



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**“CARACTERÍSTICAS FACIALES DE PACIENTES
EDÉNTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD
DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO - JULIO 2014.”**

Tesis previa a la obtención del
título de Odontóloga

AUTORA:

- JOHANA MENDOZA

DIRECTORA:

- DRA. MGS. LEONOR PEÑARRETA

LOJA - ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Mgs.

Leonor Peñarreta Chauvín

Certifico:

Que la presente tesis titulada CARACTERISTICAS FACIALES DE PACIENTES EDENTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO - JULIO 2014, elaborada por la Srta. Johana Estefanía Mendoza Sarango ha sido planificada y ejecutada bajo mi dirección y supervisión, por tanto y al haber cumplido con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional de Loja, autorizo su prestación, sustentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.



Dra. Mgs. Leonor Magdalena Peñarreta Chauvín

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo, Johana Estefanía Mendoza Sarango, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja, a sus representantes jurídicos de posibles 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: Johana Estefanía Mendoza Sarango

Firma:



Nº Cedula: 1105112088

Fecha: 23 de Octubre del 2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA

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

Yo, Johana Estefanía Mendoza Sarango, declaro ser autor de la tesis titulada "CARACTERÍSTICAS FACIALES DE PACIENTES EDENTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO - JULIO 2014; como requisito para optar al grado de Odontólogo General; autorizamos al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el 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 24 días del mes de Octubre del 2014, firma el autor.



Autor: Johana Estefanía Mendoza Sarango

Cedula: 1105112088

Dirección: Arsenio Astudillo y Flavio Ruiz Izquierdo

Correo Electrónico: joha.ms906@gmail.com

Teléfono: 0991654570

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Leonor Magdalena Peñarreta Chauvín

Tribunal de Grado: Dr. Mg. Richard Jiménez, Dra. Deisy Saraguro, Dra. Odt. Tannya Valarezo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y personal.

A mi madre, por ser el pilar más importante, por demostrarme su apoyo incondicional, por cuidar de mí y por hacer de mis sueños su principal objetivo por cumplir.

A mi padre, porque gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

A mi hermana María José, quien me entrega alegría, para quien debo ser ejemplo y por quien deseo superarme.

A mis docentes, quienes compartieron sus conocimientos, indispensables para cumplir con mi formación profesional.

Johana Mendoza

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, porque en sus aulas, recibí el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes de la Carrera de Odontología.

Agradezco a los docentes que me han guiado y corregido en cada paso, para cumplir con este trabajo.

A mi directora de tesis por su apoyo y disposición para orientarme, compartir ideas y consejos.

Y por último a mis compañeros, quienes me han brindado su amistad, me han alentado, acompañado y ayudado en todo momento.

Johana Mendoza

1. TITULO:

CARACTERISTICAS FACIALES DE PACIENTES EDÉNTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA EN EL PERIODO MAYO - JULIO 2014.

2. RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo y transversal, tuvo como propósito determinar las características faciales de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy 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 la historia clínica odontológica, como instrumento de recolección de datos para evaluar la variable: edentulismo (número de dientes perdidos), además mediante fotografías extraorales de frente se analizaron las características faciales como asimetría facial, desviación de la línea media y alteración del tercio facial inferior. El instrumento de recolección se aplicó a 894 estudiantes, pero únicamente 159 cumplieron con los criterios de validación fotográfica que constan en los criterios de inclusión.

Los resultados mostraron que 17.8% de la población total presenta edentulismo parcial; según la clasificación de Kennedy, la clase III fue la predominante con un porcentaje de 61.3% en hombres y 59.5% para mujeres, en la arcada inferior, al igual que en la arcada superior con 44.7% en hombres y 48.6% en mujeres.

En el género masculino se encontró, que la clase III predomina en cuanto a asimetría facial (72.2%), desviación de la línea media (79%) y alteración del tercio inferior (81.5%).

En el género femenino se comprobó que la clase III de Kennedy presenta los mayores porcentajes para asimetría facial (90.5%), desviación de la línea media (89.5%) y alteración del tercio inferior (92.9%).

Palabras Claves: edentulismo parcial, características faciales

SUMMARY

This descriptive cross-sectional study of type, was to determine the facial features of partial edentulous patients as rated by Kennedy of the students in the form of classroom studies at the National University of Loja during the period May - July 2014.

Dental clinical history was used as a tool for collecting data to evaluate the variable: edentulous (number of missing teeth), along with extraoral photographs of facial features like front facial asymmetry, deviation from the midline and third alteration were analyzed lower face. The data collection instrument was applied to 894 students, but only 159 met the criteria contained in photographic validation inclusion criteria.

The results showed that 17.8% of the total population presents partial edentulism; as rated by Kennedy, Class III was the dominant with a percentage of 61.3% in men and 59.5% for women in the lower arch, as in the upper arch with 44.7% in men and 48.6% women.

The male was found, whereas Class III predominates in terms of facial asymmetry (72.2%), deviation from the midline (79%) and alteration of the lower third (81.5%).

In the female gender was found that Kennedy class III has the highest percentages for facial asymmetry (90.5%), deviation from the midline (89.5%) and alteration of the lower third (92.9%).

Keywords: Partial edentulism, facial features

3. INTRODUCCIÓN

El edentulismo está considerado como una enfermedad crónica, irreversible e incapacitante. Según McCracken, 2006 la gran mayoría de pérdida de piezas dentarias, se produce generalmente por caries dental y enfermedad periodontal y menos por traumatismos, existiendo una relación directa entre la pérdida de dientes y la edad.

En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias, afecta de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de la oclusión, del componente neuromuscular y muchas veces con repercusiones graves en la articulación temporomandibular. (LOZA, 2007) Todas estas alteraciones tienen secuelas estéticas y funcionales que reducen la eficiencia masticatoria en comparación con los que tienen una dentición completa. (LAMBERTINI, 2006)

Kennedy propuso la clasificación de los arcos parcialmente edéntulos, la misma que es aceptada hasta la actualidad y Applegate la modificó y reglamentó su manejo en cuatro clases, que van de lo más complejo a lo más simple.

En nuestro país, pocos estudios nos muestran la prevalencia de la patología. A nivel local, el estudio denominado "Incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Loja en el periodo junio-noviembre del 2011", donde (LUNA MEJIA, 2011) documentó que existe una frecuencia de 55,72% de edentulismo parcial clase III de Kennedy modificación 1, en hombres como en mujeres y en ambos maxilares; en los rangos de edad entre 20 a 59 años.

Uno de los factores que más pueden afectar la salud bucal es el edentulismo, por diversas razones: la pérdida de unidades dentarias impide una correcta masticación y en términos estrictamente estéticos, que afecta el contexto socioemocional del paciente. Para LOPEZ OLIVERA, 2009 las consecuencias de la pérdida parcial de la dentición natural son numerosas y variadas. Dentro de las que se señalan alteraciones estéticas; disminución de la eficacia de la masticación; pérdida de la dimensión vertical.

En este orden de ideas se ubica el presente estudio, tomando en cuenta el importante número de estudiantes que presentan la patología y las repercusiones que pueden tener a nivel estético y funcional. Mismo que pretende conocer y demostrar el vínculo estético en este grupo afectado por la pérdida de piezas dentarias.

Los objetivos planteados fueron determinar las características faciales de pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy. Considerando como características faciales: alteraciones de la línea media, alteraciones del tercio inferior y asimetría facial.

La problemática y justificación plasman los antecedentes de la investigación, mientras que el marco teórico desarrolla las bases teóricas científicas que rigen y guían el estudio.

Metodológicamente es un estudio de carácter descriptivo, de corte transversal. Se define el universo, muestra, sujetos de estudio y criterios de inclusión a cumplirse en la investigación. Se utilizaron como instrumentos de recolección de información, la historia clínica odontológica y fotografías extraorales de frente, finalizando con los procedimientos relativos al análisis de la información obtenida.

Los resultados demuestran que el mayor porcentaje de edentulismo parcial, tanto para la arcada superior como inferior corresponde a la clase III de Kennedy en hombres y mujeres. Así mismo las características faciales: asimetría facial, desviación de la línea media y alteración del tercio inferior se presentan en pacientes clase III con mayor frecuencia.

Las conclusiones y recomendaciones constituyen la recopilación de los hallazgos encontrados y las sugerencias acordes para resolver la problemática planteada.

4. REVISION DE LITERATURA

CAPITULO I

1. EDENTULISMO PARCIAL

El edentulismo parcial se trata de la pérdida de al menos un diente de la dentición permanente con la excepción de los terceros molares. (NAVARRO, 2012). Afectando aspectos importantes de la vida como lo es la alimentación, el habla o la estética. Cuando las personas pierden parte de la dentadura pueden afectarse los dientes restantes, el periodonto, los músculos, ligamentos y las articulaciones temporomandibulares. (CORTÉS & CARRASCO, 2013)(LUNA MEJIA, 2011)

El edentulismo parcial es una deficiencia de amplia distribución, a pesar de la prevención, los recursos y métodos de tratamiento que han progresado considerablemente en las últimas décadas. Las piezas dentarias se siguen perdiendo por diversas razones (caries dental, enfermedad periodontal, traumatismos, etc.), estudios epidemiológicos en diferentes países, independientemente de la situación socio económico, político y cultural indican que la falta de piezas dentarias se observa en un 80% de la población sin considerar edéntulos totales. (CARRERA, 2005)(HAYDE, 2013)

Las estadísticas acerca del edentulismo parcial son similares para varones y para mujeres. La transición mayor desde una arcada dentaria intacta hasta una situación de edentulismo parcial se producía en el grupo de 35 a 54 años. Teniendo poca frecuencia en personas menores de 25 años. Los dientes que se pierden de forma más común son los primeros molares. (MISH, 2007)

Se ha comprobado una relación específica de la ausencia de dientes con el incremento de la edad, y la existencia de dientes que se retienen más tiempo que otros. La pérdida de dientes varía según la arcada y se ha sugerido que se pierden antes los dientes maxilares que los mandibulares. También se ha insinuado que existe otra diferencia dentro de la misma arcada, perdiéndose los dientes posteriores más rápidamente que los anteriores. (MISH, 2007)

CAUSAS

Las causas para la pérdida parcial de piezas dentarias pueden ser:

Congénitas: aquellas que vienen desde el nacimiento (ausencia congénita de una pieza dental)

Adquiridas: pérdida de piezas durante la vida, por caries, enfermedad periodontal o enfermedades sistémicas. (FLORES GONZALEZ, 2014)

La pérdida de dientes por enfermedad periodontal avanzada es una de las causas de edentulismo parcial, es la secuela de la pérdida de adherencia de los tejidos de soporte del diente, que al ser destruidos dejan al diente sin sus tejidos de sostén.

La extracción dental, como consecuencia de la caries dental avanzada, es la primera causa de edentulismo parcial en menores de 50 años. Generalmente las extracciones voluntarias se realizan por mal posición de las piezas dentarias. (HAYDE, 2013)(LUNA MEJIA, 2011)

La pérdida de dientes por traumatismo es la tercera causa de edentulismo parcial, se da en los accidentes del macizo máxilo facial que dejan como secuela la pérdida de dientes. (HAYDE, 2013)

La mala dieta; los alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, hidratos de carbono y el ácido pueden causar daño irreversible al diente y daño de las encías, lo que resulta en la pérdida de dientes.

Los malos hábitos: fumar, mascar tabaco y / o el uso de drogas pueden dañar los dientes hasta el punto de la pérdida de dientes.

El miedo y la vergüenza: Muchas personas sufren de fobia dental o ansiedad / miedo de ir al dentista, y no buscan tratamiento dental, incluso si saben que tienen un problema o están en el dolor. Otros están avergonzados o apenados para buscar tratamiento dental porque sienten que serán culpados o juzgadas negativamente por la condición de sus dientes. Haciendo caso omiso de las caries y otros problemas dentales graves pueden prolongar y agravar la condición y eventualmente conducir a la pérdida de dientes. (RONDON, 2014)

FACTORES DE RIESGO

La literatura reporta dentro de las principales causas de pérdida dentaria la caries, la enfermedad periodontal, el trauma y la iatrogenia. Desencadenando la sobrecarga en los dientes remanentes, alteraciones del plano oclusal, pérdida del reborde alveolar y la pérdida de otros dientes que finalmente puede llevar puede llevar al edentulismo parcial y total. (OSPINA, 2013)

Estilos de vida:

Enfermedad periodontal, caries dental, traumatismos

Otras condiciones: niveles de educación inferior

La falta de educación acerca de la pérdida de dientes: A falta de educación sobre las causas y consecuencias de la pérdida de dientes impide a las personas tomar el

buen estilo de vida preventivo y medidas de salud oral, o de conseguir el mantenimiento dental periódica o tratamiento restaurador necesario.

Haber recibido terapia de radiación

Condiciones sistémicas

Como la enfermedad cardíaca, enfermedad respiratoria, diabetes, infección por VIH, la malnutrición y la inmunosupresión están todos asociados con las formas de periodontitis que a menudo resultan en la pérdida de dientes. (RONDON, 2014)

Factor cultural: hábitos y creencias populares

Tratamientos médicos

Algunos tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia de cabeza y los medicamentos inmunosupresores, debilitan el sistema inmunológico. Estos tratamientos pueden aumentar el riesgo de infecciones de los dientes y, en consecuencia, la necesidad de la extracción del diente. (RONDON, 2014)

Factor económico y social: la pobreza, pobreza extrema, desempleo de la población que genera acceso limitado a los servicios básicos de salud

Políticas sanitarias, de prevención y promoción

Lugar de residencia: urbano – rural. (HAYDE, 2013)(CORTÉS & CARRASCO, 2013)

Factores hereditarios

El edentulismo, no es una condición patológica heredable, debido a que es la consecuencia de una enfermedad infecciosa sea esta enfermedad periodontal o caries dental. Sin embargo la intensidad de la reabsorción del hueso en las áreas edéntulas,

si corresponde a un factor genético, el cual corresponde al gen que codifica el factor de crecimiento de fibroblastos FGFR10P2/WIT3.0. (HAYDE, 2013)

FISIOPATOLOGÍA

A nivel de las estructuras de sostén, la cresta ósea del espacio edéntulo, al dejar de recibir el estímulo funcional de la masticación, empieza a perder volumen en alto y ancho. Este proceso es más notorio en la mandíbula que en el maxilar, motivo por el cual el paciente que pierde gran número de piezas dentarias, presentará una discrepancia importante entre maxilar y mandíbula. Ello hace posible una alteración estética a nivel facial, puesto que se produce pérdida de la dimensión vertical. (HAYDE, 2013)(PropDental, 2013)

Por otro lado, la pérdida de piezas dentarias, ocasiona una situación dental inestable, en términos de migración mesial o labial de los dientes remanentes. En cuanto a la masticación, la pérdida de dientes aumenta el tiempo en que se llega al umbral de deglución, es decir el paciente demora mucho tiempo más en llegar a conformar el bolo alimenticio adecuado para el inicio del proceso digestivo. (HAYDE, 2013)

1.1. CLASIFICACIÓN DE ARCADAS PARCIALMENTE EDÉNTULOS

A través de los años han sido propuestos diferentes sistemas para clasificar los arcos parcialmente desdentados, en respuesta a la necesidad del odontólogo por un método que permita nombrar las diferentes situaciones de edentación parcial. (McCRACKEN, 2006)

De acuerdo con los principios, conceptos y prácticas en Prostodoncia, un método de clasificación adecuada debe cumplir los siguientes requerimientos:

1. Visualización inmediata del tipo de arco dentario que se está considerando.
2. Una diferencia entre prótesis parcial removible dentosoportada y dentomucosoportada.
3. Debe ser universalmente aceptada. (McCRACKEN, 2006)

En la actualidad el sistema más aceptado es el que propuso el Dr. Edward Kennedy en 1923, y el cual ha sido designado como la clasificación de Kennedy. Este método cumple con los requisitos descritos anteriormente.

Esta clasificación se basa en criterios diagnósticos, con el fin de facilitar el tratamiento, en muchos casos complejo. Las cuatro grandes categorías diagnosticas tienen en cuenta: la localización y extensión de las áreas edéntulas, el estado de los pilares, las características oclusales y las características de la cresta residual. (McCRACKEN, 2006)

1.1.1. CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

Kennedy dividió las arcadas parcialmente desdentadas en cuatro tipos básicos a los que añadió modificaciones, las áreas edéntulas, que presentan alguna diferencia con las clases básicas. (McCRACKEN, 2006). Esta clasificación nos entrega una visión rápida y general, sobre como es el desdentamiento al que nos estamos enfrentando según el caso clínico que se nos presenta. (FILE, 2013)(OSPINA, 2013)

La clasificación de Kennedy es la siguiente:

Clase I: Áreas edéntulos bilaterales posteriores a los dientes naturales (extensión distal libre bilateral).

Clase II: Área edéntula unilateral posterior a los dientes naturales remanentes (extensión distal libre unilateral).

Clase III: Área edéntula unilateral con dientes naturales remanentes delante o detrás del área edéntula (no hay extensiones distales libres y no se compromete la línea media).

Clase IV: Área edéntula única bilateral (que atraviesa la línea media), anterior a los dientes naturales remanentes. (McCRACKEN, 2006)(ADAUY VEGA, 2013) (LOZA, 2007) (FLOREZ, 2009)(LUNA, 2012)(OSPINA, 2013)(DENTALPEDIA, 2013)

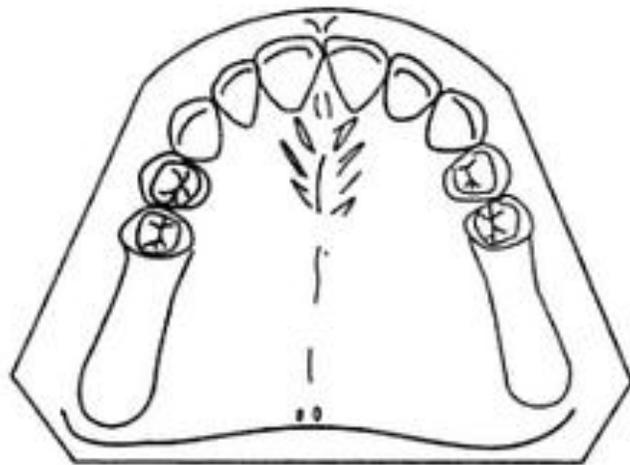


FIGURA. 1.1. CLASE I DE KENNEDY. Tomado de RENDON, 2004

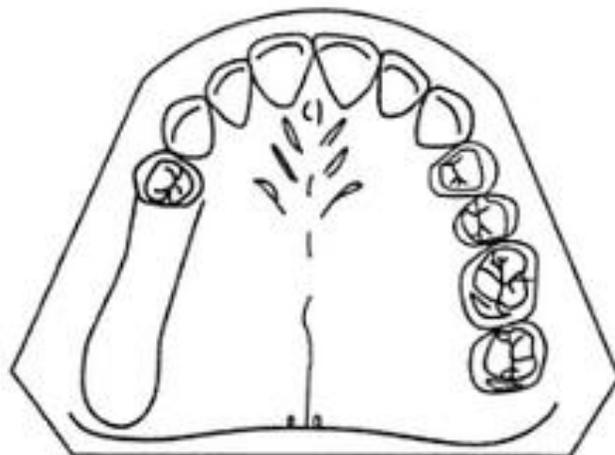


FIGURA. 1.2. CLASE II DE KENNEDY. Tomado de RENDON, 2004

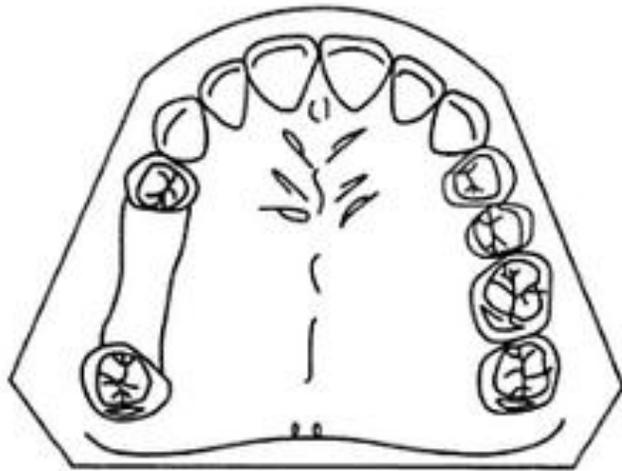


FIGURA. 1.3. CLASE III DE KENNEDY. Tomado de RENDON, 2004



FIGURA. 1.4. CLASE IV DE KENNEDY. Tomado de RENDON, 2004

Con esta clasificación se puede afrontar, con lógica, los problemas que se plantean en el diagnóstico, plan de tratamiento y elaboración de las restauraciones. (RENDON, 2004). Esta clasificación no solo se usa para prótesis removible, sino que indistintamente para toda la rehabilitación oral, como una forma de clasificar a los pacientes y así planificar el tratamiento rehabilitador a realizar. (FILE, 2013)

1.1.2. REGLAS DE APPLGATE

La clasificación de Kennedy es difícilmente aplicable en cada situación si no se siguen ciertas reglas, Applegate en 1954 aportó ocho reglas aplicables al método de Kennedy.

Regla 1. La clasificación se hará después de realizar las extracciones dentarias

Regla 2. Si se carece de un tercer molar y no va a ser reemplazado, no debe considerarse para la clasificación.

Regla 3. Los terceros molares se consideran en la clasificación cuando se utilizan como dientes pilares.

Regla 4. Si falta un segundo molar y no va a ser reemplazado, no debe considerarse en la clasificación. Este caso se da cuando tampoco hay segundo molar antagonista y no va a ser reemplazado.

Regla 5. El área edéntula más posterior es la que determina siempre la clasificación.

Regla 6. Las áreas edéntulas distintas de las que determinan la clasificación se denominan espacios de modificación y son designados por su número

Regla 7. La extensión del espacio de modificación no se considera en la clasificación, sino solamente el número de áreas edéntulas adicionales.

Regla 8. La clase IV no acepta modificaciones, si acaso existiera una zona edéntula posterior esta sería la que determinaría la clasificación. (McCRACKEN, 2006) (ADAUY VEGA, 2013) (RENDON, 2004)(LOZA, 2007)(LUNA, 2012) (OSPINA, 2013)(DENTALPEDIA, 2013)

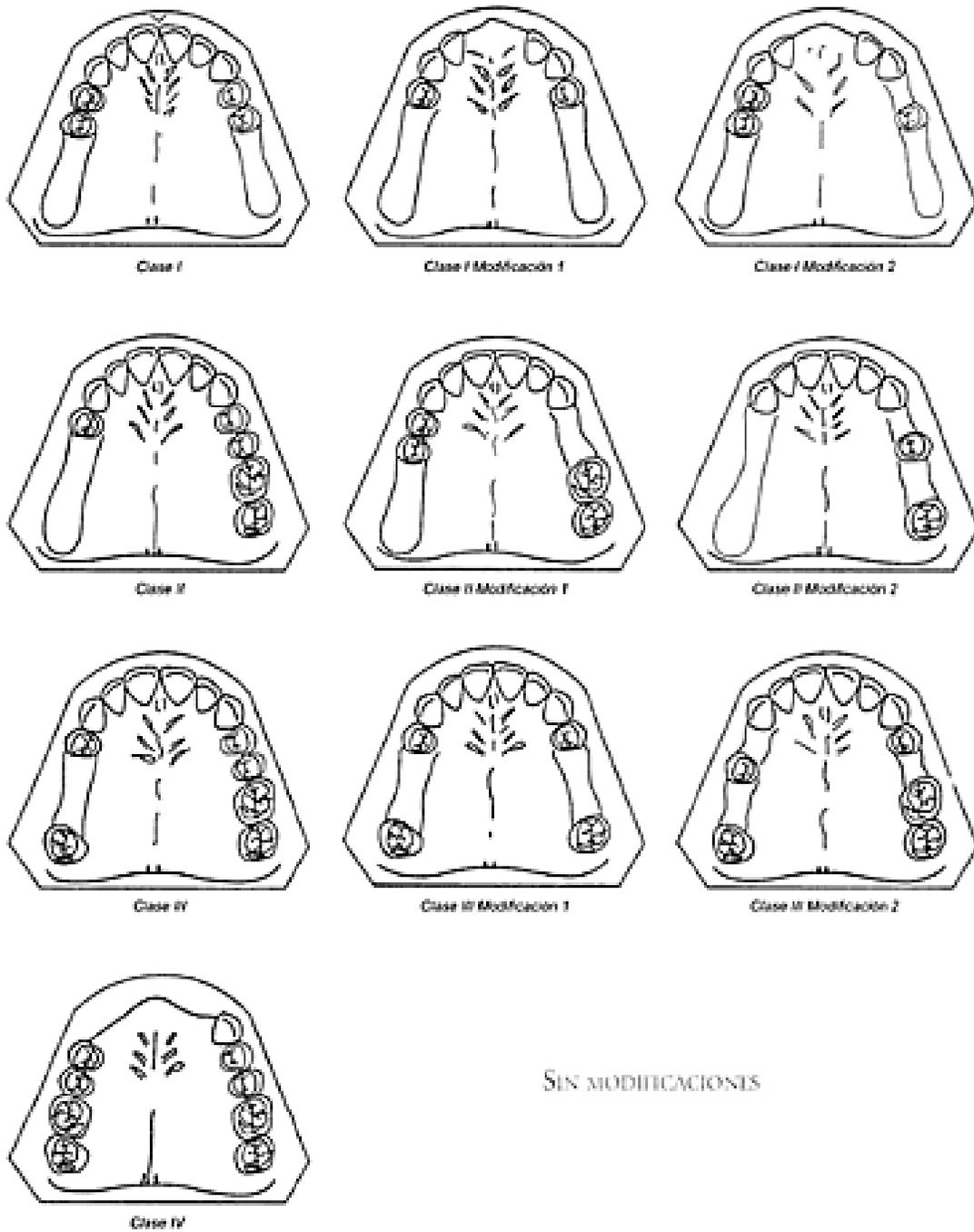


Figura 1.5. CLASES DE KENNEDY Y SUS MODIFICACIONES. Tomado de RENDON.2004

CAPITULO II

2. CARACTERISTICAS FACIALES

Los cambios faciales que se producen de forma natural en relación con el proceso de envejecimiento pueden aclararse y ser potenciados por la pérdida de dientes. Debido a la pérdida de hueso alveolar, se producen diversas consecuencias estéticas. (RENDON, 2004)

Con la pérdida de dientes y disminución del reborde residual pueden aparecer cambios secundarios en las características faciales, al quedar alterado el soporte labial y reducirse la altura facial como resultado de la disminución de la dimensión vertical oclusal. El impacto estético que ocasiona la pérdida de dientes puede ser más lesivo para el paciente que la propia pérdida de la función especialmente cuando se trata de dientes anteriores. (VINTIMILLA, 2011)

Si lo perfecto puede ser equiparado a la belleza será porque esta se define como estética más armonía. La estética, significa “aquello que se percibe mediante sensaciones”, un conjunto de percepciones sensitivas que genera la contemplación de un objeto y provoca la reacción gratificante en el observador. La armonía se define como la proporción y correspondencia conveniente de unas cosas con las otras. (CEDEÑO J. , 2011)

Estética es el análisis del grado de belleza de la cara relacionado con el nivel de autoestima, salud y bienestar de las personas. La estética no es universal, los parámetros de normalidad estética dentofacial varían en función de la cultura, la moda, la raza, el sexo. La belleza no se define, se reconoce, es una casualidad, un concepto,

un sentimiento y se caracteriza por su relatividad. La belleza no es una realidad pero si un ideal proximo. (CEDEÑO J. , 2011)

“Según la opinión de todos los médicos y filósofos, la belleza del cuerpo humano se basa en la proporción simétricas de sus miembros”.

Policleto

El concepto actual de estética establece que no existe una total correspondencia entre la apariencia física y el complejo ósea subyacente, por lo que deben estudiarse de forma aislada. (POMARI, 2008)

2.1. ANÁLISIS FACIAL

El análisis facial es el método utilizado por los profesionales para evaluar y juzgar la cara del paciente, definir sus proporciones, volumen, apariencia, simetría y deformidades visibles. (BIRBE J. , 2014)

El examen de la cara es una parte fundamental de la exploración diagnóstica, ya que el tratamiento odontológico tiene como uno de sus objetivos prioritarios mejorar el aspecto o la estética facial, existen factores subjetivos que pueden valorarse, donde el defecto puede ser visto y calificado de forma distinta por diferentes observadores, incluso por el mismo paciente. (SANDOVAL, 2011)

Para la evaluación y análisis es necesarios estudios fotográficos y clínicos.

Algunos puntos y planos tomados como referencias para el análisis son:

Plano horizontal de Frankfort, línea que se dibuja desde el aspecto superior del canal auditivo externo hasta el punto más inferior del borde infra orbital mientras que los ojos del paciente están en forma paralela con respecto al piso.

Trichion, es el punto en el plano mediosagital donde se inicia la línea de implantación del cabello.

Glabela, es la zona más prominente de la frente en el plano mediosagital.

Nasion, depresión profunda donde se unen la piel de la frente con la raíz de la nariz

Punto Subnasal, donde termina la base de la nariz y comienza el labio superior.

Surco mentolabial. Zona más posterior entre labio inferior y barbilla.

Mentón, es el punto más bajo del tejido blando de la barbilla. (CEDEÑO J. , 2011)(SUAZO, SALGADO, & CANTÍN, 2014)

Existen cualidades estéticas universales, apreciadas por distintas épocas, culturas y razas, pero no debemos olvidar factores subjetivos del paciente y su entorno, y de los mismos profesionales.

Para realizar una correcta evaluación estética debemos colocar al observador frente al paciente, que deberá tener una posición natural, sentado, espalda recta, la cabeza alineada con el plano de Frankfort, relajación de labios y mentón y a partir de ahí analizaremos todas las líneas de referencia. (GUZMAN, 2010)(VINILLO, 2011)

La exploración clínica requiere la medición directa de una serie de interrelaciones de tejidos duros y blandos, la mayor parte de las cuales no pueden documentarse con ninguna otra forma de imagen o modelo. La primera exploración del paciente debe ser exhaustiva y coherente, lo que aumenta al máximo las posibilidades de que ningún aspecto importante se pase por alto. (VANARSDALL, 2013)

2.2. EVALUACIÓN MACROESTÉTICA: EXPLORACIÓN CLÍNICA DE LA CARA

VISTA FRONTAL

La visión frontal nos aporta información sobre la dimensión vertical, líneas medias, proporciones faciales y contorno de la cara. Para la evaluación clínica de la cara Arnett y McLaughlin proponen partir de tres parámetros: posición natural de la cabeza, relación céntrica y labios relajados. (BIRBE, 2010)

Las caras atractivas tienden a tener proporciones y relaciones comunes que difieren, generalmente, de los valores de referencia, lo que aumenta al máximo las posibilidades de que ningún aspecto importante se pase por alto. Las interrelaciones entre las anchuras de los componentes faciales son importantes en la proporcionalidad global de la cara.(VANARSDALL, 2013)

Estableceremos cinco puntos en el análisis frontal:

2.2.1. FORMA Y CONTORNO DE LA CARA

Al evaluar la cara de frente se evalúan su altura y su anchura, estas dos medidas siempre mantienen relación entre sí, y permiten categorizar de forma artística el contorno de la cara, de acuerdo a esta relación se pueden observar diferentes tipos faciales. (POMARI, 2008)

El clásico análisis frontal clasificaba las caras en meso, dólico o braquifaciales. La diferencia entre estos tipos de cara está en la relación entre anchura y longitud facial. (BIRBE, 2010). Para determinar este apartado se utiliza el Índice facial, para lo cual se toma como referencia Trichion y se mide verticalmente hasta el Menton, lo que determina la altura de la cara. Se relaciona con la anchura facial que es la distancia

bicigomática y el resultado determina el tipo de cara: ancha, media o larga. (SANDOVAL, 2011)

Dolicofacial (cara larga): individuos que presentan una cara larga y estrecha, con un perfil convexo. El tercio inferior del rostro se encuentra aumentado. Índice facial bajo 66%

Mesofacial (cara media): presenta una dirección del crecimiento normal, equilibrio entre los diámetros vertical y transversal de la cara. Índice facial 66 a 78%

Braquifacial (cara ancha): individuos que presentan una cara corta, ancha, perfil cóncavo. El tercio inferior se encuentra disminuido. Índice facial sobre 78% (RIVAS, 2011)(SANDOVAL, 2011)



FIGURA 2.1. BIOTIPO FACIAL. (1) Braquifacial, (2) Dolicofacial, (3) Mesofacial. Tomado de KAMANN & QUIROS, 2013

2.2.2. LÍNEA MEDIA FACIAL

Aunque en todos los individuos existe una ligera discrepancia entre lado derecho e izquierdo facial, considerado como normal, es factible que en algunos casos esta asimetría sea más marcada de lo común, convirtiéndose en una situación anormal. (POMARI, 2008)

Arnett determina la línea media facial cogiendo como puntos de referencia el filtrum del labio superior y centro del puente nasal (mitad de la distancia entre los cantos internos de los ojos). Toma el filtrum como punto de referencia en la línea medida facial porque considera que es uno de los más simétricos de los tejidos blandos. Si la punta de la nariz se encuentra desviada de forma importante el filtrum tiende a desviarse ligeramente hacia esa desviación. (BIRBE, 2010)

En este caso se podría realizar un ajuste para crear una línea que represente de forma más precisa la línea media de la cara. Utilizando esta línea de referencia analizaremos la punta de la nariz, barbilla y la línea media dental. (BIRBE, 2010)(USTRELL, 2011)

2.2.3. REFERENCIAS HORIZONTALES

Arnett utiliza el plano bipupilar como línea de referencia horizontal. Esta debe ser perpendicular a la línea media facial. La línea de caninos superiores (plano oclusal superior) e inferiores (plano oclusal inferior) así como el borde inferior de la mandíbula y el mentón deben ser paralelos a dicha línea de referencia. Con estas líneas de referencia también podremos valorar las desviaciones mandibulares porque presentan de manera habitual inclinaciones oclusales superiores e inferiores, junto con una inclinación de la línea mentón mandíbula. (BIRBE, 2010)

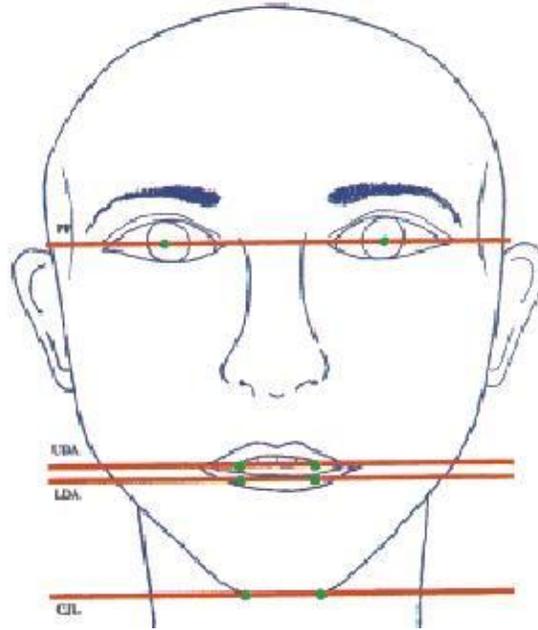


FIGURA 2.2. REFERENCIAS HORIZONTALES. Tomado de BIRBE J. , 2010

2.2.4. TERCIOS FACIALES

Una cara ideal está dividida en tres tercios iguales por unas líneas horizontales que pasan por la línea de implantación del pelo, glabella, base nasal y mentón. En un rostro armónico y equilibrado de los tercios faciales presentan una proporción de uno a uno, lo que indica que los componentes esqueléticos que forman el complejo craneofacial se encuentran balanceados. (POMARI, 2008)

La medida del tercio superior a veces es difícil de tomar correctamente por la variabilidad de la implantación del pelo. Sin embargo la relación más importante es la que existe entre el tercio medio y el tercio inferior. El tercio medio y el inferior de la cara muestran variación de 62 – 75 mm. (BIRBE, 2010)(USTRELL, 2011)(POMARI, 2008)

Los tercios faciales se miden con una regla flexible, colocándola de manera recta entre los dos puntos a medir, y se anota el resultado en milímetros. (BOTERO, 2007)

Las proporciones de estos tres tercios varían con la edad: en la infancia existe un predominio del tercio superior, y en la edad adulta los tres tercios tienen unas

proporciones similares (proporciones áureas). Los tercios faciales tienen un rango de entre 62-75 mm. Arnett afirma que raramente el tercio medio e inferior son similares. (BIRBE, 2010)

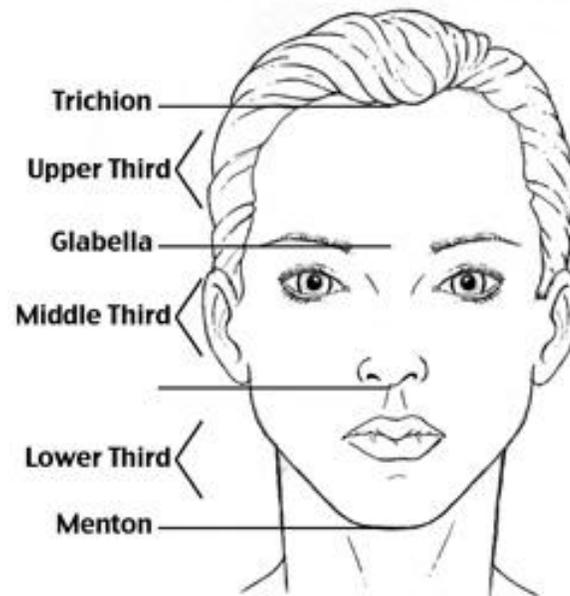


FIGURA 2.3. TERCIOS FACIALES. Tomado de RAWNSLEY, 2012

Los cambios debidos a la edad como la alopecia (pérdida anormal o rarefacción del cabello), hacen que la frente se alargue y deberemos tener esto en cuenta. Las cejas de la mujer se sitúan por encima del arco supraorbitario. En el hombre se sitúan en el borde supraorbitario. (SUAZO, SALGADO, & CANTÍN, 2014)

En el análisis facial frontal vertical valoraremos sobre todo el tercio inferior porque es el que tiene más repercusión estética y es el único sobre el que podemos actuar ortodóntica o quirúrgicamente. (BIRBE, 2010)

Un tercio inferior ideal está dividido a su vez en tercios. (BIRBE, 2010)

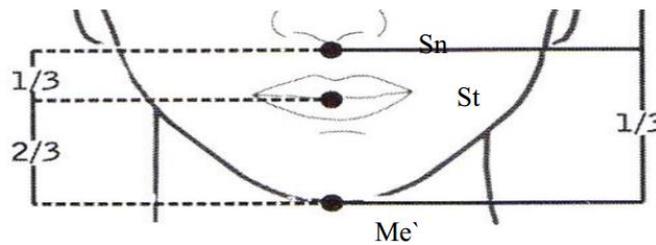


FIGURA 2.4. DIVISIÓN DEL TERCIO INFERIOR. Tomado de (GUILLÉN & GONZÁLEZ, 2012)

Tendremos que analizar la longitud del labio superior y su grosor. La longitud se mide desde subnasal hasta stomion del labio superior. Arnett establece un rango entre 19-22mm. Los individuos de mayor edad y los varones se encuentran en el extremo mayor del rango. Con los labios relajados y los dientes en contacto normalmente existe un espacio (hendidura interlabial) de entre 1-5mm que se mide entre el punto inferior del labio superior y el punto superior del labio inferior. Las mujeres muestran una hendidura mayor dentro del rango normal. La menor hendidura en varones se relaciona con labios más largos. (BIRBE, 2010)

Los otros dos tercios se miden desde stomion del labio inferior hasta el mentón. En hombres esta distancia debe ser de 51 ± 3 mm y en mujeres de 48 ± 3 mm(A). Arnett reduce este rango a 42-48mm, esta medición aumenta con la edad debido a que se acumula grasa en el mentón. (BIRBE, 2010)

La desarmonía en el tercio inferior puede ser por:

Aumento o disminución de largo del labio superior

Aumento o disminución de la altura del maxilar superior

Los labios gruesos exponen menos los dientes que los labios finos

Angulo de visión del observador (ARROYO, 2011)

2.2.4.1. REGLA DE LOS TERCIOS

La línea media vertical verdadera, cuando pasa a través del medio de la frente, punta de la nariz y los labios, divide la cara en dos mitades y cruza en forma perpendicular a la línea de visión. Una asimetría es normal y debe estar presente en todos los individuos.

A lo largo de la línea vertical verdadera se pueden definir tres tercios verticales iguales.

La cara principal (de ojo a ojo) puede ser dividida en tres tercios iguales a lo largo de la línea horizontal verdadera: ancho del ojo derecho, ancho nasal, ancho del ojo izquierdo. De acuerdo con esta dimensión, los ojos, la distancia entre los pliegues del ojo y la base del ala de la nariz deben ser todos del mismo ancho aproximadamente. La cara completa (de oreja a oreja) también puede ser dividida en tercios iguales a lo largo de la línea horizontal verdadera: ancho facial derecho, ancho de la boca y ancho facial izquierdo. Los tercios anteriormente mencionados proveen al clínico una idea clara de la apariencia facial total y de la proporcionalidad del paciente. (VIAZIS, 1995)

2.2.5. PROPORCIONES TRANSVERSALES

Para valorar las proporciones transversales se usa la regla de los quintos. Se divide la cara sagitalmente en cinco partes iguales. Cada uno de los segmentos debería medir la anchura del ojo. (USTRELL, 2011).

El primer quinto o quinto central de la cara es la anchura intercantal, que debería coincidir con la anchura nasal, el canto interno del ojo es la esquina interna del ojo que contiene el conducto lacrimal y deberían coincidir con el ala de la base de la nariz. (VANARSDALL, 2013)

Dos quintos mediales de la cara. Se trazan otras líneas verticales que pasen por el canto externo de los ojos, debería coincidir con los ángulos goníacos de la mandíbula. La desproporción es un juicio clínico sutil, pero se dispone de procedimientos para aumentar o reducir la prominencia de la zona lateral de la mandíbula para mejorar en este caso los problemas estéticos. (VANARSDALL, 2013) (BIRBE, 2010).



FIGURA 2.5. QUINTOS FACIALES. Tomado de RAWNSLEY, 2012

Dos quintos externos de la cara. Los dos quintos externos de la cara se miden desde la base de las orejas hasta el hélix, lo que representa la anchura de las orejas. A menos que esta anomalía sea parte de la queja del paciente, las orejas prominentes son la anomalía más difícil de comentar con los pacientes, ya que solo en casos muy pronunciados no profesionales reconocen su influencia sobre la cara. (BIRBE, 2010), (BOTERO, 2007)(VANARSDALL, 2013)

2.3. SIMETRÍA FACIAL

El atractivo humano es definido por la simetría facial, es decir somos más atractivos cuando nuestro lado derecho e izquierdo de la cara son mejor proporcionados. Esto es identificado por nuestro cerebro como un indicador de buenos genes y de buena salud a largo plazo. (ODONTOBAS, 2013)

La simetría facial en términos de simetría y balance es referida al estado de equilibrio facial; es decir, a la correspondencia entre el tamaño, la forma y la ubicación de las característica faciales de un lado con respecto al del lado opuesto en el plano medio sagital. En este contexto el complejo craneofacial ideal debería tener cada mitad, derecha e izquierda, con estructuras idénticas. (SORA & JARAMILLO, 2004)

La asimetría facial puede verse afectad por algunos factores genéticos o adquiridos. En cuanto a los factores genéticos, al momento de desarrollarnos dentro del vientre materno sobre todo en el primer trimestre del embarazo podría haber alguna alteración o inestabilidad que resulte en asimetrías faciales importantes. En cuanto a los factores adquiridos, traumatismos a nivel facial (maxilar, mandíbula, nariz, mentón o pómulos) durante la infancia o la edad adulta, podrían traducirse a futuro en causas de asimetría facial. (ODONTOBAS, 2013)

El diagnostico de las asimetrías craneofaciales es importante debido a que las modalidades de tratamiento difieren de acuerdo al origen de la deformidad.

Para estudiarla se traza el eje medio sagital o eje longitudinal de la cara, que discurre desde el punto intermedio entre el ángulo interno de los dos ojos hasta la espina nasal anterior. (USTRELL, 2011)

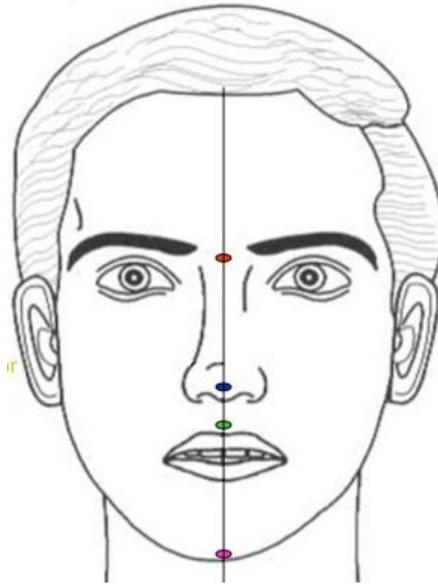


FIGURA 2.6. PUNTOS DE REFERENCIA. Tomado de RAMIREZ, 2009

Esta línea debe pasar por el centro del mentón, pero en desviaciones mandibulares o en asimetrías verdaderas del tercio inferior podemos encontrar que el tramo espina nasal-mentón forma un ángulo con el eje longitudinal medio. Trazaremos otras líneas de referencia horizontal, como la línea bipupilar y la comisural. En caso de normalidad son paralelas entre sí. (USTRELL, 2011)

2.3.1. Asimetría facial

Todos los seres humanos presentamos desde el desarrollo intrauterino un cierto grado de asimetría. Sin embargo la “asimetría normal” es muy poco evidente, de hecho solo las asimetrías mayores a un 3% son clínicamente identificables. (USTRELL, 2011)

Existen diversos factores etiológicos que, de forma individual o combinada, pueden influir en el desarrollo de asimetrías faciales y dentales. Entre estos se destacan los siguientes:

FACTORES GENÉTICOS: representa asimetrías severas, son observadas en individuos con síndromes craneofaciales. Estas asimetrías se relacionan con anomalías durante el desarrollo embriogénico.

FACTORES AMBIENTALES: pueden ser causadas por trauma o por infección durante el periodo de crecimiento.

FACTORES FUNCIONALES: Las asimetrías pueden ser el resultado de deflexiones mandibulares causadas por contactos prematuros durante el cierre y como consecuencia se observan mordidas cruzadas posteriores unilaterales; sin embargo en posición de reposo la mandíbula es simétrica. También puede ser causada por alteraciones de la ATM, por demandas funcionales del aparato masticatorio.

FACTORES DEL DESARROLLO: alteraciones del desarrollo de la base craneal que conduce a una asimetría en la posición de la fosa glenoidea con consecuencias en la oclusión. Así mismo alteraciones durante el desarrollo dental, como anquilosis, erupciones ectópicas, impactación dentaria, ausencia congénita de dientes permanentes, variación de tamaño y forma y formación de dientes supernumerarios.
(SORA & JARAMILLO, 2004)

La asimetría facial es fácil de detectar cuando el paciente está hablando con el operador. Cada paciente requiere ser evaluado cuidadosamente, ya que una asimetría facial en el plano frontal, sugiere una gran discrepancia ósea. (ESPINOSA, 1995)

Existen varios tipos, entre los que se destacan:

TIPO I: afecta a los tejidos blandos de manera preferente

TIPO II: incluye asimetría de causa funcional

TIPO III: asimetrías de origen dentario, con mínima o escasa afectación esquelética.

Las asimetrías de origen dentario hacen referencia a dos situaciones: 1) la disposición irregular de los dientes anteriores, que se puede dar por apiñamiento, pérdida prematura de piezas deciduas o pérdida traumática de piezas permanentes, piezas incluídas, retraso de erupción, agenesia o inclusión-impactación; y 2) la relación oclusal asimétrica de los dientes, dada por pérdida de piezas dentarias con gresión de dientes adyacentes, desarrollando relaciones oclusales asimétricas. (CHAQUES, 2009)

2.4. Valoración de las proporciones faciales

La medición de las dimensiones faciales del paciente puede hacerse mediante:

Toma de fotografías. Nos permiten trazar mediciones lineales y angulares para determinar el diagnóstico, evolución del paciente, así como para transmitir resultados al propio paciente y a otros profesionales. (USTRELL, 2011)

En casos de asimetría es de mucha ayuda sacar fotos de todos los planos. En el análisis frontal la asimetría, la armonía y el equilibrio son los elementos que tenemos que definir en la cara de cada paciente. Ninguna cara es perfectamente simétrica. De todas las fotografías hay que valorar sobre todo las frontales, ya que ésta es la visión que el paciente tiene de sí mismo. (PropDental, 2013)

Se debe realizar un análisis de rostro en el cual se tenga en cuenta los tejidos de la cara, la estructura ósea y posición de los dientes, basándose en el estudio de fotografías, radiografías y modelos. Realizando este análisis de todos los componentes faciales se puede determinar donde está el problema. De la misma manera se debe tener en cuenta la historia clínica del paciente ya que es la que determina el plan de tratamiento. (NIETO, 2010- 2014)

Exploracion directa. Importante para ver el funcionalismo, la simetria de las expresiones, asi como relaciones de movimientos musculares alteradas, muchas veces relacionadas con la ocultacion de defectos intraorales. (USTRELL, 2011)

5. MATERIALES Y METODOS

El presente estudio fue de tipo descriptivo ya que determinó la situación de las variables que se estudiaron, y transversal porque permitió analizar la relación entre un conjunto de variables en un punto del tiempo.

El área de estudio en la que se realizó la investigación fue la Universidad Nacional de Loja, el universo correspondió a 8228 estudiantes de la modalidad de estudios presencial; de forma aleatoria se tomó una muestra correspondiente a 894 estudiantes, que forman parte del macroproyecto denominado “VALORACIÓN INTEGRAL DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL DE LOS y LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL”, de los cuales 237 estudiantes presentaron edentulismo parcial, pero únicamente 159 que cumplieron con los requisitos de validación fotográfica establecidos en los criterios de inclusión fueron los sujetos de estudio.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: estudiantes que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito; excluyendo aquellos estudiantes portadores de ortodoncia fija, estudiantes incapacitados de realizarse el examen odontológico y fotografías extraorales mal enfocadas, que no tengan reproducción nítida, pacientes mal posicionados, línea bipupilar alterada.

Las técnicas utilizadas fueron la Observación y Diagnóstico clínico de patologías propias de la cavidad oral y características extraorales de cada estudiante y la Entrevista que permitió obtener información verbal, a través de preguntas planteadas por el propio investigador

Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron, fotografías de rostro y la Historia Clínica Odontológica, misma que constituye un documento médico legal, para recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico.

Los datos obtenidos se ingresaban diariamente en el programa Epilinfo, de donde se obtuvieron los resultados de frecuencia de estudiantes edéntulos parciales, según la clasificación de Kennedy. Mientras que los datos para las variables correspondientes a características faciales (asimetría facial, desviación de línea media, alteración del tercio inferior) se obtuvieron de las fotografías extraorales de frente que cumplieron con los requisitos de validación; las mismas que fueron impresas a color en papel tamaño A4, donde se realizaron los trazos correspondientes con rapidógrafo N° 3.

El trazo de referencia para línea media correspondió a la alineación entre puente nasal, filtrum labial superior y mentón. Para analizar tercios faciales se trazó tres líneas paralelas al suelo correspondientes a los puntos; trichion, glabella, subnasal y mentón. Además para determinar alteración del tercio inferior se tomó como referencia la línea comisural.

Para expresar los resultados se elaboraron cuadros en el programa Microsoft Excel y finalmente estos fueron sometidos a su respectiva interpretación y análisis.

Los recursos humanos estuvieron conformados por: Director de la Carrera de Odontología, Directora del Macroproyecto, Docente Tutor, Digitadores, Personal administrativo, estudiantes de la modalidad de estudios presencial del periodo 2013-2014 de la UNL.

Dentro de los recursos materiales empleados en la presente investigación consistieron en: Set de diagnóstico (espejo, explorador, pinza algodoner), materiales

de bioseguridad, historia clínica odontológica, cámara fotográfica, computadora, materiales de escritorio e impresiones. El financiamiento de este proyecto estuvo a cargo del autor.

6. RESULTADOS

TABLA 1

ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNL

VARIABLES	Frecuencia	%
Edéntulos parciales	159	17.8%
Pacientes totalmente dentados	735	82.2%
TOTAL	894	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente grafico indica que la frecuencia de estudiantes edéntulos parciales de la modalidad de estudios presencial de la UNL es de 17.8%.

Este resultado que demuestra que gran parte de los sujetos de estudio presenta la patología, a pesar de tratarse de una población joven, situación que se puede dar por desconocimiento de medidas preventivas, deficiente higiene oral, al difícil acceso a servicios odontológicos en algunos sectores o por falta de motivación e interés de los propios afectados.

TABLA 2

**ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY (ARCADA SUPERIOR)**

Variable	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Clase I	0	0%	2	2.7%
Clase II	5	5.9%	1	1.4%
Clase III	38	44.7%	36	48.6%
Clase IV	0	0%	0	0%
Arcadas dentadas	42	49.4%	35	47.3%
TOTAL	85	100%	74	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la presente tabla se expone la clasificación de estudiantes edéntulos parciales según Kennedy de la arcada superior por género, dando como resultado que la clase III de Kennedy es la de mayor frecuencia con un 44.7% en hombres y 48.6% en mujeres; mientras que no se encontraron casos de clase IV de Kennedy y las clases I y II son las de menor frecuencia en hombres y en mujeres.

El mayor porcentaje evidente en este caso, se da principalmente por ausencia del primer molar, el mismo que suele ser afectado por caries a temprana edad al ser la primera pieza permanente presente en boca. Las clasificaciones con menor frecuencia en la arcada superior (clase II de Kennedy), representa a piezas dentales de importante función, y su conservación garantiza el normal funcionamiento del sistema estomatognático y una correcta nutrición.

TABLA 3

**ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
KENNEDY (ARCADA INFERIOR)**

Variable	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Clase I	3	3.5%	0	0 %
Clase II	6	7 %	3	4 %
Clase III	52	61.3%	44	59.5%
Clase IV	0	0 %	0	0 %
Arcada dentada	24	28.2%	27	36.5%
TOTAL	85	100%	74	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la presente tabla se expone la clasificación de estudiantes edéntulos parciales según Kennedy de la arcada inferior por género, resultando que la clase III de Kennedy es la de mayor frecuencia con un 61.3% en hombres y 59.5% en mujeres; mientras que no se encuentran casos de la clase IV de Kennedy y las clases I y II son de menor porcentaje en hombres y en mujeres.

TABLA 4

**ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES CON ASIMETRÍA FACIAL SEGÚN
GÉNERO (MASCULINO)**

VARIABLES	Asimetría		Simetría	
	F	%	F	%
CLASE I	2	11.1%	1	1.5%
CLASE II	3	16.7%	8	12%
CLASE III	13	72.2%	58	86.5%
TOTAL	18	100%	67	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El resultado de la presente tabla es que del total de hombres que presentan asimetría facial, el mayor porcentaje está representado por estudiantes con clase III (72.2%); mientras que el menor porcentaje lo presentan estudiantes con clase I de Kennedy (11.1%).

Debemos diferenciar aquellos casos que se presentan con una asimetría generalizada (esqueletal), que involucra varios huesos de la cara; de la asimetría dentaria, que ocupa nuestro estudio, causada por pérdida de piezas definitivas a edad temprana, por migración de las piezas a espacios edéntulos, lo cual altera oclusión y funcionalidad, produce apiñamiento y afecta la simetría y dimensión del tercio facial inferior.

TABLA 5

**ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES CON ASIMETRÍA FACIAL SEGÚN
GÉNERO (FEMENINO)**

VARIABLES	Asimetría		Simetría	
	F	%	F	%
CLASE I	0	0%	2	3.75%
CLASE II	2	9.5%	2	3.75%
CLASE III	19	90.5%	49	92.5
TOTAL	21	100%	53	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El resultado de la presente tabla es, que del total de mujeres que presentan esta característica, el 90.5% está representado por estudiantes con clase III; mientras que el menor porcentaje 9.5% lo presentan estudiantes con clase II de Kennedy.

TABLA 6

**ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES CON DESVIACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA
SEGÚN GÉNERO (MASCULINO)**

VARIABLES	Desviación de línea media		Línea media normal	
	F	%	F	%
CLASE I	2	10.5%	1	1.5%
CLASE II	2	10.5%	9	13.6%
CLASE III	15	79%	56	84.9%
TOTAL	19	100%	66	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La presente tabla nos indica que del total de hombres edéntulos parciales con alteración de la línea media, el 79% está representado por estudiantes con clase III; mientras que las clases I y II de Kennedy se observan en 10.5% cada uno.

Siguiendo el propósito de este estudio, esta característica se puede ver claramente afectada, siendo el segmento que se analiza glabella-mentón, la posición de este último puede variar cuando existe una alteración a nivel dentario mismo que puede generar cambio posicional de los maxilares para adaptarse a la oclusión, por ende provoca desviación de la línea media.

TABLA 7

**ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES CON DESVIACIÓN DE LA LÍNEA MEDIA
SEGÚN GÉNERO (FEMENINO)**

VARIABLES	Desviación de línea media		Línea media normal	
	F	%	F	%
CLASE I	0	0%	2	3.6%
CLASE II	2	10.5%	2	3.6%
CLASE III	17	89.5%	51	92.8%
TOTAL	19	100%	55	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la presente tabla se indica que del total de mujeres con edentulismo parcial que presentan desviación de la línea media, el 89.5% está representado por estudiantes con clase III; mientras que el 10.5% está representado por la clase II de Kennedy.

TABLA 8

ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES CON ALTERACIONES DEL TERCIO INFERIOR SEGÚN GÉNERO (MASCULINO)

VARIABLES	Alteración del tercio inferior		Tercio inferior normal	
	F	%	F	%
CLASE I	2	5.3%	1	2.1%
CLASE II	5	13.2%	6	12.8%
CLASE III	31	81.5%	40	85.1%
TOTAL	38	100%	47	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El resultado de la presente tabla es que del total de hombres que presentan esta alteración del tercio inferior; el 81.5% son estudiantes con clase III de Kennedy y el menor porcentaje es para estudiantes con clase I con 5.3%.

Como se ha mencionado con las otras características faciales, es en el tercio facial inferior donde se observan las consecuencias de la pérdida de piezas dentarias, como disminución, desviación del mentón, alteración de la línea comisural que ha sido tomado como referencia para el análisis de esta característica.

Así mismo al ser el tercio facial inferior el más afectado por la patología, es también el que nos permite trabajar ya sea quirúrgicamente, con ortodoncia o a su vez con prostodoncia en ambos maxilares; con el fin de corregir las alteraciones.

TABLA 9

ESTUDIANTES EDÉNTULOS PARCIALES CON ALTERACIONES DEL TERCIO INFERIOR SEGÚN GÉNERO (FEMENINO)

VARIABLES	Alteración del tercio inferior		Tercio inferior normal	
	F	%	F	%
CLASE I	0	0%	2	6.3%
CLASE II	3	7.1%	1	3.1%
CLASE III	39	92.9%	29	90.6%
TOTAL	42	100%	32	100%

FUENTE: Historia Clínica Odontológica
AUTOR: Johana Estefanía Mendoza Sarango

INTERPRETACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS

En la presente tabla se expone que del total de mujeres con alteración del tercio inferior; el 92.9% son estudiantes con clase III de Kennedy y el menor porcentaje es para estudiantes con clase II con 7.1%.

7. DISCUSIÓN

Con motivo de estudio y para mejor entendimiento del Edentulismo Parcial se ha tomado como base la Clasificación de Kennedy, debido a que es utilizado como un indicador del estado de conservación de las piezas dentarias en boca.

En Ecuador, existen pocos estudios que nos permitan realizar este tipo de análisis, en especial, que tomen poblaciones como la escogida en el presente trabajo de investigación.

El estudio más actual lo encontramos en nuestra ciudad donde LUNA MEJIA, 2011 estudió la incidencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Loja, en los rangos de edad entre 20 a 59 años. Donde encontró que un 55,72% del total de la muestra presentaban clase III de Kennedy, tanto en hombres como en mujeres y en ambos maxilares; situación similar con la presente investigación ya que esta clasificación representa la mayor frecuencia, con el 61.3% de varones en el maxilar inferior, el 44.7% en el maxilar superior y en cuanto a las mujeres el 55.9% en el maxilar inferior y 48.6% en el maxilar superior.

CORTÉS & CARRASCO, 2013 estudiaron la prevalencia de edentulismo en islas Butachauques, comuna de Quemchi (Chile), en 50 pacientes entre 21 a 75 años; donde 88% presentó ausencia de al menos uno de sus dientes, respecto al tipo de edentulismo, en el maxilar la clasificación de Kennedy más prevalente fue la clase III y en la mandíbula fue clase I. Este estudio arroja el mismo resultado para el maxilar siendo la clase III de mayor porcentaje, mientras que el resultado para el maxilar inferior difiere ya que es también la clase III la que predomina.

En el estudio de DIAZ, 2009 sobre implantes dentales, pérdida de dientes, publicado en el 2011, en pacientes entre 17 y 32 años, encontró que la clasificación de Kennedy más frecuente para el maxilar superior fue la clase III (45%) y para el maxilar inferior la más común fue la clase I (68%). Teniendo en común con nuestro estudio que la clase III fue la que se presentó con mayor frecuencia en el maxilar superior tanto en hombres (44.7%) como en mujeres (48.6%). Mientras que en los resultados del maxilar inferior difiere ya que en este estudio la clase I se presenta en 3.5% en hombres y es ausente en mujeres.

CISNEROS, FERNÁNDEZ & VERASTEGUI, en el 2011 realizaron un estudio denominado: Prevalencia de edentulismo parcial, utilizando la clasificación de Kennedy en pacientes adultos entre 31 a 50 años. Donde se presentó una frecuencia de clase III de Kennedy de 52.65% con predominio en ambos sexos. Al igual que nuestros resultados fue esta clasificación la de mayor frecuencia con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres.

CANCIO, MARÍN & LEY SIFONTES, evaluaron en el año 2008, la necesidad de prótesis en pacientes mayores de 15 años en Venezuela. Los resultados fueron que la Clase III de Kennedy fue la de mayor incidencia con un 29% en la arcada superior y 22,3% para la arcada inferior. Siendo en nuestro estudio también la clase III la que se presenta con mayor frecuencia pero superando este valor con un 44.7% en hombres y 48.6% en mujeres en la arcada superior. Mientras que la clase IV resultó ser la menos representada con 1,8%, situación que coincide con nuestro estudio ya que la clase IV de Kennedy no se presentó en ninguno de los sujetos de estudio.

MUNEEB, MOSHSIN, & JAMIL, 2013 realizaron el estudio denominado causas y patrón de edentulismo parcial / exodoncia y su asociación con la edad y el género, en 500 pacientes. El patrón más común de edentulismo parcial fue clase III mandibular 40% y en el maxilar 30.1%. De la misma manera en este estudio la clase III de Kennedy predominó en ambos maxilares.

FLORES GONZALEZ, 2014 , en su informe llamado trastornos del paciente parcialmente desdentado indica que la ausencia parcial de piezas dentales puede causar desviación mandibular debido a la movilidad de los dientes adyacentes por los perdidos, alterando la armonía y línea media, así como pérdida de la dimensión vertical. Los resultados de nuestro estudio evidencian esta hipótesis ya que una frecuencia de 15 hombres y 17 mujeres con clase III de Kennedy, presentan alteración de la línea media; así mismo 31 hombres y 39 mujeres con clase III de Kennedy presentan alteración del tercio inferior.

SHEATS (2002), y colaboradores, reportaron un estudio donde se estimaba la magnitud de asimetrías faciales relacionadas a causas dentales en un promedio de 14,4 años de edad. En la muestra y sin haber recibido tratamiento previo se encontró que las líneas medias no eran coincidentes en 21% y que el 12% presentaban asimetrías faciales. En nuestro estudio las edades de los participantes difieren, sin embargo los resultados son similares, ya que un pequeño porcentaje de la población presenta asimetría facial con una frecuencia de 18 hombres y 21 mujeres, siendo quienes presentan clase III los más afectados; en relación a desviación de la línea media en este estudio se cuenta una frecuencia de 19 hombres y 19 mujeres.

CAMPOS, CHIDIAK, & MIRANDA, 2008 , diseñaron una técnica de medición para determinar la simetría a partir del análisis fotográfico digital, analizando a 35 adolescentes. La mayoría de los adolescentes evaluados en este estudio presentaron asimetría facial leve. En comparación con este estudio el análisis fue también realizado utilizando fotografías extraorales, presentando baja frecuencia los sujetos analizados, tanto hombres como mujeres.

Por otro lado, no se han encontrado estudios a nivel nacional ni local que se relacionen a esta investigación, con respecto a las variables de asimetría facial, desviación de la línea ni alteraciones del tercio facial inferior.

8. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir:

- El 17.8% de la población estudiada presentó edentulismo parcial.
- Según la clasificación de Kennedy en hombres, la clase III fue la de mayor porcentaje con 44.7% en el maxilar superior y 61.3% en el maxilar inferior
- Según la clasificación de Kennedy en mujeres, la clase III fue de mayor frecuencia con 48.6% para el maxilar superior y 59.5% para el maxilar inferior.
- En el género masculino se encontró que del total de estudiantes con asimetría facial, el 72.2% es para estudiantes con clase III de Kennedy y el menor porcentaje resta representado por estudiantes con clase I con 11.1%. Mientras que en el género femenino es también la clase III la predominante con 90.5% y 9.5% para estudiantes con clase II de Kennedy,
- Se comprobó que el mayor porcentaje de estudiantes de género masculino con desviación de la línea media corresponde a la clase III de Kennedy con 79%. De la misma manera en el género femenino la clase III de Kennedy representa el mayor porcentaje con 89.5%.
- Se logró constatar que en el género masculino, del total de estudiantes con alteración del tercio inferior el 81.5% corresponde a la clase III de Kennedy y el menor porcentaje se da en estudiantes con clase I de Kennedy con 5.3%. Siendo en el género femenino también la clase III que presenta mayor porcentaje con 92.9%.

9. RECOMENDACIONES

Al conocer las características faciales de los pacientes edéntulos parciales según la clasificación de Kennedy en los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial de la Universidad Nacional de Loja en el periodo marzo – julio 2014, surgen las siguientes recomendaciones:

Conociendo el amplio sector de la sociedad a la que afecta el edentulismo parcial sin diferenciar género o edad y las consecuencias tanto funcionales como estéticas y sistémicas, es necesario que las Instituciones Públicas del MSP informen a los pacientes sobre la patología.

Diseño y aplicación de programas preventivos, sobre educación en salud bucal, profilaxis dentales, restauración de piezas afectadas por caries, prevención de enfermedad periodontal y afectaciones dentarias que conlleven al edentulismo parcial.

A la Universidad Nacional de Loja, siendo la institución formadora de los futuros profesionales, sería necesario difundir esta información a la población universitaria, con el objetivo de concientizar acerca del estado del edéntulo parcial y de la conservación de las piezas dentarias.

A la carrera de Odontología de la UNL, impulsar la investigación y por ende enriquecer los conocimientos y sabiduría de quienes se forman en esta profesión.

Al haberse encontrado un número importante de pacientes con necesidad de tratamiento protésico, difundir y promocionar los servicios que se ofertan en la Clínica Odontológica Integral de la carrera de Odontología, preparándose arduamente tanto estudiantes como docentes para cubrir satisfactoriamente la demanda de esta parte de la población.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ADAUY VEGA, D. (02 de 05 de 2013). *EXAMEN DEL PACIENTE TOTAL Y PARCIALMENTE DESDENTADO*. Recuperado el 08 de 07 de 2014, de <http://es.slideshare.net/DanielAdauy/examen-del-paciente-total-y-parcialmente-desdentado>
- APPLEGATE, O. (1959). *Elementos de Dentaduras Parciales Removibles*. Buenos Aires: Editorial Bibliografica Argentina.
- ARROYO, Y. (12 de 06 de 2011). *ANALISIS ESTETICO LATERAL Y FRONTAL*. Recuperado el 08 de 07 de 2014, de lideshare: <http://es.slideshare.net/yacsiryacr/anlisis-esttico-lateral-y-frontal>
- BARRIO, J., & DE LEON, A. (2013). *VARIACIONES EN LA PLENITUD FACIAL, POR PERDIDA DE DIMENSION VERTICAL EN PACIENTES EDENTULOS TOTALES*. San Diego: UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ.
- BIRBE, J. (30 de 06 de 2010). *Blog Clinica Birbe*. Recuperado el 04 de 07 de 2014, de ANALISIS FACIAL: <http://www.birbe.org/blog/analisis-facial/>
- BIRBE, J. (23 de 04 de 2014). *ANALISIS ESTETICO REGIONAL*. Recuperado el 11 de 07 de 2014, de SLIDESHARE: <http://es.slideshare.net/birbe/analisis-facial-regional-33840282>
- BOTERO, P. M. (2007). *Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar* (Primera Edicion ed.). Editorial Universidad Cooperativa de Colombia.

CAMPOS, D., CHIDIAC, R., & MIRANDA, S. (09 de 05 de 2008). *NUEVO MÉTODO*

PARA DEERMINAR LA ASIMETRIA FACIAL. Recuperado el 22 de 09 de 2014,

de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/26364/3/articulo2.pdf>

CANCIO, O., Napoles, I. d., Marin Monteros, I., & Ley Sifontes, L. (2008). Necesidad de

protesis en pacientes mayores de 15 años. *Articulos Originales*.

CARRERA, J. M. (2005). FRECUENCIA Y CLASE DE EDENTULISMO PARCIAL

SEGUN LA CLASIFICACION DE KENNEDY EN POBLADORES RESIDENTES

DEL A.A.H.H "SOL NACIENTE" DEL DISTRITO DE CARABAYLLO LIMA. Lima,

Peru.

CEDEÑO, J. (2011). *Clínica Central "Cira García", La Habana. Cuba*. Recuperado el 12

de 07 de 2014, de La Cara, sus Proporciones Estéticas:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/protesis/la_cara,_sus_proporciones_este

CHAQUES, J. (2009). ASIMETRIAS DE ORIGEN DENTARIO. *Revista española de*

ortodoncia, 39(187), 35 - 38.

CISNEROS del aguila, M., Fernandez Lozano, H., & Verastegui Sandoval, A. (2011).

Prevalencia de edentulismo parcial de acuerdo a la clasificacion de kennedy en

pacientes adultos de una clinica docente universitaria. Peru.

CORTÉS, V., & CARRASCO, F. (2013). *PREVALENCIA DE EDENTULISMO EN ISLAS*

BUTACHAUQUES, COMUNA DE QUEMCHI, AGOSTO 2013. Chile:

Universidad Austral de Chile.

DENTALPEDIA. (19 de 11 de 2013). *DENTALPEDIA.CO*. Recuperado el 12 de 07 de 2014, de PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE: <http://dentalpedia.co/protesis-parcial-removible/protesis-parcial-removible/>

DIAZ, P. G. (2009). *IMPLANTES DENTALES. PERDIDA DE DIENTES*. PERU.

ENCLOSED, E. (10 de 2011). *EDENTIULISMO*. Recuperado el 09 de 07 de 2014, de http://esparzaenclosed.blogspot.com/2011/10/edentulismo-causas-silenciosas-de-la_13.html

ESPINOSA, R. (1995). *DIAGNOSTICO PRACTICO DE OCLUSION*. Mexico: Editorial Mediza Panamericana.

FERNANDEZ, C., & PELLEGRINI, R. (2012). LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DENTAL EN LA ESTÉTICA FACIAL. *CONCEPTO ESTETICO, Revista de salud y estetica*, 33.

FILE. (13 de 06 de 2013). *EVALUACIÓN DE DIENTE PILAR Y ÁREAS EDÉNTULAS*. Recuperado el 16 de 07 de 2014, de CLASIFICACIÓN DE KENNEDY: <http://seminario12drmillla.blogspot.com/2013/06/clasificacion-de-kennedy.html>

FLORES GONZALEZ, Z. (11 de 02 de 2014). Recuperado el 12 de 07 de 2014, de Transtornos del paciente parcialmente desdentado: <http://prezi.com/abnxxi807lvr/transtornos-del-paciente-parcialmente-desdentado/>

FLOREZ, M. T. (07 de 05 de 2009). *CLASIFICACIONES ARCO PARCIALMENTE EDENTULO*. Recuperado el 10 de 07 de 2014, de Slideshare: <http://es.slideshare.net/mariateresaflorez/clasificaciones-arco-parcialmente-eden>

<http://es.slideshare.net/mariateresafllorez/clasificaciones-arco-parcialmente-edentulo>

FLOREZ, M. T. (07 de 05 de 2009). *CLASIFICACIONES ARCO PARCIALMENTE EDENTULO*. Recuperado el 10 de 07 de 2014, de Slideshare:

<http://es.slideshare.net/mariateresafllorez/clasificaciones-arco-parcialmente-edentulo>

<http://es.slideshare.net/mariateresafllorez/clasificaciones-arco-parcialmente-edentulo>

GUILLÉN, M., & GONZÁLEZ, N. (2012). *DIPLOMADO DE ORTODONCIA*.

GUZMAN, A. d. (22 de 04 de 2010). *ANALISIS FACIAL*. Recuperado el 12 de 07 de 2014, de Scribd: <http://es.scribd.com/doc/30320818/Analisis-Facial>

HAYDE, M. (27 de 08 de 2013). *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal*.

Recuperado el 16 de 07 de 2014, de GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA REHABILITACIÓN ORAL CON PRÓTESIS PARCIAL:

<https://es.scribd.com/doc/163588491/Guia-de-practica-clinica-EDENTULO-PARCIAL-a-validar-pdf>

HERNÁNDEZ, J. D. (2009). *FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Y*

SOCIOECONOMICOS ASOCIADOS A LOS DIFERENTES ESTADOS DE PERDIAD DE DIENTES EN ADULTOS MEXICANOS. MEXICO.

KAMANN, M., & QUIROS, O. (2013). *ANALISIS FACIAL EN ORTODONCIA*

INTERCEPTIVA. Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria.

- LAMBERTINI, A. (2006). Necesidades protésicas de los pacientes que acudieron al centro de atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosas "Dra. Elsa La Corte" de la Universidad Central de Venezuela 2003 - 2004. *Acta Odontologica Venezolana*, 44(3).
- LOPEZ OLIVERA, J. V. (2009). Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy. Lima, Lima, Peru.
- LOZA, D. (2007). *DISEÑO DE PROTESIS PARCIAAL REMOVIBLE* (1º ed.). Ripano.
- LUNA MEJIA, G. A. (2011). *Incidencia de edentulismo parcial segun la clasificacion de kennedy en el centro de rehabilitacion social de la ciudad de loja en el periodo junio-noviembre del 2011*. Loja.
- LUNA, M. (09 de 08 de 2012). *PROTESIS I*. Recuperado el 13 de 07 de 2014, de CLASIFICACIÓN KENNEDY:
<http://seminarioprotesis.blogspot.com/2012/08/clasificacion-kennedy.html>
- McCRACKEN. (2006). *PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE* (11º ed.). España, Madrid: Elseiber.
- MISH, C. E. (2007). *PROTESIS DENTAL SOBRE IMPLANTES*. España: Elseiver España S.A.
- MUNEEB, A., MOSHSIN, K., & JAMIL, B. (2013). *CAUSES AND PATTERN OF PARTIAL EDENTULISM/EXODONTIA AND ITS ASSOCIATION WITH AGE AND GENDER*. Obtenido de
http://www.idjsr.com/uploads/1/1/3/3/11335549/idjsr_0024.pdf

- NAVARRO. (19 de 02 de 2012). *OCLUSION*. Recuperado el 09 de 07 de 2014, de Slideshare: <http://es.slideshare.net/nanakbto/occlusionnnnnn>
- NIETO, S. (2010- 2014). *Plástica Colombia*. Recuperado el 19 de 07 de 2014, de ESTUDIO FACIAL: <http://www.plasticacolombia.com/sonrisa/estudio-facial.php>
- NOBORIKAWA. (2001). *Frecuencia de pacientes edentulos parciales segun calasificacion de Kennedy*. Lima. Peru.
- NOGUERAS, J., VELA, X., SAMSÓ, J., & PERAIRE, M. (1994). *Tipos de edentulismo parcial tratados con prótesis parcial removible*. Barcelona: Universitat de barcelona.
- ODONTOBAS. (03 de 06 de 2013). *DESARMONIAS FACIALES*. Recuperado el 15 de 07 de 2014, de Cirugia ortognática, una forma de ser mas atractivos: <http://revista.odontobas.com/index.php/odontologia/item/desarmonias-faciales>
- OSPINA, F. (25 de 01 de 2013). *GUIA DE ATENCION EN REHABILITACIÓN ORAL*. Recuperado el 12 de 07 de 2014, de SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD: http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion/guia_atencion_rehabilitacion_oral_abril_2013.pdf
- PE, P. (2005). *The global burden of oral diseases and risks to oral health*. Recuperado el 10 de 07 de 2014, de <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAALEJANDRABELAUNDEGOMEZ.pdf>

- POMARI, A. M. (2008). *ANÁLISIS CLÍNICO FACIAL DE LOS POBLADORES PERUANOS DE LA COMUNIDAD CAMPA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE ARNETT*. Perú: Universidad Mayor San Marcos.
- PropDental. (2013). *ANALISIS FACIAL ORTODONCIA*. Recuperado el 16 de 07 de 2014, de <https://www.propdental.es/ortodoncia/analisis-facial-ortodoncia/>
- RAMIREZ, E. (13 de 05 de 2009). *ANALISIS DE POWEL Y DE ARNETT Y BERGMAN*. Recuperado el 06 de 08 de 2014, de Slideshare:
<http://es.slideshare.net/CCI7/analisis-de-powel-arnett-y-bermang>
- RAWNSLEY, J. (2012). *EL ENCANTO DE LA RINOPLASTIA*. Recuperado el 14 de 08 de 2014, de Cirugia plastica de Rawnsley:
<https://www.drrawnsley.com/rhinoplasty/es/your-perfect-nose.html>
- RENDON, R. Y. (2004). *PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE: conceptos actuales, atlas de diseño*. Mexico: Medica Panamericana.
- RIVAS, J. (21 de 03 de 2011). *BIOTIPOS FACIALES*. Recuperado el 13 de 07 de 2014, de Slideshare: <http://es.slideshare.net/MJavieraRivas/biotipos-faciales>
- RODRÍGUEZ, D. (1998). *Características de los pacientes edéntulos parciales del pregrado que acudieron a la Clínica Estomatológica Central de la UPC*.
- Salud, C. M. (2006). *ANALISIS SALUD BUCAL. Encuesta Calidad de vida. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA 2011-2020*. Santiago. Chile.

SANDOVAL, P. (2011). *ELEMENTOS BÁSICOS PARA EL DIAGNÓSTICO*.

Recuperado el 16 de 07 de 2014, de Manual de Ortodoncia Interceptiva:

<http://www.med.ufro.cl/Recursos/ortodoncia/images/Manual%20Dg.pdf>

SIERRA, R. E. (1995). *DIAGNOSTICO PRACTICO DE OCLUSION*. Mexico: Editorial

Mediza Panamericana.

SIMONI, H. (20 de 02 de 2012). *Acta Odontologica Venezolana*. Recuperado el 10 de

07 de 2014, de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art9.asp>

SORA, C., & JARAMILLO, P. (2004). DIAGNOSTICO DE LAS ASIMETRIAS FACIALES

DENTALES. *Facultad Odontologia Universidad de Antioquia*, 16(1 -2), 15-25.

SUAZO, I., SALGADO, G., & CANTÍN, M. (2014). *Pixel Medical Care*. Recuperado el 16

de 07 de 2014, de ANALISIS FACIAL:

<http://www.pixelmedical.com/index.php/an%C3%A1lisis-facial-anatom%C3%ADa-art%C3%ADstica>

USTRELL, J. (2011). *MANUAL DE ORTODONCIA* (1º ed.). Barcelona, España:

Editorial. UNIVERSIDAD DE BARCELONA.

VANARSDALL, G. (2013). *ORTODONCIA, Principios generales y tecnicos* (5º ed.).

Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana..

VIAZIS. (1995). *ATLAS DE ORTODONCIA. Principios y aplicaciones clínicas*. Buenos

Aires: EditorialMedica Panamericana.

VINILLO, O. T. (19 de 09 de 2011). *ANALISIS FACIAL EN LA ESTETICA DENTAL*.

Recuperado el 04 de 07 de 2014, de GACETA DENTAL:

<http://www.gacetadental.com/2011/09/anlisis-facial-en-la-esttica-dental-25556/>

VINTIMILLA, V. C. (2011). *REHABILITACION ESTETICO FUNCIONAL EN UN PACIENTE EDENTULO PARCIAL CON PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE FLEXIBLE DE NYLON SUPERIOR E INFERIOR*. Recuperado el 18 de 06 de 2014, de <http://es.slideshare.net/UACOCienciaOdontologica/rehabilitacion-estetico-funcional-en-un-paciente-edentulo-parcial>

11. ANEXOS

ANEXO 1

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- DETERMINAR LAS CARACTERISTICAS FACIALES DE PACIENTES EDENTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY, EN LOS Y LAS ESTUDIANTES DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- IDENTIFICAR LOS PACIENTES EDENTULOS PARCIALES SEGÚN LA CLASIFICACION DE KENNEDY POR GÉNERO.
- IDENTIFICAR LOS PACIENTES EDENTULOS PARCIALES CON ASIMETRIA FACIAL SEGÚN GÉNERO
- IDENTIFICAR LOS PACIENTES EDENTULOS PARCIALES CON Y ALTERACION DE LA LINEA MEDIA SEGÚN GÉNERO
- IDENTIFICAR LOS PACIENTES EDENTULOS PARCIALES CON ALTERACIONES DEL TERCIO INFERIOR SEGÚN GÉNERO

ESQUEMA

CAPITULO I

1. EDENTULISMO PARCIAL

1.1 Causas

1.2 Factores de riesgo

1.3 Fisiopatología

1.4 Clasificación de arcadas parcialmente edéntulos

1.4.1 Clasificación de Kennedy

1.4.2 Reglas de Applegate

CAPITULO II

2. CARACTERISTICAS FACIALES

2.1 Análisis facial

2.2 Evaluación macroestética: Exploración clínica de la cara

2.2.1 Forma y contorno de la cara

2.2.2 Línea media facial

2.2.3 Referencias Horizontales

2.2.4 Tercios faciales

2.2.4.1 Regla de los tercios

2.2.5 Proporciones transversales

2.3 Simetría Facial

2.3.1 Asimetría facial

2.4 Valoración de las proporciones faciales

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio:

El presente estudio consta de dos momentos:

El primer momento correspondió a la construcción colectiva de una base de datos, en la que constan las variables que se tomarán 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.

En 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 esta investigación las variables correspondientes a **CARACTERÍSTICAS FACIALES Y EDENTULISMO PARCIAL**, siendo esta investigación de tipo **descriptiva y correlacional, de corte transversal y cuantitativo**.

Universo:

Constituyen los y las estudiantes de la modalidad de estudios presencial, de las Carreras de la UNL, que corresponden a 8228.

Muestra:

La muestra es de 894 estudiantes, misma que se la ha definido utilizando el programa EPIINFO, con una confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%.

Sujetos de estudio:

Los sujetos de estudio son 237 estudiantes que presentan edentulismo parcial 159 que cumplen con los criterios de inclusión.

- 85 hombres
- 74 mujeres

Criterios de inclusión:

- Estudiantes legalmente matriculados en la UNL en cualquiera de las carreras.
- Estudiantes comprendidos en edades de 18-30 años de edad cumplidos al 1 de Mayo de 2014.
- Estudiantes que deseen participar y expresen su consentimiento por escrito.
- Fotografías extraorales de frente aprobadas con los criterios de validación.

Criterios de exclusión:

- 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 que habiendo sido seleccionados aleatoriamente no deseen o puedan participar en la investigación.
- Estudiantes portadores de ortodoncia fija
- Estudiantes que están incapacitados de realizarse el examen odontológico.
- Fotografías extraorales que no cumplan con los requisitos para su validación.

Instrumentos:

Se utilizó la historia clínica odontológica, para recopilación de datos informativos de diagnóstico odontológico, y fotografías de rostro.

Técnicas y procedimientos:

Luego de haber constituido la muestra aleatoriamente tanto en hombres como en mujeres y contando con el consentimiento de cada uno de los seleccionados se procedió de la siguiente manera:

1. Se realizó el respectivo diagnóstico clínico estomatognático y llenado de datos complementarios de la historia clínica respectiva; una vez completo este proceso como medida de promoción de la salud bucodental y prevención de patologías orales se realizó a los y las estudiantes que forman parte del estudio una profilaxis dental.
2. En el caso de las personas que ameriten referirlas para tratamiento odontológico se les entregó un documento que cuente con el diagnóstico inicial para que sean atendidos en el departamento de Bienestar Universitario.
3. Como constancia de la atención integral al estudiante se le hizo la entrega de un carnet.
4. Luego de culminada la programación inicial de atenciones, se realizó un barrido hasta completar la muestra respectiva.

Una vez obtenida diariamente esta información fue remitida a los digitadores que introdujeron los datos en el programa de EPIINFO, con una plantilla previamente diseñada.

La información digitada fue sometida a un control de calidad, realizado por los docentes y estudiantes, aprobada o rectificada, pertinentemente, de ser el caso.

Se procede a la identificación de los pacientes edéntulos parciales mediante la revisión de datos recopilados en la historia clínica y el odontograma.

Una vez establecidos los sujetos de estudio, se procede a la validación de las fotografías extraorales de frente, las mismas que deben cumplir con las siguientes características:

Consentimiento informado por parte del paciente

Buen enfoque, encuadre apropiado para la imagen

Reproducción nítida y fiel reproducción de detalles (forma, contorno, color)

Debe incluir solo los puntos de interés, libre de sombras

Formato adecuado (tamaño, ubicación, distancia)

Fotografía Extraoral de frente con labios en reposo

Línea bipupilar paralela al piso

El análisis de las mismas se realiza en las fotografías impresas en tamaño A4 (20x30 cm). Trazando las líneas referenciales con rapidografo N° 3 de color negro para la línea media, color azul para los tercios faciales y color rojo para tercio facial inferior.

La referencia para la línea media es: Alineación entre puente nasal, punta de la nariz, filtrum labial superior, mentón.

Estos mismos indicadores se utilizan para determinar si existe o no asimetría facial, sea esta derecha o izquierda.

Para el análisis de alteraciones del tercio inferior, se traza una línea paralela al suelo por el punto subnasal y otra paralela al suelo por el punto del mentón, además el tercio inferior ideal está dividido a su vez en tercios. El primer tercio comprende desde subnasal hasta stomion del labio superior. Los otros dos tercios se miden desde stomion del labio inferior hasta el mentón.

Se procesan los datos, almacenados durante la recolección de información y se utiliza el programa Excel para ilustrar los resultados con gráficos.

Finalmente se realiza el análisis de los resultados obtenidos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edentulismo Parcial	Ausencia de piezas dentarias permanentes	Piezas dentales ausentes	Clasificación de Edentulismo Parcial según Kennedy	Clase I de Kennedy
				Clase II de Kennedy
				Clase III de Kennedy
				Clase IV de Kennedy
Características faciales	Alteraciones faciales, ocasionadas por edentulismo parcial	Características faciales alteradas	Asimetría Facial	Derecha
			Desviación de Línea media	Izquierda
				Si
			Alteración del tercio inferior	No
				Si
			No	

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

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"/>
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"/>
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"/>

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	<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"/>

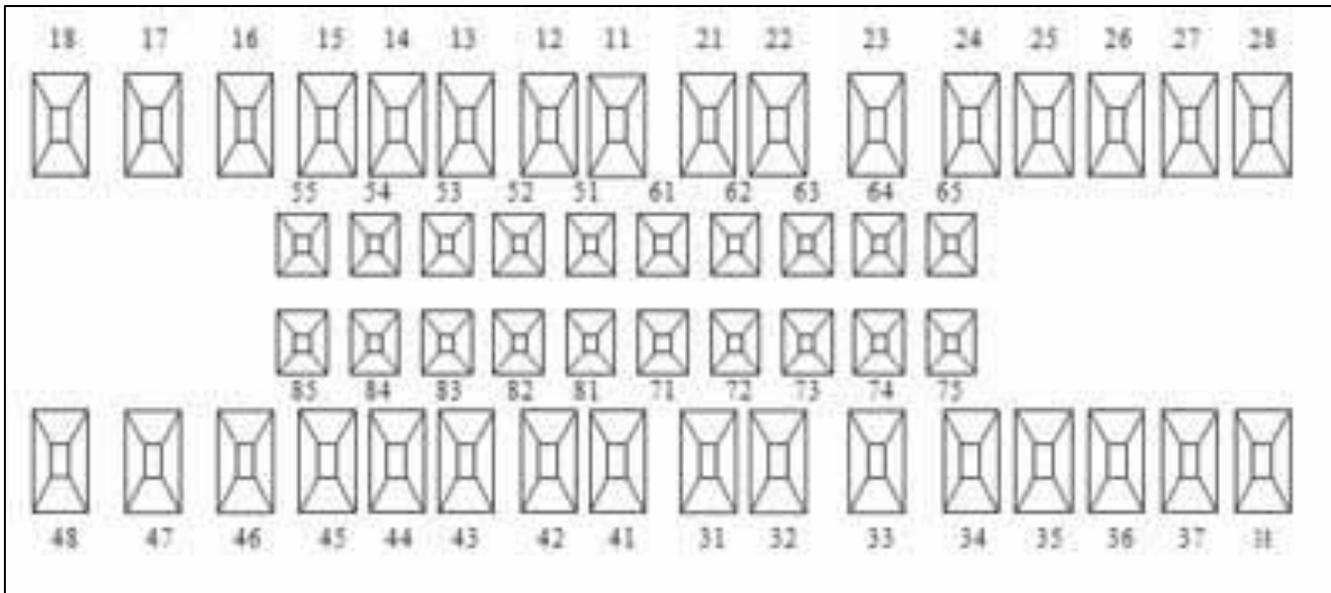
ASIMETRÍA FACIAL:

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"/>
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:



Porta ortodoncia fija

SI NO

C

Tuvo tratamiento ortodoncico

SI NO

P

TAMAÑO DE ESPACIO EDENTULO

O

CUADRANTE 1



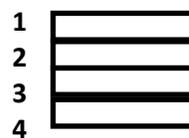
CUADRANTE 2



CUADRANTE 3



CUADRANTE 4



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"/>

OCLUSIÓN

RELACIÓN MOLAR:

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

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"/>
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"/>
Mordida bis a bis	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<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"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Cuadrado
Triangular
Ovoidal

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 Aftas menores Lesiones Herpéticas

MANDIBULA

Forma de arcada
Cuadrado
Triangular
Ovoidal

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 Carrilos Localizado Reborde

PISO DE LA BOCA:

Ránula	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizacion	<input type="checkbox"/>
Hipertrofia de frenillo lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
Torus lingual	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		

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 FONÉTICOS SI NO

NECESIDAD DE TRATAMIENTO SI NO

LENGUA:

FISURADA SI NO

GEOGRÁFICA SI NO

MACROGLOSSIA SI NO

PATOLOGÍA PULPAR: SI NO

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"/>
Exposicionpulpar	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Piezas:	<input type="text"/>
Lineas 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"/>
§ Localizado	<input type="text"/>
§ Corto	<input type="text"/>
§ Intermitente	<input type="text"/>
§ Espontaneo	<input type="text"/>
§ Difuso	<input type="text"/>
§ Prolongado	<input type="text"/>
§ Continuo	<input type="text"/>

§ Sordo	<input type="text"/>
§ Expansivo	<input type="text"/>
§ Pulsátil	<input type="text"/>
§ Irradiado	<input type="text"/>
§ Ocasional	<input type="text"/>
§ Constante	<input type="text"/>
§ Agudo	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>

3. Palpación

Coronaria Sí No
 Apical Sí No
 Tumoración firme
 Tumoración Blanda
 Asintomático

4. Percusión
 Horizontal Positivo Negativo
 Vertical Positivo Negativo

5. Pruebas térmicas
 frío Positivo Negativo Cede después del estímulo
 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	<input type="text"/>
	Denso	<input type="text"/>
	Roto	<input type="text"/>

9. DIAGNÓSTICO	<input type="text"/>
NECROSIS PULPAR	<input type="text"/>
PULPITIS IRREVERSIBLE	<input type="text"/>
PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA	<input type="text"/>
PULPITIS REVERSIBLE	<input type="text"/>
ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO	<input type="text"/>
ABCESODENTO ALVEOLAR CON FISTULA	<input type="text"/>
ABCESODENTO ALVEOLAR SIN FISTULA	<input type="text"/>
DESPULPADO / RETRATAMIENTO	<input type="text"/>
OTRO:	<input type="text"/>

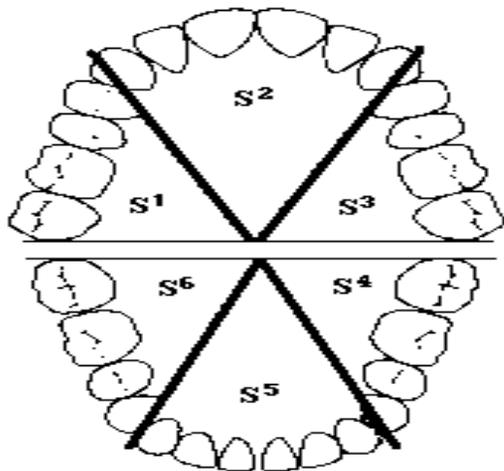
PATOLOGIA PERIODONTAL

EVALUACIÓN PERIODONTAL:

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad

NECESIDAD DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

0 Tejidos sanos	<input type="text"/>
1 Sangrado gingival	<input type="text"/>
2 Presencia de cálculo y/o obturaciones defectuosas	<input type="text"/>
3-4 Bolsa patológica de 3,5 a 5,5mm	<input type="text"/>



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

CÁLCULO SUPRAGINGIVAL

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

CÁLCULO SUBGINGIVAL

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

INDICE IHOS

Placa Bacteriana

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

TRIPTICO INFORMATIVO

¿DONDE TE PUEDES ATENDER?

La clínica odontológica de la carrera de Odontología de la UNL, ofrece servicios odontológicos integrales.

Contribuye a la solución de los problemas de salud- enfermedad de la población lojana.

Ofrece atención personalizada a niños y adultos, en tratamientos de operatoria dental, endodoncia, Exodoncia, periodoncia, próstodoncia fija removible y total.

Bajo la tutoría de odontólogos especializados.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

“CARACTERISTICAS FACIALES
DE PACIENTES EDENTULOS
PARCIALES SEGÚN LA
CLASIFICACION DE KENNEDY
EN LOS Y LAS ESTUDIANTES
DE LA MODALIDAD DE
ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LOJA”



AUTOR: JOHANA MENDOZA

EDENTULISMO PARCIAL

Es una patología que conlleva a la pérdida parcial de los dientes definitivos en una persona adulta.



CAUSAS

Las causas principales del edentulismo parcial son: desde una mala higiene bucal, caries dental, enfermedades periodontales, traumatismos hasta una enfermedad sistémica algunos de los motivos por los que se puede padecer tanto en hombres como en mujeres.

Estudios epidemiológicos en diferentes países, indican que la falta de piezas dentarias se observa en un 80% de la población aproximadamente.

CONSECUENCIAS

La mayoría de los clínicos señalan: alteraciones estéticas; disminución de la eficacia de la masticación, ya que no pueden masticar ciertos alimentos; movimiento dentario para ocupar el espacio libre, disfunción de articulación Temporomandibular, pérdida de hueso.

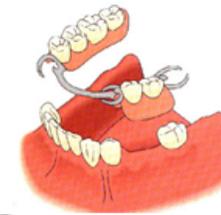


Las personas que sufren de edentulismo ven mermada su calidad de vida, siendo además un factor que puede provocar problemas de autoestima, ya que produce un aspecto envejecido.



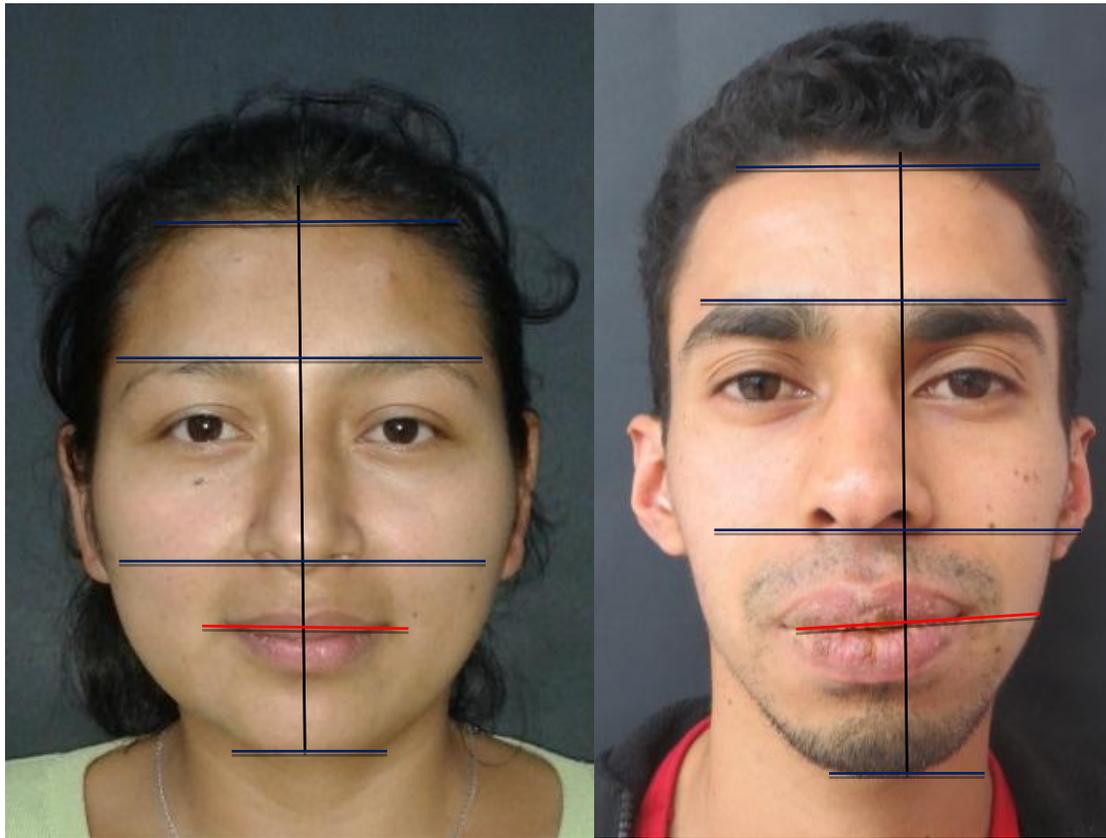
TRATAMIENTO

En cualquiera de los casos, el tratamiento consistirá en sustituir las piezas perdidas por otras, ya sea mediante un aparato, implantes, puentes, etc. Será el odontólogo quien determine el mejor tratamiento a seguir según la causa, el estado de las encías y las condiciones económicas del paciente.

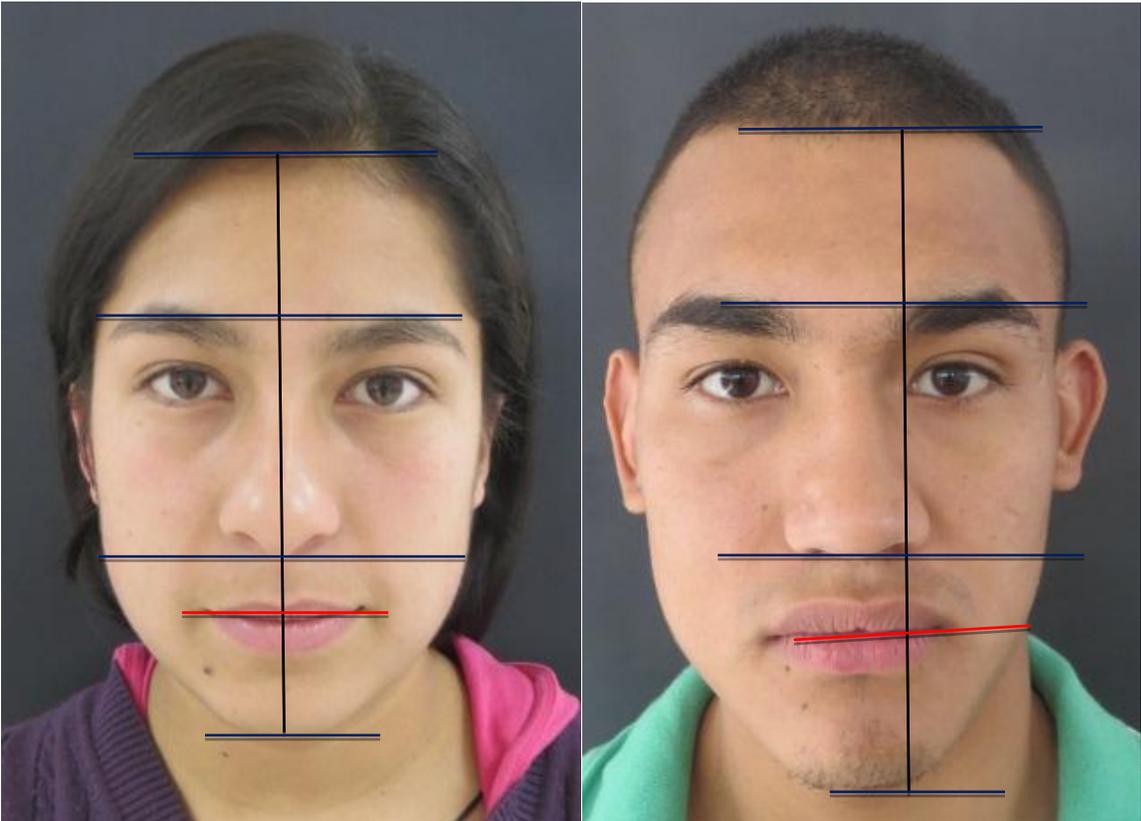


TRAZADO EN FOTOGRAFÍAS DE ESTUDIANTES CON EDENTULISMO PARCIAL
SEGÚN CLASIFICACION DE KENNEDY

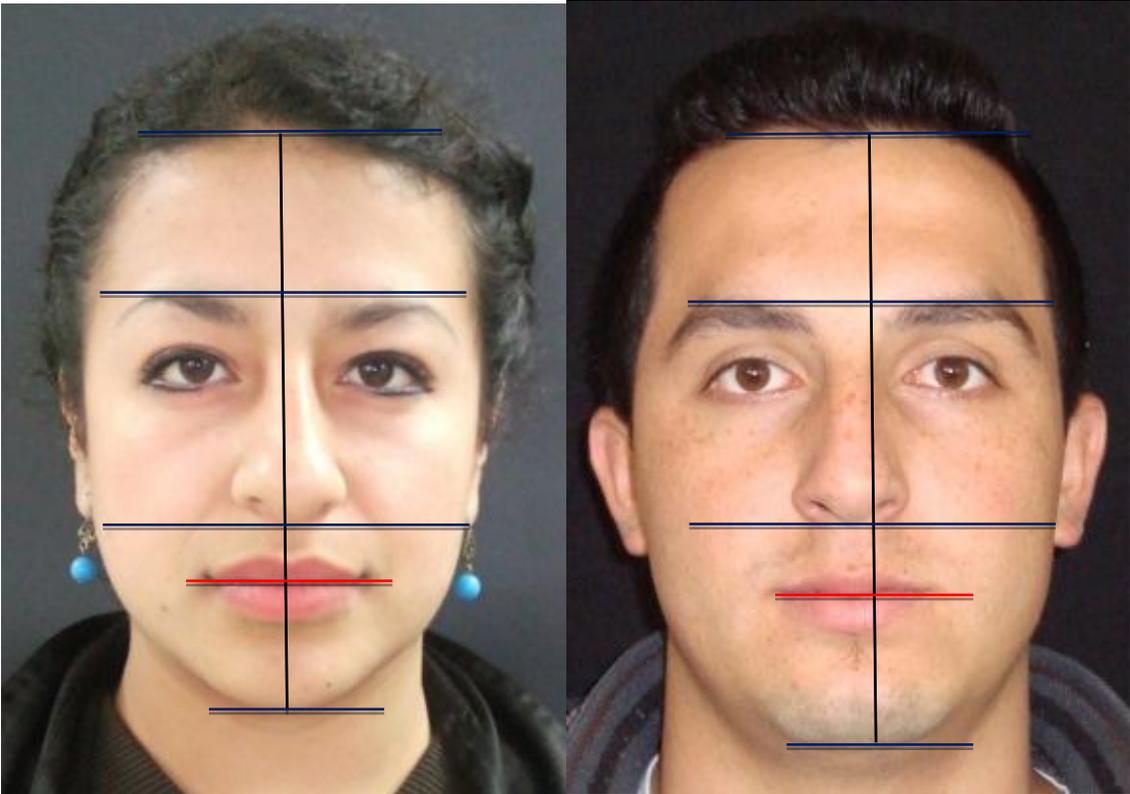
CLASE I



CLASE II



CLASE III



ÍNDICE

	Pág.
CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORIA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1. TITULO	7
2. RESUMEN.....	8
SUMMARY	9
3. INTRODUCCION	10
4. REVISION DE LITERATURA.....	13
5. MATERIALES Y METODOS.....	39
6. RESULTADOS.....	42
7. DISCUSION.....	51
8. CONCLUSIONES	55
9. RECOMENDACIONES.....	56
10.BIBLIOGRAFIA.....	57
11.ANEXOS	66