

29
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS ORALES Y MORDIDAS CRUZADAS
COMO FACTORES QUE CAUSAN
MALOCLUSIONES CLASE I.

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



México, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La oclusión normal tanto en la dentición temporal como en la permanente se define como la posición en que recíprocamente quedan los dientes, de un maxilar respecto a los del otro cuando se cierran desarrollando su mayor fuerza, ejerciendo la presión sobre los molares y quedando en posición normal los condilos del maxilar inferior, esta posición es la que permite mayor número de puntos de contacto entre los dientes del maxilar superior y del inferior.

El término oclusión caracteriza únicamente un estado, la posición en que quedan los dientes cuando entran en contacto con la aproximación de los maxilares; no constituye un estado de reposo o estático sino un estado dinámico.

Una buena oclusión es condición esencial para que los dientes realicen en las mejores condiciones su función masticatoria.

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

- 1o. Normalidad de los tejidos blandos del aparato bucal.
- 2o. Normalidad de los maxilares.
- 3o. Normalidad de la posición de los dientes respecto al maxilar.
- 4o. Normalidad de la articulación temporomandibular y de

ue los movimientos mandibulares.

Las anomalías de la oclusión no son una entidad, lo que observamos son irregularidades de las partes blandas y de -- los maxilares, de los dientes y de las articulaciones temporo-mandibulares que necesariamente alteran la situación recíproca normal de los dientes cuando se ponen en posición de - máximo contacto. (9)

NO HAY

HOJAS

No. 14 y 15.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Edward Hartney Angle en 1899 cristalizó el pensamiento - ortodóntico sobre oclusión. En 1907 escribió "la oclusión es la base de la ciencia de la ortodoncia, las formas de las cúspides, coronas, raíces y aún la misma estructura de los dientes e inserciones, están diseñadas con el fin de hacer de la oclusión una gran meta.

Definió la oclusión como las relaciones normales entre - los planos inclinados oclusales de los dientes, cuando los maxilares están cerrados. Para Angle la oclusión normal requería:

a) Que la cúspide mesio-bucal del primer molar superior permanente, estuviera en relación mesio-distal correcta con - el surco bucal o mesio-bucal del primer molar inferior.

Los primeros intentos por clasificar las maloclusiones - provienen de Fox 1803. Discípulo de John Hunter, que basaba la división en las relaciones de los incisivos. Sin embargo fue Angle el que presentó en 1899 su esquema de clasificación.(2)

Clase I .- La cúspide mesio vestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular, situada entre la cúspide mesio y disto bucal del primer molar inferior.

Clase II .- La cúspide mesio bucal del primer molar superior permanente y estará en relación con el intersticio entre

el segundo premolar y el primer molar inferior.

Clase II, Subdivisión I .- El primer molar inferior esta en posición distal con respecto al primer molar superior, la retracción mandibular se refleja en el perfil del paciente.

Clase II, Subdivisión II .- El primer molar inferior es tá en posición distal con respecto al primer molar superior , una sobremordida profunda se refleja en el perfil del paciente.

Clase III .- El primer molar inferior está en posición mesial con respecto al superior, se observa un prognatismo -- mandibular que se refleja en el perfil del paciente. (9) .



Paciente de 4 años de edad que presenta pleno mesial, -
Obsérvese la relación Clase I de caninos (Oclusión Normal).



Paciente de 11 años de edad que presenta Clase I de Angle con Clase I de Caninos. (oclusión normal).

Modificación de Dewey - Anderson de la Clase I de Angle.

Es fácil encontrar que hay un amplio sector de la población (60 a 85 %) que sería agradable en la Clase I; Sin embargo, en el sistema de clasificación de Angle, este vasto grupo no fue subdividido en entidades diagnósticas como si ocurrió con las Clases II y III. Al sistema de Dewey Anderson le correspondió eliminar esa limitación. Este sistema divide la Clase I de Angle, de modo que factores obvios y repetidos como espacio en la arcada genética escaso, disminución posterior del espacio en la arcada como resultado de la mesialización de los molares permanentes, incisivos protruidos y mordidas cruzadas pueden ser considerados entidades específicas de maloclusión. Cada una de estas pautas de diagnóstico de Dewey Anderson para la maloclusión de Clase I son llamadas tipos. Estos son fácilmente reconocidos y particularmente útiles como auxiliares del diagnóstico durante los años de la dentición mixta, pero se esfuman y se tornan por lo tanto menos importantes para el diagnóstico en la dentición del adulto joven.

Clase I, una descripción de la maloclusión específica que representan, las varias etiologías que puedan ayudar a explicar el origen de la maloclusión, así como una breve descripción del sentido que puede tomar el tratamiento. Cada tipo de maloclusión de Clase I es separado en dos categorías genera--

les, una de las cuales puede ser tratada por el odontólogo general y la otra ha de ser derivada al ortodoncista. La separación suele ser mensurable en milímetros con un calibre de Boley.

Clase I, Tipo I.

La clase I, Tipo I, se caracteriza por los incisivos apiñados y rotados.

Descripción de la maloclusión.-

Cuando erupcionan los incisivos permanentes superiores e inferiores, no tienen espacio suficiente en la arcada para asumir sus posiciones normales, y de tal modo aparecen apiñados y rotados. La falta de espacio en el sector anterior de ambas arcadas es el criterio, que no ha de ser confundido con una pérdida de espacio en el sector posterior causada por el desplazamiento mesial obvio de uno de los primeros molares permanentes.

Las relaciones entre tamaño dentario y espacio en la arcada es el tamaño de las coronas de los dientes permanentes, que una vez formadas no cambian mayormente. No obstante aún cuando la suma de los anchos de cada diente pueda no cambiar, el tamaño de las arcadas puede verse alterado por ciertos fac

tores de crecimiento. Principalmente porque el crecimiento - del complejo facial óseo del pequeño es incompleto. Algunas criaturas parecen heredar incisivos superiores demasiado grandes para su cara. Ha de comprenderse que el hueso de ambos - maxilares, el complejo articular temporomandibular y todo el complejo esquelético experimentan vastas transformaciones de crecimiento durante esos años. Las alteraciones finales - del crecimiento se producen lenta pero constantemente durante los años de la dentición y, después con sorprendente rapidez en los años de la pubertad. Por tanto, los incisivos que parecen demasiado grandes en un niño de 9 años pueden parecer - normales en la sonrisa de uno de 18 años.

Por la medición cuidadosa del total de los anchos de los incisivos recién erupcionados y su comparación con el espacio disponible en el arco, se es capaz de obtener indicios bastante exactos de si es por cierto demasiado escaso el espacio en la arcada o si sólo parece ser demasiado poco. Si una medición cuidadosa indica que hay más de 3 mm de exceso de material dentario comparado con el espacio disponible en el arco, entonces casi con toda certeza el niño debe ser derivado a su ortodontista.

Pero se puede establecer una excepción razonable en esos casos más bien comunes donde el espacio en el arco superior - parece ser adecuado, pero hay apiñamiento a causa de la excesiva inclinación lingual de los incisivos inferiores recién -

erupcionados. La hiperactividad del músculo mentoniano durante el acto de la deglución actúa comúnmente como causa de esto.

Clase I, Tipo I Genética.

El niño que tiene demasiado material dentario mensurable para el espacio existente en la arcada es muchas veces por error aceptado como candidato para los procedimientos de movimientos dentarios menores. Esto es el resultado de un pobre diagnóstico; los dientes no pueden ser comprimidos mágicamente en un espacio de la arcada demasiado pequeño para contenerlos. La primera clave de que el espacio es disponible no es adecuado para la erupción sin restricciones de los dientes permanentes se ve cuando los incisivos inferiores y superiores erupcionan entre los 6 y 8 años. El procedimiento de diagnóstico para saber si el espacio en la arcada es adecuado se inicia en el arco inferior, realizando técnica de análisis de dentición, seguido de acuerdo a diagnóstico de una extracción seriada.

Primero, el ancho de cada central y lateral permanente es medido con toda exactitud hasta la décima de milímetro, valiéndose del calibre de Boley. El segundo paso es determinar el espacio disponible en la arcada para estos dientes. El método más exacto para hacer esto es el análisis de dentición.

Clase I, Tipo I, Muscular.

El apiñamiento de los dientes anteriorinferiores causado -- por presiones generadas por el músculo del labio inferior no es, en cambio, considerado un problema genético sino ambiental. El músculo mentoniano es capaz de producir esa maloclusión si su acción es demasiado vigorosa. En tales instancias, se dice que la maloclusión corresponde a un caso muscular de Clase I, Tipo I. Este tipo de maloclusión puede ser tratado por el odontólogo de la familia para corregir las presiones -- dirigidas hacia lingual causadas por el músculo mentoniano .

En algunos niños puede presentarse una situación de apiñamientos de los incisivos interiores que se asemeja más que a la Clase I, Tipo I, el labio inferior actúa de una manera acrobática durante la deglución y las mediciones del arco superior no indica problema alguno de relación entre arco -- dentario y longitud de arco. En otras palabras, este apiñamiento de los incisivos inferiores es un problema muscular limitado a sólo el arco inferior. El músculo mentoniano, por -- contracción excesiva durante el acto de la deglución y el hábito de labio, pueden ejercer suficiente presión no balanceada sobre los incisivos interiores recién erupcionados hasta -- volcarlos hacia lingual. Tal presión muscular ambiental posee una importancia sostenida en la etiología y tratamiento -- subsiguiente de los dientes anteriorinferiores apiñados. Para --

normalizar el arco de los incisivos inferiores, esta fuerza - no balanceada debe ser contrarrestada por un aparato rompe--- fuerzas como el Leep Bumper mantenedor de espacio como el arco lingual pasivo y activo dependiendo del caso. Cuando se - ve en un niño hiperactividad del músculo mentoniano, es casi siempre una prueba de una pauta de deglución incorrecta.

Clase I, Tipo 2 .

Descripción de la maloclusión

A primera vista, una maloclusión de Clase I, Tipo 2, -- puede asemejarse a la maloclusión clásica de la Clase II, División I. La semejanza consiste en que los incisivos superiores aparecen protruidos en ambos casos. Sin embargo, en la -- Clase I, Tipo 2, los incisivos superiores suelen estar bien - espaciados y la relación molar y canina es de Clase I. En -- ambas maloclusiones, el labio superior aparece más corto e -- hipoactivo (inactivo), de modo que los labios no se adaptan - para encerrar los dientes durante la deglución. El labio inferior, por lo tanto, parece actuar por demás hacia adentro y arriba para lograr el sellado de la deglución. Al aumentar el resalte, el labio inferior puede efectuar el sellado para la deglución cerrándose hacia arriba y lingual de los incisivos superiores.

La Clase II, División I es el resultado de una clara pauta hereditaria, como regla. Por otra parte, la etiología de

la Clase I, Tipo 2, suele ser una serie de hábitos bucales - prolongados, como la succión temprana de los dedos, que después puede cambiar por una interposición lingual o inadecuada posición pasiva de la lengua, éstos hábitos bucales dañosos - pueden generar fuerzas que causen mal alineamiento en ambos - maxilares y quizá nueva los dientes superiores a posiciones - bastante protrusivas. Mordida abierta anterior.

Comúnmente, existe una mordida abierta anterior en las - maloclusiones de la Clase I, Tipo 2, es decir, una clara separación visible desde adelante entre los bordes incisales de los dientes frontales superiores e inferiores cuando los dientes posteriores están en oclusión.

Pueden existir o no problemas foniatricos como por ejemplo ceceo, pero está indicada una prueba foniatrica durante - el diagnóstico.

La lengua puede proyectarse a través de la abertura entre los dientes frontales durante la deglución de pauta anormal, con una tendencia a mantener la mordida abierta aún después que el niño haya dejado de chuparse el pulgar. Durante - la formación de ciertos sonidos como s, c, y z, el niño puede experimentar alguna dificultad par encontrar el contacto - correcto entre lengua y paladar. Otros sonidos que se cumplen por contacto del labio inferior con el borde incisal de los

dientes frontales superiores, como f y v, también pueden ser objeto de distorsión, sustitución u omisión.

Clase I, Tipo 3 .

Las maloclusiones de la Clase I, Tipo 3, comprenden mordidas, cruzadas anteriores que afectan los incisivos permanentes superiores.

Descripción de la maloclusión.

Quizá nada en el desarrollo de una oclusión sea tan dramático como la erupción de un incisivo superior en posición - de mordida cruzada, por lingual. Literalmente, éste produce de modo inmediato una "mordida trabada", con todas las posibilidades concurrentes de una pobre función muscular labial y - facial, pobre función masticatoria e inadecuado desgaste incisal y oclusal en las superficies contactantes de los dientes antagonistas; y hasta puede producir una rara expresión, truculenta en ese niño. Los padres pueden informar espontáneamente que el niño mastica de una manera rara, con movimientos de tijera de arriba a abajo en vez de los habituales rotantes.

Es importante el diagnóstico precoz de esta situación, - pues estos casos deben ser tratados cuanto antes sea posible. Si el odontólogo viera esta oclusión al erupcionar los dien--

tes, sería mucho más fácil de tratar.

También sufre un daño considerable el periodoncio de un incisivo central o lateral inferior, particularmente en su aspecto vestibular si se deja esta situación sin tratar.

Maloclusiones de pseudoclase III.

Dewey, cuando dos o más incisivos permanentes superiores están involucrados en la mordida cruzada anterior, el pronóstico es menos positivo en cuanto al éxito en la reducción de ese trastorno.

Hitchcock señala que si más de 3 semanas de terapéutica con aparatos no bastan para reducir una mordida cruzada anterior, quizá deba ser considerado un caso de Clase III disfrazado de Clase I, Tipo 3. (3)

Cuanto más sean los dientes hallados en mordidas cruzadas, más firme debe ser la sospecha en la mente del odontólogo de que se está desarrollando en el niño una maloclusión de Clase III, que sólo un ortodoncista puede tratar.

Clase I, Tipo 4 .

Las maloclusiones de Clase I, Tipo 4, se caracterizan --

por mordidas cruzadas posteriores de los molares temporales, primeros molares permanentes o de ambos, éstos pueden ser de dos tipos unilaterales y bilaterales, siendo estas mordida -- cruzada lingual; mordida cruzada lingual completa y mordida - cruzada vestibular.

Clase I, Tipo 5 .

La maloclusión de Clase I, Tipo 5, involucra pérdida de espacio en el segmento posterior.

Descripción de la maloclusión.

Esta maloclusión se parece a la Clase I, Tipo I, en que es fácil establecer la falta de espacio en la arcada para los dientes permanentes. Aunque superficialmente pudiera parecerse a la Clase I, Tipo I, (falta de espacio genética), el tipo 5, significa una pérdida de espacio y no su falta genética. - Además, la pérdida de espacio es en el sector posterior y no en el anterior, como en el Tipo I.

La discrepancia habitual en la emigración hacia mesial - del primer molar permanente. Si se produce en la arcada superior, el desplazamiento tiende a ser paralelo, con no demasiada inclinación del eje del molar de los 6 años que se mueve - hacia mesial. Esto es particularmente cierto si los segundos

molares temporales se perdieron tempranamente, como a los 3 ó 4 años. Las radiografías del arco inferior, empero, mostrarán habitualmente que se produjo un movimiento de inclinación y paralelo hacia mesial a la vez. Cuando el primer molar permanente se ha desplazado hacia mesial en el caso típico, la longitud total del arco se reduce dramáticamente. Cuando esto ocurre, casi inevitablemente el último premolar que erupciona en el cuadrante donde se perdió el espacio queda "bloqueado" fuera de la arcada, o retenido en lo que de otra manera parecería una arcada normal, puesto que corrientemente es el último premolar en erupcionar. En el raro caso en que el primer premolar sea el último en erupcionar, en la mayoría de los casos se verá forzado hacia vestibular. También los caninos superiores pueden quedar bloqueados por vestibular o lingual. Cuando quedan por vestibular, ofrecen una de las demostraciones más dramáticas de las secuelas de pérdida de espacio crítico en la arcada en el segmento posterior.

Etiología de la pérdida de espacio posterior.

En general, cualquiera de estas tres causas pueden ser ocasionantes del desplazamiento mesial del primer molar permanente: caries, extracción (iatrogenia) y factores geneticos (erupción ectótica).

Hay que poner énfasis en que el tratamiento por movimiento

tos dentarios menores en los casos de la Clase I, Tipo 5, no involucre la reubicación distal del molar de los 6 años desplazando a gran distancia. Quizá lo más que se pueda esperar razonablemente de los tratamientos por movimientos dentarios, menores sean 3 mm. de espacio recuperado en el maxilar superior y 2 mm. en el inferior.

Clase I, Tipo 0 : oclusión perfecta .

Aunque se ha de admitir que la incidencia se baje en casi todo Estados Unidos, existe aún otro tipo de oclusión de Clase I, por considerar. Corresponde al niño en quien todos los dientes se interdigitan normalmente en una buena relación de Clase I, y las líneas medias dentarias superior e inferior coinciden entre sí con la línea facial media. En otras palabras, éste es el caso en que no hay discrepancia oclusal distinguible en las arcadas dentarias a esta edad. Se propone que esta arcada dentaria normal sea denominada Clase I, Tipo 0 , (por cero defectos). (8)

Problemas esqueletales .

Si la maloclusión es esquelética, el tratamiento se dirige a variar el vínculo o la orientación de los maxilares y los dientes. Es posible conseguirlo mediante la modificación del crecimiento, el camuflaje o la cirugía ortognática. Como

la maduración física del adolescente cambia de una persona a otra de la misma edad, cualquiera de los tres tratamientos pudiera ser apropiado. Si la valoración del desarrollo sugiere que el paciente crece de una manera activa, la modificación del crecimiento es una alternativa terapéutica viable. Esta alteración, analizada en secciones previas, intenta cambiar el tamaño, la forma, la orientación reales de los maxilares a fin de lograr una oclusión aceptable. Se usan dispositivos -- funcionales y la tracción extraoral para asegurar tales cambios .

En el individuo que no crece, y maduro desde el punto de vista físico, el camuflaje o la cirugía ortognática son tratamientos adecuados para la maloclusión esquelética.

El camuflaje es un movimiento ortodóntico sin cambiar la maloclusión esquelética fundamental. Sólo debe considerarse -- cuando el perfil del tejido blando es aceptable y los movimientos dentales no modifican o comprometen al perfil. Se inclinan los dientes o se desplazan en cuerpo sobre la base -- ósea hacia posiciones consideradas menos que ideales pero -- aceptables para una oclusión normal. Por ejemplo, mediante camuflaje se puede tratar una deficiencia mandibular Clase II -- ligera con el punto óseo anatómico pogonion relativamente prominente. Para camuflar esta clase de problema, se inclinan -- los dientes superiores hacia palatino y los inferiores en dirección vestibular para confrontarlos y enmascarar el trastor

no esquelético. En combinación con la inclinación dental para camuflaje, se pueden extraer dientes superiores para proveer más espacio a fin de inclinarlos hacia atrás. Aunque puede haber un cambio de pequeña magnitud en el tejido blando y la posición final de los incisivos inferiores pudiera ser menos que ideal, sin operar se logra una oclusión funcional. El camuflaje de los trastornos esqueléticos Clase II es más aceptable en mujeres y el enmascaramiento de problemas Clase III lo es en varones, ya que los perfiles convexos y rectos respectivos son más aceptables para esos grupos.

La maloclusión esquelética en el paciente que no crece -- también puede atenderse mediante cirugía ortognática. El especialista trabaja con un cirujano oral y maxilofacial para reubicar uno o ambos maxilares en alineación apropiada mediante intervención quirúrgica. (13).

De manera característica, el plan de tratamiento integral requiere un período prequirúrgico de movimientos ortodónticos para alinear los dientes en ambas arcadas de tal modo -- que puedan ajustar entre sí luego de la operación. La cirugía ortognática se realiza con anestesia general, y se reposicionan el maxilar, la mandíbula o ambos. Es posible desplazar -- todo el maxilar o segmentos individuales casi en cualquier dirección dentro de los límites de la cubierta de tejidos -- blandos. Luego del procedimiento quirúrgico, se inmovilizan los maxilares con alambres o con láminas óseas y tornillos y

durante varias semanas se permite que cicatricen en la posición nueva. Luego que se nota la cicatrización, se requiere un periodo breve de procedimientos ortodónticos posquirúrgicos para asentar los dientes en oclusión ideal. (10)

Anomalías de las articulaciones temporomaxilares .

La importancia de la articulación temporomaxilar es fundamental en Ortodoncia y sus partes pueden considerarse como una articulación con tres superficies oclusales: dos de ellas similares en muchos aspectos. Las articulaciones sinoviales, pero menos limitadas en su acción y articulación en el esqueleto óseo. Las articulaciones temporomaxilares; la tercera de las superficies articuladas de esmalte, la oclusión de los dientes superiores.

Anomalías de las articulaciones temporomaxilares.

Posición, espacio, volumen y forma.

En las anomalías del grupo cuarto, articulaciones temporomaxilares, nos interesan solamente las de espacio; las de tiempo, o de número, corresponden a la totalidad del maxilar.

Las de espacio, que pueden ser de posición, volumen y forma, se refieren a la relación en que se encuentra el cóndilo con la cavidad glenoidea del maxilar y a la posición de -

la articulación en su conjunto en relación con el cráneo.

El cóndilo con respecto a la cavidad glenoidal puede estar en las posiciones siguientes, empleando las radicales mencionados anteriormente: hacia adelante, procondilismo; hacia la parte inferior, infracondilismo. Las desviaciones laterales, de tro y levocondilismo, son excepcionales, sin embargo pueden observarse en algunos casos clínicos.

La articulación puede estar más alta o más baja en relación con el cráneo y la cara y la denominaremos supraparticulación, e infrarticulación cuando el cóndilo esté por encima o muy debajo del plano horizontal de Francfort; normalmente el cóndilo no debe pasar por encima del plano de Francfort, según el estudio de muchas radiografías de perfil. La supraparticulación unida muchas veces a la retroinclinación del maxilar inferior, es una de las anomalías que se presentan cada vez con menos frecuencia. Los procondilismos y retrocondilismos, lo mismo que los supracondilismos e infracondilismos, suelen acompañar las desviaciones anteroposteriores de los maxilares. Puede haber procondilismo en casos de prognatismo inferior, sobre todo antes de comenzar la dentición permanente, en la dentición temporal y mixta. Después, casi nunca ocurre esto sin que, incluso, hay supracondilismo, cóndilo más alto de lo normal, en casos de prognatismo inferior cuando se acompañan de macrognatismo o aumento de volumen del maxilar. (5)

Succión digital .

La succión del pulgar es el hábito mas común y el mas -- temprano en niños, afectando el 40% de los niños antes de la adolescencia.

La frecuencia de la succión del pulgar declina con la edad, el hábito tiende a ocurrir de cada dos o tres preescolares y uno de cada cuatro preadolescentes. La succión del pulgar a veces es considerado por parientes, maestros y profesionales es poco deseable por la sociedad. También se asocia con problemas dentales. Los daños asociados con este hábito incluyen mordida abierta, mordida cruzada posterior, exagerada mordida abierta horizontal y mordida abierta vertical, problemas en la articulación temporomandibular (A.T.M.), diastemas, posición retruida de la mandíbula y cambios en la lengua y postura de los labios.;

La maloclusión es particularmente evidente en niños que continúan con el hábito más allá de los cuatro años de edad.

El profesional más común usa criba palatina como tratamiento, este aparato se extiende hasta la bóveda palatal y es cementado en los molares superiores para prevenir la succión del pulgar. Pero puede crearse considerables inconvenientes y pérdidas, y causar emociones y reacciones negativas y dificultad para hablar y comer. La succión del pulgar puede romperse por el uso de un guante de plástico para evitar el placer del

niño. Esta intervención parece ser efectiva al reducir la estimulación sensorial agradable al succionar el pulgar. Debe existir vigilancia semiautomática por parte los padres para evitar la posibilidad de incremento del hábito en el niño.

(6)

Popovich y Thompson, de Rudder, y Gellin en sus estudios del efecto de la succión del dedo pulgar, sobre la oclusión no pudieron concluir si tal hábito muestra sólo la causa de mal oclusión. Ripa, Barenie y Andrews declararon que la succión de dedo puede causar labio acampanado, espacio anterior, protrusión de dientes anteriores del maxilar superior y mordida -- abierta anterior. La succión de dedo crónica no produce la misma situación en todos los casos, ni es la misma severidad de la oclusión, las variables afecciones pueden ser agrupadas dentro de la frecuencia, duración, intensidad y sobre la posi ción de dedo.

El hábito de dedo puede provocar resorción apical. El origen de la resorción apical puede ser fisiológico natural o como resultado de eventos patológicos. Ambos procesos presentan una histología similar en los odontoclastos que están íntimamente relacionados con áreas de resorción activa, los procesos están considerados por debajo de las condiciones patoló gicas tales como el envolvimiento pulgar o trauma oclusal, ortodóntico o accidental. (4)

Las manifestaciones potenciales del hábito de succión de dedo de acuerdo con Moyers y Finn son los siguientes:

a) Protrusión anterior del maxilar.

b) Retrusión mandibular anterior debida a la contracción del músculo mentoniano comprimiento el labio interno. Afectando la deglución, la succión del dedo pulgar incluye la presión contra los dientes inferiores.

c) mordida abierta anterior.

d) Empuje de la lengua como resultado de la mordida -- abierta.

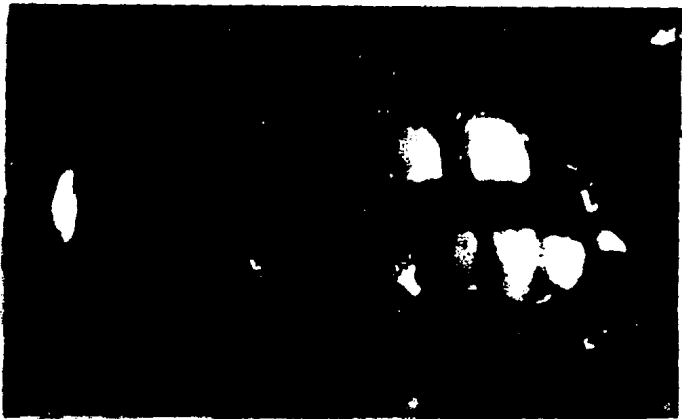
e) Maxilar grande y estrecho debido a la contracción de la pared bucal.

f) Hipotonicidad del labio del maxilar, teniendo una línea de labio **grande** e hiperactividad del labio inferior, el cual puede venir a descansar atrás del labio en los incisivos del maxilar inferior. (473)

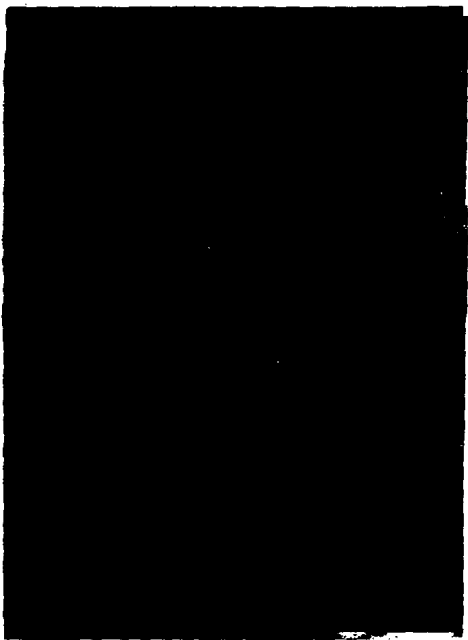
Hábito lingual .

El empuje lingual como término más comunmente usado se refiere a una posición anterior de la punta de la lengua entre los dientes, durante el acto de la deglución.

El empuje lingual en los niños es frecuentemente un reflejo de un periodo normal de maduración que progresa desde i



Paciente de 8 años de edad que presenta hábito de lengua,
(Obsérvese la mordida abierta, mordida cruzada del lateral su
perior derecho y pérdida de los caninos y primeros molares -
temporales).



Manos de un niño de 5 años de edad que presenta hábito de Succión Digital de los 5 dedos, obsérvese mano derecha.



Mordida abierta por hábito de Succión Digital .

la deglución infantil a la deglución madura. Una deglución infantil se caracteriza por una fuerte contracción de las mejillas y de los músculos labiales, lo que lleva a un empuje de la lengua hacia adelante entre las almohadillas gingivales.

Una deglución madura, por otro lado se caracteriza por la contracción de los músculos elevadores de la mandíbula, lo que lleva a los dientes a una oclusión a la punta de la lengua a una área sobre el foramen incisal. Los cambios hacia una deglución madura usualmente empiezan a presentarse a la edad de un año y paralelamente a la erupción de los dientes primarios, así como un cambio en la dieta hacia alimentos sólidos. Sin embargo esta progresión puede no ocurrir sobre el periodo de un año y algunos niños pueden no presentar consistentemente una deglución madura hasta algún punto en el periodo de la dentición mixta. Un niño puede exhibir ambos tipos de deglución durante su periodo de transición.

El empuje lingual durante la deglución frecuentemente acompaña un hábito de succión digital y este con frecuencia continúa una vez que el hábito ha desaparecido y puede provocar vestibularización de dientes anteriores, mordida abierta y respiración bucal. (11)

-Salzman indica que la posición de la lengua es más importante que el empuje lingual durante la deglución para causar

mordidas abiertas. (11)

- Proffit está de acuerdo y concluye que la posición de descanso de la lengua es más importante que el arco del arco y la protrusión de incisivos que el comer, hablar o presiones en la deglución. (11)

El empuje lingual durante la deglución indica una etapa en la progresión normal del desarrollo de los niños mientras examinamos algunas de las razones de la posición anormal del descanso de la lengua. (11)

Respiración bucal .

Subtenly anota que por necesidad los respiradores buca-- les requieren de numerosos cambios musculares. Los labios deben permanecer en reposo y por lo menos la parte posterior de la lengua debe de moverse hacia abajo y adelante desde el paladar blando para permitir el paso del aire a la faringe y -- concomitantemente se presenta un descenso de la mandíbula.

Ricketts describió una condición a la cual el denominó -- "síndrome" de obstrucción respiratoria" basado en sus hallazgos clínicos de la alta frecuencia de las siguientes características colaterales con la presencia de adenoides y amígdalas -- crónicamente hipertrofiadas y una marcada historia de algún --

tipo de obstrucción respiratoria: maloclusión, mordida abierta, respiración bucal, empuje lingual durante la deglución y constricción bilateral del maxilar.

Linder-Aronson efectuó un estudio longitudinal de pacientes antes y después de la adenoidectomía. El notó las siguientes características en determinados niños que eran respiradores bucales: cara estrecha, cavidad nasofaríngea pequeña, nariz estrecha, arco superior estrecho con alta frecuencia de mordida cruzada, una posición baja de la lengua y retroversión de incisivos superiores e inferiores. (11)

Vig realizó observaciones interesantes entre los respiradores bucales en contra de los respiradores nasales. El notó que el término respirador bucal está mal empleado debido a que la obstrucción nasal total virtualmente no existe y el describir respiración oronasal es más válido. (11)

Hellman reporta que las maloclusiones que se corrigieron por sí solas fueron igual a las corregidas con tratamiento ortodóntico. (11)

Kantorowicz y Korkhaus reportaron también que existe el doble de maloclusión en la población de 6 años de edad (4.2%) que en la población de 14 años de edad (2.5%).

Womas y colaboradores estudiaron 1400 niños navajos y concluyeron que el 80% de las mordidas simples abiertas anteriores en niños con Clase I de oclusión se autocorrigieron.

Gellen observó 37 niños con mordida abierta y no maloclusiones graves. Estos fueron observados primero en la dentición primaria o en la dentición mixta. Dos tercios de éstas mordidas abiertas cerraron espontáneamente. El recomendó esperar a que el niño tenga 10 años antes de emplear un aparato para corregir la mordida abierta anterior, basado en sus datos si un niño presenta mordida abierta esta cerrará espontáneamente, en un 90% de los casos si se observara cierre inicial a los 10 años. El siente que las actividades linguales y la terapia del lenguaje en niños por debajo de los 10 años son de importancia razonable.

Existen ciertos de concomitantes de crecimiento y maduración que pueden contar para este grado de autocorrección. Los hábitos de succión digital disminuyen en frecuencia conforme aumenta la edad y la maduración, estos hábitos pueden interferir con la erupción de los dientes anteriores superiores y en estos casos tienen un buen potencial para la autocorrección después de que el hábito digital es descontinuado.

Suodenly observó muchas mordidas abiertas pueden cerrarse después de que el hábito ha sido descontinuado con la subsecuente erupción de los dientes anteriores y no necesita de

ninguna aparatología.

La diferencial del crecimiento de la lengua contra los maxilares es un factor en la autocorrección.

Cohen y Vig en un estudio longitudinal cefalométrico observaron que la lengua se vuelve relativamente grande durante el desarrollo en relación con el espacio intermaxilar. La lengua sigue una curva neural de crecimiento y alcanza su tamaño total a la edad de aproximadamente a los 8 años. La mandíbula por otro lado crece a través de curvas de crecimiento y tiene una curva de crecimiento prepuberal alta. Esto ocurre aproximadamente entre los 11 y 13 años de edad en las mujeres y entre los 12 y los 18 años de edad en los hombres. Así como la mandíbula alcanza el tamaño total, puede contener una lengua relativamente larga y posicionada protrusivamente, resultando esto en una mordida abierta. Muchas mordidas abiertas se pueden autocorregir conforme la mandíbula crece y acomoda a la lengua.

El crecimiento también es un factor en la obstrucción nasofaríngea adenoidea y amigdalina. El pico de crecimiento adenoideo puede ser alcanzado tempranamente a los 10 u 11 años de edad. Una vez que el pico es alcanzado la masa adenoidea se atrofia y decrece progresivamente en tamaño.

Handelman y Osborne efectuaron un estudio longitudinal -

del crecimiento adenoideo y nasofaríngeo desde la edad de uno a 18 años usando cefalometrías laterales. Ellos encontraron - que el tamaño de la nasofaringe se incrementa en un 150% en - los hombres desde la edad de 1 hasta la edad de 17 años 9 me- ses. Las mujeres mostraron un incremento similar en el área - nasofaríngea pero el mismo tamaño fue alcanzado a la edad de 13 años 9 meses. Ellos encontraron que las adenoides hiper- trofiadas durante la edad preescolar y escolar en un rango - que excede al incremento de crecimiento en tamaño debido a -- una aceleración en el crecimiento nasofaríngeo. En la preado - lescencia y la adolescencia temprana la vía aérea nasofarín- gea se encuentra en tamaño incrementado debido a una acelera- ción en el crecimiento nasofaríngeo. La profundidad nasofarín- gea fue establecida temprano en la vida y se aumenta en la al tura nasofaríngea, este incremento en el área nasofaríngea -- puede permitir una mejor respiración nasal, una postura más - retrusiva lo cual puede contribuir al cierre espontáneo de -- mordida abierta. (11)

Coronas de acero inoxidable en la pérdida de espacio in terproximal.

Las coronas de acero inoxidable, frecuentemente están se leccionadas para restaurar lesiones proximales de los molares primarios. La pérdida de espacio no siempre se detecta en es- tos casos, para esto existen tres criterios que ayudarán al -

odontólogo a detectar la pérdida de espacio.

a) Pérdida del contacto interproximal causado por la caries dental, es una indicación de la pérdida de espacio ocurrida en el arco dental. Los molares primarios se derivían y el contorno original de esos molares no podrán ser restaurados.

b) Cambio dimensional mesiodistal y bucolingual. Los molares primarios están más ensanchados mesiodistalmente que bucolingualmente con la pérdida de la estructura interproximal, éstos molares se convierten más anchos bucolingualmente.

c) Inclinación mesial del primer molar permanente. Por la pérdida del contacto proximal del segundo molar primario, el primer molar permanente se aproxima mesialmente, dando como resultado una oclusión neutra con el primer molar permanente superior no desarrollado.

Si alguno de estos tres signos son detectados en el examen dental, la pérdida de espacio se puede corregir con la colocación de coronas de acero inoxidable y una simple modificación en su técnica. (12)

Mantenedor de espacio .

La pérdida prematura de los dientes primarios contribuye

res trae como resultado la pérdida de espacio por el movimiento de los dientes próximos al sitio edentulo.

Owen descubrió que el 96% de los espacios de extracciones presentan en un año más el resultado de cerrarse.

El mantenedor de espacio en la dentición permanente primaria, mixta y permanente es de gran importancia en la ortodoncia preventiva. Numerosos tipos de aparatos se utilizan para mantener la posición de los dientes durante su crecimiento y desarrollo y todos los modelos de mantenedores de espacio tienen ciertas ventajas y desventajas en su uso. (13)

Mordida cruzada anterior .

La mordida cruzada anterior es uno de los problemas más comunes que se encuentran en la dentición mixta temprana. Puede ocurrir en los incisivos superiores, tanto centrales como laterales y su causa más común es que los dientes superiores erupcionan demasiado lejos hacia la posición lingual. Si la mordida cruzada anterior se deja sin tratar pueden presentarse varios problemas irreversibles. Es posible que haya desgaste anormal de los bordes incisales de los incisivos superiores e inferiores y de la superficie labial del incisivo superior. En los casos graves, puede desgastarse una cantidad abundante de esmalte de la superficie labial, con exposición

de la dentina. El contacto prematuro entre el incisivo superior y el inferior puede producir movimiento labial del incisivo inferior con posible pérdida del soporte óseo y de la encía adherida.

Un desplazamiento anterior funcional de la mandíbula, a menudo va acompañado de cierre y una vez que esto ocurre, la posición estrecha del incisivo superior limita a menudo las excursiones normales laterales o AP de la mandíbula. Ambas condiciones son anormales y pueden ser nocivas para el crecimiento correcto de la mandíbula y la cara.

Si sólo un incisivo se encuentra en mordida cruzada, en tanto que los demás ocupan una posición normal, la causa de la mordida cruzada puede ser la posición de un diente. Cuando ambos incisivos centrales se encuentran en mordida cruzada, el dentista deberá intentar colocar la mandíbula en una posición retraída para ver si puede lograrse una relación incisal borde a borde. Si es así, éste podría ser también un ejemplo de malposición dental más que una discrepancia esquelética AP. Cuando hay antecedentes familiares de maloclusión Clase III, el dentista deberá sospechar una discrepancia esquelética y enviar al paciente a un especialista para evaluación minuciosa. La predicción del crecimiento anormal Clase III puede hacerse por las mediciones en una cefalometría lateral con rayos X. Dependiendo de la etiología y la intensidad de la maloc-



Paciente de 8 años de edad, obsérvese la mordida cruzada anterior y la giroversión de los centrales superiores, mordida cruzada del lateral superior izquierdo.



Maloclusión Clase III, Esqueletal.

clusión Clase III, el tratamiento ortopédico temprano con -- una mentonera o con una cofia inversa, puede ser eficaz para alterar este patrón anormal de crecimiento.

Método de tratamiento .

Hay numerosas formas de enfocar el tratamiento dependiendo del grado de mordida cruzada, el número de dientes y la edad del paciente. Cuando la mordida cruzada comprende solo -- uno de los dientes o dos dientes y los incisivos están todavía erupcionando, un abatelenguas es eficaz. El niño coloca -- el abatelenguas sobre el aspecto lingual del diente superior y cierra su mandíbula de modo que el diente inferior incide -- en el abatelenguas. Esta acción obliga al diente superior hacia la dirección labial y al inferior hacia la lingual. Se -- utiliza en el niño la estimulación para que utilice el abatelenguas después de ir a la escuela mientras mira la televi-- sión, o está inactivo en sus momentos de descanso.

Otro método que utiliza todos los dientes inferiores como anclaje contra uno o dos de los dientes superiores en mordida cruzada es un plano inclinado de acrílico. Este aparato es fácil de usar y puede fabricarse sobre un modelo de la arcada inferior o hacerse directamente en la boca. El plano -- guía deberá dirigirse incisal y lingualmente al contacto de -- la superficie lingual del diente superior en mordida cruzada. El aparato es adherido con cemento en el lugar y la acción de

cierre de la mandíbula ejerce presión labial sobre el diente superior y corrige la mordida cruzada en cuestión de semanas. Si después de haber corregido la mordida cruzada anterior -- existe por lo menos 1-2 mm de sobremordida, los incisivos inferiores actuarán como una barrera a cualquier movimiento de retroceso en la dirección lingual y por lo general la corrección será estable.

El aparato removible es eficaz para corregir las mordidas cruzadas anteriores, en particular cuando más de un diente está afectado. Resortes entresalados se incorporan en el dispositivo sobre el aspecto lingual de los dientes a ser corregidos.

Mordidas cruzadas superiores .

Aunque las mordidas cruzadas linguales superiores son -- las más comunes, el niño puede presentar una mordida cruzada bucal superior, unilateral o bilateral. Este tipo de mordida cruzada a menudo se conoce como el síndrome de Brodie. Si la mordida cruzada bilateral o unilateral es resultado de la -- constricción mandibular y la expansión maxilar, pueden utilizarse bandas ortodónticas y elásticos cruzados para proporcionar fuerzas recíprocas, pero en una dirección opuesta a la -- descrita previamente para la corrección de una mordida cruzada lingual superior. Si sólo una arcada se encuentra afectada,

de nuevo puede utilizarse un arco lingual o palatino para anclaje.

Si tanto los dientes deciduos como los permanentes se encuentran en mordida cruzada bucal, la corrección de los molares permanentes puede lograrse, pero es posible que los premolares puedan erupcionar más tarde en mordida cruzada, necesitando terapéutica ortodóntica total con bandas. Si el dentista sospecha que éste puede ser el caso, es posible que el tratamiento de elección sea enviarlo a un especialista. (1)

NO HAY
HOJAS

No. 49 y 50

OBJETIVOS:

Se ha observado que una mayoría de la comunidad infantil que asiste a los tratamientos dentales presentan diferentes tipos de maloclusiones, que van de las más simples hasta las más severas, por ello el objetivo de ésta Tesina es determinar la cantidad de pacientes que presentan maloclusiones Clase I, provocada por hábitos orales y mordidas cruzadas.

NO HAY

HOJAS

No. 52 y 53

MATERIALES

Y

MÉTODOS

M A T E R I A L E S

Y

M E T O D O S

Materiales y métodos

En un número de 70 pacientes de entre 1 y 13 años de edad, en la Clínica de Odontopediatría en el 4o. piso de la facultad de Odontología de la U. N. A. M., se procedió a realizar un estudio de los pacientes que presentaron maloclusiones Clase I provocadas por hábitos orales y mordidas cruzadas.

Para este estudio se llevó a cabo, a cada paciente, elaboración de historia clínica correspondiente, obteniendo modelos de estudio, radiografías dentoalveolares y lateral de cráneo para determinar el perfil del paciente, para valorar la protrusión de dientes anteriores superiores o la retrucción de esta misma.

La posición del paciente fue sentado en el sillón dental en posición supina para valorarlo clínicamente con un espejo oral #3 tomando en cuenta las diferentes radiografías obtenidas para realizar el diagnóstico.

Una vez obtenido el tipo de hábito se procedió a la elaboración de aparatos que corresponden como son: trampa de dedo, trampa lingual, Leep Bumper y en el caso de mordida cruzada se realizaron de acuerdo al caso planos inclinados o plaquitas Hawley con Springs.

NO HAY
HOJAS

No. 55 y 56

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los pacientes con hábitos orales fueron los siguientes: para el hábito de dedo se encontraron 8 pacientes que corresponden a un 11.42%, para el hábito de lengua 9 pacientes que corresponde a un 12.85%. Para el Hábito de labio se encontraron 13 pacientes que corresponde a un 18.57% y para los respiradores bucales se encontraron 10 pacientes que corresponden a 14.28% .

Con respecto a las mordidas cruzadas encontramos que de los 70 pacientes de la Clínica de Odontopediatría del 4o. piso de la Facultad de Odontología UNAM, un 5.7% equivale a 4 pacientes con mordida cruzada, de los cuales 2 presentaron --mordida cruzada anterior y los otros dos mordidas cruzadas -posteriores unilaterales.

MALOCCLUSIONES CLASE I

HABITOS ORALES

(DE 70 PACIENTES EL 57.1 % PRESENTANON HABITOS ORALES

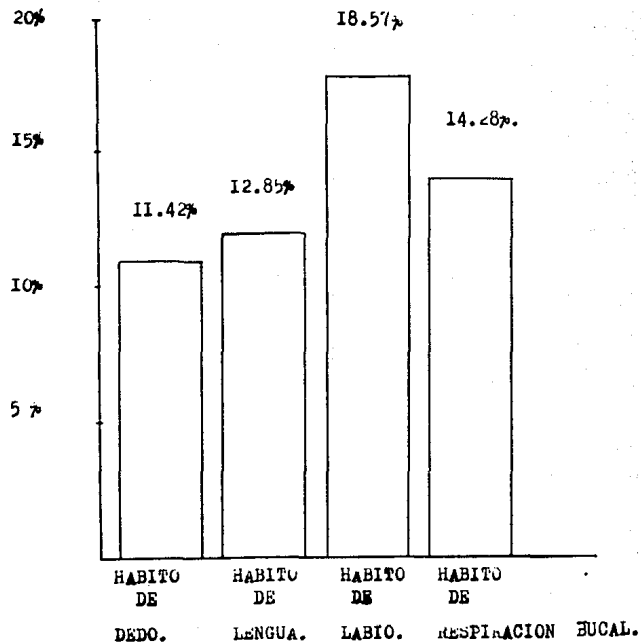
TIPO DE HABITO	EIDADES PACIENTES	SEXO		NO. DE PACIENTE/ IES.	PORCEN TAGE
		M	F		
HABITO DE DEDO	ENTRE 1 Y 9 AÑOS	3	0	0	11.42 %
HABITO DE LENGUA	ENTRE 3 Y 9 AÑOS	2	7	9	12.85 %
HABITO DE LABIO	ENTRE 3 Y 10 AÑOS	5	8	13	16.57 %
RESPIRADORES BUCALES	ENTRE 4 Y 0 AÑOS	4	0	10	14.28 %

MALOCCLUSIONES CLASE I
MORDIDAS CRUZADAS

(DE 70 PACIENTES EL 5.7% PRESENTARON MORDIDA CRUZADA)

TIPO DE MALOCCLUSION	No. DE DIENTES AFECTADOS	EDAD DEL PACIENTE	SEXO		No. DE PACIENTES
			M	F	
CLASE I, TIPO 3 MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	1 1	8 AÑOS	X		2
	1 1	8 AÑOS		X	
CLASE I TIPO 4 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNILATERAL	D, E, O	10 AÑOS	X		2
	D, E	5 AÑOS		X	
CLASE I, TIPO 4 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR BILATERAL					

PORCENTAJE POR HABITOS ORALES.

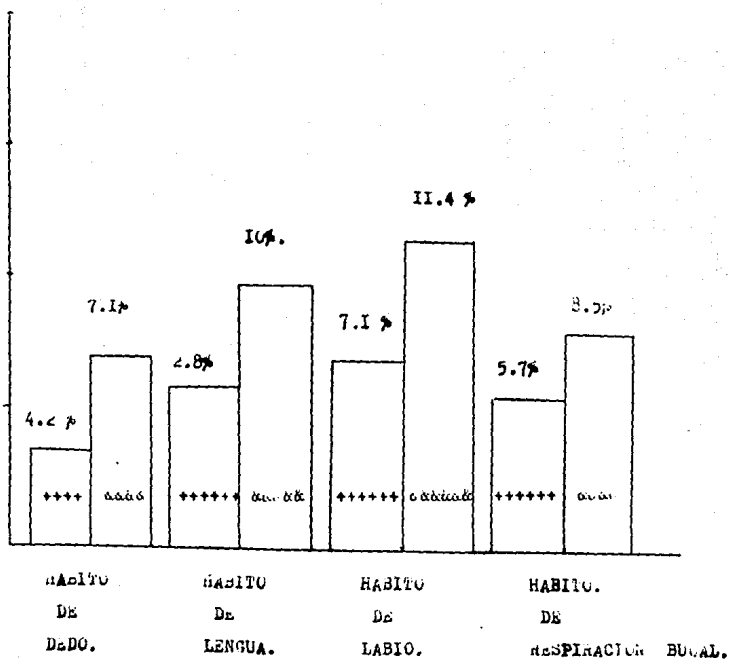


20%

15%

10%

5%



HABITO

DE

DEDO.

HABITO

DE

LENGUA.

HABITO

DE

LABIO.

HABITO.

DE

RESPIRACION BUVAL.

NINOS.

NIÑAS.

No Hay
Hojas

No. 58 y 59.

D I S C U S S I O N

De acuerdo a los resultados obtenidos hubo un porcentaje mayor (30%) de hábitos orales en las niñas que van de 1 a 10 años con relación a los niños de la misma edad. De los pacientes con hábitos orales, es decir de un total de 70 pacientes 40 de ellos que representan un 57.1% 14 son niños (35%) y 26 son niñas (65%) mostrándose así que existió una clara diferencia en el que el mayor porcentaje (30%) de hábitos orales se encuentra en niñas. Esto puede deberse a trastornos emocionales, hormonales, factores ambientales y empuje lingual.

El empuje lingual en la deglución causa protrusión de incisivos y mordida abierta anterior.

Salzman indica: que la posición de descanso de la lengua es más importante que el empuje lingual durante la deglución. (11).

Proffit está de acuerdo y concluye que la posición de descanso de la lengua es más importante en el ancho del arco y la protrusión de incisivos que al comer, hablar o protrusiones de la deglución. (11).

De acuerdo a los hallazgos en este estudio la maloclusión que causa la mordida abierta permite que la lengua descansa constantemente entre los dientes superiores e inferiores, estos resultados coinciden con Salzman y Proffit.

El hábito de dedo puede ocasionarnos también una mordida abierta anterior y protrusión de dientes anteriores (maloclusión dental) esta depende de la duración, frecuencia e intensidad del hábito.(11)

Ronald I. Ackerman/Lewis Klapeer.- Un hábito de succión digital puede ocasionar una mordida abierta ya que evita la erupción de los incisivos y ocasionar vestibularización en ellos mismos. (11)

Estos autores coinciden con los hallazgos encontrados en este estudio con respecto a las maloclusiones.

Kanorowicz y Korkhaus.- Reportaron que existe casi el doble de maloclusión en la población de 6 años de edad (4.2%) y en la población de 14 años de edad (2.5%).

En cuanto a mordidas cruzadas en éste estudio se observó que existieron 4 casos que representan el 5.7% en el que 2 son pacientes femeninos, en el cual una de ellas presentó mordida cruzada anterior de dientes superiores y clase I tipo 3 mientras que la otra paciente presentó mordida cruzada superior de primer y segundo molar superiores izquierdos temporales con Clase I tipo 4. Los casos restantes pertenecen al sexo masculino, uno de ellos presentó mordida cruzada anterior de incisivos centrales superiores y con Clase I tipo 3, final

mente al segundo paciente presentó mordida posterior unilateral de primero y segundo molar temporales y primer molar permanente superiores izquierdos con Clase I, Tipo 4.

No Hay
Hogas

No. 63 y 64.

CONCLUSIONES

La comunidad odontológica activa debe intensificar la -
orientación sobre los métodos de Odontología Preventiva para
evitar el alto índice de maloclusiones causadas por hábitos -
orales, caries dental, mordidas cruzadas, etc., así como --
orientar a los padres de familia para que estos tengan más -
empeño en la atención temprana de los males que a sus hijos
afectan y evitar las complicaciones haciendo uso de las medi-
das preventivas y la ayuda del profesional de la salud estoma-
tológicas; así como de los especialistas de cada una de las ra-
mas de la Odontología para evitar las complicaciones y degene-
raciones del aparato estomatognático

NO

HAY

HOGJAS

No. 66 y 67.

A P E N D I C E

Reporte de un caso .

Tratamiento de una maloclusión Clase I con mordida cruzada de un incisivo superior izquierdo.

El paciente de 8 años de edad, sexo masculino incluye en este caso una maloclusión Clase I con mordida cruzada de un incisivo superior izquierdo, ausencia de laterales superiores temporales derecho e izquierdo, canino inferior temporal y -- primer molar temporal inferior derecho, canino y segundo molar inferior temporales izquierdos. Obturaciones con amalgama en las siguientes piezas dentarias: segundo molar superior temporal derecho, primer molar superior temporal izquierdo, -- segundo molar inferior temporal derecho, primer molar inferior izquierdo temporal. El tratamiento incluía la eliminación de la mordida cruzada del incisivo central superior izquierdo.

El paciente llegó al departamento de Odontopediatría en la facultad de Odontología U. N. A. M. solicitando tratamiento para su maloclusión. Se realizó su valoración clínica y radiográfica posteriormente se formuló el plan de tratamiento que consistió en realizar una placa Hawley. Con ganchos Adams elaborados con alambre calibre 0.28 " , arco vestibular con alambre 0.36" y se colocó un spring de Dollar con alambre - 0.18" todos estos realizados con pinzas de pico de pájaro -- cortas y largas. Posteriormente se procedió a fijar en el mo-

delo de trabajo cada uno de estos elementos con cera pegajo sa. Se colocó en el modelo separador de acrílico y ya seco - éste se realizó con la técnica de goteo y espolvoreado con -- acrílico autopolimerizable el aparato indicado. Se realizó un plano de mordida para facilitar el descruce del diente en ma- loclusión, ya polimerizado éste se sacó del modelo para su re corte y pulido con blanco de España, finalmente fue colocado en la boca del paciente.

El Spring se activa cada 8 días hasta obtener el alinea- miento del diente.

Pronóstico: resultó vfavorable ya que el paciente colabo- ró en un 100% y asistió a sus citas puntualmente.



Vista de frente del paciente de 8 años de edad.



Vista del perfil derecho del paciente de 8 años de edad. (Obsérvese el perfil convexo)



Vista de perfil izquierdo del paciente de 8 años de edad.



Vista intraoral del paciente de 3 años de edad. Obsérvese la ltorción cruzada del central superior izquierdo.



Vista intraoral de la arcada superior del paciente.
(obsérvese pérdida de lateral por falta de espacio).



Vista intraoral de la arcada inferior del paciente, -
obsérvese la pérdida orematura de caninos derecho e izquier
do inferiores, así como del primer molar temporal inferior
derecho y el segundo molar inferior izquierdo.



Toma de impresiones para la elaboración del aparato.



Fabricación de ganchos Adams, de arco vestibular y Spring de Dolar para descruzar el incisivo superior izquierdo.



Plaquita Hawley con Spring de Dolar ya elaborada
con plano de mordida.



Paciente de 8 años de edad, obsérvese la falta de espacio para la erupción de laterales y mordida cruzada del central superior izquierdo. Su tratamiento fue una plaquita Hawley con spring.



Vista intraoral de la arcada superior con la placa Hawley. Obsérvese el plano de mordida.

NO HAY

Hojas

No. 70 y 71

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barber Thomas K. Larry Luke. Odontología Pediátrica. Mor-
didas cruzadas. Ed. Manual Moderno. Dic. 1987 p.p.246 a 263.
- 2.- Canut Brusola José Antonio. Ortodoncia Clínica. Ed. Sal-
vat, 1990. p.p. 95-98.
- 3.- Finn, S.F. Clinical pododontics, 4ht Ed. Philadelphia W B
Seaunders Co. 1973. p.p. 374-375.
- 4.- Irving Rubel, D.D.S. Atypical root resorption of maxillary
primary central incisor due to digital sucking: a report of
82 cases. Journal of Dentistry for Children. May-june 1986.
p.p. 231-234.
- 5.- Mayoral Pedro. Movimientos dentarios en niños. Cap. Anoma-
lias dentofaciales. Año 1983. p.p. 165-168. Ed. Labor.
- 6.- Monica H. Cipes, D.M.D., M.S.D. M. Miraglia, MPH. E. --
Gaulin-Kremer, PhD. Monitoring and reinforcement to eliminate
thumbsucking. Journal of Dentistry for children. January-
february 1986. p.p. 48-52.
- 7.- Moyers, RE Handbook of orthodontics, 3rd Ed, Chicago year
book medical publisher, 1975, p. p. 252-253.

8.- M. Sin Joseph. Movimientos dentarios en niños. Repaso de la clasificación de las maloclusiones . Año 1973 p.p. 29-49.

9.- Oropeza Murillo Martha Patricia. Ortodoncia. Tesis Profesional. Año 1978. p.p. 72-73 88. Facultad de Odontología UNAM.

10.- Pink Ham. Fielus Nowak, Odontología Pediátrica. Cap. Problemas esqueléticos. Año 1991. p.p. 496-499 Ed. Interamericana.

11.- Ronald I, Ackerman, DDS Lewis Klaper, DMD, MSc, DSc. Tongue position and open-biter: the key roles of growth and the nasopharyngeal airway. Journal of Dentistry for Children september-october 1981. p. p. 339-345.

12.- Susan A. McEvoy, D.M.D., MS. Approximating Stainless Steel Crowns in space-loss Quadrante. Journal of dentistry for children. march-april 1977. p.p. 105-107.

13.- Theodore P. Croll D.D.S. Ronald Johnson, D.D.S. The stainless steel crown, welded sheath, and wire loop for posterior space maintenance. Pediatric dentistry. Vol. 2 No. 1 p.p. 56-53.