La curva de Spee está presente en la mayoría de los casos analizados. Se identificaron las facetas madurativas o funcionales que la literatura refiere como exclusivas para la dentición permanente. En la mordida profunda no existe la curva de Spee y tampoco hay desgastes dentarios debido a la angulación de incisivos

REFERENCIAS

1. Barbería-Leache, E., Boj-Quesada, J., Catalá-Pizarro, M., García-Ballesta, C., & Mendoza-Mendoza, A. (2001). *Odontopediatría*. Barcelona: Masson.
2. Escobar, P. (2013). La curva de Spee. Etiología y prevención en ortodoncia. *Gaceta Dental*, 120-131.
3. Ferriz, J., Oteo, A., Mateos, L., & Sanz, M. (2003). Erupción pasiva alterada. Sus implicaciones clínicas y terapéuticas. *Periodoncia clínica paso a paso*. *Periodoncia*, 105-120.
4. Guerrero, C., Marín, D., & Galvis, A. (2013). Evolución de la patología oclusal: Una revisión de la literatura. *J. Oral Res*, 77-85.
5. Guiglione, M., Bessone, G., & Juárez, R. P. (2014). Morfología dental en contextos clínicos, antropológicos y forenses. *Rev. Estom. Herediana*, 194-198.
6. Hidalgo, L. I., & Vicahuaman, B. J. (2009 19(2)). Oclusión en prótesis total. *Rev. Estomatol. Herediana*, 125-130.
7. Muiño-Eduardo, J., González-Zanone, F., Zaleski, P., & Gumiel, M. (2017). Curva de Spee. Causas y tratamiento de su descompensación. *RAAO*, 47-55.
8. Okeson, J. (1995). *Oclusión y afecciones temporomandibulares*. U.S.A: Mosby/Doyma.
9. Ramírez, L., & Ballesteros, L. (2012). Oclusión dental: ¿Doctrina mecanicista o lógica morfo-fisiológica? *Int. J. Odontostomatology*, 205-220.