

385
22



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

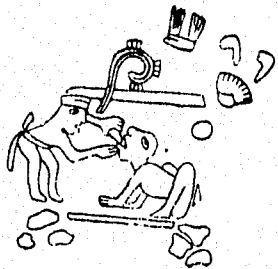
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ALUMNOS DE
CLINICAS PERIFERICAS DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA DE LA UNAM"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
CESAR FUENTES Y UNES
FERNANDO ENRIQUE ROMERO REYNOSO

Verbo

DIRECTOR Y ASESOR: DR. VICTOR MANUEL-BARAJAS VARGAS.



"MEXICO, D. F. A 9 DE ENERO DE 1996"

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 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.

A MIS PADRES ROSA Y CRUZ

LES AGRADEZCO EL APOYO QUE ME HAN BRINDADO PARA CONCLUIR MI CARRERA UNIVERSITARIA Y EL HABERME DADO LA VIDA.

A MIS HERMANOS

EDGAR, LILIANA Y URIEL POR SU CARIÑO Y CONFIANZA EN TODO MOMENTO DE MI CARRERA Y DE MI VIDA.

A MIS AMIGOS

ALEJANDRO, ADOLFO, CARLOS: POR QUE SIN SU ESTIMULO NO HUBIERA DADO ESTE PASO TAN GRANDE.

ALICIA

GRACIAS POR HABERME BRINDADO TODO EL APOYO Y CARIÑO QUE NECESITO PARA SUPERARME EN LA VIDA.

A TODOS LOS PROFESORES QUE ME AYUDARON A SUPERARME Y A REALIZAR MIS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.

A TODAS LAS PERSONAS QUE CON SU GRANITO DE ARENA CONTRUBUYERON A QUE DIERA FELIZ TERMINO CON MIS ESTUDIOS.

CESAR FUENTES YUNES.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES POR SU APOYO INCONDICIONAL E INCANSABLE. POR LA CONFIANZA Y EL AMOR BRINDADO Y POR CADA MOMENTO QUE DIOS NOS PERMITIO ESTAR JUNTOS

A MI ESPOSA, LAURA, PORQUE NO HAY PALABRAS NI FRASES QUE PUEDAN EXPRESAR EL AMOR Y AGRADECIMIENTO QUE LE TENGO Y LO MUCHO QUE ME INSPIRA PARA SEGUIR ADELANTE.

A MIS DOS LUCEROS, ALEJANDRA Y EL QUE PRONTO LLEGARA. QUE SON EL ALISCIENTE DE MI VIDA PORQUE LLEGARON PARA CONVERTIRSE EN EL PRINCIPIO Y FIN DE MI PENSAMIENTO.

A LA SEÑORA TERE POR SU GRAN APOYO, COMPRENSION Y CARIÑO QUE ME BRINDO DURANTE EL TIEMPO QUE REALICE LA LICENCIATURA.

MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO AL DR VICTOR MANUEL BARAJAS YA QUE SIN SU AYUDA, ESFUERZO Y PACIENCIA, NO HABRIA SIDO POSIBLE LA ELABORACION Y EL BUEN TERMINO DE ESTA TESIS.

PROLOGO.

En el transcurso de las practicas y servicio social observamos un alto índice de enfermedades bucodentales.

El análisis de la situación de la salud bucodental en el país ha llevado a la conclusión que la caries, parodontopatias y maloclusiones ocupan los tres primeros lugares en enfermedades bucodentales más difundidas en este orden, por lo que es importante conocer la magnitud de este problema.

La maloclusión es multifactorial, se puede deber a la malposición de los órganos dentarios del individuo, a la mala relación y al mal desarrollo de los arcos dentales, mal posición de la mandíbula y a procesos de los cuales resulta la desarmonía facial y deformación, así como también las malformaciones dentales, pérdida de dientes, caries y de todo aquel agente predisponente y desencadenante de la oclusión traumática. Además que los individuos son sometidos durante toda su vida a diferentes tratamientos que en muchas ocasiones no terminan en una buena armonía oclusal produciéndose alteraciones en la superficie de las caras masticatorias.

Comprendiendo integralmente lo importante de este problema se eligió este tema como desarrollo de tesis para poder así determinar el porcentaje de maloclusiones que se encuentra en una población estudiantil universitaria de las clínicas periféricas de la facultad de Odontología de la UNAM.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud considera a las maloclusiones como el tercer problema de salud oral de las enfermedades bucales, por lo que es importante conocer la magnitud de ésta anomalía.

La maloclusión es multifactorial, por ejemplo, puede deberse a la malposición de organos dentarios del individuo, a la mala relación y/o al mal desarrollo de los arcos dentales, mal posición de la mandibula y procesos de los cuales resulta la desarmonía facial y deformación, así como también las malformaciones dentales, pérdida de dientes, caries y todo aquel agente predisponente y desencadenante de la oclusión traumática; además que los individuos son sometidos durante toda su vida a diferentes tratamientos que en muchas ocasiones no terminan en una buena armonía oclusal produciendose alteraciones en la superficie de las caras masticatorias.

ANTECEDENTES

En la ciudad de México las instituciones del sector salud y las formas de recursos humanos en el área de odontología han intentado tener una mayor incidencia en la actividades correspondientes. Sin embargo los problemas orales son quizás, dentro de la salud pública, los menos a excepción de la caries dental, que probablemente debido a su incidencia, ha sido la enfermedad de mayor relevancia no solo a nivel nacional sino mundial.

El propósito de presentar los resultados de algunas investigaciones hechas en instituciones tales como la U.A.M., El Hospital Infantil de México, O.M.S., y la U.N.A.M. es para establecer un parámetro que se relacione o se contraponga a la investigación correspondiente por lo cual daremos a conocer los resultados de dichas investigaciones.

Los resultados reportados por la Universidad Autónoma Metropolitana son :

CLASE I	78.4%
CLASE II	12.6%
CLASE III	4.5%
„„„„„„„„	
	*95.4%

*El otro 4.5 % se examinaron planos terminales.



El estudio fue realizado en la zona de Tlahuac y Xochimilco con una muestra de 2,510 casos entre cinco y setenta años de edad en el año de 1989.

*Sánchez Pérez Teresa, Estudio de morbilidad oral en población abierta, U.A.M., Xochimilco, vol. 6 abril-junio, 1989.

Los resultados del departamento de estomatología del Hospital Infantil de México son los siguientes:

CLASE I	82.0%	Masculino	52.7%	Femenino.
CLASE II	2.6%	Masculino	21.0%	Femenino
CLASE III	15.4%	Masculino	26.3%	Femenino
	100%		100%	



Fuente: Expedientes clínicos (H.I.M) 1984.

*Dr. Eduardo de la Mora-Franz, Estudio de morbilidad en el departamento de estomatología pediátrica durante 1984. Hospital Infantil de México, vol. XLVII/3 p.-97, mayo-junio 1990.

Los resultados reportados por el departamento de SICOREP de la Facultad de Odontología son los siguientes:

SIN MALOCLUSIONES	24%
MALOCLUSIONES LEVES	40%
MALOCLUSION MODERADA O SEVERA	36%
	''''
	100%



Se tomo el siguiente criterio:

0. Ninguna anomalía o maloclusión

1. Anormalidades leves, como uno o más dientes girados o inclinados o un leve apiñamiento o espacio, el cual interrumpe la alineación normal de los dientes.

2. anomalías importantes como: a) Overjet de 9 milímetros o más b) Mordida cruzada igual o mayor a la profundidad del diente en su totalidad. c) Mordida cruzada d) Apiñamiento o espacios que se estimen mayores de 4 milímetros.

*SICOREP. Facultad de odontología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

- ¿Qué porcentaje de la población sufre de maloclusiones?
- ¿Qué maloclusiones son más frecuentes?

JUSTIFICACION

Ya que la Organización Mundial de la Salud ha considerado a la maloclusión , como el tercer problema de salud oral, es importante conocer la magnitud de ésta anomalía, y en vista de que en 1970 la OMS llevó a cabo un estudio en el que se estableció que un 20% de la población latinoamericana sufría de maloclusiones mientras que en el estudio realizado por la facultad de odontología de la UNAM en 1990 determinó que era un 69% de la población el que sufría de maloclusiones; por lo que es nuestro propósito investigar cuál es el porcentaje de maloclusión en la población estudiantil universitaria de clínicas periféricas de la facultad de odontología de la UNAM.

HIPOTESIS.

La población mexicana sufre de maloclusiones en un porcentaje mayor que lo establecido por la OMS.

SELECCION DE VARIABLES.

Alineación de los dientes	Ideal	sup.	inf.
	Apiñamiento	sup.	inf.
	Diastemas	sup	inf.
Antecedentes Ortodonticos	Si	No	
Desviación anteroposterior	Clase I	Izq.	Der.
	Clase II	Izq.	Der.
	Clase III	Izq.	Der.
Traslape horizontal	Borde a borde, Distancia en m.m.		
Traslape vertical	Mordida profunda. Mordida abierta		
Desviación lateral	Mordida cruzada	Anterior Posterior	Der izq. Der izq.

¿Qué características o atributos deberán observarse en la investigación para establecer el comportamiento y la naturaleza del fenómeno bajo estudio?

Deben ser estudiantes con dentición permanente completa a excepción de terceros molares tanto superior como inferior.

¿De qué forma se van a medir estos atributos?

Desviación anteroposterior, traslape vertical, desviación lateral, y alineación siendo registrados en m.m.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

EDAD: _____ SEXO: F M

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA: SI NO

ALINEAMIENTO: IDEAL APIÑAMIENTO DIASTEMAS

TRASLAPE VERTICAL: M. PROFUNDA M. ABIERTA

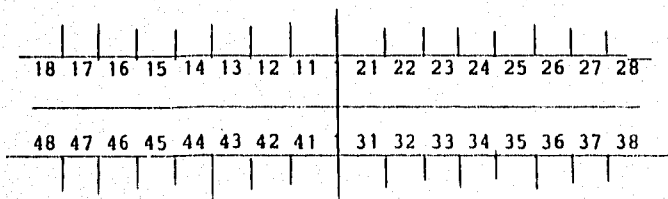
TRASLAPE HORIZONTAL: _____ mm.

CLASIFICACION: CLASE MODIFICACION

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR POSTERIOR

GIROVERSION: _____

ODONTOGRAMA



A= Ausente
C= Cariado
P= Perdido
O= Obturado

METODO DE RACOLECCION DE DATOS.

Asistir a todas la clínicas periféricas revisar y registrar los datos de toda la población estudiantil que se encuentren inscritos en el período escolar 95-2.

MATERIALES Y EQUIPO A EMPLEAR.

Abatelenguas, guantes, espejo, vernier, historia clínica o cuestionario (odontograma, nombre, lugar de nacimiento, previo tratamiento odontológico, clasificación, tipo, alineación, etc.); hojas de papel, lapicero, computadora e impresora.

DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS .

- Conocer el porcentaje de las maloclusiones en la población estudiantil .
- Identificar en que sexo se presenta con más frecuencia las maloclusiones.
- Conocer cual de las maloclusiones tiene mayor incidencia en la población estudiantil.

DESCRIPCION DE LA METODOLOGÍA.

SELECCIÓN:

Todos los alumnos de las clínicas periféricas de la facultad de odontología de la UNAM .

TIPO Y TAMAÑO DE MUESTRA:

Todos los alumnos de las clínicas periféricas 90% (+/- 10).

CARACTERISTICAS DEL GRUPO:

Dentición permanente lo más completa posible, con presencia de primeros molares y caninos a excepción de los terceros molares.

ÍNDICE.

Prólogo.	I
Introducción.	II
Antecedentes.	III
Planteamiento del problema.	VI
Justificación.	VI
Hipótesis.	VI
Selección de variables.	VII
Método de recolección de datos.	IX
Materiales y equipo a emplear.	IX
Descripción de los objetivos.	IX
Descripción de la metodología.	IX
CAPITULO I.	
Conceptos de oclusión.	1
Oclusión en dentición temporal.	2
Oclusión en dentición mixta.	3
Oclusión en dentición permanente.	5

CAPITULO II.

Clasificación de maloclusión.	7
Clasificación de Angle.	7
Clase I. (Angle).	7
Clase II. (Angle).	9
Clase III. (Angle).	10

CAPITULO III.

Historia clínica.	11
Historia medica.	11
Examen bucal.	11
Modelos de estudio.	12
Radiografía.	12
Radiografía cefalométrica.	13
Puntos cefalométricos.	13
Fotografía.	13

CAPITULO IV.

Factores etiologicos de la maloclusión.	14
Causas hereditarias.	15
Causas del medio ambiente.	16

A) Congénitas.	16
1.- Factor infeccioso.	17
a) sífilis.	
b) Tuberculosis.	17
2.- Factor alimenticio.	18
3.- Factor traumático.	18
4.- Anomalías y deformaciones congénitas.	19
a) Acondroplasia.	19
b) Torticollis.	19
c) Disostosis cleido-craneana.	19
d) Displacia periostal.	19
e) Parálisis cerebral.	19
f) Labio y paladar hendido.	20
g) macroglosia.	20
B) Causas adquiridas.	22
1.- Factor alimenticio.	23
2.- Hábitos.	23
a) Succión del pulgar u otros dedos.	23
b) Mordida y succión de labios.	24
c) Hábitos relacionados con cuerpos extraños.	24
d) Postura.	25
3.- Enfermedades.	26
a) Enfermedades generales.	26
b) Respiración bucal.	26
4.- Factores locales.	27
a) Pérdida prematura de los dientes temporales.	27
b) Pérdida prematura de los dientes permanentes.	27
c) Vía anormal de erupción.	27
d) Atraso en la erupción.	28

e) Extracción dentaria.	28
f) Anomalías de número.	28
g) Anomalías de forma.	29
h) Anquilosis.	29
i) Caries.	29
j) Restauraciones dentarias incorrectas.	29

CAPITULO V.

Material y métodos.	30
---------------------	----

CAPITULO VI.

Resultados.	33
Gráfica 1.1, Distribución por sexo.	35
Gráfica 1.2, Porcentaje de pacientes con tratamiento de ortodoncia.	36
Gráfica 1.3, Distribución de oclusión, según Angle (clase I, clase II, clase III).	37
Gráfica 1.4, Distribución de oclusión, según Angle (clase I, clase II, clase II sub. 2, clase III).	38
Gráfica 1.5, Distribución de oclusión (Angle) por sexo.	39
Gráfica 1.6, Clasificación y distribución (Angle) en hombres y mujeres.	40
Gráfica 1.7, Clasificación de Angle por edad en hombres.	41
Gráfica 1.8, Clasificación de Angle por edad en mujeres.	42
Gráfica 1.9, Clasificación de Angle en un porcentaje total.	43
Gráfica 1.10, Relación de mordida cruzada.	44
Gráfica 1.11, Mordida cruzada.	45
Gráfica 1.12, Alineamiento dentario en la arcada superior.	46
Gráfica 1.13, Alineamiento dentario en la arcada inferior.	47
Gráfica 1.14, Traslape vertical.	48

CAPITULO VII.

Conclusiones.	49
Bibliografía.	51
Observaciones.	53

CAPITULO I.

OCLUSIÓN

OCCLUSIÓN.

En odontología la palabra oclusión incluye tanto el cierre de las arcadas dentarias como los diversos movimientos funcionales con los dientes superiores e inferiores en contacto. Además la palabra oclusión se emplea par designar la alineación anatómica de los dientes y sus relaciones con el resto del aparato masticador.

Los músculos son factores importantes en el establecimiento de la oclusión normal o anormal. Los cambios oclusales están íntimamente ligados con la actividad neuromuscular, que ejerce una serie interminable de presiones sobre los dientes.

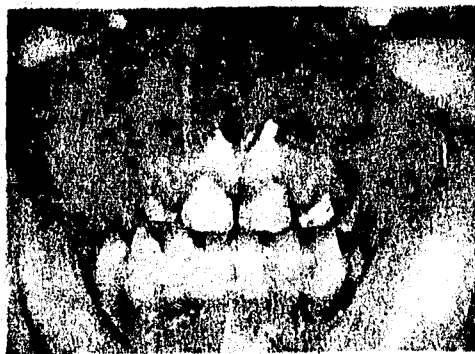
Lo que en realidad quiere expresarse bajo el termino de oclusión normal es que exista un balance estructural, eficiencia funcional, y armonía estética.

Por lo tanto, oclusión normal implica algo más que una gama de valores aceptables; indicaría también adaptabilidad fisiológica y ausencia de manifestaciones patológicas reconocibles.

Este concepto, oclusión normal, pone de relieve el aspecto funcional de la oclusión y la capacidad del aparato masticador para adaptarse a algunas desviaciones dentro del límite de tolerancia del sistema.

OCLUSIÓN EN DENTICIÓN TEMPORAL.

Al describir la oclusión normal, tanto en la dentición temporal como en la permanente nos referimos a la oclusión céntrica, que es la posición en que se colocan los dientes del arco dentario superior, ejerciendo la mayor presión sobre los molares y quedando en posición normal la articulación temporomandibular. En la dentición temporal cada diente del arco superior debe ocluir, en sentido mesiodistal, con el respectivo diente del arco inferior y el siguiente, dependiendo del plano terminal. Las excepciones en esta regla son los incisivos centrales inferiores que solamente ocluyen con los centrales superiores (por el mayor diámetro mesiodistal de la corona de estos últimos), y los segundos molares superiores que lo hacen con los segundos molares inferiores. Generalmente el arco temporal termina en un mismo plano formado por las superficies distales de los segundos molares temporales, pero puede haber un escalón por estar más avanzado el molar inferior o, inclusive, un escalón superior (relación clase II) por mesiogresión de todos los dientes superiores debida a succión de pulgar u otras causas. En sentido vertical los dientes superiores sobrepasan la corona de los inferiores o pueden cubrirla casi completamente, siendo esto último normal en la oclusión temporal.



OCCLUSIÓN DE DENTICIÓN MIXTA.

La dentición mixta se extiende desde los seis a los doce años y es un periodo de particular importancia en la etiología de las anomalías de la oclusión, puesto que durante estos años deben realizarse una serie de complicados procesos que produzcan al cambio de los dientes temporales por los permanentes y se establezca la oclusión normal definitiva. Cuando los molares temporales terminan en un mismo plano los primeros molares permanentes hacen su erupción deslizándose sobre las caras distales de los segundos molares temporales, y llegan a colocarse en una oclusión cúspide con cúspide, que es normal en esa época y que debe tenerse presente para no confundirla con anomalías de la oclusión. Con la exfoliación de los molares temporales los molares de los seis años migran hacia mesial siendo mayor el movimiento del inferior y obtienen la relación de oclusión normal (clase I, de Angle): la cúspide meciopalatina del primer molar superior debe ocluir en el surco que separa las dos cúspides vestibulares del primer molar inferior. Se atribuye que el cambio de oclusión se debe al cierre del espacio primate de la mandíbula por presión hacia mesial del primer molar inferior ó cuando este hace erupción quedando directamente los primeros molares permanentes en oclusión normal definitiva. Se nota que cuando existe escalón inferior en las caras distales de los segundos molares temporales los molares de los seis años encuentran su posición oclusal desde el mismo momento de su erupción sin cambios posteriores.

Por último señalaremos que si ha habido una mesiogresión de los dientes superiores posteriores por succión del pulgar interposición de la lengua, respiración bucal, retrognatismo inferior, prognatismo superior o cualquier otro factor etiológico los molares de los seis años se colocan también en la misma relación y se establece una maloclusión de la clase II de Angle.

Los incisivos inferiores permanentes se desarrollan en posición con respecto a los temporales y llegan a una posición normal de oclusión cuando caigan los temporales. Si la resorción de las raíces de los incisivos temporales se retrasa los permanentes hacen erupción en linguogresión, anomalía que se corrige espontáneamente con la extracción temporal. La oclusión de los incisivos permanentes es distinta a los temporales porque tienen una vestibuloversión marcada y los superiores solo deben cubrir el tercio incisal de la corona de los inferiores; esto es debido al levantamiento de la oclusión ocasionado por la erupción de los primeros molares permanentes. Es más frecuente encontrar

dificultades en la erupción de los incisivos laterales superiores que en los centrales; mientras que estos suelen encontrar espacio sin problemas (con la excepción de los casos que hay falta de resorción de las raíces de los temporales correspondientes), los laterales pueden colocarse en rotación por falta de espacio suficiente entre los centrales y los caninos temporales; también pueden estar en vestibulo versión por la presión ejercida en su raíz por la erupción del canino permanente.

En el maxilar inferior es más frecuente que haga erupción el canino primero, después el primer bicúspide. Este es el que encuentra más dificultades en su colocación por salir en último término (a excepción del segundo y tercer molar); puede quedar incluido por falta de espacio ocasionado por mesiogresión del primer molar permanente como consecuencia de la pérdida prematura de molares temporales o por que el segundo molar se adelanta en su erupción y empuja hacia la parte mesial al primer molar; en otras ocasiones hace erupción en linguogresión y, entonces, es preferible hacer una simple extracción sin tener que intervenir en el hueso; es importante también destacar la frecuencia que este premolar está ausente congénitamente. Como en el maxilar superior la secuencia de erupción es distinta a la de la mandíbula los problemas son también diferentes. El primer premolar suele colocarse sin inconvenientes; lo mismo el segundo cuando no hay mesiogresión del molar de los seis años por pérdida de los molares temporales o por presión del segundo molar, o en caso de macrodoncia, micrognatismo anteroposterior y cuando estas dos anomalías de volumen están reunidas. El canino superior es el que más frecuentemente encuentra problemas de colocación por ser el último en hacer erupción en este sector y por que, además, tiene que recorrer un largo camino desde la parte superior del maxilar, donde empieza a formarse el germen hasta llegar al plano de oclusión. En muchos casos queda incluido en el espesor del maxilar. Cuando el canino superior no queda incluido puede quedar en mala posición, casi siempre en vestibulogresión y mesioversión. Junto con el segundo bicúspide inferior son los dientes con mayores dificultades en su colocación en los arcos dentales del hombre moderno.

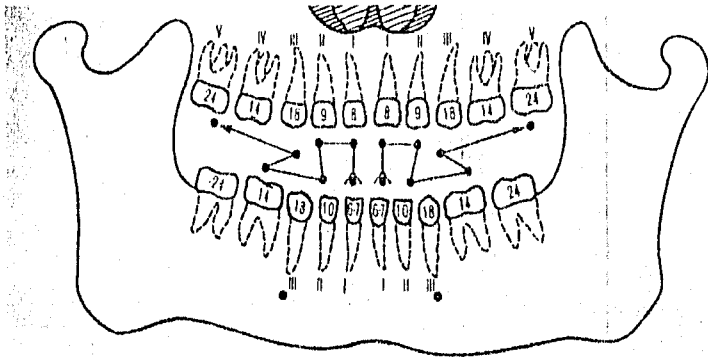


Fig. 2-1. Fechas de erupción de los dientes temporales (en meses)

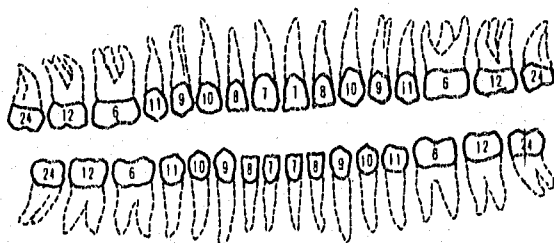
OCLUSIÓN EN DENTICIÓN PERMANENTE.

Con la caída del último molar temporal termina la dentición mixta y se completa la permanente con la erupción del segundo molar o molar de los doce años. La erupción de los molares antes de su erupción es distinta en el maxilar inferior y en el superior ; las coronas de los molares permanentes superiores están dirigidas en distoversión dentro de la tuberosidad del maxilar e irán descendiendo a medida que avanza la erupción hasta adquirir una posición vertical; en la mandíbula las coronas están en mesioversión y se enderezan cuando hacen erupción los molares inferiores y quedan en oclusión con los superiores. Los segundos molares no encuentran problemas en su colocación en la mayoría de los casos y, lo que más debe tenerse en cuenta es cuando hacen erupción anticipadamente porque, pueden ocasionar el movimiento mesial de los primeros molares restando espacio para caninos y premolares. Los terceros molares no tienen edad fija para hacer erupción. Se ha observado que la erupción de los terceros molares puede causar anomalías de posición y dirección de los dientes anteriores, en el adulto, porque se rompe la línea de puntos de

contacto entre los dientes generalmente a nivel de los caninos . Su importancia etiológica, aún está muy discutida.

La forma de los arcos dentarios pasa de semicircular, en la dentición temporal a elíptica en la dentición permanente por la erupción de los molares permanentes.

La oclusión en dentición permanente es similar en términos generales a la temporal en sentido mesiodistal cada diente del arco superior debe ocluir con el respectivo del arco inferior y el que sigue, también con la excepción del incisivo central inferior que solo ocluye con su antagonista, y del tercer molar superior que solo ocluye con el tercer molar inferior. En sentido vertical, los dientes superiores deben cubrir, más o menos el tercio incisal de los inferiores. Los arcos dentarios permanentes no son planos como los temporales, sino que describen una curva abierta hacia arriba (curva de spee) en dirección vestibulolingual los dientes del arco dentario superior sobrepasa por vestibular a los inferiores y por consiguiente las cúspides palatinas de los superiores deben ocluir en el surco anteroposterior que separa las cúspides vestibulares de las linguales de los inferiores.



CAPITULO II.

CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN

CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN.

La clasificación tiene la finalidad de facilitar una denominación adecuada para designar los problemas clínicos , puede proporcionar una mejor coordinación cuando se planea el tratamiento, también puede ayudar a entender las diferencias básicas entre casos que a primer vista parecen semejantes.

CLASIFICACIÓN DE ANGLE

La clasificación del Doctor Angle, depende de la relación anteroposterior de la mandíbula con el maxilar; las relaciones anteroposteriores de los dientes solo se toma como guía que servirá de ayuda para determinar la relación anteroposterior de los maxilares.

CLASE I.

Comprende las maloclusiones en las que se observa una relación anteroposterior normal entre los maxilares y la mandíbula. La relación de los molares inferiores y superiores es correcta la cúspide mesiopalatina del primer molar superior ocluyendo en el surco mesiobucal del primer molar inferior.

Clase I división 1.- Apiñamiento de dientes anteriores.

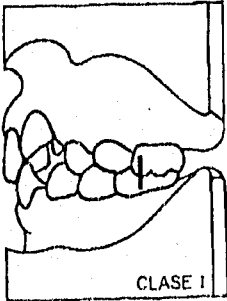
Clase I división 2.- Dientes superiores anteriores en mordida abierta anterior.

Clase I división 3.- Mordida cruzada o borde a borde en la parte anterior.

Clase I división 4.- Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral, en la parte anterior puede encontrarse normal o con apiñamiento.

Clase I división 5.- Cuando se ha perdido los molares primarios prematuramente provocando mesialización de los primeros molares permanentes conservando la clase I.

En todas las divisiones de clase I se conserva la variación de los molares.



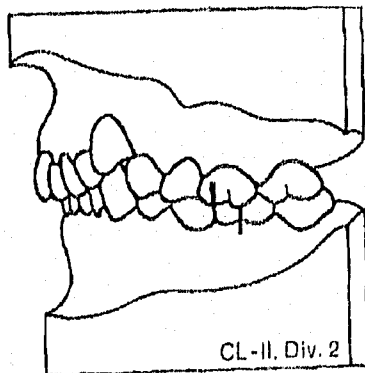
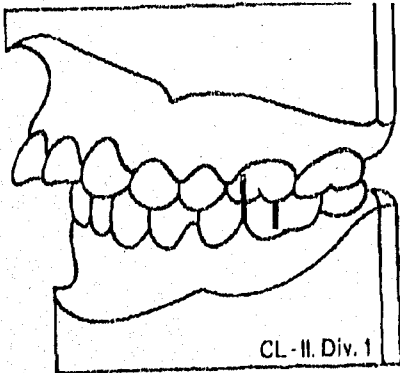
CLASE II.

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 en la cúspide mesiobucal del primer molar permanente.

Clase II división 1.- Cuando los dientes anteriores se encuentran en mordida abierta horizontal y mordida abierta vertical.

Clase II división 2.- Los centrales se encuentran palatinizados y los laterales están vestibularizados pero se pueden encontrar los incisivos superiores hacia palatino; se encuentra aumentada la mordida vertical más que la horizontal.

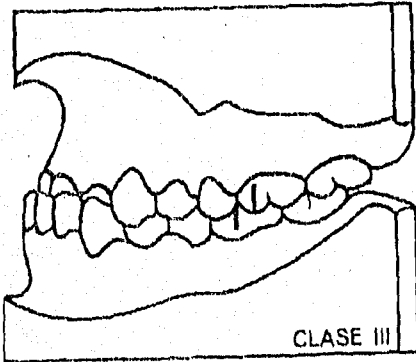
Clase II división 2 subdivisión 1.- Presenta las mismas características con la excepción de que una de las mitades está en oclusión distal y la otra normal.



CLASE III.

En la clase III existe una relación mesial entre la mandíbula y los maxilares. La fisura mesial del primer molar permanente inferior, se articula anteriormente con la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior.

Ciertos tipos de maloclusiones, en la mayoría de las veces dan el mismo tipo de malformaciones faciales. Con una maloclusión dada están en acción los músculos, una manera de respiración y una acción de los dientes en masticación; esto hace un desarrollo facial asociado con este tipo de maloclusión, bastante entendida y relacionada. En otras palabras es tan característica de esas coordinaciones que dado un modelo de maloclusión se puede describir con cierto criterio, el tipo de cara que posee el paciente.



CAPITULO III.

HISTORIA CLÍNICA.

HISTORIA CLÍNICA.

La historia clínica, para el odontólogo y el médico es de importancia, ya que es un registro que aporta una información de gran valor. Utilizar y aprovechar tal información después de un detallado examen, se podrá deducir un diagnóstico, un plan de tratamiento y un pronóstico.

Los puntos de una historia clínica para obtener un apropiado diagnóstico son:

- 1.- Historia médica.
- 2.- Examen bucal.
- 3.- Modelos de estudio.
- 4.- Radiografías.
- 5.- Fotografías.

1.- Historia médica; este examen debe comenzar desde el momento en que el dentista ve por primera vez al paciente, a veces es posible darse cuenta de diferentes características, tales como apariencia general, estatura, etc.

Para determinar el examen médico de un paciente se realiza un interrogatorio para tener una guía, que nos permita saber si hay una relación entre la salud general del paciente, salud mental y su enfermedad dental.

Es preciso registrar toda la información que pueda afectar la evolución del tratamiento o exigir determinadas precauciones (antecedentes de cardiopatía, presión arterial, discrasia sanguíneas, hepatitis, tipo de respiración, diabetes, fiebre reumática, y cualquier trastorno endocrino).

Hay que investigar sobre el tipo de dieta del paciente, trastornos del aparato digestivo, enfermedades pulmonares, nerviosas, y reacciones alérgicas.

Registrar los antecedentes familiares pues en ocasiones la clave está en enfermedades que son hereditarias, como : la hemofilia, diabetes mellitus, dientes supernumerarios, amelogenesis imperfecta, etc.

2.- Examen bucal; el examen comprenderá la inspección de los tejidos blandos los dientes e higiene bucal.

Higiene bucal, es preciso determinar el estado general de la higiene y registrar la presencia de placa, pigmentaciones y cálculos.

En la zona de los tejidos blandos el odontólogo se ha de interesar particularmente por las anomalías y siempre a de prestar atención a la localización de estos hallazgos.

Encía, hay que observar las variaciones en el color, contorno y firmeza, es retráctil y si sangra con facilidad.

Las lesiones gingivales localizadas pueden ser síntomas de oclusiones traumáticas u otros problemas no se descuide buscar fistulas, abscesos, áreas ademasosas, inserción de frenillos y otros estados patológicos que puedan afectar la posición apropiada de los dientes.

Labios, normalmente los labios están en contacto, sin estar apretados al nivel del plano de oclusión, el labio tiende a estar húmedo y es de consistencia regular. Debe observarse las diferencias que el labio muestre en: consistencia, color, actividad, postura, resequedad, etc.

Dientes, se registra forma y tamaño de los dientes, diastemas, el grado de susceptibilidad a la caries, presencia de restauraciones y el tipo de la misma, orden y posición de la erupción.

Se observa si la dentadura está completa o si se halla mutilada por extracciones, si faltan dientes y han sido reemplazados, en oclusión anotar la clasificación, localizar puntos prematuros de contacto en céntrica, movilidad y malposición dentaria.

Los hábitos se registran, succión del pulgar o de cuerpos extraños, morderce el labio, lengua, o carrillos, respiración bucal, bruxismo, etc.

3.- Modelos de estudio; los datos que se obtienen del estudio del modelo sirven para corroborar el examen bucal.

Los problemas de pérdida prematura, prolongada permanencia, espacios inadecuados, rotaciones, diastemas, frenillo y anomalías de forma, tamaño, posición y número. A través de un modelo de estudio son más visibles los problemas de deslizamiento de dientes y asimetrías de los arcos.

La clasificación de la maloclusión es realizada más fácilmente con los modelos superior e inferior en oclusión.

Los modelos de estudio, dan la oportunidad de prever la condición dentaria del paciente y da al profesional mejores perspectivas para el diagnóstico y el tratamiento, y darse cuenta de los cambios importantes que se han verificado.

4.- Radiografías; las radiografías son de gran valor de diagnóstico cuando se correlacionan 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, relación entre la corona y raíz, forma y longitud de la raíz, tratamientos de endodoncia, caries, infecciones apicales, abscesos, quistes, granulomas, fracturas radiculares, raíces primarias, retenidas.

Radiografía cefalométrica, la cefalometría es el estudio de un teleradiografía craneal de perfil para observar el tejido óseo, principalmente dental y tejidos blandos, con el propósito de señalar ángulos y planos realizados desde distintos puntos para el efecto de medirlos, y estudiar las modificaciones de 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 medidas longitudinales y de ángulos que emplean varios puntos y marcas, la cefalometría brinda una valiosa información en :

1. Crecimiento y desarrollo.
2. Anomalías craneofaciales.
3. Tipo facial.
4. Análisis y diagnóstico.
5. Informes progresivos.
6. Análisis funcional.

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

S.- Silla turca.

N.- Nasion.

O.- Orbital.

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

Bo.- Bolton.

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.

Go.- Gonion.

Gn.- Gnation, se origina de la intercepción del plano facial y mandibular.

Planos y ángulos cefalométricos, los planos y ángulos son utilizados para orientar la cabeza correctamente en el espacio para ubicar las anomalías dentofaciales, como también medir su magnitud.

5.- Fotografías; La interpretación de la fotografía debe estar relacionada con otros registros y se considera como un dato importante, junto con otros elementos de diagnóstico.

CAPITULO IV.

ETIOLOGÍA DE MALOCLUSIÓN.

ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN

El conocimiento de la etiología de la maloclusión es esencial, para poder entender y no confundir la diferencia que hay entre causas y efectos ya que este último es lo que observamos.

Lo importante de la causa es el sitio donde se manifiesta, el tiempo de duración y la edad en que se observa. La causa puede ser continua o intermitente, y puede mostrar sus efectos ya sea prenatalmente o posnatalmente.

Cuando un factor afecta a un sitio, este no es el único, ya que generalmente son varios; principalmente los sitios afectados son:

1. Dientes
2. Hueso.
3. Sistema neuromuscular.
4. A.T.M.
5. Tejidos blandos.

Los problemas orofaciales es una copilación de estos cinco tejidos. Cada una de las regiones está constituida por diferentes tejidos, que están íntimamente relacionados para cumplir una función armónica, y hacer posible la oclusión normal (neutro oclusión).

Cualquier factor que trastorne o altere en forma apreciable el estado fisiológico puede señalarse como una causa etiología para producir maloclusiones.

La etiología de la maloclusión, para su estudio y tratamiento se a dividido en:

1. Hereditaria.
2. Ambientales.
 - a) Congénitas.
 - b) Adquiridas.

CAUSAS HEREDITARIAS.

Las leyes de la herencia surgen directamente del comportamiento de los cromosomas de la mitosis, la meiosis y fecundación.

La herencia es la transmisión de las características y tendencias de los padres a los hijos por medio de los genes que se encuentran en los cromosomas correspondiendo a cada uno de los progenitores. Así las células germinales forman los eslabones de continuidad entre las generaciones sucesivas.

Los caracteres de la herencia está dada por genes dominantes y recesivos. Los genes recesivos producen su efecto solamente cuando el individuo tiene dos de ellos idénticos. Los genes dominantes producen su efecto inclusive cuando solo uno de ellos se encuentra presente en el individuo, y son los caracteres sobresalientes y de fácil identificación que pasan a través de las generaciones.

Durante el desarrollo del individuo, y como resultado de las constantes variaciones del medio tanto interno y externo es posible que se modifiquen en mayor o menor grado los caracteres.

El determinante genérico tiene influencia sobre la morfología dentofacial. Es posible heredar de los padres el tamaño de los dientes de un progenitor y el de los maxilares del otro, dientes grandes y maxilares chicos o maxilares grandes y dientes pequeños.

La influencia racial es de importancia debido a que interviene el control facial y arreglo de los dientes.

La herencia debe ser considerada significativamente como factor etiológico de maloclusiones.

Las alteraciones de origen genético pueden ser su aparición prenatalmente o manifestarse varios años después del nacimiento, como sucede en algunos patrones de erupción dental.

La herencia puede ser significativa en las siguientes características dentofaciales:

- a) Microdoncia y macrodoncia.
- b) Posición y conformación de la musculatura facial, en ella se muestra tanto tendencias familiares como raciales.
- c) Prognatismo y retrusión mandibular.
- d) Prognatismo maxilar.
- e) Forma y posición de los dientes.
- f) Oligodoncia, anodoncia.
- g) Macroglosia.
- h) Microglosia.

CAUSAS DEL MEDIO AMBIENTE.

A) CONGÉNITAS.

Las condiciones congénitas son aquellas que aparecen antes del nacimiento pero no necesariamente transmitidas a través de las células germinativas, o sea los cambios que suceden en la vida prenatal.

Algunas anomalías congénitas son heredadas mientras otras son producidas por accidentes durante el proceso de desarrollo del embarazo. A su vez no todos los rasgos hereditarios son congénitos, o sea evidentes desde el momento de nacer, algunos aparecen posteriormente en la vida del individuo.

Las características congénitas están superpuestas a diversos factores:

1. Factor infeccioso.
2. Factor alimenticio.
3. Factor traumático.
4. Anomalías y deformaciones congénitas.
 - a) Acondroplasia.
 - b) Tortícolis.
 - c) Disostosis cleido-craneana.
 - d) Displasia periosteal.
 - e) Parálisis cerebral.
 - f) Labio paladar hendido.
 - g) Macroglosia.

I. FACTOR INFECCIOSO.

El feto puede ser influenciado en su desarrollo por otras enfermedades agudas infecciosas que padezca la madre durante el embarazo, como escarlatina, epilepsia, fiebre tifoidea, estafilococcias, estreptococcias, etc.; los agentes causantes de la enfermedad de la madre, o bien las toxinas producidas por ellos puede provocar en el feto distintos trastornos de desarrollo aún el aborto y hasta la muerte .

SÍFILIS.

La infección treponémica se transfiere al feto a través de la placenta . Para que el feto se infecte es necesario que la madre padezca sífilis , ya sea adquirida o congénita. La acción de la sífilis sobre el feto puede manifestarse de diversas formas: aborto, parto prematuro, o trastornos del desarrollo como la hidrocefalia, labio y paladar hendido, malformaciones dentarias, etc.; muchas veces la sífilis congénita se manifiesta por lesiones cutáneas y mucosas por alteraciones de los órganos, especialmente del hígado y del bazo.

TUBERCULOSIS.

La tuberculosis congénita es posible pero rara. En la generalidad de los casos de los niños nacidos de madres tuberculosas, no se presentan manifestaciones de la enfermedad ni reacción a la tuberculina y pueden liberarse del contacto si al nacer se separa de ella.

2. FACTOR ALIMENTICIO.

La ausencia de ciertos elementos en la alimentación de la madre tiene influencia desfavorable en la evolución normal del embarazo y desarrollo del feto.

La falta de la vitamina B disminuye en la madre el apetito; hay tendencias a las hemorragias en la madre y en el recién nacido.

La avitaminosis D es capaz de producir en la madre osteomalacia y en el feto osteomalacia congénita.

La mujer embarazada debe tener una alimentación variada; proteínas, hidratos de carbono y lípidos ; su régimen alimenticio debe contener minerales como: calcio, hierro, potasio. La alimentación es indispensable para el buen desarrollo del feto.

3. FACTOR TRAUMÁTICO.

El traumatismo prenatal sobre el feto y los daños posnatales pueden ocasionar deformidad dentofacial.

Los accidentes sufridos en la mujer embarazada pueden provocar en el feto fracturas de los huesos, hemorragias, o trastornos en el desarrollo y crecimiento.

En ocasiones la posición del feto en el útero es traumática existiendo presiones sobre la cara que ocasionan asimetrías en el crecimiento, o un retardo en el desarrollo mandibular.

Los accidentes obstétricos , debido particularmente a las maniobras en el parto pueden dañar los músculos, nervios, y huesos, siendo el cráneo la región más frecuentemente afectada. Los obstetras para facilitar el nacimiento, insertan el dedo índice y medio en la boca del niño, debajo del proceso alveolar maxilar y así sacar la cabeza; los huesos del cráneo se amoldan., la plasticidad de las estructuras es tal, que cualquier lesión traumática es temporal pero el resultado puede ser también una lesión permanente con efectos en la maloclusión.

4.. ANOMALÍAS Y DEFORMACIONES CONGÉNITAS.

a) Acondroplasia .- Es una enfermedad congénita que ataca a los huesos de origen cartilaginoso.

La cabeza es grande en relación a la talla del cuerpo el perímetro craneal puede exceder de 60 cm., es redonda siendo el sujeto marcadamente braquicefálico, por sobresalir notablemente las eminencias parietales. Las partes condíleas y vacilar del occipital están reducidas y presentándose la porción nasal de la cara retirada y permaneciendo la mandíbula normal estableciéndose una maloclusión. La etiología de la acondroplasia , es imprecisa , pero la consecuencia de una infección o intoxicación, en los primeros meses de vida intrauterina, atacan la evolución de los huesos cartilaginosos mientras que los de origen conjuntivo continúan su desarrollo normal.

b) Tortícolis.- Es el acortamiento del músculo esternocleidomastoideo y puede causar profundos cambios en la morfología de los huesos del cráneo y la cara. En algunos casos el acortamiento de los músculos del cuello se encuentran presentes en el momento del nacimiento y puede ocurrir debido a una lesión.

Los músculos del cuello se contraen y la cabeza es llevada hacia un lado en tirones irregulares; puede seguir una reacción nerviosa debido a una tensión.

La terapéutica adecuada y aplicada correctamente a tenido éxito en algunos casos; pero si no es tratada muy tempranamente la tortícolis trae asimetrías faciales y maloclusiones.

c) Disostosis cleido-craneana.- Puede ser unilateral o bilateral parcial o completa la ausencia de la clavícula y un atraso en el cierre de la sutura craneal, retrucción maxilar y posible protrusión mandibular; hay un retraso en la erupción de los dientes permanentes, las raíces de los dientes suelen ser más cortas y delgadas; los dientes supernumerarios son comunes.

d) Displacia periosteal.- Ataca a los huesos que se desarrollan directamente del tejido conjuntivo, respetando a los de desarrollo cartilaginoso. Desde el nacimiento esta enfermedad se revela por múltiples fracturas y múltiples callos óseos sobre los huesos largos y un reblandecimiento muy adecuado a los de la bóveda craneana; existe micromelia el cráneo es de tamaño natural y ligeramente alargado.

e) Parálisis cerebral.- La parálisis cerebral o pérdida de la coordinación muscular es atribuida a una lesión intracraneana. Es comúnmente considerada como el resultado de una lesión producida al nacer. En lo que al odontólogo le

concierno los defectos de este orden neuromuscular pueden observarse en la integridad de la oclusión. Puede haber varias graduaciones de la función muscular normal en la masticación, deglución, respiración, y habla.

f) Labio paladar hendido.- Es una deformación facial congénita, se caracteriza por una fisura del labio superior y con menos frecuencia del labio inferior es debido a una detención del desarrollo.

El trastorno del desarrollo que conduce la formación de la fisura del labio se produce a la sexta semana embrionaria. Es conocida por un lado, permanentemente por la falta de unión de los cortes faciales y por otro lado porque el listón epitelial que separa las cavidades maxilares y nasales no es reemplazado por el tejido conectivo al formarse el piso nasal primitivo. Las fisuras palatinas se originan cuando la formación del paladar primitivo es trastornada en la octava semana embrionaria.

El labio hendido puede interesar: al labio, reborde alveolar, bóveda palatina y al velo del paladar, según el tamaño de la lesión puede ser unilateral o bilateral.

En las fisuras maxilar-palatinas, se ha constatado con frecuencia anomalías especialmente por aumento del número de incisivos lo que explicará admitiendo el desdoblamiento de los gérmenes dentarios por la fisura.

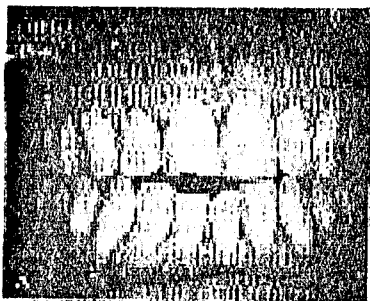
Suelen observarse anomalías dentarias de posición individuales por desplazamiento de los dientes en sus alvéolos estando estos bien implantados, o sufrir una malposición de conjunto por porción del hueso intermaxilar. Con frecuencia se observa ausencias dentarias.

El tratamiento a seguir en el labio paladar hendido es el quirúrgico, debe ser llevado a efecto con coordinación de varios especialistas como el cirujano plástico, pediatra, psicólogo, ortodoncista, y parodontista, etc.; todos coordinan sus servicios para lograr el mayor resultado general.

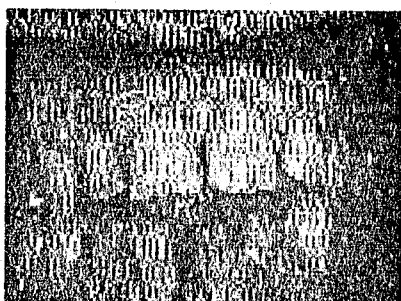
g) Macroglosia.- Es productora de distintas anomalías dento-maxilares; su acción dentro de la cavidad bucal es intensa, pues actúa antes y después de nacimiento.

La macroglosia trae como consecuencia un exceso de desarrollo maxilar y mandibular originando sobre todo un mayor desarrollo de las arcadas.

La mandíbula en las grandes macroglosias se halla aumentada grandemente de tamaño. Los incisivos inferiores se hallan propulsados, como consecuencia de la presión lingual presentando diastemas a veces muy grandes, y en consecuencia maloclusiones.



Paciente de sexo femenino con mordida abierta ocasionada por macroglosia.



Paciente de sexo masculino con mordida ocasionada por macroglosia.

FACTOR ALIMENTICIO.

La alimentación de los niños es de importancia para el desarrollo y crecimiento; debe procurarse que la alimentación sea completa entrando en proporción adecuada los distintos alimentos: proteínas, carbohidratos, lípidos, sales minerales y vitaminas.

Cuando existe una hipoalimentación defectuosa, tiene repercusión sobre el sistema dentario. La clasificación de los dientes puede resentirse, desarrollándose de diferentes formas de hipoplasia o presentar mayor predisposición a la caries.

Las maloclusiones debidas a la deficiente alimentación son, por insuficiente desarrollo de los maxilares y los que se agrega los trastornos de la erupción dentaria y a la pérdida prematura por caries.

HÁBITOS.

Numerosas maloclusiones y deformidades dentofaciales son causadas o agravadas por la práctica de hábitos perniciosos como la succión de pulgar y otros dedos, lengua, carrillos y la introducción a la boca de objetos.

El grado de deformidad causada por hábitos orales depende de la respuesta de los músculos y del hueso a las presiones aplicadas y a la frecuencia e intensidad con que se practica el hábito.

La naturaleza de la maloclusión producida está directamente relacionada con la manera en que se practica el hábito.

a) Succión del pulgar u otros dedos.- Este hábito es una de las causas principales de maloclusiones. La función de la succión es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica en las estructuras de órgano masticatorio.

Al alimentarse el lactante está guiado por dos instintos, el instinto alimentario y el instinto de chupar, para satisfacerlos existen dos reflejos heredados, que se extienden a varios grupos musculares coordinados, el reflejo de deglución y el reflejo de succión, deben funcionar a la perfección inmediatamente después de nacer. Al amamantar al niño se satisface los dos instintos.

El factor normal de llevarse el pulgar a la boca que se observa en un período preciso comprendido entre los seis y doce meses en el cual el niño trata de examinar los objetos que llegan a sus manos llevándolos a la boca; existe en esta época el peligro latente de que esta acción pasiva se convierta en activa. Comúnmente se observa que a la edad de dos años, este hábito declina en la mayoría de los casos pero en otros se acentúa aún más y en otros principia.

El tipo de maloclusiones que desarrollan depende de la posición del pulgar u otros dedos, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo. La mordida abierta en la región anterior constituye el problema clínico más frecuente. La relación de la mandíbula se desarrolla si el peso de la mano o el brazo, la fuerza continuamente a adoptar una posición en retrucción.

Como las fuerzas ejercidas por la mayoría de los hábitos orales se dirigen contra la parte anterior de la boca la mayoría de las deformidades que se observan complican a los incisivos superiores.

b) Mordida y succión de labios.- La succión de los labios puede aparecer por sí solo o puede ser acompañada de la succión del pulgar, en casi todos los casos el labio inferior es el implicado en la succión, aunque el labio superior es observado también.

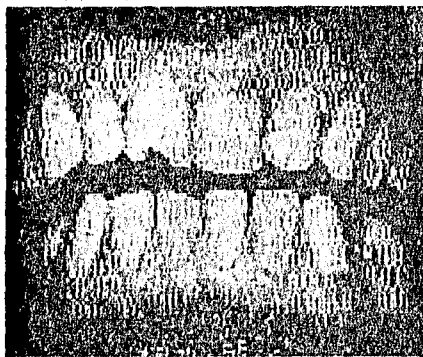
Cuando el labio inferior es repetidamente metido por debajo de los dientes anteriores superiores, el resultado es labioversión de estos; frecuentemente también mordida abierta y siempre linguversión de los incisivos inferiores.

La succión o mordida del labio puede llevar el mismo desplazamiento de los dientes anteriores. Cuando se muerden los carrillos, los dientes prácticamente quedan en infraoclusión, ósea que la mucosa del carrillo introducida entre las arcadas dentales, actúa inclinando los dientes hacia dentro con los cuales se fomenta la formación de una mordida cruzada local.

c) Hábitos relacionados con cuerpos extraños.- Estos hábitos pueden estar relacionados con una infinidad de objetos y muchas veces es difícil descubrirlos, los más comunes son aquellos en que la ocupación del niño favorece a la práctica del hábito. En este aspecto vemos el hábito que adquiere el paciente en la escuela de morder lápices, gomas, regla, etc.

Otros hábitos los adquieren en la primera infancia y son practicados antes de dormir, morder un pedazo de tela, la esquina de una almohada o sábana o el uso de chupones.

Existen hábitos perniciosos como la apertura de horquillas con los dientes, cortar hilos, abrir botellas, etc.; estos hábitos los efectúan ya sea por placer o por comodidad.



Desgaste incisal del central superior derecho ocasionado por hábitos perniciosos

Hay una gran variedad y sobre todo es tan individual el hábito relacionado con los cuerpos extraños que al efectuar la historia clínica del paciente se cuidará de no pasar por alto la existencia de un hábito pernicioso.

d) Postura.- El hábito de postura se encuentra en niños que acostumbran a dormir con las manos o el brazo sobre la cara, o quienes al estudiar apoyan las manos sobre la cara causando deformaciones y maloclusiones unilaterales de las arcadas dentarias.

Se puede presentar una posición mandibular defectuosa en aquellas personas que adoptan posiciones corporales inadecuadas; ambas pueden ser expresiones de salud precaria, por otro lado la persona que se mantiene erecta con su cabeza bien colocada sobre la almohada sobre la columna vertebral mantendrá casi reflejamente la mandíbula hacia adelante en una buena posición.

ENFERMEDADES.

a) Enfermedades generales.- En las causas generales de maloclusión incluyen aquellas que afectan la función o el metabolismo del individuo a tal extremo como para interferir en el desarrollo de los niños o las estructuras vecinas. Hay enfermedades que tienen un importante papel en el establecimiento de estas variaciones que no pueden ser negadas; algunas de ellas por lo tanto, tienen una conexión directa y algunas son de menor efecto inmediato observable al instante.

Las sífilis y las enfermedades febriles graves en la primera infancia son los mayores agresores, la escarlatina, sarampión, y varicela, pueden tener efectos sobre las estructuras epiteliales del diente, esto es en el esmalte.

El raquitismo, contribuye a la mala oclusión es una enfermedad de la infancia y la mala nutrición, está caracterizada por la defectuosa formación ósea. Individualmente el raquitismo prolongado dará como resultado dientes en forma peculiar o procesos alveolares deficientes.

Las variaciones en la función normal de las glándulas endocrinas tan cercanamente asociadas con el crecimiento de los huesos son incuestionablemente contribuidoras de muchas maloclusiones.

Desde la concepción de los trastornos del sistema endocrino pueden afectar generalmente al crecimiento facial; los trastornos endocrinos pueden retardar o acelerar la dirección del crecimiento facial.

b) Respiración bucal.- La respiración bucal significa la ruptura del contacto oclusal, una separación de los labios y una pérdida de la influencia limitada sobre los incisivos superiores.

Ciertos tipos de maloclusiones invariablemente están asociadas con ciertos tipos de deformaciones nasales y ninguno mejorará extensivamente a no ser que se correlacione con un tratamiento. En ocasiones después de haber sido tratada una afección nasal, se continúa respirando a través de la boca, esto se debe a la acción anormal de los músculos durante el tiempo que el individuo era un respirador bucal, produciendo un hábito, con condiciones desfavorables para una buena oclusión.

Las afecciones que pueden ocasionar una insuficiencia respiratoria nasal y producir respiración bucal son numerosas como: cornetes inflamados, inflamación y congestión crónica de las mucosas nasofaríngeas, hipertrofia adenoidea, inflamación e hipertrofia de las amígdalas y hábitos de succión.

FACTORES LOCALES.

Las causas locales son las que se refieren a anomalías de los dientes. Muchos factores locales causantes de maloclusiones son: dependientes de enfermedades de estados generales del individuo (herencia, trastornos de alimentación, etc.).

a) Pérdida prematura de los dientes primarios.- Puede ser causado por accidentes, caries, o acelerada absorción de las raíces.

Por ejemplo si el diente perdido es un 65 y la edad del paciente es de 5 ó 6 años, antes de que se haya establecido la relación cúspide del 26, se producirá una inclinación variable o desviación hacia adelante del 26. Las presiones musculares mesiobucuales influye, estas consecuencias conducen a una disminución del espacio en el arco dentario al usurpar el 26 que corresponde al espacio del 25, este puede permanecer impactado no erupcionar o lo hará fuera del arco dental.

La pérdida prematura de los dientes primarios, causa la pérdida de espacio en el arco dental. Los dientes en erupción a causa del componente mesial de la fuerza eruptiva se inclinarán e imigrarán hacia la línea media, con la consiguiente alteración de la oclusión.

b) Pérdida prematura de dientes permanentes.- La pérdida de los dientes permanentes especialmente del primer molar permanente, se puede considerar como factor etiológico mayor de la oclusión; si se pierde el primer molar antes de la erupción del segundo molar permanente, existe la oportunidad de la desviación mesial posterior del segundo molar a una posición casi correcta. Sin embargo si el primer molar se pierde después de la erupción del segundo molar y precedentemente al establecimiento de la oclusión el segundo molar se desviará mesialmente y se inclinará hacia lingual.

La edad juega un papel muy importante en el tipo de maloclusiones que puede resultar la pérdida de primer molar permanente permite con frecuencia la desviación de los premolares e incisivos, especialmente si la oclusión no está bien establecida.

c) Vía anormal de erupción.- Esta es generalmente una manifestación secundaria de la lesión primaria. De este modo con un patrón hereditario de grave apiñamiento y una falta absoluta de espacio para acomodar todos los dientes que están haciendo erupción, puede ser simplemente una respuesta normal a las condiciones presentes.

Además una barrera física debido a la presencia de dientes supernumerarios, dientes temporales detenidos o fragmentos de raíces o posibles barreras óseas pueden afectar sobre la dirección de la erupción, dando como resultado una vía anormal de erupción. Hay casos sin embargo, donde no existen problemas de espacio y donde no es visible ninguna barrera pero los dientes erupcionan en dirección anormal. La causa más probable de tal erupción es un traumatismo.

d) Atraso en la erupción.- La erupción dentaria puede comenzar en una época posterior a lo normal. Puede este atraso observarse en los dientes temporales o en los dientes permanentes.

El retardo eruptivo de la primera dentición trae como consecuencia una disminución en el desarrollo maxilar, pues la extracción fisiológica que normalmente y en cierta época deben efectuar los dientes, se hace más tarde.

Las causas que con mayor frecuencia ocasionan el retardo de la erupción permanente son múltiples, pero las más comunes son debidas a la falta del germen dentario, factores de orden mecánico que impiden dicha erupción y la posibilidad de que la erupción de los dientes este demorada por factores generales por ejemplo: hormonales.

En general los retardos en la erupción trae como consecuencia un menor desarrollo maxilar, simétricos si se presenta en ambos lados.

e) Extracción dentaria.- La extracción dentaria como causa de maloclusiones es muy conocida, pero aún así siendo tan importante no debemos dejar de insistir sobre los prejuicios notorios que presenta la extracción dentaria. Nunca se debe hacer una extracción dentaria sin haber hecho estudio clínicos antes.

La extracción de los molares permanentes y caninos, es de gran importancia como causa de maloclusiones y su consecuencia se extiende a la conformación de la cara. Cuando la extracción es unilateral el resultado el producir, una desviación de la línea media.

f) Anomalías de número.- La adición de un diente extra o la ausencia de ciertos dientes pueden tener posibilidades genéricas.

Los dientes supernumerarios comúnmente están mal formados siendo conoides o en forma de pico. Se encuentran frecuentemente en la región incisal especialmente en el maxilar superior, pero también se encuentran en el inferior. Cuando un diente supernumerario hace erupción en el arco normal y ocupa el espacio de un diente permanente que debe erupcionar en esa posición provoca una maloclusión.

La agenesia es un factor definitivo de maloclusión, los dientes que con mayor frecuencia faltan son los incisivos laterales permanentes superiores y los segundos premolares inferiores.

g) Anomalías de forma.- Las anomalías de forma están representadas por el gigantismo y enanismo, frecuentemente se presentan en los incisivos superiores y más raro en los molares. En las anomalías de forma influye el factor genérico.

h) Anquilosis.- Se encuentra entre los 6 y 12 años de edad. Es un fenómeno por el cual un órgano dentario es fijado al hueso que los rodea mientras que el diente contiguo continua erupcionando, deslizándose con el crecimiento y desarrollo.

La anquilosis se debe probablemente a una clase de lesión como resultado del cual una parte del periodonto es perforado y se forma un puente óseo uniendo la lámina con el cemento. Este puente no necesita ser muy grande para detener la fuerza normal de la erupción, de un diente.

i) Caries.- La caries debe ser considerada entre muchas causas locales de maloclusión. De este modo, la caries que lleva a la pérdida prematura de dientes de la primera dentición y/o segunda dentición con el consiguiente deslizamiento de los dientes contiguos con la anormal inclinación axial, abulción dentaria, pérdida de hueso y demás son el origen del mal. Es básico que lesiones producidas por caries deben ser tratadas no solo para prevenir la infección y la pérdida dentaria, sino para mantener la integridad del arco dentario.

j) Restauraciones dentarias incorrectas.- El uso inadecuado de los materiales de obturación y la mala rehabilitación bucal son factores que intervienen en la maloclusión.

Cuando en la restauración de un diente el exceso de material, puede aumentar el diámetro mesiodistalmente, está producirá apiñamiento de los dientes adyacentes. Es frecuente que en los bordes gingivales de las obturaciones sobrepasen en tal extensión el tejido que este se inflama y produce la pérdida del proceso.

La falla en el contorno apropiado de una superficie oclusal de una obturación nos dará una deficiencia de tal tensión oclusal, con los dientes empujados y llevándolos a través de las tensiones de la masticación y posiciones de maloclusión se debe realizar restauraciones anatómicas y correctamente trabajadas, como un procedimiento de odontología preventiva.

CAPITULO V.

MATERIAL Y MÉTODOS.

MATERIAL Y METODOS

El objetivo de esta investigación fue estudiar y analizar la prevalencia de los distintos tipos de maloclusiones en base a la clasificación de Angle, así como también se orienta al conocimiento de su distribución y por ende, a las necesidades de tratamiento para el diseño de programas de atención encaminados a la prevención y corrección de éstas anomalías; así se considera que los resultados obtenidos servirán de guía para una adecuada utilización de recursos en los programas de ortodoncia preventiva, interceptiva o correctiva.

Se revisaron 562 alumnos de las clínicas periféricas de la Facultad de Odontología en la UNAM. (los cuales representan un 93% de la población estudiantil de las clínicas periféricas antes mencionadas), de los cuales 399 (71%) correspondieron al sexo femenino y 163 (29%) al sexo masculino. (ver grafica 1.1).

A cada alumno se le practicó un examen clínico directo estableciéndose los antecedentes de tratamientos de ortodoncia que presentaban y se encontró lo siguiente:

El 35% de los revisados presentaban antecedentes de tratamiento de ortodoncia, mientras que el 65%, nunca había tenido experiencia ortodóncica. (grafica 1.2).

REVISION DE LA OCLUSION

Para realizar la revisión, se tomó como base la clasificación de Angle Clásica, y el criterio y utilización fue:

CLASE I La consideración es la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta con las cúspides mesiovestibulares del primer molar superior ocluyendo en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

CLASE II En este tipo, encontramos que la arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada dentaria superior. El surco vestibular del primer molar superior hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar inferior, o puede encontrarse aún más distal.

CLASE II SUBDIVISION Se consideró a toda aquella que estableció una oclusión del lado derecho y otra del lado izquierdo.

CLASE III La consideración en esta oclusión fue que el primer molar inferior se encuentra en sentido mesial en relación con el primer molar superior.

REVISION DEL ALINEAMIENTO DENTARIO

Para seleccionar el tipo de alineamiento, se clasificó en tres:

DIASTEMA: Cualquier separación visible, pequeña y exagerada que haya entre dos órganos dentarios contiguos.

APIÑAMIENTO: Cualquier giroversión o cambio de posición donde se encuentre una relación desordenada de un diente con respecto a otro. Con un solo diente que estuviera en estas condiciones, se consideró apiñado.

NORMAL: Al acomodamiento donde haya una armonía de posición y de puntos de contacto de los órganos dentarios.

REVISION DE TRASLAPE VERTICAL

Se tomaron en cuenta tres parámetros:

MORDIDA ABIERTA: Toda ausencia de contacto de los dientes anteriores superiores con sus antagonistas.

SOBREMORDIDA: Cuando los dientes anteriores superiores cubrían la totalidad o dos tercios de los dientes anteriores inferiores.

NORMAL: En donde los órganos dentarios superiores permiten ver los dos tercios (medio y cervical) de los órganos dentarios inferiores.

REVISION DE LA MORDIDA CRUZADA

Se consideró a toda falta de armonía en donde las cúspides de trabajo de los molares inferiores quedaban hacia vestibular referente a las cúspides de balance de los molares superiores. Se revisó cada lado por separado. En el caso de los dientes anteriores, cuando los bordes incisales de los dientes inferiores coincidían con las caras labiales de los dientes anteriores superiores.

MORDIDA NORMAL: En donde se mantenía la relación de las cúspides de trabajo (palatino superior y vestibular inferior) con las cúspides de balance (vestibular superior y lingual inferior).

CAPITULO VI.

RESULTADOS.

RESULTADOS

EN OCLUSION

Como se observa en la grafica 1.3, se observó:

Clase I 320 casos, lo que representa un 57%, Clase II 214 casos representando un 38% (Clase II 107 y Clase II Subdivisión 107 casos), (grafica 1.4) mientras que en la Clase III solo se encontraron 28 casos, es decir un 5%. Esto equivale a decir que el 43% de los revisados presentó maloclusiones Clase II y Clase III.

Del total de individuos, el 43% presentó maloclusión tipo II, tipo II subdivisión y tipo III. (grafica 1.5).

En el caso de la Clase I, 230 casos (71.9%) correspondieron al sexo femenino y 90 casos (28.10%) al sexo masculino; la Clase II presentó 152 casos femeninos (71.20%) y 62 (28.8%) al sexo masculino, y de la Clase III 15 casos correspondieron al sexo femenino (53.6%) y 13 casos (46.4%) al sexo masculino. (grafica 1.6)

En relación a la edad, se concluyó que 104 alumnos tenían entre 20 y 21 años, de los 104, 63 correspondieron a la Clase I, 35 en Clase II y 6 en Clase III; 272 con una edad de 22-23 años de los cuales, 145 caían en Clase I, 114 en Clase II y 13 en Clase III; de 24-25 años, encontramos 128 alumnos, de los cuales 69 correspondían a Clase I, 43 a Clase II y 6 en Clase III; E 26-27 años, de 38 alumnos, 26 eran Clase I, 12 Clase II y ninguno en Clase III; de 28-29 años solo había 4 alumnos, los cuáles pertenecían a Clase I; de 30-31 años, nos encontramos con 11 alumnos, 6 en Clase I, y 5 en Clase II; de 32-33 años, había 15 alumnos, 7 en Clase I, 5 en Clase II y 3 en Clase III. (graficas 1.7, 1.8, y 1.9).

EN MORDIDA CRUZADA

Se encontró que solo el 16% de la población, manifestaba este tipo de mordida, de los cuáles el 2% correspondía a la mordida cruzada anterior, el 7% a la mordida cruzada posterior izquierda y otro 7% a la mordida cruzada posterior derecha (graficas 1.10 y 1.11).

ALINEAMIENTO DENTARIO

En la arcada superior se encontró lo siguiente:

96 casos (17%) presentaban diastema; 64 casos (47%) apiñamiento y 202 casos (36%) presentaban un alineamiento normal. (grafica 1.12).

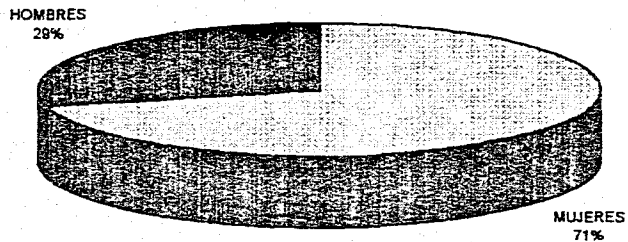
En la arcada inferior:

51 casos (9%) diastema; 376 casos (67%) apiñamiento y 135 casos (24%) alineamiento normal. (grafica 1.13).

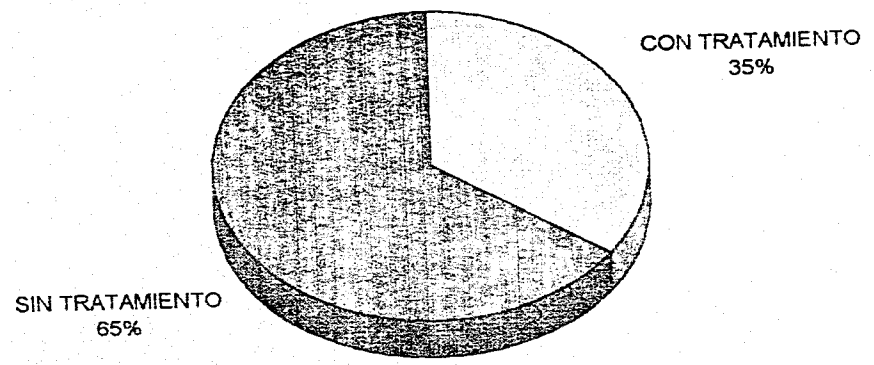
TRASLAPE VERTICAL

Encontramos que el 70% de la población esta dentro de la normal, el 20% manifestó sobremordida y solamente el 10% mordida abierta. (grafica 1.14)

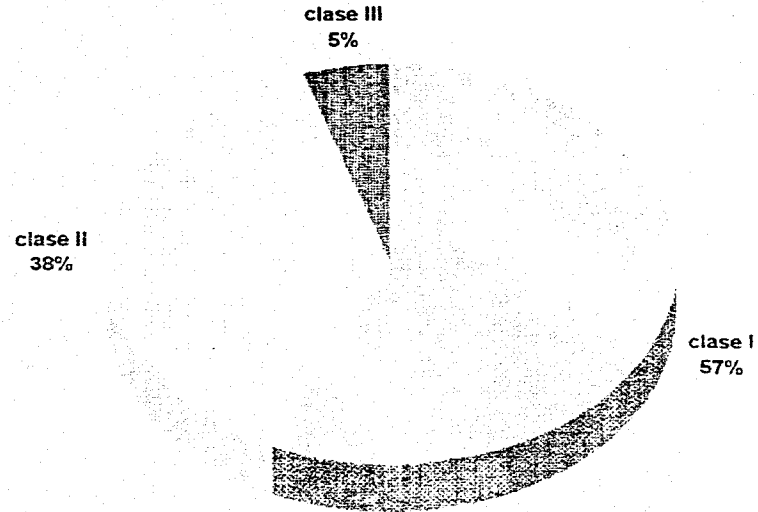
GRAFICA 1.1
DISTRIBUCION POR SEXO



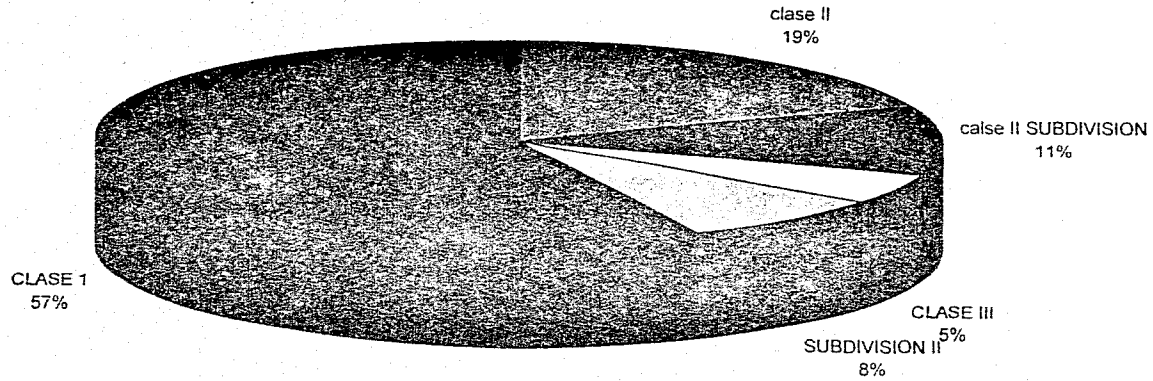
GRAFICA 1.2
PORCENTAJE DE PACIENTES CON
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA



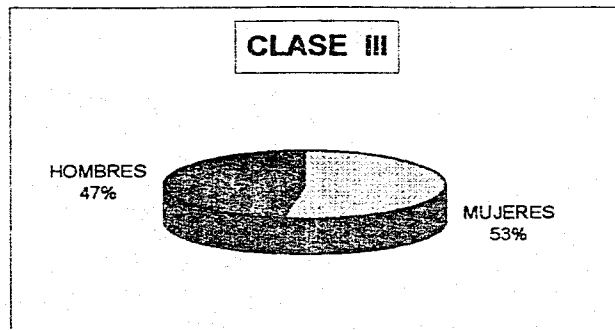
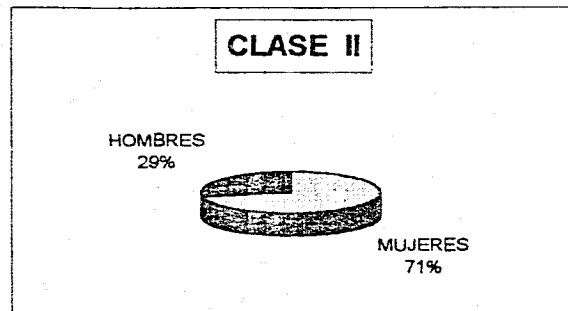
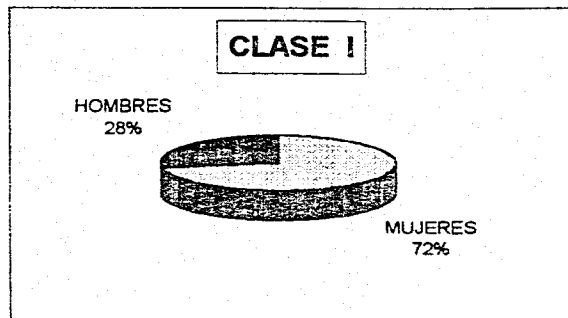
GRAFICA 1.3
DISTRIBUCION DE OCLUSION SEGUN
ANGLE



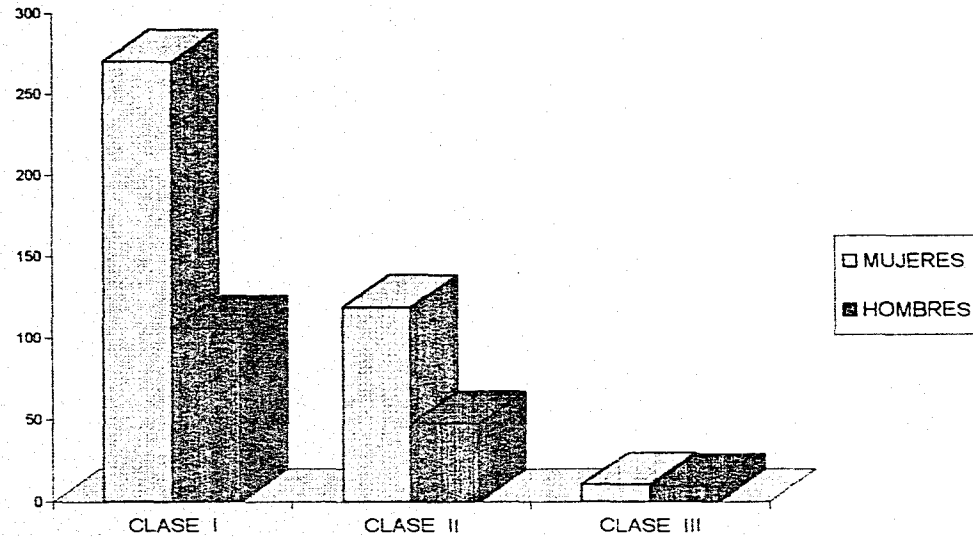
GRAFICA 1.4 DISTRIBUCION DE OCLUSION SEGUN ANGLE



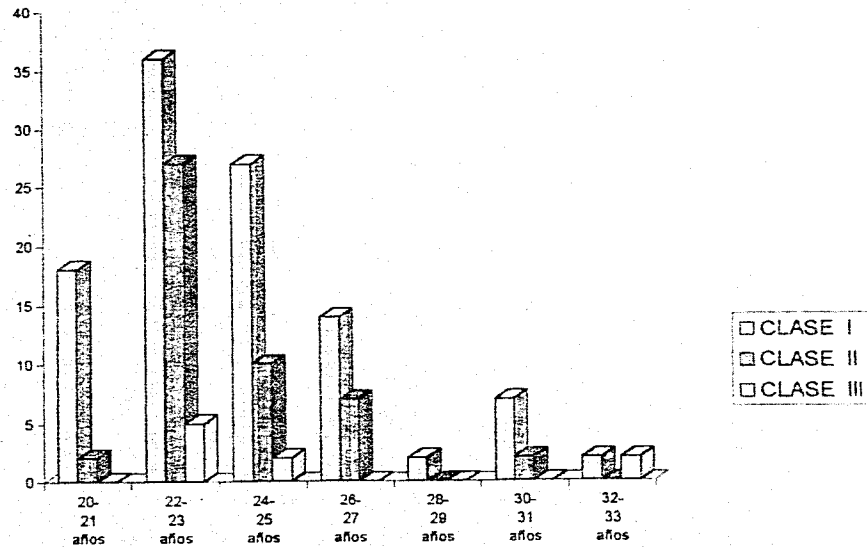
GRAFICA 1.5



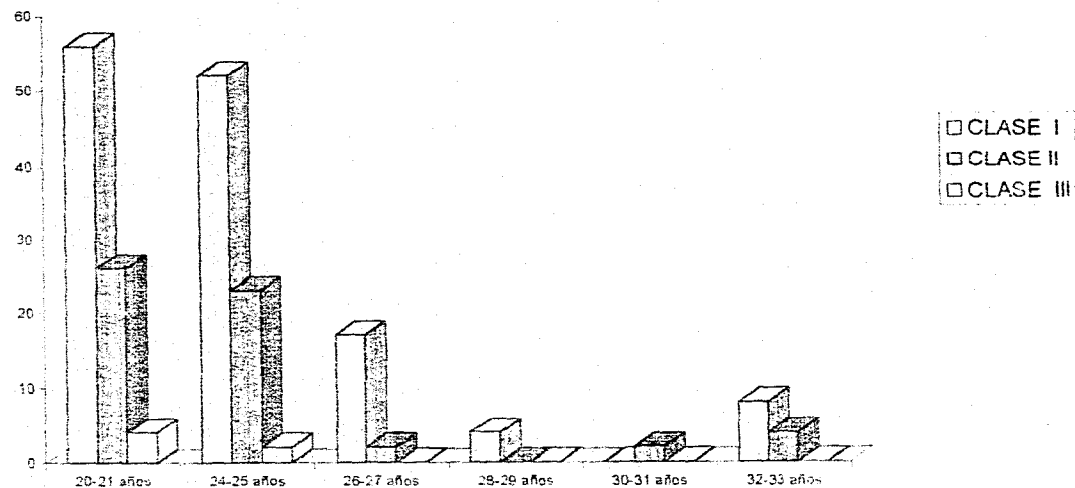
GRAFICA 1.6 CLASIFICACION DE ANGLE EN MUJERES Y HOMBRES



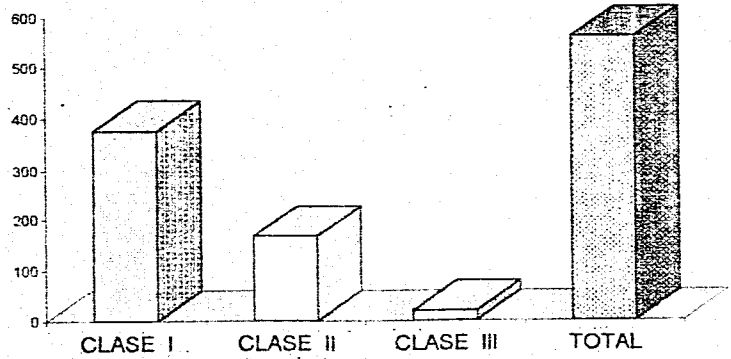
GRAFICA 1.7 CLASIFICACION DE ANGLE POR EDAD EN HOMBRES



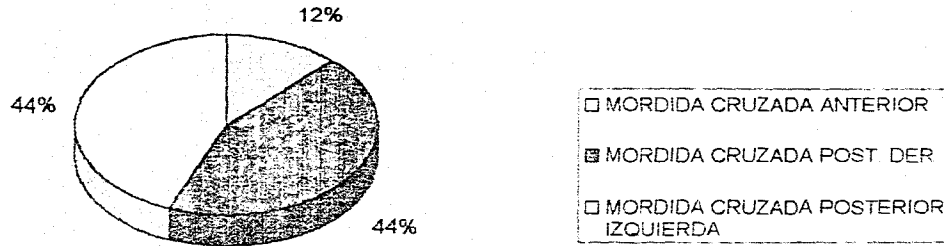
GRAFICA 1.8 CLASIFICACION SEGUN ANGLE POR EDAD EN MUJERES



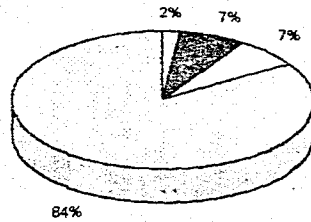
GRAFICA 1.9



GRAFICA 1.10 RELACION DE MORDIDA CRUZADA

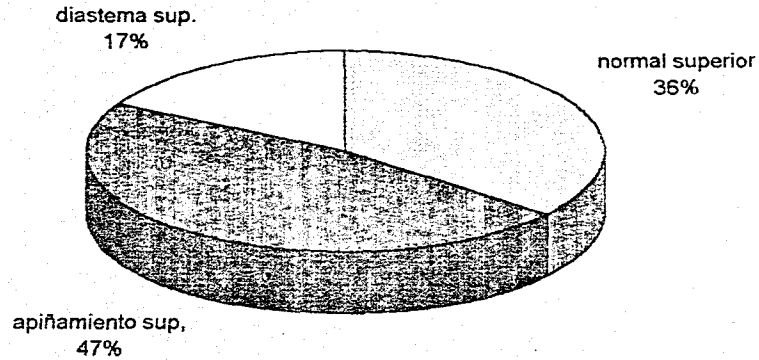


GRAFICA 1.11 MORDIDA CRUZADA

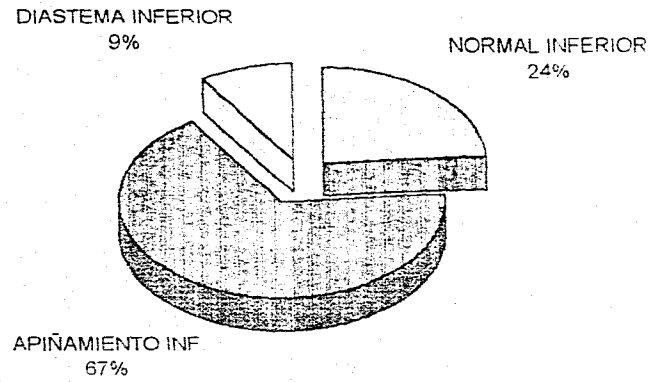


- MORDIDA CRUZADA ANT.
- MORDIDA CRUZADA POST. IZO.
- MORDIDA CRUZADA POST. DER.
- NORMAL

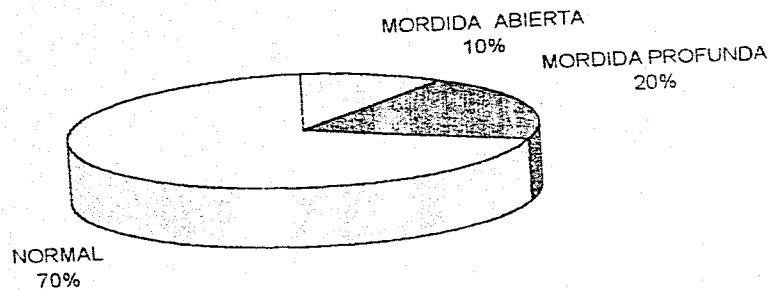
GRAFICA 1.12 ALINEAMIENTO DENTARIO EN LA ARCADA SUPERIOR



GRAFICA 1.13
ALINEAMIENTO DENTARIO EN LA
ARCADA INFERIOR



GRAFICA 1.14 TRASLAPE VERTICAL



CAPITULO VII.

CONCLUSIONES.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

En esta investigación, se encontró, que la Clase I de Angle está dentro de los parámetros del 57% cifra que se encuentra dentro de los valores internacionales ya que dichos valores están entre un 45% y un 70%, con referencia a los estudios que se han realizado en nuestra capital, los resultados obtenidos se apegan más al estudio realizado por la UNAM en 1990 que es del 48.8% que al estudio de la UAM quienes arrojan un resultado de de un 76.8%.

En relación a las maloclusiones Clase II, reportamos que el 38% de la población revisada sufría de esta, lo cual nos indica que rebasamos el porcentaje de los niveles internacionales que marcan entre el 6 y el 26%, sin embargo nuestro resultado se asemeja a los resultados arrojados por el estudio hecho por la UNAM en el año de 1990 en donde señalan un 36.5%, y con respecto al estudio realizado por la UAM nuestro resultado es mucho mayor, ya que su porcentaje fue del 16.9%.

En el caso de maloclusiones Clase III, nos encontramos dentro de los límites Internacionales que nos marcan de un 2.8% a un 12 % y nuestras cifras demuestran un 5%, valor que es mucho menor que los resultados reportados por la UNAM en el estudio realizado en 1990, en donde encontraron un 14.7% sin embargo, la UAM reportó un 6.3% lo que se acerca más a nuestros resultados.

En lo que respecta a la mordida cruzada, se encontró que solo el 16% manifestaba este tipo de mordida teniendo el 2% mordida cruzada anterior y el 7% mordida cruzada derecha y un igual porcentaje se presentó de mordida cruzada izquierda.

En Traslape Vertical, un 30% de la población presentaba este tipo de problemas, un 20% a la sobremordida y el 10% a la mordida abierta.

Con respecto al Alineamiento Dentario, encontramos un 17% con diastema superior, un 9% con distema inferior, un 47% que presentaba apiñamiento superior, un 67% presentaba apiñamiento inferior, un 36% presentaba un

alineamiento normal superior y un 24% presentaba un alineamiento normal inferior.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

- Ranfor Ash. Fundamentos de oclusión , Edit interamericana, 2ad edición, cap.1 "Conceptos de la oclusión." P.p 1 -16. Philadelphia w.b Saunders. Co . 1989.
- Proffit. W. R. , Ackerman J. L. "Diagnostico y plan de tratamiento en ortodoncia ." Grabers. Ortodoncia cap 1, Buenos Aires , 1989.
- Martínez Ross E, " Oclusión" . Universidad tecnológica de México. Cap. 12 Oclusión en ortodoncia . p.p. 1- 10. México D.F 1976.
- OMS. Dental healt education. " Informes técnicos" No 449. P.p 5-28 Ginebra. 1970.
- OMS. Dental healt education. "Informes técnicos" No. 713. P.p 8-15. Vol.1. Ginebra. 1984.
- Gómez Guerrero S. y Col. Educación odontológica. " El compromiso de ser autoridades." p.p 27-30. vol. 5. No. 5 , Mayo México, 1987.
- Saenz Martines L.P. Rev. de ADM. Distribución de la oclusión en adolescentes de la ciudad de México . Vol. 11 No. 10, p.p 11-15 México 1994.
- Compendio de educación para la salud al magisterio 1988. p.p. 282-287, ISSSTE, 1989.
- Ojeda León S. "Prevalencia de mordida cruzada en niños de la ciudad de México" Practica odontológica. vol, 11, No. 10 p.p 11-15. México, 1990.
- Coronado García J. A. y Col. " Incidencia de maloclusiones en población de la clínica de ortodoncia U.N.A.M. en el año de 1990" Gaceta. Facultad de Odontología . Tercera epoca. No. 48, Ciudad universitaria, Sep-Oct. 1992, p.p 13-14
- Castellanos Benítez J.E "Cefalometría en niños para determinar las anomalías anteroposteriores de los maxilares." Vol. 14, No. 3, 1993, p.p 19-23.

Moyers Robert E. "Clasificación y terminología de la maloclusión". Avances en oclusión. Harry C. Loundren. Postgraduate dental handbook series. vol.14 edit. write. boston, 1982.

White T.C . Introducción a la ortodoncia. "Naturaleza de las maloclusiones" cap.1 p.p 2-16 , "Maloclusión" Cap. 4 p.p 58-80. "Etiología de las maloclusiones." .Cap. 5 p.p 81-97, "Etiología de la maloclusión (continuación)". cap. 6 p.p98-113, edit Mundi, Buenos Aires Arg. 1977.

Howat A.P. Capp N.J Barret N.V.S. Atlas de oclusión y maloclusión . "Mandibular moments and definitions" cap .1 p.p. 916, "Restorative, assessment" cap. 3 p.p 3352, "ortodontic assessment" . Cap.5 p.p73-108, "Introduction to restauration of the occlusion". Cap 9 p.p 123-128, "Tue restoration of anterior teeth" Cap. 10 p.p129-150, " the restauration of posterior teeth" Cap. 11 p.p151-178, "the restauration anterior and posterior teeth" cap. 12 p.p179-186, Edit Mosby ST. Louis,1991.

Thomson H. Occlusion. "Disturbances and disorders" cap 7. p.p 104 119. Edit, wright. Great Britain, 1990.

Mayoral José, y Col. Ortodoncia principios fundamentales y practica. "oclusión" Cap 1 p.p.1-23. Edit. Labor , sexta edición, 1990.

Sánchez Pérez terasa, Estudio de morbilidad oral en población abierta, U.A.M.,Xocchimilco, vol. 6 abril-junio, 1989.

De la Mora F. E., Estudio de morbilidad en el departamento de estomatología pediátrica durante 1984. Hospital infantil de México, vol. XL VII/3 p 97, mayo-junio 1990.

OBSERVACIONES.