

338  
Ref.

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO,  
COMPARATIVO Y PROPOSITIVO  
DE UNA HISTORIA CLÍNICA  
PARA ORTODONCIA**

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A:

**VERÓNICA RIVERA RAMÍREZ**

ASESOR: Dr. ARTURO ALVARADO ROSSANO

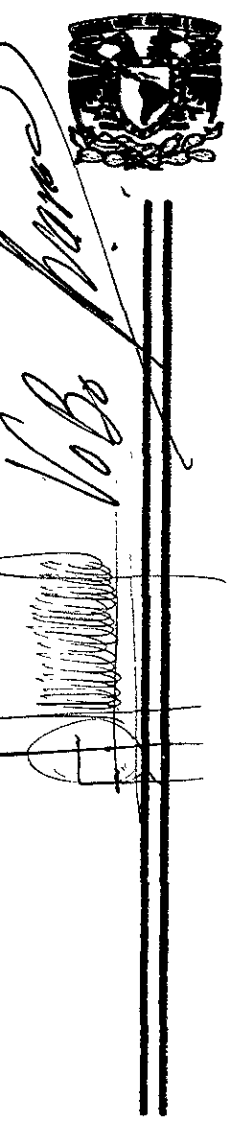
SEMINARIO DE ORTODONCIA  
PROMOCIÓN XXI

Ciudad Universitaria. México, D.F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

202019





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## PROLOGO

Considero que el haber concluido mis estudios de licenciatura en la Facultad de Odontología no es más que una satisfacción previa la cual hizo que me inclinara a la obtención del título de Cirujano Dentista, a través del Primer Seminario de Titulación en Ortodoncia.

Por los mismos motivos agradezco a Dios por la voluntad que deposito en mí, para mi realización profesional.

**A mi Madre** por su gran apoyo y ejemplo de superación y en honor a mi **Padre** que estuvo conmigo en todo momento; sólo puedo asegurarles que siempre estaré agradecida con ustedes. Y con estas palabras les he querido hacer un justo reconocimiento por lo que hemos logrado.

**Concepción Ramírez S.**

**Francisco Rivera M.†**

A mis hermanos, **Francisco, Ramón, Alejandro, Cecilia, Rosalba, Carlos, Eduardo y Víctor**, por el gran apoyo que me han brindado, su tiempo y su inapreciable compañía a lo largo de éste gran camino.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y a la **Facultad de Odontología**, por permitir mi formación profesional.

A mi asesor de Tesina, Dr. **Arturo Alvarado Rossano** por el apoyo brindado a través de sus conocimientos, para poder concluir esta gran meta.

Al Dr. **Javier Lamadrid Contreras** Coordinador del seminario de Ortodoncia por la motivación que me brindo.

Agradezco por su participación dentro del jurado al:

**Dr. Mario Hernández Pérez.**

Gracias a los miembros del jurado:

Dr. Francisco Javier Lamadrid Conteras

Dr. Mario Hernández Pérez

Dr. Arturo Alvarado Rossano

Dr. Pedro Lara Mendieta

Dr. Gaspar Macías López



---

4.3.4.- Anomalías de las articulaciones temporo- mandibulares.....	53
4.3.5.- Anomalías de la oclusión. ....	55
4.4. Diagnostico presuncial. ....	62
4.4.1. Análisis funcional. ....	62
4.4.2. Exámenes y estudios solicitados.....	67
4.4.3. Análisis radiográfico. ....	69
4.4.4. Análisis cefalométrico.....	71
4.4.5. Análisis de modelos. ....	80
4.5. Diagnostico integral.....	81
4.6. Hoja de presupuesto.....	81
4.7. Hoja de control de pagos. ....	82
4.8. Hoja de evolución. ....	82
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>106</b>
<b>PROPUESTAS .....</b>	<b>108</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>109</b>

## **INTRODUCCION**

La realización de ésta tesina es con el fin de determinar y analizar dos historias clínicas en el área de ortodoncia y odontopediatria que se utilizan en la Facultad de Odontología que usan con el fin de compararlas con una propuesta de historia clínica la cual se presentara en el contenido de esta tesina.

Esta tesina tiene como objetivo general proponer y mostrar descriptivamente una historia clínica para ortodoncia.

Dentro de los objetivos el alumno de licenciatura podrá hacer un análisis de los elementos de diagnóstico contenidos en ésta historia clínica, o bien hacer uso de la misma.

Para la realización de éste trabajo se consultaron a diferentes autores calificados en el área de ortodoncia.

Se consultaron y analizaron, también, la historia clínica de Ortodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la UNAM, así mismo como la historia clínica utilizada en el área de Odontopediatria en Licenciatura.

Se utilizó como muestra una historia clínica elaborada por los alumnos del Curso de Educación Continua y Capacitación en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Asociación de Estomatología A.C. de la Dirección General de los Servicios de Salud en el D.F. de la Secretaría de Salud.

Con base a la recopilación bibliográfica médico odontológica general y especializada en ortodoncia.

Esta historia fué en su momento dirigida por mi asesor de tesina quien participo como profesor titular de dicho curso desde 1994 a 1996.

Se analizó comparativamente los contenidos de éstas historias clínicas con el fin de poder presentar una propuesta de historia clínica para Ortodoncia.



## ANTECEDENTES

La historia clínica, es una herramienta de trabajo que nos proporciona una base de datos, orientados al planteamiento diagnóstico y terapéutico.

El término anamnesis, es puramente griego y significa "recogido" o facultad de la memoria.

La anamnesis consiste en recoger el patrón de aparición los signos, síntomas, sensaciones, estado psicológico o emocional, reacciones u otras observaciones personales del propio paciente. (1,4,9,12)

Para Graber, la historia clínica de Ortodoncia se compone generalmente de la historia médica y la historia dental ya que la historia médica proporciona datos importantes para el ortodoncista. Por la importancia de registrar diversas enfermedades de la infancia. (4)

Mayoral menciona que debe existir un orden de los datos de diagnóstico ya que estos mismos nos proporcionan un gran número de información para formar un juicio lo más exacto posible de las anomalías craneo-maxilomandibulares y dentofaciales, su etiología, su pronóstico y su plan de tratamiento. (9)

Todos los informes que se desprende de la historia clínica deben estar anotados en forma clara y concisa, y sujetos a un plan racional dando origen con los antecedentes patológicos del paciente y terminando en el tratamiento de sus anomalías. (9)





La recopilación de datos es la fase preliminar y básica del diagnóstico ortodóncico. (9)

Canút, menciona que una de las formas de enfocar este proceso es seguir lo que Weed aplica al diagnóstico médico, y que se basa en la recogida de datos dirigida a la elaboración de una lista de los problemas o anomalías que tiene el paciente. (1)

El objeto de la anamnesis y exploración es acumular una información orientada, desde el principio, al planteamiento diagnóstico y terapéutico. (1)

Completada la anamnesis y exploración, ser posible confeccionar un listado de problemas clasificados según la gravedad e importancia.

El proceso consta de una secuencia sistematizada de búsqueda y recopilación de signos que confieren el perfil ortodóncico; la síntesis de los datos permitir establecer un diagnóstico preciso de la situación dental, esquelética, funcional y estética del paciente. (1)

Proffit dice, que es necesario obtener una historia médica y dental detallada de los pacientes ortodóncicos para poder llegar a conocer su situación global y valorar los aspectos específicamente relacionados con la Ortodoncia. (12)

Debe desarrollarse una base de datos extensa con la información pertinente para no omitir problema alguno. En ortodoncia la base de datos proviene de tres fuentes principales:



- 1) El interrogatorio del paciente;
- 2) Exploración clínica del mismo, y
- 3) Valoración de los registros diagnósticos. (12)

La Norma Oficial Mexicana número 13 publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 6 de Enero de 1994, para la prevención y control de enfermedades bucales menciona que el diagnóstico debe cumplir como mínimo con:

- 1) Interrogatorio,
- 2) Exploración física visual del individuo y de la boca,
- 3) Exploración física instrumentada;
- 4) Auxiliares del diagnóstico,
- 5) Estudio radiográfico de acuerdo a las necesidades del caso,
- 6) Modelos de estudio del paciente,
- 7) Resultados de análisis de los estudios radiográficos y modelos de estudio.

El diagnóstico clínico de las maloclusiones debe considerar los factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y sus repercusiones funcionales y emocionales.

1.- Factores de riesgo biológicos: características congénitas, estructuras esqueléticas, estructuras dentales, estructuras neuromusculares y evaluación funcional. (respiración, alimentación, lenguaje y hábitos). (18)



2.- Factores de riesgos psicológicos: autoimagen e imagen reflejada.

3.- Factores de riesgo sociales: nivel socioeconómico, escolaridad y accesibilidad a los servicios de salud.

En caso de no disponer o manejar los elementos de diagnóstico se hará la referencia al servicio correspondiente evitándose el tratamiento.

Un examen cuidadoso es el fundamento esencial para una apreciación justa de cualquier aspecto del tratamiento de la cavidad bucal. Un examen bucal completo consiste por lo general en una historia médica, dentaria y un examen clínico. Todos los datos extraídos de la historia se deben hacer constar en una ficha en forma concisa. (18)

Las ayudas diagnósticas complementan el examen clínico, radiografías seriadas, modelos de estudio y fotografías clínicas, son elementos indispensables para un diagnóstico completo y para la síntesis de un plan de tratamiento detenidamente considerado del paciente. (8)

Los propósitos de la historia clínica del paciente son:

- a) Ayudar al médico para efectuar diagnósticos.
- b) Ayudar al médico, enfermeras y otras personas para la atención y tratamiento del paciente.
- c) Servir como un registro para la enseñanza de la medicina y para la investigación clínica.
- d) Fundamentar reclamaciones de seguro por el paciente.



- e) Servir como una prueba legal o compensación, en caso de intoxicación o de homicidio.

Generalmente el médico estructura el registro del paciente enfocando su atención hacia los propósitos médicos de establecer diagnósticos, atención del paciente, enseñanza y posterior investigación.

Después de la enfermedad, algunos años más tarde, el registro médico puede usarse para llenar los propósitos legales en apoyo de demandas y para la demostración de hechos en caso de litigios. En estas circunstancias, el médico descubre tardíamente omisiones y falta de precisión (3)



## CAPITULO II

# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

### 2.1. HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA

La historia clínica en el área de Ortodoncia en la División de Estudios de Posgrado; consta de siete hojas en las cuales contiene lo siguiente:

1. **Historia Clínica:** Donde contiene: nombre, lugar y fecha de nacimiento, domicilio, teléfono y sexo.
2. **Historia Médica General:** Consideran si es: normal, desorden endocrino, desorden ortopédico, alergias dermales y nutrición deficientes, entre otros.
3. **Tratamientos ortodónticos previos:** ninguno, alguno o considerables.
4. **Factores hereditarios:** Tipo de cara y perfil del padre o de la madre y otro miembro de la familia
5. **Factores de desarrollo.**
6. **Historia respiratoria.**
7. **Hábitos orales.**
8. **Historia dental**



9. Dentro de los análisis cefalométricos utilizados en la Historia clínica están:

Análisis de MacNamara

Análisis de Downs

Análisis de Ricketts

Análisis de Steiner

En el análisis se considera si es temporal mixta o permanente la relación de molares, de caninos, sobremordida horizontal, vertical y mordida cruzada.

10. *Examen Radiográfico.*

11. *Análisis de modelo.*

12. *Análisis de Bolton.*

13. *Otros factores descriptivos:* Musculatura, masticación, labios, deglución, lenguaje, función ATM.

14. *Estado del problema.*

15. *Diagnóstico.*

16. *Pronóstico.*

17. *Objetivos.*

18. *Análisis de Jarabak.*

19. *Índice de Pont.*

20. *Análisis cefalométrico.*

21. *Edad ósea* (valores del crecimiento de la mano).

22. *Fotografías.*

23. *Hoja de evolución.*



# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA



FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACION

**Ortodoncia**

PROFESOR RESPONSABLE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA INICIO \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLINICA

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
 Calle y No. \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono(s) \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

### I Historia médica general

- Normal
- Desorden endocrinos
- Desorden ortopédicos
- Alergias dermatales
- Nutrición deficientes

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

### II Tratamientos ortodónticos previos

- Ninguno
- Algunos
- Considerables

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

### III Factores hereditarios

Desarrollo semblanza

- Padre
- Madre
- Otros

Tipo de cara

- Dolicocefalo
- Brachiocefalo
- Mesocéfalo

Perfil

- Recto
- Convexo
- Cóncavo

Dolicocefalo Mesocéfalo Brachiocefalo



Leptoprosóptico Mesoprosóptico Euprosóptico



# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

## IV Factores de desarrollo

Edad cronológica (años, meses)  
 Altura (cms)  
 Peso (Kg)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Somatotipo

- Mesomorfo
- Endomorfo
- Ectomorfo

Crecimiento en los últimos seis meses (cms)  
 Edad esquelética (años, meses)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Hueso sesamoides

- si
- no

Eplinas fusionadas

- si
- no

Edad dental años, meses  
 Último diente erupcionado

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Estrato de desarrollo sexual

- Prepuberal
- Puberal
- Postpuberal

## V Historia respiratoria

- Normal
- Rinitis
- Asma
- Amigdalitis

- Adenitis
- Infección de vías respiratorias altas
- Infección de vías respiratorias bajas
- Alergias respiratorias

## VI Hábitos orales

- Succion dedo pasado
- Succion dedo presente
- Proyección lingual corregida
- Proyección lingual presente
- Sección de labio

- Respirador bucal
- Bruxismo
- Apretamiento
- Mordedura de uñas
- Otros

## VII Historia dental

- Normal
- Erupción tardía
- Erupción temprana
- Exfoliación tardía

- Exfoliación temprana
- Higiene oral pobre
- Caries
- Tratamientos extensivos

Dientes presentes



Dientes ausentes



Dientes supernumerarios

\_\_\_\_\_





# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

Hoja 1

## ANÁLISIS DE MACNAMARA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_

	NORMAL	PACIENTE	COMENTARIO
1 - EVALUACION TEJIDOS BLANDOS ANGULO NASOLABIAL	102 ± 8	_____	
CANTO DEL LABIO SUPERIOR ( a perpendicular de Nasion )	Mujeres 14° ± 8 Hombres 8° ± 8	_____ _____	
2 - MAXILAR A BASE CRANEAL Punto A - Perp DE NASION	0 - 1 mm	_____ _____	
3 - MAXILAR A MANDIBULAR ANTEROPOSTERIOR LONGITUD MANDIBULAR (Co-Gn) LONGITUD MAXILAR (Co-Punto A) DIFERENCIA MAX/MAND  VERTICAL LONG FAC. ANT  PLANO MANDIBULAR (FH-Go-Me) EJE FACIAL (Ba-N) = (Pt-GN)	_____ _____ _____ _____  Mixto 20 - 23 Adolescente 27 - 30 mm Adulto 30 - 33 mm  Mixto 60 - 62 mm Adolescente 65 - 67 mm Adulto 70 - 73 mm  22° ± 4 0° ± 3.5	_____ _____ _____ _____  _____ _____ _____ _____  _____ _____ _____ _____	
4 - MANDIBULA BASE CRANEAL POGONION A PERPENDICULAR DE NASION	Mixto -8 a -6 mm Adolescente -4 a 0 mm Adulto -2 a +2 mm	_____ _____ _____	
5 - DENTICION Incisivo Sup a Punto A Incisivo Inf. a Punto A - Pogonion	4 - 6 mm 1 - 3 mm	_____ _____ _____	
6 - VIAS AEREAS FARINGE SUPERIOR FARINGE INFERIOR	15 - 20 mm 11 - 14 mm	_____ _____ _____	

CONCLUSIONES:

---



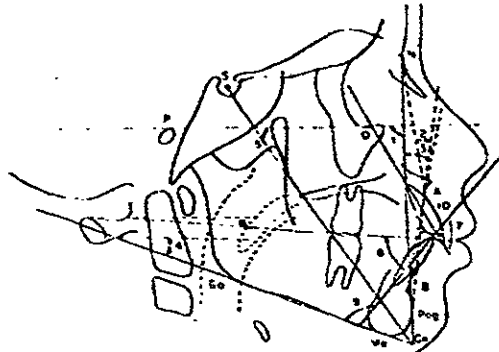
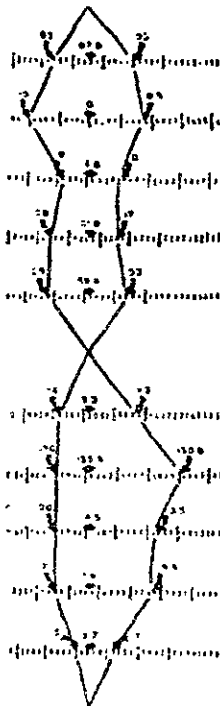
---



---



ANÁLISIS DE DOWN'S



Trazado para el análisis de Downs.

	Normal	Mínimo	Máximo	PACIENTE
Plano Facial	87.8	82	95	
Convexidad	0	-8.5	10	
A-B Plano	-4.6	0	-9	
Plano Mandibular	21.9	17	28	
Eje "Y"	59.4	53	66	
Plano Oclusar	9.3	1.3	14	
Intercisal	135.4	130	150	
I - Plano Oclusal	14.5	3.5	20	
I : Plano	91.4	81.5	97	
Mandibular	1.4	-9.5	7	
I - Plano A-P	2.7 mm	-1 mm	5 mm	
R-W				
Jaraback 1 SN				



# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

## ANÁLISIS DE RICKETS

PACIENTE \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

CAMPO I	PROBLEMA DENTARIO		PACIENTE	RELACION OCLUSAL	
	NORMA	D E		DESV CLINICA	
RELACION MOLAR	-3 mm	± 3			
RELACION CANINA	-2 mm	± 3			
RESALTE INCISIVO	2.5 mm	± 2.5			
SOBREMORDIDA INCISIVA	2.5 mm	± 2.5			
EXTRUSIÓN INFERIOR	1.25 mm	± 2			
ÁNGULO INTERINCISAL	130°	± 6			

CAMPO II	PROBLEMA ESQUELETICO		RELACION	MAXILO-MANDIBULAR
	NORMA	D E		
CONVEXIDAD FACIAL	2 mm	± 2		
ALTURA FACIAL INFERIOR	47*	± 4		Disminuye 0.2 mm por año

CAMPO III	PROBLEMA OSEO-DENTARIO		RELACION	DENTO-ESQUELETICA
	NORMA	D E		
POSICIÓN M. SUPERIOR	EDAO - 3	± 3		
PROTUSIÓN I INFERIOR	1 mm	± 2.3		Aumenta 1 mm por año
PROTUSIÓN I SUPERIOR	3.5 mm	± 2.3		
INCLINACIÓN I INFERIOR	22°	± 4		
INCLINACIÓN I SUPERIOR	28°	± 4		
ALT. POST. PLANO OCLUSAL	0 mm	± 3		Aumenta 0.5 mm por año
INCLINACIÓN PLANO OCLUSAL	22°	± 4		Aumenta 0.5 grados por año

Página 1

10/92

CAMPO IV	PROBLEMA ESTETICO		RELACION LABIAL
	NORMA	D E	
PROTUSION LABIAL	-2 mm	± 2	Disminuye 2 mm por año
LONGITUD LABIO SUPERIOR	24 mm	± 2	Aumenta 0.3 mm por año
COMISURA A PLANO OCLUSAL	-3.5 mm		Aumenta 0.1 mm por año

CAMPO V	PROBLEMA DETERMINANTE		RELACION CRANEO-FACIAL
	NORMA	D E	
PROFUNDIDAD FACIAL	87°	± 3	
EJE FACIAL	30°	± 3.5	Aumenta 0.3 grados por año
CONO FACIAL	68°	± 3.5	
PLANO MANDIBULAR	26°	± 4.5	
INCLINACIÓN PLANO PALATAL	1°	± 3.5	Disminuye 0.3 grados por año
PROFUNDIDAD MAXILAR	90°	± 3	
ALTURA MARILAR	53°	± 3	Aumenta 0.5 grados por año

CAMPO VI	PROBLEMA ESTRUCTURAL INTERNO		RELACION PROFUNDA
	NORMA	D E	
DEFLEXION CRANEAL	27	± 3	
LONGITUD CRANEAL ANTERIOR	55 mm	± 2.5	Aumenta 0.2 grados por año
ALTURA FACIAL POSTERIOR	55 mm	± 3.3	Aumenta 0.8 mm por año
POSICION DE LA RAMA	76	± 3	Aumenta 0.8 mm por año
LOCALIZACION DE PORCION	39 mm	± 2.2	
ARCO MANDIBULAR	26	± 4	Aumenta 0.5 grados por año
LONGITUD CUERPO MANDIBULAR	65 mm	± 2.7	Aumenta 1.6 mm por año

- DIAGNOSTICO**
1. PROBLEMA FACIAL
  2. DESCRIPCIÓN VERTICAL
  3. PROBLEMA ESQUELETICO DETERMINANTE
  4. PROBLEMA ESTETICO
  5. PROBLEMA DENTO-ESQUELETICO
  6. PRONOSTICO Y GRADO DE DEFICIA T+0

Página 1

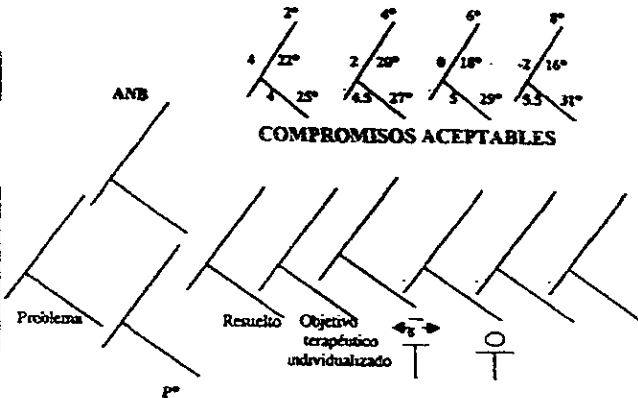


### ANÁLISIS DE STEINER

		Ref. Norm.							
SNA	(ángulo)	82°							
SNB	(ángulo)	80°							
ANB	(ángulo)	2°							
SND	(ángulo)	76° or 77°							
I a NA	(mm)	4							
I a NA	(ángulo)	22°							
I a NB	(mm)	4							
I a NB	(ángulo)	25°							
Po a NB	(mm)	no establecido							
Po y I a NB	(diferencia)								
I a I	(ángulo)	131°							
Ocl a SN	(ángulo)	14°							
GoGo a SN	(ángulo)	32°							
Discrepancia en la longitud del arco									

(mm)	+	-
Corrección de la forma del arco		
desplaza a I		

ARCO INFERIOR	+	-
Discrepancia		
Expansión		
Reubicación		
Reubicación		
Espesin		
Interraxilar		
Extracción		
Total nro		



#### NOTAS REFERENTES AL ANÁLISIS DE STEINER

---



---



---



---



---



---



---



---



# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

## VIII Análisis dental

Tipo de dentición

Relación de molares

Relación de caninos

Sobremordida horizontal

Sobremordida vertical

Mordida cruzada

Temporal  
 Mixta  
 Permanente

Derecha \_\_\_\_\_  
 Izquierda \_\_\_\_\_

Derecha \_\_\_\_\_  
 Izquierda \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ mm  
 \_\_\_\_\_ mm

Anterior  
 Posterior  
 Total

## IX Examen radiográfico

Longitud radicular

Dientes presentes

Dientes ausentes

Dientes supernumerarios

Proceso alveolar

Espacios de ligamento parodontal

Alteración o enfermedad parapsical

Otras alteraciones

Caries

Normal  
 Corta

D \_\_\_\_\_ I

Normal  
 Pérdida de cresta alveolar

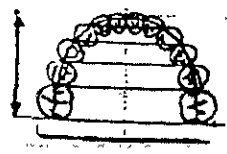
Ensanchado  
 Interrumpido

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## X Análisis de modelo

	SUPERIOR		INFERIOR
Longitud del arco basal	_____ mm		Longitud del arco basal _____ mm
Longitud del arco dental	_____ mm		Longitud del arco dental _____ mm
Diferencias	_____ mm		Diferencias _____ mm





# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

## XI Análisis de Bolton

---

---

---

---

---

---

---

---

## XII Otros factores descriptivos

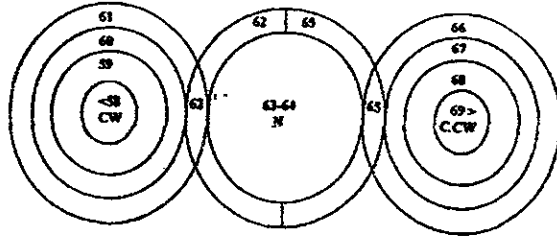
Masticatura	<input type="checkbox"/>	Normal
	<input type="checkbox"/>	Músculos periorales hipotónicos
	<input type="checkbox"/>	Músculos periorales hipertónicos
	<input type="checkbox"/>	Pobre desarrollo de la musculatura bucal
	<input type="checkbox"/>	Aumento de desarrollo de musc. Bucal
Masticación	<input type="checkbox"/>	Adecuada
	<input type="checkbox"/>	Débil
	<input type="checkbox"/>	Fuerte
Labios	<input type="checkbox"/>	Normales
	<input type="checkbox"/>	Delgado superior
	<input type="checkbox"/>	Grueso superior
	<input type="checkbox"/>	Delgado inferior
	<input type="checkbox"/>	Grueso inferior
	<input type="checkbox"/>	Labios tensos
	<input type="checkbox"/>	Contracción sublingual
	<input type="checkbox"/>	Hábito mentoniano
Deglución	<input type="checkbox"/>	Normal
	<input type="checkbox"/>	Lengua corta
	<input type="checkbox"/>	Lengua larga
	<input type="checkbox"/>	Posición baja de la lengua
	<input type="checkbox"/>	Posición alta de la lengua
	<input type="checkbox"/>	Complejo amigdalina-adenoides
	<input type="checkbox"/>	Musculatura hipotónica de la lengua
	<input type="checkbox"/>	Musculatura hipertónica de la lengua
	<input type="checkbox"/>	Deglución inversa
Lenguaje	<input type="checkbox"/>	Normal
	<input type="checkbox"/>	Afectado por maloclusión
	<input type="checkbox"/>	Afectado por función de la lengua
Función ATM	<input type="checkbox"/>	Normal
	<input type="checkbox"/>	Ruidos
	<input type="checkbox"/>	Crepitaciones
	<input type="checkbox"/>	Subluxaciones
	<input type="checkbox"/>	Dolor abertura
	<input type="checkbox"/>	Dolor al cierre
	<input type="checkbox"/>	Patrón normal a la abertura
	<input type="checkbox"/>	Patrón normal al cierre

Comentarios otras alteraciones

---



# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA



ANÁLISIS DE JARABAK

Porcentaje	Actual	Objetivo	Retención
63-64%			

°			
S	123° ± 3°		
Ar	143° ± 4°		
Or/Sup	53° ± 3°		
Or/Inf	73° ± 3°		
RESULTANTE	39°		
PL Facial (SN/Fo)			
Convergencia Facial	(NA/Fo)		
SN/A	80° ± 3°		
SNB	78° ± 3°		
ANB	2°		
SN/OGN			
Y Axial SN			

**ANÁLISIS DENTALES**

OrGN1	4 mm	9° ± 2°		
OrGN1 Sup mm				
SN1	5 mm	102° ± 2°		
SN1 Inf mm				
PL OrInf/OrGN				
Convergencia Dival 1/1				
1/PL Facial mm (N/Fo)	Sever = 2 mm			
1/PL Facial mm (N/Fo)	2 mm = 2 mm			

Labio Sup	1 mm a 4 mm			
Labio Inf	0 a 2 mm			

MM			
A.F.A.	112		
A.F.P.	71		
L.B.	44 ± 3		
L.C.M.	31 ± 3		
L.B.C.A.	71 ± 3		
L.B.C.P.	32 ± 3		
RELACION	1-2		

**CODIGO**

NEGRO-PROMEDIO  
ROJO-ESTADO ACTUAL

VERDE-OBJETIVO  
AZUL-TRANSOPERATORIO

NARANJA-RESULTADO FINAL  
CAFÉ-RETENCION









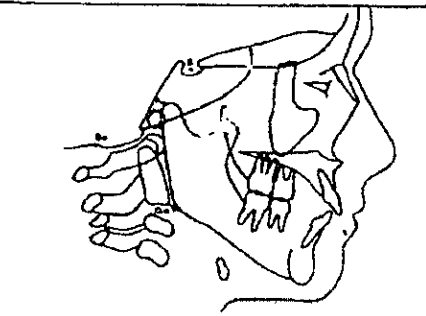
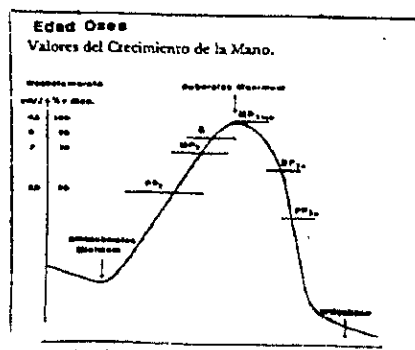
### Análisis de Modelos

(INDICE DE PONT)            **SI**

	SAGITAL	TRANSVERSAL	VERTICAL																								
<b>Maxilar</b>	RELACION DE LOS DIENTES ANTERIORES <table border="1"> <tr><td></td><td>IS</td><td>DEMI</td><td>DIP</td></tr> <tr><td>LO</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> RELACION DE LOS DIENTES POSTERIORES		IS	DEMI	DIP	LO				RELACION DE LOS DIENTES POSTERIORES <table border="1"> <tr><td></td><td>IS</td><td>DEMI</td><td>DIP</td></tr> <tr><td>4:4</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> RELACION DE LOS DIENTES ANTERIORES <table border="1"> <tr><td></td><td>IS</td><td>DEMI</td><td>DIP</td></tr> <tr><td>6:0</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		IS	DEMI	DIP	4:4					IS	DEMI	DIP	6:0				ELONGAMIENTO   ACORTAMIENTO
	IS	DEMI	DIP																								
LO																											
	IS	DEMI	DIP																								
4:4																											
	IS	DEMI	DIP																								
6:0																											
<b>Mandibular</b>	RELACION DE LOS DIENTES ANTERIORES <table border="1"> <tr><td></td><td>IS</td><td>DEMI</td><td>DIP</td></tr> <tr><td>LU</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> RELACION DE LOS DIENTES POSTERIORES		IS	DEMI	DIP	LU				RELACION DE LOS DIENTES POSTERIORES <table border="1"> <tr><td></td><td>IS</td><td>DEMI</td><td>DIP</td></tr> <tr><td>4:4</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> RELACION DE LOS DIENTES ANTERIORES <table border="1"> <tr><td></td><td>IS</td><td>DEMI</td><td>DIP</td></tr> <tr><td>6:6</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		IS	DEMI	DIP	4:4					IS	DEMI	DIP	6:6				DEF. DE RELACION
	IS	DEMI	DIP																								
LU																											
	IS	DEMI	DIP																								
4:4																											
	IS	DEMI	DIP																								
6:6																											
<b>Calculación</b>	INDICAR NORMAL POSICION DE LOS DIENTES <table border="1"> <tr><td>6</td><td>3</td></tr> <tr><td>6</td><td>3</td></tr> </table> <table border="1"> <tr><td>6</td><td>3</td></tr> <tr><td>6</td><td>3</td></tr> </table> POSICION DE LA MANDIBULA (Sialoge) D.                                  IX.	6	3	6	3	6	3	6	3	MORDEDURA CRUZADA   DESVIACION DE LA LINEA MEDIA DE MANDIBULAR O ALVEOLAR 	MORDEDURA ABIERTA   MORDEDURA PROFUNDA																
6	3																										
6	3																										
6	3																										
6	3																										

### 3

### Análisis Cefalométrico







## **2.2. HISTORIA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA**

La historia clínica utilizada en odontopediatría en la Facultad de Odontología, consta de tres hojas; las cuales tienen un contenido en el siguiente orden:

### ***Información General***

En este punto se considera el nombre, fecha, edad, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, nombre de la escuela, teléfono, grado que estudia el paciente; así como los datos de los padres, ocupación, domicilio de trabajo, teléfono. Así mismo el nombre de pediatra o médico familiar, nombres y edades de los hermanos del paciente, nombre del acompañante o responsable y el motivo de la consulta.

### ***Historia Clínica Médica***

Se anota la fecha de la última visita al médico, la razón por la cual acudió; si el niño ha tenido alguna intervención quirúrgica, si toma medicamentos, si existieron problemas durante el embarazo.

También si ha padecido alguna de estas enfermedades: asma, paladar hendido, epilepsia, cardiopatías, hepatitis, enfermedad renal, enfermedad hepática, trastornos del lenguaje, sarampión, tosferina, varicela, escarlatina, difteria, tifoidea, paperas, poliomiелitis, fiebre reumática, tuberculosis, fiebres eruptivas u otros.

Menciona si el paciente ha presentado alguna hemorragia excesiva en operaciones o accidentes si tiene dificultad en la escuela.

Toma en cuenta los antecedentes familiares patológicos y no patológicos.



### ***Examen dental***

En el odontograma se marca con colores y por medio de abreviaturas las anomalías dentarias, caries, restauraciones; dentro de las anomalías consideradas de forma, tamaño, número y posición dental.

Se anotan las condiciones generales del niño, condición local y observaciones.

### ***Oclusión y alineamiento***

Incluyen línea media, planos terminales, espacios primates, mordida cruzada, clasificación de Angle, sobremordida, mordida abierta, traslape horizontal, malposición dentaria y diastemas.

Hábitos perniciosos. siendo los que mencionan: succión de dedo, morderse el labio, respirador bucal, protrusión de lengua, morderse las uñas, otro.

### ***Erupción y dentición***

Si es en secuencia anormal, pérdida prematura, retención prolongada, erupción retardada, falta de contacto proximal, malposición y otras anomalías. Así mismo edad dental, condición dental general y local.

### ***Plan de tratamiento***

Las indicaciones del paciente son respecto al punto problema, el método de instrucción tanto de la higiene bucal como de la dieta.

Se considera un orden del tratamiento, método de prevención, examen periódico y cuidado en el hogar.



Y finalmente la hoja de evolución con la fecha, área que identifica el lugar donde se realizó el tratamiento y el tipo de tratamiento con la cantidad del mismo.



DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS  
DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
U. N. A. M.  
HISTORIA CLINICA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Fecha \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Fecha y lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Pediatra o médico familiar \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Hermanos(as) Nombres y edades \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Acompañante o responsable del tratamiento \_\_\_\_\_  
 Motivo de la consulta \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la ultima visita del niño(a) a su médico \_\_\_\_\_  
 Razón \_\_\_\_\_  
 Intervenciones quirúrgicas padecidas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Medicamentos que toma regularmente \_\_\_\_\_  
 Problemas en el embarazo y/o perinatales \_\_\_\_\_

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	_____	Sarampión ( )	_____	Fiebre reumática ( )	_____
Paladar hendido	_____	Tosferia ( )	_____	Tuberculosis ( )	_____
Epilepsia	_____	Varicela ( )	_____	Fiebres eruptivas ( )	_____
Cardiopatías	_____	Escarlatina ( )	_____	Otras: _____	_____
Hepatitis	_____	Difteria ( )	_____		
Enf. Renal	_____	Tifoidea ( )	_____		
Enfermedad Hepática	_____	Papera ( )	_____		
Trastornos del lenguaje	_____	Poliomielitis ( )	_____		

¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? ( ) ( )  
 ¿Tiene dificultades en la Escuela? ( ) ( )  
 Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS  
DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
U.N.A.M

EXAMEN DENTAL

Color: Rojo \_\_\_ Caries y otras Patosis  
Rojo y Azul \_\_\_ Caries Secundaria

Azul \_\_\_ Restauraciones  
Triángulo Azul \_\_\_ Ausente (Extracción o Exfoliación)

Triángulo Rojo \_\_\_ Ausente (Congénito)  
Flechas \_\_\_ Inclinación del Diente

Cuadrado \_\_\_ Sin Erupción  
Flechas \_\_\_ Giroversión de Diente

( - - ) ( / )

(( ))

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presenta por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Geminación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Sn)

Hipoplasia (Hip) en Borde Incisal 1/3 2/3 3/3 Borde Incisal (i) Centro de la

Corona (c) Cervical Solamente (ce)

Diente Traumatizado (Tr) Cerca Exfoliación (CEx)

Movilidad en el Diente (MV)

Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condiciones Generales: Estatura, peso, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condiciones Locales: Presente de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones \_\_\_\_\_



# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

### OCCLUSION Y ALINEAMIENTO

1) Línea Media	Normal	Desviado a Izq. Der.		2) Planos Terminales	1) Vertical	2) Mesial	3) Distal
3) Espacios Primates	Si	No		4) Angle	I	II 1, 2	III
5) Mordida Cruzada	Si	No		6) Sobre Mordida		Si	No
7) Traslape Horizontal	Si	No		8) Mordida Abierta		Si	No
9) Malposición Dentaria	Si	No		10) Diastema		Si	No
						4) Mesial Exagerado	

### HABITOS PERNICIOSOS

1) Sución de dedo	( )	2) Protusión de lengua	( )
3) Morderse el Labio	( )	4) Morderse las Uñas	( )
5) Respirador Bucal	( )	6) Otros _____	
		_____	
		_____	

### ERUPCIÓN Y DENTICIÓN

1) Secuencia Anormal	_____	Si	No
2) Pérdida Prematura	_____	Si	No
3) Retención Prolongada	_____	Si	No
4) Erupción Retardada	_____	Si	No
5) Falta de Contacto Proximal	_____	Si	No
6) Malposición Dentaria	_____	Si	No
7) Otras Anormalidades	_____	Si	No

Edad Dental \_\_\_\_\_

### CONDICION DENTAL GENERAL Y LOCAL

Higiene Oral	Buena	Regular	Pobre	Falta	Sarro
Localización	Supragingival		Subgingival		
Cantidad	Poca	Mediana		Abundante	
Calificación	Buena	Pobre	Hipoplasiá, Destinogenesis Imperfecta		





# DESCRIPCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

## PLAN DE TRATAMIENTO

Nombre											
Diente	Punto	Problema	Método de Instrucción	No de Veces							
Higiene Bucal											
Dieta											
											Orden de Tratamiento
											1
											2
											3
											4
											5
											6
											7
											8
											9
											10
											11
											12
											13
											No. de Citas
											Total
Método de Prevención											
Examen Periódico											
Cuidado en el Hogar											





## CAPITULO III

# DESCRIPCIÓN Y PROPUESTA DE UNA HISTORIA CLÍNICA PARA ORTODONCIA

### 3.1.- HISTORIA MEDICA GENERAL.

El **diagnóstico** es el conocimiento de lo signos y síntomas de una enfermedad que presenta un paciente sobre el que se basa el plan de tratamiento.

En el **diagnóstico** se interpretan los datos concernientes a un problema clínico.

En medicina clínica se fundamenta en conocer la patología, sospechar que tipo de enfermedad padece el individuo, reconocer visualmente los signos presentes y palpar las estructuras o tejidos afectados. (3,9).

En ortodoncia establece o niega la existencia y carácter de una enfermedad dentofacial (4-9).

El **pronóstico** es una predicción que se basa en la experiencia médica y en criterios científicos sobre el desarrollo y el final de una enfermedad considerando el diagnóstico .

En medicina puede ser leve, reservado, grave, muy grave y mortal.

En ortodoncia dada la benignidad de las lesiones a tratar; por esto teniendo en cuenta la posibilidad de corrección de las anomalías que padece el paciente podemos establecer un pronóstico favorable o desfavorable. (3,4,9).



El **tratamiento** es el acto o medida que toma el médico o persona auxiliar encaminados a la curación o mejoría de un enfermo.

El **plan de tratamiento** es el resultado de un diagnóstico cuidadoso, que incluye todas las anomalías que presenta el paciente.

El fundamento de todo tratamiento, en ortodoncia será el diagnóstico de todas las anomalías dentofaciales incluyendo los elementos que forman el aparato bucal (3,4,9)

La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la medicina, se considera una biografía biológica, psicológica y social, así como del medio ambiente del paciente.

Esta historia clínica es la única herramienta con la cual podemos demostrar el estado de salud o enfermedad en el que se presenta por primera vez un paciente. Para fundamentar reclamaciones de seguro por el paciente.

También es importante ya que nos sirve como prueba legal o compensación en caso de intoxicación o de homicidio

A continuación se describirá y propondrá una historia clínica para ortodoncia, en la cual se incluyen en forma ordenada la **Historia Médica General**, y la **Historia Clínica Dental**.

Antes de empezar el análisis clínico odontológico, se le proporciona al paciente una historia médica general, la cual será llenada por el mismo, o por el padre o tutor en el caso de los niños.

En esta historia médica se anotará el nombre, sexo, fecha de nacimiento, peso (al nacer), domicilio, teléfono, estatura, peso actual,



ocupación y estado civil con la fecha correspondiente de dicha información.

A través de ésta historia el paciente nos notificará si padece o padeció alguna enfermedad sistémica en este caso mencionado algunas de estas enfermedades importantes consideradas dentro de la anamnesis, como son: diabetes, hepatitis, tuberculosis, trastornos renales, anemia o cardiopatías, por mencionar algunos; el resto se enlista en la misma historia médica general

También, sabremos si esta tomando algún medicamento, si lo han operado alguna vez, si tuvo algún tratamiento con Rayos X y si es alérgico o ha tenido algún problema con el tratamiento odontológico.

En caso de que el paciente tenga alguna duda respecto a las preguntas de ésta historia será asesorado por el asistente dental.

Finalmente el paciente hará constar que todos los datos proporcionados son verídicos, ya que sirven para el mejor conocimiento de su estado de salud física; y que no se debe omitir dato alguno.

Por la importancia de los datos mencionados anteriormente es importante que este documento sea firmado por el padre, tutor o el paciente si es mayor de edad, con el fin de tener una herramienta legal ante cualquier problema que se suscitara posteriormente.



### HISTORIA MEDICA GENERAL.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso actual: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Las respuestas a las siguientes preguntas son para nuestro registro únicamente y se consideran confidenciales.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1.- Está usted sano?   | SI | NO |
| a) ¿A tenido algún cambio en su salud general durante el último año?                 | SI | NO |
| 2.- ¿Cuándo se hizo su último examen médico?   |    |    |
| 3.- ¿Está actualmente al cuidado de un médico?                                       | SI | NO |
| a) De ser así ¿Qué trastorno le están tratando?                                      |    |    |
| 4.- Nombre y domicilio de su médico:   |    |    |
| 5.- ¿A tenido alguna enfermedad u operación grave?                                   | SI | NO |
| 6.- ¿A estado hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad grave en los últimos años? | SI | NO |
| a) De ser así cual fue el problema?  |    |    |
| 7.- Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:                      |    |    |
| a) Fiebre reumatoide o cardiopatía reumática   | SI | NO |
| b) Lesiones cardiacas congénitas   | SI | NO |



c) Enfermedades cardiovasculares (trastornos cardiacos, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, hipertensión arterial, arterioesclerosis, apoplejia)	SI	NO
1.- ¿Le duele el tórax al realizar algún esfuerzo?	SI	NO
2.- ¿Se sofoca después de un ejercicio leve?	SI	NO
3.- ¿Se le hinchan los tobillos?	SI	NO
4.- ¿Se sofoca o necesita más almohadas cuando duerme?	SI	NO
d) Alergias	SI	NO
e) Asma o fiebre del heno	SI	NO
f) Urticaria o erupciones	SI	NO
g) Desmayos o ataques (convulsiones)	SI	NO
h) Diabetes	SI	NO
1.- ¿Tiene que orinar más de seis veces al día?	SI	NO
2.- ¿Tiene sed la mayor parte del tiempo?	SI	NO
3.- ¿Se le seca la boca con frecuencia?	SI	NO
i) Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	SI	NO
j) Artritis	SI	NO
k) Reumatismo inflamatorio (dolor o inflamación en articulaciones)	SI	NO
l) Úlcera gástrica (péptica)	SI	NO
m) Trastornos renales	SI	NO
n) Tuberculosis	SI	NO
ñ) ¿Tiene tos persistente o expectora sangre?	SI	NO
o) Presión arterial baja	SI	NO



p) Enfermedades venéreas o de transmisión sexual		
SIDA	SI	NO
q) Otras	SI	NO
8.- ¿A tenido alguna hemorragia anormal relacionada con extracciones, cirugía o traumatismos anteriores?	SI	NO
a) ¿Se le hacen moretones fácilmente?	SI	NO
b) ¿A necesitado alguna vez transfusión de sangre? De ser así explique las circunstancias.	SI	NO
9.- ¿Tiene algún trastorno sanguíneo como anemia?	SI	NO
10.- ¿Le han operado o tratado con Rx por tumores, crecimientos u otros trastornos de su cabeza o cuello?	SI	NO
11.- ¿Está tomando alguna droga o medicamento? En ese caso ¿Cual?	SI	NO
12.-¿Está tomando alguno de los siguiente?		
a) Antibióticos o sulfatos	SI	NO
b) Anticoagulantes (adelgazadores de la sangre)	SI	NO
c) Medicamento para la presión arterial alta	SI	NO
d) Cortisona (esteroides)	SI	NO
e) Tranquilizantes	SI	NO
f) Aspirina	SI	NO
g) Insulina, tolbutamida o fármacos similares	SI	NO
h) Fármacos para transtornos cardiacos	SI	NO
i) Nitroglicerina	SI	NO
j) Antihistaminicos	SI	NO





k) Anticonceptivos orales o fármacos similares	SI	NO
l) Drogas	SI	NO
m) Otros	SI	NO
13.- Es alérgico o ha reaccionado en forma adversa a:		
a) Anestésicos locales	SI	NO
b) Penicilina u otros antibióticos	SI	NO
c) Sulfas	SI	NO
d) Barbitúricos, sedantes, o píldoras para dormir	SI	NO
e) Aspirina	SI	NO
f) Iodo	SI	NO
g) Codeína u otros narcóticos	SI	NO
h) Otros	SI	NO
14.- ¿A tenido algún trastorno o problema no mencionado entre los anteriores que piense debe conocer? Si es así, explique	SI	NO
15.- ¿A tenido algún trastorno relacionado con algún tratamiento dental? Si es así, explique	SI	NO
16.- ¿Labora en algún medio que lo expone con regularidad a Rx?	SI	NO
17.- ¿Usa lentes de contacto?	SI	NO
18.- ¿Está embarazada?	SI	NO
19.- ¿Tiene algún problema relacionado con su periodo menstrual?	SI	NO



PRINCIPAL MOLESTIA DENTAL (SIC)

Hago constar que todos los datos que he proporcionado son verídicos y servirán para el mejor conocimiento de mi estado de salud física y mental. No habiendo omitido nada que ponga en riesgo mi vida y estado corporal.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor

o del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Cirujano Dentista



## **CAPITULO IV**

### **HISTORIA CLINICA DENTAL**

#### **4.1.-DATOS GENERALES.**

En esta primera parte de la historia clínica se anotarán los datos generales del paciente, como son: nombre, fecha de nacimiento, edad, estado civil, teléfono y dirección. Así como también se tomarán los datos acerca de ambos padres: nombre, ocupación, dirección y teléfono.

El paciente deber proporcionar información adicional , tal como: nombre de la escuela a la cual asiste, grado escolar que cursa y el turno del mismo.

Así mismo el padre o el paciente nos notificara del nombre, dirección y teléfono, tanto de su dentista como del médico familiar.

Dentro de los datos generales, es de gran importancia que se anote claramente y con las propias palabras del paciente el motivo de la consulta (SIC).

El paciente nos indicar cuando fue su última visita y el motivo por el cual consulto a su dentista familiar.



#### **4.2.- HISTORIA MÉDICA DENTAL.**

A continuación se hace el interrogatorio encaminado a conocer los antecedentes que puedan tener interés en la etiología de las anomalías tanto familiares como individuales.

Se debe preguntar al paciente si existen antecedentes maxilofaciales las cuales se refieren a las anomalías que pueden tener origen hereditario. Estos antecedentes son de gran importancia ya que es razonable suponer que los hijos, heredan algunas características de sus padres.

Según puede heredar tamaño y forma de los dientes, tamaño maxilo-mandibular, forma, relación y configuración muscular de los tejidos blandos del padre o de la madre, el tamaño y forma de los dientes, de un padre y tamaño y forma de maxila y mandíbula de el otro como son: prognatismo, retrognatismo, asimetrías, síndromes u otras anomalías. (4,9)

De acuerdo al nacimiento del paciente, conoceremos el número de gestación, es importante anotar el tipo y tiempo de gestación, tipo de parto el cual puede ser parto normal (eutósico) o por medio de cesárea (distósico), peso y talla, alimentación, ablactación (eliminación de pecho materno e inicio de alimentación sólida), biberón e inicio de alimentación sólida; ya que éstos factores pueden intervenir en la producción de anomalías, como ocurre en la historia de hábitos.

En el nacimiento del paciente puede haber trastornos ocasionados por la nutrición, traumatismos al nacimiento los cuales pueden afectar los centros de crecimiento, provocando maloclusiones graves, trastornos de la



erupción dental, pérdida prematura de dientes, retención prolongada y estado de salud inadecuado de los tejidos. (10)

El uso prolongado de chupones y biberón, constituye una causa importante de anomalías en los dientes, maxila, mandíbula y también de los tejidos blandos; generalmente las anomalías son: protusión alveolar superior, retrognatismos inferior, hipoclusión, vestibuloversión de incisivos, proquelia superior e hipotonicidad del orbicular de los labios y el musculo buccinador. (4,8,10)

La succión de dedo, puede ocasionar retrognatismo, protusión alveolar superior, hipoclusión de incisivos (mordida abierta anterior) por ingresión de los incisivos que no llegan al plano de oclusión por el obstáculo de dedo introducido entre los dos arcos dentarios. (4,8,10)

El empuje lingual produce protusión e inclinación de los incisivos superiores y puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada. (4,8,10)

El hábito de morderse el labio inferior produce protusión alveolar superior y retrognatismo alveolar inferior. Este hábito acompaña a los respiradores bucales por que el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de los dos arcos dentarios y el niño acostumbra morderlo, aumentando las anomalías producidas por la respiración bucal. (4,8,10)

El morderse las uñas (onicofagia). No existe 'afección' en la oclusión, sólo se observa una marcada afección de las piezas anteriores e inferiores.



El bruxismo puede tener una gran influencia sobre los tejidos periodontales, los músculos masticadores y la articulación temporomandibular.

Las malas condiciones posturales suelen provocar maloclusión, en el caso de malposición durante el sueño puede desviar la mandíbula y producir un laterognatismo ya sea a la derecha o a la izquierda. Pero no ha sido probado que constituya el factor etiológico primario. (4,8,10)

Los antecedentes quirúrgicos, pueden ocasionar alteraciones en la deglución o provocar respiración bucal.

En la historia clínica el paciente notificará la presencia de un hábito, indicando la manifestación y el tiempo que lleva con el mismo. Los hábitos considerados en la historia clínica son: onicofagia, chupón, dedo, labial, lingual, postural y bruxismo.

Se anota en la historia clínica si el paciente padeció o no alguna enfermedad propia de la niñez como: varicela, sarampión, rubéola, difteria, tosferina, poliomelitis, escarlatina y otras enfermedades que son tuberculosis, tétanos, hepatitis, herpes, cólera y parotiditis.

En los antecedentes quirúrgicos el paciente contestara si fue sometido a un tratamiento quirúrgico considerando: adenoamigdalectomía, de nariz, oído, cuerpos extraños; notificando si existe algún padecimiento actual.



### **4.3.- DIAGNÓSTICO ANALÍTICO DIFERENCIAL.**

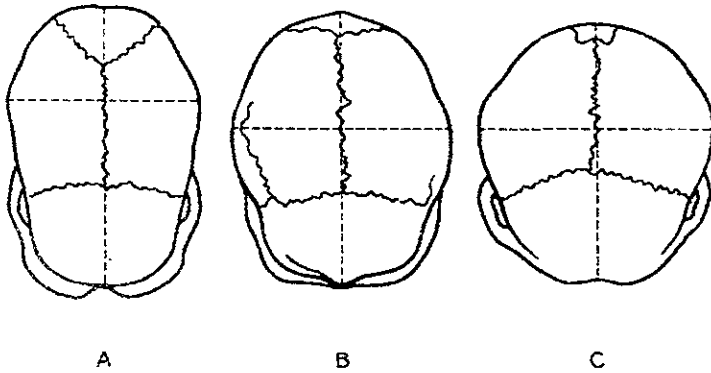
El diagnóstico clínico abarca dos fases: el análisis de las anomalías que presenta el paciente, de sus causas y modo de actuar y de las condiciones individuales del paciente y por último la síntesis de los datos recogidos en la primera fase que es la que se caracteriza el caso clínico; es decir, el análisis y síntesis para delimitar e identificar una determinada enfermedad dentro de un grupo de enfermedades. (9).

De acuerdo a la clasificación de anomalías descritas por Mayoral consideraremos los cinco grupos.

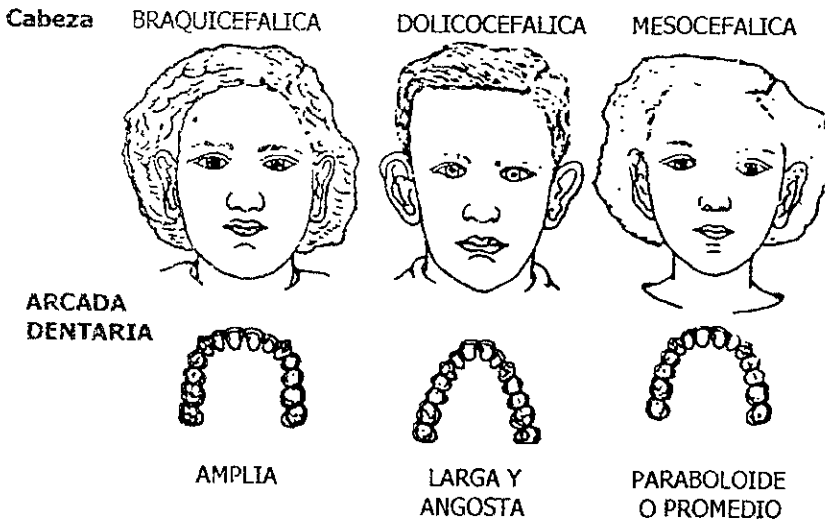
#### **4.3.1.- Anomalías de tejidos blandos.**

Es imposible catalogar dentro de una clasificación rígida la morfología normal de la cabeza y de la cara por que las características normales cambian para determinado individuo debido a la raza, sexo, edad, por lo tanto nos basamos en algunos datos proporcionados por los antropólogos. Aún así los cráneos se clasifican en tres formas principales: (4,8,10)

- a) Dolicocefálico.- Cráneo estrecho y alargado.  
Cara Leptoprosópica.
- b) Braquicefálico.- Cráneo ancho.  
Cara Euriprosópica.
- c) Mesocefálico.- Cráneo de proporciones medias.  
Cara Mesoprosópica.



**Fig. 1.** Índice cefálico. A) Dolicocefalo, B) Mesocéfalo, C) braquicéfalo



**Fig. 2.** Tipos cefálicos y forma de la arcada dentaria. <sup>(9)</sup>





En el **examen extrabucal frontal** el estudio clínico del paciente se hará marcando en la Historia Clínica el tipo de cara que presenta, ya sea: euriprosopo, mesoprosopo o leptoprosopo, con el tipo de cráneo: braquicefálico, mesocefálico o dolicocefálico respectivamente.

Se marca si el paciente es simétrico o asimétrico, el tipo de piel que puede ser blanca, negra, amarilla, mestiza u otros.

En el **análisis del tercio superior** el examen clínico de los ojos se refiere a la identificación del color y tamaño. El color de ojos puede ser negro, verde, cafés, azules u otros; y el tamaño se consideran grandes, medianos y pequeños. Se marcan las características de las cejas en caso de ser: abundantes, regulares, escasas o nulas.

En el **análisis del tercio medio** el examen clínico nasal es considerado por su longitud, marcando en la historia clínica si es larga mediana o corta; por el ancho nasal si es amplia, mediana o reducida. Las narinas derecha e izquierda pueden ser amplia, mediana o estrecha respectivamente. Puede presentar desviaciones hacia la derecha (dextro) y hacia la izquierda (levo).

Se anotan las características de las orejas y las líneas de Denie, si estas últimas están presentes.

En el **análisis labiobucal** tiene especial interés, las anomalías de espacio las cuales a su vez pueden ser de volumen, posición, forma y función. En este caso refiriéndose a los labios.

Según la forma y función de los músculos peribucales, especialmente el orbicular de los labios y el músculo de la bota del



mentón pueden presentar *hipotonicidad e hipertonicidad*, debido a respiración bucal u otras causas. También puede presentar *incompetencia labial*. Depende de la actividad muscular la presencia de algún hábito el color de los labios que puede cambiar presentando *humedad o resequedad*. (9)

Respecto al tamaño de la boca puede variar: grande, mediana o pequeña los labios pueden presentar anomalías de *volumen* como son: *macroquelia* que es un aumento de volumen o *microquelia*, disminución de volumen en los labios, en cuanto a la posición pueden encontrarse hacia adelante (*proquelia*) o hacia atrás (*retroquelia*). (9)

El ***análisis del tercio inferior*** es considerado en el examen clínico labio-bucal en el paciente. En esta sección se anotan las características de los labios en cuanto a su tamaño: *macroquelia* o *microquelia*; tomando en cuenta la hipertonicidad o hipotonicidad de los músculos que son: orbicular superior y orbicular inferior. De acuerdo a el color de los labios se marcara si es pálido o rosado; si hay humedad o resequedad tanto en el labio superior como en el labio inferior; según el tamaño de la boca se considera si es: grande, mediana o pequeña.

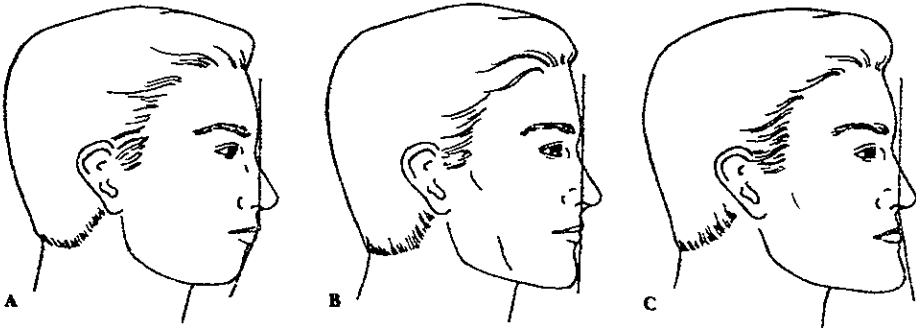
En cuanto al perfil facial están :

El ***perfil recto*** puede ser cuando la maxila y la mandíbula se han desarrollado y posicionado normalmente estos corresponden a la clase I de Angle. (9,12)

El ***perfil convexo*** puede ser cuando existe falta de desarrollo de la mandíbula o aumento de la maxila, estos pacientes corresponden a la clase II de Angle. Su tendencia de crecimiento es vertical. (9,12)



El **perfil cóncavo** puede ser cuando existen pacientes con desarrollo anormal de maxila y mandíbula ya sea por hipocrecimiento del maxilar o hipercrecimiento de la mandíbula. Estos pacientes corresponden a una clase III de Angle. (9,12)



**Fig. 3.** la convexidad o concavidad del perfil facial es el resultado de una desproporción en el tamaño de los maxilares, pero no indica por sí misma cuál es el maxilar defectuoso. Un perfil facial convexo (A) indica la existencia de una relación intermaxilar clase II, y puede deberse a una excesiva proyección anterior del maxilar superior o a una posición demasiado retrasada de la mandíbula. Un perfil cóncavo (C) indica la existencia de una relación de clase III, que puede deberse a una posición muy retrasada del maxilar superior o a la protrusión de la mandíbula. <sup>(12)</sup>



Los labios en cuanto a su posición pueden estar hacia adelante, a esto se le conoce como proquelia; o hacia atrás, retroquelia. En caso de presentar alguna desviación ya sea hacia la derecha o hacia la izquierda, se le denomina *dextroquelia* o *levoquelia*, respectivamente, estas pueden presentarse en el labio superior, inferior o en ambos. (9)

El mentón o barbilla puede tener una proyección hacia adelante, *progenia* o hacia atrás, *retrogenia* o estar en posición *normal*. (9)

En el *examen extrabucal lateral* se clasifica el perfil facial del paciente de acuerdo a los puntos Nasión-Pogonión (Na-Pg) en: recto convexo o cóncavo.

Se marca en la historia clínica el perfil inferior de acuerdo a los puntos Pronasal-Pogonión (Pn-Pg) en: recto convexo o cóncavo. Así mismo se marcara la posición de los labios superior e inferior: proquelia, mesoquelia, retroquelia; y la posición del mentón: progenia, mesogenia y retrogenia, tomando en cuenta otros aspectos que puedan presentarse.

En el *examen intrabucal* se consideran las anomalías por el volumen de los tejidos blandos, esto es la hipertrofia del frenillo labial por su inserción que puede llegar hasta la parte interna del paladar, ocasionando diastemas entre los incisivos centrales superiores. (9)

Las encías tienen un efecto directo y muy localizado sobre los dientes, causando pérdida dental y otras alteraciones. (9) Es por eso que se debe analizar según sus características de color, textura, forma, tamaño y si existe sangrado para determinar el estado de salud o enfermedad periodontal.



En el estudio de la lengua según su actividad no suele ser claramente visible pero se podría determinar que en función anormal de la lengua, a menudo se insinúa por primera vez cuando se nota la función anormal de los labios. (10)

Estos cambios pueden modificar nuestras características normales de la lengua, de volumen aumentado o *macroglosia*, volumen disminuido o *microglosia*, tomando en cuenta la forma ya que puede ser cuadrada, triangular u ovoide, también nos puede dar un color característico de su estado. Infiuye de alguna manera la posición del frenillo lingual, impidiendo la actividad normal de la lengua ocasionando problemas entre ellos de habla y psicológicos.

La salud bucal está estrechamente relacionada con las condiciones faringeadas. Amígdalas inflamadas, que pueden dar origen a alteraciones en la postura de la lengua, postura de la mandíbula o reflejos de deglución. (10). Es por eso la importancia de su análisis en cuanto al volumen y color tanto de las amígdalas como de la úvula.

En éste examen se consideran: frenillo labial, encías, lengua, amígdalas y úvula, en las características del frenillo labial se marcara si está normal, corto o largo.

Se indican las características que presentan las encías según el color, textura, forma, tamaño y si existe sangrado.

En cuanto a las características de la lengua se consideran el volumen: macroglosia, microglosia o normalidad en la misma; la forma puede ser: *cuadrada, triangular u ovoide*, marcando según corresponda;



anotando si hay identaciones laterales considerando importante el color de la lengua y el tamaño del frenillo lingual: largo, corto o normal.

Se toman en cuenta y se registran en la historia clínica las características de las amígdalas clasificándolas en tres grados respecto a su volumen y su color; esto es en relación a la cercanía que tienen con la úvula ocasionada por inflamación, el tercer grado es cuando las amígdalas están en contacto con la úvula ocasionando obstrucción, en el segundo grado la obstrucción es parcial y en el primer grado no existe dicha obstrucción.

Se anota en el espacio correspondiente las características que pueda presentar la úvula.

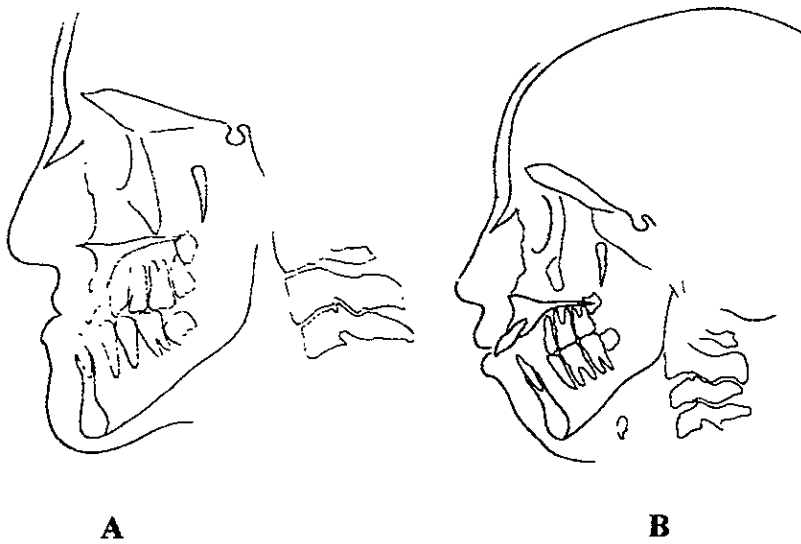
#### **4.3.2.- Anomalías maxilomandibulares.**

Las anomalías de la maxila y la mandíbula pueden ser por la naturaleza de la alteración: de tiempo y de espacio. Las anomalías de tiempo se refieren a retrasos o adelantos en el desarrollo y crecimiento. (9) Lo cual nos puede provocar una alteración de forma, tamaño, volumen y posición.

Según su forma puede ser cuadrada, triangular u ovoide; volumen puede presentar *hipoplasia* o *hiperplasia* que significa defecto o exceso de crecimiento y desarrollo respectivamente; en tamaño puede ser mayor de lo normal, *macrognatismo* o menor de lo normal, *micrognatismo*; la posición puede ser en dirección hacia adelante con respecto a la base del cráneo, *prognatismo*, o hacia atrás, *retrognatismo*, o estar en una posición



más próxima a la línea media, *mesognatismo*; pudiendo estar en una posición anterior o posterior *supraposición* e *infraposición*. (9)

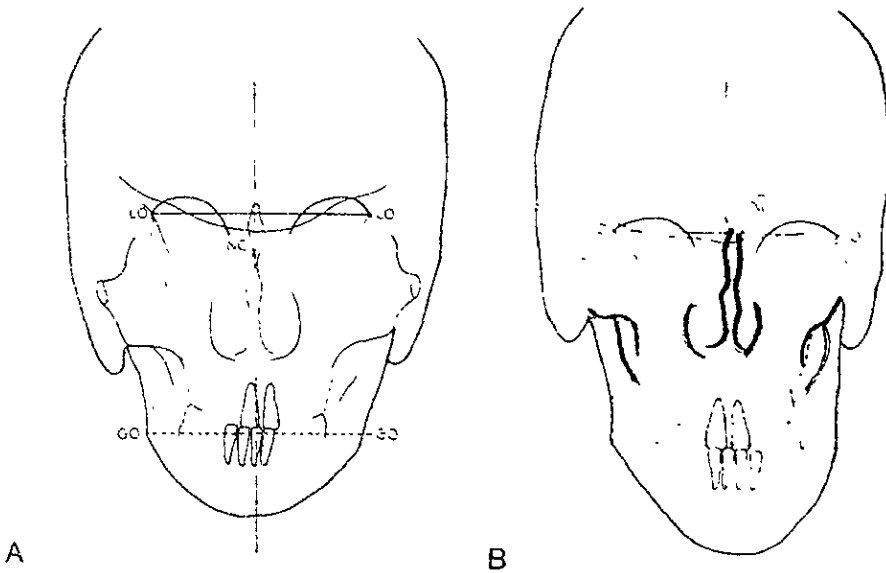


**Fig. 4.** Anomalías de los maxilares. A) *Hipergonia y retroinclinación con macrognatismo anteroposterior y prognatismo inferior.* B) *Retrognatismo total inferior, retroinclinación, prognatismo alveolar superior.* (9)



En el caso del prognatismo y retrognatismo puede ser total o alveolar según sea todo el maxilar o la mandíbula en su conjunto el que est desviado hacia atrás o hacia adelante, o sólo el proceso alveolar en relación con el cuerpo de dichas estructuras. (9)

Las desviaciones son: el dextrognatismo que es una desviación hacia el lado derecho y el levognatismo hacia el lado izquierdo que puede ser superior e inferior. (9)



**Fig. 5. Anomalías de los maxilares. A) Dextrognatismo inferior, B) Levognatismo inferior.** (9)





Entre las anomalías de posición de la mandíbula podemos incluir las del mentón *progenismo* y *retrogenismo*. (9)

La relación ortopedica maxilomandibular es la relación de posición que tiene la mandíbula con respecto a la maxila la cual puede estar en *normorelación*, *mesiorelación* y *distorelación*, que significa en posición media, mesial y distal respectivamente.

Tanto la maxila como la mandíbula pueden presentar compresiones transversales o sagitales estas pueden ser esquelética o alveolar.

En cuanto a las características de la maxila se indica según su forma, que puede ser cuadrada, triangular u ovoide; el tamaño: *macromaxila*, *micromaxila* o normal; el volumen: hiperplasia, hipoplasia o normal; la posición: *promaxila*, *retromaxila*, ya sea total o alveolar, *mesomaxila*, *supraposición* anterior o posterior, *infraposición* anterior o posterior.

Se marca si existe una compresión transversal esquelética o alveolar, de igual manera con la compresión sagital. También se consideran las desviaciones dextro, meso y levo.

Del mismo modo en la mandíbula como en el caso de la maxila se marca la forma: cuadrada, triangular u ovoide; tamaño: macrognatismo, micrognatismo o normal; volumen: hipoplasia, hiperplasia o normal.

#### **4.3.3.- Anomalías dentarias:**

Anomalías de tamaño y volumen de los dientes, como ya dijimos anteriormente, se usan los términos *macro* (grande), *micro* (pequeño) y



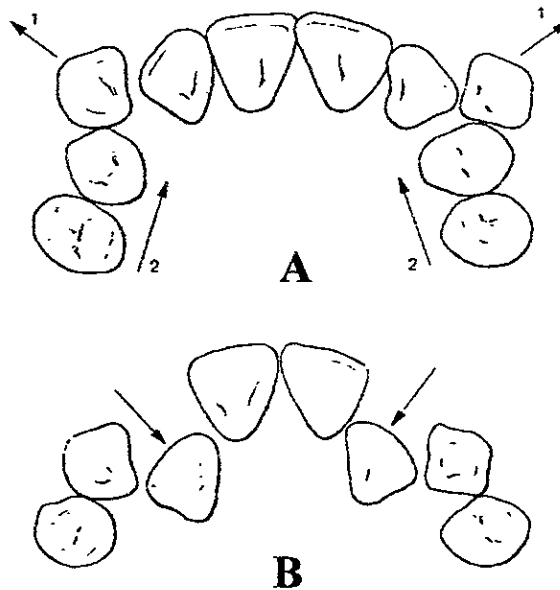
aplicado a los dientes ser *macrodoncia* y *microdoncia*. Es importante cuando existe una macrodoncia por que hay un aumento mayor que lo normal, por lo tanto no tienen espacio los dientes sobre la maxila o mandíbula lo cual ocasiona anomalías de posición y dirección. (9)

La microdoncia es frecuente en laterales superiores y terceros molares, estos pueden ocasionar estrechamiento del arco dentario, y por lo tanto disminuir el espacio para la lengua, ocasionando residiva. (10)

También la *macrodoncia* y *microdoncia* pueden estar localizadas en las raices y corona de los dientes.

Puede existir mayor o menor número de dientes en el arco dentario por varios factores: persistencia de dientes temporales, falta de desarrollo del folículo dentario y dientes incluidos. Los dientes supernumerarios son frecuentes en la región de terceros molares, y entre los incisivos centrales superiores, pueden ser la causa del retraso de erupción de dichos dientes. (9) Los dientes pueden presentar pigmentaciones o manchas debidas a fluorosis, ingesta de medicamentos, nutricionales, etc.

Según la posición o dirección de los dientes pueden estar en *gresión* (mover), cuando no están en un sitio correspondiente dentro del arco dental, *versión* (inclinarse) cuando están inclinados como si hubieran girado sobre un eje horizontal, *rotación* (rueda) cuando han girado alrededor de un eje vertical. (9) Los dientes retenidos, se encuentran dentro de la maxila y mandíbula y su tiempo de erupción ha concluido, o impactados por consecuencia de una fuerza externa, son considerados dentro de éstas anomalías de posición y dirección. (9)



**Fig. 6.** Anomalías de posición de los dientes. Superior: 1.- vestibulogresión; 2.- Mesogresión. Inferior: Linguogresión de laterales superiores. <sup>(9)</sup>

El **adelanto de la erupción** puede ser ocasionado por problemas periapicales del diente primario, acelerando la erupción de el diente permanente, otras causas pueden ser la reabsorción ósea y circulación aumentada de la zona. El retardo de la erupción puede ser por desarrollado retardado y perdida prematura del predecesor primario. (10)

Ortodónticamente estos factores son de gran importancia ya que puede haber perdida del espacio y disminución en la longitud del arco. (10)



En la historia clínica dentro de las anomalías dentarias se marcará en el círculo según corresponda el caso del paciente. Esto es por su tamaño macrodoncia, microdoncia o normal; las raíces: enanas cortas o normal; de acuerdo al número supernumerario o anodoncia; en la forma: ovoide, triangular, cuadrada o resorción radicular; color: pigmentaciones, manchas que se puedan presentar o no en los dientes; posición: versión, gresión, rotación, retenido, impactado anquilosis fracturas, supraposición (por arriba del plano oclusal) e infraposición (abajo del plano oclusal).

En la *secuencia eruptiva* se tomará en cuenta si es adelantada, retardada o normal.

#### **Odontograma:**

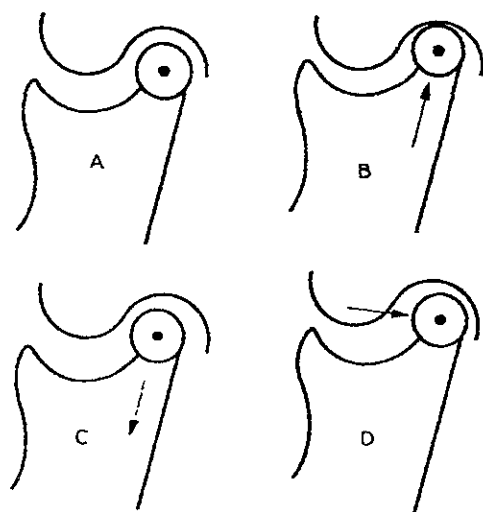
De acuerdo a las anomalías dentarias descritas anteriormente se marcará en el odontograma con nomenclatura para especificar las características individuales dentales y se utilizarán colores para su mejor identificación. Se marcará con color rojo la presencia de caries, azul las restauraciones, se pondrá una doble línea cuando exista un puente fijo y una línea punteada en puente removible, la posición en color naranja, forma en color verde y volumen en color amarillo.

#### **4.3.4.- Anomalías de las articulaciones temporomandibulares.**

En las anomalías de las articulaciones temporomandibulares, nos interesan las de espacio, las de tiempo y de número. Las de espacio pueden ser de posición, volumen y forma, se refieren a la relación en que se encuentra el cóndilo en la cavidad glenoidea y a la posición de la articulación en su conjunto en relación con el cráneo. (9)



El cóndilo con respecto a la cavidad glenoidea puede estar en las posiciones siguientes: hacia adelante, procondilismo; hacia atrás, retrocondilismo; hacia la parte superior, supracondilismo; hacia la parte inferior, infracondilismo. (9)



**Fig. 7.** Diagrama de las anomalías de la articulación temporomandibular: A) posición normal del cóndilo; B) supracondilismo; C) Infracondilismo; D) retrocondilismo. (9)

Las desviaciones laterales, *dextrocondilismo* y *levocondilismo* que son derecha e izquierda respectivamente. (9)

Cuando existen alteraciones de malposición dental, restauraciones inadecuadas, algún hábito, posición postural anormal, entre otros factores



estos nos pueden ocasionar problemas a nivel de las articulaciones como dolor a la palpación en el cual se pueden presentar ruidos, crepitaciones, dolor a la apertura y desviaciones. También puede ocasionar dolor en los músculos masetero, temporal, pterigoideo interno y externo.

En el análisis clínico se hace una palpación simultánea derecha e izquierda a nivel de las articulaciones donde se determinan: dolor a la palpación, ruidos como chasquidos y crepitación, dolor a la apertura y desviaciones en la misma.

Se palpan los músculos masetero, temporal y terigoideos para determinar la existencia de dolor.

#### 4.3.5.- Anomalías de la oclusión.

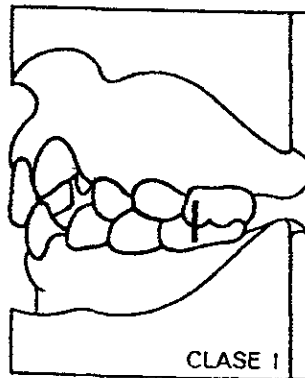
Las maloclusiones o anomalías de la oclusión sólo son anomalías de espacio, una buena oclusión u oclusión normal es condición esencial para que los dientes realicen en las mejores condiciones su función masticatoria. (9)

De acuerdo con Angle, el arco inferior se encuentra en relación con el superior en su descripción de malposiciones maxilomandibulares u oclusales. Regidas por la relación de cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores. (9)

a) *Clase I (Neutroclusión)*.- La cúspide mesiovestibular de los primeros molares superiores cae en el surco vestibular del primer molar inferior; hay una relación anteroposterior normal entre la maxila y la mandíbula.



Todos los dientes tienen una oclusión ideal y una relación armoniosa con los labios y los tejidos blandos.

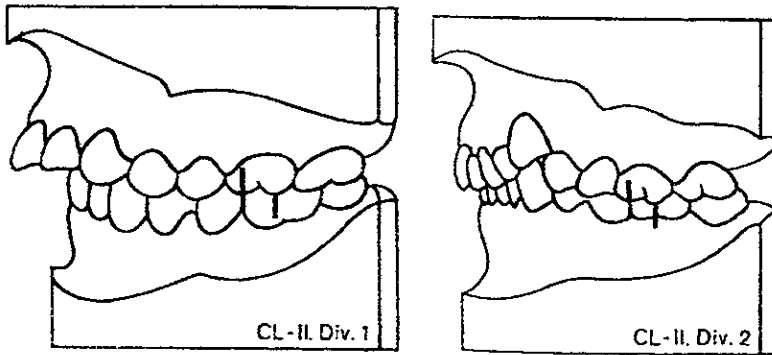


**Fig. 8.** Clasificación de Angle. Clase I. <sup>(9)</sup>

b) *Clase II (Distocclusión).*- La cúspide mesiovestibular del primer molar superior cae delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior. Constituye esta clase las maloclusiones en las que hay una relación distal de la mandíbula respecto a la maxila. (5,7,9)

*Clase II Div. 1.*- Insicivos superiores en vestibuloversión, en esta se presenta respiración bucal.

*Clase II Div. 2 .-* Insicivos superiores en linguoversión, existe una respiración normal.



**Fig. 9.** Clasificación de Angle Clase II: Izquierda, división 1; Derecha, división 2. <sup>(9)</sup>

Esta maloclusión puede ser resultado de una mandíbula retrognata, de un maxilar que se encuentra demasiado adelante o una combinación de ambas. La etiología de dicha discrepancia maxilomandibular sólo la puede dar un análisis cefalométrico lateral. Se encuentra una musculatura anormal, con un labio superior hipotónico y uno inferior hipertónico, debido a la discrepancia esquelética y al balance muscular anormal. (5,7,9)

c) **Clase III (Mesioclusión).**- La cúspide mesiovestibular del primer molar superior cae detrás de la cúspide distovestibular del primer molar inferior. Hay una relación mesial de la mandíbula con respecto a la maxila.

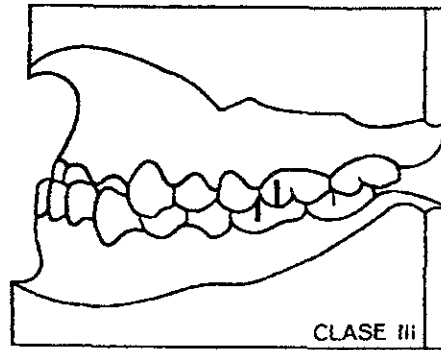
Presenta prognatismo mandibular, inclinación labial de los incisivos superiores y los incisivos inferiores con inclinación lingual. Hay hipertonicidad en el labio superior e hipotonicidad en el labio inferior. (9,10)

En estas anomalías en la historia clínica se toma en cuenta la clasificación antes mencionada marcando la posición de ambos





cuadrantes derecho e izquierdo y la relación de molar, premolar y canino en la clase que según corresponda, con la subdivisión derecha e izquierda.



**Fig. 10.** Clasificación de Angle. Clase III. <sup>(9)</sup>



## **Aportación a la clase I de Angle.**

### **Dewey - Anderson.**

Divide la clase I de Angle en cinco tipos de modo que puedan ser consideradas entidades específicas de maloclusión. (7)

Clase I (Angle). Neutrooclusión: relación normal entre los arcos molares en clase I.

**Tipo 1.-** Dientes superiores e inferiores apiñados o caninos en vestibuloversión, infravestibuloversión o linguoversión. Incisivos inferiores apiñados, incisivos superiores espaciados normalmente, por causa de hiperactividad del músculo mentoniano, incisivos superiores e inferiores apiñados por causa genética.

**Tipo 2.-** Incisivos superiores protuidos o espaciados. Incisivos superiores e inferiores protuidos y espaciados por causa de hábito oral activo, deglución pobre y posición lingual inadecuada en estado de reposo con un arco inferior bien formado.

**Tipo 3.-** Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores. Mordida cruzada anterior que involucra uno o más dientes incisivos superiores, por causa comúnmente genética, mostrando menos potencial de crecimiento mandibular.

**Tipo 4.-** Mordida cruzada posterior, pero anteriores bien alineados. Mordida cruzada posterior limitada a un molar temporal o al primer molar permanente. (7)



**Tipo 5.-** Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del primer molar mayor de tres milímetros. Pérdida de espacio posterior causado por extracción precoz o pérdida prematura de molares temporales. (7)

En la **mordida abierta anterior** la parte inferior de la cara puede estar aumentada, hay poca interdigitación dentaria vertical, sin cubrir el tercio incisal inferior. Esto ocasiona un espacio entre ambas arcadas superior e inferior.

En la **mordida abierta posterior** puede existir deformidad vertical posterior y aparece falta de contacto entre los dientes de ésta zona. Estas dos anomalías pueden ser unilaterales o bilaterales.

La **sobremordida** o mordida profunda vertical anterior, la parte inferior de la cara nos da una disminución de la parte inferior de la cara. En esta el maxilar es más amplio que la mandíbula a esta se le denomina Overbite.

El plano de oclusión puede cambiar según el perfil del paciente, también pueden existir interferencias oclusales directas e indirectas. Para la armonía oclusal debe existir guía incisiva adecuada, protección canina y función de grupo.

**Mordida cruzada posterior**, se da cuando existe linguoversión posterior, relación dentaria anormal con características faciales deformantes puede ser unilateral o bilateral y es considerada a partir del primer molar al tercer molar.



***Mordida cruzada anterior***, es cuando el paciente ocluye en la cara lingual de los dientes inferiores ya sea unilateral o bilateral, se considera de canino a canino.

Se marca en la historia clínica el tipo de mordida según Dewey y Anderson ya sea genético o fisiológico considerando si existe mordida abierta anterior o posterior, sobre mordida vertical. Determinando el plano de oclusión en superior e inferior ya sea recto, cóncavo o convexo.

En el caso de que existan interferencias oclusales se especificar si son directas o indirectas. Se marca si existe la guía incisiva, curva de Wilson; protección canina, función de grupo, curva de Spee derecha o izquierda.

Se marcar si la línea media superior o inferior está normal o desviada, considerándola en milímetros ya sea derecho o izquierdo. Se especificar si el paciente tiene mordida cruzada o mordida borde a borde, anterior o posterior, unilateral o bilateral, derecha o izquierda, parcial o total o si existe mordida profunda.



#### **4.4. DIAGNOSTICO PRESUNCIAL.**

De acuerdo al interrogatorio realizado tanto en los datos generales y la historia médica dental, se obtienen ciertas características del paciente que junto con el examen clínico de las anomalías de tejidos blandos, anomalías maxilo-mandibulares, anomalías dentarias, anomalías de las articulaciones tempomandibulares y las anomalías de oclusión, podemos asociar e integrar dichos datos para establecer el *diagnóstico presuncial*.

##### **4.4.1. Análisis Funcional.**

El análisis funcional nos indica el estado normal o anormal de la función de los órganos que intervienen en los procesos de respiración, deglución, fonación, masticación, movimientos mandibulares y el sistema neural que pueden ser afectados por las anomalías. (11)

Casi todas las lesiones del sistema estomatognático tienen su origen en un trastorno funcional. Por lo tanto es el que se intenta corregir con la terapia más precoz posible. (11)

**Respiración.-** La respiración normal se efectúa por las fosas nasales, donde la mucosa tiene funciones bactericidas y de calentamiento de el aire; la cavidad bucal sólo interviene en los esfuerzos físicos cuando el aire inspirado por las fosas nasales no es suficiente. Cuando existe respiración anormal es por la presencia de obstáculos respiratorios, que pueden originar anomalías importantes, estos obstáculos pueden ser hipertrofia de cornetes, desviación del tabique, rinitis alérgica, rinorrea, gripes los cuales pueden ocasionar comezón nasal. (9)



**Deglución.-** Proceso de contracciones y relajaciones, la deglución puede atribuirse a cambios en el movimiento de la lengua y la posición de los incisivos. En la deglución anormal no hay contacto oclusal entre los arcos dentarios por el acomodamiento que tiene la lengua entre los dientes superiores e inferiores. (9)

La proyección lingual, habito lingual, o cualquier anomalía en la deglución ya sea bucal o viseral puede ocasionar alteraciones en la cavidad bucal. (9)

La fonación para que se haga en condiciones normales, requiere la normalidad de las estructuras de la cavidad oral y fosas nasales, que actúan como cavidades de resonancia. De lo contrario el paciente tendrá problemas de fonación (*dislalia*) o confusión al pronunciar las palabras (*dislexia*). (9,10)

Para que se tenga una buena masticación los órganos dentarios deben estar en una correcta oclusión. Esta debe de ser bilateral, de lo contrario ocasionar una discrepancia maxilomandibular. (9,10)

En la historia clínica se marcar respecto a la respiración las características del tabique nasal: si es normal o est desviado; los cometes si hay hipertrofia o inflamación derecha o izquierda.

Se marca el tipo de respiración: bucal, nasal o mixta así como la *rinitis alérgica* si está presente o no, si hay *rinorrea diurno*, nocturno o continuo; si existe comezón nasal si es frecuente, esporádico o normal en caso de que presente gripes, amigdalitis, *adenoiditis* se marcara la frecuencia de la misma. Se marcara si el paciente tiene ronquidos nocturnos y si padece de fragilidad capilar.



Se marca en el lugar correspondiente según la deglución del paciente la cual puede ser normal, bucal o visceral. En caso de presenciarse un hábito lingual se marcará.

La proyección lingual puede ser anterior, lateral o mixta marcando según el caso.

Se marcará respecto a la fonación si el paciente presenta dislalia o dislexia, si tiene resonancia nasal o cualquier otra alteración fonética que pueda presentar.

**Masticación.**- Se le pide al paciente que simule los movimientos de masticación donde podremos observar que la masticación puede ser unilateral o bilateral y su tiempo ya sea inmediato, continuo o retardado.

#### **Movimientos mandibulares:**

##### **a) Análisis vertical.**

Se mide la apertura máxima anterior tomando la referencia en milímetros esta va del borde incisal del central superior al borde incisal del central inferior.

Posterior izquierda y derecha respectivamente, en esta se toma la medida de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior a la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior y del mismo modo en el segundo molar.

En reposo se anota la distancia que existe en la parte anterior y posterior izquierda y derecha. También lo que miden el over bite en los cuatro dientes anteriores con respecto a sus antagonistas y se toma la medida en milímetros.



### **b) Análisis sagital.**

Se toma la medida de el máximo movimiento anterior de la distancia entre el central superior y el central inferior, y el mínimo movimiento anterior que es de borde a borde. En desoclusión posterior del lado derecho a izquierdo se toma la medida de los primeros premolares, segundos premolares y primeros molares a sus mismos dientes antagonistas correspondientes.

La sobre mordida horizontal (Over Jet) en los cuatro dientes anteriores con respecto a sus antagonistas tomando la medida en milímetros.

### **c) Análisis transversal.**

En el movimiento voluntario lateral a partir de la oclusión céntrica se marcar según las consideraciones que se tomen del movimiento normal del paciente tanto izquierdo como derecho.

En la protección canina derecha con desoclusión izquierda; se mide la distancia interoclusal de los dientes temporales E-E que corresponden a los segundos molares y D-D a los primeros molares del lado izquierdo superior e inferior, y los dientes permanentes 4-4 que son primeros premolares, 5-5 segundos premolares, 6-6 primeros molares y 7-7 segundos molares superiores e inferiores del lado izquierdo.

En la protección canina izquierda con desoclusión derecha.- se mide la distancia interoclusal de los dientes temporales de E-E que corresponden a los segundos molares, D-D a los primeros molares del lado derecho superior e inferior, y los dientes permanentes 4-4 que son





primeros premolares, 5-5 segundos premolares, 6-6 primeros molares y 7-7 segundos molares superiores e inferiores del lado derecho.

La línea media en oclusión normal puede estar desviada del lado derecho o izquierdo en superior o en inferior en caso de que esto ocurra se toma la referencia en milímetros, de la misma manera en caso de normalidad.

### **Sistema Neural.**

El *sistema neuromuscular* juega un papel importante en la etiología de la deformidad dentofacial, por los efectos de las contracciones reflejas en el esqueleto y la dentadura, estas estructuras son afectadas por las muchas actividades funcionales de la región orofacial, que es una fuente de impulsos sensorial que hace posible una variedad de actividades reflejas que pueden ser involuntarias. Estos determinan la forma esquelética y la estabilidad oclusal. (10)

Los pacientes, con maloclusión suelen tener dificultades en la función bucal. Al analizar la función neural, se observa si el paciente tiene coordinación y movimientos normales. En algunos casos los pacientes comentan estos problemas y explican que su función mejora tras el tratamiento. (12)

En la historia clínica se marca la existencia de insuficiencia neural, especificando y anotando la causa, tiempo de evolución, si es reversible o irreversible. Donde también puede presentar un reflejo neural involuntario (Tics).



#### 4.4.2. Exámenes y Estudios Solicitados.

El ortodoncista cuenta con gran variedad de elementos auxiliares para el diagnóstico los cuales nos pueden ayudar a corroborar datos que puedan surgir durante el examen clínico del paciente, estos son:

- 1) Modelos de estudio,
- 2) Modelos de trabajo,
- 3) Radiografías,
- 4) Fotografías,
- 5) Trazos cefalométricos.

Las radiografías que se pueden utilizar son: lateral de cráneo; este cefalograma se utiliza más frecuentemente para la evaluación de las relaciones de la dentición con el esqueleto óseo, (10)

La **ortopantomografía** complementa el estudio intraoral y tiene como ventaja el alcance en la visualización de los dientes y sus tejidos de soporte, la maxila, la mandíbula y sus estructuras adyacentes. En estas se observa la proyección de los dientes en su correcta relación con las estructuras anatómicas. Para su interpretación se observan en las estructuras tanto del lado derecho como del izquierdo y así definir si existe normalidad o anormalidad de las estructuras enlistadas en la historia clínica.

Las radiografías **periapicales** se utilizan para el análisis dental de secuencia de erupción, ausencia congénita de dientes, retenciones anormales, dientes supernumerarios y progreso en el desarrollo y



tratamiento dentario; las proyecciones *oclusales* son útiles para ubicar dientes supernumerarios en la línea media y para asegurar exactamente la posición de caninos superiores retenidos; la radiografía *Cadwell Waters* se utiliza para observar los senos paranasales.

### El análisis fotográfico

Sirve de registro de los dientes y tejidos de revestimiento en un momento determinado.

Se considera la armonía de la cara y el equilibrio como objetivos terapéuticos importantes. Con crecimiento y desarrollo favorables, eliminación de perversiones musculares y tratamiento adecuado con aparatos, los cambios en la cara pueden ser muy satisfactorios. Un registro permanente del perfil original y aspecto de la cara, comparado con datos similares postoperatorios constituye un ejemplo gráfico para el paciente de los que se realizó mediante la ortodoncia.

Las *fotografías* deben ser comparadas con otros datos obtenidos durante el diagnóstico.

Se le toman al paciente dos fotografías de perfil derecha e izquierda y una anterior, estas constituyen las *extraorales*.

Las fotografías *intraorales* se tomara una de cada arco dentario, otra en oclusión, una de frente y dos laterales.

La cefalometría puede ser Analisis Simplificado, Dawns, Steiner, Jabarak, Rickets, Monti, Análisis Ortopédico Mixto, Trazos cefalométrico posteroanterior; así como el trazo y análisis Dígito Palmar.



### **Estudios de laboratorio.**

Los estudios se solicitan de acuerdo al estado de salud del paciente y el tratamiento que se le realice, entre ellos están: biometría hemática, general de orina, química sanguínea, eosinofilos en moco nasal, tiempo de coagulación, exudado faringeo y antibiograma y otros los cuales se hará la anotación de los estudios que requiera el paciente.

### **4.4.3. Análisis Radiográfico.**

#### **Análisis ortopantomográfico.**

Es una radiografía panorámica en la que podemos observar: tipo y cantidad de resorción radicular en dientes desiguales, presencia o falta de dientes permanentes, tamaño, forma y condición y estado relativo de desarrollo, tipo de hueso alveolar y lamina dura, así como membrana periodontal, morfología e inclinación de las raíces de los dientes permanentes, afecciones patológicas bucales como caries, infecciones apicales, fracturas radiculares, quistes, etc. (4,9,12)

#### **Radiografía digitopalmar.**

La osificación de los huesos del carpo, como lo demostró Todd.

Ha demostrado que el examen radiográfico de la muñeca y de la mano puede proporcionar un edad ósea precisa, los huesos del carpo y los extremos distales del radio son muy útiles para valorar la edad ósea o esquelética y muestran buena relación con el crecimiento hacia abajo y hacia adelante de la porción inferior de la cara.



Los resultados nos indican que la osificación inicial del hueso pisiforme y el gancho del hueso unsiforme precede a la etapa del crecimiento más intenso en la mayor parte de los niños y niñas. Mientras que la osificación inicial del hueso sesamoideo pulgar y la osificación avanzada del gancho del hueso unsiforme coincide con la etapa del *crecimiento más intenso en la mayoría de los niños. (4,9,13)*

En éste podemos conocer: Si ya inicio o no el brote de conocimiento puberal para iniciar cuanto antes el tratamiento. Si ya inicio en que estadio se encuentra.

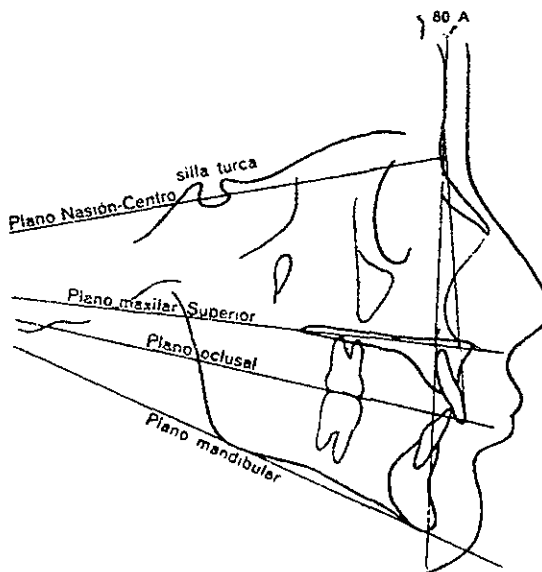
Para saber si ya termino el crecimiento del paciente.

En la Historia Clínica se incluyen los nueve estadios que nos indican la madurez del esqueleto de la mano, con los que se valorar la edad ósea entre los ocho y dieciocho años de edad.



#### 4.4.4. Análisis Cefalométrico.

Desde el punto de vista clínico la técnica cefalométrica puede ser usada para valorar, comparar, expresar y predeterminar las relaciones espaciales del complejo cráneo-maxilofacial. (1)



*Fig. 11. Planos utilizados en cefalometría <sup>(9)</sup>.*



### **Análisis Simplificado de SIM.**

Este análisis está formado por diez ángulos principalmente los cuales fueron tomados del análisis de Steiners y Dawns-Reidel.

1. **Angulo SNA.**- Relaciona la base dentaria superior a la base del cráneo (promedio 81°).
2. **Angulo SNB.**- Mide la protusividad de la mandíbula (promedio 78°).
3. **Angulo ANB.**- Relaciona la posición de la base dentaria inferior (promedio 3°).
4. **Angulo FH/NP.**- Relaciona la protusividad del punto mentoniano (promedio 85°).
5. **Angulo I /SN.**- Describe la relación protusiva de los incisivos dentro del hueso maxilar (promedio 103°).
6. **Angulo I /I.**- Si es pequeño son más protusivos los incisivos superiores e inferiores; si es más grande éste ángulo son menos protusivos y más verticales los dientes entre si (promedio 130°).
7. **Angulo IMPA.**- Mide el eje del incisivo central inferior más protusivo con respecto al plano mandibular (promedio 90°).
8. **Angulo FMIA.**- Relaciona el eje del incisivo central inferior más protusivo con la base del cráneo (promedio 65°).
9. **Angulo FMA.**- Relaciona la inclinación del plano mandibular cuando se compara con la base del cráneo (promedio 25°).
10. **Eje Y.**- Mide la dirección potencial de crecimiento (promedio 59°). (7)



### **Análisis de Steiner.**

Cecil Steiner relaciona la maxila y la mandíbula a la base del cráneo por medio de los ángulos SNA y SNB.

Estos ángulos relacionan las zonas basales de la maxila y la mandíbula con la base del cráneo y mide el promedio  $82^\circ$  (desarrollo de la maxila) y el segundo  $80^\circ$  (posición de la mandíbula).

Cuando existe una mayor diferencia el pronóstico del caso aumenta por la mala relación de la base apical superior con la inferior.

El borde incisal del central superior debe estar 4 milímetros por delante de la línea NA y el ángulo formado por el eje de dicho diente y la línea NA debe ser de  $22^\circ$ .

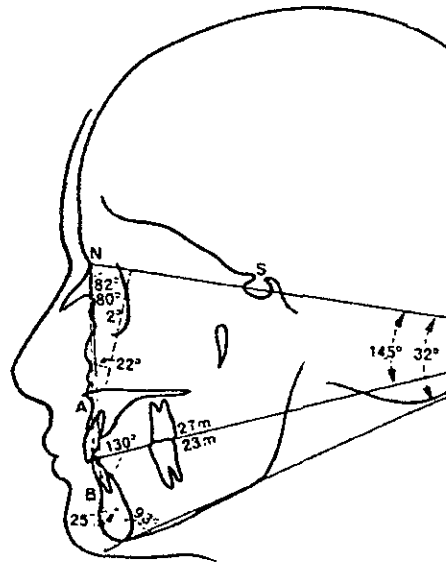
El borde del central inferior debe pasar 4 milímetros por delante de la línea NB y el eje longitudinal de éste diente forma un ángulo de  $25^\circ$  con la línea NB. Para el estudio de los incisivos Steiner usa el ángulo formado por los superiores e inferiores (Dawns) cuyo valor de este ángulo es de  $131^\circ$ .

Se emplean también las distancias entre la cara mesial del primer molar superior y el plano NA (27 milímetros) y el primer molar inferior con el plano NB (25 milímetros) que indican la posición de los primeros molares y el espacio en el arco dentario.

La inclinación de la mandíbula con respecto al cráneo se mide con el ángulo SN-GoGn ( $32^\circ$ ).

Se emplea el ángulo SN-oclusal ( $14.5^\circ$ ). (1,9)





**Fig. 12.** Cefalograma de Steiner <sup>(9)</sup>.



### **Análisis de Downs.**

William Downs estableció las bases para valorar el patrón del esqueleto facial y la relación de los dientes y los procesos alveolares con el complejo craneofacial.

#### Criterio Esquelético.

Este consiste en el estudio de las características de posición y crecimiento maxilo-mandibular.

- **Angulo facial (87.8°).**- Indica la posición anteroposterior del punto más anterior de la mandíbula.
- **Angulo de convexidad (0°).**- Muestra la convexidad del perfil esquelético.
- **Plano A-B (- 4.8°).**- Muestra la relación maxilo-mandibular de las bases apicales en relación con la línea facial.
- **Angulo del plano mandibular (21.9°).**- Muestra la altura vertical de la rama mandibular.
- **Angulo del eje Y (59.4°).**- Indica el patrón de crecimiento de la mandíbula.

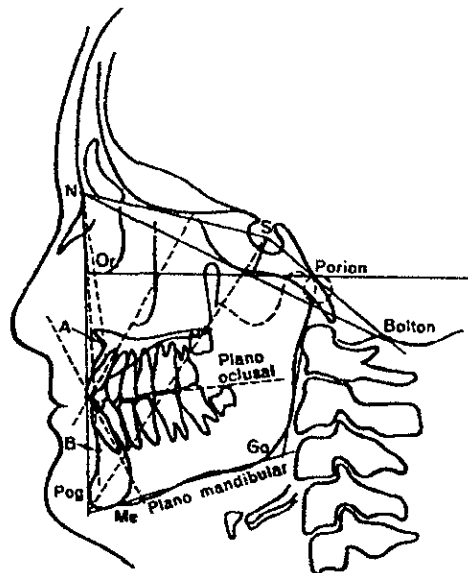
#### **Criterio Dental**

Analiza la relación de los dientes entre sí con la mandíbula y la maxila.

- **Angulo del plano oclusal (9.5°).**



- **Angulo interincisal** ( $135.4^\circ$ ).- Muestra la posición angular del eje mayor de los incisivos centrales superiores e inferiores.
- **Incisivo inferior o plano oclusal** ( $14.5^\circ$ ).- Indica la inclinación del incisivo central inferior en relación con el plano oclusal.
- **Incisivo inferior o plano mandibular** ( $91.4^\circ$ ).- Muestra la inclinación del incisivo central inferior con respecto al plano mandibular.
- **Incisivo superior o línea APg** (2.7 milímetros).- Indica la posición del incisivo superior en relación con su hueso basal. (2,9)



**Fig. 13.** Cefalograma de Downs<sup>(9)</sup>.



### Analisis de Jarabak

En este análisis se toman en cuenta los puntos, silla turca (S), nasión (N), punto (A) que se encuentra dos milímetros por delante de los ápices de los incisivos centrales superiores, punto (B), articular (a), ángulo goniaco (Go), gnación (Gn). Estos puntos se unen en forma lineal.

- El ángulo en silla de montar se da por los puntos N-S-a (promedio 123°).
- El ángulo articular se da por los puntos S-a-Go (promedio 143°).
- El ángulo goniaco se determina por los puntos Go y Gn (promedio 130°).
- Donde la suma de estos ángulos nos dará un total de 396°.
- La línea S-N representa la longitud de la base del cráneo anterior (promedio 71 milímetros).
- La línea S-a representa la longitud de la base del cráneo posterior (promedio 32 milímetros).
- Angulo goniaco superior se da por los puntos N-Go-a (promedio 52-55°).
- Angulo goniaco inferior se da por los puntos N-Go-Gn (promedio 70-75°).
- La altura de la rama se determina por los puntos a-Go (promedio 44 milímetros).



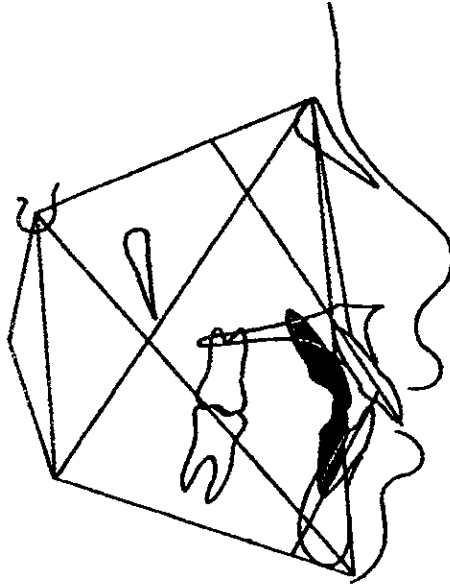
- La **longitud del cuerpo** se determina por los puntos Go-Gn (promedio 71 milímetros).
- **Altura facial anterior** esta determinada por los puntos N-Gn.
- **Altura facial posterior** esta determinada por los puntos S-Go.

Para calcular el porcentaje de crecimiento se divide la altura facial posterior entre la altura facial anterior multiplicada por cien.

El crecimiento cráneo-facial puede ser dividido en tres categorías de acuerdo a su dirección.

1. En sentido de las agujas del reloj; *significa que la parte anterior de la cara está creciendo hacia abajo (hacia abajo y adelante o hacia abajo y atrás) en una proporción mucho mayor que la parte posterior de la cara (promedio 56-62 %).*
2. En sentido inverso al de las agujas del reloj; la altura facial posterior y la profundidad facial esta creciendo hacia abajo y adelante o hacia abajo y atrás en una proporción más rápida que la parte anterior de la cara (promedio 75-80 %).
3. Crecimiento directo hacia abajo ocurre cuando el crecimiento en altura de la parte anterior de la cara es igual en magnitud al de la parte posterior de la cara. (promedio 62-65%)

La **profundidad facial** es la distancia que va de nasión a gonión (medida en milímetros), mientras que la **longitud facial** es la distancia lineal desde la silla turca a la intercección de las líneas de los planos facial y mandibular. (6)



*Fig. 14. Cefalograma de Jarabak<sup>(9)</sup>.*

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA



#### **74.4.5. Análisis de Modelos.**

##### **Análisis de Moyers.**

Este análisis se basa en la obtención de los valores de la suma de los dientes anteroinferiores y la localización de la predicción de los anchos mesodistales de caninos y premolares en las tablas de probabilidades de Moyers. (7)

##### **Análisis radiográfico de Nance.**

Se fundamenta en la medida de los diámetros mesodistales de C, D y E que son canino, primer molar, segundo molar temporales; y 3,4 y 5 que son canino, primer premolar, segundo premolar permanentes superiores e inferiores en radiografías y C, D y E en modelos de ambas arcadas.

Al relacionar estos valores mediante una ecuación matemática se determina el valor real de los dientes 3, 4 y 5.

##### **Índice de Pont.**

Se basa en la medición de los cuatro centrales superiores 2 1-1 2 permanentes y se obtiene el valor. Distancia de 4-4 es igual a la suma de 2 1-1 2 por cien y se divide entre 80. La distancia de 6-6 es igual a la suma de 2 1-1 2 por cien y se divide entre 64.

En dentición permanente la medida de premolares es el punto de contacto por vestibular entre los dos premolares (inferiores) y en el surco central (superiores). En molares en el centro o cúspide media (inferiores), y en el surco central (superiores).



En dentición mixta se mide la fosita distal de los primeros molares superiores, y en el vértice de la cúspide distal del primer molar en inferiores. (13)

#### **4.5. DIAGNOSTICO INTEGRAL.**

El conjunto estomatognático y al propio individuo con su personalidad psíquica y entorno social; sale del ámbito estrictamente oral incluyendo las peculiaridades del ser humano integralmente considerando. (1).

Se hace una recopilación de todos los elementos utilizados para el diagnóstico que son: diagnóstico clínico, diagnóstico radiográfico, diagnóstico cefalométrico tanto del análisis esquelético como dental. El pronóstico puede ser favorable o desfavorable ya sea en el tratamiento ortopédico, ortodóntico o quirúrgico.

Se describen los objetivos del tratamiento ortopédico, ortodóntico y quirúrgico o si requiere el paciente de un tratamiento mixto según el caso y se enlista el plan de tratamiento.

#### **4.6. HOJA DE PRESUPUESTO.**

En esta hoja se anota el nombre del paciente, el presupuesto para el tipo de tratamiento, el costo del diagnóstico diferencial y diagnóstico cefalométrico, las formas de pago ya sea enganche de contado, o enganche diferido.

Se anota la fecha de la primera mensualidad, el aumento de la mensualidad, el costo, otros gastos y observaciones.





Esta se considera como un pagaré; es el contrato que se establecen el paciente y el dentista, el cual debe estar firmado de conformidad por el paciente y/o responsable, padre o tutor y la fecha correspondiente.

#### **4.7. HOJA DE CONTROL DE PAGOS.**

En esta se anotaran la fecha, concepto y el tratamiento realizado con el pago, adeudo y saldo.

#### **4.8. HOJA DE EVOLUCIÓN.**

En esta se anotarán todos los tratamientos realizados al paciente según el orden de sus citas, la hora y la fecha correspondiente.

En caso de que el paciente no acuda a su cita el día, y en la hora indicada, se hará el registro de la ausencia de la misma.



Historia Clínica

No. expediente: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**I.-DATOS GENERALES:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

Dentista de la familia : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

Médico de la familia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

\* Motivo de la consulta (SIC): \_\_\_\_\_

Última 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  Poliomieltis  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 ANALITICO DIFERENCIAL**

**1.-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  Cafés  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  Normo  Levo   
Orejas: \_\_\_\_\_  
Líneas de Denie: Presentes  Ausentes

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

Macroquelia  Microquelia   
Competencia labial: \_\_\_\_\_  
Hipotonicidad: Orbicular superior  Orbicular inferior   
Hipertonicidad: Orbicular superior  Orbicular inferior   
Color Superior: Pálido  Rosado  Humedad  Resequedad   
Color Inferior: Pálido  Rosado  Humedad  Resequedad   
Boca: Grande  Media  Pequeña  Otros: \_\_\_\_\_

**B.- Examen extrabucal lateral**

Perfil facial (Na' Pg'): Recto  Convexo  Cóncavo   
Perfil inferior (Pn-Pg'): Recto  Convexo  Cóncavo   
Labio Superior: Proquelia  Mesoquelia  Retroquelia   
Labio Inferior: Proquelia  Mesoquelia  Retroquelia   
Mentón: Progenia  Mesogenia  Retrogenia   
Otros: \_\_\_\_\_

**C.- Examen intrabucal**

Frenillo labial: Normal  Corto  Largo   
Encías Color: \_\_\_\_\_  
Textura: \_\_\_\_\_  
Forma: \_\_\_\_\_  
Tamaño: \_\_\_\_\_  
Sangrado: \_\_\_\_\_

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

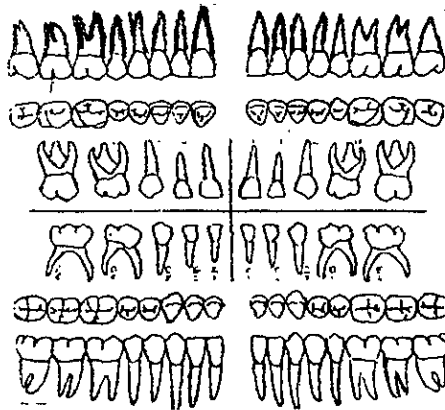




### 3.-Anomalías Dentarias

- Tamaño: Macrodoncia  Microdoncia  Normal
- Raíces: Enanas  Cortas  Normal
- Número: Supernumerario  Anodoncia
- Forma: Ovoide  Triangular  Cuadrada
- Resorción radicular
- Color: Pigmentaciones  Manchas
- Posición: Versión  Gresión  Rotación  Retenido
- Impactado
- Anquilosis  Fracturas  Supraposición  Infraposición
- Eruptivas: Adelantado  Normal  Retardo
- Otros: \_\_\_\_\_

### Odontograma



#### Identificación por alfabeto, número y color:

##### Nomenclatura

- |                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| 1.-ANQ=Anquilosis            | 10.-IN=Intrusión       |
| 2.-CO= Concrecencia          | 11.-LGR=Linguogresión  |
| 3.-DGR=Distogresión          | 12.-LVE=Linguoversión  |
| 4.-DI= Dislaceración         | 13.-MA= Macrodoncia    |
| 5.-DVE= Distoversión         | 14.-MGR= Mesiogresión  |
| 6.-EX= Extrusión             | 15.-MVE= Mesioversión  |
| 7.-FCR= Fracturas Coronarias | 16.-MI= Microdoncia    |
| 8.-FRR= Fractura radicular   | 17.-PGR= Palatogresión |
| 9.-GE= Geminación            | 18.-PVE= Palatoversión |

##### Caracteres

- 18.-PVE=Palatoversión
- 19.-PE= Por erupcionar
- 20.-PR=Proclinado
- 21.-RO= Rotación
- 22.-RT= Retenido
- 23.-SU= Supernumerario
- 24.-TA= Taurodontismo
- 25.-VGR= Vestibulogresión
- 26.-VVE= Vestibuloversión
- 27.-X= Diente Ausente

Canes:Rojo

Azul:Restauración ===== Puente fijo

-----Puente removible

Posición: Naranja

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 Pro  Retro  Supra  Infra

                          Izquierdo Pro  Retro  Supra  Infra

**5.-Anomalías de la Oclusión****Clasificación de Angle:**

Clase 1: Molar  Der.  Izq  Premolar  Der  Izq  Canina  Der  Izq

Clase II-1: Molar  Der.  Izq  Premolar  Der.  Izq  Canina:  Der.  Izq.

          Subdivisión:  Der.  Izq.

Clase II-2: Molar  Der.  Izq  Premolar  Der.  Izq  Canina:  Der  Izq

          Subdivisión:  Der  Izq.

Clase III: Molar  Der.  Izq  Premolar  Der  Izq.  Canina:  Der.  Izq

          Subdivisión:  Der.  Izq.

**Dewey-Anderson:**

Clase I Tipo1: \_\_\_\_\_

Tipo 2: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_

Tipo 3: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_

Tipo 4: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_

Tipo 5: Genético \_\_\_\_\_ Fisiológico \_\_\_\_\_

Mordida abierta anterior: Unilateral  Bilateral

                          posterior: Unilateral  Bilateral

Sobremordida vertical: Over bite: \_\_\_\_\_ mm.

                          Over jet: \_\_\_\_\_ mm.

Plano de oclusión: Superior  Recto  Cóncavo  Convexo

                          Inferior  Recto  Cóncavo  Convexo

Interferencias oclusales: \_\_\_\_\_

Guía incisiva: Si  No

Protección canina: Der.  Izq.  Ninguna

Función de grupo: Der.  Izq.  Ninguna

Curva de Spee: Der.  Izq.

Curva de Wilson: Si  No



Línea media superior: Normal  Desviación: izq \_\_\_\_\_ mm. Der. \_\_\_\_\_ mm.  
inferior: Normal  Desviación: izq \_\_\_\_\_ mm. Der. \_\_\_\_\_ mm.

Mordida cruzada  Mordida borde a borde   
anterior (3 a 3): Unilateral  Der.  Izq.  Parcial  Total   
Bilateral  Parcial  Total   
Posterior (4 a 8): Unilateral  Der.  Izq.  Parcial  Total   
Bilateral  Parcial  Total

Mordida

Profunda: \_\_\_\_\_

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

6.-Diagnóstico Presuncional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### IV.- Análisis funcional

##### 1.-Respiración:

Tabique nasal: Normal  Desviado   
Cometes: Hipertrofias  Der.  Izq.   
Inflamación  Der.  Izq.   
Respiración : Bucal  Nasal  Mixta   
Rinitis Alérgicas: Si  No  Causa: \_\_\_\_\_  
Rinorrea: Diurno  Nocturno  Continuo   
Comezón nasal: Frecuente  Esporádico  Normal   
Gripes: Frecuentes  Si  No   
Amigdalitis: Frecuente  Esporádico   
Adenoiditis: Frecuente  Esporádico   
Ronquidos nocturnos: Si  No   
Fragilidad capilar: Si  No

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



**2.-Deglución :**

Normal  Bucal  Visceral   
Hábito lingual Si  No   
Proyección lingual: Anterior  Lateral  Mixta   
Otros: \_\_\_\_\_

**3.-Fonación:**

Dislalia: Si  No   
Dislexia: Si  No   
Resonancia nasal: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**4.-Masticación:**

Unilateral  Der.  Izq.  Bilateral   
Tiempo masticatorio: Inmediato  Continuo  Retardado

**5.-Movimientos mandibulares****A.-Análisis vertical**

Apertura máxima: Anterior (1-1): \_\_\_\_\_ mm.  
Posterior izquierda (CMV6SMV6I): \_\_\_\_\_ mm (7-7) \_\_\_\_\_ mm.  
Posterior derecha (CMV6S-SV6I): \_\_\_\_\_ 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 a partir de oclusión céntrica:  
Izquierda si  no   
Derecha si  no



Protección 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 normal:

desviación: lzq. \_\_\_ mm. der. \_\_\_ mm.  
sup. sup.  
inf. inf.

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

**6.- Sistema neural**

Insuficiencia neuromuscular: si  no

Especifique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Reversible e 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: \_\_\_\_\_

**Radiográficos**

Lateral de cráneo si  no  fecha: \_\_\_\_\_

Ortopantornografía si  no  fecha: \_\_\_\_\_

Postero-Anterior si  no  fecha: \_\_\_\_\_

Dígito-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: \_\_\_\_\_  
 Rickets:  Fecha: \_\_\_\_\_  
 Monti :  Fecha: \_\_\_\_\_

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

Análisis ortopédico mixto:

Trazo cefalométrico póstero-anterior:

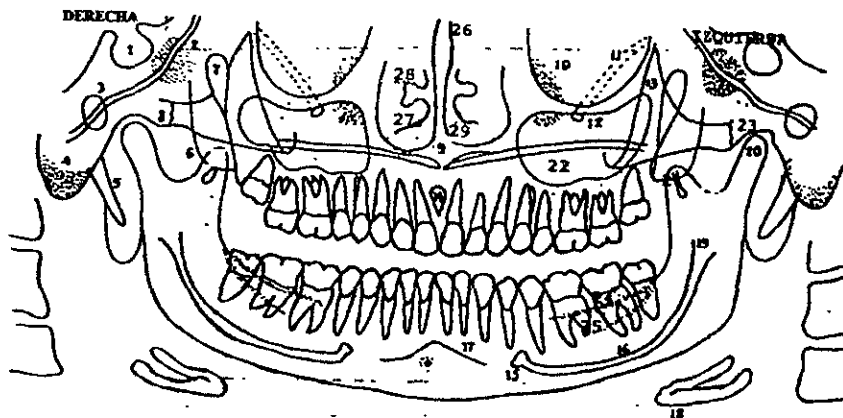
Trazo y análisis Dígito-Palmar:

**7.-Estudios de laboratorio:**

Biometría hemática:  General de orina:  Química sanguínea:   
 Eosinófilos en moco nasal:  Tiempo de coagulación:   
 Exudado Faringeo:  Antibiograma:   
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**VI: Análisis Radiográfico**

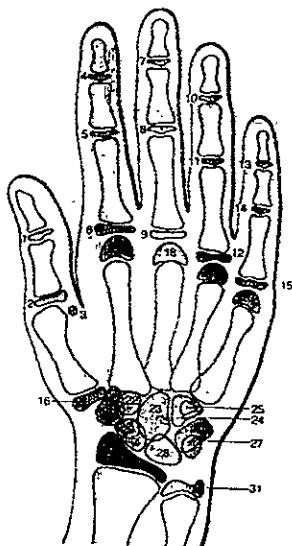
**1.-Ortopantomografía**



- |                             |                             |                                       |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1.-Silla turca              | 11.-Conducto Infraorbitario | 21.-Apófisis coronoides               |
| 2.-Seno esfenoidal          | 12.-Agujero Infraorbitario  | 22.-Seno maxilar                      |
| 3.-Agujero auditivo externo | 13.-Huelo malar             | 23.-Apófisis cigomática del temporal  |
| 4.-Apófisis mastoides       | 14.-Foramen palatino        | 24.-Línea oblicua interna             |
| 5.-Apófisis estiloides      | 15.-Foramen mentoniano      | 25.-Línea oblicua externa             |
| 6.-Escotadura sigmoidea     | 16.-Conducto dentario inf.  | 26.-Lámina perpendicular del etmoides |
| 7.-Fisura Pterigo-palatina  | 17.-Sínfisis mentoniana     | 27.-Comete inferior                   |
| 8.-Eminencia articular      | 18.-Hioides                 | 28.-Comete medio                      |
| 9.-Espina nasal anterior    | 19.-Espina de Spix          | 29.-Cavidad nasal                     |
| 10.-Seno Etmoidal           | 20.-Cóndilo mandibular      |                                       |



### Radiografía Dígito Palmar



- 1= Epifisis de la falange distal del pulgar.
- 2= Epifisis de la falange proximal del pulgar
- 3= Hueso sesamoideo del músculo aductor pequeño en la articulación metacarpofalángica del pulgar.
- 4= Epifisis de la falange distal del dedo indice
- 5= Epifisis de la segunda falange del dedo indice
- 6= Epifisis de la falange proximal del dedo indice.

- 7= Epifisis de la falange distal del medio.
- 8= Epifisis de la segunda falange del dedo medio
- 9= Epifisis de la falange proximal del dedo medio
- 10= Epifisis de la falange distal del dedo anular
- 11= Epifisis de la segunda falange del dedo anular.
- 12= Epifisis de la falange proximal del dedo anular.
- 13= Epifisis de la falange distal del dedo meñique.

- 14= Epifisis de la segunda falange del dedo meñique.
- 15= Epifisis de la falange proximal del dedo meñique.
- 16= Epifisis del primer hueso metacarpiano.
- 17= Epifisis del segundo hueso metacarpiano.
- 18= Epifisis del tercer hueso metacarpiano.
- 19= Epifisis del cuarto hueso metacarpiano.
- 20= Epifisis del quinto hueso metacarpiano.

- 21= Trapecio.
- 22 = Trapezoide.
- 23 = Hueso grande.
- 24 = Ganchoso.
- 25 = Apófisis unciforme del ganchoso.
- 26 = Piramidal.
- 27 = Pisiforme.
- 28 = Semilunar.
- 29 = Escafoides.
- 30 = Epifisis distal del radio.
- 31 = Epifisis distal del cúbito.



Indicadores de madurez del esqueleto de la mano, con los que se valora la edad ósea entre los 8 y 18 años de edad.

- Primer estadio= PP2: La epífisis de la falange proximal del dedo índice muestra la misma anchura que la diáfisis. Comienza aproximadamente 3 años antes del brote de crecimiento.
- Segundo estadio= MP: La epífisis de la segunda falange del dedo medio muestra la misma anchura que la diáfisis.
- Tercer estadio = PISI, H1, RR: Se valora de acuerdo a tres características: Estadio PISI: osificación visible del hueso pisiforme. Estadio H1: osificación de la apófisis unciforme del hueso ganchoso. Estadio R: anchura equivalente de la epífisis y diáfisis del radio.
- Cuarto estadio = S, H2. Estadio S: Inicio de la mineralización del hueso sesamoideo cubital de la articulación metacarpofalángica del pulgar. Estadio H2: osificación avanzada de la apófisis unciforme del hueso ganchoso. El estadio se alcanza antes o al inicio del brote de crecimiento puberal.
- Quinto estadio = MP3cap, PP1cap, Rcap; la diáfisis rodea en forma de capuchón la epífisis durante esta fase. Estadio MP3cap indica que el proceso se desarrolla en la segunda falange del dedo medio; PP1 cap en la falange proximal del pulgar; Rcap en el radio. El estadio coincide con el brote máximo de crecimiento puberal.
- Sexto estadio = DP3u. Fusión visible de la diáfisis de la falange distal del dedo medio. Se alcanza el estadio cuando termina el brote de crecimiento.
- Séptimo estadio= PP3u. Fusión visible de diáfisis y epífisis de falange proximal del dedo medio.
- Octavo estadio MP3u: Fusión visible de epífisis y diáfisis de segunda falange del dedo medio
- Noveno estadio= Ru: Osificación completa de epífisis y diáfisis de radio. Se termina la osificación de todos los huesos de la mano y al mismo tiempo el crecimiento óseo

**3.- ANALISIS CEFALOMETRICO****A.- ANÁLISIS SIMPLIFICADO DE SIM**

	NIÑOS A.S.	H.S.	D.S.	PACIENTE
SNA	81°	82°	81.6	3.8°
SNB	78°	80°	78.6°	33°
ANB	3°	2°	2.9°	0 a 5°
FACIAL	85°	87.8°	90.3°	2.5°
1-SN	103°	104°	110°	5°
1-1	130°	135°	124°	7.3°
IMPA	90°	90°	98°	5°
FMIA	65°	65°	61°	5°
FMA	25°	25°	21°	3°
EJE Y	59°	59.4°	59.4°	

**B.- ANALISIS DE STEINER**

	NIÑOS ADULTOS	PACIENTE
SNA	81°	82°
SNB	80°	82°
ANB	2°	2°
Go-Gn-SN	32°	32°
NB-Pg-N	2-4 mm.	
Oclusal SN	25°	25°
IN-A	22°	
AN-A mm	4 mm	
IN-B	25°	
IN-B mm	4 mm	
1/1	131°	
1-SN	102-106° (anglosajones) 108-112° (hispanicos)	

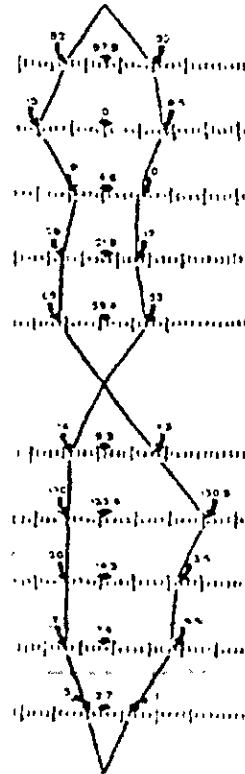
**OBSERVACIONES**



C.- ANÁLISIS DE DOWNS

PACIENTE	NORMAL	MINIMO	MAXIMO
PLANO FACIAL	87.8°	82°	95°
CONVEXIDAD	0°	-8.5°	+10°
PLANO A-B	-4.6°	0°	-9°
PLANO MANDIBULAR	21.9°	17°	28°
EJE Y	59.4°	53°	66°
PLANO OCLUSAL	+9.3°	+1.3°	+14°
INTERINCISAL	135.4°	130°	151.5°
1-PLANO OCLUSAL	14.5°	3.5°	20°
1-PLANO MANDIBULAR	91.4°+1.4°	81.5° -9	97°+ 7
1-PLANO A-Pg	+120 mm	-1 mm	- 5 mm

POLIGONO DE DOWNS





## D. ANÁLISIS DE JARABAK

	Normal	paciente
Silla N Sa	123 (+5)	
Articulae SaGo	143(+6)	
Gonial aGoGn	130°(+7)	
Gonial Sup-Ngoa	52-55°	
Gonial Inf-NGoGn	70-75°	
Long. Base Craneal -SN	71 mm ( $\pm$ 3)	
Long. Cpo. Mand. Go-Gn	71 mm ( $\pm$ 5)	
Alt. Facial Ant. - NaGn	71 mm	
Alt, Facial Post - Sgo	32mm	
Crecimiento: NagN/sgO		
Clock Wise	.56-.62	
Neutral	.62-.65	
Counter Clock Wise	.65-.80	





**VII.- ANALISIS DE MODELOS**

**1.- ANALISIS DE MOYERS**

**Arcada Inferior**

1 = \_\_\_\_\_ mm.      1= \_\_\_\_\_ mm.      2-1 1-2= \_\_\_\_\_ mm.  
2 = \_\_\_\_\_ mm.      2= \_\_\_\_\_ mm.      75%= \_\_\_\_\_ mm.

Espacio existente 5-4-3 = \_\_\_\_\_ mm.      Espacio existente 3-4-5= \_\_\_\_\_ mm.

**\*Derecha:**

Espacio existente= \_\_\_\_\_ -1.7= \_\_\_\_\_ mm.  
Espacio real      = \_\_\_\_\_ mm.  
Debo tener      = \_\_\_\_\_ mm.  
Resultado      = \_\_\_\_\_ mm.

**\*Izquierda:**

Espacio existente= \_\_\_\_\_ -1.7= \_\_\_\_\_ mm.  
Espacio real      = \_\_\_\_\_ mm.  
Debo tener      = \_\_\_\_\_ mm.  
Resultado      = \_\_\_\_\_ mm.

**Arcada superior**

1 = \_\_\_\_\_ mm.      1= \_\_\_\_\_ mm.      2-1 1-22 = \_\_\_\_\_ mm.  
2 = \_\_\_\_\_ mm.      2= \_\_\_\_\_ mm.      75%= \_\_\_\_\_ mm.

Espacio existente 5-4-3 = \_\_\_\_\_ mm.      Espacio existente 3-4-5  
= \_\_\_\_\_ mm.

**\*Derecha:**

Espacio existente= \_\_\_\_\_ -0.9= \_\_\_\_\_ mm.  
Espacio real      = \_\_\_\_\_ mm.  
Debo tener      = \_\_\_\_\_ mm.  
Resultado      = \_\_\_\_\_ mm.

**\*Izquierda:**

Espacio existente= \_\_\_\_\_ -0.9= \_\_\_\_\_ mm.  
Espacio real      = \_\_\_\_\_ mm.  
Debo tener      = \_\_\_\_\_ mm.  
Resultado      = \_\_\_\_\_ mm.

**2.- ANALISIS RADIOGRAFICO DE NANCE****SUPERIOR DERECHO**

Modelos: E = \_\_\_\_ mm. Rx: E = \_\_\_\_ mm. Rx: 5 = \_\_\_\_ mm.  
D = \_\_\_\_ mm. D = \_\_\_\_ mm. 4 = \_\_\_\_ mm.  
C = \_\_\_\_ mm. C = \_\_\_\_ mm. 3 = \_\_\_\_ mm.  
Medida aproximada: 5 = \_\_\_\_ mm. 4 = \_\_\_\_ mm. 3 = \_\_\_\_ mm.

**SUPERIOR IZQUIERDO**

Modelos: E = \_\_\_\_ mm. Rx: E = \_\_\_\_ mm. Rx: 5 = \_\_\_\_ mm.  
D = \_\_\_\_ mm. Rx: D = \_\_\_\_ mm. Rx: 4 = \_\_\_\_ mm.  
C = \_\_\_\_ mm. Rx: C = \_\_\_\_ mm. Rx: 3 = \_\_\_\_ mm.  
Medida aproximada: 5 = \_\_\_\_ mm. 4 = \_\_\_\_ mm. 3 = \_\_\_\_ mm.

**INFERIOR DERECHO**

Modelos: E = \_\_\_\_ mm. Rx: E = \_\_\_\_ mm. Rx: 5 = \_\_\_\_ mm.  
D = \_\_\_\_ mm. D = \_\_\_\_ mm. 4 = \_\_\_\_ mm.  
C = \_\_\_\_ mm. C = \_\_\_\_ mm. 3 = \_\_\_\_ mm.  
Medida aproximada: 5 = \_\_\_\_ mm. 4 = \_\_\_\_ mm. 3 = \_\_\_\_ mm.

**INFERIOR IZQUIERDO**

Modelos: E = \_\_\_\_ mm. Rx: E = \_\_\_\_ mm. Rx: 5 = \_\_\_\_ mm.  
D = \_\_\_\_ mm. D = \_\_\_\_ mm. 4 = \_\_\_\_ mm.  
C = \_\_\_\_ mm. C = \_\_\_\_ mm. 3 = \_\_\_\_ mm.  
Medida aproximada: 5 = \_\_\_\_ mm. 4 = \_\_\_\_ mm. 3 = \_\_\_\_ mm.

**3.- INDICE DE PONT.****ANÁLISIS TRANSVERSAL.****ARCADA SUPERIOR**

1 = \_\_\_\_\_ mm.

1 = \_\_\_\_\_ mm.

SI. 2-1 1-2 = \_\_\_\_\_ mm.

2 = \_\_\_\_\_ mm.

2 = \_\_\_\_\_ mm.

Modelo: 4-4 = \_\_\_\_\_ mm.

Pont: 4-4 = \_\_\_\_\_ mm.

6-6 = \_\_\_\_\_ mm.

6-6 = \_\_\_\_\_ mm.

Diferencia: 6-6 = \_\_\_\_\_ mm.

Diferencia: 4-4 = \_\_\_\_\_ mm.

**ARCADA INFERIOR**

Parte distal de D\_D = \_\_\_\_\_ mm.

Cúspide disto-vestibular de 6-6 = \_\_\_\_\_ mm.

E-E = \_\_\_\_\_ mm. - 3 = \_\_\_\_\_ mm.

Debe ser = \_\_\_\_\_ mm. (Según S.I.)

Diferencia = \_\_\_\_\_ mm.

6-6 = \_\_\_\_\_ mm. - 3 = \_\_\_\_\_ mm.

(Según S.I.)

Debe ser = \_\_\_\_\_ mm.

Diferencia = \_\_\_\_\_ mm.

**ANÁLISIS DE LA LONGITUD ANTERIOR DE LA ARCADA SUPERIOR**

Modelo: L.O. = \_\_\_\_\_ mm.

(De incisivos a 4's ó D's)

Pont: L.O. = \_\_\_\_\_ mm.

Diferencia: = \_\_\_\_\_ mm.

***Tabla de PONT del "Debe ser"***

SI	4.4	6.6	Lo	Indice Tonn
28	33	43	16.5	Suma de 21 12 20.7
28.5	33.5	43.8	16.8	
29	34	44.5	17	21.4
29.5	34.7	45.3	17.3	
30	35.5	46	17.5	22.2
30.5	36	46.8	17.8	
31	36.5	47.5	18	22.9
31.5	37	48.5	18.3	
32	37.5	49	18.5	23.7
32.5	38.2	50	18.8	
33	39	51	19	24.4
33.5	39.5	51.5	19.3	
34	40	52.5	19.5	25.2
34.5	40.5	53	19.8	
35	41.2	54	20	25.9
35.5	42	54.5	20.5	
36	42.5	55.5	21	26.5



**VIII.- DIAGNÓSTICO INTEGRAL**

1.-Diagnóstico Clínico:

---

---

---

---

2.- Diagnóstico Radiográfico:

---

---

---

---

3.-Diagnóstico Cefalométrico:

A. Análisis esquelético: \_\_\_\_\_

---

---

---

B.- Análisis Dental: \_\_\_\_\_

---

---

---

4.- Pronóstico: A. Ortopédico          Favorable          Desfavorable      
                         B. Ortodóntico          Favorable          Desfavorable      
                         C. Quirúrgico          Favorable          Desfavorable      
                         D. Otros           

A. \_\_\_\_\_

---

---

---

B. \_\_\_\_\_

---

---

---

C. \_\_\_\_\_

---

---

---

D. \_\_\_\_\_

---

---

---

Observaciones \_\_\_\_\_

---

---

---





**\*\*H O J A   D E   P R E S U P U E S T O \*\***

Paciente: \_\_\_\_\_

Presupuesto para : \_\_\_\_\_

Diagnóstico Diferencial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Cefalométrico Computarizado \_\_\_\_\_

Enganche Contado: \_\_\_\_\_

Enganche Diferido: \_\_\_\_\_ Meses: \_\_\_\_\_ Pago mensual: \_\_\_\_\_

Mensualidad a partir de: \_\_\_\_\_ Costo: \_\_\_\_\_

Aumento de la mensualidad a partir de: \_\_\_\_\_

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

Observaciones : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\*Debo y pagaré incondicionalmente a la orden de : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ las cantidades  
establecidas en este documento, aceptando las condiciones del tratamiento y  
reglamento interno para la atención del paciente: \_\_\_\_\_**

y cuyos datos generales quedan incluidos en el Expediente Clínico.

\_\_\_\_\_

Firma de conformidad del paciente  
y/o responsable, Padre o Tutor

\_\_\_\_\_

Firma del  
Cirujano Dentista

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.









## ANÁLISIS COMPARATIVO Y CONCLUSIONES

La Historia Clínica es una herramienta de trabajo la cual nos proporciona una base de datos, orientados al planteamiento diagnóstico y terapéutico.

Se tomaron como muestra dos historias de la Facultad de Odontología, una de ellas de la División de Estudios de Posgrado e Investigación y otra de la División de Estudios Profesionales; con el fin de compararlas con una historia clínica elaborada por los alumnos del Curso de Educación Continua y Capacitación en Ortodoncia y Ortopedia maxilar de la Asociación de Estomatología A.C. de la Dirección General de los Servicios de Salud en el D.F. de la Secretaría de Salud; habiéndose encontrado en las tres, diferencias en cuanto al modo, forma, contenidos y elaboración, observándose que muchos casos se resumen o bien se omiten datos médicos y odontológicos que en su momento podrían ser importantes para el correcto manejo y aplicación en la práctica clínica.

Las historias clínicas de ortodoncia y odontopediatría tienen un enfoque más especializado, mientras que la historia clínica motivo de nuestra propuesta es más completa al conjuntar a través de sus contenidos la información médico odontológica general, así como la especializada.

Al revisar la Norma Oficial Mexicana No. 13 y en donde se establecen los requisitos mínimos necesarios que en materia de diagnóstico deberán ser conocidos y aplicados a través de la historia clínica por el cirujano dentista o especialistas en el rubro de la atención



diagnóstico y tratamiento de las anomalías cráneo-maxilomandibulares y dentofaciales.

Podemos concluir que la propuesta de historia clínica reúne los requisitos implícitos en el documento oficial antes mencionado.

Por lo anterior consideramos que este trabajo de tesina podrá ser de mucha utilidad posterior a su análisis, revisión y evaluación por las autoridades y profesores correspondientes a la asignatura de Ortodoncia de nuestra Facultad .



---

## **PROPUESTA**

Analizar, revisar y evaluar los contenidos de esta tesina para poder ser utilizada como herramienta de trabajo para la enseñanza teórica y aplicación clínica en la asignatura de ortodoncia, tanto en Licenciatura como en la División de Estudios de Posgrado e Investigación.

Con base a la propuesta anterior poder publicar un manual de procedimientos para el uso y manejo de la historia clínica para Ortodoncia tomando como guía o herramienta de trabajo esta tesina.



## BIBLIOGRAFIA

1. CANUT BRUSOLA, JOSÉ A; "Ortodoncia Clínica"; Ed. Salvat, 1er Edición; México 1992.
2. CHACONAS SPIRO, J; "Ortodoncia"; Ed. Manual Moderno, México 1983.
3. ELMER L. DEGOWIN M. D, MA.C.P.; "Examen y Diagnóstico Clínicos". Ed. La Prensa Médica Mexicana; S.A. de C.V. 1991.
4. GRABER, T.M: "Ortodoncia Teoría y Práctica". Ed. Interamericana; México 1983.
5. GUARDO, C; "Atlas Práctico de Ortopedia Maxilar". Ed. Científica Interamericana; 1er Edic.; Buenos Aires, Argentina 1986.
6. JARABAK, FIZZEL; "Aparatología del Arco Decanto con Alambres Delgados" Ed. Mundi; Buenos Aires, Argentina; 1975.
7. JOSEPH M SIM; "Movimientos Dentarios en Niños". Ed. Mundi S.A. I.C. F.; Argentina; 2a Edic; 1980.
8. LEONARD HIRSCHFELD, B.D.DS.: "Pequeños Movimientos Dentarios en Odontología General". Ed. Mundi S.AC.I.F.; Buenos Aires.
9. MAYORAL, J. ET, AL.; "Ortodoncia Principios Fundamentales y Práctica". Ed. Labor S.A; Barcelona, España; 1983.
10. MOYERS, R.E; "Manual de Ortodoncia". Ed. Mundi, Buenos Aires, Argentina; 1980.



11. PLANAS PEDRO; "Rehabilitación Neuro-Oclusal". Ed. Salvat; 1er Edic.; México 1986.
12. PROFIT D.D.S, PH.D.; "Ortodoncia Teoría y Práctica". Ed. Moby/ Doyma Libros S.A.; 2a Edic.; 1994.
13. RAKOSI THOMAS; IRMTRUD JONAS; "Atlas de Ortopedia Maxilar Diagnóstico". Ed. Masson-Salvat; Barcelona, España; 1992.
14. SIMOES, WILMA A. "Ortopedia Funcional de los Maxilares". Ed. Santos Brasil; 1985.
15. HISTORIA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA en la División de Estudios Profesionales en Licenciatura; Facultad de Odontología.
16. HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA en la División de Estudios de Posgrado e Investigación en la Facultad de Odontología.
17. Historia Clínica del Curso de Educación Continua y Capacitación en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de las Asociación de Estomatología A.C. de la Dirección General de los Servicios de Salud en el D.F. de la Secretaria de Salud 1994-1996.
18. NORMA OFICIAL No. 13; Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. Diario Oficial de la Federación 6 de Enero de 1994.