

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



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.

MANUSCRITO DE TESIS:

Cualquier tesis no publicada postulando para el grado de Maestría y depositada en la biblioteca de la Universidad, Facultad de Odontología, queda abierta para inspección, y solo podrá ser usada con la debida autorización del autor. Las referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copiadas solo con el permiso del autor, y el crédito se da posteriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes personas, que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La biblioteca que presta esta tesis debe asegurarse de recoger, la firma de cada persona que la utilice.

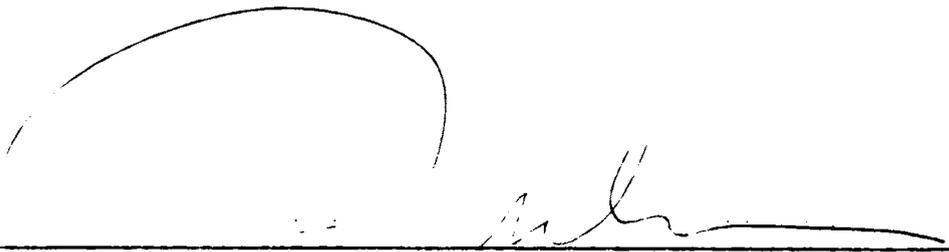
Nombre y Dirección

Fecha:

SECRETARÍA GENERAL R. CALZ. ERMITA 42.4 - MEXICO D.F. 8 NOV. 1981

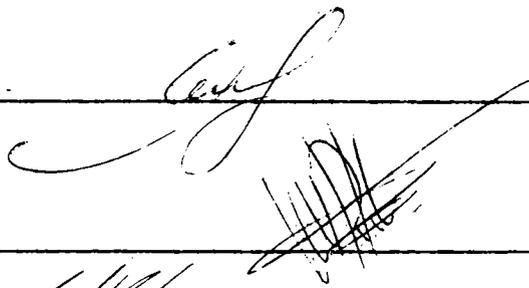
"LA INFLUENCIA DE LAS POSICIONES DE LA LENGUA EN LA ESTABILIDAD
DE LA DENTADURA MANDIBULAR".

Aprobado por:

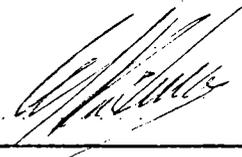


C.D.M.O. Director de la tesis: Rogelio Rey Bosch.

C.D.M.O. Manuel Saavedra García

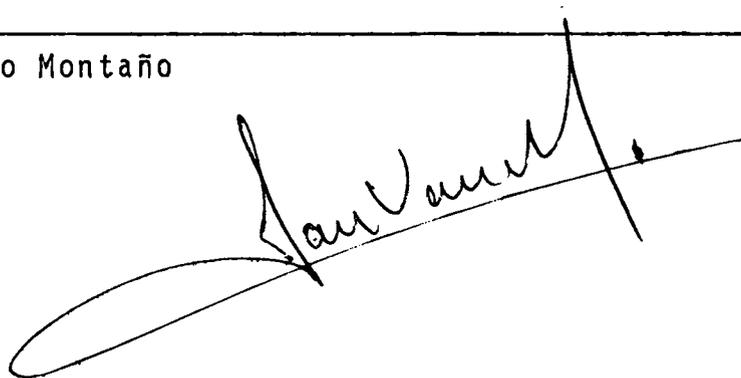


C.D.M.O. Manuel Plata Orozco



C.D.M.O. Carlos Martínez Reding

C.D.M.O. Jorge Valero Montaña



↙ "LA INFLUENCIA DE LAS POSICIONES DE LA LENGUA, EN LA ESTABILIDAD DE LA DENTADURA MANDIBULAR".

POR
**ALEJOS
GALLARDO
ALEJANDRO
AUGUSTO
1979**



K(1) UNAM
Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"

C.D. ALEJANDRO AUGUSTO / ALEJOS GALLARDO

T E S I S

PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ODONTOLOGIA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Julio de 1979



Mi sincero agradecimiento a las-Autoridades de la Universidad Au-tónoma de Guadalajara y de la Es-cuela de Odontología al enviarme y apoyarme para realizar la maes-tría en Odontología (Prótesis Bu-cal).

Gracias al financiamiento del Con-sejo Nacional de Ciencia y Tecnolo-gía C.O.N.A.C. Y T., que permite for-mar maestros e investigadores para elevar el nivel académico de las -Universidades de provincia.

Mis sinceras gracias a las Auto-ridades y Maestros de la Facul--tad de Odontología de U.N.A.M.,-por abrirme las puertas, para --darme la preparación, orienta--ción en el saber de los Estudios Superiores y por brindarme su --amistad.

Con mi agradecimiento al C.D.M.O.
Rogelio Rey B., Director de esta-
investigación, maestro y amigo --
que sin reservas transmitió sus -
conocimientos.

Gracias a los Clínicos compañeros
y colaboradores de la tesis: C.D.
Manuel Saavedra G.
Manuel Plata O.
Carlos Martínez R.
José Vela C.
J. Manuel Ornelas.

A mi esposa Sylvia Karola, mi --
eterno reconocimiento, por su sa-
crificio y ayuda a quien dedico-
esta investigación, y a mis hi--
jos, Alejandro Salvador, Karola-
María y Carlos Antonio.

A mis Padres, Hermanos y familia,
gracias por sus consejos e impul-
so en los momentos decisivos.

T A B L A D E C O N T E N I D O

	Página
INTRODUCCION.....	1
BIBLIOGRAFIA.....	6
MATERIALES Y METODOS.....	19
RESULTADOS.....	22
DISCUSION.....	40
SUMARIO.....	43
CONCLUSIONES.....	46
LITERATURA CITADA.....	49
APENDICE.....	51
CURRICULUM VITAE.....	54



INDICE DE MESAS CLINICAS.

	Página
Fig. 1.- Cuadro de la distribución de la edad y sexo de los 15 pacientes.	25
Fig. 2.- Quejas de la dentadura inferior.	26
Fig. 3.- Gráfica del porcentaje de la estabilidad, - de la dentadura inferior.	27
Fig. 4.- Cuadro de la estabilidad de la dentadura <u>in</u> ferior.	28
Fig. 5.- Cuadro, Clasificación posición de la Lengua, Base, Clasificación Wright C.	29
Fig. 6.- Cuadro Clasificación posición de la Lengua.	30
Fig. 7.- Gráfica Clasificación de la posición de la Lengua.	31
Fig. 8.- Cuadro Clasificación de la posición de la Lengua por seis clínicos.	32
Fig. 9.- Gráfica Clasificación de la Lengua por los Clínicos.	33
Fig. 10.- Gráfica Clasificación posición de la Lengua por seis clínicos.	34
Fig. 11.- Cuadro comparación, resultado de los clínicos y este autor.	35
Fig. 12.- Gráfica clasificación obtenida por los clínicos.	36

INDICE DE ILUSTRACIONES.

	Página
1, Foto.- Radiografía posición de la Lengua Clase I,- con substancia radiopaca.	37
2, Foto.- Radiografía posición de la Lengua Clase II, con substancia radiopaca.	37
3, Foto.- Radiografía posición de la Lengua Clase III, con substancia radiopaca.	38
4, Foto.- Posición de la Lengua, Clase I.	38
5, Foto.- Posición de la Lengua, Clase II.	39

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

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

En el campo de la prostodoncia hay varios factores importantes como la retención y sobre todo en la dentadura inferior la estabilidad.

FACTORES DE RETENCION:

1.- ADHESION.

Adaptación de las bases protésicas y la membrana mucosa.

2.- COHESION.

Atracción por la capa de saliva entre la base y mucosa.

3.- TENSION SUPERFICIAL.

Dada por la tensión interfacial.

4.- PRESION ATMOSFERICA.

Es fuerza retentiva cuando se aplican fuerzas dislocantes a la prótesis. Succión que se origina por el peso de la atmósfera a 14.7 libras, 1 pulgada².

5.- LA MUSCULATURA FACIAL Y BUCAL.

Teniendo control neuromuscular proveé fuerza retentiva aumentan cuando:

- 1) Los dientes están en la zona neutral.
- 2) Superficies pulidas por los flancos bucales y linguales, - habiendo adaptación automática de la musculatura, función, comodidad y estética, FISH (1952).
- 3) Cierre Periférico: la delimitación de bordes, el ajuste muscular, respetando las inserciones, en funcionamiento.

Para que los factores de retención se lleven a cabo dependieron de las siguientes condiciones, tomando en cuenta la capacidad-

y habilidad para adaptarse y manejar del paciente, la dentadura inferior.

- 1.- Bases Protésicas en extensión adecuada cubriendo la máxima zona.
- 2.- El Plano Oclusal debe estar al nivel correcto.
- 3.- El Arco Dentario debe de estar en la zona neutral, para que haya fuerza de retención por medio de la musculatura de mejillas, labios y lengua.

PROBLEMAS.

Para muchos que tienen dentadura inferior es desilusionante que ésta les quede flotando.

Es la retención disminuida, siendo incapaces de estabilizar la dentadura inferior.

La falta de estabilidad se debe a la ineficiencia del sellado. Por una parte a la actividad muscular del paciente por la ayuda del Cirujano Dentista, al llevar a cabo el bordeado muscular, o delimitación de bordes por bucal, los movimientos del piso de la boca, de la lengua y su influencia debido a su posición.

Para que haya eficacia en las funciones de la lengua, se necesita que ésta guarde una posición correcta, por lo tanto la eficacia del sellado está directamente relacionado con la posición de la lengua.

La posición de la lengua desempeña un papel importante en la estabilidad de la prótesis, especialmente durante la masticación, - Boucher O.C. (1974). Hay una fuerza muscular de equilibrio entre la lengua lingualmente, y los labios y mejillas. Esta fuerza desempeña un papel importante en la posición de los dientes naturales, - debiendo de respetarse su colocación en los dientes artificiales, - Sharry J. (1974).

El realizar la investigación es para obtener la clasifica- -

ción de la posición de la lengua en pacientes totalmente desdentados en la facultad, y verificar la influencia de la posición de la lengua en la dentadura mandibular.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION.

Al término de esta investigación tendremos la clasificación de la posición de la lengua de pacientes desdentados en la clínicas de la Facultad por medio de muestreo al azar y comprobar la influencia en la estabilidad de la dentadura mandibular.

RESUMEN

Esta investigación significa, obtener la clasificación de la posición de la lengua, en la población edentula de México, D.F. representada, por pacientes de la Clínicas de Prostodoncia total, de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El conocer la posición que guarda la lengua en cada paciente de Prótesis Total, es un gran avance en beneficio del mismo y de la profesión odontológica, para el éxito de la estabilidad de la dentadura inferior.

El tener control en el papel tan importante que desempeña la posición de la lengua, va directamente relacionado con obtener un pronóstico favorable, para la estabilidad de la dentadura inferior.

Son notables las características Físicas de la población de los E.U.A., comparados con los del Mexicano, por lo tanto la clasificación que obtuvo WRIGHT C. (1961), en la Universidad de Michigan, pueden variar en forma significativa.



REVISION BIBLIOGRAFICA

REVISION BIBLIOGRAFICA

1.- 1949

Wright C., Muyskens J., Strong L., Westerman K, Kingery, Williams, Study of the thongue and its relation to denture stability. Sept. ADA JOURNAL.

Esta es una larga discusión, en la que se ha aceptado el juego importante que desempeña la lengua en la estabilidad de la dentadura inferior.

Al observar encontraron el 65% de la lengua en posición normal.

Descansa en el piso de la boca, es laxa, la punta de la lengua está debajo suavemente del borde incisal de los incisivos. El dorso visible arriba sobre los dientes inferiores en toda la boca.

La lengua es tan libre en sus contracciones o en cualquier otro desempeño que es prácticamente fluida.

La posición anormal es un 35% retraída:

- 1.- Retraída la punta de la lengua hacia abajo los incisivos inferiores y dorsalmente a lo largo del frenillo, mientras la raíz se eleva.
- 2.- La punta desaparece en el cuerpo de la lengua y parece dar apariencia cuadrada.
- 3.- La punta de la lengua se dobla hacia arriba y dorsalmente a los incisivos inferiores.
- 4.- El cuerpo de la lengua es hundida hacia el piso de la boca moviéndose dorsalmente.

CONCLUSION.

- 1.- La lengua tiene una óptima posición durante su descanso y mientras funciona.
- 2.- El nivel natural de la lengua parece en 65% ser controlada por la bóveda palatina, un relativo plano alto de función.
- 3.- Algunas lenguas, 35% tienen una torpe retraída en el descanso y función.

La lengua tipo retraída es muy indeseable para la estabilidad inferior.

- 4.- Las lenguas varían en sensibilidad. Las muy sensitivas se retraen siguiendo la inserción o después de la colocación del aparato protético.
- 5.- Muchas lenguas que aparecen torpes y reatraídas, en pacientes con prótesis, son en realidad lenguas normales, pero la construcción las ha hecho imposible para el funcionamiento normal.
- 6.- El reconocer la posición de la lengua probará al dentista el grado de éxito o de fracaso en un paciente, al colocarle su prótesis.

2.- 1957.

Beck H.- "Complete Prosthodontics", Univ. of Texas, Dental Breach, Houston, U.S.A.

Descripción corta de las posiciones que puede tener la lengua:

a)- Posiciones normales de la lengua.

Hay que tomar la forma alta o baja de la posición de la lengua. Ambas se caracterizan por que la lengua cubre totalmente el piso de la boca en reposo. La lengua es lo bastante fácil de mo-

verse de un lado a otro en el proceso de transferir comida para la masticación.

El ápice de la lengua está cerca o contra de los dientes incisivos inferiores.

El nivel alto de la lengua tiene impresos las superficies -- linguales superiores en sus bordes laterales.

a)- Posición retraída o diferente lengua torpe.

1.- Posición Clase I.- El ápice de la lengua es curva ondulada hacia atrás y hacia abajo hacia el piso de la boca a la región meseal del 1er. molar inferior.

2.- Posición Clase II.- En apariencia la lengua parece no tener punta, es absorbida por el cuerpo de la lengua, generalmente presenta una apariencia ancha, anteriormente con su cuerpo curvado hacia arriba.

3.- Posición Clase III.- El ápice tiene una curva hacia arriba y generalmente la lengua está en la parte posterior de la boca.

4.- Posición Clase IV.- En esta posición la lengua aparenta -- descansar, muy atrás y abajo en la boca, exponiendo todas las superficies linguales de los dientes inferiores.

3.- 1961

Wright, Swartz Godwin W. "Mandibular Denture Stability" Dept. de Prost. Univ. de Michigán.

Este libro trata el problema específico de estabilizar dentaduras inferiores. Se ha escrito con el propósito de dar información que nos permita dar mejor servicio a los pacientes de dentaduras completas.

La queja más frecuente de la dentadura inferior, es cuando -

está floja, pudiendo ser igual en pacientes con buenas o malas dentaduras.

Posiciones de la lengua.

Después de múltiples exámenes se ha demostrado que el 75% de los pacientes poseen normal de la lengua.

La lengua en posición normal si cumple con los siguientes requisitos:

- 1)- El cuerpo de la lengua ocupa totalmente el piso de la boca.
- 2)- El dorso de la lengua debe ser redondeado, liso y libre de contracciones musculares.
- 3)- Los lados de la lengua generalmente descansan sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores inferiores.
- 4)- La punta de la lengua descansa en la cresta del reborde de los dientes anteriores inferiores.
- 5)- El tamaño y la actividad de la lengua no posee importancia.

Posición retraída de la lengua.

Cualquiera que no sea normal se llama retraída y es indeseable.

Uno de cada cuatro pacientes la sufre. La dividen en Clase I y Clase II.

Clase I.

Requisitos.

- 1.- El cuerpo de la lengua está atrás y descubre el piso de la boca hasta la región molar.
- 2.- Los bordes laterales de la lengua no descansan en el reborde de la región de los molares, porque está atraída hacia atrás; se encuentra sobre la posición de los dientes normales.
- 3.- El ápice de la lengua se vé empujando abajo del piso de la boca.

Clase II.

- 1.- El cuerpo de la lengua se empuja hacia atrás, hacia arriba y - todos los músculos están muy tensos.
- 2.- La punta de la lengua se ve retraída hacia el cuerpo de la lengua, se pierde y parece cuadrada.
- 3.- Los bordes laterales se encuentran sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores inferiores.
- 4.- La lengua cuando está retraída, el piso de la boca se levanta y tensa.
- 4.- 1974.

Saizar O. "Prostodoncia Total" Ed. Mundi.

Tiene una importancia capital dentro de la anatomía protésica. La notable actividad como órgano de la articulación de la palabra, del gusto de la masticación de la formación del bolo alimenticio, de la deglución y de gran variedad de gestos y sonidos, se -- realiza con ayuda de los músculos propios y extrínsecos.

Una características de la lengua de notable importancia en - relación con la prostodoncia es su gran adaptabilidad que es fun-- cional y volumétrica.

La adaptabilidad funcional le permite desempeñarse en las -- más variadas circunstancias, Ejem. Tráguese saliva con la boca - - abierta, la punta y los bordos de la lengua se adaptan para hacer- el cierre anterior necesario al acto, en tanto el centro desempeña la función proyectada.

La adaptabilidad volumétrica no es menos notable, con excep- ción del espacio donde la lengua llena siempre la cavidad bucal cerrada.

5.- 1974.

Sharry J. "Complete Denture Prosthodontics".

En no pocas ocasiones la lengua presenta anormalidades, de tamaño, forma, función y posición, que deben de ser examinadas.

Una lengua angosta y pequeña ayuda a obtener una impresión con facilidad, pero falla el cierre lingual para la dentadura inferior.

Una lengua, ancha y gruesa, desarrolla un buen cierre.

Una lengua demasiado grande dificulta la impresión y disminuye la estabilidad para la dentadura inferior.

Reconoce como posición de la lengua:

- 1.- Baja; respecto a la cresta del reborde mandibular o hacia atrás de la porción anterior del reborde, esta posición será mala para la retención.
- 2.- Errante; el adelantar la lengua o retirarla en movimientos exagerados, el pronóstico es malo.

6.- 1974.

Morris A., Bonomran H. "The Dental Specialties en General Practice".

Tamaño y posición de la lengua.

La lengua reposa junto a la cara lingual de los dientes anteriores e inferiores, ayudando a retener la dentadura inferior. Las lenguas retraídas crean problemas cuando se quiere mantener un buen sellado periférico lingual, lo cual disminuye la retención y la estabilidad de la dentadura inferior.

7.- 1975.

Ellinger W, Woodward D.J. "OVERDENTURE".

La posición y el tamaño de la lengua juega un papel importante en el juego de la dentadura completa.

Una lengua retraída ocurre en un 35% de los edéntulos y crea serios problemas en la retención y estabilidad de la dentadura inferior.

La lengua en posición retraída es observada por el dentista al principio de iniciar el examen, cuando está quieta.

Las características de una lengua retraída:

- 1.- La lengua se dirige hacia atrás exponiendo el piso de la boca.
- 2.- Los bordes laterales usualmente se alejan del proceso residual mandibular.
- 3.- El ápice de la lengua es atraído al cuerpo levantándola.

Comparando las características de la lengua en la posición normal.

- 1.- La lengua cubre completamente el piso de la boca.
- 2.- Los bordes laterales de la lengua cubren parte del proceso residual mandibular.
- 3.- La punta de la lengua descansa sobre el proceso residual anterior inferior.

8.- 1975.

Boucher C. Nickey J. Zarb G.

"Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients"

Los músculos bucofaciales y linguales desempeñan un papel importante en la retención y estabilidad de la dentadura completa.

La lengua desempeña el papel de mantener el bolo alimenticio entre las superficies oclusales de los dientes.

La lengua no cambia con la edad, pero con el tiempo que dure sin dentadura, se sobredesarrollan sobre todo los músculos intrínsecos.

A menudo crece la lengua por que intenta mantener la prótesis superior floja.

La lengua se engrosa y tiene más fuerza cuando ha usado prótesis desajustadas.

La lengua llena el espacio de los dientes ausentes, molares posteriores e inferiores.

Una lengua pequeña dará problemas a la prótesis completa inferior al irse para atrás, rompe el sellado periférico en la región anterior inferior.

La lengua desempeña un papel importante en la dentadura inferior sobre todo en la masticación.

MORFOLOGIA DE LA LENGUA - CLASIFICACION DE LA POSICION.

I.- DESCRIPCION.

La lengua es un órgano muscular en forma de zapato invertido su fibras musculares están entrelazadas llegan por la mitad posterior, junto con los nervios y venas.

La lengua está cubierta de mucosa, se eleva en la boca, funciona como atacador flexible, manteniéndolo los alimentos entre los dientes y los impulsa en la deglución. La lengua tiene una gran amplitud y precisión de movimientos; tiene una gran amplitud y una punta o vértice, a cada lado dos bordes laterales, cara superior o dorso dividido en 2/3 porción palatina (arriba), 1/3 porción farínge (atrás) y unida al piso de la boca por la base o raíz de la lengua.

II.- ESTRUCTURA MACROSCOPICA.

Músculos intrínsecos de la lengua (músculo estriado).

Se insertan septumlingual mucosa.

- 1.- Transverso.
- 2.- Lingual Superior.
- 3.- Lingual Inferior.

Inserciones: Septum a mucosa, bajo mucosa del dorso, cada lado del septum.

Funciones: En todas interviene, en todas igual interviene, - en todas interviene.

Extrínsecos.

- 1.- Geniogloso.
- 2.- Hiogloso.
- 3.- Condrogloso.
- 4.- Estilogloso.
- 5.- Glosostofilino.

Inserciones: Apof. Geni, Hueso Hiodes, Alado Septum, Asta mayor del Hiodes o la lengua, Asta menor Hiodes, Sup. faringe, Ap. Estiloides, Parenquima, Velo Paladar, Dorso lados.

Funciones: Eleva la lengua, Protruye la lengua, Retracción y depreción de la lengua, arqueo dorso, transversal, mueve el pala--dar blando, concavidad transversal, estrechismo bucofaringeo.

Arteria lingual, Venas raninas, nervios, 2/3 anteriores hipgloso, 1/3 glosofaringeo.

III.- ESTRUCTURA MICROSCOPICA.

Parte Bucal Mucosa: cubre la lengua menos la base:

P. Palatina: Mucosa gruesa aterciopelada: Papilas filiformes: En número de 20,000 su punta es córnea, prolongaciones cónicas, hebras paralelas atraviezan la lengua. Su función: Tacto y para la--mer.

P. Superior Doros: Papilas fungiformes o puntos rojos: delgas en su base parte alta dilatada, redondos parejos, mayor cantidad en la punta-epitelio delgado.

Función corpuscular, gustativas, terminaciones neviosas.

Antes del Surco Terminal: Papilas caliciformes: Hilera V-de-7 a 17 papilas circunvuladas de 1 a 2 mm. de diámetro forma de cá-liz y surco o foso alrededor.

Bulbo Gustativo.

Porción Faríngea, Raíz: Amígdala lingual, No papilas, lisa - con nódulos linfáticos, epiteleo plano estolificado, tejido amigdalar.

Bordes: 5 ó 6 papilas foliadas con botones gustativos.

Cara Inferior: Mucosa delgada, lisa, y purpurina, frenillo,-venas raninas.

IV.- MOVIMIENTOS DE LA LENGUA.

Todos los imaginables, podemos decir que es el único órgano-muscular que tiene una gran amplitud para los movimientos, participando en varias funciones. Tiene una gran adaptabilidad funcional y volumétrica.

V.- SU IMPORTANCIA.

En la masticación.- Recibe al alimento lo lleva a las caras-oclusales, lo mantiene ahí, lo lleva adelante prepara el bolo alimenticio, para luego deglutir, sube al bolo, lo aprieta contra el paladar y lo impulsa a la faringe, emite sonidos.

Exquisito sentido del tacto, recibimos las impresiones gustativas, articulador del lenguaje modifica su posición según las palabras al hablar, tiene importancia capital en la anatomía protética.

Con los músculos bucofaciales la lengua, desempeña el papel de retención y de estabilidad. Mantiene una fuerza de equilibrio - desempeñando un papel importante en la posición de los dientes naturales debiéndose de respetar cuando se articular los dientes artificiales. Zona Neutral.

La posición y contracción de los músculos de la lengua determinan la extensión distal de la dentadura inferior y la curvatura del reborde linguodistal.

La retención y estabilidad de la dentadura inferior según posición y la efectividad en sus funciones cuando tiene posición normal.

VI.- CLASIFICACION DE WRIGHT C. 1961.

Posición normal.

Posición anormal Clase I y Clase II

Clase Normal.

El cuerpo de la lengua llena totalmente el piso de la boca, -e el dorso es liso redondo sin contracciones musculares, los bordes laterales descansan por lo regular en las superficies linguales de los dientes posteriores inferiores. El vértice de la lengua descansa sobre las superficies linguales de los incisivos inferiores sobre la cresta del reborde.

ANORMAL O REATRAIDA

Cualquiera que no esté en posición normal. C. Wright las divide a éstas en Clase I y Clase II.

Clase I Anormal.

El cuerpo de la lengua se encuentra hacia atrás el piso queda descubierto por lo regular a la zona de los molares.

Los bordes no descansan en las superficies linguales de los dientes posteriores inferiores, ya que la lengua está atraída hacia atrás.

El vértice se vé hacia abajo al piso de la boca.

Clase II Anormal.

Musculatura lingual muy tersa.

El cuerpo va hacia atrás y arriba.

El vértice está atraído al cuerpo perdiéndose y pareciendo cuadrado. Los bordes laterales se encuentran sobre las superficies oclusales de los dientes posteriores inferiores, por lo tanto el piso de la boca resulta elevado y tenso.

M A T E R I A L E S Y M E T O D O S

Fueron seleccionados 15 pacientes, con las siguientes características:

Totalmente desdentados, con dentadura o en proceso de elaboración, por lo tanto pueden o no tener experiencia en el manejo de su dentadura inferior, no importando el sexo, ni la edad prefiriendo que variara, para tener representados más grupos.

A cada uno se le llenó una ficha clínica diseñada para esta investigación. (Anexo al final) que contiene datos importantes alrededor de la influencia de la lengua y su posición.

Se examinó la boca del paciente, preferentemente la posición de la lengua.

Al paciente no se le mencionó que el objetivo era la lengua, evitando que la movilizara en forma por demás inquieta, a todos la dos menos donde se ocupa que esté fija.

Requisito para reconocer la posición de la lengua, es pedirle a la persona que abra su boca como si fuera a recibir alimento, un poco menos que abierta normal y un poco más que reposo con la boca entre abierta, permitiendo observar a la lengua en reposo y reconocer que posición guarda.

En la ficha clínica, se anotó la posición de la lengua, según la clasificación de Wright C., colaborando varias clínicas, anotando por separado su posición.

Queriendo mantener una prueba de la posición de la lengua, de cada paciente, se le tomó una fotografía para conservar el caso.

En esta investigación desde su planeación se decidió obtener un dato significativo como lo es la radiografía. Se resolvió utilizar un medio radio-opaco, para que la lengua se viera perfectamente en la posición que guarda.

A cada uno de los pacientes se le tomó la radiografía lateral externa de cara 20 x 25 cm. pincelando un radio-opaco.

Después de obtener las radiografías los mismos clínicos por separado se dió su posición de acuerdo a la clasificación utilizada.

Materiales Utilizados.

- 1.- Paciente seleccionado.
- 2.- Aparato de Rayos X, máquina Universal para cefalometría marca-Universal cdt. No. 3207.
- 3.- Cefalostato Universal.
- 4.- Pantalla intensificadora (Chassis)
- 5.- Película radiográfica 20 x 25 cm. (8 x 10 plg.) RP/SX-OMAT - - Kodak.
- 6.- Sulfato de Bario USP - (Pastabar-E-Z-EM de México, S. A.)
- 7.- Pincel No. 2 de pelo fino.
- 8.- Cámara fotográfica Instatek (Kodak)
- 9.- Seis Clínicos.
- 10.- Sillón Dental.
- 11.- Lámpara Dental.
- 12.- Equipo Dental.
- 13.- Cuarto Oscuro.
- 14.- Equipo para revelar.

FORMULA "PASTABAR"

Sulfato de Bario USP	60 gr.
Agua destilada	34 ml.
Goma	4.81 gr.
Sabores y color artificial	0.08 gr.
Sacarina de sodio	0.02 gr.
Excipiente C.B.P.	100 gr.

R.E S U L T A D O S

De los 15 pacientes investigados, 10 fueron mujeres y el resto hombres.

El paciente más joven de 27 años, el más mayor de 84 años, - siendo el grupo de cincuenta años los más numerosos, lo que indica que a esta edad la mayoría de los mexicanos de clase baja, sin casi atención odontológica, están perdiendo sus dientes y necesitando su prótesis total, Fig. 1.

Respecto a la pérdida de los dientes 5 de ellos por caries, - 4 por enfermedades paradontal, 4 por fractura y traumatismos, 1 -- por medicamentos (aceite creosotado) y el último por recomendación del dentista. Del estado de salud, 6 manifestaron estar bien, 4 dijeron ser diabéticos, 3 hipertensos y los restantes dijeron padecer ulcera duodenal, faringitis, nefritis, aterosclerosis e infarto al miocardio.

El cuanto a las quejas de su dentadura inferior fueron las siguientes: El 48% (7) no tiene estabilidad (flota), el 32.5% (5) no tiene retención, el 12% (2) mala oclusión, el 7.5% (1) no tiene queja, Fig. 2.

La fonética, el 70% (11) están conformes, el 15% (2) se quejan, el 7.5% (1) le parece regular, y el 7.5% (1) siente hablar como anciano, Fig. 2.

Al examen clínico se encontró que el 53% (8) les faltaba estabilidad a su dentadura inferior, correspondiendo a las clases -- anormales según clasificación Wright C., el 47% (7) tiene estabilidad aceptable Fig. 3 y 4.

Al examen Clínico se obtuvo la siguiente clasificación:

Clase normal	47%
Clase I	40%
Clase II	13%

Fig. 5 y 6

Al examen radiográfico la distribución es la siguiente:

Clase Normal	40%	
Clase I (Anor)	40%	
Clase II (Anor)	20%	Fig. 5 y 6

Hasta aquí se ha utilizado la clasificación C. Wright (1961) en el afán de mejorar la comunicación, se decidió adoptar la siguiente clasificación de: clase normal y anormal, por Clase I, Clase II y Clase III.

Obviamente el examen más estable es el radiográfico, previo-entrenamiento del paciente, para obtener el estado de reposo, le sigue en precisión el examen clínico y por último el inestable, el fotográfico, que al oír hablar, al ver la cámara se intranquiliza, dificultando la posición que buscamos, Fig. 7.

Gracias a la colaboración de seis clínicos se obtuvo la siguiente clasificación:

Al examen	Clase I - 41%	Examen	Clase I - 47%
Clínico	Clase II - 42%	Radiográfico	Clase II - 42%
	Clase III - 17%		Clase III - 11%
	Fig. 8, 9 y 10		

La media de la clasificación, de la posición de la lengua:

Tipo de Examen	Clases I	II	III	Total	
Clínico	44%	41%	15%	100%	
Radiográfico	43.50%	41%	15.5%	100%	Fig. 11 y 12

Núm. Pac.	Femen.	Masc.
1	48 años	
2		55 años
3	74	
4	48	
5		84
6		56
7	71	
8	44	
9	55	
10		66
11	62	
12	63	
13	54	
14		54
15	27	
MEDIA AÑOS	51	69

FIG: 1

CUADRO: Distribución de la edad y Sexo de los 15 pacientes.

Num. Pac.	TIPO DE QUEJA	Porc.
7	FALTA ESTABILIDAD	48 %
5	FALTA RETENCION	32.5%
2	MALA OCLUSION	12 %
1	NO TIENE QUEJA	7.5%
TOTAL		TOTAL
15		100%

QUEJAS DE LA DENTADURA INFERIOR

Pacient	FONETICA	%
11	ACEPTABLE	70 %
1	REGULAR	7.5%
2	MALA	15 %
1	SENIL	7.5%
15		100%

FIG. 2

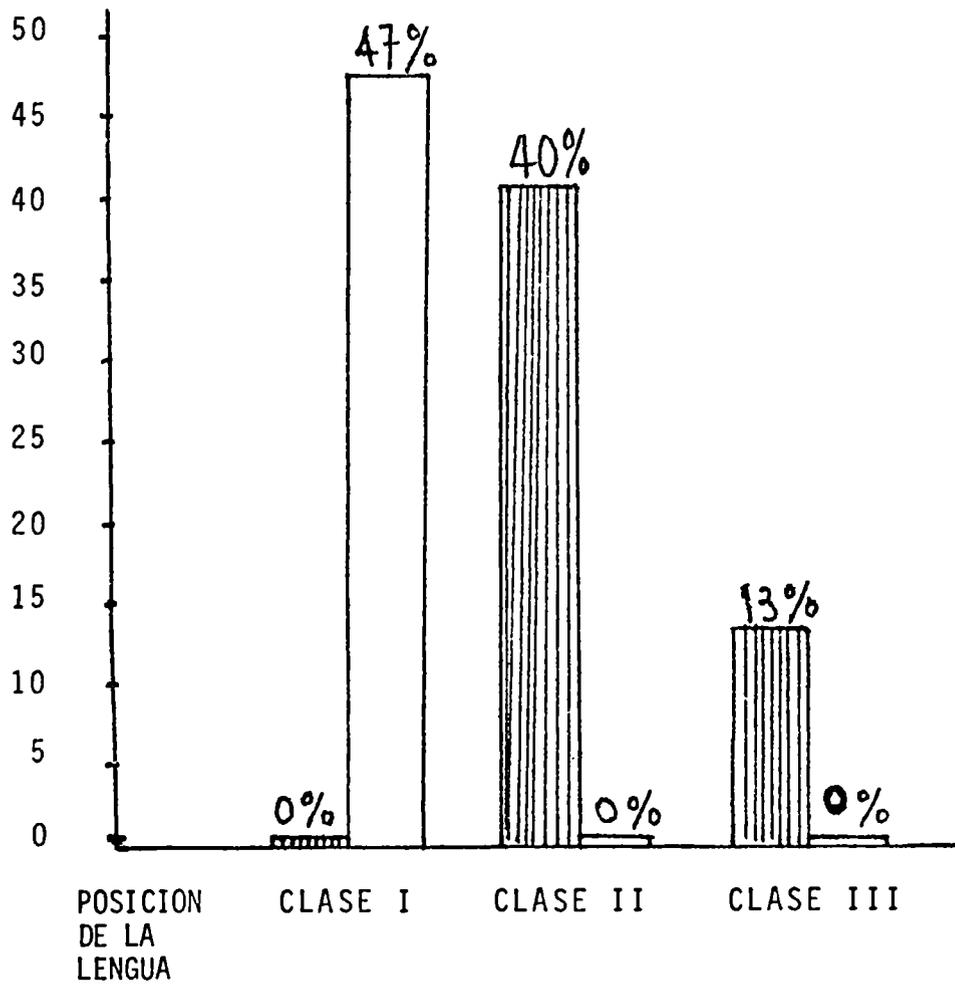
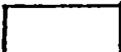


FIG. 3 GRAFICA: PORCENTAJE DE LA ESTABILIDAD DE LA DENTADURA INFERIOR.

 Sin queja
 Con queja

LENGUA	CLASE I		CLASE II		CLASE III		SUBTOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
CON QUEJA	0	0 %	6	40%	2	13%	8	53%
SIN QUEJA	7	47%	0	0 %	0	0 %	7	47%
SUB-TOTAL	7	47%	6	40%	2	13%	SUMA 15	TOTAL 100%

FIG. 4

CUADRO: DE LA ESTABILIDAD DE LA DENTADURA INFERIOR.

Pa. CIENTE	EXAMEN CLINICO	EXAMEN RADIOGR.
1	<i>Nor</i>	<i>Nor</i>
2	<i>II</i>	<i>III</i>
3	<i>Nor</i>	<i>I</i>
4	<i>Nor</i>	<i>Nor</i>
5	<i>I</i>	<i>Nor</i>
6	<i>Nor</i>	<i>I</i>
7	<i>I</i>	<i>I</i>
8	<i>Nor</i>	<i>II</i>
9	<i>I</i>	<i>Nor</i>
10	<i>Nor</i>	<i>Nor</i>
11	<i>II</i>	<i>I</i>
12	<i>I</i>	<i>I</i>
13	<i>I</i>	<i>I</i>
14	<i>I</i>	<i>II</i>
15	<i>Nor</i>	<i>Nor</i>

FIG. 5

CUADRO: CLASIFICACION POSICION DE LA LENGUA;

BASE: CLASF. WRIGHT C.

CLASE NORMAL

CLASE ANORMAL I

CLASE ANORMAL II

CLASIFI- POSICION LENGUA:	EXAMEN CLINICO		EXAMEN RADIOGRA- FICO	
	Núm. Pac.	%	Núm. Pac.	%
CLASE I	7	47	6	40
CLASE II	6	40	6	40
CLASE III	2	13	3	20
TOTAL	15	100%	15	100%

FIG. 6

CUADRO: CLASIFICACION POSICION DE LA
LENGUA.

ABREVIATURAS: Núm. Pac. = Número de Pacientes.

% PORCENTAJE.

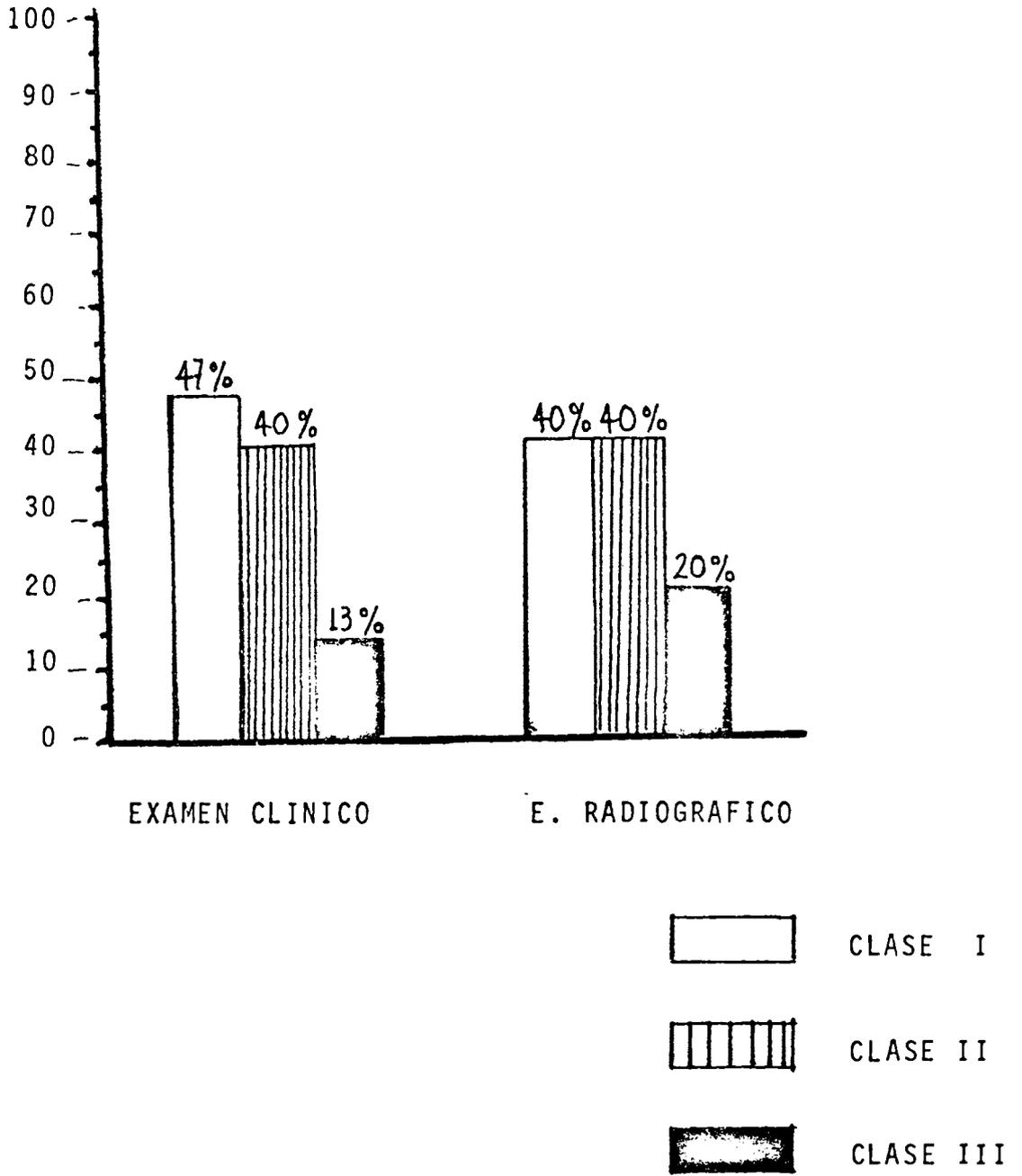


FIG. 7

GRAFICA: CLASIFICACION DE LA POSICION DE LA LENGUA.

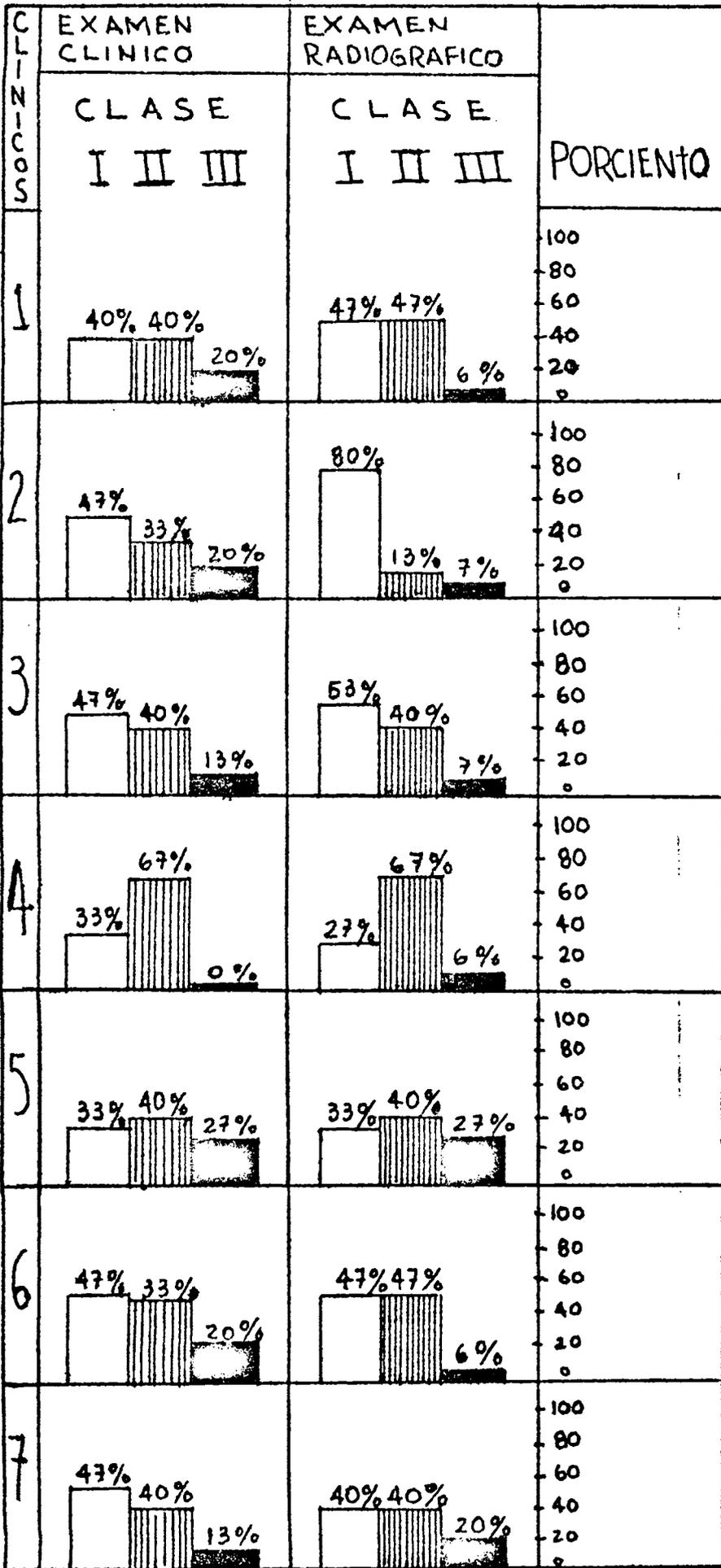
OBSERVACION CLINICA									EXAMEN RADIOGRAFICO							
CLI- CO	CLASE								CLASE							
	I		II		III		TOTAL		I		II		III		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1	6	40	6	40	3	20	15	100	7	47	7	47	1	6	15	100
2	7	47	5	33	3	20	15	100	12	80	2	13	1	7	15	100
3	7	47	6	40	2	13	15	100	8	53	6	40	1	7	15	100
4	5	33	10	67	0	0	15	100	4	27	10	67	1	6	15	100
5	5	33	6	40	4	27	15	100	5	33	6	40	4	27	15	100
6	7	47	5	33	3	20	15	100	7	47	7	47	1	6	15	100

FIG. 8

CUADRO: CLASIFICACION DE LA POSICION DE LA LENGUA POR SEIS CLINICOS.

FIG. 9 GRAFICA

CLASIFICACION DE LA LENGUA, POR CLINICOS.



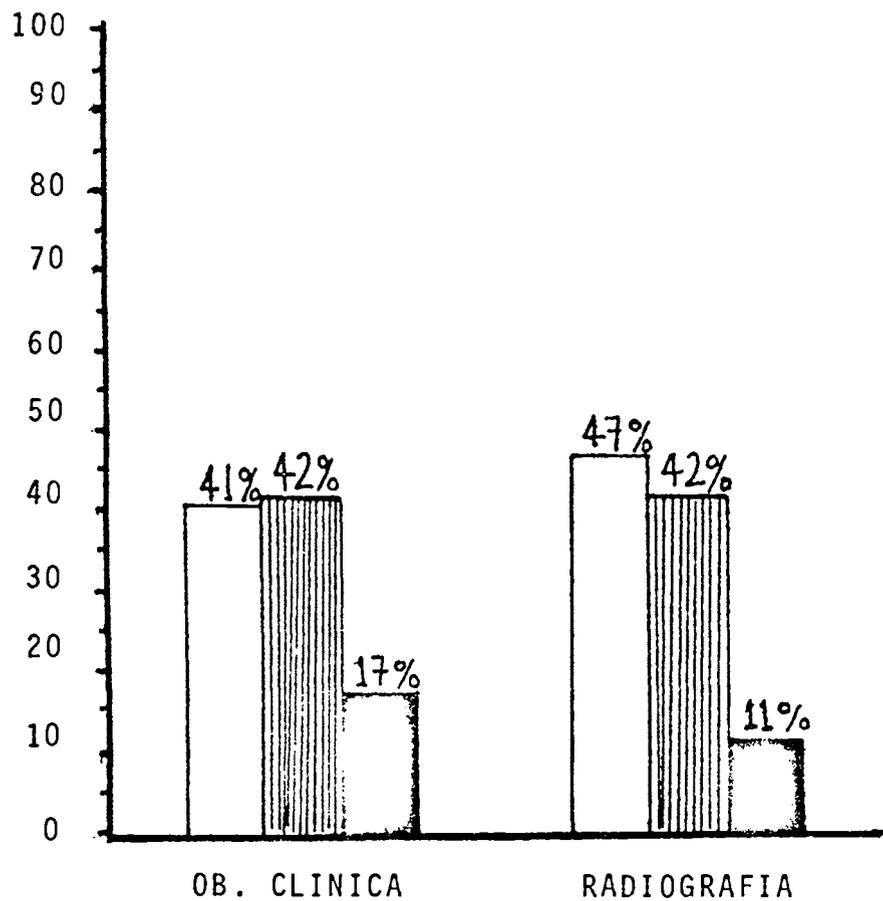


FIG. 10

GRAFICA: CLASIFICACION POSICION DE LA LENGUA POR SEIS CLINICOS.

-  CLASE I
-  CLASE II
-  CLASE III

OBSERVACION CLINICA 6 CLINICOS CLASE			RADIOGRAFIA 6 CLINICOS CLASE		
I	II	III	I	II	III
41%	42%	17%	47%	42%	11%
AUTORTESIS					
47%	40%	13%	40%	40%	20%
DIFERENCIA					
+6	-2	-4	-7	-2	+9
RESULTADO PORCENTAJE					
44%	41%	15%	43%	41%	15%
T O T A L E S					
100 %			100 %		

FIG. 11

·CUADRO: COMPARACION Y RESULTADO,
POR LOS CLINICOS, ESTE -
AUTOR.

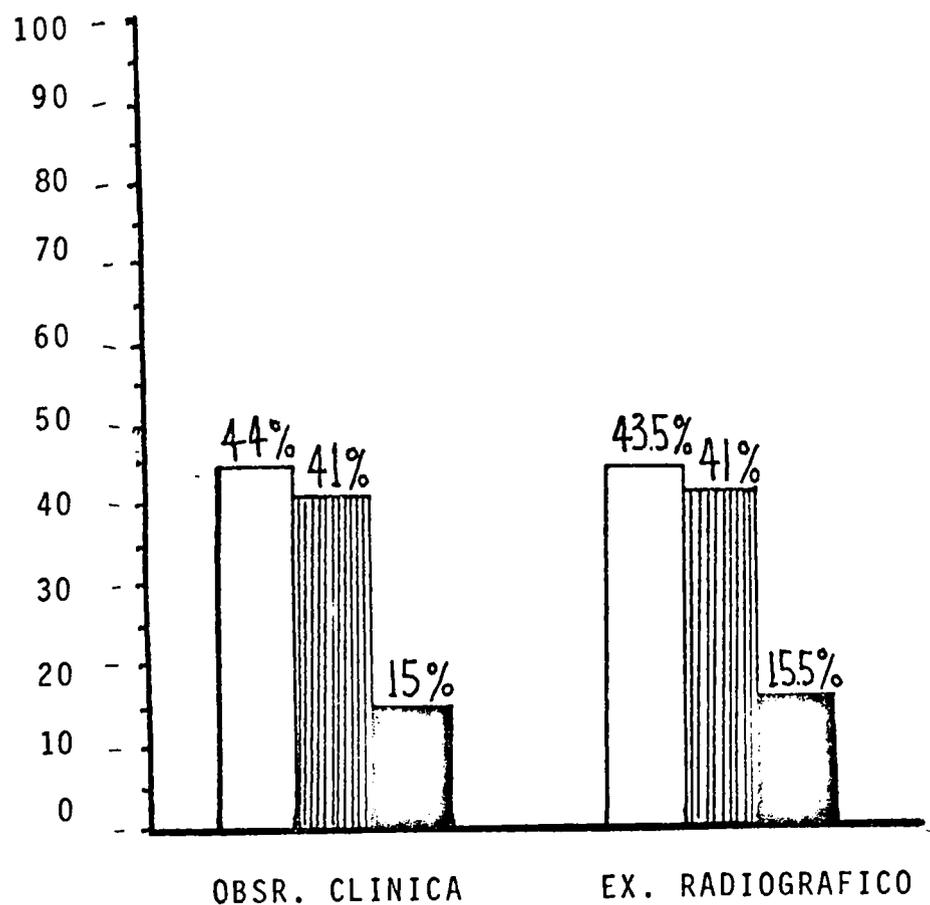
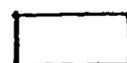


FIG. 12

GRAFICA: CLASIFICACION OBTENIDA POR
LOS 6 CLINICOS Y AUTOR TESIS.



CLASE I



CLASE II



CLASE III



1, FOTO - RADIOGRAFIA POSICION DE LA LENGUA
CLASE I, CON SUBSTANCIA RADIOPACA.



2, FOTO - RADIOGRAFIA POSICION DE LA LENGUA.
CLASE II.

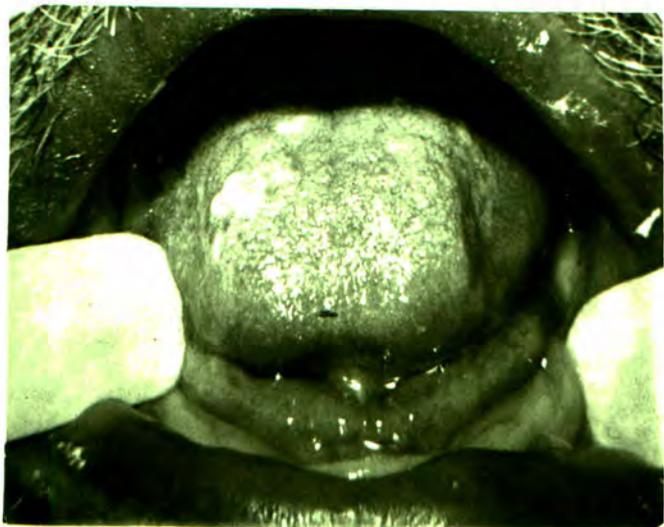




3, FOTO - RADIOGRAFIA POSICION DE LA LENGUA
CLASE III



4, FOTO - POSICION DE LA LENGUA
CLASE I



5, FOTO - POSICION DE LA LENGUA
CLASE II

D I S C U S I O N

En la publicación de 1961, Corwin R. Wright y un grupo de expertos de la Universidad de Michigan, se concretan, solamente a -- darle validez a la lengua normal y las anormales como Clase I y -- Clase II.

Se partió de esta clasificación y se observó que era necesario tener una nomenclatura más precisa, simplificada de mayor cobertura y así se adoptó la clasificación de la posición de la lengua en:

- Clase I - Normal de C. Wright
- Clase II - Anormal I de C. Wright
- Clase III - Anormal II de C. Wright

C. Wright en sus estudios, con los exámenes Clínicos y fotográficos obtuvo los siguientes datos: que la posición normal es -- del 75% de todas las personas y que la anormal de 25%, dividiéndola, para la clase I y II. Por lo que se amplió la investigación -- con el examen radiográfico y material radiopaco, encontrándose para la clase I-42%, en promedio, para la Clase II el 43% y la Clase III el 15% restante.

Esta clasificación se obtuvo con la colaboración de seis especialistas que dieron su clasificación a los 3 tipos de examen a los 15 pacientes seleccionados para tal efecto.

Se definió que en la Cd. de México hay una población edentula, con la posición de la lengua en la siguiente distribución:

Clase I el 42%, el 58% dividido en Clase II con el 43% y el 15% a la Clase III.

La diferencia en los porcentajes de ambas clasificaciones -- del 33% para las normales y del 33% para las anormales.

En la Cd. de México hay un 33% menos en posición normal de la lengua (Clase I) con relación a la clasificación de C. Wright -

en los E.U.A. y un 33% más en la posición anormal. Siendo más frecuente la posición anormal en México, es más común encontrar fracasos en las dentaduras sobre todo en las inferiores que son las que tienen esa estabilidad, que les proporciona la lengua en posición normal Clase I y esa efectividad en sus funciones.

S U M A R I O

Es innegable que mucho del éxito o fracaso en dentaduras, se debe a la capacidad y habilidad del paciente para adaptarse y manejar la dentadura inferior.

Desilusionante para algunos que la dentadura inferior quedeflotando o con úlceras - WRIGHT (1961).

El factor importante en prostodoncia total es la retención, - si no se tiene no hay estabilidad de dentadura.

Otro factor es el sellado satisfactorio, la eficacia está directamente con la posición de la lengua.

Al revisar la bibliografía se encontró que las investigaciones de Wright, en la clasificación de la posición de la lengua y - el papel que juega en la dentadura inferior.

Por años investigó modelos muchos metros de película fotográfica, llegando a la clasificación de que el 75% de la población de los Estados Unidos de N.A., tenían la lengua en posición normal, - y el restante 25% poseían una lengua torpe, o retraída dividida para las dos clases I y II.

Los que se investigó aquí en cierta parte fueron las mismas - aumentando, el estudio radiográfico, con la lateral externa de cara, utilizando un medio de contraste, fué necesario debido a la -- translucidez de los músculos de la lengua, siendo nuestro objetivo conocer en reposo la posición con su dentadura.

Gracias a la colaboración de seis Clínicas de Estudios Superiores que revisaron y dieron su clasificación de cada paciente -- por separado, se compararon estos resultados con los propios y se obtuvo que en nuestra población, aumenta la posición anormal Clase II, por una disminución del 33% de la Clase I en la Cd. de México.

La queja frecuente en salas de espera de consultorios y clínicas de pacientes de Prostodoncia, es que la dentadura inferior queda floja, otras veces al principio flota, no se trata de que solo la posición de la lengua anormal, sea la única causa de la falta de estabilidad, en este aspecto están involucrados: la retención, la toma de impresiones, la obtención de modelos, el bordeado muscular, las fallas en los procedimientos del laboratorio, la reabsorción del proceso residual y varios años de uso, desajuste de la base de la dentadura, desajuste de la oclusión, daños a las bases, los tejidos blandos y duros.

La lengua anormal influye, en la estabilidad de la dentadura inferior disminuyendo la zona de sellado reduciendo la retención y afectando la capacidad de las funciones de la lengua.

C O N C L U S I O N E S

1ro. La clasificación de las posiciones de la lengua de pacientes de las Clínicas de Protopodencia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, como grupo representativo de la población edentula de la Ciudad de México, es la siguiente:

Clase	I	-	42%
Clase	II	-	43%
Clase	III	-	<u>15%</u>
			100%

2do. Es definitiva la influencia de la posición de la lengua en la estabilidad de la dentadura inferior y en la eficiencia de sus funciones de la prótesis y de la lengua.

El paciente poseedor de una lengua normal en su posición, estabiliza su dentadura, logra eficiencia y comodidad, en sus funciones.

El poseedor de una lengua perteneciente a la Clase II y III - su dentadura mandibular se verá afectada en la estabilidad por la reducción del área del sellado, habiendo poca o nula retención - - afecta sus funciones por faltar la eficiencia y comodidad.

3ro. A los pacientes reconocidos por la posición anormal de la lengua, se les dió ejercicios para mejorar dicha posición.

No todas las posiciones anormales son de nacimiento ya que - pudieron deberse a alguna falla técnica, que trajo como consecuencia, esta posición; la principal es la elevación del plano oclusal inferior, sobre todo la posición del 1er. molar inferior.

Los ejercicios que se utilizaron fué una modificación de los propuestos de C. Wright, 5 minutos de duración por la mañana al - - igual por la noche: son para mejorar la posición anormal de la lengua.

Con los resultados de esta investigación quedó de manifiesto que la generalidad de Cirujanos Dentistas, omiten el reconocimiento de la posición de la lengua en Prostoncía total, deduciendo que desconocen su influencia en la estabilidad de la dentadura-mandibular.

Es importante divulgar estos resultados, para el conocimiento de la profesión, su significado y la ayuda a los pacientes en las clases anormales.

Aportamos:

1ro. La clasificación de la posición de la lengua, en México, D.F.

2do. Se reconoció la influencia en la estabilidad de la dentadura mandibular y su trascendencia.

C I T A S B I B L I O G R A F I C A S

- 1.- BOUCHER O. CARL, J. HICKEY, ZARB - G.
"PROSTHODONTIC TREATMENT FOR EDENTULOUS PATIENTE" Ed. Mosby --
Pág. 24, 25, 83, 84, 191, 192, 9, 111, 114, 113, 13, 17.
- 2.- BECK O. HAINS - D.D.S.M.S. TEXT. "COMPLETE PROSTHODONTICS"
The University of the Texas Dental Branch 1957 Pág. 10, 11.
Houston, Texas, U.S.A.
- 3.- ELLINGER W.C. WOODWORD D.J. OVERDENTURE. 1975 Pág. 34, 35
- 4.- HAM ARTHUR W. "TRATADO DE HISTOLOGIA" Septima edición.
H.D. Interamericana - 1976. Pág. 652.
- 5.- LOCK HART R.D. G.F. HAMILTON F.N. F. Y FE "ANATOMIA HUMANA"
Ed. Interamericana 2da. 1970 - México D.F. Pág. 20, 587, 9, --
162, 494, 495, 173, 199.
- 6.- MORRIS A., BONORRAN H. "THE DENTAL SPECIALTIES EN GENERAL - --
PRACTICE" - 1974. Pág. 599, 114.
- 7.- SAIZAR PEDRO "PROSTODONCIA TOTAL"
1975, ED. MUNDI - Buenos Aires Argentina. Pág. 20, 382.
- 8.- SHARRY J. JHON "PROSTODONCIA DENTAL COMPLETA"
Ed. Toray S.A. Barcelona 1977. Pág. 137, 173, 199, 202.
- 9.- WRIGHT P. CORWIN, JHON H. MUYSKENS, LEON H. STRONE, KENMETH N.
WESTERMAN, R.H. KINGERY S.T. WILLIAMS.
"A STUDY OF THE TONGUE AND IT'S, RELATION TO DENTURE STABILITY"
P.A.D.A. JOURNAL - Sept. de 1949. Pág. 269, 270, 271, 272, 273,
274 y 275.
- 10.- WRIGHT R. CORWIN D.D.S.M.S. W. SWARTZ D.D.S.M.S, W.C. GODWIN -
Depto. of complete denture-Univ. of Michigán - The ourbece - -
Company Publishers 1961. Pág. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,
40, 42, 43, 44 y 45.

A P E N D I C E

"UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO"
 "Facultad de Odontología"
 División de Estudios Superiores

FICHA CLINICA

PROTESIS BUCAL

Núm.: 1

PROSTODONCIA TOTAL; INVESTIGACION DE TESIS "LA INFLUENCIA DE LAS
 POSICIONES DE LA LENGUA, EN LA ESTABILIDAD DE LA DENTADURA
 MANDIBULAR"

<p>Nombre Dirección Teléfono</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Tiempo que ha permanecido edéntulo.</p> <p>Motivo por el cual perdió sus dientes.</p> <p>Padece alguna enf. sisté- mica.</p> <p>Toma medicamentos (Nom- - bre)</p> <p>Hábitos linguales.</p> <p>.Tiempo de uso de la dent. inf.</p> <p>Tolerancia o Queja.</p> <p>Fonética.</p> <p>Duerme con la dentadura - inferior.</p> <p>Limpieza de la dentadura.</p> <p>Cepillado de encías y te- jidos adyacentes.</p> <p>1.- Clase de lengua al -- Ex. Clínica.</p> <p>2.- Clase de lengua a la- fotografía.</p> <p>3.- Clase de lengua al -- Ex. Radiográfico.</p>	
--	--

