

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología



ORTODONCIA PREVENTIVA

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

Benjamín Montes Galeana

15066

México, D. F.

1970



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION.**CAPITULO I****ECUACION DE ORTODONCIA:**

- A.- CAUSA
- B.- TIEMPO
- C.- TEJIDOS
- D.- RESULTADOS

CAPITULO II**HISTORIA CLINICA****CAPITULO III****TRATAMIENTO DE MALOCLUSIONES**

PLACA DE HOWLEY, PROTECTOR BUCAL.
PLANO INCLINADO. TRAMPA LINGUAL.
OBTURADOR BUCAL O PLACA VESTIBULAR,
ETC.

CONCLUSIONES.**BIBLIOGRAFIA.**

I N T R O D U C C I O N .

Es de vital importancia que el Odontólogo - de practica general entienda los problemas que implica el crecimiento y desarrollo de los maxilares así como los tejidos que en ellos existan en los niños, para que este en disposición de diferenciar un caso en que la dentición definitiva corrija espontáneamente una maloclusión; que la misma dentición opere favorablemente respecto a corrección y estos, de otro caso en que desgraciadamente la maloclusión se acentua por los cambios que implica la erupción de piezas permanentes.

Las medidas preventivas que exponremos en el transcurso de este trabajo no son generales, es to es que debemos ser parcós en su uso y aplicarlos únicamente en anomalías o mal posición que necesite el definitivo tratamiento ortodoncico.

CAPITULO I

ECUACION DE ORTODONCIA

CAUSAS Y ENTIDADES CLINICAS.

Con esta breve descripción de la ecuación - ortodónica, estamos ahora en situación de discutir los diversos grupos de causas y sus manifestaciones clínicas específicas. En ciertos casos se sabe lo suficiente acerca del efecto de alguna causa específica sobre el patrón del crecimiento de la cara, pero la mayor parte de las veces se está obligado a generalizar y agrupar para su estudio, causas semejantes. Ahora se comprende como en un estudio etiológico es mejor agrupar factores originales semejantes que agrupara resultados clínicos parecidos.

HERENCIA.

El hecho de que a menudo se encuentre un padecido familiar en el arreglo de los dientes y en el contorno facial es bien conocido porque la herencia ha sido señalada desde hace tiempo como una causa importante de maloclusión.

Las alteraciones de origen genético pueden hacer su aparición prenatalmente o manifestarse varios años después del nacimiento, sucede como con algunos patrones de erupción dental. Cualquier patrón de crecimiento facial, transmitido genéticamente en realidad será afectado y alterado por causas ambientales, prenatales y posnatales.

Este tema ha sido de objeto de varios estudios de parte de dentistas y genetistas.

FALTA DE DESARROLLO DE ORIGEN DESCONOCIDO.

Se debe principalmente anomalías que se originan en la falta de un tejido embrionario, o que parte de él, no se diferencia adecuadamente. La mayor parte de estas alteraciones hacen su aparición prenatalmente y constituyen grandes defectos de tipo raro o poco frecuentes.

Ejemplo de ellos son:

Ausencia de ciertos músculos, fisuras faciales, micrognacia ligodonzica y anodoncia.

TRAUMATISMOS.

El traumatismo prenatal sobre el feto y los daños posnatal se pueden ocasionar la deformación-dento-facial.

a.- Traumatismo prenatal y lesiones durante el nacimiento.

1.- Hipoplasia de la mandíbula.

Esto puede ser causado por una presión o -traumatismo intrauterino durante el parto.

2.- Micrognacia.

Esta es una inhibición de crecimiento de las mandíbulas por la anquilosis de la articulación temporomandibular.

3.- Protracción maxilar.

Durante el parto es una costumbre común - del obstetra poner el dedo medio de la mano dentro de la boca del niño, colocarlo debajo del proceso alveolar maxilar y así sacar la cabeza. Puesto que la sutura premaxilo está abierta y el esqueleto facial es muy plástico en su totalidad, desde el punto de vista ortodoncista esta costumbre es abominable.

El resultado puede ser una deformación aparente de la parte superior de la cara.

4.- Parálisis muscular.

Este puede deberse a la lesión del nervio, aunque esto sucede generalmente no es permanente.

5.- Posición del feto.

La rodilla o la pierna a veces pueden hacer presión sobre la cara en tal forma que ocasionan un retardo del desarrollo mandibular.

b.- Traumatismo Posnatal.

1.- Fracturas de maxilares y dientes.

2.- Hábitos.

Esto puede producir un traumatismo de gra-

do ligero que actúa durante cierto período.

1.- Método de Crianza.

Los niños alimentados por pecho materno se dice que tiene menor número de maloclusiones que los alimentados con botella. Esto puede deberse al estímulo fisiológico del tejido, puesto que se necesita una acción muscular más vigorosa para la succión; pero es posible que se deba principalmente al hecho de que los niños pequeños alimentados con botella desarrollan bastante más los hábitos de chupeteo del dedo pulgar o de otros dedos.

2.- Método de Respiración.

La respiración anormal trastorna el equilibrio muscular de la cara y modifica por lo tanto, - el crecimiento facial.

3.- Hábitos.

Todos los hábitos tiene su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones-reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden.

Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de las mandíbulas; por ejemplo, la acción normal de los labios y la masticación adecuada. Los hábitos de presión anormal que pueden interferir en el patrón regular del crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseados. Los efectos de-

una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento anormal o retardado del hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicológicos. Todos los hábitos de presión anormal deben estar relacionados con hambre o con deseo de llamar la atención. Los niños alimentados con botella muestran más frecuentemente hábitos de succión, si la botella ha sido usada como un medio para aquietarlos o inducirlos al sueño. Una vez que ha terminado la crianza el niño aprende a chuparse el dedo pulgar u otro dedo al ir a dormir.

Numerosas madres dirán que sus hijos nunca se chupan el dedo, excepto cuando se van a la cama a dormir. Otros niños aprenden tempranamente que la forma más segura de atraer la atención de sus padres es chuparse el dedo. Estos hábitos son aprendidos tempranamente en la vida, debido al sistema neuromuscular y desaparecen alrededor de los cuatro años. Desafortunadamente pocos dentistas ven a los niños antes de esa época y el pediatra o el médico de cabeza que atiende a los niños pequeños no suelen hacer caso de las posibles complicaciones dentales que resultan de estos hábitos. Más tarde el dentista olvida fácilmente que la intervención brusca de hábitos que ha estado activo durante años, tiene gran influencia psicológica sobre el niño. Es cierto que muchos de ellos pueden practicar hábitos de succión sin deformidad dento-facial patente, también es -

cierto que los hábitos de presión son de la succión son causa directa de las peores formas de la maloclusión.

a.- Chupeteo del pulgar u otro dedo.

La mayor parte de los niños pueden, presentar durante algún chupeteo digital pero la mayoría de estos hábitos desaparecen alrededor de los cuatro años. El niño lo acompaña en vez de la mamila cuando está hambriento o cansado o como un consuelo después de haber sufrido un regaño.

El tipo de la maloclusión que se desarrolla depende de la posición del pulgar u otros dedos, de las contracciones acompañadas de los músculos de los carrillos, y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo. La mordida abierta constituye en la región anterior de los arcos el problema clínico más frecuente.

La retracción de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano y del brazo la fuerzan continuamente a adoptar una posición en retrusión. Cuando los incisivos son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está manten contra el paladar. La fuerza de los músculos de los carrillos, que originan la succión produce contracción del arco maxilar.

Al producir estas alteraciones de los maxilares a menudo se hace imposible que el piso nasal baje a la posición deseada. El labio superior se vuelve hipotónico, la inferior se le -

va presionando bajo los incisivos maxilares y de este modo se establece la deformación. Algunas maloclusiones por hábito de chupeteo pueden corregirse por sí mismas al interrumpirse dicho hábito de chupeteo, pero por desgracia muchos necesitan tratamiento ortodóncico. Si el hábito continua por cierto tiempo puede acompañarse de otros. Los hábitos son los hábitos accesorios típicos, estirarse un mechón de pelo, acariciarse la nariz con el dedo índice, o dar de tirones al lóbulo de la oreja. Muchos niños muestran dificultad para dormirse a menos que se chupen el dedo pulgar u otro dedo y si el permite al mismo tiempo acariciar cierto juguete de lana favorito o hasta algún trapo viejo suave.

b. - Lengua Protractil.

Este hábito a menudo se acompaña o queda como residuo de chupeteo de algún dedo, pero también puede ser causado por amígdalas hipertroficadas o hipersensitivas.

Cuando el niño traga, normalmente sus dientes entran en contacto, los labios se cierran y la lengua se mantiene contra el paladar, en la parte posterior de los dientes anteriores.

b.1.) - Cuando las amígdalas están inflamadas y dolorosas, los lados de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas.

b.2.) - Esto produce dolor y por un movimiento reflejo la mandíbula deciente, los dientes -

quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos momentos de la deglución.

Dicho de otra manera, el dolor de la garganta origina la formación de un nuevo reflejo de deglución y los dientes se acomodan a la nueva presión adicional que es aplicada. Pueden observarse otros hábitos de la lengua por ejemplo, cuando descansa entre los incisivos que crea mordida abierta anterior, o cuando se colocan los bordes entre los dientes superiores e inferiores de la región de los premolares se produce mordida abierta sólo en los segmentos laterales.

Chupeteo y mordida del labio.

El chupeteo de labios puede observarse aislado o acompañado al chupeteo del dedo, casi siempre se trata del labio inferior, aunque a veces se observan hábitos de morder el superior.

Cuando el labio inferior se mantiene repetidamente debajo de la región anterior de los dientes maxilares, el resultado es la labioversión de dichos dientes, a menudo una mordida abierta algunas veces linguoversión de los incisivos mandibulares.

c).- Postura

Las personas que adoptan una postura corpo

ral inadecuada pueden presentar una posición mandibular defectuosa. Ambas pueden ser expresiones de salud precaria. Por otro lado la persona que se mantiene recta con su cabeza bien colocada sobre la columna, mantendrá casi reflejamente su mandíbula hacia adelante - una posición. La postura es expresión de los reflejos musculares, principalmente de origen propioceptivo y como tal, un hábito susceptible de cambios y correcciones quirúrgicas.

d).- Mordida de las uñas.

Morderse las uñas ha sido mencionado frecuentemente como una causa de la maloclusión. La maloclusión asociada con este hábito tiende a ser de naturaleza más localizada que la observada anteriormente en los otros hábitos de presión. Los niños con alta presión nerviosa adquieren a menudo este hábito y es frecuente que ocurra en ellos un desgaste social psicológico que tiene mayor importancia clínica - que el hábito, que solo constituye un síntoma de su problema fundamental.

4.- Otros Hábitos.

Con frecuencia se ha señalado a este respecto las posiciones adoptadas durante el sueño, mantener constantemente a un niño pequeño en decúbito sobre una superficie dura y plana puede moldear la cabeza aplanando el occipucio o produciendo asimetría.

ENFERMEDAD.

a).- Enfermedades generalizadas.

Cualquier trastorno que afecto el ritmo del crecimiento del cuerpo puede influir también en la región facial. La sídilis y las enfermedades febriles graves en la primera infancia son los mayores agresores, con excepción de las condiciones atribuidas a deficiencias nutricionales. El efecto de las enfermedades generalizadas es disminuir el ritmo del incremento de los huesos faciales.

Si la enfermedad es corta lo perdido puede recuperarse más tarde.

En relación con esto es conveniente el tener presente el porcentaje de dimensión facial definitiva alcanzado en distintas edades de interés clínico.

b).- Trastornos endócrinos.

Desde los primeros días de la concepción los trastornos del sistema endócrino pueden afectar grandemente el crecimiento facial.

Prenatalmente el trastorno mayor se manifiesta por hipoplasia de los dientes. En el recién nacido los trastornos endócrinos pueden retardar o acelerar la dirección del crecimiento facial pero ordinariamente no lo altera. El tiempo en que se cierran las suturas, la época y la erupción de los dientes y el

ritmo de la reabsorción de los dientes de leche pueden afectar el ritmo osificación de los huesos. La membrana periodontal o la encía son sumamente sensibles a los trastornos endócrinos y por ello los dientes se ven afectados patognomónica de cualquier trastorno endócrino específico.

c).- Enfermedades localizadas.

- 1.- Enfermedades nasofaríngeas y trastornos en la función respiratoria, pueden afectar el crecimiento de la cara todos los fenómenos que se oponen a la fisiología respiratoria normal. Las personas que respiran por la boca muestran un porcentaje alto de maloclusión.

Generalmente no se observa un solo tipo de maloclusiones, porque el trastorno inicial que conduce la respiración bucal puede ser alguno de que a continuación se mencionan.

El carácter físico de los alimentos y la importancia de una vigorosa masticación.

Se ha demostrado que la ingestión de la vitamina D esta directamente relacionada con la erupción de los dientes, ya que es un factor importante en la absorción del fluor en la prevención de las caries dental.

No hay tipos de maloclusión patogénicos de cualquier trastorno nutricional específico pero esto no quita importancia a la buena nutrición relacionada con patrones faciales deseados.

bles.

INFECCION DE LA REGION DEL OIDO.

La otitis media y la mastoideitis, en la época en que no se podían tratar fácilmente, llegaron a producir complicación infecciosa de la cápsula de la articulación, terminando en anquilosis.

DIENTE.

Es un órgano duro incluido en los alvéolos de la mandíbula y el maxilar que sirven para la masticación este órgano está compuesto de esmalte, cemento, dentina y pulpa dentaria. Su pulpa es un tejido conjuntivo de origen mesenquimatoso, donde están contenidos los odontoblastos y el parenquima pulpar.

Odontoblastos:

Son células fisiformes con dos prolongaciones una central y otra periferia los cuales se van a encontrar adosados a la periferia de la pared pulpar.

Funciones de los Odontoblastos

- a).- Sensorial
- b).- De Defensa
- c).- Nutritivo

El parenquima pulpar se halla envuelto de tejido conjuntivo y esta compuesto de vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios, substancia intersticial células conectivas o de KORFF e Istéocitos.

CARIES

En la mayoría de los países donde la población subsiste con régimen dietético excelente es la caries dental el único factor etiológico de gran importancia de la deformidad dento-facial, responsable de la pérdida prematura de los dientes temporales, de desluzamiento de los dientes permanentes y de otros estados. Aunque la caries no es la única causa de estos trastornos se la considera como la más importante.

TIEMPO

Ecuación de maloclusión - causas + tejido = resultado.

El factor tiempo tiene dos componentes en el desarrollo de las maloclusiones: El período durante el cual actúa la causa, y la edad en que se observan.

Debe recordarse que no siempre es continuo el espacio de tiempo durante el cual una causa puede estar actuando.

En realidad, puede cesar y recurrir en forma intermitente. Desde el punto de vista etiológi-

co la división más útil de los componentes de la edad se ocasiona en causas que actúan prenatalmente y en aquellas cuyo efecto se aprecia sólo después del nacimiento. Resumiendo podemos decir que la causa puede ser continua o intermitente y puede mostrar sus efectos ya sea prenatal o posnatalmente.

AGENTES FISICOS PRENATALES Y POSNATALES

a.- Prenatales.

Son factores que actúan antes del nacimiento: Traumatismos, Medicamentos, Radiaciones Patológicas.

b.- Posnatales.

Son factores que actúan después del nacimiento.

1.- Estracción prematura de los dientes de leche.

Puesto que esto suele deberse a caries se estudia en el capítulo de esa enfermedad.

2.- Se ha observado muchas veces que la falta de alimento duro y tosco, en la dieta que necesita de masticación cuidadosa, es un factor en la producción de insuficiencia de los arcos dentarios. Las personas que se alimentan a base de dietas primitivas fibrosas estimulan los músculos a un trabajo mayor y aumenta así la carga de la función de los dientes. Este tipo-

de dieta, por lo general produce menos caries- (menor sustrato para organismos), un grupo medio de anchura mínima de el arco y un desgaste mayor de los superficies oclusionales de los dientes. Parecen concluyentes las pruebas de que nuestra dieta, altamente refinada, suave y de papilla tiene un papel dominante en la etiología de las maloclusiones. La falta de función adecuada conduce la contracción de los arcos dentales a insuficiente desgaste oclusal y falta de ajuste oclusional normalmente observando en la dentición ya desarrollada.

TEJIDOS AFECTADOS

SISTEMA NEUROMUSCULAR.

- 1.- Posición y conformación de la musculatura facial.

En ellas se muestran tanto las tendencias raciales como familiares.

- 2.- Tamaño de la lengua.

Hay ciertos indicios de que el tamaño de la lengua puede estar bajo el control de los genes.

- 3.- Estados patológicos musculares raros.

Un ejemplo de estos lo constituye la ausencia-congénital de un músculo o parte de él.

HUESO.

1.- Tamaño, micrognacia y macrognacia.

2.- Forma.

a.- Patrones familiares y raciales de conformación, semejantes.

b.- Fisuras faciales que alrededor de una tercera parte se considera de origen genético.

3.- Posición.

a.- Prognatismo mandibular.

b.- Retrusión mandibular.

c.- Prognatismo maxilar.

d.- Prognatismo bimaxilar.

4.- Número.

a.- Agnacia.

Emiagnacia.

b.- Dientes.

1.- Tamaño.

a.- Microdoncia.

b.- Macrodoncia.

2.- Forma: Tubérculos de Carabell: incisivos en forma de clavija.

3.- Posición.

Cientos patrones de erupción y caída de dientes son de origen genético.

Da lugar a características propias en la posición de los dientes permanentes.

4.- Número.

a.- Oligodoncia.

b.- Anodoncia.

c.- Partes blandas además de nervios y músculos.

1.- Fisuras faciales.

2.- Macrostomia y microstomia.

HUESO.

Puesto que los huesos de la cara (principalmente los maxilares y la mandíbula) sirven de base a los arcos dentales, es fácil observar como las alteraciones de su crecimiento influyen enormemente sobre la eficacia y función de la oclusión. - - Cuando uno de estos huesos es pequeño será insufi-

ciente al soporte óseo radicular de la cara correspondiente. Esta perturbación clínica se observa frecuentemente.

El verdadero prognatismo mandibular (Clase - III de Angle) Fig. se debe principalmente a la hipertrofia de la mandíbula.

Otros problemas ortodóncicos están relacionados con la forma o con formación del hueso, como es el caso de maxilares estrechos con bóveda palatina alta. La relación entre maxilares y mandíbula, y de ambos en el cráneo es de interés ortodóncico, porque la posición defectuosa de algún hueso, produce maloclusión y disfunción. En caso poco frecuente se encuentra un hueso o parte de él. La muestra como el grupo de casos iniciales actuando sobre el hueso como sitio etiológico primario de origen a problemas ortodóncicos clínicos.

DENTAL

Los dientes pueden ser el sitio primario de etiología de la deformidad dento-facial, con muy variadas formas. Se observan frecuentemente grandes variaciones en tamaño y forma y siempre hay que tomar en consideración el aumento o la disminución en el número normal de los dientes lo cual originará una maloclusión, una difusión o ambas anomalías. Es tan patente como causa la posición anormal, que no merece la pena insistir en ella. A menudo se observa la posibilidad de que la malposición de los dientes pueda dar lugar a difusión y por lo tanto altere el crecimiento de los huesos.

El papel de los tejidos blandos en la etiología de la maloclusión exceptuando los neuromusculares ya que no está todavía claramente definida y no es tan importante como en sitios expuestos previamente.

Los cambios en la membrana peridental, mucosa, piel, tendones, ligamentos, tejidos sinovial y aponeurosis si tiene una acción indudable sobre la función fisiológica del sistema masticatorio.

El factor que altere o trastorne en forma apreciable el estado fisiológico de dicho sistema puede señalarse como un factor etiológico de importancia.

ENCIA

Es la parte de la mucosa unida a los dientes y los procesos alveolares de los maxilares.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Su color en terminos saludables debe ser rosado pálido, el contorno papilar debe llenar los espacios interproximales hasta el punto de contacto.

EL CONTORNO MARGINAL

La encía debe afirmarse hacia los contornos para terminar en un borde delgado.

En sentido mesio-facial los márgenes gingivales deben tener formas festoneadas.

TESTURA

Por lo general punteado en diversos grados se describe como aspecto de cascara de naranja.

CONSISTENCIA

La encía de ser firme y la parte insertada fuertemente unida a los dientes o unida al hueso alveolar adyacente.

SURCO

El surco es el espacio entre la encía libre y el diente.

Su profundidad saludable debe de ser de 1 - mm.

OCLUSION

La oclusión dentaria, es la posición recíproca en que quedan los dientes de un arco respecto del otro.

Esta posición es la que permite el mayor número de puntos de contacto entre los dientes de uno y otro arco.

RESULTADO

Definición de Maloclusión:

Son irregularidades de las partes blandas y de los maxilares, de los dientes y de las articulaciones temporomaxilares que necesariamente alteran la situación recíproca normal de los dientes cuando se ponen en posición de máximo contacto.

Maloclusión Ligera.

Maloclusión Moderada.

Maloclusión Severa.

CAUSA= A (1)	TIEMPO (2)	TEJIDO (3)
Herencia Congénita Medio Ambiente Adquirida (Generales Locales)	Prenatal Posnatal Intermitente y continua	Neuromuscular Oseo Dental Blandas (encia)
(4) RESULTADO: MALOCLUSION Ligera Moderada Severa		

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

Nombre

Edad

Ocupacion

Domicilio

1.- Historia Médica.

Estado actual de salud.

Cuando fué su último examen médico?

Está bajo tratamiento médico?

Se le han realizado operaciones?

Es alérgico a alguna droga (aspirina, penicilina, sulfamidas, otros medicamentos?)

Ha experimentado reacciones a la Anestesia Dental?

Tiene Diabetes?

Presión Alta (Hipertensión),

Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades (fiebre reumática, discrasia sanguínea, antecedentes de cardiopatías, apoplejía, amigdalas)?

Presenta algún trastorno del aparato Digestivo?

Enfermedades pulmonares, nerviosas?

2.- Examen Bucal

Labios (color, morfología, textura, etc.)

Higiene Bucal (buena, regular, mala)

Encía (color, forma, etc.)

Tamaño y forma de la lengua.

Cantidad de Dientes presentes (dentición primaria, permanente o mixta).

Registro de cualquier anomalía de tamaño, forma y posición.

Estado de los Dientes (caries, obturaciones, etc.)

Hábitos (succión de lengua, pulgar, carrillos, respiración bucal, postura, etc.)

Clasificación de las maloclusiones con los dientes en oclusión (clasificación de Angle).

Clase I

Clase II

Clase III

3.- Modelos de Estudio.

4.- Examen Radiográfico

a) Radiografías intraorales

b) Radiografías cefalométricas

5.- Fotografías.

C A P I T U L O I I I

T R A T A M I E N T O D E M A L O C L U S I O N E S

CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES

Tratemos en éste estudio de intercalar - un sumario etiológico respecto a la variedad de - tipos de maloclusión y además de hacer hincapié - en las medidas que el cirujano dentista de prácti - ca general puede y debe adoptar para reconvenir - una maloclusión incipiente y prevenir una maloclu - sión factible.

El Dr. Edwar Harty Angle, dentista nortea-
americano considerado como el fundador de la orto-
doncia moderna (1855-1930); divide los tipos de -
maloclusión en tres clases, basándose en la rela-
ción Mesio-Distal existente entre piezas distales
y maxilares, determinada por la situación mesio-
distal de todos los primeros molares permanentes.

CLASIFICACION DE ANGLE.

Esta clasificación se basa en las relacio-
nes anteroposteriores de ambos maxilares.

Originalmente, Angle lo limita a la rela- -
ción de la mandíbula con el arco dental superior.-
Hoy se usa generalmente para relacionar la mandíbu
la con los maxilares. Más específicamente, la rela
ción entre los primeros molares permanentes maxila
res y mandibulares, es la clave.

CLASE I (Neutroclusión)

Aquellas maloclusiones en las que se obser-

va una relación anteroposterior normal entre los maxilares y la mandíbula pertenecen a esta clase.- El borde triangular de la cúspide mesiobucal del primer molar perteneciente superior, articula con la fisura bucal del primer molar perteneciente inferior.

CLASE II (Distoclusión)

Forman esta clase aquellas maloclusiones en las que se observa una relación distal de la mandíbula con los maxilares,

La fisura mesial del primer molar inferior permanente se articula posteriormente a la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.

Tipo 1o. Es la distoclusión en la que los incisivos superiores están típicamente en labioversión exagerada.

Tipo 2o. Es la distoclusión en la que los incisivos centrales superiores son casi normales en su relación antero-posterior o presentan linguovisión ligera, mientras que los incisivos laterales superiores se han inclinado labial y mesialmente.

Subtipos: Cuando la distoclusión ocurre en un solo lado del arco dental constituyen un subtipo.

CLASE III

Aquellas maloclusiones en las que existe una relación mesial entre mandibular y maxilares. - La fisura mesial del primer molar permanente mandibular se articula anteriormente con la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.

RADIOGRAFIAS

Las radiografías son de gran valor de diagnóstico cuando se correlaciona con el examen bucal visual.

Las radiografías proporcionan la siguiente información:

Dientes ausentes, dientes supernumerarios y retenidos, calidad del hueso alveolar, de la lámina dura y del periodonto. Relación entre corona y raíz, forma y longitud de la raíz, tratamientos de endodoncia, caries, infecciones apicales, abscesos, quistes, granulomas, fracturas radiculares, raíces primarias retenidas.

Durante el período de detención mixta, las radiografías son de gran ayuda para comprobar el orden de erupción.

RADIOGRAFIA CEFALOMETRICA

La cefalometría, es el estudio de una telerradiografía craneal de perfil para observar el te

jido de señalar ángulos y planos trazados desde - distintos puntos para efectos de medirlos, y estudiar las modificaciones del crecimiento y desarrollo normal del individuo y la magnitud de las anomalías.

Para realizar el examen cefalométrico, es - necesario el reconocimiento de ciertos puntos, planos y ángulos del cráneo. Los puntos y mediciones cefalométricas, están basadas en mediciones antropométricas.

Utilizando combinaciones de medida longitudinal y de ángulos que emplean varios puntos y - marcas, la cefalométrica brinda una valiosa información en:

- 1.- Crecimiento y desarrollo
- 2.- Anormalidades craneofaciales
- 3.- Tipo Facial
- 4.- Análisis y diagnóstico
- 5.- Informes progresivos
- 6.- Análisis funcional

Los puntos cefalométricos, basados en mediciones antropométricas y sobre los cuales se trazan los planos de ángulos correspondientes para determinar lo normal de lo anormal, son:

- S.- Silla turca
- N.- Nasion
- O.- Orbital

Po.- Porion, parte más superior del conducto auditivo externo.

Bo.- Botón

ENA.- Espina nasal anterior

ENP.- Espina nasal posterior

A.- Parte anterior y profunda del maxilar

B.- Parte más profunda y anterior de la mandíbula

Pg.- Pogonion

M.- Parte inferior de la mandíbula

Ge.- Genion

Gn.- Gnathion, se origina de la intersección del plano facial y mandibular.

Planos y Angulos Cefalométricos.

Los planos y ángulos se utilizan para orientar la cabeza correctamente en el espacio ubicar las anomalías dentofaciales, como también medir su magnitud.

La Placa Howley:

Este retenedor es un aparato removible de plástico y alambre utilizado para retener las nuevas posiciones de los dientes después de completada la terapia ortodóncica activa. El aparato superior puede o no llevar un plano de mordida. Se usan distintos tipos de alambres labiales dependiendo de la elección de los movimientos dentarios que se han realizado. Es retenido con ganchos en

molares.

La espátula lingual como palanca, es una manera de corregir mordidas cruzadas anteriores. Los casos, en los que el incisivo maxilar esté aún brotando y esté recién atrapado en lingual en relación con los incisivos, inferiores, pueden tratarse con el uso de una espátula lingual funcionando como placa. Deberá instruirse al paciente y a sus padres sobre cómo presionar al paciente y a su espátula lingual, y se inserta la otra extremidad entre los incisivos superiores e inferiores. Todos los ejercicios de este tipo deberán hacerse en ciertos períodos del día y con una frecuencia; de otra manera, el paciente lo olvidaría, perdería el interés y no tendría una disciplina clara que seguir. Si no es eficaz en una semana o dos deberán iniciarse otros procedimientos.

PLANO INCLINADO

En las mordidas cruzadas anteriores, uno de los métodos mejor aceptados es construir un plano de mordida acrílico en las piezas anteriores inferiores. El plano deberá ser suficientemente inclinado 45° para dar un empuje marcado a los dientes superiores. Esto significa que la boca se verá presionada para abrir frecuentemente, en la mayoría, de los casos durante el tratamiento activo.

Si este método tiene éxito, el incisivo maxilar generalmente se moverá en una o dos semanas lo suficiente en labial para poder retirar el pla-

no inclinado de acrílico

En múltiples ocasiones el Cirujano Dentista se enfrenta al problema de controlar malos hábitos orales para lo cual tiene que construir aparatos - que tienen como propósito el ser coadyuvantes para la eliminación de dichos hábitos.

El niño deberá estar de acuerdo en usar los aparatos intraorales, que tendrá como objeto el hacerlo conciente del problema de su hábito.

TRAMPA LINGUAL

Para el hábito de lengua y succión del pulgar u otros dedos, se construye un aparato de acrílico con puntos de alambre colocadas en la bóveda palatina, con el fin de que cuando el niño realice el hábito este no sea satisfactorio, y un recordatorio para romper el hábito. La capacidad del odontólogo decidirá dependiendo del paciente el tipo de aparato a usar.

OBTURADOR BUCAL O PLACA VESTIBULAR.

Tiene la función principal de ayudar a los cierres de mordidas abiertas y eliminar hábitos como succión, y respirador bucal.

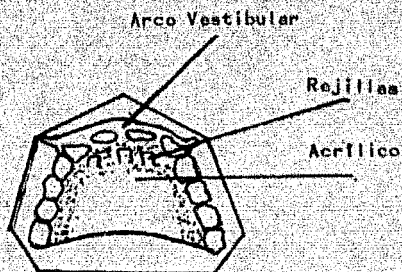
Este aparato se ajusta al vestibulo de la boca, y se transfiere presión muscular de los labios, a través del protector a los dientes; se construye el protector de acrílico y sobre los mo-

de los articulados y sobre las caras vestibulares - de los dientes.

El paciente lleva este protector durante la noche, pero se puede utilizar en intervalos durante el día. Un requisito importante es que el paciente no sufra obstrucciones nasales que impidan la respiración normal.

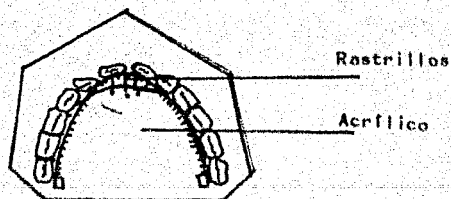
La odontología preventiva significa una vigilancia constante, dinámica, una rutina o disciplina para el odontólogo y para el paciente.

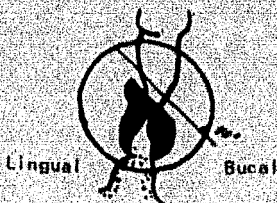
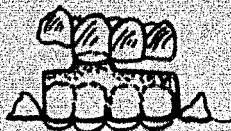
La validez de las medidas preventivas está en que se adopten, para reducir o eliminar toda tendencia a una maloclusión.



Los hábitos bucales perniciosos suelen imponer fuerzas anormales sobre las dentas y son considerados por ello como causa de maloclusión.

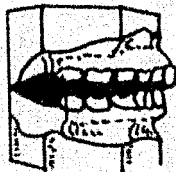
Las placas intraorales para romper el hábito, son realizadas para que esté no sea satisfactorio y un recordatorio para romper el hábito cuando se realice.





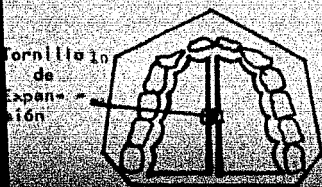
Plano inclinado para corregir mordidas cruzadas anteriores.

Protector bucal, para corregir mordidas abiertas, hábitos de succión y respirador bucal.



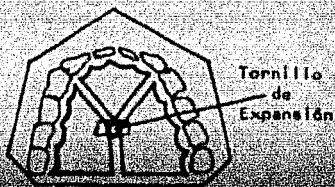
Acrílico

MANTENEDOR DE ESPACIO
TORNILLO DE EXPANSION



Da movilidad a dos segmentos.
No incluye arco vestibular.
Mantenedor de Espacio.

BILATERAL

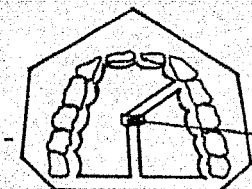


Da movilidad a tres segmentos.

Mantenedor de Espacio.

TOTAL

Este tipo de aparato modifica solo al hueso alveolar, vestibular no el hueso Basal.



Moviliza un segmento (mordida cruzada).
Tornillo de expansión.

Mantenedor de Espacio.

LATERAL

C O N C L U S I O N E S

El conocimiento temprano de las causas de maloclusiones nos llevan a poder realizar un tratamiento correcto y evitar su avance y con ello también la ausencia de otros tipos de alteraciones del aparato masticatorio, como son: caries y enfermedades parodontales principalmente. El buen diagnóstico y por lo tanto el tratamiento adecuado dependerá de una buena historia clínica.

La aparatología que utilizamos en la corrección de maloclusiones ligeras deberán ser diseñados adecuadamente y así el resultado sea positivo en un tiempo corto, si el problema ya es severo se remitirá a el especialista correspondiente.

B I B L I O G R A F I A

ORTODONCIA PREVENTIVA
MOYERS.

ORTODONCIA "TEORIA Y PRACTICA"
GRABER

TRATADOS DE ORTODONCIA PRIMER TOMO
ARMANDO E MONTI

APLICACION DE ORTODONCIA PREVENTIVA EN LA PRACTICA

ODONTOLOGIA GENERAL

TESIS DE:

DR. DAVID A. MORENO ORTIZ.