



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA
TESINA DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ODONTÓLOGO

TEMA:
“HÁBITOS DE PROTRACCIÓN LINGUAL Y SU
RELACIÓN CON LA MORDIDA ABIERTA, EN NIÑOS
DE 8 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA SIMÓN BOLÍVAR
DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO
ACADÉMICO 2012 – 2013”

AUTORA:
JHENNY VICTORIA ARIAS ESCOBAR

TUTOR:
Dr. Eduardo Pazmiño
RIOBAMBA – ECUADOR

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE OCONTOLOGÍA

Aceptación del Tribunal:

El tribunal de Tesina certifica que el trabajo de investigación: **“HÁBITOS DE PROTRACCIÓN LINGUAL Y SU RELACIÓN CON LA MORDIDA ABIERTA, EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA SIMÓN BOLÍVAR DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERÍODO ACADÉMICO 2012 - 2013”**, de responsabilidad de la señora egresada: Jhenny Victoria Arias Escobar, ha sido prolijamente revisado por los Miembros de Tribunal de Tesina, quedando autorizada su presentación para la defensa pública.

Por lo consiguiente firman:

Dra. Katty Llori
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Eduardo Pazmiño
TUTOR ACADÉMICO

Dr. César Rodríguez
TUTOR METODOLÓGICO

DERECHO DE AUTORIA

Yo, Jhenny Victoria Arias Escobar soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

AGRADECIMIENTO

En un corazón lleno de gratitud no existen las palabras para expresar el sentimiento de agradecimiento a familiares, amigos y seres especiales que han compartido esta dicha tan especial.

Es importante agradecer las bendiciones que cada día un ser supremo nos envía desde cualquier lado de nuestro entorno para cuidarnos, guiarnos y seguir el camino del bien, gracias infinitas DIOS por estar a mi lado siempre y amarme tanto como solo tú lo puedes hacer.

Gracias a mi esposo e hijos que sacrificando su tiempo en familia han soportado con mucho amor largas horas de ausencia de su esposa y madre.

Gracias a la Universidad Interamericana del Ecuador, una institución nueva que acogió a miles de estudiantes con todo el deseo de aprender y soñar con una profesión tan hermosa como la ODONTOLOGÍA, y que pese a ser cerrada, demostró que sus alumnos estaban capacitados y preparados para competir con las demás universidades del país.

Y por último un agradecimiento infinito a la Universidad Nacional de Chimborazo en la persona del Doctor Eduardo Pazmiño, docente de la institución por haber aceptado ser mi tutor de este trabajo investigativo y que haya tenido el éxito esperado y de esta manera culminar la carrera.

Mil gracias a todos y que Dios los bendiga siempre.

Jhenny Arias Escobar

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a todas las personas que me han apoyado directa e indirectamente en el desarrollo del mismo; pero a quienes realmente ofrezco este compromiso es a mis hijos BRYAN FRANCISCO, VIVIANA KAROLINA, JAMMY SABRINA Y NICOLÁS ALEJANDRO, a mi esposo y compañero LUIS FRANCISCO ALDAZ HERRERA quienes con todo con su amor, sacrificio, paciencia y lealtad no se han alejado de mi lado ni un solo instante.

A mis padres CARLOS HERMINIO Y ANGÉLICA EDELINA, por la vida entregada en cada uno de mis metas alcanzadas, a mis hermanos JHONNY WALTER Y WASHINGTON HERMINIO que a más de darme su apoyo han sido mis mejores amigos en toda mi vida.

A mis maestros que han aportado en el desarrollo de mi carrera con sus conocimientos y guía para lograr este sueño tan anhelado.

A mis compañeros, amigos de aula que día a día lográbamos alcanzar un peldaño más de esta escalera tan grande al éxito de una profesión tan hermosa la ODONTOLOGÍA.

Por último quiero dedicar este trabajo a todos quienes forman parte de la Universidad Nacional de Chimborazo quienes nos abrieron sus puertas para culminar nuestro sueño, ser ODONTÓLOGOS al servicio de la comunidad.

Jhenny Arias Escobar

RESUMEN

La mal posición dentaria conlleva a que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de mal oclusión dentaria. La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores y que generalmente se manifiestan en los incisivos, pero también se la puede encontrar en la zona posterior o una combinación de ambas. Existen diversos factores etiológicos que deben ser bien analizados para lograr un buen diagnóstico y tratamiento.

El propósito de esta investigación fue dar a conocer el origen de la mordida abierta mediante historias clínicas, modelos de estudio, fotografías y radiografías laterales, la misma que permitió identificar la causa más común en la población estudiada.

Se seleccionaron 15 niños de entre 8 y 12 años de edad de la Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba, correspondientes al año lectivo 2012 – 2013, de los cuales el 40% pertenece al sexo femenino y el 60% al sexo masculino.

Se pudo identificar que los hábitos parafuncionales determinan el tipo de mordida de los pacientes, es así que el 20% de niños analizados presentaron mordida abierta por onicofagia, el 20% succión digital, el 40% respiración bucal, y el 20% restante por protracción lingual.

Se encontraron varias etiologías para la mordida abierta en el 100% de los casos analizados. El 87 % del total de la muestra presentó mordida abierta en la región central (incisivos) y el 13% en la zona lateral (premolares).

Por lo que se concluye que las mordidas abiertas se presentan por diferentes tipos de hábitos propios en la edad escolar y que es importante tomar en cuenta estas costumbres que tienen nuestros niños, corregirlos y evitarlos, tomar en cuenta el tiempo de recambio de piezas dentarias ya que de esta manera evitaremos que en lo futuro se compliquen y formen parte de verdaderas mordidas abiertas o esqueléticas.

ABSTRACT

The tooth bad position leads to the upper and lower teeth do not articulate, fit or engages normally, and therefore it causes dental bad occlusion. Open bite responds to a clear lack of contact between the upper and lower parts that usually manifest in the incisors, but it can also be found on the back or a combination of both. There are several etiologic factors must be well analyzed for successful diagnosis and treatment.

The purpose of this research was to inform the origin of the open bite by medical records, study models, photographs and lateral radiographs, the same which identified the most common cause in the population studied. 15 children among 8 and 12 years age were selected from Simon Bolivar School of Riobamba in the academic year 2012-2013, 40 % are female and 60% male.

We could identify parafunctional habits that determine the type of bite patients, so that 20 % of children tested had open bite onicofagia, 20% finger sucking, and mouth breathing 40%, and the remaining 20% by protraction lingual.

In 100% of the cases analyzed there were several etiologies for open bite. The 87 % of the total sample had open bite in the central region (incisors) and 13% in the lateral (premolars).

So it is concluded that open bites occur by different types of habits themselves at school age and it is important to take into account the habits that our children have, correct and avoid them, taking into account the time of teeth replacement in order to avoid that in the future it will complicate and be a real part of or skeletal open bites.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL.....	ii
DERECHOS DE AUTORÍA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

“EL PROBLEMA”

1. PROBLEMATIZACIÓN:	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS	
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4. JUSTIFICACIÓN	5

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	
2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	7
2.2.FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	7
2.2.1. DEFINICIÓN	8
2.2.2. TIPOS DE MORDIDA	8
2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS MORDIDAS	10
2.2.4. FACTORES ETIOLÓGICOS	10
2.2.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON MORDIDA ABIERTA	15
2.2.6. CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DEL PACIENTE CON MORDIDA ABIERTA	15
2.2.7. TRATAMIENTO	16
2.2.8. BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO TEMPRANO	20
2.2.9. DIFICULTADES DEL TRATAMIENTO TEMPRANO	20
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	20
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	22
2.4.1. HIPÓTESIS	22
2.4.2. VARIABLES	23
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	23

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1. MÉTODO	25
- TIPO DE INVESTIGACIÓN	25
- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	26
- TIPO DE ESTUDIO	26

3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	26
3.2.1.	POBLACIÓN	26
3.2.2.	MUESTRA	26
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	29

CAPÍTULO IV

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	30
----	---	----

CAPÍTULO V

5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1.	CONCLUSIONES	38
5.2.	RECOMENDACIONES	39

BIBLIOGRAFÍA	40
---------------------	----

ANEXOS	43
---------------	----

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁGINA
CUADRO No. 2.1.	
Cuadro Simões- Network (SN)	18
CUADRO No. 1	
Género	30
CUADRO No. 2	
Grupos Etarios	31
CUADRO No. 3	
Rx examinadas en el Plano Palatal	32
CUADRO No. 4	
Rx examinadas en el Plano Mandibular	33
CUADRO No. 5	
Encuesta Pregunta No. 1	34
CUADRO No. 6	
Encuesta Pregunta No. 2	35
CUADRO No. 7	
Encuesta Pregunta No. 3	36
CUADRO No. 8	
Mordida abierta por su intensidad basada en los modelos de estudio	37

ÍNDICE DE FIGURAS

PÁGINA

FIGURA No. 2.1 Mordida abierta anterior	8
FIGURA No. 2.2 Mordida abierta posterior	9
FIGURA No. 2.3 Mordida completa	9
FIGURA No. 2.4 Aparato Bionator	17
FIGURA No. 2.5 Aparato ortopédico SN3	19
FIGURA No. 2.6 Rejilla lingual	19
FIGURA No. 1 Género	30
FIGURA No. 2 Grupos Etarios	31
FIGURA No. 3 Rx examinadas en el Plano Palatal	32
FIGURA No. 4 Rx examinadas en el Plano Mandibular	33
FIGURA No. 5 Encuesta Pregunta No. 1	34
FIGURA No. 6 Encuesta Pregunta No. 2	35
FIGURA No. 7 Encuesta Pregunta No. 3	36
FIGURA No. 8 M.A. por su intensidad basada en los modelos de estudio	37

INTRODUCCIÓN

Para comprender las diferentes maloclusiones debemos conocer la oclusión normal. Una mal posición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La mal posición dentaria conlleva a que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de mal oclusión dentaria.

La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores y que generalmente se manifiestan en los incisivos, pero también se la puede encontrar en la zona posterior o una combinación de ambas. Este tipo de mordida se puede encontrar a partir de los tres años de edad pero es más común entre las edades de 8 a 10 años (dentición mixta).

La mordida abierta se puede presentar debido a una serie de factores etiológicos que rompen el normal desarrollo de las estructuras, la armonía de tipo funcional llegando en muchos casos a cuadros clínicos deformantes con pérdidas progresivas de piezas dentarias.

Es importante tener en cuenta que las mordidas abiertas en su inicio se presentan de tipo dentaria pero con el paso del tiempo y la influencia del medio ambiente terminan siendo esqueléticas y en muchos casos graves.

Para prevenir este tipo de mordida la literatura manifiesta que debemos iniciar con un tratamiento a tiempo para evitar complicaciones extremas a futuro. Es el profesional la persona responsable de solucionar este tipo de maloclusiones dentarias y dar estabilidad oclusal al paciente que lo presenta.

El presente estudio se realizó en la Unidad Educativa Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba con los niños de 8 a 12 años de edad durante el período escolar 2012 – 2013, estableciendo en una muestra la etiología de la mordida abierta.

Las técnicas utilizadas fueron Historias Clínicas, Radiografías, Impresiones, Modelos de Estudio, Encuestas. Con todos estos datos pudimos conocer la causa de la mordida abierta.

CAPÍTULO I

“EL PROBLEMA”

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mal oclusiones en odontología representan un papel fundamental para el odontólogo hoy en día. La ortodoncia es una rama de la odontología que se encarga del estudio, tratamiento, control y prevención de las mismas. Existen mal oclusiones y mal posiciones dentarias que pueden ser de distinta etiología.

En el caso específico de la mordida abierta el paciente requiere que el profesional de la salud oral solucione el problema que se le presenta en su cavidad bucal porque no solamente afecta a su función, fonación y estructura dentaria sino que también se ve afectado en su autoestima.

Las mal posiciones dentarias en la actualidad se dan con mayor frecuencia que en años anteriores y es causado por pérdida prematura de piezas dentarias, infecciones dentales, falta de espacio, factores epigenéticos, ambientales y por hábitos.

El tratamiento es ideal en niños que poseen dentición mixta puesto que las estructuras tanto dentales como óseas no terminan su formación, lo cual permite corregir de una manera atraumática y con resultados positivos. Se utilizan diversos aparatos ortopédicos que mediante la estimulación hacen que las estructuras se orienten de mejor manera haciendo que la fonación, masticación y deglución estén en armonía.

La población estudiada será escogida a lazar y pertenece a la escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba, ubicada en las calles Colombia y 5 de Junio gracias a las facilidades otorgadas por el señor Master José Vallejo, director de la misma.

Para el estudio se realizarán Historias Clínicas, modelos de estudio, fotografías, radiografías de perfil y encuestas para analizar la causa de la mordida abierta. Se determinará los hábitos, tipos de mordida y si existe convergencia, divergencia o paralelismo en las radiografías obtenidas de la muestra, basándose en el análisis de la Doctora Wilma Simoes, autora del libro Ortopedia Funcional de los Maxilares, a través de la Rehabilitación Neuro-muscular.

Los resultados obtenidos serán explicados en tablas y gráficos de fácil interpretación para que la persona que lo lea pueda interpretarlo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se relacionan los hábitos de protracción lingual con la presencia de mordida abierta en los niños de 8 a 12 años de edad en la Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba perteneciente al período escolar 2012 - 2013?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Establecer la relación existente entre el hábito de protracción lingual y la mordida abierta en los niños de 8 a 12 años de edad en la Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba período 2012 - 2013.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la etiología de la mordida abierta y los factores de riesgo que pueden ocurrir en personas que presentan mordida abierta.
- Describir las características físicas y radiográficas de los pacientes que presentan mordida abierta.
- Analizar si el hábito de protracción lingual causa mordida abierta en los niños examinados.

JUSTIFICACIÓN

Investigaciones previamente realizadas muestran un alarmante número de personas con mordida abierta en la edad escolar. Debido a esto el paciente presenta no solo una afectación a nivel dentario sino también un desequilibrio a nivel social, física y emocionalmente.

Este estudio a más de ser un requisito fundamental para obtener el título en la carrera, fue realizado para obtener una información real de que es lo que pasa con nuestros niños en su etapa escolar.

El desconocimiento, la falta de atención de parte de padres a hijos hace que este problema sea aún mayor. Es importante que los familiares estén informados que, un tratamiento preventivo solucionará la patología existente, identificando a tiempo si existe o no una alteración en los mismos. Esto ayudará a que los niños no sean afectados emocionalmente o sean burla para sus compañeros de aula.

Al investigar la etiología de la mordida abierta y por medio de un asesoramiento personal a los padres, maestros y niños podremos sugerir un tratamiento adecuado

para corregir esta maloclusión, mejorando su estética, función respiratoria, masticatoria y autoestima.

Con este trabajo se beneficiará a la población estudiantil odontológica, la comunidad, padres de familia y maestros que conviven con los niños en estudio, el mismo que será un aporte valioso para futuras generaciones.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

Las mal oclusiones dentarias, específicamente la mordida abierta debe ser analizada para el mejoramiento de la calidad de vida de quienes la poseen, esto va a marcar su desarrollo y compromete al odontólogo a dar solución a su problema.

Este tema ha sido de interés en todo el mundo puesto que las complicaciones de mal oclusiones dentarias siguen dándose, lo que permite al profesional seguir investigando las causas y efectos que pueden darse y como corregirlas de una manera rápida, sencilla y atraumática.

La promoción y prevención son las técnicas fundamentales para que esta patología no se presente con la intensidad que hoy en día se da.

En esta investigación se analizó en qué edad y sexo predomina la mordida abierta asociada con el hábito de protracción lingual.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En la Universidad Nacional de Chimborazo de la ciudad de Riobamba no existe una investigación de *“Hábitos de protracción lingual y su relación con la mordida abierta”*, pero en varios documentos de alumnos y odontólogos existen trabajos e investigaciones de mal oclusiones asociadas con los hábitos parafuncionales en niños en etapa preescolar.

Se iniciará con una pequeña definición de mordida abierta, daremos a conocer los factores etiológicos, riesgos, características físicas y radiográficas que presentan los pacientes con este tipo de mal oclusión, beneficios y dificultades de iniciar con el tratamiento en edad preescolar y resultados de la investigación.

2.2.1. DEFINICIÓN

La mordida abierta se presenta cuando los dientes anteriores no articulan unos con otros, es decir no hay contacto entre éstos.

La mordida abierta es una falta de superposición vertical (overbite negativo) o contacto entre los incisivos superiores e inferiores, ésta puede presentarse con un patrón esquelético subyacente de clase I, clase II o de clase III.

2.2.2. TIPOS DE MORDIDA

Según la localización de la mordida abierta las clasificaremos en:

- **Mordida abierta anterior:** Se localiza en el segmento anterior, zona de incisivos; éstas pueden ser:
 - **Simétrica:** La mordida abierta toma la forma de un óvalo simétrico cuyo eje mayor es el horizontal. Este tipo suele ser el más frecuente.
 - **Asimétrica:** Falta de contacto en la zona anterior, sólo afecta un segmento, siendo normal el contra lateral. Este tipo de mordida abierta anterior asimétrica se debe a un hábito de succión; la mordida abierta sólo está donde habitualmente el paciente coloca el dedo.



Fig. 2.1 Mordida abierta anterior

Fuente: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/images/118/image4.jpg>

- **Mordida abierta posterior:** Se localiza en la zona de premolares y molares.



Fig. 2.2 Mordida abierta posterior

Fuente: http://igm-ortodoncia.com/wp-content/uploads/2012/06/mordida_abierta_posterior.jpg

- **Mordida abierta completa.** Es una combinación de las anteriores, en este tipo de mordida abierta solo existe contacto molar, quedando el resto de los dientes sin oclusión.



Fig. 2.3 Mordida abierta completa

Fuente: http://www.redoe.com/archivos/not_036/figura4.jpg

2.2.3. CLASIFICACIÓN DE LAS MORDIDAS

Según la patología esquelética o dental se clasifican en:

- **Mordidas abiertas esqueléticas:** Denominadas también verdaderas, corresponden a un patrón esquelético facial hiperdivergente (dolicofacial). Las bases óseas maxilares están tan separadas entre sí que los dientes no logran un contacto oclusal.
- **Mordidas abiertas dentales o pseudomordida abierta:** La morfología esquelética es normal y la falta de contacto entre las arcadas dentales tiene un origen local siendo el problema exclusivamente alveolo dental.

2.2.4. FACTORES ETIOLÓGICOS

“La mordida abierta proviene de una serie de factores etiológicos de origen hereditario o no, que ejercen su acción en el período pre o post natal sobre las estructuras que forman el aparato estomatognático. Las mordidas abiertas son causadas principalmente por una sobreerupción de los dientes posteriores superiores o un sobre crecimiento vertical del complejo dentoalveolar posterior, lo cual supone una rotación posterior de la mandíbula”.¹

La mordida abierta es en general multifactorial y puede deberse a una combinación de efectos del tejido blando, dentales u óseos. Se consideran muchos factores etiológicos potenciales, como:

- Patrones de crecimiento no favorable
- Hábitos de succión digital
- Protracción lingual

¹ Rodríguez, 1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos, Pág. 159, Año 2003

- Hipertrofia adenoidea
- Factores hereditarios
- Sistema funcional

En la etiología de la mordida abierta influyen tantos factores epigenéticos como ambientales. Entre los factores epigenéticos destacan la postura; la forma y el tamaño de la lengua; el patrón esquelético de ambos maxilares, especialmente del inferior; y las relaciones verticales entre las bases del maxilar y la mandíbula.

En los factores ambientales los más destacados son las anomalías funcionales y respiratorias. Rakosi en un estudio realizado en el año 1966 hace referencia de que la mayoría de los niños (91%) presentan algún tipo de patrón funcional anormal o un hábito potencialmente deformante.

Las alteraciones u obstrucciones nasales pueden afectar la postura o la función de la lengua y el maxilar inferior, lo que a su vez puede dar lugar a una maloclusión de mordida abierta.

La persistencia de la mordida abierta se asocia probablemente a desequilibrios neuromusculares o un patrón de crecimiento divergente, aunque este hecho no se comprende de forma total.

Algunos estudios hallaron que la respiración bucal posee un efecto sobre las características faciales mediante el aumento del patrón vertical del crecimiento facial, las mordidas abiertas y mordidas cruzadas.

Además, los estudios cefalométricos de los individuos con apnea obstructiva del sueño y respiración bucal, hallaron un patrón cefalométrico característico que incluye un rostro alargado y una mayor altura facial anterior inferior lo que sugiere un patrón hiperdivergente de la mordida abierta esquelética.

HÁBITOS

Existen hábitos nocivos y son todos los que ejercen presiones contra los dientes y las arcadas dentarias así como:

- ✓ Desarrollo dentario
- ✓ Herencia
- ✓ Patología dental
- ✓ Patología ósea
- ✓ Hábitos de succión
- ✓ Respiración oral
- ✓ Hipotonicidad muscular
- ✓ Patrón morfogenético vertical
- ✓ Deglución anómala
- ✓ **Protracción lingual**

Desarrollo dentario:

Provoca una mordida abierta momentánea en un periodo de tiempo determinado hasta la total erupción de los incisivos, alcanzando un contacto incisal normal sin necesidad de recurrir a ninguna medida terapéutica.

Patología dental:

Los quistes o dientes supernumerarios pueden obstaculizar el contacto oclusal con apiñamientos severos, frena la erupción normal.

Las anquilosis alveolo dentarias de los molares temporales también son asociadas a las mordidas abiertas posteriores.

Hábitos de succión:

La persistencia de este hábito después de los 4 o 5 años provoca la inhibición del crecimiento de la apófisis alveolar y de la erupción de los incisivos, lo que origina un cuadro típico de mordida abierta anterior. Es muy frecuente que la lengua se

interponga en la zona abierta contribuyendo a su persistencia como mecanismo funcional adaptativo.

Respiración oral:

La obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respirar por la boca se han vinculado a una serie de anomalías en la morfología facial, maxilar y dental, las personas presentan cara larga. Aunque no existe una comprobación científica, es evidente la estrecha relación existente entre el hábito respiratorio y la morfología maxilofacial.

Hipotonicidad muscular:

La presión ejercida por la musculatura masticatoria sobre la posición mandibular influye en la posición entre las bases óseas maxilares; así mismo, la fuerza masticatoria que se aplica sobre las caras oclusales depende de la potencia muscular del individuo. Una hipotonía en la musculatura masticatoria tiende a estimular el crecimiento de los molares y favorece la separación entre las bases óseas maxilares, conduce a una mordida abierta.

Patrón morfogenético vertical:

Suelen tener un componente esquelético que se caracteriza por un incremento de la altura facial inferior, la distancia desde la base nasal hasta la base mandibular está aumentada con respecto al tercio medio facial. En la etiopatogenia influye el tipo de crecimiento facial que es aquí de tipo vertical con tendencia a la rotación posterior de la mandíbula. Si en la mayoría de los casos la sínfisis tiende a crecer por adelante y abajo, en las mordidas abiertas esqueléticas predomina el descenso sobre el prognatismo mandibular.

Deglución anómala:

La persistencia de la deglución infantil y la protracción lingual se consideran patrones anómalos de la función lingual, a los que a menudo se asocian mordidas abiertas

anteriores y o posteriores. Cuando existe mordida abierta, la lengua se encarga de rellenar el hueco anterior colaborando, secundariamente, a la persistencia de la mordida abierta. Suele ser medida adaptativa para lograr un correcto sellado oral, en los casos en que no existe contacto incisal.

Protracción lingual:

La lengua es un músculo sumamente activo que interviene en la masticación, fonación, deglución entre los más importantes.

Para la masticación maneja la posición del bolo alimenticio permitiendo que ésta reduzca de tamaño y sea deglutido con facilidad. La lengua posee gran movilidad por su compleja musculatura, permitiendo modificar su forma y posición. Sus músculos están unidos al maxilar inferior, paladar, hueso hioides y al proceso estiloides. La lengua se apoya en el músculo milohioideo, el mismo que constituye el piso de la boca.

El nervio hipogloso es sin duda el más importante porque es este quien permite la inervación de sus músculos con excepción del palatogloso; este último está involucrado dentro de los palatinos. La parte sensorial depende del nervio lingual y de las ramas del vago y del glossofaríngeo. La sensación del gusto está representada por la cuerda del tímpano, glossofaríngeo y vago. La posibilidad de que exista receptores propioceptivos para su defensa aún está en discusión.

La lengua desempeña un papel importante en el proceso alveolar y en la ubicación final de los dientes. El movimiento sincronizado de lengua, labios, carrillos y demás músculos contribuyen a la masticación y deglución; así como a la eliminación de restos alimenticios que se depositan en las superficies dentarias. A esto se denomina autoclisis.

2.2.5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CON MORDIDA ABIERTA

La mordida abierta dentoalveolar resulta antiestética, especialmente en la fonación, porque la lengua queda atrapada entre los dientes y los labios.

Es de interés resaltar en el ámbito estético las siguientes relaciones:

- Equilibrio entre los perfiles de la nariz, labios y mentón, esto es esencial para conservar una estética óptima.
- El ángulo nasolabial es también importante. Si éste es pequeño o agudo es probable que se dé una retracción de los incisivos superiores. (Para mejorar la estética, extracción de los premolares). Si el ángulo es obtuso o amplio, los incisivos se pueden proclinar. Sin embargo estos cambios no se dan por el contorno nasal sino por la caída labial.
- La configuración de los labios (el espacio entre los labios en reposo y la relación entre la línea labial, los dientes y las encías) influyen notablemente en la estética.
- El tercio inferior de la cara y la prominencia o retrusión del mentón influyen también en el aspecto estético.

2.2.6. CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS DEL PACIENTE CON MORDIDA ABIERTA

Estudios cefalométricos de los individuos con apnea obstructiva del sueño y respiración bucal, hallaron un patrón cefalométrico característico que incluye un rostro alargado y una mayor altura facial anterior inferior lo que sugiere un patrón hiperdivergente de la mordida abierta esquelética.

2.2.7. TRATAMIENTO

“El diagnóstico es, sin duda, el factor más importante de un tratamiento. Una vez completado el diagnóstico, debemos tener en cuenta los aspectos faciales, esqueléticos, dentarios y funcionales que componen el conjunto de características individuales de nuestro paciente.”²

Es trascendental tener toda la información del paciente para que el tratamiento tenga un pronóstico favorable. Debemos iniciar con una buena historia clínica (anamnesis), examen extra e intra oral, toma de modelos de estudio, fotografías y radiografías. Es importante destacar que todos estos estudios complementarios deben ser de la más alta calidad para no comprometer el diagnóstico.

El tratamiento de la mordida abierta en la **dentición decidua** debe primar el control absoluto de hábitos anormales. Esto solo se puede conseguir cuando se suprime la actividad muscular deformante de manera que la mordida abierta no se complique con un apiñamiento dentario superior o una mordida cruzada. Para estos casos es recomendada la utilización de aparatos ortopédicos protectores.

La Ortopedia Funcional de los Maxilares, a través de aparatos bimaxilares, provoca cambios en la posición de la mandíbula estimulando así al sistema estomatognático un adecuado avance, el mismo que se recomienda empezarlo en edades de 8 a 10 años (dentición mixta), para lograr resultados positivos por la colaboración de los pacientes y porque tanto estructuras dentales como óseas no han terminado su formación y ubicación. Se utilizan diversos aparatos ortopédicos que mediante la estimulación hacen que las estructuras se orienten de mejor manera haciendo que la fonación, masticación y deglución estén en armonía.

² Azenha Claudio R./Eduardo Macluf Filho, Protocolos en Ortodoncia: diagnóstico, planificación y mecánica, Editorial Napoleao, Pág. 55, 195, Año 2008

La mayoría de las técnicas ortopédicas presentan aparatos que, con alguna modificación en su diseño, son utilizadas para distintas ocasiones.

Por ejemplo, el aparato Bionator, puede ser utilizado para la corrección de Clase II y Clase III, mordida abierta o mordida profunda.

“Siempre debemos enfocarnos en nuestros objetivos al elegir un aparato determinado pensando en los recursos que nos ofrece”³



Fig. 2.4 Aparato Bionator en su vista lateral.

Fuente: <http://alessandraadentalblog.wordpress.com/>

SIMÕES- NETWORK (SN) es una cadena de aparatos ortopédicos empleados para el tratamiento de maloclusiones, especialmente en el desarrollo dentario. Existen diversos aparatos de SN que varían de acuerdo a las estructuras que necesitan ser corregidas conforme a las necesidades del paciente. En un estudio que comprendió más de 10 años de investigación, se consideró tres valores para demostrar la intensidad sea esta mayor, mediana o menor, conseguida a través de los diferentes tipos de aparatos ortopédicos.

³ Claudio R. Azenha/Eduardo Macluf Filho, Protocolos en Ortodoncia: diagnóstico, planificación y mecánica, Editorial Napoleao, Pág. 253, Año 2008

CUADRO SIMÖES- NETWORK (SN)

REGIONES	CUADRO DE LOS SIMÖES NETWORK-SN					
	PROPIOCEPCIÓN					
	S.N.1	S.N.2	S.N.3	S.N.6	S.N.9	S.N.10
A.T.M.	☆☆☆	☆☆☆	☆☆	☆☆	☆☆☆	☆☆
PERIODONTO	☆☆☆	☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆
LENGUA	☆	☆☆☆	☆☆	☆☆☆	☆☆☆	☆☆
INCISIVOS	☆☆☆	☆	☆☆	☆☆	☆☆	☆☆☆☆
MÚSCULOS LATERO-PROTRUSIÓN	☆☆☆	☆☆☆	☆☆	☆☆	☆☆☆	☆☆
MÚSCULOS DEL VESTÍBULO ORAL	☆	☆	☆	☆☆	☆	☆☆
	EXTEROCEPCIÓN					
MUCOSA VESTÍBULO ORAL	☆	☆	☆	☆☆	☆	☆☆
MUCOSA PALATINA FRONTAL	☆☆	☆☆	☆	☆☆	☆	☆☆

Cuadro No. 2.1 CUADRO SIMÖES- NETWORK (SN)

Fuente: http://igmortodoncia.com/wpcontent/uploads/2012/06/mordida_abierta_posterior.jpg

El **SN3** es un aparato ortopédico funcional bioelástico, compuesto de alambre y acrílico, que tiene por objetivo principal cambiar la postura mandibular y lingual. El SN3 está indicado en casos de plano oclusal divergente, mordida abierta, mordida cruzada, mesioclusión, biprotrusión y distoclusión. Este aparato ortopédico permitirá un anclaje mandibular correcto, obteniendo el contacto incisal perdido, también puede cambiar la postura mandibular y lingual.

SN3 (Simoes Network 3) es un aparato ortopédico que está indicado principalmente para la mordida abierta dentaria, la activación del expansor es de 2/4 cada 15 días, este aparato evita la interposición lingual es decir mejora la posición de la lengua, es poco frágil, su tiempo mínimo de uso es de 15 horas.

El SN3 presenta dos parrillas linguales, una superior y otra inferior y está indicado para reposicionar la lengua, y se utiliza en mordidas abiertas dentarias.



Fig. 2.5 Aparato Ortopédico SN3
Fuente laboratorioortodoncia.blogspot.com

PARRILLA LINGUAL Y ESPOLONES

Está indicada para mordidas abiertas dentarias, el uso del aparato es su principal activación, puede ser fija con dos bandas cementadas en los primeros molares para evitar que esta sea removida por el paciente, en el inicio del tratamiento es difícil la aceptación tanto del paciente como la de los padres, el tiempo de uso es hasta conseguir el objetivo y aunque es difícil la adaptación al inicio, suele dar buenos resultados.



Fig. 2.6 Rejilla lingual
Fuente: http://www.biarc.es/data/_uploaded/image/productos/fija/DSCN0515.JPG

2.2.8. BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO TEMPRANO

- Mejora funcional y estéticamente la oclusión del paciente.
- Mejora el desarrollo emocional del niño en el medio que se desarrolla.
- Estimula el crecimiento de los maxilares.
- Evita otras patologías complejas.
- Existe colaboración de padres y niños en el tratamiento.

2.2.9. DIFICULTADES DEL TRATAMIENTO TEMPRANO

- Los pacientes no colaboran con el tratamiento (padres-niños).
- Los niños no se acostumbran al aparato ortopédico (pierden o rompen).
- Descuido del paciente, no acude a las consultas establecidas por el odontólogo tratante.
- Burla de sus compañeros por el aparato ortopédico que está utilizando para corregir su patología.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ANQUILOSIS: Fijación e inmovilidad anómala de una articulación.

APÓFISIS ALVEOLAR: En anatomía, prominencia o proyección del hueso en el que se fija un diente mediante el ligamento periodontal.

AUTOCLISIS: La autoclisis es una limpieza que se da con la misma masticación del individuo. Esto ayuda a eliminar los ácidos y estimulan la salivación.

CONVERGENCIA: Alejamiento progresivo entre sí de dos o más líneas o superficies.

DIVERGENCIA: Posición de dos líneas que se separan progresivamente una de otra.

EPIGENÉTICOS: Estudio de todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia o desarrollo de un organismo, desde el óvulo fertilizado hasta su senescencia, pasando por la forma adulta; y que igualmente interviene en la regulación heredable de la expresión génica sin cambio en la secuencia de nucleótidos. El término fue acuñado por C. H. Washington en 1953 para referirse al estudio de las interacciones entre genes y ambiente que se producen en los organismos.

ETIOPATOGENIA: Origen o desarrollo de una patología, hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad.

FACIES: Características, aspecto general y expresión de la cara.

HÁBITO: Manera de actuar adquirida por la repetición regular de un mismo tipo de acto o por el uso reiterado y regular de una cosa.

HIPERTROFIA: Aumento de tamaño de una célula o grupo de células que da lugar a un incremento del tamaño del órgano de que forman parte.

HIPOTONÍA: Anomalía del tono muscular esquelético que es un indicio de trastornos genéticos o disfunción del sistema nervioso. Los pacientes con tendencias hipotónicas muestran extremidades flexibles e incapacidad de mantener una posición normal de la cabeza.

LINGUOFAGIA: Tic o hábito de morderse la lengua.

MORDIDA ABIERTA: Es cuando los dientes anteriores no contactan unos con otros, puede tener dos causas: mal posición de los dientes (causa dental) o mal posición de los huesos donde están los dientes, maxilar superior y mandíbula (causa esquelética).

ONICOFAGIA: Se define como **onicofagia** a la **costumbre compulsiva de comerse las uñas**. Se trata de una noción que surge del griego *onyx* (en español, “uña”) y *phagein* (vocablo que se traduce como “comer”).

PARAFUNCIÓN: Movimientos habituales (p. ej., bruxismo, rechinar y balancear los dientes utilizándoles como herramientas), fuera de los movimientos normales relacionados con la masticación, el habla o los movimientos respiratorios, y que dan

lugar a desgaste de las facetas y otros problemas asociados con traumas oclusales. También se denomina hábitos parafuncionales o hábitos orales.

PREVENCIÓN: Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que una cosa mala suceda.

PROGNATISMO: Desarmonía facial en la que uno o ambos maxilares se proyectan en dirección ventral. Puede ser real o falso. El prognatismo mandibular puede darse cuando tanto maxilar como mandíbula incrementan su longitud o cuando el maxilar es normal, pero la mandíbula aumenta su longitud. Puede ser falso cuando el maxilar está subdesarrollado y es corto, mientras que la mandíbula tiene una longitud normal; también puede darse cuando las relaciones dentales maxilares y mandibulares son normales, pero ha aumentado la prominencia mentoniana de la mandíbula.

PROTRACCIÓN: Del latín pro, delante, y trahere, estirar. Acción de estirar hacia delante. Por ejemplo: Protracción de la lengua.

QUEILOFAGIA: Tic o hábito de morderse los labios.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

La mordida abierta presente en un grupo de niños de 8 a 12 años de edad de la Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba del período escolar 2012 - 2013 se determina que es causada por el hábito de protracción lingual.

2.4.2. VARIABLES

INDEPENDIENTE

- Protracción lingual

DEPENDIENTE

- Mordida abierta

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICA
INDEPENDIENTE PROTRACCIÓN LINGUAL	Cuadro en el que los dientes u otras estructuras maxilares o mandibulares se sitúan por delante de su posición normal. Protracción lingual (lengua por delante)	Sexo Edad	Patrón de crecimiento vertical. Aumento del tamaño de la altura anterior inferior. Protrusión o retrusión mandibular	HCL Modelos de estudio Fotografías Radiografías

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

- TIPO DE INVESTIGACIÓN:

En esta investigación se proyectó aplicar el estudio cuantitativo, descriptivo, exploratorio, explicativo y bibliográfico.

Cualitativo: Es una investigación que se basa en el análisis subjetivo e individual, esto la hace una investigación interpretativa, referida a lo particular, basándose en la observación de grupos de población reducidos.

Descriptivo: Describe el problema tomando en consideración las características que determinan la mordida abierta.

Exploratorio: Porque se va a estudiar cada caso con sus respectivas radiografías, modelos de estudio y fotografías.

Explicativo: Porque se encarga de buscar el origen del problema mediante el establecimiento de relaciones causa – efecto que originan dicho problema.

Bibliográfico: Porque consiste en la búsqueda y recopilación de datos obtenidos en fuentes documentales

- **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Se aplicó una investigación documental y de campo, observación directa de los sujetos investigados, ya que nos permitió captar de mejor manera los diferentes tipos de maloclusión, para obtener información que conlleven al cumplimiento de los objetivos planteados, lo cual facilitó el desarrollo del proyecto de investigación.

- **TIPO DE ESTUDIO:**

Estudio de campo.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo formada por 150 niños de 8 a 12 años de edad de la Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba período académico 2012-2013, comprendidos entre los terceros a séptimos años de educación inicial.

3.2.2. MUESTRA

Se tomó como muestra el estudio de 15 niños comprendidos entre las edades de 8 a 12 años que cursaron los terceros, cuartos, quintos, y sextos años de educación básica, siendo un número de fácil manipulación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se recopiló la información mediante: Historias clínicas, encuestas, modelos de estudio, fotografías y radiografías.

HISTORIA CLÍNICA

Mediante la historia clínica recopilamos datos mediante un interrogatorio al paciente que está dirigido y orientado a recordar o traer a la memoria cosas y datos olvidados que serán de suma importancia para el médico tratante. En la historia clínica anotaremos la máxima información posible de antecedentes personales y familiares sobre enfermedades importantes que hayan sucedido en la familia ya que tiene un papel fundamental para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento.

ENCUESTAS

Una encuesta es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario pre diseñado, y no modificar el entorno ni controlar el proceso que está en observación. Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

FOTOGRAFÍAS Y MODELOS DE ESTUDIO

Mediante las fotografías podremos observar detenidamente el proceso de evolución de nuestros pacientes, la fotografía hoy en día es muy utilizada en los diferentes tratamientos odontológicos, es considerada como **evidencia**.

En los modelos de estudio podremos determinar y examinar detenidamente la patología que presenta el paciente. Pueden ser manipulados con facilidad, puesto que en la boca del paciente nos es difícil realizar medidas exactas que son de importancia para analizar el problema existente.

RADIOGRAFÍAS - CEFALOMETRÍA

“El cefalograma nos permite hacer mediciones lineales y angulares con el objetivo de facilitar el diagnóstico y planificación ortodóntica”.⁴ A partir de la imagen de la telerradiografía cefalométrica (radiografía lateral), se realiza la marcación de puntos específicos, llamados puntos cefalométricos y éstos a su vez nos ayudan a trazar líneas, llamados planos cefalométricos.

Así; se realizó la cefalometría en las 15 radiografías laterales sobre papel de cefalometría, el cual permite copiar fielmente las estructuras anatómicas.

Se ubicaron los puntos indicados en la cefalometría, Po (Porion), Or (Orbitario), ENA (Espina nasal anterior), ENP (Espina nasal posterior), Go (Gonion), Me (Mentoniano), seis puntos indispensables para trazar los planos de Frankfurt (Po-Or), Plano palatal (ENA-ENP) y Plano mandibular (Go-Me) los mismos que nos permitieron determinar la mordida abierta en los pacientes estudiados.

Entre los puntos y planos seleccionados para realizar el análisis de mordida abierta se encuentran los siguientes:

PUNTOS CEFALOMÉTRICOS

- **Po:** Porion punto más superior en el borde externo del meato acústico externo.
- **Or:** Orbitario, punto más inferior del margen infraorbitario (límite inferior de la órbita).
- **ENA:** Espina nasal anterior, punto más anterior del maxilar.
- **ENP:** Espina nasal posterior, punto más posterior del maxilar (prolongamiento de la fisura pteriogomaxilar).

⁴ Vedovello Filho Mario y colaboradores, Editorial AMOLCA, Edición 2000, Pág. 23

- **Go:** Gonion, punto más inferior y más posterior del contorno del ángulo goniaco.
- **Me:** Mentoniano, punto situado en el límite más inferior de la curva de la sínfisis mentoniana.

PLANOS CEFALOMÉTRICOS

- **Frankfurt:** Formado entre los puntos Po y Or
- **Palatal o Palatino:** Formado entre los puntos ENA Y ENP
- **Mandibular:** Formado por los puntos Go y Me

Basados en estas técnicas que son verdaderamente importantes podremos dar un diagnóstico adecuado y futuro tratamiento con pronóstico favorable.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El estudio comprende la utilización de 15 radiografías laterales, modelos de estudio, fotografías y entrevistas de pacientes femeninos y masculinos de edades entre 8 y 12 años, con dentición mixta, que han sido obtenidas de la Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba.

Para el procesamiento de datos utilizamos el paquete informático contable Excel. Los resultados se expresan en gráficos y cuadros estadísticos; y las medidas utilizadas son porcentajes.

Para la discusión de los resultados utilizamos el análisis.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

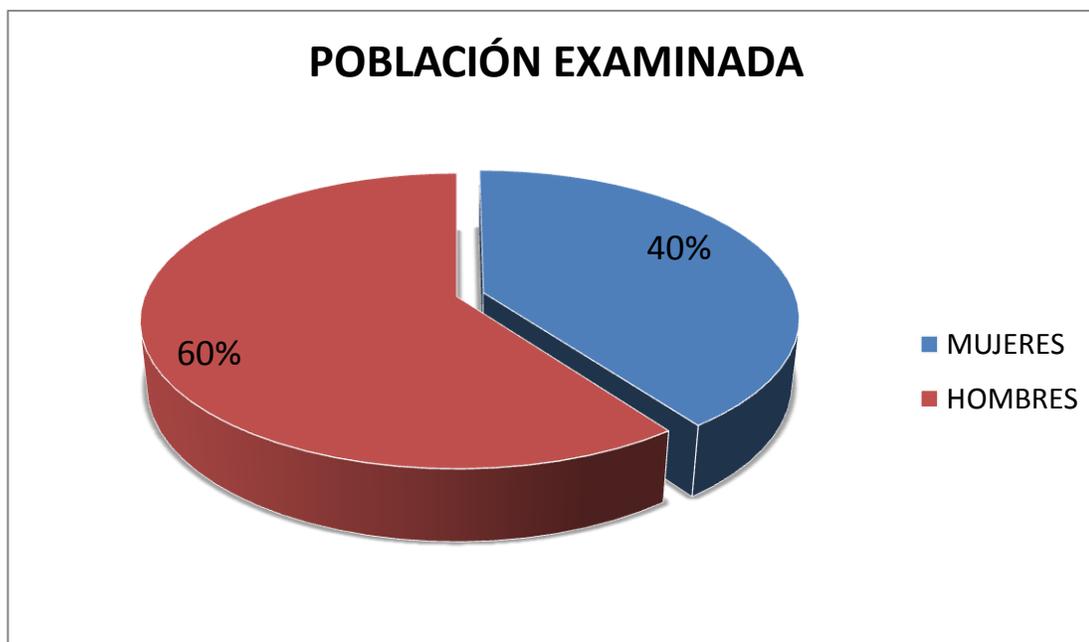
LISTA DE NIÑOS Y NIÑAS EXAMINADOS

POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
Hombres	9	60 %
Mujeres	6	40 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 1

LISTA DE NIÑOS Y NIÑAS EXAMINADOS



Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En el cuadro y figura No. 1 se puede observar que el 60% pertenece a la población masculina y el otro 40% a la población femenina.

Cuadro No.2

LISTA DE EDADES DE NIÑOS/AS EXAMINADOS

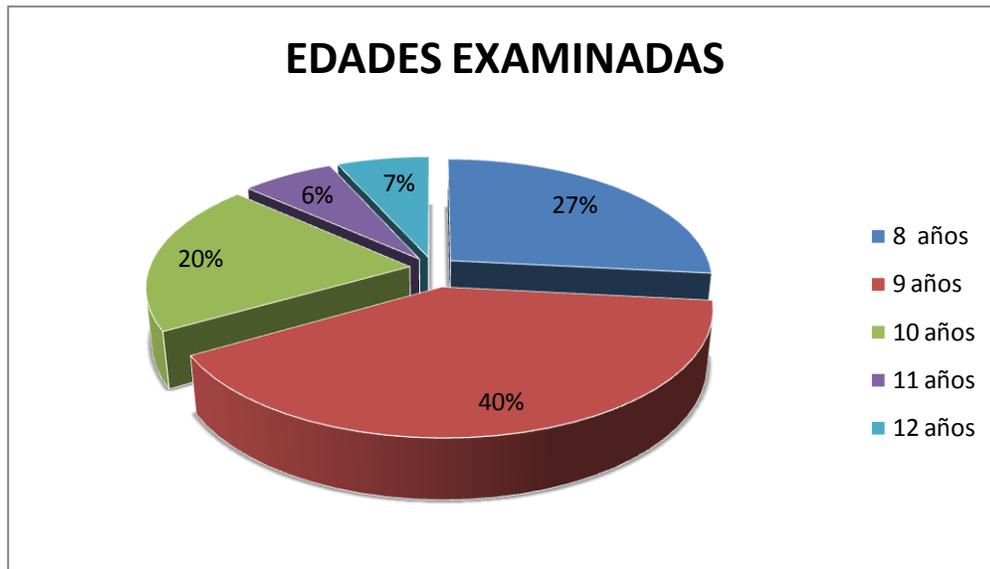
POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
8 años	4	27 %
9 años	6	40 %
10 años	3	20 %
11 años	1	6 %
12 años	1	7 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 2

LISTA DE EDADES DE NIÑOS/AS EXAMINADOS



Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis: En el cuadro y figura No. 2 se observa que el 40% de la población está en edades de 9 años seguido del 27% que comprenden la edad de 8 años.

Cuadro No.3

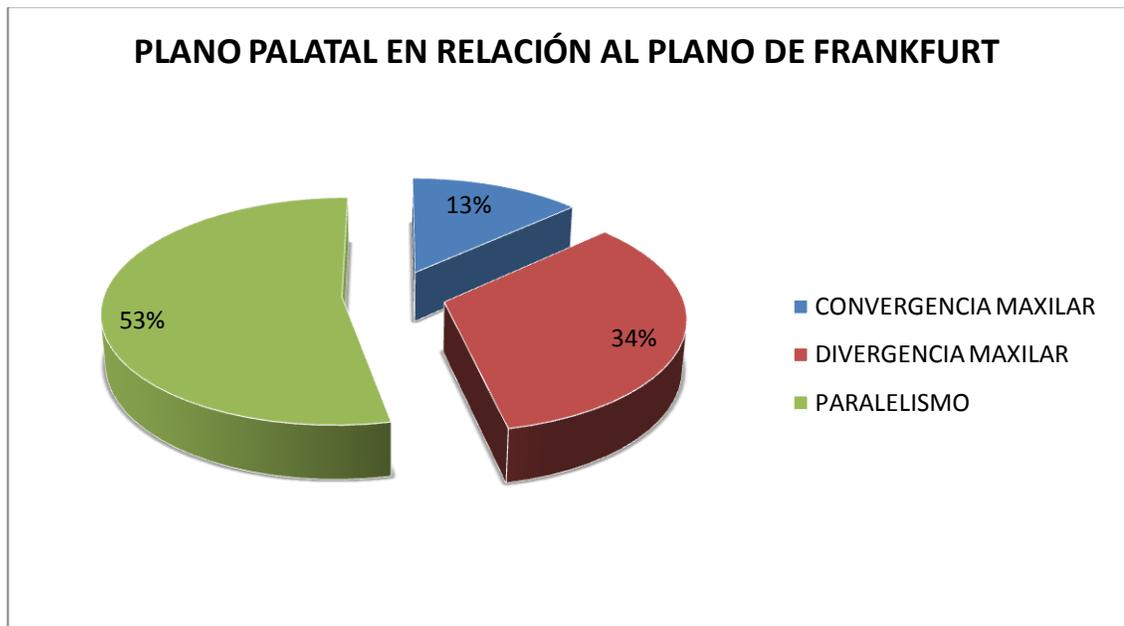
LISTA DE RADIOGRAFÍAS EXAMINADAS EN EL PLANO PALATAL CON
RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
Convergencia Maxilar	2	13 %
Divergencia Maxilar	5	34 %
Paralelismo	8	53 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 3

LISTA DE RADIOGRAFÍAS EXAMINADAS EN EL PLANO PALATAL CON
RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT



Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis: En el cuadro y figura No. 3 se observa que en el Plano Palatal tiene el 53% paralelismo, 34% divergencia y el 13% convergencia.

Cuadro No.4

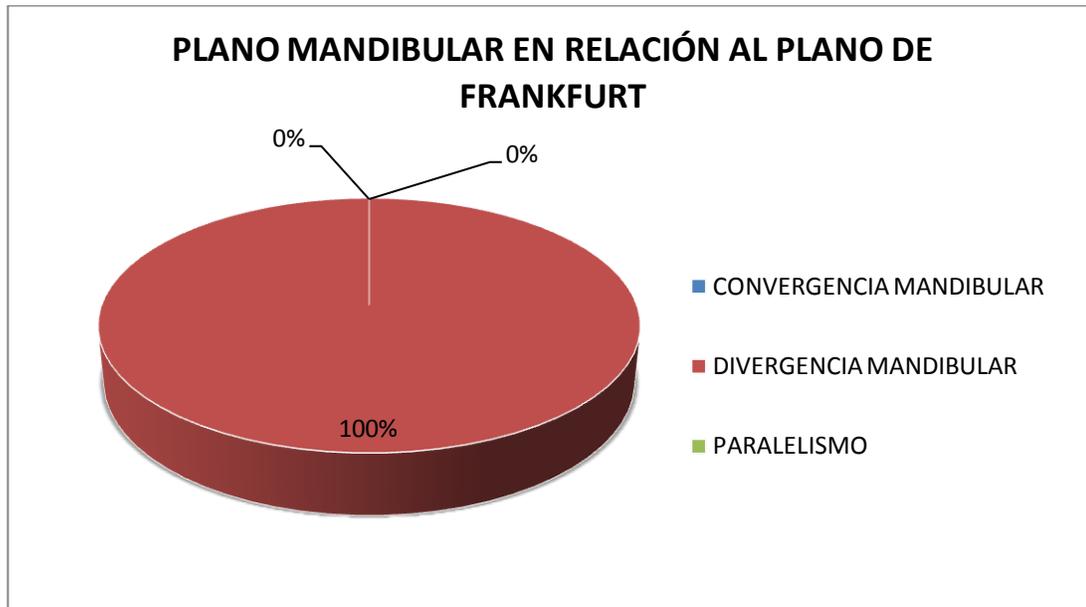
LISTA DE RADIOGRAFÍAS EXAMINADAS EN EL PLANO MANDIBULAR
CON RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
Convergencia Mandibular	0	0 %
Divergencia Mandibular	15	100 %
Paralelismo	0	0 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 4

LISTA DE RADIOGRAFÍAS EXAMINADAS EN EL PLANO MANDIBULAR
CON RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT



Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis: En el cuadro y figura No. 4 se observa que en el Plano Mandibular el 100% de las radiografías analizadas presentan una divergencia mandibular.

1. De los hábitos descritos a continuación indique y marque con una X el que usted lo realiza.

Cuadro No.5

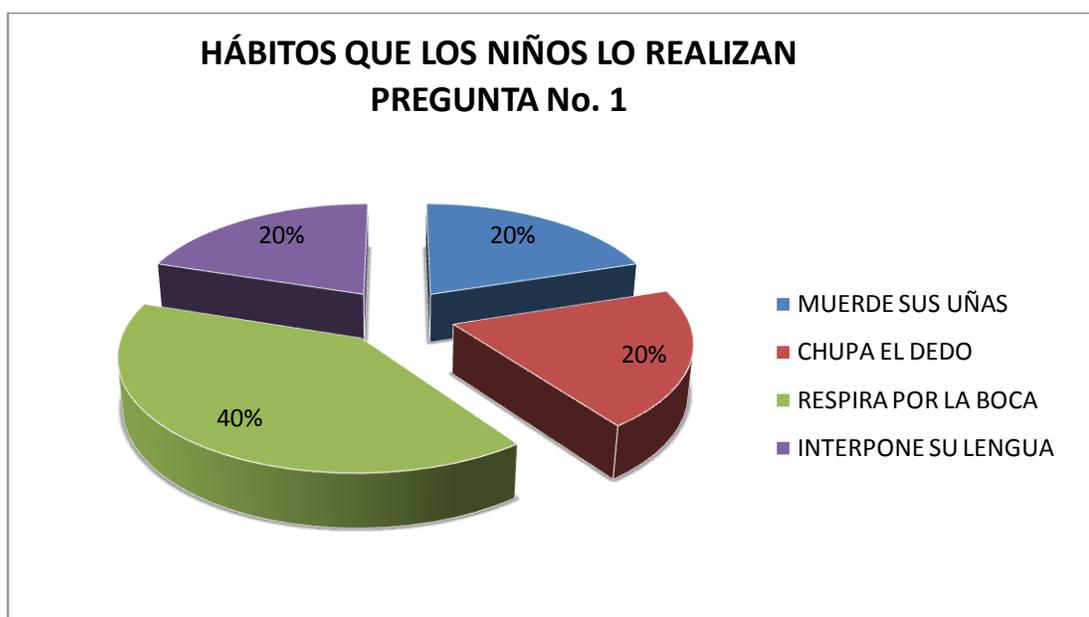
HÁBITOS QUE LOS NIÑOS REALIZAN (PREGUNTA No. 1)

POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
Muerde sus uñas	3	20 %
Chupa el dedo	3	20 %
Respira por la boca	6	40 %
Interpone la lengua	3	20 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
 Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 5

HÁBITOS QUE LOS NIÑOS REALIZAN (PREGUNTA No. 1)



Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
 Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis: En el cuadro y figura No. 5 en respuesta a la primera pregunta quienes interponen la lengua tienen el 20% siendo menor porcentaje que los que son respiradores bucales con el 40%.

2. Con que intensidad o frecuencia lo hace.

Cuadro No.6

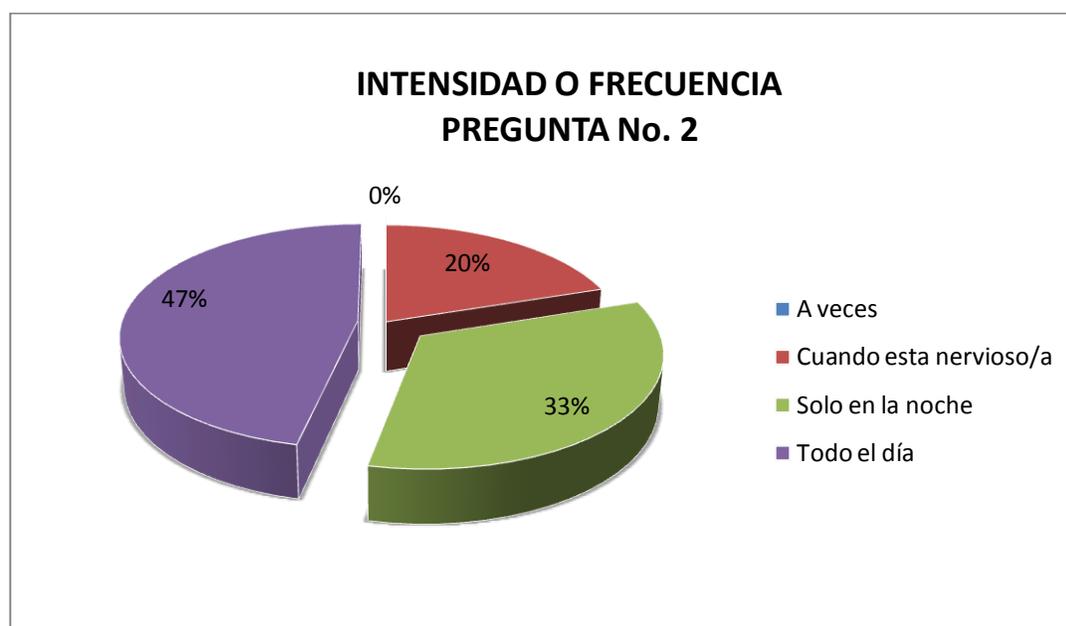
INTENSIDAD O FRECUENCIA (PREGUNTA No. 2)

POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
A veces	0	0 %
Cuando está nervioso/a	3	20 %
Solo en la noche	5	33 %
Todo el día	7	47 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 6

INTENSIDAD O FRECUENCIA (PREGUNTA No. 2)



Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis: En el cuadro y figura No. 6 en respuesta a la segunda pregunta quienes lo hacen todo el día representa el 47% siendo menor porcentaje quienes lo hacen solo cuando están nerviosos que es el 20%.

3. Se acuerda desde que edad lo hace.

Cuadro No.7

DESDE QUE EDAD LO HACEN (PREGUNTA No. 3)

POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
De 2 a 4 años	3	20 %
De 5 a 6 años	10	67 %
De 7 a 8 años	2	13 %
De 9 a 12 años	0	0 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 7

DESDE QUE EDAD LO HACEN (PREGUNTA No. 3)



Fuente: Escuela Simón Bolívar
Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis: En el cuadro y figura No. 7 en respuesta a la tercera pregunta quienes lo hacen desde 5 a 6 años se determina el 67%, mientras que el porcentaje menor se atribuye a quienes lo hacen desde hace 7 u 8 años.

Cuadro No.8

MORDIDA ABIERTA POR SU INTENSIDAD

BASADA EN LOS MODELOS DE ESTUDIO (YESO)

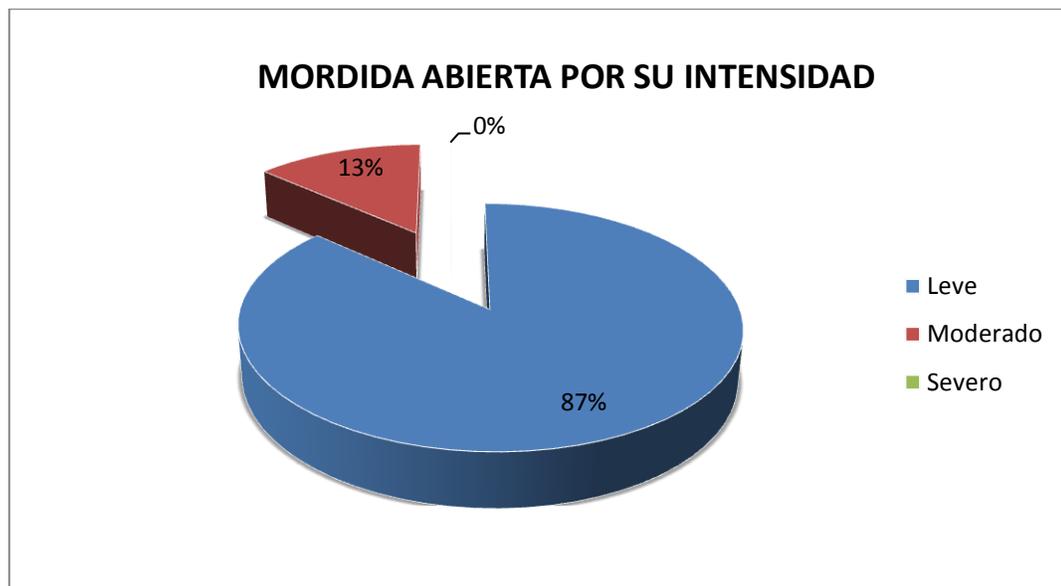
POBLACIÓN	MUESTRA	PORCENTAJE
Escuela Simón Bolívar	15	100 %
Leve	12	87 %
Moderado	3	13 %
Severo	0	0 %

Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

FIGURA No. 8

MORDIDA ABIERTA POR SU INTENSIDAD

BASADA EN LOS MODELOS DE ESTUDIO (YESO)



Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013
Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis: En el cuadro y figura No. 8 se puede interpretar que la intensidad de la mordida abierta es la siguiente: Leve 87%, moderada 13% y severa no existe ningún caso en la población estudiada.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se determinó el origen de la mordida abierta en la población estudiada mediante encuestas realizadas, el mismo que arrojó los siguientes resultados. El 20% presentó mordida abierta por hábitos de succión digital, el 20% por onicofagia, el 40% por respiración bucal y únicamente el 20% por protracción lingual.

Los factores de riesgo que provocan la mordida abierta son hábitos, factores epigenéticos, ambientales, pérdida prematura de dientes e infecciones dentarias.

El análisis de las características físicas y radiográficas va a determinar el tipo facial que tendrá el paciente, en los casos de mordida abierta se presenta un perfil alargado y el tercio inferior aumentado.

La protracción lingual si es causa de mordida abierta en los niños de la escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba período 2012 – 2013.

Una vez analizado todos los resultados obtenidos en los datos y cuadros estadísticos se ha demostrado que la hipótesis tuvo un resultado positivo ya que el hábito de protracción lingual es causante de mordida abierta.

5.2. RECOMENDACIONES

El origen de la mordida abierta se da por varios factores etiológicos lo que significa un peligro en los niños preescolares y escolares, por lo tanto se sugiere realizar charlas educativas tanto a padres de familia, maestros y alumnos que puedan ayudar a identificar un problema a tiempo y tratarlo adecuadamente.

Para evitar los factores de riesgo debemos educar a nuestros hijos para impedir un hábito que independientemente de cual fuere este, deforme la cavidad oral y lleve al niño a sentirse rechazado por sus amigos de aula.

Las características tanto físicas como radiográficas nos dan una pauta para determinar si el paciente presenta mordida abierta. Estar atentos a los tercios de la cara tanto superior, medio e inferior, al patrón de crecimiento vertical, si existe o no prognatismo o retrognatismo mandibular y si existe alguna alteración acudir de inmediato al odontólogo especialista.

Las protracción lingual es causa de mordida abierta por lo que tenemos que tener presente este hábito para que sea corregido por un Psicólogo y ayudar al niño a que deje esta costumbre.

Por último propongo que se dé un seguimiento a la población estudiada para mejorar su calidad de vida y prevenir problemas mayores que afecten su desarrollo normal.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ ARIAS de Luxan, Ortodoncia clínica y terapéutica, Editorial MASSON 2005
Barcelona, España, Pág. 495- 514.
- ❖ AZENHA Claudio R./Macluf Filho Eduardo, Protocolos en Ortodoncia:
diagnóstico, planificación y mecánica, Editorial Napoleao, Pág. 55, 195 y 253,
Año 2008
- ❖ BARRANCOS Mooney, Operatoria Dental, Integración Clínica, 4ta. Edición,
Editorial médica panamericana, Año 2006, Pág. 245
- ❖ BRAVO Manuel Estuardo, Ortodoncia clínica y Sus Principios Teóricos y
Prácticos, Imprenta Rocafuerte, Edición 2007, Pág. 135, 136, 143 a 158
- ❖ COSME Gay Escoda, Leonardo Berini Aytés, Cirugía Bucal, Volumen I,
editorial OCEANO, Edición 2006, Pág. No. 14 y 15
- ❖ ECHEVERRÍA Emili Cuenca José Javier, El Manual de Odontología, Editorial
MASSON 1995, Barcelona, España, Pág. 1282- 1285.
- ❖ GROHMANN Ulrike, Atlas Ilustrado, Aparatología en Ortopedia Funcional,
Segunda Edición, Editorial AMOLCA, Edición 2006, Pág. 3, 5 y 12
- ❖ LEÓN Gerardo, Grupo Ortopedia Gerardo León, 2007
- ❖ PINHEIRO Noronha Walter, Bioprogressiva Vademécum, Editorial Amolca,
Edición 2010, Pág. 19, 20, 41, 42 y 43
- ❖ RAKOSI Thomas, Págs. 491, 492, 493, 494, 495, 496 y 497

- ❖ RODRÍGUEZ, 1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos, Pág. 159, Año 2003
- ❖ SIMOES Wilma Alexandra, Ortopedia Funcional de los Maxilares, A través de la Rehabilitación Neuro-oclusal, 3ra. Edición, Editorial Artes Médicas Latinoamericana, Año 2004, Volúmen 1, Págs. 464, 465 y 466, Volumen 2, Págs.772, 773 y 774
- ❖ TESTA Mauro. TÉCNICAS ORTODÓNTICAS, Actualidades Médicos Odontológicas. Ed. 2005, Cap. 5, Pág. 80.
- ❖ VEDOVELLO Filho Mario y colaboradores, Editorial AMOLCA, Edición 2000, Pág. 23
- ❖ VELARDE Juan Carlos. ATLAS DE APARATOLOGÍA FUNCIONAL Y APARATOLOGÍA AUXILIAR. Kalizto Editores, Ed. 2007, pág. 96 – 102.

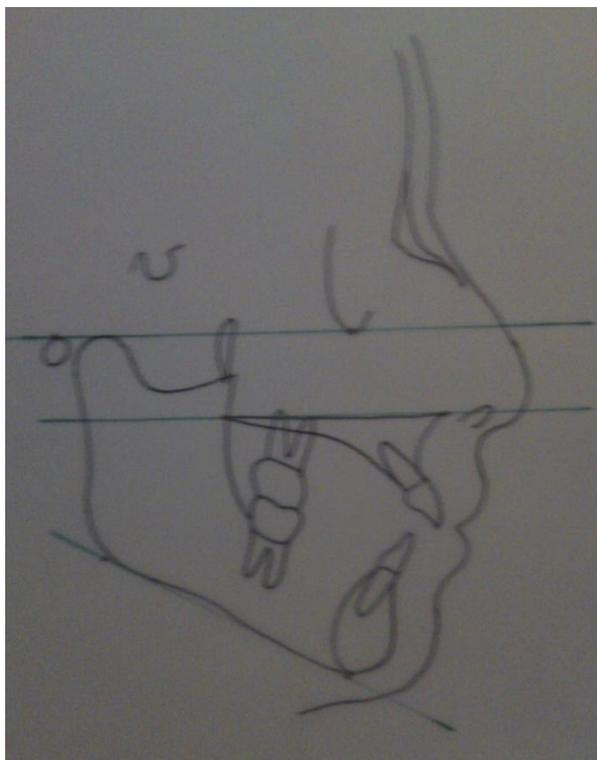
SITIOS WEB

- ❖ content/uploads/2010/07/chupar10.jpg&imgrefurl=http://www.bebesmundo.com/bebes-que-se-chupan-el-dedo
- ❖ <http://definicion.de/onicofagia/#ixzz2cfWGNgTX>
- ❖ <http://es.thefreedictionary.com/>
- ❖ http://igmortodoncia.com/wpcontent/uploads/2012/06/mordida_abierta_posterior.jpg
- ❖ http://technicaldental.com.ar/aparatoologia_funcional.html

- ❖ http://uvirtual2.sld.cu/galeria/view_photo.php?set_albumName=aae&id=Klammtbipro
- ❖ http://www.biarc.es/data/_uploaded/image/productos/fija/DSCN0515.JPG
- ❖ <http://www.google.com/imgres?imgurl=http://img.bebesmundo.com/wp>
- ❖ <http://www.google.com/imgres?imgurl=http://img.bebesmundo.com/wp>
- ❖ http://www.google.com/imgres?imgurl=http://lordent.weebly.com/uploads/1/5/9/2/1592600/8618446_orig.jpg&imgrefurl=http://lordent.weebly.com/activador-abierto-de-klammt.html
- ❖ <http://www.mecanicadentalminio.com.ar/productos.html>
- ❖ <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/images/118/image4.jpg>
- ❖ http://www.redoe.com/archivos/not_036/figura4.jpg
- ❖ *salud.doctissimo.es > Diccionario médico*
- ❖ www.ortogerardoleon.com/.../historia-de-la-ortopedia

ANEXOS

PACIENTE NN No.1



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 1	REFERENCIA
Plano palatal	Paralelismo
Plano mandibular	Divergencia

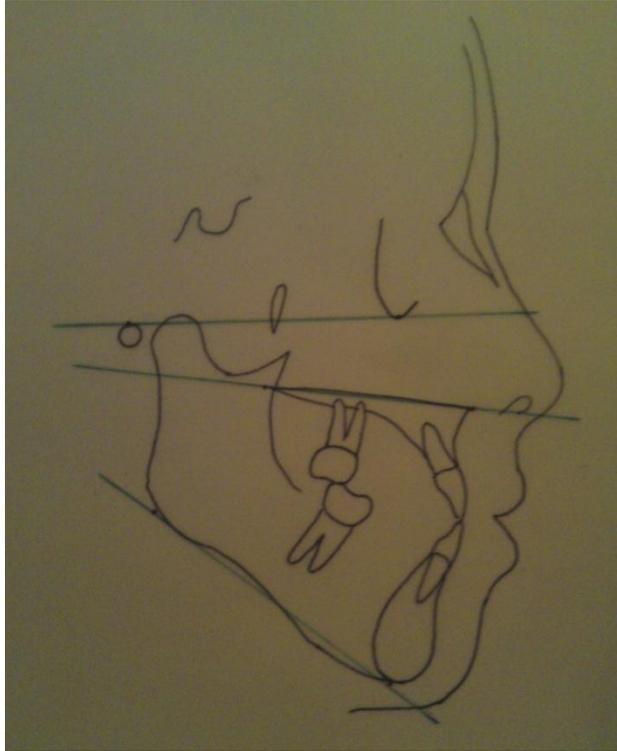
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 1 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.2



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 2	REFERENCIA
Plano palatal	Divergencia
Plano mandibular	Divergencia

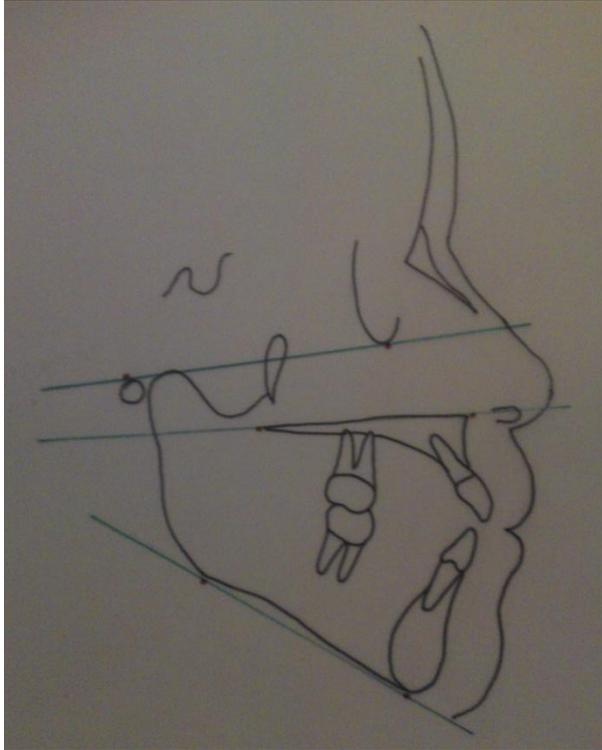
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 2 se puede interpretar que en el plano Palatal existe divergencia y en el plano Mandibular también presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.3



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 3	REFERENCIA
Plano palatal	Divergencia
Plano mandibular	Divergencia

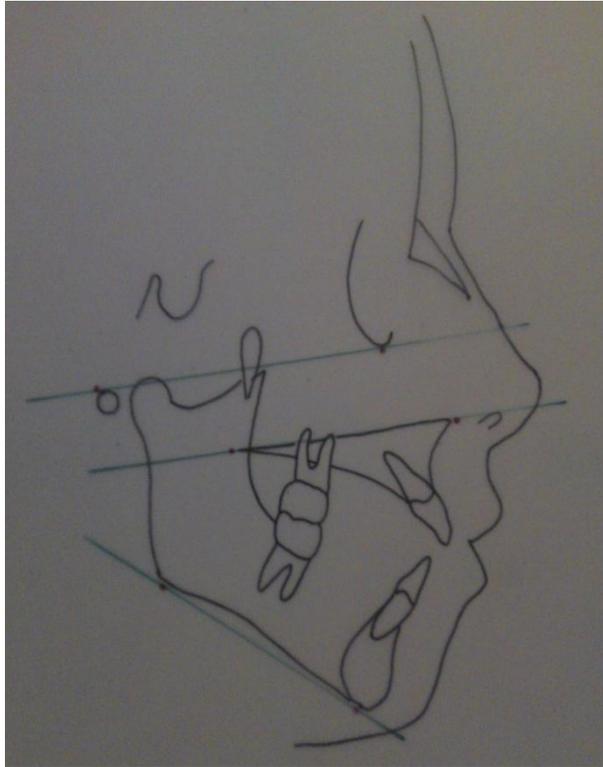
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 3 se puede interpretar que en el plano Palatal existe divergencia y en el plano Mandibular también presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.4



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 4	REFERENCIA
Plano palatal	Paralelismo
Plano mandibular	Divergencia

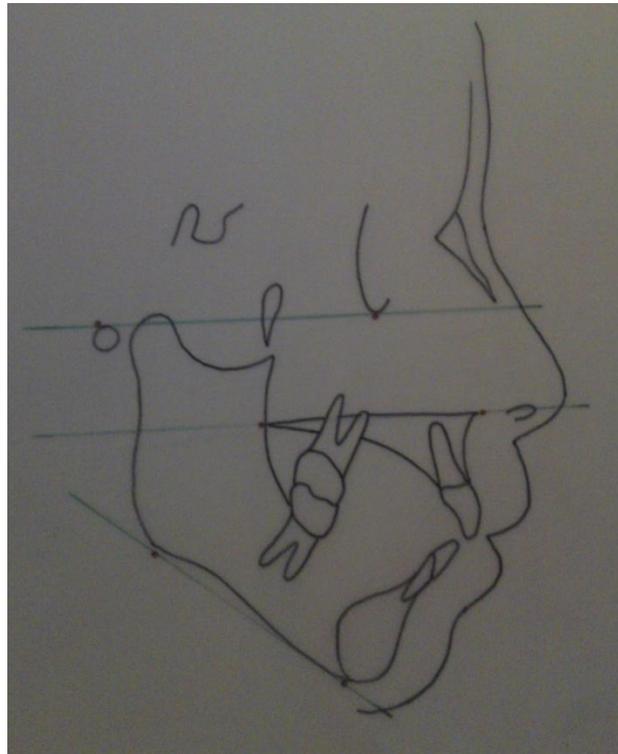
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 4 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.5



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 5	REFERENCIA
Plano palatal	Paralelismo
Plano mandibular	Divergencia

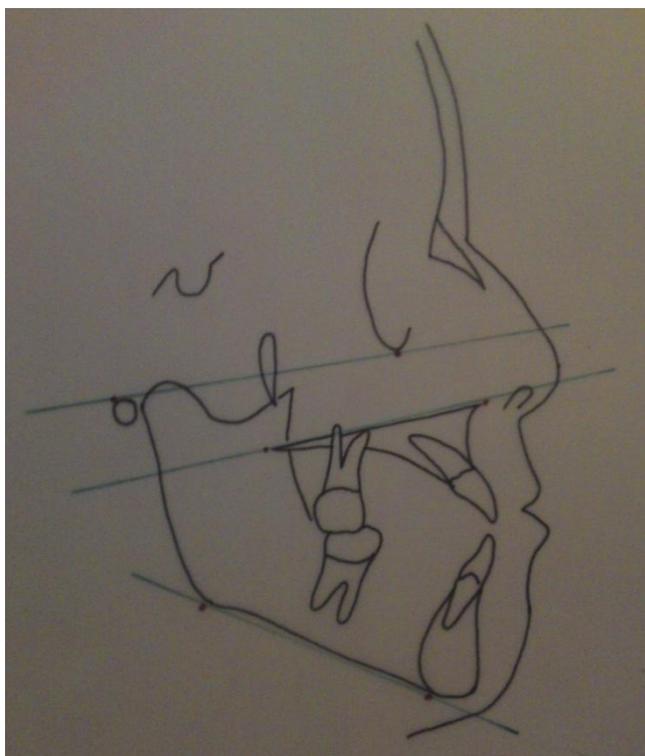
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 5 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.6



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 6	REFERENCIA
Plano palatal	Convergencia
Plano mandibular	Divergencia

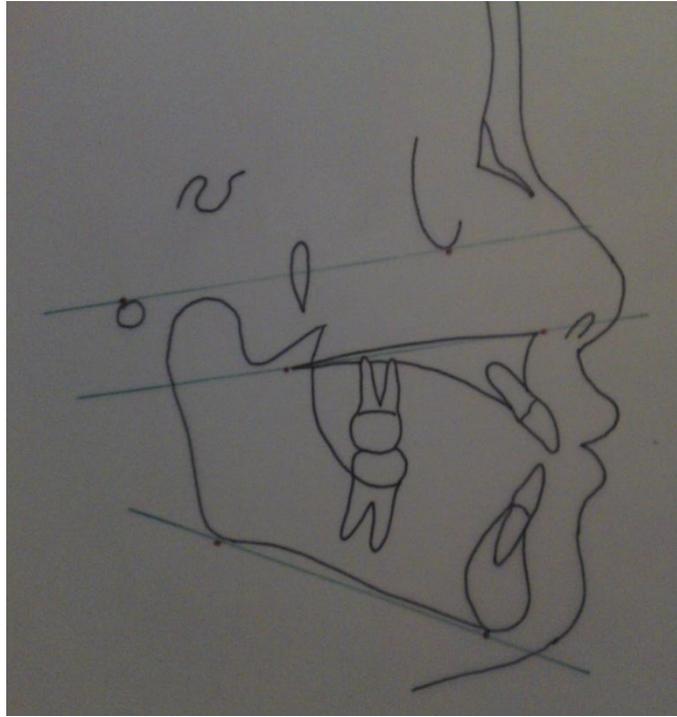
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 6 se puede interpretar que en el plano Palatal existe convergencia y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.7



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 7	REFERENCIA
Plano palatal	Divergencia
Plano mandibular	Divergencia

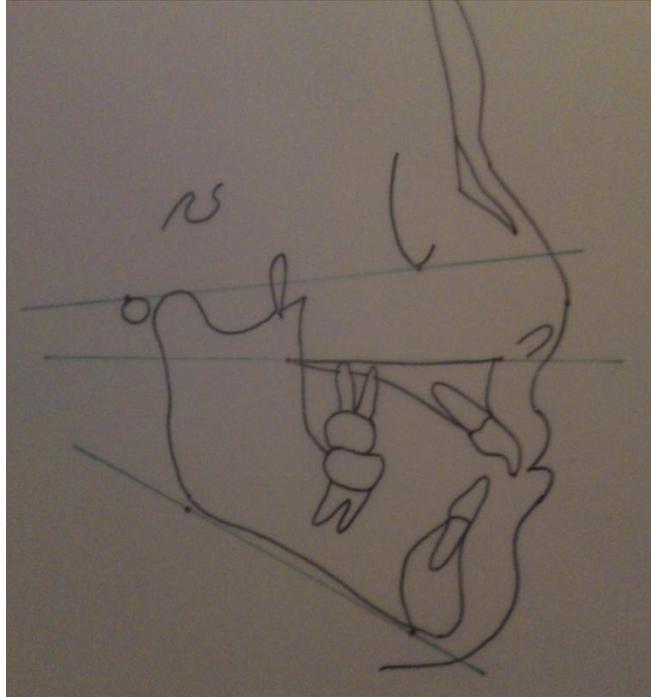
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 7 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular también presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.8



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 8	REFERENCIA
Plano palatal	Divergencia
Plano mandibular	Divergencia

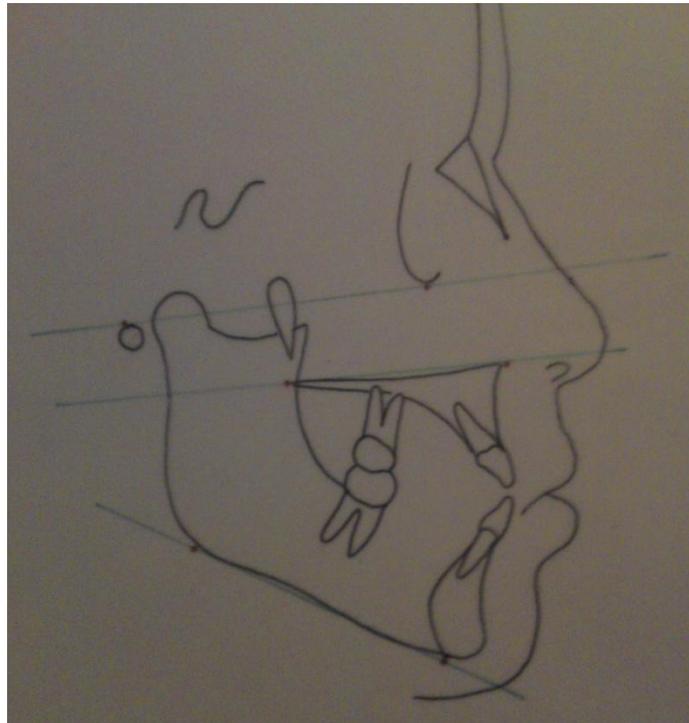
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 8 se puede interpretar que en el plano Palatal existe divergencia y en el plano Mandibular también presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.9



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 9	REFERENCIA
Plano palatal	Paralelismo
Plano mandibular	Divergencia

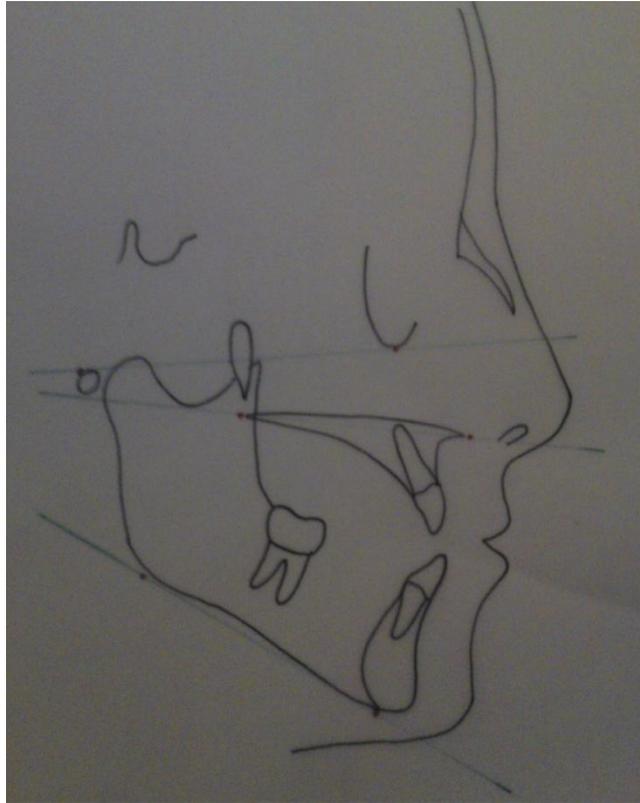
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 9 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.10



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 10	REFERENCIA
Plano palatal	Divergencia
Plano mandibular	Divergencia

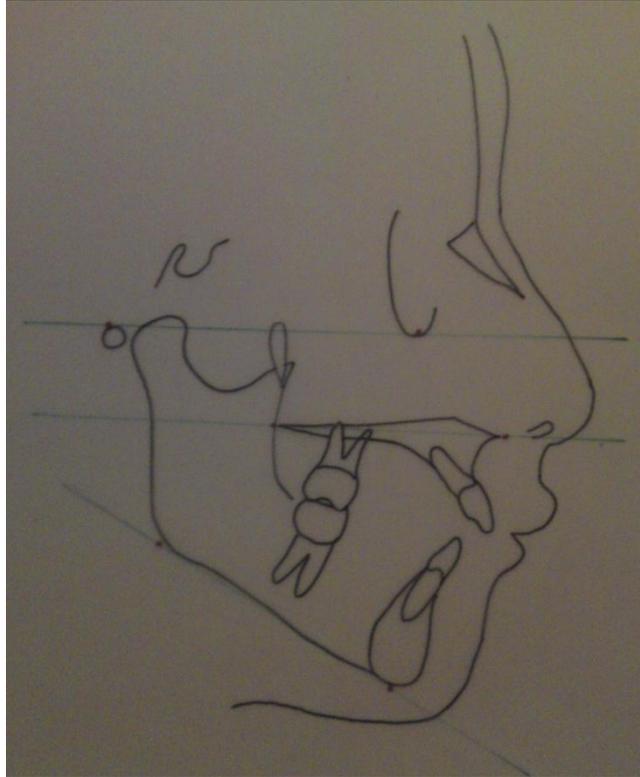
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 10 se puede interpretar que en el plano Palatal existe divergencia y en el plano Mandibular también presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.11



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 11	REFERENCIA
Plano palatal	Paralelismo
Plano mandibular	Divergencia

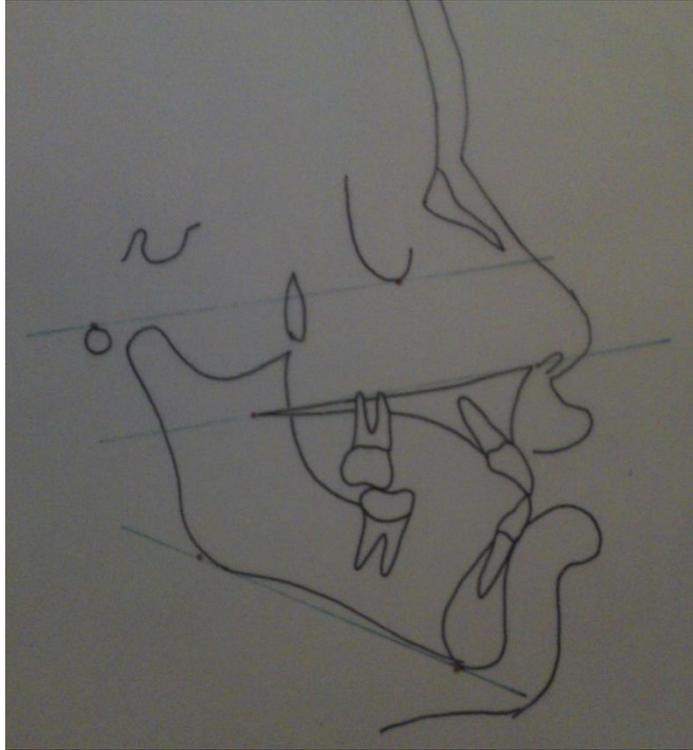
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 11 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.12



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 12	REFERENCIA
Plano palatal	Paralelismo
Plano mandibular	Divergencia

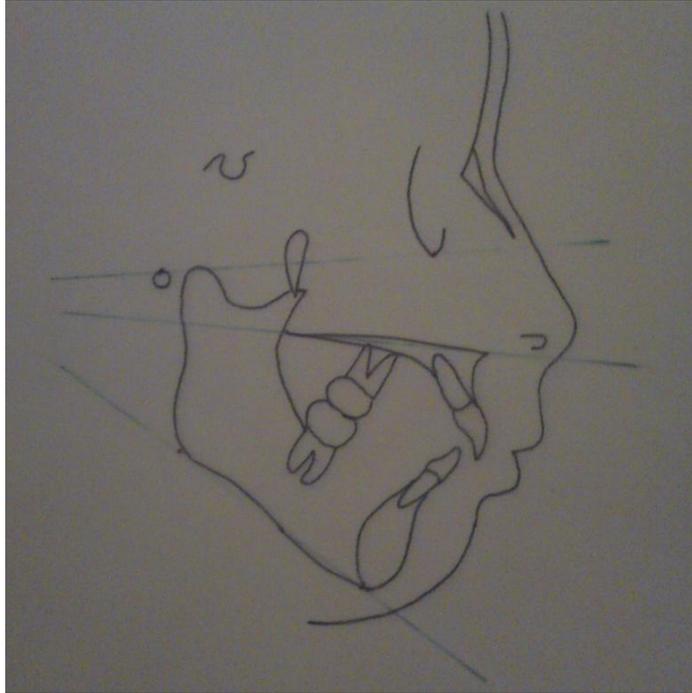
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No.12 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.13



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 13	REFERENCIA
Plano palatal	Divergencia
Plano mandibular	Divergencia

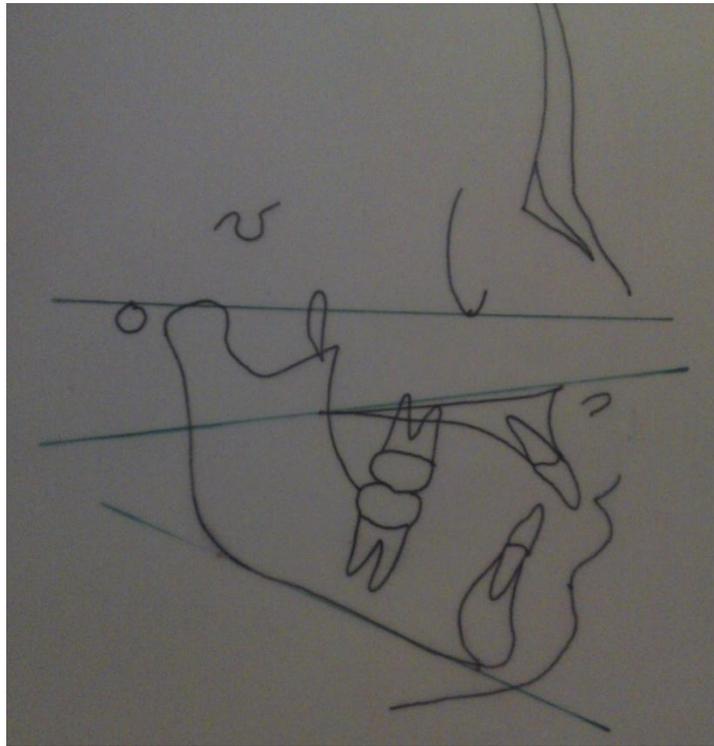
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 13 se puede interpretar que en el plano Palatal existe divergencia y en el plano Mandibular también presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.14



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No. 14	REFERENCIA
Plano palatal	Convergencia
Plano mandibular	Divergencia

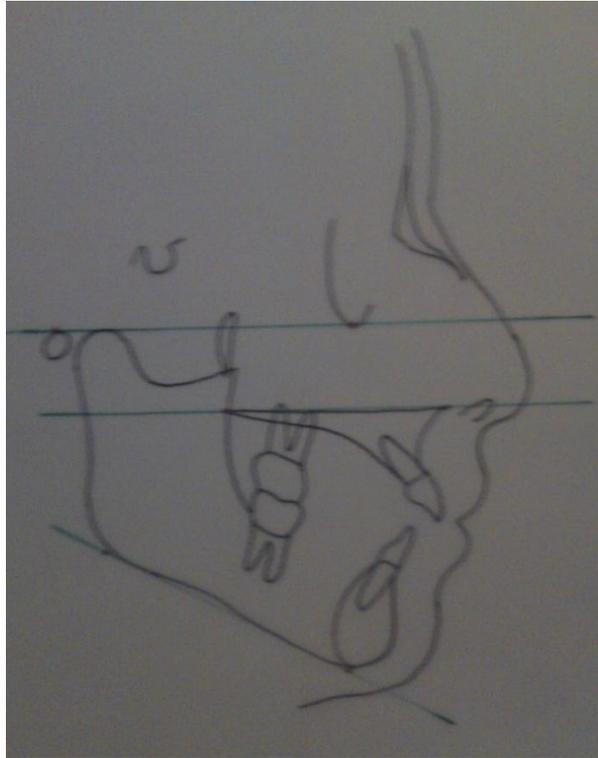
Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No. 14 se puede interpretar que en el plano Palatal existe convergencia y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.

PACIENTE NN No.15



INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS EN RELACIÓN AL PLANO DE FRANKFURT

PACIENTE NN No.15	REFERENCIA
Plano palatal	Paralelismo
Plano mandibular	Divergencia

Fuente: Escuela Simón Bolívar de la ciudad de Riobamba

Autor: Jhenny Arias Escobar

Análisis:

En la radiografía del paciente No.15 se puede interpretar que en el plano Palatal existe paralelismo y en el plano Mandibular presenta una divergencia en relación al plano de Frankfurt.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**ENCUESTA SOBRE HÁBITOS DENTARIOS QUE PUEDEN OCASIONAR MORDIDA
ABIERTA**

1. DE LOS HÁBITOS DESCRITOS A CONTINUACIÓN INDIQUE Y MARQUE CON UNA X EL QUE USTED LO REALIZA.

- A. MUERDE SUS UÑAS
- B. CHUPA EL DEDO
- C. INTRODUCE OBJETOS
- D. INTERPONE SU LENGUA

2. CON QUE INTENSIDAD O FRECUENCIA LO HACE

- A. AVECES
- B. CUANDO ESTA NERVIOSO/A
- C. SOLO EN LA NOCHE
- D. TODO EL DÍA

3. SE ACUERDA DESDE QUE EDAD LO HACE

- A. 2 a 4 AÑOS
- B. 5 a 6 AÑOS
- C. 7 a 8 AÑOS
- D. 9 a 12 AÑOS

MUCHAS GRACIAS

APERTURA DE HISTORIAS CLÍNICAS

TOMA DE IMPRESIONES



Fotografía No.1 Toma de impresión superior
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-20123



Fotografía No. 1.1 Toma de impresión inferior
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-20123

FOTOGRAFÍAS DENTALES



Fotografía No. 2 Vista frontal del Paciente NN 1
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No. 2.1 Vista lateral del Paciente NN 1
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

FOTOGRAFÍAS DENTALES



Fotografía No.3 Vista frontal del Paciente NN 2
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No. 3.1 Vista lateral del Paciente NN 2
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

FOTOGRAFÍAS DENTALES



Fotografía No. 4 Vista frontal del Paciente NN 3
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No. 4.1 Vista lateral del Paciente NN 3
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

MODELOS No. 1



Fotografía No. 5 Vista frontal Paciente NN 1
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.5.1 Vista lateral derecha Paciente NN 1
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.5.2 Vista lateral izquierda Paciente NN 1
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

MODELO No. 2



Fotografía No. 6 Vista frontal Paciente NN 2
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.6.1 Vista lateral derecha Paciente NN 2
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.6.2 Vista lateral izquierda Paciente NN2
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

MODELO No.3



Fotografía No. 7 Vista frontal Paciente NN 3
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.7.1 Vista lateral derecha Paciente NN 3
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.7.2 Vista lateral izquierda Paciente NN 3
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

MODELO No.4



Fotografía No. 8 Vista frontal Paciente NN 4
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.8.1 Vista lateral derecha Paciente NN 4
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.8.2 Vista lateral izquierda Paciente NN 4
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

MODELO No. 5



Fotografía No. 9 Vista frontal Paciente NN 5
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.9.1 Vista lateral derecha Paciente NN 5
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.9.2 Vista lateral izquierda Paciente NN5
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

MODELO No. 6



Fotografía No. 10 Vista frontal Paciente NN 6
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No.10.1 Vista lateral derecha Paciente NN 6
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No10.2 Vista lateral izquierda Paciente NN 6
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

TOMA DE RADIOGRAFIAS



Fotografía No. 11 Alumnos en espera de la toma radiográfica
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

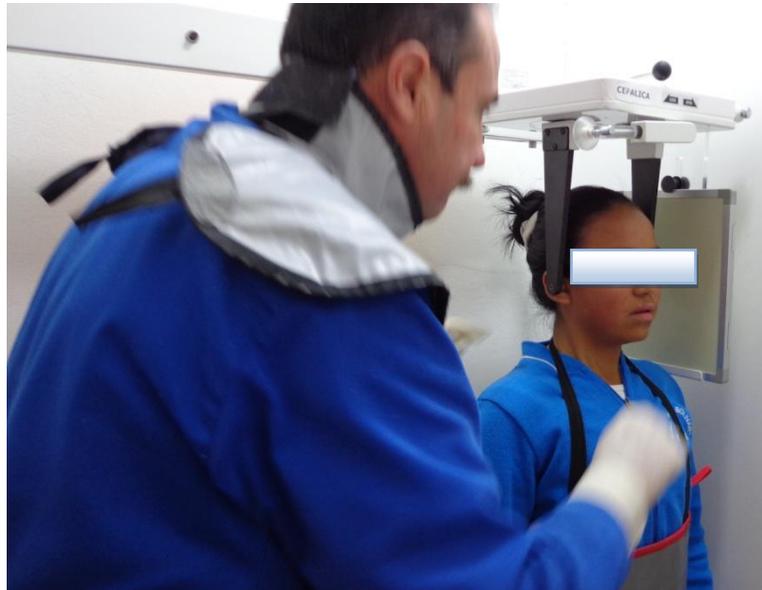


Fotografía No. 12 Preparación para la toma radiográfica Paciente NN 1
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

ÁREA PARA TOMAS RADIOGRAFÍAS



Fotografía No. 12.1 Preparación para la toma radiográfica paciente NN 1
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No. 13 Aparato radiográfico para la toma de radiografías
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

EQUIPO DE REVELADO DE RX



Fotografía No. 14 Equipo revelador de Radiografías
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013



Fotografía No. 15 Radiografía obtenida luego de la toma de Rayos X
Fuente: Escuela Simón Bolívar 2012-2013

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA UTILIZADA PARA EL ESTUDIO

ESTABLECIMIENTO ESCUELA SIMON BOLIVAR		NOMBRE <input type="text"/>		APELLIDO <input type="text"/>		SEXO (M/F) M	EDAD 7	N° HISTORIA CLINICA 1	
MEJOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 9 AÑOS PROGRAMADO	<input checked="" type="checkbox"/>	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	15-14 AÑOS PROGRAMADO	15 -19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA	

1 MOTIVO DE CONSULTA

ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE

EXAMEN ODONTOLÓGICO

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

REGISTRAR SÍNTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL

Paciente asintomático

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO BRACIAS	4. VIRSIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ARMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	-----------------	------------	------------------	---------	-------------	------------------	------------------	----------

Paciente refiere no presentar

4 SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	100/90	FRECUENCIA CARDIACA <small>en min</small>	100 x'	TEMPERATUR A °C	37°C	F. RESPIRAT. <small>en min</small>	24 x'
------------------	--------	---	--------	-----------------	------	------------------------------------	-------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	<input checked="" type="checkbox"/>	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLÁNDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A. T. M.	12. GANGLIOS					

6. Paladar Ojival

6 ODONTOGRAMA

PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECECIÓN: MARCAR "X" (1, 2 A 3), SI APLICA

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3			
16	17	55	1	0		
11	21	51	1	0		
26	27	65	1	0		
36	37	75	1	0		
31	41	71	1	0		
46	47	85	1	0		
TOTALES			6			

8 ÍNDICES CPO-ceo				
	C	P	O	TOTAL
D				
d				
				TOTAL

9 SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* _{rojo} SELLANTE NECESARIO	⊗ PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PRÓTESIS TOTAL
* _{azul} SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X _{njo} EXTRACCIÓN INDICADA	○ PRÓTESIS FIJA	○ azul OBTURADO
X _{azul} PÉRDIDA POR CARIES	— — PRÓTESIS REMOVIBLE	○ rojo CARIES

10 PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS
-----------	-------------------	-----------	-------

Promoción de la Salud: Charla educativa, técnica correcta de cepillado dental

Profilaxis

Radiografía Cefálica

11 DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1 Depósitos (acreciones en los dientes)		K 03.6	X	X	3		
2 Anomalia Dentofacial (Incluso la maloclusión)		K 07	X	X	4		

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	NÚMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	--------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA		DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
SESIÓN	1	K03.6	D 11 20		CÓDIGO
FECHA			D 13 30		FIRMA
		K07	Toma de impresiones de arcos inferior y superior		
			D 0250		
SESIÓN	2				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	3				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	4				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	5				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	6				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	7				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	8				CÓDIGO
FECHA					FIRMA
SESIÓN	9				CÓDIGO
FECHA					FIRMA