



100
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ELABORACIÓN DE UN FOLLETO
INFORMATIVO EN RELACIÓN A LOS
HÁBITOS BUCALES**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

FIDEL FLORES GERÓNIMO
JULIÁN MAYO TORRES

DIRECTORA: C. D. LEONOR OCHOA GARCÍA.
ASESORES: C. D. MARIO HERNÁNDEZ PÉREZ.
C. D. JAVIER LAMADRID CONTRERAS.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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



AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Gracias porque siempre estas a mi lado, eres mi amigo y en todo momento me ayudas, suples todas mis necesidades, quiero decirte que te amo, que todo lo que soy y tengo es por ti, agradezco tu amor, y tu fidelidad que me permitieron concluir una parte de mis estudios.

A MIS PASTORES

Sergio y Ruth Hernández

Son para mis unos padres, gracias por sus oraciones, por cada consejo y ayuda que me brindan, Dios habla a mi vida a través de ustedes. Agradezco su amor y apoyo incondicional. Los amo.

A MIS PADRES

Fidel y Silvia Flores

Les quiero agradecer por la confianza que tuvieron en mi, el apoyo que siempre me brindaron tanto económico como moral, su amor, y esfuerzo para concluir mi carrera, son para mi un ejemplo a seguir gracias por todo.

A MIS HERMANOS

Mauricio y Joaquín

Gracias por sus consejos y apoyo que siempre me brindan.

A MIS AMIGOS

Dr. Joaquín y Evita Mora

Dios los esta utilizando para bendecir mi vida, y les doy las gracias porque siempre me apoyan y me aconsejan cuando lo necesito, gracias por ayudarme a terminar mi carrera.

Pablo y Leticia Guerrero

Les agradezco por todas sus oraciones y consejos que me brindan.

También quiero agradecer a mi abuelita Gudelia, así como a mi tía Verónica, por el tiempo que me dedicaron para concluir mi carrera.



Agradezco:

A dios; por que me ha permitido cumplir una vez más un deseo y una meta que me habia impuesto, que gracias a que me ha concedido la vida, la salud, entereza y capacidad para lograrlo; a la vez le pido que me permita seguir poniéndome más metas y poder lograrlas, ¡Gracias dios mío, ya que aunque no lo parezca siempre estoy contigo!

A mis padres: por apoyarme en cualquier momento por difícil que haya sido la situación, ya que gracias a la educación y principios que ustedes me trasmitieron en este momento soy lo que soy, he logrado todo lo que me he propuesto, ya que ustedes dos son mi mayor impulso y apoyo para seguir adelante, y aunque no lo demuestro los quiero y respeto, ¡los amo!
Tratare de ser mejor cada día.

A mis hermanos: aunque no lo parezca los quiero mucho, y aunque a su modo me han dado mucho de ustedes y me han aportado mucho o poco algo, que me marcado en mi forma de ser y en mi vida, son muy importantes para mi y todo lo que les pase me duele así que digan adelante y saben que pueden contar conmigo.

A mi familia en general: ya que de una u otra forma todos desde el mas pequeño hasta el mas grande me han dado una lección muy importante que he asimilado y me ha ayudado a crecer poco a poco, trazando mi vida, realizándome como ser humano.



A todos mis amigos y compañeros: ya que gracias a su amistad, consejos y regaños en todo el tiempo que convivimos, disfrute cada una de las etapas que atravesamos al máximo, sin que pueda decir que me arrepienta de algo; ya que desde la primaria conocí excelentes personas hasta el seminario en el que encontré a tal vez grandes amigos en el futuro, me considero afortunado por las personas a mi alrededor ya que de todas ellas he aprendido algo.

A todos mis maestros: que me transmitieron con sus enseñanzas todos sus conocimientos y experiencias, que fueron formando mi propio conocimiento que me ha permitido llegar a realizarme como estudiante, todos tendrán un gran lugar en mi y todo mi cariño.

A los Doctores C.D. Leonor Ochoa García, C.D Mario Hernández Pérez, C.D. Javier Lamadrid Contreras, por su apoyo, confianza y guía en la elaboración de esta tesina.

A todos por que gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida.

GRACIAS

**JULIÁN
OCTUBRE 2002**



Índice

Introducción

Capítulo I

1.- Antecedentes

1.1	Historia de la ortodoncia.....	1
1.2	Esbozo histórico de la ortopedia en México.....	8
1.3	Ortopedia.....	12

Capítulo II

2.- Desarrollo normal

2.1	Segmento intermaxilar.....	16
2.2	Desarrollo del paladar.....	17
2.3	Arco faríngeos.....	28
2.4	Lengua.....	19

Capítulo III

3.- Oclusión y maloclusión

3.1	Definición oclusión normal.....	22
3.2	Clasificación de las maloclusiones.....	23
3.3	Etiología de las maloclusiones.....	25
3.3.1	Herencia.....	26
3.3.2	Defectos de desarrollo de origen desconocido.....	26
3.3.3	Trauma.....	27
3.3.4	Agentes físicos.....	27
3.3.5	Hábitos.....	28
3.3.6	Enfermedad.....	29
3.3.7	Malnutrición.....	30
3.4	Eugnasia y disgnacia.....	30

Capítulo IV

4.- Hábitos

4.1	Definición de hábito.....	32
4.2	Hábitos.....	32
4.2.1	Posturas anormales.....	34
4.2.2	Aberraciones funcionales.....	36
4.2.3	Lactancia normal.....	36
4.2.4	Succión digital.....	40
4.2.5	Onicofagía.....	43



4.2.6 Hábito de labio.....	43
4.2.7 Hábito bucinador.....	45
4.3 Respiración.....	46
4.3.1 Respiración bucal.....	46
4.4 Hábito de lengua.....	48
4.4.1 Deglución.....	49
4.4.2 Tipo de deglución.....	51
Capítulo V	
5.- Prevención	
5.1 Prevención primaria.....	56
5.2 La prevención en la practica odontológica.....	57
5.3 Historia natural de la enfermedad.....	57
5.4 Prevención en ortodoncia.....	57
5.5 Prevención primaria.....	59
5.5.1 Información a la embarazada.....	60
5.5.2 Amamantamiento natural.....	61
5.5.3 Respiración.....	62
5.5.4 Masticación.....	63
5.5.5 Deglución.....	64
5.6 Tareas educativas.....	65
5.7 Control en salud.....	66
5.8 Prevención secundaria.....	70
5.9 Prevenir disgnacias.....	71
Capítulo VI	
6.- Elaboración de un folleto	
6.1 Definición de folleto.....	72
6.2 Criterios generales para la elaboración de un folleto.....	72
6.2.1 Redacción de un folleto.....	73
6.2.2 Composición de un folleto.....	74
6.2.3 Revisión del folleto.....	75
Conclusiones.....	76
Propuestas.....	78
Bibliografía.....	79

Anexo: Folleto.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad el odontólogo se enfrenta a una responsabilidad sobre lo que es la ortodoncia ya que es de suma importancia el reconocimiento, prevención e intercepción de la maloclusiones dentarias por lo cual debe estar capacitado y disciplinado para llegar a resolver mejor los problemas ortodóncicos a que se enfrenta. Específicamente deberá ser capaz de:

1. - Prevenir y descubrir maloclusión incipiente.
2. -Adoptar las medidas preventivas, cuando sea posible.
3. - Reconocer afecciones que requieran un diagnóstico ortodóncico como auxiliares para los procedimientos que emplea en otras fases de la práctica odontológica.

El sentido ortodóncico exige no solamente conocimientos amplios de Odontología general, sino también de una adoctrinación ortodóncica especializada, así como amplia experiencia clínica.

El Odontólogo debe aplicar los principios ortodoncicos al amplio espectro de problemas asociados y prestar ayuda preventiva, interceptiva, mediante al educación del paciente y de los padres en el sentido de que el servicio odontológico no es cuestión de un solo golpe sino que se trata de un servicio continuo a largo plazo, y mediante la aplicación de sus conocimientos, dedicados al objetivo de mantener la oclusión normal.



Esta tesina se ha escrito para dar al lector la posibilidad de comprender la historia de la ortodoncia y ortopedia, crecimiento y desarrollo, oclusión hábitos y prevención de la maloclusiones.

Debido a que con una mayor frecuencia en la actualidad encontramos, ciertas alteraciones en la oclusión de los niños, nace esta idea de otorgar información al público en general, a la comunidad odontológica y sobre todo a los padres de familia, este apoyo que esperamos les sirva de ayuda para evitar en un futuro problemas en la oclusión de los niños.

El estudio de la Ortopedia Dentó-Maxilo-Facial, su definición, sus objetivos, nos demuestra que la prevención es inherente al conocimiento y la práctica de la disciplina. Una práctica correcta en ortopedia y ortodoncia es sinónimo de prevención.

Esta prevención debe de comenzar desde la vida intrauterina del feto, promoviendo cuidados y recomendaciones a la madre, desde su alimentación, ritmo de vida y hábito y/o vicios.

Así como lo menciona Mc Donald y Katz en su libro: "la prevención debe ser parte integral e indivisible de la práctica diaria de la odontología"



CAPÍTULO I HISTORIA DE LA ORTODONCIA

Hipócrates estuvo entre los primeros en comentar sobre la deformidad craneofacial.

Uno de los primeros en citar acerca de Ortodoncia interceptiva fue Celso al afirmar 25 años antes de C., que los dientes podían moverse por presión digital. (7) Figura 1



Figura 1 Busto griego, historia de la Ortodoncia 1978.

Claro está que en esos tiempos ya se tenía un conocimiento sobre alguna fuerza externa sobre los tejidos bucales, utilizándolos de una forma terapéutica Adamandios escribiendo en el siglo quinto anotó que aquellas personas cuyos labios están salidos debido al desplazamiento de los caninos son de mal carácter gritones abusivos y difamadores.

Norman Williams en el año de 1859 se interesó por la rehabilitación del paladar hendido construyendo su primer obturador, y restableció el habla normal en muchos de sus pacientes con paladar hendido, así como el manejo de la apariencia facial con restauraciones protésicas, asimismo describió maloclusiones. (27) Figura 2



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Figura 2 Pierre Fauchard, padre de la odontología, Graber 1983

Tomes en 1872, relaciona un arco superior con forma de V con la respiración bucal, se basa sobre el hecho de que en estos casos la lengua se separa de la bóveda palatina durante su desarrollo y no ejerce la acción opuesta a la presión de los labios. (1)

En el año de 1899 y 1900 la Ortodoncia toma un nuevo rumbo el Dr. Edward Hartley Angle la marca como la primera especialidad odontológica.



Figuras 3 Dr. Angle y su consultorio, historia de la Ortodoncia, 1978

Edward Angle 1900-1928, aportó una excelente descripción de la oclusión tan importante como su clasificación de las maloclusiones, que hasta la fecha siguen vigentes. Su oposición a la extracción de dientes, como parte del tratamiento ortodóncico ha servido de freno a la extracción promiscua. (27)Figura 3



Calvin Case en 1908 escribe 123 artículos en los cuales habla sobre diagnóstico ortodóncico, paladar hendido, problemas fonéticos relacionados a este padecimiento y problemas de movimiento dentario entre otros. (27)Figura 4



Figura 4 Calvin Case. Graber 1978.

Norman Bennett 1923, cita que es bastante curioso que la mayor parte de las normas graves de oclusiones anormales, protusión y retrognatismos, parecen hallarse relacionadas con la obstrucción nasal y la respiración bucal, si bien hay que reconocer por otro lado que éstas formas de maloclusión se presentan a veces independientemente de la respiración bucal. Asimismo, la respiración bucal no siempre es consecuencia de una deformación obvia de la maxila, la mandíbula o los arcos dentarios. (1)

Williams James 1923, dice que un hábito adquirido, desde el punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en cerebro, mediante el cual tratan de escalar ciertas corrientes aferentes. (27)

Weinberger en 1926 dentro de sus recopilaciones hace notar que existía conciencia de la mala apariencia de los dientes torcidos muchos siglos antes. (2)

Durante 1936 Samuel Leáis estudia sobre la corrección para el hábito de succión digital observando que los niños que lo presentan tienen un promedio de 4 años de edad, y el hábito se interrumpe durante su crecimiento. (3)



Magdahass en 1937, afirma que la gran variedad de las maloclusiones es causada del hábito de succión del pulgar y Leand Jhonson habla sobre el hábito de succión labial como una variación o sustituto de la succión digital, describe las formas más comunes para adoptar este hábito, como es el acto de humedecer constantemente el labio con la lengua colocando el labio inferior en parte interna y más posterior de su lengua y deslizándola con una fuerza excesiva sobre el borde incisal de los dientes inferiores. (27)

En el año de 1938 Harvey Stallard realiza un estudio en una población infantil, que oscilan entre los 3 y 12 años, referente al hábito bucal y concluye que del 15 al 20 % de las maloclusiones significativas son fructíferas por los hábitos y los defectos postulares durante el sueño. (1)

Langford 1939, hace referencia al hábito de chuparse el pulgar y otros dedos dice: que se necesita saber que daños puede provocar si es que existen, que factores conducen el desarrollo de éste hábito y que medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada. (27)

Chapple 1941, describe la influencia prenatal en la maloclusión, la posición uterina, fibromas de la madre, lesiones amnióticas las cuales han sido culpadas de maloclusiones. Graber menciona otras posibles causas de maloclusión como la dieta materna y metabolismo, anomalías inducidas por fármacos como la talidomina, posible daño o trauma y varicela. (27)

Sollar 1947 según en sus estudios ha demostrado que el acortamiento del músculo esternocleidomastoideo puede causar cambios profundos en la morfología ósea del cráneo y la cara, los efectos de las fuerzas musculares anormales son visible también en tortícolis. (1)



Lundstrom 1948, realizó un intenso análisis del papel de la herencia para los atributos dentofaciales en gemelos y concluyó que la herencia puede ser significativa en la determinación de las características como el tamaño de los dientes, anchura y longitud de la arcada, altura del paladar, apiñamiento y espacios entre los dientes y el grado de sobremordida sagital. (27)

Trauscha 1954, menciona que las deformaciones severas se presentan cuando los músculos del sistema estomatognático son afectados, es obvio que los hábitos de presión anormales resultantes crean maloclusión. (27)

Esto va muy en relación con niños con parálisis cerebral, en los estudios electromiográficos se aprecia una diferencia significativa en el nivel de la actividad, aun cuando los músculos no se encuentren funcionando. (27)

Weinmsn 1955, dice que en la disostosis craneofacial existe erupción tardía de los dientes permanentes y los dientes deciduos permanecen muchas veces hasta la edad madura. (1)

Graber menciona que son frecuentes los dientes supernumerarios y la mandíbula puede estar en posición retrognata o prognata. (27)

Nájera y Anderson aportan un estudio en niños alimentados en forma natural, artificial y combinada apoyando las observaciones de Anderson de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen malos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

(27)Figura 5



Figura 5 Martin Dewey, Graber1978-

Pruzansky 1967, dice que existe un determinante genético definido que afecta a la morfología. Así que el patrón de crecimiento y desarrollo poseen un fuerte componente hereditario. (27)

Kamin 1971, dice que las enfermedades con disfunción muscular como distrofia muscular y parálisis cerebral también pueden ejercer efectos deformantes característicos en las arcadas dentarias. (27)

Vicent 1978, define primeramente la oclusión normal como la relación normal de los planos inclinados oclusales de los dientes ubicados en relación armónica sobre el hueso basal de los maxilares. (1)

Los dientes presentan contactos interproximales correctos así como posiciones axiales en medio de tejidos que funcionan normalmente y la maloclusión por lo tanto es cualquier desviación de la oclusión normal de los dientes o de los maxilares que los rodea. (1)

La Ortodoncia como la consideramos hoy, sin embargo probablemente tiene sus raíces en Francia en le siglo XVIII cuando Pierre Fauchard el más famoso de todos los dentistas describió un aparato ortodóncico fácilmente reconocible como tal como cualquier Odontólogo moderno. (27)



Otros artículos referentes al desarrollo de la dentición y el crecimiento facial fueron escritos en el mismo periodo pero seguramente la historia natural de los dientes humanos de John Hunter es la de mayor interés para los ortodoncistas

La mayoría de los estadounidenses sostienen que la Ortodoncia sin embargo realmente tiene su origen cuando Edward H. Angle publicó un sistema de aparatos para corregir las irregularidades de los dientes y estableció una escuela para entrenamiento de odontólogos como especialistas en Ortodoncia. (3)

La materia se desarrolló en forma diferente en Norteamérica y en Europa, Angle era un intelectual y un genio de la mecánica que dominaba la escena ortodóncica en el nuevo mundo más que cualquier otra persona en Europa, además improvisó aparatos ingeniosos para la ubicación precisa de la oclusión correcta.

En Europa por otra parte, los primeros líderes en el terreno estudiaron más el papel del esqueleto craneofacial en anomalías dentofaciales y maloclusión. Quizá esta es la razón por la que en los Estados Unidos se llama Ortodoncia.



1.2 Esbozo Histórico de la Ortopedia Maxilar en México

La Odontología en México tiene una historia muy amplia, ya que se remonta a la época Pre-Cortesiana. Sin embargo, no existe fácil documentación al respecto. Las poquísimas obras publicadas se concentran fundamentalmente a estudios antropológicos y aspectos rituales de las mutilaciones dentarias. No existen fuentes de información de fácil acceso y aspectos sobre la época virreinal del México independiente, ni tampoco de la época Moderna, ni Contemporánea. Mucho más difícil aún es indagar sobre los antecedentes de la Ortodoncia y en particular sobre la Ortopedia Maxilar. (31)

Como datos sobresalientes podemos mencionar que en 1823 Parrott, publicó un folleto de divulgación popular en el que se hablaba de las irregularidades de los dientes. En 1824 Ricardo LePreux, "el examinador" de los barberos en México publicó un folleto en el que trataba sobre el medio de alinear los dientes con limas. (Como dato cabe recordar que el origen de los dentistas fueron los barberos). (31)

En realidad hasta 1894 aparece en México, a la luz pública la primera obra sobre Odontología con bases científicas. Y como dato curioso cabe mencionar que esta obra no fue escrita por un dentista sino por un Maestro de Escuela de Comitán Chiapas, el Prof. Mariano N. Ruiz. En ella se tratan por primera vez en México temas de verdadera orientación ortodóncica y ortopédico maxilar como etiología, prevención y tratamientos de las anomalías de posición dentarias. (27)

Recomendando que los tratamientos deberán iniciarse en cuanto se descubran las anomalías y eliminando las causas que las producen. El folleto titulado: la dentadura natural y artificial. Manera de conservarla y repararla, fue escrito como todos los de su época para divulgación popular, por lo cual se desconoce su autor.

(5)



Pero llama la atención que en él se traten temas tan importantes como la caries, el flúor, los azúcares y los hábitos perniciosos de la boca, principalmente la succión del dedo y la manera de eliminarlo. (Conceptos que se escuchan en la actualidad y que fueron mencionados hace cien años). (32)

En 1904 se funda el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental como un anexo de la Escuela de Medicina de México. Y en 1908 se presentan las dos primeras tesis sobre temas de Ortodoncia, la de Alejandro Cabrera con el título de: "Aparatos para Regularizar Dientes" y la de Manuel Correa "Aparatos de Retención para Dientes Regularizados". (27)

Desde 1904 hasta 1940 la Ortodoncia fue incluida en todos los planes de estudio en forma más o menos discreta y enseñada con titubeos por falta de profesores capacitados. Primero en el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental 1904, en la Escuela Nacional de Enseñanza Dental 1920, Escuela Nacional de Odontología 1940 y finalmente a la Facultad de Odontología en 1973. (33)

En 1941 siendo el Director de la Escuela Nacional de Odontología, el Dr. Aurelio Galindo, se aprueba un Plan de Estudio de 5 años para la carrera de Cirujano Dentista y la Ortodoncia queda finalmente cimentada como cátedra obligatoria en el 5° año de la carrera, siendo designado para impartir la materia el C.D. Miguel Díaz Mercado, quien proporciona a la enseñanza de la Ortodoncia un verdadero impulso científico al presentar en aquel entonces los adelantos del Dr. Angle. (27)

En 1960 siendo Director de la Escuela Nacional de Odontología el Dr. Ignacio Reynoso Obregón se convoca públicamente al primer Examen de Oposición Abierto a la cátedra de Ortodoncia y después de las pruebas efectuadas durante una semana el Dr. Jesús A. Sarabia Aguilar es el primer Profesor Titular Definitivo por oposición a la cátedra de Ortodoncia en la Facultad de Odontología. (33)



En 1966 siendo Director de La Escuela Nacional de Odontología el Dr. Jesús A. Sarabia, se aprueba un nuevo plan de estudios para efectuarse una verdadera Reforma Académica al cambiarse radicalmente los viejos sistemas de enseñanza que se caracterizaban por ser fundamentalmente teóricos. Se adopta un Plan de Estudios de 10 semestres de cursos intensivos que equilibraban los programas, se nivela la enseñanza teórico-práctica y se establece el Plan de Créditos por asignatura. Se eliminaron asignaturas obsoletas y se crearon otras nuevas como Clínica Integral, Medicina Estomatológica, Cirugía Maxilofacial, Materias Optativas Básicas, Clínicas Técnicas y Culturales y se impulsa la Enseñanza Hospitalaria al impartirse la Cirugía Maxilofacial en diversos Hospitales de la Ciudad y la Cátedra de Ortodoncia queda incluida en el 8° y 9° semestres de la carrera de Cirujano Dentista, impartándose con un total de 7 horas y media a la semana en cada semestre. Distribuidas en teoría, práctica y clínica con diversos temas de ortopedia maxilar, se exigía al alumno el resolver 3 casos diferentes de tratamientos interseptivos para tener derecho a examen final y se les concedía el terminar dichos casos en el 10° semestre y último de la carrera de Cirujano Dentista en la Clínica Integral (tratamientos sencillos y funcionales de Ortopedia Maxilar durante el curso). (27)

Esa Reforma Académica de la Escuela Nacional de Odontología determinó la creación de la División de Estudios Superiores (hoy en día División de Estudios Posgrado e Investigación). (33)

Durante el 1° Congreso Nacional de Enseñanza de la Odontología efectuado en diciembre de 1968 se da a conocer el proyecto de las Clínicas Periféricas que eran para Servicio Social del Alumno cimentándose así las bases académicas, científicas, administrativas y sociales para dar el paso inminente de Escuela a la Facultad. (27)



En 1967 en aquel entonces la División de Estudios Superiores de Odontología pasa a formar parte integrante del Consejo de Estudios Superiores de Facultades y Escuelas de la UNAM y al ser aprobada por unanimidad por el H. Consejo Universitario siendo los primeros cursos de posgrado en la historia de la Odontología Mexicana los de Ortodoncia y Parodoncia. (27)

Antes de esa fecha varios habían sido los intentos para impartir cursos superiores de Ortodoncia para graduados en la Escuela Nacional de Odontología con reconocimiento oficial de la Universidad habiendo fracasado todos ellos, al no poder ajustarse a lo establecido por la Legislación Universitaria, destaca el impartido por el Dr. Ernest H. Hixon Profesor de Ortodoncia de la Universidad de Iowa, USA en 1961. Invitado por la Asociación Mexicana de Ortodoncia, para impartir un Curso de 2 años de duración exclusivamente para miembros de dicha agrupación, solicitando las instalaciones de la Escuela Nacional de Odontología ante la dificultad para conseguir un local adecuado para efectuarlo y siendo entonces el Director Dr. Ignacio Reynoso Obregón giró instrucciones para que se habilitara una pequeña aula con 4 sillones y un laboratorio dedicados para tal fin. (27)

En 1967 y 1968 fueron invitados a colaborar en la División de Estudios Superiores de la Escuela de Odontología distinguidos profesores de USA y Europa entre ellos que vino por primera vez el Dr. Hans P. Bimler de Alemania y el Dr. W. J. Tulley de Inglaterra para ortopedia maxilar quienes hablaron sobre placas activas y activadores. (27)

Fuera del aula universitaria la ortopedia maxilar en México ha ampliado enormemente sus horizontes cuando se creó el grupo de estudios de ortopedia maxilar en 1974 que dio origen en 1979 a la creación de la Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar A.C. por un grupo de egresados de la Facultad de Odontología que tuvo interés en que existiera en México una Asociación dedicada



a divulgar dichos conocimientos correctamente trabajando sin interrupción desde 1979 a la fecha difundiendo la Ortodoncia y la Ortopedia Maxilar por los más notables y prestigiados especialistas del mundo siendo el pilar y columna vertebral de esta especialidad en la República Mexicana. (11)

1.3 Ortopedia

En los tratamientos ortopédicomaxilares, las fuerzas biológicas que generan los aparatos removibles empleados, producen reflejos neuromusculares que determinan estímulos de transformación sobre los tejidos de soporte de los dientes, cambiando su posición por adaptación funcional. (32)

Todas las Terapias Ortopédicomaxilares cumplen con el principio Hipocrático de "*primun non nocere*" (primero no dañar). (33)

La Ortodoncia es una disciplina de la Odontología que se ocupa del tratamiento de las Anomalías de Oclusión derivadas de la posición de los dientes ("Maloclusiones", del Inglés: "*Maloclutions*"). (33)

Un estrecho concepto localista, puramente morfológico, predominantemente oclusionista, mecanicista y autolimitante, al circunscribirse exclusivamente a los dientes en forma aislada y con objetivos más con sentido estético, lo que la inclina hacia la Odontología Cosmética. (33)

Las bases sobre las que descansa la Ortodoncia son los principios de la Mecánica y por ende, la fundamentación y sustento de todas sus técnicas.



El diagnóstico en Ortodoncia consiste en la interpretación de una "Clasificación" morfológica, dentaria, sintomática y especulativa; sustentada en el estudio de los modelos del paciente con el fin de analizar la posición y oclusión de los dientes en equilibrio estático. (33)

El diagnóstico en ortopedia maxilar es nosográfico, etiológico, morfofisiológico e integral, sustentado en la realidad clínica del análisis semiológico, explicativo, demostrativo y comprensivo de las anomalías del aparato masticatorio. (27)

Una clasificación convencional y objetiva, inventada por Angle en 1900, carente de fundamento científico y propia para una odontología artesanal de principios del siglo XX, creada ex-profeso para facilitar la interpretación de sus "Maloclusiones" a los Dentistas de la época y que desde hace un siglo, aún persiste como piedra angular para todos los tratamientos ortodóncicos. (11)



CAPÍTULO II DESARROLLO NORMAL

Para fin de la cuarta semana, el centro de las estructuras faciales en desarrollo está formado por una depresión ectodérmica llamada estomodeo rodeada por el primer par de arcos faríngeos o branquiales.⁽¹²⁾

En el embrión de cuatro y media semanas de edad pueden identificarse cinco elevaciones formadas por proliferaciones del mesénquima.

Los procesos o apófisis mandibulares se advierten caudalmente al estomodeo; los procesos maxilares lateralmente y prominencia frontal, elevación algo redondeada en dirección craneal.

A cada lado de la prominencia e inmediatamente por arriba del estomodeo se advierte un engrosamiento local del ectodermo superficial, la placoda nasal.

Durante la quinta semana aparecen dos pliegues de crecimiento rápido los procesos nasolateral y nasomediano que rodea a la placoda nasal, la cual forma el suelo de una depresión, la fosita nasal.⁽¹²⁾

Los procesos nasolaterales formarán las alas de la nariz y los nasomedianos originarán las porciones medias de la nariz, labio superior y maxilar todo el paladar primario. ⁽¹⁵⁾

Mientras tanto, los procesos maxilares se acercan a los procesos nasomediales y nasolaterales, pero están separados de los mismos por surcos definidos.

En las dos semanas siguientes se modifica el aspecto de la cara, los procesos maxilares siguen creciendo en dirección interna y comprimen los procesos nasomedianos hacia la línea media. ⁽¹²⁾



En esta etapa anterior, estos procesos se fusionan entre sí y también se unen con los procesos maxilares hacia los lados, en consecuencia, el labio superior nunca se caracteriza por hendiduras.

En esta etapa inicial se supuso que los procesos maxilares también se fusionaban en una corta distancia con los mandibulares formando así los carrillos, sin embargo el estudio de las relaciones de los diversos componentes de la cavidad bucal comprobó que la anchura de la boca no es rígida por fusión de los procesos o apófisis maxilares y mandibulares, los carrillos se desarrollan por cambios de posición de la lengua, suelo de la boca y por ensanchamiento de la mandíbula de manera secundaria carrillo y labios son invadidos por mesénquima del segundo arco faríngeo o braquial.(15)

Este mesénquima origina los músculos de mejillas y labios increpados por el facial, la forma en la cual los procesos maxilares se unen con los procesos nasolaterales es algo más complicado.

El ectodermo en el suelo de este surco, se forma un cordón epitelial macizo que se despega del ectodermo subyacente, después de ser canalizado el cordón forma el conducto lacrimonasal.(14)

Posterior al despliegue del cordón los procesos maxilares y nasolaterales se fusionan entre sí. (12)Figura 6

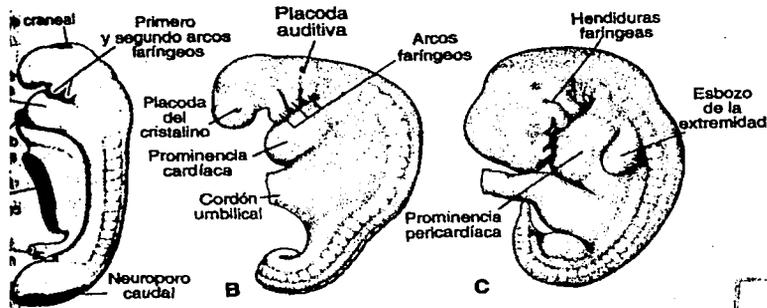


Figura 6 Diversas etapas de un embrión humano, Langman1996

2.1 Segmento Intermaxilar

Los procesos nasomedianos se fusionan en las superficies labial y maxilar, también a niveles más profundos. Las estructuras formadas por la fusión de estos procesos reciben en conjunto el nombre de segmento intermaxilar.⁽¹²⁾

Consiste en lo siguiente:

- 1- Componente labial: que forma el surco del labio superior también llamado *filtrum*.
- 2 - Componente maxilar superior: que aloja los cuatro incisivos.
- 3 - Componente palatino: forma el paladar primario triangular.

Una pequeña parte de la porción de la parte media externa de la nariz probablemente también provenga del segmento intermaxilar, se continúa con la porción ostral del tabique nasal el cual proviene de la prominencia frontal.⁽¹²⁾Figura 7

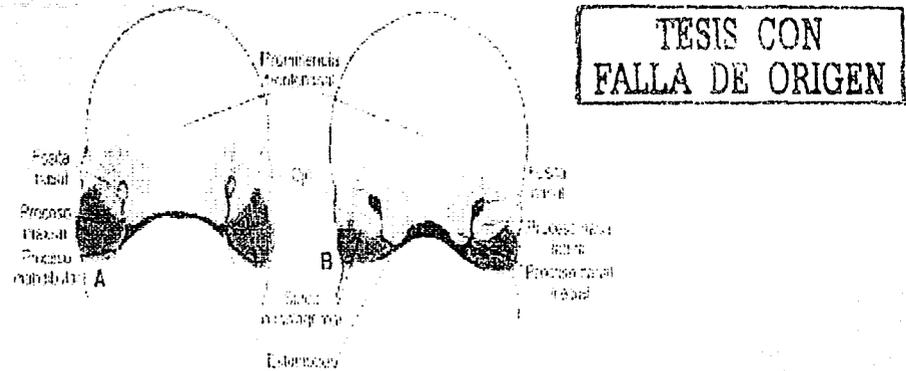


Figura 7 Procesos frontales, Langman 1983

2.2 Desarrollo del Paladar

Mencionamos que el paladar primario deriva del segmento intermaxilar sin embargo la porción principal del paladar es formado por las excéntricas laminares de los procesos maxilares estas elevaciones llamadas prolongaciones o crestas palatinas aparecen en el embrión de seis semanas y desciende oblicuamente hacia ambos lados de la lengua.

El paladar se desarrolla de tres primordios. La parte anterior se deriva del paladar primario con apariencia de cuña, conocido como proceso palatino mediano, la parte posterior del paladar que representa la mayor parte del paladar definitivo, se deriva de dos crecimientos con apariencia de estantes a partir de las superficies internas de las prominencias maxilares, llamados procesos palatinos laterales.

El paladar secundario mientras crecen los procesos palatinos laterales en dirección medial, durante la séptima semana y se funden entre sí en el plano medio.(12)



Los procesos palatinos laterales también se fusionan en su parte anterior con el proceso palatino mediano. Mientras ocurren estas fusiones, el tabique nasal crece en dirección descendente y se fusiona con el paladar. El conducto incisivo indica la división entre las partes del paladar derivadas de los paladares primarios y secundarios. (12)Figura 8

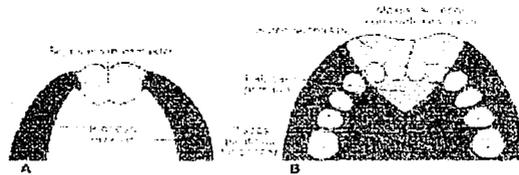


Figura 8 Procesos palatinos, Langman, 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 Arcos Faríngeos

Cada uno de los arcos faríngeos está formado por un núcleo central de tejido mesenquimático, cubierto por su lado externo por ectodermo superficial y revestido en su interior por epitelio de origen endodérmico.

Además de mesénquima derivado del mesodermo paraxial y de la lámina lateral, la parte central de los arcos recibe un número abundante de células de la cresta neural que emigran hacia los surcos para constituir los componentes esqueléticos de la cara. El mesodermo original de los arcos forma los músculos de la cara y cuello de tal manera que cada arco posee sus componentes musculares, los cuales conducen su propio nervio, y cualquiera que sea el sitio al que emigren las células musculares llevarán consigo su componente nervioso craneal. (12)Figura 9,

cuadro 1

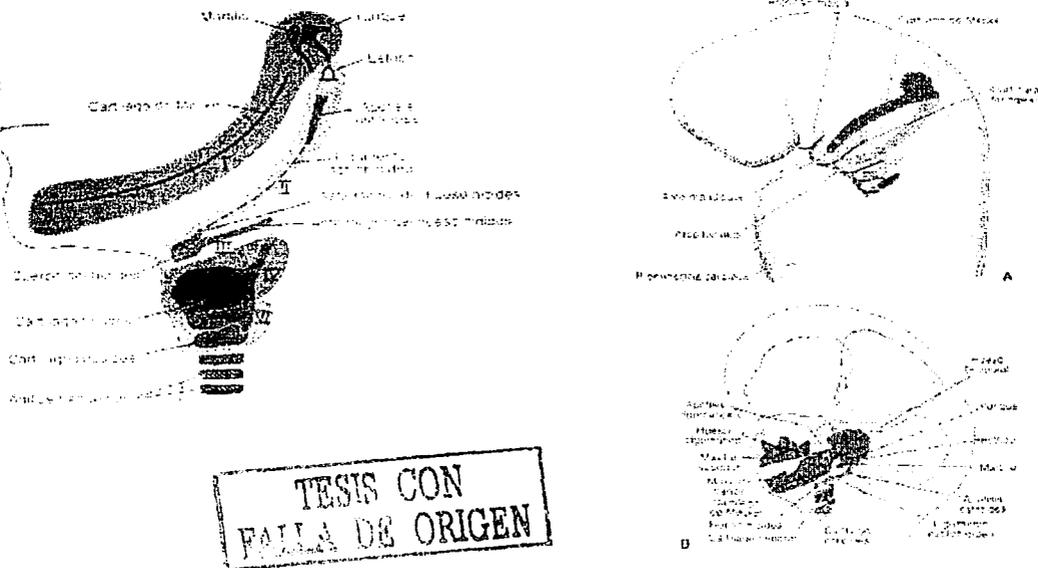


Figura 9 Imágenes que nos muestran los arcos faríngeos y las estructuras a las que dan origen Langman 1996.

2.4 Lengua

En el embrión aparece a las cuatro semanas, como dos protuberancias linguales laterales y una prominencia medial, el tubérculo impar. Los tres abultamientos se originan en el primer arco faríngeo. Otro abultamiento hacia la línea media, la cúpula o eminencia hipobranquial, esta constituida por mesodermo del segundo tercer arcos, y parte del cuarto. Por último, un tercer abultamiento medial, formado por la porción posterior del cuarto arco, señala el desarrollo de la epiglotis.(12)

Inmediatamente por detrás de esta formación se encuentra el orificio laríngeo conducto traqueolaríngeo, limitado por las prominencias artenoideas.



Al crecer las protuberancias linguales, laterales éstas exceden al tubérculo impar y se fusionan entre sí, formando los dos tercios anteriores o cuerpo de la lengua. La inervación de esta zona proviene de la rama maxilar inferior del trigémino.

Los dos tercios anteriores, o cuerpo de la lengua están separados del tercio posterior por un surco en forma de V llamado surco terminal.

La porción posterior o raíz de la lengua tiene su origen en los arcos faríngeos segundo y tercero, y parte del cuarto. Dado que en el adulto la inervación sensitiva de esta parte de la lengua proviene del nervio glossofaríngeo, parece probable que el tejido del tercer arco haya crecido más que el del segundo.

La porción más posterior de la lengua lo mismo que la epiglotis recibe al nervio laríngeo superior. Algunos de los músculos de la lengua probablemente se diferencian in situ, aunque la mayoría deriva de mioblastos, originados en las somitas occipitales, de tal manera que son inervados por el hipogloso.(12)Figura 10

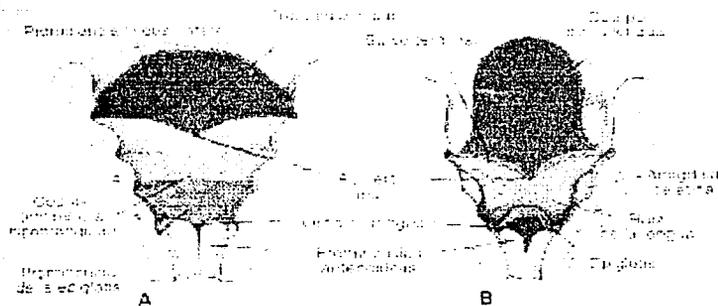


Figura 10 Esquema de las estructuras que dan origen a la lengua, Langman 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Cuadro 1.-Arcos Faringeos

ARCO FARINGEO	NERVIO	MÚSCULOS	ESQUELETO
1.-Mandibular.	V. Trigémico, división maxilar inferior.	Músculos de la masticación. Milohioideo. Ventre anterior del digástrico. Periestafilino externo.	Cartilago del cuadrado, yunque. Cartilago de Meckel, martillo, ligamento anterior del martillo, ligamento eseno mandibular, porción del maxilar inferior.
2.-Hiodeo.	VII. Facial.	Músculos de la expresión. Ventre posterior del digástrico. Estilohioideo. Músculo del estribo.	Estribo. Apósis estilohoides. Ligamento estilohioideo. Asta menor y porción superior del cuerpo del hueso hioides.
3.	IX. Glosofaríngeo	Estilofaríngeo.	Asta mayor y porción inferior del cuerpo del hueso hioides.
4-6.	X. Vago. Rama laríngea superior (nervio hacia el 4º arco) Rama laríngea recurrente (nervio hacia el 6º arco)	Cricotiroideo Periestafilino interno. Constrictores de la farínge. Músculos intrínsecos de la larínge.	Cartilagos laríngeos.



CAPÍTULO III OCLUSIÓN Y MALOCLUSIÓN

3.1 Definición Oclusión Normal

La palabra "normal" implica variaciones alrededor de un valor promedio, mientras que "ideal" connota un concepto hipotético o meta. Hay una diferencia clínica especial entre "oclusión normal" y "oclusión ideal".

Desgraciadamente, la palabra "normal" ha sido usada durante años en Ortodoncia como sinónimo de ideal, ocasionado dificultades semánticas y de tratamiento. Es correcto considerar como "normal" una boca en la que todos los dientes están presentes y ocluyendo de una manera sana, estable y grata, con variaciones en posición dentro de límites normales medibles. (18)

Es perfectamente correcto y práctico aceptar al final del tratamiento una disposición de los dientes dentro de los maxilares en posiciones que no son ideales ni normales, pero que pueden ser estables en la cara de una persona determinada. (18) Figura 11



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 11 Oclusión ideal, Graber 1983.



3.2 Clasificación de las Maloclusiones

Angle presentó su clasificación originalmente, sobre la teoría que el primer molar permanente superior estaba invariablemente en posición correcta.

La investigación cefalométrica subsiguiente, no ha respaldado esta hipótesis.

El énfasis en la relación de los primeros molares permanentes ha hecho que los clínicos ignoren el esqueleto facial y piensen solamente en términos de la posición de los dientes, con frecuencia se pasan por alto la malfunción muscular y los problemas de crecimiento óseo. La relación del primer molar cambia durante los diversos estudios del desarrollo de la dentición. (8)

El sistema Angle no toma en cuenta discrepancias en un plano vertical o lateral, aunque la relación anteroposterior de los dientes puede ser la consideración aislada más importante, este sistema de clasificación hace que el no iniciado omita a veces problemas como la sobremordida y el angostamiento de los arcos.

(8)

A pesar de ésta y otras críticas, el método de Angle para clasificar casos es el más práctico y, por lo tanto, el más popular en uso actualmente, de tal manera que Angle clasificó a las maloclusiones de la siguiente manera:

Clase I (Neutroclusión)

Las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre maxilar superior e inferior, se ubican en esta clase. El borde triangular de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior, articula en el surco bucal del primer molar permanente inferior. La base ósea que soporta la dentadura inferior está directamente por debajo de la del maxilar superior, y ninguna de las dos está demasiado delante o atrás, en relación con el cráneo. (6) figura 12



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 12 Clase 1, Problemas Bucodentales en odontopediatría 1998.

Clase II (Distoclusión)

Constituye esta clase las maloclusiones en las que hay una relación distal del maxilar inferior con respecto al superior.

El surco mesial del primer molar permanente inferior articula por detrás de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior

División I

Distoclusión en la que los incisivos superiores están típicamente en labioversión extrema.

División II Distoclusión en la que los incisivos centrales superiores están casi normales en el sentido anteroposterior, o ligeramente en linguoversión, mientras que los incisivos laterales superiores se han incluido labial y mesialmente. (8)Figura 13



Figura 13 Clase 2, Problemas Bucodentales en Odontopediatría, 1998.



Clase III (Mesioclusión)

Las maloclusiones en las que hay una relación mesial del maxilar inferior respecto al superior hacen la clase III. El surco mesial del primer molar permanente inferior articula por delante de la cúspide mesiobucal del primer molar permanente superior. (8)Figura 14



Figura 14 Clase III, Problemas Bucodentales, 1998.

3. 3 Etiología de las Maloclusiones.

Como no podemos aislar todas las causas originales, pueden ser estudiadas mejor agrupadas de la manera siguiente:

1. - Herencia
2. - Causas de desarrollo de origen desconocido
3. - Trauma
4. - Agentes físicos
5. - Hábitos
6. - Enfermedad
7. - Malnutrición

A continuación se hará una descripción de cada una de las causas o etiologías de las maloclusiones.



3.3.1 Herencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La herencia ha sido señalada como una causa principal de maloclusión, El papel de la herencia en el crecimiento craneofacial y en la etiología de las deformidades dentofaciales, ha sido el tema de mucha investigación y estudios clínicos, sin embargo, en realidad se sabe sorprendentemente poco.

Frecuentemente, se ven interesantes parecidos familiares, pero el modo de transmisión o el sitio de acción genética no se entiende, excepto para unos o pocos problemas precisos por ejemplo, ausencia de dientes, o algunos síndromes craneofaciales marcados. (8)Figura 15

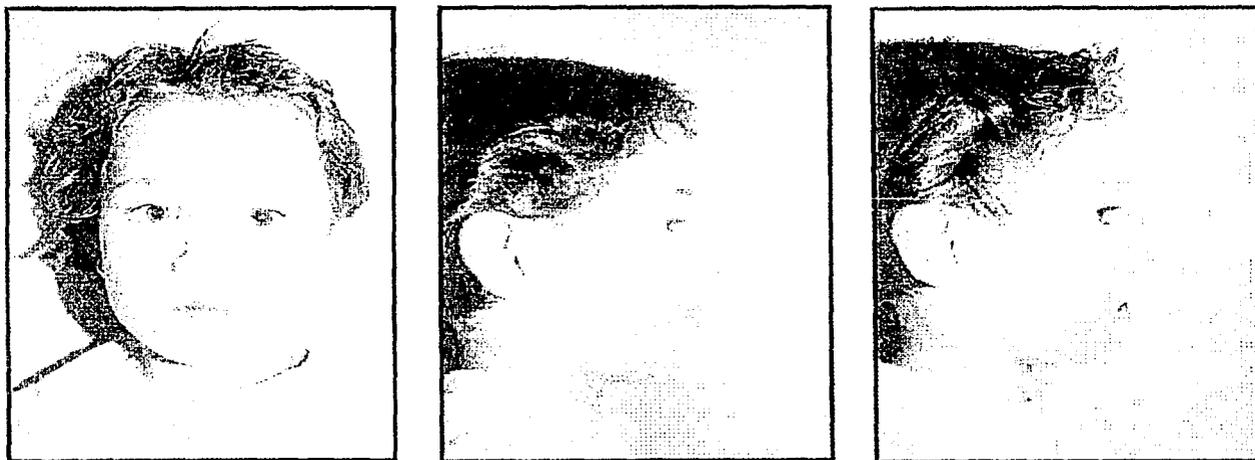


Figura 15 Gemelas vitalinas en la que se observa una similitud en sus tipos de maloclusiones, Atlas de Ortodoncia Racozi

1992.

3.3.2 Defectos de Desarrollo de Origen Desconocido

Estos son mayormente anomalías que originan en falla de un tejido embrionario, o parte de él, para diferenciarse correctamente. La mayoría de esas aberraciones, por lo tanto, aparecen prenatalmente y son defectos marcados de tipo raro o



infrecuente. Ejemplos de estos son la ausencia de ciertos músculos, hendiduras faciales, micrognacia, oligodoncia y anodoncia. (8)

3.3.3 Trauma

Tanto el trauma prenatal al feto, como los daños posnatales pueden derivar en deformidades dentofaciales como:

- 1) Hipoplasia de la mandíbula: Este puede ser causada por presión intrauterina o trauma durante el parto.
- 2) Vogelgesicht: Este es un crecimiento inhibido por la mandíbula debido a anquilosis de la articulación temporomandibular. La anquilosis puede ser un defecto de desarrollo o deberse a trauma al nacer.
- 3) Posición del feto: Una rodilla o pierna pueden presionar contra la cara de manera tal como para promover asimetría del crecimiento facial, o producir retardo del desarrollo mandibular. (8)

3.3.4 Agentes Físicos

Naturaleza del alimento

Se ha demostrado que la ausencia en la dieta de alimentos duros y ásperos que requieran una masticación a fondo es un factor en la producción de un mal desarrollo de arcos dentarios. La gente se mantiene con una dieta fibrosa y primitiva, estimula el trabajo de sus músculos y aumenta así el peso de la función sobre los dientes. Este tipo de dieta suele producir menos caries, mayor ancho promedio de los arcos y un desgaste aumentado de las superficies oclusales.



Nuestras dietas modernas, altamente refinadas y blandas como las papillas, juegan un papel relevante en la etiología de algunas de las maloclusiones.

La falta de función adecuada produce contracción de los arcos dentarios, desgaste oclusal insuficiente y ausencia de ajuste oclusal que normalmente se ven en la dentición que madura. (8) Figura 16



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 16 Foto en la que observamos dientes anteriores cariados y por lo tanto hay pérdida de espacios primates y fisiológicos, lo que en un futuro nos puede causar algún tipo de maloclusión, Ortopedia Dentofacial, 1997.

3.3.5 Hábitos

Todos los hábitos son patrones de coartación muscular de naturaleza muy completa. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares.

Los patrones habituales deletéreos de conducta muscular, a menudo están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, dificultades en la dicción equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos. En el capítulo cinco se explicará con detalle cada hábito. (8)Figura 17

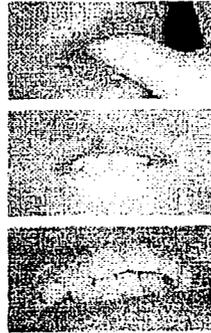


Figura 17 Algunos tipos de hábitos (succión de labio y lengua), Massimo Rossi, 1994.

3.3.6. Enfermedad

A) Enfermedades sistémicas

Las enfermedades febriles perturban el horario de desarrollo de la dentición durante la infancia y comienzos de la niñez, es probable que la enfermedad sistémica tenga un efecto sobre la calidad más que sobre la cantidad de crecimiento craneofacial.

Las maloclusiones pueden ser un resultado secundario de algunas neuropatas y trastornos neuromusculares y puede ser una de las secuelas del tratamiento de problemas tales como la escoliosis por el uso prolongado de yesos o aparatos para inmovilizar la columna.

B) Trastornos endocrinos

La disfunción endocrina prenatal puede manifestarse en la hipoplasia de los dientes, después del nacimiento, los trastornos endocrinos pueden retardar o acelerar, pero habitualmente no distorsionan, la dirección del crecimiento facial. Puede afectar la velocidad de osificación de los huesos, la época de cierre



sutural, la época de erupción dentaria y la velocidad de reabsorción de los dientes primarios. (8)

3.3.6 Malnutrición

La malnutrición puede afectar el desarrollo oclusal, ya sea por efectos sistémicos o locales; malnutrición debida a dificultades de mala absorción se ve en todas partes, la malnutrición es más probable que afecte la calidad de los tejidos que están formando y las velocidades de calcificación que en el tamaño de las partes, en lo que se refiere a los efectos locales, los papeles de la ingestión de fluoruro e hidratos de carbono en la producción de caries, son bien conocidos. Aunque no hay maloclusión que sea patognomónica de ninguna deficiencia nutricia común y típica, la buena nutrición juega un papel importante en el crecimiento y mantenimiento de la buena salud corporal y higiene bucal. (8)

3.4 Eugnacia y Disgnacia

Estos dos términos son muy utilizados para referirse al desarrollo armónico o desarmónico del sistema estomatognático Häulp fue quien propuso el término de eugnacia para definir al órgano bucal de configuración perfecta y Ramón Torres establece que el sistema bucal debe ser considerado como una unidad mecánico funcional, por lo tanto el sistema bucal eugnatico es aquel de configuración perfecta como resaltado de un funcionalismo equilibrado.

La función es de quien interrelaciona todos del sistema estomatognático y es factor determinante en el desarrollo normal del mismo. El termino disgnacia según Häulp esta reservado para el órgano bucal que se aparta de la eugnacia



Con éste término nos referimos a las alteraciones del crecimiento y desarrollo dento-maxilo-facial que se manifiesta en el sistema estomatognático como alteraciones morfológicas, funcionales y estéticas. (29)

Preferimos el término de disgnacias en vez de maloclusiones, ya que éste último limita el problema al aspecto dental y excluye a los otros elementos del sistema como las funciones y los tejidos blandos esqueléticos.

En un crecimiento eugnatico se deben establecer las pautas del patrón de desarrollo normal, en forma integral e individual en cada paciente, además de promover y controlar que estén presentes los estímulos adecuados, en cada una de las etapas evolutivas.



CAPÍTULO IV

HÁBITOS

En este capítulo se desarrollarán de una forma clara aquellos factores que producen maloclusiones en la etapa posnatal, se mencionarán los hábitos más frecuentes.

4.1 Definición de Hábito

Se puede definir como la costumbre práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o inconsciente cuando se arraiga. (6)

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. (7)

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos.

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo, los niños tienden a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir este hábito. (7)

Según Moyers: "Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja" (5)



Moyers hace la siguiente clasificación de hábitos:

- Hábitos anormales: pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial.
- Hábitos normales: es la función orofaríngea normal y juega un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal. Los que son de importancia son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de las maloclusiones. (11)

Los patrones habituales deletéreos de conducta muscular, están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarías, hábitos respiratorios perturbado, dificultades en la dicción equilibrio, alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos. (11)

William James, psicólogo clasifica a los hábitos en relación con las maloclusiones de dos formas:

a) Hábitos útiles.

Son los de funciones normales como, posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada y uso normal de los labios para hablar; de igual forma Moyers los clasifica como normales a los que sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, además de los mencionados anteriormente también integra la función orofaríngea que juega un papel muy importante en el crecimiento craneofacial.



b) Hábitos dañinos.

Son aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como los hábitos de boca abierta, morderse los labios y la succión digital; a su vez Moyers los menciona como, hábitos anormales y los define como los que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial.

Existe una tríada de factores que influyen en que el hábito sea dañino, los cuales son: intensidad, frecuencia y duración. (2)Figura 18

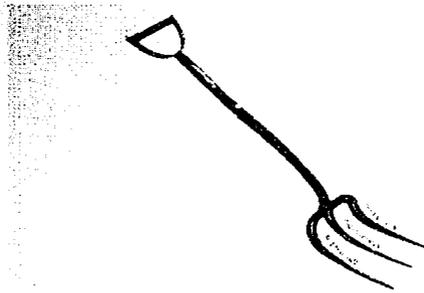


Figura 18 Tríada de factores, Graber 1983

4.2.1. Posturas Anormales

Las personas con postura defectuosa, la mayoría de las veces también muestran una posición postular indeseable de la mandíbula. (11)

La persona que se mantiene derecha y erecta, con la cabeza bien colocada sobre su columna vertebral, va a mantener su mentón adelantado en su posición preferida.



La postura corporal es la expresión sumada de reflejos musculares y por lo tanto, habitualmente capaz de cambio y corrección. La postura anormal de la lengua es una causa más frecuente de mordida abierta. (11)

Según Kjellgren citado en Haüpi, al hábito de dormir sobre una mano o sobre el brazo causaría mordida cruzada. Schwarz señala que durante el reflejo dorsal de la cabeza el músculo cutáneo del cuello se pone tenso, favoreciendo la distoclusión; a la inversa, un reflejo ventral acentuado puede conducir a la protusión de la mandíbula y a una oclusión prenatal. (7)

Moyers cita que las personas con postura corporal defectuosa, frecuentemente muestran una posición indeseable en la mandíbula. La persona que se mantiene derecha y erecta, con la cabeza bien colocada sobre su columna vertebral va a tener su mentón adelantado en una posición adecuada o preferible. (7)

El mantener a un bebé constantemente en posición supina sobre una superficie dura, plana puede modificar y conformar la cabeza aplanando el occipucio o produciendo asimetría. (8) Figura 19

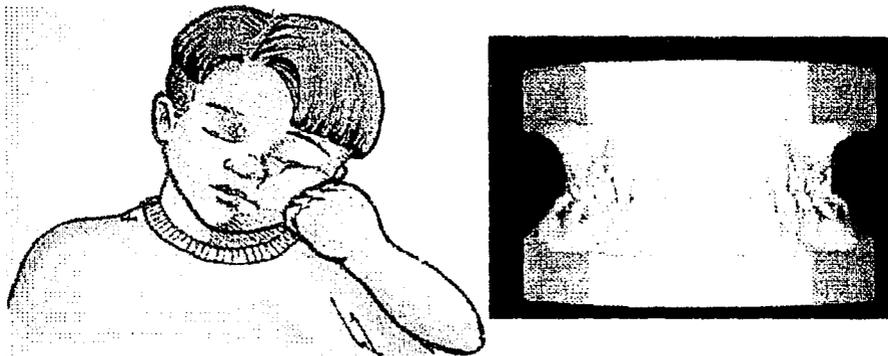


Figura 19 Ejemplo de las consecuencias de una mala postura, Villavicencio 1997.



4.2.2 Aberraciones Funcionales

En las aberraciones funcionales psicógenas o idiopáticas, cuando se intenta categorizar arbitrariamente una serie de objetos, siempre existirán elementos que se acomoden más en una categoría que en otra y que coincidan con otras categorías, o de alguna manera parecen no encajar en ninguna de las categorías.(7)

Específicamente, el bruxismo o bricomania, la contracción titánica de los músculos masticadores y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño, ¿causa maloclusión o es resultado de la maloclusión?. Por lo tanto no podemos separar a las aberraciones funcionales individualmente de bruxismo y bricomania. (7)

4.2.3 Lactancia Normal

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para succionar constituyendo un intercambio con el mundo exterior.

Aparte de nutrirse obtiene sensación de seguridad. Al buscar únicamente un aparato eficaz para beber leche, los fabricantes de biberones, han ignorado la fisiología básica del acto de mamar. (7)

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia delante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se desplazan rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia delante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y se relaja en forma alternada. (7)Figura 20



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Figura 20 Amamantamiento natural, Odontología para el bebe, Walter 2000.

La tetilla artificial solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el reborde bermellón). Debido al mal diseño, la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción de émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás, y hacia delante del mandíbula es reducido. El mamar se convierte en chupar y con frecuencia debido al gran agujero en el extremo de la tetilla artificial, el niño no tiene que realizar demasiados esfuerzos. (22)

Las tetillas de goma artificiales mal diseñadas y las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodóncicos y pediátricos. Figura 21



Figura 21 Lactancia artificial, Walter 2000

La tetilla artificial ordinaria solo exige que el niño chupe; no tiene que trabajar y ejercitar el mandíbula como lo hace al mamar: con la tetilla la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos. (15)



La tetilla de punta roma con frecuencia aumenta la cantidad de aire ingerido por lo tanto el niño debe ser eructado con mayor frecuencia. (7)Figura 22



Figura 22 Amamantamiento con dispositivo de Dunn, Odontología para el bebe, Walter 2000.

Hablando de la calidad de los alimentos, la función masticatoria, es el estímulo más importante, para un desarrollo correcto, esta función deficiente empieza ya al nacer con la alimentación artificial y prosigue con los modernos utensilios de cocina que hacen también superfluo el último trabajo de masticación. La falta parcial de la función masticatoria conduce a trastornos de desarrollo. (2)

En los últimos años se ha prestado mucha atención al problema de la alimentación por medio de biberones como causa de anomalías dentofaciales. (15)

La lactancia artificial va íntimamente unida a la deglución anormal por la persistencia de la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la lengua entre los bordes alveolares) pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición de los dientes colocando la punta de la lengua en la parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores. (15)



Con el uso de biberones el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y los músculos orales y periciales no actúan normal.

En el niño lactante la actividad es casi exclusiva del orbicular y los músculos mentonianos, ya con la aparición de los dientes se contraen los músculos masticadores. (15) Figura 23



Figura 23 Podemos apreciar el funcionamiento de los músculos al mamar, odontología para el bebe Walter 2000.

El mamar no es sinónimo de succionar, la leche se extrae del pezón y no depende de la succión intrabucal cuando la mandíbula desciende y se mantiene el sellado posterior. La leche no se acumula en el piso de la boca sino que pasa hacia abajo de cada lado de la epiglotis a manera de una corriente continua. (28)

Los extremos libres del paladar blando actúan como válvulas contra el dorso de la lengua por el tensor palatino. (2)

La posición final de los dientes permanentes después de haber entrado en contacto con los antagonistas es provocada por la masticación y así se produce el desarrollo del parodonto. (9)



4.2.4. Succión Digital

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación para el recién nacido; por esta razón el niño se lleva el dedo a la boca. (7)

Aparte del efecto de chuparse continuamente el pulgar, existe otro aspecto que exige consideración.

El hábito de chuparse los dedos y la lengua pueden ser considerados como normales durante el primer año de vida, desaparecerán espontáneamente al final del 2º año de vida, si se presenta atención debida a la lactancia. Figura 24



Figura 24 Niños menores de dos años con hábitos de succión, Odontología para el bebe, Walter 2000.

Después de este tiempo si no se ha omitido, se hablará de un hábito pernicioso; la experiencia ha demostrado que durante los tres primeros años de vida, se limita al segmento anterior. (7)Figura 25

Graber menciona que las causas más relacionadas con este hábito son: lactancia artificial, falta de amor y rechazo por la familia, sentimiento de frustración o inseguridad, atraer la atención, así como la teoría del aprendizaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Figura 25 Ejemplo de cómo la succión digital en zona anterior, odontología para el bebe, Walter 2000.



Moyers menciona que también se desencadena como un dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario y como liberación de tensiones emocionales.

El Dr. Julián R. Acosta menciona que también se observa en los niños aburridos, cansados, enfermos o molestos. (32) Figura 26



Figura 26 Niño con hábito de succión de dedo, Racozi 1992.

El tipo de maloclusión que puede desarrollarse en este hábito depende de una gran cantidad de variables como: la posición del dedo, contracciones musculares orofaciales asociadas, la posición de la mandíbula durante la succión, la morfología esquelética y la duración de la succión. (17)

Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal produce, en muchos patrones de succión una presión negativa dentro de la boca con el resultante angostamiento del arco superior.

Los tipos de maloclusión que se ven en este hábito son la mordida abierta, siendo la más frecuente, reducción de la sobremordida vertical, aumento de la mordida horizontal espacio entre los incisivos superiores, leve apiñamiento o malposición de los incisivos inferiores, protusión, dificultad de la deglución, labio superior hipotónico, y el inferior hiperactivo, desencadena el hábito de lengua, mordida cruzada lateral y/o bilateral (clase II Angle), piso nasal angosto. (7,17)



La retracción postural mandibular puede desarrollarse si el peso de la mano o el brazo ejercen fuerza continua a la mandíbula y esta asume una posición retruida para realizar el hábito. (25)Figura 27

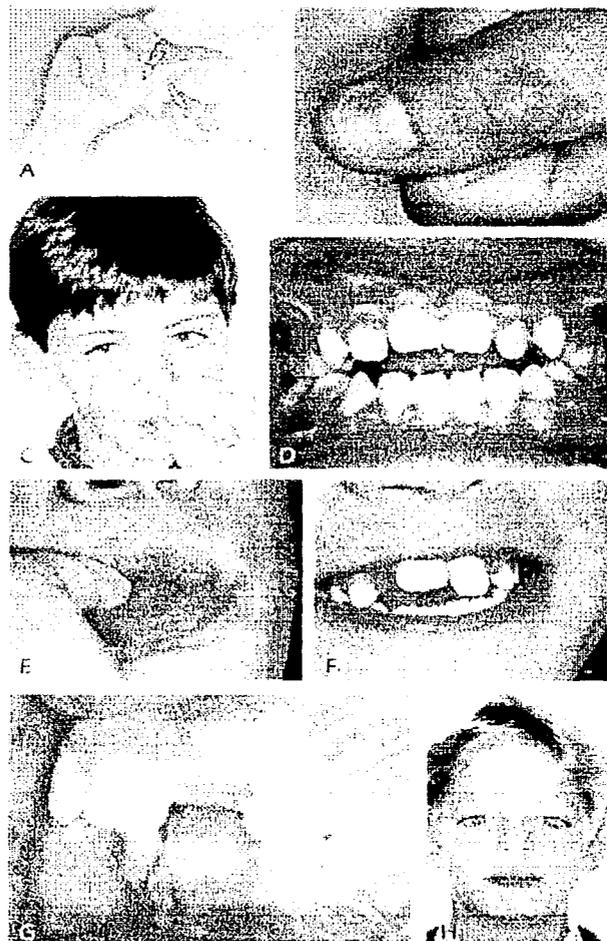


Figura 27 A.- la succión produce protusión, B.- Imagen del pulgar, C y D Succión habitual, E y F succión atípica, G y H en algún niño la protusión se acompaña de retroinclinación, apiñamiento con hiperactividad de la musculatura del mentón.

Problemas Bucodentales en Pediatría, Várela 1998.



4.2.5. Onicofagia

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposición dentaria.

Esto se observa en niños nerviosos, tensos pudiendo estar presente hasta la edad adulta. Con mucha facilidad el desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que es solo síntoma de su problema básico. En general parece ser de más daño en las uñas que en los dientes. (17)Figura 28



Figura 28 Onicofagia, Rakoci 1992

4.2.6. Hábito de Labio

La succión del labio puede aparecer sola o asociarse con la succión del pulgar en casi todos los casos es el del labio inferior el implicado, aunque también se ha observado hábito de mordedura del labio superior. (21,17)Figura 29



Figura 29 Niña con hábito de labio, Villavicencio 1998.

Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y a veces la linguoversión de los incisivos inferiores.

Puede existir simplemente mordedura del labio o succión del mismo. La actividad anormal del labio y la lengua con frecuencia están asociadas con el hábito de dedo. El aumento de la sobremordida horizontal, dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. Cuando un niño succiona su pulgar se desarrolla una actividad muscular de compensación dada por el labio y se acentúa esta deformidad. (17)

Para crear un sellado labial anterior deberá existir una fuerte contracción del orbicular de los labios. (17)

Se ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios. (17)

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia delante contra el segmento premaxilar aumentando la maloclusión. (17)



Con el aumento de la protusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución. Esto significa que ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias. (19)

La musculatura intrínseca de la lengua en funcionamiento actúa como una fuerza ortodóncica intermitente intensa que dificulta la erupción de los dientes y hace que estos se abran como abanico produciendo la mordida abierta. (31)

Muchos niños que chupan el labio inferior o lo muerden reciben la misma satisfacción sensorial obtenida del dedo. Con menor frecuencia adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia delante y chuparse la lengua por la sensación de placer que les proporciona. Al proyectarse continuamente hacia delante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta las porciones periféricas ya no descansan sobre las superficies linguales de los segmentos vestibulares. (11)

4.2.7. Hábito Buccinador

Normalmente, en la posición de descanso existe una especie de equilibrio de las fuerzas musculares intrabucales y extrabucales, con la musculatura bucal y peribucal pasivamente evitando el desplazamiento anterior de los dientes. Por el efecto hidráulico, masa tisular, índice de elasticidad del carrillo y patrón morfogenético contribuyen a lograr el equilibrio total.

El mecanismo del buccinador corre posteriormente hasta el rafe pterigomandibular, donde se entrecruza con fibras del músculo constrictor superior que continúan y se insertan en el tubérculo faríngeo del hueso occipital.



Esto nos conduce directamente a la disfunción sobre los hábitos como elementos causales de maloclusión. (7)

Por lo tanto si existe alguna alteración en el carrillo y que ocasione algún desequilibrio muscular tal vez sea el morder constantemente los carrillos provocará una anomalía dentaria como la compresión de las arcadas y mordida abierta posterior.

4.3. Respiración

La creencia es que los adenoides demasiado grandes obstruyen la vía de aire, causando respiración bucal, obliga a cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

Estas perturbaciones llevan a alteraciones en la forma craneofacial y a la maloclusión, incluyendo una altura mayor en la parte anterior de la cara, paladar angosto y alto, mayor altura en la parte inferior de la cara, mordida abierta y una tendencia a la mordida cruzada. Estos cambios son producidos por compresión, atrofia por mal uso y presión alterada de aire. (2,17)

4.3.1. Respiración Bucal

Son las interferencias de la respiración nasal, que obligan al niño a respirar por la boca, esto trasforma las fuerzas que actúan sobre los procesos alveolares y los dientes alterando su equilibrio, produciendo anomalías dentofaciales. (14,15)

Podemos dividir estas interferencias en:



- 1) Obstáculos respiratorios altos (hipertrofia de amígdalas, pólipos, rinitis, hipertrofia de cornetes, desviaciones del tabique nasal, entre otros).
- 2) Obstáculos respiratorios bajos (hipertrofia de amígdalas palatinas y amigdalitis).

Estos niños presentan la boca abierta, retrognatismos, problemas como gingivitis, caries y problemas relacionados con mucosas reseca, la halitosis es muy frecuente, y son problemas que se van complicando con la edad y con el paso de los años. (25)

Los incisivos superiores se inclinan hacia delante, en vestibuloversión produciendo prognatismo alveolar; la mandíbula se coloca hacia abajo y hacia atrás y los incisivos inferiores sufren una regresión, el labio inferior se coloca entre los incisivos superiores e inferiores y facilita la vestibularización de los superiores.

El labio superior pierde su tonicidad normal y se hace hipotónico, flácido, se hace hacia delante y la parte mucosa se torna más aparente: el labio inferior al estar colocado entre los incisivos superiores e inferiores puede sufrir una hipertonicidad. Cuando pretenden cerrar la boca en estos pacientes se observa una contracción muy evidente de la borla del mentón. (15) Figura 30



Figura 30 Imagen de un respirador bucal, Racozi 1992.



Estos pacientes también presentan paladar ojival, debido a que la presión de los músculos del mecanismo buccinador (mejillas y labios) que no es contrarrestada por la presión de la lengua, ya que esta se coloca más debajo de la mandíbula para propiciar el paso de aire. (9)Figura 31



Figura 31 Paciente respirador bucal, Atlas de ortopedia, 1992.

4.4. Hábito de Lengua

La proyección lingual es característica de la deglución infantil considerada normal para el neonato, pero si persiste cuando empiezan a erupcionar los dientes primarios en el niño la posición de la lengua se vuelve anormal; se refiere que el hábito puede preservar una mordida abierta pero no crearla. (23)Figura 32



Figura 32 Hábito lingual, Atlas de ortopedia, 1992



4.4.1. Deglución

La deglución es una conducta compleja e innata que se observa en el feto. Existe una compleja relación funcional entre la postura mandibular para el mantenimiento de la vía respiratoria, la actividad de la lengua y la abertura del canal alimenticio para el paso de los alimentos, líquidos y saliva. En la mayor parte de las actividades se involucran reflejos que interactúan primero para proteger la abertura de la vía respiratoria y después para cerrarla permitiendo el paso del alimento. (26)

La deglución es el mecanismo por el que el bolo alimentario pasa de la cavidad oral al esófago y llega al estómago. Se divide en tres etapas; la voluntaria u oral, la faríngea y la esofágica o involuntaria. Durante la ingestión su frecuencia aumenta a 190 – 200 degluciones por hora. (24)

- A) Fase voluntaria: esta tiene lugar en la boca, donde el alimento es masticado y mezclado con la saliva, siendo separada una parte del bolo y transportada hacia la hendidura de la mitad de la lengua. La boca se cierra por aproximación de los labios, y la base de la lengua es desplazada suavemente hacia atrás y hacia arriba, estrechando la luz de la orofaringe y comprimiendo el bolo contra la parte anterior del paladar duro y la pared posterior de la faringe, lo que se lleva a cabo por la decisión voluntaria de deglutir a través de la contracción de los músculos estilogloso e hiogloso. El paladar blando se eleva por acción de los músculos palatinos del velo, cerrándose así la nasofaringe. Los músculos constrictores estrechan la hipofaringe a medida que la epiglotis cierra la laringe. A partir de entonces el proceso de la deglución deja de ser voluntario y se convierte en reflejo.



- B) Fase faríngea: es un acto complejo que necesita de la acción de varios músculos. Una vez que el bolo se encuentra en la faringe, se produce la estimulación de los receptores aferentes situados alrededor de la abertura de la faringe, enviando impulsos hacia el centro cerebral de la deglución, situado en el bulbo y en la protuberancia. Este controla la secuencia involuntaria de la deglución, inhibiendo al mismo tiempo el centro respiratorio bulbar, por lo que se interrumpe la respiración. Del mismo modo, se produce una inhibición de los centros de la tos y el vómito, interrumpiéndose también la masticación. Los pliegues palatofaríngeos quedan tensos en su cara interna, impidiendo el paso de bolos grandes. El músculo genihioideo desplaza el hueso hioides y la laringe hacia arriba y adelante. Una vez que la vía respiratoria está protegida, se inicia una contracción peristáltica a nivel del músculo constrictor superior de la faringe, en la porción que contacta con el paladar blando y contribuye al cierre de la nasofaringe. Esta onda peristáltica es conducida hacia abajo a una velocidad de 9 a 25 cm. Entre estos sucesos el esfínter esofágico superior se relaja, permitiendo el paso del bolo y cerrándose después cuando llega la onda peristáltica, que progresa hacia la porción del esófago a una velocidad mucho más lenta de 3 a 4 cm., el alimento es llevado al esófago.
- C) Fase esofágica: comprende el transporte del bolo a través de todo el esófago por acción de la peristalsis normal, lo que viene a durar entre siete y diez segundos. Cuando las ondas contractiles se inician después de una deglución y progresan por todo el esófago, se habla de movimientos peristálticos primarios, si las ondas se inician sin deglución previa, como consecuencia de la distensión del esófago, por el bolo alimentario, se denomina peristalsis secundaria, y constituye un mecanismo importante para desalojar por completo los alimentos deglutidos o el material del reflujo gastroesofágico. Las contracciones terciarias son ondas contractiles no peristálticas que aparecen de forma espontánea o después de la deglución. Este tipo de ondas son poco frecuentes en pacientes sanos. (27)



4.4.1.1 Tipos de Deglución

1. - Visceral o infantil

Esta deglución esta basada en un sistema reflejo incondicional en el cual los músculos faciales y peribucal inician la deglución, la mandíbula esta asegurada contra la lengua y las encías estan separadas por la lengua.

Esta deglución se presenta antes del establecimiento de la oclusión. (8)Figura 33

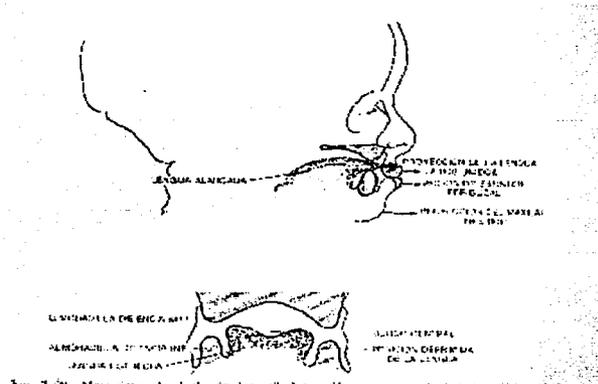
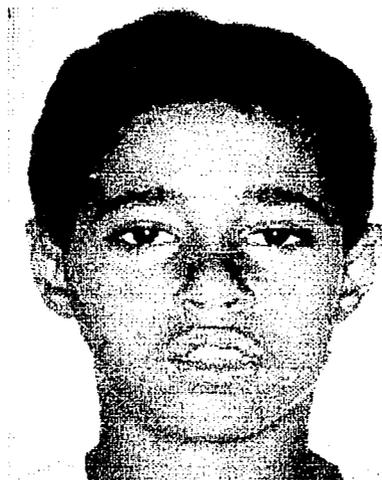


Figura 33 Deglución infantil, Odontología para bebe, Walter 2000.

2.- Deglución adulta o somática

Se presenta con la erupción de los dientes y la salida de los caninos a los 12 años de edad, hay una transición hacia la deglución de dientes juntos. Se presume que estos patrones difieren en que la deglución infantil es dominada por músculo peribucal, faciales y por el séptimo par craneal(N. Facial) y la deglución adulta por músculos del quinto par craneal (N. Trigémino). (8)Figura 34



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 34 Deglución adulta. Atlas de ortopedia 1992,

La persistencia indebida de la deglución, mucho más allá de la época normal, muestra contracciones fuertes de los músculos faciales durante la deglución, mientras la lengua es protuida marcadamente y sostenida entre los dientes, durante los estados iniciales de la deglución. Estos pacientes no tienen rostros expresivos por que los músculos inervados por el séptimo par están siendo usados para el esfuerzo masivo de estabilizar la mandíbula y no para los movimientos delicados de la expresión facial. (8)

La persistencia de la deglución infantil debe diferenciarse de la mordida abierta asociada con una altura desproporcionada de la parte anterior de la cara, "el denominado síndrome de la cara larga".

Las degluciones con empuje lingual que pueden provocar algún tipo de maloclusión, según Moyers pueden ser de dos tipos:



- 1 La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje asociado comúnmente, a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser realizado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con labios durante la deglución. (24)
- 2 La deglución con empuje lingual complejo, muy probablemente está asociada con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis.

Cuando las amígdalas esta inflamadas, la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares faciales agrandados. Para evitar esta situación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición más comfortable.

El dolor y la disminución de espacio en la garganta, precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución, mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante en las fuerzas musculares.

Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada. (17)

Como el mantenimiento de una vía de aire es un reflejo más primitivo y exigente que la deglución madura, esta es condicionada a la necesidad de respirar por la boca. Los maxilares quedan separados durante la deglución para que la lengua pueda quedar en posición adelantada. (17)

Hay un aumento en la deglución con empuje lingual (empuje lingual simple) tanto con la succión del chupete o digital.



Melsen et al, proponen que la deglución con empuje lingual y la deglución con dientes separados favorecen el desarrollo de distoclusión, resalte superior extremo y mordida abierta. (17)

Graber cita que con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta el cierre de los labios correctamente y crea la presión negativa requerida para la deglución normal. Hay proquelia del labio inferior, ya que se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior permanece hipotónico sin función y parece ser corto o retraído, a esta afección se le denomina postura de descanso incompetente del labio. La lengua proyectada hacia delante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos. (7) Figura 35

En la lactancia artificial por la posición y aunado a que está grande el orificio de la mamila, el bebé antepone la lengua para no atragantarse con el líquido. En pacientes con macroglosia y amígdalas grandes o adenoideas sucede lo mismo; así que el hábito de proyectar la lengua hacia delante es una retención del mecanismo infantil. (17)

Las características orales presentes en este hábito son: mordida abierta, distoclusión, proclinación de dientes incisivos inferiores, aumento de la mordida horizontal y proquelia del labio inferior. Por el contrario, el labio superior se encuentra corto e hipotónico, erupción de dientes posteriores y por lo tanto lentamente se elimina el espacio libre interoclusal. (7,17)

Los efectos colaterales que se pueden observar, pueden ser el bruxismo o la bricomania (rechinar los dientes), estrechamiento bilateral de la maxila al descender la lengua en la boca. (7,17)



Figura 35 Podemos apreciar una paciente con sobremordida, por deglución atlas de ortopedia Racozi 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



CAPITULO V PREVENCIÓN

5.1 Odontología Preventiva

La falta de interés que puede percibirse en la profesión odontológica por la Odontología preventiva es sin duda el resultado de factores diversos y complejos, la evaluación de la salud bucal de la población aun en los países más avanzados señala la urgente necesidad de un cambio de orientación.

Para que la profesión pueda responder a los requerimientos crecientes de la población en materia de salud bucal, y satisfacer al mismo tiempo su responsabilidad social, es indispensable que su base filosófica cambie de restaurativa a preventiva esto es particularmente valedero si la profesión admite como debe hacerlo que su objetivo primario es el mantenimiento de los dientes naturales en una boca sana y no el remplazo de las estructuras dañadas.

Entre otras cosas, esta nueva filosofía requiere:

- 1) La institución de una filosofía preventiva en la enseñanza odontológica y en especial en las clínicas de las escuelas odontológicas
- 2) La adopción de una escala de valores odontológicos basada en el concepto de servicio total
- 3) Para el Dentista que práctica habitualmente la preparación de material educativo sobre Odontología Preventiva que es relativamente sencillo, bien planeado teóricamente correcto y más importante aun práctico de modo tal que sus enseñanzas pueden aplicarse sin problemas a la práctica diaria.



5.2 La Prevención en la Práctica Odontológica

Leavell y Clark consideran el concepto de prevención en relación con el individuo y no solamente con la enfermedad o el órgano implicado.

De acuerdo con estos autores el estado de enfermedad puede considerarse gráficamente como una flecha que comienza con la primera desviación del estado de salud y termina con la muerte o incapacidad del órgano.

5.3 Historia Natural de la Enfermedad

Es el "curso que sigue a lo largo del tiempo en ausencia de tratamiento" Leavell y Clark establecen que todas las enfermedades tienen su historia natural y en ella distinguen tres periodos:

- Prepatogénico.
- Patogénico.
- Secuelas o consecuencias.

El periodo prepatogénico se caracteriza por que están presentes los llamados factores de riesgo, que son aquellos factores capaces de favorecer o desarrollar alteraciones.

Existen dos tipos de factores de riesgo:

1 Inmutables: son los hereditarios, biotipo, edad, sexo entre otros no pueden ser modificados, pero deben ser identificados y señalados.

2 Modificables: son los factores que pueden ser modificados como los hábitos, dieta, caries entre otros.



La educación para la salud cumple un papel fundamental en la prevención de las enfermedades así como en el mantenimiento de los individuos en salud.

Los aspectos educativos en la prevención de disgnacias comprenden todas las actividades que tienden a estimular un normal crecimiento y desarrollo.

Las medidas preventivas son las barreras al avance de la enfermedad en las diferentes etapas del ciclo evolutivo, con el fin de detener el curso de la enfermedad y restablecer el equilibrio hacia la salud y las podemos clasificar en tres niveles:

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria

Dentro de esta clasificación en este trabajo nos abocaremos a las dos primeras fases.

5.4 Prevención en Ortodoncia

En Uruguay se realizaron estudios epidemiológicos en dentición mixta y permanente, sobre prevención, en los cuales se demuestra el alto grado de incidencia de maloclusiones en niños en edad escolar que pudieron evitarse por medio de la prevención.

La Escuela de Graduados de la Facultad de Odontología de Uruguay ha desarrollado desde el año 1993, un proyecto de investigación sobre frecuencia de disgnacias y necesidades de tratamiento en función de los distintos grados de severidad de maloclusiones, en niños escolares de las Escuelas Públicas 111 y 172. Este proyecto además propone una estrategia de atención primaria de maloclusiones, enmarcada en un plan integral de asistencia odontológica con programas preventivos educativos y preventivos asistenciales.⁽²⁸⁾



Los actuales conocimientos establecen que muchas disgnacias son producidas por causas que actúan y están presentes en edades tempranas, produciendo alteraciones manifiestas ya en los primeros años de vida. (19) Figura 36



Figura 36 Platicas en escuelas acerca de educación para la Salud. Odontología para el Bebe, Walter 2000.

Es imprescindible el conocimiento de esta situación que posibilita en la práctica odontológica, la detección de los factores de riesgo y el manejo de medidas preventivas. (28)

La ortopedia preventiva es la suma total de esfuerzos por promover, mantener, y/o restaurar un crecimiento y desarrollo normal del niño en el sistema estomatognático ya sea en cuanto a la forma como a la función general y en particular. (19)

La mayoría de los procedimientos preventivos requieren algo de decisión individual, por esta razón es necesario el esfuerzo continuo para promover la educación para la salud dental tanto a nivel social como individual. (28)

5.5 Prevención Primaria

Las maloclusiones según la O.M.S. ocupan el 3er lugar como problema de Salud Bucal. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones



no son de riesgo de vida pero, por su prevalencia e incidencia, son considerados problemas de salud pública.

Los diferentes estudios internacionales y nacionales reflejan una frecuencia de maloclusiones en un porcentaje de 70 al 80% según el estudio en Uruguay.

Estímulos adecuados logran un buen desarrollo y una buena función. La educación para la salud cumple un papel fundamental en la prevención de las enfermedades así como en el mantenimiento de los individuos en salud.

Los aspectos educativos en la prevención de disgnacias comprenden todas las actividades que tienden a estimular un normal crecimiento y desarrollo. (28,19 Figura 37



Figura 37 Conferencia sobre educación para la salud, Odontología para el bebe, Walter, 2000

5.5.1 Información a la Embarazada

Debe ser informada de los aspectos nutricionales en el embarazo, dieta sana, hábitos de higiene, cuidados dentales de la gestante, alimentación del lactante, importancia del amamantamiento, hábitos inconvenientes, importancia de la respiración nasal, del niño desde su nacimiento para evitar trastornos.



La madre debe estar consciente que todo lo que realice y se alimente es de suma importancia en el desarrollo de las estructuras dentarias así como también de las demás estructuras ya que hasta la posición de ella misma y el producto influye.⁽²⁸⁾ Figura 38



Figura 38 Pláticas a madres y futuras madres. Odontología para el bebe, Walter, 2000

5.5.2 Amamantamiento Natural

Es de fundamental importancia promocionar la lactancia materna (amamantamiento) durante el primer año de vida.⁽²⁸⁾

Resaltamos la importancia que tiene para el crecimiento en salud del niño, no solo por las cualidades nutritivas, inmunológicas y afectivas de la leche materna, la cual no puede ser sustituida eficazmente por ningún otro producto natural o de síntesis, sino que también, es importante destacar los estímulos paratípicos que proporciona el amamantamiento para el crecimiento del sistema estomatognático.

Los estímulos del amamantamiento son imprescindibles para el buen desarrollo de las estructuras neuro-musculares, de los maxilares y demás elementos que componen las matrices funcionales del sistema estomatognático y estos estímulos no son posibles de establecer con ningún otro tipo de alimentación que no sea el amamantamiento natural.⁽²⁸⁾Figura 39



Figura39 Niño próximo a ser amantado, Odontología para el bebe, Walter, 2000

5.5.3 Respiración

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Durante el primer año se debe poner especial atención en que la respiración sea de tipo nasal, ya que esto causará un estímulo en las fosas nasales, que a su vez tendrán un efecto en la cavidad oral, importante en el desarrollo de la oclusión. (28)Figura 40



Figura 40 Ejemplo de cómo se busca respiración sea de tipo nasal, Odontología para el bebe, Walter, 2000



5.5.3 Masticación

En el primer año de vida con la erupción de los dientes de la primera dentición se da inicio a una nueva función: la masticación.

El niño comenzará aprender a masticar con el cambio paulatino en la dieta. La introducción de la alimentación sólida estará con relación al concepto de maduración del sistema digestivo, proceso que coincide con la erupción de los incisivos temporales.

Con los incisivos temporales y las almohadillas molares comenzarán a realizarse los movimientos de lateralidad.⁽²⁸⁾

Al año el bebé incorporará una dieta sana y equilibrada que debe estar integrada por alimentos que promuevan el empleo, con más energía, de su dentición en desarrollo, para que favorezca el desarrollo eficaz de los movimientos laterales.

A los 2 años es imprescindible que en la dieta se hayan incorporado alimentos que exijan funciones de corte y aplastamiento. Las siguientes etapas de la erupción dentaria conducirán al establecimiento de las pautas funcionales de la dentición temporal, vitales para el desarrollo de una oclusión funcional en edades posteriores.⁽²⁸⁾

No hay función eficaz sin un crecimiento de la dieta, la mamá y la familia deben conocer la importancia en estas edades, de incorporar a la dieta alimentos más duros y secos, que propician un buen funcionamiento del sistema dentario.⁽²⁸⁾



El resalte y la sobremordida pueden limitar las excursiones laterales, por lo tanto debemos insistir en evitar los hábitos nocivos, como ser: respiración bucal, succión digital, mordisqueo de objetos, entre otros. (19)Figura 41



Figura 41 Niña masticando, Odontología para el bebe, Walter, 2000.

5.5.5 Deglución

La dieta cumple un papel importante en la deglución el estímulo de los alimentos, en cuanto a sabor y consistencia, contribuyen a la maduración de la función de deglución. La maduración neuro muscular del sistema estomatognático conduce a la deglución adulta.

La deglución es una conducta compleja e innata que se observa en el feto. Existe una compleja relación funcional entre la postura mandibular para el mantenimiento de la vía respiratoria, la actividad de la lengua y la abertura del canal alimenticio para el paso de los alimentos, líquidos y saliva. En la mayor parte de las actividades se involucran reflejos que interactúan primero para proteger la abertura de la vía respiratoria y después para cerrar la vía respiratoria y permitir el paso del alimento hacia el canal alimenticio.(26)



La deglución es el mecanismo por lo que el bolo alimentario pasa de la cavidad oral al esófago y llega al estomodeo. Se divide en tres etapas: la voluntaria u oral la faríngea y la esofágica o involuntaria. Durante la ingestión su frecuencia aumenta a 190 – 200 degluciones por hora.⁽²⁷⁾

5.6 Las Tareas Educativas

En la prevención de disgnacias incluirán el conocimiento de la dentición primaria, su importancia y sus funciones, así como la protección específica de caries, control de placa, cepillado, control de dieta, ingesta de fluoruro.

Se debe alertar a los padres sobre la importancia de evitar pérdidas prematuras de dientes temporales. Informar sobre la secuencia y cronología dentaria, en especial sobre la erupción del 1er molar permanente.⁽²⁸⁾

Se necesitan distintas políticas de educación para la salud bucal, promover salud dental en ortopedia por medio de medidas apropiadas en los centros materno-infantiles, centros obstétricos, centros de atención prenatal, personal de maternidades, guarderías, así como también en los programas escolares y docentes.⁽²⁸⁾

La educación es más efectiva cuando está integrada a los planes curriculares en las etapas de formación de los individuos. En la etapa escolar podemos establecer que educación es informar, enseñar y motivar.⁽²⁸⁾



Para que los esfuerzos educativos sean más eficaces se los debe adaptar a las necesidades individuales tomando en cuenta el sistema de valores de cada individuo y cual es la motivación que pueda resultar más atractiva. El resultado exitoso de un programa de Odontología preventiva debe ser un cambio en la conducta y no simplemente un cambio cognoscitivo que sería la mera adquisición de conocimientos teóricos.(28)

El control en la salud de los niños es también responsabilidad de los odontólogos que deben integrar el equipo de salud desde el nacimiento del niño o aún antes trabajando con la madre embarazada. (19)Figura 42



Figura 42 Instrucción a la madre, Odontología para el bebe, Walter, 2000.

5.7 Control en Salud

El niño debe asistir a la visita odontológica cada 6 meses desde el nacimiento éste control en salud es el que posibilita la prevención más efectiva trabajando para la salud y no solo evitando la enfermedad.

El odontólogo debe estar capacitado para:



- Implementar medidas que promuevan la normalidad funcional en la dentición temporal, mixta y permanente para un crecimiento, y desarrollo adecuado.
- Evaluar la influencia de los factores externos sobre el proceso de desarrollo de la oclusión.
- Detectar los factores de riesgo en cada etapa del periodo de crecimiento y maduración y el control de los mismos. (28)Figura 43



Figura 43 Atención dental a un niño, profilaxis y aplicación de fluoruro, Odontología para el bebé. Walter, 2000.

Los siguientes son algunos ejemplos de los factores de riesgo que deben ser controlados para evitar que interfieran en el proceso normal evolutivo del individuo:

- La lactancia materna por periodos menores a tres meses.
- La respiración bucal.
- Los hábitos de succión digital u otros.
- Dietas cariogénicas, dietas insuficientes en calidad, cantidad y/o consistencia.
- Actitudes posturales incorrectas.
- Masticación inadecuada.
- Caries.
- Pérdidas prematuras de dientes temporales.



Es importante diagnosticar los padecimientos anteriormente mencionados tempranamente para establecer el tratamiento precoz adecuado, que permite revertir el proceso de crecimiento alterado, eliminando o minimizando la necesidad de tratamientos complejos en etapas posteriores. (28)

Por ejemplo: Las mordidas cruzadas posteriores en dentición temporal, debidas a una desviación mandibular por contactos prematuros, deberán ser tratadas inmediatamente después de su diagnóstico.(28)

Si no se corrige la desviación mandibular puede producirse una modificación indeseable del crecimiento, una compensación dental que provoque posteriormente una asimetría verdadera y patrones funcionales potencialmente perjudiciales así como disfunciones en la articulación Temporo Mandibular (ATM).

Moyers reconoce que muchas alteraciones oclusales consideradas de origen genético o desconocido tengan sus inicios por alteraciones neuromusculares en edades tempranas.(28)

Ortopedia y Ortodoncia no significan exclusivamente tratamientos estéticos, o alienaciones dentarias, sino que su acción abarca sistema estomatognático como unidad biológica y funcional.

En el sistema estomatognático pueden manifestarse alteraciones durante todo el período del crecimiento y desarrollo, por causas genéticas, adquiridas, generales y locales.



El crecimiento y desarrollo es un proceso dinámico, dialéctico en constante cambio, y es en este marco en que se desarrollan las actividades preventivas de nuestra disciplina. (28)

Consideramos que todos los programas preventivos y comunitarios de Salud Bucal deben incluir la prevención de disgnacias.

Los conceptos expuestos anteriormente son el marco general que proponemos, para desarrollar planes preventivos de disgnacias que contribuyan a disminuir la necesidad de tratamiento ortodóncicos en los jóvenes. (28) Figura 44



Figura 44 Niño después de su tratamiento, Odontología para el bebe, Walter, 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



5.8 Prevención Secundaria

Los resultados de los levantamientos epidemiológicos en dentición mixta señalan como patologías más prevalentes:

- * Mordidas cruzadas posteriores uni o bilaterales
- * Apiñamientos inferiores
- * Mordidas abiertas
- * Mordidas cruzadas anteriores
- * Distorelaciones

Muchas de estas patologías ya están presentes o son predecibles en la primera dentición. Es importante diagnosticarlas tempranamente para establecer el tratamiento precoz adecuado, que permite revertir el proceso de crecimiento alterado, eliminando o minimizando la necesidad de tratamientos complejos en etapas posteriores.

Por ejemplo: Las mordidas cruzadas posteriores en dentición temporal, debidas a una desviación mandibular por contactos prematuros, deberán ser tratadas inmediatamente después de su diagnóstico.

Si no se corrige la desviación mandibular puede producirse una modificación indeseable del crecimiento, una compensación dental que provoque posteriormente una asimetría verdadera y patrones funcionales potencialmente perjudiciales así como disfunciones en la Articulación Temporo Mandibular. (28)



5.9 Prevenir Disgnacias

Significa:

- Tener conocimiento y manejo de las distintas etapas del crecimiento, desarrollo y maduración normal del niño en general y del Sistema Estomatognático en particular.
- Detectar y controlar oportunamente los factores de riesgo.
- Diagnosticar las alteraciones en forma precoz y realizar tratamientos tempranos.

Esto supone una intervención oportuna y eficaz para restablecer la normalidad en la evolución individual de la oclusión. (28) Figura 45



Figura 45 Odontología para el bebé, Walter, 2000.



CAPÍTULO VI

ELABORACIÓN DE UN FOLLETO

6.1 Definición de Folleto

FOLLETO: Publicación no periódica que por su escaso número de hojas no llega a constituir un libro. El número mínimo de páginas es de 5 pero pueden pasar a más de 48 sin contar la carátula.

6.2 Criterios generales para la elaboración de un folleto.

Para preparar las notas de un folleto el estudiante deberá revisar personalmente la portada interior, la página de registro de derecho de autor que normalmente aparece al reverso de esta, la última hoja o la última página.

Si la obra consta de dos o más volúmenes, es necesario examinar personalmente cada uno de ellos.

La información esencial, para las notas de folletos es la siguiente:

1. Nombre o denominación del autor
2. Título y subtítulo
3. Nombre del editor, traductor, copilador
4. Número de volumen, si desea citar uno o lo que pertenece a un juego de dos o más
5. Número de volumen con que cuenta la obra



CAPÍTULO VI

ELABORACIÓN DE UN FOLLETO

6.1 Definición de Folleto

FOLLETO: Publicación no periódica que por su escaso número de hojas no llega a constituir un libro. El número mínimo de páginas es de 5 pero pueden pasar a más de 48 sin contar la carátula.

6.2 Criterios generales para la elaboración de un folleto.

Para preparar las notas de un folleto el estudiante deberá revisar personalmente la portada interior, la página de registro de derecho de autor que normalmente aparece al reverso de esta, la última hoja o la última página.

Si la obra consta de dos o más volúmenes, es necesario examinar personalmente cada uno de ellos.

La información esencial, para las notas de folletos es la siguiente:

1. Nombre o denominación del autor
2. Título y subtítulo
3. Nombre del editor, traductor, copilador
4. Número de volumen, si desea citar uno o lo que pertenece a un juego de dos o más
5. Número de volumen con que cuenta la obra



6. Número de edición es posterior a la primera
7. Título de la serie especialmente estar numerada
8. Lugar de la publicación de preferencia nombre de la ciudad
9. Nombre o denominación del editor
10. Año del último registro de derecho de autor si coincide con el de la publicación seguido del registro mencionado (8)

6.2.1 Redacción de un Folleto

La redacción esta íntimamente ligada a la composición, la redacción de un escrito deberá presentar en un etilo adecuado es decir el que corresponde al tipo de trabajo. Un buen estilo requiere unidad, claridad, precisión y sencillez.

Sobre la redacción no existe norma fija, pero se tomaran algunas consideraciones la respecto. (33)

Redactar es poner algo por escrito, para hacerlo con claridad y precisión es necesario conocer las reglas gramaticales del idioma en el cual se escribe, evitando errores de sintaxis y ortografía. Un buen escritor no amplifica es decir no se alarga innecesariamente, en la frase se coloca cada verbo o adverbio en un lugar, evita el exceso de adjetivo de tipo vulgar. La redacción de un folleto se perfecciona hasta lograr un escrito definitivo. (3)



Consejos de utilidad para una buena redacción:

1. Que el escrito sea comprensible al lector común, salvo temas muy especializados
2. Debe escribirse con la mayor sencillez y precisión, evitando las palabras innecesarias, como también el uso de voces o giro no aceptados por la academia de idioma en que se escribe. Debe usarse palabras cortas de una, dos o tres sílabas.
3. Buscar continuidad del tema.
4. Evite párrafos demasiado largos, como también demasiado breves
5. No debe usarse todo tipo de abreviatura, salvo la aceptada siempre y cuando convenga.

6.2.2 Composición del Folleto

En la acción de componer la parte que integran el contenido de un folleto, una vez que se ha recolectado el material necesario y los recursos económicos se procede a la composición del trabajo.

La composición de una obra se inicia con la composición del esquema, por lo cual no hay que escatimar esfuerzo para el logro de un esquema adecuado y que coincida con el propósito del autor.

Es necesario al componer una obra tener definido el propósito u objetivo a seguir para no defraudar al lector el cual debiera estar en mente de quien escribe. (33)



Una buena composición deberá tener las siguientes características:

1. - Dominio del tema: Quien escribe deberá conocer a fondo la materia sobre lo cual trata, y sus posibles relaciones con otras materias, la seguridad de una composición depende exclusivamente del dominio del tema por parte de quien escribe. También implica el conocimiento de otro tema por parte de quien los escribe
2. - Corrección del tema: Depende del dominio del mismo, evítese abordar el tema presentando rodeos, éste debe concretarse lo antes posible. Concretar quiere decir tratar un tema con exclusión de otros. Concretar una idea es reducirla al aspecto más importante
3. - Organización: La organización es un tema que consiste en presentar la exposición de ideas de un orden lógico.

Para lograr una buena organización debe seguirse finalmente el esquema y no tratar ideas que no correspondan a lo enunciado por éste

6.2.3 Revisión del Folleto

Todo trabajo, antes de ser publicado o entregado a quien corresponde, debe ser revisado detenidamente. Toda idea emitida por el autor es su responsabilidad, por tal razón para evitar algún error es necesario hacer una revisión consciente y detallada. (33)

La revisión es tarea del autor del trabajo. En ciertos casos y para una mejor revisión debe consultarse a otras personas versadas en el tema. (33)



CONCLUSIONES

Creemos que es necesario el ampliar el conocimiento del Cirujano Dentista de práctica general y el especialista, así como también a los niños, jóvenes, padres de familia y sociedad en general, sobre que son los hábitos, como influyen en la maloclusión de los niños; como puede ser detectados y prevenidos, todo esto en un trabajo de equipo entre padres y profesionales.

Ya que estos en ocasiones pasan desapercibidos tanto para los Cirujanos Dentistas, tal vez por desconocimiento, o descuido, como a los padres por las mismas circunstancias, por ello su importancia, ya que pueden ser corregidos y detener sus efectos si son detectados a tiempo.

Por lo que es de importancia para nosotros el haber realizado un folleto que sirva de apoyo tanto a padres como Cirujanos Dentistas de práctica general.

A través de la historia a los Cirujanos Dentistas se nos tacha de que solo vemos caries y colocamos amalgamas; pero ya es el momento en que debemos demostrar a la sociedad que somos capaces de detectar y tratar otros tipos de patologías, es por lo cual debemos de tomar de especial atención que desde hace mucho tiempo ya se han observado las maloclusiones; es por eso que debemos de estar comprometidos a diagnosticarlas e informarles a los pacientes de sus etiologías y lo más importante como evitar que se presenten ya que de esta forma el paciente y nosotros lograremos mejores resultados.

Debemos entender que la prevención en Odontología es la mayor responsabilidad que tenemos ya que si a un paciente no le damos las debidas indicaciones es como si no se hubiera atendido, y si le damos pláticas y orientación mantendremos por más tiempo su salud, evitaremos algunas patologías, de esta



forma nos iremos quitando la etiqueta de que los pacientes solo acuden a la atención cuando algo les duele, esto cada vez es menos frecuente ya que el paciente llega a pedir tratamiento, por estética y función.

Todo esto lo realizaremos a través de planeación, e implementación de programas de salud, para que de esta forma se logre un avance en nuestra profesión diaria, creando una nueva cultura y educación.

Debemos admitir que como Cirujanos Dentistas de práctica general estamos preparados para detectar y diagnosticar los hábitos dañinos, pero a su vez en ocasiones no tenemos la suficiente preparación, para corregir o al menos detener los efectos, debemos reconocer cuando el tratamiento esta fuera de nuestras manos, y así ser honestos con nosotros mismos y con el paciente, para poder remitirlos al especialista indicado, así el paciente nos lo agradecerá y estará satisfecho logrando con esto un tratamiento correcto.

Concluyendo coincidimos en que a través de difusión y propagación de métodos preventivos con el propósito de preparar y dar a conocer los tipos de maloclusiones, se podrá reducir las mal posiciones que hoy en día afectan a miles de niños y adolescentes, podemos decir que en la Odontología la prevención marca, la diferencia entre un tratamiento exitoso o un fracaso, ya que como en todas las cosas, los pequeños detalles son los que nos hacen más exitosos.



PROPUESTAS

- 1- Se propone que este folleto sea impreso y distribuido con apoyo de la Universidad y la Facultad de Odontología, esto puede ser desde que se realice la historia Clínica.
- 2- Distribución del folleto en las Clínicas Periféricas y de Odontopediatría de la Facultad de Odontología.
- 3- Mostrar y dar a conocer el folleto a los padres de familia mediante pláticas y conferencias.
- 4- Elaborar posters y carteles acerca de hábitos y colocarlos dentro de las clínicas y pasillos de atención en la Facultad de Odontología.
- 5- Dentro de los cursos de Ortodoncia y Odontopediatría, dar una mayor importancia a la detección de hábitos.
- 6- Implementar foros, acerca de cómo son los hábitos, como influyen en cavidad oral y cómo detectarlos, dirigidos a los alumnos de la Facultad de Odontología.
- 7- Realizar brigadas a escuelas en las que se informará sobre medidas preventivas así como educación para la salud, no solo de caries sino también de maloclusiones provocadas por hábitos.
- 8- Realizar encuestas en las clínicas Perifericas de la Facultad de Odontología, acerca de la comprensión y efectividad del folleto.
- 9- Realización de planeación de programas de prevención de maloclusiones en zonas marginadas, de las cuales se canalizarían los pacientes a la Facultad o Clínicas Periféricas.

Todas estas propuestas son hechas basadas en la idea de que si se llegaran a realizar, sea a largo, mediano y corto plazo según las posibilidades de la Facultad de Odontología y la Coordinación de Ortodoncia.



BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- ANGLE, H. Edward., "Maloclusión of the teeth", 7ª edición, EU: Philadelphia, 1907, p.p. 172-185.
- 2.- BERSFORD-WALTHER. "Ortodoncia Actualizada", 2ª edición, Argentina: Mundi, 1972.
- 3.- CORDOBA RODRIGO, "Elaboración de Folletos Educativos Dirigidos a Pacientes" 3ª edición, México D.F.: PAPPS, 1999
- 4.- DE NOVA, García M. J., Planells del Pozo P., Martín Ferrer JM., Manzanque A., Barberia Leache E, moreno González J.P. "Succión Digital: Factor Etiológico de Maloclusión" Odontología Pediátrica., 1993 2(2): 85-91.
- 5.- FINN, S.B., Odontopediatría Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de todas las Enfermedades del Niño y el Estudiante"., 9ª edición, Argentina Buenos Aires: Bibliográfica, 1957.
- 6.- FINN, S.B. "Odontología Pediátrica", 9ª edición, México: Interamericana, 1980.
- 7.- FINN, S.B. "Hábitos Bucales Infantiles, en Odontología Pediátrica", México: Interamericana, 1982.
- 8.- GARZA MERCADO, "Manual de Técnicas de Investigación". 2ª edición México: Limusa, 1988.
- 9.- GRABER, T.M. "Ortodoncia Teoría y Práctica", 2ª edición, México: Interamericana, 1983.
- 10.-GRABER, Thomas M, Rakosi, "Ortopedia Dentofacial con Aparatos Funcionales." 2ª edición, México: Harcourt, 1993-1995.
- 11.-HAUPI, "Ortopedia Funcional de los Maxilares". 3ª edición Buenos Aires, Argentina: Mundi, 1969.
- 12.-HOTZ, R. "Ortodoncia en la Práctica Diaria" 2ª edición, Barcelona España: Científico- Médico, 1974.
- 13.-KATAGIRI, GARCILAZO, BALLESTEROS, "Ortodoncia Interceptiva" 1ª edición, México: Trillas, 2001.
- 14.-LANGMAN, "Embriología Médica" 7ª edición Argentina: Panamericana, 1996.



- 15.-LARSSON, E F, DHALIN K G. "The Prevalence and the Etiology of the Initial Dummy-and-Finger-Sucking Habit" Am. J. Orthod, 1985.
- 16.- Mc DONALD, KATZ Y COL, "Odontología Preventiva en Acción, 3ª edición, México: Manual Moderno, 1987.
- 17.- MAYORAL, J. ET AL, "Ortodoncia Principios Fundamentales y Práctica", 1ª edición Barcelona: Labor, 1982.
- 18.-MOORE KEITH L. "Embriología Clínica", 2ª edición México: Interamericana, 1975.
- 19.-MORRIS, M BRAHAM R., "Hábitos Orales y su Manejo en Odontología Pediátrica", 3ª edición, Buenos Aires: Panamericana, 1984.
- 20.-MOYERS, R.E., "Manual de Ortodoncia", 2ª edición, Buenos Aires: Mundi, 1980.
- 21.-MOYERS, R.E. "Manual de Ortodoncia para el Estudiante y el Odontólogo General", 1ª edición, Buenos Aires: Mundi, 1976.
- 22.-PROFFIT, W. R. "The etiology of the Orthodontic Problems", In: proffit fields W.R HW (Eds). Comtemporany orthodontics, 2ª Editions., St Louis: Mosby, 1993.
- 23.-PROFFIT. "Ortodoncia Teoría y Práctica", 2ª edición, Mosby, 1996.
- 24.-PROFFIT, William R., "Contemporary Ortodontics", The C.V. Mosby, 1985.
- 25.-PINKHAM, "Odontología Pediátrica", 3ª edición, México: Interamericana, 1999.
- 26.-PLANELL, del Pozo, P.N. et. al., "Hábito de Interposición Lingual en el Paciente", Planel, septiembre, 1997.
- 27.-RACOZI, T. "Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnóstico", 1ª edición, Barcelona: Masson-Salvat, 1992.
- 28.-RAMFJORD, Sigurd Major., "Oclusión", 4ª edición México: Interamericana ,1996
- 29.-ROBERT BERKOW, "Manual Merk de Diagnóstico y Terapéutica", 9ª edición Mosby, 1996.
- 30.-OHANIAN, MARÍA, "Fundamentos y Principios de la Ortopedia Dentó-Maxilofacial", Montevideo Uruguay: Actualidades Médico Odontológicas, Latinoamericana, 2000.



31.- SARABIA, Aguilar, J. "Ortodoncia y Ortopedia Maxilar. Fundamentos Científico y Evolución". 1ª edición México: UNAM, 1988, p.p.1-9.

32.-TABER'S, "Diccionario Médico Enciclopédico". 3ª edición, México: Manual Moderno, 1997.

33.-TAMAYO TAMAYO, "Metodología Formal de la Investigación Científica", 1ª edición México D.F.: Limusa, 1990.

33.- VILLAVICENCIO, José, "Ortopedia Dentofacial. una Visión Multidisciplinaría". Colombia: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas, 1997.

34.-VINCENT DE ANGELIS, "Embriología y Desarrollo Bucal". 1ª edición, México: Ortodoncia, 1978.

35.-WALTERS, "Odontología para Bebés". 1ª edición Buenos Aires Argentina: Interamericana, 2000.

34.-Internet:

[www.gacetadental.com.octubre2001](http://www.gacetadental.com/octubre2001)

www.AMOM.com

www.medynet.com

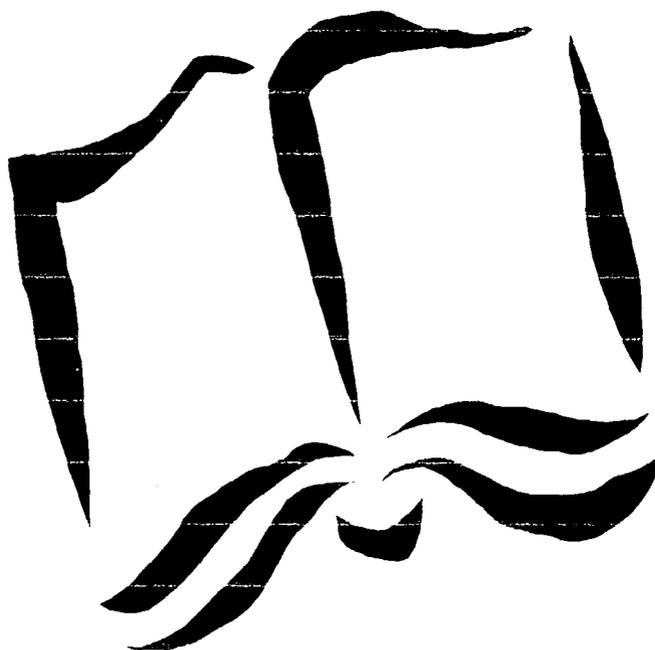
www.prevenir.com/articulos/ptes/succión.html

www.prevenir.com/articulos/ptes/dientes.de.leche.html

www.odon.edu.uy/ptedis01.htm



Debido a la estructura de este trabajo, el folleto se coloca de forma horizontal y paginas discontinuas, cuando su estructura es de forma vertical a tamaño media carta, cuenta con numeración adecuada y progresiva.



U.N.A.M.

DR. JUAN RAMÓN DE LA FUENTE
Rector

LIC. ENRIQUE DE VAL BLANCO
Secretario General

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MTRO. JOSE ANTONIO VELA CAPDEVILA
Director

MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ
Secretario General

MTRO. ENRIQUE ECHEVARRÍA Y PÉREZ
División de Estudios Profesionales

C.D. LEONOR OCHOA GARCÍA

C.D. MARIO HERNÁNDEZ PÉREZ

C.D. JAVIER LAMADRID CONTRERAS

C.D. SAÚL DUFOO OLVERA

PASANTES:

FIDEL FLORES GERÓNIMO

JULIÁN MAYO TORRES

**Universidad Nacional Autónoma
de México**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
División de Estudios Profesionales
Coordinación de Ortodoncia
Licenciatura

*Folleto Informativo sobre hábitos
que originan maloclusiones
(malposiciones dentarias)*

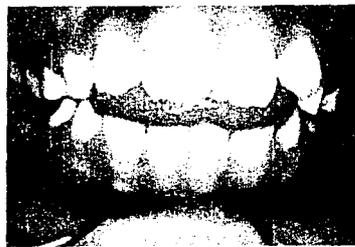
Octubre 2002

Estimados Padres de Familia:

La UNAM en una labor conjunta de la Facultad de Odontología y la Coordinación de Ortodoncia elaboraron este folleto con el propósito de que los padres de familia y la sociedad en general, conozcan cuales son las principales causas que originan maloclusiones (malposición dentaria), así como detectar en el niño la práctica de hábitos nocivos que dañan la posición correcta de sus dientes.

HÁBITO DE LENGUA

La proyección de la lengua es característica de la deglución infantil considerada como normal para el recién nacido, pero si persiste cuando empiezan a erupcionar los dientes de la primera dentición en el niño, la posición de la lengua se vuelve anormal, pudiendo este hábito preservar una mordida abierta pero no crearla.



POSTURAS ANORMALES

Las personas con posturas defectuosas la mayoría de las veces también muestran una posición postural indeseable de la mandíbula. La persona que se mantiene derecha y erecta, con la cabeza bien colocada, va a mantener su mentón adelantado. El hábito de dormir sobre una mano o sobre el brazo causaría mordida abierta.



¿QUÉ ES UN HÁBITO?

Es la costumbre o tendencia a repetir ciertos actos, inicialmente es un acto voluntario que se vuelve inconsciente cuando se arraiga

CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS

Normales.- Son los de funciones como la posición correcta de la lengua, respiración, deglución adecuada y el uso normal de los labios para hablar.

Dañosos.- Son aquellos que ejercen presiones negativas contra los dientes como los hábitos de boca abierta, morderse los labios y succión de dedo.

LACTANCIA MATERNA

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para succionar, constituyendo esto su comunicación con el mundo exterior. En la lactancia materna, las encías se encuentran separadas y la lengua es llevada hacia delante, a manera de un émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se desplazan hacia abajo, arriba, adelante y atrás.



Los incisivos superiores se inclinan hacia delante y los inferiores hacia adentro permitiendo que la lengua se coloque entre ellos, dando al paciente un aspecto de retraso.



RESPIRACIÓN BUCAL

Las interferencias de la respiración nasal son las que obligan al niño a respirar por la boca, presentando la boca abierta, inflamación de las encías, caries, mucosas resacas y mal aliento; problemas que se van complicando con la edad y el paso de los años



LACTANCIA ARTIFICIAL

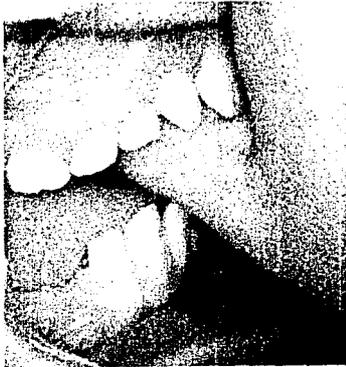
Los biberones con chupones de goma mal diseñados y técnicas dañinas de lactancia causarán muchos problemas ortodóncicos, ya que el chupón solamente exige que el niño succione y no tiene que trabajar y ejercitar la mandíbula, ya que la leche es casi arrojada a la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por la lengua.



SUCCIÓN DIGITAL

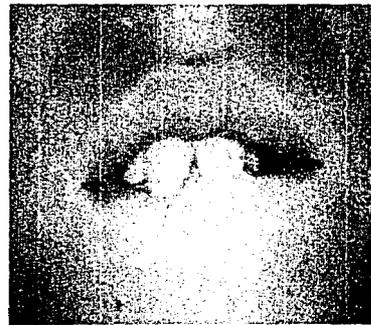
La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación para el recién nacido, por esta razón el bebé se lleva el dedo a la boca.

El hábito de chuparse los dedos puede ser considerado normal durante el primer año de vida, desapareciendo espontáneamente al segundo año.



SUCCIÓN DE LABIO

En casi todos los casos es el labio inferior el implicado aunque también se han observado hábitos de mordedura de labio superior. Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la giroversión de los dientes hacia fuera.



ONICOFAGIA

Es el hábito de morderse las uñas, se observa con mayor frecuencia en niños nerviosos, tensos, pudiendo perdurar hasta la adolescencia y la edad adulta.

Con mucha facilidad un desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que este hábito.

Son múltiples las causas más relacionadas con este hábito como: lactancia artificial, falta de amor, rechazo por la familia, inseguridad, atraer la atención, sentimiento de frustración, pero en la actualidad es reconocido como un hábito infantil.

