



COLEGIO ODONTOLÓGICO  
COLOMBIANO

.....

..... M 089 ..... 1987 .....

Compra       Canje       Donación

Editorial .....

Solicitado por .....

Fecha .....

Precio .....

~~089~~  
~~1987~~

T.O.  
00106

" ETIOLOGIA DE LAS DISNAGCIAS "

Presentado por:

ALEXANDRA CAROLINA ROMERO GARCIA

Código: 821129

MONOGRAFIA PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR  
AL TITULO DE ODONTOLOGA.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Bogotá, noviembre 27 de 1987

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

Rector :

Dr. JORGE ARANGO TAMAYO

Decano :

Dra. MARISOL ARANGO DE LEON

Vicedecano:

Dr. JAIRO FORERO MORALES

Secretario Académico:

Dr. LUIS FELIPE FALLA

Director Monografía:

Dr. MIGUEL ORDOÑEZ SILVA

Coordinador del Curso:

Dr. ROBERTO ARCINIEGAS GOMEZ

CONCEPTO DE ACEPTACION DEL DIRECTOR  
DE LA PRESENTE MONOGRAFIA.

EXCELENTE

*Excelente.*

BUENO

REGULAR



Dr. MIGUEL ORDONEZ SILVA

Bogotá, noviembre 27 de 1987

## AGRADECIMIENTO

AGRADEZCO AL DOCTOR MIGUEL ORDOÑEZ SILVA,  
SU VALIOSA COLABORACION, YA QUE SIN SU  
ORIENTACION NO HUBIERA SIDO POSIBLE LA  
REALIZACION DE ESTA MONOGRAFIA.

## DEDICATORIA

ESTA MONOGRAFIA, VA DEDICADA A MI  
PADRE; QUIEN CON TODO SU AMOR, ES-  
FUERZO Y DEDICACION ME AYUDO A SA-  
LIR ADELANTE, ME BRINDO SU APOYO,  
Y ME TRASMITIO SUS CONOCIMIENTOS,  
PARA UN MAXIMO RENDIMIENTO Y UN  
MEJOR SERVICIO A LA COMUNIDAD.

## PLAN DE TRABAJO

### INTRODUCCION

- I. CAUSAS DE ORIGEN GENERAL
  - A. Psicológico
  - B. Herencia
  - C. Defectos congénitos
  - D. Enfermedades predisponentes
  - E. Hábitos
  - F. Accidentes y Traumas
  - G. Alteraciones Prenatales
  - H. Alteraciones Postnatales
- II. CAUSAS DE ORIGEN LOCAL
  - A. Anomalías de Número de dientes
    - a. Supernumerarios
    - b. Faltantes
  - B. Anomalías de Tamaño
  - C. Anomalías de Forma
  - D. Pérdida Prematura de Temporales
  - E. Retención Prolongada y Reabsorción Anormal de Temporales

a. Factor Asociado con el diente

b. Factor Ambiental

c. Factor Idiopático

F. Erupción Tardía de Dientes Permanentes

G. Vía Eruptiva Anormal

H. Caries

Y. Restauraciones Defectuosas

III. DIBUJOS

IV. GUIA FILMINAS

V. FILMINAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Mi predilección por este gran tema, fue el afán de saber, de investigar, de donde se originan una serie de maloclusiones, que a diario son diagnosticadas y por lo tanto se establece un tratamiento por lo general tipo removible o bien por medio de aparatología fija pero francamente no nos hemos detenido a cavilar sobre cual fue el verdadero factor que ocasionó dicha disnagcia.

Muchas veces ni nos pasará por la mente que aquella restauración, con un punto de contacto tan apretado ocasione extrucción de este diente o de los dientes vecinos y por consiguiente contactos prematuros, giroversiones y desviaciones.

O talvez una obturación temporal inadecuada con un material como la gutapercha, que ha llegado a ocasionar hasta mordidas cruzadas y desviaciones, acompañado de pérdida ósea.

También las maloclusiones pueden ser causadas por falta de morfolo-

gía, dental, que muchas veces se nos olvida que existe.

Esto nos lleva a la conclusión que debemos analizar, conciertizarnos de cada caso, de llenar una minuciosa historia clínica en donde las enfermedades predisponentes, hábitos, factor psicológico, tienen una gran importancia para el odontólogo, para que así logre un buen diagnóstico y éxito en su tratamiento.



## I CAUSAS DE ORIGEN GENERAL

### A. PSICOLOGICO

El Odontólogo desconoce el estado anímico y el comportamiento psicológico anterior del paciente.

Desde la época de los hallazgos de Freud y otros psicoanalistas, la boca ocupa un lugar fundamental en el estudio de la psicología y sus relaciones somáticas; es justamente la cavidad oral donde trabaja el Odontólogo; durante la formación, la boca es la primera en desarrollarse.

La etapa oral se divide en dos períodos:

- a. Incorporativo: Primeros seis meses de vida
- b. Sádico: Segunda mitad del primer año.

- a. INCORPORATIVO,- Lo más importante es alimentarse creándose situaciones de placer - displacer, los cuales se manifiestan con expresiones corporales, y actividad muscular.

El niño experimenta sensación de bienestar al ser alimentado, al succionar, mamar, o chupar sin fines alimenticios. Posteriormente lleva objetos a la boca.

- b. SADICO.- Empieza la erupción dental y el niño experimenta una sensación placentera, por el hecho de morder.

Una buena relación con su madre le permite una rápida evaluación de esta etapa.

El tratamiento indiferente o agresivo, detiene su evolución produciéndose fijaciones a las cuales podrá volver en diferentes etapas de su vida anímica. Recurrirá entonces al chupo , succión del pulgar o chupeteo, de labios, lengua o carrillos. Y tal frustración se manifiesta entonces por medio de hábitos, tensiones musculares las cuales afectarán crecimientos de los maxilares, produciendo anomalías maxilodentaria a edad temprana.

B. HERENCIA

Un medio ambiental familiar de indiferencia o agresión altera el psiquismo del niño al igual que perturbaciones psicológicas expresadas por medio de tensiones musculares o hábitos, puede variar la forma de los maxilares previstas por factores hereditarios.

La cara es definitivamente la parte más variable del ser humano por su crecimiento más prolongado y por la complejidad de su sistema neuromuscular, sometidas a numerosas influencias de origen ambiental.

### C. DEFECTOS CONGENITOS

Según T.M. Graber menciona:

1. Labio y paladar hendido
2. Parálisis cerebral
- e. Tortícolis

1. Labio y paladar hendido .- Se cree en la actualidad que uno de los factores causantes es la interposición de la

lengua entre el maxilar superior, durante el crecimiento prenatal. La lesión puede consistir en una hendidura parcial unilateral o bilateral; afecta el paladar blando, el hueso palatino y puede extenderse hasta los alvéolos y labios.

Entre las anomalías más comunes está labio y paladar hendidos. La hendidura puede limitarse al labio superior o extenderse por el orificio de la nariz y paladares duro y blando. Las hendiduras palatinas aisladas pueden estar limitadas a la UVULA - (bífida) o ser más extensas, divide el paladar blando a los paladares blando y duro.

Es más frecuente en hombres, en caucásicos y japoneses y aumenta la posibilidad a mayor edad de la madre.

El desarrollo óseo facial está retrasado en embriones con hendiduras. Estudios postnatales de pacientes con hendiduras faciales han demostrado que el crecimiento de la cara procede en armonía con la desviación inducida inicialmente por la hendidura, sin embargo, el tamaño global de la cabeza es algo más pequeño y la longitud de la base-

craneales algo más corta de lo que es normal en individuos con paladar hendido.

Graber encontró perfil cóncavo, maxilar retraído e incisivos desviados lingualmente también eran deficientes las dimensiones vertical y lateral del maxilar.

Levin notó que el 30% de los pacientes con paladar hendido exhibían una deficiencia antero-posterior en el tercio central de la cara.

Eckel y Beisser encontraron que los antros maxilares estaban estrechados especialmente en el lado opuesto a la hendidura.

La anchura nasofaríngea es mayor de lo normal. La mandíbula es más corta, siendo la altura facial posterior reducida a causa de ser la rama más corta. El ángulo del plano mandibular está aumentado y el ángulo gonial es más obtuso.

Los dientes suelen faltar en la región de la hendidura o

son supernumerarios.

Se encuentra un diente fisural mediano en casi un 50%.

Agenesia de los dientes en un 15% en dientes deciduos.

45% En permanentes.

En niños con labio fisurado y paladar hendido no es rara la presencia de hipodoncia fuera de la región de la hendidura.

Más del 40% no tienen dientes, sobre todo en el maxilar superior.

## 2. Parálisis cerebral.-

Etiología. Consiste en una falta de coordinación neuromuscular debida a funciones cerebrales mal realizadas. Muchas veces son antecedentes de parto anormal, trauma de nacimiento, asfixia neonatal o ictericia.

No obstante, no siempre es posible determinar si las alteraciones patológicas se han producido por defectos del desarrollo, degeneración cerebral intrauterina, trauma del nacimiento, anormalidad metabólica o infección.

Sintomatología .- En los casos graves, los síntomas son

evidentes desde el nacimiento con vómitos, irritabilidad y dificultad en la lactación.

Los niños pueden ser pequeños de aspecto delicado son susceptibles a las infecciones y pueden morir pronto en la infancia.

El 25% de los pacientes tienen convulsiones. La ausencia de control de los músculos del sistema estomatognático, trae como consecuencia alteraciones de la forma de los maxilares.

3. Tortícolis.- Produce alteraciones de las fuerzas musculares, el cuello torcido es producido por un acortamiento del esternocleidomastoideo el cual puede producir profundos cambios en la forma del cráneo, cara y maxilares.

Graber dice que la lucha del hueso y el músculo; el hueso cede, deformándose, hasta producir asimetrías faciales y disnagcias de difícil tratamiento.

D. ENFERMEDADES PREDISPONENTES

Las fiebres exantemáticas pueden alterar el itinerario del desarrollo y con frecuencia dejan marcas permanentes en las superficies dentarias, sin embargo los trastornos febriles agudos en el desarrollo de la oclusión, son desconocidos, aunque existen pruebas recientes febriles que indican que las enfermedades febriles pueden retrasar temporalmente el ritmo del crecimiento y desarrollo.

Algunas enfermedades endocrinas específicas pueden ser causa de maloclusión.

Las enfermedades con efectos paralizantes, como poliomielitis, son capaces de producir maloclusiones extrañas.

Las enfermedades con disfunción muscular, como distrofia muscular y parálisis cerebral también pueden ejercer efectos deformantes característicos en las arcadas dentarias.

Los efectos de enfermedades crónicas también pueden ocasionar maloclusiones.

Las endocrinopatías, proporcionan una base más directa para la relación causa y efecto.

Los trastornos marcados de la hipófisis y paratiroides no son frecuentes, pero su efecto en el crecimiento y desarrollo es importante cuando se presentan.

Los problemas de la Tiroides son de gran importancia para el ortodoncista, ya que el hipotiroidismo va acompañado de resorción anormal, erupción tardía y trastornos gingivales, y por lo tanto, estos pacientes presentan dientes deciduos retenidos y dientes en mal-posición, que han sido desviados de su camino normal de erupción.

La reducción de la secreción tiroidea, su efecto en las otras secreciones endocrinas, retraso en la formación de hueso endocondial, anomalías en la sedimentación sanguínea y colesterol sanguíneo, bajo metabolismo basal y anomalías dentarias, constituyen un buen programa de investigación para el futuro.

Muchos casos de hipotiroidismo han sido reconocidos clínicamente por un ortodoncista después de un estudio minu-

cioso de dientes, tejidos modelos, radiografías de cráneo y dientes, un diagnóstico oportuno beneficia al paciente, permitiendo un buen tratamiento médico. Como el mantenimiento de un ritmo metabólico normal es indispensable para el crecimiento y desarrollo normales, deberá hacerse todo lo posible por eliminar la entidad patológica causante de las alteraciones.



E. HABITOS

1. SUCCION DIGITAL
2. PRESION
3. POSTURA

1. SUCCION DIGITAL.- El nacimiento de un niño origina "El Trauma de Nacimiento ". Una mala relación madre-hijo puede complicar el problema al fijarse el niño en la etapa oral.

La comunicación con el mundo que lo rodea se expresa por medio de reflejos y uno de los más importantes es el de succión.

La zona oral es el lugar en que se centraliza la recepción y descarga de estímulos en los primeros meses de vida.

La persistencia del hábito de succión, especialmente del pulgar después de los 3-4 años puede ocasionar alteraciones irreversibles en el crecimiento de los maxilares,

además de los trastornos musculares, producidos por la succión prolongada.

El tipo de malformación depende de como se coloque el dedo y las características óseas y dentarias.

La disnagcia más frecuente es la protrusión del maxilar superior la cual puede ser basal o alveolodentaria. Generalmente existe presión dorsal del pulgar sobre los incisivos inferiores y la mandíbula, en estos casos se observa lingoversión de los dientes o se establece una verdadera distoclusión la cual requiere tratamiento más complejo.

El sistema muscular puede estar igualmente afectado. Hay contracción de buconadores y orbiculares especialmente el inferior y actividad lingual anormal, debido a su desplazamiento la deglución es anormal en la mayoría de los casos. Existe además función anormal del borde de la barba e inclusive interposición del labio inferior entre los incisivos.

Otros tipos de succión son el de labio, chupo y lengua y carrillos. En caso de persistencia de la succión de chupo

podemos encontrar mordidas abiertas y su tratamiento no es complicado.

No se debe eliminar el hábito ya que el niño voluntariamente después de los 3-4 años abandona el hábito, en cambio si se elimina, al niño puede convertirse en succionador del pulgar y complicación del cuadro psicológico y somático.

2. PRESION.- Generalmente este hábito aparece en niños mayores de 6-7 años por lo cual presentan desviaciones de tipo dentario como es el caso de morder uñas, (onicofagia) dedos, lápices, manos, carrillos y aún los labios. La mordedura frecuente de labio inferior, presiona uno o más incisivos superiores, caso en el cual podría asociarse a protrusión de uno o más dientes.

El bruxismo ha sido mencionado dentro de las parafunciones. La presión de las manos a un lado de la cara al dormir puede ocasionar compresión de un lado del maxilar, generalmente la mandíbula por ser un hueso movable escapa

hacia el lado contrario de la presión produciendo una inversión con mordida cruzada unilateral.

### 3. POSTURA

Posición al dormir.- La manera de prevenir el bruxismo es acostumar al bebé a acostarse boca arriba y sin almohada o sea en posición de-cúbito-dorsal.

La posición al dormir boca-arriba puede considerarse como una de las causas etiológicas, en la aparición de una distocclusión o clase II, también se encuentra una posición distal.

Por lo tanto, no es recomendable la posición de cúbito-dorsal para dormir, especialmente durante el primer año y está contraindicada en los casos en los cuales persiste la distocclusión, después del primer año; además ésta posición provoca alteración de los músculos, retractores y propulsores de la mandíbula, por esto tiende a ir hacia atrás acompañada de la lengua; deja de actuar en el crecimiento sagital

al ocupar una posición posterior clásica de las clases II.

El distanciamiento entre incisivos superiores e inferiores favorece además la aparición de sobreclusiones y a veces son causantes del bruxismo.

Algunos hábitos de postura como es el caso de niños que permanecen encorvados y otros en los cuales la cara descansa sobre las manos al dormir, ver televisión etc. pueden acentuar una disnagcia.

F.

ACCIDENTES Y TRAUMAS

Los accidentes constituyen un factor importante en las maloclusiones ya que el aprender a caminar y a gatear, la cara y las áreas de los dientes reciben muchos golpes que no son registrados en su historia clínica.

Tales experiencias traumáticas desconocidas pueden explicar muchas anomalías eruptivas idiopáticas.

Los dientes deciduos desvitalizados poseen patrones de reabsorción anormal y como resultado desviaciones en los permanentes; estos deben ser controlados radiográficamente para comparar la resorción radicular y posible infección apical.



G.

ALTERACIONES PRENATALES

- Dieta materna
- Uso drogas (Talidomina)
- Enfermedades (Varicela)
- Postura fetal anormal (puede producir asimetrías de cara y cráneo.) Pero después del primer año desaparecen!
- Lesiones amnióticas.

H.

ALTERACIONES POSTNATALES

El trauma de nacimiento conlleva a alteraciones somáticas, hábitos. El uso de fórceps, fractura de cóndilo y accidentes, en los primeros años puede producir igualmente alteraciones del crecimiento con sus repercusiones en la oclusión.

El uso de aparatos ortopédicos alteraciones de glándulas de secreción interna como la hipófisis o la tiroides en cuyo caso puede producirse reabsorción anormal en los dientes temporales, trastornos gíngivales y aún erupción tardía de los dientes.

La poliomielitis debido a la ausencia de actividad neuromuscular producida por la enfermedad.

Adenoides por la respiración nasal y amigdalitis frecuentes pueden desplazar la lengua hacia adelante favoreciendo la aparición de diferentes disnagcias.

## II.

CAUSAS DE ORIGEN LOCALA. ANOMALIAS DEL NUMERO DE DIENTES

Su motivo es desconocido pero la herencia desempeña un papel importante en muchos casos. Algunos autores piensan que la aparición de los dientes adicionales ha sido un residuo de los Antropoides primitivos que poseían una docena o más de dientes que el homosapiens.

Existe alta frecuencia de dientes adicionales o faltantes asociada con anomalías congénitas como labio y paladar hendidos.

Las patosis generalizadas, como displasia ectodérmica disostosis cleidocraneal y otras pueden también afectar el número de dientes en las arcadas.

- a. Dientes Supernumerarios.- Estos pueden formar antes del nacimiento o hasta los 10 ó 12 años. Se presentan con mayor frecuencia en el maxilar superior,

aunque pueden aparecer en cualquier parte de la boca, en ocasiones están tan bien formados que no son fáciles de identificar los dientes adicionales.

La morfología de los dientes supernumerarios puede ser variable. Pueden imitar la forma de los dientes normales o tener una forma atípica con predominio de los dientes hapladónticos parecidos a los dientes de reptiles.

Así pues se aplica el término de suplementario para los dientes eumórficos y supernumerario para los dientes heteromórficos.

También hay dientes dobles o gemelos, constan de dos o más partes que muestran claramente una tendencia a independizarse. Estos dientes dobles pueden ocupar el lugar de un diente regular o de dos dientes subyacentes o hallarse juntos con dientes regulares. Se puede concluir, por lo tanto que se desarrollan a partir de la división incompleta de un germen dental único (esquizodontismo) o por la fusión de los gérmenes

adyacentes, regulares o accesorios (sinodontismo). Entre los dientes supernumerarios tenemos el Mesiodens.

El Mesiodens .- Es visto con frecuencia, se presenta cerca a la línea media, en dirección palatina a los incisivos superiores, generalmente es de forma cónica, y se puede presentar solo o en pares, en ocasiones puede ir pegado a los incisivos centrales, puede estar en paladar o en las fosas nasales, al igual que en los dientes incluidos tienden a formar quistes si son dejados; están fuera de la línea de oclusión, algunas veces su extracción pone en peligro las regiones apicales de los dientes vecinos, por lo tanto se necesita un buen examen radiológico y un buen diagnóstico.

La importancia para el odontólogo es que muchas veces los incisivos permanentes no han hecho erupción; aunque en muchos casos no es verdad.

La prevención oportuna y el tratamiento necesario, es ortodoncia preventiva.

- b. Dientes Faltantes.- Se presenta en ambos maxilares, pero algunos autores afirman que el maxilar superior presenta ausencia de dientes con mayor frecuencia.

Los dientes que más faltan son: Terceros molares superiores e inferiores; incisivos laterales superiores segundo premolar inferior, incisivos inferiores y segundos premolares superiores.

Hay que distinguir dos clases de reducción en el número de los dientes: Hipodoncia y Oligodoncia, en la Hipodoncia, faltan algunos dientes, más específicos a causa de la ausencia de sus anclajes. Raras veces hay anomalías asociadas en la oligodoncia faltan muchos dientes y los existentes tienen un tamaño muy reducido. Son frecuentes las anomalías asociadas en otros órganos. La anodoncia la ausencia completa de todos los dientes deciduos y permanentes es extremadamente rara.

La herencia parece desempeñar un papel importante

en caso de dientes faltantes. La falta congénita es más frecuente en la dentición permanente que en la decidua.

Donde existen falta congénita de incisivos laterales superiores, los caninos con frecuencia hacen erupción en dirección mesial a los caninos deciduos, o sea al espacio de los dientes faltantes.

Los dientes pueden perderse como resultado de accidente. Si el diente anterior era deciduo, la conservación del espacio es innecesaria, salvo que exista tendencia al apiñamiento o que el espacio sirva para un hábito de lengua.

Se recomienda primero consultar un ortodoncista para que vea la magnitud del problema y recomiende lo que estime necesario.

B. ANOMALIAS EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES

El tamaño es determinado principalmente por la herencia. El apiñamiento dentario es una característica principal de la maloclusión, es posible que exista mayor tendencia a esta con dientes grandes que con dientes chicos.

En un estudio realizado por Maorreos, en un grupo de niños de 3 a 18 años se observa el tamaño de los dientes con respecto a las maloclusiones y se llegó a la conclusión que en los niños el tamaño de los dientes en su diámetro meso-distal es mayor con respecto al de las niñas especialmente en dentición permanente, el tamaño de las arcadas no están en correlación con el tamaño de los dientes. Ni entre el apiñamiento y entre los espacios de los dientes.

Con frecuencia existe variación en el tamaño de los dientes dentro del mismo individuo muchas veces, un incisivo superior será de tamaño y configuración normales, mientras que el otro es pequeño.

En la zona de premolares inferiores es frecuente. Al comparar las dos arcadas se nota la discrepancia del tamaño de los dientes. En ocasiones las aberraciones en el desarrollo, pueden presentarse con uno o más dientes en forma anómala o unidos a un diente vecino. El aumento significativo en la longitud de la arcada no puede ser tolerado y se presenta maloclusión.

C. ANOMALIAS EN LA FORMA DE LOS DIENTES

Los diversos dientes varían mucho en longitud, anchura, espesor, curvatura de la corona, características de la raíz, desarrollo de la cresta marginal, forma y definición de las cúspides.

La anomalía más frecuente es el lateral en forma de clavo, debido a su pequeño tamaño, se presentan espacios demasiado grandes en el segmento anterior superior.

Los incisivos centrales varían mucho en cuanto a forma, como los incisivos laterales pueden haberse deformado debido a una hendidura congénita, en ocasiones el ángulo es muy pronunciado y especialmente en los japoneses los bordes marginales son agudos y bien definidos rodeando la foseta lingual.

La presencia de ángulo exagerado o de bordes marginales amplios, pueden desplazar los dientes hacia labial e impedir el establecimiento de una relación normal de sobre-

mordida vertical y horizontal.

El segundo bicúspide inferior también puede influir en forma y tamaño, ya que por lo general puede tener una cúspide lingual extra, que por lo general aumenta el diámetro meso-distal.

Otras anomalías de forma se presentan por defectos del desarrollo, como amelogénesis imperfecta, hipoplasia, geminación densindependiente, odontomas, fusiones y aberraciones sifilíticas congénitas, como incisivos de Hutchinson y molares en forma de frambuesa y muchas otras.



D. PERDIDA PREMATURA DE TEMPORALES

Los dientes temporales no solo sirven de órganos de masticación sino también de mantenedores de espacio para los permanentes; y ayudan a mantener los dientes antagonistas con su nivel oclusal correcto.

En algunos casos no existe espacio adecuado para los dientes permanentes, entonces por naturaleza los caninos deciduos son esfoliados antes de tiempo; y en otros casos se deben realizar exodoncias de deciduos por falta de espacio y es posible que también se realice exodoncia de los primeros premolares para evitar apiñamiento posteriormente.

La extracción prematura de molares deciduos por caries pueden causar maloclusión, salvo que utilicen mantenedores de espacio.

La pérdida del primero o segundo molar deciduo es causa de preocupación aunque la oclusión sea normal ya que el tamaño

de los dientes temporales es menor que el de los sucesores y lógicamente no habrá espacio suficiente.

La exodoncia prematura del segundo molar deciduo ocasiona desplazamiento mesial del segundo molar permanente y atraparán los segundos premolares en erupción al hacer erupción el premolar, es desviado a vestibular o lingual hasta una posición de maloclusión, al desplazarse hacia mesial el molar superior con frecuencia gira la cúspide meso-vestibular en sentido distal lo que hace que el diente se incline.

En la arcada inferior el primer molar permanente gira y se inclina sobre el segundo premolar aún incluido. El desplazamiento mesial y la inclinación de los primeros molares permanentes no siempre sucede.

Si la oclusión se encuentra cerrada y si existe espacio adecuado para la erupción de los dientes sucedáneos, disminuye la tendencia a la pérdida del espacio en la región donde se han extraído prematuramente el molar deciduo es indispensable hacer un diagnóstico diferencial.

La pérdida prematura de los dientes permanentes es un factor etiológico de maloclusión tan importante como la pérdida de los dientes deciduos. Demasiados niños pierden sus primeros molares permanentes por caries y negligencia. Si la pérdida sucede antes de que la dentición esté completa el trastorno será muy marcado.

El acortamiento de la arcada resultante del lado de la pérdida, la inclinación de los dientes contiguos, sobreerupción de dientes antagonistas, y las ampliaciones periodontales subsiguientes disminuirán la longevidad del mecanismo dental.

Dada la importancia de este concepto dinámico, recordamos que las fuerzas morfogenéticas, anatómicas y funcionales conservan un equilibrio dinámico en la oclusión. La pérdida de un diente puede alterar este equilibrio el no hacer esto pone en peligro la dentición.

E. RETENCION PROLONGADA Y RESORCION ANORMAL DE LOS DIENTESDECIDUOS

La etiología de la Retención es numerosa pero serán agrupadas en factores asociados con el diente, factores ambientales y factores de retención idiopática.

a. Factores Asociados con el Diente.

- Mal posición de gérmenes dentales
- Fuerza eruptiva está demasiado alejada de la zona de subsiguiente erupción, puede ser prematuramente agotada.
- Malformación de los dientes

b. Factores Ambientales

- Dientes supernumerarios
- Odontomas
- Quistes foliculares
- Falta espacio (en terceros molares)

c. Factor idiopático

El factor hereditario influye mucho.

La retención prolongada de los dientes deciduos también constituye un trastorno en el desarrollo de la dentición.

La interferencia mecánica puede hacer que se desvíen los dientes permanentes en erupción hacia una posición de maloclusión .

Si las raíces de los dientes deciduos no son resorbidas adecuadamente, uniformemente y a tiempo, los sucesores permanentes pueden ser afectados y no harán erupción al mismo tiempo, que los mismos dientes hacen erupción en otros segmentos de la boca, o pueden ser desplazados a una posición inadecuada.

El odontólogo deberá hacer placas periapicales o laminográficas buenas de los dientes deciduos retenidos.

Es muy desagradable hacer exodoncia de un diente deciduo y no encontrar el permanente sin embargo, con mayor frecuencia una raíz no se ha reabsorbido igual que el resto de las raíces en este caso, se debe realizar la exodoncia del diente deciduo esto es ortodoncia preventiva.

El desarrollo dentario y su cronología suele ser hereditario y los padres deberán proporcionar datos a cerca de su desarrollo dentario personal, así como el de los hermanos.

Un examen radiográfico total ayuda al odontólogo a determinar la relación entre la edad cronológica y la edad dental. La guía a seguir durante el período crítico del cambio es uniformidad.

Si la edad del desarrollo dental es muy avanzada o muy retardada deberá revisarse el sistema endocrino. Si existe antecedentes de hipotiroidismo, es frecuente encontrar un patrón de desarrollo tardío, la retención prolongada de los dientes deciduos es uno de los signos característicos. En caso de desarrollo dental.

Actualmente la medicina emplea con frecuencia la cortisona y otros corticoides en el tratamiento de una gran variedad de enfermedades generales.

Estas sustancias afectan el sistema metabólico y el equilibrio endocrino a su vez, puede ser afectado el patrón de desarrollo dental por lo tanto, los fármacos pueden ser la causa de la maloclusión y no la cura.

La exfoliación prematura de los dientes deciduos puede traer como consecuencia la retención de las raíces de estos ocasionando desviación de los permanentes o bien formación de quistes.

Su tratamiento debe ser extracción sin afectar al germen del permanente y para esto se debe realizar un buen estudio radiográfico.



F. ERUPCION TARDIA DE LOS DIENTES PERMANENTES

Muchas veces al ser extraído un diente deciduo, llega a la conclusión de que el diente permanente no hará erupción. Son múltiples las causas de este retardo entre ellos tenemos:

Posibilidad de un trastorno endocrino como el hipotiroidismo, falta congénita del diente permanente, obstáculos en la vía de erupción como son presencia de un diente supernumerario o raíz decidua, barrera de tejido denso que generalmente se deteriora cuando el diente avanza, pero no siempre; fuerza de erupción no vigorosa, cripta ósea en la vía de erupción.

Se considera buena odontología preventiva la extirpación de este tejido cuando el diente parece que va a hacer erupción y no lo hace, su intervención quirúrgica se llevará a cabo previo estudio en otros segmentos bucales.

La cripta ósea en vía de erupción puede ser eliminada pero antes se debe hacer un estudio radiológico cuidadoso y revisar la erupción de los segmentos restantes.

G.

VIA ERUPTIVA ANORMAL

Constituye un factor hereditario como consecuencia de apiñamiento dental que trae como consecuencia desviaciones en la erupción dental.

Dientes supernumerarios, raíces deciduas, fragmentos de raíz y barrera óseas. Sin embargo, existen casos en que no hay problema de espacio y no existe barrera física, pero los dientes hacen erupción en dirección anormal; una causa posible es un golpe, puede anquilosarse un diente y entonces el permanente desviarse o tomar una dirección anormal.

Otra forma de erupción anormal se denomina erupción ectópica el diente permanente en erupción a través del hueso alveolar provoca resorción en un diente deciduo o permanente contiguo y no en el diente a reemplazar.

Con frecuencia el diente afectado es el primer molar

superior permanente que al hacer erupción provoca la resorción anormal, bajo la convexidad distal del segundo molar decíduo superior, constituye una buena clave para la extracción posterior de unidades dentarias, si se desea mantener una relación correcta entre los dientes y el hueso, puede también indicar la necesidad inmediata de un programa de extracciones en serie.

H.

CARIES DENTAL

La pérdida prematura de los dientes deciduos o permanentes desplazamiento subsecuente de dientes contiguos, inclinación axial anormal, sobreerupción, reabsorción ósea es indispensable que las lesiones cariosas sean reparadas, no solo para evitar la infección y la pérdida de los dientes, sino para conservar la integridad de las arcadas dentarias.

La restauración anatómica inmediata de todos los dientes constituyen un procedimiento de ortodoncia preventiva.

Y. RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS

Al restaurar dientes con caries con frecuencia hemos sido culpables de crear maloclusiones. Las restauraciones desajustadas son capaces de crear interferencia y giroversiones al igual que los dientes deciduos retenidos.

Los contactos proximales apretados como incrustaciones desplazan al diente contiguo y es tan dañosa como un contacto abierto que ocasiona empaquetamiento alimenticio.

El contacto demasiado apretado ocasiona alargamiento del diente restaurado o los dientes vecinos, provocando puntos de contacto funcionales prematuros y colocando una carga demasiado pesada entre el lateral y el canino.

El uso de la gutapercha como material de obturación temporal, los dientes contiguos pueden ser desplazados

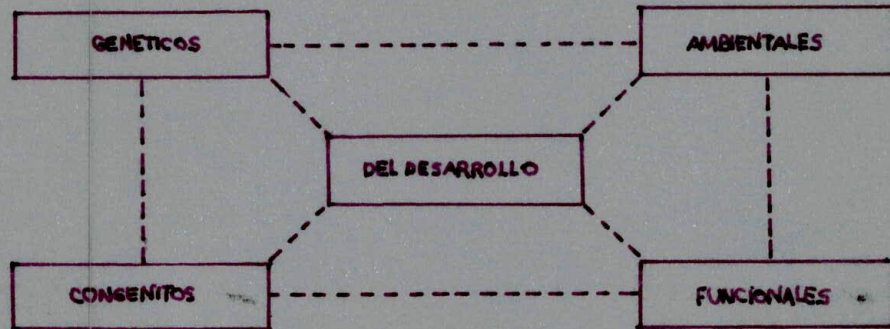
por el efecto de embolo de la masa elástica, ocasiona aumento de la longitud de la arcada.

Una restauración temporal mal colocada en ocasiones ha sido capaz de mover los dientes hasta una posición de mordida cruzada. Los malos contactos, aún con la restauración adecuada de la dimensión mesio-distal real, favorecen el desplazamiento de los dientes con los contactos deficientes e impacto de los alimentos, los dientes tienden a separarse esto facilita la pérdida del hueso.

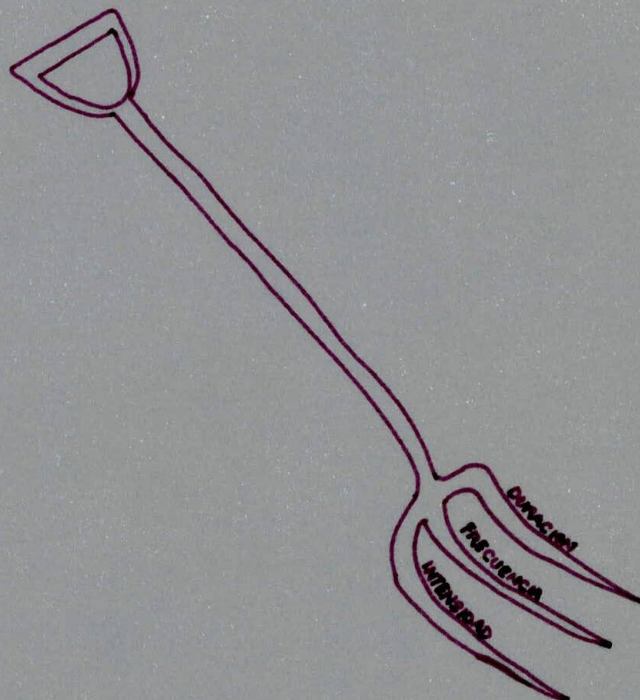
La falta de detalles anatómicos en las restauraciones pueden permitir el alargamiento de los dientes opuestos o crear contactos prematuros y tendencia de desplazamiento del maxilar inferior.

III.

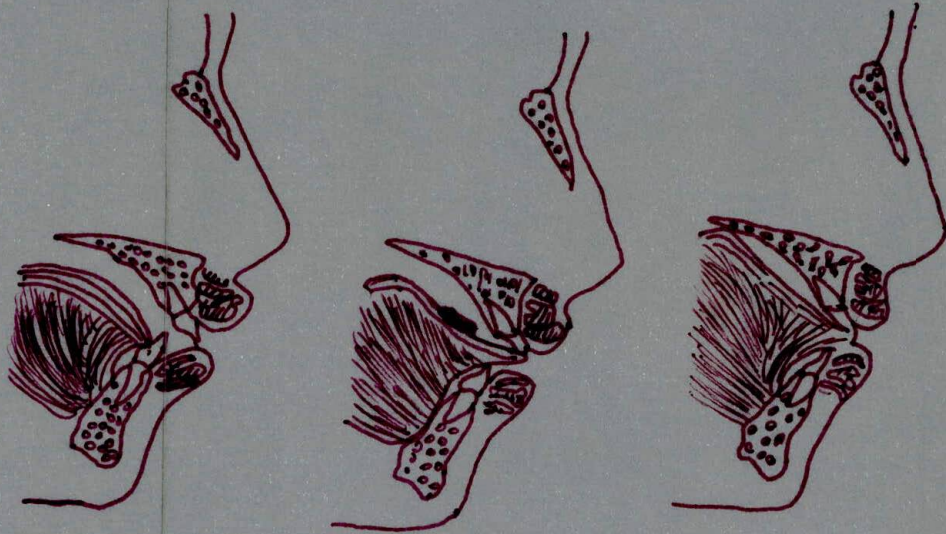
FACTORES ETIOLÓGICOS PRE Y POSNATALES DE LA MALOCCLUSIÓN



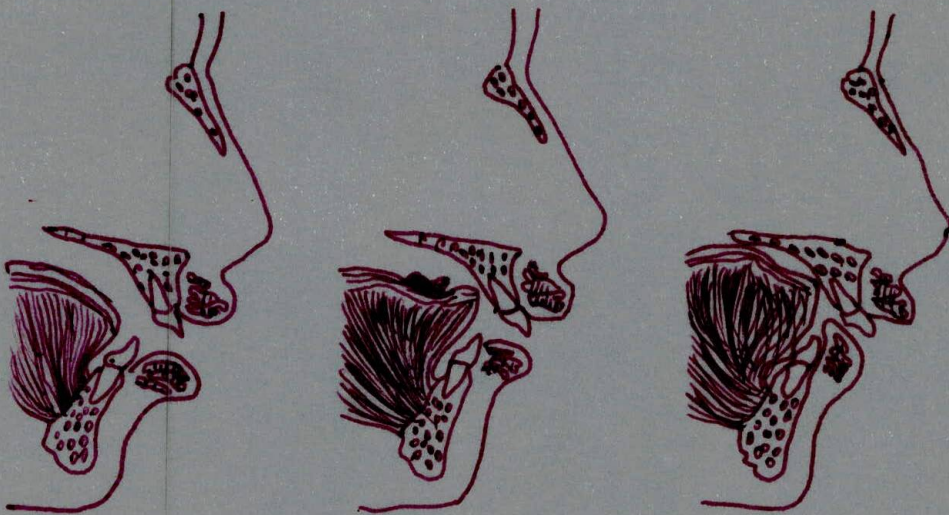
TRÍO DE FACTORES QUE MODIFICAN EL HÁBITO



DEGLUSIÓN ANORMAL CON INTERPOSICIÓN DE LA LENGUA



DEGLUSIÓN ANORMAL CON INTERPOSICIÓN DEL LABIO INFERIOR.

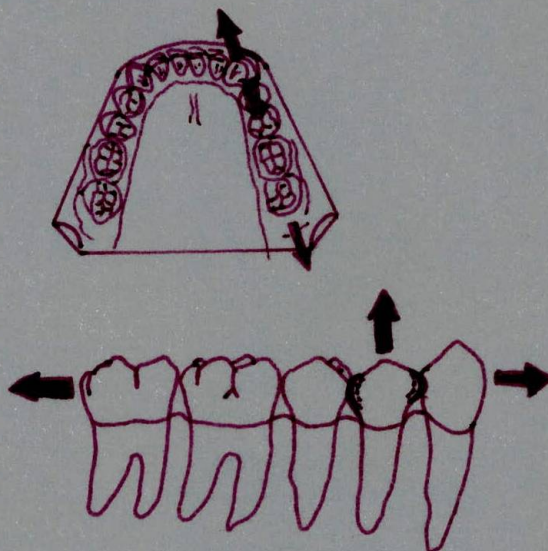


DECLUCIÓN NORMAL Y ANORMAL



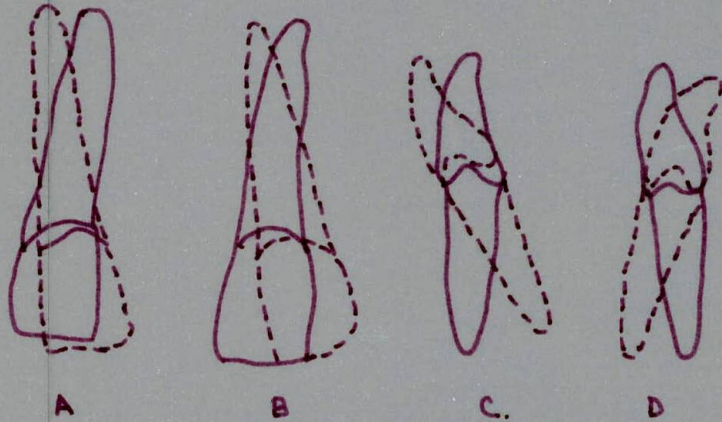
RESTAURACIÓN PROXIMAL SOBREETENDIDA

- DIMENSION MD ORIGINAL
- DIMENSION MD RESTAURADA.



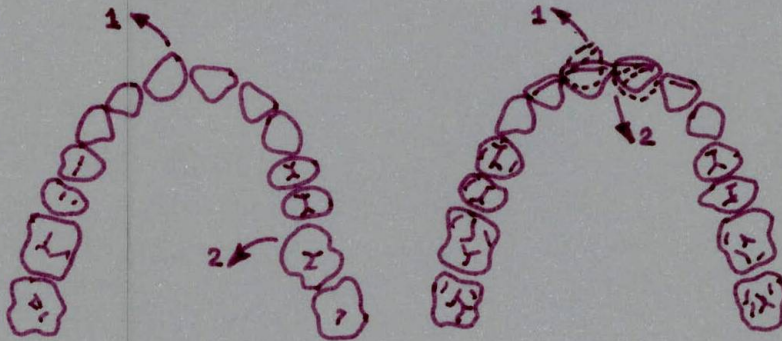
ANOMALÍAS DE DIRECCIÓN DE LOS DIENTES.

- A. MESOVERSIÓN
- B. DISTOVERSIÓN
- C. VESTIBULOVERSIÓN
- D. LINGUOVERSIÓN



1. ROTACIÓN MESOVESTIBULAR

2. ROTACIÓN MESOLINGUAL



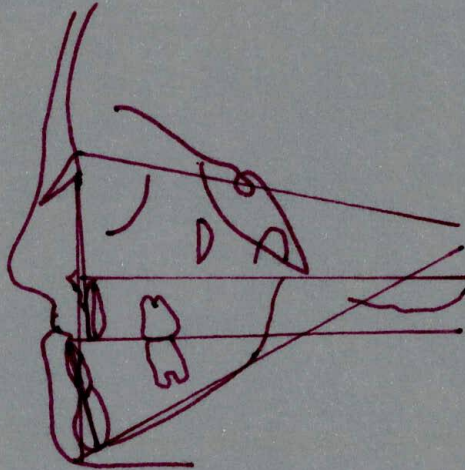
ESQUEMAS DE DIFERENTES TIPOS DE FISURAS



PRESIÓN DE LAS MANOS AL DORMIR



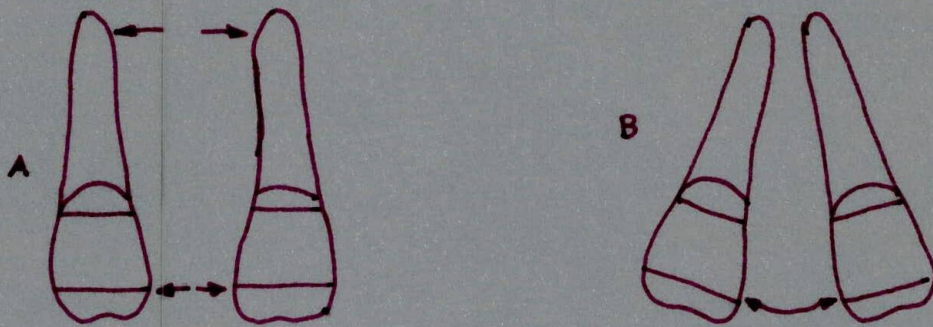
**LABIO LEPORINO UNILATERAL DERECHO Y FISURA DEL MISMO LADO (OPERADOS)**



**DIFERENCIA ENTRE ANOMALIAS DE POSICIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS DIENTES**

**A. DISTOCRESIÓN**

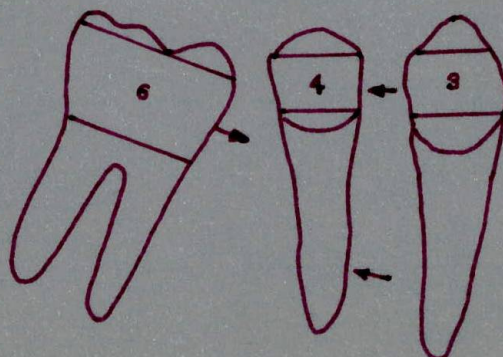
**B. DISTOVERSIÓN**



**ANOMALIAS DE POSICIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS DIENTES POSTERIORES**

**6. MESOVERSIÓN**

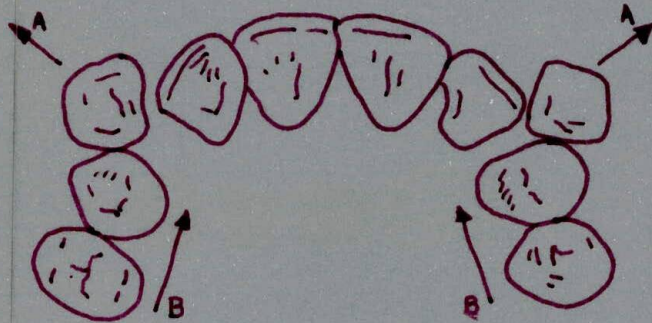
**4. DISTOCRESIÓN**



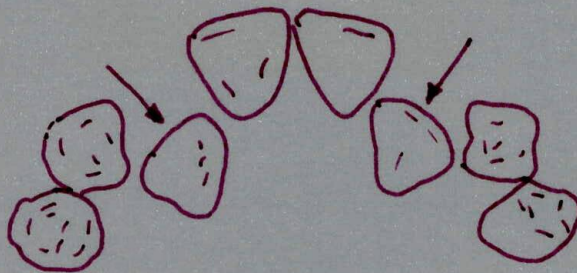
ANOMALÍAS DE POSICIÓN DE DIENTES.

A. VESTIBULOGRESIÓN

B. MESOGRESIÓN

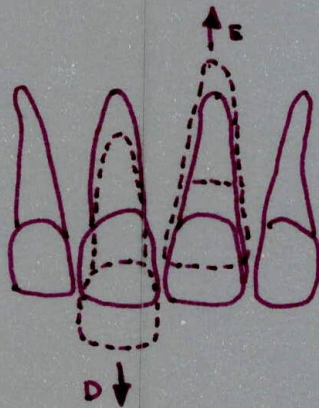


C. LINGUOGRESIÓN DE LATERALES SUPERIORES

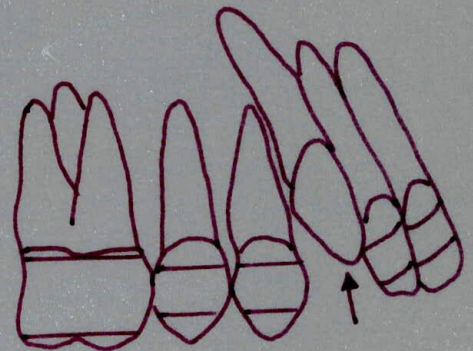


D. EGRESIÓN

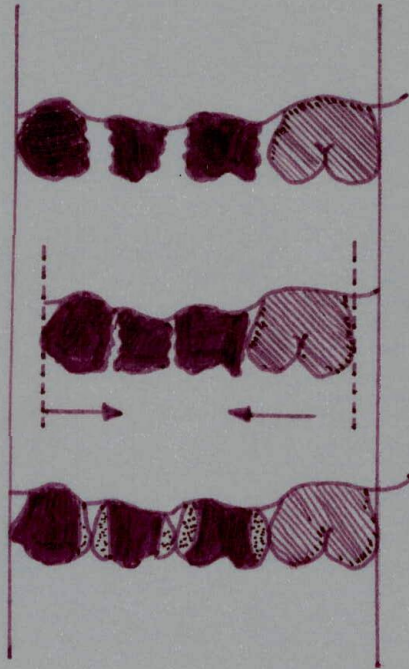
E. INGRESIÓN



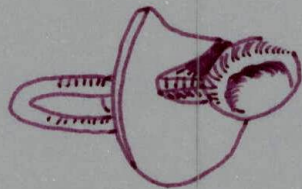
INGRESIÓN DE UN CANINO SUPERIOR.



CARIES PROXIMAL SOBRE LA LONGITUD DE LA ARCADA Y RESTAURACIÓN CORRECTA  
DE CONTORNOS Y PUNTOS DE CONTACTO



EJERCITADORES



IV.

GUIA DE FILMINAS

1. Defecto. Todo el segmento del maxilar se encuentra unido al tabique nasal, en esta hendidura bilateral de la - bio y maxilar (Congénito).
2. Hábito de succión del pulgar.
3. Lactancia no fisiológica con biberon artificial corriente de caucho.
4. Acción del biberón Nuk Sauger que imita la actividad natural.
5. El hábito de chuparse el dedo abre la boca más allá de la posición postural de descanso, ejerciendo una presión labial y depresora sobre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre los incisivos inferiores y al mismo tiempo la lengua es desalojada.

6. Al desplazarse la lengua hacia adelante entre los dientes superiores e inferiores, las porciones periféricas, ya no se encuentran continuas a las superficies oclusales de los segmentos bucales. La sobreerupción de los dientes posteriores se facilita creando una mordida abierta.
7. Perfiles craneales del niño y del adulto
8. Relación sagital entre los arcos dentarios superior e inferior, después de la erupción de todos los dientes de leche con y sin abrasión.
9. Cambio de la oclusión de los primeros molares permanentes y cierre del espacio del primate.
10. Influencia de la erupción de los segundos molares permanentes, en la intercuspidadación de los primeros molares permanentes.
11. Radiografía panorámica en la cual se observa, fase de

recambio 2, con una vía de erupción normal en un paciente de nueve años.

12. Radiografía panorámica en la cual se observa falta de espacio para que los premolares hagan su erupción.
13. Radiografía panorámica en donde se observa ausencia congénita del incisivo lateral superior derecho y malposición de los incisivos central y lateral izquierdos.
14. Radiografía panorámica, en la cual se observa apiñamiento, dientes retenidos y supernumerarios.
15. Dientes supernumerarios tipo " Mesiodens " que han hecho erupción.
16. Incisivos laterales inferiores supernumerarios.
17. Los molares temporales inferiores están retenidos, sin resorción radicular. Estos dientes serán extraídos y descubiertas las coronas de los temporales para propor-

cionar su erupción.

18. Premolar incluido por falta de espacio
19. Efecto destructivo de la vía normal de erupción. Resorción de la raíz del incisivo central.
20. Factor local de maloclusiones.  
Anquilosis del primer molar decíduo.
21. La lengua también puede ser un factor importante en la aparición de los diastemas o el espacio puede ser un fenómeno transitorio del desarrollo.
22. Agenesia del canino inferior y presencia de mordida abierta y cruzada.
23. Desviación de la línea media, mordida cruzada, mordida abierta, linguoversión inferior.

## CONCLUSIONES

1. Al querer realizar un buen tratamiento ortognático, se debe hacer una buena historia clínica, radiografías, modelos, cefalometrías y fotografías para determinar un excelente diagnóstico.
2. La etiología de las ~~dis~~gnacias es muy amplia por lo tanto ha sido clasificada en factores generales y locales.
3. Entre los factores generales tenemos, el factor psicológico, hereditario, defectos congénitos, enfermedades predisponentes, hábitos, accidentes y traumas, alteraciones prenatales y postnatales.
4. Entre los factores locales tenemos, anomalías de número de dientes, tamaño de dientes, forma de los dientes temporales, retención prolongada y reabsorción anormal de temporales, ~~erupción~~ tardía de los permanentes, vía eruptiva anormal, caries, restauraciones defectuosas, y muchas más que son de gran importancia pero que a su vez influyen.

- 5.- En la frustración durante la etapa oral se recurre a hábitos como chupeteo de labios, lengua y carrillos, chupo, succión pulgar ocasionando maloclusiones.
6. Dentro de los defectos congénitos según T.M. Graber menciona labio y paladar hendido, parálisis cerebral y tortícolis.
7. Pruebas recientes indican que las enfermedades febriles pueden retrasar temporalmente el ritmo del crecimiento y desarrollo al igual que algunas enfermedades endocrinas pueden ser causa de maloclusión.
8. El número, tamaño, forma, erupción tardía de los dientes, la curva eruptiva anormal etc. el factor hereditario juega un papel importante.
9. La pérdida prematura de los dientes permanentes es un factor etiológico de maloclusiones tan importante como la pérdida de los dientes deciduos.

10. Los fármacos pueden ser la causa de maloclusión ya que alteran el metabolismo desequilibrio hormonal y afectan el patrón de desarrollo dental.
11. La exfoliación prematura de los dientes deciduos trae como consecuencia la retención de las raíces ocasionando desviación de permanentes o formación de quistes.
12. La restauración anatómica inmediata de todos los dientes constituye un procedimiento de ortodoncia preventiva.
13. Al restaurar dientes con caries hemos sido culpables de crear maloclusiones.