



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA S.C.

CIRUJANO DENTISTA

“ESTUDIO COMPARATIVO DE MALOCLUCIONES ASOCIADOS A
LOS HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN NIÑOS DE 6 A 8 AÑOS DE
EDAD, EN COMPARACIÓN A LOS ADOLESCENTES DE 13 A 15
AÑOS DE EDAD”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JOSUE DE JESUS HUERTA PEREZ

REVISOR DE TESIS:
C.D. ALFONSO MONTAÑO OSORIO

Estado de México

Febrero 2019



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.

DEDICATORIAS.

A MI PADRE:

Florencio Huerta Arriaga, Que Dios bendito te llene de gloria, a ti por enseñarme el valor de la vida el valor de enfrentarla y aún más el valor de vivirla, "Te Amo Papá".

A MI MAMÀ:

Cecilia Pérez Guadarrama, Por ser la mujer que me llena de orgullo, por que no va haber forma de agradecerte todo lo que me has dado, "Te Amo Mamá."

A MI HERMANA:

Paloma Betsabe Huerta Pérez, A pesar de que tenemos nuestras eventuales discusiones y malos encuentros y tal vez somos polos opuestos en ciertas ocasiones, por tu amor incondicional "Gracias."

A MI NOVIA Y MI HIJO:

Azucena Rubí Sánchez Y Josué Emiliano Huerta Rubí, Por ser el motor de mi vida y por ser mis ganas de salir adelante y superarme más a cada día. "Los Amo"

A MIS AMIGOS:

René flores, Aldo González, Abigail Mendoza, Luis Santana, porque juntos recorrimos este camino juntos y formamos un gran equipo.

A DIOS:

Que me ha dado todo lo que soy y todo lo que tengo. "Gracias"

ÍNDICE.

	Pag.
Introducción.....	1
Justificación.....	4

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES.

1.1 Historia de la Oclusión.....	7
1.2 El Niño.....	12
1.3 El Adolescente.....	15
1.3.1 EL Papel Clave de las Experiencias DE Desarrollo.....	17
1.3.2 Presiones Para Asumir Conductas de Alto Riesgo.....	17
1.3.3La Familia y la Comunidad Representan un Apoyo Fundamental.	19

CAPITULO 2. OCLUSIÓN.

2.1Concepto de Oclusión.....	21
2.2Clasificación de "Angle".....	23
2.3 Desarrollo de la Dentición Primaria.....	27
2.3.1 Características de la Dentición Primaria.....	29
2.3.2Características Funcionales de la Dentición Temporal.....	30
2.4 Desarrollo de la Dentición Permanente	31
2.4.1 Características Morfológicas de la Dentición Permanente.....	33

2.4.2Características Funcionales de la Dentición Permanente.....	36
2.5Alteraciones de Desarrollo Maxilofacial.....	38
2.6Maloclusion.....	41
2.7Etiología de las Maloclusiones.....	44

**CAPITULO 3.
HÁBITO Y TIPOS DE HABITOS.**

3.1Habito.....	49
3.2 Habito Parafuncional.....	50
3.3 Hábitos Orales.....	52
3.4 Hábito de Morder Objetos.....	54
3.5 Succión Digital.....	56
3.6 Respiración Bucal.....	59
3.7 Interposición y Succión Labial.....	60
3.8 Deglución Atípica con Interposición Lingual y Labial.....	62
3.8.1 Deglución Atípica con Interposición Lingual.....	64
3.8.2 Deglución Atípica con Interposición Labial.....	67
3.9 Bruxismo.....	68
3.10	
Onicofagia.....	723.11
Trascendencia Social de la Maloclusión.....	75
VARIABLES.....	79
RESULTADOS	81
CONLCUCION.....	82
ANEXOS.....	84
GLOSARIO.....	101

FUENTES DE CONSULTA.....106

INTRODUCCIÓN.

La maloclusión se define como una oclusión anormal en la cual los dientes no están en una posición adecuada en relación con los dientes adyacentes del mismo maxilar, o con los dientes opuestos cuando los maxilares están en cierre. La maloclusión no es una enfermedad sino una variación morfológica, la cual puede o no estar asociada a una condición patológica.¹

En la actualidad existe una gran variedad de estudios que dan a conocer la incidencia de maloclusiones en la población infantil y la adolescencia habiendo factores ambientales como los hábitos orales que afectan la dentición a muy temprana edad, lo cual nos hace pensar que hay falta de programas educativos para informar sobre las causas de estas anomalías, que como se demuestra, derivan de factores ambientales principalmente hábitos orales.²

Con esta investigación se pretende conocer la asociación de malos hábitos orales y maloclusiones en la población infantil y adolescencia, su alteración en anomalías de la oclusión y sus consecuencias a futuro, para promover programas educativos e informativos sobre dicho padecimiento y para que haya conciencia en el sector salud y en los padres de lo importante que es la prevención odontológica en el área de odontológica preventiva e interceptiva.²

¹ANA CRISTINA MAFLA. MALOCLUSIÓN Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ADOLESCENTES DE PASTO, COLOMBIA. 2011.

² Alexandra Estrella Sáenz. Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar. Nuevo Leon. 2007.

Este estudio es para conocer el porcentaje de pacientes con maloclusiones que se asocian a hábitos orales parafuncionales y conocer si los hábitos orales influyen en el desarrollo de la mayoría de las maloclusiones dentomaxilares.²

Desde hace varias décadas y hoy en día las maloclusiones dentales son un problema que afectan a la población, principalmente a los niños y a los adolescentes atacando y prevaleciendo en estas poblaciones causando daños irreversibles a largo y corto plazo en la dentición, causando que conforme pase mas el tiempo se aun mas difícil de quitar una maloclusion en una edad adulta.²

Ya que los maloclusiones dentales son causadas por alguna restauración mal ajustada, por traumatismos en los órganos dentales o estructuras adyacentes muy comprometidas a la órganos dentales, fracturas, estructuras adyacentes altas, factores genéticos, hereditarios, el medio ambiente en el que se desenvuelve el sujeto, alguna tarea diaria que tengas presente objetos en la boca, o alguna manía.²

Pero también tenemos a las maloclusiones por los hábitos o los malos hábitos introducidos a una temprana edad en de un sujeto (niño o adolescente) haciendo en pleno crecimiento y desarrollo del sujeto, y formándolo parte de el haciéndolo mas difícil de desaparecer si no se trata a tiempo.²

Un hábito o aun mal hábito es una repetición de un acto consciente o inconscientemente causado un daño parafuncional irreversible en la dentición del sujeto.²

Por eso es importante que principalmente los padres puedan identificar el hábitoparafuncional de sus hijos si es que llegan a presentar e intervenir de inmediato y que acudan con el profesional competente para que el estomatólogo pueda intervenir y desaparecer con el mejor tratamiento el hábitoparafuncional.²

Asociar los malos hábitos orales parafuncionales y maloclusiones en la infancia y la adolescencia, los hábitos orales son acciones repetidas en la cavidad oral, algunas de ellos pueden originar parafunciones. Estos son actos conscientes que pueden pasar a actos inconscientes.²

Algunos de ellos son innatos del individuo, y otros adquiridos. Según algunas investigaciones, reportes, análisis estadísticos y control de variables, características ambientales, sociales, culturales, pueden influir en la prevalencia de hábitos orales en niños y adolescentes. Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de hábitos orales en niños y adolescentes, el porcentaje de las maloclusiones asociadas a los hábitosparafuncionales y su alteración en anomalías de la oclusión.²

JUSTIFICACION.

El objetivo de la investigación fue realizar un estudio de la frecuencia de hábitos parafuncionales de determinar las maloclusiones, según su clasificación.³

Un hábito es la mala costumbre adquirida por la repetición frecuente del mismo acto; inicia de manera constante y continua de forma inconsciente, como son la respiración nasal, masticación y deglución, considerándolos fisiológicos o funcionales, sin embargo existe aquellos que no son fisiológicos.³

Es importante detectar los hábitos nocivos, que son factores que desencadenan las maloclusiones y alteraciones en la armonía de la oclusión interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de los musculosorofaciales, así como en el crecimiento óseo.³

Se selecciono una población infantil y una adolescente por que la deformación provocada por hábitos parafuncionale depende de la edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes se realice el diagnostico mejor se puede prevenir la alteración del desarrollo normal del sistema estomatognatico dando el adecuado tratamiento.³

El tratamiento debe trabajar de manera integral y por ello necesita identificar los problemas de salud de la población, de ahí que el conocimiento de la frecuencia de hábitos parafuncionales orales constituye el funcionamiento en que se basaran las estrategias a trazar para controlar los factores de riesgo que puedan provocar así como las acciones a realizar con el objetivo de reducir o eliminar las anomalías provocadas por esta entidad y lograr así un desarrollo del sistema estomatognatico.³

Por lo anterior, el conocimiento de los hábitos parafuncionales orales durante el crecimiento forma una parte esencial dentro de la educación del cirujano dentista, así como los especialistas que tratan pacientes en desarrollo.³

³ BETSY SANTITOS PAIVA TUME, "RELACIÓN ENTRE LOS HáBITOS ORALES PERNICIOSOS Y LAS MALOCCLUSIONES DENTARIAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN MOLAR DE ANGLE, EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA ENTRE 7 Y 12 AÑOS DE EDAD, EN EL ÁREA DE ODONTOPEDIATRÍA, DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA - PROVINCIA DE TRUJILLO, REGIÓN LA LIBERTAD, AÑO 2016"

CAPITULO 1.

ANTECEDENTES.

1.1 HISTORIA DE LA OCLUSIÓN.

Dentro de la historia de la oclusión encontramos que se vivieron muchos hechos y acontecimientos históricos hubo muchos investigadores los cuales nos llevaron a una ciencia exacta de lo que es hoy la odontología moderna.⁴

El estudio de la oclusión se remonta a los principios del estudio de la odontología moderna, donde se menciona que hay una manera adecuada de mantener ajustados los molares antagonistas con la correcta intercuspidad de los molares y esto no solo se basa en el hombre si no en las especies animales más cercanas al hombre.⁴

Como se menciona en la anterior cita, la odontología moderna realizó estudios sobre la oclusión de manera que se estableció que una manera adecuada de mantener ajustados los molares antagonistas y esto se aplica en el ser humano y nos animales, por lo tanto nos habla de que debe haber un equilibrio.⁴



Imagen 1. Oclusión.

⁴ www.academia.edu

⁵ www.occlusion.com

El doctor Angle se le considera el padre de la ortodoncia moderna el cual define la oclusión como la forma adecuada de relaciones intercuspidas y las formas inadecuadas las denomino mal oclusión. Dicho doctor afirma que la correcta oclusión está en armonía con la línea de equilibrio entre las diferentes fuerzas que actúan sobre los dientes, por lo tanto había que adquirir la habilidad necesaria para lograr este equilibrio.⁴

La palabra oclusión no se emplea sino hasta el siglo pasado en su segunda mitad, y fueron los prostodoncistas los que la aplicaban para referirse a cualquier posición de cierre de los dientes; dándole gran importancia a lo que ellos denominaban oclusión bilateral balanceada, la cual al parecer equilibraba las bases de las dentaduras sobre los procesos alveolares, estableciendo anteriormente un equilibrio antero posterior balanceando los contactos intercuspidos con los bordes incisales en posición protuciba.⁴

En 1890 Von Spee dedujo que aplicando ciertas reglas geométricas sobre los dientes estos modificarían los movimientos del maxilar y de los cóndilos.⁶

En la anterior cita este autor nos comenta que utilizo la ciencia de la geometría para para estudiar el movimiento y las modificaciones de las estructuras anatómicas dentales, para su estudio.⁶

El doctor Gysi fue uno de los primeros que permitió ver en América los aspectos teóricas y prácticos acerca de la oclusión. Despertó el interés de los odontólogos para estudiar la oclusión y demostró que los cóndilos dirigen el camino que siguen los dientes en movimientos extrucivos de la mandíbula; fue el primero que utilizó un instrumento

⁶Sambrano Mendoza M. "DESARROLLO HISTÓRICO DE LA OCLUSIÓN", Colombia, 2018, pag.16.

para determinar la dentición intermaxilar céntrica y trazó las proyecciones externas de los desplazamientos de los cóndilos y demostró que la mandíbula se abre y se cierra siguiendo un eje móvil el cual efectúa las rotaciones laterales siguiendo los ejes verticales de cada cóndilo y que durante la rotación lateral de los cóndilos puede moverse hacia fuera.⁷

Gracias al doctor Gysi pudieron los odontólogos en latino América darle la importancia a la oclusión dental, y utilizó nuevos instrumentos para determinar la dentición intermaxilar y demostró los movimientos que realiza la mandíbula.⁷



Imagen 2. Dr. Gysi.

En la anterior imagen podemos ver al doctor Gysi consiguió presentar un recurso legal para la autorización de manifestaciones y pidió

⁷Sambrano Mendoza M. "DESARROLLO HISTÓRICO DE LA OCLUSIÓN", Colombia, 2018, pag.16
⁸ en.wikipedia.org/wiki/Gregor_Gysi

públicamente elecciones multipartidistas y derechos civiles noviembre del 1989.⁷

El doctor Bennett fue contemporáneo del doctor Gysi y demostró que la mandíbula realiza movimientos de: protusión, rotación y laterotrusión o también llamados movimientos de Bennett.⁷

El doctor Gysi heredó un concepto el cual es “el desplazamiento del cóndilo es inconstante”.⁷

Durante la época de la infección focal, en 1920 el doctor Monson mencionó que a través de una buena rehabilitación oclusal se podría curar padecimientos cefálicos como sorderas, drenaje de los oídos, los ojos y para mejorar el estado de la nariz y los senos paranasales; pero no tomó en cuenta los cóndilos ni menciona la relación céntrica. Dedujo la teoría esférica de la oclusión.⁹

En este cita nos podemos dar cuenta que el Monson estaba tan lejos de las afecciones cefálicas durante la infección, y daba buen argumento para evitar esta y prevenirla.⁹

El doctor Paul Steellman afirmaba que la oclusión apropiada estimulaba el uso de los dientes de la masticación y prevenía las alteraciones paradontales posteriores. Primero en hablar en un equilibrio oclusal.⁹

El doctor Mc Collum siguió estudiando y llegó a la conclusión de que todo debería basarse en el comportamiento fisiológico de las articulaciones y como esto lleva muchas horas de trabajo para fabricar las prótesis, los odontólogos encontraron un camino mas fácil: la equilibración, la cual no siempre nos da los mejores resultados.⁹

⁹Sambrano Mendoza M. "DESARROLLO HISTÓRICO DE LA OCLUSIÓN", Colombia, 2018, pag.28

El doctor Stuart y el doctor Mc. Queen habían convencido al Dr. Mc Collum de que en las denticiones naturales, las cúspides linguales inferiores y las bucales superiores se ven libres de contactos oclusales durante las excursiones laterales en el lado de balance.⁹

En 1929 el Dr. Atkinson y el Dr. Stuart dicen que a su juicio los caninos protegen la oclusión de los demás dientes con cúspides y el Dr. Shaw, el Dr. D' Amico y el Dr. Stallard dicen que en las deflexiones mandibulares laterales los caninos son los únicos dientes que se exponen al contacto.⁹

A partir de 1957 las opiniones se han dividido, existiendo actualmente los partidarios de la oclusión balanceada y otros que ajustan los dientes a manera que puedan cerrar en oclusión céntrica y efectuar las lateralidades sin encontrar interferencias.⁹

Así como sus características, la angulación de la pared interna de la cavidad glenoidea, pudiendo localizar y mantener un plano horizontal de referencia, montar el modelo superior de acuerdo con sus relaciones exactas con el cráneo, montar el modelo inferior en relación céntrica y con todo lo anterior poder llegar a un diagnóstico preciso de maloclusión, hacer un plan de tratamiento adecuado, poder construir las prótesis oclusales a la medida exacta de los determinantes de oclusión del paciente por tratar en particular y poder hacer un pronóstico más exacto de nuestro tratamiento.⁹

En 1957 el Dr. B. Matthews publica la fisiología Aplicada de la Boca, donde estudia las relaciones entre los músculos y sus acciones con el sistema de la masticación, así como los reflejos mandibulares en animales y humanos, y la coordinación entre los movimientos mandibulares y la Oclusión.⁹

1.2 EL NIÑO.

En la vida hay varias etapas por la que pasa las que todo el ser humano pasa, que es la niñez, la pubertad, la edad adulta y la vejez, toda y cada una de ellas tiene características propias y particulares de la etapa de la vida.¹⁰

Niño se comprende al individuo que tiene poco años de vida y, se encuentra en el periodo de la niñez. La palabra niño es de origen latín “infans” que significa “el que no habla, los romanos usaban el término niño para identificar a la persona desde su nacimiento hasta los 7 años. En el área de la psicología, niño es una persona que aún no ha alcanzado madurez suficiente para independizarse.¹⁰

Desde la antigüedad se ya se definió al niño como una persona que no habla o una persona que no era capaz de identificarse, pero ya era un individuo que formaba parte de la sociedad.¹⁰

Como tal, se entiende que la etapa de infancia es desde el nacimiento hasta la pre adolescencia, aproximadamente hasta los 13 años, ya que después se observa la etapa de la adolescencia, adulta y vejez.¹⁰

No obstante, en referencia a este punto hay discordias ya que hay individuos que afirman que la niñez comienza con la concepción.¹⁰

En la etapa de la niñez los niños poseen un carácter vulnerable por lo cual necesita protección por parte de sus padres, familiares, amigos y

¹⁰ www.significados.com/nino/

personal del plan educativo. En consecuencia, es de suma importancia brindarle un entorno de protección adaptada a su edad y al grado de madurez.¹¹

Como lo marca el anterior texto el niño no es independiente, por lo tanto necesita de una persona adulta para protegerla y cuidarla, hasta cierta edad que ya pueda ser independiente y pueda hacer estas cosas solo.¹¹



Imagen 3. Niño.

El término niño contiene otros usos, por ello, se puede utilizar como un adjetivo para indicar a una persona más joven, con la que se sostiene una relación de confianza o superioridad en conocimientos y experiencias. Por ejemplo: ¡niña, cállate que no sabes nada!¹⁰

¹¹ www.significados.com/nino/

¹² www.significados.com/nino/

Asimismo, la expresión niño identifica a la persona que tiene pocos o ningún año de experiencia o, se comporta de forma infantil o de manera inmadura.¹¹

En algunos países de América Latina la palabra niño se emplea como parte de un trato cariñoso entre las personas, en muchos casos, por parte de quienes se dedican a las actividades domésticas, por ejemplo: “bien temprano limpie el cuarto de la niña.”¹¹

La Convención de los Derechos del Niño establece que el niño es un ser humano menor de 18 años de edad a excepción de haber alcanzado la mayoría de edad producto de la ley que se aplica.¹³

Como lo vuelve a expresar la anterior cita y lo reafirma la convención de los derechos de los niños, un niño es aquel ser humano menor a los 18 años de edad y aun no está listo para ser independiente.¹³

Asimismo, el 20 de noviembre de 1959 se concretizó la admisión de los Derechos del Niño con la aceptación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, reconociendo legalmente todos los derechos fundamentales del niño como: derecho a la vida, derecho a una identidad, derecho a la educación, derecho a la protección.¹⁴

Por otro lado y a partir de esa convención, el día 20 de noviembre se celebra el Día Mundial del Niño, aunque puede variar en algunos países. En México, el día del niño es el 30 de abril, en Venezuela es el 3er domingo de julio, en Argentina es el 2do domingo de abril.¹⁴

¹³ www.significados.com/nino/

¹⁴ www.significados.com/nino/

1.3 EL ADOLESCENTE.

En la adolescencia es una etapa en la vida de toda persona en la cual pasas una serie de cambios notables tanto en la mente como en el cuerpo.¹⁵

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.¹⁵

A si mismo esta cita nos explica la definición la OMS, los adolescentes deben afrontar cambios físicos con relación a su cuerpo, psicológicos con relación a su forma de pensar y social en relación de relacionarse y comportarse con los demás.¹⁵

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización , la

¹⁵www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.¹⁶

En el anterior escrito nos hace referencia de a los cambios que presenta los adolescentes, que son características propias y diferentes de cada uno, entre s cultura su urbanización y hasta de su medio ambiente.¹⁶



17

Imagen 4. Adolescencia.

¹⁶ www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

¹⁷ www.bbc.com/mundo/noticias-42746543

1.3.1 El Papel Clave de las Experiencias de Desarrollo.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.¹⁶

Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.¹⁶

1.3.2 Presiones Para Asumir Conductas de Alto Riesgo.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹⁶

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en

relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.¹⁶

Los adolescentes son diferentes de los niños pequeños y también de los adultos. Más en concreto, un adolescente no es plenamente capaz de comprender conceptos complejos, ni de entender la relación entre una conducta y sus consecuencias, ni tampoco de percibir el grado de control que tiene o puede tener respecto de la toma de decisiones relacionadas con la salud, por ejemplo decisiones referidas a su comportamiento sexual.¹⁶

Esta incapacidad puede hacerlo particularmente vulnerable a la explotación sexual y a la asunción de conductas de alto riesgo. Las leyes, costumbres y usanzas también pueden afectar a los adolescentes de distinto modo que a los adultos. Así por ejemplo, las leyes y políticas a menudo restringen el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva, máxime si no están casados.¹⁶

En los casos en que sí tienen acceso a servicios de esta índole, puede ocurrir que la actitud de las personas encargadas de dispensarlos muestran frente a los adolescentes sexualmente activos suponga en la práctica un obstáculo importante para la utilización de esos servicios.¹⁶

1.3.3 La Familia y la Comunidad Representan un Apoyo Fundamental.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta.¹⁶

Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.¹⁶

CAPITULO 2.

OCLUSIÓN.

2.1 CONCEPTO DE OCLUSION

Oclusión se define como la manera en que las piezas dentales se encuentran al unir la mandíbula al maxilar superior. ¹⁸

Es la manera en que las piezas dentales hacen contacto en cualquier tipo de relación funcional.¹⁸

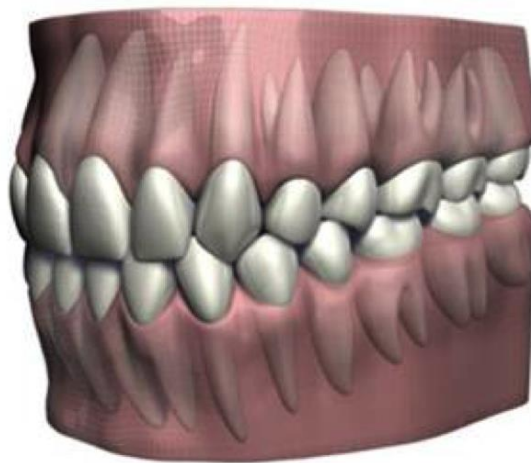
La oclusión normal es deseable porque permite el buen desempeño de las funciones bucales, da el mejor aspecto estético y ayuda a prevenir enfermedades.¹⁸

Cuando en la boca no hay oclusión normal en algún momento, esto se conoce como problemas de oclusión o maloclusión.¹⁸

Los problemas de oclusión pueden influir en las enfermedades dentales, la masticación, el habla, la estética y otras funciones de la cavidad bucal.¹⁸

Los problemas de oclusión pueden deberse a muy diversas razones. Estas son, entre otras, factores hereditarios, traumatismos, enfermedades y hábitos como chuparse el pulgar.¹⁸

¹⁸www.dentalcare.com.mx/es-mx/



19

Imagen 5. Oclusion Ideal.

Según la real academia española define la palabra oclusión como a la acción y efecto de ocluir. Proviene del latín "occlusio" refiriéndose al desarrollo y conclusión de ocluir. En fonética y fonología se le atribuye al cierre o estrechamiento que imposibilita o complica el paso de un fluido por una vía vocal de una articulación; o al cierre instantáneo del canal de articulación cuando se pronuncia o emite un sonido.²⁰

Como podemos ver en la cita anterior la palabra oclusión tiene una etiología latina y hace referencia a algo complicado e imposible, relacionándolo con la vía bocal de una articulación, y en relación a la odontología es un término muy diferente referenciando a al padecimiento de una patología.²⁰

¹⁹ www.dentalcare.com.mx

²⁰ conceptodefinicion.de/occlusion/

2.2 CLASIFICACIÓN DE ANGLE.

Angle definió oclusión normal como “las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo.²¹

Angle en 1899 estableció una clasificación de oclusiones basada en la relación anteroposterior de las primeras molares permanentes, a lo que él llamó la llave de la oclusión, este sistema de clasificación es el más usado hasta la fecha.²¹

Esta cita nos habla que en 1899 Angle estableció una nueva clasificación para clasificar la oclusión, el cual este descubrimiento fue muy importante ya que en la actualidad esta clasificación la seguimos utilizando para identificar las maloclusiones dentales.²¹

Angle Divide la Oclusión en Tres Grupos:

Clase I o neutroclusión: es la relación en la cual el primer molar permanente superior, ocluye con su cúspide mesio-vestibular y en el surco fundamental de desarrollo mesial de la cara vestibular de el primer molar inferior de la segunda dentición inferior.²²

En esta cita nos hace referencia que el primer molar superior permanente hace contacto con el primero molar inferior permanente,

²¹Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.

²²Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.

siendo así la oclusión normal o como debería de ocluir todas las personas.²²



Clase I

23

Imagen 6. Oclusión clase I.

Clase II o distocclusión, es la relación en la cual el primer molar superior de la segunda dentición, ocluye con su cúspide mesio-vestibular entre el primer molar inferior de la segunda dentición y el segundo premolar inferior.²⁴

Esta cita nos hace referencia que el primer molar superior permanente ocluye por delante del primer molar inferior permanente, llevando todo

²³ <http://www.especialistaenatm.com>

²⁴ Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocclusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.

el maxilar protuido con respecto a la mandíbula, dando un perfil en la cara convexo.²⁴



Clase II

25

Imagen 7. Oclusión clase II.

Clase III o mesioclusión, es la relación en la cual el primer molar superior de la segunda dentición, ocluye con su cúspide mesio-vestibular entre el primer molar inferior de la segunda dentición y el segundo molar inferior. La maloclusión afecta a toda la población desde niños hasta adultos.²⁶

Esta cita nos hace referencia que el primer molar superior permanente ocluye por de tras del primer molar inferior permanente, llevando todo el maxilar retruido con respecto a la mandíbula, dando un perfil en la cara cóncavo. ²⁶

²⁵ <http://www.especialistaenatm.com>

²⁶ Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.



Clase III ²⁷

Imagen 8. Oclusión clase III.

En la población infantil se encuentra afectada en gran medida por las diferentes tipos de maloclusión clase II y III, la mordida cruzadas anteriores y posteriores, mordida abierta anterior entre otros tipos de maloclusion.²⁶

²⁷ <http://www.especialistaenatm.com>

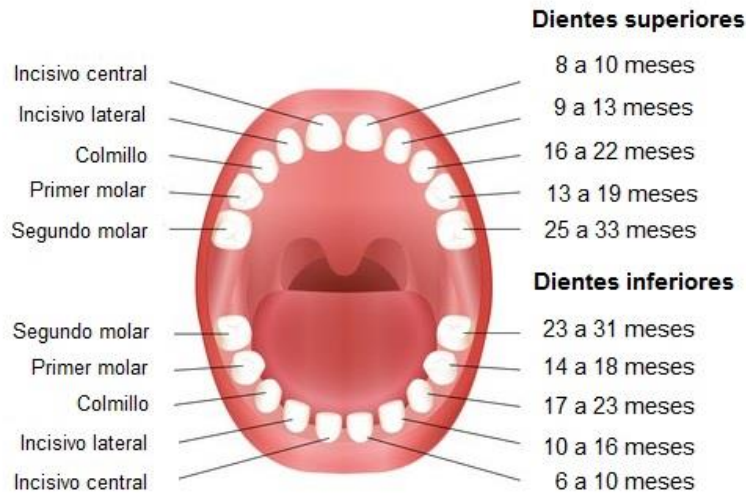
2.3 DESARROLLO DE LA DENTICION PRIMARIA.

Los cambios producidos en la niñez a nivel de crecimiento craneofacial y de desarrollo de oclusión se consideran decisivos para lograr una oclusión favorable debido a que la erupción dental determina en gran porcentaje este crecimiento, al ser un estímulo director de la formación ósea del crecimiento craneofacial durante la niñez.²⁸

La dentición temporal, primaria o de leche comienza a erupcionar hacia los 6-8 meses y finaliza hacia los 30-36 meses. Esta dentición permanecerá en boca de forma exclusiva hasta los 6 años de edad, fecha en que empieza el periodo de dentición mixta durante el cual coinciden en boca dientes temporales y definitivos a la vez.²⁸

En la anterior texto nos habla que la dentición temporal o de leche comienza a erupcionar a partir de los 6 meses de vida, lo cual permanecen 6 años en la boca del niño y después de esta edad comienza el remplazo por los permanentes.²⁸

²⁸Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.5



29

Imagen .9 Cronología de la Erupción Primaria.

En la anterior imagen extraída de internet, podemos observar la cronología de la erupción de la dentición temporal, así mismo la edad en que erupcionan cada uno de ellos.²⁸

Las variaciones en la edad de erupción de los dientes temporales se consideran como normal que la dentición temporal haya finalizado su proceso eruptivo a los 3 años de edad. Si el retraso es superior a 6 meses podría ser motivo de consulta con el odontopediatra.²⁸

No obstante un retraso en la erupción de la dentición temporal suele ir asociado a un retraso aún mayor en la erupción de la dentición definitiva.²⁸

²⁹ es.dreamstime.com

2.3.1 CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LA DENTICIÓN TEMPORAL.

La dentición temporal se extiende desde que erupciona el primer incisivo alrededor de los seis meses de nacido el niño y hasta los 6 años que brota el primer diente permanente, casi siempre el primer molar.³⁰

A continuación en esta cita mostraremos algunas de las características morfológicas que caracteriza la dentición temporal.

1) Forma de los arcos: La mayoría de los arcos dentarios primarios son semicirculares y parecen que sufren menos variaciones en su forma que los permanentes.³⁰

2) Numero de dientes: La dentición temporal consta de 20 dientes.³⁰

3) Tamaño de los dientes: Los incisivos y caninos son más pequeños que los permanentes. Los molares son mayores en su ancho mesiodistal que los bicúspides, sobre todo los segundos molares inferiores.³⁰

4) Forma de los dientes: Los dientes temporales tienen su forma característica que debe conocer el estomatólogo, sobre todo su gran diferencia a nivel de los molares, donde se observa los cuellos muy bien definidos.³⁰

5) Posición de los dientes: Los dientes temporales en denticiones normales deben ser mucho más verticales que los permanentes y con muy ligera inclinación mesial.³⁰

6) Diastemas: En la dentición temporal es normal la presencia de espacio entre los incisivos, conocidos como espacios de crecimiento y dispuestos para que los dientes permanentes.³⁰

2.3.2 CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DE LA DENTICIÓN TEMPORAL.

En esta cita mostraremos las características funcionales pertenecientes a la dentición temporal describiendo cada una de ellas.³¹

1.- Puesto que los dientes temporales se emplean para la preparación mecánica de los alimentos del niño para su digestión y asimilación durante uno de los períodos más activos de crecimiento y desarrollo, es indudable que sirva a una importante y crítica función que es la masticación.³¹

2.- Otro papel sobresaliente que desempeñan estos dientes es el de mantener el espacio en las arcadas dentarias para los dientes permanentes.³¹

3.-Mediante la función masticatoria los dientes temporales desempeñan también una función de estimulación del crecimiento de los maxilares en los tres planos del espacio (antero-posterior, transversal y vertical)

4.-Hay una cierta propensión a pasar por alto la importancia de la función de los dientes temporales en la estética del niño. Algunos se

³⁰Quishpe Castro RaissaAnabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016,pag.17

afectan psicológicamente y solicitan su reposición cuando pierden algún diente anterior temporal por trauma.³¹

5 - Una pérdida precoz y accidental de los dientes temporales anteriores pueden llevar a un trastorno en la fonación por dificultarse la pronunciación de los sonidos F, V, S y Z. Años después de la erupción de los dientes permanentes puede persistir la dificultad en la pronunciación de la S y Z, llegando en ocasiones a requerir una corrección fonética.³¹

2.4 DESARROLLO DE LA DENTICION PERMANENTE.

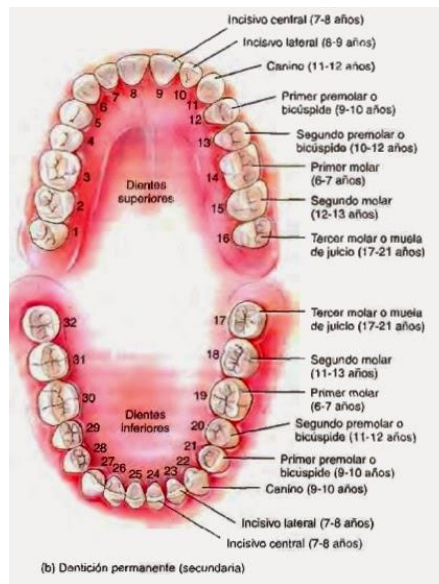
A partir de los 6 años de edad comienza la erupción de la dentición permanente que por lo general comienza con la pérdida y erupción de los incisivos y la aparición del primer molar permanente, lo cual nos indica que tenemos una dentición mixta, y esta va permaneciendo aproximadamente así hasta los 13 años de edad, para que finalmente prevalezca la dentición permanente.³²

En la siguiente cita nos define la doctora Barragán el desarrollo de la dentición permanente y las fases que la componen.³²

“A partir de los 6 años la dentición temporal va siendo sustituida por la dentición permanente y hasta se divide en tres fases.

³¹Quishpe Castro Raissa Anabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016, pag.18

1. Dentición mixta inicial, o primer periodo transicional: En esta fase erupcionan los incisivos y los primeros molares permanentes.³²
2. Periodo intertransicional, o silente: Este dura año y medio y no hay recambio dentario, hoy la dentición se compone por doce dientes temporales y doce permanentes.³²
3. Dentición mixta final, o segundo periodo transicional: Aquí cambian los cuatro caninos y los ocho molares, además erupcionan los segundos molares permanentes.³²



33

Imagen 10. Cronología de la Dentición Permanente.

En la anterior imagen extraída de internet podemos observar la dentición y nos marca la edad en que erupciona cada órgano dental.³²

³²BarragánCalderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.6

³³ www.propdental.es/erupcion-dental/dientes-permanentes/

2.4.1 CARACTERÍSTICAS MORFOLÓGICAS DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

Durante la evolución del hombre, ocurrieron cambios significativos en los dientes y los maxilares surgiendo la necesidad de que los dientes y el hueso se desarrollaran algo sincrónicamente para que la función de la oclusión pudiera ser facilitada y estudiando cada una de sus características podemos comprender como se desarrolla la oclusión permanente normal.³⁴

A continuación en esta cita mostraremos algunas de las carácter morfológicas que caracteriza la dentición permanente.

1.- Número: La dentición permanente consta de 32 dientes, aunque en la actualidad con la frecuencia tan elevada que se presentan en oligodoncia los terceros molares muchos autores consideran como normal 28 .³⁴

2.- Tamaño: Hay evidencias de que el tamaño dentario esta determinado genéticamente. El diámetro mesio-distal de los dientes permanentes ha sido estudiado por varios autores (Black, Moyersetc),los cuales han dado tablas de los valores normales existiendo diferencias según el autor en cuestión.³⁴

3.- Forma: Cada diente tiene su forma característica y mantiene cierta relación con la forma de la arcada y el tipo facial.³⁴

4.- Inclinación: Los dientes permanentes adoptan una mayor inclinación hacia vestibular que los temporales, lo cual contribuye a su ubicación en

el arco. En esto influye la raza así como las características individuales.³⁴

5.- Forma de los arcos: La forma de los arcos permanentes varía desde cuadrada, hasta triangular, siendo la más frecuente la ovoidea. No existen diastemas, y cada diente debe contactar con los dientes vecinos.³⁴

6.- Relación anteroposterior: Aquí debemos ver en primer lugar la relación de los primeros molares permanentes en oclusión, la cual debe ser de neutroclusión, o sea, que la cúspide mesiobucal del primer molar superior coincida con la fisura o surco mesiobucal del primer molar inferior. Estos molares fueron considerados por Angle como la llave de la oclusión. También debemos de observar que la relación de caninos sea de neutroclusión, o sea, que la cúspide de los caninos superiores coincidan al ocluir en la embrasura formada por el canino y el primer bicúspide inferior. Debe existir un resalte de cero, aunque se considera normal hasta 2 mm.³⁴

7.-Relación transversal: Cada diente del arco superior debe ocluir con el respectivo del arco inferior, y el que le sigue en sentido distal a excepción del tercer molar, y cada diente del arco inferior debe ocluir con su homólogo del arco superior y el que le continúa en sentido mesial, con la excepción del incisivo central inferior. En los segmentos laterales debe existir un resalte, o sea que las cúspides de los dientes posteriores superiores deben ocluir por vestibular de los inferiores. La línea media inferior debe coincidir con la superior y ambas con la línea media general.³⁴

8.- Relación vertical: En sentido vertical los dientes superiores deben cubrir el tercio incisal de los inferiores.³⁴

9.- Curva de Spee: Los arcos dentarios permanentes describen una curva abierta hacia arriba conocida como curva de Spee."³⁴

Es importante también que exista buena salud periodontal y que se realicen los movimientos mandibulares (lateralidad y protrusión) sin interferencias dentarias.

Es perfectamente correcto considerar como normal una boca en la que todos los dientes están presentes y ocluyendo de una manera sana, estable y grata, con variaciones en posición dentro de límites aceptables.³⁴

³⁴Quishpe Castro RaissaAnabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016, pag.21

2.4.2 CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

A continuación mostraremos las características funcionales pertenecientes a la dentición permanente describiendo cada una de ellas.³⁵

“La boca y los dientes tienen a su cargo muchas funciones:

- La masticación de los alimentos.
- Deglución.
- La fonación.
- La respiración.

Cuando el conducto nasal no puede proporcionar una cantidad suficiente de aire durante fuertes ejercicios musculares y estado de excitación emocional.³⁵

Por consiguiente, parece ser, que además de los músculos de los labios, mejilla, cara y lengua, los músculos de la masticación y de la deglución actúan con fuerza sobre los maxilares y los dientes, por lo que ninguna función del complejo dento-máxilo-facial es independiente en su desarrollo, siendo influida por el funcionamiento de las otras partes.³⁵

³⁵Quishpe Castro Raissa Anabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016, pag.24



Imagen 11. Características de la Dentición Permanente.

En la anterior imagen poder podemos observar las características ya mencionadas anteriormente, se observa una mayor numero de órganos dentales, los órganos dentales son mas grandes, la encía es mas fibrosa entre ente otras.³⁶

³⁶ www.researchgate.net

2.5 ALTERACIONES DE DESARROLLO MAXILOFACIAL.

Al crecer todas las toda las personas van teniendo varias discrepancias en la dentición y sea por algún diente retenido, diente impactado, algún golpe, alguna pérdida prematura de algún órgano dentario o alguna agenesia dental; a continuación hablaremos sobre algunas alteraciones de la dentición a través del desarrollo.³⁷

La normoclusión se refiere a la correcta relación que existe entre la arcada dentaria superior y la arcada dentaria inferior, a la cual, esta relacionada con el crecimiento armónico de ambos maxilares y sus estructuras ósea cartílago mucosas con la influencia del sistema neuromuscularvegetativo, de la función respiratoria, deglutoria, e incluso también de algunos hábitos viciosos.³⁷

En la anterior cita la Dra. Barragán nos habla de de lo importante de tener una oclusión correcta, o una oclusión ideal entre el maxilar y la mandíbula, lo cual dice que si hay una correcta oclusión dental, también ahí un correcto funcionamiento del sistema neuromusculavergetativo, una mejor respiración, y una mejor deglución entre otras.³⁷

A continuación la Dra. Barragán nos de a conocer algunas características fundamentales que debe tener una oclusión ideal.

³⁷Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.6

“Se a descrito cinco características que debe tener una oclusión normal:

- La oclusión dentaria normal es complejo estructural o compuesto de dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, hueso basal y muscular.
- Los planos inclinados que forman las caras oclusales de las cúspides y bordes incíales de los dientes deben guardar unas relaciones oclusales reciprocas definidas
- Cada uno de los dientes, asi como en conjunto, deben exhibir una posición correcta en equilibrio con las bases óseas con las que están implantados y con el resto de las estructuras óseas craneofaciles.
- Las relaciones proximales de cada uno de los dientes con los contiguos, así como sus inclinaciones axiales deben ser correctas para que exista una oclusión normal.
- Un crecimiento y desarrollo favorable del macizo óseo facial, dentro de una localización en armonía, con el resto de las estructuras craneales, son condicionales esenciales para que el aparato masticatorio exhiba una oclusión dentaria normal.”³⁸

Creo que estas cinco características que nos marca en la cita anterior la Dra. Barragán son tan esenciales y dispensables en la oclusión ideal ya que si alguno de estos tiene un desequilibrio, es un factor para desencadenar las maloclusiones.³⁸

³⁸Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.19

Pero cuando se altera el proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial o la implantación dentaria no es la esperable, entonces, se habla de una de una entidad conocida como maloclucion.³⁹

Sin embargo también la función masticatoria puede influir significativamente en el desarrollo dentofacial de dos maneras: cuando hay un mayor uso de los maxilares, con fuerzas de masticación mas intensas y o prolongadas, esto podría incrementar las dimensiones de los maxilares y de los arcos dentales. También podría influir en el grado de erupción dental, alterando así la altura de la parte inferior de la cara y las relaciones de sobremordida.³⁹

por lo anterior, la maloclucion es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognatico.³⁹

La transición de la dentición temporal a la permanente es de suma importancia por los cambios que comporta los cuales puede significar el comienzo de una maloclucion.³⁹

³⁹BarragánCalderón Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.19

2.6 MALOCLUSION.

En toda la humanidad, a través de todo el tiempo, han existido y seguirán existiendo las maloclusiones, y van a afectar al ser humano en alguna etapa de su vida, ya sea en la infancia en la vida adulta o la vejez, a continuación definiremos que es la maloclusión y hablaremos del concepto este y como afecta a la población.⁴⁰

La maloclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes de la mandíbula superior con los dientes de la mandíbula inferior. Esto incluiría sobremordidas, submordidas, mordidas abiertas y mordidas cruzadas. No hay un sistema específico de decidir qué tanta desalineación es demasiada. La maloclusión puede causar problemas con los dientes, tejido de la encía, articulación de la mandíbula, desarrollo del habla.⁴⁰

En la anterior definición nos dice que la maloclusión es cualquier contacto irregular de los dientes superiores con los dientes inferiores ocasionando sobremordida, submordida, mordida abierta o mordida cruzada y también puede causar problemas con los dientes antagonistas y las estructuras adyacentes y probablemente con el habla de la persona.⁴⁰

Son las maloclusiones que constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista profesional odontológico, siendo reportado a

⁴⁰ www.stanfordchildrens.org

nivel mundial ocupando el segundo lugar en prevalencia, seguido sólo de la caries dental.⁴¹

Sin duda estoy en acuerdo en esta cita ya que también creo que las maloclusiones ocupan un puesto muy importante a nivel mundial en la salud pública seguido de la higiene bucal, que da por consecuencia la caries.⁴¹

Son estas alteraciones oclusales, que trae como consecuencia en las estructuras óseas cráneos faciales afectando la articulación temporomandibular, sistemas neuromusculares u otros tejidos blandos, acompañados de sintomatología incómoda para el paciente, produciendo además modificaciones en la estética facial y en las funciones propias del sistema estomatognático como la masticación, deglución, respiración y fonación.⁴²

En esta otra definición de la maloclusión, concuerdo con la información ya que es cierto las maloclusiones traen como consecuencia en las estructuras óseas cráneos faciales afectando la articulación temporomandibular, sistemas neuromusculares u otros tejidos blandos, acompañados de sintomatología incómoda para el paciente, produciendo modificaciones en la estética y la función.⁴²

La posición inadecuada de los dientes en el maxilar y mandíbula, afecta la armonía y función del aparato estomatognático. Edward H. Angle realizó la clasificación de las maloclusiones en 1889.⁴³

⁴¹ Cruz Porras J. SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNICO SEGÚN EL ÍNDICE ESTÉTICO DENTAL DAI EN ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS, Lima, 2017, pag 35.

⁴² Cruz Porras J. SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNICO SEGÚN EL ÍNDICE ESTÉTICO DENTAL DAI EN ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS, Lima, 2017, pag 35.

Esta clasificación utiliza las relaciones mesiodistales de los dientes superiores e inferiores, por lo que se basaba solo y exclusiva en la relación oclusal de las primeras molares permanentes.⁴³

Las maloclusiones son variaciones clínicamente significativas. Se podría decir que es el resultado de una compleja relación entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo y no siempre es posible describir un factor desencadenante específico.⁴³

Por tanto concluimos con esta cinta que la maloclusion es la posición inadecuada de los dientes en el maxilar y mandíbula, y que afecta la armonía y la función del aparato estomagtognatico y quees el resultado de una compleja relación entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo y no siempre es posible describir un factor desencadenante específico.⁴³



Imagen 12. Maloclusion Dental.

⁴³ Cruz Porras J. SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNCICO SEGÚN EL ÍNDICE ESTÉTICO DENTAL DAI EN ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS, Liama, 2017, pag 35.

⁴⁴ faros.hsjdbcn.org/

Canut en 1989 dice que para diferenciar entre oclusión y maloclusión se realiza un análisis de las relaciones oclusales en una posición mandibular que se le llama: oclusión en relación céntrica condílea; se establece analizando el contacto de ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal, donde los cóndilos están en posición no forzada más posterior, superior y media dentro de las fosas glenoideas.⁴³

2.7 ETIOLOGIAS DE LAS MALOCLUCIONES.

En la actualidad y lo largo de mucho tiempo han existiendo varios factores o agentes causales que ocasionan las maloclusiones, que van desde edad, sexo, raza, edad, trabajo etc, a continuación presentaremos lo mas revolante acerca de estos agentes causales.⁴⁵

“Mayer reconoce que la gran mayoría de las deformidades son consecuencias de alteraciones tanto en los dientes como en el hueso y la musculatura, por lo tanto las maloclusiones pueden ser de origen dentario, muscular y óseo.”⁴⁵

En la anterior cita nos dice que Mayer realizo un clasificación para detectar los tipos de las maloclusiones identificando si son óseas, dentarias o musculares las cuales siguientes.⁴⁵

⁴⁵Barragán Calderón Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUCIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.8

De Origen Dentario:

Los dientes pueden ser un sitio primario en la etiología de la deformidad dentofacial en muchas formas; pues la variación en cuanto a tamaño, forma número o posición de los dientes puede producir una maloclusión. Se debe tomar en cuenta la posibilidad de que la mal posición de los dientes pueda inducir una mal función e indirectamente a través de ella, alterar el crecimiento del hueso.⁴⁶

De Origen Muscular:

Son las anomalías cuya causa principal es un desvío de la función normal de la musculatura como el hecho de que los patrones de contracción no se adaptan ante los desequilibrios esqueléticos o a las mal posiciones dentarias.⁴⁶

De Origen Óseo:

Como los huesos de la cara sirven como base para los arcos dentarios, las aberraciones en su morfología o crecimiento pueden alterar las relaciones y el funcionamiento oclusal. De hecho muchas de las mal oclusiones graves más comunes son el resultado de desequilibrio esquelético craneofacial.⁴⁶

En esta categoría se encuentran las displacias óseas, involucrando los problemas de tamaño, forma, posición, proporción o crecimiento anormales de cualquier hueso de l cráneo de la cara.⁴⁶

Por otro lado también tenemos la clasificacióndeGraver, Graver hizo su propia clasificación diciendo que hay otros factores de la maloclusion, los cuales presentamos a continuación.⁴⁷

En el año de 1966, Graver dividió la etiología de las mal posiciones en factores intrínsecos locales y extrínsecos o generales.⁴⁷

Dentro los factores extrínsecos o generales se encuentran: la herencia, los defectos congénitos, factores ambientales, ambiente metabólico y enfermedades pre disponentes, problemas dietéticos, hábitos y presiones anormales; postura, accidentes y traumatismos.⁴⁷

Los hábitos parafuncionales se encuentran dentro los factores generales por que ciertos hábitos producen la rotura del equilibrio neuromuscular que se establece entre las fuerzas externas ejercida por los músculos, bucinador y orbiculares y las fuerzas internas mantenidas por la lengua.⁴⁷

En cuanto a los factores intrínsecos o locales están implicados: las anomalías en número, tamaño, forma y erupción de los dientes; frenillos anormales, la caries, perdida prematura de dietes, retención prolongada

⁴⁶BarragánCalderón Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.9

de dientes, erupción dental tardía, anquilosis y restauraciones dentales inadecuadas.⁴⁷

En esta clasificación encontramos que encontramos puntos muy importantes que otros autores no tomaron en cuenta, Graver toma en cuenta desde, herencia, genética, ambiente, enfermedades, tamaño, forma perdidas, retenciones, entre otras, las cuales se me hacen muy interesantes ya que otros autores no las mencionan.⁴⁷

Otra clasificación de los factores etiológicos de las maloclusiones fue propuesta por Korkhaus.⁴⁸

En 1939 Korkhaus, indica que los factores pueden ser de origen endógeno y exógeno. Dentro de los de origen endógeno se encuentran aquellos que tienen origen sistémico u orgánico general, mientras que los de origen exógeno son aquellos que actuarían más directamente sobre las estructuras bucodentarias y que provienen de factores externos o extraños al organismo.⁴⁸

Korkhaus nos da su clasificación de las etiologías de las maloclusiones un poco menos extensas pero entendibles ya observando las otras dos clasificaciones de Graver y Mayer ya antes vistas.⁴⁸

⁴⁷Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.19

⁴⁸Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.19

CAPITULO 3.

HÁBITO Y TIPOS DE HABITOS.

3.1 HÁBITO.

Nos referimos a un hábito cuando hacemos referencia a un acto que tomamos por costumbre, es una acción que alguien realiza tantas veces que se vuelve un hábito para las personas.⁵⁰

Los hábitos por lo general son movimientos sencillos de las personas para complementar su vida de momentos y funciones, muchas veces un hábito puede ser una distracción para quien lo realizan, son costumbres, propias del ser humano que se adaptan al entorno que los rodea.⁵⁰

Los hábitos pueden ser los correspondientes de una manía, la cual llega a convertirse en obsesión en ciertos casos.⁵⁰



Imagen 13. Hábitos.

⁴⁹<http://maestrotic04.blogspot.com>

Con origen en el término latino *habitus*, hábito es un concepto con múltiples acepciones. Puede tratarse de la vestimenta o uniforme que un sujeto utiliza de acuerdo a su condición o estado. El uso más frecuente de la noción está vinculado al hábito pernicioso.⁵⁰

Desde un punto de vista más psicológico, podemos afirmar que el ser humano es capaz de acostumbrarse a una acción, al punto de necesitarla para estar bien consigo mismo.⁵⁰

Los hábitos dentro de Odontología pueden ocasionar alteraciones de estructura en todos los tejidos adyacentes ocasionando problemas fisiológicos que bloquean el buen funcionamiento estructural.⁵⁰

3.2 HÁBITO PARAFUNCIONAL.

Antes de hablar sobre las parafunciones orales debemos distinguir entre el concepto de función y de parafunción.⁵¹

Entendemos por funciones aquellas que tienen sentido, son voluntarias y necesarias, como por ejemplo la masticación y deglución, mientras que las parafunciones no tienen sentido útil, son involuntarias e incluso desconocidas por la propia persona.⁵¹

Las parafunciones son aquellos movimientos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, son involuntarios e incluso desconocidos por la propia persona.⁵¹

⁵⁰<https://definicion.de/habitos/>

⁵¹ KARINA MARICELA YAGUANA VALVERDE, PREVALENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, AÑO 2014.

Son patrones de contracción muscular anormal de naturaleza compleja que se aprenden, terminan por hacerse inconscientes e involuntarios y se ejecutan en forma mecánica. (Sandoval, 2011)⁵²

Un hábito parafuncional oral, como la respiración bucal, la interposición lingual o la succión digital entre otros, puede generar problemas de alimentación ya que, si no contactan los incisivos superiores e inferiores, no puede llevarse a cabo la primera fase de la masticación, que es la aprehensión de los alimentos por los incisivos (Martín Sanjuán, 2011)⁵²

Etiología Los hábitos bucales parafuncionales provienen de la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente. Los hábitos bucales parafuncionales son unos de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares.(Rosales Jauregui, 2013)⁵²



Imagen 14.Hábitos Parafuncionales.

⁵² KARINA MARICELA YAGUANA VALVERDE, PREVALENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, AÑO 2014.

⁵³<https://definicion.de/habitos/>

3.3 HABITOS ORALES.

Todos los hábitos orofaciales son modos de actuar sistémicos en condiciones de práctica diaria, estos patrones aprendidos de contracción muscular son de naturaleza muy compleja.⁵⁴

Se dice que en el individuo aprende a actuar de manera progresiva, además, con cada repetición, el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será reflejando a una acción inconsciente.⁵⁴

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida de reiterar un mismo acto, el cual, con cada repetición se vuelve menos consciente y cuando persiste es relegado completamente al inconsciente. Estas costumbres son adquiridas a partir de causas externas que producen un desequilibrio interior.⁵⁴

Se considera correcto cuando, como consecuencia de su funcionalismo, admitido como normal, promueven un equilibrio orofacial y una mordida normal.⁵⁴

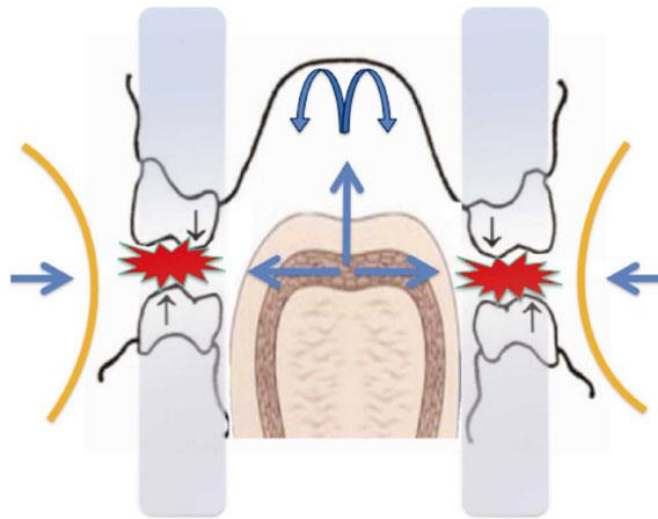
Esto es porque sirve como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares y de las estructuras craneofaciales. En el niño dan lugar a un crecimiento adecuado de las estructuras influenciadas por su acción.⁵⁴

Sin embargo, existen dos tipos de hábitos, fisiológicos, y no fisiológicos:

- Hábitos fisiológicos

Son aquellos que nacen con el individuo dentro de estos se encuentran el mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal.⁵⁴

⁵⁴ estudidentalbarcelona.com



55

Imagen 15. Deglución.

- Hábitos No Fisiológicos.

Son aquellos que ejercen fuerza perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica, y la respiración bucal entre ellos.⁵⁴

Es importante destacar que la deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores.⁵⁴

- La edad en que se inicia, esto quiere decir que mientras antes comience este mal hábito mayor será el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.⁵⁴
- El tiempo, ya sea minutos y horas, que dure el hábito.⁵⁴
- La frecuencia, es decir el número de veces al día.⁵⁴

⁵⁵ www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/

Cuando estos tres componentes, intensidad, fuerza y duración, aparecen con especial énfasis, se van a presentar cambios en la dentición, y entonces, aparecen fuerzas musculares compensatorias que producen una maloclusión totalmente desarrollada, como una mordida cruzada posterior.⁵⁴

En algunos casos también se puede llegar a presentar defectos en la fonética o lenguaje, especialmente en vocablos que utilicen la letra s y z.⁵⁴

Las funciones neuromusculares o variaciones de tensión, dirección o posición de los músculos ante la presencia de hábitos afectan el movimiento de los huesos en la forma de los mismos, especialmente en edades escolares, cuando el niño está en proceso de crecimiento y desarrollo.⁵⁴

3.4 HÁBITO DE MORDER OBJETOS.

En la odontología existen varios tipos de hábitos que van relacionados con la cavidad oral y objetos de utilidad diaria.⁵⁷

El chupar habitualmente lápices, chupetes, plumas y otros objetos duros puede ser tan perjudicial para el crecimiento facial como la succión del pulgar o de otros dedos.⁵⁷

En el caso de la interposición de objetos dependerá de su tamaño el tipo de mordida abierta que se producirá, ya sea en el sector anterior o posterior.⁵⁷



56

Imagen 16. Morder Objetos.

Morder el bolígrafo o el lápiz el significado de este gesto tan habitual depende de la intensidad con que se realiza. Si simplemente se acerca el bolígrafo a la boca y lo roza con los labios puede significar que intenta confirmar una idea o un argumento, es un modo de reafirmar la confianza en sí mismo. En cambio, si literalmente devora el bolígrafo, lo deforma y lo destroza denota un importante estado nervioso.(Taringa, 2010)⁵⁷

Morder la tapa del bolígrafo un hábito muy poco saludable para tus dientes. Ya que morder el bolígrafo tiene un efecto muy parecido al de morderse las uñas, e incluso puede que sea peor, ya que el bolígrafo lo vamos dejando en la mesa, en el cuaderno. (Martinez , 2011) ⁵⁷

Es así que podemos considerar que este hábito parafuncional es poco higiénico, pues al ser manipulado por más de una persona se convierte en un refugio para las bacterias. Por lo tanto desde el momento en que se coloca el bolígrafo en la boca se introducen las bacterias directamente al cuerpo. Como cualquier otra costumbre, este mal hábito

⁵⁶ www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n9/e2.html

puede eliminarse. Sin embargo se debe estar alerta las veces que se lo intente y verdaderamente evitarlo.⁵⁷

3.5 SUCCIÓN DIGITAL.

Este hábito se considera normal hasta los dos años, donde se completa la dentición y comienza la masticación. La succión del dedo, a partir de esta edad, es considerada un malhábito que provoca un desequilibrio en el sistema muscular, pues permite que las fuerzas de las mejillas deformen el maxilar.⁵⁸

Además la lengua adquiere una posición más baja y no se encuentra adosada al paladar, provocando compresión y mal posición dentaria.⁵⁸

Las consecuencias de la succión digital son: protrusión de los incisivos superiores con o sindiastema, retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, estrechamiento de la arcada superior, mordida cruzada posterior y dimensión vertical aumentada.⁵⁸

La relación entre la mordida abierta anterior y la succión digital se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Cuando se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación.⁵⁸

⁵⁷ KARINA MARICELA YAGUANA VALVERDE, PREVALENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES EN LAS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL, AÑO 2014.

⁵⁸ Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013



Imagen 17. Succión Digital.

Entonces, el dedo interpuesto, impide directamente la erupción de los incisivos, pero también, al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y, como resultado, la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias mayores.⁶⁰

Por el contrario, parece razonablemente claro que el maxilar superior no se desarrolla a lo alto por una alteración en el equilibrio entre la presión de las mejillas y la de la lengua.⁶⁰

Si se introduce el pulgar entre los dientes, la lengua debe descender, con lo que disminuye la presión que ejerce la misma sobre la cara lingual de los dientes posteriores superiores, al mismo tiempo que se

⁵⁹ www.prodpental.es/blog/ortodoncia/clasificacion-de-los-habitos-orales/

incrementa la presión de las mejillas sobre esos dientes al contraerse el buccinador durante la succión.⁶⁰

El aumento de la sobremordida horizontal hace que la deglución sea difícil; cuando la deglución ocurre, los labios generalmente contienen los dientes; en el hábito de succión, el labio inferior se acomoda en la superficie lingual de los incisivos superiores empujándolos más hacia afuera.⁶⁰

Esta actividad anormal del labio inferior provoca que se aplane aún más. Los efectos de la succión digital no sólo dependen de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, sino también del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogénético.⁶⁰

La duración del hábito es importante y si éste se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente.⁶⁰

La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final.⁶⁰

En cuanto a la intensidad se debe considerar que hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral.⁶⁰

⁶⁰Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013

3.6 RESPIRACION BUCAL.

Esta adaptación trae como consecuencias una serie de cambios, faciales, craneales, dentales, posturales y fisiológicos en el paciente con síndrome de respiración bucal.⁶¹

La respiración bucal se ocasiona por una obstrucción nasal, que puede provocarse por una desviación del tabique nasal, adenoides, rinitis alérgica, asma y bronquitis, presencia de pólipos nasales, hipertrofia idiopática de los cornetes, inflamación de la mucosa por infecciones y falta de aseo nasal.⁶¹



62

Imagen 18. Respirador Bucal.

En este hábito la lengua adopta una posición baja para que pueda circular el aire por la boca, esto produce una serie de cambios como son la apertura bucal permanente por hipotonicidad labial, un crecimiento transversal mandibular, freno del crecimiento transversal

⁶¹Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Agosto 2011.

⁶² <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>

maxilar, elevación de la bóveda palatina dándole forma de paladar ojival y al haber estrechamiento de este provoca que disminuya el espacio para la erupción dental definitiva, dando lugar al apiñamiento; también se pierde el contacto palatino, hay debilidad de la musculatura facial con aumento del tercio inferior de la cara, retrognatismo del maxilar inferior, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, músculo de la borla del mentón hipertónico, perfil convexo, enfermedades respiratorias, deformaciones óseas; y otros signos son la alteración de la curvatura cervical, tórax hendido, pie plano y extremidades inferiores con forma de x.⁶¹

3.7 INTERPOSICION Y SUCCION LABIAL.

Se da cuando el niño interpone el labio, casi siempre el inferior, entre los incisivos inferiores y superiores, se puede dar en el momento de la deglución, o también en reposo.⁶³

Los niños que succionan, a veces lo hacen como sustitución de la succión digital. Como hay una posición anormal del labio inferior por palatino de los incisivos superiores se provoca una fuerza que lleva a estos dientes hacia adelante y a los inferiores hacia adentro, dando lugar a un excesivo resalte o una mordida abierta anterior, pues aumenta el overjet y, además se pueden producir diastemas; todo este cuadro se agrava con la inclinación lingual de los incisivos inferiores.⁶³

⁶³ Oscar López Meneses, Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua, Año 2014.



Imagen 19. Paciente con Interposición Labial.

Se puede observar que el labio inferior se presenta con una irritación roja y agrietada. La base fisiopatológica de este hábito es el exceso de tensión a nivel del músculo orbicular inferior y del músculo del mentón.⁶⁴

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto.⁶⁵

En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.⁶⁵

Los incisivos inferiores de esta manera se inclina en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto.⁶⁵

⁶⁴ jomm.es/cirugia-ortognatica/malocclusion-dental/

⁶⁵ Oscar López Meneses, Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de 3 y 4 años del Centro Pre-escolar de Aplicación Arlen Siu de la UNAN-Managua, Año 2014.

Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores (Blanco & Quiroz, 2013).⁶⁵

3.8 DEGLUCIÓN ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LINGUAL Y LABIAL.

La deglución es el paso que sigue a la masticación y su objetivo es el paso del bolo alimenticio desde la boca al estómago; Se trata de un hábito oral fisiológico.⁶⁶

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta de la lengua se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colaboran en el sello labial; a esto se le conoce como deglución infantil.⁶⁶

Según algunos autores hasta los tres años de edad se acepta como normal que el niño mantenga separadas las arcadas en el momento de la deglución; pues después se dará lugar a la deglución adulta .⁶⁶

⁶⁶ Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013



67

Imagen 20. Interposición Lingual.

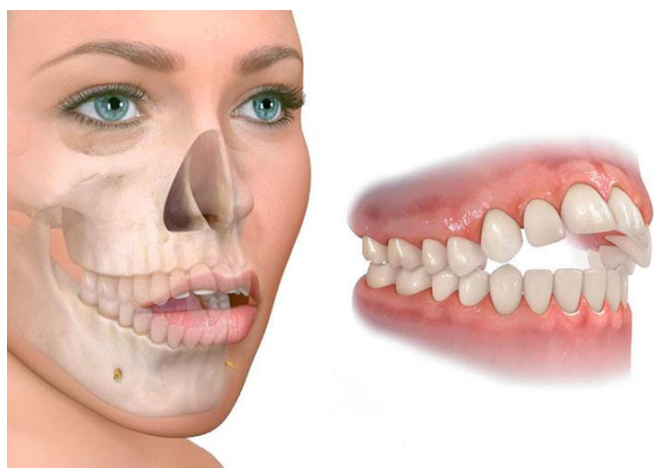
La deglución adulta normal es aquella que al momento de tragar los labios contactan sin esfuerzo, la lengua se apoya en el paladar, los dientes superiores e inferiores están apretados, es decir, en contacto intercuspídeo; la mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura, es decir, no se mueve, por el quinto par: no hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurriría en el niño; la lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.⁶⁶

Sin embargo, en ocasiones se pueden observa problemas derivados de la persistencia de una deglución infantil en edades maduras, entonces se habla de una deglución atípica, anormal o deglución infantil conservada.⁶⁶

⁶⁷ www.propdental.es/ortodoncia/malocclusion/

3.8.1 DEGLUCIÓN ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LINGUAL.

La interposición lingual o lengua protráctil, consiste en la acción de empuja o proyectar la lengua hacia adelante, entre los incisivos superiores e inferiores, en el momento de la deglución, por lo que los dientes no entran en contacto.⁶⁸



69

Imagen 21. Deglución Atípica.

Puede ser de dos tipos: Deglución con empuje lingual simple y complejo.

Deglución con empuje lingual simple: Ésta se encuentra habitualmente asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado, esto ocurre porque a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta y así mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.⁶⁸

⁶⁸ Barragán Calderón Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013

⁶⁹ www.prodentel.es/ortodoncia/malocclusion/

Deglución con empuje lingual complejo: Muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, faringitis. En estos casos la mandíbula cae reflejamente separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición más confortable.⁶⁸

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual como:

- La presencia de macroglosia: la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, tiene que adoptar una posición más adelantada.⁶⁸
- Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua.⁶⁸
- Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.⁶⁸
- Pérdida prematura de los dientes temporales.⁶⁸
- Tratamiento ortodóncico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente.⁶⁸

La presencia de este hábito puede ocasionar: a nivel maxilar una vestibuloversión de los incisivos superiores, prognatismo maxilar,

disminución del diámetro transversal del maxilar, así como la formación de un diastema central. A nivel mandibular puede ocasionar legalización de los incisivos inferiores.⁷⁰

Y en cuanto a la relación entre las arcadas produce alteraciones en el plano sagital, pues si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1, pero si la lengua está en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.⁷⁰

Se puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple.⁷⁰

Sin embargo, se debe considerar que cuando los incisivos superiores han sido vestibularizados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior, de esta manera, un simple empuje lingual va necesariamente asociado con un hábito de succión digital; esto quiere decir que el simple empuje lingual no causa la mordida abierta, sino que se trata de una posición lingual anormal adaptativa durante la deglución.⁷⁰

⁷⁰Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013

3.8.2 DEGLUCIÓN ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LABIAL.

En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.⁷²



71

Imagen 22. Interposición Labial.

Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto.⁷²

⁷¹ www.stanfordchildrens.org

⁷² Vanessa Blanco Reyes, Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones, Venezuela, 2013.

Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida.⁷²

El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.⁷²

3.9 BRUXISMO.

El bruxismo es un hábito oral que consiste en apretamiento o rechinar espasmódico rítmico e involuntario de los dientes, fundamentalmente durante el sueño nocturno, y especialmente los dientes posteriores.⁷³

Las fuerzas tensionales que se producen al apretar ocasionan presión de los músculos, los tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula, esto produce trastornos en la articulación temporomandibular, dolores de cabeza, de oído, lesiones en los dientes y en el parodonto.⁷³

⁷³ Barragán Calderón Perla X. FRECUENCIA DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCCLUSIONES DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013



Imagen 23. Bruxismo Nocturno.

Si usted despierta con dolor en los músculos faciales o dolor de cabeza, puede estar presentando bruxismo (apretar y rechinar los dientes). El bruxismo provoca que los dientes duelan o se aflojen y llegan literalmente a pulverizarse o desmoronarse. Además de destruir el hueso que soporta el diente y causar problemas de articulación, tal como el síndrome de la articulación temporomandibular.⁷⁵

Dentro de la anterior cita encontramos que este tipo de patologías ocasionan dolores musculares en toda la periferia de la cara, así como también de la cabeza, también ocasiona movilidad dental y desgaste oclusal al ejercerse una fuerza excesiva.⁷⁵

El bruxismo dental es el término con el que se conoce comúnmente al apretar y rechinar de dientes. Éste se puede producir tanto durante el día como durante la noche de manera inconsciente al dormir.⁷⁶

Las personas que lo padecen aprietan fuertemente los dientes y los mueven de atrás hacia delante y viceversa, produciendo el desgaste de

⁷⁴www.colgate.com

⁷⁵www.colgate.com

las piezas. Es más habitual y evidentemente más difícil de controlar el relacionado con el sueño.⁷⁶

En la cita anterior podemos ver claramente otra definición de bruxismo que no ocupa muchos términos odontológicos que por su facilidad es entendible para cualquier público y se concluye que es el desgaste de las capas del diente a causa de un exceso de fuerza que se aplica inconscientemente.⁷⁶

El bruxismo ocasiona sobre los dientes una pérdida de tejido, la cual es de 20 a 38 mm por año. Existe la pérdida patológica no cariosa de la estructura dental como la atrición, la cual es la pérdida de sustancia dentaria o de la restauración causada por la masticación o los contactos entre las superficies oclusales o proximales de los dientes y afecta principalmente las superficies incisales y oclusales de los dientes.⁷⁶

En estos casos, el individuo no es consciente del apretamiento o rechinar, pero al examen clínico puede revelar facetas de desgaste, lengua agrietada y escaras en la mucosa oral.⁷⁶

El bruxismo severo eleva el riesgo de fracturas dentales, de restauraciones y prótesis dentales.⁷⁶

⁷⁶www.clinicaindautxu.com/bruxismo-dental/



Imagen 24. Paciente Bruxista.

En cuanto a la etiología del bruxismo se encuentran: maloclusión por contactos prematuros debido a malposiciones dentales o por restauraciones que interfieren en el buen engranaje dental al ocluir; esto se debe porque al no haber una oclusión satisfactoria, se genera un estímulo nervioso que induce a movimientos mandibulares continuos con el objetivo de pulir el contacto prematuro o la interferencia.⁷⁶

Otra causa es por la morfología, ya que si un niño presenta una cavidad glenoidea plana, requerirá unas superficies oclusales planas, que las logra a través del bruxismo; en este caso el bruxismo tendría una característica fisiológica.⁷⁶

Sin embargo, en la actualidad la teoría psicológica va en ascenso; se considera que no es probable que las interferencias oclusales, o inadecuada alineación de los dientes, contribuyan a ocasionar bruxismo por sí solas sino cuando se combinan con tensión psíquica y siempre que exista un factor predisponente, la tensión emocional puede desencadenar el hábito.⁷⁶

⁷⁷cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/bruxismo.html

3.10 ONICOFAGIA.

Este hábito es poco usual antes de los tres a seis años de edad. Se ha señalado que el número de personas que se muerden las uñas incrementa hasta la adolescencia, aunque se dispone de poca información al respecto los daños colaterales pueden ser graves, es por eso que se tendrá que establecer un protocolo de atención para este tipo de pacientes.⁷⁸

La onicofagia es un hábito compulsivo que se manifiesta en que la persona que lo sufre se come las uñas. Con el tiempo puede provocar múltiples lesiones físicas tales como problemas en los dientes, deformación de la cutícula, formación de verrugas, infecciones, afectación por hongos o bacterias e incluso la elevación de los bordes laterales del dedo.⁷⁸

En la anterior cita encontramos las principales trastornos y alteraciones que producen secuelas anatómicas y fisiológicas. Se mencionan las deformidades y los posibles contagios a causa de hongos y bacterias.⁷⁸

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de mal posiciones dentarias y alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión y astillamiento.⁷⁸

Según la Academia de Odontología General, los niños o adultos que se comen las uñas podrían romper, astillar o desgastar sus dientes frontales debido al estrés causado al morder. Y aquellos que utilizan brackets ponen sus dientes en mayor riesgo de reabsorción radicular

⁷⁸www.psicoadapta.es/blog/onicofagia-comerse-las-unas/

(una reducción de las raíces) o pérdida dental, ya que los brackets ya ponen bastante presión en los dientes.⁷⁹

Cuando los niños se muerden constantemente las uñas, aparecen lesiones y desgastes en el relieve de los incisivos y en el esmalte. Este mal además de crear alteraciones dentarias también afecta la higiene de todo el aparato estomatognático.⁷⁹

Este tipo de alteraciones puede afectar ocasionando reabsorciones al utilizar aparatología. Otras alteraciones que se pueden ocasionar son las heridas en dedos, lechos linguales, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones como verrugas perilinguales, padrastrós, infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral.⁷⁹



80

Imagen 25. Onicofagia.

⁷⁹www.ada.org

⁸⁰www.colgate.com/es-mx/oral

Cuando la onicofagia se asocia con morder y masticar la cutícula y la piel peringueal, la lámina ungueal suele mostrar alteraciones superficiales y melanoniquia secundaria a la activación de melanocitos.

La onicofagia se caracteriza por dos formas distintas: onicofagia leve, que, como hábito, puede ser un modo de acicalamiento en donde solo se controla la longitud del largo de las uñas y la onicofagia grave definida como mordida más allá del borde libre de la uña, por debajo del margen de los tejidos blandos, con un patrón de daño importante como dolor, sangrado e infecciones, donde sus consecuencias son poco estéticas y saludables, además, también se puede clasificar como una libre mutilación ya que se trata de un acto deliberado.⁸¹

En casos extremos se ha llegado a observar personas que llegan a comerse las uñas causando irritación en el estómago trayendo consigo complicaciones de salud, lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y se mezclen con las heces al final del trayecto o en su defecto, provoquen la proliferación de lombrices en el organismo, debido a las bacterias acumuladas en el resto ungueal de la uña.⁸¹

Algunos consideran que dicho hábito es manifestación de aumento en la tensión emocional, también tiene un origen ansioso, y muchos niños nerviosos y tensos presentan frecuentemente este hábito, añadiéndole el desajuste social y psicológico.⁸¹

⁸¹ Magno Alejandro Muñoz Carriel, "INFLUENCIA DE LA ONICOFAGIA SOBRE LA PÉRDIDA DE LOS PUNTOS DE CONTACTO, Guayaquil, julio 2014.



Imagen n.26 patología por Onicofagia.

En la anterior imagen podemos ver claramente patología ocasionada a causa de la onicofagia producida por una bacteria en el dorso de la lengua ocasionando malestares crónicos patológicos.⁸²

3.11 TRASCENDENCIA SOCIAL DE LA MALOCLUSIÓN.

La estética juega un papel muy importante entre la sociedad y la aceptación propia, al padecer alguna maloclusión esto nos lleva a que la persona que padece este tipo de problemas funcionales, mantenga una baja autoestima, ocasionando problemas sociales y una mala integración ante la sociedad.⁸³

La posible influencia negativa de la deformidad dentofacial sobre el bienestar físico y social de los niños es aceptada fácilmente por la mayor parte de las personas. Sin embargo, existe un desacuerdo considerable acerca de si el deterioro estético de la cara es causa suficiente para el tratamiento. La justificación que subyace a las

⁸²http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid

recomendaciones terapéuticas basadas en el deterioro de la estética proviene de la creencia de que un aspecto deteriorado derivado de una maloclusión afecta de forma adversa a la reacción de otras personas, que a vez puede llevar a una baja autoestima, una mala integración social y trastornos afectivos.⁸³

La anterior cita nos hace referencia a los problemas de autoestima que un paciente puede tener, así como su forma de interactuar con la sociedad y lo más importantes los trastornos afectivos que ocurren en edades tempranas al no tener conciencia que son problemas anatómicos dentro de la fisiología del ser humano, se crean perfiles de incongruencia y de rechazo.⁸³

La justificación opuesta es que los individuos sanos desde un punto de vista psicológico pueden adaptarse a su aspecto y que la baja autoestima derivado de alguna otra causa, además de la maloclusión, es la responsable de cualquier autovaloración negativa que pueda existir.⁸⁴

El entorno social en el cual se desarrolla el paciente afectara mucho ya que este tipo de pacientes estan expuestos a comentarios y burlas por su apariencia antes de un tratamiento ortodontico o durante este mismo por utilizar aparatologia que representa algo fuera de lo comun.⁸⁴

⁸³BarragánCalderón P. "Frecuencia de hábitos perniciosos y tipo de maloclusion de angle y deweyanderson, en una población infantil de Iztapalapa, 2012-2013"UNAM, Meexico, 2013,Pag. 18.

⁸⁴BarragánCalderón P. "Frecuencia de hábitos perniciosos y tipo de maloclusion de angle y deweyanderson, en una población infantil de Iztapalapa, 2012-2013"UNAM, México, 2013,Pag. 18.

La **maloclusión** es actualmente uno de los problemas de salud oral más comunes entre los niños y adolescentes de 5 a 11 años.



85

Imagen 27. Tratamiento con Ortodoncia de Maloclusion en Niño.

Dentro de la anterior imagen extraída del internet podemos ver claramente tejidos bucales y adyacentes a los órganos dentales en donde se representa un plan de tratamiento el inicio y final, representando claramente las maloclusiones.⁸⁵

Dentro de un estudio que se llevó a cabo hallaron que después de la altura, el peso y el cabello, el aspecto de los dientes era el cuarto motivo más común de burlas entre los de su edad.⁸⁴

Sin embargo, las burlas derivadas de la maloclusión dieron lugar a fuertes sentimientos de intranquilidad y tormento con una frecuencia significativamente mayor que con otros tipos de burlas ya que representan una agresión subjetiva y generan sentimientos negativos.⁸⁴

⁸⁵<http://www.institutodesaludbucal.com>

En lo personal la sociedad ha cambiado ya quedentro de la tendencia actual hacia los cuidados médicos y dentales universales, el argumento acerca de los beneficios de corregir la deformidad dentofacial se convierte en un aspecto importante de la salud pública y representa un grado de severidad enorme. La sociedad moderna no quiere negar el tratamiento a un niño que puede obtener un beneficio social y psicológico del tratamiento ortodóntico u ortognático por que el conocimiento arroja grandes cambios para este tipo de pacientes.⁸⁴

VARIABLES.

Variables	Definición	Tipo	Categoría	Categoría de 13 a 15	Técnica
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Independiente	De 6 a 8	De 13 a 15	investigación
Genero	Características fenotípicas del individuo	Independiente	Masculino femenino	Masculino Femenino	investigación
Presencia de hábitos	Son aquellos que ejercen fuerzas contra los maxilares y afectan el crecimiento maxilofacial	Independiente			investigación
Succión digital	Hábito donde se introduce el dedo pulgar u otro dedo, en la boca, ejerciendo una Fuerza excesiva Sobre el maxilar superior	Independiente	Si Si	No No	investigación
Succión labial	Ocurre cuando se interpone el labio, casi siempre el inferior, entre los incisivos inferiores y superiores, en estado de reposo.	Independiente	Si No	No No	Investigación
Morder objetos	Se interponen objetos entre los incisivos superiores e inferiores	Independiente	Si Si	Si Si	investigacion
Deglución atípica con interposición lingual y labial	Hábitos donde al momento de la deglución la lengua se proyecta hacia adelante separando los incisivos superiores e inferiores, o cuando la selladura anterior se realiza mediante una fuerte contracción del labio inferior, respectivamente.	Independiente	Si No	Si No	investigacion

Respiración bucal	Hábito donde la respiración se realiza por la boca por lo que la lengua adopta una posición baja para que pueda circular el aire por la boca.	Independiente	Si No	Si No	Investigación
Bruxismo	Apretamiento o rechinariento espasmódico, rítmico e involuntario de los dientes.	Independiente	Si Si	Si Si	Investigación
Onicofagia	Se refiere al hábito de morderse las uñas	Independiente	Si No	Si Si	Investigación
Tipo de Maloclusión según Angle	Son aquellas donde hay distintas relaciones mesiodistales de los dientes y dependen de la posición sagital de los primeros molares permanentes	Dependiente	Clase I: cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Clase II: cúspide Mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior. Clase III: cúspide Mesiovestibular del primer molar		Criterios de diagnóstico de la clasificación de Angle

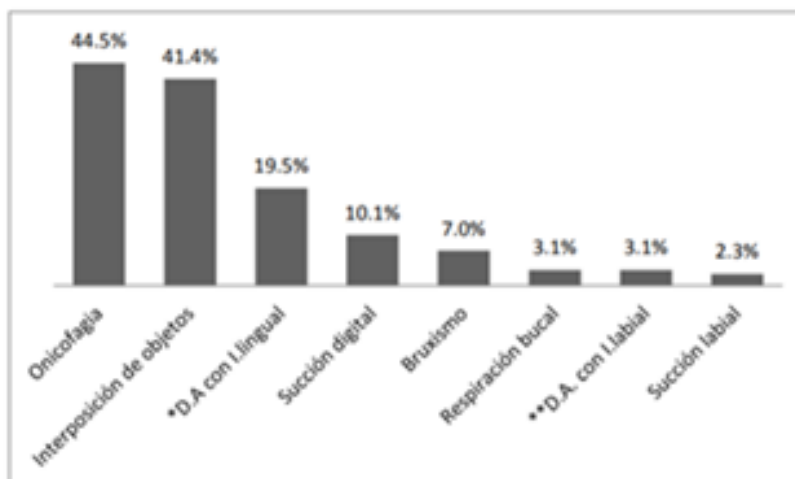
RESULTADOS.

A continuación presentaremos algunos resultados de investigación de hábitos parafuncionales según.

Cuadro 1. Frecuencia de los diferentes hábitos perniciosos

Hábito	N ^o	%
Onicofagia	57	44.5%
Interposición de objetos	53	41.4%
Deglución atípica con interposición lingual	25	19.5%
Succión digital	13	10.1%
Bruxismo	9	7.0%
Deglución atípica con interposición labial	4	3.1%
Respiración bucal	4	3.1%
Succión labial	3	2.3%

Los hábitos parafuncionales más registrados fueron la Onicofagia y la morder objetos, ya que se realizan más inconscientemente.



CONCLUSIONES.


- La frecuencia de hábitos parafuncionales nos indica que los hábitos afectan mas frecuentes a hombres que a las mujeres.
- El grupo de edad más afectado por hábitos parafuncionales fue el de 13 a 15 años.
- La onicofagia y la interposición de objetos fueron los hábitos perniciosos que se encontraron con mayor frecuencia.
- De acuerdo a la Clase I Angle, la mordida abierta se presentó con mayor frecuencia en la población con hábitos parafuncionales.
- Los hábitos en niños de 6 a 8 años son mas fáciles de evitar.
- que en los adolescentes.
- La maloclusión no es una enfermedad sino una variación morfológica, la cual puede o no estar asociada a una condición patológica.
- La prevalencia de maloclusiones en jóvenes oscila entre 39 y 93%³, y difiere según el grupo etario y étnico, el método de registro y la presencia de síndromes.

- Las características más frecuentes de maloclusión son la presencia de Clase II en relación molar y el apiñamiento.
- De igual forma, los principales factores etiológicos para desarrollar maloclusiones se asocian a aspectos genéticos, ambientales, una combinación de los dos, o a veces otros de tipo local como hábitos orales.
- La medición de maloclusiones en la adolescencia es importante para definir prioridades y pautas de tratamiento ortodóncico temprano. Lo anterior, para cumplir con el objetivo de la ortodoncia que es corregir todas las alteraciones que impliquen una desviación de los parámetros de una estética dentofacial y funcional normal.
- Este es un principio que va más allá de la búsqueda de una estética dental ideal por presiones sociales, normas y culto a la belleza, cultura, ambiente social y de urbanización,⁹ que puede presentarse en esta etapa de la vida.

ANEXOS.

No. De Exp. 1124

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA
LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA



HISTORIA CLÍNICA
GENERAL

Nombre del Alumno José de Jesús Huerto
Grado y Grupo VI-10
Fecha 24/03/17

♦ NOTA:
LA HISTORIA CLÍNICA SERÁ LLENADA DE ACUERDO AL GRADO
ACADÉMICO QUE SE CURSA ACTUALMENTE

86

Anexo 1.(Expediente:1124 Universidad Iberoamericana.)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente José Manuel Castañeda Pere
Sexo F M Edad 47 años Fecha de Nacimiento 24/01/1970
Lugar de Nacimiento Toluca
Estado Civil Soltero Escolaridad Primo
Ocupación Estadista Religión Catolico
Dirección Calle de la Cruz # 215 Población Toluca
Teléfono _____
Nombre del padre o tutor Cele Pérez Castañeda Edad 47 Parentesco _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Motivo de la consulta Revisión Dental
Fecha de iniciación y Simptomatología Ninguna
Terapéutica Empleada Ninguna
Pre diagnóstico Insuficiente

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial 95 mmHg Frecuencia Cardíaca 115 /min
Frecuencia Respiratoria 20 /min Temperatura 36 °C
Peso 72 Kg Talla 1.40 cm

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelos Maternos y Paternos Paganos y Negrete
Padres: Paganos y Negrete
Hermanos: Nada
Hijos: Nada

87

Anexo 2. Ficha de Identificación Px.José Manuel Castañeda.

⁸⁶(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)

⁸⁷(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)

V. ¿Está usted tomando?

64. Si () NO () Drogas
65. Si () NO () Medicamentos

Especificar tipo de medicamento _____
66. Si () NO () Fuma tabaco Frecuencia _____
67. Si () NO () Alcohol Frecuencia _____
68. Si () NO () Algún miembro artificial
69. Si () NO () Hospitalización

VI. Únicamente sexo femenino

68. Si () NO (✓) ¿Está usted embarazada?
69. Si () NO (✓) Se controla con anticonceptivos
70. Si () NO (✓) ¿La han estado atendiendo regularmente un médico?
¿Cuántos meses de embarazo? _____
¿Con qué frecuencia existe a consulta? _____
¿Qué cuidados especiales le han recomendado?
71. Si () NO (✓) ¿Su médico le ha informado si es un embarazo de alto riesgo?
72. Si () NO (✓) ¿Toma hormonas?

VII. Si usted padece de otra enfermedad que no se mencione en el formato o tiene algún otro problema especifique

Tubo un embarazo Previene por la
noma del pta

RECOMENDACIONES ESPECIALES O INTERCONSULTA:
Ninguna

FIRMA DE CONFORMIDAD DE QUE LOS DATOS ANTES PROPORCIONADOS SON CORRECTOS

Nombre del paciente y firma: Johel Manuel Galvez P.

88

Anexo 3. Consentimiento Informado.



89

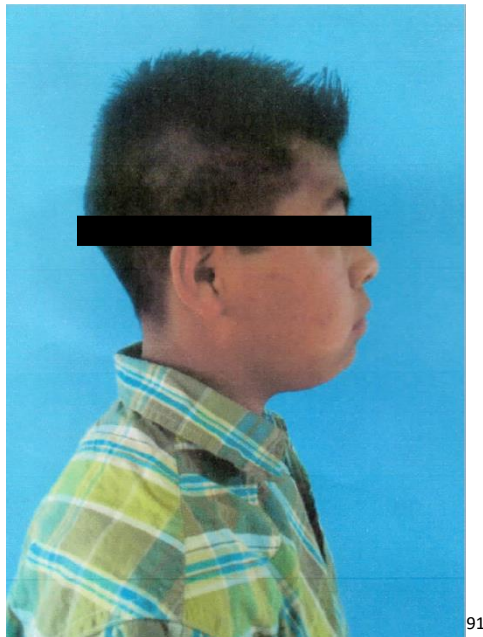
Anexo4. Foto de Perfil de Frente.

⁸⁸(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)

⁸⁹(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)



Anexo 5. Foto de Perfil de Frente Sonriendo.



Anexo 6. Foto de Perfil Lateral Derecho.

⁹⁰(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)

⁹¹(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)



Anexo 7. Foto de Perfil Lateral Izquierdo.

93

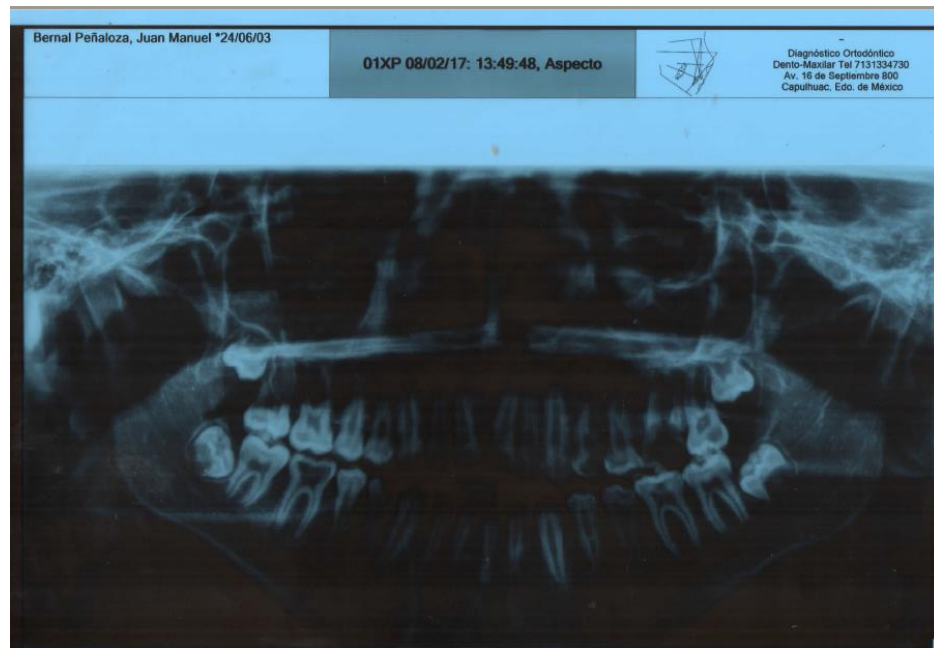


Anexo 8. Foto Intraoral Oclusal. "Mordida Anterior Abierta"

⁹²(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)

⁹³(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)

94



Anexo 9. Radiografía del Paciente Juan Manuel Bernal Peñaloza.

⁹⁴(Expediente: 1124 Universidad Iberoamericana.)

No. De Exp. **1682**

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA
LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA
GENERAL

Nombre del Alumno Josue de Jesus Huerta Perez
 Grado y Grupo 5020
 Fecha 21 Agosto 116

♦ NOTA:
LA HISTORIA CLÍNICA SERA LLENADA DE ACUERDO AL GRADO
ACADEMICO QUE SE CURSA ACTUALMENTE

95

Anexo 10.(Expediente 1682 de la Universidad iberoamericana.)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente Patricia Estefanía Calderón Galindo
 Sexo F M Edad 41 años Fecha de Nacimiento 4/ octubre 11
 Lugar de Nacimiento Alameda del Río
 Estado Civil Soltera Escolaridad Precolectiva
 Ocupación Estudiante Religión Católica
 Dirección Aguila 11111111
 Teléfono 173273 Población Alameda del Río
 Nombre del padre o tutor José Luis Calderón López Edad 41 años Parentesco Papa

PADECIMIENTO ACTUAL

Motivo de la consulta
Patricia Dental

Fecha de iniciación y Sintomatología Hace 5 días
 Terapéutica Empleada
Farmacoterapia (Difenhidramina, Paracetamol)

Pre diagnóstico
Farvebital

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial 100/50 mmHg Frecuencia Cardíaca 90 /min
 Frecuencia Respiratoria 20 /min Temperatura 36 °C
 Peso 75 Kg Talla 1.5 cm

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelos Maternos y Paternos Presabidos y Negativos
 Padres Presabidos y Negativos
 Hermanos Presabidos y Negativos
 Hijos No tiene

96

Anexo 11. Ficha de identificación Px.Patricia Estefaní Calderón Galindo.

⁹⁵(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)

⁹⁶(Expediente: 1682 de la Universidad iberoamericana.)

V. ¿ESTÁ USANDO FARMACOS?

64. SI () NO (✓) Drogas

65. SI (✓) NO () Medicamentos

Especificar tipo de medicamento: Aspirina

66. SI () NO (✓) Fuma tabaco Frecuencia _____

67. SI () NO (✓) Alcohol Frecuencia _____

68. SI () NO (✓) Algún miembro artificial

69. SI () NO (✓) Hospitalización

VI. Únicamente sexo femenino

70. SI () NO (✓) ¿Está usted embarazada?

71. SI () NO (✓) ¿Se controla con anticonceptivos?

72. SI () NO (✓) ¿Le han estado atendiendo regularmente un médico?

¿Cuántas veces de embarazo? _____

¿Con qué frecuencia asiste a consulta? _____

¿Qué cuidados especiales le han recomendado? _____

73. SI () NO (✓) ¿Su médico le ha informado si es un embarazo de alto riesgo?

74. SI () NO (✓) ¿Toma hormonas?

VII. Si usted padece de otra enfermedad que no se mencione en el formato o tiene algún otro problema específico

Respiración y Hígado. Toda la información fue revisada por un grupo de la paciente.

RECOMENDACIONES ESPECIALES O INTERCONSULTA:

Higiene

FIRMA DE CONFORMIDAD DE QUE LOS DATOS ANTES PROPORCIONADOS SON CORRECTOS

Nombre del paciente y firma: Patricia Estephan Calero G

97

Anexo 12. Consentimiento Informado.



98

Anexo 13. Foto de Perfil de Frontes.

⁹⁷ (Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)

⁹⁸ (Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)



Anexo14. Foto de Perfil de Frente Sonriendo.



Anexo 15. Foto de Perfil Lateral Izquierdo.

⁹⁹(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)

¹⁰⁰(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)



Anexo 16. Foto de Perfil Lateral Derecho.



Anexo 17. Fotos Intraorales y Bipupilar. "Bruxismo".

¹⁰¹(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)

¹⁰²(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)



103

Anexo 18. Fotos Intraorels Lateral Izquierdo y Lateral Derecho.

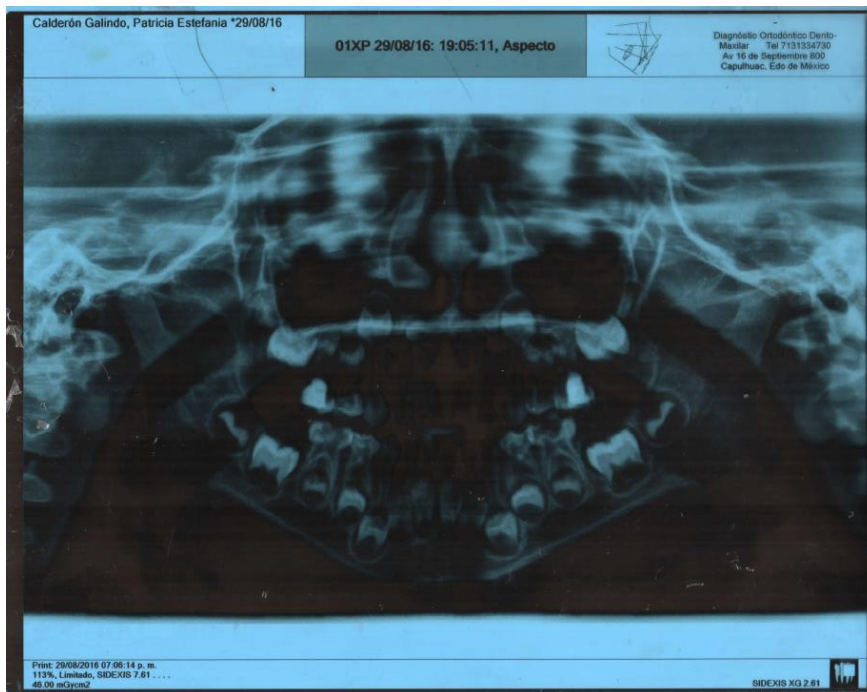


104

Anexo 19. Fotos Intraorales Inferior y Superior.

¹⁰³(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)

¹⁰⁴(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)




105

Anexo 20. Radiografía de la Paciente Patricia Estefani Calderón Galiano.

¹⁰⁵(Expediente: 1682 de la Universidad Iberoamericana.)

No. De Exp. 1938

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA IBEROAMERICANA
LICENCIATURA EN ODONTOLOGÍA



HISTORIA CLÍNICA
GENERAL

Nombre del Alumno José de Jesús Hernández Pérez
 Grado y Grupo 5º 2º
 Fecha 27/Nov/16

♦ NOTA:
LA HISTORIA CLÍNICA SERÁ LLENADA DE ACUERDO AL GRADO
ACADÉMICO QUE SE CURSA ACTUALMENTE

106

Anexo 21.(Expediente 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente Julio Cesar Lara Peñalosa
 Sexo F M Edad 3 años Fecha de Nacimiento 9/Abr/10
 Lugar de Nacimiento Toluca
 Estado Civil Soltero Escolaridad Primaria
 Ocupación Estudiante Religión Cristiana
 Dirección Pan de Azúcar Población Aguascalientes
 Teléfono 7131053246
 Nombre del padre o tutor Moisés Peñalosa Rosante Edad 37 Parentesco Mamá

PADECIMIENTO ACTUAL

Motivo de la consulta Revisión Dental
 Fecha de iniciación y Sintomatología Ninguna
 Terapéutica Empleada Ninguna
 Pre diagnóstico Ninguna

SIGNOS VITALES

Tensión Arterial 117/72 mmHg Frecuencia Cardíaca 90 /min
 Frecuencia Respiratoria 23 /min Temperatura 36 °C
 Peso 12.5 Kg Talla 1 cm

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelos Maternos y Paternos Abuelo materno Diabético
 Padres: Pragmatista y Megada
 Hermanos: Pragmatista y Megada
 Hijos: Pragmatista y Megada

107

Anexo 22. Ficha de Identificación Px. Julio Cesar Lara Peñalosa.

¹⁰⁶(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

¹⁰⁷(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

V. ¿Está usted tomando?

64. SI () NO (✓) Drogas
65. SI () NO (✓) Medicamentos
Especificar tipo de medicamento: _____
66. SI () NO (✓) Fuma tabaco Frecuencia _____
67. SI () NO (✓) Alcohol Frecuencia _____
68. SI () NO (✓) Alguien miembro artificial
69. SI () NO (✓) Hospitalización

VI. Únicamente sexo femenino

68. SI () NO () ¿Está usted embarazada?
69. SI () NO () Se controla con anticonceptivos
70. SI () NO () ¿La han estado atendiendo regularmente un médico?
¿Cuántos meses de embarazo? _____
¿Con que frecuencia asiste a consulta? _____
¿Qué cuidados especiales le han recomendado? _____
71. SI () NO () ¿Su médico le ha informado si es un embarazo de alto riesgo?
72. SI () NO () ¿Toma hormonas?

VII. Si usted padece de otra enfermedad que no se mencione en el formato o tiene algún otro problema especifique:
Enfermedad de Hígado todo la información es todo
explicar por la misma en el pa

RECOMENDACIONES ESPECIALES O INTERCONSULTA:

FIRMA DE CONFORMIDAD DE QUE LOS DATOS ANTES PROPORCIONADOS SON CORRECTOS

Nombre del paciente y firma Juan Carlos Luis Rodríguez

108

Anexo 23. Consentimiento Informado.



109

Anexo 24. Foto de Perfil de Frentes.

¹⁰⁸(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

¹⁰⁹(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)



Anexo 25. Fotos de Perfil Lateral Izquierdo y Lateral Derecho.



Anexo 26. Foto Intraoral Superior.

¹¹⁰(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

¹¹¹(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)



112

Anexo 27. Foto Intraoral Inferior.



113

Anexo 28. Foto Intraoral Lateral Derecho.

¹¹²(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

¹¹³(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)



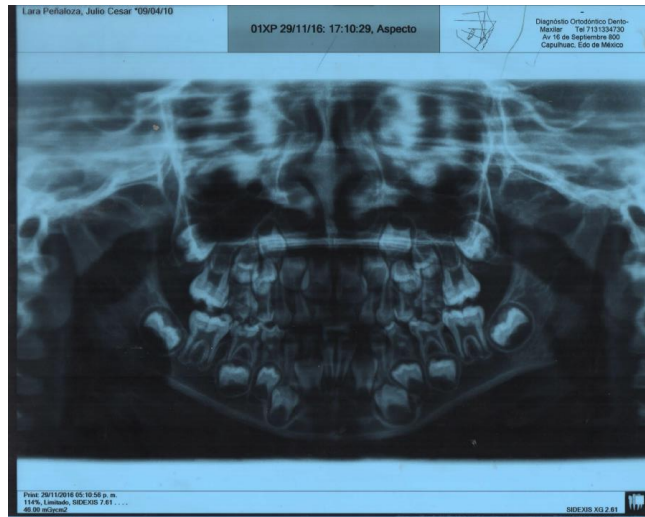
Anexo 29. Foto Intraoral Lateral Izquierdo.



Anexo 230. Foto Intraoral Oclusión. "Deglucion Atípica"

114(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

115(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)



116

Anexo 31. Radiografía del Paciente Julio Cesar Lara Peñalosa.

¹¹⁶(Expediente: 1938 de la Universidad Iberoamericana.)

GLORSARIO.

Abrasión: La abrasión de los dientes involucra un proceso mecánico anormal que con el tiempo provoca el desgaste del esmalte, la dentina y el cementodental.¹¹⁷

Adolescencia:La Adolescencia es la cuarta etapa del desarrollo del ser humano y es posterior a la niñez y precede a la juventud.¹¹⁸

Alteración: Es la acción de alterar algo o a alguien, cambio de forma o estado¹¹⁹

Anomalías:Desviación de la forma y/o tamaño de una estructura anatómica. || Particularidad orgánica, micro o macroscópica, que presenta un individuo comparado con la mayoría de los individuos de su especie.¹²⁰

Astillamiento Dental: Diente roto.

Bilateral:De las dos partes, lados o aspectos que se consideran, que tienen relación con una cosa o que están afectados por sus consecuencias¹²¹

Boca: También denominada como una cavidad bucal o cavidadoral, siendo en realidad divisiones en sí de la boca.¹²²

Bordes Incisales:Es la parte incisiva del diente anterior¹²³

Brackets:se refiere de forma habitual a cualquiera de los tipos de aparatos fijos de ortodoncia.¹²⁴

Bruxismo: Cuando rechinan los dientes.

Cavidad oral: Boca.

Cóndilos: La cabeza, eminencia o protuberancia con forma redondeada que se ubica en la extremidad de un hueso.¹²⁵

¹¹⁷ iommm.es/abrasion-erosion-dental/

¹¹⁸ www.etapasdesarrollohumano.com/

¹¹⁹ Definición ABC <https://www.definicionabc.com/general/alteracion.php>

¹²⁰ www.cun.es/diccionario-medico/terminos/anomalia

¹²¹ Diccionario

¹²² es.wikipedia.org/wiki/Boca

¹²³ www.definicion.xyz

¹²⁴ www.sanitas.es

¹²⁵ conceptodefinition.de/condilo/

Crecimiento: Cambio de estatura.

Cronología: Cronología es la ciencia cuya finalidad es determinar el orden temporal de los acontecimientos históricos y es pilar fundamental de la historia.¹²⁶

Deformación: Cambio de forma de una estructura.

Deglución: La deglución es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago.¹²⁷

Dentición: Órganos dentales.

Dentoesqueleticas: Se refiere a los dientes y al esqueleto.

Dentomaxilares: Se refiere a los dientes y el hueso maxilar..

Dento-máxilo-facial: Se refiere a los dientes, el hueso maxilar y la cara.

Desarrollo: Crecimiento de un organismo.

Diagnostico:Es un procedimiento ordenado, sistemático, para conocer, para establecer de manera clara una circunstancia, a partir de observaciones y datos concretos.¹²⁸

Distoclusión: Oclusión mas posterior lo normal.

Enfermedad: Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.¹²⁹

Erosión: Cuando el esmalte del diente se desgasta, varios problemas pueden ocurrir: Agravación de la **erosión**. Decoloración de los dientes, con exposición de la dentina.¹³⁰

Erupcionar: Cuando sale un nuevo diente.¹³¹

Estomatognatico: Es el conjunto de órganos y tejidos que permiten las funciones fisiológicas de: comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir,

¹²⁶Wikipedia

¹²⁷Wikipedia

¹²⁸ concepto.de/diagnostico/

¹²⁹ diccionario

¹³⁰ www.colgate.com

¹³¹ es.wikipedia.org/

sonreír incluyendo todas las expresiones faciales, respirar, besar o succionar.¹³²

Estomatólogo: Así se usa este término para llamar al especialista.¹³³

Estructuras adyacentes: Estructuras cercanas a muy cercanas a otra.¹³⁴

Fonación: La fonación es el trabajo muscular realizado para emitir sonidos inteligibles, es decir, para que exista la comunicación oral.¹³⁵

Hábitos: Acciones que hace una persona diariamente.¹³⁶

Hábitos orales: Acción que hace una persona con la boca.¹³⁷

Innatos: Que lo traemos de nacimiento.¹³⁸

Interceptiva: Cuando intervenimos un procedimiento.¹³⁹

Intercuspidadación: Máximo cierre de dientes.

Maloclusión: Máximo contacto dental anormal.

Manía: Acción o acto que no puedes dejar de realizar.

Masticación: Acción que realizamos con los órganos dentales para triturar los alimentos.¹⁴⁰

Maxilar: Hueso maxilar.¹⁴¹

Neuroclusión: También se le llama así a la oclusión normal.¹⁴²

Oclusión: cierre de las arcadas dentales, superior e inferior.¹⁴³

Odontológica: Rama de la medicina que se encarga de el cuidado dental.¹⁴⁴

¹³² es.wikipedia.org/
¹³³ es.wikipedia.org/
¹³⁴ www.colgate.com
¹³⁵ es.wikipedia.org/
¹³⁶ es.wikipedia.org
¹³⁷ es.wikipedia.org
¹³⁸ es.wikipedia.org
¹³⁹ www.colgate.com
¹⁴⁰ www.colgate.com
¹⁴¹ es.wikipedia.org
¹⁴² es.wikipedia.org
¹⁴³ es.wikipedia.org
¹⁴⁴ es.wikipedia.org

Odontopediatra: Especialista dental que se encarga de atender a los niños.¹⁴⁵

Onicofagia: Habito anormal de morderse las uñas.

Órganos dentales: diente.

Óseo: hueso.

Overjet: espacio que existe en la arcada superior y la arcada inferior horizontalmente.

Paradontales: estructuras que conforman la dentición

Parafuncionales: Estructura afectada fisiológicamente.

Patológica: se le llama patóloga a las enfermedades.¹⁴⁶

Periodontal: Estructuras que soportan a los órganos dentales.

Posición protusiva: cuando un diente se encuentra muy inclinado hacia el labio.¹⁴⁷

Preventiva: Acción de prevenir algo.

Problema: Caso a resolver.

Procesos alveolares: Estructura dental donde se encuentran todo los dientes.

Molares: órganos dentales posteriores.

Prostodoncistas: Así también se le llama al especialista de la materia odontológica.¹⁴⁸

Protrusión: Cuando una estructura esta mas salida de lo normal.

Restauración: Materiales con los que se rehabilita los dientes.

Salud: Estado físico, psicológico, y emocional de bien estar de una persona.

¹⁴⁵ www.colgate.com

¹⁴⁶ es.wikipedia.org

¹⁴⁷ es.wikipedia.org

¹⁴⁸ es.wikipedia.org

Temporomandibular: Huesos o músculos relacionado Temporal y Mandíbula.

Tratamiento: Procedimiento para rehabilitar la salud.

Traumatismos: Fractura de estructura.

.

FUENTES DE CONSULTA.

1. Sambrano Mendoza M. "DESARROLLO HISTÓRICO DE LA OCLUSIÓN", Colombia, 2018, pag.16.

1. Agurto V P, Díaz M R, Cádiz D O, Bobenrieth K F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr. 1999; 70(6): 470-482.

2. Silva G L, Cobo P J, García F J, Gómez M D, Del Castillo T L, Piña R D et al. Higienistas dentales. España: MAD; 2006: 58.

3. Paredes G V, Paredes C C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. AnPediatr 2005; 62(3): 261-5.

4. Más G M, Mora P C, López F R, Apolinaire P J. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. MediSur. 2009; 7(1): 8-14.

5. Hernández S J, Soto L L, Villavicencio F J. Frecuencia de hábitos orales en escolares de 5 a 14 años en la ciudad de Santiago de Calli. Revista Estomatología. 2002; 10(1): 20-24.

6. García G V, Ustrell T J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av. en Odontostomatol. 2011; 27(2): 75-84.

7. Montiel J M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. ADM. 2004; 61 (6): 209-214.

8. Bardoni N, Escobar R, Castillo M R. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010: 32, 33,41.

9.-Sambrano Mendoza M. "DESARROLLO HISTÓRICO DE LA OCLUSIÓN", Colombia, 2018, pag.16.

Sambrano Mendoza M. "DESARROLLO HISTÓRICO DE LA

10.-Sambrano Mendoza M. "DESARROLLO HISTÓRICO DE LA OCLUSIÓN", Colombia, 2018, pag.28

12.-www.significados.com/nino/

13.-www.oclusion.com

14.-www.significados.com/nino/

15.-www.significados.com/nino/

16.-www.significados.com/nino/

17.-www.significados.com/nino/

18.-www.significados.com/nino/

19.-www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

20.-www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

21.-www.bbc.com/mundo/noticias-42746543

22.- www.dentalcare.com.mx

23.-onceptodefinicion.de/oclusion/

24.-Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.

25.-Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.

26.-<http://www.especialistaenatm.com>

27.- Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.

28.-[://www.especialistaenatm.com](http://www.especialistaenatm.com)

29.- Edgar Cruz Alanís, Prevalencia de malocusión en niños de 6 –15 años, Nuevo Leon, 2007, pag 11.

30.- <http://www.especialistaenatm.com>

31.- BarragánCalderón Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.5

32.- es.dreamstime.com

33.- Quishpe Castro RaissaAnabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016,pag.17

34.- Quishpe Castro RaissaAnabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016, pag.18

35.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.6

36.-www.propdental.es/erupcion-dental/dientes-permanentes/

37.- Quishpe Castro RaissaAnabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016, pag.21

38.- Quishpe Castro RaissaAnabell, Relación de la pérdida prematura de dientes temporarios y mal oclusión en niños de 5-8 años de edad, Guayaquil, 2016, pag.24

39.- www.researchgate.net

40.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.6

41.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.19

42.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.19

43.- www.stanfordchildrens.org

44.- Cruz Porras J. SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNCICO SEGÚN EL ÍNDICE ESTÉTICO DENTAL DAI EN ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS, Liama, 2017, pag 35.

45.- Cruz Porras J. SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNCICO SEGÚN EL ÍNDICE ESTÉTICO DENTAL DAI EN ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS, Liama, 2017, pag 35.

46.- Cruz Porras J. SEVERIDAD DE MALOCLUSIONES Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNICO SEGÚN EL ÍNDICE ESTÉTICO DENTAL DAI EN ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS, Lima, 2017, pag 35.

47.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.8

48.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.9

49.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.19

50.- BarraganCalderon Perla X. FRECUENCI DE HABITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLCIONESDE ANGLE Y DEWEY ANDERSON EN UNA POBLACION INFANTIL. México. 2013. Pag.17

51.- <http://maestrotic04.blogspot.com>

52.- <https://definicion.de/habitos/>

53.- <http://www.habitos.mx/>

54.- estudidentalbarcelona.com

- 55.- www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/
- 56.- www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n9/e2.html
- 57.- www.propdental.es/blog/ortodoncia/clasificacion-de-los-habitos-orales/
- 58.- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>
- 59.- iommm.es/cirurgia-ortognatica/maloclusion-dental/
- 60.- www.propdental.es/ortodoncia/maloclusion/
- 61.- www.propdental.es/ortodoncia/maloclusion/
- 62.- www.stanfordchildrens.org
- 63.- www.colgate.com
- 64.- www.colgate.com
- 65.- www.clinicaindautxu.com/bruxismo-dental/
- 66.- cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/bruxismo.html
- 67.- www.psicoadapta.es/blog/onico-fagia-comerse-las-unas/
- 68.- www.ada.org

69.- www.colgate.com/es-mx/oral

70.- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid

71.- BarraganCalderon P. "Frecuencia de habitos perniciosos y tipo de maloclusion de angle y deweyanderson, en una poblacon infantil de iztapalapa, 2012-2013"UNAM, Meexico, 2013,Pag. 18.

72.- BarraganCalderon P. "Frecuencia de habitos perniciosos y tipo de maloclusion de angle y deweyanderson, en una poblacon infantil de iztapalapa, 2012-2013"UNAM, Meexico, 2013,Pag. 18.

73.- <http://www.institutodesaludbucal.com>