



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**CARACTERÍSTICAS ESTÉTICO FACIALES EN PACIENTES
CON HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS DE LA
COMUNIDAD QUE ASISTE AL MOSEA ERMITA-ZARAGOZA
PERIODO 2005 - 2006.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
C I R U J A N A D E N T I S T A
P R E S E N T A N :

**VARGAS VALVERDE SAZIL-HA
VÁZQUEZ ALDANA MIRIAM ADAIA**

DIRECTOR: CD. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ CARMONA.

ASESOR: CD. GUADALUPE NAVARRO GONZÁLEZ.



MÉXICO D. F

NOVIEMBRE 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

*Papi. . . Gracias por ser el hombre más íntegro
y sabio que conozco, por enseñarme tantas
verdades de la vida y por cuidar siempre de
nuestra familia desde el cielo.
Te amo con todo mi corazón.*

*Mami. . . Tu naturaleza divina es mi fortaleza,
tu fuerza, tu ejemplo y tu amor son mis más
grandes tesoros, agradezco a dios por ser tu
hija y poder dedicarte a ti todos mis logros.
Mil mi preciosa!*

*Jeza y Nito. . . Ustedes siempre han sido un
excelente ejemplo para mí, yo sé que me aman y
yo los amo mucho a ustedes, soy muy bendecida
por tenerlos a mi lado.*

*Sueño eterno. . . gracias por la infinita
paciencia y apoyo que me brindaste en todo
momento y por haberme permitido robarte
mucho del tiempo en el que merecía estar
contigo.
Con todo mi amor ¡Bethos!*

*Sazi. . . gracias por ser una verdadera amiga,
por compartir conmigo tan inolvidables
momentos y porque simplemente eres una chica
genial, y dime tu, como no querer a la mejor
comadre de tesis del mundo.*

Ada (Chiquita)

*A mis padres que me apoyaron, que sin duda están cuando más les necesito y han compartido todos mis estudios y... mis sueños. Gracias por todo el tiempo que les robe pensando en mí y por hacer de mí lo que soy hoy y... de los que soy su chiquita.
Los quiero!!*

*José Luis, por tu apoyo, compañía y con la promesa de seguir siempre adelante. Gracias
Ratón, te quiero!*

Ada, Gracias por tener siempre una sonrisa para mí y por todos esos momentos de diversión tan espontáneos.

A mis amigos por todos los momentos que compartimos, las pláticas interminables y los abrazos infinitos. Los quiero.

Sazilita

...y desde luego a todos aquellos que de una manera u otra confiaron en nosotras y nos alentaron a continuar. Con mucho cariño.

Dra. Lupita Navarro... le agradecemos infinitamente el habernos brindado su valioso tiempo, sus conocimientos y sobre todo su cariño.

Les agradecemos...

*C.D. José Alfredo Hernández Carmona.
C.D. Martha Patricia Ortega Moreno.
C.D. Catalina Buenrosotro Lugo.
C.D. Isabel Rosalía Sánchez Carlos*

Sazi y Ada.

ÍNDICE

Introducción.....	
Planteamiento del problema.....	
Marco teórico.....	
Objetivos.....	
Hipótesis.....	
Justificación.....	
Diseño de la investigación y métodos.....	
Recursos.....	
Cronograma de actividades.....	
Resultados, Análisis de Resultados y Discusión.....	
Conclusión.....	
Referencias bibliográficas.....	
Anexos.....	

INTRODUCCIÓN

Desde las civilizaciones antiguas existió la preocupación por medir y conocer las proporciones de la cara y el cráneo, tratando de describir la perfección de estas medidas. Surgiendo así un interés en conocer los tipos de caras existentes y sus implicaciones en la morfología del cráneo y las estructuras anatómicas faciales relacionadas a este. El conocimiento sobre los patrones faciales descritos en la literatura de algunos investigadores, nos ayudan a saber más sobre la morfología craneofacial de cada persona y las implicaciones estructurales que corresponden a cada patrón facial.

Los rasgos faciales desproporcionados y asimétricos contribuyen notablemente a los problemas estético faciales, mientras que los proporcionados son aceptables, aunque no siempre sean bellos. Por consiguiente, un objetivo adecuado para la exploración facial es detectar las posibles desproporciones.

Como odontólogos estamos obligados a analizar automáticamente los rasgos faciales, ya que de esta manera podemos detectar desproporciones e identificar las causas, y ofrecer un diagnóstico y tratamiento mas completo e integro al paciente.

En el presente trabajo, nos damos a la tarea de dar a conocer como es que la estética facial se puede ver alterada por factores nocivos, tales como los hábitos bucales perniciosos, ya que dentro de la práctica clínica toman un papel importante en la alteración de la morfología facial, modificando tanto su apariencia como su funcionalidad.

Se realizó un estudio de estética y simetría facial, utilizando fotografías de frente y de perfil aplicando los análisis de los Doctores Arnett, Bergman, Gregoret y Powell para identificar los cambios faciales ocasionados por hábitos bucales perniciosos, a los pacientes que acuden al Modelo de Servicio Alternativo Ermita Zaragoza en el periodo 2005 – 2006.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todos los hábitos son patrones aprendidos por contracción muscular de naturaleza muy compleja. La función normal sirve como estímulo para el crecimiento óptimo de los maxilares, buen crecimiento craneo facial y en la fisiología oclusal, por ejemplo, la acción normal de los labios y la masticación. Los hábitos perniciosos son los que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento encontrando como resultado en cada uno de estos hábitos ciertas características faciales.

Por lo tanto nuestra interrogante es:

¿Cuáles son las principales características estético faciales en pacientes con hábitos de succión labial, digital, deglución atípica y respiración bucal?

MARCO TEÓRICO

La estética del griego *aisthesis* (percepción), es la ciencia que estudia la belleza; la teoría sobre el juicio basado en la experiencia, mediante el cual, el estímulo óptico no solamente es percibido como un objeto consciente, sino también evaluado como placentero o desagradable, bello o feo. La estética puede ser entendida para encontrarse con la teoría de lo atractivo, de la regularidad, de la armonía con la naturaleza y del arte.¹

Aunque la belleza es una apreciación puramente subjetiva, algunas cualidades y elementos son universalmente apreciados: un perfil alto, ojos grandes y una distancia corta entre la boca y el mentón son características apreciadas en muchas culturas, ya que dan idea de un rostro "lindo o curioso" y que tiene características de un rostro juvenil altamente apreciado en cualquier sociedad.²

Es interesante reconocer la importancia que otras ciencias y artes han dado a la apariencia de la cara y el interés médico que encierra mejorar la morfología facial cuya apariencia ha estado sujeta a los vaivenes socioculturales y la moda del momento.³

En el periodo prehistórico, el hombre ya era consciente de la importancia del aspecto de la cara, aunque el objetivo vital era la supervivencia. En el periodo paleolítico, junto con las pinturas relacionadas a la caza, ya se presentaban los rostros humanos aunque ilustrados de forma grotesca o distorsionada, quizá por superstición o por temor a representar algo tan personal e identificador como es la cara.⁴

Pero no fue hasta el desarrollo de la cultura en el valle del Nilo donde se consideraron ciertos cánones que representaban el tipo ideal de belleza, armonía y proporción.

Las caras egipcias que figuran como prototipo de aquel pueblo tienen forma oval con unos labios carnosos y una frente amplia, inclinada y prominente. En términos actuales, diríamos que se trataba de bipostrusiones. Egipto fue poblado primitivamente por pueblos africanos y del extremo Oriente, por lo que el rasgo negroide y caucásico se amalgamó, dando un tipo de perfil que aún hoy revela estos caracteres y rasgos faciales.⁵

La cultura griega es la primera que recoge el gusto estético de la época y la preocupación intelectual por analizar el sentido de la armonía y la proporción de las dimensiones. Fueron los filósofos griegos los que introdujeron el término estética y se dedicaron al estudio de las razones por las que la persona resultaba bella o agradable a la vista. Aristóteles, Heráclito y Platón describieron las primeras leyes geométricas que debían respetarse para que la armonía de la línea y el equilibrio de proporciones provocaran una sensación satisfactoria en el observador, estableciendo cánones de belleza que aún se siguen aplicando como guías firmes reguladoras de la estética.⁶

En las esculturas griegas el modelo de rostro capta las proporciones adecuadas de la cara armónica. En el perfil, la frente es prominente, la nariz larga y un equilibrado tercio inferior donde sobresalen los labios, se marca el surco labiomentoniano y resalta la suave prominencia de la barbilla.⁷

La cultura romana también dejó un legado del sentido de la estética, donde se contempló por primera vez la belleza de la cara y se dictaron los cánones que sirven actualmente de referencia para artistas, médicos y odontólogos.⁸

La oscuridad de la era medieval silenció el valor de la apariencia corporal y facial, la temática religiosa tomo gran protagonismo, los rostros y manos son de vírgenes y cristos que debían mostrar una belleza divina, extraterrena.⁹

A partir del Renacimiento, se da la importancia a la imitación de la realidad donde Leonardo Da Vinci (Figura 1) nos muestra unos rostros llenos de armonía, unas sonrisas como la de La Gioconda o La Virgen de las Rocas, en las que el reflejo de lo bello se consume.¹⁰



Figura 1.

En los siglos XIX y XX, la observación y preocupación por la imagen física viene determinada por la presencia de la deformidad facial consecuencia de las lesiones que mutilaban o deterioraban el rostro humano por los conflictos bélicos. Surgen así especialidades médicas como la cirugía plástica y maxilofacial y la odontoestomatología, las cuales tratan de mejorar el aspecto del individuo.¹¹

La capacidad reconstructiva de las operaciones planteó al clínico la necesidad de buscar parámetros de estética acorde con el deseo del viejo axioma "*todo ser humano tiene el derecho divino de tener un rostro humano*" y de vencer el impacto que la presencia de la deformidad tiene en la actividad personal y social del individuo.¹²

En la actualidad con el surgimiento de las técnicas audiovisuales, como la fotografía, el cine y la televisión, hacen de "la cara" la protagonista de la imagen. La moda ambiental propicia cambios en el gusto social por unas determinadas facciones según criterios estéticos de la época, las caras que son reconocidas como bellas siguen normas socialmente impuestas por la estrecha cinematografía del momento y la armonía facial se valora más en la sociedad actual que en otras épocas.¹³

En la actualidad enfocándonos un poco mas a lo que es la consulta odontológica los pacientes se vuelven más cuidadosos con su aspecto estético puesto que, consciente o inconscientemente, saben que la imagen que ofrezcan al resto de la sociedad tiene una repercusión directamente proporcional respecto a su propia cotización social.¹⁴

Es por esto que lo primero que debemos hacer cuando llega un paciente al consultorio es estudiar las proporciones faciales y tejidos blandos, obteniendo una impresión general, no sólo enfocándonos a un diagnóstico basado únicamente en la exploración dental, error que cometemos en la práctica diaria, ya que como odontólogos, necesitamos asegurarnos de que no comprometemos los tejidos blandos por una buena oclusión y viceversa.¹⁵

La evaluación de los tejidos blandos faciales vistos de frente y de perfil son esenciales para comprender integralmente las características estéticas del paciente.

Existen numerosos análisis estético faciales que intentan objetivizar en mediciones y valores a la estética facial y esto es prácticamente imposible ya que existen numerosos factores que hay que tomar en cuenta, como son: la raza, tipo constitucional, cultura, edad, sexo, y algunos otros modificables por el odontólogo, por ejemplo: posición del paciente, luz, proporción, color.¹⁶

Los doctores *Arnett, Bergman, Gregoret, Powell*, proponen análisis clínicos que se puede usar como herramienta para identificar asimetrías y desproporciones faciales en los tres planos del espacio.

Para realizar el análisis del doctor *Gregoret, Arnett y Bergman* se necesitan dos fotografías de frente: una con los labios en reposo y otra sonriendo, y para el análisis del doctor *Gregoret, Arnett, Bergman y Powell* una fotografía lateral con los labios en reposo.
17, 30

La posición en la que el paciente coloca su cabeza al momento de la sesión fotográfica determina en gran medida la apreciación del odontólogo, por lo que deben ser evaluados en una perfecta orientación, debiendo constatarse que, tanto el plano de Frankfort como el plano bipupilar, estén paralelos al piso.

Esta posición se puede obtener pidiendo al paciente que se ponga de pie o sentado, no deberá existir ningún tipo de rotación ni inclinación porque provocarán alteraciones tanto en el estudio de las proporciones como de la simetría. Por ejemplo, si el paciente inclina su cabeza hacia abajo puede dar una apariencia de un perfil convexo, y por otro lado, se inclina su cabeza ligeramente hacia arriba se le verá un mentón más protruido, haciéndolo parecer un paciente con perfil cóncavo.^{18, 19, 20, 21}

Otras condiciones que debe reunir el paciente son los labios en reposo y la posición mandibular de descanso. Para poder evaluar los labios, estos deben encontrarse completamente relajados y con la mandíbula en reposo.

Para este efecto se sugieren cuatro pasos:²⁰

- 1) Se pide al paciente que relaje los labios
- 2) Con los dedos, se aprietan los labios del paciente hasta lograr que se relajen. Es común que el paciente apriete más el labio inferior marcando arrugas en el mentón, ocasionadas por hiperactividad muscular.
- 3) Se observaran los labios en repetidas ocasiones para evaluar su posición relajada.
- 4) Se observa casualmente al paciente mientras éste se encuentre distraído.

Si se siguen todos estos pasos se puede estar seguro que el análisis de tejidos blandos será más confiable.

Vista frontal. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

Arnett y Bergman evalúan la altura y la anchura, estas dos medidas siempre mantienen una relación entre si y permiten categorizar en forma artística el contorno de la cara, de acuerdo a esta relación se pueden observar diferentes tipos faciales tales como: caras anchas o delgadas, cortas o largas, redondas u ovals y cuadradas o rectangulares.

Sobre las fotografías se deben localizar los siguientes (Figura 2):

1. El Plano bipupilar. Línea que pasa a través de las dos pupilas. Para evaluar la altura facial es necesario contar con un plano horizontal de referencia confiable siendo este el plano bipupilar.
2. El Triquiión (el centro de la línea media del cabello) y Mentón son los dos puntos que nos dan la altura y la línea media de la cara.
3. La distancia bicigomatica que une a las partes mas prominentes de los arcos cigomáticos nos da la anchura de la cara.

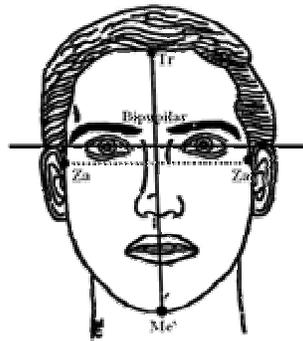


Figura 2.

Simetría facial. *Arnett y Bergman* señalan que aunque en todos los individuos existe una ligera discrepancia entre el lado derecho e izquierdo facial, considerada como normal (no existe un rostro perfectamente simétrico), es factible que en algunos casos esta asimetría sea mas marcada de lo común, convirtiéndose así en una situación anormal. Cuando estas asimetrías dejan de ser sutiles y comienzan a ser perceptibles por el ojo humano, se puede decir que existe una alteración en la simetría facial.

El análisis de simetría debe seguir un orden de arriba hacia abajo, si se observa desviada la línea media y la nariz, rompe con la simetría facial teniendo origen en alteraciones dentales o esqueléticas.²⁰

Quintos faciales. Para profundizar en el estudio de la simetría el Dr. *Gregoret* divide la cara en quintos, trazando líneas paralelas a la línea media que pasen por los cantos internos y externos del ojo y por los puntos más externos a la altura de los parietales (ofrión). Existe una regla llamada “regla de los quintos” que consiste en que el ancho total de la cara equivale a 5 anchos oculares (Figura 3).

El ancho nasal, que se mide de ala a ala, ocupa el quinto central, por lo tanto es igual a la distancia ocular intercantal (distancia entre ambos cantos oculares internos).

El ancho bucal se mide de comisura a comisura y es igual a la distancia entre ambos limbos mediales oculares. Estos corresponden al límite interno de la circunferencia del iris.

Existen diferentes tipos de asimetrías que van desde la asimetría ocular, las desviaciones nasales y del mentón hasta el hipodesarrollo de una hemifacie, entre otros.²⁵

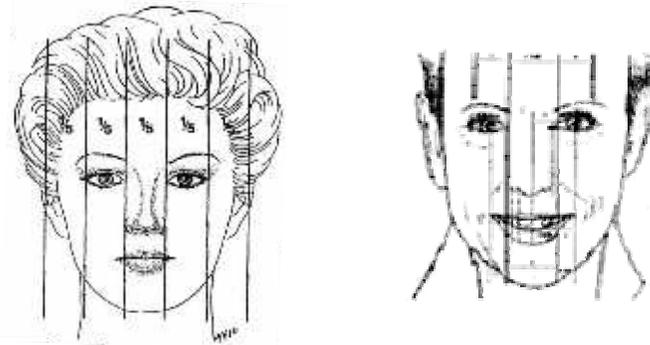


Figura 3.

Tercios faciales. Los doctores *Arnett* y *Bergman* dividen la cara en tercios (Figura 4):

1. Tercio superior. Demarcado arriba por la línea de implantación del cabello (Triquion Tr), y abajo por el entrecejo (Glabela Gl).
2. Tercio medio. Delimitado arriba por el entrecejo (Gl) y abajo por el punto subnasal (Sn).
3. Tercio inferior. Ubicado entre el subnasal (Sn) y el mentón de tejidos blandos (Me').

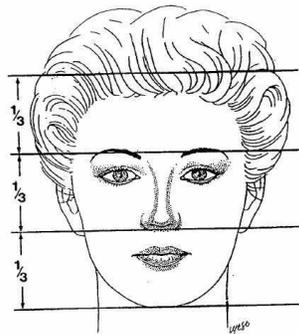


Figura 4.

El tercio superior esta sujeto a variabilidad en su apreciación ya que la implantación del cabello resulta algo inestable. Sin embargo, la relación más importante es la que existe entre el tercio medio y el inferior. Normalmente si el tercio inferior esta aumentado refiere clase III y disminuido en clase II. Para tener una relación más exacta se puede medir de tercio a tercio en milímetros y deben de ser iguales.³⁰

El Tercio inferior comprendido entre el punto subnasal y mentón es de especial importancia dentro del diagnóstico (Figura 5), ya que los cambios en las dimensiones de este tercio reflejan posibles alteraciones en el crecimiento. Así mismo, refleja cambios en la función orofacial e incluso presenta una gran vulnerabilidad a cambios provocados por influencias ambientales tales como hábitos adversos.

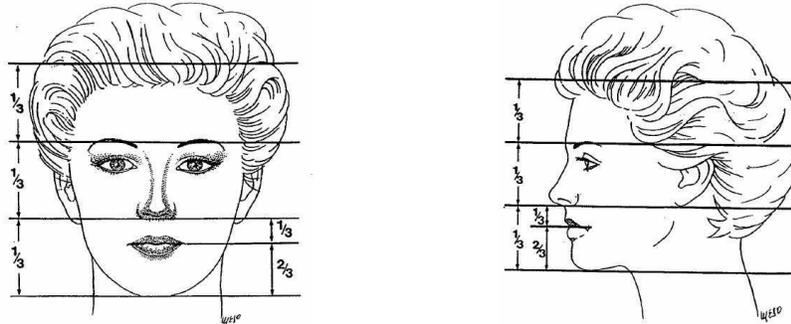


Figura 5.

La presencia de un hábito, tal como sería la succión digital, prolongada, mas allá de la niñez, es capaz de causar cambios importantes en este tercio (la magnitud de las alteraciones tienen una relación directamente proporcional a la fuerza, duración y frecuencia del hábito).³⁰

Este tercio está compuesto por (Figura 6):

1. Labio superior (Ls). Se mide desde el punto subnasal (Sn) a la parte más inferior del labio superior en su parte media (Stómion superior Ss). La dimensión promedio de esta medida se encuentra entre 19 y 22 mm.
2. Labio inferior (Li). Se mide desde la parte más superior del labio inferior (Stómion inferior Si) al mentón de tejidos blandos (Me). Esta medida se considera normal cuando mide entre 38 y 44 mm
3. Espacio interlabial. Es la distancia que existe entre el labio superior (Ls) y labio inferior (Li). Para medirla, los labios deben encontrarse en reposo, dicho espacio debe medir de 1 a 5mm. Un aumento en el espacio interlabial puede estar asociado con un labio corto, exceso vertical maxilar y protrusión mandibular. Una disminución en este espacio puede estar asociada con una deficiencia maxilar, un labio largo y una retrusión mandibular con mordida profunda.

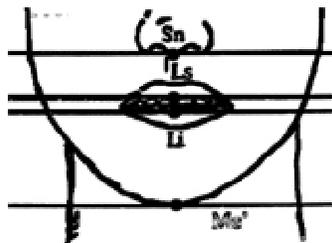


Figura 6.

4. Relación dentolabial. Con ella se determina la distancia que existe entre el borde incisal de los incisivos superiores y el borde más inferior del labio superior (Stómion superior). En un paciente con una relación normal se observa una exposición dental de 1 a 5 mm, aunque por lo general las mujeres suelen presentar una mayor exposición que los hombres sin que esto llegue a considerarse anormal (Figura 7).
5. Nivel labial durante la sonrisa. Al examinar la sonrisa se pueden observar diferentes elevaciones labiales de acuerdo al patrón esquelético. La exposición ideal con la sonrisa fluctúa entre tres cuartos de la corona hasta dos milímetros de encía.²⁰

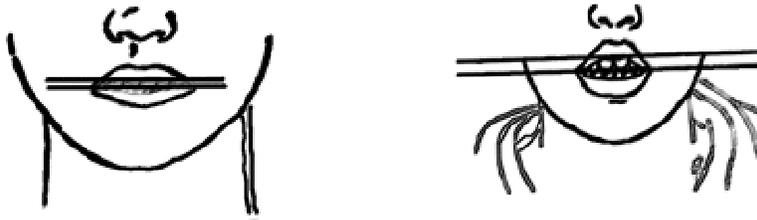


Figura 7.

Vista lateral. ^{22, 23, 24, 25, 26, 27, 28}

Los doctores *Arnett* y *Bergman* proponen dos ángulos de tejidos blandos.

Angulo del perfil. Este ángulo representa la medida más importante del perfil blando, ya que ubica anteroposteriormente la maxila y la mandíbula, con lo que se puede clasificar a los pacientes dentro de una relación clase I, II, o III esquelética.

Este ángulo está formado por los planos:

1. Glabella a subnasal (Gl - Sn), punto más prominente de la frente; al punto más posterior de la columna nasal.
2. Subnasal a Pogonion (Sn - Pg'), del punto más posterior de la columna nasal al punto más prominente del mentón (Figura 8).

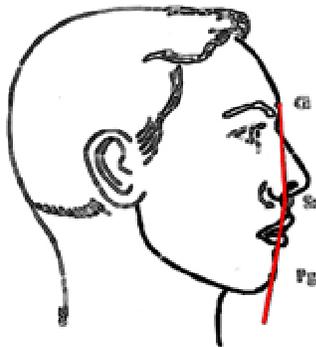


Figura 8.

En un paciente normal (clase I esquelética) estos planos deben formar un ángulo que va desde 165° a 175° , es decir casi una línea recta. Aquellos ángulos que tiendan a cerrarse reflejan un perfil convexo, mientras que los ángulos mayores a 175° reflejan un perfil cóncavo.

Angulo Nasolabial. Es el ángulo formado por el plano C- Sn - Ls, formado por la columnela, subnasal y el plano del labio superior anterior (Figura 9). Un ángulo nasolabial normal presenta un rango entre 85° y 105° (casi un ángulo recto). En las mujeres son aceptados ángulos ligeramente mas abiertos que en los hombres.

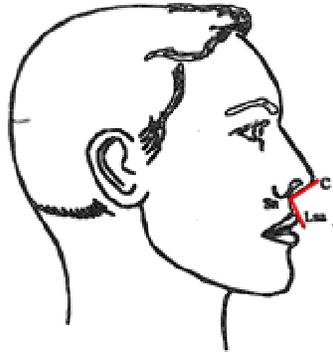


Figura 9.

Este ángulo es un indicador muy importante de la posición e inclinación de los incisivos superiores. El contorno del filtrum, visto de perfil resulta útil para determinar el grosor del labio; cuando el contorno es muy cóncavo estamos hablando de un labio grueso, y cuando su contorno es plano, se trata de un labio delgado.

Triangulo de Powell. Este triangulo no considera aisladamente la forma, tamaño y posición de cada una de las masas estéticas del perfil, si no que las interrelaciona íntimamente permitiendo hacer un balance global del mismo. Comienza en una estructura relativamente estable; la frente. A partir de allí, analiza los restantes componentes hasta llegar al mentón, el más fácilmente modificable.



1. **Ángulo del Plano Facial.** Se traza el plano facial partiendo de la Glabella hasta el Pogonión. Esta línea forma un ángulo con el plano de Frankfort cuyo rango oscila entre 80° y 95° .
2. **Ángulo Nasofrontal.** Se dibuja una línea tangente a la Glabella hasta el Nasión que es la depresión mas profunda a la raíz nasal. Se traza además la tangente al dorso nasal que parte de la punta del dorso de la nariz hasta el Nasión.

Estas dos líneas forman el ángulo nasofrontal cuyo rango normal debe ser entre 115° y 130° .



3. Se mide el ángulo nasofacial formado entre el plano facial y la línea tangente al dorso nasal. Este ángulo evalúa el balance de la proyección nasal en el perfil del paciente. Tiene una norma de valores cercanos a 30° para mujeres y de 40° para hombres.



4. Se traza la línea nasomental o plano estético de Ricketts. En la intersección con la línea del dorso de la nariz forma el ángulo nasomental teniendo una norma entre 120° y 132° . Este punto estudia la armonía de los labios con respecto a la línea nasomental, los labios se sitúan levemente detrás de la línea, estando el labio superior aproximadamente al doble de la distancia que el labio inferior.



5. Se traza una línea desde el punto cervical al mentoniano. El punto cervical se define como el punto mas profundo formado por el área submandibular y el cuello. El ángulo mentocervical se forma en la intersección de la línea glabella- pogonion con la línea trazada tangente al área submandibular que pasa por el punto cervical y mentón. La norma es entre 80° y 95° .

Después de haber realizado una inspección detallada de los tejidos blandos, indica que el complejo craneofacial se encuentra balanceado. Pero puede ser que lleguemos a encontrar variaciones significativas en sus relaciones, siendo el tercio inferior el más vulnerable en cuanto a cambios producidos por influencias ambientales tales como hábitos perniciosos.^{27,28}

Hábitos Bucales.^{29, 30}

Un hábito es una práctica fija producto de la constante repetición de un acto. Entre más constante sea esta repetición, se va haciendo menos consciente hasta que llega a ser completamente inconsciente.

Algunos de los factores etiológicos que han sido señalados como responsables de los malos hábitos bucales incluyen conflictos familiares, celos, presión escolar, ansiedad en las grandes ciudades, falta de satisfacción alimenticia, molestias dentarias, obstrucción respiratoria etc.

La persistencia de éstos hábitos han sido asociados a una fijación en la evolución de la etapa bucal psicosexual según el esquema de S. Freud, lo que puede repercutir a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la duración, intensidad y frecuencia alterarán las estructuras estomatológicas.

La presencia de un hábito en nuestro paciente, tal como sería: la succión digital, succión labial, proyección lingual y respiración bucal prolongada, es capaz de causar cambios importantes en el tercio inferior de la cara, ya que la magnitud de las alteraciones tienen una relación directamente proporcional con la fuerza, duración y frecuencia del hábito.

Los hábitos perniciosos van a producir una alteración ósea, mal posición dentaria y en general una alteración física y psicológica.

La falta de un conocimiento completo e integral sobre el origen del problema, por parte del odontólogo, puede provocar un mal diagnóstico y tratamiento; es por eso que se describirán los hábitos perniciosos más representativos para poder conocer más a fondo de cada problemática.

Succión Digital. El Dr. *Engel* afirmaba que en la observación directa de los niños en su primer año de vida su organización era esencialmente bucal y de tacto. Esta temprana organización del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse de ella, la succión corresponde a una necesidad y contribuye al desarrollo psíquico de un individuo, el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea predominante.

El hábito de succión digital, comienza muy temprano en la vida y frecuentemente es superado hacia los 3 o 4 años de edad.

Las diversas teorías respecto a la “succión digital no nutritiva” no son completamente incompatibles una con otra. Más bien sugieren que el hábito de succión del pulgar debe ser considerado por el clínico como un patrón de conducta de naturaleza multivariada. Es muy posible que la succión del pulgar pueda comenzar por una razón y ser mantenida en las edades siguientes por otros factores, aunque otras veces no existe causa aparente. En la práctica clínica se han visto imágenes ecográficas que muestran la existencia de este hábito desde la etapa intrauterina.

Las modificaciones que este hábito pueda provocar dependerán de una cantidad importante de variables, por ejemplo, la posición del dedo, contracciones musculares orofaciales asociadas, la posición de la mandíbula durante la succión, la morfología esquelética facial, duración de la succión, etc.

Una mordida abierta anterior es la característica más frecuente. La protrusión de los dientes anteriores superiores se ve sobre todo si el pulgar es sostenido hacia arriba contra el paladar. La retrusión postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente a la mandíbula a asumir una posición retruida para practicar el hábito, al mismo tiempo, que los incisivos inferiores pueden ser inclinados hacia lingual (Figura 10).

Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca con el resultante angostamiento del arco superior. Puede encontrarse que los chupadores de pulgar tengan un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución.

El Dr. *Melsen et. al.* hallaron que la succión digital aumenta la tendencia de la deglución anormal. Cuando los incisivos superiores han sido labializados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior, así un simple empuje lingual va asociado con un hábito de succión digital.³¹

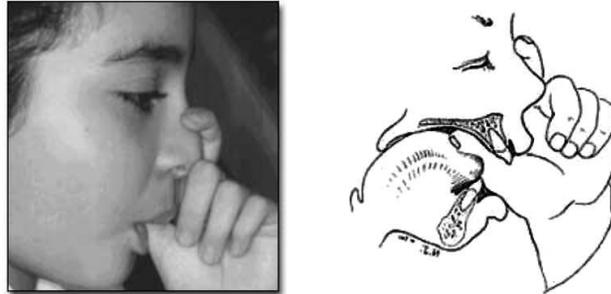


Figura 10.

Succión Labial. Los labios son la puerta de entrada a la zona en que como odontólogos trabajamos diariamente, por lo cual no debemos restarle importancia al examinar a nuestro paciente, ya que existen numerosas alteraciones tales como labios: con poco soporte por pérdida de dimensión vertical, asimétricos, con cicatrices y con poca coloración.³²

La succión de labio puede aparecer sola o asociarse con la succión del pulgar. Los cambios mas evidentes que se relacionan con estas costumbres son labios y tejidos peribucales rojos, inflamados y resecos durante periodos de clima frío.

En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado aunque también se ha observado hábitos de mordedura del labio superior. Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de estos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces la linguoversión de los incisivos inferiores (Figura 11).

Clínicamente puede presentar una marca externa en el labio inferior, exactamente donde son colocados los bordes incisales de los dientes anteriores superiores, acompañada de un enrojecimiento, inflamación y resequedad de los labios y tejidos peribucales.

Se aplica así una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra vestibular sobre los superiores, así como un mayor aumento de sobremordida horizontal. Este problema es muy frecuente en la dentición mixta y permanente.³³

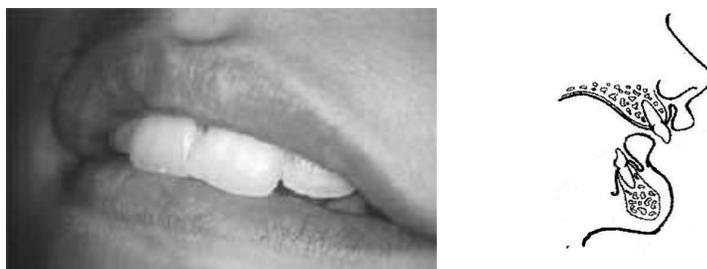


Figura 11

Deglución Atípica. Para efectuar la deglución, el recién nacido establece un íntimo contacto, entre la lengua que ocupa prácticamente toda la cavidad bucal y los labios, a tal punto que el cierre anterior se realiza con participación del labio inferior y la superficie ventral de la lengua.³⁴

Los procesos alveolares apenas están esbozados, pero cuando comienzan a crecer y desarrollarse en medio de las masas musculares y soportando a los dientes, dividen la cavidad bucal en un espacio funcional externo y otro interno y la deglución se produce entonces sin participación de los labios.

Según algunos autores hasta los 3 años de edad se acepta como normal que el niño mantenga separadas las arcadas en el momento de la deglución, entre los 3 y los 5 años se perfecciona la función masticatoria y madura la función de deglución.

Los niños degluten menos que los adultos. Su promedio es de 600 a 1.000 veces por día, cuando los adultos degluten de 2.400 a 2.600 veces. No hay acuerdo sobre estos valores, variando de autor para autor. Deglutimos menos por la noche y más al hablar y al masticar, por ser funciones que requieren más producción de saliva. Producimos aproximadamente de un litro a un litro y medio de saliva por día. Las personas de más edad tienen menos saliva, deglutiendo menos veces.

El proceso de la deglución, se divide en tres fases.

- La primera es la preparatoria, cuando se prepara el alimento mordiéndolo y masticándolo, para que el mismo pueda ser transformado en un bolo homogéneo, facilitando la deglución.
- La segunda fase es la oral. Después de preparado, el alimento es posicionado sobre la lengua, que se acoplará al paladar duro, iniciando un movimiento ondulatorio de adelante hacia atrás, para llevar el bolo al fondo de la boca. Cuando el alimento sólido o líquido, junto con el dorso de la lengua, toca los pilares anteriores, se desencadena el reflejo de deglución propiamente dicho. Éste es accionado por el glossofaríngeo.
- En este momento comienza la tercera fase de la deglución, que es la faríngea. El paladar blando se cierra, evitando el pasaje del bolo para la nasofaringe. La pared posterior de la faringe avanza, comprimiendo el bolo contra el dorso de la lengua. El alimento no podrá subir, ya que el paladar blando está cerrado, ni volver a la boca, porque el dorso de la lengua está impidiendo su pasaje para la cavidad bucal. Por lo tanto, el alimento tendrá que bajar. La epiglotis cierra la glotis y también se cierran las cuerdas vocales.

Todas estas acciones son necesarias para que no haya pasaje del bolo para las vías respiratorias. En ese instante la faringe se elevará, facilitando este bloqueo que será concomitante a la abertura del músculo cricofaríngeo, para que el alimento pueda entrar en el esófago.

La mayor preocupación de la medicina con relación a las atípias del acto de deglutir recae sobre posibles aspiraciones con riesgo de pulmonía y hasta de muerte.

Para la odontología, sin embargo, existe una preocupación específica con la base oral de la deglución, pues se cree que hay mucha relación entre el posicionamiento de los dientes y el modo como la lengua se coloca con respecto a los mismos.

En el análisis funcional debemos observar la posición lingual. La lengua ocupa la mayor parte del espacio interior de la boca y provee una forma interna para la arcada dentaria, por tanto cualquier aberración en su función o postura se reflejará en la forma de la arcada dentaria si la lengua se ubica baja o alta en el sector vestibular, se producirán diversas formas de oclusión invertida.

Es importante en la función deglutiva el tamaño de las amígdalas palatinas ya que la hipertrofia amigdalina produce adelantamiento lingual.

El acto de la deglución repetido frecuentemente puede tener un efecto marcado sobre el maxilar superior e inferior. Según Dr. *Moyers*, la retención prolongada de la deglución infantil o visceral es una de las principales causas asociadas a las maloclusiones.

También se reconoce como empuje lingual, en el cual la lengua juega un papel primordial tanto para la oclusión como para la correcta pronunciación de las letras, por tanto su tamaño y su posición en reposo y función son muy importantes (Figura 12). En cuanto al tamaño se relaciona con el tamaño de la mandíbula, pudiendo existir macroglosia que se evidencia cuando el paciente se toca el mentón con la punta de la lengua.

La macroglosia puede provocar biprotrusión de los maxilares, mordida abierta y mordida abierta tanto anterior como posterior. En cuanto a la posición, la lengua en condiciones normales debe estar ubicada entre la bóveda palatina, los arcos dentarios y el piso de la boca. Si ocupa una posición diferente ocasiona problemas de maloclusión. En cuanto a la importancia de la maloclusión se relaciona con la deglución cuando esta se coloca entre las rugosidades palatinas para ayudar al paso del bolo alimenticio a la faringe.

Para el Dr. *Strauss* el empuje lingual es una mordida abierta donde la lengua se posiciona en los dientes anteriores para tragar.

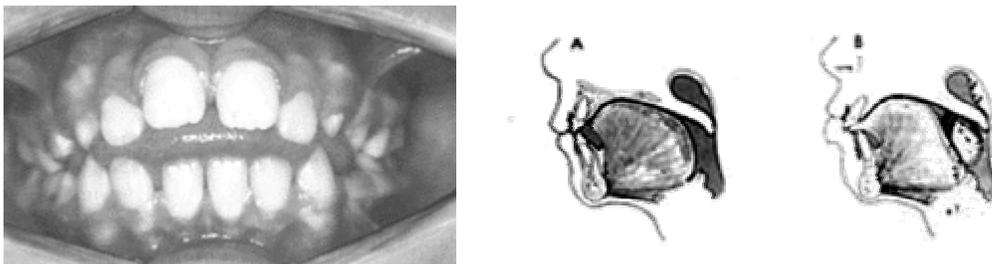


Figura 12.

Características Clínicas de la Deglución Atípica

1. Presión atípica de la lengua por interposición lingual: el cual puede ser anterior o lateral para algunos autores, puede ser producto de alteraciones neuromusculares (*Strauss*); para *Moyers* puede ser como consecuencia de una retención de la deglución infantil o visceral, todo esto trae como consecuencia mal oclusión presión labial y por ende problemas en la fonación.

2. Contracción de la musculatura perioral caracterizada por:
 - a. Rictus Laterales desde el ala de la nariz hasta la comisura labial
 - b. Presión labial con interposición del labio inferior, se aprecia hipotonía de este labio provocando una maloclusión clase II.
 - c. Contracción de los maseteros y temporales, provocando hipertonia mentoniana e hipotonía del labio superior.
3. Movimiento de la cabeza al deglutir como compensación de la elevación del hueso hioides.
4. Alteración de los fonemas siendo los más alterados los fonemas l, n, t, d, s, z.
5. Aumento del volumen de la lengua. Es de suma importancia observar la postura de reposo de la lengua en los pacientes con estas características.
6. Aumento de salivación y acumulación de saliva en los cantos de la boca.
7. El paciente escupe con mucha frecuencia.
8. Dificultad para deglutir con los labios separados.

Respiración Bucal. La respiración nasal es el elemento básico, indispensable y primordial para la vida del ser humano; gracias a la respiración se dan las bases del intercambio gaseoso de nuestro organismo y de toda una innumerable lista de funciones básicas. El aire debe penetrar dentro de nuestro organismo y llegar a los pulmones.

La respiración normal se efectúa a través de las fosas nasales o nariz, sólo en esfuerzos físicos muy grandes la cavidad bucal participa en la respiración. Cuando esto se realiza habitualmente por obstrucción de la vía nasal, se resuelve el problema de la ingestión de aire, pero al costo de otros muchos efectos secundarios.

Los efectos inmediatos consisten en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo en la boca y la faringe. Se pierden las funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de la irritación de la mucosa faríngea.

Los efectos a largo plazo son más complejos y de mayor alcance, desde que se abre la boca la lengua desciende y pierde contacto con el maxilar superior, lo que influye en el crecimiento de éste, la tensión de los músculos varía, produciendo una serie de alteraciones en la función muscular que incide sobre la postura del maxilar inferior y de la cadena muscular postural del individuo.³⁵

Las características del cuadro clínico varían en dependencia de la parte de la vía aérea que esté alterada, de la salud y el biotipo del paciente.

Del interrogatorio obtenemos datos de la existencia de enfermedades infecciosas, alérgicas y otras de las vías respiratorias altas, su tratamiento o no y la respiración bucal durante el sueño.³⁶

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua (y de la propia cabeza, en menor medida), parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua.³⁷

Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y la posición de unos y otros. Para poder respirar por la boca, es necesario deprimir la mandíbula junto con la lengua y extender (inclinarse hacia atrás) la cabeza para permitir el paso del flujo de aire.

Si se mantuviesen estos cambios posturales, aumentaría la altura de la cara y los dientes posteriores erupcionarían en exceso; a no ser que se produjera un crecimiento vertical inusual de la rama mandibular, la mandíbula rotaría hacia abajo y hacia atrás abriendo la mordida anteriormente, con lo que la mayor presión ejercida por las mejillas estiradas podría llegar a estrechar el arco dental superior, elevar la bóveda palatina y protruir de los dientes anteriores.



Figura 13.

Este tipo de patrón ha sido asociado a la “facies adenoidea”, consistente en un aspecto poco saludable por la deficiente oxigenación, expresión de angustia, narinas estrechas, labios resecaos y agrietados, encía marginal inflamada, profundización de la bóveda palatina, dimensiones transversales estrechas, dientes protruyentes, labios separados en reposo e hipotónicos, debilitamiento en los músculos faciales, aumento del tercio inferior de la cara y retrusión del mentón (Figura 13).

JUSTIFICACIÓN

En la sociedad actual se le otorga una gran importancia a la estética facial, ya que con el surgimiento de la “moda” se propician cambios en el gusto social por unas determinadas facciones según los criterios estéticos de la época, es por eso que esta investigación analiza los cambios más significativos en los pacientes con hábitos bucales perniciosos, ya que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial mostrando variaciones en su morfología, parte fundamental en toda exploración diagnóstica, lo que obliga al clínico a analizar detenidamente la cara del paciente identificando las anomalías locales y valorando como afectan el equilibrio facial.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales características estético faciales de los pacientes con hábitos bucales perniciosos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar el hábito bucal pernicioso, a través de interrogatorio, inspección y palpación.
- Realizar el análisis facial del doctor *Gregoret, Arnett y Bergman* en las fotografías de frente.
- Realizar el análisis facial del doctor *Gregoret Arnett, Bergman y Powell* en las fotografías de perfil.

HIPÓTESIS

Los pacientes con hábitos bucales perniciosos (succión labial y digital, deglución atípica y respiración bucal) presentan alteración en el tercio inferior de la cara, tendencia de crecimiento dolicofacial, alteraciones posturales en labios, colapsos maxilares, protrusión maxilar y retrusión mandibular.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS

Tipo de estudio

- Observacional, prolectivo, transversal y descriptivo.

Universo de estudio

- Se considerarán para ésta investigación a los pacientes que acudan a consulta al MOSEA “ERMITA ZARAGOZA” durante el periodo 2005-2006, que cumplan los requisitos y acepten participar en éste estudio hasta completar 50 pacientes.
 - Criterios de inclusión: se realizara la investigación en hombres y mujeres, a partir de los 6 años de edad, hasta los 50 que sean Pacientes del MOSEA “ERMITA ZARAGOZA”
 - Criterios de exclusión: aquellos pacientes que no acepten participar, a los pacientes que tengan alguna malformación facial ya sea adquirida o congénita, también en los que por alguna causa sistémica (por ejemplo mal de Parkinson) o psicológica que dificulte la toma de fotografías.

Variables

- Edad
- Género
- Hábito Bucal

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Nivel de medición	Categorías
Edad	Cronológicamente en el tiempo de vida	Cuantitativa Discreta Independiente	Dentición ¹ : Mixta (6-11) Permanente: - Media (12-17) - Final (18-50)
Género	Características fenotípicas	Cualitativa Nominal Independiente	Femenino Masculino
Hábito Bucal	Trastorno funcional del sistema orofacial	Cualitativa Nominal Dependiente	Succión labial Succión digital Deglución atípica Respiración bucal

¹ De acuerdo a la erupción cronológica promedio.³⁹

TÉCNICAS

El primer paso de esta investigación fue la recopilación de los pacientes con hábitos bucales perniciosos por medio del interrogatorio en la historia clínica (Anexo 1).

Se les aplicó la ficha diagnóstica de hábitos (Anexo 2) para ampliar la información.

Para realizar el análisis del doctor *Gregoret, Arnett* y *Bergman* se necesitaron dos fotografías digitales de frente: una con los labios en reposo y otra sonriendo, y para el análisis del doctor *Gregoret, Arnett, Bergman* y *Powell* una fotografía digital lateral con los labios en reposo.

La posición en la que el paciente coloca su cabeza al momento de la sesión fotográfica determina en gran medida la apreciación del odontólogo, por lo que deben ser evaluados en una perfecta orientación, debiendo constatarse que, tanto el plano de Frankfort como el plano bipupilar, estén paralelos al piso.

Fotografía frontal.

Para establecer la altura, anchura y simetría facial se deben localizar:

- El Plano bipupilar. Línea que pasa a través de las dos pupilas.
- El Triquión (el centro de la línea media del cabello) y Mentón.
- La distancia bicigomática que une a las partes más prominentes de los arcos cigomáticos.

Quintos faciales.

Se divide la cara en quintos, trazando líneas paralelas a la línea media que pasen por los cantos internos y externos del ojo y por los puntos más externos a la altura de los parietales (ofrion). El ancho nasal, que se mide de ala a ala, ocupa el quinto central, por lo tanto es igual a la distancia ocular intercantal (distancia entre ambos cantos oculares internos). Existe una regla llamada "regla de los quintos" que consiste en que el ancho total de la cara equivale a 5 anchos oculares. Existe una regla llamada "regla de los quintos" que consiste en que el ancho total de la cara equivale a 5 anchos oculares.

El ancho bucal se mide de comisura a comisura y es igual a la distancia entre ambos limbos mediales oculares. Estos corresponden al límite interno de la circunferencia del iris.

Tercios faciales.

La proporción de los tercios faciales es de 1:1, una alteración en la proporción de estos, indica un problema esquelético. Para tener una relación más exacta se puede medir de tercio a tercio en milímetros y deben de ser iguales.

- Tercio superior. Demarcado arriba por la línea de implantación del cabello (Triquion Tr), y abajo por el entrecejo (Glabela Gl).
- Tercio medio. Delimitado arriba por el entrecejo (Gl) y abajo por el punto subnasal (Sn).
- Tercio inferior. Ubicado entre el subnasal (Sn) y el mentón de tejidos blandos (Me').

El Tercio inferior

- Labio superior (Ls). Se mide desde el punto subnasal (Sn) a la parte más inferior del labio superior en su parte media (Stómion superior Ss). La dimensión promedio de esta medida se encuentra entre 19 y 22 mm.
- Labio inferior (Li). Se mide desde la parte más superior del labio inferior (Stómion inferior Si) al mentón de tejidos blandos (Me). Esta medida se considera normal cuando mide entre 38 y 44 mm
- Espacio interlabial. Es la distancia que existe entre el labio superior (Ls) y labio inferior (Li). Para medirla, los labios deben encontrarse en reposo, dicho espacio debe medir de 1 a 5mm. Un aumento en el espacio interlabial puede estar asociado con un labio corto, exceso vertical maxilar y protrusión mandibular. Una disminución en este espacio puede estar asociada con una deficiencia maxilar, un labio largo y una retrusión mandibular con mordida profunda.
- Relación dentolabial. Con ella se determina la distancia que existe entre el borde incisal de los incisivos superiores y el borde más inferior del labio superior (Stómion superior). En un paciente con una relación normal se observa una exposición dental de 1 a 5 mm, aunque por lo general las mujeres suelen presentar una mayor exposición que los hombres sin que esto llegue a considerarse anormal.
- Nivel labial durante la sonrisa. Al examinar la sonrisa se pueden observar diferentes elevaciones labiales de acuerdo al patrón esquelético. La exposición ideal con la sonrisa fluctúa entre tres cuartos de la corona hasta dos milímetros de encía.

Fotografía lateral.

Angulo del perfil.

Este ángulo está formado por los planos:

- Glabella a subnasal (Gl - Sn), punto más prominente de la frente; al punto más posterior de la columna nasal.
- Subnasal a Pogonion (Sn – Pg'), del punto más posterior de la columna nasal al punto más prominente del mentón.

En un paciente normal (clase I esquelética) estos planos deben formar un ángulo que va desde 165° a 175°, es decir casi una línea recta. Aquellos ángulos que tiendan a cerrarse reflejan un perfil convexo, mientras que los ángulos mayores a 175° reflejan un perfil cóncavo.

Angulo Nasolabial.

Es el ángulo formado por el plano C- Sn - Ls, formado por la columna, subnasal y el plano del labio superior anterior. Un ángulo nasolabial normal presenta un rango entre 85°

y 105° (casi un ángulo recto). En las mujeres son aceptados ángulos ligeramente más abiertos que en los hombres.

El contorno del filtrum, visto de perfil resulta útil para determinar el grosor del labio; cuando el contorno es muy cóncavo estamos hablando de un labio grueso, y cuando su contorno es plano, se trata de un labio delgado.

Triangulo de Powell.

Comienza en una estructura relativamente estable; la frente. A partir de allí, analiza los restantes componentes hasta llegar al mentón, el más fácilmente modificable.

- **Ángulo del Plano Facial.** Se traza el plano facial partiendo de la Glabella hasta el Pogonión. Esta línea forma un ángulo con el plano de Frankfort cuyo rango oscila entre 80° y 95° .
- **Ángulo Nasofrontal.** Se dibuja una línea tangente a la Glabella hasta el Nasión que es la depresión más profunda a la raíz nasal. Se traza además la tangente al dorso nasal que parte de la punta del dorso de la nariz hasta el Nasión.

Estas dos líneas forman el ángulo nasofrontal cuyo rango normal debe ser entre 115° y 130° .

- Se mide el ángulo nasofacial formado entre el plano facial y la línea tangente al dorso nasal. Este ángulo evalúa el balance de la proyección nasal en el perfil del paciente. Tiene una norma de valores cercanos a 30° para mujeres y de 40° para hombres.
- Se traza la línea nasomental o plano estético de Ricketts. En la intersección con la línea del dorso de la nariz forma el ángulo nasomental teniendo una norma entre 120° y 132° . Este punto estudia la armonía de los labios con respecto a la línea nasomental, los labios se sitúan levemente detrás de la línea, estando el labio superior aproximadamente al doble de la distancia que el labio inferior.
- Se traza una línea desde el punto cervical al mentoniano. El punto cervical se define como el punto más profundo formado por el área submandibular y el cuello. El ángulo mentocervical se forma en la intersección de la línea glabella-pogonion con la línea trazada tangente al área submandibular que pasa por el punto cervical y mentón. La norma es entre 80° y 95° .

Para finalizar, con los datos obtenidos de estos trazos se llenó el formato (Anexo 3).

DISEÑO ESTADÍSTICO

Los resultados se representarán estableciendo porcentajes por medio de cuadros y gráficas que nos ayudaran para analizar los valores obtenidos.

RECURSOS

Humanos

- Pasantes de la carrera de Cirujano Dentista
- Director y asesora de tesis

Físicos

- MOSEA Ermita- Zaragoza

Materiales y equipo

- Libros de texto
- Artículos de revistas
- Internet
- Cámara fotográfica digital 3.1 Mega pixels
- Computadora
- Memoria USB
- Impresora
- Papelería
- Fotocopiadora
- Historias Clínicas
- Pluma
- Diurex
- Acetatos
- Plumones indelebles de punto fino
- Escuadras graduadas y biseladas
- Transportador
- Sillón dental
- Guantes desechables

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

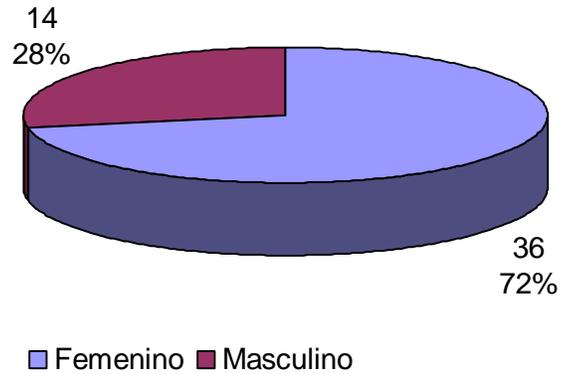
ACTIVIDAD	Sep-05	Oct-05	Nov-05	Dic-05	Ene-06	Feb-06	Mar-06	Abr-06	May-06	Jun-06	Jul-06
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN											
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN											
ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO											
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO											
ANÁLISIS EN FOTOGRAFÍAS											
DISEÑO ESTADÍSTICO											
CONCLUSIONES											
TERMINACIÓN DE LA TESIS											

RESULTADOS GENERALES

Se analizaron 50 pacientes del MOSEA Ermita Zaragoza, que de acuerdo al género el 72% fue femenino y el 28% del sexo masculino.

Gráfica 1

SEXO

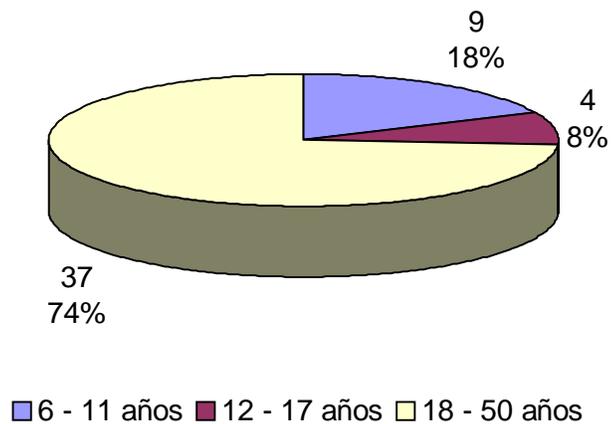


Fuente Directa

La distribución según la edad de los pacientes fue la siguiente: de 6-11 años 9 casos (18%), 12-17 años 4 casos (8%) y 18-50 años 37 casos (74%).

Gráfica 2

EDAD

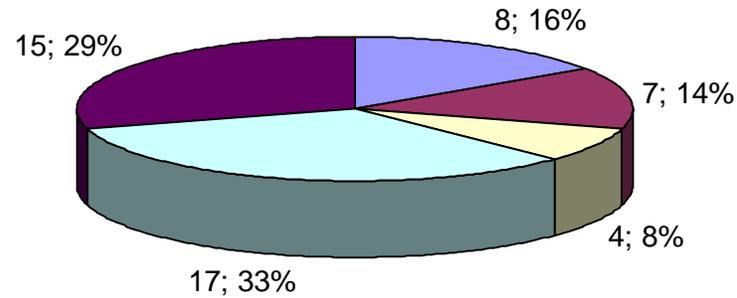


Fuente Directa

De acuerdo con el tipo de hábito encontramos: Succión Digital 8 casos (16%), Succión Labial 7 casos (14%), Respiración Bucal 4 casos (8%), Deglución Atípica 17 casos (33%) y la Combinación de varios hábitos 15 casos (29%).

Gráfica 2

HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS



- Succión Digital
- Succión Labial
- Respiración Bucal
- Deglución Atípica
- Combinación de Hábitos

Fuente Directa

CUADROS Y GRÁFICAS POR HÁBITO Y GRUPO DE EDAD.

Cuadro 1.

Succión Digital		
Edad	Pacientes	%
6 a 11 años	4	49%
12 a 17 años	1	13%
18 a 50 años	3	38%
Total	8	100%

Fuente Tabla 1

Gráfica 4.



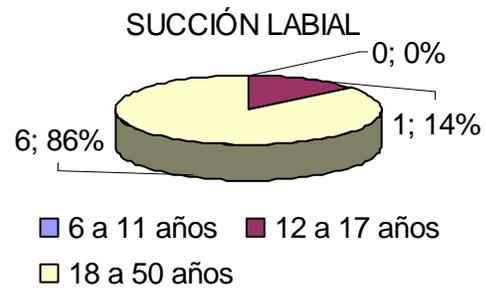
Fuente Cuadro 1

Cuadro 2.

Succión Labial		
Edad	Pacientes	%
6 a 11 años	0	0%
12 a 17 años	1	14%
18 a 50 años	6	86%
Total	7	100%

Fuente Tabla 2

Gráfica 5.



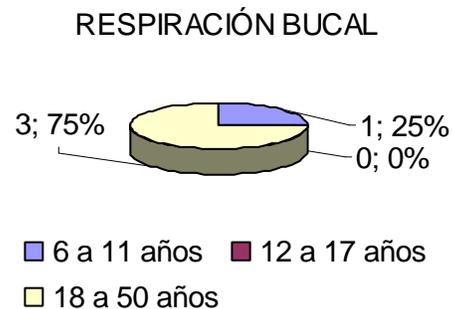
Fuente Cuadro 2

Cuadro 3.

Respiración Bucal		
Edad	Pacientes	%
6 a 11 años	1	25%
12 a 17 años	0	0%
18 a 50 años	3	75%
Total	4	100%

Fuente Tabla 3

Gráfica 6.



Fuente Cuadro 3

Cuadro 4.

Deglución Atípica		
Edad	Pacientes	%
6 a 11 años	0	0%
12 a 17 años	1	6%
18 a 50 años	16	94%
Total	17	100%

Fuente Tabla 4

Gráfica 7.



Fuente Cuadro 4

Cuadro 5.

Combinación de Hábitos		
Edad	Pacientes	%
6 a 11 años	4	27%
12 a 17 años	1	7%
18 a 50 años	10	66%
Total	15	100%

Fuente Tabla 5

Gráfica 8.



Fuente Cuadro 5

TABLAS POR HÁBITO Y GRUPO DE EDAD.

Tabla 1 Succión Digital

Característica	Edad			Total
	6 a 11	12 a 17	18 a 50	
Sonrisa gingival	1	0	0	1
corona total	1	1	0	2
corona 3/4	1	1	2	4
corona 2/4	1	0	0	1
corona 1/4	0	0	1	1
Simetría	1	1	0	2
Asimetría IZQ	0	1	2	3
Asimetría DER	2	0	0	2
Quintos proporcionados	0	0	0	0
Laterales pequeños	4	1	3	8
Oculares diferentes	0	0	0	0
Quinto central aumentado	3	1	3	7
Nariz proporcionada	2	0	1	3
Nariz ancha	1	0	1	2
Boca proporcionada	0	0	0	0
Boca ancha	2	1	2	5
Tercios proporcionados	0	0	1	1
Superior aumentado	0	0	0	0
Superior disminuido	0	0	0	0
Medio aumentado	1	1	0	2
Medio disminuido	0	0	0	0
Inferior aumentado	3	0	2	5
Inferior disminuido	0	0	0	0
Labios	0	0	0	0
Superior corto	2	0	0	2
Superior largo	2	1	2	5
Inferior corto	3	0	1	4
Inferior largo	0	1	0	1
Incompetencia labial	2	0	0	2
Perfil recto	2	1	2	5
Perfil convexo	2	0	1	3
Perfil cóncavo	0	0	0	0
Frente prominente	0	0	0	0
Protrusion maxilar	1	0	3	4
Retrusión mandibular	2	0	2	4
Colapso maxilar	4	1	3	8
Labio sup hipotonico	2	0	2	4
labio inf hipotonico	2	0	0	2
Ambos hipotonicos	0	1	1	2
Hipertonicidad del mentón	4	0	3	7

Fuente Directa

Tabla 2 Succión Labial

Característica	Edad		Total
	12 a 17	18 a 50	
Sonrisa gingival	1	1	2
corona total	0	2	2
corona 3/4	0	2	2
corona 2/4	0	1	1
corona 1/4	0	0	0
Simetría	0	1	1
Asimetría IZQ	0	0	0
Asimetría DER	1	5	6
Quintos proporcionados	0	0	0
Laterales pequeños	1	6	7
Oculares diferentes	0	1	1
Quinto central aumentado	1	5	6
Nariz proporcionada	0	1	1
Nariz ancha	1	5	6
Boca proporcionada	1	2	3
Boca ancha	0	4	4
Tercios proporcionados	0	1	1
Superior aumentado	0	0	0
Superior disminuido	1	0	1
Medio aumentado	0	1	1
Medio disminuido	0	0	0
Inferior aumentado	0	4	4
Inferior disminuido	0	0	0
Labios	0	0	0
Superior corto	1	3	4
Superior largo	0	1	1
Inferior corto	1	5	6
Inferior largo	0	0	0
Incompetencia labial	0	1	1
Perfil recto	1	3	4
Perfil convexo	0	3	3
Perfil cóncavo	0	0	0
Frente prominente	0	0	0
Protrusion maxilar	0	3	3
Retrusión mandibular	1	3	4
Colapso maxilar	1	6	7
Labio sup hipotonico	0	0	0
labio inf hipotonico	1	4	5
Ambos hipotonicos	0	2	2
Hipertonidad del mentón	1	5	6

Fuente Directa

Tabla 3 Respiración Bucal

Característica	Edad		Total
	6 a 11	18 a 50	
Sonrisa gingival	0	0	0
corona total	0	0	0
corona 3/4	0	2	2
corona 2/4	0	1	1
corona 1/4	1	0	1
Simetría	0	1	1
Asimetría IZQ	0	0	0
Asimetría DER	1	2	3
Quintos proporcionados	0	0	0
Laterales pequeños	1	3	4
Oculares diferentes	0	1	1
Quinto central aumentado	1	2	3
Nariz proporcionada	1	0	1
Nariz ancha	0	3	3
Boca proporcionada	1	1	2
Boca ancha	0	2	2
Tercios proporcionados	0	0	0
Superior aumentado	0	0	0
Superior disminuido	0	0	0
Medio aumentado	0	1	1
Medio disminuido	0	0	0
Inferior aumentado	1	2	3
Inferior disminuido	0	0	0
Labios	0	0	0
Superior corto	0	0	0
Superior largo	1	3	4
Inferior corto	1	3	4
Inferior largo	0	0	0
Incompetencia labial	1	2	3
Perfil recto	0	0	0
Perfil convexo	1	3	4
Perfil cóncavo	0	0	0
Frente prominente	0	0	0
Protrusion maxilar	0	0	0
Retrusión mandibular	0	2	2
Colapso maxilar	1	3	4
Labio sup hipotonico	0	0	0
labio inf hipotonico	0	0	0
Ambos hipotonicos	0	2	2
Hipertonidad del mentón	0	2	2

Fuente Directa

Tabla 4 Deglución Atípica

Característica	Edad		Total
	12 a 17	18 a 50	
Sonrisa gingival	1	1	2
corona total	0	2	2
corona 3/4	0	2	2
corona 2/4	0	6	6
corona 1/4	0	3	3
Simetría	0	5	5
Asimetría IZQ	0	1	1
Asimetría DER	1	9	10
Quintos proporcionados	0	0	0
Laterales pequeños	1	15	16
Oculares diferentes	1	2	3
Quinto central aumentado	0	10	10
Nariz proporcionada	0	1	1
Nariz ancha	1	14	15
Boca proporcionada	0	8	8
Boca ancha	1	7	8
Tercios proporcionados	0	1	1
Superior aumentado	0	1	1
Superior disminuido	1	4	5
Medio aumentado	0	3	3
Medio disminuido	0	0	0
Inferior aumentado	0	6	6
Inferior disminuido	0	0	0
Labios	0	0	0
Superior corto	0	1	1
Superior largo	1	10	11
Inferior corto	1	10	11
Inferior largo	0	1	1
Incompetencia labial	0	1	1
Perfil recto	1	14	15
Perfil convexo	0	0	0
Perfil cóncavo	0	1	1
Frente prominente	0	0	0
Protrusion maxilar	0	0	0
Retrusión mandibular	1	11	12
Colapso maxilar	1	15	16
Labio sup hipotonico	0	0	0
labio inf hipotonico	0	6	6
Ambos hipotonicos	1	9	10
Hipertonidad del mentón	1	11	12

Fuente Directa

Tabla 5 Combinación de Varios Hábitos

Característica	Edad			Total
	6 a 11	12 a 17	18 a 50	
Sonrisa gingival	1	1	4	6
corona total	1	0	0	1
corona 3/4	1	0	3	4
corona 2/4	1	0	0	1
corona 1/4	0	0	3	3
Simetría	1	0	4	5
Asimetría IZQ	3	0	0	3
Asimetría DER	0	1	6	7
Quintos proporcionados	0	0	0	0
Laterales pequeños	4	1	10	15
Oculares diferentes	1	0	0	1
Quinto central aumentado	4	1	8	13
Nariz proporcionada	3	0	1	4
Nariz ancha	1	1	9	11
Boca proporcionada	3	1	1	5
Boca ancha	1	0	9	10
Tercios proporcionados	0	0	0	0
Superior aumentado	1	0	0	1
Superior disminuido	1	0	1	2
Medio aumentado	0	0	3	3
Medio disminuido	0	0	1	1
Inferior aumentado	2	1	4	7
Inferior disminuido	0	0	1	1
Labios	0	0	0	0
Superior corto	0	0	1	1
Superior largo	2	1	7	10
Inferior corto	2	1	6	9
Inferior largo	0	0	2	2
Incompetencia labial	0	1	2	3
Perfil recto	3	1	6	10
Perfil convexo	1	0	3	4
Perfil cóncavo	0	0	0	0
Frente prominente	0	0	0	0
Protrusion maxilar	0	0	4	4
Retrusión mandibular	1	1	7	9
Colapso maxilar	4	1	10	15
Labio sup hipotonico	0	0	1	1
labio inf hipotonico	0	0	3	3
Ambos hipotonicos	3	0	5	8
Hipertonicidad del mentón	4	1	9	14

Fuente Directa

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Pudimos observar que la mayor población que acude a consulta es de sexo femenino.

La población con edades entre los 18 y los 37 años tuvo mayor índice en hábitos.

La deglución atípica es el hábito cuyo porcentaje fue el más elevado, ya sea sólo o en combinación con otros hábitos.

Durante el estudio fotográfico observamos que la posición, angulación, y distancia entre cámara y paciente así como la cooperación de este, variaron de una forma muy significativa arrojándonos algunos resultados poco confiables en su medición, por lo que se tomaron las medidas en las fotografías de frente y perfil.

En casi todos nuestros pacientes encontramos que sus proporciones faciales no son las ideales, ya que existen diferencias marcadas en sus quintos, pero esto no necesariamente puede verse modificado por la presencia de un hábito, ya que podrían existir otras causas tales como la raza y la genética aunadas a esto.

El tercio inferior de nuestros pacientes fue el más afectado, ya que es el tercio con mayor vulnerabilidad en cuanto a hábitos bucales, aunque cierto es, que existe una diferencia marcada entre un paciente y otro aún con el mismo hábito por causas particulares, ya sea por la edad, tipo de musculatura, frecuencia, fuerza o duración del hábito.

En el Hábito de succión digital se encontró que los pacientes de entre 6 y 11 años tuvieron mayor porcentaje (cuadro 1).

Las principales características estéticas de los ocho pacientes con el hábito de succión digital fueron que la asimetría facial en la mitad de estos pacientes estuvo presente aunque en los pacientes de 6 a 11 años tuvieron asimetría del lado derecho y de 18 a 50 tuvieron asimetría del lado izquierdo. Los pacientes mostraron que su tercio inferior aumentó, el labio superior se presentó largo y el inferior corto distribuido uniformemente entre los grupos de 6 a 11 y de 18 a 50 años. Hubo mayor porcentaje de protrusión del maxilar en el grupo de 18 a 50 años y retrusión mandibular en igual proporción en los grupos de 6 a 11 y de 18 a 50 años (tabla 1).

En el hábito de succión labial, el grupo de 18 a 50 años fue el más numeroso con 6 pacientes, el grupo de 12 a 17 años tuvo un paciente y ningún paciente de 6 a 11 años, por lo que no se pueden hacer comparaciones entre los grupos de edades (cuadro 2).

Observamos una asimetría hacia la derecha, el tercio inferior aumentado, labios superior e inferior cortos así como hipotónicos, y retrusión mandibular (tabla 2).

El hábito de respiración bucal tuvo un paciente de 6 a 11 años y 3 de 18 a 50 años por lo que no se puede hacer una comparación entre los grupos de edades (cuadro 3).

Entre los pacientes con el hábito de respiración bucal se encontró asimetría derecha, el tercio inferior aumentado, el labio superior largo y el inferior corto y con hipotonicidad en ambos (tabla 3).

El hábito de deglución atípica tuvo 17 pacientes de los cuales de 18 a 50 años hubo 16 y de 12 a 17 solo uno por lo que no se puede hacer comparaciones entre los grupos de edades (cuadro 4).

En los pacientes de entre 18 y 50 años se halló una asimetría del lado derecho, el tercio inferior de la cara aumentado, ambos labios hipotónicos, el superior largo y el inferior corto, y retrusión mandibular (tabla 4).

En la combinación de dos o más hábitos el grupo de 6 a 11 años tuvieron 4 pacientes, de los 12 a los 17 un paciente y de 18 a 50 años 10 pacientes (cuadro 5).

La sonrisa gingival se hizo presente en 6 pacientes de los cuales 4 fueron del grupo de 18 a 50 años, se presentó una asimetría derecha de 7 pacientes de los cuales 6 son del grupo de 18 a 50 años, el tercio inferior de la cara aumentó en todos los grupos de edades, labio superior largo e inferior corto con proporción en todos los grupos de edades así como ambos labios hipotónicos, y retrusión mandibular en todos los grupos de edades (tabla 5).

DISCUSIÓN

Los parámetros que definen la estética facial han sido muy variables con el paso de los años, desgraciadamente, la valoración estética depende en gran medida del punto de vista de quien lo observa.

Actualmente se prefieren las caras balanceadas y simétricas, frente a las asimétricas, pudiéndose hablar de armonía y proporcionalidad facial como claves en una estética facial aceptable. El rostro bello y atractivo de hoy es aquel que presenta un óvalo de cara no redondeado, con labios prominentes y entreabiertos, un labio superior corto mostrando ligeramente los incisivos superiores, sonrisa grande, dientes sanos, grandes y bien alineados.

Arnett y Bergman en 1993, dividieron la cara en tercios: Superior (Triquiión a Glabella), Medio (Glabela a Subnasal) e Inferior (Subnasal a Menton), los cuales deben ser iguales; la mayoría de los casos estudiados presentan tercios no proporcionados, influyendo en éstos la mezcla de razas, la edad, el sexo, la presencia de maloclusiones y los hábitos que hayan modificado esta medida.

Las modificaciones del tercio facial inferior en posición de reposo depende de algunos factores, como el momento en el que se tomó la fotografía, el estado de ánimo de los sujetos, estrés, etc. Aunque es difícil reproducir fotografías con exactitud, clínicamente es posible producir resultados constantes que son útiles para el estudio.

La "regla de los quintos", descrita por el doctor *Gregoret* se refiere a que la cara equivale a cinco anchos oculares, pero en nuestro estudio los quintos fueron asimétricos, siendo los externos los menos confiables ya que al tomar la fotografía el paciente giraba un poco la cabeza, percatándonos hasta el momento de su análisis. El quinto medio en un 80% de los pacientes presentó una distancia muy amplia lo cual no siempre se debe aun hábito, ya que puede influir la raza.

El triángulo estético de *Powell* descrito también por *Gregoret* analiza de una manera muy simple las principales masas estéticas de la cara: frente, nariz, labios, mentón y cuello utilizando ángulos interrelacionados entre sí, estableciendo relaciones de la nariz y de la boca, proporcionalidad de los tercios y simetría del paciente, brindando la suficiente información como guía diagnóstica del tratamiento, ya que puede realizarse tanto clínica como fotográficamente, y aunque siendo sencillos los trazos, la visibilidad de las fotografías complicó el análisis.

Los hábitos bucales perniciosos ya señalados interfieren en el desarrollo normal, estimulando la musculatura y/o modificando la dirección del crecimiento de los maxilares. El grado de alteración producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Esto coincide con lo reportado por los autores *Olson, Melsen, Moyers y Strauss*, que reflejan el vínculo estrecho existente entre los hábitos deformantes y las anomalías faciales.

En relación con los hábitos bucales perniciosos, *Engel y Moyers* señalan que la succión digital, succión labial, la respiración bucal y la deglución atípica, son más frecuentes en estudios realizados en poblaciones de 3 a 6 años de edad, y aunque no es la población mas representativa de nuestro estudio debido al tipo de demanda de pacientes del

MOSEA Ermita Zaragoza, la mayoría de los pacientes refirieron haber iniciado con alguno de estos hábitos a esa edad.

Según nuestro estudio, en el grupo de 6 a 11 años de edad la mayoría no presentó cambios importantes ya que no llevan mucho tiempo con el hábito, en el grupo de 12 a 17 no se hallaron datos importantes por ser muy pocos pacientes, y en el grupo de 18 a 50 años encontramos que si se elimina el hábito tempranamente, no habrá cambios significativos en su estética facial.

CONCLUSIONES

Los hábitos bucales perniciosos que aquí estudiamos, tienen una relación directa con las modificaciones estético faciales de los pacientes que acudieron a consulta en el MOSEA “Ermita – Zaragoza” afectando principalmente la simetría facial del lado derecho, quintos desproporcionados y el tercio inferior de la cara aumentado, provocando protrusiones maxilares y retrusiones mandibulares, que reflejan un labio superior corto, inferior largo e hipotonicidad de ambos.

“... más vale la belleza con imperfección, que la perfección sin belleza...”

-Jesús Reyes-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arana GG, Serna JA. Estética facial estética dental [citado 6 de oct. 2000]. www.usc.edu.co/investiga/biomateriales/documentos/esteticafaciidental.pdf
2. Arnett GW, Gunson JM, McLaughlin PR. The essence of beauty. [citado 21 de dic. 2004] www.vjo.it
3. Perseo G. The beauty of homo sapiens sapiens: standard canons, ethnical, geometrical and morphological facial biotypes. Publication 2. Part 1. 2003 Virtual Journal of Orthodontics [serial online] 2003 Octubre 15; 5(3): www.vjo.it/053/beauty21.pdf
4. Quiroga MM. Antropología física, arte y estética aplicadas en odontología. Rev Tribuna Odontológica 1994; 2(11): 27-53
5. Reuter FR y Rothenbush. El patrón estético. Rev Quintessence 1993; 6(10): 651-657.
6. Robert E. Manual de ortodoncia Moyers. 4ª ed. Argentina: Panamericana; 1998.
7. Proffit RW. Ortodoncia contemporánea. 3ª ed. España: Mosby; 2001. 156-312.
8. Graber TM. Ortodoncia teoría y práctica. México: Interamericana; 1974. 258-410.
9. Viazus AD. Atlas de ortodoncia principios y aplicaciones clínicas. Argentina: Medica Panamericana; 1998.
10. Cortes MCI, Cruz GM, Plata OMD. Los dientes armonía y estética. [tesis licenciatura]. México: UNAM; 2001.
11. Villavicencio JA. Ortopedia dentofacial. Colombia: Actualidades medico odontológicas; 1997.
12. Castiblanco GAA, Criado PC, López BCL. Determinación de parámetros para evaluar la sonrisa en ortodoncia y su aplicación a bellezas Colombianas. [tesis]. Bogotá: CIEO; 1999.
13. Newman C. El enigma de la belleza. Rev National Geographic 2000; 6(1): 94-121
14. Contaste G, Chacin LA. Cambios cuantitativos en los tejidos blandos posterior a terapia de extracción entre una muestra de pacientes latinos y grupo control: caucásicos y afro-americanos puros. [citado 29 de agost. 2005]. www.ortodoncia.ws/publicaciones
15. Snow D, Stephen DS. Esthetic smile analysis of maxillary anterior tooth with: the golden porcentaje. Journal Esthet Dent 1999; 11: 177-184
16. Canut BJA. Análisis morfológico facial. En: Ortodoncia clínica. México: Salvat; 1992. 129-138.
17. Suguino R, Ramos AL. Análisis facial. Rev Dental Press de Ortodontia e Ortopedia maxilar. 1996; 1(1): 86-105
18. Toledo RL, Machado MM, Martínez HY, Muñoz MM. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. [citado 15 de may. 2004]. www.scielo.sld.cu/scielo.php?lng=es
19. Larrú CA, Fernández BA. Multisegmentación del maxilar superior; nuevos conceptos en cirugía ortognática y ortodoncia. Primera parte. Filosofía del Dr. Arnett. Rev Chilena Ortodoncia 2003; 20: 26-35.
20. Arnett W, Bergman R. Análisis clínico facial. En: Zamora, C. Compendio de cefalometría. Análisis clínico y práctico. México: AMOLCA; 2004. 214-261.
21. Larrú CA, Fernández BA, Sánchez I. Cirugía multisegmentada del maxilar superior. Nuevos conceptos en cirugía ortognática y ortodoncia. Parte siete. Filosofía del Dr. Arnett. Rev Chilena Ortodoncia 2004; 11: 10-12.
22. Arnett GW and Bergman RT. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. American Journal Orthod Dentofac Orthop 1993; 103(4): 299-312.
23. Echarri P. Análisis estético lateral y frontal. En: Echarri LP. Diagnóstico en ortodoncia. Estudio multidisciplinario. Barcelona: Quintessence; 1998. 491-508.

24. McLaren E, Rifkin R. Macroesthetics: facial and dentofacial análisis. [citado en nov. 2002]. www.cda.org/cda_member/pubs/journal/jour1102/index.html
25. Gregoret, J. Tuber E. Examen Facial. En: Médicas Ortodoncia y cirugía ortognática (diagnóstico y planificación). Barcelona, España: ESPAXS Publicaciones; 1997. 17-30.
26. Sandoval OME. Análisis facial de la relación armonía y belleza y sus repercusiones socioemocionales [tesis licenciatura]. México: UNAM; 1998.
27. López PE. Análisis clínico de la estética facial. Rev Tribuna odontológica 1993; 1(11): 7-15.
28. Espinosa GDC, Cuenca GR. Conceptos actuales en antropometría y análisis estético facial [tesis licenciatura]. México: UNAM; 2001.
29. Beltrán LMC, Ruvalcaba LJR. Hábitos bucales perniciosos [tesis licenciatura]. México: UNAM; 1998.
30. Gregoret, J. Tuber E. Examen Funcional. En: Médicas Ortodoncia y cirugía ortognática (diagnóstico y planificación). Barcelona, España: ESPAXS Publicaciones; 1997. 77-88.
31. Solís CO, Murrieta PJF, Romo PMR, Marques DSMJ. Asociación de hábitos bucales anómalos y alteraciones en la oclusión en el sextante anterior [tesis licenciatura]. México: UNAM; 2000 Podadera VZR, Ruiz ND. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 5 años de edad, 2002-2003. [citado 19 de jun. 2004]. www.scielo.sld.cu/cgibiniso.pft&lang=e&limit=0034-7507
32. Balmori MA. Disfunciones y anomalías dentofaciales originadas por hábito de lengua, succión digital y respiración bucal. [tesis de licenciatura]. México: UNAM; 2001.
33. Trujillo CSI, Celis BII. Revisión de hábitos bucales y su frecuencia en la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología de la universidad nacional autónoma de México [tesis licenciatura]. México: UNAM; 1998.
34. Cruz OZF. Alteraciones del maxilar causadas por los hábitos de succión digital y deglución atípica. [tesis de licenciatura]. México: ULA; 2000.
35. Moreno VID, Servin HSV. Prevalencia de maloclusiones y su relación con hábitos bucales perniciosos en niños de 6 a 12 años (1a. parte) [tesis licenciatura]. México: UNAM; 2001.
36. Díaz MJE, Fariñas CMM, Pelletero RPL, Segura MN. Prevalencia de la respiración bucal en pacientes de ortodoncia. [citado 7 de mar. 2003]. www.cocmed.sld.cu/no73/ind73.htm
37. Cuervo MM, Félix RMT, Ibarra SM, Ramos CD. Respiradores bucales de 6 a 14 años en la clínica de Iztacala. [citado 11 de agosto 2000]. www.odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/indice_cartel.htm
38. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Normas Vancouver 1997. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 89-102.
39. Shafer, W. G. Levy B. Tratado de patología bucal. 4ª Ed. Editorial Interamericana. México Distrito Federal: Editorial Interamericana; 1986. 918.

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN. LO REFERIDO EN LA HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

ACLARAR AL PACIENTE O TUTOR QUE LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTE DOCUMENTO, ES CONFIDENCIAL

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

I. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

INSTRUCCIONES: Señale con una X el padecimiento y familiar que lo presenta o presentó, (A) equivale a Abuela, Tía o Hermana y (O) equivale a Abuelo, Tío o Hermano.

PATOLOGÍAS	PADRE	MADRE	ABUELOS PATERNOS		ABUELOS MATERNOS		TÍOS				Hermanos		
			(A)	(O)	(A)	(O)	MAT. (A)	MAT. (O)	PAT. (A)	PAT. (O)	(A)	(O)	
INFARTO Y/O ANGINA DE PECHO													
HIPERTENSIÓN ARTERIAL													
DIABETES MELLITUS													
OBESIDAD													
HIPERTIROIDISMO													
HIPOTIROIDISMO													
ALERGIAS (FÁRMACOS, ASMA, ETC.)													
CÁNCER													
LUPUS ERITEMATOSO													
ARTRITIS REUMATOIDE													
INFECTOCONTAGIOSAS (SÍFILIS, TUBERCULOSIS, VIH, PAPILOMA) ESPECIFIQUE													
CRISIS CONVULSIVAS													
HEMOFILIA													
LITIASIS (BILIAR, RENAL) ESPECIFIQUE													
ENFERMEDADES MENTALES													
MALFORMACIONES FÍSICAS													
ADICCIONES (ALCOHOLISMO, TABAQUISMO, DROGAS) ESPECIFIQUE													
LABIO Y/O PALADAR HENDIDO													
SUSCEPTIBILIDAD A CARIES													
MAL OCLUSIÓN													
OTRAS ENFERMEDADES NO ENLISTADAS ESPECIFIQUE													

INSTRUCCIONES: En el siguiente rubro señale con una X las datos positivos y en caso necesario complemente la información .

II. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

VIVIENDA Propia () Rentada () Asentamiento irregular () Otro: _____

Existe algún riesgo ambiental especifique: _____

Material de construcción:

Piso: Tierra () Cemento () Mosaico () Otro: _____

Muros: Tabique () Adobe () Cartón () Lámina () Otro: _____

Techo: Lámina () Concreto () Otro: _____

Cuenta con electricidad Si () No () Cuenta con agua potable dentro de la casa () fuera de la casa ()

Baño Si () No () Dentro de la casa () Fuera de la casa ()

Regadera Si () No () Drenaje Si () No () Letrina Si () No ()

Número de habitaciones: _____ No. de personas por habitación: _____ Ventilación adecuada Si () No ()

HÁBITOS HIGIÉNICOS:

Frecuencia de baño por semana _____ veces. Frecuencia de cambio de ropa por semana _____ veces
 Frecuencia de lavado de manos al día _____ veces. ¿Cuándo realiza el lavado de manos? _____
 Frecuencia de lavado de dientes por día _____ veces. ¿Qué le pone al cepillo para cepillarse los dientes? _____
 ¿Cada cuando cambia su cepillo dental? _____ ¿Quién le enseño a cepillarse? _____
 Uso de algún otro auxiliar para la higiene bucal (Enjuagues, hilo, gomas, entre otras) _____

HÁBITOS DIETÉTICOS

No. de comidas al día _____

INSTRUCCIONES: Especifique el dato correspondiente a cada columna.

ALIMENTOS QUE SE CONSIDERAN DE RIESGO SISTÉMICO	ENTRE COMIDAS	FRECUENCIA POR SEMANA	CANTIDAD POR DÍA (tazas, piezas vasos)
Pollo			
Cerdo			
Res			
Mariscos			
Embutidos			
Visceras			
Huevo			
Leche entera			
Manteca			
Crema, Mantequilla			
Verduras cocidas			
Fruta cocida			
Agua con frutas			
Refrescos			
Café			
Té			
Sal			

ALIMENTOS QUE SE CONSIDERAN DE RIESGO PARA CRIES	CANTIDAD POR DÍA	FRECUENCIA POR DÍA	ENTRE COMIDAS
Atole			
Pan			
Tortillas			
Pastas			
Cereales			
Caramelos, Chocolates			
Chiclosos			
Chicle			
Frituras			
Azúcar			
Otro especifique:			

De acuerdo al tipo de alimentación registrada, indique el tipo de riesgo que presenta el paciente:

Cardiovascular () Colesterol y Triglicéridos altos () Litiasis renal ()
 Desnutrición () Obesidad ()
 Factor de riesgo para caries () Factor de riesgo para enfermedad periodontal ()

INSTRUCCIONES: En los siguientes rubros, señale con una X los datos positivos y en caso necesario complete la información .

HÁBITOS ORALES

Bricomanía () Onicofagia () Succión digital () Hábito de lengua ()
 Morder objetos () Otros: _____

HÁBITOS GENERALES

¿Usa almohada para dormir? Si () No () ¿Cuántas usa? _____
 ¿Practica algún deporte? Si () No () Especifique: _____

INMUNIZACIONES RECIBIDAS:

Polio () Triple (Difteria, Tosferina, Tétanos) () Tuberculosis () Sarampión () Hepatitis B ()
 Haemofillus influenzae () Varicela () Tétanos () Viruela ()
 Otras, especifique _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Menstruación: Edad en la que presentó la menarca _____ años.
 ¿Presenta periodos regulares? Si () No ()
 ¿Presenta sangrados abundantes? Si () No ()
 Vida sexual activa Si () No ()
 Número de parejas sexuales que ha tenido y/o tiene Una () Dos () Varias ()
 Orientación sexual: Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()
 ¿Utiliza método de protección (condón)? Si () No ()
 ¿Utiliza algún método anticonceptivo? Si () No () Especifique _____
 Número de embarazos que ha tenido _____
 Número de embarazos a término _____
 Número de abortos _____

Edad en la que presentó la menopausia _____ años.
 Fecha de última menstruación _____

ANTECEDENTES PARA VARONES

Vida sexual activa Si () No ()
 Número de parejas sexuales que ha tenido y/o tiene Una () Dos () Varias ()
 Orientación sexual: Heterosexual () Homosexual () Bisexual ()
 ¿Utiliza método de protección (condón)? Si () No ()

GRUPO Y TIPO SANGUÍNEO: _____

III PERSONALES PATOLÓGICOS

INSTRUCCIONES: Especifique los datos, en caso de ser positivo

ENFERMEDADES PADECIDAS	EDAD EN LA QUE LA PRESENTÓ	TUVO CONTROL MÉDICO	COMPLICACIONES	SECUELAS
VARICELA				
RUBÉOLA				
SARAMPIÓN				
ESCARLATINA				
PAROTIDITIS				
TOSFERINA				
POLIOMIELITIS				
HEPATITIS TIPO (A,B,C,D,E)				
FARINGOAMIGDALITIS				
ADENOIDITIS				
BRONQUITIS				
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (SÍFILIS, GONORREA, HERPES GENITAL, VIH)				
GASTROENTERITIS				
TIFOIDEA				
PARASITOSIS				
TUBERCULOSIS				
MONONUCLEOSIS				
CANDIDIASIS				
FIEBRE REUMÁTICA				
NEFROPATÍAS (GLOMERULONEFRITIS, PIELONEFRITIS, INSUFICIENCIA RENAL)				
ARTRITIS				
ANEMIA				
HIPERTENSIÓN				
ANGOR-INFARTO				
ASMA				
OTRAS, ESPECIFIQUE				

ADICIONES A DROGAS	ACTIVO	INACTIVO	EDAD DE INICIO	FRECUENCIA	CANTIDAD
TABAQUISMO*					
ALCOHOLISMO*					
OTRAS*					

* Escriba si fuma cigarrillo con o sin filtro, puro o pipa. Si toma pulque o algún otro tipo de alcohol. En otro tipo de droga que consume: marihuana, cemento, cocaína, entre otras.

Alergias a medicamentos Si () No () Especifique _____
 Alergias a alimentos Si () No () Especifique _____
 Otro tipo de alergias Si () No () Especifique _____

(telas, polen, ácaros, entre otras)

¿Ha recibido anestesia dental? Si () No ()
 ¿Ha presentado algún problema? Si () No () Especifique _____
 ¿Ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? Si () No () Motivo _____
 ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Si () No () Motivo _____

¿Tuvo alguna complicación, y/o secuela? Si () No ()
 Motivo _____

¿Ha sido transfundido? Si () No () Fecha _____

¿Ha sido donador de sangre o médula ósea? Si () No ()
 Fecha _____

¿Ha sufrido traumatismos en los últimos cinco años? Si () No () Especifique _____

IV. PADECIMIENTO ACTUAL _____

V. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

INSTRUCCIONES: En los siguientes cuadros describa en caso positivo

ESTADO EMOCIONAL:	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ANSIEDAD		
DEPRESIÓN		
EUFORIA		
AGRESIVIDAD		
ALTERACIONES DE CONDUCTA		
OTROS		

NERVIOSO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
MIGRAÑA		
NEURALGIA		
CONVULSIONES		
TEMBLOR		
ALTERACIONES DE SENSIBILIDAD		
ALTERACIONES MOTORAS		
ALTERACIONES DE VISIÓN		
ALTERACIONES AUDITIVAS		
ALTERACIONES OLFATIVAS		
ALTERACIONES GUSTATIVAS		

CARDIOVASCULAR	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
CEFALEA		
ACÚFENOS		
POSFENOS		
TAQUICARDIA		
MAREOS		
DESVANECIMIENTO - DESMAYOS		
DOLOR PRECORDIAL: RELACIONADO CON ESFUERZOS () EN REPOSO ()		
DOLOR OPRESIVO EN EPIGASTRIO		
DISNEA: QUE SE RELACIONA CON ESFUERZOS () EN REPOSO ()		
ORTOPNEA		
ASTENIA		
ADINAMIA		
EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES VESPERTINO		
VARICES		
OTROS:		

HEMATOPOYETICO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
CEFALEA		
PALIDEZ		
MAREOS-DESMAYOS		
HEMATOMAS		
DOLORES ARTICULARES CON CAMBIOS DE COLORACIÓN EN LA PIEL (por sangrado)		
EPISTAXIS		
HEMATURIA		
HEMATEMESIS		
PETEQUIAS		
EQUIMOSIS		
SANGRADOS PROLONGADOS		
OTROS:		

RESPIRATORIO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
RESPIRACIÓN BUCAL		
OBSTRUCCIÓN NASAL		
RONQUIDO		
ODINOFAGIA		
RINORREA		
DISNEA		
TOS		
EXPECTORACIONES		
HEMOPTISIS		
CIANOSIS		
SIBILANCIAS		
OTROS		

DIGESTIVO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ANOREXIA		
BULIMIA		
HIPEROXIA		
HALITOSIS		
SIALORREA		
XEROSTOMIA		
GLOSOPIROSIS		
GLOSODINEA		
REGURGITACIONES		
PIROSIS		
NÁUSEAS		
VÓMITO		
VACÍO O DOLOR EPIGÁSTRICO		
HEMATEMESIS		
BORBORIGMOS		
ESTREÑIMIENTO		
DIARREA		
HIPOCOLIA - ACOLIA		
ICTERICIA		
OTROS:		

URINARIO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DOLOR EN ZONA RENAL		
EDEMA RENAL		
OLIGURIA		
POLIURIA		
HEMATURIA		
POLAQUIURIA		
TENESMO VESICAL		
DISURIA		
ALTERACIONES DE COLOR		
OTROS		

ENDOCRINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
POLIURIA		
POLIFAGIA		
POLIDIPSIA		
PERDIDA DE PESO		
DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL		
EXOFTALMUS		
INTOLERANCIA AL CALOR		
ANSIEDAD - IRRITABILIDAD		
HIPERDINAMIA		
TEMBLOR LINGUAL-DIGITAL		
INSOMNIO		
BOCIO		
UÑAS QUEBRADIZAS		
FALTA DE CONCENTRACIÓN -OLVIDOS		
RESEQUEZAD DE PIEL Y CABELLO		
SOMNOLENCIA		
AUMENTO DE PESO		
DEPRESIÓN		
HIPODINAMIA		
ALTERACIONES MENSTRUALES		
OTROS:		

REPRODUCTOR FEMENINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
DISMENORREA		
FLUJO		
METRORRAGIA		
AMENORREA		
PRURITO VULVAR		
OTROS:		

REPRODUCTOR MASCULINO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ESCURRIMIENTO URETRAL		
ULCERAS GENITALES		
PUJO VESICAL		
NICTURIA		
DISMINUCIÓN DEL CALIBRE Y FUERZA DEL CHORRO URINARIO		
OTROS:		

MÚSCULO-ESQUELÉTICO	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
ARTRALGIA		
ARTRITIS		
MIALGIA		
CALAMBRES		
DEFORMACIONES		
OTROS:		

PIEL Y FANERAS	FRECUENCIA	TIEMPO DE EVOLUCIÓN
PRURITO		
ERITEMAS		
PÁPULAS		
VERSÍCULAS		
ALOPECIA		
OTROS:		

INSTRUCCIONES: Complete la siguiente información, o en su caso marque con una X el dato que sea positivo

Medicamentos utilizados cotidianamente _____

Frecuencia de uso _____

Motivo _____

VI. EXPLORACIÓN FÍSICA

INSPECCIÓN.

ACTITUD DEL PACIENTE: (Cooperador, intolerante, irritable, entre otros) _____

MARCHA: Claudicante () Viciosa () Simétrica y balanceada ()

SIGNOS VITALES

Pulso: _____ x min. Tensión Arterial: _____ mm./Hg. Frecuencia cardíaca: _____ x min.

Frecuencia respiratoria: _____ x min. Temperatura _____ °C.

SOMATOMETRÍA Peso _____ Kg. Talla _____ m.

EXPLORACIÓN DE CABEZA Y CUELLO

Cara: Mesocéfalo () Braquicéfalo () Dolicocefalo ()

Perfil: Recto () Cóncavo () Convexo ()

Piel. Color: _____

Alteraciones de color: Pálida () Cianótica () Eritematosa () Máculas () Nevos ()

Describe tamaño, forma y ubicación de la alteración de color encontrada: _____

EXPLORACIÓN DE CARA Y CUELLO

INSTRUCCIONES: En caso de alteración, señale con una X la característica encontrada y su localización.

Cara y Cuello	Fronte	Cejas	Ojos	Nariz	Labios	Mejillas	Mentón	Cuello
Asimetría								
Paresia								
Parestesias								
Falta de integridad								
Lunares								
Pigmentaciones								
Puntos dolorosos								
Cicatrices								
Otros								
Especifique								

EXPLORACIÓN DE GANGLIOS

Se palpan ganglios Si () No ()

INSTRUCCIONES: En caso de ser positivo indique en el cuadro las características encontradas en cada cadena ganglionar.

Cadena Ganglionar	Inflamación	Dolor	Consistencia		Movilidad		Menor de 1.5 cm	Mayor de 1.5 cm
			Blando	Duro	Si	No		
Periauricular								
Occipital								
Submentoniano								
Sublingual								
Cervical								

EXPLORACIÓN DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Nota: De ser necesario remitirse al anexo correspondiente.

APERTURA	Derecho		Izquierdo	
	Con dolor	Sin dolor	Con dolor	Sin dolor
Chasquido				
Crepitación				
Desviación mandibular funcional				
Salto condilar en función				

CIERRE	Derecho		Izquierdo	
	Con dolor	Sin dolor	Con dolor	Sin dolor
Chasquido				
Crepitación				
Desviación mandibular funcional				
Salto condilar en función				

ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO DE ATM:

INSTRUCCIONES: Coloque en el cuadro el (los) número (s) correspondiente (s)

1. ATM NORMAL
2. CHASQUIDO
3. BLOQUEO AUTOCORRECTIVO
4. DISLOCACIÓN DE ATM
5. DOLOR RELACIONADO CON ATM

Masticación bilateral Si () No ()
 Masticación unilateral Si () No () Derecha () Izquierda ()
 Movimiento lateral izquierdo Completo () Limitado ()
 Movimiento lateral derecho Completo () Limitado ()
 Cansancio muscular Si () No () Trismus Si () No ()

Apertura máxima _____ mm.

ÍNDICE PERIODONTAL DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO (CPTIN)

INSTRUCCIONES: Coloque en cada círculo el código de acuerdo al criterio.

Hasta los 19 años

16 ó 17	11	26 ó 27
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
46 ó 47	31	36 ó 37
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En mayores de 19 años de edad

17	14	13	23	24	27
<input type="text"/>					
47	44	43	33	34	37
<input type="text"/>					

Código	Criterios	Conducta terapéutica
0	Sombreado visible. Sin cálculo y sin defectos marginales. Encía sana sin hemorragia.	Programa control de PDB
1	Sombreado visible. Sin cálculo y sin defectos marginales. Hemorragia al sondeo.	Programa control de PDB. Recomendaciones específicas.
2	Sombreado visible. Cálculo supra o subgingival. Restauraciones desajustadas	Programa control de PDB. Remoción de placa y cálculo. Eliminación de defectos marginales. Recomendaciones específicas.
3	Sombreado parcialmente visible	Periodontograma del sextante (2 ó más sextantes implican periodontograma completo)
4	Sombreado totalmente completo, no se observa (6 mm. ó más)	Periodontograma completo. Implica fase quirúrgica y de mantenimiento.

EXPLORACIÓN DENTARIA

INSTRUCCIONES: Describa lo siguiente, de forma clara.

Alteración	Características	Localización
Color		
Forma		
Número		
Estructura		
Erupción		
Posición		
Otros		

ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO DE ALTERACIONES DE ESMALTE

INSTRUCCIONES: Coloque en el cuadro el número correspondiente

- 0.- NINGUNA
- 1.- OPACIDAD
- 2.- HIPOPLASIA
- 3.- TETRACICLINA
- 4.- MUTILACIÓN
- 5.- ATRICIÓN
- 6.- OTRAS.

EXPLORACIÓN DE GLÁNDULAS SALIVALES

INSTRUCCIONES: Describa las características, en caso de que estén alteradas.

GLÁNDULAS SALIVALES	Consistencia	Volumen	Función	Dolor describe
Parótidas				
Submandibular				
Sublingual				
Otras				

OCCLUSIÓN

INSTRUCCIONES: En los siguientes 4 cuadros, marque con una X de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Arco de Baume	Tipo 1 (con espacios)	Tipo 2 (sin espacios)
Superior		
Inferior		

Plano terminal	Derecho	Izquierdo
Recto		
Mesial		
Distal		
Mesial exagerado		

Desgaste de caninos primarios	Si	No

ÍNDICE EPIDEMIOLÓGICO DE MALOCCLUSIONES

INSTRUCCIONES: Coloque en el cuadro el número correspondiente

- 0. NINGUNA
- 1. LEVE (Anomalías discretas, con alineación dentaria irregular)
- 2. MODERADA O SEVERA. (apiñamiento o espaciamento mayor de 4 mm., mordida abierta, sobremordida horizontal y/o vertical exagerada)

Relación molares (Angle)	Derecho	Izquierdo	Relación caninos (Angle)	Derecho	Izquierdo
I			I		
II			II		
III			III		

División _____ Subdivisión _____

En caso necesario remitirse a los anexos de ATM y oclusión, o al de ortodoncia:

Armonía de los maxilares Si () No () Describa _____

Sobre mordida vertical _____ mm. Sobre mordida horizontal _____ mm.

Mordida anterior borde a borde Si () No () Describa _____

Mordida abierta anterior Si () No () Describa _____

Mordida cruzada anterior Si () No () Describa _____

Mordida cruzada posterior Si () No () Describa _____

Desviación de línea media maxilar Si () No () Derecha () Izquierda () _____ mm.

Desviación línea media mandibular Si () No () Derecha () Izquierda () _____ mm.

Diastemas Si () No () Ubicación _____

Facetas de desgaste Si () No () Ubicación _____

INDICE DE PLACA DENTOBACTERIANA

Medición																	Fecha																
3°																																	
2°																																	
1°																																	
																	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
																	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
																	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
																	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							
1°																																	
2°																																	
3°																																	
Medición																	Fecha																

CRITERIO:
Presencia de placa dentobacteriana en las superficies vestibular, labial, lingual, palatino, mesial, distal y oclusal

CÓDIGO:
Pintar con color rojo las superficies que la presenten.

Medición	No. Total de dientes		Superficies		Total de superficies revisadas	Total de superficies con PDB	IPDB %
	Posteriores	Anteriores	Posteriores	Anteriores			
1°							
2°							
3°							

ANEXO 2
FICHA DIAGNÓSTICA

Nombre del paciente: _____
 Sexo: _____ Edad: _____ Expediente: _____
 Biotipo: Mesofacial _____ Dolicofacial _____ Braquifacial _____

Succión Digital.

Interrogatorio:

- | | | | |
|----|---|----|----|
| 1. | ¿Le gusta chuparse el dedo? | SI | NO |
| 2. | ¿Lo hace con frecuencia? | SI | NO |
| 3. | ¿Aproximadamente cuanto tiempo le dedica? _____ | | |
| 4. | ¿Desde cuándo lo hace? _____ | | |

Inspección y palpación:

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a) | Callosidad en el dorso del pulgar o dedo involucrado. | SI | NO |
| b) | Mordida cruzada | SI | NO |
| c) | Mordida abierta | SI | NO |
| d) | Otras: _____ | | |

Succión Labial.

Interrogatorio:

- | | | | |
|----|---|----|----|
| 1. | ¿Le gusta chuparse el labio? | SI | NO |
| 2. | ¿Lo hace con frecuencia? | SI | NO |
| 3. | ¿Aproximadamente cuanto tiempo le dedica? _____ | | |
| 4. | ¿Desde cuándo lo hace? _____ | | |

Inspección y palpación:

- | | | | |
|----|--|----|----|
| a) | Hipotonicidad y resequedad del Labio implicado | SI | NO |
| b) | Overjet acentuado | SI | NO |
| c) | Protrusion del incisivo superior | SI | NO |
| d) | Retrusiones de incisivos inferiores | SI | NO |
| e) | Otras: _____ | | |

Deglución Atípica.

Inspección y palpación:

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a) | Interposición lingual labiodental | SI | NO |
| b) | Mordida abierta anterior | SI | NO |
| c) | Protrusion de incisivos | SI | NO |
| d) | Contracción labial al momento de deglutir | SI | NO |
| e) | Hipertonidad del mentón | SI | NO |
| f) | Otras: _____ | | |

Respiración Bucal.

Interrogatorio:

- | | |
|----|--|
| 1. | ¿Respira por la nariz o por la boca? _____ |
| 2. | ¿Por qué? _____ |
| 3. | ¿Desde cuándo lo hace? _____ |

Inspección y palpación:

- | | | | |
|----|---|----|----|
| a) | Resequedad bucal | SI | NO |
| b) | Paladar profundo | SI | NO |
| c) | Mordida abierta | SI | NO |
| d) | Incompetencia labial | SI | NO |
| e) | Hipotonicidad labial | SI | NO |
| f) | Labio superior corto | SI | NO |
| g) | Labio inferior evertido | SI | NO |
| h) | Debilitamiento de los músculos faciales | SI | NO |
| i) | Retrusión del Mentón | SI | NO |
| j) | Ojeras | SI | NO |
| k) | Somnolencia | SI | NO |
| l) | Palidez | SI | NO |
| m) | Otras: _____ | | |

Dx HÁBITO BUCAL: _____

ANEXO 3

Paciente No. : _____

Hábito: _____

VISTA FRONTAL

Sonrisa: _____

Simetría:

Izq: mm

Der: mm

Quintos Faciales:

1° mm

2° mm

3° mm

4° mm

5° mm

Nariz: _____

Boca: _____

Tercios Faciales

Superior: mm

Medio: mm

Inferior: mm

- Tercio Inferior:

Labio superior: mm

Labio inferior: mm

VISTA LATERAL

Ángulo del Perfil (165° - 175°)

Ángulo Nasolabial (85° - 105°)

Triangulo de Powell

Plano Facial (80° - 95°)

Ángulo nasofrontal (115° - 130°)

Ángulo nasofacial (30° - 40°)

Ángulo nasomental (120° - 132°)

Ángulo mentocervical (80° - 95°)

OBSERVACIONES: _____
