



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

260  
27

*Alma Angelica Sabag Romero*

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN  
PROTESIS FIJA  
PROTOCOLO DE INVESTIGACION

T E S I S I N A  
D U E P R E S E N T A:

ALMA ANGELICA SABAG ROMERO

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA

Asesor de Tesina:

C.D. ARTURO ALVARADO ROSSANO

*No. Sabag Romero*

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1997



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.

## **AGRADECIMIENTOS**

**DIOS -**

GRACIAS POR PERMITIRME VIVIR  
GRACIAS POR ESTAR CERCA DE MI  
POR DARMÉ LA OPORTUNIDAD  
DE TERMINAR AQUELLO QUE  
ALGUN DIA PRETENDI  
POR LO QUE TIENES PLANEADO  
PARA MI,  
MUCHAS GRACIAS.

**MAMA,**

GRACIAS POR ESTAR SIEMPRE CONMIGO  
POR CREER Y CONFIAR EN MI, POR SER  
LO IMPORTANTE QUE ERES PARA MI,  
TE AMO.

**PAPA,**

PARA TI CON TODO MI CARIÑO  
Y GRATITUD., POR QUE SE QUE  
SIEMPRE CREISTE EN MI.  
MUCHAS GRACIAS. TE QUIERO

**A MIS HERMANOS .**  
NORMA, GUILLO Y ALE . GRACIAS  
POR TODO LO QUE HEMOS COMPARTIDO  
POR TODO LO QUE NOS ESPERA. ESTE  
TRABAJO ES PARTE DEL ALIENTO QUE ME  
HAN DADO.  
LOS QUIERO MUCHO.

**ANTONIO.**  
POR EL AMOR CARIÑO Y COMPRENSIÓN  
QUE ME DISTE Y ME DARAS. GRACIAS  
CUANDO DAS AMOR SOLO CORRES  
UN RIESGO. EL DE RECIBIRLO.  
LO RECIBISTE. TE AMO..

**A MIS AMIGAS.**  
POR SER PARTE IMPORTANTE  
EN MI FORMACION. POR SU APOYO. Y CARIÑO  
EN ESPECIAL. ERICKA. ERENDIRA  
JUANITA Y ESTELA  
GRACIAS.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
Y  
A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.  
POR PERMITIRME SER PARTE DE SU COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y PODER  
DESARROLLARME PROFESIONALMENTE.**

**A TODOS LOS PROFESORES .  
POR HABER COMPARTIDO SUS CONOCIMIENTOS CONMIGO.  
GRACIAS**

**A MI ASESOR DE TESIS. CD. ARTURO ALVARADO  
GRACIAS POR EL ESFUERZO Y DEDICACIÓN PRESTADO A ESTE TRABAJO.**

**A LA MTRA. RINA FEINGOLD:  
POR SU BRILLANTE TRABAJO DE COORDINAR NUESTRAS ACTIVIDADES EN ESTE SEMINARIO  
GRACIAS.**

**AL HONORABLE JURADO.  
GRACIAS.**

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN PROTESIS**

**FIJA.**

## ÍNDICE.

### INTRODUCCION

<b>CAPITULO 1</b> .....	<b>3</b>
<b>PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Identificación y delimitación del problema</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2 Antecedentes</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Hipótesis</b> .....	<b>11</b>
<b>1.4 Variables</b> .....	<b>11</b>
<b>1.5 Selección del diseño</b> .....	<b>12</b>
<b>1.7 Seleccionar la muestra</b> .....	<b>13</b>
<b>1.8 Dar las instrucciones</b> .....	<b>13</b>
<b>1.9 Observar y registrar la respuesta</b> .....	<b>13</b>
<b>1.10 Administrar los estímulos</b> .....	<b>14</b>
<b>1.11 Medir las variables</b> .....	<b>14</b>
<b>1.12 Controlar las variables extrañas</b> .....	<b>14</b>
<b>1.13 Emplear los instrumentos</b> .....	<b>14</b>
<b>1.14 Seleccionar las unidades de medida</b> .....	<b>15</b>
<b>1.15 Fijar las escalas</b> .....	<b>15</b>
<b>1.16 Definir la tabulación</b> .....	<b>15</b>
<b>1.17 Recursos</b> .....	<b>15</b>
<b>1.18 Aspectos éticos y legales</b> .....	<b>16</b>

<b>CAPITULO 2</b> .....	<b>18</b>
<b>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPITULO 3</b> .....	<b>21</b>
<b>MORFOLOGÍA CRANEOFACIAL</b> .....	<b>21</b>
3.1 Morfologia craneofacial.....	21
3.2 Nomenclatura.....	23
<b>CAPITULO 4</b> .....	<b>27</b>
<b>ANOMALÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS</b> .....	<b>27</b>
4.1 Anomalías de posición.....	27
4.2 Anomalías de volumen.....	28
4.3 Anomalías de forma y función.....	28
<b>CAPITULO 5</b> .....	<b>30</b>
<b>ANOMALÍAS MAXILOMANDIBULARES</b> .....	<b>30</b>
5.1 Anomalías de espacio.....	30
5.2 Anomalías de volumen y forma.....	31
<b>CAPITULO 6</b> .....	<b>33</b>
<b>ANOMALÍAS DE LOS DIENTES</b> .....	<b>33</b>
6.1 Anomalías de posición.....	33
6.2 Anomalías de dirección.....	34
6.3 Anomalías de volumen.....	35
6.4 Anomalías de numero.....	36

<b>CAPITULO 7</b> .....	<b>37</b>
<b>ANOMALÍAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR</b> .....	<b>37</b>
7.1 Anomalías de espacio. ....	37
7.2 Anomalías de posición. ....	37
7.3 Anomalías de volumen y forma. ....	38
<b>CAPITULO 8</b> .....	<b>39</b>
<b>ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN DENTARIA</b> .....	<b>39</b>
8.1 Anomalías de la oclusión dentaria. ....	39
8.2 Mal oclusión clase I.....	41
8.3 Mal oclusión clase II. ....	42
8.4 Mal oclusión clase III. ....	43
8.5 Sobremordida horizontal aumentada.....	44
8.6 Sobremordida horizontal disminuida.....	44
8.7 Pseudoprogнатismo.....	45
8.8 Mordida profunda anterior.....	45
8.9 Mordida abierta anterior.....	46
8.10 Mordida abierta posterior.....	47
<b>FORMATO DE HISTORIA CLINICA</b> .....	<b>48</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	

## **INTRODUCCIÓN.**

**La realización de este trabajo esta enfocado a destacar la importancia que requiere la elaboración de la ficha protesica completa la cual debe de incluir en forma ordenada y precisa el diagnostico de las anomalias dentofaciales.**

**Cada paciente tendrá su propia constitución y su propio caso clínico el cual jamas será igual en ningún otro paciente. Por lo tanto será importante analizar detenidamente a cada individuo desde lo que es su morfología craneofacial , la forma y tamaño de sus labios asi como el color, su lengua en cuanto a tamaño y forma ,sus relaciones maxilomandibulares, así como su articulación temporo-mandibular , sus dientes, así como las anomalias que presente su oclusión , con el fin de que estas anotaciones nos sirvan para poder establecer un correcto diagnostico diferencial para anticiparnos a los resultados del tratamiento con base al diagnostico obtenido al final de la anamnesis.**

**Por otra parte este trabajo pretende ser un proyecto de investigación para que pueda ser utilizado en líneas de investigación y base de datos para tesis en prótesis y ortodoncia y así mismo que sirva para hacer notar la importancia y ventajas que tendría el poder contar una historia clínica única en nuestra Facultad para establecer una relación interdisciplinaria.**

**El utilizar una historia clinica única dentro de la facultad seria un proceso difícil de establecer pero de suma importancia, por que se podría indicar la ruta clinica a seguir de cada paciente de acuerdo a su propio caso clínico.**

**Esta ruta clinica serviria virtualmente para identificar claramente en que estadio de atención se encuentra el paciente.**

**Espero que el presente trabajo de tesina sirva para que futuros participantes del Seminario de Titulación tomen este proyecto con el fin de darle seguimiento, tanto en el area protesica como ortodontica y que en un futuro podamos ver resultados en lineas de investigación que aporten un beneficio tanto para aquellos que la realicen como para la comunidad odontologica en general dentro y fuera de nuestra facultad.**

**Esta tesina se llevo a cabo gracias al interes de quienes participaron en ella tanto en asesoria, colaboración y participación activa por lo que deseo expresar mi agradecimiento a .**

**CD. Arturo Alvarado Rossano , Asesor de tesina.**

**CD. Guillermo Rios Lozano. Titular de la materia de Protesis Parcial Fija y Removable del Grupo 4003.**

**Mtro. Javier Lamadrid ; Coordinador de la Materia de Ortodoncia.**

**Alumnos del Grupo 4003.**

## **CAPITULO 1**

### **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN .**

Para realizar una investigación en forma mas eficiente y ordenada, es conveniente planear todo el proceso antes de efectuar ninguna operación, y plasmar esta planeación teorica anticipada en un documento inicial llamado protocolo de investigación.

El protocolo sera el documento anterior apegado a su investigación que la autentizara.

Será el escrito donde organizara sus pensamientos y plasmará en forma ordenada cual es el problema en estudio, su hipótesis, los métodos más adecuados a sus fines, saber con que se cuenta y que se necesita conseguir.

Los elementos de un protocolo son :

- 1.- Identificación y delimitación del problema .
- 2.- Antecedentes.
- 3.- Hipotesis.
- 4.- Variables.
- 5.- Selección del diseño.
- 6.- Seleccionar la muestra.
- 7.- Dar las instrucciones.
- 8.- Observar y registrar la respuesta.

- 9.- Administrar los estímulos.
- 10.- Medir las variables.
- 11.-Controlar variables extrañas.
- 12.- Emplear los instrumentos.
- 13.-Seleccionar las unidades de medida.
- 14.- Fijar las escalas.
- 15.- Definir la tabulación.
- 16.- Recursos.
- 17.- Aspectos éticos y legales.

### **1.1.-IDENTIFICACIÓN Y DELIMITACION DEL PROBLEMA <sup>2</sup>**

Con base a la revisión de los programas de Prótesis Dental Fija y Removible correspondientes al tercer y cuarto año, observamos que en las áreas correspondientes a la historia clínica, no se incluye o menciona el diagnóstico diferencial de las anomalías dentofaciales en forma ordenada y secuencial.

Siendo la identificación de estas anomalías una importante herramienta clínica en el Diagnóstico Estomatológico.

## **1.2.-ANTECEDENTES.**

A medida que ha evolucionado esta disciplina en el siglo XX en nuestro país ha revolucionado en cuanto a técnicas, materiales y conocimientos para lograr el mayor grado de exactitud dentro del área de rehabilitación, una de las áreas más importantes es la prótesis dental, para llegar a los grandes avances con que se cuenta en la actualidad han tenido que pasar muchos años, ya que la prótesis dental se practica desde la antigüedad.

Los mayas y aztecas sabían incrustar con habilidad hermosas piedras en cavidades cuidadosamente preparadas en las piezas dentarias.

Los fenicios también practicaban la odontología muestra de ello es la tumba descubierta cerca de la ciudad de Sidon donde fue encontrada una prótesis del año 400 a.C.

Los etruscos tenían una gran variedad de puentes dentales contruidos para reemplazar uno o más dientes perdidos, en la mayor parte de los casos utilizaban dientes de vaca para disimular los dientes naturales perdidos.

Los romanos eran expertos restauradores de dientes careados con coronas de oro, reemplazando dientes perdidos por medio de prótesis fijas.

En la era cristiana la prótesis dental se había sofisticado bastante, siendo comunes las prótesis totales o parciales, en aquel entonces las prótesis eran fabricadas por orfebres y después colocadas en la boca por el médico de aquella época.

**En Japón a principios del siglo XVII se elaboraban prótesis dentales de madera, utilizadas con la misma función que tienen ahora las coronas espiga. La espiga o poste se insertaba en el conducto radicular del diente muerto cuya corona natural había desaparecido.**

**En 1728 Pierre Fauchard considerado como el padre de la odontología describe dos prótesis completas superiores diseñadas por él, que dependían para su retención únicamente de la presión atmosférica. Sin embargo los japoneses construían prótesis completas sujetadas simplemente por adhesión y presión atmosférica 200 años atrás.**

**Pierre Fauchard en 1723 completó su obra magna El Cirujano Dentista donde dedica especial atención a la Odontología Protésica describiendo como construir puentes individuales además de prótesis parciales y completas.**

**En el siglo XVIII John Hunter hacía transplantes de los dientes de un cadáver en la boca, los cuales después cayeron en desuso aunque persistieron por el siglo XIX cuando aparecieron los dientes minerales o de porcelana, de Nicolais Dubois, las cuales se fueron perfeccionando poco a poco ya que las primeras se manchaban y encogían. Durante los primeros años del siglo XIX, un invento de Giuseppangelo Fonzi hizo posible las prótesis modernas, perfeccionando la porcelana en color y estética.**

**A finales del siglo XIX se inventan las bases para dentaduras por Nelson Goodyear, estas bases han ido cambiando hasta llegar a las que encontramos en nuestros días.**

**En el siglo XIX los dentistas se habían convertido en expertos en la confección de distintos tipos de prótesis hechas con diferentes materiales.**

**Todos estos conocimientos han ido evolucionando y mejorando hasta llegar a los conocimientos, materiales y técnicas actuales.**

**En el siglo XX siguen todos los avances en todo lo que a odontología se refiere y a cuando se empieza a difundir la enseñanza de la odontología a nivel mundial y así tenemos que en México en el año de 1904 se inaugura el Consultorio de Enseñanza Dental anexo a la Escuela Nacional de Medicina, en donde surge el primer programa de prótesis dental, dicha materia era impartida por el Dr. José J. Rojo, quien fue también profesor de ortodoncia y en cuyo honor se le dio nombre al Auditorio de la Facultad de Odontología, que anteriormente fuera el aula número cuatro.**

**Posteriormente en 1916 se expide el decreto por el cual la Escuela Odontológica cambia su denominación a la de Facultad Odontológica y se establece el plan de estudios para la Carrera de Cirujano Dentista además de las especialidades en: Cirugía Bucal, Prótesis Dental y Ortodoncia. A través de los años los planes de estudio se fueron modificando y perfeccionando, hasta llegar al nuevo plan de estudios con que cuenta hoy en día nuestra Facultad. Para comprender esta evolución hacemos una**

**Diagnostico Diferencial en Protesis Fija-----**

**semblanza desde los primeros programas hasta el nuevo plan aprobado por el H. Consejo Universitario en 1991.**

**En 1901, el entonces Director de la Escuela Nacional de Medicina En Eduardo Liceaga convoca a los miembros de la recién creada Sociedad Dental Mexicana para proyectar un plan de estudios y elaborar los presupuestos del material y equipo que harían falta para la puesta en marcha de una Escuela Odontológica. Al año siguiente el plan de estudios es aprobado por la Cámara de Diputados, dicho plan de estudios incluía el Primer Curso de Prótesis Dental y Metalurgia Dental en el primer año, Segundo Curso de Prótesis Dental en el segundo año y Tercer Curso de Prótesis Dental impartido en el tercer año en el cual se incluían los temas de coronas y puentes de oro así como trabajos de porcelana.**

**En 1904 fue creado el Primer Programa de Prótesis Dental.**

**En 1907 se da a conocer el segundo plan de estudios, en el cual se incluía la Clínica de Prótesis Dental y Ortodoncia, en el tercer año de la carrera.**

**En este mismo año surge por primera vez la especialidad de Protésis Parcial Fija y Removible.**

**En 1910, cuando el Consultorio es elevado al rango de Escuela Nacional de Enseñanza Dental se impartían las siguientes materias: Anatomía, Fisiología, Clínica de Prótesis Dental y Ortodoncia entre otras mas.**

**Diagnostico Diferencial en Protésis Fija-----**

**El plan de estudios de aquel entonces comprendía la asignatura de Prótesis y Ortodoncia en el primer año, Primer Curso de Clínica de Prótesis Dental en el segundo año y Segundo Curso de Prótesis Dental en el tercer año de la carrera. Es importante señalar que a partir de esta fecha la materia de Prótesis y la materia de Ortodoncia quedan separadas.**

**En 1926 por primera vez la carrera tiene una duración de cuatro años, por lo cual se vuelve a cambiar el plan de estudios y el Primer Curso de Prótesis de Oro se impartía en el segundo y tercer año ,y en el cuarto año se impartía la Clínica de Prótesis de Porcelana y Oro.**

**En 1950, el H. Consejo Universitario aprueba la petición de la Dirección de la Escuela Nacional de Odontología para modificar el plan de estudios, eliminar el Tercer Curso de Prostodoncia y dejar el Tercer Curso de Prótesis de Oro como materia obligatoria.**

**En 1971 se aprueba el nuevo plan de estudios de la carrera de Cirujano Dentista, reduciéndose un año la duración de la carrera e impartándose por semestres. En el tercer semestre se daba la materia de Prótesis Parcial Fija y Removible, al igual que en el cuarto, quinto y sexto semestre.**

**En 1972 se aprueban los planes de estudio y programas para la creación de la Maestría en Odontología con orientación en Prótesis Bucal.**

**En 1983 se propone la modificación de los programas y planes de estudios de Prótesis Bucal Fija y Removible.**

**En 1990 se llevan a cabo los talleres para la evaluación y restructuración del plan de estudios, en los que participaron las autoridades de la Facultad, los coordinadores de área, los jefes de materia y los consejeros técnicos representantes del estudiantado y del profesorado.**

**En 1992 se conforma un nuevo plan de estudios que contempla la terminación de la carrera en cinco años, impartíendose la asignatura de prótesis parcial fija y removible en el tercer y cuarto año de la carrera.**

**En 1994 se llevo a cabo el Primer Diplomado de Prótesis Fija que tuvo una duración de un año.**

**Como hemos podido constatar los programas de prótesis y ortodoncia estaban unidos en los programas de enseñanza y aprendizaje ya que ambas disciplinas eran impartidas por el Dr. José J. Rojo, seguramente debido a que estas dos materias se relacionan con el Diagnostico y Tratamiento de las Anomalías Dentofaciales en conjunto.**

**No obstante al gran avance tecnológico y de investigación de la materia de prótesis debemos reconocer que esta disciplina estomatologica se ha desarrollado más en el área técnica y no así en el área de diagnostico clínico.**

**La sustentación del conocimiento de la materia se basa mas en la habilidad y destreza del alumno, tanto en el laboratorio como en la clínica desarrollando sus capacidades de acuerdo a lo recibido en la teoría y en la practica.**

Al revisar la historia clinica protesica de nuestra Facultad observamos que existen algunas "lagunas de información clinica" lo que a motivado a mi asesor de tesina y a quien escribe a establecer la siguiente hipótesis y tratar de hacer una propuesta de acuerdo a la identificación y delimitacion del problema antes mencionado.

### 1.3.- HIPÓTESIS

La falta de inclusión del ordenamiento y secuencia del Diagnostico Clínico Diferencial de las Anomalías Dentofaciales en los programas curriculares de la asignatura de Prótesis Dental Fija y Removible ha limitado al profesor y al estudiante a una conceptualización teórica y tecnológica de la ciencia y el arte de la prótesis dental fija y removible habiéndose separado la relación interdisciplinaria con algunas otras asignaturas especializadas, específicamente con la ortodoncia. Tal y como se demuestra en los antecedentes históricos precedentes a nuestra hipótesis.

### 1.4.- VARIABLES

- Que se le da mas importancia al aspecto restaurativo que al biomedico o fisiológico.
- El factor estético es mas importante que la función.
- En la elaboración de los programas curriculares participan varios profesores con diferentes criterios.

- **Se le da mas importancia al numero de trabajos que presente el alumno, que al desarrollo de una completa historia clinica.**
- **El darle mayor tiempo a los procedimientos técnicos y constancia de firmas de aceptación que al contenido de la historia clinica.**
- **El pretender atender un mayor numero posible de pacientes y no contar con el tiempo suficiente para realizar una correcta anamnesis de ellos.**
- **Contar en clinica con un numero determinado de unidades dentales y un numero mayor de alumnos, los que a su vez limita el tiempo que el alumno debe dedicar a cada paciente.**
- **Que el tiempo teórico semanal del curso es muy limitado y se le da prioridad a los aspectos técnicos o de laboratorio.**
- **La falta de historia clínica única en nuestra Facultad.**
- **Falta de colaboración interdisciplinario entre las diferentes áreas relacionadas con la rehabilitación.**
- **La exigencia del paciente en cuanto a su atención donde le importa mas verse bien que funcionar bien.**
- **La idiosincrasia del paciente que en ocasiones no permite la practica de todos los procedimientos.**
- **El temor del paciente a decir su estado de salud.**

## **1.5.- SELECCIÓN DEL DISEÑO**

- **Descriptivo. Por que se pretende mostrar las características del programa de prótesis fija y removible de cuarto año, en la sección que corresponde a historia clínica.**

- **Longitudinal.** Ya que se realiza la recolección de información sobre los programas de prótesis parcial fija y removible en lo que corresponde a historia clínica , cuyo análisis se hace en el momento actual. Para conocer la evolución de estos programas.
- **Retrospectivo** ya que se hace una revisión de los programas curriculares de prótesis dental, empezando desde el primer programa de dicha asignatura.
- **Prospectivo**, por que se hace una propuesta a futuro, además de que este trabajo pretende ser la base para un proyecto de investigación de tesis.

#### **1.6.-SELECCIONAR LA MUESTRA.**

Este trabajo consistirá en una investigación bibliografía y clínica.

se tomaran como muestra cuatro pacientes para ejemplificar nuestro trabajo, un paciente deberá ser clase I según la Clasificación de Angle, el segundo paciente tendrá clase II División 1 el tercer paciente clase II División 2 y el cuarto paciente será clase III.

En este trabajo participaran los profesores y alumnos del grupo 4003, ellos van a ayudar a tomar las muestras de los pacientes.

#### **1.7.- DAR LAS INSTRUCCIONES.**

Se dará un cuestionario a los alumnos del grupo 4003, previa capacitación en su clase teórica impartida por el Dr. Arturo Alvarado Rossano.

### **1.8.-OBSERVAR Y REGISTRAR LA RESPUESTA.**

Una vez que los alumnos hallan llenado los cuestionarios, se vaciara la información para poder elaborar un estudio bioestadístico.

### **1.9.- ADMINISTRAR LOS ESTÍMULOS.**

Se aprovecho una historia clínica ya elaborada por el Dr. Arturo Alvarado Rossano, asesor de tesina junto con el Dr. Guillermo Rios Lozano , Titular de la materia de Protesis del Grupo 4003 y el Dr. Javier Lamadrid Coordinador de Ortodoncia. Se hace el procedimiento clínico para la utilización de la hoja de diagnostico llenando y vaciando la información de los datos recogidos del paciente.

### **1.10.- MEDIR LAS VARIABLES.**

Se cuantificaran por medio de procesos estadísticos.

### **1.11.- CONTROLAR LAS VARIABLES EXTRAÑAS.**

En este renglón deberemos de controlar la asistencia del paciente a la clínica, la asistencia del alumno, horarios de clase, etc.

### **1.12.- EMPLEAR LOS INSTRUMENTOS**

Utilizaremos la hoja de registro previamente elaborada.

### 1.13.- SELECCIONAR LAS UNIDADES DE MEDIDA.

Nuestras unidades de medida serán las siguientes: femenino, masculino, adulto, niño, adolescente o anciano.

### 1.14.- FIJAR LAS ESCALAS.

Las escalas serán fijadas por edades y por sexo.

### 1.15.- DEFINIR LA TABULACIÓN.

Se definirán las gráficas en base a los resultados obtenidos, una vez echo el conteo de los mismos.

### 1.16.- RECURSOS.

#### RECURSOS HUMANOS.

- Asesoría del C.D. Arturo Alvarado Rossano.
- Asesoría del C.D. Guillermo Ríos Lozano. Asesoría del Coordinador de la materia de Ortodoncia <sup>M<sup>tro</sup></sup> Dr. Javier Lamadrid <sup>(Contrata)</sup>
- Alumnos del grupo 4003.
- Pacientes muestra del grupo 4003

## **EQUIPO:**

- **Espejo dental.**
- **Pinzas.**
- **Explorador.**
- **Excavador.**
- **Guantes.**
- **Cubre bocas.**
- **Lentes.**
- **Portaimpresiones.**
- **Alginato.**
- **Yesos.**
- **Cera rosa.**
- **Recortadora.**
- **Retradores de carrillos.**
- **Cámara fotográfica.**
- **Espejos para fotografía clínica.**
- **Rollos fotográficos.**
- **Unidad dental.**
- **Uniforme.**
- **Hoja de registro de diagnóstico diferencial.**
- **Lápices.**
- **Plumas.**
- **Computadora.**

## 1.17.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

- Autorización para el desarrollo del tema por parte de la Coordinación de Prótesis.
- Autorización y asesoría del C.D. Arturo Alvarado Rossano.
- Autorización y apoyo del Titular de Prótesis Parcial Fija y Removible del grupo 4003.
- Autorización y apoyo del Coordinador de Ortodoncia Dr. Javier Lamadrid.
- Autorización por escrito de los pacientes para poder ser utilizadas sus fotografías, hojas de registro, radiografías, modelos de estudio, para la elaboración de esta tesina.

## CAPITULO 2

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El examen es una técnica por la que se obtienen datos, es la recopilación de un número suficiente de hechos acerca de un caso. Una vez obtenidos, puede tomarse una decisión en relación a la naturaleza del problema que se plantea; este paso es el diagnostico y por el se determina si hay o no anomalías y en el caso de anomalías dentofaciales se refiere a la existencia y carácter de la deformidad.

El diagnostico clínico abarca dos fases distintas, claramente delimitadas:

La primera, de análisis de las anomalías que presenta el paciente, de sus causas y modo de actuar y de las condiciones individuales del paciente; la segunda de síntesis de los datos recogidos en la primera fase, que es la que caracteriza el caso clínico, el verdadero diagnostico.

Lo mismo para una que para otra fase es indispensable seguir una clasificación de las anomalías, de sus causas y modo de actuar y de las condiciones individuales del paciente.

Anomalia es la desviación respecto a un termino medio de muchos individuos, no respecto a la normalidad individual, cada individuo es diferente presenta su propio factor morfogenetico que para el es normal; pero presenta desarmonías en cuanto al volumen, posición y forma, de unas partes con respecto a otras.

**Para esta ordenación de las anomalías dentofaciales se han utilizado distintas clasificaciones, pero la falta de un procedimiento ordenado y completo de diagnóstico también produce grandes males, ocasionando una gran confusión entre unos y otros procedimientos de diagnóstico.**

**En la práctica es muy difícil que el caso clínico que estudiamos encaje exactamente en una de estas agrupaciones de anomalías, incluidas en distintos grupos, para cada anomalía se deben distinguir 24 características particulares que no son intercambiables, que pueden mezclarse en cualquiera de las combinaciones, dando alrededor de 200000 de anomalías dentofaciales posibles.**

**La solución de este problema es realizar en la práctica las dos fases de diagnóstico clínico: la primera de análisis y la segunda de síntesis de anomalías. En la primera fase del diagnóstico, de análisis de las anomalías del paciente, las anotamos, según una pauta que nos permite su ordenación y en la segunda fase del diagnóstico realizamos la síntesis de dichas anomalías siguiendo el orden en que se han producido según supatogenia.**

**La clasificación de las anomalías dentofaciales debe abarcar todos los territorios orgánicos que forman el aparato masticatorio humano, el cual está integrado por los dientes, órganos de trituración, que se implantan en los maxilares, órganos de sostén de ellos y de los músculos masticadores, todo ello recubierto por los tejidos blandos (músculos, piel, mucosa ,etc.).**

**La función masticatoria se realiza sobre dos superficies articulares , articulaciones temporomaxilares, y sobre los dientes, que se ponen en contacto reciproco en un plano de oclusión.**

**Podemos dividir las anomalías dentofaciales, según el lugar que ocupan en cinco grupos: anomalías de los tejidos blandos, anomalías maxilomandibulares, anomalías de los dientes, anomalías de la articulación temporomandibular y anomalías de la oclusión.**

**Las anomalías de la oclusión son secundarias consecutivas a los cuatro primeros grupos; lo que observamos son irregularidades de los tejidos blandos, del maxilar , de la mandibula , de los dientes y de la articulación temporomandibular, que necesariamente alteran la posición reciproca normal de los dientes superiores e inferiores cuando se colocan en la posición de máximo contacto.**

**Esta clasificación de anomalías, puede utilizar para su aplicación practica todos los medios que disponemos actualmente: telerradiografias de perfil y de frente, radiografias de la articulación temporomandibular, modelos de yesos, fotografias, etc.**

**Las anomalías de los tejidos blandos se diagnostican por examen directo y en las fotografias y telerradiografias de perfil.**

**Las de los maxilares, en cuanto a su posición , volumen y forma principalmente en telerradiografías de perfil y de frente y también con los modelos de yeso y mediciones directas.**

**Las de los dientes, en cuanto a su posición con el maxilar en la Las de los dientes, en cuanto a su posición con el maxilar en la telerradiografía de perfil y también en los modelos de estudio; las de volumen por mediciones directas. Las anomalías de la articulación temporomandibular por la radiografía de dicha región y examen directo. Las anomalías de la oclusión en los modelos y por examen directo.**

**En la practica hay, algunas veces, una confusión entre los procedimientos de diagnostico diferencial. Esto hace que se utilicen cifras que nos dan los procedimientos diagnósticos como diagnostico diferencial del caso clínico, siendo así que son solamente los síntomas que nos permiten determinar la anomalía. Hace falta expresar esta en palabras, nomenclatura y ordenar la clasificación. La nomenclatura describe la anomalía, el procedimiento diagnostico, el grado de dicha anomalía. Los procedimientos de diagnostico cambian constantemente por el progreso, mientras que las anomalías dentofaciales son siempre las mismas, debemos tratar lesiones y no síntomas, anomalías y no cifras de procedimientos diagnósticos que usamos temporalmente.**

## CAPITULO 3

### MORFOLOGÍA CRANEO-FACIAL.

#### 3.1 Morfología cráneo - facial .

Aunque las diferencias morfológicas entre las razas humanas, y entre los individuos de una misma raza, pueden considerarse como lo normal es conveniente conocer algunas características generales del cráneo y de la cara antes de estudiar las alteraciones o anomalías de dicha morfología considerada como normal.

Los cráneos se clasifican en tres formas principales, se dice que el individuo es dolicocefalo de cráneo estrecho y alargado, mesocefalo de proporciones medianas y braquicefalo de cráneo ancho.

El individuo dolicocefalo tendrá también la cara correspondiente estrecha, y por lo tanto, el espacio para la colocación de los dientes estará reducido y tendrá mas facilidad para la formación de anomalías dentarias y de la oclusión que el individuo braquicefalo, de cráneo y maxilares anchos, que dispondrá de mayor espacio en sus arcos dentarios para la alineación de todos sus dientes. Sin embargo, esto no debe interpretarse como regla sin excepciones, puesto que si el tamaño de los dientes esta acorde con el de los maxilares, podrá haber espacio para la ubicación de los dientes, aun en casos de caras estrechas.

También podemos encontrar tres tipos faciales que son el leptoprosopo, de cara alargada, mesoprosopo, de cara intermedia y euriprosopo de cara ancha.

La cara vista de frente puede dividirse en dos zonas la parte nasorbitaria y la parte bucal. Estas zonas se delimitan trazando las siguientes perpendiculares al plano medio sagital de la cara. Una que pase por el punto espinal o subnasal y otra que pase tangente a las crestas superciliares y por ultimo otra tangente al borde inferior de la mandibula. La cara queda así dividida en dos zonas, superior o nasorbitaria, e inferior o bucal, que en los individuos normales conservan una proporción igual, es decir, la distancia entre la glabella y el punto espinal es igual a la distancia entre el punto espinal y el gnation.

### **3.2.- NOMENCLATURA .**

La nomenclatura debe originarse en raíces griegas y latinas. Los nombres para designar las desviaciones de lo normal en la morfología facial y bucal, en sus distintos estadios de crecimiento y desarrollo nos debe dar una idea lo mas clara posible de el sitio en que se asienta la anomalía y la naturaleza o clase de la desviación.

## **RAÍCES PARA EXPRESAR EL LUGAR DE LA ANOMALÍA.**

**Quelios :** Labio.

**Estoma:** Boca.

**Gnatos :** Maxilar.

**Genetion :** Mentón o barbilla.

**Gonia :** Ángulo ( del maxilar inferior).

**Odontos :** Diente.

**Condilo :** Parte de la mandíbula.

**Oclusión :** La relación de los dientes del arco superior o inferior.

## **CAMBIOS DE POSICIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS, MAXILARES Y ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES.**

**Pro :** Hacia adelante.

**Retro :** Hacia atrás.

**Dextro :** Al lado derecho.

**Levo :** Al lado izquierdo .

**Supra :** Arriba.

**Infra :** Abajo.

## **CAMBIOS EN LA POSICIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS DIENTES.**

**Gresion :** (**Mover**), cuando no están en su sitio sino en otro que no es el que les corresponde en el arco dentario.

**Versión :** (**Inclinar**), cuando están inclinados como si hubieran girado sobre un eje horizontal.

**Rotación :** (**Rueda**), cuando han girado alrededor de un eje vertical.

**Linguo :** Hacia la parte interna del arco dentario, hacia la lengua.

**Vestíbulo :** Hacia la parte externa del arco dentario, hacia el vestibulo.

**Meso:** Hacia la parte más próxima a la línea media.

**Disto :** Hacia la parte más alejada de la línea media.

**In :** Hacia adentro.

**Ex :** Hacia afuera.

## **CAMBIOS EN LA OCLUSIÓN.**

**Linguo :** Hacia la lengua.

**Vestíbulo :** Hacia el vestibulo.

**Meso :** Hacia la parte mesial.

**Disto.** Hacia la parte distal.

**Hiper : Exceso.**

**Hipo : Defecto.**

## **CAMBIOS DE VOLUMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS Y MAXILARES.**

**Macro : Grande.**

**Micro : Pequeño.**

En este grupo debe agregarse en que sentido del espacio reside la anomalía, vertical, anteroposterior y transversal.

## **CAMBIOS DE VOLUMEN DE LOS DIENTES.**

**Macro : Grande.**

**Micro : Pequeño..**

Se debe añadir si la anomalía de volumen es total, coronaria o radicular.

Con los términos que se acaban de enumerar pueden designarse todas las anomalías que pueden presentarse en la clínica. Bastara unir los prefijos que denominan los cambios de posición, dirección y volumen, con los radicales que indican el lugar en que esta la anomalía.

Los términos utilizados en esta nomenclatura están de acuerdo con los que fueron aprobados por la Comisión de Terminología de la Federación Dental Internacional.

## **CAPITULO 4.**

### **ANOMALÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS.**

Las anomalías de los tejidos blandos se dividen en anomalías de tiempo, espacio y numero.

Las anomalías de espacio pueden ser de posición, volumen, forma y función, y se refiere especialmente a los labios y a la lengua.

#### **4.1.- ANOMALÍAS DE POSICIÓN.**

Los labios en cuanto a su posición, pueden encontrarse hacia adelante (proquelia), hacia atrás (retroquelia), hacia el lado derecho (dextroquelia) o hacia el lado izquierdo (levoquelia): desviaciones que pueden presentar ambos labios o independientemente el superior o el inferior. Las de volumen aumento o disminución se denominan macroquelia y microquelia, respectivamente. una anomalía de volumen de los tejidos blandos, bastante frecuente es la hipertrofia del frenillo labial superior o su inserción demasiado baja que puede llegar hasta la parte interna del paladar ocasionando diastemas entre los dos incisivos centrales superiores.

#### **4.2.- ANOMALÍAS DE VOLUMEN.**

Cuando la lengua es de volumen mayor de lo normal (macroglosia), es causa de desviación de los incisivos superiores e inferiores hacia vestibular y de la formación de diastemas entre dichos dientes.

La anquiglosia es un trastorno del desarrollo, en el cual la lengua se encuentra unida al piso de la boca y a la cara lingual de la mucosa gingival como consecuencia de la falta de desarrollo del frenillo de la lengua y para corregir esta anomalía es necesario seccionar la banda fibrosa.

#### **4.3.- ANOMALÍAS DE FORMA Y FUNCIÓN.**

Las anomalías de forma y función, hipertonicidad e hipotonicidad de los músculos peribucales, especialmente del orbicular de los labios y del músculo de la borla del mentón, suelen presentarse en casos en los cuales, debido a la respiración bucal o a otra causa, el paciente no puede cerrar los labios sino haciendo un gran esfuerzo.

Las anomalías por función anormal de las partes blandas son todas aquellas caracterizadas por función muscular anormal, contracción del músculo mentoneano en los casos de respiración bucal y de degollación anormal, la interposición de la lengua entre los incisivos en la degollación

visceral, anormal después de que han hecho erupción los dientes temporales y en general todas las alteraciones en la fisiología muscular normal.

Las anomalías de tiempo de los tejidos blandos se refieren a la persistencia de formas embrionarias por falta de unión de los e

lementos

constitutivos originales, siendo la mas frecuente el labio fisurado (queilosquisis), cuyo tratamiento es quirúrgico.

## **CAPITULO 5.**

### **ANOMALÍAS MAXILOMANDIBULARES.**

**Las anomalías de los maxilomandibulares pueden ser: de tiempo, de espacio y de numero.**

**Las anomalías de tiempo o de evolución, se refieren a retrasos o adelantos en el desarrollo y crecimiento del maxilar y mandibula.**

**Las anomalías de espacio, que pueden ser de posición, volumen y forma son las mas frecuentes.**

**En las anomalías de tiempo se incluyen los retrasos o adelantos en el crecimiento maxilomandibular que pueden alterar la evolución de la dentición.**

#### **5.1.- ANOMALÍAS DE ESPACIO**

**Entre las de posición, las mas importantes son; el prognatismo, desviación de los maxilares hacia adelante; y el retrognatismo, desviación del maxilar hacia atrás, que pueden ser superior e inferior y total o alveolar, según sea todo el maxilar en su conjunto el que esta desviado hacia adelante o hacia atrás, o solamente el proceso alveolar en relación con el cuerpo del maxilar.**

**Las desviaciones laterales, laterognatismos, son el dextrognatismo, desviación del maxilar hacia el lado derecho, y el levognatismo, hacia el lado izquierdo, que pueden ser superior o inferior y que suelen acompañar a las desviaciones del maxilar inferior hacia adelante, prognatismos.**

Es raro que el maxilar se desvíe hacia adelante solamente, casi siempre es hacia adelante y hacia uno u otro lado del plano medio de la cara.

Además de las desviaciones de los maxilares y de los procesos alveolares tiene particular importancia la posición del borde inferior del cuerpo mandibular con respecto a la base del cráneo.

Estas alteraciones de la inclinación del plano mandibular se denomina proinclinación, cuando dicho plano esta inclinado o colocado mas paralelo a la base del cráneo, como si el cuerpo de la mandibula hubiera girado hacia abajo y hacia adelante, y retroinclinación cuando el plano mandibular forma un ángulo mas abierto con el plano nasion-silla turca, cuando el borde inferior de la mandibula esta desviado hacia atrás y hacia abajo.

La proinclinación y la retroinclinación se acompañan casi siempre de anomalías de forma, hipergonia e hipogonia en el maxilar inferior.

Entre las anomalías de posición se incluye el prognatismo; desviación del mentón hacia adelante, y el retrognatismo desviación del mentón hacia atrás.

## **5.2.- ANOMALÍAS DE VOLUMEN Y FORMA.**

Son muy importantes en el Diagnostico y Pronóstico, y entre ellas encontramos: macrognatismos, maxilares mayores de lo normal, y micrognatismos maxilares mas pequeños de lo normal.

Los micrognatismos y macrognatismos verticales, el macrognatismo posterior que suele acompañar al prognatismo inferior y el micrognatismo

**anteroposterior que puede presentarse en otros pacientes, son anomalías que no pueden tratarse pero que se deben conocer y diagnosticar.**

**Los macrognatismos y micrognatismos anteroposteriores y transversales tienen una gran importancia para el estudio de la posición de los dientes sobre dichos maxilares de volumen mayor a menor de lo normal.**

**Las anomalías de forma maxilomandibulares son principalmente del maxilar inferior, y en lo particular del ángulo goniaco. La hipergonia es el aumento del valor del ángulo goniaco, y la hipogonia la disminución del valor del mismo. la medida del ángulo goniaco puede considerarse normal entre 120 y 130 grados.**

**La hipergonia es muy importante por que acompaña generalmente al micrognatismo de la rama ascendente; cuando la rama es corta suele haber un aumento del valor del ángulo mandibular. La hipogonia es menos frecuente y se acompaña de proinclinación del maxilar inferior.**

## CAPITULO 6 .

### ANOMALÍAS DE LOS DIENTES

**Dentro de este grupo encontramos las anomalías de tiempo de los dientes y dentro de las anomalías de espacio tenemos las de posición dirección, volumen y forma.**

**Dentro de las anomalías de tiempo vamos a encontrar la erupción retardada de los dientes la cual puede ser por varias causas, como la presencia de dientes primarios , lo que impide la erupción de dientes secundarios, falta de desarrollo del folículo dentario ,etc. Podemos encontrar también la presencia de un diente primario lo que provocaría que el diente secundario en algunas ocasiones erupcione fuera de su lugar y por lo mismo encontrar un número mayor de dientes.**

**Tenemos también los dientes supernumerarios los cuales puede hallarse en cualquier parte del hueso, cerca de los dientes. Aparecen más comúnmente en la región media inferior, entre los incisivos centrales y puede encontrarse en cualquier posición.**

#### **6.1.- ANOMALÍAS DE POSICIÓN DE LOS DIENTES**

**Se refiere a las desviaciones de los dientes con respecto a la posición normal que deben ocupar en el arco dentario en sentido mesial, distal, vestibular y lingual y también hacia el espesor del maxilar y hacia afuera de**

**este. Cuando un diente no ocupa el lugar que le corresponde en el arco dentario se dice que ha habido una gresión (del latín marchar). Según la dirección en que se ha desviado el diente de su posición normal puede haber vestibulogresión, linguogresión, mesiogresión y distogresión.**

Quando las desviaciones se han realizado hacia el espesor del maxilar habrá ingresión y si son hacia afuera habrá egresión.

Las posiciones intermedias entre las escritas anteriormente pueden denominarse con los radicales unidos de las dos desviaciones principales del diente (meso-vestibulo-gresión, disto-vestibulo-gresión, mesio-linguo-gresión y disto-linguo-gresión).

## **6.2.- ANOMALÍAS DE DIRECCIÓN DE LOS DIENTES.**

Las anomalías de dirección de los dientes pueden ser versiones y rotaciones; la versión consiste en la inclinación del diente como si hubiera girado alrededor de un eje horizontal. La rotación, cuando la desviación ha sido girando el diente alrededor de un eje vertical.

Las versiones pueden realizarse también en las direcciones principales con respecto al arco dentario: vestibuloversión, inclinación de los dientes hacia la parte vestibular; linguoversión, hacia la parte lingual; mesioversión, inclinación hacia la parte media; distoversión, hacia la parte distal del arco. Las rotaciones se denominan según sea la cara mesial o distal la que se desvía hacia el vestibulo o hacia la parte lingual mas pronunciadamente, y de esta

**manera podemos tener rotación mesovestibular, mesolingual, distovestibular y distolingual.**

Las versiones y las gresiones se aprecian principalmente en el examen directo, modelos de yeso y en las radiografías de perfil. En las radiografías de perfil la inclinación de los incisivos sobre su maxilar, la vestibuloversión de los incisivos es una anomalía muy frecuente, se puede diagnosticar con los ángulos incisivomaxilar e incisivomandibular.

### **6.3.- ANOMALÍAS DE VOLUMEN DE LOS DIENTES.**

Las anomalías de volumen, se refieren al aumento o disminución del volumen normal. Así tenemos las anomalías macrodoncia y microdoncia, cuando existe macrodoncia, dientes de volumen mayor de lo normal, lógicamente dichos dientes no tienen espacio aun sobre maxilares de desarrollo normal y se ocasionan anomalías de posición y dirección de los dientes. La macrodoncia suele acompañarse de vestibuloversión de los incisivos y mesogresión de los bicúspides y molares sobre su base ósea.

La microdoncia suele observarse en los incisivos laterales, dientes atroficos que tienden a desaparecer así como los terceros molares. La microdoncia puede ser también general y afectar a todos los dientes.

La macrodoncia o microdoncia también pueden estar localizadas en la raíz o en la corona del diente, denominándose macrodoncia o microdoncia radicular o coronaria.

Las anomalías de forma, hipoplasias, dientes de Hutchinson, etc. tienen un tratamiento protésico o reparador.

#### **6.4.- ANOMALÍAS DE NUMERO DE LOS DIENTES.**

Las anomalías de número de los dientes se refieren al aumento o disminución del número de dientes. Puede haber mayor o menor número de dientes en el arco dentario por persistencia de dientes temporales, por existir dientes supernumerarios, por falta de desarrollo de los folículos dentarios, por dientes incluidos y por pérdida de dientes.

Los dientes supernumerarios pueden presentarse en la región de los terceros molares y entonces no suelen producir muchos trastornos. Cuando se presentan entre los incisivos centrales superiores suelen ser la causa que produce retrasos en la erupción de dichos dientes. La radiografía permite diagnosticar esta anomalía dentaria.

La falta de desarrollo de los folículos dentarios ocurre con mayor o menor frecuencia en los incisivos laterales superiores, dientes atroficos que en muchas ocasiones presentan microdoncia; lo mismo ocurre en los terceros molares.

La pérdida de los dientes, sobre todo en los primeros molares permanentes que se pierden por descuido en muchos niños y cuya ausencia produce una mutilación permanente de la dentición.

## **CAPITULO 7.**

### **ANOMALÍAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.**

La importancia de la articulación temporomandibular es fundamental.

La boca y sus partes pueden considerarse como una articulación consistente en tres superficies oclusales: dos de ellas similares en muchos aspectos a las otras articulaciones sinoviales, pero menos limitadas en su acción y articulando con el esqueleto óseo, la articulación temporomandibular; la tercera consistente en superficies articuladas de esmalte, la oclusión de los dientes superiores e inferiores.

En las anomalías de la articulación temporomandibular encontramos las anomalías de espacio, tiempo o número.

#### **7.1.- ANOMALÍAS DE ESPACIO.**

Las de espacio que pueden ser de posición, volumen y forma, se refieren a la relación en que se encuentra el condilo con la cavidad glenoidea del maxilar y a la posición de la articulación en su conjunto en relación con el cráneo.

#### **7.2.- ANOMALÍAS DE POSICIÓN.**

El condilo con respecto a la cavidad glenoidea puede estar en las posiciones siguientes: hacia adelante, procondilismo; hacia atrás retrocondilismo; hacia la parte superior supracondilismo y hacia la parte inferior infracondilismo.

La articulación puede estar mas alta o mas baja en relación con el cráneo y la cara y se le llamara supraarticulación e infrarticulación cuando el condilo este por encima o muy abajo del plano horizontal de Frankfort; normalmente el condilo no debe pasar por encima del plano de Frankfort. La suparticulación unida muchas veces a la retroinclinación del maxilar inferior es una de las anomalías que se presentan con mas frecuencia, por la disminución de la función masticatoria en la evolución del aparato masticatorio humano. La infrarticulación es muy rara, se presenta como una anomalía hereditaria en individuos que tienen muy corta altura de la zona bucal de la cara en su parte anterior e hipogonia.

### **7.3.- ANOMALÍAS DE VOLUMEN Y FORMA.**

Las anomalías de volumen y de forma se refiere al volumen y a la forma del condilo, del tubérculo y de la foseta articular, la foseta articular profunda coincide con los casos de hiperoclusión o sobremordida.

Las anomalías de posición , los procondilismos y retrocondilismos al igual que los supracondilismos e infracondilismos, suelen acompañar las desviaciones anteroposteriores de los maxilares. Puede haber procondilismo en casos de prognatismo inferior.

## CAPITULO 8.

### ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN DENTARIA O MALOCLUSIONES.

Las maloclusiones, o anomalías de la oclusión, solo son anomalías de espacio ya que la oclusión dentaria es la posición reciproca en que quedan los dientes de un arco respecto de los del otro cuando se cierra desarrollando la mayor fuerza, ejerciendo la presión sobre los molares y creando en posición normal los condilos de la mandíbula. Esta posición es la que permite el mayor numero de puntos de contacto entre los diente de uno y otro arco.

La relación de los dientes superiores con los inferiores en la posición de oclusión debe estudiarse en tres direcciones: dos horizontales, vestibulolingual y mesodistal, y una vertical. Si examinamos la posición mesodistal de los dientes que ocluyen normalmente, encontraremos que cada diente superior, excepto el ultimo, ocluye con dos dientes inferiores, su homologo y el que le sigue apartar de la línea media del arco. La cúspide del canino superior ocluye con el ángulo que forma el canino y el primer premolar inferior. Las cúspides anteriores del primer molar superior encajan con el surco que separa las cúspides anteriores y posteriores del primer molar inferior.

**Cuando la oclusión no es normal, en dirección mesodistal, el diente o los dientes del arco anómalo estarán mas cerca o mas lejos de la línea del arco de lo que corresponde con los dientes opuestos. Estas anomalías expresan con el radical oclusión al que se añaden los prefijos meso y disto, según sea la posición de los dientes anormales en la oclusión.**

**Las relaciones de los dientes en oclusión normal en dirección vestibulolingual se observa que las caras externas o vestibulares de las coronas de los dientes superiores están por fuera de las de los inferiores; de este modo, los incisivos y caninos superiores ocultan el tercio incisal de la altura de las coronas de sus homólogos inferiores. Las cúspides internas de los premolares y molares superiores engranan con el surco anteroposterior que separa las cúspides externas de las internas de los dientes inferiores. Si hay maloclusión de los dientes anómalos estarán colocados por dentro o por fuera del sitio que les corresponde con relación a sus opuestos normales y entonces habrá respectivamente linguclusión y vestibulocclusión.**

**En cuanto a las relaciones interdentarias, en dirección vertical, en la posición normal encontramos que la línea de oclusión que según Angle, es la que reúne el mayor numero de puntos de contacto entre los dientes de uno y otro arco es recta en la primera dentición, es decir, que la curva que describe dicha línea esta situada en el mismo plano horizontal en toda su extensión.**

**En la dentición permanente la línea de oclusión vista lateralmente no es recta, no esta situada en el mismo plano en toda su extensión; es recta hasta los premolares, pero desde estos dientes hacia atrás forma una ligera curva cuya concavidad se dirige hacia arriba y adelante.**

**Las maloclusiones en dirección vertical consisten en que uno o varios dientes exceden, pasan de la línea de oclusión o no llegan a ella. en el primer caso los dientes están en hiperclusión y en el segundo hay hipoclusión.**

**La oclusión normal es una resultante de diversos factores que podemos reunir en cuatro grupos:**

- 1. Normalidad de los tejidos blandos del aparato bucal.**
- 2. Normalidad maxilomandibular.**
- 3. Normalidad de la posición de los dientes respecto a su maxilar.**
- 4. Normalidad de la articulación temporomandibular y de los movimientos mandibulares.**

**Las anomalías de la oclusión son una resultante de las anomalías de los cuatro primeros grupos en que hemos dividido las del aparato bucal.**

**A continuación tenemos la clasificación de Angle, que es la mas aceptada.**

### **8.1.- MALOCLUSION CLASE I, O NEUTRO OCLUSIÓN.**

**La cúspide mesovestibular del primer molar permanente superior ocluye en el surco mesovestibular del primer molar permanente inferior.**

**Hay maloclusiones de incisivos, caninos y bicúspides; esta falta de espacio se debe generalmente a la macrodoncia, micrognatismo o mesogresión.**

**La apariencia facial de estos pacientes corresponde a un perfil recto .**

**Sin embargo pueden pertenecer a esta clasificación pacientes que presentan características molar y canina de Clase I, pero con perfil convexo y es la llamada biprotusión, anomalía en la cual los dientes anteriores no se encuentran con falta de espacio sino que han compensado este, inclinándose hacia el vestibulo con su correspondiente manifestación labial.con falta de espacio sino que han compensado este, inclinándose hacia el vestibulo con su correspondiente manifestación labial.**

### **8.2.- MALOCLUSION CLASE II O DISTOCLUSION.**

**La cúspide mesovestibular del primer molar permanente superior ocluye mesialmente el surco mesovestibular del primer molar inferior. O se puede decir que el arco inferior ocluye distalmente al arco superior. El perfil que presentan estos pacientes es convexo. Se clasifica en 1° y 2° división..**

#### **DISTOCLUSIÓN, DIVISIÓN 1.**

Los incisivos superiores se encuentran en vestibuloversión. Esta maloclusión puede ser causada por : Respiración bucal, Succión digital o lengua potráctil.

La Clase II División 1ª puede ser de origen genético o producto de la combinación de las anteriores.

#### **DISTOCLUSIÓN DIVISIÓN 2.**

Los incisivos superiores se encuentran en linguoversión. La causa de esta maloclusión es un problema esquelético, el cual se inicia con una mordida profunda.

#### **8.3.- CLASE III O MESIOCLUSIÓN.**

La cúspide mesovestibular del primer molar permanente superior ocluye distalmente al surco mesovestibular del primer molar inferior.

Los dientes anterosuperiores se encuentran en linguoversión. La mandíbula ocluye mesialmente al maxilar superior, dando como resultado un perfil cóncavo.

Puede ser: verdadera (esquelética) o falsa por posición habitual, denominándose pseudoprogнатismo.

#### **8.4.- SOBREMORDIDA HORIZONTAL AUMENTADA.**

Se presenta con frecuencia en las Clases II de Angle o en Clases I con vestibuloversión de incisivos. Estos últimos casos se caracterizan por la presencia de diastemas en los dientes anteriores.

#### **8.5.- SOBREMORDIDA HORIZONTAL DISMINUIDA O CRUZADA ANTERIOR.**

Se caracteriza por que uno o mas dientes anterosuperiores se encuentran ocluyendo en la cara lingual de los inferiores. Puede ser total o parcial.

**Parcial:** se refiere a uno, dos o tres dientes anteriores, que se encuentran en linguoversión.

**Total :** Los cuatro incisivos superiores se encuentran en linguoversión.

En esta clasificación podemos incluir los casos de Clases III esqueléticas o falsas.

### **8.6.- PSEUDOPROGNATISMO.**

También llamado pseudo Clase III, en el análisis facial encontramos la parte inferior de la cara protuida, lo que trae como consecuencia un perfil cóncavo.

La diferencia entre el pseudopognatismo y la Clase III, es que el pseudopognatismo es funcional y la Clase III es esquelética.

Frecuentemente se observa en pacientes de dentición temporal o mixta temprana y muy poco en adultos y son contactos prematuros los que producen el avance de la mandíbula. El diagnóstico definitivo lo dará la cefalometría.

### **8.7.- MORDIDA PROFUNDA ANTERIOR.**

En el análisis facial encontramos la proporción inferior de la cara disminuida.

La relación de entrecruzamiento en sentido vertical de los dientes superiores sobre los inferiores es lo que se denomina sobremordida horizontal. Este entrecruzamiento es posible porque el maxilar superior es más amplio que el inferior. Generalmente se observan en las Clases II División 1° y 2°.

### **8.8.- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.**

En el análisis facial la proporción inferior puede estar aumentada. A diferencia de la sobremordida horizontal, la interdigitación dentaria es pobre y no cubre el tercio incisal inferior, dejando espacio entre las arcadas superior e inferior.

### **8.9.- MORDIDA ABIERTA POSTERIOR.**

En el análisis facial se puede encontrar posible deformación vertical posterior. Encontramos falta de contacto en las relaciones dentarias posteriores. Su corrección es indispensable por que a medida que pasa el tiempo, el factor de crecimiento alveolar es favorable para la solución de esta anomalía.

# HISTORIA CLÍNICA

No. expediente-----  
R.F.C.-----  
Fecha:-----

## I.- DATOS GENERALES:

Nombre-----  
Fecha de Nacimiento-----Edad-----  
Estado Civil-----Teléfono-----  
Dirección-----  
Escuela-----Grado-----Turno-----  
Nombre del padre-----Ocupación-----  
Dirección-----Teléfono-----  
Nombre de la madre-----Ocupación-----  
Dentista de la familia-----  
Dirección-----Teléfono-----  
Médico de la familia-----  
Dirección-----Teléfono-----  
\*Motivo de la consulta (SIC)-----  
Ultima visita al dentista-----Motivo-----  
Otros-----

## II.-HISTORIA MEDICA DENTAL

Antecedentes Familiares: Datos anexos importantes a la forma HMG  
Antecedentes Maxilofaciales:-----  
Asimetrías:-----  
Síndromes:-----  
Prognatismo:-----Retrognatismo:-----  
Otros:-----  
Nacimiento.  
No. de gesta-----Tipo y Tiempo de gestación:-----  
Tipo de parto:-----Peso y talla:-----  
Otros:-----  
Alimentación:-----  
Seno materno:-----Ablactación:-----  
Biberón:-----  
Inicio de alimentación sólida:-----

Otros:-----

### Hábitos:

Onicofagia	Si ( )	No ( )	Como-----	Tiempo-----
Chupón	Si ( )	No ( )	Como-----	Tiempo-----
Dedo	Si ( )	No ( )	Como-----	Tiempo-----
Labial	Si ( )	No ( )	Como-----	Tiempo-----
Lingual	Si ( )	No ( )	Como-----	Tiempo-----
Postural	Si ( )	No ( )	Como-----	Tiempo-----
Bruxismo	Si ( )	No ( )	Como-----	Tiempo-----

Otros:-----

Enfermedades propias de la niñez. Varicela ( ) Sarampión ( ) Rubéola ( ) Difteria ( )  
Tosferina ( ) Poliomielitis ( ) Escarlatina ( )

Otros: Tuberculosis ( ) Tétanos ( ) Hepatitis ( ) Herpes ( ) Cólera ( ) Parotiditis ( )

### Antecedentes quirúrgicos:

Adeno-amigdalectomías	Si ( )	No ( )	Cuando-----
Nariz	Si ( )	No ( )	Cuando-----
Oído	Si ( )	No ( )	Cuando-----
Cuerpos extraños	Si ( )	No ( )	Cuando-----

Otros:-----

Padecimiento actual:-----

## III.- DIAGNOSTICO ANALÍTICO DIFERENCIAL

### I.- Anomalías de tejidos blandos:

#### A.- Examen extrabucal

#### Frontal

Cara	Euriprosopo ( )	Mesoprosopo ( )	Leptoprosopo ( )
Cráneo	Braquicefálico ( )	Mesocefálico ( )	Dolicocefálico ( )
Asimétrico.	Si ( ) No ( )		
Simétrico:	Si ( ) No ( )		
Piel:	Blanca ( )	Negra ( )	Amarilla ( ) Mestiza ( )

Otros:-----

**\*Tercio superior:**

Ojos: Negros ( ) Verdes ( ) Azules ( ) Cafes ( ) Otros ( )  
 Grandes ( ) Medianos ( ) Pequeños ( )  
 Cejas: Abundantes ( ) Regulares ( ) Escasas ( ) Nulas ( )

**\*Tercio Medio: análisis nasal**

Longitud: Larga ( ) Mediana ( ) Corta ( )  
 Ancho nasal: Amplia ( ) Mediana ( ) Reducida ( )  
 Narina derecha: Amplia ( ) Mediana ( ) Estrecha ( )  
 Narina izquierda: Amplia ( ) Mediana ( ) Estrecha ( )  
 Desviaciones: Dextro ( ) Levo ( )

Orejas: Grandes ( ) Medianas ( ) Pequeñas ( ) Otros ( )  
 Líneas de Denti: Presentes ( ) Ausentes ( )

**\*Tercio inferior Análisis labio-bucal**

Macroquelia superior ( ) Macroquelia inferior ( ) Microquelia superior ( )  
 Microquelia inferior ( )  
 Competencia labia: Si ( ) No ( )  
 Hipotonicidad: Orbicular superior ( ) Orbicular inferior ( )  
 Hipertonicidad: Orbicular superior ( ) Orbicular inferior ( )  
 Color superior: Pálido ( ) Rosado ( ) Humedad ( ) Resequedad ( )  
 Color inferior: Pálido ( ) Rosado ( ) Humedad ( ) Resequedad ( )  
 Boca: Grande ( ) Mediana ( ) Pequeña ( ) Otros:-----

**B.- Examen extrabucal lateral**

Perfil facial (NA Pg)  
 Recto ( ) Convexo ( ) Cóncavo ( )  
 Perfil inferior (Pn Pg) Recto ( ) Convexo ( ) Cóncavo ( )  
 Labio superior: Porquería ( ) Ortoquelia ( ) Retroquelia ( )  
 Labio inferior: Porquería ( ) Ortoquelia ( ) Retroquelia ( )  
 Mentón: Progenia ( ) Ortoquia ( ) Retrogenia ( )  
 Otros:-----

**C.- Examen intrabucal**

Frenillo labial superior: Normal ( ) Corto ( ) Largo ( )  
 Frenillo labial inferior: Normal ( ) Corto ( ) Largo ( )

Encías: Color:-----  
 Textura:-----  
 Forma:-----  
 Tamaño:-----  
 Sangrado:-----

Otros:-----

Lengua	Volumen	Macroglosia ( )	Microglosia ( )	Normal ( )
	Forma	Cuadrada ( )	Triangular ( )	Ovoide ( )
Identificaciones laterales -----				
Color -----				
Amígdalas:	Frenillo	Largo ( )	Corto ( )	Normal ( )
	Volumen	Grado 1 ( )	Grado 2 ( )	Grado 3 ( )
Color -----				
Uvula: -----				
Otros: -----				

## 2.- Anomalías Maxilomandibulares

Maxila:	Forma:	Cuadrada ( )	Triangular ( )	Ovoide ( )
		Simétrica ( )	Asimétrica ( )	
Volumen:	Hipoplasia ( )	Hiperplasia ( )	Normal ( )	
	Promaxila ( )	Ortomaxila ( )	Retromaxila ( )	
Posición:	Supraposición ( )	Anterior ( )	Posterior ( )	
	Infraposición ( )	Anterior ( )	Posterior ( )	
Compresión transversal:	Esquelética basal ( )	Alveolar ( )	Unilateral ( )	
	Bilateral ( )			
Compresión sagital:	Esquelética basal ( )	Alveolar ( )		
Desviaciones:	Dextro ( )	Meso ( )	Levo ( )	
Otros: -----				

Mandíbula:	Forma:	Cuadrada ( )	Triangular ( )	Ovoide ( )
		Simétrica ( )	Asimétrica ( )	
Tamaño:	Macrognatismo ( )	Micrognatismo ( )	Normal ( )	
Volumen:	Hipoplasia ( )	Hiperplasia ( )	Normal ( )	
Posición:	Prognatismo ( )	Total ( )	Alveolar ( )	
	Ortognatismo ( )			
	Retrognatismo ( )	Total ( )	Alveolar ( )	
	Supraposición ( )	Anterior ( )	Posterior ( )	
	Infraposición ( )	Anterior ( )	Posterior ( )	
	Progenismo ( )	Ortogenismo ( )	Retrogenismo ( )	
( )				
Compresión transversal:	Esquelética basal ( )	Alveolar ( )	Unilateral ( )	Bilateral ( )
Compresión sagital:	Esquelética basal ( )	Alveolar ( )		
Desviaciones:	Dextrognatismo ( )	Ortognatismo ( )	Levoognatismo ( )	
Relación Ortopédica Maxilo-Mandibular:		Normorelación ( )	Mesiorelación ( )	
		Distorelación ( )		

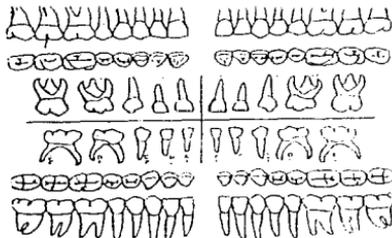
Otros: \_\_\_\_\_

### 3.- Anomalías Dentarias

Tamaño	Macrodoncia ( )	Microdoncia ( )	Normales ( )		
Raíces	Largas ( )	Cortas ( )	Normales ( )		
Número	Supernumerario ( )	Anodoncia ( )			
Forma.	Ovoide ( )	Triangular ( )	Cuadrada ( )	Resorción radicular ( )	
Color.	Pigmentaciones ( )	Manchas ( )			
Posición:	Versión ( )	Gresión ( )	Rotación ( )	Retenido ( )	Impactado ( )
	Anquilosis ( )	Fracturas ( )	Supraposición ( )	Infraposición ( )	
Eruptivas	Adentado ( )	Normal ( )	Retardo ( )		

Otros: \_\_\_\_\_

### Odontograma



Identificación por alfabeto, número y color:

#### Nomenclatura

- 1.-ANQ=Anquilosis
- 2.-CO=Concrecencia
- 3.-DGR=Diovergencia
- 4.-DI=Disinserción
- 5.-DVE=Distorsión
- 6.-EX=Extrusión
- 7.-FCR=Fracturas coronarias
- 8.-FR=Fractura radicular
- 9.-GE=Geminación

- 10.-IN=Intrusión
- 11.-LGR=Lingüogresión
- 12.-LVE=Lingüoversión
- 13.-MA=Macrodoncia
- 14.-MGR=Mesogresión
- 15.-MVE=Mesoversión
- 16.-MI=Microdoncia
- 17.-PGR=Palatogresión
- 18.-PVE=Palatoversión

- 19.-PE=Por erupción
- 20.-PR=Prorclinado
- 21.-RT=Rotación
- 22.-RE=Retenido
- 23.-SU=Supernumerario
- 24.-TA=Taurisontismo
- 25.-VGR=Vestibulogresión
- 26.-N=Diente ausente

#### Caracteres

Caries: Rojo Restauración: Azul Puente Fijo: ----- Puente Removible: -----  
 Posición: Azul Forma: Verde Volumen: Amarillo

### 4.-Anomalías de las articulaciones temporomandibulares

Dolor a la palpación:	Derecha ( )	Izquierda ( )
Ruidos: Chasquidos	Derecha ( )	Izquierda ( )
Crepitación	Derecha ( )	Izquierda ( )
Dolor a la apertura	Derecha ( )	Izquierda ( )
Desviaciones a la apertura:	Derecha ( )	Izquierda ( )

**Dolor muscular :** Masetero ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )  
 Temporal ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )  
 Pterigoideo interno ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )  
 Pterigoideo externo ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )

**Posición condilar:** Derecho Procondilismo ( ) Retrocondilismo ( )  
 Supracondilismo ( ) Infracondilismo ( )  
 Izquierdo Procondilismo ( ) Retrocondilismo ( )  
 Infracondilismo ( ) Supracondilismo ( )

## 5.- Anomalías de la oclusión

### Clasificación de Angle:

**Clase I:** Molar ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( ) Premolar ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )  
 Canina ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )

**Clase II-1 :** Molar ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( ) Premolar ( ) Derecho ( )  
 Izquierdo ( ) Canina ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( ) Subdivisión ( )  
 Derecho ( ) Izquierdo ( )

**Clase II-2 :** Molar ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( ) Premolar ( ) Derecho ( )  
 Izquierdo ( ) Canina ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )  
 Subdivisión ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )

**Clase III:** Molar ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( ) Premolar ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )  
 Canina ( ) Derecho ( ) Izquierdo ( )

### Dewey-Anderson:

**Clase I**

Tipo 1: \_\_\_\_\_  
 Tipo 2: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_  
 Tipo 3: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_  
 Tipo 4: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_  
 Tipo 5: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_

**Mordida abierta anterior:** Unilateral ( ) Bilateral ( )

**Mordida abierta posterior:** Unilateral ( ) Bilateral ( )

**Sobremordida vertical:** \_\_\_\_\_ mm.

**Sobremordida horizontal:** \_\_\_\_\_ mm.

**Plano de oclusión superior:** Recto ( ) Cóncavo ( ) Convexo ( )

**Plano de oclusión inferior:** Recto ( ) Cóncavo ( ) Convexo ( )

**Interferencias oclusales:**

**Guía incisiva:** Si ( ) No ( )

**Protección canina:** Derecha ( ) Izquierda ( ) Ninguna ( )

**Función de grupo:** Derecha ( ) Izquierda ( ) Ninguna ( )

**Curva de Spee:** Derecha ( ) Izquierda ( )

**Curva de Wilson:** Si ( ) No ( )

**Línea media superior:** Normal ( ) Desviación izq. \_\_\_\_\_ mm. Der. \_\_\_\_\_ Línea

**media inferior:** Normal ( ) Desviación izq. \_\_\_\_\_ mm. Der. \_\_\_\_\_



### 3.- Fonación :

Dislalia Si ( ) No ( )

Dislexia Si ( ) No ( )

Resonancia nasal \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

### 4.- Masticación :

Prehension ( ) Desgarre ( ) Trituración ( )

Unilateral ( ) Derecha ( ) Izquierda ( ) Bilateral ( )

Tiempo masticatorio Inmediato ( ) Continuo ( ) Retardado ( )

### 5.- Movimientos mandibulares

A: \_Análisis vertical

Apertura máxima Anterior (1-1) \_\_\_\_\_ mm  
Posterior izquierda (CMV6SMV61): \_\_\_\_\_ mm. (7-7) \_\_\_\_\_ mm.  
Posterior derecha (CMV6S-SV61): \_\_\_\_\_ mm. (7-7) \_\_\_\_\_ mm.

Reposo: Anterior (1-1) \_\_\_\_\_ mm.

Posterior izq \_\_\_\_\_ mm.

posterior der. \_\_\_\_\_ mm

Over Bite (1-1): \_\_\_\_\_ mm (2-2) \_\_\_\_\_ mm.

### B:.-Análisis Sagital

Máximo movimiento anterior: \_\_\_\_\_ mm. (1-1)

Mínimo movimiento anterior: \_\_\_\_\_ mm (borde a borde)

Desoclusión posterior izq. \_\_\_\_\_ mm. (4-4) \_\_\_\_\_ mm. (5-5) \_\_\_\_\_ mm. (6-6)

der. \_\_\_\_\_ mm. (4-4) \_\_\_\_\_ mm. (5-5) \_\_\_\_\_ mm. (6-6)

Over Jet (1-1): \_\_\_\_\_ mm. (2-2) \_\_\_\_\_ mm

### C: \_Análisis transversal:

Desplazamiento voluntario lateral apartir de oclusión céntrica:

Izquierda Si ( ) No ( )

Derecha Si ( ) No ( )

Proteccion canina derecha con desoclusión izquierda:

D-D \_\_\_\_\_ mm E-E \_\_\_\_\_ mm izq (4-4) \_\_\_\_\_ mm (5-5) \_\_\_\_\_ mm (6-6) \_\_\_\_\_ mm (7-7) \_\_\_\_\_ mm.

Protección canina izquierda con desoclusión derecha:

D-D \_\_\_\_\_ mm E-E \_\_\_\_\_ mm izq. (4-4) \_\_\_\_\_ mm. (5-5) \_\_\_\_\_ mm. (6-6) \_\_\_\_\_ mm. (7-7) \_\_\_\_\_ mm.

Línea media en oclusión céntrica:

Desviación Izq \_\_\_\_\_ mm. der \_\_\_\_\_ mm.  
Sup \_\_\_\_\_ mm. sup. \_\_\_\_\_ mm.  
Inf. \_\_\_\_\_ mm- inf \_\_\_\_\_ mm.

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 6.- Sistema neural

Insuficiencia neuromuscular: Si  No

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Causa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Reversible irreversible \_\_\_\_\_

Reflejo neural involuntario (Tics): Si  No

Especifique \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## V.- Exámenes y estudios solicitados:

Modelos de estudio Si  No

Fecha \_\_\_\_\_

Modelos de trabajo Si  No

Fecha \_\_\_\_\_

Radiograficos Si  No

Lateral de cráneo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Ortopantomografia Si  No

Fecha \_\_\_\_\_

Postero-anterior Si  No

Fecha \_\_\_\_\_

Digito-palmar Si  No

Fecha \_\_\_\_\_

Caldwell Waters Si  No

Fecha \_\_\_\_\_

Oclusal Sup  Inf.  Si  No

Fecha \_\_\_\_\_

Periapicales \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fotografías:**Papel Transparencias (diapositivas) : **Trazos cefalométricos:**Simplificado  Fecha: \_\_\_\_\_Downs  Fecha: \_\_\_\_\_Steiner  Fecha: \_\_\_\_\_Jarabak  Fecha: \_\_\_\_\_Rockets  Fecha: \_\_\_\_\_Monti  Fecha: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**7.- Estudios de laboratorio:**Biometría hemática  General de orina  Química sanguínea Eosinófilos en moco nasal  Tiempo de coagulación Exudado faríngeo  Antibiograma 

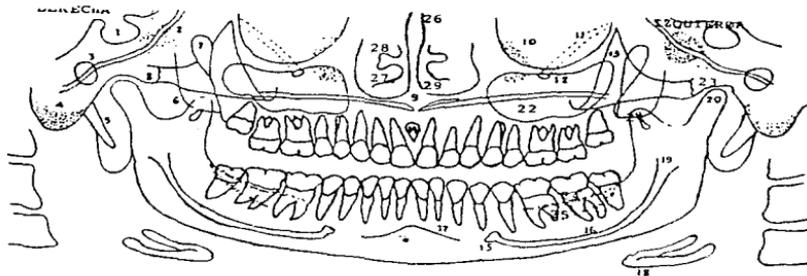
Otros: \_\_\_\_\_

## VI.-Análisis Radiográfico

### 1.- Ortopantomografía

DERECHA

IZQUIERDA



- |                             |                               |   |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 1 - Silla basal             | 11 - Conducto infra-orbitario | 21 - Apófisis coronoides                |
| 2 - Nerio orbitomaxilar     | 12 - Aguijón aguijónforario   | 22 - Serris mandibular                  |
| 3 - Aguijón maxilar externo | 13 - Hueso maxilar            | 23 - Apófisis sigmoidica del temporal   |
| 4 - Apófisis maxilares      | 14 - Foramen palatino         | 24 - Linea orbitaria superior           |
| 5 - Apófisis esfenoidales   | 15 - Foramen mandibular       | 25 - Linea orbitaria inferior           |
| 6 - Hueso esfenoidal        | 16 - Condilo dentario inf     | 26 - Arteria perpendicular del temporal |
| 7 - Hueso Esfenoidal        | 17 - Caputia mandibular       | 27 - Conducto inferior                  |
| 8 - Embrasa articular       | 18 - Hueso                    | 28 - Conducto maxilar                   |
| 9 - Espina nasal anterior   | 19 - Espina de Spix           | 29 - Cavidad nasal                      |
| 10 - Seno etmoidal          | 20 - Condilo mandibular       |   |

Observaciones \_\_\_\_\_

## VII- DIAGNOSTICO INTEGRAL.

1 - Diagnostico Clinico -

---

---

---

---

2 - Diagnostico Radiografico

---

---

---

---

3 - Diagnostico Cefalometrico

A - Analisis

Esqueletico

---

---

---

---

B - Analisis

Dental

---

---

---

---

4.-Pronostico	A.-Ortopedico	( )	Favorable	( )	Desfavorable	( )
	B -Ortodontico	( )	Favorable	( )	Desfavorable	( )
	C.-Quirurgico	( )	Favorable	( )	Desfavorable	( )

A -

---

---

---

---

B -

---

---

---

---

C.-

---

---

---

---

Observaciones

---

---

---

---



## **CONCLUSIONES**

En este trabajo de tesina hemos expuesto la importancia del Diagnóstico Diferencial de las Anomalías Dentofaciales. Tratamos de concientizar de la relevancia que éstas tienen en la atención que se les brinda a los pacientes, principalmente al tener una visión interdisciplinaria de diagnóstico y tratamiento.

Por lo tanto podemos concluir que:

- 1.- La realización de una Historia Clínica completa donde se incluya el diagnóstico diferencial de las Anomalías Dentofaciales es esencial poder determinar el tratamiento de cada paciente en forma individual, de acuerdo a su propio caso clínico.
- 2.- Las Anomalías Dentofaciales se clasifican en cinco grupos , y difícilmente vamos a encontrar anomalías de un solo grupo, ya que éstas están relacionadas entre sí.
- 3.- Con la detección de las Anomalías Dentofaciales podemos conocer con exactitud el pronóstico del paciente al someterse a algún tratamiento.
- 4.- Dentro de la facultad sería muy útil contar con una Historia Clínica Única, en la cual se incluyera a las Anomalías Dentofaciales, esto permitiría saber con exactitud la ruta clínica a seguir y el estado de atención en que se encuentra cada uno de los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- BEGG,A., KESLING,J., Ortodoncia, Teoría y Técnica ., Editorial Salvat Madrid España.1973 .
- 2.- CANUT, BRUSOLA, JOSÉ ANTONIO; Ortodoncia Clínica, Editorial Salvat, 1° Edición, México 1992.
- 3.- DAWSON PETER E., Evaluación , Diagnostico y Tratamiento de los Problemas Oclusales. Editorial Mundi S.A.I.C. Y F., Buenos Aires , Argentina.
- 4.- DUTERLOO, h.s., Atlas de la Dentición Infantil. Diagnostico Ortodontico y Radiología Panorámica. Editorial Labor, S:A:, 1° Edición Barcelona, España 1992.
- 5.- ENLOW, D.H., Crecimiento Maxilo - Facial, Editorial Interamericana., 3° Edición., México., 1992.
- 6.- FEIJÓO, GUILLERMO M., Los Tratamientos en Ortopedia Funcional., De. Mundi., Buenos Aires , Argentina. 1965.
- 7.- GAYOL MEJÍA, MA. DE LA LUZ., POY MARTI ROSA., Génesis de la Rehabilitación Neuro Oclusal. Pedro Planas., Impresora Sn. Luis , 1° De. México 1972.
- 8.- GARCIA ROMERO, JAIMES., METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN MEDICA.

Diagnostico Diferencial en Protesis Fija-----

- 7.- GAYOL MEJÍA, MA. DE LA LUZ., POY MARTI ROSA., Génesis de la Rehabilitación Neuro Oclusal. Pedro Planas., Impresora Sn. Luis , 1° De. México 1972.
- 8.- GARCIA ROMERO, JAIMES., METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN MEDICA.
- 9.- GRABER GEORGE., Atlas de Prótesis Parcial., De. Salvat Editores, S:A: Barcelona , España , 1988.
- 10.- GRABER, SWAIN: Ortodoncia ., De. Panamericana., México , 1979 .
- 11.- GRABER T.M: Aparatología Ortodontica Removible., De. Medica Panamericana ., México , 1987 .
- 12.-GRABER, T. M. , Ortodoncia. Teoría y Practica ., De. Interamericana ., México 1983.
- 13.- MCCRAKEN.: Prótesis Parcial Removible ., Macgivney/Clastlberry. De. Panamericana ., S. A. , Buenos Aires , Argentina , 1992 .
- 14.- MAYORAL . J., Et. Al.: Ortodoncia. Principios Fundamentales y Practica . De. Labor ., Barcelona, España . 1983.
- 15.- MOYERS. R. E. : Manual de Ortodoncia. Ed. Mundl. Buenos Aires , Argentina. 1980.
- 16.- PLANAS , PEDRO : Rehabilitación Neuro-Oclusal ; DE. Salvat ; 1° Edición .1986.
- 17.- RAKOSI, THOMAS; IRMTRUD JONAS ; Atlas de Ortopedia Maxilar Diagnostico ; De. Mson-Salvat, 1° Edición, Barcelona , España, 1992.
- 18.-RAMFJORD / ASH ., Occlusion ., Cuarta Ed. ., Philadelphia. 1995.

**19.- RING, MALVIN E ., Historia Ilustrada de la Odontología., Barcelona, España 1983.**

**20.-ROSENTIEL STEPHEN, F., M.F. Land. J. Fujimoto.: Procedimientos Clínicos y de Laboratorio ., Salvat Editores S.A., Barcelona, España 1991.**

**21.-SPHAL, TARRANCE J., WITZING, JOHN W., Ortopedia Maxilofacial. Clínica y Aparatología ., Biomecánica . Salvat Editores, S.A. Barcelona , España . 1992 .**

**22.- TORRES , RAMON , : Tratado de gnato - ortopedia funcional; Editorial Celcuis, S.R.L., 1° Edición , Buenos Aires , Argentina . 1968.**