



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PAÉZ

**COMPONENTES DEL TEJIDO BLANDO, ESQUELETICOS
Y DENTALES DE PACIENTES CON MORDIDA ABIERTA
ANTERIOR EN DENTICION MIXTA.**

Autores:

Br. Armas .Delia.

Br. Ibarra. G. Barbara. E

Urb. Yuma II, Calle N° 3 Municipio San Diego

Teléfono:(0241) - 8714042 (Master)-Fax (0241)871-9324



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

**COMPONENTES DEL TEJIDO BLANDO, ESQUELETICOS Y
DENTALES DE PACIENTES CON MORDIDA ABIERTA
ANTERIOR EN DENTICION MIXTA.**

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Odontólogo**

AUTORES:

Br. Armas .Delia.
Br. Ibarra. G. Barbara. E

TUTOR: OSWALDO MEJIAS

San diego, septiembre de 2016



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA

PLANILLA SOLICITUD: ANÁLISIS Y APROBACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

DATOS PERSONALES		
Apellidos : Ibarra Gusmán	Nombres : Barbara Elizabeth	C.I : 19.833.232
Dirección: Urb . Ciudad Alianza , Res Arboleda Edf Araguaney piso 1B		TLF : 0245-5716426
DATOS ACADEMICOS		
Escuela : Odontología		Índice Académico :11.000
DATOS DEL PROYECTO DEL TRABAJO DE GRADO		
Autores :		
Armas.L .Delia. M		TLF 0245-6350165
Ibarra. G. Bárbara .E		TLF : 0416-4446196
Título del trabajo : COMPONENTES DEL TEJIDO BLANDO, ESQUELETICOS Y DENTALES DE PACIENTES CON MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EN DENTICION MIXTA.EN EL PERIDODO		
Breve explicación: este trabajo tienen como finalidad describir las características de los componentes del tejido blando , esqueléticos y dentales de pacientes con mordida abierta mixta en la clínica de ortopedia II de la universidad José Antonio Páez y determinar las causas .		
Lugar donde se desarrollara el proyecto : Clínica II de la Universidad José Antonio Páez		
Tiempo de Desarrollo : mayo- septiembre 2016		
Tutor Académico Propuesto: Oswaldo Mejias.		
APROBADO _____ NO APROBADO _____		

COORDINACIÓN DE PASANTIA Y TRABAJO DE GRADO

_____	_____	_____
NOMBRE	FIRMA	FECHA
DIRECCIÓN DE ESCUELA		
_____	_____	_____



Universidad José Antonio Páez
Facultad de ciencias de la salud
Escuela de Odontología

San Diego, Septiembre de 2016

ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Grado: **COMPONENTES DEL TEJIDO BLANDO, ESQUELETICOS Y DENTALES DE PACIENTES CON MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EN DENTACION MIXTA. EN EL PERIODO.** Ha sido revisado y cumplido, con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

TUTOR: OD. Oswaldo Mejías: _____

Firma

Fecha



Universidad José Antonio Páez
Facultad de ciencias de la salud
Escuela de Odontología

San Diego, Septiembre de 2016

ACTA DE REVISIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

Quienes suscriben esta Acta, dejan constancia que el Trabajo de Grado: **COMPONENTES DEL TEJIDO BLANDO, ESQUELETICOS Y DENTALES DE PACIENTES CON MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EN DENTICION MIXTA. EN EL PERIDODO.** Ha sido revisado y cumplido, con los requisitos exigidos para su aprobación, recomiendan su tramitación ante el organismo académico correspondiente.

TUTOR ACADEMICO: _____

NOMBRE Y APELLIDO FIRMA FECHA

JURADOS

NOMBRE Y APELLIDO FIRMA FECHA

NOMBRE Y APELLIDO FIRMA FECHA



Universidad José Antonio Páez
Facultad de ciencias de la salud
Escuela de Odontología

CU-UJAP_____

San diego. Estado. Carabobo_____

Ciudadana(s):

Armas López Delia Mercedes

C.I 24.637.487

Ibarra Gusmán Barbará Elizabeth

C.I 19.833.232

Presente.

Cumplo con informarle que el Consejo Universitario de la Universidad José Antonio Páez, en su sesión N° _____, celebrada, _____ acordó aprobar el proyecto de Trabajo de Grado, presentado por ustedes, como requisito para optar al Título Profesional, titulado “Odontólogo”

Atentamente

Secretaria



Universidad José Antonio Páez
Facultad de ciencias de la salud
Escuela de Odontología

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Quien suscribe, **OSWALDO MEJIAS**, portador de la cedula de identidad N° _____, en mi carácter de tutor de trabajo de grado, presentado por la ciudadana **ARMAS DELIA**, portadora de la cedula de identidad N°24.637.487 y la ciudadana **IBARRA BARBARA**, portadora de la cedula de identidad N°19.833.232 titulado **COMPONENTES DEL TEJIDO BLANDO, ESQUELETICOS Y DENTALES DE PACIENTES CON MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EN DENTACION MIXTA. EN EL PERIDODO** requisito parcial para optar al título de **“ODONTÓLOGO”**, considerando que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 5 días del mes de septiembre, del año Dos Mil Dieciséis.

OD. OSWALDO MEJIAS

C.I _____

DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a **DIOS** que con su ayuda pudimos realizar este trabajo. De manera especial se la dedico a **mi hija Renata Zoé .Esposo** Hengers Carrera,**Padres** Ysmari Gusmán y Jesús Ibarra,**Abuelos:** Emilia Manzanilla y Jesús Azuaje ,**Mi hermana**Stephany , mis hermanos Manuel y Jesús , tíos y primas ya que están conmigo en cada alegría y tristeza y me han apoyado en mi carrera .

Barbará Ibarra

DEDICATORIA

Yo Delia Armas se la dedico a mis padres Dilcia López y Alfredo Valderrama quienes han sido instrumento de Dios para que esto sea posible, quienes han estado en cada momento brindando su ayuda sin condición, a mi familia la cual me ha apoyado y dado animo enseñando a ser perseverante, no me queda más que agradecerle a mi Dios que sin el cual nada de esto sería posible.

AGRADECIMIENTO

Principalmente agradecemos a DIOS por guiar nuestros pasos, ya que es el quien nos acompaña en todo momento a lo largo de nuestra carrera, en momentos difíciles no nos dejó caer, por mi parte Barbará Ibarra le agradezco plenamente a la Rosa Mística quien me ayuda en todo, a mi familia, a mi compañera Delia Armas le doy las gracias por su amistad y a personas que hoy no están y me acompañan desde el cielo Barbará Gusman y Fernando Ibarra Manzanilla.

Agradecemos también al profesor Oswaldo Mejías por creer en nosotras, en nuestra tesis y por la oportunidad de trabajar con él en este compromiso donde nos dejó muchos aprendizajes como tutor, profesor y persona. Gracias a la Profesora Nora de Fraino y a la Profesora Audrey Aponte por brindarnos sus conocimientos en cuanto al tema. A los pacientes de la Universidad José Antonio Páez de la Clínica de Ortopedia gracias infinitas.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PP
INDICE DE TABLAS.....	III
RESUMEN INFORMATIVO.....	IV
INTRODUCCION.....	V-VI
CAPITULO	
I EL PROBLEMA	
1.1 .PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20-21
1.2 .OBJETIVOS.....	23
1.3 .JUSTIFICACION.....	23-24
II MARCO TEORICO	
2.1. ANTECEDENTES.....	26-27
2.2. BASES TEORICAS.....	29-30
2.3. DEFINICION DE TERMINOS.....	43-44
III MARCO METOLOGICO	
3.1 Consideraciones generales.....	45
3.2 Tipo de investigación y diseño de la investigación.....	45-46
3.2 Población y Muestra	47-48
3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	48

	3.5 Análisis e interpretación de la información.....	49-50
	3.6 tabla de operacionalizacion de variables.....	51
IV	ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS...	52
	4.1 Análisis de los resultados.....	57
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	5.1. CONCLUSIONES.....	58-59
	5.2 RECOMENDACIONES.....	59
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	60
	ANEXO.....	61

INDICE DE CUADROS

CONTENIDO

CUADROS	PP
1. VALORES MEDIOS DE LA POBLACION.....	53
2. COMPARACION MEDIDAS ESTADISTICAS EN FUNCION AL SEXO.....	55
3. PRUEBA T COMPARACION DE MEDIDAS EN FUNCION A LAS VARIABLES DE REFENCIA.....	56



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**COMPONENTES DEL TEJIDO BLANDO, ESQUELETICOS Y DENTALES
DE PACIENTES CON MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EN DENTICION
MIXTA**

Autores: Delia Armas
Barbará Ibarra
Tutor: Oswaldo mejías

RESUMEN

El presente proyecto informa sobre una maloclusión la cual afecta en gran mayoría la población infantil como lo es la mordida abierta anterior la cual puede definirse como "la ausencia de contacto de los dientes de los sectores anteriores de los maxilares con sus antagonistas" La lengua se posiciona entre los incisivos contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y se realiza una presión contra ellos durante la fase de la deglución y como consecuencia en muchos casos aparece esta maloclusión. .El objetivo general de la investigación es componentes de tejido blando, esqueletales y dentales de pacientes con mordida abierta anterior en dentición mixta. Cuenta como objetivos Describir las longitudes y grosores del tejido blando del tercio antero-inferior facial de los pacientes. Describir el patrón antero-posterior y vertical esqueletal, Describir la angulación de incisivos y erupción molar de pacientes, Comparar las características de tejido blando, esqueletal y dental según el dimorfismo

sexual. Por lo que se espera que se de gran ayuda para todo aquel que tenga acceso a la información presentada.

Descriptores: Deglución, Mordida abierta anterior, respiración bucal, tejido blando, dental, esquelético.

INTRODUCCIÓN

El proyecto trata de una situación o características dental asociado a la mordida abierta que no es más que una maloclusión asociada a una desalineación incorrecta dental en la que dos dientes opuestos se encuentran. Las características más comunes de estos pacientes son: boca entreabierta en reposo, respiración bucal diurna y nocturna, ojeras marcadas y mucho cansancio. Siendo una unidad orgánica funcional el sistema estomatognático integran los sistemas digestivo, respiratorio y fonoarticulatorio, así como los principales sentidos relacionados con funciones tan vitales y primarias como la respiración, la masticación y la deglución. Las alteraciones en una o más de estas funciones, van a generar desequilibrios en el sistema estomatognático en general y en la oclusión dentaria.

De igual forma, se debe tomar en cuenta el patrón esqueleto óseo cráneo facial, el cual se entiende como una estructura compuesta que soporta y protege una serie de funciones vitales, y es de importancia en la ortodoncia porque las variaciones en la morfología cráneo facial son la fuente de maloclusiones muy serias, y los cambios clínicos del crecimiento y la morfología ósea son una base fundamental para un tratamiento, dicho patrón es modificado por la mordida abierta, modificando a su vez las características dentales del que lo padezca. Cabe destacar que en la siguiente

investigación, busca corregir y concientizar a todo aquel que tenga acceso a la información aquí plasmada.

La presente investigación se estructura de la siguiente manera:

El capítulo I el problema, lo cual contiene la problemática objeto de estudio, así como los objetivos que se persiguen y la justificación del mismo. Con eso en mente se tiene como objetivo comparar los patrones esqueléticos y el cambio dental, de acuerdo, a la mordida abierta en un grupo de niños de la clínica de ortopedia II de la Universidad José Antonio Páez, donde se busca la determinación o identificación del tipo de deglución presente. Ya que a dicha institución asisten diversidad de pacientes que presentan esta afectación, las cuales no tienen facilitada la información, por lo que trata de transmitir el significado, los efectos y características de la mordida abierta.

En el Capítulo II se integran los antecedentes , donde se puede observar de manera sencilla , que hay muchos estudios enfocados a esta problemática , que en la actualidad tiene mucha importancia , ya que existen muchos niños que padecen esta mal oclusión y lo largo de la vida les puede afectar de una mala manera si no se aborda a tiempo , por ello se descifra cada uno para así comprender las causas y problemática que acarrea esta enfermedad , alcanzando pasar de algo sencillo a problemas muchos más grave como la salud mental del individuo afectado .

De la misma manera en el capítulo III aseveramos la columna de la investigación , dejando por sentado todo lo que a el trabajo en forma investigativa se refiere , aquí se enfoca el estudio directo a las personas , a los padres , a veces hasta a las escuelas , para enfatizar la enfermedad ya que es directo .

Finalmente, en el capítulo IV y no menos importante ya que a través de él podemos expresar las ayudas que requerimos para esta investigación, recalcamos la asistencia de varias profesoras que corresponde al área clínica de ortopedia, así como la ayuda de nuestra tutora de la cátedra, incorporando también la institución como móvil y otros recursos usados que de una u otra manera sin ellos no se puede lograr este estudio. En todos los casos se debe lograr una correcta mordida, tomando en cuenta y anexando si existe relación remanente de crecimiento o no y si las vías aéreas están permeables todo esto tiene que ver con los factores ambientales.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

El sistema estomatognático corresponde a un complejo de estructuras clasificadas en estáticas y dinámicas que se relacionan fisiológicamente y actúan conjuntamente por el control del sistema nervioso, desempeñando las funciones de succión, masticación, deglución, respiración y habla. Principalmente los hábitos bucales son las causas de malformaciones dentales, esqueléticas y faciales, el grado de las modificaciones dependerá de la duración, frecuencia e intensidad, ya que se conoce que el mal hábito se realiza por fatiga, Estrés y aburrimiento. De la misma manera existen casos donde por falta de atención de los padres los niños crean algún habito para causar la curiosidad de sus padres.

Así mismo existen muchos hábitos y problemas bucales importantes, todos hacen incompatibilidad y discrepancia en la cavidad oral antes, durante y luego de la formación de las estructuras bucales (maxilares, dientes, alteraciones, cambios en los tipos de mordida). La deglución es una función que se encuentra presente en los seres humanos desde el período fetal, cumpliendo con un rol fundamental para la vida humana, ya que es la única vía de ingreso natural de los alimentos al organismo.

De igual modo, la deglución en los recién nacidos es menos relevante ya que su lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. Es por eso que, Zambrana y Dalva (1998), señalan que:

La deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias" La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución (p.230)

Adicionalmente, la deglución atípica se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina, lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua, impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil, el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.

Cabe destacar que las alteraciones que se observan durante la deglución atípica son señaladas como dificultades importantes, debido que a un nivel de características esqueléticas como: cambio de tamaño de músculos maseteros, presión de musculo buccinador, puede que los maxilares disminuyan o aumenten de tamaño (depende de la deglución atípica y si tiene otro tipo de hábito), altura facial anteroinferior y ángulo del plano mandibular abierto

De la misma forma, las características dentales modificadas por este hábito incluyen; Que Ambos incisivos superiores se encuentren protruidos, los incisivos inferiores retruidos, mordida abierta en anterior, y cruzada posterior donde esto repercutirá en su patrón esquelético, es así como se resalta, que la masticación no siempre será eficiente, debido a que se pierde la armonía dental y se presentan alteraciones de tipo ortodóntico. Así mismo, Segovia (1977) señala:

Tenemos como característica que la deglución atípica es una ausencia de oclusión dentaria, es decir, la interposición lingual, que puede ser tanto lateral como anterior, como la interposición labial que promueve el levantamiento anterior, la cual va a depender del overbite presentado si este es mayor o menor.

Eventualmente este tipo de hábitos causa gran impacto en las personas que rodean al niño, siendo el acto de la comida un momento incomodo por lo tanto afecta psicológicamente al paciente, puede que ocurra debido a algún tipo de desequilibrio del control nervioso – son niños, que por un problema neurológico, no tiene el control de la musculatura ni la coordinación motora; en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.

Por consiguiente, existen otras causas como la anquiloglosia, frenillo lingual anormal o lengua aprisionada, pérdidas dentarias tempranas y diastemas anteriores, desnutrición, factores simbióticos, succión del dedo, respiración bucal, Hábitos alimenticios inadecuados, succión del chupeteen la primera infancia entre otros. Por ello es importante esta investigación ya que se podrá indagar, evaluar y estudiar varios casos diferentes entre sí, que servirá de guía para el futuro de la Carrera. Saber identificar cuando un niño tiene pena de tragar, o siente disminución a la hora de comer y otras características que llevan a diagnosticar que un paciente padece de este mal hábito.

Debido a que los pacientes con mordida abierta presentan una combinación de alteraciones dentales y esqueléticas junto a una hipertonia de los músculos propulsores de la lengua y del área del mentón, en donde el estudio de este parámetro idealmente conlleva una electromiografía; los autores harán un abordaje indirecto mediante el estudio Cefalométrico de posiciones, grosores y longitudes de cada componente. De esta forma esclarecer las características innatas de la población venezolana en dentición mixta con esta anomalía oclusal.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles serán las características Dentales y Esqueléticas que presentan los pacientes con Deglución Atípica?

1.3 Objetivo General

Componentes de tejido blando, esqueletales y dentales de pacientes con mordida abierta.

1.4. Objetivos Específicos

- Describir las longitudes y grosores del tejido blando del tercio antero-inferior facial de los pacientes.
- Describir el patrón antero-posterior y vertical esqueletal.
- Describir la angulación de incisivos y erupción molar de pacientes.
- Comparar las características de tejido blando, esqueletal y dental según el dimorfismo sexual.

1.5. Justificación de la Investigación

Se conoce que la mordida abierta en niños trae muchas consecuencias graves para la salud en general de quien la padece distintos estudios y textos demuestran que mantener el sistema masticatorio sano facilita la realización correcta de las distintas funciones orales, es por ello, que el presente trabajo pretende dar a conocer a los lectores, que es en realidad la mordida abierta y cuáles son sus efectos, ya que este punto es de suma importancia, debido a que durante el proceso de aprendizaje obtenido en transcurso de la carrera se ha podido observar, que la deglución atípica es uno de los hábitos más frecuentes en niños. De tal manera se quiere expresar en la investigación que es a lo que conlleva a padecer este tipo de hábito en dichos pacientes, como es el proceso de su desarrollo y el posible tratamiento del mismo.

Se quiere con esta investigación que se puede mejorar la salud bucal y general de los pacientes de la Universidad José Antonio Páez que la padecen.

De igual forma, se busca realizar una comparación de los patrones esqueléticos, el cambio dental y de componentes bucales de acuerdo a la mordida abierta en un grupo de niños de la clínica de ortopedia II de la Universidad José Antonio Páez, donde se busca la determinación o identificación del tipo de deglución presente. Las maloclusiones constituyen uno de los principales problemas más frecuentes en la población infantil, desde hace mucho tiempo trayendo como resultado problemas graves y a veces enfermedades en la salud general de un niño.

Las mismas antes mencionadas pueden estar asociadas a dificultades de tipo esquelético, dental o directamente ir de la mano con hábitos parafuncionales resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial.

En consecuencia, la mordida abierta suele presentarse en muchos pacientes que padecen respiración bucal, debido a varios factores como la rinitis alérgica, problemas de la faringe o tabique desviado, incorporado la deglución atípica como principal factor causal de estos trastornos. Es por ello que se debe tomar en cuenta, que existe una falta de coordinación entre la masticación y la respiración, razón que lleva a que el niño padezca otras enfermedades como: anorexia, falta de apetito, ronquidos, alteración del cóndilo con mucho dolor, cansancio entre otros. Por ende se debe tomar en consideración que no solo es un mal hábito sino todo lo que conduce si no es tratado a tiempo.

Es por ello, que se pretende dar a conocer en las clínicas de ortopedia I, II y de la universidad José Antonio Páez la importancia de los pacientes que acuden con cualquier síntoma o signo que sea significativo como para alertar que se trata de una maloclusión, para así mantener una observación y seguimiento constante,

en virtud de que el paciente haga referencia a alguna enfermedad, proceder a buscar el porqué de la misma, e identificar un tiempo estimado de hace cuanto comenzó la enfermedad.

Esta investigación nos permite contribuir con el profesional de odontología, ya que tiene bajo su responsabilidad el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, en este caso la mordida abierta. De igual forma, la investigación contribuirá en el establecimiento de medidas preventivas en el área de la salud, para crear conciencia a todo aquel que tenga acceso a la información y sirve de iniciativa a nuevas investigaciones por parte de los futuros avances tecnológicos, por lo que es de esperar el poder transmitir la importancia de maloclusión en la rama de la odontología.

Se conoce que se presentan distintos tipos de mordida abierta así como características faciales e intraorales, cuantificables utilizando el diagnóstico Cefalométrico que son de importancia para un buen desarrollo del tratamiento, así como para su correcto diagnóstico, tomando en cuenta que el componente genético puede agravar un paciente, todo va a depender y variar de la edad del paciente, ambiente psicológico, aspecto ambiental, situación socioeconómica, complejidad del caso, duración y en especial la aceptación por parte del paciente.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Quirós Á. (2003) “Características de la Oclusión en niños del Jardín de Infancia: “Beatriz de Roche”, del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (I.V.I C)” Analizar las características de las maloclusiones en un grupo de niños entre 4 y 6 años de edad pertenecientes al Jardín de infancia Beatriz de Roche. En base a ello se busca caracterizar la oclusión y determinar la presencia de maloclusiones en la población estudiada, para identificar los diferentes tipos de maloclusiones presentes entre los niños estudiados reconociendo así los signos incipientes en las maloclusiones entre los niños estudiados. Más de un 60 % de los niños examinados presento algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presento maloclusiones. El abordaje de los problemas de maloclusiones, es frecuentemente realizado sobre niños en dentición permanente, pero en la revisión de la literatura se encuentran en menor cantidad los estudios que al respecto se realizan en niños en dentición temporal, de allí parte la inquietud de los que de alguna manera se está en contacto con la problemática que en estos infantes puede ser encontrada.

La oclusión es de vital importante, ya que es la forma en la que los dientes entablan contacto cuando la persona tiene su boca cerrada, un desequilibrio en ella puede traer como consecuencia diversas maloclusiones, una de ellas es la mordida abierta anterior, la cual causa efectos no solo en la deglución, masticación, la estética e incluso el habla, sino que también tiene repercusiones en los demás componentes del sistema estomatognático, el cual es un problema real

con el que nos enfrentamos en la práctica clínica diaria. Esta no solo comprende la interdigitación de los dientes, sino también las relaciones de éstos con los tejidos blandos y duros que los rodean, haciendo cambios en ellos lo que puede o no traer consecuencias como lo son, los hábitos bucales.

Díaz F .J.A, Velázquez B. R, Pérez G.N. “Cambios pronósticos del tejido blando nasolabiomentoniano en función de los ocurridos en el componente dental del síndrome de mordida abierta anterior ” Se realizó una investigación retrospectiva de 46 pacientes operados del síndrome de mordida abierta anterior en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba durante 1985-1991, con el propósito de determinar los cambios ocurridos en el tejido blando del complejo nasolabiomentoniano en función de los producidos en el componente dental durante la corrección quirúrgica de esta entidad.

En este trabajo se analizan cuidadosamente los cambios pronósticos del tejido blando del tercio inferior de la cara, según las modificaciones de los componentes dental y esquelético del síndrome de mordida abierta anterior (SMAA) y se atiende al movimiento multidireccional y multisectorial de los segmentos dentoóseos y esqueléticos, dado el predominio de la cirugía bimaxilar en nuestra casuística, que nos obligó a tomar en cuenta la interinfluencia de las diferentes técnicas quirúrgicas aplicadas. Durante el procesamiento de la información, para variables que tomaron valores positivos y negativos, se aplicó una escala de conversión mediante la cual se llevaron todos a positivos y luego se regresaron a su escala inicial. Se calcularon los coeficientes de correlación r para regresiones lineales simples, así como relaciones de 2 variables para determinar qué variación provocó una en la otra (tejido duro en el blando).

Los cambios pronósticos del tejido blando en función a lo ocurrido en el componente dental en la mordida abierta anterior tienen como objetivo explicar

esos cambios que presenta el pronóstico de dicha maloclusión a través de la intervención quirúrgica, ya que como lo hemos hablado anteriormente cualquier cambio en la cavidad tendrá repercusiones hacia todo lo que esta adyacente, en este caso la condición dental, ocasiono cambios en el tejido blando, por lo que a través de diferentes tratamiento quirúrgico, se obtuvo un buen resultado observándose cambios en el mismo, pudiéndose relacionar con el componente dentario. Llegando como resultado que el movimiento posterior de los incisivos superiores fue el causante, del aumenta de altura del labio superior, lo cual fue corroborados en diferentes pacientes, ya sea por sexo, edad, etnia.

Bertorello A, “Los efectos del tratamiento en niños que presentan maloclusión dentaria”, (2013): este trabajo se buscó como objetivo principal de este estudio es describir la frecuencia de hábitos parafuncionales y disfunciones miofuncionales orales, y valorar su asociación con signos y síntomas de trastornos temporomandibulares en pacientes que concurren al Área de trastorno temporomandibular de la Cátedra de Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología. Se propone la utilización de terapias miofuncionales orientadas a resolver los efectos de la maloclusión dentaria sobre la salud bucal y se señala el valor terapéutico del tratamiento interdisciplinario. El estudio demuestra que el tratamiento fonaudiológico que se realiza en niños -entre 6 y 8 años- modera el avance de la maloclusión dentaria. La terapia miofuncional que se aplica conlleva un conjunto de procedimientos y técnicas que se utilizan para prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que pueden interferir, tanto en la producción del habla como en las diferentes estructuras del sistema orofacial. Con los ejercicios mioterapéuticos aplicados se demuestra que se ha logrado compensar las estructuras óseas y musculares implicadas creando nuevos patrones neuromotores de comportamiento, reduciendo las parafunciones y mejorando la estética del paciente. El propósito de este trabajo es efectuar una invitación a la reflexión por parte de los profesionales implicados en la detección y tratamiento de la maloclusión. La necesidad de intervención para prevenir y tratar esta

patología, es uno de los desafíos actuales en el área de la salud infantil. Luego de las muestras en los 133 niños se obtuvieron los resultados: La muestra quedó constituida por 133 pacientes de 12 años y 13 años. El 96% presentaban disfunciones o parafunciones. Respecto a las disfunciones, presentes en el 78% del total de la muestra, 48% correspondieron a deglución disfuncional, 45% a respiración bucal o mixta y 29% a masticación unilateral o anterior.

Se realizó tratamiento que consiste en terapias miofuncionales, las cuales van dirigidas a resolver los efectos de la maloclusión dentaria., bien sea contra bruxismo, onicofagia, succión, y así poder obtener Buenos resultados en la prevalencia de la maloclusión , donde como resultado son el principal método de estudio para describir y resolver los efectos de la maloclusión con respecto al valor terapéutico utilizando un conjunto de procedimientos para su análisis y ayudar a corregir disfunciones con respecto al habla y otros aspectos que puedan afectar hábitos parafuncionales, con ejercicios y tratamientos interdisciplinarios que ayuden a mejorar trastornos sobre la salud bucal y terapéutica del paciente.

2.2 Bases Teóricas

Primero que nada la Deglución, es

Ahora Bien vera (2011) define que La mordida abierta anterior puede ser definida como una maloclusión sin contacto dentario anterior, un overbite negativo, mientras que los dientes posteriores se encuentran en oclusión céntrica. El concepto también varía entre las diferentes escuelas: apertura clara entre los incisivos, falta de contacto evidente entre los dientes superiores e inferiores, que se manifiesta bien a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores.

De igual manera durante el curso normal de erupción, se espera que los dientes y su hueso alveolar de soporte se desarrollen hasta que los antagonistas oclusales se encuentren, pero ante cualquier interferencia en dicho curso puede resultar una mordida abierta

En la dentición mixta la incidencia de la mordida abierta es causada por varios factores como: erupción parcial de los incisivos, tamaño normal del tejido linfóide, provocando una posición inadecuada de la lengua, persistencia de deglución infantil y la presencia de hábitos orales.

De acuerdo a varios autores, la incidencia disminuye con la edad 10 años, en adolescentes entre los 16-18 años de edad. Alrededor del 2% en caucásicos y 16% en negros norteamericanos.

Esta disminución ocurre por el desarrollo de una oclusión normal, maduración neural del niño favorecido por el cese de los hábitos orales, disminución del tamaño de los adenoides y el establecimiento de la deglución normal adulta.

En la etiología de la mordida abierta anterior hemos encontrado factores relacionados con hábitos orales, tamaño y función anormal de la lengua, respiración oral, patrón de crecimiento vertical que predispone a una mordida abierta y enfermedades adquiridas.

Entre los hábitos más frecuentes podemos encontrarla

succión digital, chupeta, alteraciones en la posición y hábitos de la lengua. Normalmente, en las mordidas abiertas causadas por hábitos, el factor etiológico está reflejado en la disposición espacial de los dientes. Cuando este es limitado por

la inclinación vestibular de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos se debe a la succión del pulgar. En el caso de uso excesivo de chupeta hay una erupción incompleta de los incisivos en ambas arcadas caracterizadas por una configuración circular entre los incisivos superiores e inferiores. El hueso es el segundo tejido más duro del organismo humano, no obstante es maleable cuando se somete a fuerzas leves. Por lo tanto, una succión digital prolongada puede llevar a una interrupción del desarrollo vertical del proceso alveolar, estrechamiento lateral del maxilar superior por el incremento de la musculatura peribucal y una posición más inferior de la lengua.

Esta situación, en la mayoría de los casos, produce un mordido cruzado posterior, un paladar profundo, extrusión de los dientes posteriores y desplazamiento anterior de la maxila. Si esta condición permanece demasiado tiempo, las alteraciones pueden persistir, aún después que se ha abandonado el hábito. La interrupción del hábito puede ser traumática para algunos niños, debido a la importancia que tiene en la compensación de las necesidades psicológicas del niño. La interrupción brusca del hábito puede llevar a una transferencia para otros hábitos, en ocasiones menos aceptadas socialmente y más perjudiciales para el niño.

Para la motivación del paciente que verdaderamente quiere eliminar el hábito, el cual no es psicológicamente significativo, un aparato actuaría como recordatorio ayudando a eliminar el hábito. No obstante, el hábito es compulsivo, la ayuda psicológica es necesaria. Hasta que edad el hábito debe ser aceptado como normal? Generalmente, la succión digital es considerada normal en los primeros cuatro años de vida.

Esto juega un papel muy importante en el desarrollo emocional del niño y en las posibles consecuencias dentarias que no son permanentes en la

oclusión. Durante este período no se debet tratar de eliminar porque afectará el proceso de maduración del niño. Este enfoque permissivo, sin embargo, no es aconsejable después de los 6 años de edad, cuando el niño inicia su socialización. La persistencia de la succión digital puede ser un signo de retraso en el desarrollo emocional.

Interposición Lingual

La interposición lingual puede ser clasificada como: primaria, cuando esta es la principal causa de la mordida abierta anterior, y secundaria, cuando la lengua se adapta a una condición morfológica preexistente causada por un hábito o por una altura facial antero-inferior anormalmente mayor. La mordida abierta frecuentemente presenta incompetencia del labio superior y una hiperactividad compensatoria del labio inferior, del músculo orbicular de los labios y de la lengua. El cierre anterior durante la deglución necesariamente es realizado por la interposición de la lengua entre los incisivos, contribuyendo de esta forma a mantener el overbite negativo. Según Rosell c. 2005 En pacientes con este tipo de problema, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose, a veces lateralizada entre premolares y molares (expansión lateral), expandiendo lateralmente la musculatura lingual de esta zona. Se observa también contracción de los labios y las comisuras labiales, lo que provoca un estrechamiento del arco dentario a nivel de los caninos, y del músculo mentoniano.

Respiración Bucal

Otro factor que pone en peligro el balance funcional de la cavidad bucal y la normal interrelación de forma y función es la obstrucción de la vía aérea nasofaringea, la cual puede ser causada por agrandamiento de los adenoides y/o de los cornetes, excesivo tamaño del cartílago nasal e inflamación de la mucosa nasal. Bajo estas condiciones el niño desarrolla una forma alternativa de respiración a través de la cavidad bucal.

La causa más frecuente de respiración bucal es el agrandamiento del adenoides, tal como lo señala vanilli (2004) ``la respiración bucal ocurre generalmente por la presencia de obstrucciones nasales y faríngeas, las cuales pueden deberse, entre otros factores, a desviación del tabique nasal, adenoides, rinitis alérgica y falta de aseo nasal´´. Esta obstrucción por adenoides en la mayoría de los casos disminuye en tamaño con el crecimiento del niño. Por tanto para producirse la respiración por la cavidad bucal, la mandíbula se localiza más inferiormente con la lengua protruida y apoyada sobre el piso bucal. Esta alteración postural es la que conlleva a las modificaciones dentarias y esqueléticas, similares a aquellas causadas por la succión digital. Otras consecuencias de la protrusión mandibular son: la continua erupción de los dientes posteriores, el aumento en la dimensión vertical del paciente y consecuentemente la presencia de mordida abierta anterior.

De manera que, este hábito de la respiración bucal es el más dañino, constituyendo en el campo médico el denominado síndrome del respirador bucal o insuficiencia bucal, que ha generando múltiples alteraciones, como son a juicio de Vellini (2004), “la falta de cierre bucal, labio superior corto he invertido, alteraciones dentarias y maxilares, como es el caso de la compresión, protrusión de incisivos y Mordida abierta”

Según otros autores, al nacer, el niño respira por la nariz y si no hay interferencia el hábito del biberón seguirá haciéndolo durante toda su vida. Cuando succiona el pecho de la madre se esfuerza el mantenimiento del patrón respiratorio correcto. Al mismo tiempo que asume la postura correcta de la lengua en la deglución, es decir, manteniéndola sobre la papila incisiva, respirando por la nariz, el niño establece el crecimiento y el desarrollo armonioso de las estructuras implicadas en la respiración.

A su vez ocurre cuando lo hace a través del biberón, el modo en que succiona es completamente distinto: no ocurre el cierre labial perfecto, no se establece la respiración y la postura de la lengua es completamente distinta a la

correcta. De esta forma, el pezón de la madre constituye el primer aparato ortopédico, y el amamantamiento materno la primera mioterapia orofacial. Las alteraciones de la boca hacen que la lengua se coloque mal, es decir, manteniendo la punta baja y el dorso elevado. Se presenta así hipotonía, no pudiendo permanecer en la papila y provocando que la lengua deje de realizar sus funciones correctamente. Cuando la lengua se coloca en posición anterior, puede decirse que estamos delante de la denominada mordida abierta que afecta el habla y la deglución: si para permitir el paso del bolo alimenticio en la deglución, la lengua se mueve hacia adelante tocando el paladar duro, se verifica la protrusión, si por el contrario, la lengua se expansiona, presionando las arcadas en la región de los molares, la mandíbula se hunde en el maxilar y surge la sobremordida. Si permanece baja, estimulando el crecimiento de la rama ascendente, la parte hundida será el maxilar, denominándose prognatismo. Todos los respiradores bucales tienen una deglución atípica, pero lo contrario no es verdadero, es decir, no todos los casos de deglución atípica son necesariamente respiradores bucales.

Patrón de Crecimiento Vertical

El patrón vertical de crecimiento provoca la mordida abierta anterior. A este respecto, según Richardson citado por Rossell y Hovsepian existen tres tipos de mordidas abiertas esqueléticas, dependiendo del inicio y evolución de la displasia:

1. Esqueléticas "ab initio". Presentan la deformidad en una edad temprana y, aunque con poca intensidad, son ya visibles en la fase prepuberal; el origen dental y esquelético participa en la mordida abierta. Tienden a corregirse espontáneamente por compensación dentoalveolar, aunque los maxilares están verticalmente alejados, crecen verticalmente ambas denticiones hasta ponerse en contacto. Si persiste hasta el periodo postpuberal, la autocorrección, si se produce, es por crecimiento

mandibular: la mandíbula crece hacia adelante y arriba hasta que los dientes entran en contacto.

2. Recidivantes las mordidas abiertas se manifiestan en la edad prepuberal, se cierra en la pubertad y vuelve a reaparecer en la fase pospuberal. Tienen también un doble componente, dental y esquelético, y se consolidan en la adolescencia.
3. Esquelética de Novo. El patrón esquelético es el factor etiológico primitivo: la mordida está abierta por la hiperdivergencia recíproca de las bases maxilares. Aparecen en la edad puberal y son las que crean la mayor parte de los problemas clínicos. La relación vertical es normal y gradualmente se inicia una apertura anterior por el crecimiento mandibular con rotación hacia atrás y abajo.

Las mordidas abiertas esqueléticas son, perfectamente, de manifestación tardía, y aunque muestran a veces signos incipientes, florecen a partir de la pubertad. Cabe preguntarse la causa de este desarrollo aberrante, pero la respuesta está ahí; es una displasia ósea constitucional. Influyen, sin duda, factores ambientales (lengua, respiración oral, etc.,) pero la tendencia morfogenética es el punto de arranque de la mordida abierta esquelética.

Clasificación de la Mordida Abierta

Hay muchas clasificaciones para la Mordida Abierta Anterior, caracterizando su extensión horizontal, vertical y los factores etiológicos involucrados. Según Masson-Salvat la mordida abierta Anterior puede ser clasificada en dentaria, dento-esquelética y esquelética. Toda mordida abierta anterior es considerada dentaria, cuando en realidad resulta por una obstrucción de la erupción normal de los dientes anteriores, sin el comprometimiento de la altura del proceso alveolar. El grupo dento-esquelético, incluye aquellos que presentan un involucramiento evidente del proceso alveolar. La mordida abierta esquelética está relacionada con

desarmonías cráneo faciales. Sus características son: inclinación anterior del plano palatino, aumento de la altura facial antero-inferior, ángulo goníaco obtuso, ramomandibular cortó, marcada forma goníaca e hiperplasia dentoalveolar en el maxilar superior y la mandíbula.

A. Según la escuela Británica las mordidas abiertas se clasifican en:

Mordidas abiertas verdaderas:

- Son de origen esquelético.
- Patrón esquelético Dolicocefálico.
- Hiperdivergencia de los maxilares (los huesos están tan separados, que los dientes no se alcanzan para tener contacto).

B. según la zona donde se presenta la anomalía:

- **Mordida abierta anterior o simple**, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva.
- **Mordida abierta posterior**, si afecta a los segmentos bucales posteriores, que están en infra-erupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales.
- **Mordida abierta completa**, si el contacto solo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior.

Características Faciales, Esqueletal, Dental y Cefalométricas según Isaacson y cols(2007)son:

1. Exceso de altura facial anterior (tercio inferior).
2. Incompetencia labial ($>0 = 4$ mm).

3. Tendencia a exhibir maloclusión Clase II y deficiencia mandibular.
4. Tendencia a exhibir maxilar estrecha y mordida cruzada posterior.
5. La mordida abierta es localizada y no se extiende más allá de los caninos.
6. Se necesita adaptación labial y lingual para lograr el sellado bucal.
7. La curvatura anterior de la arcada mandibular se aplana por la presión del labio inferior, se retroinclinan los incisivos inferiores y aparece un ligero apiñamiento.
8. Si la mordida abierta es producida por un hábito de succión digital, la protrusión de los dientes superiores y la retrusión de los inferiores es más acentuada, está aumentado el resalte y hay apiñamiento severo.
9. El perfil será convexo, recto o cóncavo, dependiendo de la relación antero-posterior de los maxilares con respecto a la posición dentaria, pero siempre estará presente la característica del patrón dolicofacial.
10. La cara es larga, la nariz estrecha y presenta gran actividad muscular para establecer contacto labial.
11. Por incremento de la altura facial inferior se produce una incompetencia labial y un mal funcionamiento de los mismos, además existe una gran tensión de toda la zona peribucal.
12. Presenta exposición gingival excesiva, al sonreír, ya que presenta una apófisis alveolar larga.
13. Presenta gingivitis con frecuencia por el contacto de la encía con el aire que se respira por la boca.

Y además de estas características clínicas hay medidas Cefalométricas alteradas, entre las que encontramos:

1. La diferencia entre la altura facial anterior (plano SN - mentón) y la altura facial posterior (plano SN - gonion) es muy marcada.
2. Se observa hiperdivergencia facial anterior. El plano Silla- Nasion (S-N), plano palatino, el plano oclusal y el mandibular tienen un punto de convergencia posterior y divergen hacia delante, hacia la parte anterior de la cara.
3. La base craneal suele no estar afectada, aunque Subtenly y Sakuda encontraron una disminución de la Silla - Basion, en las mordidas abiertas esqueléticas, indicando una base craneal corta.
4. Suele haber 2 planos oclusales: uno superior y otro inferior. El ángulo que forma el plano oclusal superior con SN es normal, y el ángulo que forma el plano oclusal inferior con SN está aumentado. Los planos oclúyales superior e inferior son divergentes.
5. Nahoum en (1975); observó que el ángulo SN - PIPt (plano Palatino) , era menor en las mordidas abiertas porque la espina nasal anterior estaba elevada con respecto a la posterior, parece como si el maxilar superior no se desarrollara lo suficiente en el plano vertical a nivel de la premaxila.
6. El ángulo que forma el plano mandibular con la base craneal es más alto, es excesivamente empinado, esta hiperdivergencia es debida a que la rama mandibular es más corta de lo normal y a que el ángulo rama-cuerpo mandibular está más abierto en estas maloclusiones, es decir, que el ángulo goníaco es obtuso.
7. Los dientes posteriores tienen una inclinación mesial.

8. Los molares y los incisivos inferiores están en supraerupción. Isaacson y cols. En (1971), comprobaron un aumento de la altura de la apófisis alveolar superior en las mordidas abiertas esqueléticas como mecanismo compensatorio por parte de la zona premaxilar ante la rotación posterior de la mandíbula, así se explica la sonrisa de encía de estos pacientes aun en casos de tamaño labial adecuado.
9. No existe una Curva de Spee normal en el arco inferior.

En mención a lo anterior cabe destacar que el overjet se mide como lo señala Paola maría botero (2007), en milímetros tal sentido horizontal, desde el borde incisal del incisivo superior a la superficie vestibular del inferior, en la dentición primaria el overjet normal es de 1 a 4 mm, mientras que en la mixta y permanente es entre 1 a 3 mm, por lo que a partir de 5 mm se considera patológico. En cuanto al el overbite, también se mide en milímetros pero en sentido vertical, es decir, distancia entre bordes incisales superior e inferior, y luego se saca el porcentaje según lo que mida el incisivo inferior y lo que cubra o deje de cubrir el incisivo superior. En la dentición decidua, el overbite normal es entre 10 y 40%, mientras que para la mixta y permanente es entre 10 y 50%. El overbite puede ser borde a borde o positivo si hay cubrimiento o puede ser negativo como lo es en el caso de mordida abierta, lo normal es que el superior cubra al inferior hasta un 40%. A partir de allí se considera un cubrimiento exagerado, indicando una mordida profunda. En casos de ausencias de dientes o diferencias en el overbite en los cuatro incisivos, se debe hacer lo mismo que se explico en el overjet.

Tratamiento en pacientes con mordida abierta en dentición mixta

Las mordidas abiertas dentales se consideran como una consecuencia de la acción inhibitoria de algún agente que impide la erupción de los incisivos, y muchas de ellas (entre un 70 - 80%) mejoran espontáneamente. Según Graber y Swain En la Dentición Temporal y primera fase transicional, se puede esperar una corrección

espontánea si se elimina el hábito anómalo que ha provocado la inclusión. Si este hábito se trata de una succión digital o una protrusión lingual, se puede recurrir a una rejilla lingual fija o removible, que impida que el paciente ponga el dedo en su boca o protruya la lengua con la consiguiente maduración del ciclo de la deglución.

Si además de la mordida abierta, se observa una contracción del arco superior, se le puede incorporar a aparato un mecanismo de expansión.

Una vez que los dientes han terminado de erupcionar y la estructura oral recupera su morfología, es de esperar una gradual acomodación natural de la función labial y lingual.

En la Dentición Mixta o Permanente, el aparato fijo es una buena opción de tratamiento, ya que por medio de arcos se puede provocar la extrusión del frente incisivo, hasta lograr el cierre de la mordida abierta. Como fuerza intramaxilar se utilizan elásticos intermaxilares anteriores, que abrazan los incisivos superiores e inferiores.

Los tratamientos de las mordidas abiertas esqueléticas van a variar de acuerdo a la edad en la que se encuentra el paciente; si ese se encuentra en la fase activa de crecimiento, el objetivo primario de tratamiento debe ser ejercer una acción ortopédica sobre su patrón de crecimiento. La tendencia de desarrollo de estos pacientes, es hacia el incremento de la dimensión vertical y es necesario inhibir este crecimiento en la zona posterior para que la mandíbula gire hacia delante. Este objetivo se logra aplicando fuerzas intrusivas sobre los segmentos bucales, considerando siempre la mal oclusión sagital que acompaña esta mordida abierta.

Si el paciente es Clase I, el efecto se logra por medio de una placa posterior de mordida que se opone a la erupción de los molares simplemente.

Si el paciente es Clase II, se persigue simultáneamente la corrección de la distoclusión y de la mordida abierta aplicando fuerza extraoral, de apoyo occipital sobre la arcada del maxilar superior. En las maloclusiones clase III está indicada la aplicación de una mentonera occipital que ejerza una acción ortopédica sobre la mandíbula y prevenga la extrusión de los dientes posteriores; dependiendo de la oclusión transversal se usa o no aparato de expansión.

La aparatología funcional es útil para modificar la actividad de los tejidos blandos orales y corregir la mordida abierta. La aplicación de aletas vestibulares, siguiendo el criterio propuesto por Frankel, persigue rehabilitar la deficiencia de sellado oral por la activación de la musculatura labial y facial. El diseño de este aparato se dirige a la recuperación del funcionalismo, sobre todo del sellado oral, que afecta no solo a la musculatura perioral, sino a los elevadores de la mandíbula; el efecto funcional provoca una rotación anterior de la mandíbula como reacción ortopédica que corrige de forma estable la mordida abierta esquelética.

Otra alternativa de tratamiento son los Bloques de Intrusión Posterior elásticos, los cuales son aparatos removibles que constan de 4 hélices que producen una fuerza intrusiva sobre los molares posteriores a través de las placas de acrílico proveniente de la fuerza de los músculos masticatorios. Se recomiendan en pacientes con mordida anterior no mayor de 6 mm y la mejor época para su utilización es entre los 9 y 12 años de edad, cuando el segundo molar permanente aun no ha completado su erupción, no significando esto que no puede ser utilizado después de esta edad, pero es en esta época de la vida donde se obtienen mejores resultados.

Otro enfoque de tratamiento para las mordidas abiertas en los pacientes que han culminado su crecimiento es la terapéutica con extracciones, principalmente de premolares con la finalidad de compensar la hiperdivergencia de las bases

maxilares a través de la Mesialización del sector posterior y consiguiente rotación anterior de la mandíbula.

Existen otros autores que han considerado la extracción de otros dientes para la corrección de este tipo de maloclusión, entre ellos tenemos a Kim, el cual plantea la extracción de los segundos molares permanentes. En los casos de mordida abierta muy marcada, con un plano mandibular o palatino inclinado, y una relativa dimensión vertical posterior corta, los últimos molares en boca son los únicos dientes que pueden ocluir. Los molares se encuentran marcadamente inclinados hacia mesial y su contacto oclusal impide la oclusión anterior. El objetivo del tratamiento de la mordida abierta es eliminar estos bloqueos y enderezar la inclinación de los molares.

La extracción de los primeros molares se indica algunas veces para el tratamiento de la mordida abierta. Sin embargo este procedimiento es contrario al concepto del tratamiento descrito. El movilizar un molar inclinado medialmente hacia un espacio de extracción enorme en una posición axial correcta es un procedimiento inapropiado y difícil.

Luego de la extracción de un primer molar maxilar, el seno maxilar desciende al sitio de la extracción y crea una cortical a lo largo de la superficie del seno. Tal espesor de la cortical del seno impide la movilización radicular del segundo molar.

2.3 Definición de Términos

Arcada: se refiere al grupo de dientes que forman la mandíbula. (Los dientes están en la mandíbula, y esta tiene forma de arco). Hay una arcada superior, refiriéndose a los dientes que están en el maxilar; y una arcada dentaria inferior, refiriéndose a los dientes que están en la mandíbula.

Clase Esqueletal: La clase esquelética nos define la relación en sentido antero-posterior de los maxilares, además de su relación con las demás estructuras óseas.

Esfínter: es usualmente un músculo con forma circular o de anillo, que permite el paso de una sustancia de un órgano a otro por medio de un tubo u orificio a la vez que impide su regreso.

Interposición: cuerpo extraño entre las arcadas dentarias en relación a la acción masticatoria, sobre la presión continua donde se ubica la lengua de mala manera en sector lateral y anterior.

Malposición: consiste en una desviación de la correcta oclusión (o cierre) dental. Una de las funciones más importantes de la boca es la masticación, para la cual es muy importante que exista un adecuado contacto entre las arcadas dentarias superior e inferior.

Mentalis: mejor conocido como el músculo mentoniano. El músculo borla del mentón o de la barba () es un músculo de la cara, en la barba, situado en el espacio triangular que delimita el músculo depresor del labio inferior a ambos lados de la línea media; entre la parte superior de la sínfisis y la eminencia mentoniana. Es par, pequeño y conoideo.

Prognatismo: consiste en una deformación de la mandíbula por la cual ésta, bien en la parte superior o bien en la parte inferior, sobresale del plano vertical de la cara.

Retrognatismo: anomalía facial en la que uno o ambos maxilares, habitualmente el inferior, se encuentran en una situación posterior con respecto a la posición facial normal.

Sobremordida: es un problema de maloclusión donde los dientes superiores están muy por delante de los dientes inferiores.

Mordida Abierta: estado caracterizado por la falta de contacto oclusal de los dientes antagonistas cuando los maxilares están cerrados.

Dentición mixta: periodo de la infancia donde coexiste al mismo tiempo dientes permanentes y temporales.

Protrusión: acción que realiza un órgano cuando sobresale de su ubicación normal o se mueve más allá de sus límites, ya sea por una causa propia de la naturaleza o por algún tipo de patología

Retrusión: desplazamiento hacia atrás de la mandíbula o maxilar inferior.

Overbite: medida vertical que se obtiene midiendo el espacio entre borde incisal de incisivo superior y borde incisal de incisivo inferior.

Overjet: medida horizontal que se obtiene midiendo la distancia de la cara palatina de incisivo superior y la cara vestibular de incisivo inferior.

Esqueleto: es el sistema biológico que proporciona soporte, apoyo y protección a los tejidos blandos y músculos en los organismos vivos.

Capítulo III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Consideraciones Generales

Ivan Hurtado y Josefina Toro (2007): El diseño del marco metodológico constituye la medula de la investigación. Se refiere al desarrollo propiamente dicho del trabajo investigativo: la definición de la población sujeta a estudio y la selección de la muestra, diseño y aplicación de los instrumentos, la recolección de los datos, la tabulación, el análisis y la interpretación de los datos.

El marco metodológico se contesta, fundamentalmente, a la pregunta ¿cómo? .Es decir aquí se indica la metodología que va a seguirse en la investigación para lograr los objetivos propuestos o para probar las hipótesis formuladas. En el debemos especificar cuál es la población que abarca nuestro trabajo, determinar la muestra y como se realizó el muestreo.

En consecuencia a ello , es importante este punto de investigación , ya que así se puede lograr desarrollar de manera adecuada las bases de donde se extrae la información acertada , convenida al estudio elaborado , para de esta manera conseguir resultados y consecuencias útiles , óptimos y exactos los cuales de manera directa nos llevan a solucionar el problema planteado . Asimismo, el tipo de investigación, población y muestra, recolección de datos y el diseño son aspectos primordiales y elementales para lograr los objetivos propuestos en esta investigación , porque componen formas específicas que instituyen y fijan la verdad en este proceso a través de ellos.

3.2 Tipo y Diseño de la Investigación

Es una investigación no experimental, bajo la modalidad de campo, con un diseño transversal dentro del área de lo descriptivo, por motivo que es correlacional. De manera que explica **Malhotra (1997)**: La investigación descriptiva tienen como objetivo principal la descripción de la realidad, siendo sus principales métodos de recogida de información la encuesta e incluso la observación.

Por ello se puede identificar que el actual estudio se considera que es de tipo descriptivo, ya que la busca identificar, especificar y caracterizar una incoherencia, enfermedad, persona o si como fue el caso un conjunto, con la terminación de instaurar, formar, indagar y plasmar su estructura o conducta. Se examinó de manera muy precisa y determinada los análisis cefalométricos y de Rx panorámica, al igual que los componentes del tejido blando que interfieren en cuanto a trastornos de maloclusión en los pacientes, a objeto de comprobar la mordida abierta anterior como perturbación y la relación que la misma tiene sobre las causas de hábitos que se genera en cada uno de los niños que la padece y asisten a la Clínica de Ortopedia II en la “Universidad José Antonio Paéz”.

Adicionalmente, es una investigación de campo transversal ya que se recolectaron datos de un grupo en consecuencia a lo buscado e investigado en este trabajo, sin cambiar los datos primarios que fueron proporcionados por los pacientes, y así la investigación siga su curso de manera correcta sin manipulación de las variables justas de la misma, el investigador obtiene la información sin alterarla.

De la misma manera, “La investigación transversal permite recoger datos de una población diversa una vez, y hacer comparaciones después basándose en los grupos de esta población”. **Cita textual: Jack Wilmore y David Costill (2007)**.

Además es una investigación correlacional porque permite evaluar entre uno o más variables, con el neutral objetivo de saber si se relacionan o no las variables antes mencionadas para luego analizar dicha correlación. Puede que los resultados sean positivos, donde expresan altos valores en comparación con la otra variable y si por lo contrario la correlación es negativa, quiere decir que las variables siguen

su recorrido sin descomponer una u otra relación pero siempre compradas entre sí y siguiendo el mismo patrón.

En la Clínica de Ortopedia II de la “Universidad José Antonio Paéz”, se seleccionaron los pacientes que concurrieron a la clínica antes mencionada, y a través de la historia clínica, se obtuvieron los análisis cefalométricos de los pacientes que presentaron mordida abierta anterior, así el objeto es relacionar la mordida abierta con la deglución atípica, la deglución atípica es un hábito básico a erradicar, para establecer la correlación de estas variables, tomando en cuenta, sexo, edad, inclinación de los incisivos, tanto al plano palatino en superior como al plano mandibular en inferior, ubicación supero-inferior de molares, overbite. Por esta razón, este estudio es correlacional, ya que existen varias variantes en los cuales hay relación y conexión para su desglose individual, los niños con mordida abierta anterior se compararon con los que presentan casusas como pacientes respiradores bucales y a su vez se relacionaron con el tejido blando en cada uno de ellos.

3.3 Población y Muestra

3.3.1 Población

Para este trabajo de investigación se contó con un conjunto de niños de edades comprendidas entre 6 a 12 años de edad que acudieron a la Clínica de Ortopedia II de la “Universidad José Antonio Paéz”, la población de pacientes fue de 30 niños de edades entre 6 y 11 años que presentaban mordida abierta anterior, hábitos, cambios en el patrón esquelético, cambios de tejido blando, dentarios, y en otros casos algunos presentaban todas las variables, lamordida abierta anterior, habitos, cambios dentarios, aumento del grosor y longitud del tejido blando, y el cambio esqueletal.

Según : **Di Renzo Julio , Casanoves Fernando , Gonzalez Laura , Tablada Elena , DiazMaria , Robledo Carlos , BalzariniMonica (2008) una Población** ; Es un conjunto de elementos acotados en un tiempo y en un espacio determinados , con alguna característica común observable o medible .

3.3.2 Muestra

La muestra según Sabino (1992) se define como:

Parte del todo que llamamos universo y que sirve para representarlo .tiene diferentes definiciones según el tipo de estudio que se esté realizando. Para los estudios cuantitativos, no es más que un “subgrupo de la población del cual se recolectan los datos y debe ser representativo de dicha población”.

Para este caso la muestra que se utilizo fue el 100% de los pacientes que asisten a la “Universidad José Antonio Paéz”, durante el período actual de Julio 2015 – Abril 2016 en la Clínica II de Ortopedia, se estudió toda la población para obtener resultados más completos a cerca de este trabajo, es decir la muestra fue de 30 niños en total de edades comprendidas entre 6 y 12 años.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Mediante las historias clínicas se pudo obtener tanto el análisis cefalometrico como panorámica del paciente así como los antecedentes familiares, clínicos y epidemiológicos. De esta manera las historias clínicas son el instrumento de recolección de datos con el cual se trabajó en esta investigación, en la “Universidad José Antonio Paéz”, durante el período actual de Julio 2015 – Abril 2016 en la Clínica II de Ortopedia, de pacientes con mordida abierta anterior, con la ayuda también de los profesores encargados de la materia en esa área.

La historia clínica es un documento médico –legal donde se recoge la información necesaria para la salud del paciente , con dicha historia como medio de recolección de datos se pudieron observar las variables de cada paciente con

mordida abierta anterior como variable principal, con la información recogida a través de los análisis cefalométricos se pudo relacionar perfectamente la mordida abierta anterior dejando como consecuencia el hábito de deglución atípica, el cambio del tejido blando y dentario, como el esquelético, dejando así en claro que hay muchas relaciones parecidas y otros en cambio varían, todo esto depende de cada paciente por individual ya que es una base de datos particular, sus antecedentes, sobre todo los familiares y genéticos.

El instrumento de recolección de datos en nuestro trabajo como antes se hizo mención es el análisis cefalométrico obtenido de la historia clínica general de Clínica de ortopedia II de la "Universidad José Antonio Paéz", sin embargo se anexó el análisis de panorámica para complementar la información, la técnica implementada para la misma es la observación.

Del análisis cefalométrico se obtuvieron tres (3) variables, con subdivisiones en cada una de ellas, para obtener la mayor información posible del análisis, de lo que se requiere:

- Tejido Blando.
- Componente Esquelético
- Componente Dentario.

3.5 Análisis e interpretación de la información

Según Encinas (1993), los datos en sí mismos tienen limitada importancia, es necesario "hacerlos hablar", en ello consiste, en esencia, el análisis e interpretación de los datos. El propósito del análisis es resumir las observaciones llevadas a cabo de forma tal que proporcionen respuesta a las interrogantes de la investigación. La interpretación, más que una operación distinta, es un aspecto

especial del análisis su objetivo es "buscar un significado más amplio a las respuestas mediante su trabazón con otros conocimientos disponibles.

Mediante el procedimiento de análisis e interpretación de la información lo realizamos asentados a través de la estadística descriptiva, esto en cuanto al cálculo de resultados, basada en la recolección de datos, disposición, análisis y representación de un conjunto de datos para representar las características del conjunto.

Fundamentados en los conceptos llegamos a una conclusión de que este trabajo de investigación cuenta con el análisis de datos cuantificados, por motivo de que: **Según Selltiz (1970)**, al análisis puede estar orientado a:

1. Determinar lo que es típico en el grupo estudiado. (Se utiliza algunas de las medidas de tendencia central, según el caso) .
2. Indicar si existen variaciones entre los sujetos del grupo, señalando de qué tipo y magnitud son. (Se utiliza alguna de las medidas de variabilidad; cada una proporciona datos sobre un aspecto diferente).
3. Mostrar la forma cómo están distribuidos los individuos con respecto a la variable que se mide. (Se utiliza el desarrollo de una curva de distribución).
4. Mostrar la relación existente entre dos o más variables. (Se aplica el coeficiente de variabilidad).
5. Describir las diferencias existentes comparando dos grupos de individuos.

Estas variables han sido descritas en la investigación, de manera que la probabilidad se muestra conjugando las variables entre sí, de los resultados de población y muestra de la Clínica II de ortopedia de la “Universidad José Antonio Páez”, durante el periodo actual julio 2015 – abril 2016.

Algunos tipos de estudios, por su naturaleza, aportan datos elaborados, es decir, cuantificados. El tratamiento estadístico de los datos permite un análisis adecuado que puede tener diversos alcances, los cuales dependen de los objetivos de la investigación y de las hipótesis formuladas. Por tal razón especificamos una tabla organizada de las variables, estableciendo el tejido blando, esquelético, y Dental.

3.6 Tabla de operacionalización de variables

Objetivo General	Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Ítems	Instrumento
Características del tejido blando esquelético y dentales de pacientes con mordida abierta anterior.	Tejido blando	Elementos de consistencia laxa que rodea a la superficie ósea de la cara	Grosor Longitud	*Espesor y longitud labial superior e inferior. *espesor en pogonion *espesor mentoniano	1.1 1.2 1.3 1.4 1.5 1.6	Análisis cefalométrico y panorámico.
	Componente esquelético	Estructura calcificada que conforma los huesos de la cara	Posición superior-inferior	*Alturafacial *Altura del tercio inferior *Altura maxilar *Altura de la mandíbula	2.1 2.2 2.3 2.4	
	Componente dental	Estructura calcificada que finaliza en la formación de un diente	Posición Anterior-posterior Incisiva. Posición Superior-inferior molar	*Inclinación de los incisivos *Ubicación sup-inf demolares *Incisivo inferior al Plan mandibular	3.1 3.2	

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

El abordaje de esta etapa, fue un momento de significativa relevancia en la investigación, porque fue donde se obtuvieron las respuestas a las diferentes interrogativas en cuanto a la problemática encontrada. Ya que este capítulo trata y alcanza, todo el proceso y transcurso de la información acumulada obtenida una vez aplicado el instrumento.

Una vez que se han descrito las técnicas y procesos utilizados en la presente investigación, se muestra a continuación los resultados y análisis por ítems del análisis Cefalométrico donde fueron evaluados 30 niños, con mordida abierta anterior, en edades comprendidas entre 6 y 11 años, que han asistido a la clínica de ortopedia de la universidad José Antonio Páez, aseverando así el objeto de recopilar todos los datos necesarios para indagar en el tema, acotando que además del trabajo investigativo, se grafican e interpretan los resultados obtenidos de la muestra seleccionada por parte de las investigadoras, presentando los mismos con el fin de obtener una mayor visión sobre el tema objeto de estudio. Quedando certificado que presentan la maloclusión mas niñas que niños.

Se evaluaron 30 niños a los cuales se les fue comparado sus valores obtenidos del análisis Cefalométricos con los valores de la población normal, donde presentaron ninguno obtuvo una diferencia significativa(ver tabla 1).

Tabla 1. Valores medios de la población

VARIABLE	SEXO	N°	MEDIA	DESV.ST	MINIMU M	MEDIAN	MAXIMUM	PRUEBA DE NORMALIDAD	
								AD	P
	F	19	11.7895	1.902	8.000	11.000	15.000	0.59	0.1140
	M	11	11.4545	2.770	5.000	13.000	14.000		
	F	19	11.7855	1.182	10.000	12.000	14.000	0.68	0.0691
	M	11	11.0000	2.490	7.000	11.000	15.000		
	F	19	20.7368	2.445	15.000	20.000	26.000	0.54	0.1493
	M	11	20.6364	2.873	17.000	21.000	26.000		
	F	19	45.579	5.891	38.000	45.000	59.000	0.59	0.1179
	M	11	42.364	6.712	34.000	40.000	58.000		
	F	19	11.1579	2.061	7.000	11.000	17.000	1.08	0.0066
	M	11	11.1818	1.250	9.000	11.000	13.000		
	F	19	6.1579	1.607	4.000	6.000	9.000	0.81	0.0314
	M	11	6.0909	1.700	4.000	6.000	10.000		
	F	19	116.316	6.913	103.000	117.000	130.000	1.08	0.0066
	M	11	110182.	15.374	82.000	115.000	128.000		
	F	19	70.163	5.933	59.000	69.000	84.000	0.41	0.3178
	M	11	65.273	8.923	53.000	67.000	80.000		
	F	19	24.368	4.098	59.000	69.000	84.000	0.55	0.1453
	M	11	22.000	5.675	53.000	67.000	80.000		
	F	19	44.684	4.945	34.000	44.000	57.000	0.36	0.4356
	M	11	40.969	5.924	32.000	41.000	51.000		
	F	19	50.579	5.910	40.000	51.000	68.000	0.38	0.3837
	M	11	54.273	6.436	45.000	56.000	62.000		
	F	19	63.421	5.081	62.000	67.000	74.000	0.27	0.6669
	M	11	67.455	5.429	67.000	72.000	74.000		

Así mismo, fueron comparados los valores obtenidos de la muestra en función al sexo, donde hubo diferencias significativas entre hombre y mujeres en el componente esquelético, y del componente dentario a excepción del tejido blando donde solo hubo variación en el grosor del labio superior de un 0.1140. (Ver tabla 2).

Y por último, se compraron las medidas con las variables de referencia, según Arnetten función a la raza caucásica,

Tabla 2. Comparación medidas estadísticas en función al sexo.

Tabla 3. Prueba T comparación de medidas en función a las variables de

VARIABLE	SEXO	MEDIA	DESV.ST	CALCULO95%	P
	F	11.7895	1.902	(-1.6737.; 2.3435)	0.1140
	M	11.4545	2.770		
	F	11.7855	1.182	(-0.9498.2.5287)	0.0691
	M	11.0000	2.490		
	F	20.7368	2.445	(-2.068;2.269)	0.1493
	M	20.6364	2.873		
	F	45.579	5.891	(-1.897; 8.328)	0.1179
	M	42.364	6.712		
	F	11.1579	2.061	(-1.2651-1.2172)	0.0066
	M	11.1818	1.250		
	F	6.1579	1.607	(-1.2504; 1.3844)	0.0314
	M	6.0909	1.700		
	F	116.316	6.913	(-4.541; 16.808)	0.0066
	M	110182.	15.374		
	F	70.163	5.933	(-1.536; 11.317)	0.3178
	M	65.273	8.923		
	F	24.638	4.098	(-1.770;6.507)	0.1453
	M	22.000	5.675		
	F	44.684	4.945	(-0.670; 8.220)	0.4356
	M	40.969	5.924		
	F	50.579	5.910	(-8.648; 1.261)	0.3837
	M	54.273	6.436		
	F	63.421	5.081	(-8.239; 0.172)	0.6669
	M	67.455	5.429		

referencia de arnett de raza caucásica.

VARIABLE	SEXO	MEDIA	DESV.ST	CALCULO95%
	F	11.7895	1.902	(10.8723;12.7057)
	M	11.4545	2.770	(9.5931;13.3149)
	F	11.7855	1.182	(11.2193;12.3587)
	M	11.0000	2.490	(18.7059;22.5661)
	F	20.7368	2.445	(19.5575;21.9145)
	M	20.6364	2.873	(18.7059;22.5661)
	F	45.579	5.891	(42.740;48.418)
	M	42.364	6.712	(37.855;46.873)
	F	11.1579	2.061	(10.1636;12.1504)
	M	11.1818	1.250	(10.3412;12.0208)
	F	61.579	1.607	(5.3825;6.9315)
	M	60.909	1.700	(4.9479;7.2321)
	F	116.316	6.913	(112.984;119.648)
	M	110182.	15.374	(99.854;120.510)
	F	70.163	5.933	(67.303;73.023)
	M	65.273	8.923	(59.278;71.268)
	F	60.062	4.098	(22.3948;26.3432)
	M	45.582	5.675	(18.187;25.813)
	F	44.684	4.945	(42.301;47.067)
	M	40.969	5.924	(36.929;44.889)
	F	50.579	5.910	(47.730;53.428)
	M	54.273	6.436	(49.949;58.597)
	F	63.421	5.081	(60.972;65.870)
	M	67.455	5.429	(63.808;71.102)

4.1
de

Análisis

resultados

Luego de analizar cada uno de los resultados arrojados por el análisis Cefalométrico realizada a la muestra objeto de estudio, constituidos por pacientes de la clínica de ortopedia de la facultad de odontología de la universidad José Antonio Páez, se evidencio que el componente con predominio de cambio en la mayoría de la muestra fue el esquelético, dejando así en claro que no hay diferencias significativas de la muestra en su componente dental y tejido blando.

Se pudo observar también que dentro de la muestra el predominio en cuanto al sexo fue de mujeres, lo que puede contribuir a que es más frecuente dentro de este.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Finalmente se concluye que los datos obtenidos en las muestras están dentro del rango normal, en cuanto a individualización donde el sexo femenino esta aumentado en comparación al masculino, así quedó demostrado en la comparación de la prueba T entre niño y niña, al igual que en las demás pruebas realizadas en cada paciente que se evaluó en la Clínica de Ortopedia II de la Universidad José Antonio Paéz.

La suposición del parámetro de normalidad de las pruebas en la población de la muestra arroja acentuación en el sexo femenino en cuanto a las longitudes y grosores del tejido blando del tercio antero-inferior facial, al realizar las medidas correspondientes estándar.

Así mismo encontramos la diferencia notable en ambos géneros en el patrón antero-posterior y vertical esquelético al implementar una evaluación típica ya que es un valor específico. En cuanto a la angulación de incisivos y erupción molar de pacientes, marcadamente se observa aumento femenino y también se Comparan las características de tejido blando, esquelético y dental según el dimorfismo sexual, siendo el sexo femenino el mayor afectado.

Por ello queda figurado el hecho notable que las niñas tienen más padecimiento en el área estudiada y comparada, muchos casos se debe a la genética y en otros casos se debe a factores ajenos, de igual manera al observar las 3 tablas se corrobora el aumento significativo de los valores de media sobrestimando como antes se menciona al sexo femenino.

Además los resultados en la tabla 1 fue donde se observó un poco más de similitud entre ambos sexo , adicionalmente la importancia de la mordida abierta

en niños se puede prevenir o al menos erradicar si se trata de hábitos , esto facilitara la adopción de tratamientos de parte de los especialistas reduciendo así sus graves consecuencias .

Para reducir la cantidad de personas afectadas por esta maloclusión, Se debe fomentar las visitas al odontólogo para así tener diagnósticos tempranos y evitar que esta afecte tanto a los componentes adyacentes, ya que la gran mayoría de la población desconoce la misma.

Se recomienda el uso de aparatología con un odontólogo especializado en el tema, para que el paciente logre obtener una mordida en las condiciones normales.

Implementar charlas educativas sobre la succión digital, el uso de chupones, biberones y como estos puede contribuir en la mordida abierta anterior.

Importante que los padres observen el sueño del paciente al menos 30 minutos, ya sea la siesta o más que todo por las noches, para localizar si la maloclusión viene acompañada de algún hábito, como la respiración bucal, deglución atípica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

Vanessa Blanco Reyes (2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. Recuperado el 20 de septiembre de 2015 de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art16.asp>

Logopedia a Domicilio (2001). [Pagina web] recuperado de <http://www.logopediadomicilio.es/que-es-la-deglucion-atipica-en-que-incide/>

Blog de Orientación escolapios granada (2011). [Pagina web] Recuperado de <https://orientacionescolapiosgranada.wordpress.com/2011/11/07/consecuencias-de-la-deglucion-atipica-y-los-habitos-de-succion-de-chupete/>

Vellini, C., Populo, W., y Shubert, E. (2004). La Deglución Atípica. Editorial Puma. Buenos Aires: Argentina.

Fundación Acta odontológica venezolana (2012). Artículo. Recuperado de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art21.asp>

Ortodoncia revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria (2005). Recuperado de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/art8.asp>

Paola María Botero Mariaca, Andrea Pedroza Garcés, (2007). Manual para realización de historia clínica odontológica del escolar. Editorial u. cooperativa de Colombia.

Juan B. Barahona Cubillo, Johanna Benavides Smith (2006). Artículo. Principales análisis cefalométricos utilizados para el diagnóstico ortodóntico

Mohedano Iranzo, M. (2011). Artículo. La deglución atípica. Factores de riesgo y trastornos asociados. Importancia de la prevención.

ANEXO



Universidad José Antonio Páez

Facultad de ciencias de la salud

Escuela de odontología

ANALISIS CEFALOMETRICO

Relación estructural	Medida	Medidas		Paciente	Valores según Arnett
		MUJERES	HOMBRES		

	Punto anterior del labio superior	PILS- PALS	12.6±1.8	14.8±1.4		
	Punto interno del labio superior					
	punto anterior del labio inferior	PILI- PALS	13.6±1.4	15.1±1.2		
	punto interno del labio inferior					
	Longitud del labio superior	Sn-PILS	21.0±1.9	24.4±2.5		
	Longitud del labio inferior	PSLI-Me'	46.9±2.3	54.3±2.4		
	Pogonión-menton	Pog-Pog'	11.8±1.5	13.5±2.3		
	Punto mentoniano	Me-Me'	7.4±1.6	8.8±1		
COMPONENTE ESQUELETAL	Altura Facial	Na'-Me'	124.6±4.7	137.7±6.5		
	Altura del tercio inferior	Sn-Me'	71.1±3.5	81.1±4.7		
	Altura Maxilar	Sn-extremo de Mx1	25.7±2.1	28.4±3.2		
	Altura Mandibular	Extremo de Md1 hasta Me'	48.6±2.4	56.0±3.0		
COMPONENTE DENTARIO	Inclinación del incisivo superior al plano palatino	Mx1 -PO Mx	56.8±2.5	57.8±3.0		
	Inclinación del incisivo inferior al plano mandibular	Md1 -PO Md	64.3±3.2	64.0±4.0		

GLOSARIO

(DEFINICIONES DE CADA COMPONENTE PARA SER ESTUDIADO DE ACUERDO A CADA PROFESIONAL SEGÚN EL CASO)

- **Punto anterior del labio superior:** por arriba por la base de la nariz y el surco labiogeniano. por debajo, por el surco mentolabial. por fuera, por

una línea vertical localizada a 1 cm del ángulo de la bocaSubnasal (Sn). Punto más posterior y superior de la curvatura nasolabial. surco vertical por debajo del subtabique hasta el borde libre del labio, denominado filtrum o surco subnasal , Punto A y plano AB

- **Punto interno del labio superior: Incisivos centrales , tamaño de la encía libre** , mucosa de la boca y en la línea media está unida a la encía por un pliegue mucoso: el frenillo labial y plano AB
- **Punto anterior del labio inferior: Stomion superior (Sts).** Punto más inferior del labio inferior. Punto B Punto más superior del labio inferior.
- **Punto interno del labio inferior: pogonion , gnation , mentón , Stomion Inferior (Sti).** Labio inferior (Li). Punto más inferior del vermillion del labio inferior. Vermilion del labio inferior (Liv). Punto más anterior de la unión mucocutánea del labio inferior.
- **Longitud del labio superior:** ENA, labio superior, dientes superiores, punto A, Sn y plano mandibular.
- **Longitud del labio inferior:** labio inferior, dientes inferiores, punto B, pogonion, plano facial y mandibular.

- **Pogonión-menton:** punto b, labio inferior, incisivo centrales inferiores, gnation, plano facial y plano mandibular.

- **Punto Mentoniano:** labio inferior, gnation, línea estética, plano facial y plano mandibular.

- **Altura Facial :** punto N , O , ENA , A , B , pogonion , Gnation , línea estética , plano de Frankfurt , plano facial y plano mandibular .

- **Altura del tercio inferior:** plano mandibular, punto B, pogonion, mentón.

- **Altura Maxilar :** plano facial , ENA , ENP , silla , punto A , porion ,auriculares y eje del incisivo superior , plano de Frankfurt y plano mandibular .

- **Altura Mandibular:** plano mandibular, plano facial, eje del incisivo inferior, pogonion, Gnation, mentón, gonion y punto B.

- **Inclinación del incisivo superior al plano palatino :** punto N ,punto O , ENA ,ENP , punto A ,silla , porion, línea estética , plano de Frankfurt , plano facial y plano mandibular .

- **Inclinación del incisivo inferior al plano mandibular:** plano mandibular, plano facial, plano oclusal, eje del incisivo inferior, pogonion, Gnation, mentón, gonion y punto B.

5.1 Conclusiones

Esta investigación se llevó a cabo, para reconocer las características y causas más importantes de los componentes del tejido blando, esqueléticos y dentales de pacientes con mordida abierta anterior en dentición mixta, para así presentar niños y niñas con dicha maloclusión y como esto repercute en los componentes antes mencionados.

Al Describir las longitudes y grosores del tejido blando del tercio antero-inferior facial de los pacientes se logró interpretar que afecta al tejido esquelético en mayor superioridad, siendo importante ya que cambia todo el patrón esquelético y dental, así mismo en el momento de representar el patrón antero-posterior y vertical esquelético a través del análisis cefalométrico se confirma que varía la armonía dental ya que existe protrusión dental en todos los casos .

También se tomó en cuenta, detallar la angulación de incisivos y erupción molar de pacientes, donde claramente si existe la transición, se giran de tal forma que el paciente no ocluye con normalidad, dejando ver una desalineación dental , al comparar las características de tejido blando, esquelético y dental según el dimorfismo sexual se obtuvo como resultado que el sexo femenino tiene más predilección , existiendo resultados de estudios avanzados y de este trabajo de investigación .

En la fase de recambio de detención temporal y mixta es donde más se observa la mordida abierta anterior por ser una maloclusión que se inicia en edades tempranas 3 a 8 años , los resultados se obtuvieron en niños de edad escolar, los cuales afirman la disposición de este hábito incluso antes de que la dentición permanente se complete .La maloclusión es una condición patológica

caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista, estas pueden tener una alteración significativa o sutil en los tejidos adyacentes a las mismas, sin respetar sexo, edad, etnia, u otro. Teniendo sobre ellos cambios por el cual por medio de la elaboración de esta tesis, se pudieron dar a conocer. Por lo ya antes mencionado en muchos casos por hábitos y en otros casos por genética y otros factores, como lo son el sexo de cada individuo y la raza, donde se puede tomar en cuenta que el femenino es el predilecto en un gran porcentaje.

A su vez se llegó a la conclusión de que había variaciones solo en el componente esquelético, y es de hacer notar la prevalencia que hubo en cuanto al sexo femenino dentro de la muestra.

Es importante destacar que la altura facial repercute también en la protrusión del paciente, así como la clase de ángulo, por tal razón el diagnóstico a tiempo en cada paciente evitara deformación que trae consigo la maloclusión. Los pediatras deben ir de la mano con el odontólogo en el caso, para prevenir diferentes enfermedades o desorden en el paciente, sea alimenticio o psicológico.

Finalmente, concluimos que esta maloclusión afecta un número significativo de la población, que teniendo la debida importancia podríamos, disminuirla o erradicarla, para así evitar el aumento de la afectación traída por esta maloclusión. ES una conclusión vacía luego de tanto trabajo y medición