

32
20/07/11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ETIOLOGIA DE LAS MALOCLUSIONES

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

José Juan Barajas González



MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



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
CAPITULO I	
-DEFINICIONES	3
-CLASIFICACION DE MALOCLUSIONES	4
CLASIFICACION DE ANGLE	4
CLASIFICACION DE SIMON	6
CLASIFICACION DE ACKFERMAN Y PROFFIT	6
CAPITULO II	
ETIOLOGIA DE MALOCLUSIONES	
-CONSIDERACIONES GENERALES	9
-ECUACION ORTODONTICA	10
CAPITULO III	
FACTORES GENERALES	
-HEREDITARIOS	
INFLUENCIA NEUROMUSCULAR EN LA MALOCLUSION	18
CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA MORFOLOGIA DENTOFACIAL Y LA HERENCIA	19
-CONGENITOS	
LABIO REPORINO Y PALADAR HENDIDO	21
-AMBIENTALES	
HABITOS ORALES	23
SUCCION DE DEDO	23
HABITO DE CHUPON	25
HABITO DE LABIO	25

PROTUSION DE LENGUA	26
MORDEDORES DE UÑAS	27
RESPIRADOR BUCAL	28
BRUXISMO	29
CAPITULO IV	
FACTORES LOCALES	
-ANOMALIAS DE NUMERO	31
AUSENCIA DENTAL	31
DISPLASIA ECTODERMICA	32
DIENTES SUPERNUMERARIOS	32
-ANOMALIAS DE TAMAÑO	34
-PERDIDA DE ESPACIO	35
-FUERZA DE ERUPCION	
LA FUERZA MESIAL DE LOS TERCEROS MOLARES	36
EL COMPONENTE ANTERIOR DE LA FUERZA OCLUSAL	37
-PERDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS	38
-ANQUILOSIS	38
CASOS CLINICOS	39
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFIA	45

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

Dentro de las principales enfermedades de la boca en la población infantil y juvenil, se considera a la caries dental la más común, aunque también las maloclusiones son muy frecuentes.

Las maloclusiones constituyen a ser un problema fundamental en el desarrollo del ser humano, desde su niñez hasta su adolescencia, siendo importante para su desenvol-
vimiento fisiológico dental y psicológico.

Es de manifestar que esta patología, empieza hacer - patente desde sus aspectos genéticos y ambientales; para lo cual este trabajo va encaminado a determinar su etiología.

Al conocer la etiología nos daremos cuenta de los - diversos factores que nos conllevaran a determinar el --
¿ POR QUE? de las maloclusiones. Tener el conocimiento - de ello dara la pauta para el reconocimiento, prevención e interpretación de las maloclusiones dentales.

El dentista debe comprender el conjunto de factores que son la base para la persistencia de las maloclusio--
nes, defendiendola y estableciendo su eliminación conform
e a sus síntomas y evolución.

C A P I T U L O I

DEFINICIONES

Es menester establecer conceptos básicos sobre oclusión y maloclusión.

La oclusión es un estado dinámico y anatómico. Al hablar de oclusión tanto en la dentición temporal como en la permanente, se refiere también a la relación centrada, que es la posición en que se colocan los dientes del arco dentario inferior con respecto a los dientes del arco dentario superior, donde la mayor presión se ejerce sobre los molares y los condilos ocupan la posición más posterior, superior y media en la cavidad bucal.(6)

El término oclusión normal; podemos definirla como el correcto alineamiento de los dientes en sus respectivos maxilares y su adecuada interdigitación entre ambas arcadas, donde intervienen aspectos faciales y raciales.

Cuando la oclusión se altera, refiere una anomalía llamada maloclusión; la cual se sitúan los siguientes conceptos:

- A) Toda desviación del contacto fisiológico aceptable de los dientes antagonistas.
- B) Toda variación de la oclusión normal.
- C) La discrepancia intermaxilar de la posición dentaria intermaxilar(morfológica)

CLASIFICACION DE MALOCCLUSIONES

A) CLASIFICACION DE ANGLE:

En 1899, Edward Hatley Angle simplifica la forma de clasificar a la maloclusión en tres clases. Es la más práctica por lo que la hace más popular en el uso actual.

CLASE I (NEUTROCLUSION) :

Cuando la cúspide mesiopalatina del primer molar superior permanente ocluye en la fosa central del primer molar inferior permanente. Las bases óseas de soporte superior e inferior están en relación normal con el cráneo. Corresponde a un ortógnata, es decir perfil recto.

La maloclusión es una anomalía dentaria, giroversiones, malposiciones, falta de dientes y discrepancia en el tamaño de los dientes.

CLASE II (DISTOCLUSION) :

Es una mesialización del primer molar superior permanente en relación al primer molar inferior permanente de lo que sería clase I, esto incluye que puede deberse a que el primer molar inferior permanente se distalice. Pertenece a un retrognata, lo que es un perfil convexo.

Tiene dos divisiones:

CLASE II DIVISION 1 :

Cuando los incisivos maxilares tienen forma en "V"-

o forma de quilla de barco. Esto se ocasiona por un angostamiento en la zona de caninos y premolares, junto con protusión o labioversión de los incisivos superiores. Esta acompañada de función muscular anormal.

La maloclusión es influenciada por la herencia alterada por elementos funcionales.

CLASE II DIVISION 2 :

Es cuando los incisivos centrales maxilares se encuentran palatinizados y los incisivos laterales entran labializados. Se observan los tejidos gingivales traumatizados, supravversión de los incisivos inferiores, curva de Spee exagerada. La función muscular es normal.

CLASE III (MESIOCLUSION) :

Es la distalización del molar superior permanente en relación al primer molar inferior permanente de lo que -- sería la clase I. Esto incluye que puede deberse a que el primer molar inferior permanente se mesialice. Corresponde a un prognatismo y a un perfil cóncavo.

Presenta mala relación anteroposterior. La maloclusión son irregularidades individuales de los dientes. Los incisivos inferiores se encuentran inclinados excesivamente hacia lingual a pesar de la mordida cruzada.

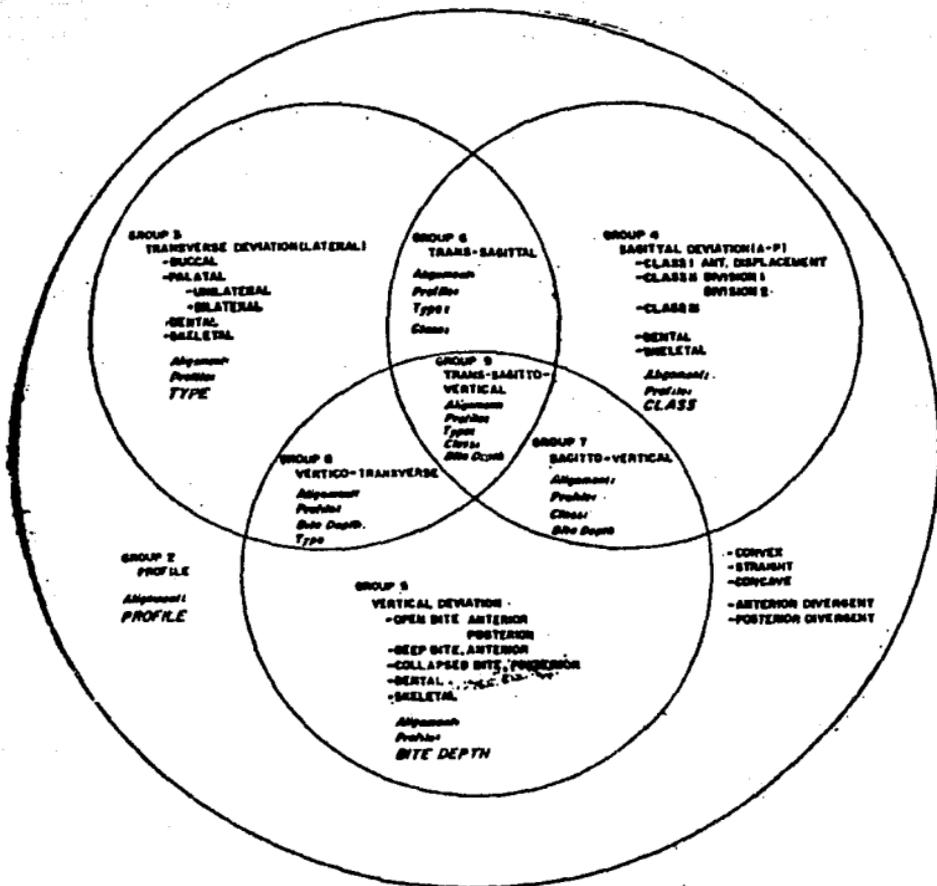
B) CLASIFICACION DE SIMON:

En 1922 Simón relaciona a las arcadas dentarias con -- tres planos:

- 1.- Plano orbital.- Si el arco dentario de acuerdo al plano orbital, se encuentra situado más adelante en protusión. Pero si se sitúa más atrás está en retracción.
- 2.- Plano de Frankforth.- Si el arco dentario se encuentra más cerca, esta en atracción. Cuando se encuentra más alejado esta en - abstracción.
- 3.- Plano sagital medio.- Si el arco dentario se encuentra más cerca, esta en contracción. Cuando se encuentra más alejado esta en - distracción.

C) CLASIFICACION DE ACKFERMAN Y PROFFIT:

El reúne cinco características y sus relaciones entre sí empleando el diagrama simbólico y lógico de VENN.



CAPITULO II

ETIOLOGIA DE MALOCLUSIONES**CONSIDERACIONES GENERALES**

Varios factores son significados en la etiología de maloclusiones.

Una maloclusión puede desarrollarse como resultado de factores genéticos y ambientales.

Aunque la etiología se enfoca a menudo clasificando todas las causas de la maloclusión como factores locales o generales; que a su vez también son denominados intrínsecos y extrínsecos.

Durante mucho tiempo se pensó que las causas locales eran las más frecuentes y numerosas; aunque ahora la mayoría de las anomalías dentofaciales obedecen a causas congénitas, al patrón morfogenético. El patrón de crecimiento heredado de los maxilares, de volumen, forma y -- tonicidad de los músculos son los factores principales-- que producen las anomalías dentofaciales.

En algunos casos las causas tienden a ser hábitos nocivos, como el de succión de dedo, lengua y labio; los cuales no van a producir las mismas maloclusiones.

Muchas de las causas se pueden prevenir así como el de disminuir su efecto si se detecta a tiempo.

ECUACION ORTODONTICA:

Describe brevemente el desarrollo de cada una y todas las deformidades faciales, en términos del sitio del tejido primario, la cual fue sugerida primeramente por Dokrrell.

actúan en sobre produciendo

CAUSA → TIEMPO → TEJIDOS → RESULTADOS

Dicha ecuación ortodóntica aplicada a la clasificación de Moyers sobre la etiología de las maloclusiones y de acuerdo a los sitios primarios, son los siguientes:

1.- SISTEMA NEUROMUSCULAR: Los sitios etiológicos - son tres :

- A) Músculos de la masticación (5° Nervio craneal)
- B) Los músculos de la expresión (7° Nervio craneal)
- C) La lengua.

El sistema neuromuscular, su papel principal en la etiología son:

- a) Deformidad dentofacial por efecto de las contracciones reflejas en el esqueleto óseo y la dentadura.
- b) Huesos y dientes son afectados por muchas actividades funcionales de la región orofacial.

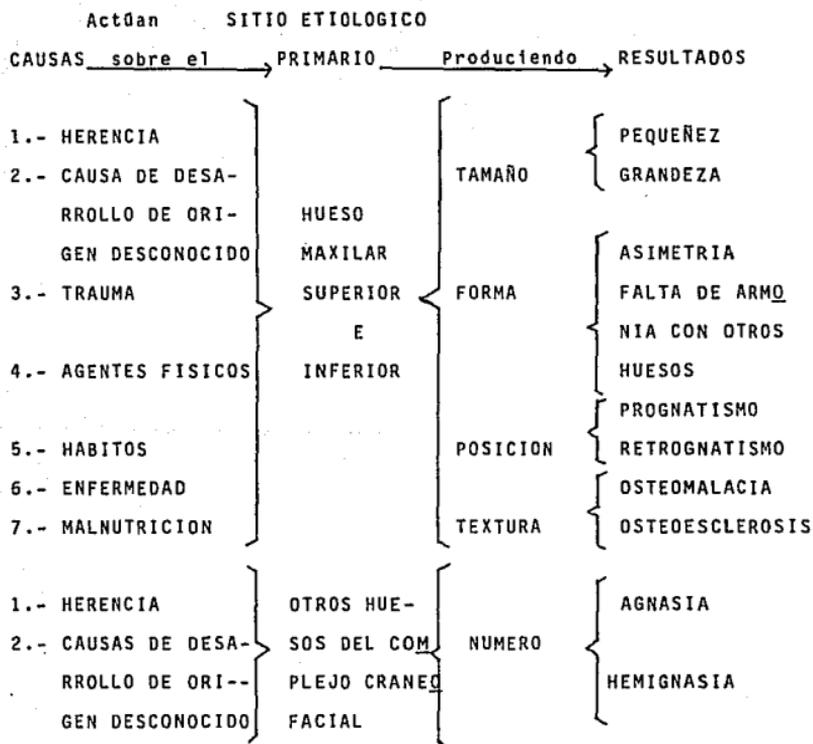
Actúan SITIO ETIOLOGICO

CAUSAS sobre el → PRIMARIO → Produciendo, RESULTADOS

1.- HERENCIA	}	SISTEMA NEUROMUSCULAR	}	TAMAÑO
2.- CAUSAS DE DESARROLLO DE ORIGEN DESCONOCIDO				POSICION
3.- TRAUMA	}	MUSCULOS DE LA MASTICACION	}	PATRONES
4.- AGENTES FISICOS				MUSCULOS DE LA EXPRESION FACIAL
5.- HABITOS	}	MUSCULOS DE LA LENGUA	}	TRACCION
6.- ENFERMEDAD				TONICIDAD
7.- MALNUTRICION				TEXTURA

2.- TEJIDO OSEO.- Puede afectar a uno o ambos huesos -
maxilares en la zona alveolar o a nivel de las ba--
ses óseas, repercutiendo en el encaje dentario oclu
sal.

La mayoría de los problemas ortodónticos de orig
en esquelético se deben a un desajuste de partes -
óseas.



3.- DIENTES.- Es la propia dentición la que por su --
forma, tamaño o posición provoca la alteración --
oclusal. Disminución o aumento en el número regular
de dientes daran origen a maloclusiones y malfunci-
ón. A menudo se olvida la posibilidad de que las --
malposiciones dentarias pueden inducir malfunción,
por lo que indirectamente altera el crecimiento de
los huesos.

Actúan SITIO ETIOLOGICO

CAUSAS sobre el → PRIMARIO → Produciendo → RESULTADOS

1.- HERENCIA	DIENTES PRIMARIOS PERMANENTES	TAMAÑO	MICRODONCIA
2.- CAUSAS DE DESARROLLO DE ORIGEN DESCONOCIDO			MACRODONCIA
3.- TRAUMA		FORMA	INCISIVOS LATERALES
4.- AGENTES FISICOS			CONOIDES CUSPIDES
			ACCESORIAS RETENCIONES ROTACIONES
5.- HABITOS		POSICION	BUCOVERSIONES LINGUOVERSIONES
6.- ENFERMEDAD			DENTOECLEROSIS
7.- MALNUTRICION	TEXTURA	ESMALTE HIPOPLASICO.	
1.- HERENCIA		NUMERO	ANODONCIA
2.- CAUSAS DE DESARROLLO DE ORIGEN DESCONOCIDO			OLIGODONCIA
3.- TRAUMA			DIENTES SUPERNUMERARIOS
4.- AGENTES FISICOS			PERDIDA ACCIDENTAL

4.- TEJIDOS BLANDOS.- Aparte del neuromuscular no es discernible tan claramente.

ActGa	SITIO ETIOLOGICO		RESULTADOS
CAUSAS sobre el	PRIMARIO	Produciendo	
1.- HERENCIA	TEJIDOS BLANDOS	TAMAÑO	HIPERPLASIA
2.- CAUSAS DE DESARROLLO DE ORIGEN DESCONOCIDO			HIPOPLASIA
3.- TRAUMA	MEMBRANA PERIODONTAL MUCOSA	FORMA	ASIMETRIA
4.- AGENTES FISICOS	PIEL	TEXTURA	FIBROSIS CICATRIZACION
5.- HABITOS	TENDONES LIGAMENTOS	FUNCIONES	HIPOSECRECION
6.- ENFERMEDAD	FASCIA	SECRETORIAS	HIPERSECRECION
7.- MALNUTRICION	SINOVIALES		

También existe otro factor importante como el tiempo en el desarrollo de maloclusiones el cual tiene dos componentes:

- 1.- El periodo durante el cual opera la causa
- 2.- La edad a la que se ve.

CAPITULO III

FACTORES GENERALES**HEREDITARIOS**

Los parecidos familiares de disposición dentaria y contorno facial son bien conocidos, por que la herencia ha sido señalada como causa principal de maloclusión

Aberraciones de origen genético pueden hacer su aparición prenatalmente, o pueden no verse hasta muchos años después del nacimiento.

INFLUENCIA NEUROMUSCULAR EN LA MALOCLUSION

Las distrofias musculares son miopatias hereditarias caracterizadas por una degeneración progresiva muscular y debilidad. El debilitamiento de los músculos masetero y temporal resulta de una baja posición de la mandíbula en relación con el maxilar.

Según Schotland y Rowland, los músculos craneales, especialmente los faciales, los masticatorios y orofaríngeos, son frecuentemente en la distrofia muscular. (13)

El más común y severo es el pseudohipotónico o miopatia de Duchenne. Es predominante en jóvenes varones. Esto indica que la herencia va ligada al sexo y recesiva. La edad media de muerte es de 18 años; aunque algunos pacientes pueden alcanzar la edad de 21 años. (13)

Las maloclusiones que causan son;

- A) Mesioclusión.
- B) Distoclusión.
- C) Mordida abierta anterior y respiración bucal, pudiendo ser relacionada hacia abajo y adelante de la lengua.
- D) Protusión de la lengua.
- E) Mordida cruzada posterior.

CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA MORFOLOGIA DENTOFACIAL Y LA HERENCIA :

No menos importante es el papel de la herencia en el cumplimiento de atributos dentofaciales específicos. Lundstrom, - realizó un intenso análisis de dichas características en gemelos y concluyó que la herencia puede ser significativa en la -- determinación de las siguientes características:

- A) Tamaño del diente.
- B) Largo y ancho del arco entario.
- C) Altura del paladar.
- D) Espacios y apiñamiento de los dientes.
- E) Grado de sobremordida horizontal.
- F) Posición y conformación de la musculatura perioral, tamaño y forma de la lengua.
- G) Peculiaridades de los tejidos blandos (textura de la mucosa, tamaño, forma y posición del frenillo, etc.)

La influencia hereditaria esta presente y puede ser demostrado en innumerables áreas, tales como:

- A) Malformaciones congénitas.
- B) Asimetrías faciales.
- C) Macrodoncia y microdoncia.
- D) Oligodoncia y anodoncia.
- E) Variaciones en la forma de los dientes.
- F) Labio fisurado y paladar hendido.
- G) Diastemas por frenillos.
- H) Sobremordida horizontal profunda.
- I) Apinamiento y rotación dentaria.
- J) Retrusión mandibular.
- K) Prognatismo mandibular.

21
CONGENITOS

LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO

La gravedad de las deformaciones, es tal que se hace muy difícil el tratamiento correcto de las anomalías de los maxilares y dientes. Es más común, el labio leporino y paladar -- hendido que obligan a intervenir en equipo a los miembros de diferentes especialidades de la ciencia de la salud para combatir con éxito las deformaciones faciales y bucales.

Las alteraciones anatómicas del maxilar superior que --- presentan son :

- A) Labio superior fino, tenso y retractil, con altera-- ción entre el tamaño del labio y el proceso alveolar.
- B) Retraso del crecimiento anteroposterior del maxilar - superior que queda retruido. Otro tanto sucede con el crecimiento lateral del maxilar. Así mismo, hay aplana miento de la bóveda palatina, que reduce la capacidad de la cavidad oral, adoptando la lengua una posición inferior que obliga al paciente a una apertura mandí bular excesiva en reposo.

En cuanto a las anomalías dentarias destacan:

- A) Hipoplasia del esmalte en los dientes adyacentes a la fisura.
- B) Los dientes son pequeños, conoides y deformados.

- C) Malposición dentaria, como inclinación mesial de incisivos y caninos.
- D) Disminución en el número de los dientes, encontrándose ausentes los incisivos centrales y laterales del lado afectado.

Son frecuentes las alteraciones funcionales de la oclusión. La retrusión del maxilar superior da lugar a una mordida cruzada anterior, que además es abierta al ser menor la erupción vertical de los incisivos. La disminución del tamaño del maxilar en sentido transversal, ocasiona una mordida cruzada lateral.

Las demás malformaciones congénitas, afortunadamente son menos frecuentes que el labio leporino y paladar hendido. Entre ellas están, el mongolismo, la disostosis craneofacial, la oxicefalia.

AMBIENTALES**HABITOS ORALES**

Los hábitos orales en niños son una causa común de consulta por la mayoría de los padres. Algunos como succión de dedo y mordedores de uñas son ejemplos comunes de hábitos en el patrón del crecimiento, los cuales pueden manifestarse en periodos de tensión, frustración, fatiga o aburrimiento. Los efectos de esos esfuerzos para reducir ansiedad puede colocar en la dificultad menor de morderse las uñas a mayores defectos orofaciales que propician resultados de halitosis bucal o succión de dedo.

SUCCION DE DEDO

Todos los niños bebés succionan sus dedos, pero el hábito disminuye conforme el niño va creciendo.

Si dicha succión continúa más allá de 6 a 7 meses, esto puede ser una dificultad para romper el hábito hasta la edad de 4 a 5 años.

Considerando un ejercicio natural para el infante confortándose el mismo, igualmente está provisto de ambas satisfacciones y un sentimiento de bienestar. Cuando duerme puede llevarse la mano a la cara y en virtud del reflejo arraigado, empieza a succionarse los dedos.

Algunos investigadores han referido succión de dedo, se relaciona con agentes emocionales y a una conducta emocional basada en tensión. Dicha tensión puede contribuir adicionalmente a la presión y reñimiento de los padres.

La persistencia de este hábito causa maloclusión en ambas denticiones temporal y permanente; tales como:

- A) Desplazamiento anterior del maxilar.
- B) Restricción mandibular.
- C) Deformidad alveolar del arco.
- D) Profundidad incrementada de la bóveda palatina.

Los dedos afectados están limpios y rojos, presentan áreas de callosidades, las cuales son palpables por medio de la palpación.

Si el hábito persiste a los 4 a 5 años de edad, el --- tratamiento es aplicado. No se ha identificado ni corregido algún problema psicológica.

Esto ha sido atribuido a la alimentación materna, al arrullo, al cantarle canciones de cuna o relatándole historias que puedan reducir la necesidad de succionar el dedo. A los padres concierne restaurar la confianza del niño.

HABITO DE CHUPON

Los chupones no proveen la succión nutritiva al niño, satisfaciendo así la necesidad de chupar. Solo son usados para retrasar el tiempo de alimentación del niño. Los estímulos por chupón son los mismos que para succión del pulgar, este hábito es más común en bebés alimentados con biberón.

Los problemas dentales son similares a los de succión de dedo, pero menos pronunciados. Sin embargo es muy común observar enfermedades periodontales y caries debido al contenido de miel

El tratamiento consiste en convencer a los padres para descartar el uso del biberón.

HABITO DE LABIO

Se refiere a chupar, morder y lamer los labios o solo -- pueden estar encajados entre los dientes superiores e inferiores.

Morder el labio puede comprometer a cualquiera de los -- dos pero es más común en el inferior, pueden ser vistas áreas irritadas y agrietadas sobre o junto a el borde del vermellón de los labios.

También a este hábito se le denomina como mentales y -- originan el pellejo alrededor del mentón para observar una -- escoración.

Es muy frecuentes en niños con incisivos superiores prominentes; los hábitos mentales acénuados por encima de los incisivos superiores causan maloclusión haciendolos más vulnerables al trauma.

En casos benignos, el daño se limita a labios resecos.

Un tratamiento más definitivo incluye aparatos intrab-orales.

PROTUSION DE LENGUA

Durante la deglución normal, la lengua ocupa el paladar detras de los incisivos superiores. La lengua se desplaza -- hacia adelante entre los dientes anteriores y el labio inferior durante la deglución.

Este hábito disminuye con la maduración y ha estado considerada como una conducta infantil. No se conoce la causa exacta.

Es más común a la edad de 5 a 7 años. En este tiempo las amígdalas y adenoides estan creciendo y ellas completan su -- crecimiento y ensancha. una vez los conductos aereos desplazando la lengua anterior e inferiormente. Se asocia con:

- A) Defectos de lenguaje.
- B) Mordida abierta.
- C) Retrución de la mandíbula.

Los defectos del lenguaje involucran tanto a labios y -- articulación de sonidos s,n,t,d,l,th,z,v, y d.

La protusión lingual a menudo se corrige por sí misma de los 3 a los 9 años de edad, al tiempo que los dientes - permanentes completan su erupción en el lado anterior.

El crecimiento normal mandibular y un simultaneo transtorno en la masa linfoide faríngea, resulta en un mejoramiento del lenguaje durante años tardíos.

MORDEDORES DE UÑAS

Ha sido considerado como un síntoma de desorden emocional o ansiedad aguda y resulta de impulsos competitivos hacia un padre. Esto denota hostilidad y es considerada como un método de castigo para el niño.

El tratamiento consiste en remover las presiones que - están causando ansiedad para él. Estacionándose con el desenvolvimiento en la escuela.

El tratamiento se encamina, a que el niño tome una tarea semejante a la responsabilidad de remojar sus uñas diariamente en aceite de olivo. Substancias amargas o restricciones aplicadas a las uñas tienen una utilidad muy limitada; los niños pueden empezar a morder otras partes de sus dedos.

RESPIRADOR BUCAL

En presencia de este hábito, la lengua asume una posición descendente causando un desbalance de la musculatura. De esta manera se priva a los dientes posteriores superiores de su apoyo interno y se permite que la musculatura bucal descansa sin oposición en la parte externa, por lo que se crea una contracción del arco superior y del paladar. El labio superior se encuentra flácido y no resiste el movimiento hacia adelante de los dientes anteriores superiores, pudiéndose volver protusivos. El labio inferior, no entra en contacto adecuado con los incisivos superiores y en lugar de hacerlo se mete por debajo y por detrás de estos dientes favoreciendo su protusión.

La frecuencia de la maloclusión clase II, es causada por la rotación de la mandíbula en sentido de las manecillas del reloj, secundaria a la elongación del alveolo posterior y a la erupción de los dientes.

Causa excesivo secado de los dientes y encías produciendo un desvalance de la fortaleza del tejido blando. Esto incrementa susceptiblemente la gingivitis crónica y la caries dental.

BRUXISMO

El bruxismo por rechinar o apretamiento de los dientes juntos ocurre comunmente durante el sueño, no obstante -- niños con disfunción orgánica cerebral puede tener bruxismo audible durante las horas de excitación.

La incidencia varía del 5 al 81 % en varios estudios, no obstante parece razonable aceptar una incidencia del 15 % distribuida entre niños y niñas.

Este hábito ha sido atribuido a una variedad de factores incluyendo contactos oclusales que intervienen con movimientos mandibulares, tensión, hiperactividad y lombrices (Parasitos - intestinales.).

El rechinar puede causar atricción en la dentina y esmalte, el cual en un tiempo puede ser suficientemente profundo para exponer a la pulpa, principiando en un acceso dental, pérdida de hueso, daño periodontal y disfunción de la -- articulación temporomandibular.

La eliminación del problema oclusal puede algunas veces resolver el hábito. Ejercicios orales, guardas oclusales suaves; son la solución.

Un niño con ansiedad severa u otros problemas emocionales, necesitan de una constante consulta psiquiátrica.

CAPITULO IV

FACTORES LOCALES**ANOMALIAS DE NUMERO**

Gran parte de las anomalías de número, estructura o forma de los dientes tienen origen hereditario. La naturaleza de la anomalía depende, en alto grado de la etapa embriológica de la manifestación, de la capa germinal afectada y del efecto de varios factores.

Algunas de estas anomalías dentales aparecen independientemente como la única alteración hereditaria evidente. Otras representan solo una de un grupo de anomalías que comprenden un síndrome genético o un complejo de enfermedades.

AUSENCIA DENTAL

En los niños las piezas permanentes ausentes congénitas -- con mayor frecuencia son:

- 1.- Terceros molares superiores e inferiores.
- 2.- Incisivos laterales superiores
- 3.- Segundos premolares inferiores.
- 4.- Incisivos inferiores.
- 5.- Segundos premolares superiores.

Las piezas primarias ausentes congénitamente ocurren con menor frecuencia.

La ausencia puede ocurrir tanto bilateral como unilateralmente.

También puede encontrarse dientes ausentes debido a accidentes. Los que más comunmente se han perdido por juego o por una caída son los incisivos centrales superiores.

DISPLASIA ECTODERMICA

Este síndrome se caracteriza por la ausencia de piezas dentales.

La enfermedad afecta a los tejidos de origen ectodérmico.

Se presenta de la siguiente manera:

- 1.- Cabello escaso y delgado en cuero cabelludo.
- 2.- Ausencia de cejas.
- 3.- Nariz asillada y aplanada.
- 4.- Rinitis atrófica.
- 5.- Labios extruidos y pegados.
- 6.- Orejas sobresalientes.
- 7.- Piel seca y encostrada.
- 8.- Incapacidad para sudar.
- 9.- Ausencia dental completa (anodoncia) o parcial (oligodoncia)

DIENTES SUPERNUMERARIOS

El tiempo en que los dientes supernumerarios se forman, puede variar desde antes del nacimiento hasta los 10 o 12 años de edad.

Normalmente su aparición se da en el maxilar superior, aunque se localizan en cualquier parte de la boca.

Los más comunes son los mesiodens que se encuentran - entre los incisivos centrales superiores palatinamente a - estos, tienen forma cónica y pueden dirigirse a cualquier dirección.

ANOMALIAS DE TAMAÑO

La herencia determina el tamaño del diente. Las correlaciones existentes entre diversos individuos, así como en grupos étnicos no son similares, sino todo lo contrario tienden a ser diferentes.

Nance, describió que la corona dental es la diferencia entre el espacio necesario en el arco dental y el espacio disponible en dicho arco, esto es el espacio discrepado que puede ser relacionado con un diente alterado, un tejido o una desproporción dentoalveolar.(13)

La anchura mesiodistal de la corona está en relación con la desproporción dentoalveolar y el perímetro del arco dental, los cuales pueden provocar falta de espacio, así como apiñamiento.

Entre estos tres factores el tamaño del arco es más importante que el tamaño de la corona.

Tal es así que el tamaño del diente en su anchura mesiodistal tiende a ser un factor como causa de apiñamiento dental.

PERDIDA DE ESPACIO

Una de las en la pérdida de espacio es el ancho mesiodistal de la corona; así como también la pérdida prematura de dientes primarios.

El hecho de este factor se remarca en el área anterior y posterior.

El área anterior se da por los puntos de contacto distales de los incisivos laterales, cuando estos dientes no se desvian labialmente o lingualmente en relación con la línea media del proceso alveolar.

Los segmentos posteriores estan limitados por estos puntos y el punto de contacto y el punto de contacto mesial de los primeros molares permanentes.

Cuando un incisivo lateral está desviado, la demarcación de los puntos se da en el punto de contacto mesial de los caninos. Ahora bien si la desviación se presenta en ambos laterales y caninos, un punto es usado sobre la línea media del proceso alveolar entre los puntos de contacto. El apiñamiento, o falta de espacio es registrado como una desviación de 2mm, en cualquiera de las dos areas.

Otro factor importante es la pérdida prematura del diente, puesto que provoca un colapso en el arco dental si este no es tratado con algún tipo de mantenedor de espacio.

FUERZAS DE ERUPCION

LA FUERZA MESIAL DE LOS TERCEROS MOLARES

La erupción de los terceros molares, se implica como causa del mal alineamiento de los dientes anteriores. Es muy marcada en la adolescencia.

Robinson en 1859, estableció que la irregularidad del mal alineamiento dental, resulta de la presión mesial de erupción de los terceros molares.

Existen varios estudios realizados a pacientes, para determinar si los terceros molares no erupcionados causan problemas en el alineamiento dental.

Vego, establece que existen más apiñamientos en sujetos con la erupción de los terceros molares, que con los que presentan ausencia congénita de los mismos.

Lindqvist y Thilander, reportaron que no existe anomalía alguna al ser extraídos quirúrgicamente los terceros molares.

Kaplan, concluye que la presencia de los terceros molares no erupcionados no producen ningún problema en la región anterior dental después de la retención de los molares.

Shanley, comparó el apiñamiento en los incisivos inferiores con una impactación bilateral, erupción y ausencia congénita de los terceros molares permanentes, concluyendo que los terceros molares quedan exentos de una breve influencia sobre el apiñamiento y protuberancia de los dientes anteriores.

La fuerza mesial de erupción es una causa de maloclusión, la cual actúa indirectamente, afectando a otros órganos dentarios principalmente los anteriores mandibulares.

EL COMPONENTE ANTERIOR DE LA FUERZA OCLUSAL

Resulta de la inclinación mexioaxial del segundo molar -- permanente.

De esta inclinación, la fuerza de oclusión se dispersa axialmente y vestibularmente, a lo largo de los puntos de contacto. Causan migración mesial y mal alineamiento dental.

Neucomb y Waldrón hipotizarón, como una falta de armonía en el arco original (colapso) y contacto proximal del diente.

El componente anterior de la fuerza oclusal, causa mal - alineamiento dental en personas que rechinan, bruxan o alguna otro carga del diente posterior por extenso periodos de tiempo.

La posibilidad del mal alineamiento dental, f0e demostrado hacia el incremento de la presencia de contactos posteriores - cerrados.

Los dientes son apretados unos con otro a través de semejantes fuerzas interproximales y el reducido contacto anterior.

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS

Es sabida la función que poseen los dientes primarios no solo como órganos de masticación sino también para mantener el espacio para los dientes permanentes. Mantienen la dimensión vertical adecuada. Si bien por caries, iatrogenia o por trauma, se llegaran a perder prematuramente los dientes primarios, el resultado seria una maloclusión debido a la pérdida de espacio para los dientes permanentes, y a la pérdida de la dimensión vertical.

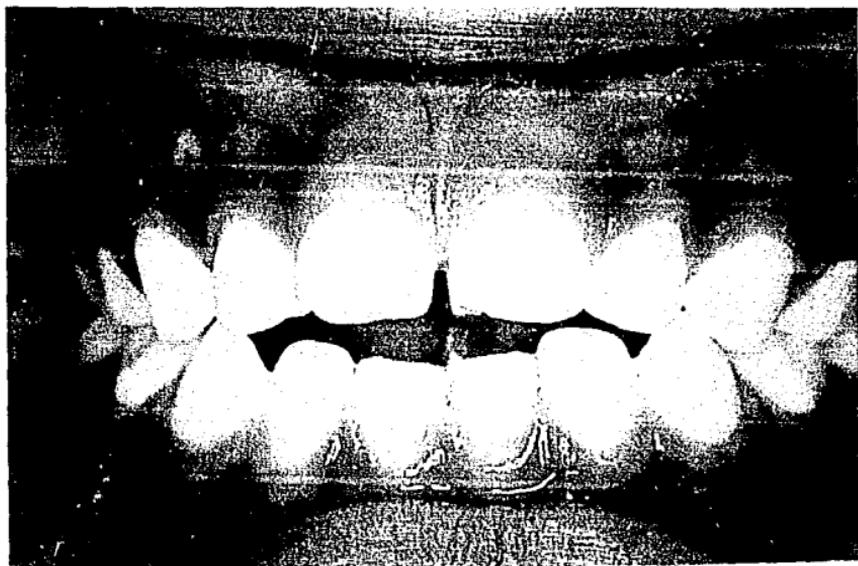
ANQUILOSIS

Los dientes primarios, sobre los molares, pueden anquilosarse (fusionarse) al proceso alveolar, quedando impedida su erupción. Aunque los dientes permanentes también se pueden anquilosar, los dientes primarios son más propensos y los inferiores dos veces más que los superiores.

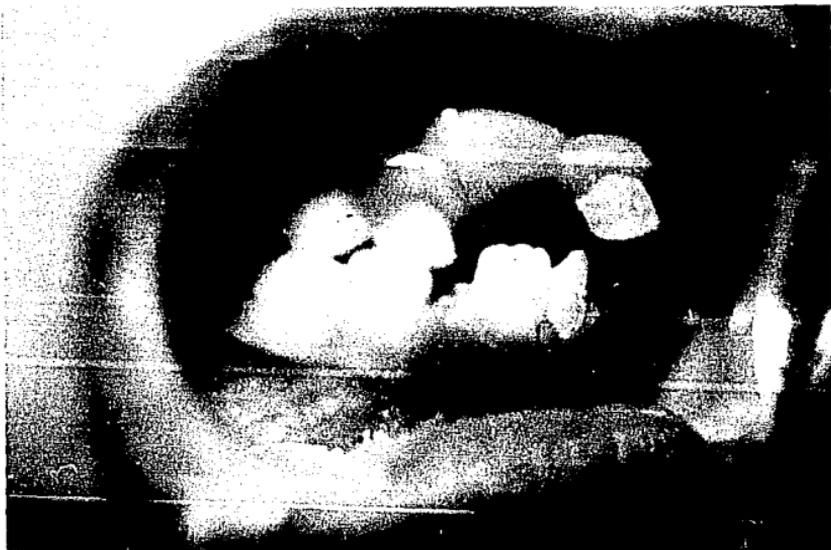
La mayoría de los dientes anquilosados primarios se -- observan al final de la dentición primaria y en la mixta. La condición suele ser bilateral y aparece una mordida abierta posterior a medida que el nivel oclusal de los dientes --- anquilosados no se mantiene el ritmo del desarrollo vertical de los dientes adyacentes. Los dientes anquilosados con frecuencia son denominados "dientes sumergidos".



Paciente de 10 años de edad, presenta mordida abierta --
anterior por habito de dedo.



Paciente de 6 años de edad; vista intraoral, observe la mordida abierta anterior y vestibularización de los dientes - incisivos por hábito de lengua.



Paciente de 6 años de edad, presenta mordida cruzada del incisivo lateral superior derecho y caries por hábito de bibe
rón.



Vista intraoral de un paciente de 8 años de edad, observese la sobremordida y mordida cruzada anterior.

CONCLUSIONES

Las maloclusiones son un problema dental general, el cual el estudiante de odontología y el dentista titulado deberan -- tener los conocimientos exactos para detectarla. Ya que de ello depende el mejor diagnóstico y tratamiento adecuado de ortodoncia.

En el presente trabajo se observo, que la mayoría de las causas tienden ha tener relación con la herencia, la cual --- juega un papel muy importante.

Aunque también los factores ambientales, son muy comunes, puesto que originan anomalías de tipo adquirido de la maloclusión.

Conocer toda la etiología de las maloclusiones, es una - necesidad para el dentista; que radica en una educación hacia los padres de familia, al niño y a la comunidad en general.

Tratar de prevenirlas, sería lo más conveniente, es difícil más no imposible.

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

- 1.- Finn S.B. :Odontologfa Pediatrica; 4a. Edición. Editorial Interamericana; pags.533 a 537.
- 2.- Canut Brusola Jose A. : Ortodoncia Clinica. Editorial -- Salvat; 1990, pags. 100 a 103.
- 3.- Gillian Hoad-Reddick.:Attrition andsbone resorption takin a long-term view. Quintessence int. 1989;20, pag,390.
- 4.- Graber T.M.: Ortodoncia teoria y práctica. 3a Edición. Editorial Interamericana; pags. , 284 a 289.
- 5.- Hasund A. Silverstsen R.: Dental arch Space and Dental Ty- pe. Angle Orthodont, 41 : 140, 145.
- 6.- Mayoral José. :Ortodoncia Principios Fundamentales y Prãctica. 5a Edición. EditorialLabor. 1986; pgs.,173 a 185.
- 7.- Meyers Alan.: Is there an association? Am. J. Orthod. --- Dentofac. Orthop. 1988; 93 151 a 152.
- 8.- Moyers Robert E.:Manual de Ortodoncia. 3a. Edición., pags., 242 a 248.
- 9.- Munksgaard.: Pedodontics-a clinical approach-1a. Edición 1991., pags. 275 y 276.
- 10.-Nazmi Ertürk; The effect of neuromuscular diseases on the development of dental occlusal characteristics. Quintessence Int. 1991; 22., pags. 317,318 y 319.
- 11.-Rabasa Rafael.: Obstrucción Nasofaringea como causa de -- maloclusión. Práctica odontologica. Vol. 11. No. 8. 1990; pags. 14 y 15.

- 12.- Radzic D.: Dental crowding and its relation ship to mesio distal crown diameters and arch dimensions. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 1988;94; pags.,50 y 51.
- 13.- Shaughnessy Timothy.: Etiology of Class II malocclusions. - Pediatric Dentistry. Vol. 10. No. 4. 1988; pags.,336,337.
- 14.- Sing G.: Oral Habits. Indian pædiatrics. Vol. 24. 1987; -- pags., 511 a 514.
- 15.- Southard Tomas E.: Mesial force from unerupted third molars. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 1991; 99, pags; 220 a 225.
- 16.- Southard Tomas E.: The anterior component of occlusal force. Am. J . Orthod. Dentofac. Orthop. 1990; 97; pags., 41 a 44.
- 17.- Yocheved Ben-Bassat.: Occlusal Disturbances resulting from neglected sumerged primary molars. Journal of Dent#stry -- for Children. 1991; pgs.129, 130 y 132.