

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGIA

TEMA:

“PREVALENCIA DE HABITOS PARAFUNCIONALES EN LOS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD PRESENCIAL, PERIODO MAYO – JULIO 2014.

**TESIS DE GRADO PREVIA
A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTORA:

ANA CRISTINA VALDIVIESO GONZÁLEZ

DIRECTORA

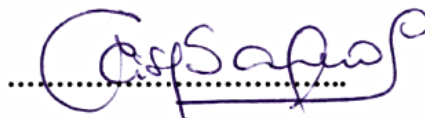
DRA. DEISY PATRICIA SARAGURO ORTEGA.

Loja – Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Certifico: Que la presente tesis titulada “**PREVALENCIA DE HABITOS PARAFUNCIONALES EN LOS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD PRESENCIAL, PERIODO MAYO –JULIO 2014**”, elaborada por la Srta. Ana Cristina Valdivieso González, ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por lo tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Ana Cristina Valdivieso González, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca virtual.

Autora: Ana Cristina Valdivieso González

Firma:



Cédula: 1104890452

Fecha: Loja, 30 de Abril de 2014

CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo Ana Cristina Valdivieso González, declaro ser la autora de la tesis “**PREVALENCIA DE HABITOS PARAFUNCIONALES EN LOS ESTUDIANTES DE 18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, MODALIDAD PRESENCIAL, PERIODO MAYO – JULIO 2014**”, como requisito para optar el grado de Odontólogo; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que por fines académicos, muestre al mundo la reproducción intelectual de este trabajo investigativo, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los Usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.


La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los treinta días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma la autora.

Autor: Ana Cristina Valdivieso González
Cedula: 1104890452
Dirección: Cdla. Esteban Godoy
Correo Electrónico: anicris_222@hotmail.com
Teléfono: 072109457 Celular: 0980105306

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Deisy Patricia Saraguro Ortega
Tribunal de Grado: Dr. Mgs. Richard Orlando Jiménez
Dr. Mgs. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha
Dr. Esp. Zulema de la Nube Castillo Guarnizo


.....

Ana Cristina Valdivieso González

1104890452

DEDICATORIA

A Dios puesto que nos brinda sabiduría, amor y paciencia, nos ayuda en los momentos más difíciles brindándonos valores que nos fortalezcan como personas.

Principalmente dedico este trabajo a mis padres Franklin Y Dora ; a mi hermano Franklin Santiago puesto que me brindaron apoyo y fortaleza en el desarrollo y transcurso de este proyecto de investigación ayudándome a concluir satisfactoriamente este proyecto.

Ana Cristina Valdivieso

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios que me dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera.

A la institución puesto que nos brindó los conocimientos que nos ayudó para el desarrollo de esta investigación y a la elaboración final de la misma.

A los profesores que me brindaron su sabiduría en varios campos del conocimiento ayudándome así en varios aspectos que requerí para el desarrollo de esta tesis.

Y como no agradecer de manera muy especial a mis padres quienes con su apoyo, comprensión y fortaleza me han sabido guiar por el camino del bien, a pesar de las distintas circunstancias adversas a la que la vida nos expone con el único objetivo de cumplir mis sueños.

A mis compañeros de clase que de varias maneras siempre estuvieron acompañándome y ayudándome en los momentos que requería de su ayuda , por compartir conocimientos , por vivir compartir vivencias y brindarme sentimientos de alegría, amor , cariño que me dejaron muchas enseñanzas y experiencias.

Ana Cristina Valdivieso

1. TEMA

**PREVALENCIA DE HABITOS PARAFUNCIONALES EN LOS ESTUDIANTES DE
18 A 30 AÑOS DE EDAD, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,
MODALIDAD PRESENCIAL, PERIODO MAYO –JULIO 2014.**

2. RESUMEN.

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo y transversal. El universo que se tomó en cuenta para el estudio es de 8228 estudiantes; 894 estudiantes corresponden a la muestra de estudio, siendo 442 hombres y 452 mujeres.

En esta investigación se planteó el problema refiriéndose a los hábitos parafuncionales de los estudiantes de la UNL modalidad de estudios presencial, de género masculino; planteándonos de esta manera como objetivos determinar la prevalencia y frecuencia de estos hábitos.

Los hábitos parafuncionales ocasionan lesiones en el sistema estomatognático que si no son controlados pueden afectar de manera irreversible al mismo, de ahí la importancia de la ejecución de esta investigación en la que se obtuvieron los siguientes resultados: la mordedura de objetos con un 32%; consumo de sustancias ácidas con un 30%; onicofagia con un 20%; destapar botellas con los dientes 14%; e, interposición lingual 4%.

La prevalencia de los hábitos parafuncionales en los estudiantes de Universidad Nacional de Loja es del 0.71 de acuerdo a la prevalencia puntual considerándose alta.

En conclusión el hábito parafuncional que con mayor frecuencia practican los estudiantes de la UNL es la mordedura de objetos y el de menor frecuencia es la interposición lingual demostrando así que en el estudio realizado tanto la prevalencia como frecuencia tuvieron porcentajes elevados es así que la frecuencia de mordedura de objetos es del 32 % y la prevalencia es del 71%.

PALABRAS CLAVES: Hábitos parafuncionales, Mordedura de objetos, prevalencia puntual, frecuencia

2. SUMMARY.

This research work is descriptive transversal .The universe is taken into account for the study is 8228 students; 894 students correspond to the study sample, with 442 men and 452 women. In this research the problem referring to parafunctional habits UNL students face modality studies, male gender was raised; asking ourselves this way aims to determine the prevalence and frequency of these habits.

Parafunctional habits cause lesions in the stomatognathic system which if not controlled can affect irreversibly to it, hence the importance of the implementation of this research in which the following results were obtained: the bite of objects with 32% ; acidic substances consumption with 30% ; with 20% onychophagia ; pop bottles with the teeth 14 % ; e, tongue thrusting 4%.

The prevalence of parafunctional habits in students of National University of Loja is 0.71 according to point prevalence considered high.

In conclusion, the parafunctional habit that most often practiced by students at UNL is bite objects and less frequent tongue thrusting is demonstrating that in the study both prevalence and frequency rates were so high that the frequency of bite objects is 32% and the prevalence is 71 %.

KEYWORDS: Parafunctional Habits, Bite objects, Point Prevalence, Frequency.

3. INTRODUCCION

Las **parafunciones orales** son aquellos movimientos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, son involuntarios e incluso desconocidos por la persona que las padece, estas son perjudiciales para el equilibrio del sistema estomatognático.

Diversos estudios realizados en algunos países arrojaron resultados interesantes así tenemos que en cuanto a hábitos parafuncionales los resultados en onicofagia es de 35 %, mordedura de objetos y consumo de sustancias ácidas 38%; estos son los hábitos que con mayor frecuencia realizan las personas en Cuba; en Europa sucede algo similar pero con mayor frecuencia en la onicofagia se presenta con un 31% y la mordedura de mucosas y objetos ocupa el 42%. (Osmenia, 2011)

Debido a los porcentajes altos de los resultados de los estudios anteriormente mencionados consideré importante plantearme el siguiente tema de investigación; “Prevalencia de hábitos parafuncionales en los estudiantes de 18 a 30 años de edad, de la Universidad Nacional de Loja, modalidad presencial periodo mayo-julio 2014”, así como los siguientes objetivos : 1. Conocer la prevalencia de los hábitos parafuncionales; 2. Identificar el hábito parafuncional que con mayor frecuencia presentan los estudiantes de 18 a 30 años de la Universidad Nacional de Loja; y, 3. determinar el hábito que menor frecuencia se presenta en los estudiantes de la UNL.

Obteniendo como resultados del presente estudio que la prevalencia puntual es de 0.71 mientras que la frecuencia de los hábitos va desde 32% de mordedura de objetos, 30% de consumo de sustancias , 20% onicofagia, 14% destapar botellas con los dientes, 4% interposición lingual; esto nos indica que el hábito con mayor frecuencia es la mordedura de objetos y el de menos frecuencia es la interposición lingual, por ello es recomendable que se difunda la información del daño que proporcionan este tipo de hábitos al ser realizados, la eliminación de los mismo constituye un reto que debemos cumplir para el mejoramiento de la salud bucodental de los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja.

4. REVISION DE LA LITERATURA

1. CAPITULO 1. SISTEMA ESTOMATOGNATICO

- 1.1 Concepto
- 1.2 Fisiología
- 1.3 Estructuras
- 1.4 Función

2. CAPITULO 2. HABITOS PARAFUNCIONALES

- 2.1 Concepto
- 2.2 Causas
- 2.3 Efectos
- 2.4 Clasificación

3. CAPITULO 3. ONICOFAGIA

- 3.1 Concepto
- 3.2 Causas
- 3.3 Consecuencias

4. CAPITULO 4. SUCCIÓN DIGITAL

- 4.1 Concepto
- 4.2 Causas y Consecuencias

5. CAPITULO 5. CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS PARA TEJIDOS DENTALES

- 5.1 Concepto
- 5.2 Causas
- 5.3 Consecuencias

6. CAPITULO 6. INTERPOSICIÓN LINGUAL

- 6.1 Concepto
- 6.2 Tipos

7. CAPITULO 7. MORDEDURA DE OBJETOS

- 7.1 Introducción
- 7.2 Consecuencias

DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO

1. SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

1.1 Concepto

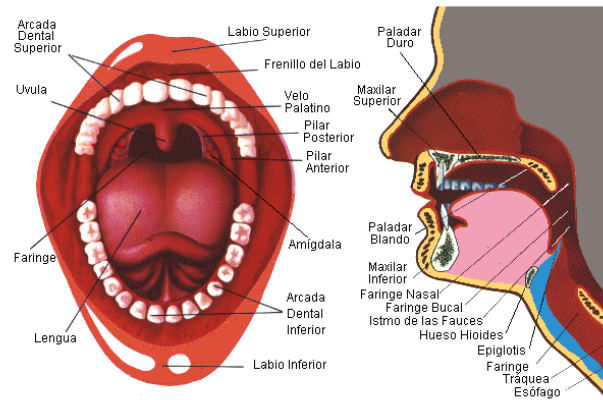


Figura 1. Sistema estomatognático (Benitac 2009)

El sistema masticatorio, actualmente denominado sistema estomatognático, es una entidad fisiológica y funcional perfectamente definida, integrada por un conjunto heterogéneo de órganos y tejidos, pero cuya biología y fisiopatología son absolutamente interdependientes. La función del aparato masticatorio o estomatognático está dada por los músculos y el sistema nervioso; los dientes desempeñan un papel pasivo.

El equilibrio fisiológico permite mantener la salud del sistema masticatorio durante toda la vida, sin olvidar que este aparato es parte del organismo y puede ser afectado por lesiones extrabucales.

Resulta imposible hablar de masticación sin revisar la anatomía y la fisiología de los músculos masticatorios, de las articulaciones temporomandibulares (ATM), del sistema neuromuscular y de los mecanismos de la oclusión. (Adrián, 2012)

1.2 Fisiología

Mecanismo del Buccinador: el balance de la forma de las arcadas dentarias depende del equilibrio muscular de la cavidad oral, esta musculatura está formada por el orbicular de los

labios, el succionador por la parte externa y la lengua por la parte interna. El buen funcionamiento de ellos mantendrá el equilibrio de las fuerzas musculares y por ende la forma de las arcadas dentarias.

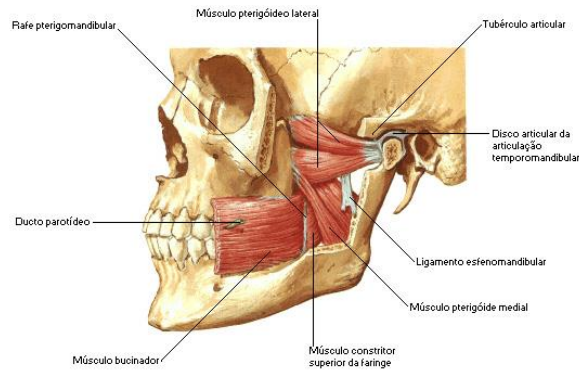


Fig. 2 Músculos de la masticación (Machado H 2009)

Si por alguna razón este equilibrio se pierde las alteraciones en la forma de los arcos se altera de diferentes maneras, una causa puede ser la deglución atípica. Pero antes de hablar de la deglución atípica cabe mencionar que existen dos estadios de la deglución y son: la deglución infantil o vesperal y la deglución adulta o somática, en la primera la lengua actúa como un vertedero por donde los alimentos se deslizan hacia la orofaringe, básicamente líquidos, y que se caracteriza por proyectar la lengua hacia delante colocándose entre los procesos alveolares. A medida que el tipo de alimentación cambia y van erupcionando los órganos dentarios, también la función de la lengua cambia, colocándose en posición de reposo y haciendo una concavidad en la parte anterior para recibir el alimento ya procesado, una vez que lo recibe lo transporta hacia la orofaringe mediante un movimiento de elevación en la parte anterior y de descenso en la parte posterior hasta verter el alimento en la faringe, al mismo tiempo el paladar blando se eleva para ponerse en contacto con la pared posterior de la faringe y evitar que el alimento se vaya a la nasofaringe, y finalizando este proceso la lengua regresa a su posición de reposo.

Cuando esto no sucede se presenta una disfunción lingual caracterizada por la proyección de la lengua hacia delante produciéndose una deglución atípica ocasionando un desequilibrio en la musculatura y por lo tanto una maloclusión caracterizada por presentar una mordida abierta

en la región anterior con un maxilar superior constrictor en sentido transversal, un eje sagital mayor a lo normal un paladar profundo y en ocasiones mordida cruzada posterior.

EL Sistema estomatognático cumple una importante función dentro de la oclusión además de ser un factor principal para la deglución. El sistema estomatognático es el conjunto de elementos y estructuras que conforman el aparato masticatorio y se conforma de dientes, sistema neuromuscular, periodonto y ambas ATM. (Machado H 2009)

1.3 .Estructuras.

El sistema estomatognático está compuesto por:

- Maxilares
- Ganglios Linfático
- Senos paranasales
- Articulación temporomandibular. A.T.M.

Así como los huesos, los músculos y la piel del territorio orofacial.

- Labios
- Lengua
- Dientes
- Encía
- Mejillas
- Orofaringe

20. Glándulas Salivales

21. Piso de la boca

22. Frenillos

La cavidad oral puede considerarse una estancia con cinco paredes:

- Pared anterior: Está formada por los labios.

-
- Paredes laterales: Están formadas por las mejillas.
 - Pared inferior: Formada en su mayor parte por la lengua y por debajo de ésta una región llamada piso de la boca.
 - Pared superior: Formada por la bóveda palatina o paladar.
 - Pared posterior: Es realmente un orificio irregular llamado istmo de las fauces que comunica la boca con la faringe.

Los anexos de la boca son los dientes y la encía (Martha ,2009)

1.4 Función.

La función más importante del aparato masticatorio es la masticación o trituración de los alimentos.

MASTICACIÓN

La masticación se define como un movimiento mandibular tridimensional complejo que incluye mandíbula, lengua, músculos masticatorios, labios y músculos de los carrillos bajo el SNC y modulaciones de impulsos sensoriales periféricos

La función masticatoria es aprendida y necesita de la presencia de los dientes y de una madurez de músculos, huesos, articulación temporomandibular y del sistema nervioso central.

El examen de esta función comprende la revisión minuciosa de todas las estructuras que comprende el aparato masticatorio.

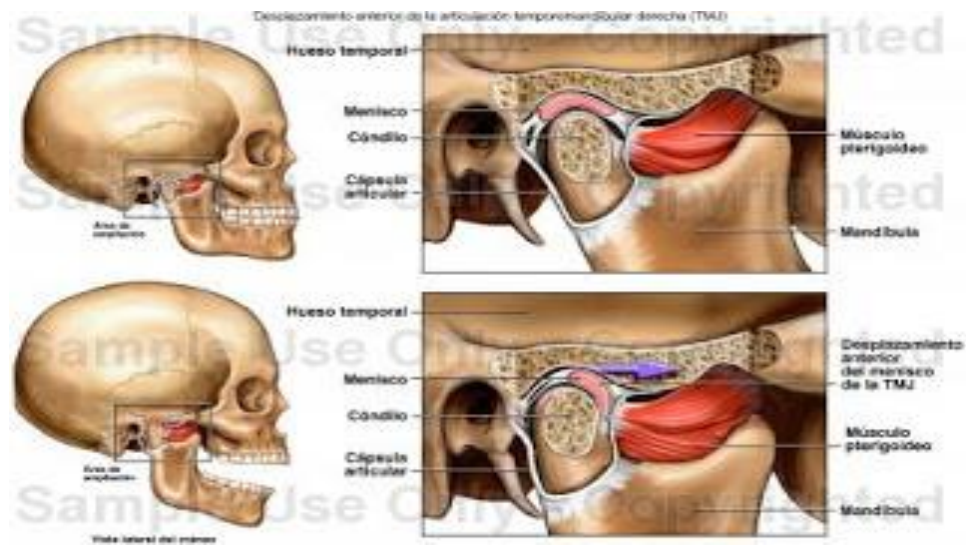


Fig.3 Estructuras del Sistema Estomatognático (Morrobel 2012)

1. Arcadas por separado y en oclusión: analizar presencia y estado de salud dental y periodontal, observación con la cabeza en posición correcta (plano de Francfort paralelo al piso) de la relación de oclusión, así como la posición de reposo mandibular.

2. Dinámica mandibular: a partir de la posición de reposo se observa el espacio libre entre las arcadas, las trayectorias de cierre desde el descanso hasta las posiciones protusivas, lateral derecha e izquierda, engranamiento cuspídeo lateral y límites máximos de desplazamiento anterior, lateral y retrusivo. Este último es particularmente importante en el diagnóstico de las clases III funcionales, al analizar interferencias cuspídeas que provocan oclusiones invertidas anteriores u oclusiones invertidas posteriores unilaterales con desplazamiento mandibular.

3. Articulación temporomandibular: al nacimiento la articulación temporo mandibular tiene forma rudimentaria y plana. El cartílago constituye una gran parte de la cabeza del cóndilo y es muy vascularizado, su movimiento es simultáneo por los 2 lados durante el amamantamiento a pecho. Con la erupción de los incisivos, comienzan los primeros movimientos masticatorios y ya las articulaciones temporo mandibulares no reciben una excitación simultánea, sino alternada, empieza entonces la diferenciación de los tubérculos articulares y el desarrollo de la cavidad glenoidea. Con la consiguiente erupción dentaria las articulaciones temporomandibulares se continúan modelando hasta llegar a adquirir su forma

definitiva. A medida que aumenta la edad la vascularización disminuye y por tanto también el espesor de la capa de cartílago.

En el examen de la articulación temporomandibular debe hacerse palpación durante los diferentes movimientos mandibulares constatando su magnitud, sensaciones de dolor, chasquido, etcétera. (Francois, 2008)

DEGLUCIÓN

La deglución es una función muscular compleja, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio.

Deglución es una actividad de nervios craneanos, esta puede ser iniciada conscientemente durando de 3 - 8 segundos.

Participan de la deglución unos 30 músculos y 6 pares encefálicos.

La deglución está presente desde la octava semana de la gestación, siendo una función vital, pues es necesaria para garantizar la supervivencia del individuo.

La acción deglutiva se puede dividir en tres etapas:

1. El mecanismo intrabucal por el cual se transfiere la comida de la parte anterior de la boca, a la parte posterior.
2. El paso del alimento a través del istmo de las fauces hacia la bucofaringe.
3. El descenso de la comida por esófago.

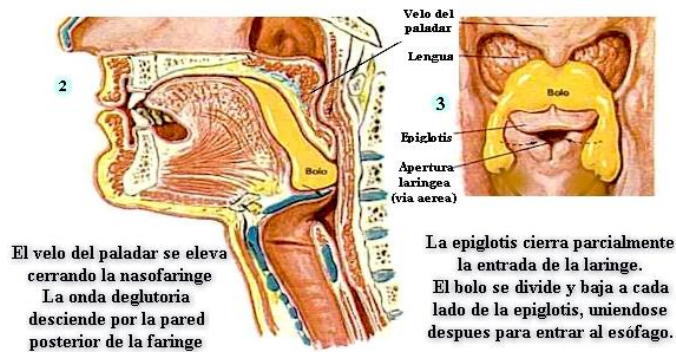


Fig.4 Deglución (Machado 2009)

El alimento semisólido generalmente sufre insalivación para formar una pasta; por tanto raras veces existe un bolo verdadero. Dicha pasta se junta sobre el dorso lingual y se amasa contra el paladar. Al beber, los dientes no permanecen en oclusión y la lengua funciona como una simple banda transportadora en el piso de la boca, se succiona el líquido hacia la lengua mediante la formación de presión intrabucal negativa.

Los dientes no ocluyen con fuerza, cuando se degluten alimentos suaves y jugos el patrón deglutivo es similar al usado por el lactante: los labios y carrillos se contraen para resistir la diseminación de la lengua y la deglución es como un trago aunque generalmente se acompaña de la firme oclusión dentaria, ocurren amplias variaciones.

La deglución en la infancia antes del establecimiento de la oclusión ha sido llamada deglución infantil o visceral, esta deglución parece basada en un sistema reflejo incondicionado en el cual los músculos faciales y circumbucuales inician la deglución, la mandíbula está asegurada contra la lengua y las encías están separadas por la lengua (García de Paula e Silva, 2013)

Con la erupción de los dientes, la deglución se vuelve adulta o somática. Se presume que estos patrones de deglución difieren en que la deglución infantil es denominada por músculos del séptimo par craneal y la deglución adulta está dominada por músculos del quinto par craneal. Después de la pérdida completa de los dientes, la deglución vuelve a ser dominada por los músculos del séptimo par craneal. Algunas personas con dientes evitan juntarlos durante la deglución ya que colocan la lengua entre los dientes con el fin de asegurar la

mandíbula para el acto de deglutir; este tipo de aseguramiento mandibular se ve particularmente en personas con contactos prematuros serios en relación céntrica.

Los contactos entre los dientes duran más en la deglución que en la masticación pero existe una variación en frecuencia y duración de un sujeto a otro. Durante la deglución normal adulta el empuje distal y cierre de la mandíbula se dirige hacia relación céntrica y luego a oclusión céntrica.

Por medio de la deglución regular de saliva la boca, la garganta y el esófago se mantienen limpios y húmedos. Cuando el individuo se halla despierto la deglución se produce cada dos minutos, si bien existe una variación individual amplia. La etapa bucal es voluntaria mientras que la etapa faríngea es un acto reflejo y dura una fracción de segundos. (E.Bravo, 2012)



Fig. 5 Deglución (Laabarta 2013)

La saliva es transportada hacia atrás, la lengua presiona contra el paladar, con movimientos ondulantes posteriores de los músculos de la lengua, al mismo tiempo que el dorso de la lengua desciende. El paladar blando baja aún más para mantener el contacto con la lengua, cuando este movimiento alcanza las fauces palatinas la etapa faríngea siguiente se produce por acto reflejo.

Cuando el acto de deglución se completa las vías respiratorias se abren de nuevo, al descender el paladar blando la faringe se llena de aire a través de la nariz. La laringe, la lengua y la mandíbula recuperarán su posición de reposo.

Cuando se bebe de un vaso la deglución se continúa sin el cierre total de los maxilares. Cuando el cuerpo adopta una posición diferente, como cuando se bebe de una fuente, la

acción es la misma pero la actividad muscular es menor, ya que el líquido se transporta contra la fuerza de la gravedad.

Los labios se mantienen cerrados y los músculos de los labios y mejillas intervienen en la distribución de los alimentos en la boca. La deglución se produce a intervalos adecuados y entonces, por lo general, los maxilares ocluyen.

Los movimientos de los labios, lengua, mejillas y maxilares durante la deglución difieren de forma considerable de una persona a otra. En ocasiones las variaciones en el acto de deglución normal pueden conducir al desarrollo de maloclusiones. (Francois, 2008)

FONACIÓN.

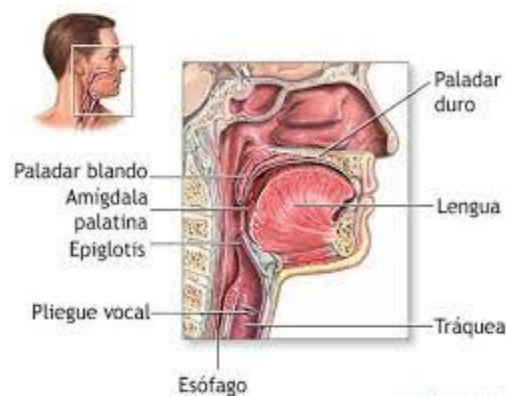


Fig. 6. Fonación (Laabarta 2013)

La fonación es característica del Homo Sapiens, mientras que el lenguaje es la capacidad exclusiva del hombre, mediante el cual es capaz de abstraer y generalizar los fenómenos de la realidad circundante y designarlos por un signo convencional.

Es una función que requiere la coparticipación de varios órganos. La faringe es el órgano emisor, el tórax, la tráquea y faringe, velo del paladar, paladar duro y mandíbula constituyen la caja de resonancia. Otros elementos son modificadores de los sonidos; entre ellos la lengua cuya gran movilidad permite modificar su posición en función del sonido a emitir, además los labios, carrillos y las arcadas dentarias sobre todo los dientes anteriores. La fonación anormal no está indicando problemas motores o estructurales. La posición de

algunas consonantes como la F (labiodental) o la S (dentodental) requieren una armonización de las estructuras involucradas en esta función. Pero no siempre una alteración de la relación de estas estructuras causa una fonación anormal. (Francois, 2008)

La organización y formación de los dientes anteriores se relaciona con la lengua y labios y deben posibilitar un sellado de los labios sin tensión. La alteración de los dientes anteriores puede conducir a discapacidad del habla. Es probable que en algunos casos de mordida abierta anterior sea difícil cerrar los labios, lo que pueda interferir con la formación de los sonidos correspondientes a las letras M, P y B. El sellado fonético del labio inferior con los bordes incisales es importante para los sonidos de la F y V. Los bordes incisales de los dientes anteriores también son importantes para los sonidos de la S y pueden ocurrir “ceceo” o pronunciación imperfecta de la S por sustitución interdental con la lengua.

Los niños con maloclusiones y con problemas foniatricos tienen la lengua entre los incisivos y la proyectan por delante de los incisivos inferiores en el momento de la deglución.

Otro factor de analizar es la respiración bucal. La respiración normal, también llamada respiración nasal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad bucal se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración, la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerce un estímulo positivo para su desarrollo. Cuando la respiración se realiza por la boca la lengua adopta una posición descendente para permitir el paso del flujo del aire.

Las causas de la respiración bucal están relacionadas con la poca permeabilidad de la vía aérea superior ya sea por la hipertrofia de las adenoides, amígdalas palatinas, rinitis alérgica, desviaciones del tabique nasal y cavidad nasal estrechas con hipertrofia de cornetes.

El examen respiratorio bucal muestra la falta de desarrollo del maxilar superior que puede causar mordida cruzada lateral, con incisivos superiores protruidos, apiñamiento y tendencia a la mordida abierta. La arcada dentaria superior es de forma triangular, las encías son hipertróficas y sangrantes debido a la sequedad a la que se ven sometidas por la falta del cierre bucal y el paso del aire.

La oclusión es afectada por la deglución visceral dada la interposición lingual de la misma. El término de oclusión implica el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes: relaciones en protrusión, en lateralidad o céntrica.

El diagnóstico entre oclusión y maloclusión se establece analizando las relaciones de contacto entre ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal de las fosas glenoideas. . (Lugo, 2011)

Edward Angle basándose en el estudio y observación de cráneo humano e individuos vivos logró unir una serie de características que reunían las denticiones normales. La clasificación de normal o anormal es una cuestión de grados, que debe ser matizada individualmente en cada paciente. Angle (1899) fue el que introdujo el término “clase” para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes a los que consideraba como puntos fijos.



Fig. 7 Clases de Angle (Birbe 2013)

CLASE I.

La maloclusión de clase I se presenta cuando hay discrepancia dentolaveolar en el segmento anterior por insuficiencia del hueso alveolar para colocar correctamente todos los dientes. La relación esquelética y muscular generalmente es armoniosa.

Maloclusiones caracterizadas por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes; la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. La situación maloclusiva consiste en las malposiciones individuales de los dientes la anomalía en las relaciones verticales transversales o la desviación sagital de los incisivos.

Las manifestaciones clínicas de la clase I se manifiestan según las siguientes variables:

- Diastemas
- Apiñamiento
- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada posterior
- Sobremordida
- Vestibuloversion de incisivos superiores
- Biprotucion

CLASE II.

La maloclusión de clase II es la desarmonía dento esqueletica más frecuente en la población y además la que más regularmente se presenta en la clínica pues su implicación estética preocupa a los pacientes y los hace acudir a consulta ortodóntica.

Maloclusiones caracterizadas por la posición sagital anómala de los primeros molares, el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Toda la arcada maxilar está posteriormente desplazada a la arcada mandibular adelantada con respecto a la superior.

Según la posición de los incisivos la maloclusión clase II puede dividirse en dos clases división 1 y división 2

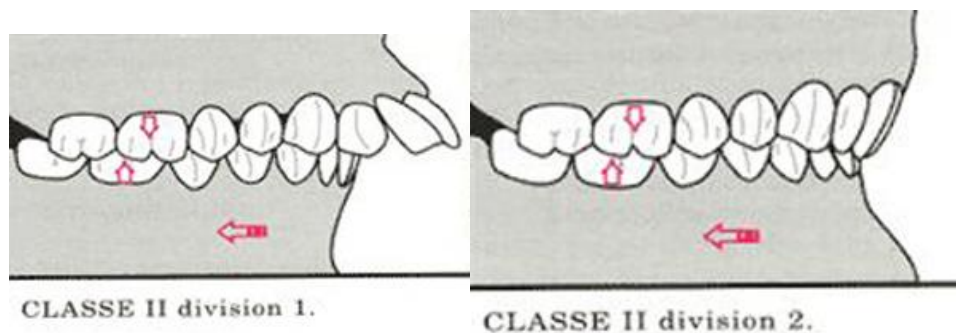


Fig. 8 Clase II subdivisiones (Proptental 2014)

Clase II División 1.

Se presenta un resalte incisivo aumentado con vestibuloversión de incisivos superiores e inferiores, pudiendo encontrarse estos dientes con apiñamiento, existe también un aumento de la sobremordida con una curva de Spee muy acentuada. Los arcos dentarios son muy estrechos en forma de V y la bóveda palatina profunda. La musculatura está completamente afectada, pues el perfil retrognático y el resalte incisivo exigen que los músculos faciales y la lengua adopten patrones anormales de contracción. Existe una pérdida de equilibrio muscular con un labio superior hipotónico y un labio inferior hipertónico

Clase II División 2.

Las únicas características comunes para ambos tipos de clase II son la distoclusión y el retrognatismo mandibular. Morfológicamente en esta maloclusión existe lingualización de incisivos centrales superiores con vestibularización de los laterales. Los incisivos inferiores también se encuentran lingualizados, lo que ocasiona una mordida profunda.

Clase III.

El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada o la maxilar retruida con respecto a la antagonista. (E.Bravo, 2012)

Una de las causas frecuentes de maloclusión la constituyen los malos hábitos bucales, los cuales están presentes en el 60% de los niños entre 3 y 5 años y pueden aparecer solos o combinados con otros. Los malos hábitos bucales pueden causar maloclusión o agravarla si ya está en la boca del niño.

Los malos hábitos son: Succión digital (chupete de los dedos), chupete, biberón o tetera, dieta, onicofagia (comerse las uñas), queilofagia (morderse los labios).

Uno de los trastornos más importantes y más involucrados en la deglución atípica es la mordida abierta. Esta maloclusión es ocasionada por diversos hábitos en los que se incluyen la interposición dentaria de la lengua en la deglución visceral.

Carabelli describe la mordida abierta la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas.

La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente ente las piezas superiores e inferiores, que se manifiesta bien a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de las arcadas.

2. HABITOS PARAFUNCIONALES

2.1 Concepto

Los hábitos orales parafuncionales se consideran como actividad parafuncional aquella relación lesiva o no en dependencia de la tolerancia del individuo, que se caracteriza por una serie de movimientos paralelos a la función normal sin un objetivo funcional, por lo que se hallan alterados y pervertidos y constituyen una fuente productora de fuerzas traumáticas que se caracterizan por una dirección anormal, intensidad excesiva y por ser frecuentes y duraderas. (Dr. Rolando Castillo Hernández, 2011)

2.2 Causas

Las causas de los hábitos con prafunción pueden ser múltiples, estos pueden ser de origen médico, neuronal o psiquiátrico, psicológico.

Generalmente este tipo de hábitos en personas adultas esta dado mayormente por trastornos de carácter psicológico , es decir realizan esto de manera continua frente a diferentes circunstancias , pueden ser situaciones de nervios, de tristeza, de rabia, depresión , angustia, este hábito puede ser adquirido de manera inconsciente.

Por otra parte estos hábitos también son adquiridos como una manera de desesterarse o por desconocimiento de alguna afectación a su estado de salud. (Rodriguez & L, 2008)

2.3 Efectos

Las consecuencias o efectos que causan los hábitos parafuncionales dependen del hábito adquirido, entre los principales efectos tenemos, las maloclusiones, desgaste dental, alteraciones de los músculos del sistema estomatognático, alteraciones temporomandibulares, esto puede desencadenar en la perdida prematura de las piezas dentales, las causas generalmente esta implícitas en cada hábito.

2.4 Clasificación



Fig. 9 Succión digital Rodriguez (2012)

Etiológicamente se han clasificado en:

Instintivos: Por ejemplo el hábito de la succión, el cual se considera funcional en las primeras etapas de la vida, pero si perdura en el tiempo ocasiona daño en la cavidad bucal.

Placenteros (succión digital).

Defensivos: En este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.

Hereditarios: Como malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, ejemplo de ello son las inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida,

Adquiridos: En las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la fonación nasal, principalmente para los fonemas K, G, J, y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch



Fig.10 Alteraciones de la Succión Digital(Valdes 2010)

Pacientes que como hábitos se muerden las uñas u otro tipos de objetos frente alguna situación en específico que tienen relación con un desencadenante emocional. (Quiros, 2011)

Imitativos: En la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc.

Entre los hábitos parafuncionales más comunes se encuentran.

- La onicofagia
- Succión digital
- Interposición lingual
- Respirador bucal

-
- Ingesta de sustancias corrosivas
 - Onicofagia
 - Mordedura de objetos

3. ONICOFAGIA

3.1 Concepto

La onicofagia es el nombre científico que se le da a la costumbre de morderse las uñas, uno de los trastornos nerviosos más frecuentes en niños y mayores. Además de ser un problema estético afecta a la salud y sus consecuencias pueden resultar dañinas para uñas y dientes.



Fig. 10 Onicofagia (Mendez 2012)

La onicofagia afecta al 45 por ciento de los menores. Aparece alrededor de los 3 o 5 años, sobre todo entre los niños más nerviosos y aumenta su frecuencia hasta los diez o doce años, edad en la que usualmente se suele renunciar a ella.

Los especialistas aseguran que, por razones estéticas, las chicas se preocupan antes que los jovencitos por evitar morderse las uñas y son las primeras en demandar ayuda, algo que suele comenzar entre los 13 y los 15 años.

No obstante en muchos casos, la onicofagia perdura después de la infancia. Según estadísticas, aproximadamente una de cada cuatro personas continúa con esta mala costumbre en la adultez (25%).

Los expertos señalan que la onicofagia es una forma de reducir la ansiedad, una práctica que se convierte por momentos en una distracción fácil y relajante.

La onicofagia es un hábito que se inicia normalmente en la infancia, consiste en un simple acto de imitación, donde los niños hacen lo que ven hacer a sus padres. En la mayoría de casos el origen de la onicofagia se encuentra en la ansiedad y la forma que las personas tenemos de paliarla o contrarrestarla.

La costumbre de morderse las uñas se convierte con el tiempo en un acto reflejo del que no se es consciente y por ello resulta más difícil dejarlo, sobre todo ante situaciones de estrés, nerviosismo, angustia, insatisfacción personal, etc., que intensifican la costumbre, generando así un círculo vicioso difícil de romper. (Di Santi, 2009)

3.2 Causas

Causas psicológicas:

Estados obsesivos, compulsivos, agresividad o como forma de calmar momentos de nervios, ansiedad, angustia etc. Cualquiera de estos estados puede desencadenar inconscientemente y de una manera frenética un impulso de comerse las uñas. El estrés, dificultades para resolver problemas cotidianos que sean sociales, Laboral o escolar (exámenes) son causas frecuentes que pueden desarrollar un complejo que lleva a una persona a comerse las uñas.

Causas psicosomáticas:

Es difícil agrupar en un mismo patrón a la cantidad de personas que sufren este mal hábito por causas psicosomáticas. Pero en los casos muy severos en formas más conscientes de lesiones autoinfringidas, podemos enumerar algunos de los rasgos distintivos que pueden favorecer actitudes negativas e influir emocionalmente en el comportamiento del sujeto durante la niñez, adolescencia y hasta la edad adulta. Por ejemplos: Cambios dramáticos en la unidad familiar, no asumir la pérdida de un ser querido, violencias y disputas domesticas reiteradas ante el sujeto, divorcios y separaciones de los padres, rechazo a los padrastros o madrastras, rechazo a la incorporación en la familia a nuevos hermanos y hermanas, malos tratos y humillaciones, presión por los estudios en el ambiente familiar o escolar, y un sin fin

de otras causas. Pero en la mayoría de estas causas las frustraciones acumuladas, la timidez y la baja autoestima son los rasgos más significativos que llevan al sujeto a morderse las uñas. Desaparecerá esta manía cuando se adquiere confianza y seguridad en el área familiar, escolar o laboral.

Los mordiscos onicofagicos pueden causar modificaciones de la placa ungueal. En la etiología ungueal el crecimiento de una nueva uña saliente, implica forzosamente que la uña antigua sea empujada hacia el borde libre, y se admite que esta última va a desaparecer completamente durante esta progresión cuando nos cortamos la uña. Pero puede suceder que una uña nueva frágil y blanda, no pueda disponer de la fuerza de crecimiento necesaria para desplazarse sobre una matriz dañada por los mordiscos. En el esfuerzo producido, la uña natural tiene tendencia a curvarse sobre sí misma, se encarna en el lecho ungueal, y adopta la forma de estrías o líneas de Beau. (Lugo C., 2011)

3.3 Consecuencias



Fig. 11 Onicofagia (Tom 2011)

Para muchas personas la onicofagia sólo acarrea consecuencias estéticas. Además de ver las uñas carcomidas y con un aspecto descuidado, el hecho de morderse las uñas puede acarrear lesiones en las cutículas y deformación en el crecimiento de las uñas, ya que, al morderlas, se van rompiendo capas y el crecimiento es desigual.

No obstante, los problemas estéticos no son el único daño que puede ocasionar la onicofagia. En este sentido y unido a ello, nos encontramos con personas que sufren malestar psicológico, debido a que sus manos en general, y sus uñas en particular, se ven en tan mal estado.

Morderse las uñas puede implicar incluso trastornos mandibulares y dentales, como el desgaste en los dientes o en el esmalte debido a la acción repetitiva de la mordedura.

Por todo ello, si padeces onicofagia, ha llegado la hora de tomárselo en serio y actuar para corregirlo.

Morderse las uñas puede implicar incluso trastornos mandibulares y dentales, como el desgaste en los dientes o en el esmalte debido a la acción repetitiva de la mordedura.

Por todo ello, si padeces onicofagia, ha llegado la hora de tomárselo en serio y actuar para corregirlo.

Muchas de las consecuencias de la onicofagia son estéticas. Las manos, los labios e incluso tienen lugar en el plano físico, en dientes, encías y en las propias uñas, que pueden llegar a sufrir graves daños.

- Como consecuencia de la presión excesiva de los dientes se desgastan, astillan y hasta pueden sufrir fracturas.

- Estéticamente los dientes se ven más pequeños y denotan un aspecto envejecido.

- Es muy usual la sensibilidad dental.

- Como este hábito está asociado a otros factores no se puede confeccionar tratamientos cosméticos como por ejemplo el blanqueamiento (mucha sensibilidad), carillas dentales y reconstrucciones con resinas (riesgos de fractura en ambos casos).

Solicita un consulta dental a fin el Dentista pueda evaluar tu caso y determine las alternativas de solución que podrán incluir un tratamiento interdisciplinario. (Lugo C., 2011)

4. SUCCIÓN DIGITAL

4.1 Concepto



Fig. 12 Consecuencia de la Succión Digital (Navaz 2013)

Se conoce como Succión Digital al hábito que consiste en introducir uno o dos dedos (generalmente el pulgar) en cavidad oral.

Es el más frecuente de los hábitos orales patológicos, que pueden presentar los niños y la mayoría de las veces implica una contracción activa de la musculatura perioral. La Succión Digital también es considerada una relación senso-motora, resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido; estimulada por olores, sabores, y cambios de temperatura. Además de ser una respuesta a estímulos en zona bucal y perioral. (Escobar, 2009)

Efectos bucales del hábito de succión digital:

- Protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas).
- Retroinclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior.
- Prognatismo alveolar superior.
- Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del músculo buccinador).
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada

4.2 Causas y Consecuencias

Existen diversas tipologías de succión digital con diferentes consecuencias según el dedo que se chupe, según si se hace de forma central o por el lateral, etc. En líneas generales podemos decir que si el hábito se alarga en el tiempo podemos observar las siguientes consecuencias:



Fig. 13 Paladar Ojival (Janer 2014)

1. A nivel óseo:

1. Paladar estrecho (ojival).
 2. Prognatismo superior (Maxilar superior tirado hacia delante: El dedo empuja en dicha dirección el hueso superior).
 3. Retrognatia inferior (Mandíbula inferior retrasada: El dedo frena su crecimiento).
2. A nivel dental nos podemos encontrar diversas situaciones (se pueden dar una sola o la combinación de varias):

-
1. Incisivos superiores hacia adelante. En ocasiones espaciados entre ellos (diastemas).
 2. Incisivos inferiores hacia atrás.
 3. Mordida abierta anterior o lateral (existe espacio entre los dientes de arriba y los de abajo en la zona donde se coloca el dedo)
 4. Mordida cruzada uni o bilateral (por el paladar estrecho)

3. Alteraciones musculares

1. Hipotonía labial (sobre todo de labio superior).
2. Labio inferior hiperactivo, con contracción anormal durante la succión y la deglución. Es decir, al tragar observaremos que el labio inferior realiza un sobreesfuerzo.

4. Otras alteraciones que se podrían observar:

1. Boca abierta normalmente.
2. Persistencia de deglución infantil. Al existir un espacio entre los dientes de arriba y los de abajo el niño se ve obligado a colocar la lengua entre los dientes para tragar.
3. Problemas fonéticos.
4. Interposición lingual en reposo. La lengua se coloca entre los dientes en reposo.
5. Alteraciones en dedo (color y hasta en ocasiones callosidad)
6. Labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores.
7. Interferencia de la secuencia normal de la erupción (el dedo puede frenar la salida de los dientes) (Ferreira, 2009)

5. CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS PARA TEJIDOS DENTALES

Nuestros dientes, a pesar de estar constituidos por tejidos muy duros y resistentes, sufren desgastes, que pueden ser provocados por factores fisiológicos como la masticación o por

elementos abrasivos o sustancias ácidas. Eso sumado a las conocidas caries cuya causa tiene un fuerte componente bacteriano.

Pero existen elementos de la dieta de una persona que pueden dañar los dientes: “Todas aquellas sustancias ácidas como las bebidas gaseosas, ensaladas aliñadas con jugo de limón y vinagre, el tomate, el café y el vino. Estas producen un desgaste dentario, colonizan la placa bacteriana y la erosionan

Los efectos que el ácido cítrico tiene en nuestros dientes son complejos y debemos detenernos en ellos. Cuando entra en contacto con el esmalte de los dientes se produce un efecto químico que afecta de un modo directo al calcio que se encuentra en estos, ya que lo que hace es cristalizarlo y movilizarlo, de modo que los dientes se ponen en serio riesgo, ya que su debilitamiento será grande. Esta situación lo que hace es poner en riesgo la salud de nuestros dientes y hacerlos mucho más vulnerables a los ataques producidos por las bacterias que se encuentran en la boca.

Esto no quiere decir que dejemos de ingerir cítricos, ya que son necesarios y muy beneficiosos para el organismo, sino que simplemente debemos tener en cuenta algunos puntos para evitar que el daño causado por el ácido cítrico sea mayor.

Todos estos alimentos tienen un grado de acidez que pueden afectar nuestros dientes. El grado de acidez de una sustancia se determina por el pH, un valor neutro es 7 que está presente normalmente en la boca; a partir de un pH 5.7 hacia abajo, sin embargo, se produce la desmineralización dentaria.

El hábito de chupar limón, ejemplifica el odontólogo, es muy nocivo para los dientes porque se ha determinado que el pH presente en el jugo del este cítrico es de 2.3, es decir, más que suficiente para producir daño. “Las erosiones que producen afectan las superficies anteriores, principalmente de los dientes incisivos superiores, presentándose como extensas “cicatrices” que pueden extenderse más allá del esmalte y comprometer la dentina, apareciendo en este punto ya cierto grado de sensibilidad dentaria”.

Las bebidas gaseosas también son un factor de cuidado, ya que contienen anhídrido carbónico (“gas”) que por si otorga acidez al brebaje. “Por ejemplo bebidas colas tienen un pH que

oscila entre 2.7 y 2.9, los que las hace tener un grado de acidez 1.000 superior al considerado pH límite (5.7); otros refrescos bordean entre 3.0 y 3.3, existiendo leves cambios en las denominadas light”, enfatiza el doctor Pardo.

A la presencia de los ácidos se debe sumar el alto contenido en azúcar que presentan las bebidas no dietéticas, factor que también contribuye a las caries dentales El especialista hace hincapié en que es un factor de riesgo para aquellos trabajadores que están expuestos a ácidos industriales y en personas que presentan vómitos a repetición, como embarazadas y quienes padecen anorexia o bulimia.

Los dientes al ponerse en contacto ácidos que provienen de la dieta o de reflujos o vómitos de alto contenido ácido se produce desmineralización. “Esta causa una pérdida microscópica de esmalte, que es compensada por procesos de remineralización de elementos que se encuentran en la saliva, sin embargo, ese mecanismo compensatorio es superado, dependiendo del grado de acidez y el tiempo en el cual actúa la sustancia ácida en la boca”.

Se recomienda consumir preferentemente agua pura para la sed y en el caso de ingerir bebidas ácidas hacerlo con bombilla, para evitar el contacto directo con los dientes. Se debe eliminar el hábito de chupar limón y en aquellas personas que sufren de vómitos crónicos, se recomienda enjuagarse la boca con agua, sin cepillarse inmediatamente los dientes porque al hacerlo, se remueve el esmalte desmineralizado con facilidad.

En algunos casos la indicación odontológica es la aplicación de fluoruros directamente sobre los dientes o mediante enjuagues, para hacer más resistentes los dientes al ataque ácido. En otras ocasiones, cuando ya se ha producido daño en el esmalte dentario, será necesario reparar las superficies dentarias perdidas con restauraciones estéticas. (Pardo, 2010)

5.1 Concepto

El consumo excesivo de sustancias nocivas para la superficie de los dientes produce lesiones irreparables en el esmalte dental, la ingesta desmedida de sustancias ácidas como el limón, lima naranja gaseosas u otros frutos o sustancias ácidas acompañados de otros productos como la sal o pimienta ocasionan lesiones en el esmalte.

El consumo excesivo de estas sustancias puede producir fisuras en el esmalte, puede desgastarlo o puede perder su brillo.

5.2 Causas

La ingesta de estos productos generalmente se lo realiza por hábito o por gusto al sabor de estas sustancias, sin tener conocimientos que si se consume estos productos de diariamente debilitan el esmalte dañándolo de manera irreparable.

5.3 Consecuencias

- Esmalte opaco
- Esmalte débil
- Produce sensibilidad
- Cambio de coloración dental
- Mal aspecto

6. INTERPOSICION LINGUAL

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación.

En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria.

Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.

La mantención de la deglución después de erupcionar los dientes, se considera anormal y se puede detectar por los siguientes aspectos:

Al pedirle al paciente que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una "mueca".

Al separarse los labios y pedir al paciente que trague, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas dentarias.

Un tercer tipo de posición lingual se da en la fonación, en que, para poder pronunciar en forma correcta, la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con deglución infantil, se produce una interposición de la lengua entre los incisivos

superiores e inferiores. Esta interposición se presenta especialmente en la emisión de los fonemas D, T, S, donde se observa que el niño coloca la lengua entre los dientes, lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil. Se considera normal que durante los años en que el niño comienza a hablar, interponga la lengua, lo cual se corregirá solo a medida que aprenda a colocarla bien y a lograr mejor control de los movimientos finos de esta.

6.1 Concepto



Fig 14. Interposición Lingual (Fernández 2010)

Aparece como sustituto de la succión digital. La posición lingual en dicho hábito puede favorecer el desarrollo de una distoclusión (con resalte superior, tendencia a mordida abierta anterior, protrusión excesiva) al igual que la succión digital.

Si la lengua es proyectada hacia abajo puede llegar a producir una maloclusión clase III. Ha sido considerada por algunos como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la deglución madura, mientras que otros la señalan como causa de maloclusiones.

La conceptualización de este hábito como patología, está basada en la presunción que la función gobierna a la forma, por lo que las presiones adversas ejercidas por la musculatura lingual pueden mantenerse o determinar una mordida abierta y protrusión incisiva. (Ureña, 2010)

6.2 Tipos

DEGLUCION ATIPICA E INTERPOSICION LINGUAL.



Fig.15 Interposición Lingual (Fernández 2010)

Deglución con presión atípica de la lengua o con interposición lingual entre los incisivos superiores e inferiores, que provoca mordidas abiertas anteriores con protrusión de los incisivos.

En pacientes con este tipo de problema, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose, a veces lateralizada entre premolares y molares (expansión lateral), expandiendo lateralmente la musculatura lingual de esta zona. Se observa también contracción de los labios y las comisuras labiales, lo que provoca un estrechamiento del arco dentario a nivel de los caninos, y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción.

Clasificación de la deglución con presión atípica de la lengua:

Tipo I: no causa deformación.

Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución, ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos.

Las deformaciones en la deglución atípica Tipo I y Tipo II son:

Mordida abierta anterior, la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocluídos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

Mordida abierta y vestibuloversión, la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión)

Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior, el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

7. MORDEDURA DE OBJETOS Y DESTAPAR BOTELLAS CON LOS DIENTES

7.1 Introducción

La mordedura de objetos causa desgaste en los dientes principalmente en los del sector anterior si se **usa los dientes como herramienta**. Si se acostumbra destapar las botellas de refresco con los **dientes**, estos pueden fracturarse y desgastarse . También se dañan si los usan para abrir los frascos de las medicinas y los envases de cartón o de papel, o cualquier tipo de envase.

Cortar objetos con los dientes no es recomendable; generalmente estos son usados para cortar hilos, plástico y otros materiales, esto no es apropiado debido al desgaste que causan en ellos.



Fig. 16 Desgaste dental (Janer 2014)

7.2 Consecuencias.

Desgaste dental.

El desgaste define una pérdida de sustancia por un mecanismo de frotamiento, a veces de trituración, por alguna sustancia nociva, o por la interposición de objetos entre arcadas. El desgaste dental corresponde, pues, a un tipo de desgaste de los dientes. Debido a las fuerzas que ejercen los dientes antagonistas, se modifica la estructura de las puntas de los dientes. La primera estructura que se ve afectada por el desgaste es el esmalte, después la dentina de que se va a desgastar en caso de persistir el fenómeno agresivo.

Fracturas dentarias.

Fractura es la solución de continuidad de un tejido dentario, tejido óseo o a ambos, generalmente una fractura es consecuencia de un traumatismo.

CLASIFICACIÓN DE FRACTURAS

Existen distintos parámetros para clasificar fracturas

Según los tejidos afectados:

- esmalte
- esmalte y dentina, con o sin compromiso pulpar
- cemento y dentina, con o sin compromiso pulpar

Según la porción del diente que afectan:

- coronaria
- radicular, del tercio cervical, tercio medio o tercio apical
- coronaria y radicular

Según las direcciones del rasgo

- horizontales
- verticales
- oblicuas

Según el número de rasgos

-
- único
 - doble
 - múltiple o conminuta(González 2009)

5. MATERIALES Y MÉTODOS.

El presente trabajo investigativo fue de tipo descriptivo, transversal ; esta investigación constó de dos momentos el primer momento correspondió a la construcción colectiva de una base de datos, en la que constan las variables que se tomaron en cuenta para el análisis de la condición de salud-enfermedad bucodental de los y las estudiantes de la UNL modalidad de estudios presencial, para lo que se aplicó una historia clínica odontológica.

El segundo momento tomando en cuenta los resultados de la base de datos del macroproyecto de la Carrera de Odontología, se escogió de acuerdo al interés de investigación las variables correspondientes.

Además este estudio fue dividido por género, masculino y femenino, por lo que en este documento se consideró la población de género masculino, ya que existiendo otro estudio que complementará la información de esta investigación.

La metodología de este proyecto investigativo radica en determinar la prevalencia y frecuencia de los hábitos parafuncionales en el género masculino.

El Universo lo constituyen los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial, de las Carreras de la UNL, que corresponden a 8228, la muestra son los 894 comprendidos entre las edades de 18 a 30 años de, la misma que se la ha definido utilizando el programa EPIINFO, con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%, la muestra de este proyecto investigativo fue de 442 estudiantes de género masculino.

La prevalencia de este estudio se determinó contabilizando la cantidad de hombres que si realizaban algún tipo de hábito parafuncional, estos datos fueron determinados mediante la base de datos de EPIINFO.

Prevalencia puntual (Pt) de los hábitos parafuncionales, considerando como prevalencia puntual a la probabilidad de que un individuo en una población, presente, una determinada característica en un punto del tiempo, se estimó la prevalencia puntual con la fórmula donde Ct es el número de casos prevalentes y Nt es la población encuestada,

Formula:

$$Pt = \frac{Ct}{Nt}$$

Considerando que la prevalencia puntual es una proporción, su valor oscila entre 0 y 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, la prevalencia se la puede considerar como baja, cuando va del 0 al 0,30; mediana del 0,31 al 0,70 y alta del 0,71 al 1. Esta clasificación obedece al pensamiento general que se utiliza para la tabulación de datos que ejecuta el INEC Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, además en este estudio se pudo determinar el hábito parafuncional más frecuente en la población estudiantil diagnosticada, así como el menos frecuente.

La frecuencia de este estudio se la determinó identificando las siguientes variables: Onicofagia, interposición lingual, destapa botellas con los dientes, consumo de sustancias ácidas, mordedura de objetos y succión digital las mismas que constan en la historia clínica odontológica.

Una vez aplicada ésta se procedió a la tabulación de datos obteniendo los resultados planteados en los objetivos del proyecto.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron, estudiantes: legalmente matriculados en la UNL en cualquiera de las carreras de modalidad de estudio presencial; estudiantes comprendidos en edades de 18-30 años de edad cumplidos al 1 de Mayo de 2014, estudiantes de género masculino, estudiantes que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito, estudiantes con hábitos parafuncionales.

Los criterios de exclusión del estudio fueron: estudiantes que no se encuentren legalmente matriculados, estudiantes menores de 18 años y mayores de 30 años, cumplidos al 1 de Mayo de 2014, estudiantes de género femenino, estudiantes que habiendo sido seleccionados aleatoriamente no desearon o puedan participar en la investigación, estudiantes que están incapacitados de realizarse el examen odontológico.

Los instrumentos usados fueron la historia clínica odontológica, para recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico.

Contando con el consentimiento de cada uno de los seleccionados se procedió de la siguiente manera, se realizó el respectivo diagnóstico clínico estomatognático y llenado de datos complementarios de la historia clínica odontológica.

6. RESULTADOS

CUADRO 1

GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO

GÉNERO MASCULINO Y FEMENINO		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	452	51%
Masculino	442	49%
Total	894	100%

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN:

De los 894 estudiantes de la Universidad Nacional de Loja de la modalidad presencial que se les aplicó el diagnóstico clínico odontológico, 452 estudiantes son de género femenino correspondiendo al 51%; y, 442 estudiantes son de género masculino correspondiendo al 49%.

CUADRO 2

PREVALENCIA DE HÁBITO PARAFUNCIONAL

PREVALENCIA HÁBITO PARAFUNCIONAL			
VARIABLE	PREVALENCIA	PORCENTAJE	
SI	313	71%	0.70
NO	129	29%	0.30
TOTAL	442	100%	1

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN:

Del total de los estudiantes de género masculino que se les aplicó el diagnóstico clínico odontológico, 313 presentan algún tipo de hábito parafuncional; con un 71% y 129% no los tienen equivalente a 29%, la prevalencia de hábitos es de 0.71.

CUADRO 3.

ESTUDIANTES DE LA UNL, CON EL HÁBITO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS ÁCIDAS

CONSUMO DE SUSTANCIAS ÁCIDAS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	203	89%
No	25	11%
Total	228	100

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN:

De los 318 estudiantes que se realizó el diagnóstico 228 consumen sustancias ácidas representando el 89% y el 11% restante no lo hacen.

CUADRO 4

IPO DE SUSTANCIA ÁCIDA QUE HABITUALMENTE CONSUMEN LOS ESTUDIANTES DE UNL

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Limón con sal	10	11%
Cítricos	70	80%
Mango con sal	3	3%
Chicles ácidos	1	1%
No específico	4	5%
Total	88	100%

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN

El tipo de sustancias ácidas que con mayor frecuencia consumen los estudiantes de la UNL son: cítricos con un 80%; limón con sal con un 10 %, mango con sal con un 3% y los chicles ácidos con un 1%.

CUADRO 5

ESTUDIANTES DE LA UNL CON EL HÁBITO DE MORDEDURA DE OBJETOS.

MORDEDURA DE OBJETOS		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	214	68%
No	99	32%
Total	313	100%

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTRPRETACIÓN.

De los estudiantes que se realizó el diagnostico, el 68 % indicó que si tienen el hábito de mordedura de objetos.

CUADRO 6

TIPO DE OBJETO QUE HABITUALMENTE INTERPONEN ENTRE LAS PIEZAS DENTALES LOS

ESTUDIANTES DE LA UNL

TIPO DE OBJETO		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esferos	138	66%
Lápiz	29	14%
Tapas	26	12%
Sin especificar	17	8%
TOTAL	210	100%

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN.

Entre los objetos que con mayor frecuencia interponen entre las piezas dentales los estudiantes de la UNL se encuentran: los esferos con un 66%, lápices con 14%, tapas con 12%.

CUADRO 7

ESTUDIANTES DE LA UNL CON EL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL.

INTERPOSICIÓN LINGUAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	29	9%
No	284	91%
TOTAL	313	100%

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN.

De los estudiantes que se realizó el diagnóstico el 91% no presenta el hábito, mientras que el 9% si lo presenta

CUADRO 8
ESTUDIANTES DE LA UNL CON EL HÁBITO DE ONICOFAGIA

ONICOFAGIA		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	138	44%
NO	175	56%
TOTAL	313	100

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.
Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACION.

En los estudiantes analizados el 44 % presentan onicofagia; y, el 56 % no se muerde las uñas.

CUADRO 9

ESTUDIANTES DE LA UNL CON EL HÁBITO DE DESTAPAR BOTELLAS CON LOS DIENTES

DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	94	30%
No	219	70%
Total	313	100%

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN.

Los estudiantes analizados el 70% no tienen el hábito de destapar botellas con los dientes, el 30% si lo tiene.

CUADRO 10

ESTUDIANTES DE LA UNL CON EL HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.

SUCCION DIGITAL		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	0	0%
No	313	100%
Total	313	100%

Fuente: Historia Clínica de la Universidad Nacional De Loja.

Elaborado por: Ana Cristina Valdivieso.

INTERPRETACIÓN.

De los estudiantes analizados ninguno tiene el hábito de succión digital.

CUADRO 11

HÁBITO PARAFUNCIONAL DE MAYOR FRECUENCIA EN LOS ESTUDIANTES DE SEXO MASCULINO DE LA UNL

FRECUENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES						
VARIABLE HÁBITOS	FRECUENCIA		TOTAL	PORCENTAJE		TOTAL
	SI	NO		SI	NO	
MORDEDURA DE OBJETOS	214	99	313	68%	32%	100%
CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS	203	25	313		11%	100%
ONICOFAGIA	138	175	313	44%	56%	100%
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES	94	219	313	30%	70%	100%
INTERPOSICION LINGUAL	29	284	313	9%	91%	100%

TABLA DE FRECUENCIA DE HÁBITOS PARAFUNCIONALES		
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MORDEDURA DE OBJETOS	214	32%
CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS	203	30%
ONICOFAGIA	138	20%
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES	94	14%
INTERPOSICION LINGUAL	29	4%
TOTAL	678	100%

Fuente: Diagnóstico odontológico aplicado a los estudiantes de la UNL. (Base de datos EPIINFO)

Elaborado por: Estudiantes del décimo módulo de la carrera de Odontología

INTERPRETACIÓN.

El hábito con mayor frecuencia de los estudiantes de género masculino de la Universidad Nacional de Loja, es la mordedura de objetos con un 32%, seguido del consumo de sustancias acidas con un 30%, onicofagia corresponde al 20%, destapar botellas con los dientes con un 14% y con menor frecuencia está el hábito de interposición lingual equivalente al 4%.

7. DISCUSION.

Esta investigación tuvo como propósito conocer la prevalencia de los hábitos parafuncionales de los estudiantes de la UNL; además de ello tener conocimientos acerca de la frecuencia de los mismos.

En los resultados obtenidos se puede deducir que la práctica de los hábitos parafuncionales se evidencia que es bastante común en la muestra estudiada; así tenemos que la prevalencia de los hábitos parafuncionales es de 0.71; el hábito de mayor frecuencia es la mordedura de objetos con un 32% y la sustancia ácida que habitualmente consumen los estudiantes de la UNL son los cítricos con un 30%.

La relación entre los resultados de esta investigación y los estudios publicados acerca de los hábitos parafuncionales confiere la importancia del estudio ya que tanto la prevalencia como la frecuencia de la práctica de estos hábitos es elevada, así tenemos; que en Perú (F; Escobar 2009) un estudio demostró que los hábitos con mayor prevalencia son la onicofagia y la mordedura de objetos y mucosas orales con un 32% y 23.4% respectivamente, mientras que en este estudio los resultados comparados con estos no tiene mucha variación ya que la onicofagia tiene un 20% y la mordedura de objetos ocupa la mayor frecuencia con un 32%; la onicofagia es uno de los hábitos parafuncionales con mayor frecuencia.

En Venezuela(Quirós, 2011); un estudio realizado a una población de 210 personas hombres y mujeres evidenció que el bruxismo ocupaba el primer lugar en prevalencia con un 42%, mientras que la mordedura de uñas ocupada el segundo lugar con un 22% este estudio abarcaba la onicofagia, el bruxismo y la mordedura de labios comparando los resultados de esta investigación tenemos que la onicofagia ocupa el tercer lugar en cuanto a frecuencia con un 20% demostrando así que los resultados son similares.

En un estudio realizado en Chile (Ojeda Leonard 2011) en el 2011 sobre hábitos parafuncionales de un total de 1940 individuos detecta que 27.7% padecen onicofagia. Por otro lado, Merighi, de un total de 79 individuos encuentran que la prevalencia de onicofagia es de un 39.91%; En los resultados de este proyecto investigativo el hábito de onicofagia se representa con una frecuencia del 20%.

Algo similar ocurre en Europa en donde se realizó un estudio en que analizaban la prevalencia de hábitos parafuncionales en 281 estudiantes de odontología entre 20 a 45 años el estudio investigaba la onicofagia, el bruxismo y mordisqueo de objetos y mucosas, el 42% de la población estudiada presentó hábitos parafuncionales siendo el de mayor prevalencia la onicofagia con 31% en sexo masculino y femenino, en esta tesis el estudio abarca a estudiantes de la Universidad Nacional de Loja modalidad de estudios presencial entre 18 a 30 años de los 314 estudiantes que practican hábitos parafuncionales la mordedura de objetos ocupa el primer lugar con un 32% en cuanto a frecuencia se refiere.

8. CONCLUSIONES:

- La prevalencia puntual de los hábitos parafuncionales de los estudiantes la Universidad Nacional de Loja modalidad presencial es de 0.71; el porcentaje corresponde al 71% de alumnos.
- El hábito parafuncional que mayor frecuencia se presenta en los estudiantes de la UNL modalidad presencial es la mordedura de objetos, representando el 32%.
- Dentro de los hábitos parafuncionales la sustancia ácida que habitualmente consumen los estudiantes de la UNL se encuentran los cítricos con un 30%

9. RECOMENDACIONES.

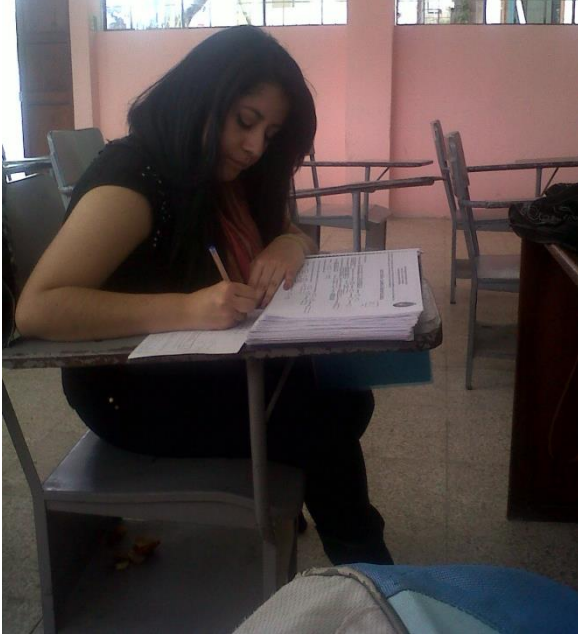
- Siendo este un proyecto que abarca estudios de los mismos estudiantes de la Universidad Nacional de Loja se recomienda que el estudio de este macroproyecto se continúe con el fin de adquirir nuevos datos para de esta manera ayudar con la salud bucodental de los estudiantes de esta prestigiosa institución.
- Es necesaria la intervención del Ministerio de Salud Pública, ya que con su ayuda se beneficiaría a los estudiantes con campañas de prevención de salud bucodental para así disminuir la prevalencia de los hábitos parafuncionales que causan perjuicio en la cavidad bucal.
- Se recomienda a las autoridades competentes de la UNL promocionar los servicios de salud que presta la institución, y, especialmente los servicios de atención odontológica en el Área de la Salud humana/Carrera de odontología permitiendo un fácil acceso a los servicios de Salud Bucodental.
- Se recomienda incentivar con charlas motivacionales y preventivas acerca de los daños que causan tanto la mordedura de objetos como el consumo de sustancias ácidas ya que fueron los dos hábitos parafuncionales que con mayor frecuencia practican los estudiantes.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Di Santi, J. (2009). maloclusiones clase I, definicion, clasificacion, caracteristica clinicas y tratamiento. revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria .
- Dr. Rolando Castillo Hernández, I. D. (2010). Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción Temporomandibular. Revista Cubana Ortodoncia.
- F, Escobar. (2009). Actualidades Medico Odontologicas. Caracas: Latinoamericana C.A.
- Lugo C., T. I. (2011). HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALAOCCLUSIONES. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria."Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,18/10/2013
- Rodriguez, E. :, & L. (2008). Ortodoncia contemporaneas diagnostico y tratamiento . colombia.D´vinni S.A
- Sano S.: (2.009) Ortodoncia en la dentición decidua. Brasil.
- Vergara, N.: (2010) Aplicación de un método de ortodoncia preventiva
 - La Habana Vieja; resultados preliminares.
- Quirós, O.; Quirós, L.; Quirós, J.: (2011) La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología.
- Pró, E. A. (2012). Anatomía clínica. Médica Panamericana.
- Garcia de Paula e Silva, F. W., Mussolino de Queiroz, A., & Díaz-Serrano, K. V. (2013). Alteraciones posturales y su repercusión en el sistema estomatognático. Acta Odontológica Venezolana, 46(4)
- Pró, E. A. (2012). Anatomía clínica. Médica Panamericana.

-
- Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica agosto 2009. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
 - GONZALEZ P. Gabriela, MORERO F. Laura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria [Versión Electrónica] 2009 .Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – www.ortodoncia.ws
 - García de Paula e Silva, F. W., Mussolino de Queiroz, A., & Díaz-Serrano, K. V. (2013). Alteraciones posturales y su repercusión en el sistema estomatognático. Acta Odontológica Venezolana, 46(4).
 - Harfin Ureña (2010) Ortodoncia Lingual; Procedimientos y Aplicación Clínica. Panamerica Buenos Aires .
 - Bravo E. (2009). Ortodoncia Clínica Y sus Principios Teóricos y P´racticos : Tratamiento de la maloclusión. Cap 9. Pag 2014 -215
 - Francois. Ricard (2008) (Francois, 2008) Tratado de Osteopatía Craneal ; Articulaciónn Temporomandibular. Panamericana
 - Bravo E. Ortodoncia Clínica y sus Principios Teóricos y Prácticos. Tratamiento de la maloclusión, Cap 9. Pág. 214
 - Nelson Pardo (2011) Daños De Limón y bebidas gaseosas son verdaderos enemigos de los dientes. Universia .Chile: noticias.universia.cl/vida-universitaria/noticia/2010/06/30/406933/limon-bebidas-gaseosas-son-verdaderos-enemigos-dientes.html
 - Martha Torres, Desarrollo de la dentición, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009.. Consultada <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
 - APARECIDO C. Osmar, y COLB. Acta Odontológica Venezolana.[Versión Electrónica]. Corrección Y Consideraciones Odontológicas. ISSN: 0001-6365

11. ANEXOS.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

MACROPROYECTO: "VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL"



Nº HC

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS

GENERO:F

M

CI.

ESTADO CIVIL: SOLTERO

CASADO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO

LUGAR DE PROCEDENCIA:

LUGAR DE RESIDENCIA:

CARRERA:

CICLO:

TELÉFONO:

TRABAJA:

SI

NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

EN EL ÚLTIMO AÑO HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNA ENFERMEDAD

SI

NO

QUE ENFERMEDAD?

ESTA UD. EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

SI

NO

QUE FARMACO?

ALERGIAS

SI

NO

CUAL?

EMBARAZO: SI NO

GASTRITIS SI NO REFLUJO GASTRICO SI NO

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

Señale en el casillero correspondiente si tiene familiares con las siguientes patologías y su parentesco

DIABETES MELLITUS SI Parentesco NO

HTA SI Parentesco NO

CANCER SI Parentesco NO

OTROS

HÁBITOS

CONSUMO DE ALCOHOL: una vez a la semana más de dos veces al mes ocasionalmente nunca

CONSUMO DE CIGARRILLO: muy frecuente poco frecuente nunca

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI NO QUE ACTIVIDAD

OTROS:

HABITOS DE HIGIENE BUCAL

Óptimo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 1 vez	<input type="checkbox"/>	Utiliza hilo dental	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Regular	<input type="checkbox"/>	Cepilla 2 veces	<input type="checkbox"/>	Utiliza enjuague bucal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>	Cepilla 3 veces	<input type="checkbox"/>			
		Otros	<input type="checkbox"/>			

CONTROL ODONTOLÓGICO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Óptimo visitas al Odontologo 1 vez al año
 regular visitas al Odontologo 2 veces al año
 malo visitas al Odontologo 3 veces al año

PUNTOS DOLOROSOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>									
FRONTAL	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAXILAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANDIBULAR	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADO	<input type="checkbox"/>	INTENSO	<input type="checkbox"/>	UNI O BILATERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACIOS SI
 NORMAL SI

ATM:

Función de ATM RUIDO (click/crépito) DESVIACIÓN DEFLEXIÓN NORMAL
 Dolor en la ATM SI NO UNILATERAL BILATERAL
 Limitación en apertura SI NO
 Desviación mandibular a la apertura. SI NO DERECHA IZQUIERDA
 Pérdida de soporte Oclusal Posterior SI NO UNILATERAL BILATERAL

LABIOS:

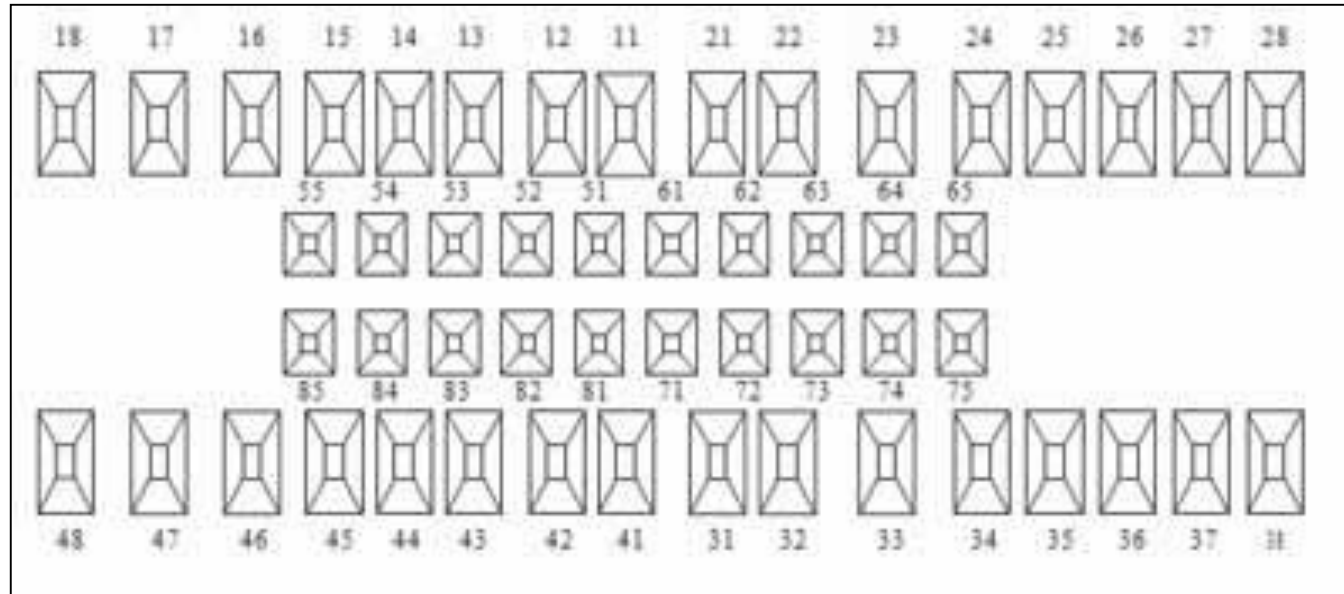
Pigmentaciones	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Labio fisurado	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Queilitis angular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Color cianótico:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Otros Cuáles

Tonicidad labial Hipertónico SI NO

Hipotónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
Normal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
FORMA DE ROSTRO					
Cuadrado		<input type="checkbox"/>			
Triangular		<input type="checkbox"/>			
Ovalado		<input type="checkbox"/>			
BIOTIPO FACIAL:					
Braquicéfalo		<input type="checkbox"/>			
Normocéfalo		<input type="checkbox"/>			
Dolicocéfalo		<input type="checkbox"/>			
ASIMETRÍA FACIAL:					
FOTOGRAFÍA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
DERECHA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
IZQUIERDA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
LINEA MEDIA FACIAL	recta	<input type="checkbox"/>	desviada	<input type="checkbox"/>	
HABITOS					
MORDEDURA DE OBJETOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUAL <input type="text"/>
CONSUMO DE SUSTANCIAS ACIDAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	CUAL <input type="text"/>
INTERPOSICION LINGUAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
DESTAPA BOTELLAS CON LOS DIENTES	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
ONICOFAGIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
BRUXISMO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
RESPIRADOR BUCAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	
SUCCION DIGITAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion <input type="text"/>

ODONTOGRAMA:



C

P

O

Porta ortodoncia fija SI NO

Tuvo tratamiento ortodoncico SI NO

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1

1

2

3

4

CUADRANTE 2

1

2

3

4

CUADRANTE 3

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CUADRANTE 4

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>

CLASE DE KENNEDY

CLASE I	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE II	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE III	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MODIFICACION	<input type="text"/>
CLASE IV	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>		

PORTADOR DE PROTESIS

P. FIJA	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Tipo	<input type="text"/>
P.REMOVIBLE	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	MATERIAL	<input type="text"/>
P. TOTAL	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	UNI/ BIMAXILAR	<input type="text"/>

LESIONES NO CARIOSAS

SI NO

Erosión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Clase I	<input type="text"/>	clasell	<input type="text"/>	clase III	<input type="text"/>
Abrasión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Leve	<input type="text"/>	Moderado	<input type="text"/>	Severo	<input type="text"/>
Atrición	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Cuestionable	<input type="text"/>	Muy leve	<input type="text"/>	ve	<input type="text"/>
Abfracción	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	grado	<input type="text"/>	Severo	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Fluorosis dental	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>						

ALTERACIONES DE NÚMERO DE LOS DIENTES

Supernumerarios	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Pieza:	<input type="text"/>
Agnesia	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Pieza:	<input type="text"/>

PERDIDA POR PATOLOGIAS

Traumatismos	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Pieza:	<input type="text"/>
Caries	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Pieza:	<input type="text"/>

OCCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

RELACIÓN CANINA:

Clase I	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase II	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
Clase III	SI	<input type="checkbox"/>	Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>
No aplicable			Derecha	<input type="checkbox"/>	Izquierda	<input type="checkbox"/>

OVERJET	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>
OVERBITE	MEDIDA	<input type="checkbox"/>	POSITIVO	<input type="checkbox"/>	NEGATIVO	<input type="checkbox"/>

MALOCLUSIONES

Mordida abierta Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida Abierta Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Mordida profunda	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Mordida cruzada anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				
Mordida cruzada posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
Mordida bis a bis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				

APIÑAMIENTO DENTAL

Anterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>
Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>	Moderado	<input type="checkbox"/>	Severo	<input type="checkbox"/>

FORMA DE DIENTES

Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovalados	<input type="checkbox"/>
Cuadrados	<input type="checkbox"/>

PIEZAS FUERA DEL PLANO OCLUSAL

MESIALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	DISTALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
LINGUALIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	VESTIBULARIZADAS	Pieza	<input type="checkbox"/>
EXTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>	INTRUIDAS	Pieza	<input type="checkbox"/>

MAXILAR:

Forma de arcada	<input type="checkbox"/>
Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovoidal	<input type="checkbox"/>

PALADAR DURO

Torus palatino	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Comunicación bucosinusal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Atresia maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Micrognatismo maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Macrognatismo Maxilar	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Petequias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PALADAR BLANDO

Lesiones Ulcerosas	Aftas mayores	<input type="checkbox"/>	Aftas menores	<input type="checkbox"/>	Lesiones Herpéticas	<input type="checkbox"/>
--------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

MANDIBULA

Forma de arcada	<input type="checkbox"/>
Cuadrado	<input type="checkbox"/>
Triangular	<input type="checkbox"/>
Ovoidal	<input type="checkbox"/>

MUCOSA ORAL

Lesiones Blancas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>
Lesiones Rojas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>
Lesiones Ulcerosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>

EPULIS TRAUMATICO SI NO Localizado Carrillos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula SI NO Localizacion
Hipertrofia de frenillo lingual SI NO
Torus lingual SI NO

CARRILLOS:

Aftas o estomatitis SI NO

GLÁNDULAS SALIVALES:

	G. Parótida	G. Submaxilar	G. Sublingual
Tumefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secresión Purulenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluidez Salival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstrucción de conductos salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PH SALIVAL

ÁCIDO(ROJO)
BÁSICO(AZUL)
NORMAL(NO HAY CAMBIO)

FRENILLO LABIAL

NORMAL SI NO
INSERCIÓN BAJA SI NO

APÉNDICE DE FRENILLO

Produce diastemas a nivel incisivos SI NO
NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

FRENILLO LINGUAL

NORMAL SI NO

ANQUILOGLOSIA SI NO
 PRODUCE PROBLEMAS FONETICOS SI NO
 NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

LENGUA:

FISURADA SI NO
 GEOGRÁFICA SI NO
 MACROGLOSIA SI NO
 PATOLOGÍA PULPAR: SI NO

1. Inspección

Cambio de color Si No Piezas:
 Caries penetrante Si No Piezas:
 Exposición pulpar Si No Piezas:
 Líneas de fisura Si No Piezas:
 Fístula Si No Piezas:
 Microfiltración Si No Piezas:

Fractura Si No Piezas:

Tejidos Dentales

Coronaria
 Radicular
 Corono-radicular

Tejidos de Soporte

Contusión
 Subluxación
 Luxación
 Intrusión
 Avulsión

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado

§ Sordo

§ Localizado
 § Corto
 § Intermittente
 § Espontaneo
 § Difuso
 § Prolongado
 § Continuo

§ Expansivo
 § Pulsátil
 § Irrradiado
 § Ocasional
 § Constante
 § Agudo
 Otros

3. Palpación

Coronaria Sintomática Si No
 Apical Sintomático Si No
 Tumefacción firme
 Tumefacción Blanda
 Asintomático

4. Percusión

Horizontal Positivo Negativo
 Vertical Positivo Negativo

5. Pruebas térmicas

frío Positivo Negativo Cede despues del estimulo
 calor Positivo Negativo Al retirarlo persiste

6. Movilidad

Grado I Pieza
 Grado II Pieza
 Grado III Pieza

7. Sondaje periodontal

MV MeV DV
 MP-L MeP-L DP-L

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar Normal
Modificada

Conductos radiculares Calcificación

Resorción interna
Resorción externa
Otros

Periápice

Lesión periapical Presente
Ausente

Ligamento periodontal Normal
Denso
Roto

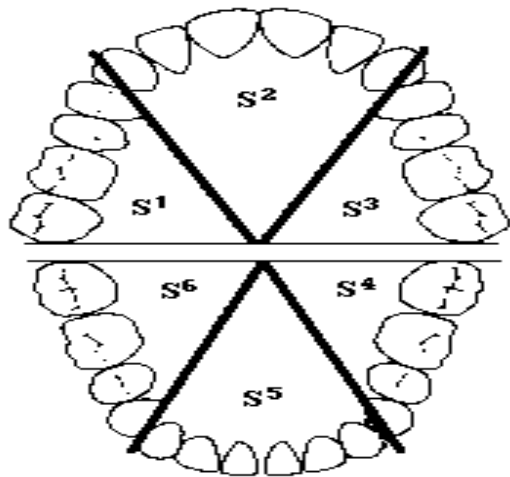
9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR
PULPITIS IRREVERSIBLE
PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA
PULPITIS REVERSIBLE
ABCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO
ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA
ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA
DESPULPADO / RETRATAMIENTO
OTRO:

PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad



NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

- 0 Tejidos sanos
- 1 Sangrado gingival
- 2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas
- 3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm

S 1:	S2:	S3:
S4:	S5:	S6:
FECHA:		

Código 0: Mantener las medidas de prevención.
Código 1: Instrucción de higiene bucal
Código 2: Instrucción de higiene bucal Detartraje Eliminar obturaciones con desajustes
Código 3 y 4: Instrucción de higiene bucal Detartraje supragingival y subgingival Pulido radicular
DIAGNOSTICO
OBSERVACIONES

VALORACIÓN DE RAMFJORD

- | | |
|-----------------------------|---|
| G0 <input type="checkbox"/> | G0 AUSENCIA DE INFLAMACION |
| G1 <input type="checkbox"/> | G1 Zona enrojeda de encia que rodea diente |
| G2 <input type="checkbox"/> | G2 Gingivitis alrededor del diente |
| G3 <input type="checkbox"/> | G3 Enrojecimiento intenso, hemorragia, ulceraciones |

PERIODONTITIS

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Perdida de insercion de 3 mm - LEVE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Perdida de insercion de 3 - 6 mm - MODERADO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Perdida de insercion mayor 6 mm - SEVERO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL

SI NO

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona

CÁLCULO SUBGINGIVAL

PIEZA #16 ó 15	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #11 ó 21	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #24 ó 25	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #34 ó 35	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #31 ó 41	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz
PIEZA #46 ó 45	1/3 raíz	<input type="checkbox"/>	2/3 raíz	<input type="checkbox"/>	3/3 raíz

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

PIEZA #16 ó 15	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #11 ó 21	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #24 ó 25	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #34 ó 35	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #31 ó 41	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona
PIEZA #46 ó 45	1/3 corona	<input type="checkbox"/>	2/3 corona	<input type="checkbox"/>	3/3 corona

NECESIDAD DE TRATAMIENTO

Le gustaria recibir tratamiento odontologico

Si No Que tipo de tratamiento

Que tipo de atencion prefiere

Publica Privada

Conoce los servicios que ofrece la clinicaodontologica de la UNL

Si No

Le gustaria ser atendido en la clinicaodontologica de la UNL

Si No

Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontologico

Si No

Porque

RESPONSABLE:

INDICE	
TEMA	1
RESUMEN	2
SUMARY	3
INTRODUCCION	4
REVISIÓN DE LA LITERATURA	5
SISTEMA ESTOMATOGNATIVO	6
CONCEPTO	6
FISIOLOGIA	6
ESTRUCTURAS	8
FUNCIÓN	9
HABITOS PARAFUNCIONALES	19
CONCEPTO	19
CAUSA	20
EFECTO	20
CLASIFICACIÓN	20
ONICOFAGIA	22
CONCEPTO	22
CAUSAS	23
CONSECUENCIA	24
SUCCION DIGITAL	26
CONCEPTO	26
CAUSAS Y CONSECUENCIAS	27
CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS PARA LOS TEJIDOS DENTALES ...29	
CONCEPTO	31

CAUSA.....	31
CONSECUENCIA.....	31
INTERPOSICION LINGUAL.....	32
CONCEPTO.....	33
TIPOS.....	34
MORDEDURA DE OBJETOS.....	35
INTRODUCCION.....	35
CONSECUENCIAS.....	36
METODOLOGIA.....	38
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN.....	53
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	57
ANEXOS.....	59