



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

287
25

INDICE DE MALOCLUSIONES DE
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA
DE APOYO DE ODONTOPEDIATRIA DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

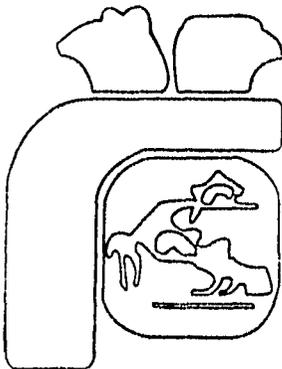
T E S I S A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

LUCIO RANGEL MENDOZA



DIRIGIO Y SUPERVISO:

C.D. Alejandro Martínez Salinas

C.D. Alejandra Greenham González

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**INDICE DE MALOCLUSIONES DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLINICA DE
APOYO DE ODONTOPEDIATRIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

LUCIO RANGEL MENDOZA

**DECIMO QUINTO SEMINARIO DE
TITULACION
ODONTOPEDIATRIA**

**DIRECTOR DE LA TESINA:
C.D. ALEJANDRO MARTINEZ SALINAS**

**ASESOR:
C.D. ALEJANDRA GREENHAM GONZALEZ**

MEXICO D.F 1995

A DIOS:

Por darme la fortaleza,
la fuerza de voluntad y por permitirme escalar el primer
peldaño de mis escasos conocimientos.

A MIS PADRES:

LUCIO RANGEL PIÑA

ADELA MENDOZA DE RANGEL

Por haberme guiado en la senda del conocimiento
así como apoyarme para lograr todas mis metas
y darme siempre su cariño y comprensión.

GRACIAS.

A MIS HERMANOS:

IRMA

GILBERTO

GENARO

MARIA ELENA

ISAURA

Por su cariño.

A LA LIC. DIANA CECILIA ORTEGA AMIEVA

Por su gran apoyo incondicional y por haberme brindado
la oportunidad de seguir adelante.

A LA MAXIMA CASA DE ESTUDIOS

LA UNAM

Dulce hogar del conocimiento
y de la sabiduría.

A LA QUERIDA :

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

El cual el destino me favoreció.
al colocarme en esta digna institución.
en donde me albergó como estudiante
y en donde me forjó como profesionalista.

A MIS ILUSTRES MAESTROS

Apostoles del saber
Que iluminaron mi sendero
y que me inculcaron
sus mas sabios conocimientos,
el cual semillas germinaran
y darán frutos
en bien de la patria,
de la sociedad
y de mi propia familia.

AL HONORABLE JURADO.

A LA SOCIEDAD:

Que medio la oportunidad de estudiar

A MIS PADRINOS DE GRADUACION
SR. ANICETO MARQUEZ ANTONIO
SRA. ROSA MARTINEZ DE MARQUEZ
Por brindarme su apoyo y su confianza

A MIS CONDIPCIPULOS Y AMIGOS:

Que me brindaron sus más finas
atenciones.

GRACIAS A TODOS :

Por todos los beneficios
recibidos
les agradezco
eternamente.

INDICE

INTRODUCCION _____ **1**

CAPITULO I

CRECIMIENTO Y DESARROLLO. _____ **2**

- 1.-Definición.
- 2.-Períodos prenatales.
 - a)Período de huevo
 - b)Período embrionario.
 - c)Período fetal.
- 3.-Crecimiento del cráneo.

CAPITULO II

CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DENTAL _____ **6**

- 1.-Orden de erupción de la primera dentición
- 2.-Orden de erupción de la segunda dentición

CAPITULO III

OCLUSION _____ **10**

- 1.-Definición.
- 2.-Oclusión en primera dentición
 - a)Planos terminales.
 - b>Espacios fisiológicos.
 - c>Espacios primates

CAPITULO IV

MALOCLUSIONES _____ **13**

- 1.-Definición.
- 2.-Clasificación.
- 3.-Etiología de las maloclusiones.
 - a)Factores generales.
 - b)Factores locales.

CAPITULO V

CARACTERERISTICAS DEL PERFIL, FACIALES Y DE LOS ARCOS DENTALES

18

1.- CARACTERISTICAS DEL PERFIL.

2.- CARACTERISTICAS FACIALES Y DE LOS ARCOS DENTALES.

- a) mesiofacial (arco dental ovoide)
- b) dolicofacial (arco dental triangular)
- c) braquifacial(arco dental cuadrado)

CAPITULO VI

MATERIAL Y METODO

20

1.Resultados

2.-Conclusiones

- a) Anexo No. 1 -Historia Clínica
- b) Anexo No. 2 -Cuestionario del examinador

BIBLIOGRAFIA

31

INDICE DE GRAFICAS

- GRAFICA 1.-DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS NIÑOS EXAMINADOS.
- GRAFICA 2.-PREVALENCIA DE MALOCLUSION SEGUN LA LA CLASIFICACION DE ANGLE.
- GRAFICA 3.-DISTRIBUCION DEL TIPO DE OCLUSION POR EDAD SEGUN LA CLASIFICACION DE ANGLE.
- GRAFICA 4.-ANALISIS DE LA CLASIFICACION DE ANGLE CON RESPECTO AL SEXO.-
- GRAFICA 5.- FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE ARCADA.
- GRAFICA 6.- FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE PERFILES.
- GRAFICA 7.-DISTRIBUCION DE APIÑAMIENTO,MORDIDA HORIZONTAL Y VERTICAL, MORDIDA ABIERTA MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Y POSTERIOR, MORDIDA DE BORDE A BORDE.

INTRODUCCION

Dentro de la Odontología es de gran importancia la atención a los fenómenos relacionados con las Maloclusiones, ya que éste es un problema que afecta a gran parte de la población mundial.

Según la OMS las Maloclusiones son consideradas como el tercer problema de salud bucal dentro de las enfermedades del sistema estomatognático, después de la caries y la enfermedad parodontal.

Dentro de las causas de Maloclusiones se encuentran los hábitos perniciosos orales, traumatismos dentofaciales, caries dental y pérdida prematura de dientes, entre otros.

Una Oclusión Ideal es aquella en la cual las superficies oclusales no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos mandibulares y en donde existe la máxima intercuspidad en oclusión céntrica.

En nuestro país, el mestizaje trajo como consecuencia la creación de un grupo étnico diferente a los ya existentes, por lo que consideramos que nuestra población presenta características craneo-faciales que no entran en los parámetros de las clasificaciones realizadas por Anglosajones, Japoneses y demás pueblos del mundo. Es necesario conocer las características propias de cada población a fin de establecer un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado.

Hay pocas investigaciones en cuanto a la étnia del mexicano, por lo que se utilizan técnicas y clasificaciones que se han obtenido al estudiar otras poblaciones étnicas con otros grupos esqueléticos y dentales diferentes.

El objetivo de esta tesina es el dar a conocer los tipos de maloclusión más frecuentes en la población infantil que acude a la clínica de Apoyo de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM, a fin de prestar una mejor atención y servicio a nuestros pacientes.

CAPITULO I

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1.-DEFINICION

Crecimiento es el aumento de masa y volumen y con ello el peso de un cuerpo (Aumenta el tamaño de las células y no el número.)

El Desarrollo es la diferenciación de los componentes de ese organismo que conduce a la madurez de las distintas funciones físicas y psíquicas.

2.-PERIODOS PRENATALES

El desarrollo embrionario desde la fecundación (que consiste en la unión de espermatozoide con el ovulo para formar un nuevo ser.) hasta el nacimiento se divide en tres periodos prenatales:

- a)Periodo de Huevo. Vá desde la fecundación hasta el fin del día 14.
- b)Periodo Embrionario. Vá del día 14 al día 56.
- c)Periodo Fetal. Vá desde el día 56 hasta el nacimiento (abarca 280 días).

a)PERIODO DEL HUEVO

Consiste en la segmentación del huevo y su inserción a la pared del útero. Al final de este período el huevo mide 1.5 mm de largo y comienza la diferenciación cefálica. durante este período la célula comienza a multiplicarse.

b)PERIODO EMBRIONARIO

Aquí el embrión mide 3 mm de largo y la cabeza empieza a formarse. En este momento, antes de la comunicación de la cavidad bucal y el intestino primitivo, la cabeza está compuesta por el procencéfalo; el cual se convertirá en la prominencia o giva frontal, localizada por encima de la hendidura bucal en desarrollo. Rodeando a la hendidura bucal lateralmente se localizan los procesos maxilares rudimentarios, los cuales se unirán con los componentes nasales medios y laterales del proceso frontal.

A la boca primitiva rodeada por el proceso frontal, los dos procesos maxilares y el arco mandibular se les denomina estomodeo.

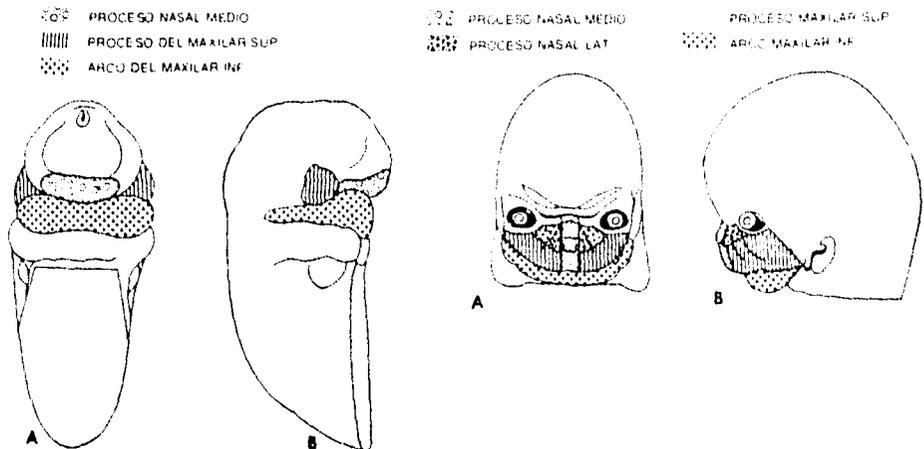
Entre la tercera y octava semana de vida intrauterina se desarrolla la mayor parte de la cara. Se profundiza la cavidad bucal primitiva y se rompe la placa bucal. Durante la cuarta semana, cuando el embrión mide 5 mm de largo, es fácil ver la proliferación del ectodermo a cada lado de la prominencia frontal. Estas placas nasales forman posteriormente las mucosas de las fosas nasales y el epitelio olfatorio.

Mientras tanto, las prominencias maxilares crecen hacia adelante y se unen con la prominencia fronto-nasal para formar el maxilar. Como los procesos nasales medios crecen hacia abajo más rápidamente que los procesos nasales laterales, los segundos

no contribuyen a las estructuras que posteriormente formarán el labio superior. La depresión que se forma con la línea media del labio superior se llama philtrum, e indica la unión de los procesos nasales medios y maxilares.

El tejido primordial que formará la cara se observa en la quinta semana. Debajo de los procesos maxilares, que crecen hacia la línea para formar las partes laterales del maxilar, se encuentran los cuatro sacos faríngeos, que forman los arcos y surcos branquiales. Las paredes laterales de la faringe están divididas por dentro y por fuera en arcos branquiales.

Los arcos están divididos por núcleos eferentes viscerales. El desarrollo embrionario comienza después de que el primordio de otras estructuras craneales ya se han desarrollado. En este momento aparecen condensaciones de tejido mesenquimatoso entre estas estructuras y alrededor de ellas, tomando la forma que conocemos como el cráneo.



El tejido mesenquimatoso también aparece en la zona de los arcos branquiales. En la quinta semana de vida en el embrión humano se distingue fácilmente el arco mandibular rodeando el aspecto caudal de la boca.

Durante las siguientes dos o tres semanas de vida embrionaria desaparece poco a poco la escotadura media que marca la unión del primordio, de tal manera que en la octava semana existe poco para indicar la región de unión y fusión. El proceso nasal medio y los procesos maxilares crecen hasta casi ponerse en contacto. La fusión de los procesos maxilares sucede en el embrión de 14.5 mm durante la séptima semana. Los ojos se mueven hacia la línea media.

El tejido mesenquimatoso de la base del cráneo y de los arcos branquiales se convierte en cartílago, y así se desarrolla el tejido cartilaginoso del cráneo.

La base del cráneo es parte del condrocáneo y se une con la cápsula nasal al frente y las cápsulas óticas a los lados. Aparecen los primeros centros de osificación endocondreal, siendo reemplazado el cartílago por hueso, dejando solo las sincondrosis, o centros de crecimientos cartilaginosos.

Al comienzo de la octava semana el tabique nasal se ha reducido, la nariz es más prominente y comienza a formarse el pabellón del oído.

Al final de la octava semana, el embrión ha aumentado su longitud cuatro veces.

Las fosetas nasales aparecen en la porción superior de la boca, al mismo tiempo se forma el tabique cartilaginoso, a partir de células mesenquimatosas de la prominencia frontal y del proceso nasal medio.

El paladar primario se ha formado y existe comunicación entre las cavidades nasal y bucal, a través de las coronas primitivas.

El paladar primario desarrollado forma la premaxila, el reborde alveolar subyacente y la parte interior del labio superior.

Así mismo los ojos sin párpados se empiezan a desplazar hacia el plano sagital medio, aunque las mitades laterales de la mandíbula se han unido ésta aún es relativamente corta.

En este momento la cabeza comienza a tomar proporciones humanas.

3) PERIODO FETAL

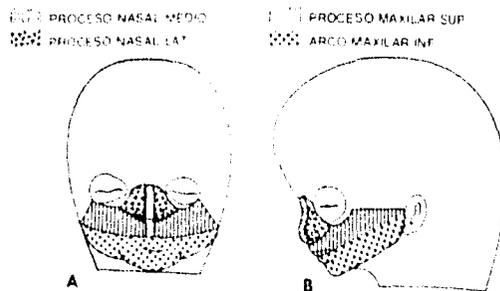
El feto triplica su longitud de 20 a 60 mm, se forman y cierran los párpados y narinas. Aumenta el tamaño de la mandíbula y la relación anteroposterior maxilo-mandibular se asemeja a la del recién nacido.

Han existido cambios en las estructuras de la cara, y son principalmente aumentos de tamaño y cambios de proporción, pues existe una tremenda aceleración.

Con excepción de los procesos paranasales de la cápsula nasal y de las zonas cartilaginosas del borde alveolar de al apófisis cigomática, el maxilar es un hueso membranoso. Este es importante clínicamente, por la diferencia en la reacción de los huesos membranosos y endocondriales a la presión. En la última mitad del período fetal, el maxilar aumenta de altura mediante el crecimiento óseo entre las regiones orbitarias y alveolares.

Por otro lado el paladar es estrecho en el primer trimestre de la vida fetal, en el segundo trimestre es amplio y en el último trimestre es ancho.

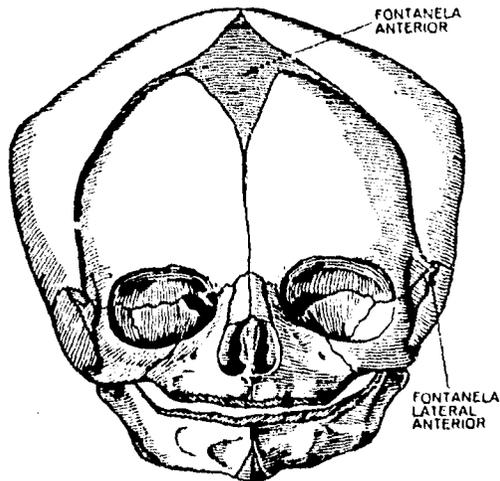
Es decir que la anchura del paladar aumenta más rápidamente que su longitud.



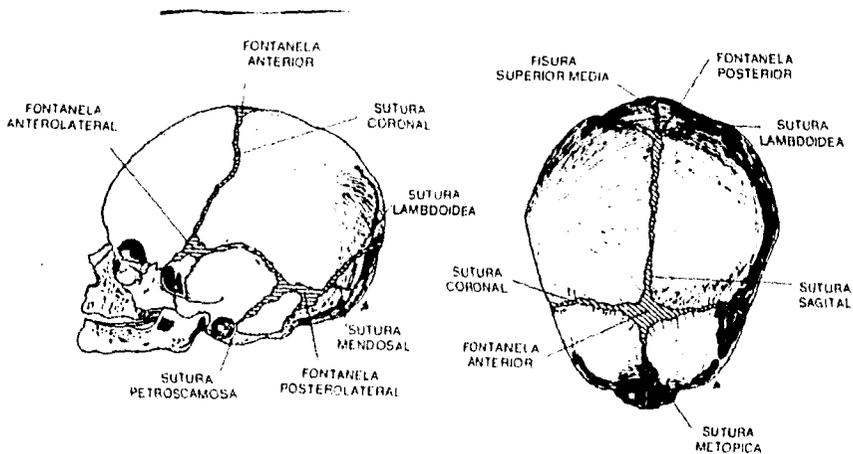
3) CRECIMIENTO DEL CRANEO.

El crecimiento inicial de la base del cráneo se debe a la proliferación del cartilago que es reemplazado por hueso. En la bóveda del cráneo el crecimiento se realiza por proliferación de tejido conectivo entre las suturas y su reemplazo por hueso.

El periostio también crece, pero como es una membrana limitante, determina el tamaño y los cambios de forma. A pesar de la rápida osificación de la bóveda el cráneo en las etapas finales de la vida fetal, los huesos se encuentran separados uno de otro por las fontanelas, al nacer el niño.



Craneo infantil.



Fontanelas, fisuras y suturas en el cráneo del recién nacido.

CAPITULO II

CRONOLOGIA DE LA ERUPCION DENTAL

1.-ORDEN DE ERUPCION DE LA PRIMERA DENTICION

La primera dentición esta compuesta por veinte dientes y son.

Un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, un primer molar y un segundo molar.

Se localizan en cada cuadrante de la boca desde la línea media hacia atrás.

ERUPCION CRONOLOGICA DE LA PRIMERA DENTICION

En la primera dentición los primeros dientes en erupcionar son incisivos centrales inferiores seguidos por los incisivos laterales inferiores y primeros molares, posteriormente los incisivos centrales superiores, los laterales superiores y los caninos inferiores, los caninos superiores y los segundos molares superiores e inferiores.

Los dientes mandibulares generalmente preceden a los maxilares.

DENTICION MAXILAR	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
INCISIVO CENTRAL	7 1/2 MESES	1 1/2 AÑOS
INCISIVO LATERAL	9 MESES	2 AÑOS
CANINO	18 MESES	3 1/2 AÑOS
PRIMER MOLAR	14 MESES	2 1/2 AÑOS
SEGUNDO MOLAR	24 MESES	3 AÑOS

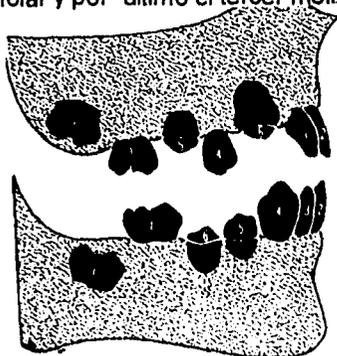
DENTICION MANDIBULAR	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
INCISIVO CENTRAL	6 MESES	1 1/2 AÑOS
INCISIVO LATERAL	7 MESES	1 1/2
CANINO	16 MESES	3 1/2
PRIMER MOLAR	12 MESES	2 1/2
SEGUNDO MOLAR	20 MESES	3 AÑOS

2)ORDEN DE ERUPCION DE LA SEGUNDA DENTICION

En la segunda dentición los dientes son 32 y constan de :

Un incisivo central, un incisivo lateral, un canino, un primer y un segundo premolar y un primer, un segundo y un tercer molar, en ambas arcadas.

El primer diente en hacer erupción es generalmente el primer molar inferior, seguido del incisivo central inferior, el lateral inferior y el incisivo central superior. Siguiendo el orden, continúan apareciendo el lateral superior, el canino inferior, los premolares, el canino superior, el segundo molar y por último el tercer molar .



ERUPCION CRONOLOGICA DE LA SEGUNDA DENTICION

DENTICION MAXILAR	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
INCISIVO CENTRAL	7-8 AÑOS	10 AÑOS
INCISIVO LATERAL	8-9 AÑOS	11 AÑOS
CANINO	11-12 AÑOS	13-15 AÑOS
PRIMER PREMOLAR	10-11 AÑOS	12-13 AÑOS
SEGUNDO PREMOLAR	10-12 AÑOS	12-14 AÑOS
PRIMER MOLAR	6-7 AÑOS	9-10 AÑOS
SEGUNDO MOLAR	12-13 AÑOS	14-16 AÑOS
TERCER MOLAR	17-25 AÑOS	18-26 AÑOS

DENTICION MANDIBULAR	ERUPCION	RAIZ COMPLETA
INCISIVO CENTRAL	6-7 AÑOS	9 AÑOS
INCISIVO LATERAL	7-8 AÑOS	10 AÑOS
CANINO	9-10 AÑOS	12-14 AÑOS
PRIMER PREMOLAR	10-12 AÑOS	13-13 AÑOS
SEGUNDO PREMOLAR	11-12 AÑOS	13-14 AÑOS
PRIMER MOLAR	6-7 AÑOS	9-10 AÑOS
SEGUNDO MOLAR	11-13 AÑOS	14-15 AÑOS
TERCER MOLAR	17-25 AÑOS	18-26 AÑOS

DENTICION DECIDUA



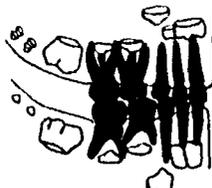
Nacimiento



2 años
(± 6 meses)



6 meses
(± 2 meses)



3 años
(± 6 meses)



9 meses
(± 2 meses)



4 años
(± 9 meses)



1 año
(± 3 meses)



5 años
(± 9 meses)



18 meses
(± 3 meses)



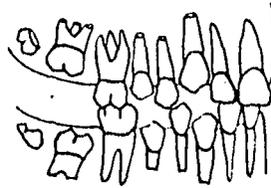
6 años
(± 9 meses)

DENTICION MIXTA

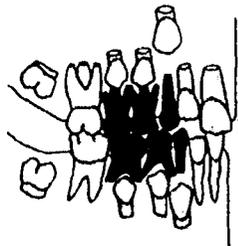
DENTICION PERMANENTE



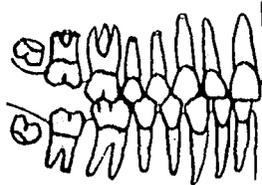
7 años
(± 9 meses)



11 años
(± 9 meses)



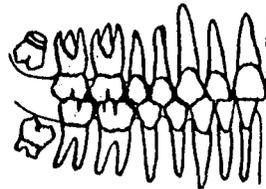
8 años
(± 9 meses)



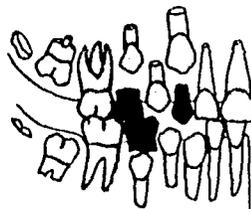
12 años
(± 6 meses)



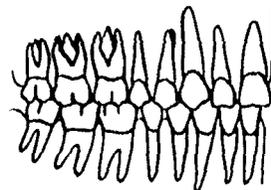
9 años
(± 9 meses)



15 años
(± 6 meses)



10 años
(± 9 meses)



21 años

CAPITULO III

OCLUSION

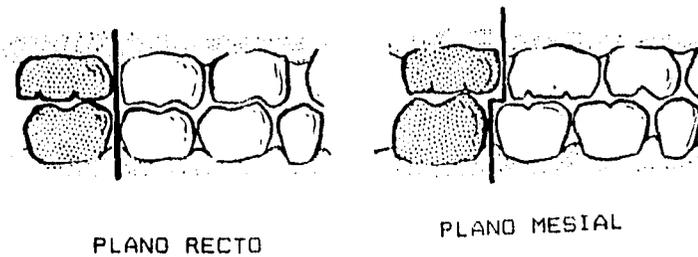
1.-DEFINICION

La Oclusión ideal se define el estado en el cual las superficies oclusales no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos mandibulares y en donde existe la máxima interdigitación cuspídea en oclusión céntrica.

2.-OCLUSION EN LA PRIMERA DENTICION

a) PLANOS TERMINALES

Los Planos Terminales se observan en los segundos molares temporales y son la clave para predecir si los primeros molares permanentes erupcionarán en una oclusión normal o Clase I, Clase II, o Clase III de la clasificación de Angle.



El observar con cuidado las posiciones de los segundos molares primarios permitirá establecer ciertas suposiciones predictivas con respecto a la oclusión futura de los molares de los 6 años, ya que los planos terminales guían durante la erupción al primer molar permanente a su posición en la arcada dentaria.

PLANO TERMINAL RECTO O VERTICAL

Este plano permite que los primeros molares secundarios erupcionen en una relación de borde a borde, y al producirse la exfoliación de los segundos molares temporales, los primeros molares permanentes inferiores se desplazan más hacia mesial que los superiores.

Moyers describe esto como "desplazamiento mesial tardío" hacia una clase I normal.

PLANO TERMINAL CON ESCALON MESIAL

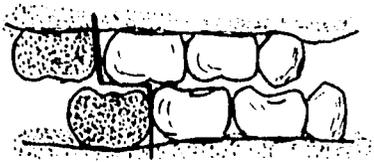
Este plano permite que los primeros molares permanentes erupcionen directamente en la oclusión clase I de Angle.

PLANO TERMINAL MESIAL EXAGERADO

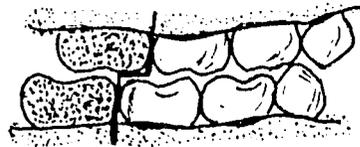
Este plano permite que los molares de los seis años sean guiados solo a una maloclusión de clase III.

PLANO TERMINAL CON ESCALON DISTAL

Este plano dá lugar a que los molares de los seis años erupcionen sólo en maloclusión de clase II de Angle.



PLANO MESIAL EXAGERADO

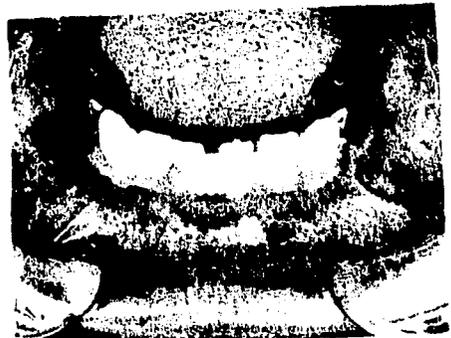


PLANO DISTAL

b) ESPACIOS FISIOLÓGICOS

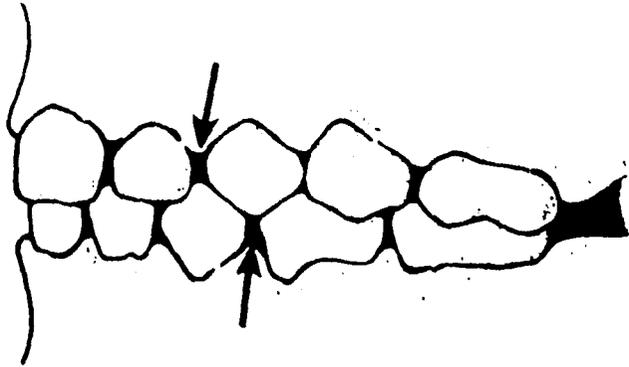
Se observan interdentalmente en las arcadas de la primera dentición, en la región anterior.

Estos espacios fisiológicos de desarrollo nos garantizan una disposición correcta al erupcionar las piezas de la segunda dentición, pero, aún con estos espacios de crecimiento se observan ocasionalmente problemas de apiñamiento, debido a la desarmonía entre el tamaño del diente y el espacio existente en el largo de la arcada.

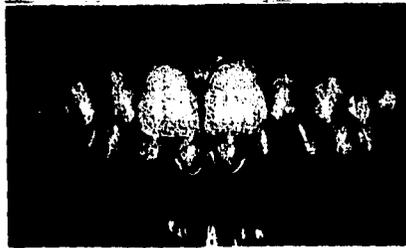


C) ESPACIOS PRIMATES

Aparecen al mismo tiempo que los espacios fisiológicos, y se encuentran entre los incisivos laterales y los caninos en superior, y entre los caninos y primeros molares en inferior. Estos espacios primates no aumentan de tamaño después de los tres años, sino más bien tienden a desaparecer durante la erupción de los incisivos permanentes.



OCLUSION IDEAL EN SEGUNDA DENTICION



OCLUSION EN DENTINCION MIXTA



CAPITULO IV

MALOCCLUSIONES

1.-DEFINICION

El termino maloclusión se refiere a una relación funcional y disfuncional entre un sistema integrado por órganos dentarios, estructuras de soporte, articulación temporomandibular y sus componentes neuromusculares.

También se puede definir como cualquier alteración o desarmonía en la posición de los dientes maxilares y mandibulares, ya sea congénita o adquirida durante el desarrollo.

2.-CLASIFICACION DE MALOCCLUSIONES

Edward H. Angle, en 1889, estableció que su clasificación y la base de su hipótesis era el primer molar permanente superior debido a que son los que con mayor frecuencia ocupan un lugar normal.

Angle dividió la maloclusión en tres clases:

Clase I:

Es una oclusión ideal caracterizada por una buena relación anteroposterior de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente está en relación con el surco vestibular del primer molar permanente inferior. Con respecto a los caninos, su brazo mesial superior se relaciona con el brazo distal del inferior.

CLASE II

Es una Maloclusiones caracterizada por una relación anteroposterior anormal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesio vestibular del primer molar superior permanente, está por mesial de la cúspide del primer molar inferior permanente Con respecto a los caninos, el brazo distal del canino superior se relaciona con el brazo mesial del canino inferior. Dentro de esta clase hay dos subdivisiones.

CLASE II, DIVISION 1:

Aquí los incisivos centrales superiores están protusivos(overjet-o sobremordida horizontal).

Clase II, subdivisión 2:

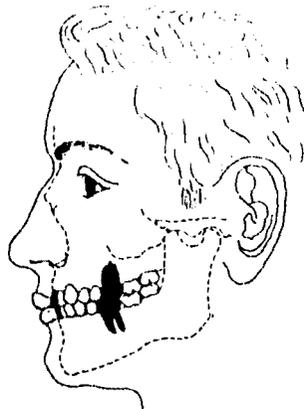
Los incisivos centrales superiores pueden variar desde una posición aproximadamente vertical a una posición más inclinada a lingual. En esta última división, los incisivos laterales superiores suelen aparecer protusivos marcadamente hacia vestibular de los incisivos centrales. Los centrales se encuentran en posición de sobremordida vertical (overbite) y los laterales con sobremordida horizontal (overjet).

CLASE III.:

En ella el surco vestibular del primer molar inferior permanente está por mesial del surco mesiovestibular del primer molar superior permanente. También puede hablarse de subdivisión en el caso de que únicamente afecte a uno de los lados, derecho o izquierdo.

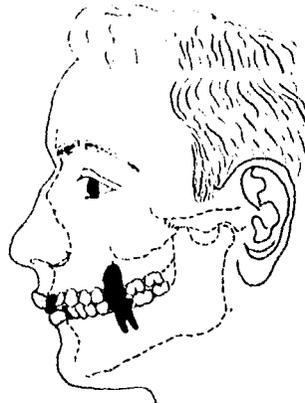
La relación incisiva suele estar invertida con los incisivos superiores, ocluyendo por lingual de los inferiores.

En relación a los caninos, el brazo mesial del canino superior está alojado hacia el brazo distal del canino inferior.



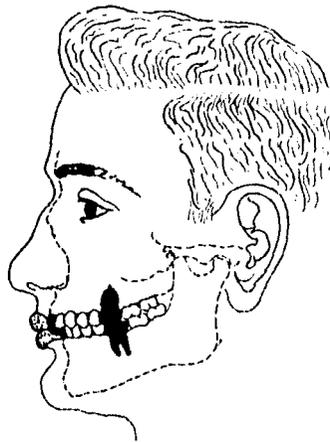
CLASE I

A

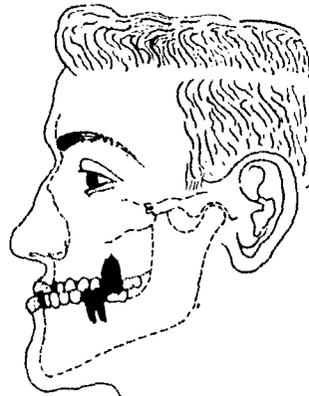


CLASE II, DIVISION 1

B



CLASE II, DIVISION 2



CLASE III

C

3.- ETIOLOGIA DE LAS MALOCLUSIONES:

La maloclusión es el producto de la interacción de muchos elementos causales que afectan un sistema de desarrollo que tienen un patrón individual de crecimiento.

Se dividen los factores etiológicos de la maloclusión en dos grupos:

- a) factores generales.
- b) factores locales.

Factores generales.- Son aquellos que obran en la dentición desde afuera:

- Factores hereditarios.
- Factores congénitos.
- Hábitos de presión anormal.
- Postura, accidente y trauma.

Factores locales.- Son aquellos relacionados directamente con la dentición:

- Anomalías en el número, forma y tamaño de los dientes
- Frenillo labial anormal
- Pérdida prematura, retención prolongada y resorción anormal de los dientes primarios
- Factor iatrogénico
- Caries interproximal

a) FACTORES GENERALES

Factores hereditarios.- Podemos afirmar que existe un determinante genético definido que afecta a la morfología dentofacial pues el patrón de crecimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario.

Existen características raciales y familiares que tienden a recurrir para provocar maloclusiones dentarias; por ello existe la posibilidad de recibir una característica hereditaria de cada padre o una combinación de ambos padres para producir una oclusión completamente modificada y el resultado final puede ser o no armonioso.

Factores congénitos.- Aparecen en el embrión antes del nacimiento, pero no necesariamente transmitidos a través de la célula germinativa (labio y paladar hendido, parálisis cerebral, tortícolis, disostosis cleidocraneal y sífilis congénita).

Hábitos de presión anormal.- La acción muscular sobre los elementos dentomaxilares es muy dañina y favorece la maloclusión. Por eso se deben de combatir o tratar de eliminar las perversiones musculares que tanto daño hacen a la oclusión normal.

Dentro de estos hábitos de presión anormales podemos encontrar:

- a) Lactancia anormal (posatura anterior de la mandíbula, lactancia no fisiológica y presión bucal excesiva).

- b) Chuparse los dedos.
- c) Morderse labios y uñas.
- d) Hábitos anormales de deglución.
- e) Defectos fonéticos.
- f) Anomalías respiratorias (respiración bucal).
- g) Amígdalas y adenoides (posición compensadora de la lengua).
- h) Tics psicogenéticos y bruxismo.

Factores de postura, accidente y trauma.- La mala postura puede acentuar una maloclusión previa, así mismo los accidentes traumáticos no anotados en la historia clínica pueden explicar muchas anomalías eruptivas ideopáticas.



b) FACTORES LOCALES

Anomalías en el número, tamaño y forma de los dientes.- Dentro de las anomalías de número tenemos a los dientes supernumerarios, los cuales son más frecuentes en el maxilar superior (ejemplo el mesiodens); y a la anodoncia dientes ausentes, puede ser ausencia congénita o pérdida por accidentes o caries.

Las anomalías de tamaño están determinadas por la herencia, y hay gran variación de tamaño de un individuo a otro, siendo más frecuentes en la zona de laterales superiores. La anomalía de forma más frecuente es el incisivo lateral superior, también se presenta en los centrales inferiores y en el segundo premolar. Se presentan por defectos del desarrollo como amelogénesis imperfecta, hipoplasia, dens in dente, fusiones y aberraciones sifilíticas congénitas como incisivos de Hutchinson y molares en forma de frambuesa.

Frenillo labial anormal.-

Los espacios entre los incisivos superiores y la presencia de una inserción fibrosa como es el frenillo labial, son motivo de controversia debido a que estos frenillos cortos pueden o no provocar diastemas.

Pérdida prematura de los dientes primarios.-

Los dientes primarios no solamente sirven de órganos de la masticación, sino también para mantener el espacio para la segunda dentición y para mantener los dientes antagonistas a su nivel oclusal correcto.

Sin embargo, la pérdida prematura de los dientes primarios provocaría una maloclusión.

Caries interproximales.-

La caries conduce a la pérdida prematura de la primera y segunda dentición. Provoca desplazamiento subsecuente de dientes, inclinación axial anormal, sobreerupción, resorción ósea, etc.

Retención prolongada y resorción anormal de los dientes primarios.-

La retención prolongada constituye un trastorno en el desarrollo de la dentición, y la interferencia que ejerce la erupción de los dientes permanentes, puede hacer que los desvíen hacia una posición de maloclusión. Si las raíces de los dientes primarios no son reabsorbidas adecuadamente, uniformemente y a tiempo, los dientes permanentes pueden ser afectados y no harán erupción al mismo tiempo que los dientes del lado opuesto. Cuando ellos hagan erupción serán desplazados a una posición inadecuada.



RETENCIÓN PROLONGADA



CARIES DENTAL

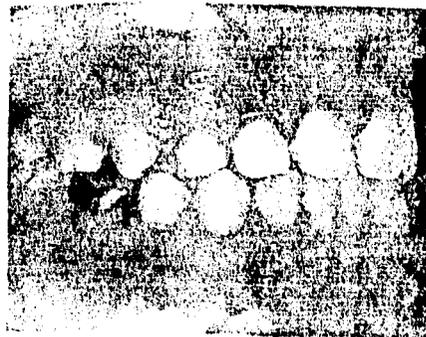
Factor iatrogénico.-

El colocar restauraciones proximales desajustadas puede provocar giroversiones e impactar los alimentos, lo que tiende a separar a los dientes, y provoca la pérdida de hueso.

Por otra parte, los puntos de contacto proximales muy apretados traen secuelas desfavorables.



RESTAURACIONES DESAJUSTADAS



PUNTOS DE CONTACTO
PROXIMALES MUY APRETADOS

CAPITULO V

CARACTERISTICAS DEL PERFIL, FACIALES Y DE LOS ARCOS DENTALES

1.-CARACTERISTICAS DEL PERFIL.

El perfil de un individuo es convexo, recto o cóncavo dependiendo de la relación entre la mandíbula y el maxilar.

En la oclusión Clase I el perfil es recto.

En la maloclusión Clase II el perfil es convexo.

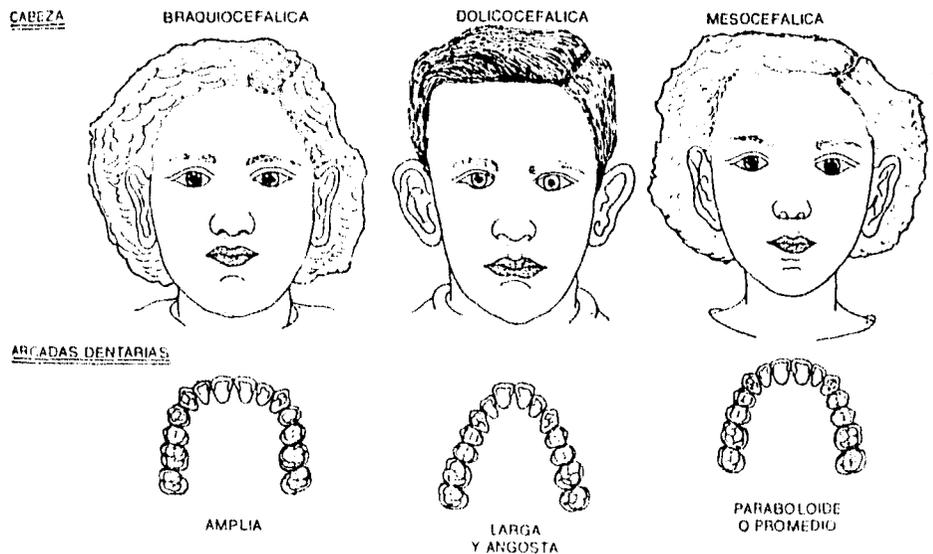
En la maloclusión Clase III el perfil es cóncavo.

2.-CARACTERISTICAS FACIALES Y DE LOS ARCOS DENTALES.

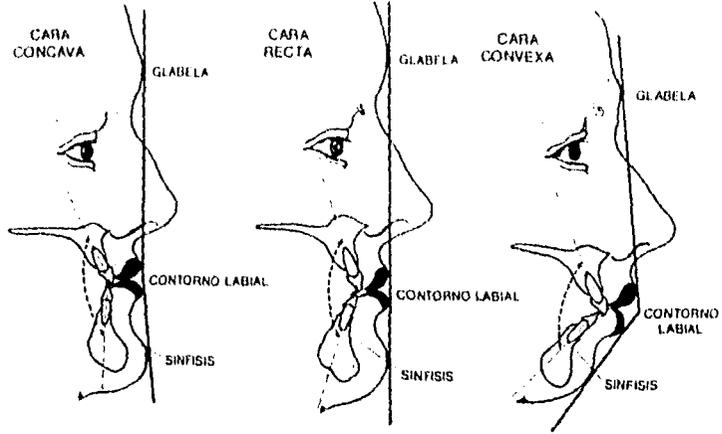
a)MESIOFACIAL.- En una oclusión clase I, la musculatura es normal y la apariencia facial es agradable. La cara no es ni demasiado larga ni demasiado ancha y la estructura de la mandíbula y la forma de los arcos dentales son similares.

b)DOLICOFACIAL.- Este tipo de arcada es larga y angosta y se asocia a maloclusiones clase II división 1 o clase III los arcos dentarios de estas relaciones son angostos y están asociados con una boveda palatina alta.

c)BRAQUIFACIAL.- Esta estructura facial es corta y ancha y se observa en maloclusiones clase II, división 2. La configuración del arco es ancha y cuadrada.



TIPOS DE PERFILES



CAPITULO VI

1.-MATERIAL Y METODO

Para este estudio se revisaron a 50 niños de ambos sexos, que llegaron a la clínica de apoyo de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM, con un rango de edad entre seis y doce años.

Se exploró a cada paciente con un espejo dental, luz artificial y guantes desechables, por medio de palpación y observación a fin de realizar una historia clínica medico dental completa.

Se buscó algún tipo de patología en tejidos blandos y duros tanto superior como inferior. Se realizó la auscultación clínica y se interrogó al padre con respecto a hábitos perniciosos, presencia de bruxismo y trauma en maxilares. Se palpó la articulación temporomandibular buscando alguna crepitación, chasquido, desviación a la apertura o dolor.

Se revisó clínicamente el tipo de perfil y la forma de la cara.

Se procedió a la toma de impresiones totales con alginato en ambas arcadas dentarias, para ello se utilizó una medida de polvo por una medida de agua para las impresiones. Se batió en una taza de hule con una espátula para alginato. Se colocó la mezcla en el portaimpresiones y se llevó a la boca, la impresión llegó a fondo de saco y se mantuvo durante un minuto en la boca, a fin de que gelificara. Posteriormente se vaciaron los registros en yeso piedra.

Y se analizó en la boca del paciente que tipo de oclusión presentaban y se corroboró en los modelos de yeso.

2.-RESULTADOS

Del total de los pacientes en estudio 50 niños. 21 del sexo femenino y 29 del sexo masculino. Con un rango de edad de 6 a 12 años y un promedio de edad de 8 años como se observan en las graficas. 1 y 2



CONCLUSIONES

Existe una prevalencia de Clase I mayor que la Clase II y Clase III en nuestros pacientes que se presentaron en la clínica de apoyo de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM.

El alto índice de convexidad de los perfiles, nos refleja que aunque exista una prevalencia de Clase I en molares superiores e inferiores bien definida ; existe una protusión y apiñamiento de los dientes anteriores , debido a factores etiológicos de las maloclusiones, tanto locales como generales , pero principalmente a los factores locales como son los malos hábitos orales y la caries dental,

Se encontró un alto índice de arcadas ovoides y triangulares, mientras que la arcada cuadrada. fué la de menor incidencia. Esto nos refleja que la mayoría de los pacientes infantiles presentan un perfil convexo acentuado.y debido a la forma del arco, los dientes no erupcionan en una posición adecuada.

Se encontró un alto índice de apiñamiento, mordida profunda vertical, mordida cruzada anterior, mordida abierta,y mordida horizontal. y la de menor incidencia fue la mordida cruzada posterior.

Considero que este estudio nos puede servir como base para investigaciones posteriores en las cuales se utilicen materiales de apoyo similares, complementando dichos estudios con una Cefalometría para poder diagnosticar con precisión el alto índice de maloclusiones relacionadas con un origen dental o cráneo-facial.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS

**INDICE DE MALOCCLUSIONES EN PACIENTES QUE ASISTEN AL
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGIA.**

PACIENTE. NO.----- FECHA.-----
NOMBRE.-----EDAD.-----SEXO.-----
DOMICILIO.-----

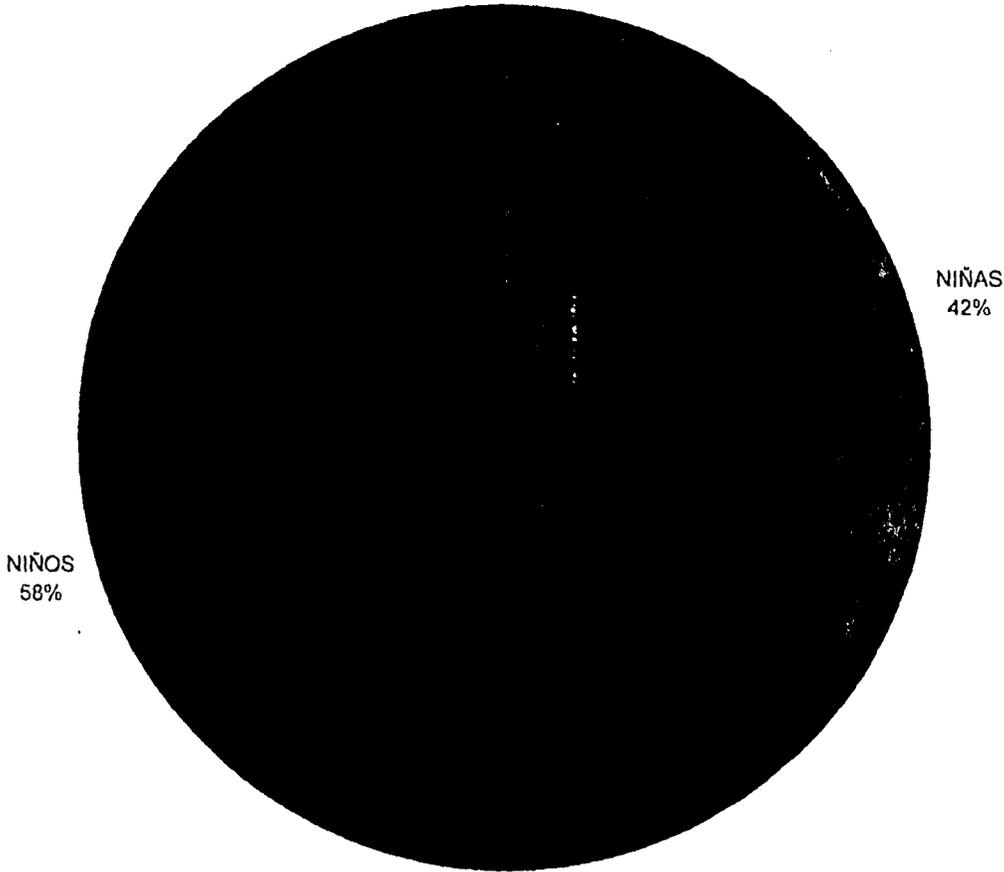
INSPECCION VISUAL

CLASE I	CLASE II -1 -2	CLASE III
MORDIDA PROFUNDA (VERTICAL).-----		
MORDIDA HORIZONTAL.-----		
MORDIDA CRUZADA.-----		
MORDIDA BORDE A BORDE .-----		
MORDIDA ABIERTA.-----		
PROTUSION DENTAL.-----		
ASIMETRIA FACIAL.-----		
TIPO DE PERFIL .-----		
TIPO DE CARA.-----		
HABITOS PERNICIOSOS.-----		
INTERVENCIONES QUIRURGICAS.-----		

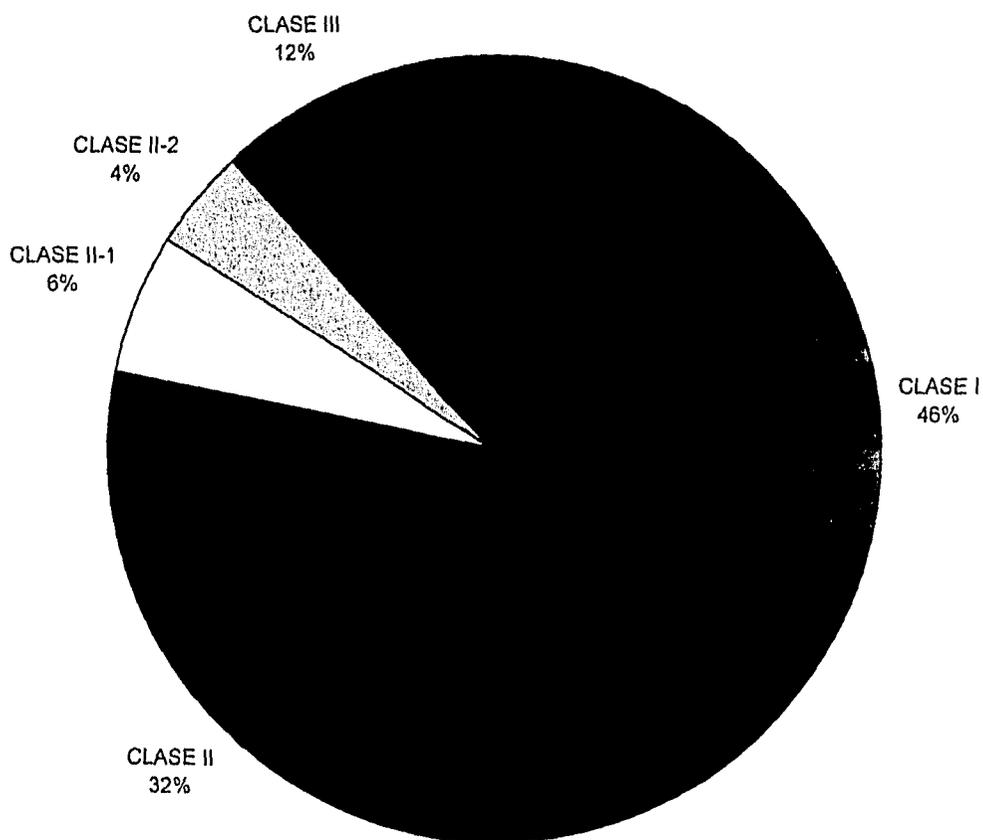
ERUPCION Y DENTICION

SECUENCIA ANORMAL.-----
PERDIDA PREMATURA.-----
RETENCION PROLONGADA.-----
ERUPCION RETARDADA.-----
MALPOSICION DENTARIA.-----
|BRUXISMO.-----TRAUMATISMOS.-----

GRAFICA 1. DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS NIÑOS EXAMINADOS



GRAFICA 2. PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGUN LA CLASIFICACION DE ANGLE



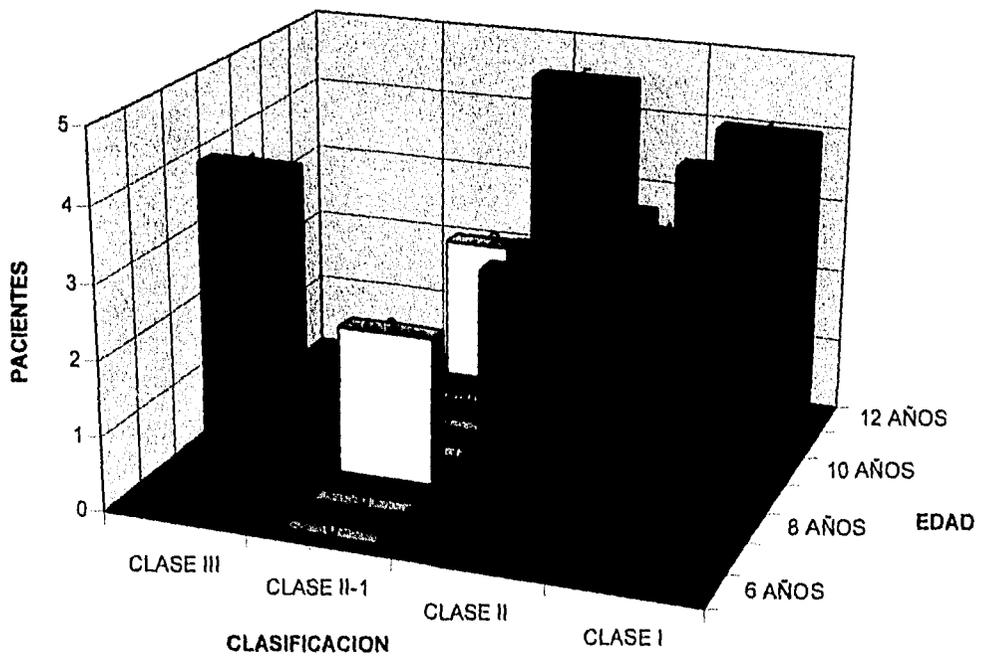
FRECUENCIA DE LA CLASIFICACION DE ANGLE CON RESPECTO A LA EDAD Y EL SEXO.

De los 50 pacientes examinados fueron: 29 del sexo masculino y 21 del sexo femenino, presentando 24 pacientes Clase I ; 16 pacientes Clase II , 4 pacientes Clase II, division 1 , 2 pacientes Clase II, division 2 ,4 pacientes presentaron Clase III

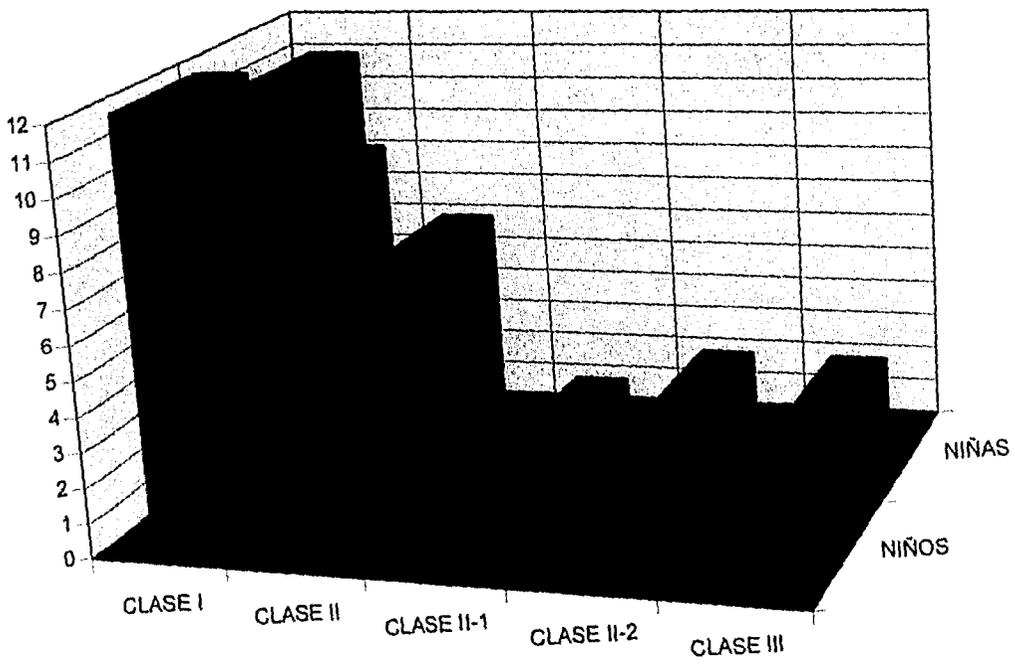
Las diferentes Clases de Angle se encontraron de manera similar para ambos sexos, No encontrando diferencias significativas en cuanto a sexo y tipo de oclusión observando que el mayor número de casos fueron Clase I, en ambos grupos como se muestra en la tabla 1

	CLASE I	CLASE II	CLASE II-I-II	CLASE III
6 AÑOS	3	0	0	0
7 AÑOS	4	2	0	0
8 AÑOS	3	4	2 -2	4
9 AÑOS	5	3	0	0
10 AÑOS	2	2	0	0
11 AÑOS	3	2	0	0
12 AÑOS	4	3	2	0

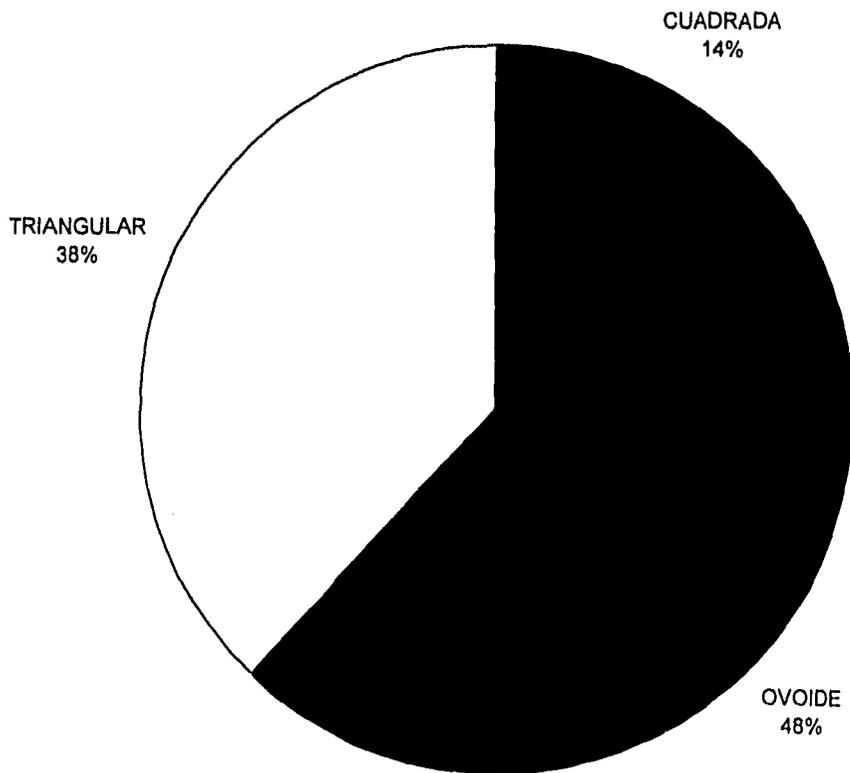
GRAFICA 3. DISTRIBUCION DEL TIPO DE OCLUSION POR EDAD SEGUN LA CLASIFICACION DE ANGLE.



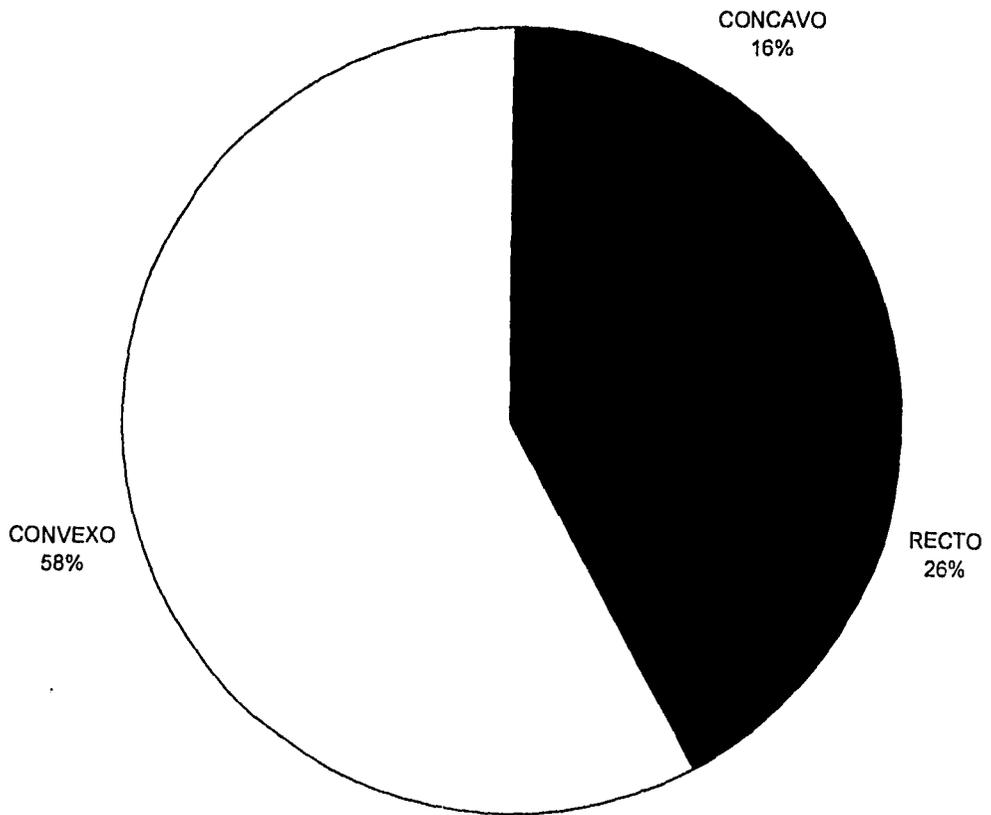
GRAFICA 4. ANALISIS DE CLASIFICACION DE ANGLE CON RESPECTO AL SEXO



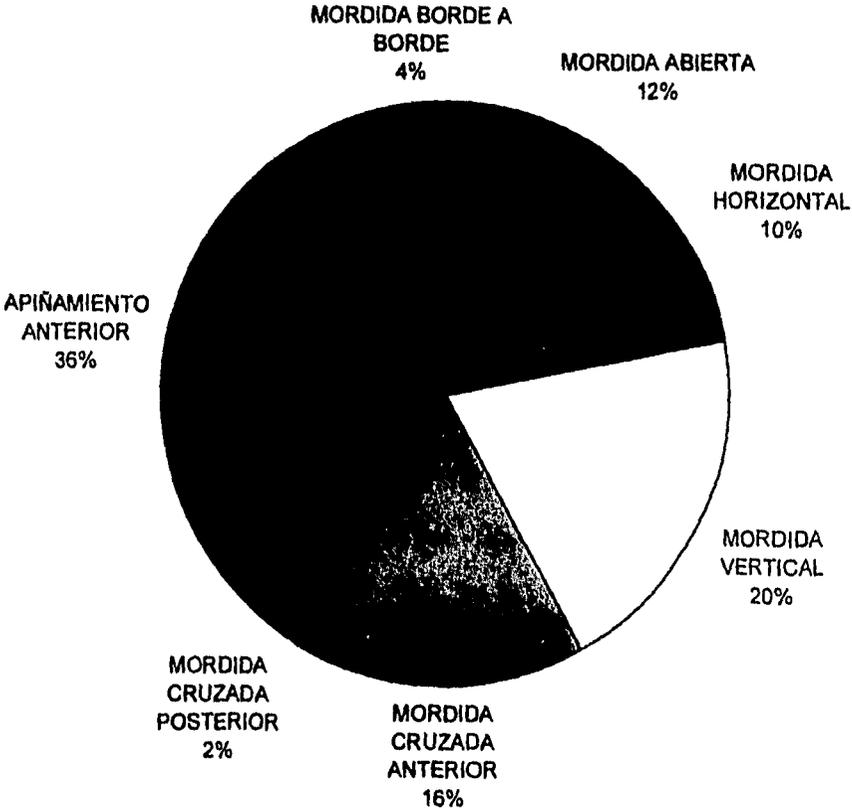
**GRAFICA 5 . FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE
ARCADA**



GRAFICA 6. FRECUENCIA DE LOS DIFERENTES TIPOS DE PERFILES



GRAFICA 7. DISTRIBUCION DE APIÑAMIENTO, MORDIDA HORIZONTAL, MORDIDA ABIERTA, MORDIDA CRUZADA ANTERIOR Y POSTERIOR, MORDIDA BORDE A BORDE.



BIBLIOGRAFIA

1. **CHACONAS**, Spiro editorial el manual moderno.
Mexico, 8a. edición 1980 , pag. (15-34)..
- 2.- **GRABER, T. M.** Ortodoncia. teoria y practica .editorial interamericana,
3a. Edicion , Mexico. 1991 , pag. (26- 117, 169-207)..
- 3.- **MANUAL DE ADONTOPEDIATRIA. I SUAO**
Facultad de odontologia UNAM. ,2a. Edición, 1993
UNAM , 1993. pag. (33-49)..
- 4.- **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 013**
SSA 2 -1994
Para la prevencion y control de enfermedades bucales.
- 5.- **ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.**
Clasificación Internacional de las enfermedades
Cap. IX Enfermedades de la cavidad bucal .
glandulas salivales y maxilares.(520-529)1975
- 6.- **ORTS LIORCA FCO.**
Como Somos Antes de Nacer.
Edit.-DOYMA, ESPAÑA ,1990. PAG.-(1-4-23).