

251
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

O D O N T O P E D I A T R I A

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

DELIA MENDEZ LOZANO

A S E S O R :

DRA. ANGELES M. MONDRAGON

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FECHA

1949.



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CORRECCION DE APIFAMINIO CLASE I EN UN PACIENTE ACONDROPLASTICO	2
CARACTERISTICAS CRANEOFACIALES DE OCLUSION NORMAL Y POSTNORMAL. UN ESTUDIO LONGITUDINAL	2
UN CASO ORTODONCICO.	4
DESGASTE DEL ESMALTE CAUSADO POR BRACKETS DE CERAMICA	4
SUPERFICIE INTRACRAL DEL GENIOGLOSO EMS TECNICA REGISTRADA PARA ESTUDIOS GINESIOLÓGICOS.	6
CONCLUSIONES	8
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	10

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

En el presente trabajo se expone a grandes rasgos casos actuales de diferentes temas, todos ellos de importancia en Odontopediatría, por los conocimientos y experiencias reportados, reafirmando procedimientos básicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de MALOCCLUSIONES CLASE I. Si tomamos en cuenta que la pérdida o alteración de un órgano dentario en pacientes niños es de grandes dimensiones, afectando estética, fisiológica y psicológicamente, ya que al ocurrir esto, en una edad de cambios fundamentales para la formación de la personalidad, nos va a dar un desajuste emocional, para el niño, con la consecuencia futura para el Cirujano Dentista, como sería el trabajar con pacientes temerosos o desconfiados.

Corrección de apilamiento Clase I en un paciente acondroplásico.

El paciente, una niña de 11 años 4 meses de edad, fue vista primero con acondroplasia, tuvo una maloclusión Clase I con retrusión maxilar severa y disminución de la altura vertical maxilar. Paladar hendido. El maxilar y ambos incisivos laterales crecen.

El segmento bucal izquierdo fue en mordida cruzada. La arcada inferior muestra moderada mordida cruzada anterior. Este paciente tiene adenoides grande siendo un respirador nasal. Su posición mandibular - previa fue directa horizontalmente como resultado de la sobremordida.

El resultado después del tratamiento fue una oclusión aceptable con crecimiento potencial. Fue obtenido sin extracciones en el arco maxilar aunque fue severa la discrepancia del arco lingual que estuvo presente. Una simple extracción dental en el arco inferior facilitó la corrección de los problemas del arco lingual y la realización de un "overjet" aceptable.

Características craneofaciales de oclusiones normal y postnormal.

Un estudio longitudinal.

Los estudios cefalométricos seccionados - transversales, ha intentado definir las diferencias craneofaciales entre los sujetos con - - Clase I/normal y sujetos Clase II de ambas divisiones; el consenso general ha sido que esta es la posición, antes que la medida de la mandíbula, que producen relación de la Clase II. Fue emprendedor el estudio, para poner en claro los puntos de diferencia entre estas dos maloclusiones mayores agrupadas y averiguar como tempranamente y con --

que grado de exactitud las características típicas faciales pueden ser identificadas.

Los pasos acertados mostrados en el análisis discriminativos el mejor discriminador en 5 años de edad entre sujetos con potencial de oclusión normal y postnormal será el ángulo de la base craneal, que fue un predictor exacto en aproximadamente 73 % de los casos.

Así un predictor de tipo facial último, el ángulo de la base craneal fue levemente menos exacto - que es correcto en 67 % de sujetos con oclusión normal y 74 % de sujetos con oclusión postnormal (media 69 %).

El valor medio para el ángulo de la base craneal para sujetos - normales y postnormales fue 127° y 132°, respectivamente, este valor comienza relativamente constante entre 5 y 15 años de edad.

Por 15 años solamente 8% de los sujetos poseyó una oclusión variable con sus características faciales.

Los sujetos quienes cambiaron su clasificación entre 5 y 15 años de edad hicieron el crecimiento diferencial esquelético comunmente por un cambio en el ángulo, que podría ser favorable o desfavorable, sólo que compense por un ángulo de base craneal que está cerrado para la - media del grupo oclusal opoente.

Setenta por ciento de todos los sujetos mostraron un crecimiento de tendencia de postnormal a normal y 9 % una tendencia de normal a postnormal.

Desgaste del esmalte causado por brackets de cerámica.

Reporte clínico de esmalte dañado encontrado en la superficie de los incisivos centrales maxilares que están en contacto con la policristalización del zafiro de brackets de cerámica, colocados en la superficie facial de los incisivos inferiores. Estos brackets son tan duros como el acero inoxidable.

Se describe la rapidez con que daña el esmalte, esto ocurre cuando la superficie de los dientes naturales está en contacto con los brackets de cerámica. Las precauciones están descritas en el instructivo. Se recomienda que los brackets de cerámica no se coloquen en contacto con las superficies del esmalte y que se anticipe durante el curso del tratamiento y que pongan atención los ortodoncistas que lo usen.

Un caso Ortodóncico

Maloclusión Clase I caracterizado por un cierre máximo de 7 mm. y 70 % de profundidad vertical en abertura máxima. La línea media máxima fue de 3 mm a la derecha de los pacientes. Restauraciones de amalgama en dientes temporales y permanentes. Un mantenedor de espacio en el lugar de la mandíbula izquierda en el área de los primeros molares temporales, tenían un espacio para el desarrollo del primer premolar. Los caninos mandibulares temporales izquierdos mostraron una reabsorción anormal en sus superficies mesiales radiculares. Fue prevenida la erupción de los incisivos laterales maxilares. Una deficiencia obvia existió en la arcada inferior. Una examinación del curso funcional no demostró anomalías.

El hallazgo demostró significancias que fueron: movilidad extrema de los incisivos centrales maxilares (6 mm), inflamación gingival y - respuesta a un dolor agudo. El exudado purulento podría expresarse al rededor del margen gingival de los incisivos centrales maxilares.

Veintinueve meses después todos los aparatos ortodóncicos fueron retirados, toda la oclusión permaneció completamente estable. El equilibrio oclusal suave fue completo a este tiempo para resolver alguna interface funcional trabajada en el segmento maxilar, bucal y para eliminar una interferencia del balanceo en el segundo molar maxilar de recho. También una leve reforma del incisivo lateral fue alcanzado -- completamente una apariencia estética más favorable.

La restauración en el crecimiento ha sido completado antes de remover el aparato fue catalogado para ser repetido por el dentista familiar del paciente. El crecimiento adicional maxilar y mandibular -- fue observado.

Por último, porque el tercer molar está un poco largo en el espacio del límite disponible en el segmento de la mandíbula y también por el inminente infringimiento del tercer molar maxilar derecho, en la curva distal del segundo molar, el paciente fue advertido que era factible que los terceros molares tenían que extraerse. Algún crecimiento adicional fue notado. La cooperación del paciente fue muy buena y un excelente pronóstico fue proyectado para este paciente.

Superficie intraoral del geniogloso EMG técnica registrada para estudios Ginesiología.

El análisis Electromiográfico (EMG) del músculo geniogloso tiene una utilidad que recientemente ha estado limitada a el registro de -- electrodos intramuscular. Un nuevo registro superficial de electro-- dos intraorales ha sido desarrollado por una compañía que permite el monitoreado de la actividad del EMG del Geniogloso durante la respi-- ración. En estos estudios comparativos entre registros de electrodos superficiales intraorales y una concurrencia intramuscular con un -- buen alambrado de electrodos (controlados) fueron reportados ser si-- milar durante la protusión de la lengua, retracción y movimientos de lateralidad.

Intentan usar nuevamente el desarrollo de los electrodos super-- ficiales para el estudio de la actividad del geniogloso durante la de glución cómoda y retener registros específicos accesorios para el mús-- culo geniogloso.

Aunque estas técnicas fueron probadas en adultos, la aplicación de la técnica no invaden el registro de superficie, en niños muestra ser esencialmente el mismo. El control de la hiperactividad genioglo-- so en niños podría ser una intervención terapéutica donde esto ten-- dría que ser medido hipotéticamente para que la fuerza postural de la lengua de larga duración tenga un significado impactante en el desa-- rrollo de una maloclusión de mordida anterior abierta; esto también - podría afectar la estabilidad de la oclusión después de la interven-- ción ortodéncia.

La evolución longitudinal de la actividad EMG del geniogloso en niños con una técnica de registro no invadido puede proporcionar información esencial respecto de la distribución y duración del componente protusivo de la actividad de la lengua, y puede contribuir para el refinamiento de hipótesis respecto de la causa de maloclusiones anteriores abiertas. Una ventaja indudable de esta llevada de electrodos es que es relativamente una medida pequeña, que permite una función normal de la lengua y el exacto repetible posicionado de la superficie de electrodos, así que una comparación de sesiones múltiples de registros puede ser obtenida.

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

Quando se llevan a cabo tratamientos en niños con maloclusiones Clase I, se deben considerar muchos factores antes de iniciar el tratamiento. Si alguno de los factores, no se tomara en cuenta, se llevarán a cabo tratamientos que lejos de beneficiar al paciente tendría problemas, muchos de ellos muy graves.

Analizando el caso referente al paciente con acondroplasia; al cual se le hizo corrección de apiñamiento Clase I notamos que tan importante es considerar aspectos tales como: enfermedades sistémicas, crecimiento, desarrollo potencial y edad; antes que el ortodóncico. Estas consideraciones son especialmente importantes en niños y únicamente cuando son detectadas a tiempo, y tratados adecuadamente resultarán beneficiados.

Otro de los aspectos a considerar, para el tratamiento correctivo de maloclusiones Clase I, es el de los aparatos ortodóncicos como los brackets de cerámica, por el daño que se ocasiona al esmalte ya que es tan importante la estética y oclusión del paciente como el de conservar intactos los dientes en su superficie. Considero que si bien se le dá un alineamiento estético y oclusión adecuadas al paciente, también dichas lesiones en la superficie adamantina son zonas altamente propensas a caries y filtraciones, con la consiguiente molestia para el paciente y alteraciones estéticas .

Ya que los brackets, son un material necesario para el ortodoncista, el fabricante debe especificar claramente las indicaciones y contraindicaciones del uso del producto, el profesional debe leer y -

seguir al pie de la letra las indicaciones de dichos aparatos.

Tener los conocimientos adecuados para resolver los problemas de maloclusiones, es prioritario, tomando en cuenta que para un tratamiento adecuado es necesario conjuntar todas las áreas básicas y de especialidad. En el caso de los ortodoncistas o Cirujanos Dentistas dedicados, en su práctica, a la colocación de aparatos rehabilitadores, la mayoría de las veces se enfocan a la prótesis que requiere el paciente a corto y largo plazo.

Conocer áreas médicas generales como: Anatomía, Fisiología, Genética, Patología y las áreas a nivel dental dentro de las que tenemos Oclusión, Anatomía dental, Radiología, Periodontología y Psicología, nos va a ayudar a que nuestros tratamientos sean de más calidad, funcional y estética; con sus consiguientes ventajas.

En el caso de la pérdida de hueso alveolar, por un tratamiento inicial, en el cual se trató de corregir una maloclusión en forma equivocada; fue de vital importancia que se haya detectado a tiempo por personas capacitadas para solucionar las distrofonías ocasionadas anteriormente, sin dejar secuelas y terminar el tratamiento exitosamente.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

REFERENCIAS

- 1.- J. Patrick Dunbar, DDS, Bruce Goldin, PhD, DMD, and J. - Daniel Subtelny, DDS, MS., Rochester, N.Y. Correction of Class I crowding in an achondroplastic patient. Am. J. - Orthod. Dentofac. Orthop. Sept. 1989;255-267.
- 2.- J. B. Douglass. Lexington, Ky. Enamel wear caused by ceramic brackets. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. Feb. -- 1989; 96-98.
- 3.- W. John S. Kerr, M.D.S., D. Orth., F.D.S., F.F.D., and David Hirst, B.Sc.'. Glasgow, Scotland, United Kingdom. Craniofacial characteristics of subjects with normal and postnormal occlusions-A longitudinal study. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. sept. 1987; 207-212.
- 4.- Jon C. Fisher, DMD, MS. Owensboro, Ky. Am. J. Orthod. -- Dentofac. Orthop. An American Board of Orthodontics case report. July. 1988;94:1-9.
- 5.- Mary K. Milidonis, PT, MEdSc, Charles G. Windner, DDS, - MS, Richard L. Segal, PhD, PT, and Steven L. Kraus, PT'. Atlanta, Ga. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. -- Sept. 1988;94:240-244.