



Universidad Nacional de Loja

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TÍTULO:

—◆—
“RELACIÓN DEL PERFIL FACIAL CON LA POSICIÓN DE LOS
LABIOS Y MALOCLUSIÓN EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA
MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 2014.”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR:

Carlos Fernando Ochoa Cajamarca

DIRECTOR:

Dra. Mgs. Leonor Magdalena Peñarreta Chauvin

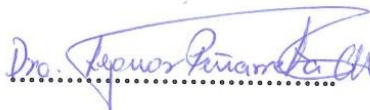
Loja - Ecuador

2014



CERTIFICACIÓN

Certifico: Que la presente tesis titulada “RELACIÓN DEL PERFIL FACIAL CON LA POSICIÓN DE LOS LABIOS Y MALOCLUSIÓN EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 2014”, elaborada por el Sr. Carlos Fernando Ochoa Cajamarca, 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. Mgs. Leonor Magdalena Peñarreta Chauvín
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Carlos Fernando Ochoa Cajamarca, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles 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.

Autor: Carlos Fernando Ochoa Cajamarca

Firma:

Cédula: 1104924913

Fecha: Octubre, 28 del 2014



Carlos Fernando Ochoa Cajamarca

AUTOR

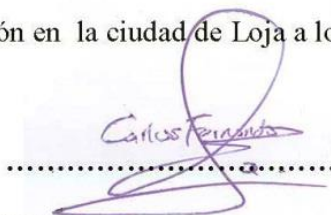
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXO COMPLETO

Yo Carlos Fernando Ochoa Cajamarca, declaro ser el autor de la tesis titulada: “RELACIÓN DEL PERFIL FACIAL CON LA POSICIÓN DE LOS LABIOS Y MALOCLUSIÓN EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 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 28 días del mes de Octubre del dos mil catorce, firma el autor.



Autor: Carlos Fernando Ochoa Cajamarca

Cédula: 1104924913

Dirección: Barrio El Panecillo

Correo Electrónico: carlosfer8a@hotmail.com

Teléfono: 2586757

Celular: 0985161892

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Mgs. Leonor Magdalena Peñarreta Chauvín

Tribunal de Grado: Dr.med.dent. Daniela Calderón Carrión
Dr. Héctor Velepucha Velepucha
Dra. Susana González Eras

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Cristina Cajamarca, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional.

A mi padre Vicente Ochoa quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional y me ha inculcado valores como la perseverancia, entrega y puntualidad para ser mejor cada día. A mi hermanita que con su sonrisa me motiva a seguir mejorando y me ha demostrado que es una guerrera para cumplir con sus objetivos.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A mis amigos, que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino, principalmente a aquellos que han estado siempre apoyándome, en medio de risas, preocupaciones y muchas anécdotas a lo largo del camino universitario, especialmente a ti.

Carlos Ochoa

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mi Dios, mis padres, mi hermana, por permitirme llegar a hacer realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Nacional de Loja, por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional de bien.

A mi directora de tesis, Dra. Mgs. Leonor Peñarreta Chauvín, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que pueda culminar con éxito esta propuesta.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y, algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Carlos Ochoa

1. TEMA

“RELACIÓN DEL PERFIL FACIAL CON LA POSICIÓN DE LOS LABIOS Y MALOCLUSIÓN EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO-JULIO DE 2014”

2. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación del perfil facial con la posición de los labios y maloclusión en los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja durante el periodo Mayo-Julio de 2014.

Se utilizó como instrumento la Historia Clínica Odontológica, la misma que contenía las variables útiles para el estudio como: clase molar y maloclusiones; también se utilizó fotografías extraorales de perfil validadas donde se determinó el tipo de perfil facial y la posición de los labios.

Aplicamos la historia clínica a 894 estudiantes, de los cuales 148 participaron como sujetos de estudio cuyas fotos cumplían con los criterios de validación.

Los resultados indicaron que el 68,9% presentaron un perfil facial recto. Según el plano estético de Ricketts, la posición labial con mayor porcentaje fue la proquelia con el 56,8% para el labio superior y en el labio inferior con 54,1%. La clase I molar fue porcentualmente predominante con 58,1% para el lado derecho y 56,1% para el izquierdo; la mordida Bis-Bis (36,9%) y la mordida profunda (23,8%) destacaron dentro de los casos de maloclusiones.

Palabras Claves: perfil facial, maloclusión, posición labial, clase molar.

3. SUMMARY

This study is a descriptive, cross-sectional, which aimed to determine the relationship of the facial profile with the position of the lips and malocclusion in the students of the mode of classroom studies at the National University of Loja during the period May to July 2014.

It was used as an instrument of Clinical Dentistry history, the same variables containing useful for the study: class and molar malocclusions; also use extraoral profile pictures where the type of facial profile and lip position was determined.

We apply medical history to 894 students, 148 of whom participated as study subjects whose pictures they fulfilled the criteria for validation.

The results indicated 68.9% presented a straight facial profile. According to the aesthetic plane of Ricketts, labial position constraint with the highest percentage were the proquelia with 56,8% in the upper lip and the lower lip with 54,1%. The Class I molar had the highest percentage with 58,1% in the right side and 56,1% to the left; Bis-Bis bite (36,9%) and the deep bite (23,8%) highlighted in malocclusions.

Key words: facial profile, malocclusion, labial position, clase molar.

4. INTRODUCCIÓN

La salud según la OMS está definida como el equilibrio bio psico social del individuo, así se puede mencionar lo descrito en (MONTENEGRO 2010) “estar saludable” resulta ser un estado muy importante para la planeación, construcción y desarrollo de un proyecto de vida, pues implica que la persona tenga bienestar físico, psicológico y social.

Los pacientes que asisten actualmente a la consulta buscando tratamiento ortodóncico tienen motivaciones relacionadas con la estética, no sólo dental sino también facial, con expectativas cada vez más altas. Este es un hecho que los ortodoncistas deben tener muy presente a la hora de trazar los objetivos del tratamiento, debido a que no se trata sólo de lograr una buena función y conseguir estabilidad, sino que además los resultados deben ser estéticamente satisfactorios para el paciente.

En algunos autores existe controversia sobre la relación de los tejidos blandos y duros, por un lado Riedel afirma que el perfil de tejidos blandos está relacionado íntimamente a las estructuras dentales y esqueléticas, Subtelny indicó que no todas las partes del perfil de tejidos blandos siguen directamente el perfil esquelético subyacente; Burstone sugirió que no siempre puede existir una relación directa debido a la variación en el espesor de los tejidos que cubren la cara ósea. Stoner y colaboradores concluyeron que el recontorno de los labios ocurre a causa de un gran movimiento de los dientes anteriores; por su parte Neger planteó que un cambio o mejora en los tejidos blandos no está necesariamente acompañado de grandes mejorías en la posición dental (Gurrola, 2013).

Un estudio en Ecuador, se realizó con el objetivo de obtener información sobre las características faciales y las anomalías de malposición dentaria más comunes en hombres mestizos ecuatorianos entre 18 a 22 años de edad. Los resultados obtenidos demostraron que

el perfil facial más común es el Perfil Recto existiendo una armonía entre los tercios faciales medio e inferior y que el 20% presentó algún tipo de incompatibilidad labial. De los 25 casos estudiados se presentó solo un caso de mordida abierta anterior y ninguno de mordida cruzada anterior. Se presentaron más pacientes con zonas de apiñamiento que con diastemas y se registraron 4 casos de dientes ectópicos. En cuanto al tipo de maloclusión el 42% de la muestra presentó Clase I, 0% Clase II y 25% Clase III bilateral de Angle. En relación canina el 67% presentó Clase I, 0% Clase II y 4% Clase III bilateral. Se concluyó que los hombres mestizos ecuatorianos presentan en común un Perfil y medidas faciales armónicas con medidas de overjet y overbite dentro de la norma, que existe un alto porcentaje de pérdida de piezas dentarias en especial del 1er molar permanente, lo que se traduce en pérdida de espacio, problemas de oclusión además de una deficiente función masticatoria (Sánchez D. S., 2010).

Apropiadamente se acepta que para realizar un correcto tratamiento se debe tener un buen diagnóstico, y que éste es la base fundamental para lograr el éxito terapéutico, pero debemos agregar que un apropiado juicio respecto del pronóstico de la anomalía junto al manejo de técnicas o metodologías de trabajo, permitirán devolver la salud oral, específicamente en relación a la oclusión del paciente en las distintas etapas del desarrollo del ser humano (Sandoval, s.f).

En este estudio, que tiene como objetivo conocer la relación del perfil facial con la posición de los labios y maloclusión en los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja, se analizaron a 148 estudiantes, en donde la historia clínica odontológica fue el instrumento de recolección de datos, además de las fotografías extraorales de perfil validadas. Al culminar el análisis se concluyó que la mayoría

de sujetos presentaron perfil facial recto (68,9%) y que en ellos se puede presentar cualquier posición labial y maloclusiones.

5. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPÍTULO I

5.1. ANÁLISIS FACIAL

Las mediciones que valoran las dimensiones faciales se han realizado clásicamente sobre las fotografías de frente y de perfil del paciente, constituyendo un buen medio indirecto para analizar la morfología craneofacial, siempre y cuando estén bien tomadas, evitando magnificaciones o distorsiones que deforman la imagen real.

Existen dos índices que han perdido vigencia por el empleo de la cefalometría pero poseen un valor didáctico para el estudio de las proporciones de la cara.

Índice de Izard: Relaciona la anchura máxima del arco cigomático (menos un centímetro correspondiente a las partes blandas) con la anchura molar máxima, la distancia bimolar suele ser la mitad de la anchura cigomática.

Índice Craneal: Es utilizado por los antropólogos como método para comparar el diámetro anteroposterior con el diámetro transversal máximo del cráneo, según las proporciones se distinguen los tipos braquicéfalo (cráneo más ancho que largo), tipo dolicocefalo (cráneo más largo que ancho) y tipo mesocéfalo o medio. Su importancia ortodóncica es que ha servido de base para, extrapolar los términos, clasificar las caras en braquifaciales, dolicofaciales y mesofaciales.

Bimler partió de la Antropología, del índice facial de Kollmann e introdujo el índice facial suborbital, relacionando la altura de la cara con la profundidad, obteniendo así dos componentes superior e inferior que relacionados entre sí, dan lugar a los 3 biotipos fundamentales: Dolicoprosópico (cara profunda y larga), Mesoprosópico (cara media, menos

profunda), Leptoprosópico (cara estrecha, corta). Desarrolla la cefalometría tipológica, aplicando la biotipología a la clínica. Pedro Planas, fue uno de los primeros en insistir que clínicamente se debe considerar el biotipo para esquematizar mejor el pronóstico y la conducta terapéutica. (Kammann, 2013)

5.1.1. ANÁLISIS DEL PERFIL DE TEJIDOS BLANDOS

5.1.1.1.DEFINICIÓN

El análisis facial es el método clínico utilizado por muchos profesionales de la salud con el fin de evaluar los rasgos del paciente para definir proporciones, volumen, apariencia, simetría y deformidades visibles. Se basa en el examen directo, fotografías clínicas e imagenología convencional y digital.

Para analizar el perfil es necesario lograr una adecuada posición de la cabeza del paciente, el plano de Frankfurt (conducto auditivo externo-punto infraorbitario) debe ser paralelo al suelo y perpendicular al eje corporal, la cabeza no debe estar inclinada hacia adelante o hacia atrás porque al adelantar o retrasar el mentón se desconfigura el verdadero aspecto facial. (Kammann, 2013)

También se toma en cuenta el Plano de Camper, se trata de un plano muy usado en antropometría y que en esta ciencia se considera que va desde la espina nasal anterior hasta el centro del conducto auditivo externo. En odontología va desde el tragus hasta el ala de la nariz y se considera paralelo al plano oclusal (Iruretagoyena, 2014).

Se debe tomar en cuenta en primer lugar para considerar un perfil como normal el que los labios estén relajados y en contacto en el momento de máxima interdigitación oclusal. En condiciones normales, la boca se puede cerrar sin esfuerzo o contracción de la musculatura

perioral y sin deformar la silueta del labio. Cualquier contracción anormal de los labios al cerrar la boca se considera inaceptable estética y funcionalmente.

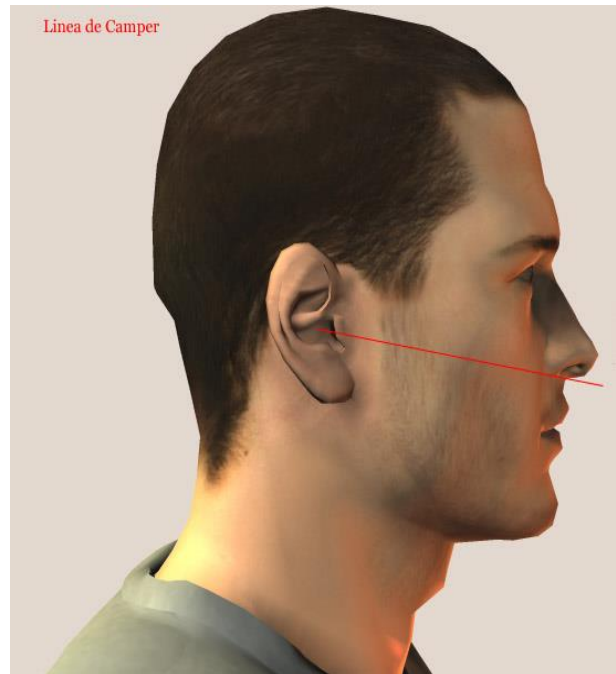


Figura 1. Plano de Camper
Imagen de Diccionario Ilustrado de Términos Médicos. (s.f). Recuperado de: <http://www.iqb.es/diccio/l/linea.htm#camper>

Existen tres objetivos en el análisis del perfil:

1. Establecer si los maxilares están proporcionales en el plano antero posterior del espacio. Esto requiere que el paciente se coloque con la posición natural de la cabeza, ya sea de pie o sentado.
2. Evaluación de la posición del labio y la protuberancia del incisivo.
3. Evaluación de las proporciones faciales verticales y el ángulo del plano mandibular. (J, 2010)

5.1.1.2. TIPOS DE PERFIL FACIAL

Puede hacerse en forma directa o en fotografía; lo básico es tener la cabeza debidamente orientada; el plano de Frankfurt (tragus a punto suborbitario) debe ser paralelo al suelo y perpendicular al eje corporal, con la cabeza erguida mirando al frente.

Para determinar el tipo de perfil facial se unen dos líneas, una que va desde el puente de la nariz hasta la base del labio superior y otra línea que vaya desde este último punto hasta la barbilla. En otras palabras se toma como punto de referencia 3 puntos anatómicos como son: la glabella, el punto más profundo por encima del labio superior y el Pogonion de tejidos blandos.

5.1.1.2.1. RECTO

Al unir las líneas, si se forma una línea casi recta, se dice que el perfil es recto. Los maxilares se han desarrollado y posicionado normalmente. Corresponde a la clase I de Angle.

5.1.1.2.2. CONVEXO

Cuando las dos líneas forman un ángulo de divergencia posterior, quiere decir que el perfil es convexo, donde el maxilar superior está adelantado, con respecto a la barbilla. Estos pacientes corresponden a la clase II de Angle. Su tendencia de crecimiento es Vertical.

5.1.1.2.3. CÓNCAVO

Cuando se ha formado al unir las dos líneas, un ángulo de divergencia anterior, el perfil es cóncavo, donde el maxilar superior se encuentra retrasado con respecto al maxilar inferior. Corresponde a la Clase III de Angle. Tendencia a crecimiento horizontal. (Sandoval P. , Universidad de la Frontera)

5.1.1.3.ÁNGULO DE CONVEXIDAD FACIAL

Se debe trazar una línea que pase por los puntos glabella, subnasal y pogonion blando. Este debe medir aproximadamente entre 165° y 175° . Si presenta un valor mayor se clasifica como un perfil cóncavo y es probable la presencia de una relación clase III dentario y/o maxilar y si el ángulo es menor, corresponde a un perfil convexo y es probable la existencia de una relación clase II dentaria y/o maxilar. (Kammann, 2013)

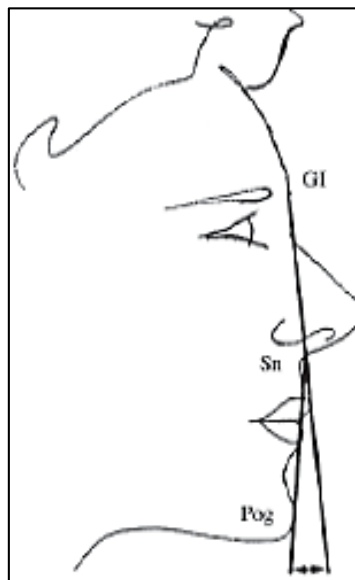


Figura 2. Ángulo de Convexidad facial.

Imagen de Rigoberto Otaño Lugo (2008). Manual clínico de ortodoncia. Ciencias médicas.

CAPÍTULO II

5.2. ANÁLISIS LABIAL

5.2.1. DEFINICIÓN

En el análisis labial se consideran como labios morfológica y funcionalmente normales los que se cumplen los siguientes requisitos:

- Contactar ambos labios en contacto sin esfuerzo ni contracción de la musculatura perioral.
- En contacto labial, en posición de sellado oral, debe ser suave y armónico.
- Vistos lateralmente, los labios están contenidos dentro del plano E, sobresaliendo más el inferior que el superior.
- Vistos frontalmente, el labio superior es más grueso que el inferior. (BRAVO, 2007)

5.2.2. DIMENSIONES DE LOS LABIOS

Transversales

Los límites labiales (comisuras) deben estar entre la perpendicular tangente al ala de la nariz y la perpendicular a la pupila. Se pueden “medir” según una escala del 1 al 5 (1: labio a la altura del ala nasal; 5: a la altura de la pupila).

Verticales

Los labios pueden ser finos (más frecuente en adultos y en varones) o gruesos (más frecuentes en niños y en mujeres) y, en general, el labio inferior es algo más grueso que el superior. Con la edad, la pérdida de tono muscular conlleva una cierta flaccidez labial que comporta cambios en la arcada dentaria visibles al sonreír; se hace más visible la arcada inferior y menos la superior.

5.2.3. LEYES DE LA RELACIÓN LABIAL O DE LA ARMONÍA LABIAL

Los labios en condiciones de reposo deben:

- Estar contenidos en el plano estético
- Tener contornos suaves
- Estar cerrados

El labio inferior está más próximo al plano estético que el superior. Si esto no se cumple tendríamos una relación labial alterada:

- Protrusión labial bilateral: frecuente en labios gruesos.
- Protrusión labial superior: asociada a grandes resaltes.
- Protrusión labial inferior: presente en mordidas cruzadas anteriores, clases III y fisuras alveolo-palatinas operadas (tanto leves como graves).
- Retrusión labial: se acentúa con la edad y las pérdidas dentarias (sobre todo los anteriores).
- Labios cortos:
 - Solo superior (labios en “tienda de campaña”), inferior o ambos.
 - Absolutos (tejidos labiales pequeños) o relativos (labios normales pero insuficientes para una dentición grande o muy protruida).
- Esfuerzo labial: labios incompetentes en reposo que requieren contracción voluntaria para lograr el cierre.
- Contracción mentoniana: semejante al anterior pero más severo (han de intervenir más grupos musculares para lograr el cierre).

-
- Contracción perioral: la deglución requiere sellado labial activo (se ve contracción de los músculos periorales en cada deglución).
 - Succión labial: el labio inferior contacta con la lengua por debajo del incisivo superior (resalte aumentado, deglución atípica).
 - Contracción sublabial: son los tejidos del surco sublabial los que contactan con los incisivos superiores o con la lengua (frecuente en clase II-2). Se acentúa en la deglución.
 - Sonrisa gingival: aunque los labios sean competentes en reposo, al sonreír el labio superior deja a la vista parte de la apófisis alveolar. (USTRELL, 2002)

5.2.4. ANÁLISIS DE LA DINÁMICA LABIAL Y EXPOSICIÓN DENTARIA

Además de los aspectos morfológicos, es de interés clínico analizar la posición de los labios, en función y en reposo, en su relación mutua y con la dentición. Al estar los labios entreabiertos y la mandíbula en reposo, borde incisal superior queda expuesto 2-3 mm en el joven.

Al sonreír aumenta la exposición dentaria, por elevación del labio superior, formándose una curvatura transversal llamada línea de la sonrisa, que en condiciones normales será paralela y simétrica con la convexidad del arco dentario superior. Al sonreír, el labio superior queda por encima del límite dentario exhibiendo 2-3 mm, del margen gingival, cuando la encía visible es excesiva se llama “sonrisa gingival”, que puede deberse a labio corto, incisivos alargados o maxilar protrusivo.

- Surco mentolabial: ubicado en la concavidad que normalmente se produce bajo el labio inferior y antes de la barbilla. Un surco pronunciado indica una protrusión labial

con posible eversión que denota una hipotonía muscular y posiblemente un sello labial alterado. Un surco inexistente generalmente indica una hiperactividad del músculo borla del mentón acompañado de un labio inferior delgado o hipotónico.

- Piel: a modo complementar el resto del análisis del paciente es conveniente explorar alteraciones de piel, sobre todo del tipo cicatrices u otros que puedan alterar el normal crecimiento del macizo craneofacial.
- Ganglios y glándulas: su exploración permite obtener hallazgos de infecciones o afecciones activas que requieren de una intervención urgente antes de realizar acciones de ortodoncia interceptiva. (Frontera, sf)

5.2.5. LABIOS FUNCIONALMENTE INADECUADOS

En ciertas maloclusiones en que la dentición está en protrusión (biprotusión dentoalveolar), la imposibilidad de que los labios entren en contacto provoca una hipotonía generalizada de la musculatura perioral que tiene que contraerse fuertemente para que los labios sellen la cavidad oral.



Figura 3. Labios funcionalmente inadecuados

Fotografía de Paula Fernández. Ortodoncia Exclusiva-Clínica Odontológica. Recuperado de: http://www.paulafernandez.com/jovenes_biprotusion.html

5.2.6. LABIOS MORFOLÓGICAMENTE INADECUADOS

Son labios verticalmente inadecuados para realizar, el sellado oral suele afectar al labio superior, que es excesivamente corto para entrar en contacto con el labio inferior. Otras veces, los labios son excesivamente largos y al contactar, se pliegan sobre sí mismos.

5.2.7. LABIOS DE FUNCIONALISMO NORMAL

Suele acompañar a problemas de deglución anormal en que la lengua se interpone entre ambos frentes incisivos; los labios en el momento de actividad funcional, tiene que contraerse adaptándose al patrón patológico lingual.

Suele observarse una gran contracción de las fibras superiores del músculo orbicular y una hiperactividad del músculo elevador de la borla del mentón. (BRAVO, 2007)

5.2.8. PLANO ESTÉTICO DE RICKETTS (LÍNEA E)

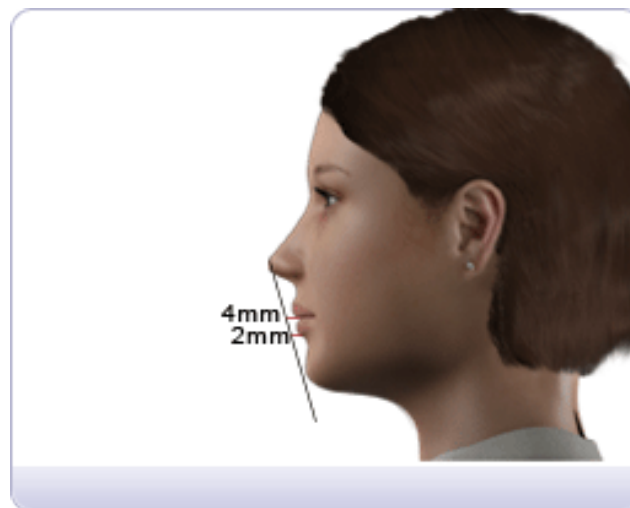


Figura 4. Plano Estético de Ricketts

Imagen de Dr. Sergio Ángeles. (s.f). Clínica de Rinoplastia. Recuperado de: http://www.drseangeles.com/analisis_facial.html

Ricketts propuso como plano de referencia para analizar la estética facial inferior, esta línea se traza desde la punta de la nariz pasando tangente al mentón. Normalmente los labios debes estar dentro de dicho plano, si sobresalen más allá de este plano, la apariencia del

perfil, no es aceptable estéticamente. El labio superior puede estar ligeramente retrasado y más alejado del punto E que el labio inferior, en condiciones normales. (J, 2010)

El labio inferior debe estar a 2 mm por detrás de ésta línea, mientras que el labio superior debe estar a 4 mm también ubicados por detrás, este parámetro puede presentar variaciones de acuerdo al fenotipo del individuo. (Kammann, 2013)

CAPÍTULO III

5.3.OCLUSIÓN

5.3.1. DEFINICIÓN

El término oclusión se refiere a todas las relaciones estáticas y dinámicas entre las superficies oclusales y entre éstos y todos los demás componentes del sistema estomatognático. (STEFANELLO, 2005)

En la odontología se entiende por oclusión, la relación de los maxilares y mandibulares cuando se encuentran en contacto funcional durante la actividad de la mandíbula. Una historia reciente considera a la oclusión como un factor desencadenador de las disfunciones Temporomandibulares. La armonía neuromuscular depende de la armonía estructural entre la oclusión y la articulación temporomandibular. (R, (s.f))

5.3.2. OCLUSIÓN DENTARIA.

La oclusión dentaria junto a su interrelación funcional con los otros determinantes máxilomandibulares, exhibe en la literatura una gran variedad de definiciones. (R, (s.f))

La Oclusión dental es la relación entre las superficies masticatorias de los dientes de la arcada superior con la inferior al hacer contacto en el momento del cierre. Esta relación puede ser estática o dinámica. La oclusión estática se realiza sin acción de los músculos, es la que alcanza mayor superficie o mayor número de puntos de contacto, y la oclusión dinámica se produce al actuar con cierta energía los músculos masticadores, que obligan a la mandíbula movimientos de deslizamiento.

Cuando se efectúa éste movimiento, en un lado de la arcada se produce el contacto de trabajo, mientras que en el otro lado se realiza el llamado contacto de compensación o de balance. (APODACA, 2004)

También definen a la oclusión dentaria como aquella relación de contacto funcional entre las piezas dentarias superiores e inferiores y significa, en último término, el acto de cierre de ambos maxilares con sus respectivos arcos dentarios como resultado de la actividad neuromuscular mandibular. (MANNNS FREESE, 2006)

Se estableció que existen tres requisitos fundamentales para la terapia oclusal exitosa:

1. Las articulaciones de la mandíbula deben ser capaces de funcionar y aceptar la carga de las fuerzas sin malestar.

2. Dientes anteriores en armonía con la cobertura de la función, y en relación apropiada con los labios, la lengua, el plano oclusal.

3. Dientes posteriores sin interferencias, los contactos oclusales posteriores no deben interferir con el confort de cualquiera de las ATM en posterior o con la guía anterior por delante. (DAWSON, 2009)

5.3.3. Clasificación de las oclusiones dentarias naturales desde el punto de vista fisiológico.

Desde el punto de vista clínico existe una clasificación en relación a la oclusión dentaria natural y menciona las tres clases de oclusiones y sus características clínicas:

- 1.- Oclusión Ideal u Óptima.

- 2.- Oclusión Fisiológica o Normofuncional.

3.-Oclusión No Fisiológica u Oclusión Traumática

5.3.3.1.Oclusión Ideal, Óptima o Terapéutica.

El concepto de “oclusión ideal” es aquella oclusión dentaria natural de un paciente, en la cual se establece una interrelación anatómica y funcional óptima de las relaciones de contacto dentario con respecto a los componentes del sistema estomatognático, con el objetivo de cumplir con sus exigencias de salud, función, comodidad y estética.

Las características que una oclusión ideal debe presentar son las siguientes:

- Fuerza oclusal o carga axial paralelo al eje longitudinal de los dientes.
- Contactos oclusales posteriores y bilaterales simultáneos en Relación
- Céntrica y Máximo Intercuspidación.
- Dimensión vertical de oclusión compatible con el sistema.
- Lado de trabajo y lado de balance sin interferencias.
- Ciclo masticatorio, debe presentar Guía canina y Función de grupo. Total o parcial.
- Protrusión con desoclusión posterior. En protrusiva los posteriores desocluyen 1.1mm
- Guía anterior (lateral y protrusiva o incisivo/ canino) armónico con los movimientos de la mandíbula-
- Relación maxilomandibular correcta (Relación Céntrica = Máxima Intercuspidación Habitual)

5.3.3.2.Oclusión Fisiológica u Oclusión Normal.

Comúnmente llamada oclusión normal, sugiriendo que no hay presencia de enfermedad o disfunción. Se caracteriza por la presencia de un equilibrio funcional o un estado de adaptación fisiológico de las relaciones de contacto dentario con respecto a los otros componentes fisiológicos básicos del sistema estomatognático. Presenta normalidad funcional con estado de adaptación a diversos grados de mala oclusión anatómica.

Características clínicas:

- No se presentan manifestaciones dentarias de parafunciones, por ejemplo: atriciones, fracturas, hiperemia pulpar.
- Actividades funcionales normales de deglución, de masticación, fonación y respiración.
- Presenta una relativa estabilidad oclusal sin aparente migración dentaria.
- Se observará un peridonio relativamente sano en relación a actividades para funcionales.
- Ausencia de sintomatología disfuncional mioarticular en relación a actividades para funcionales, tanto durante la función como en reposo.

5.3.3.3.Oclusión No Fisiológica o Mala Oclusión u Oclusión Traumática.

Presenta alteración de la normalidad funcional asociados a desarmonías oclusales. Se caracteriza por la pérdida del equilibrio o desadaptación funcional de las relaciones de contacto dentario con respecto a los otros componentes fisiológicos básicos del sistema Estomatognático. Presencia de sintomatología disfuncional asociada a una condición de

trastornos temporomandibulares. Los signos y síntomas se hacen presentes en los tejidos blandos, en la Articulación Temporomandibular, en la neuromusculatura y en los dientes con sus tejidos de soporte.

Características clínicas:

- Se relaciona con la inestabilidad oclusal en céntrica.
- Presenta contactos prematuros e interferencias oclusales.
- Presencia de manifestaciones de bruxofacetas céntricas y excéntricas.
- También presenta sintomatología disfuncional asociada a trastornos temporomandibulares, como también se observará la presencia de recesiones gingivales y abfracciones cervicales. (MANNNS FREESE, 2006)

5.3.4. MALOCLUSIÓN

5.3.4.1.DEFINICIÓN

La maloclusión es la condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarías, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista. (Propdental, 2013)

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

Las maloclusiones dentarias se clasifican según sus causas: dentarias, esqueléticas, funcionales y mixtas. Hoy, gracias a los estudios cefalométricos podemos saber el tipo de maloclusión con exactitud como veremos más adelante.

El origen de las maloclusiones dentarias es la malposición de los dientes, siendo normales las bases óseas (maxilar superior y mandíbula).

En las maloclusiones óseas el defecto está en las bases óseas. Pueden ser debidas a falta o exceso de crecimiento de los maxilares y a una malposición del macizo craneofacial.

Las maloclusiones funcionales se deben generalmente a una alteración en la dinámica mandibular por alteraciones musculares que conduce a una oclusión dentaria anormal.

La Oclusión Dentaria normal tiene unas características comunes a la mayoría de los humanos. Brevemente diremos que tenemos 16 piezas dentarias en cada arcada. En posición de máxima intercuspidadación (PIM), que es cuando las piezas dentarias tienen los máximos contactos dentarios en posición de cierre, cada pieza dentaria articula con dos piezas antagonistas, excepto los incisivos centrales inferiores y los últimos molares superiores que articulan solamente con su pieza antagonista.

Debido al mayor tamaño de los incisivos superiores, éstos resaltan sobre los inferiores cuando ocluyen con ellos. Además, todas las piezas superiores están más distalizadas que las inferiores. Por ejemplo, el canino superior está más atrás que el inferior y articula en PIM con el canino inferior y con el primer premolar inferior.

En esta oclusión, que podemos considerar normal, vemos que la articulación de los primeros molares permanentes tienen unas características que ANGLE consideró primordial para clasificar las diferentes maloclusiones.

ANGLE, a finales del siglo XIX, describió las diferentes maloclusiones basándose en la relación del 1º molar superior permanente con el 1º molar inferior permanente. Consideró la

posición de los primeros molares permanentes como puntos fijos de referencia de la estructura craneofacial. Por muchos estudios cefalométricos que se realizan y por muchos programas informáticos que existan en el mercado, hoy en día aún se utiliza la clasificación de ANGLE, todo y que sabemos que tiene sus limitaciones ya que ANGLE no tuvo en cuenta las relaciones transversales ni verticales, ni las anomalías de las bases óseas.

ANGLE estudió las relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes y describió las diferentes maloclusiones. Las llamó CLASES. (Troconis, 2014)

5.3.4.2.TIPOS DE MALOCLUSIONES

El estudio de la oclusión se ha desarrollado en conjunto con el avance científico y tecnológico, a través del tiempo, a finales del siglo XVIII, EDWARD ANGLE, crea la clasificación de mal oclusiones que aún hoy en día sigue vigente.

5.3.4.2.1. Maloclusión de Clase I

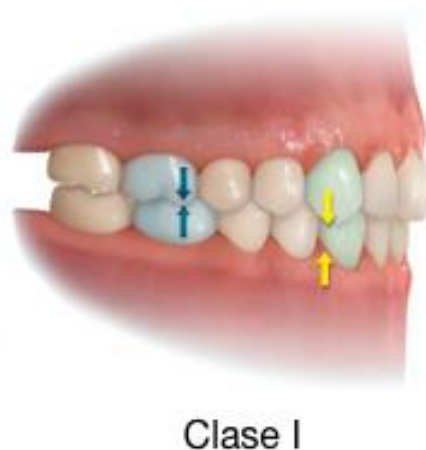


Figura 5. Clase I molar y Clase I canina

Imagen de LookForDiagnosis. Recuperado de http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=maloclusi%C3%B3n+de+angle+clase+iii&lang=2

Es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, ocluye a nivel del surco mesiovestibular del primer molar inferior, esta relación de molares corresponde generalmente a personas con perfil recto y una relación ortógnata, denominándose neutro oclusión; los problemas que se presentan en el segmento anterior son: apiñamiento, diastemas, sobremordidas excesivas, mordida cruzada y otras alteraciones, este tipo de relación de molares nos da la estabilidad funcional del segmento posterior.

5.3.4.2.2. Maloclusión de Clase II

Es cualquier posición distal del primer molar inferior con respecto del superior, tomando como relación la clase I, generalmente corresponde a personas de perfil convexo y una relación retrógnata, denominándosele disto oclusión; los problemas que se presentan en el segmento anterior se agrupan en dos divisiones que son:

- División I. Los incisivos centrales superiores se encuentran en protusión, el resalta esta aumentado. La sobremordida puede estar aumentada, normal o disminuida.
- División II. Los incisivos centrales superiores están retroinclinados, los incisivos laterales proinclinados, el resalte está disminuido y la sobremordida aumentada.



Clase II

Figura 6. Clase II molar y Clase II canina

Imagen de LookForDiagnosis. Recuperado de

[:http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=maloclusi%C3%B3n+de+angle+clase+iii&lang=2](http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=maloclusi%C3%B3n+de+angle+clase+iii&lang=2)

5.3.4.2.3. Maloclusión de Clase III

Es cualquier posición mesial del primer molar inferior con respecto del superior tomando como referencia la clase I, corresponde a personas con perfil cóncavo y una relación prognata, denominándosele mesio oclusión; esta clase presenta generalmente inclinación lingual exagerada de los incisivos inferiores y mordida abierta. (Martínez Chávez, 2011)



Clase III

Figura 7. Clase III molar y Clase III canina

Imagen de LookForDiagnosis. Recuperado de

[:http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=maloclusi%C3%B3n+de+angle+clase+iii&lang=2](http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=maloclusi%C3%B3n+de+angle+clase+iii&lang=2)

5.3.4.3.MALOCCLUSIONES TRANSVERSALES

5.3.4.3.1. Mordidas cruzadas unilaterales

Son aquellas que suelen ir asociadas a una desviación de la línea media ligeramente hacia un lado de la mordida cruzada.



Figura 8. Mordida cruzada posterior unilateral

Fotografía de MARGITI OrtoCentro. Centro Especializado de Ortodoncia y Ortopedia Funcional. Recuperado de: <http://margiti.com.br/tratamiento.php?tratamiento=171>

5.3.4.3.2. Mordidas cruzadas bilaterales

Estas no suelen ir asociadas a ninguna desviación.

5.3.4.3.3. Mordidas en tijera



Figura 9. Sobremordida completa y mordida en tijera

Fotografía de ORTODONACIA FUTURA. Recuperado de: http://www.ortodonciafutura.com/encuentre_su_caso/caso-13

En estas mordidas podemos observar que las cúspides de los molares superiores están por fuera de los molares inferiores de forma unilateral.

5.3.4.4. MALOCLUSIONES VERTICALES

5.3.4.4.1. Sobremordida

Un paciente presenta sobre mordida cuando el entrecruzamiento incisivo supera los 2,5mm, es mayor a 1/3 o mayor del 25-30%.



Figura 10. Mordida Profunda

Fotografía de Megasorriso. (2014). Recuperado de: <http://megasorriso.com.br/site/como-saber-se-preciso-de-um-ortodontista/>

5.3.4.4.2. Mordida borde a borde



Figura 11. Mordida Borde a Borde

Fotografía de Ma. Alejandra Ferrer Rosell y Alejandro Paz Añez. Revista latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Recuperado de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art31.asp>

Caso de sobre mordida 0 donde hay contacto entre incisivo en algún momento del movimiento dentario.

5.3.4.4.3. Mordida abierta



Figura 12. Mordida Abierta

Fotografía de Megasorriso. (2014). Recuperado de: <http://megasorriso.com.br/site/como-saber-se-preciso-de-um-ortodontista/>

Cuando hay sobre mordida cero sin contacto entre incisal. La mordida abierta no es sinónimo de resalte cero, pues puede acompañar de cualquier tipo de resalte (+, -, o 0) aunque será poco acentuado. Se ve en mordidas abiertas compensadas y en denticiones desgastadas. (Propdental, 2013)

6. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación fue de tipo descriptivo porque se centró en la recolección de datos para describir la realidad tal y como es, dentro del campo de estudio y de corte transversal porque se realizó en una población y tiempo determinado

EL universo lo constituyeron los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial, de las Carreras de la Universidad Nacional de Loja, que corresponden a 8228. La muestra fue de 894 estudiantes, misma que se definió utilizando el programa EPIINFO, con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%. Se plantearon criterios de inclusión como las fotografías de los estudiantes que cumplieron con los requisitos para poder ser validadas. Quedando únicamente 148 sujetos de estudio que cumplieron con los términos de validación, éstos fueron:

- Plano de Camper, (tragus de la oreja con el ala de la nariz) debe ser paralelo al suelo y perpendicular al eje corporal.
- Fotografías nítidas y fondo oscuro adecuado.
- Puntos de análisis deben observarse claramente
- No deben portar objetos que interrumpan un buen análisis de la foto de perfil.

Una vez validadas las fotografías se procedió a imprimirlas en tamaño estándar, hoja de papel A4. Luego se realizó los trazos con rapidógrafo 0.3 de los siguientes planos faciales.

- El ángulo de convexidad facial donde se debe trazar una línea que pase por los puntos glabella, subnasal y pogonion blando. Que nos ayudará a determinar si el perfil facial es recto, convexo y cóncavo. Dependiendo del ángulo que se forme al unirse los puntos mencionados. Este debe medir aproximadamente entre 165° y 175° . Si

presenta un valor mayor se clasifica como un perfil cóncavo y la posible presencia de una relación clase III dentaria y/o maxilar; y si el ángulo es menor, corresponde a un perfil convexo y posible existencia de una relación clase II dentaria y/o maxilar.

- El plano estético de Ricketts que se traza desde la punta de la nariz pasando tangente al mentón. El labio inferior debe estar a 2 mm por detrás de ésta línea, mientras que el labio superior debe estar a 4 mm también ubicado por detrás, este parámetro puede presentar variaciones de acuerdo al fenotipo del individuo. En donde se determinó si los labios presentan retroquelia, labios con valores menores a la norma y proquelia, labio con valores mayores a la norma.

Para la recolección de datos se aplicó una historia clínica odontológica, en donde ayudados por el diagnóstico visual determinamos el tipo de maloclusión y la clase molar de los estudiantes; cada fotografía validada fue analizada y se determinó el tipo de perfil facial y la posición de los labios que estos pacientes presentaron.

Para la elaboración y construcción de las tablas y gráficos se utilizó la base de datos del Macroproyecto, del cual se tomó las frecuencias de las variables de acuerdo al caso; y con el análisis de las fotografías, donde se trazó las líneas mencionadas, obtuvimos los datos que se ingresaron al programa Excel para la confección de las representaciones gráficas y análisis respectivo.

7. RESULTADOS

TABLA # 1

PERFIL FACIAL (ÁNGULO DE CONVEXIDAD)

TIPO DE PERFIL FACIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Recto	102	68,9%
Convexo	41	27,7%
Cóncavo	5	3,4%
TOTAL	148	100%

FUENTE: FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES DE PERFIL

AUTOR: EL INVESTIGADOR

En la presente tabla se observa que según las características clínicas evaluadas en las fotografías de perfil y de acuerdo con el Ángulo de convexidad facial, tenemos una mayor presencia de Perfil Facial Recto con un 68,9 %, considerado como un perfil armónico y estéticamente aceptable; seguido del Perfil Facial Convexo con 27,7 %, y 5 casos de Perfil Facial Cóncavo que corresponde al 3,4 %.

TABLA #2
POSICIÓN DE LOS LABIOS

TIPO DE POSICIÓN LABIAL	LABIO SUPERIOR		LABIO INFERIOR	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	31	20,9 %	29	19,6%
Proquelia	84	56,8%	80	54,1%
Retroquelia	33	22,3%	39	26,3%
TOTAL	148	100%	148	100%

FUENTE: FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES DE PERFIL

AUTOR: EL INVESTIGADOR

Al analizar la siguiente tabla observamos que la posición de los labios con mayor porcentaje es la Proquelia, con 56,8% para el labio superior y 54,1% para el labio inferior, lo que significa que existe una posición adelantada de los labios en la mayoría de los sujetos analizados, que indica la posibilidad de alguna alteración de los tejidos duros o blandos en los maxilares. En cuanto a la posición de labios Normales tenemos el 20,9% para el labio superior y 19,6% para el labio inferior, es decir que hay una armonía de los labios con respecto al perfil facial. Y los labios que se encuentran en retroquelia con respecto al plano estético de Ricketts tenemos el 22,3% para el labio superior y 26,3% para el labio inferior.

TABLA # 3

PERFIL FACIAL- POSICION DE LOS LABIOS

VARIABLE	RECTO		CONVEXO		CONCAVO	
	Labio Superior	Labio Inferior	Labio superior	Labio inferior	Labio superior	Labio inferior
NORMAL	25	24	5	5	1	0
PROQUELIA	49	47	35	33	0	0
RETROQUELIA	28	31	1	3	4	5
TOTAL	102		41		5	

FUENTE: FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES DE PERFIL

AUTOR: EL INVESTIGADOR

Al analizar la tabla observamos que la posición de los labios con mayor número de casos según el perfil facial es la Proquelia, con 49 casos para el labio superior y 47 para el labio inferior en el perfil facial recto; mientras que en el perfil facial convexo existe 35 casos para el labio superior y 33 para el inferior, determinando de esta manera que existe inadecuada posición labial ya sea por alteraciones morfológicas o funcionales de los labios, así como la presencia de maloclusiones que afectan la relación dentolabial. En el caso del perfil facial cóncavo la mayor frecuencia es la retroquelia con 4 casos para el labio superior y 5 casos para el inferior.

TABLA # 4

CLASE MOLAR

CLASE MOLAR	DERECHA		IZQUIERDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Clase I	86	58,1 %	83	56,1%
Clase II	17	11,5%	21	14,2%
Clase III	16	10,8%	19	12,8%
No Aplica	29	19,6%	25	16,9%
TOTAL	148	100%	148	100%

FUENTE: HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

AUTOR: EL INVESTIGADOR

En la siguiente tabla analizamos la Clase Molar, en donde presentan Clase I el 58,1 % para el lado derecho y el 56,1% para el lado izquierdo, es decir existe mayor porcentaje de sujetos analizados con oclusión ideal que consiste en que la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes. La Clase II presenta el 11,5% para el lado derecho y 14,2% para el lado izquierdo, en donde el molar inferior se encuentra situado distalmente respecto de la relación molar normal. La Clase III tiene un porcentaje de 10,8% para el lado derecho y de 12,8%

para el lado izquierdo, lo que indica que el molar inferior se encuentra situado mesialmente respecto de la relación molar normal. Y finalmente en cierto porcentaje no aplica la clase molar debido a la ausencia de uno de los primeros molares, es así que tenemos el 19,6% para el lado derecho y el 16,9% para el lado izquierdo.

TABLA # 5

PERFIL FACIAL- CLASE MOLAR

VARIABLE	RECTO		CONVEXO		CONCAVO	
	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO
CLASE I	59	56	24	23	3	3
CLASE II	11	13	7	7	0	0
CLASE III	12	14	3	6	0	0
NO APLICA	20	19	7	5	2	2
TOTAL	102		41		5	

FUENTE: HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA Y FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES DE PERFIL

AUTOR: EL INVESTIGADOR

La presente tabla al ser analizada podemos destacar que la clase molar de mayor frecuencia en los tres tipos de perfiles faciales es la clase I, con 59 casos para el lado derecho y 56 para el izquierdo en el perfil facial recto; 24 casos en el lado derecho y 23 en el izquierdo para el perfil facial convexo; y en el perfil facial cóncavo tenemos 3 casos para ambos lados. Lo que demuestra que el tipo de perfil facial no solo depende de la clase molar, sino de otros aspectos morfológicos y funcionales de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal que alteran el ángulo de convexidad facial.

TABLA # 6

PRESENCIA DE MALOCLUSIONES

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO PRESENTAN	70	47,3%
SI PRESENTAN	78	52,7%
TOTAL	148	100%

FUENTE: HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

AUTOR: EL INVESTIGADOR

En la tabla observamos las maloclusiones, en donde el 47,3% (70/148) no presentan ningún tipo de maloclusión; y un mayor porcentaje si presentan maloclusiones el 52,7% (78/148), originadas por una serie de factores patológicos, genéticos o ambientales en el periodo de desarrollo del individuo y que se pueden encontrar asociadas a ciertos hábitos bucales.

TABLA #7

TIPOS DE MALOCLUSIONES PRESENTES

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MORDIDA ABIERTA ANTERIOR	10	11,9%
MORDIDA ABIERTA POSTERIOR	6	7,1%
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	0	0%
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	17	20,3%
MORDIDA BIS-BIS	31	36,9%
MORDIDA PROFUNDA	20	23,8%
TOTAL	84	100%

FUENTE: HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

AUTOR: EL INVESTIGADOR

Dentro de los sujetos que presentan maloclusión tenemos 84 casos, debido a que en un paciente se puede presentar dos tipos de maloclusión, en donde el mayor número de casos con el 36,9% corresponden a Mordida bis-bis, seguido por Mordida profunda con el 23,8%, la mordida cruzada posterior con el 20.3% y en los demás tipo de maloclusiones el porcentaje es minoritario.

TABLA #8

PERFIL FACIAL – MALOCLUSIONES

VARIABLE	RECTO	CONVEXO	CONCAVO	TOTAL
MORDIDA ABIERTA ANTERIOR	5	5	0	10
MORDIDA ABIERTA POSTERIOR	4	2	0	6
MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	0	0	0	0
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	13	3	1	17
MORDIDA BIS-BIS	21	9	1	31
MORDIDA PROFUNDA	11	9	0	20
TOTAL	54	28	2	84

FUENTE: HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

AUTOR: EL INVESTIGADOR

Al analizar la tabla encontramos que la mayoría de estudiantes con maloclusiones tienen el perfil facial recto, tenemos la mordida Bis-Bis con 21 casos, la mordida cruzada posterior con 13 casos, mordida profunda con 11 casos, mordida abierta anterior con 5 casos y mordida abierta posterior con 4. Demostrando así que el tipo de perfil facial no es específico de una determinada maloclusión, sino de otros aspectos morfológicos y funcionales de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal que alteran el ángulo de convexidad facial y determinan el tipo de perfil.

8. DISCUSIONES

En un estudio del 2010 realizado en Colombia en estudiantes del UNICOC de 18 a 25 años, se determinó que el perfil facial más frecuente fue el recto con el 68.2%, y con 20% y 11.8% los perfiles cóncavo y convexo respectivamente, el mayor número de estudiantes presentaron la Clase I molar con 62.7%, la mordida Bis-Bis se destacó porcentualmente en el perfil cóncavo con el 66,7% y los que presentaron Sobremordida horizontal tenían perfil facial convexo con el 31,3% (Góngora, 2010); este estudio coincidió con los resultados obtenidos en la presente investigación ya que el 68,9% de los sujetos analizados presentan perfil facial recto, el 27,7% perfil facial convexo y el 3,4% perfil facial cóncavo, y la Clase I molar tuvieron la mayoría de estudiantes con el 58,1% en el lado derecho y el 56,1% para el lado izquierdo. Pero no coincidió en cuanto a las maloclusiones, ya que todos los tipos tuvieron mayor porcentaje en el perfil facial recto destacando la mordida Bis-Bis con 21 casos y mordida cruzada posterior con 13 casos, concluyendo que en el perfil facial recto se puede presentar cualquier tipo de maloclusión.

Otro estudio realizado en la Segunda Zona Naval en San Cristóbal - Galápagos en el 2010 es una respuesta a la necesidad de contar con información básica sobre los diferentes tipos de anomalías de malposición dentaria y alteraciones faciales que presentan jóvenes ecuatorianos entre 18 y 22 años, se determinó que el tipo de perfil facial más común encontrado en la muestra es el Perfil Recto con 24 de los 25 casos estudiados, de la muestra total el 52% presenta pérdida del primer molar permanente con 13 casos, 5 pacientes con clase I molar, uno presentó Clase II unilateral, 3 presentaron Clase III bilateral y 3 Clase III unilateral, se presentó solo 1 caso de mordida abierta anterior y ninguno de mordida cruzada anterior, haciendo un análisis de la posición y dinámica labial se observaron 3 casos de pacientes con labio superior hipotónico más labio inferior hipertónico, así mismo presentaron deglución

atípica y labios separados en estado de relajación características propias del paciente respirador bucal y dos casos de pacientes que presentaron solo labio superior hipotónico lo que nos habla de un total de cinco casos de pacientes con incompatibilidad labial (Sánchez D. S., 2010). Existió similitud con el presente estudio ya que se determinó que el perfil facial más frecuente es el recto con 102 casos, de la muestra total 86 estudiantes presentan clase I molar derecha y 83 casos en el lado izquierdo siendo la de mayor frecuencia, a diferencia del estudio en discusión se presentó una menor frecuencia de mordida abierta anterior con 10 casos comparando con el total de la muestra, pero coincidió en la mordida cruzada anterior al no existir ningún caso, en cuanto a la posición labial con mayor porcentaje fue la proquelia con 84 casos para el labio superior y 39 para el labio inferior.

El tipo de maloclusión con mayor frecuencia en el presente estudio fue la mordida Bis-Bis con 31 casos, seguido por la mordida profunda con 20 casos y la mordida cruzada posterior con 17 casos, lo cual no hubieron estudios que corroboren los resultados encontrados. Lo mismo ocurrió con la posición labial relacionada con el perfil facial, teniendo un mayor número de casos de proquelia con 49 para el labio superior y 47 para el inferior, seguido por la retroquelia con 28 casos para el labio superior y 31 casos para el inferior, y el resto de casos presentan posición normal, en lo que corresponde solo al perfil facial recto, con lo que se concluyó que el perfil facial recto puede presentar variaciones en cuanto a la posición de los labios.

9. CONCLUSIONES

Una vez terminado el presente trabajo investigativo se concluyó lo siguiente:

1. El Perfil facial que se observó con mayor porcentaje fue el Recto con 68,9%. Seguido del Perfil Facial convexo con un 27,7%.
2. La proquelia fue la posición de los labios con mayor porcentaje, presente en el 56,8% en el labio superior y el 54,1% en el labio inferior.
3. La Clase I Molar tuvo la de mayor frecuencia en los sujetos analizados con 58,1% en el lado derecho y 56,1% en el izquierdo. El 52,7% presentaron maloclusiones, de los cuales la Mordida Bis-Bis y la Mordida Profunda destacaron con un mayor número de casos.
4. Existió cierta relación del perfil facial con el tipo de oclusión que presentan los sujetos de análisis, el Perfil Recto con un 68,9% constata la Clase Molar I que también tiene un mayor porcentaje, existiendo una relación significativa con el tipo de perfil.
5. El tipo de maloclusión no demostró una gran influencia con el perfil de los estudiantes, ya que en el perfil facial recto presentó el mayor número de casos de maloclusiones con 54 de los 84, repartidos con 21 casos para la mordida Bis –Bis, 13 para la mordida cruzada posterior ,11 casos de mordida profunda, 5 para la mordida abierta anterior y 4 para la mordida abierta posterior, finiquitando que el tipo de perfil no es específico de un determinado tipo de maloclusión.
6. La posición de los labios tampoco presentó relación con el perfil facial recto, debido al porcentaje mayoritario de proquelia con 49 casos para el labio superior y 47 para el

inferior y retroquelia con 28 casos para el labio superior y 31 para el inferior, concluyendo que la posición labial no es específica para el tipo de perfil facial, sino existen otros aspectos morfológicos y funcionales de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal que alteran el ángulo de convexidad facial y determinan el perfil.

10. RECOMENDACIONES

Una vez terminado el presente trabajo investigativo se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda a la Universidad Nacional de Loja que amplíen políticas que privilegien la investigación e incentiven al investigador, así mismo ayuden a procurar el fortalecimiento progresivo de las bibliotecas, laboratorios y equipos necesarios para la investigación, que en la actualidad son muy limitados.
2. A la Carrera de odontología se recomienda incentivar a sus estudiantes para que logren con eficacia los trabajos investigativos, capacitando al estudiante como a sus docentes con cursos o talleres de investigación en el campo odontológico.
3. Se recomienda que este tema quede como línea de investigación para estudios posteriores, como base y motivación para obtener nuevos y mejores conocimientos útiles para el desarrollo investigativo tanto individual como colectivo.
4. Finalmente a los estudiantes de la Universidad Nacional de Loja se recomienda prevenir las alteraciones bucodentales mediante un diagnóstico temprano y citas odontológicas frecuentes, con el fin de tener una salud bucal óptima.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Andia R. (s.f). Oclusión en Odontología Restauradora y Estética Dental. (Monografía Doctoral). Universidad Mayor de San Simón. Bolivia-Cochabamba
2. APODACA A. (2004). Fundamentos de la Oclusión. 1ra Edición. Instituto Politécnico Nacional México. Ciudad de México D.F.
3. Bravo, D. M. (2007). Ortodoncia Clínica y sus Principios teóricos y prácticos. Ecuador: Primera Edición.
4. Calderón J. (2010). Cirugía ortognática predicción de cambios en el perfil de tejidos blandos (tesis de pregrado). Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo. Mexico.
5. CANUT B, J. (2000). Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2da Edición. Ed. Masson. Barcelona- España.
6. DAWSON, P. (2009). Oclusión Funcional: Diseño de la sonrisa a partir de la A.T.M.” Editorial AMOLCA, Caracas Venezuela.
7. Fradeani, Mauro. (2006). Rehabilitación estética en prostodoncia fija: análisis estético. Volumen 1. Capítulo II.
8. Goldstein, R.E. (2002). Odontología estética. Principios, comunicación y métodos terapéuticos. Volumen I.
9. Hernández,J(2008). Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos. salud pública de Mexico/ vol 50.
10. Henostroza, Gilberto. (2003-2005). Estética en Odontología Restauradora. Fundamentos de Estética Facial y Dentaria en Odontología Restauradora.
11. MANNS FREESE, Arturo E. BIOTTI, Jorge L. (2006) Manual Práctico de Oclusión Dentaria. 2da edición. Ed. AMOLCA. Caracas Venezuela.

12. Martínez Chávez, BS. (2011). Manual de Oclusión. Universidad Autónoma " Benito Juárez" de Oaxaca. Oaxaca.
13. MENDOZA C., Marco A. (2004). Análisis Facial en Ortodoncia. Ed. KIRU.
14. Molina, C (2007). Perfil epidemiológico de caries dental. Universitas vol 1.
15. MONTENEGRO, G. (2011). Un nuevo enfoque en salud Oral. Bogotá - Colombia: salud pública y epidemiología oral.
16. OKESON, J. (2003). Oclusión y Afecciones Temporomandibulares”, 5ta edición, Editorial ELSEVIER, Madrid España.
17. Sánchez, M. V. (2008). Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la Provincia de Salamanca. Salamanca: tesis doctoral.
18. STEFANELLO BUSATO. (2005). Odontología Restauradora y Estética”, Editorial Panamericana, AMOLCA. México
19. USTRELL T, Josep M. (2002). Ortodoncia. 2º ed. Ediciones de la Universidad de Barcelona.
20. VELLINI-FERREIRA, F. (2002). Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación clínica. Ed. Artes Médicas Ltda. Sao Paulo- Brasil

12. WEBGRAFÍA

1. Bastidas G. & Gurrola B. (2013). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Posición del labio superior, e incisivos maxilares en pacientes clase II tratados con extracciones de premolares superiores, Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, 2007-2011. Recuperado de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art23.asp>
2. Braga, S.A. Abrão, J. (2006). Estudo comparativo do perfil facial de indivíduos Padrões I, II e III portadores de selamento labial passivo. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v11n4/30881.pdf>
3. Clínicas Propdental SL (2013). Tipos de Maloclusión. Registrada en España CIF B6518547. Recuperado de: <http://www.propdental.es/ortodoncia/maloclusion/>
4. Gongora, AM. Gutierrez, YA. (2010). Relación del perfil facial y maloclusiones en estudiantes entre 18 a 25 años de UNICOC. Investigación Docente y Formación Investigativa. Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/307-286-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/307-286-1-PB%20(1).pdf)
5. Iruretagoyena, Marcelo Alberto. (2014). Salud dental para todos. Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.sdpt.net/completa/diccionario.htm>
6. Kammann, M.A (2013). Análisis facial en Ortodoncia Interceptiva. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Recuperado de: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art19.asp>
7. Sandoval, P. Manual de Ortodoncia Interceptiva. Elementos básicos para el diagnóstico. Universidad de la Frontera. Recuperado de: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/ortodoncia/images/Manual%20Dg.pdf>
8. Sánchez, D.A y Sánchez, A.H (2010). Características faciales y anomalías de malposición dentaria más comunes en hombres de 18 a 22 años de la II Zona naval en

Galápagos. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Recuperado de:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art32.asp>

9. Tosta Villino, Ornella.(2011) Análisis facial en la Estética dental. Artículo Gaceta Dental. Recuperado de: <http://www.gacetadental.com/2011/09/anlisis-facial-en-la-esttica-dental-25556/>

10. Universidad de la Frontera. (s.f). Elementos Básicos para el Diagnóstico. Departamento de odontología integral. Unidad de ortodoncia. Recuperado de:
<http://www.med.ufro.cl/Recursos/ortodoncia/images/Manual%20Dg.pdf>

13. ANEXOS

ANEXO #1

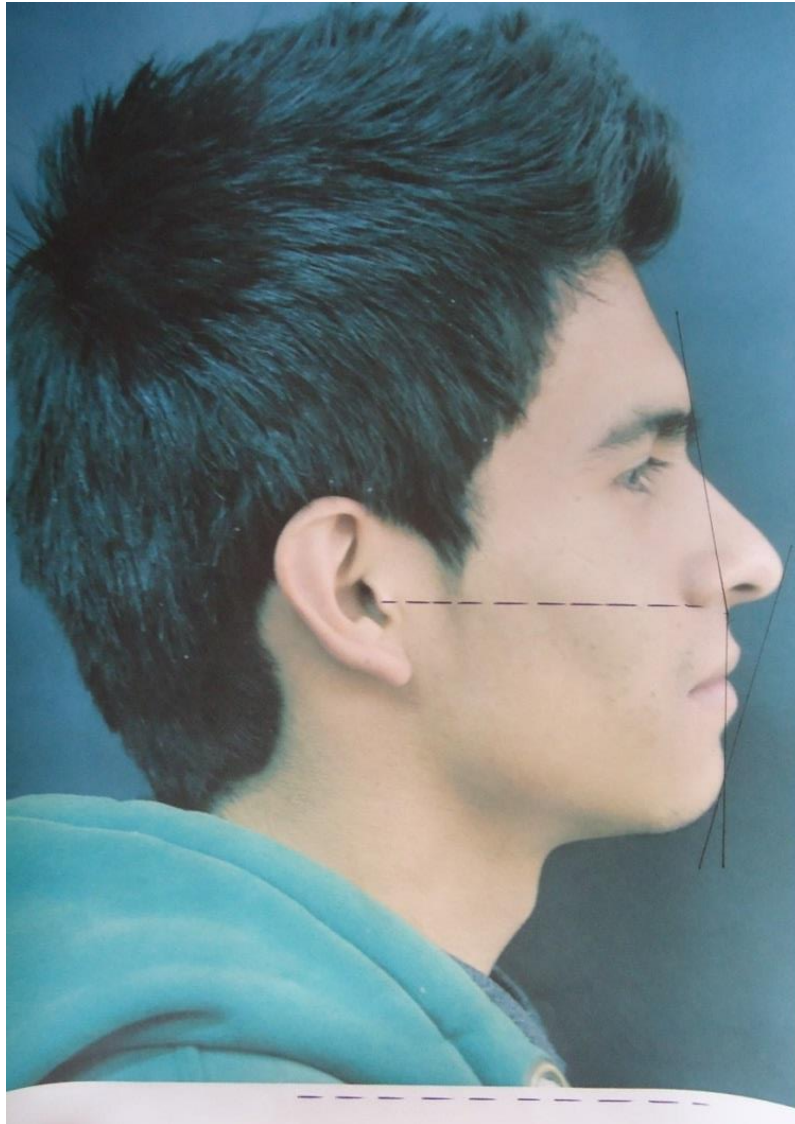
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
PERFIL FACIAL	Se debe trazar una línea que pase por los puntos glabella, subnasal y pogonion blando.	Tipo de Perfil	RECTO CONVEXO CONCAVO	Si No Si No Si No
POSICIÓN DE LOS LABIOS	Los labios pueden experimentar cambios de tamaño, color y superficie. Algunas de estas alteraciones son inocuas pues a medida que se envejece, los labios pueden volverse más finos. Otros cambios pueden indicar problemas de salud.	TIPO DE POSICIÓN LABIAL	NORMAL ROQUELIA RETROQUELIA	Si No Si No Si No
CLASE MOLAR	Relaciones mesiodistales de las piezas dentarias basándose en la posición de los primeros molares permanentes		Clase I Clase Ii Clase Iii	Si No Si No Si No
MALOCLUSIÓN	Condición patológica caracterizada por	TIPOS DE MALOCLUSION	MORDIDA ABIERTA ANTERIOR	Si No

	no darse la relación normal entre las piezas dentarias, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista		MORDIDA ABIERTA POSTERIOR	Si No
			MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	Si No
			MORDIDAD CRUZADA POSTERIOR	Si No
			MORDIDA BIS-BIS	Si No
			MORDIDA PROFUNDA	Si No

ANEXO #2

FOTOGRAFÍAS Y TRAZOS



- FOTO DE PERFIL FACIAL RECTO, LABIOS EN POSICION NORMAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL CONVEXO, BIPROTRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL CÓNCAVO CON BIRETRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARELELO AL PISO



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL RECTO CON POSICIÓN NORMAL DE LOS LABIOS Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL CONVEXO CON BIPROTRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL CÓNCAVO CON BIRETRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL RECTO CON PROQUELIA DEL LABIO INFERIOR Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



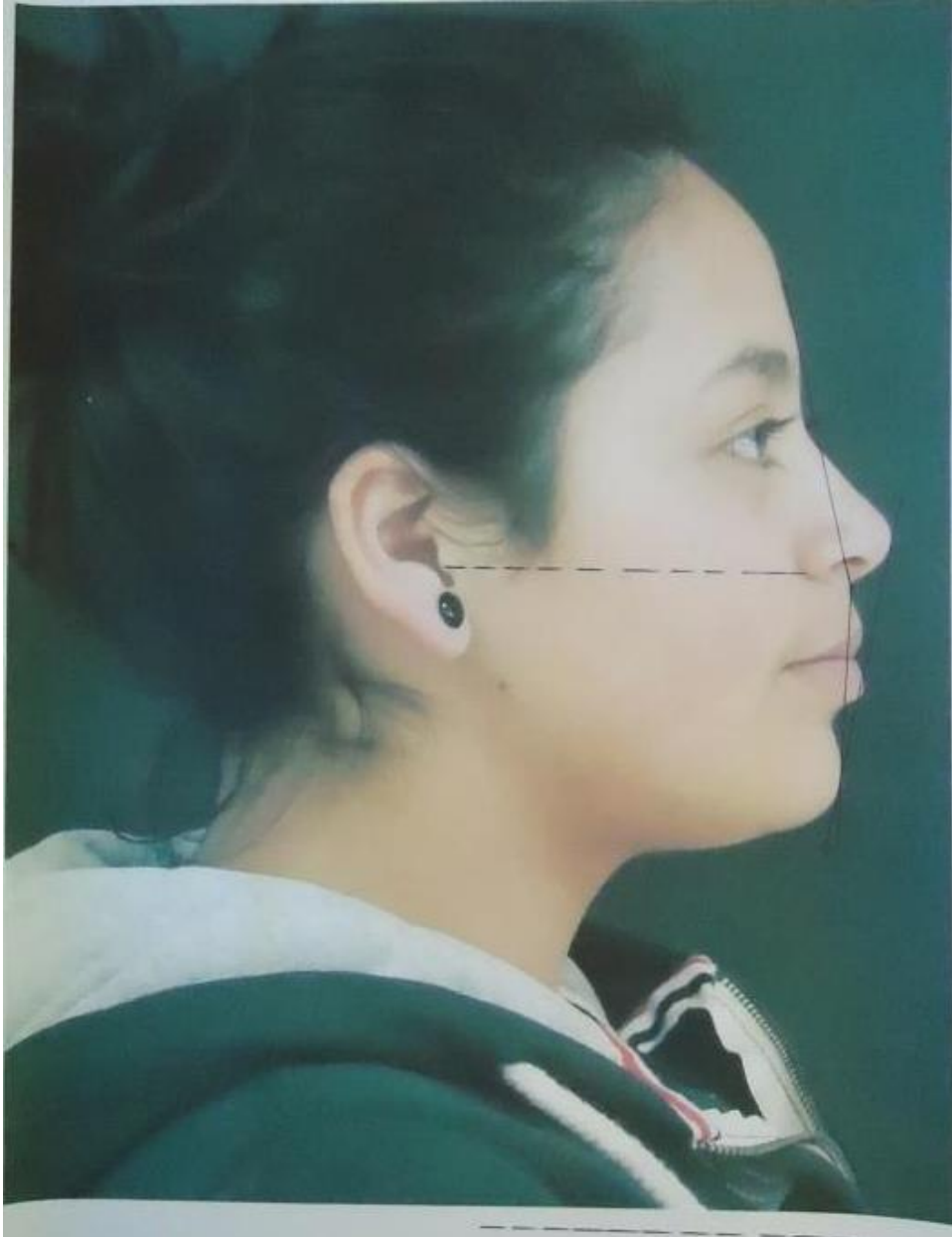
- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL RECTO CON POSICION DE LOS LABIOS NORMALES Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL RECTO CON POSICIÓN DE LABIOS NORMALES Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL CÓNCAVO CON BIRETRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL CONVEXO CON BIPROTRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL RECTO CON BIRETRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL CÓNCAVO CON BIRETRUSIÓN LABIAL Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.



- FOTOGRAFÍA DE PERFIL FACIAL RECTO CON POSICIÓN NORMAL DE LOS LABIOS Y PLANO DE CAMPER PARALELO AL PISO.

ANEXO #3

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

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"

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nº HC

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRES Y APELLIDOS GÉNERO: 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

Óptimo	<input type="text"/>	visitas al Odontólogo	1 vez al año	<input type="text"/>
Regular	<input type="text"/>	visitas al Odontólogo	2 veces al año	<input type="text"/>
Malo	<input type="text"/>	visitas al Odontólogo	3 veces al año	<input type="text"/>

PUNTOS DOLOROSOS

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

GANGLIOS LINFÁTICOS:

TUMEFACIOS	SI	<input type="text"/>
NORMAL	SI	<input type="text"/>

ATM:

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

LABIOS:

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

Otros Cuáles

Tonicidad labial

0Hipertónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
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"/>

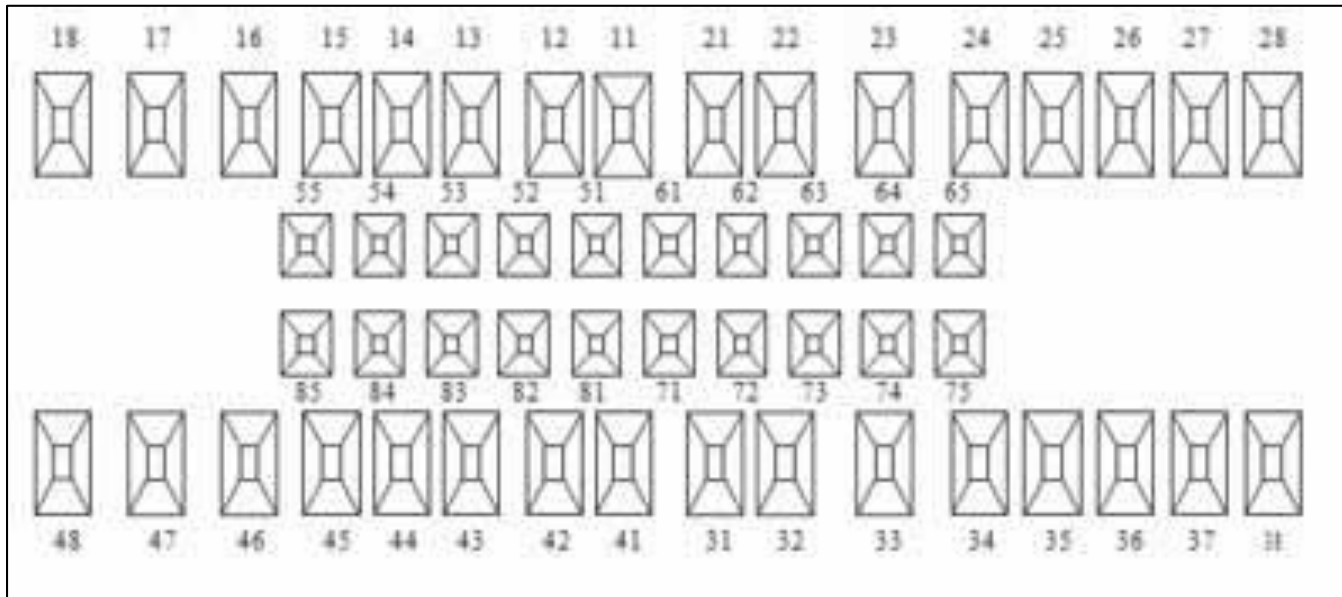
ASIMETRÍA FACIAL:

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"/>
LÍNEA 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"/>	Localización	<input type="text"/>

ODONTOGRAMA:



C

P

O

Porta ortodoncia fija SI NO

Tuvo tratamiento ortodónico SI NO

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

CUADRANTE 1

1

2

3

4

CUADRANTE 2

1

2

3

4

	CUADRANTE 3		CUADRANTE 4
1	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	3	<input type="text"/>
4	<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"/>	Clase II	<input type="text"/>	Clase III	<input type="text"/>				
Abrasión	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>										
Atrición	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Leve	<input type="text"/>	Moderado	<input type="text"/>	Severo	<input type="text"/>				
Abfracción	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>										
Fluorosis dental	SI	<input type="text"/>	NO	<input type="text"/>	Cuestionable	<input type="text"/>	Muy leve	<input type="text"/>	Leve	<input type="text"/>	Moderado	<input type="text"/>	Severo	<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"/>				
Mordida Abierta Posterior	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<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

MESIALISADAS	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"/>
Atresis 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"/>	Localización	<input type="checkbox"/>
Lesiones Rojas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>
Lesiones Ulcerosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localización	<input type="checkbox"/>

EPULIS TRAUMATICO SI NO Localizado Carrilos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula SI NO Localización
 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dolor	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Secreción Purulenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fluidez Salival	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Obstrucción de conductos salivales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PH SALIVAL

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

FRENILLO LABIAL

NORMAL SI NO
 INSERCION BAJA SI NO
 APENDICE DE FRENILLO SI NO
 Produce diastemas a nivel incisivos SI NO
 NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

FRENILLO LINGUAL				
NORMAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ANQUILOGLOSIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
PRODUCE PROBLEMAS FONETICOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
NECESIDAD DE TRATAMIENTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

LENGUA:				
FISURADA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
GEOGRÁFICA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
MACROGLOSIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
PATOLOGÍA PULPAR:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

1. Inspección

Cambio de color	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Caries penetrante	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Exposicionpulpas	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Líneas de fisura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Fistula	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Microfiltración	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Fractura	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>

Tejidos Dentales	
Coronaria	<input type="text"/>
Radicular	<input type="text"/>
Corono-radicular	<input type="text"/>
Tejidos de Soporte	
Contusión	<input type="text"/>
Subluxación	<input type="text"/>
Luxación	<input type="text"/>
Intrusión	<input type="text"/>
Avulsión	<input type="text"/>

2. Análisis del fenómeno doloroso

§ Provocado	<input type="text"/>	§ Sordo	<input type="text"/>
§ Localizado	<input type="text"/>	§ Expansivo	<input type="text"/>
§ Corto	<input type="text"/>	§ Pulsátil	<input type="text"/>
§ Intermitente	<input type="text"/>	§ Irradiado	<input type="text"/>
§ Espontaneo	<input type="text"/>	§ Ocasional	<input type="text"/>
§ Difuso	<input type="text"/>	§ Constante	<input type="text"/>
§ Prolongado	<input type="text"/>	§ Agudo	<input type="text"/>
§ Continuo	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>

3. Palpación

Coronaria	Sintomática	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Apical	Sintomático	Si	<input type="text"/>	No	<input type="text"/>
Tumefacción firme	<input type="text"/>				
Tumefacción Blanda	<input type="text"/>				
Asintomático	<input type="text"/>				

4. Percusión

Horizontal	<input type="text"/>	Positivo	<input type="text"/>	Negativo	<input type="text"/>
Vertical	<input type="text"/>	Positivo	<input type="text"/>	Negativo	<input type="text"/>

5. Pruebas térmicas

Frío	<input type="text"/>	Positivo	<input type="text"/>	Negativo	<input type="text"/>	Cede después del estímulo	<input type="text"/>
Calor	<input type="text"/>	Positivo	<input type="text"/>	Negativo	<input type="text"/>	Al retirarlo persiste	<input type="text"/>

6. Movilidad

Grado I	<input type="text"/>	Pieza	<input type="text"/>
Grado II	<input type="text"/>	Pieza	<input type="text"/>
Grado III	<input type="text"/>	Pieza	<input type="text"/>

7. Sondaje periodontal

MV	<input type="text"/>	MeV	<input type="text"/>	DV	<input type="text"/>
MP-L	<input type="text"/>	Me P-L	<input type="text"/>	DP-L	<input type="text"/>

8. Diagnóstico Radiográfico

Cámara pulpar Normal
 Modificada

Conductos radiculares Calcificación

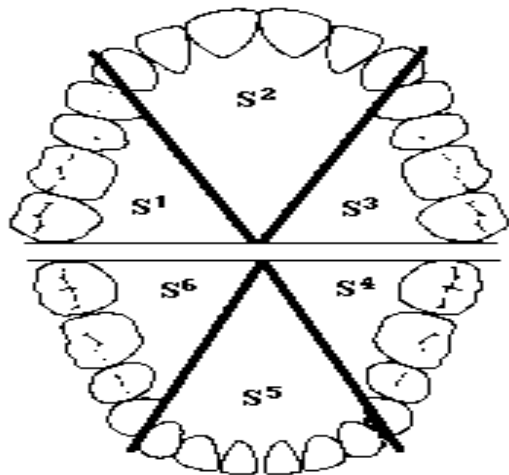
Resorción interna
 Resorción externa
 Otros

Periápice

Lesión periapical Presente
 Ausente
 Ligamento periodontal Normal
 Denso
 Roto

9. DIAGNÓSTICO

NECROSIS PULPAR
 PULPITIS IRREVERSIBLE
 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA
 PULPITIS REVERSIBLE
 ABSCESO 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

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		

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

VALORACIÓN DE RAMFJORD

G0	<input type="checkbox"/>	G0	AUSENCIA DE INFLAMACION
G1	<input type="checkbox"/>	G1	Zona enrojada 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 inserción de 3 mm - LEVE	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de inserción de 3 - 6 mm - MODERADO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perdida de inserción mayor 6 mm - SEVERO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PRESENCIA DE CÁLCULO DENTAL

SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------	----	--------------------------

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 gustaría recibir tratamiento odontológico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Que tipo de tratamiento	<input type="text"/>
Qué tipo de atención prefiere			Publica		Privada	
Conoce los servicios que ofrece la clínica odontológica de la UNL	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Le gustaría ser atendido en la clínica odontológica de la UNL	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>		
Esta Ud. en posibilidades de costear un Tx. Odontológico	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Porque	<input type="text"/>

RESPONSABLE:

1. ÍNDICE GENERAL

PÁGINAS PRELIMINARES

CARÁTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
TEMA.....	7
RESUMEN.....	8
SUMMARY.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
REVISIÓN DE LITERATURA.....	13
CAPÍTULO I.....	13
ANÁLISIS FACIAL.....	13
Análisis del perfil de tejidos blandos.....	14
Definición.....	14
Tipos de perfil facial.....	16
Recto.....	16
Convexo.....	16
Cóncavo.....	16
Ángulo de convexidad facial.....	17
CAPÍTULO II.....	18
ANÁLISIS LABIAL.....	18
Definición.....	18
Dimensiones de los labios.....	18
Leyes de la relación labial o de la armonía labial.....	19
Análisis de la dinámica labial y exposición dentaria.....	20
Labios funcionalmente inadecuados.....	21

Labios morfológicamente inadecuados.....	22
Labios de funcionalismo normal.....	22
Plano estético de Ricketts (LÍNEA E).....	22
CAPÍTULO III.....	24
OCLUSIÓN.....	24
DEFINICIÓN.....	24
OCLUSIÓN DENTARIA.....	24
Clasificación de las oclusiones dentarias desde el punto de vista fisiológico.....	25
Oclusión Ideal, Óptima o Terapéutica.....	26
Oclusión Fisiológica u Oclusión Normal.....	27
Oclusión No Fisiológica o Mala Oclusión u Oclusión Traumática.....	27
MALOCLUSIÓN.....	28
DEFINICIÓN.....	28
TIPOS DE MALOCLUSIONES.....	30
Maloclusión de Clase I.....	30
Maloclusión de Clase II.....	31
Maloclusión de Clase III.....	32
MALOCLUSIONES TRANSVERSALES.....	33
Mordidas cruzadas unilaterales.....	33
Mordidas cruzadas bilaterales.....	33
Mordidas en tijera.....	33
MALOCLUSIONES VERTICALES.....	34
Sobremordida.....	34
Mordida borde a borde.....	34
Mordida abierta.....	35
MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
RESULTADOS.....	38
DISCUSIONES.....	47
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	51

BIBLIOGRAFÍA.....	52
WEBGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	56
ÍNDICE.....	92

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Plano de Camper.....	15
Figura 2. Ángulo de Convexidad facial.....	17
Figura 3. Labios funcionalmente inadecuados.....	21
Figura 4. Plano Estético de Ricketts.....	22
Figura 5. Clase I molar y Clase I canina.....	30
Figura 6. Clase II molar y Clase II canina.....	32
Figura 7. Clase III molar y Clase III canina.....	32
Figura 8. Mordida cruzada posterior unilateral.....	33
Figura 9. Sobremordida completa y mordida en tijera.....	33
Figura 10. Mordida Profunda.....	34
Figura 11. Mordida Borde a Borde.....	34
Figura 12. Mordida Abierta.....	35

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. PERFIL FACIAL.....	38
TABLA 2. POSICIÓN DE LOS LABIOS.....	39
TABLA 3. PERFIL FACIAL- POSICION DE LOS LABIOS.....	40
TABLA 4. CLASE MOLAR.....	41
TABLA 5. PERFIL FACIAL- CLASE MOLAR.....	43
TABLA 6. MALOCLUSIONES.....	44
TABLA 7. TIPOS DE MALOCLUSIONES PRESENTES.....	45
TABLA 8. PERFIL FACIAL – MALOCLUSIONES.....	46