

**ANTROPOMETRÍA DEL PABELLÓN DE LA OREJA Y LA DIMENSION
VERTICAL EN ADULTOS DENTADOS DE AMBOS SEXOS EN LOS
DISTINTOS GRUPOS ÉTNICOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE ALTA
Y BAJA VERAPAZ DE GUATEMALA. 2002**

Tesis presentada por

PAOLA VANESSA PANIAGUA HERRERA

**ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,
QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO, PREVIO
A OPTAR AL TÍTULO DE**

CIRUJANO DENTISTA



GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2002

DL
09
T(1613)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
Vocal Primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez.
Vocal segundo:	Dr. Alejandro Ruiz Ordóñez.
Vocal tercero:	Dr. César Mendizábal Girón.
Vocal cuarto:	Br. Ricardo Hernández Gaitán.
Vocal quinto:	Br. Roberto Wehncke Azurdia.
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo.
Vocal primero:	Dr. Manuel Miranda Ramírez.
Vocal segundo:	Dr. Mirna Calderón Márquez.
Vocal tercero:	Dr. Luis Felipe Paz García-Salas.
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:

Por su amor infinito, ser mi guía y permitirme llegar a este día.

A MIS PADRES:

Lic. Luis Francisco Paniagua y Gloria Yolanda Herrera de Paniagua.
Como recompensa a su amor, enseñanzas y apoyo; sin ellos no estaría hoy aquí.

A MIS HERMANOS:

Luis Alejandro y Omar Rodrigo.
Por el cariño y apoyo que siempre me han brindado.

A MI CUÑADA:

María Reneé.
Por el cariño y amistad que me brinda.

A MIS SOBRINOS:

Estefanía Alejandra, Luis Alejandro, Daniela María y María Reneé.
Con cariño.

A MI NOVIO:

Henry.
Por su apoyo en toda la carrera, y principalmente por su amor, paciencia y comprensión.

A MI FAMILIA:

Con cariño.

A MIS AMIGOS:

Con aprecio.

DEDICO ESTA TESIS A:

GUATEMALA.

COBÁN, ALTA VERAPAZ.

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

COLEGIO PARA SEÑORITAS "LA INMACULADA".

INSTITUTO NORMAL MIXTO DE NORTE "EMILIO ROSALES PONCE".

MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN: DR: MARIO VALLADARES POR SU
AYUDA Y CONSEJOS PROFESIONALES.

DR: OMAR PANIAGUA Y LIC. LUIS FRANCISCO PANIAGUA POR SER
EJEMPLO PARA MI VIDA, PERO SOBRE TODO POR SU AYUDA Y AMOR.

LOS ASESORES DE ESTA INVESTIGACIÓN: DR. OSCAR LARA Y DRA:
MIRNA CALDERÓN.

AMIGOS.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado "ANTROPOMETRÍA DEL PABELLÓN DE LA OREJA Y LA DIMENSIÓN VERTICAL EN ADULTOS DENTADOS DE AMBOS SEXOS EN LOSA DISTINTOS GRUPOS ÉTNICOS EN LOS DEPARTAMENTOS DE ALTA Y BAJA VERAPAZ DE GUATEMALA. 2.002", conforme lo demandan los reglamentos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANO DENTISTA

Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Oscar Lara y a la Dra. Mirna Calderón Márquez, por su asesoría en el desarrollo de la presente investigación.

Y a vosotros miembros del honorable Tribunal Examinador, aceptad las muestras de mi más alta consideración y respeto.

HE DICHO.

INDICE

	Página
1) SUMARIO.....	1
2) INTRODUCCION	3
3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4) JUSTIFICACION	6
5) REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
6) HIPOTESIS	73
7) OBJETIVOS	74
8) VARIABLES	76
9) METODOLOGIA	78
10) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	87
11) ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	102
12) CONCLUSIONES.....	106
13) RECOMENDACIONES.....	108
14) ANEXOS.....	109
15) BIBLIOGRAFÍA.....	112

SUMARIO

El estudio sobre la coincidencia entre la longitud del pabellón de la oreja (parte del oído externo formado por una lámina de cartílago cubierta por piel que abarca desde el borde superior llamado hélix al borde inferior llamado lóbulo) con la dimensión vertical (medida vertical de la cara entre dos puntos arbitrarios: uno debajo de la boca, usualmente sobre el mentón y el otro sobre la boca, generalmente en la nariz) idea que surgió a través de observaciones realizadas por el Dr. Oscar Lara profesor de la disciplina de prótesis parcial removible; ya que la técnica utilizada para determinar la dimensión vertical en la clínica de la facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala es la de McGee, la cual se basa en medidas antropométricas de una población anglosajona, por lo que se desconoce si esta técnica es la más adecuada a utilizar en la población guatemalteca tomando en cuenta los diferentes factores ambientales y alimenticios que influyen en el desarrollo cráneo-facial y antropométrico de la población.

Este estudio se trabajó con una muestra de cien personas divididas en dos rangos de edades (20-40 y 41-60), se efectuó en los departamentos de Alta y Baja Verapaz, de la República de Guatemala, durante el año 2002.

Se realizó en los grupos étnicos Achí, Pocomchí y Q'eqchí. Por medio del consentimiento informado se solicitó su cooperación, y al ser aceptada se efectuó un examen bucal para establecer si contaban con los criterios de inclusión establecidos en la metodología.

Se procedió a medir la longitud del pabellón de ambas orejas y la dimensión vertical.

Obtenidas las medidas, se realizó la tabulación de los datos dividiendo la muestra en las distintas variables (grupos étnicos, sexo y edad). Se diseñaron los cuadros y se interpretaron con lo cual se concluyó que existe coincidencia representativa entre la longitud del pabellón de las orejas y la dimensión vertical.

Con base a los resultados obtenidos es posible sugerir un método alternativo para restablecer la dimensión vertical, tomando como referencia la longitud del pabellón de la oreja.

INTRODUCCIÓN

Este documento constituye el informe final de la investigación del tema “Antropometría del pabellón de la oreja y la dimensión vertical en adultos dentados de ambos sexos de los siguientes grupos étnicos: Achí, Pocomchí y Q'eqchí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Región II de la república de Guatemala 2002”. El estudio determinó si existe o no coincidencia entre la longitud antropométrica del pabellón de la oreja y la dimensión vertical; ya que es importante contar con un método de medición de la dimensión vertical que sea útil, eficaz y confiable para una correcta rehabilitación oral.

Por otro lado dentro de la población guatemalteca existe un alto índice de personas total o parcialmente desdentadas que en alguna etapa de su vida necesitarán tratamiento protésico para su rehabilitación oral; y así podrá mejorar en cierta forma su calidad de vida con respecto a función, fonación, estética y deglución.

Dicho informe incluye los datos obtenidos de la investigación así como un consolidado de los algunos grupos étnicos que son parte de la población guatemalteca, concluyendo así que la hipótesis originalmente planteada la cual dice que la longitud del pabellón de la oreja coincide con la dimensión vertical en adultos dentados en los distintos grupos étnicos de Guatemala, es aceptada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de observaciones realizadas en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, surgió la hipótesis de que la medida antropométrica de la longitud de la oreja coincide con la Dimensión Vertical.

Tomando en cuenta que es de gran importancia el medir la Dimensión Vertical (medida vertical de la cara entre dos puntos arbitrarios: uno debajo de la boca usualmente sobre el mentón y el otro sobre la boca, generalmente en la nariz) con la mayor exactitud posible, para rehabilitar a los pacientes total y/o parcialmente desdentados; y por otro lado, sabiendo que la dimensión vertical que se mide en los pacientes que se presentan en dicha clínica es medida en base a los lineamientos establecidos por McGee, quién realizó sus estudios en poblaciones que pudieron tener rasgos craneofaciales diferentes a los de la población guatemalteca, surgió la siguiente interrogante:

¿Existe coincidencia entre la longitud antropométrica de la oreja, con la longitud de la dimensión vertical, en adultos dentados de ambos sexos que integran los diversos grupos étnicos de este país?.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la técnica más utilizada para determinar la dimensión vertical en pacientes total o parcialmente edéntulos es la de McGee, la cual se obtiene con el promedio de las medidas del centro de la pupila a la comisura, después de la glabella a la espina nasal anterior y luego de comisura a comisura, fue elaborada en una población anglosajona por lo que se desconoce si ésta técnica es la más adecuada aplicable a la población guatemalteca, tomando en cuenta que en este país existe una amplia distribución de etnias, factores ambientales diversos, y diferentes tipos de alimentación, que influyen en el desarrollo craneofacial, y características antropométricas de los individuos.

Por otro lado, se sabe que el índice CPO en la población guatemalteca es elevado por ejemplo la investigación sobre caries dental en escolares de 12 años cubiertos por el programa de E.P.S. de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala del año 2,000 a 2,001, establecen condiciones socioeconómicas y socioculturales de la población guatemalteca, hace

predecible que en un alto porcentaje de la misma probablemente seguirá requiriendo tratamientos restaurativos protésicos a mediano y largo plazo.

Por lo tanto se consideró necesario determinar las características antropométricas propias de la población guatemalteca para así derivar y aportar un método alternativo para la medición de la dimensión vertical, lo que constituirá información valiosa para la rehabilitación con prótesis total, fija y removible en la práctica odontológica.

REVISIÓN DE LITERATURA

ANTROPOLOGIA FISICA

La antropología física es la rama de la antropología que estudia las características físicas del hombre. Los estudios bioantropológicos realizados en América y sobre todo los relacionados con la antropología dental, *han sido muy escasos*, específicamente en lo que respecta a las variaciones biológicas de poblaciones humanas y en especial a las formas predominantes de las arcadas dentarias del hombre americano. (4)

La antropología física como ciencia busca descubrir rasgos físicos comunes entre los grupos humanos, resaltando aspectos como la forma del cráneo y de la cara el tipo de nariz y la forma de los maxilares, la morfología dental y sus patrones oclusales. (3)

Actualmente la antropología física no constituye más que una débil rama de la etnología, puesto que el hombre es un ser aparecido ya hace largo tiempo y que evoluciona en un medio geográfico y social que se ha modificado

considerablemente.

La etnología es la ciencia que tiene por objeto el estudio completo de los seres humanos, desde sus orígenes hasta el presente. Se añade entonces, a la antropología en sentido estricto, la etnografía o estudio del comportamiento del hombre en el medio donde vive, la lingüística y la prehistoria o etnografía de los hombres prehistóricos.

Se asiste ahora a un desarrollo de otras ramas de la antropología, cada vez más especializadas. Pero estas diversas disciplinas, que necesitan de frecuentes contactos con las ciencias anexas, deben trabajar en íntima relación en el seno de la antropología dinámica, futuro de la antropología general. (9)

Existe una estrecha relación entre las dimensiones de las arcadas con la forma y tamaño de los dientes y la cara, es decir generalmente el dolicocéfalo presenta caras alargadas y los braquiocéfalos, arcadas anchas así como los euriprosopos, arcadas cortas y anchas.

Por supuesto que, al estudiar la forma de las arcadas dentarias, se hace necesario conocer el tamaño de las mismas.

Con respecto a esto, puede decirse que existe una desproporción con relación a las dimensiones correspondientes al diámetro transversal o ancho de la arcada y el diámetro longitudinal o sagital, ya que la arcada inferior es más estrecha que la arcada superior.

La arcada superior presenta un diámetro longitudinal mayor que la arcada inferior, según la característica de la Psalidodoncia, la cual explica que el hombre sea heterodonto.

Es decir, por poseer piezas dentarias con una arquitectura compleja y de acuerdo al fundamento merístico, el cual explica, que dependiendo de la ubicación de las piezas dentarias en el arco, la misma exhibe una morfología propia, se produce una expansión del maxilar superior sobre el maxilar inferior, siendo esto una característica del sistema masticatorio del hombre, aunado a la asimetría que presentan las arcadas dentarias. (3)

Dentro del campo odontológico, la determinación del dimorfismo sexual de la arcada dentaria inferior, representa un elemento importante al momento de diagnosticar, pronosticar y tratar determinada anomalía relacionada con la oclusión.(4)

Desde el punto de vista antropológico se puede estudiar la evolución, la microevolución del género humano, forma, desplazamientos humanos, grado de interacción física entre los grupos y por supuesto, las características morfológicas propias del individuo y por ende, del grupo humano al cual pertenece, características estas que sirven para determinar y analizar los rasgos propios de las poblaciones.(9)

La morfología del arco dental, es el resultado de la interacción del hombre con el medio ambiente. En efecto, se puede señalar que las condiciones epigenéticas, es decir, aquellas que de manera directa inciden sobre el genotipo, son importantes para entender el proceso de la adaptación del hombre a su entorno y la diversificación de las especies.(6)

Como se puede observar existen diferencias morfológicas entre los distintos sexos de individuos de la especie del Homo Sapiens con respecto a la mandíbula, entre las que cabe señalar las siguientes:

- a) La mandíbula masculina presenta un cuerpo más voluminoso con respecto a la femenina.
- b) El ancho intercanino es igual en ambos sexos pero con respecto a la distancia intermolar (medida tomada de fosa central a fosa central) se ha observado un incremento en la mandíbula femenina.
- c) El ángulo goníaco es mayor en el sexo masculino.
- d) Con respecto a la cronología de erupción dentaria con relación al sexo, es más temprana en el sexo masculino que en el sexo femenino, variando esta diferencia entre 6 meses y un año.
- e) El ancho mesio-distal de las piezas dentarias en el sexo femenino es menor al que se reporta en las piezas dentarias masculinas.
- f) El volumen medial de la lengua y el tamaño medial del arco dentario inferior es significativamente más grande en el sexo masculino que en el femenino.

- g) Existe efectivamente un alto grado de afinidad en cuanto a los patrones oclusales entre las poblaciones prehispánicas y actuales en estudio.
- h) La morfología dental y específicamente la odontometría, determinan variaciones de la disposición de las arcadas dentarias.(4)

La disposición de las piezas dentarias tanto superiores como inferiores y su correcta relación a través de los puntos de contacto, producen el arco dental.

La longitud de dicho arco, es mayor en la dentición permanente que en la decidua debido a que el ancho mesiodistal de las piezas dentarias permanentes es mayor y al empuje mesial del primer y segundo molar permanente.

Con relación a esto, es necesario acotar que autores como Quiros, J., expresan que la longitud de la arcada dentaria la determina la posición definitiva de los primeros molares permanentes.

Los arcos dentarios pueden presentar formas variadas (hiperbólicas, elípticas, en u, en v, parabólicas, ovoides) esto depende en gran parte de la relación existente entre los tres segmentos que comprende el arco dentario:

- a) Uno anterior que va desde los caninos derechos a los caninos izquierdos.
- b) Dos posteriores que se extienden desde el primer premolar de cada lado hasta el tercer molar.(3)

Por otro lado, estudios comparativos realizados entre poblaciones negras y poblaciones blancas han aportado datos importantes como:

- a) Los arcos mandibulares de la población negra presentan mayor diámetro transversal y mayor profundidad que los de la población blanca.
- b) Los individuos de la población blanca presentan mayor porcentaje de apiñamiento dentario y de cuadros de maloclusión debido a lo anteriormente expuesto en el inciso anterior, que la población negra.
- c) Existen factores esqueléticos que influyen en la oclusión y en la determinación de la forma de los arcos dentarios, tanto así que el ángulo Nasion-prostion-silla turca (NP – SN) es menor en la población blanca con

respecto a la población negra, pero esta última registra un mayor porcentaje de prognatismo mandibular.

- d) El promedio del ancho mesio-distal de las piezas dentaria: caninos, premolares y primeros molares inferiores son menores en los individuos de la población blanca que en los individuos de la población negra.

Por último es importante resaltar que la mandíbula sufre una serie de modificaciones con la edad que por supuesto, hacen que cambien las dimensiones del arco dental. Durante los primeros períodos de osificación, la rama y el cuerpo mandibular están ubicados casi en línea recta, formándose un ángulo entre ambas estructuras de 180 grados.

En la fase de senescencia y vejez, la mandíbula vuelve a sufrir cambios debido a la pérdida de piezas dentarias y a la consecuente disminución de la altura ósea a nivel del cuerpo.

Esto hace que la mandíbula se proyecte hacia delante (prognatismo mandibular), siendo esto una característica propia de esta fase de la vida. (4)

Hominización del Cráneo

La hominización se refiere al proceso evolutivo en que se supone culminó la formación de la especie humana, la cual se estudia a partir de la familia de los mamíferos primates, en la que zoológicamente se incluye el hombre.

Dentro del proceso evolutivo mencionado en el párrafo anterior se puede mencionar los siguientes aspectos:

- a) Transformación del aparato fonador
- b) Hominización del cráneo
- c) Paleoneurología y hominización del cerebro.

De los aspectos anteriores la que interesa en este estudio es la hominización del cráneo la cuál se inició por los pies y no por la cabeza, durante la adquisición de la postura erecta se producen cambios en el aparato locomotriz, pero de manera fundamental, el cráneo: modificación de los ángulos hiático y de inclinación del clivus, angulación de los ejes facial y neurocraneal, migración

anterior del agujero occipital, convexión de la base del cráneo, reducción del prognatismo y gracilización mandibular. (6)

ANATOMIA CRANEO FACIAL

Cráneo y Hueso Hioides

Desarrollo del cráneo

Los huesos del cráneo se forman en el mesénquima que rodea el encéfalo en desarrollo. En resumen, la bóveda y algunas porciones de la base presentan osificación intramembranosa, en tanto que la mayor parte de la base se condritica en la primeras etapas de la vida prenatal, y posteriormente experimenta osificación endocondral.

Sin embargo, algunas porciones del condrocráneo conservan su estructura cartilaginosa, como la porción anterior del tabique nasal y los agujeros rasgados anteriores, aunque estos últimos llegan a ser sustituidos por tejido fibroso.

Los siguientes huesos del cráneo presentan osificación intramembranosa: frontal, parietal, escama del temporal, parte superior de la porción escamosa del occipital, vómer, lagrimal, nasal, palatino, la mayor parte de las apófisis pterigoides y las alas mayores del esfenoides, malar y maxilares superior e inferior.

En los siguientes la osificación es endocondral: la mayor parte del occipital, porciones petrosa y mastoidea del temporal, cuerpo y alas menores del esfenoides, etmoides y cornete inferior.(10)

Cráneo Neonatal

Al nacer la porción del cráneo situada por arriba del plano orbitomeatal es mucho mayor que la que está por abajo. La primera se relaciona con el desarrollo del encéfalo, ojo y órganos de la audición y el equilibrio. La segunda está en relación con los dientes, lengua, región respiratoria de la cavidad nasal y senos maxilares.(10)

Crecimiento del Cráneo

El crecimiento del cráneo se efectúa por tres mecanismos

- 1) Sustitución del cartílago por hueso.
- 2) Crecimiento a nivel de las suturas que tiene lugar en la bóveda y la parte superior de la cara durante la vida fetal.
- 3) Por aposición superficial junto con resorción interna.

El análisis del crecimiento del cráneo en un determinado individuo indica que este crecimiento avanza de manera discontinua, es decir, por brotes repentinos.

Además el modelo de crecimiento varía de un individuo a otro.(10)

Cráneo

El cráneo constituye una caja protectora para el encéfalo, proporciona cavidades para los órganos de los sentidos especiales (visión, audición, equilibrio, olfato y gusto), y presenta orificios para el paso de aire y alimentos, así como los dientes y las mandíbulas, indispensables para la masticación.

El cráneo consta de una serie de huesos que en su mayor parte, están unidos en articulaciones inmóviles. Un hueso, el maxilar inferior o mandíbula, posee libertad de movimiento y está unido al resto del cráneo por una articulación sinovial llamada temporomaxilar.

Además de una parte del hueso frontal, el esqueleto de la cara está formado por varios huesos pares (nasales, lagrimales, malares y maxilares superiores), junto con el maxilar inferior. Otro hueso impar, el vómer, y dos pares, los palatinos y los cornetes inferiores, están colocados más profundamente.

Por conveniencia para la descripción, el cráneo se orienta de manera que los límites inferiores de las órbitas y los superiores de los conductos auditivos externos estén en el mismo plano horizontal, llamado *plano orbitomeatal*.

El plano orbitomeatal coincide bastante con un plano horizontal natural a través del cráneo, esto es, con el sujeto en posición anatómica, mirando hacia un espejo vertical en el que fija sus pupilas.(10)

Cara Superior del Cráneo

Por lo general, el cráneo visto por arriba es ovoide, y es más ancho por atrás que por delante. Se pueden identificar cuatro huesos; frontal por delante, occipital por detrás, y parietales derecho e izquierdo entre ellos. Estos huesos están unidos por suturas.(10)

Cara Posterior del Cráneo

La parte posterior del cráneo está formada por parte de los huesos parietales, el occipital y las porciones mastoideas de los temporales.

Cara Anterior del Cráneo

Esta cara del cráneo presenta la frente, las órbitas, los pómulos, la parte ósea del esqueleto de la nariz y las mandíbulas superior e inferior.(10)

Frente

El hueso frontal forma el esqueleto de la frente. Por abajo, a cada lado del plano medio, se articula con los huesos nasal y malar. La intersección del hueso frontal y los dos nasales se denomina *nasion*.

La región situada por arriba del nasión y entre las cejas recibe el nombre de *glabella*. El *arco superciliar* es una elevación que se extiende a cada lado hacia fuera a partir de la glabella.(10)

Orbitas

Son las dos cavidades óseas que alojan a los ojos. En su unión con la cara cada órbita presenta bordes superior, externo, inferior e interno.

Pómulo

El pómulo (prominencia de la mejilla) está formada por el hueso malar (cigomático). Este hueso está situado en el lado inferior externo de la órbita y

descansa sobre el maxilar superior.

Porción Ósea del Esqueleto de la Nariz

Esta parte del apéndice nasal está formada por los huesos nasales y maxilares superiores y termina por delante formando la *abertura anterior (piriforme) de la nariz*. La abertura está limitada hacia arriba por los huesos nasales, y hacia los lados y abajo por los maxilares superiores.

A través de ella se puede observar la *cavidad nasal*, dividida por el tabique nasal en porciones derecha e izquierda, a las que con frecuencia se les llama fosas nasales.(10)

Mandíbulas Superior e Inferior

Maxilares superiores (maxilares). Son los huesos que forman la mandíbula superior. Su crecimiento determina el alargamiento vertical de la cara entre los 6 y los 12 años de edad.

Cada maxilar superior consta de 1) un cuerpo, que contiene el seno maxilar; 2) una apófisis cigomática, que se extiende hacia fuera y se articula con el hueso malar; 3) una apófisis frontal, que se proyecta hacia arriba y se articula con el hueso frontal; 4) una apófisis palatina, que se extiende horizontalmente para unirse con la homónima del lado opuesto y formar la mayor parte del esqueleto del paladar, y 5) una apófisis alveolar, que aloja a los dientes superiores.

El cuerpo del maxilar superior es piramidal y presenta: 1) una cara nasal o base, que forma parte de la pared externa de la fosa nasal correspondiente; 2) una cara orbitaria, que forma la mayor parte del suelo de la órbita; 3) una cara infraorbitaria, que forma la pared anterior de la fosa infratemporal, y 4) una cara anterior cubierta por los músculos faciales.

Los dientes superiores se alojan en los procesos alveolares de los maxilares superiores. Los dos maxilares superiores se unen en el plano medio en la sutura intermaxilar. A veces se llama premaxila a la parte de los maxilares superiores que aloja a los incisivos.(10)

Maxilar Inferior (Mandíbula)

Es el hueso que aloja a los dientes inferiores en su porción alveolar. La sínfisis mentoniana es la región media del maxilar inferior donde se fusionan las dos mitades de la mandíbula inferior fetal.

Este hueso es el más grande y fuerte de la cara. Presenta un cuerpo y dos ramas ascendentes. Cada uno de los maxilares superior e inferior incluye una porción alveolar unida a un elemento básico.

En el maxilar superior, la porción alveolar depende de la presencia de los dientes, mientras que en el inferior, la parte inferior de la porción alveolar es independiente de ellos y persiste en la mandíbula desdentada.

Cuerpo del Maxilar Inferior

El cuerpo del maxilar inferior tiene forma de U y presenta caras externas e interna, y bordes superior o porción alveolar e inferior o base.

La cara externa se caracteriza generalmente por presentar una cresta media poco marcada que señala la línea de fusión de las dos mitades del hueso en la sínfisis mentoniana, y que se expande por abajo para formar una elevación triangular llamada protuberancia mentoniana, cuya base esta limitada a cada lado por el tubérculo mentoniano.

Mas hacia fuera, con frecuencia por debajo del segundo premolar, es fácilmente visible el agujero mentoniano. La línea oblicua es un reborde como que se dirige hacia atrás y arriba, del tubérculo mentoniano al borde anterior de la rama ascendente.

El borde superior del cuerpo del maxilar inferior se llama porción alveolar y contiene los dientes inferiores en cavidades llamadas alvéolos. El borde de la porción alveolar es el arco alveolar. El borde inferior del maxilar inferior se llama base. La fosa digástrica es una depresión rugosa en la base o por atrás de ella cerca de la sínfisis.

La cara interna se caracteriza por presentar una elevación irregular, la espina mentoniana en el dorso de la sínfisis. Puede constar de una a cuatro

porciones llamadas apófisis geni, que dan origen a los músculos geniohioideo y geniogloso.

La fosa submaxilar se encuentra por debajo de la línea milohioidea y aloja una parte de la glándula submaxilar. La fosa sublingual está más adelante, por arriba de la línea milohioidea.

Cara Lateral del Cráneo

Esta cara del cráneo incluye ciertas porciones del hueso temporal, así como las fosas temporal e infratemporal.

Características Especiales del Hueso Temporal

El hueso temporal se compone de porciones escamosa, timpánica, estiloidea, mastoidea y petrosa.

Cara Inferior del Cráneo

Comprendida por:

- a) Hueso Occipital
- b) Hueso Temporal
- c) Esfenoides
- d) Coanas y bóveda palatina (10)

Evaluación de los Tejidos Blandos

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 leve es normal y debe estar presente en todos los individuos.

A lo largo de la vertical verdadera se pueden definir tres tercios faciales iguales, como *tercio facial superior*, *tercio medio facial* y *tercio facial inferior*. La cara principal puede ser dividida en tres tercios iguales a lo largo de la

verdadera: *ancho del ojo derecho, ancho nasal y 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 también puede ser dividida en tercios iguales a lo largo de la 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.

(11)

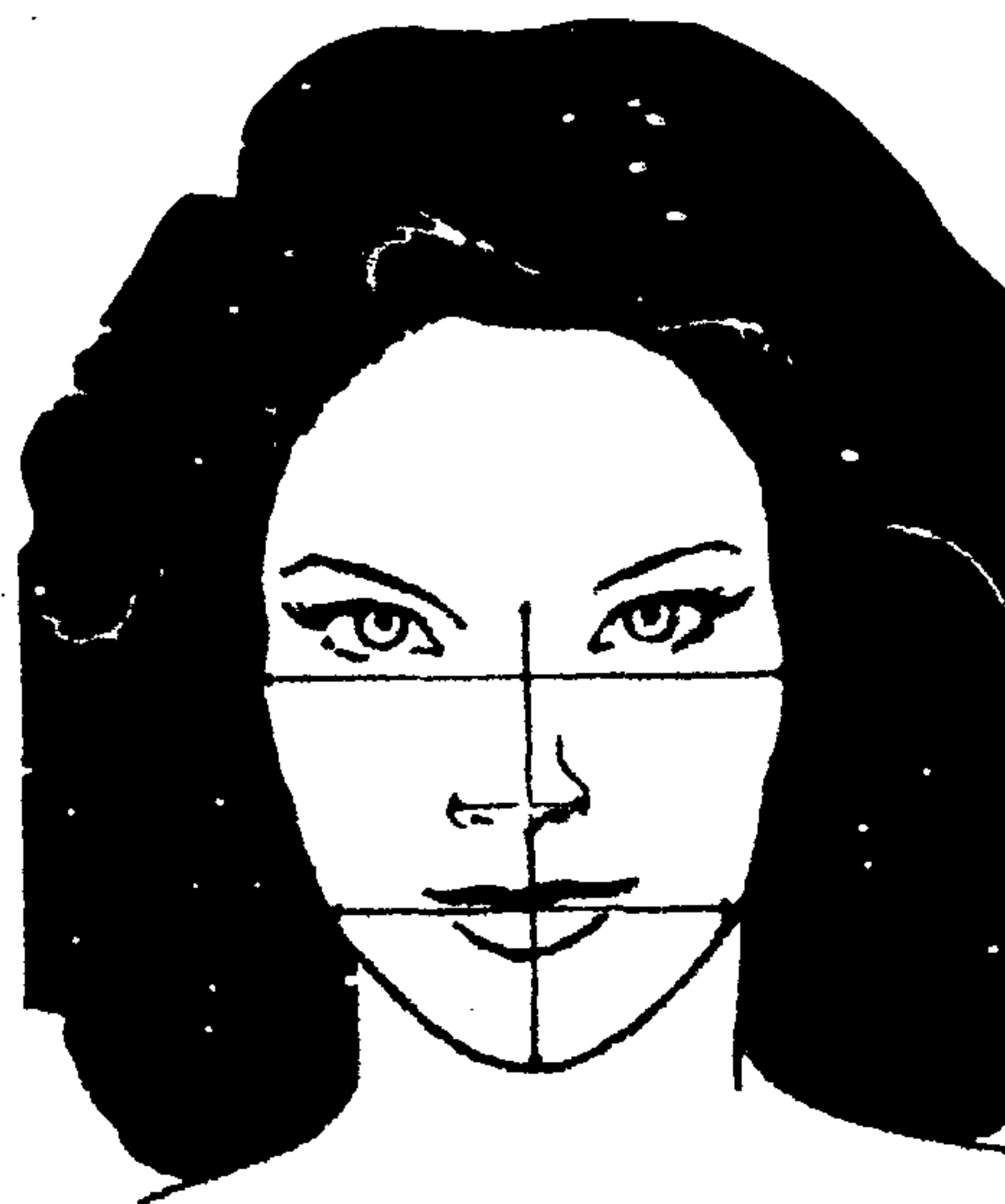


Fig. No.1
Proporciones Faciales

Oído

El oído comprende el conjunto de órganos vestibulococleares, esto es, los relacionados con el equilibrio y la audición. El oído se divide en tres porciones externa, media e interna. El oído externo comprende la oreja o pabellón auricular y el conducto auditivo externo.

El oído medio, cavidad timpánica o caja del tímpano es un espacio aéreo en que se localizan los huesecillos del oído. El oído interno consta de una serie de espacios complejos llenos de líquido que en conjunto se conocen como laberintos.

Oído Externo

El oído externo conduce el sonido hacia los componentes del oído medio interno y protege a éstos de agresiones externas.

Conducto Auditivo Externo

Este conducto mide unos 25 mm o más de longitud, se extiende de la concha del pabellón auricular a la membrana timpánica.

Pabellón Auricular

El pabellón auricular u oreja es una parte del oído externo. Está formado por una lámina de cartílago elástico cubierta de piel. Presenta cierto número de depresiones, la más profunda de las cuales recibe el nombre de concha.

El borde de la oreja se llama hélix. El lóbulo, que está desprovisto de cartílago, está formado por tejido fibroso y grasa. A veces se usa como fuente de sangre para la conducta de células sanguíneas.

La inervación sensitiva del pabellón auricular proviene del nervio auriculotemporal y de las ramas mastoidea y auricular del plexo cervical, Las fibras del vago llegan a la oreja por medio del nervio facial, y se cree que este último contribuye a la inervacion del conducto auditivo externo. Aunque la piel

de la oreja no contiene terminaciones nerviosas organizadas, en ella se pueden percibir sensaciones de tacto, dolor, frío y calor.

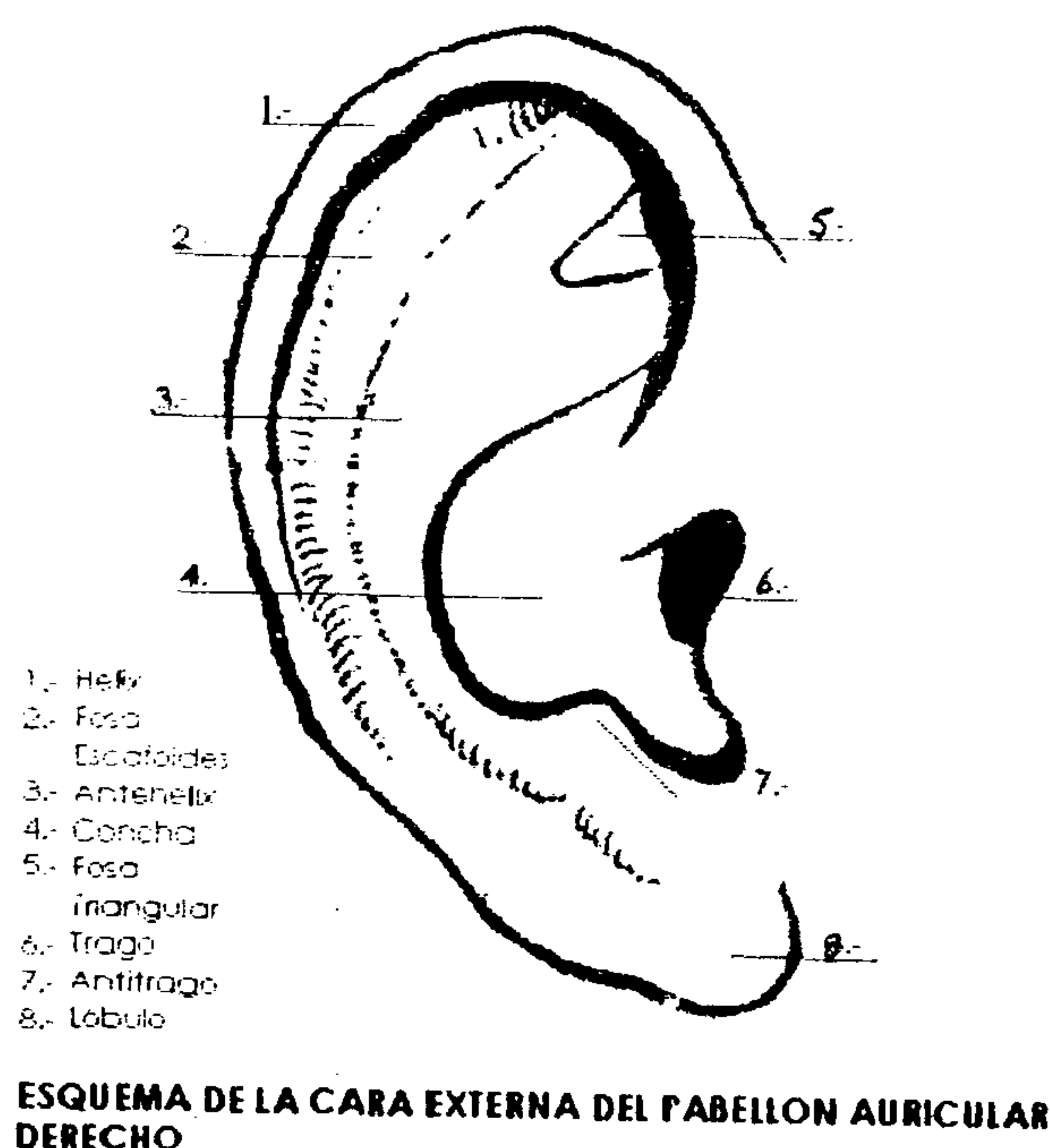


Fig. No. 2

Conducto Auditivo Externo:

Situado por detrás del cóndilo del maxilar inferior, lleva el aire del exterior a la membrana del tímpano. Mide unos 3 cm de longitud, pero su tercio externo es cartilaginoso y por tanto no se encuentra en cráneo seco.

Una pequeña depresión el triángulo suprameatal, se encuentra inmediatamente por arriba y atrás del conducto auditivo externo, y como a 1 cm por dentro del mismo se encuentra el antromastoideo, una de las cavidades del hueso temporal. El triángulo corresponde a la parte más superior de la concha del pabellón auricular.(10)

Porción Timpánica

El suelo y la pared anterior del conducto auditivo externo están formados por una porción incurvada del hueso temporal llamada lámina timpánica, que en un cráneo de niño es sólo un anillo timpánico incompleto. (10)

Índice Cefálico

El Índice Cefálico es el resultado de la división de 100 veces la anchura máxima de la cabeza entre su altura máxima; el cual fue creado en 1,843 por el sueco Retzius para tratar de expresar el hecho de que ciertos cráneos son estrechos y largos mientras que otros son cortos y anchos. También los términos dolicocefalo y braquicefalo, cuyo uso después se generalizó, y su formula para

calcular el índice cefálico:

$$\frac{\text{Anchura de la cabeza} \times 100}{\text{Longitud de la cabeza}}$$

Es el más clásico de los caracteres antropológicos, a pesar de que señala imperfectamente la forma general de un cráneo.

Clásicamente la diferencia entre el índice cefálico y el índice craneano es de una unidad a favor del índice cefálico obtenido en el ser vivo. En realidad, esta diferencia es variable y depende de las partes blandas. En la longitud influye la piel de la región de la nuca, más gruesa que en ninguna otra parte. En cambio, en lo que concierne al ancho, el espesor de los músculos temporales se agrega al de la piel.

En la medición del índice cefálico existen las siguientes variaciones:

1. Variaciones según la Edad.

El índice cefálico aumenta progresivamente desde el sexto al noveno mes

de la vida fetal porque el desarrollo del volumen cerebral tiende a dar a la cabeza una forma esférica. Después, a partir del nacimiento y hasta la adolescencia, la cabeza se hace más dolicocefala por el desarrollo progresivo de la glabella en relación con los senos frontales. El índice disminuye así dos o tres unidades.(6)

De los 18 a los 60 años el índice cefálico permanece estable. Finalmente en el curso de la vejez se puede encontrar una disminución del índice por atrofia de los músculos temporales.

2. Variaciones según el Sexo.

Por regla general, para una misma etnia, el sexo femenino es más braquicéfalo que el masculino. Comúnmente se observa una diferencia de dos unidades por el hecho de que el cráneo de la mujer es a menudo menos largo debido al desarrollo más moderado de la región glabellar.(6)

3. El índice Cefálico a través de los Grupos Humanos.

En los tiempos prehistóricos la dolicocefalia fue constante hasta el Mesolítico. El índice cefálico del *Pithecanthropus* y del *Sinanthropus* oscila alrededor de 72. En el paleolítico inferior, los cráneos de Ehringsford y de Stenheim presentan, respectivamente, 74 y 72. Sus sucesores del Paleolítico medio al Hombre de Neanderthal, se caracterizaban por un cráneo alargado.

Esta dolicocefalia persistió netamente durante el paleolítico superior, ya que el índice cefálico de raza de Gimaldi baja a 68, en tanto que el Hombre de Cromagnon tiene un índice de 73.7 y el de Chancelade de 72, y el índice del hombre actual es de 700 a 1,300 cc.

La Cara y sus Índices

La altura total de la cara se mide desde el borde inferior del mentón o gnation, en la parte baja, hasta el punto medio de la sutura que reúne los huesos propios de la nariz con la frente, en la parte superior. Este punto es el nasion, muy fácil de señalar en el hueso seco, pero más difícil de localizar en el vivo.

En el ser vivo la altura de la cara debe ser medida con la boca cerrada y con los arcos dentarios superior e inferior en estrecho contacto. Es, por consiguiente, imposible medirla en los desdentados.

La altura facial superior tiene siempre como punto superior el nasion y como referencia inferior el prostion, es decir el borde libre de la encía entre los dos incisivos centrales, en el ser vivo, o la punta ósea correspondiente en el cráneo seco.

El *índice facial total* se obtiene mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Altura total de la cara (nasion-gnation)} \times 100}{\text{Anchura bicigomática}}$$

La variación entre los índices faciales del ser vivo y del esqueleto aumenta con bastante claridad a medida que la cara es más angosta.(9)

El índice Facial en los Grupos Humanos

En el paleolítico medio del Hombre de Neanderthal presentaba una cara

alargada. En el paleolítico superior se distingue la cara ancha y baja de la raza de Grimaldi, la cara muy ancha y relativamente baja del Hombre de Cromagnon y, por último, la cara muy ancha y bastante alargada del Hombre de Chancelada.(6)

Más tarde, en el transcurso del Mesolítico y del Neolítico, aparecen variaciones que corresponden a las de las razas actuales.(9)

La Oreja

Schwalbe estudió los diferentes tipos de orejas en la escala zoológica. Comprobó que todos los mamíferos tienen la oreja con un largo pabellón terminado en punta.

A medida que se eleva en la serie animal se verifica una retracción progresiva de dicha punta, en tanto que los bordes del pabellón se acercan. Se asiste así, en el caso del mono, a un enrollamiento del borde, que esboza en forma gradual la evolución hacia la oreja humana, pero conservando la punta y la ausencia del lóbulo.

Es necesario llegar al hombre para tener simultáneamente la desaparición de la punta auricular y la presencia del lóbulo.

Pero estas modificaciones son inconstantes porque se trata de una variación regresiva, que consiste en la persistencia simbólica de una punta bajo la forma del tubérculo de Darwin, y de una variación progresiva, la formación del lóbulo.

Las dimensiones fundamentales de la oreja son la altura y el ancho. La primera se mide con ayuda del compás de corredera: se coloca verticalmente con sus ramas tangentes al punto más elevado del hélix en la parte superior, y al extremo inferior de lóbulo, en la inferior.

El ancho es la distancia entre dos líneas paralelas al eje mayor de la oreja, de las cuales una es tangente al borde anterior del hélix y la otra, tangente a su borde posterior.

Las variaciones de la altura auricular según las razas son bastantes considerables, pero desgraciadamente existen diferencias individuales que

suprimen su valor general. Para empezar, hay variaciones sexuales, pues los hombres tienen siempre orejas más grandes que las mujeres.

También existen diferencias de acuerdo con la edad porque su largo aumenta hasta la vejez por estiramiento del lóbulo.

En la raza negra, la altura promedio es de 6 cm, con solo 5 cm para los bosquimanos. La raza blanca oscila entre 6.0 y 6.5 cm. La amarilla entre 6.5 y 7.5 cm. Hay menos variaciones en el ancho.(9)

Se puede calcular el índice auricular:

$$\frac{\text{Anchura de la oreja} \times 100}{\text{altura}}$$

La Bóveda Palatina

Ante todo conviene distinguir el paladar propiamente dicho del arco alveolar superior. La anchura del paladar se mide entre los segundos molares. La longitud se toma a partir del punto oral (punto medio de la línea tangente a los dos incisivos centrales) por delante, hasta los dos incisivos centrales) por

delante, hasta el estafilion (punto medio de la tangente anterior a las concavidades del paladar óseo) por detrás.

Con estas medidas se obtiene el índice palatino:

$$\frac{\text{Anchura del paladar} \times 100}{\text{Longitud}}$$

Este índice distingue tres clases: Estrecho (Leptoestafilino), Mediano (Mesoestafilino) y Ancho (Braquiestafilino).

En lo que concierne al arco alveolar, el ancho se mide entre sus dos bordes externos al nivel del segundo molar. El largo se toma desde el protion, adelante, hasta el punto medio de la tangente a los dos extremos posteriores de los rebordes alveolares. El índice del arco alveolar,

$$\frac{\text{Anchura de la arcada dentaria} \times 100}{\text{Longitud}}$$

Este índice distingue tres categorías: Estrecho (doliceuránico), Mediano (Mesuránico) y Ancho (Braquiuránico). Por regla general se puede decir que el

dominante de todas las razas cualquiera sea su color, es braquiuránico.

En lo que concierne a la forma general del arco dentario, el examen del cráneo en norma inferior posibilita describir cuatro aspectos diferentes:

- a) Hiperbólico: Cuando la curva es simétrica
- b) Parabólico: cuando las ramas son divergentes;
- c) En épsilon: cuando las ramas son paralelas
- d) Elíptico: cuando ellas convergen la una hacia la otra.

Según Topinard, la raza blanca estaría representada, sobre todo, por los Arcos hiperbólicos o parabólicos. En cambio, la raza negra presentaría mejor cantidad de formas en épsilon o elípticas, particularmente entre los hotentotes y bosquímanos.(9)

El Maxilar Inferior

Es particularmente interesante, tanto desde el punto de vista de la antropología prehistórica como para la antropología racial. La longitud total se

mide con la planchuela osteométrica desde la avanzada mentoniana o pogonio hasta el plano tangente a la parte posterior del cóndilo.

La anchura bicondilia se toma entre las partes externas de los cóndilos. Estas dos medidas posibilitan el estudio del índice mandibular:

$$\frac{\text{Longitud X } 100}{\text{Anchura Bicondilea}}$$

La rama ascendente ofrece también su interés. En especial, se puede estudiar su altura, que es la tangente que va desde la cúspide del cóndilo al plano donde reposa el maxilar, y su ancho que es el mínimo encontrado entre los bordes de esta parte del maxilar, tomado perpendicularmente a la altura; se obtiene así el índice de la rama.

Las variaciones del ángulo posterior son en especial significativas desde el punto de vista étnico porque indican la inclinación del borde superior de la rama ascendente del maxilar inferior en relación con el plano alveolar.(9)

Caracteres Sexuales del Cráneo

La diferenciación sexual del cráneo es, por lo común tardía y se hace notable sobre todo en la pubertad.

A partir de esta época del crecimiento humano, los caracteres diferenciales serán más marcados en las razas civilizadas que las primitivas. No tienen un valor absoluto, pero forman un haz de argumentos que harán factible optar con exactitud en un 75 a 80% de los casos, por un sexo u otro. En el 20% de los casos habría, como decía con justicia Manouvrier, una zona neutra, la de los casos límite, donde nada permitirá arribar a una conclusión.

El peso absoluto del cráneo femenino es menor que el del hombre (80 a 82%), no solo porque es más pequeño sino por ser menos grueso en especial a nivel de los parietales. En la mujer, la región craneana más desarrollada en comparación con otras, es la frontal; la menos desarrollada es la parietal, pero de modo absoluto la capacidad del frontal femenino es sensiblemente igual a la de su homólogo masculino.

El diámetro antero-posterior es generalmente más pequeño en la mujer y esto se debe a la menor prominencia de la glabella, adelante, y al aplastamiento del vértex, atrás. La mujer es, por lo común, más braquicéfala que el hombre. La altura del cráneo femenino es igualmente menor.

El examen de la parte facial del cráneo aporta importantes argumentos para el diagnóstico sexual. Como la glabella, los arcos superciliares son poco marcados en la mujer y los pómulos menos macizos.

Las órbitas femeninas son más altas y mas redondeadas y el reborde orbitario es más delgado, casi cortante. El peso del cráneo comparado con el del esqueleto es a veces, difícil de establecer. Generalmente se prefiere el índice cráneo-femoral (relación entre el peso de los fémures y el del cráneo).

La mandíbula ofrece también variaciones sexuales importantes. En conjunto, las mandíbulas femeninas son más gráciles. La anchura bicondilia es netamente más marcada en el hombre que en la mujer; un ancho que sobrepase los 125 mm es con probabilidad masculino; inferior a 105 mm es femenino (para la raza blanca).

Las ramas ascendentes son más gráciles en la mujer son también menos divergentes. Por último, las huellas de los músculos masticadores están más marcadas en el hombre que en la mujer.(9)

Los Dientes

Son de gran importancia en antropología general y en antropología prehistórica en particular porque con frecuencia se conservan mejor que cualquier otra parte del cuerpo.

El hombre tiene una dentición precoz y temporaria y otra definitiva. El primer diente que aparece en el niño es el incisivo central inferior, alrededor de los 6 meses de edad. A los dos años ya tiene su dentición temporaria completa, formada por 4 incisivos, 2 canino y 4 molares en cada una de las mandíbulas.

Mas tarde, a los seis años, sale el primer diente definitivo (1er. molar) y progresivamente aparecen los 4 incisivos, 2 caninos, 2 premolares y el 2do molar. El 3er molar o "muela del juicio" sale entre los 18 y 24 años en la raza blanca.

Por otra parte, en el curso de la evolución se asiste a una tendencia a la reducción del número y el volumen de los dientes. Las ausencias más frecuentes en el hombre son las del incisivo lateral superior y el tercer molar del juicio. La anodoncia del incisivo lateral superior es un hecho característico de la naturaleza humana en evolución porque existe desde el hombre prehistórico.

La articulación dental ofrece también grandes variaciones. En la raza blanca, los dientes superiores cierran por delante de los dientes de abajo, y producen un desgaste en bisel que es del 100% entre los europeos, de 50% en los amarillos, 40% en los negros y del 6% en los amerindios. En las razas primitivas la articulación dental se hace de extremo a extremo, con desgaste horizontal.

También existen muchas variedades en los tubérculos de los molares, cuyas superficies presentan surcos articulares generalmente en forma de cruz, pero pueden formar también escalones o estar dispuestos en Y. (9)

DIMENSION VERTICAL

El término **dimensión vertical** tal como se usa en **prostodoncia**, se refiere a la medida vertical de la cara entre dos puntos arbitrarios: uno debajo de la boca, usualmente sobre el mentón y el otro sobre la boca, generalmente en la nariz. (6)

Son dos las dimensiones verticales para cada paciente: la **dimensión vertical en reposo** y la **dimensión vertical en oclusión**. La **dimensión vertical en reposo** se toma con el paciente en posición recta y en completo reposo. La posición mandibular depende de un equilibrio entre los músculos de la masticación, el grupo muscular poscervical y los grupos musculares infrahioideo y suprahioideo.

El espacio interdentario de la mandíbula en reposo se denomina **espacio libre**. Es obvio que casi siempre la **dimensión vertical en reposo** es mayor que la **dimensión vertical en oclusión**. En la mayoría de los pacientes la diferencia entre estas medidas oscila entre los 2 y 4 mm. El signo más significativo de la **sobremordida** es el **espacio libre excesivo**.

La confirmación de la pérdida de la dimensión vertical requiere de la historia de un malestar físico relacionado con la sobremordida, de un examen cefalométrico que rectifique la migración de los cóndilos y de un espacio libre superior a los 4 mm.

La dimensión vertical de oclusión hace referencia a la posición vertical de la mandíbula con respecto al maxilar superior cuando los dientes superiores e inferiores intercuspidan en la posición más cerrada. (7)

Aunque la dimensión vertical de oclusión tiene lugar cuando los dientes se encuentran completamente articulados, éstos no son los determinantes de la dimensión vertical. Su posición se encuentra determinada por la dimensión vertical del espacio existente entre el maxilar superior fijo y la mandíbula posicionada por los músculos. (2)

Como posición fisiológica inicial para la reconstrucción de la oclusión en personas desdentadas, se puede aceptar aquella del maxilar inferior respecto al superior, en la que, con la cabeza erguida y manteniendo una distancia maxilar normal, ambos cóndilos articulares se hallan en el centro de sus cavidades

glenoideas.

Los cambios continuados en la altura de la oclusión, posición de reposo y distancia interoclusal, así como la falta de puntos de referencia claramente determinados y clínicamente accesibles después de la pérdida de los dientes, dificultan la determinación de la relación maxilar vertical en el desdentado. Los fallos son, por ello, frecuentes e incluso pueden hacer fracasar el tratamiento protésico. (7)

Es importante comprender sobre la dimensión vertical que la mandíbula se dirige repetidamente a la posición dictada por la contracción de los músculos elevadores. Los dientes superiores e inferiores realizan su erupción dentro del espacio hasta que se juntan en la relación intermaxilar.

Por lo tanto, la longitud de los músculos elevadores contraídos durante su ciclo de fuerza fija los límites de separación de los maxilares para que los dientes erupcionen.

El segundo aspecto importante de la dimensión vertical que debe ser comprendido es que la posición vertical de cada diente es adaptable al espacio existente, y no a la inversa, y que la capacidad de los dientes para erupcionar o intruirse se mantiene a lo largo de toda la vida. Existe una fuerza de erupción permanente que hace que los dientes erupcionen hasta que se encuentran con una fuerza opuesta de igual intensidad.

Si la fuerza opuesta es superior a la de erupción, los dientes permanecerán intruidos hasta que la fuerza de erupción consiga igualar la fuerza de resistencia contra ellos. Si la fuerza opuesta es menor que la de erupción, los dientes continuarán erupcionando.

Las fuerzas de resistencia constituyen el resultado de la presión ejercida por la elevación de la mandíbula hacia el maxilar controlada por la musculatura.

De hecho, la dimensión de esta relación intermaxilar es tan constante que incluso un bruxismo severo, el apretamiento o una parafunción abrasiva no alteran la distancia intermaxilar tomada entre puntos de referencia óseos en cada maxilar.

Esto queda evidenciado por la observación consistente de que la erupción mantiene un equilibrio con el desgaste. Debido a la elongación de los procesos alveolares, incluso las abrasiones severas de los dientes no producen una pérdida de la dimensión vertical.

La única explicación de este fenómeno es la constancia en la distancia entre maxilares al completarse el ciclo de contracción del músculo elevador. (1)

En base a la anatomía craneofacial existen puntos de referencia del cráneo para medición de la Dimensión Vertical, los cuales son los siguientes:

Glabela: El plano más anterior de la parte media de la región interiliar, cuando el cráneo está orientado en dirección al plano de Frankfurt, es decir, según el plano horizontal que pasa por el porion y el punto orbital.

Gnation o mentón: El punto medio situado en la parte más baja del borde inferior de la sínfisis mentoniana.

Gonión: El punto más inferior, más posterior y más externo del ángulo mandibular, en la unión de las ramas horizontal y ascendente del maxilar inferior o mandíbula.

Pogonion: Punto medio situado en la parte más saliente de la eminencia mentoniana, cuando la mandíbula está orientada según el plano de Franckfurt. (9)

Existen diferentes técnicas para determinar la dimensión vertical:

- a) *Distancia Inter-alveolar*: basada en la estabilidad de la papila del rafe medio palatino que apenas sufre cambios en su localización cuando se producen reabsorciones naturales en la remodelación de las crestas alveolares.
- b) *Paralelismo de las Crestas Alveolares*: Considerando que las crestas alveolares son paralelas o con una inclinación posterior de 5 grados, se usa si no existen contraindicaciones estéticas o funcionales.

c) *Proporciones Faciales*: Basada en la relación existente entre diferentes partes de la cara. Wills señala que la distancia entre pupila y comisura labial es igual a la distancia entre la base de la Nariz y la del mentón. McGee señala que la distancia nasomentoniana es igual a la distancia nasoglabelar. Esta técnica es una de las más utilizadas para determinar la dimensión vertical.(7)

Dimensión Vertical en Posición de Reposo

Cuando un músculo no se encuentra ni hipotónico ni hipertónico, se dice que esta "en reposo". Incluso el músculo en reposo se encuentra en un estado de ligera contracción. Esta ligera contracción de los músculos antagonistas es necesaria para mantener la postura y alineación de las partes esqueléticas.

La contracción de un músculo más allá de su longitud de reposo afecta, en cierto modo, a su músculo antagonista, que deberá relajarse y dejar paso al músculo que se contrae, o responder él mismo con una contracción isométrica del antagonista. En cualquier caso, la armonía del músculo en reposo se ve alterada por

cualquier factor que interfiera con esta longitud de reposo.

La posición de la mandíbula en reposo no sólo es altamente variable, sino que cambia de forma notable en un mismo paciente en respuesta a gran variedad de factores, incluido el grado de tensión a la que se encuentra sometido al paciente.

La posición de reposo también se ve alterada por la presencia de cualquier estímulo nocivo procedente de interferencias oclusales que pueden causar grados variables de incoordinación muscular.

Los efectos de la incoordinación de los músculos masticatorios pueden ir desde una ligera hipercontracción a trismus intenso que, en cualquier caso, pueden tener un profundo efecto sobre la posición postural de la mandíbula en reposo.

A pesar de que la longitud de los músculos elevadores varía a lo largo de un amplio rango de contracción en la llamada posición de reposo, la longitud de contracción durante el ciclo de fuerza se mantiene constante. Esto resulta de la

llamada contracción de "Todo o nada" de un número suficientemente constante de fibras musculares para establecer una dimensión invariable durante los movimientos repetidos al tragar.

Para simplificar este concepto, la longitud de los músculos elevadores durante el ciclo repetitivo de contracción que se realiza al tragar es constante (por lo menos, dentro del margen de importancia clínica). La longitud del músculo en posición de reposo no es constante, ni tampoco está relacionada la posición de reposo con la dimensión vertical de oclusión.

Algunos músculos pueden contraerse a la mitad de su longitud de reposo, mientras que otros se acortan muy poco. Las variaciones en la contracción muscular son tan grandes como pueden ser las diferencias entre las personas.

Si se puede establecer una dimensión vertical que este en equilibrio con la longitud óptima de los músculos elevadores en contracción, los músculos podrán establecer su posición de reposo en cualquier longitud que les sea cómoda.

Por tanto, una aproximación práctica consiste en concentrar sobre un registro exacto la dimensión vertical de oclusión, permitiendo que las dimensiones del espacio libre constituyan el resultado natural de la diferencia entre la longitud óptima de los músculos en contracción y la de los músculos en reposo.

La regla más segura para determinar la dimensión vertical de oclusión en los pacientes con dientes es no cambiar la dimensión vertical de oclusión que tiene lugar cuando los dientes se encuentran en intercuspidación máxima. En los pacientes con dientes naturales en oclusión ello significa no abrir la mordida.

A veces es necesario y, gracias a la mejor comprensión que se tiene sobre el potencial de cambio vertical dentro de los procesos alveolares a menudo se puede obtener ventajas de las alteraciones de la posición vertical durante el tratamiento, sabiendo que el control muscular sobre la relación maxilar con el tiempo devolverá la dimensión vertical a la medida de antes del tratamiento.(7)

Métodos Utilizados

Medición de la Dimensión Vertical de Oclusión

Existen muchas teorías sobre la medición de la dimensión vertical de oclusión y hay pocas técnicas prácticas para medir la dimensión vertical.

No hay una manera absoluta de medir la dimensión vertical, sólo métodos especulativos de medición. Muchos investigadores han estudiado métodos subjetivos de medición, pero no todos son prácticos.

Métodos para obtener la Dimensión Vertical:

- 1) Calibrador de mordida (Willis)
- 2) Acción de tragar
 - a) Rayos X. Cefalograma (Bodin)
 - b) Cera blanda (Shanahan)
- 3) Fonética (Silverman)
- 4) Posición de Descanso

- a) Electromiograma (Jankelson)
- b) Posición de descanso (Nissonger, Thompson)
- c) Sensación Neuromuscular (Lytle)
- d) Sensación Táctil de los labios (el autor) (7)

¿Por qué no debe aumentarse la dimensión vertical?

El principal objetivo del tratamiento oclusal es conseguir la armonía del sistema masticatorio. Cualquier tipo de desequilibrio del sistema da lugar a respuestas adaptativas destinadas a devolver al sistema su equilibrio.

Siempre se debe pagar un precio por tal adaptación, y aunque los procesos de adaptación pueden ser beneficiosos, no siempre pueden predecirse su beneficio.

Las respuestas de adaptación al aumento de la dimensión vertical pueden dar lugar a la intrusión de los dientes hacia el hueso alveolar, con el fin de mantener la relación intermaxilar original, o dar lugar a un intento de liberarse del aumento de la dimensión mediante bruxismo.

Sobre los dientes que han sufrido un alargamiento aumenta la carga que ejerce el músculo, que está intentando recuperar su longitud de contracción normal, y si esta compresión añadida sobre los tejidos de soporte supera su capacidad de remodelación, aparecerá una hipermovilidad de los dientes, así como una disminución de la resistencia en las estructuras periodontales.

La mayoría de los aumentos de la dimensión vertical no aportan beneficio alguno al paciente. Si no puede obtenerse beneficio alguno de este tratamiento, no parece razonable que se realice. El objetivo del tratamiento oclusal es minimizar los requerimientos para la adaptación.

Los aumentos de la dimensión vertical innecesarios actúan de forma contraria: incrementan los requerimientos necesarios para la adaptación, y una vez que el proceso de adaptación se encuentra en actividad acelerada no siempre resulta completamente predecible. (2)

Es probable que los cambios en la dimensión vertical tengan un efecto sobre la longitud y actividad muscular. (1)

El aumento de la vertical únicamente en algunas de las piezas está claramente contraindicado porque conduce a la inestabilidad de toda la armonía oclusal.

El trastorno de la armonía oclusal es el mismo con un recubrimiento segmentario fijo como con uno removible, aunque el uso de restauraciones fijas para aumentar la dimensión vertical de forma segmentaria constituye, también un daño prácticamente irreversible sobre los propios dientes, que resulta más difícil y costoso reparar. (2)

GRUPOS ETNICOS DE GUATEMALA

Un rasgo muy particular en Guatemala es su carácter multiétnico, multilingüe y pluricultural.

Los diversos grupos étnicos en la actualidad habitan en casi todas las regiones del país, estando en su mayoría concentrados en el altiplano de Guatemala.

En la República de Guatemala existen 23 grupos étnicos incluyendo a los ladinos los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera:

1. Ladina

Se encuentra asentada en toda la República Guatemalteca.

2. Garifuna

Se encuentra asentada en el Departamento de Izabal

3. Ch'orti'

Se encuentra en la Región de Oriente. La integran los municipios: Jocotán, Camotán, Olopa, Quetzaltepeque. Tiene una extensión territorial de 1,075 Km². Su Población Total es de 74,600. Hablantes: 52,000.

4. Awateka

Región Noroccidente. En el departamento de Huehuetenango, por debajo de la Sierra de los Cuchumatanes. Su extensión territorial es de 300 Km², con una población de 34,776. No. de hablantes: 16,000 personas.

5. Itzaj

La integran 5 municipios de Petén: San José, San Andrés, Flores, Santa Elena, San Benito. Tiene una extensión de 3,267 Km².

6. Popti'

Región Noroccidental. Parte del departamento de Huehuetenango, se ubica en la Sierra de los Cuchumatanes y comprende: Jacaltenango, San Antonio Huista, Concepción Huista, Parte Nentón y la Democracia.

7. Mopán

Comprende parte del Peten: Dolores, Poptún, San Luis, Melchor de Mencos, Distrito de Toledo (Belice). Su extensión es de 2,113 Km², con una población de 13,107 habitantes. Hablantes: 6,770.

8. Txil

Región Noroccidental. Parte del departamento de Quiché. Con una extensión de 2,314 Km², Población de 130,773. Hablantes: 56,749.

9. Chuj

Región Noroccidental. Parte del departamento de Huehuetenango: San Mateo Ixtatán, San Sebastian Caotán, Aldeas de Nentón. Tiene una extensión de 728 Km², con una población de 85,000. Hablantes: 296,000.

10. Uspanteka

Quiché, Municipio de Uspantán. Extensión de 2,896 Km². Hablantes: 2,000 personas.

11. T'zutujil

Parte del departamento de Sololá (San Juan la Laguna, San Pablo la Laguna, Santiago Atitlán, San Lucas Tolimán, Santa María Visitación) y Suchitepequez (Chicacao, San Miguel Ponan).

12.Sipakapense

Región de San Marcos, en el Departamento de Sipacapa. Extensión de 152 Km². Hablantes: 6,118.

13.Sakapulteca

Ésta etnia esta delimitada de la siguiente manera: al norte con Quiché, al noroeste con etnia Auakateka, Sur y al Oeste con la etnia K'iché. Su extensión es de 213 Km². Hablantes: 43,439.

14.Q'echi

Comprende los departamentos:

Altaverapaz: Chanal, Chisec, Cobán, Lanquín, *Baja Verapaz:* Purulhá, *Petén:* La libertad, Poptún, San Luis Sayaxché, *Quiché:* Ixcán, Uspantán, Playa Grande, *Izabal:* Estor, Morales, Livingston, *Belice:* Distrito de Toledo.

Comprende una extensión de 12,783 Km², con una población de 711,523.

Hablantes: 36,100 en Guatemala y 7,954 en Belice.

15.Q'anjob'al

Región Noroccidental. Parte del Departamento de Huehuetenango: San Pedro Soloma, Barillas, San Juan Ixcoy, Santa Eulalia. Posee una extensión de 1.768 Km² con una población de 205,670 habitantes.

16.Poqomchi

Alta Verapaz: Tactic, San Cristobal Verapaz, Tomahú, Santa Cruz Verapaz, Tukurú.

Baja Verapaz: Purulhá.

Quiché: Uspantán.

Con una extensión de 781 Km², Población de 259,168 habitantes. Hablantes: 50,000.

17.Mam

Parte de los municipios de Huehuetenango, San Marcos, Quetzaltenango. Con una extensión de 7,604 Km², Población de 1,094,926. Hablantes 686,00.

18. Poqomán

Región de Sololá. Con una extensión de 1,565 Km². Hablantes: 46,515.

19. Achí

Región de Baja y Alta Verapaz. Con una extensión de 2,872 Km². Hablantes: 15,617.

20. Kaqchikel

Comprende 17 municipios de los siguientes departamentos:

Chimaltenango: Todo el departamento

Sacatepequez, Sololá, Guatemala y Suchitepequez (en algunas partes)

Escuintla (1 municipio)

Baja Verapaz (1 municipio).

Su extensión no esta calculada. Hablantes: 366,845.

21.K'iche

Comprende la región de Quiché, Quetzaltenango, Totonicapán, Sololá, Suchitepequez (Región Norte) y Retalhuleu. Población: 1,896,007. Hablantes: aproximadamente 700,000 personas.

22.Akateka

Región Noroccidental. Parte del departamento de Huehuetenango.

Municipios: San Rafael la Independencia, San Miguel Acatán, Aldea Joo'm de San Sebastian Coatan.

Su extensión Territorial es de 216 Km², con una población de 39,826.

Hablantes: aproximadamente 20,000 personas. (5)

MONOGRAFIA DE BAJA VERAPAZ Y ALTA VERAPAZ

Baja Verapaz:

Departamento. Área aproximada 3,124 km². Colinda al norte con el de Alta Verapaz; al este con El Progreso; al sur con los de Guatemala y Chimaltenango; al oeste con Quiché. Nombre geográfico oficial: Baja Verapaz. Cabecera: Salamá. Tiene los siguientes ocho municipios.

Cubulco	Granados	Rabinal	San Jerónimo
El Chol	Purulhá	Salamá	San Miguel Chicaj

Temperatura media anual de 22.5 ° centígrado, máxima promedia 27.3 °, mínima promedia de 17.7 °.

Alta Verapaz:

Departamento. Colina al norte con el departamento del Petén; al este con el de Izabal; al sur con los de Zacapa y Baja Verapaz; al oeste con el del Quiché.

Área aproximada: 8,686 km².

Tiene título de ciudad.

El departamento cuenta con los siguientes 14 municipios:

Cahabón	Chisec	San Cristóbal Verapaz
Santa Cruz Verapaz	Tamahú	Cobán
Lanquín	San Juan Chamelco	Senahú
Tucurú	Chahal	Panzós
San Pedro Carchá	Tactic	

Temperatura anual media de 19.1⁰; promedio máximo de 23.7⁰, promedio mínimo de 13.1⁰.

Conforme al decreto número 181 del 4 de mayo de 1877 se procedió a dividir el territorio de la Verapaz en dos departamentos: Alta y Baja Verapaz.

El territorio que abarca el departamento, especialmente en su parte norte es sumamente quebrado, pero sus montañas y cerros no pierden su natural fertilidad por la acción erosiva, la cual puede decirse ser casi insignificante debido a que en esta región casi nunca hay fuertes aguaceros, pero sí una lluvia constante que mantiene la humedad de las tierras, sin sufrir menoscabo su fertilidad. Los grandes embudos que forman las cordilleras, cerros y numerosas hondonadas.

HIPÓTESIS

La longitud del pabellón de la oreja coincide con la dimensión vertical en adultos dentados en los distintos grupos étnicos de Guatemala.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe o no coincidencia entre la longitud antropométrica de la oreja con la dimensión vertical, en pacientes dentados adultos de ambos sexos que integran los diferentes grupos étnicos de este país.

OBJETIVO ESPECIFICO

En adultos dentados de ambos sexos que integran los diferentes grupos étnicos de la población guatemalteca.

-Obtener datos antropométricos de la oreja.

-Obtener medidas antropométricas de la dimensión vertical.

-Establecer si existe coincidencia de las medidas antropométricas de la oreja y la dimensión vertical .

-Elaborar un método alternativo no arbitrario de medición de la dimensión vertical con base a los datos hallados en el estudio.

VARIABLES

1. Edad:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del examen.

Indicador:

- referencia de la persona entrevistada.

2. Sexo:

Características físicas de la persona, las cuales hacen diferenciar a un hombre de una mujer.

Indicador:

- apariencia física.

3. Grupo Étnico:

Agrupación natural de individuos que tienen una misma cultura.

Indicador:

- Autoidentificación de la persona entrevistada.
- Idioma.

4. Dimensión vertical:

Medida vertical que se extiende desde la espina nasal anterior hasta la parte más prominente del mentón.

Indicador:

- El dato en milímetros obtenidos de la medición con el calibrador tipo Bowley.

5. Antropometría de la Oreja:

Medida que se extiende desde la parte superior del hélix hasta la parte más inferior del lóbulo.

Indicador:

- El dato en milímetros obtenido durante la medición.

METODOLOGÍA

1. Población

Grupos étnicos que integran la población guatemalteca, los que se localizaron de acuerdo con la regionalización de salud establecida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Los Investigadores se distribuyeron de la siguiente forma:

Región Metropolitana, Guatemala: Avendaño Guerrero, Claudia Paola; Etnia Ladina.

Región Norte, Alta Verapaz y Baja Verapaz: Paniagua Herrera, Paola Vanessa; Etnias, Achí, Pocomchí, Q'eqchí.

Región Nororiente, El Progreso, Izabal, Zacapa y Chiquimula: Molina García, José Angel; Etnias, Chortí, Garifuna, Q'eqchí.

Región Suroriente, Santa Rosa, Jalapa y Jutiapa: Dardón Martínez, Otto

Francisco; Etnia Ladina.

Región Central, Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla: Régil Gutierrez, Víctor Manuel; Etnia Kaqchikel.

Región Suroccidente, Sololá, Totonicapán, Quetzaltenango, Suchitepequez, Retalhuleu, San Marcos: Cojulún Cifuentes, Jusef Amed; Etnias, K'iche, Man, Sipakapense; y Fonseca Centeno, Claudia; Etnias, K'iche, Pocoman.

Región Noroccidente, Huehuetenango y Quiché: Cashaj Lopez, Erick Estuardo; Etnias, K'iche, Mam, Poptí, Txil.

Petén: Salazar Martínez, Lilian Aracely; Itzaj, Mopan, Q'eqchí.

Se detectaron cual o cuales son los grupos étnicos que se encuentran en las regiones antes descritas a fin de que en la muestra queden comprendidas todas las etnias sin excepción.

2. Muestra

Se recolectaron los datos del último censo documentado en el Instituto Nacional de Estadística (INE), para así determinar la muestra de los diferentes grupos étnicos de Guatemala y los datos de la población se distribuyeron por sexo y grupos etáreos.

El tamaño de la muestra se obtuvo por medio de esta fórmula:

$$n = \frac{N(p)(q)}{\frac{(n-1)L \sum^2}{4} + pq}$$

De acuerdo a la fórmula anterior se tomaron a 100 personas por región para realizar el estudio antropométrico de la medición del pabellón de la oreja y la dimensión vertical en adultos de ambos sexos de los distintos grupos étnicos de Guatemala.

Criterios de Inclusión:

- Adultos dentados que tengan como mínimo caninos, y una pieza de cada

grupo dentario (premolares y molares) bilateralmente y que se encuentren en oclusión.

- Ambos sexos.
- Adultos de 20-40 y 41-60 años.

Calibración / Investigadores:

Se procedió a tomar la medida de la dimensión vertical y la medida de la longitud del pabellón de la oreja, con el calibrador tipo Bowley, en los integrantes que conforman el grupo de tesis, dichas medidas se tomaron varias veces en una misma persona por varios integrantes del grupo, y así unificar los criterios de medición, para un margen mínimo de error en las mismas.

3. Procedimiento:

Se diseñó un instrumento para el registro de los datos a obtener.

Para efectuar las mediciones se realizaron visitas domiciliarias en cada población a fin de localizar a las personas comprendidas en los grupos etáreos establecidos en este estudio.

Se informó sobre el estudio y sus procedimientos a las personas seleccionadas para el mismo al momento de la visita domiciliaria y se solicitó su participación. (consentimiento informado)

Las mediciones se realizaron con el paciente sentado en una silla común, con su espalda paralela al respaldo de la misma, con iluminación natural, haciendo uso de un calibrador tipo Bowley.

-Medición de Pabellón de la Oreja:

Se midió el pabellón de ambas orejas desde el borde superior, del helix hasta el borde inferior del lóbulo.

-Medición de la Dimensión Vertical:

La dimensión vertical se midió desde la espina nasal anterior hasta la parte más prominente del mentón (sínfisis).

Las medidas obtenidas se anotaron en el instrumento diseñado para el registro de los datos.

Se comparó y analizó la información de cada grupo étnico y por último se derivaron las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

DEFINICIONES PARA MANEJO DE RESULTADOS

Hipótesis Nula: Es la hipótesis estadística planteada para la aplicación de la distribución T la cual debe probarse y se designa por el símbolo H_0 .

En general la hipótesis nula se establece con el propósito expreso de ser rechazada.

Si esta hipótesis no se rechaza se dirá que los datos sobre los cuales se basa la prueba no proporcionan evidencias suficientes que cause el rechazo. En este estudio la hipótesis nula nos dice que si existe coincidencia entre la longitud del pabellón de ambas orejas y la Dimensión Vertical.

Hipótesis Alterna: Es la hipótesis complementaria a la nula y es la que se acepta cuando los datos disponibles no son compatibles con la hipótesis nula, y se designa con el símbolo H_a .

Distribución T: Prueba estadística que se utiliza para obtener un factor de

confiabilidad el cual puede ser de 90, 95, 99.

El valor $P(T \leq t)$ dos colas: es el factor de confiabilidad el cual al ser menor de 0.10 rechaza la H_0 ; por el contrario al ser mayor de este valor no se rechaza la H_0 para este estudio.

Media Aritmética: La media se obtiene sumando todos los valores en la población o muestra y se divide entre el número de valores sumados. Es una medida que la mayoría de las personas tienen en mente cuando se habla de promedio.

F : femenino

M : masculino

X O.D.: media oreja derecha

X O.I.: media oreja izquierda

X D.V.: media dimensión vertical

Variable 1: Es el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas.

Variable 2: Es el promedio de la dimensión vertical.

RECURSOS

Materiales

- Transporte
- Hospedaje
- Alimentación para los investigadores.

Materiales de Oficina

- Ficha para la recolección de datos.
- Lapiceros.
- Materiales de escritorio.

Insumos para el Examen Clínico

- Calibrador tipo Bowley.
- Silla común.
- Material de escritorio

Recursos Humanos

- Investigadores
- Autoridades de cada comunidad (alcalde, presidentes de comité, líderes comunitarios).

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Distribución según sexo, edad y etnia: departamentos de Alta y Baja Verapaz.
Guatemala 2002. n = 100.

Etnia Edad / Sexo	Q'eqchi'		Achi		Pocomchi		Total
	F	M	F	M	F	M	
11-20	1	0	0	0	0	0	1
21-30	5	4	2	3	8	6	28
31-40	4	3	6	5	2	1	21
41-50	5	3	5	4	5	5	27
51-60	3	6	2	6	2	4	23
Sub-total	18	16	15	18	17	16	
Total	34		33		33		100

Fuente : total de personas participantes en el estudio.

Interpretación: Obsérvese que la cantidad de personas examinadas están distribuidas homogéneamente tanto en sexo como en edad.

CUADRO No. 2.

Distribución según sexo, edad y coincidencia o no de la longitud del pabellón de
ambas orejas con la dimensión vertical; de los departamentos Alta y Baja Verapaz.
Guatemala 2002. n = 33.

ACHÍ					Total
Edad/sexo	Si coincide		No coincide		
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
20-40	3	2	4	8	17
41-60	2	2	6	6	16
Sub-total	5	4	10	14	
Total	9		24		33

Interpretación: Véase que en la mayoría de personas no hubo coincidencia de las tres medidas en ambos sexos y grupos etáreos.

CUADRO No. 3.

Distribución por sexo, edad y coincidencia o no de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical; de los departamentos Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002. n = 33.

POCOMCHÍ					
	Si coincide		No coincide		
Edad/sexo	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Total
20-40	3	2	9	3	17
41-60	0	0	7	9	16
Sub-total	3	2	16	12	
Total	5		28		33

Interpretación: Véase que en la mayoría de personas no hubo coincidencia de las tres medidas en ambos sexos y grupos etáreos.

CUADRO No.4.

Distribución según sexo, edad y coincidencia o no de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical; de los departamentos Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002. n = 34.

Q'EQCHÍ					
Edad/Sexo	Si coincide		No coincide		Total
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	
20-40	3	2	7	5	17
41-60	4	2	4	7	17
Sub-total	7	4	11	12	
Total	11		23		34

Interpretación: Véase que en la mayoría de personas no hubo coincidencia de las tres medidas en ambos sexos y grupos etáreos.

CUADRO No. 5.

Promedio de la longitud de las orejas y la dimensión vertical según sexo, edad y etnia; departamento Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

n = 33.

ACHÍ						
	Femenino			Masculino		
Edad	X OD	X OI	X DV	X OD	X OI	X DV
20-40	60	60	59.6	59.8	59.8	60.1
41-60	64	64.8	64.6	64.2	64.2	65.5

Interpretación: En las personas que participaron en este estudio se observa que en promedio las medidas son similares en ambos sexos y grupos etáreos.

CUADRO No. 6.

Promedio de la longitud de las orejas y dimensión vertical según sexo, edad y etnia; departamentos Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002. n = 33

POCOMCHÍ						
	Femenino			Masculino		
Edad	X OD	X OI	X DV	X OD	X OI	X DV
20-40	56.4	56.8	57.9	60.3	59.6	61
41-60	59.1	68.5	61.7	55.4	61.7	61.4

Interpretación: En las personas que participaron en este estudio, se observa que el promedio de la oreja izquierda es mayor que el promedio de la oreja derecha y la dimensión vertical.

En el sexo femenino comprendidos entre 41-60 años de edad es mayor más o menos en 10 mm.; y en el sexo masculino comprendidos en el mismo rango de edad, es mayor en más o menos 6 mm.

CUADRO No. 7.

Promedio de la longitud del pabellón de las orejas y dimensión vertical según sexo, edad y etnia; departamentos Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002. n = 34.

Q'EQCHÍ						
Edad	X OD	Femenino		Masculino		
		X OI	X DV	X OD	X OI	X DV
20-40	60.1	61.1	61.4	65.1	65.1	66.2
41-60	60.6	60.3	59.6	63.5	63.4	63.5

Interpretación: En las personas que participaron en este estudio, se observa que en promedio las medidas son similares en ambos sexos y grupos etáreos.

CUADRO No. 8

Descripción de la muestra del sexo femenino de 20-40 años de edad, de la etnia Achí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
55	54	54.5	53	1.5
61	62	61.5	61	0.5
72	72	72	72	0
60	60	60	60	0
63	63	63	63	0
71	72	71.5	70	1.5
57	55	56	56	0
41	42	41.5	42	-0.5
70	70	70	71	-1

	Variable 1	Variable 2
Media	61.11111111	60.88888889
P(T<=t) dos colas	0.446813334	

CUADRO No. 9

Descripción de la muestra del sexo masculino de 20-40 años de edad, de la etnia Achí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
55	55	55	56	-1
57	57	57	57	0
70	70	70	71	-1
53	54	53.5	53	0.5
54	54	54	54	0
56	55	55.5	55	0.5
71	73	72	72	0
71	71	71	73	-2
63	61	62	63	-1

	Variable 1	Variable 2
Media	61.11111111	61.55555556
P(T<=t) dos colas	0.153554733	

Interpretación: se observa que para las personas de ambos sexos del mismo rango de edad, sí hubo coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, no rechazándose así la hipótesis nula.

CUADRO No. 10

Descripción de la muestra del sexo femenino de 41-60 años de edad, de la etnia Achí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
43	45	44	46	-2
70	70	70	71	-1
61	62	61.5	60	1.5
65	67	66	65	1
68	68	68	68	0
71	71	71	71	0

	Variable 1	Variable 2
Media	63.41666667	63.5
P(T<= t) dos colas	0.879657507	

CUADRO No. 11

Descripción de la muestra del sexo masculino de 41-60 años de edad, de la etnia Achí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
70	70	70	70	0
59	59	59	59	0
54	55	54.5	56	-1.5
66	65	65.5	67	-1.5
71	72	71.5	74	-2.5
61	62	61.5	63	-1.5
71	69	70	68	2
61	61	61	66	-5
58	58	58	59	-1

	Variable 1	Variable 2
Media	63.44444444	64.66666667
P(T<= t) dos colas	0.092868072	

Interpretación: Se observa que para las personas del sexo femenino, si hubo coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, no rechazándose así la hipótesis nula. Sin embargo pasa lo contrario en el sexo masculino, por lo que sí se rechaza la hipótesis nula.

CUADRO No. 12

Descripción de la muestra del sexo femenino de 20-40 años de edad, de la etnia Pocomchí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
52	51	51.5	58	-6.5
56	55	55.5	54	1.5
59	61	60	64	-4
59	62	60.5	61	-0.5
61	62	61.5	55	6.5
59	58	58.5	60	-1.5
62	62	62	62	0
52	54	53	54	-1
49	49	49	49	0
56	57	56.5	57	-0.5

	Variable 1	Variable 2
Media	56.8	57.4
P(T<= t) dos colas	0.588404245	

CUADRO No. 13

Descripción de la muestra del sexo masculino de 20-40 años de edad, de la etnia Pocomchí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
59	56	57.5	59	-1.5
55	54	54.5	57	-2.5
58	58	58	60	-2
70	70	70	70	0
60	60	60	60	0
60	60	60	60	0

	Variable 1	Variable 2
Media	60	61
P(T<= t) dos colas	0.084421543	

Interpretación: Se observa que para las personas del sexo femenino si hubo coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, no rechazándose así la hipótesis nula. Sin embargo pasa lo contrario en el sexo masculino, por lo que sí se rechaza la hipótesis nula.

CUADRO No. 14

Descripción de la muestra del sexo femenino de 41-60 años de edad, de la etnia Pocomchí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
57	55	56	55	1
55	56	55.5	54	1.5
60	60	60	61	-1
58	61	59.5	54	5.5
63	60	61.5	62	-0.5
62	62	62	61	1
59	57	58	58	0
56	54	55	53	2

	Variable 1	Variable 2
Media	58.4375	57.25
P(T<=t) dos colas	0.139756676	

CUADRO No. 15

Descripción de la muestra del sexo masculino 41-60 años de edad, de la etnia Pocomchí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
62	61	61.5	61	0.5
64	65	64.5	63	1.5
59	59	59	60	-1
62	61	61.5	66	-4.5
63	54	58.5	59	-0.5
58	58	58	59	-1
61	62	61.5	60	1.5
62	62	62	64	-2
63	64	63.5	61	2.5

	Variable 1	Variable 2
Media	61.11111111	61.44444
P(T<=t) dos colas	0.652157094	

Interpretación: Se observa que para las personas de ambos sexos sí hubo coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, no rechazándose así la hipótesis nula.

CUADRO No. 16

Descripción de la muestra del sexo femenino de 20-40 años de edad, de la etnia Q'eqchí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
51	54	52.5	54	-1.5
50	50	50	55	-5
60	60	60	61	-1
63	65	64	66	-2
51	53	52	52	0
71	72	71.5	72	-0.5
64	66	65	64	1
63	63	63	63	0
63	63	63	63	0
65	65	65	65	0

	Variable 1	Variable 2
Media	60.6	61.5
P(T<=t) dos colas	0.12448428	

CUADRO No. 17

Descripción de la muestra del sexo masculino de 20-40 años de edad, de la etnia Q'eqchí, de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
67	68	67.5	69	-1.5
58	59	58.5	62	-3.5
59	58	58.5	59	-0.5
70	70	70	70	0
65	65	65	65	0

	Variable 1	Variable 2
Media	63.9	65
P(T<=t) dos colas	0.170678309	

Interpretación: Se observa que para las personas de ambos sexos sí hubo coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, no rechazándose así la hipótesis nula.

CUADRO No. 18

Descripción de la muestra del sexo femenino de 41-60 años de edad, de la etnia Q'eqchi', de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
58	58	58	58	0
66	66	66	66	0
57	57	57	57	0
60	60	60	60	0
58	61	59.5	54	5.5
63	60	61.5	62	-0.5
57	55	56	55	1
66	66	66	65	1

	Variable 1	Variable 2
Media	60.5	59.625
P(T<=t) dos colas	0.242998723	

CUADRO No. 19

Descripción de la muestra del sexo masculino de 41-60 años de edad, de la etnia Q'eqchi', de los departamentos de Alta y Baja Verapaz, Guatemala 2002.

OREJA DERECHA	OREJA IZQUIERDA	PROMEDIO	DIMENSION VERTICAL	DIFERENCIA
73	72	72.5	74	-1.5
71	71	71	71	0
64	65	64.5	63	1.5
59	59	59	59	0
61	62	61.5	66	-4.5
58	58	58	59	-1
61	62	61.5	60	1.5
64	64	64	62	2
64	64	64	62	2
59	57	58	58	0
74	74	74	74	0

	Variable 1	Variable 2
Media	64.36363636	64.36364
P(T<=t) dos colas	1	

Interpretación: Se observa que para las personas de ambos sexos, sí hubo coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, no rechazándose así la hipótesis nula.

CUADRO No. 20

Descripción del promedio de la longitud del pabellón de la oreja derecha, oreja izquierda, dimensión vertical y valor P. Value de los distintos grupos étnicos de la República de Guatemala 2002.

CONSOLIDADO

	ETNIA	X O.D. + O.I.	X de D.V.	VALOR P.VALUE	HIPOTESIS NULA
		VARIABLE A	VARIABLE B	P (T t)	ACEPTADA SI/NO
1	ACHI	62.16	62.57	0.0937	NO
2	CHORTÍ	62.8	62.33	0.0013	NO
3	GARIFUNA	62.35	62.58	0.4789	SI
4	ITZAJ	64.37	61.51	0.001	NO
5	KAKCHIQUEL	61.68	61.55	0.7367	SI
6	K'ICHÉ	61.85	60.76	0.0004	NO
7	LADINO	63.06	61.82	4.6773 ⁹	NO
8	MAM	61.34	60.97	0.5023	SI
9	MOPAN	64.96	61.27	1.5375 ⁵	NO
10	POCOMAN	59.5	59.12	0.1293	SI
11	POCOMCHÍ	58.95	59.12	0.07009	SI
12	POPTÍ	62	60.3	0.1378	SI
13	Q'EQCHÍ	62.7	61.87	0.0046	NO
14	SIPACAPENSE	63.06	61.4	0.1078	SI
15	TXIL	64.27	62.72	0.0122	NO

De las 15 etnias incluídas en este estudio, en 8 sí se rechaza la hipótesis y en 7 no se rechaza, lo que indica que en más de la mitad de las etnias no existe coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas y la dimensión vertical.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ANALISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados basado en la prueba estadística Distribución T, se considera importante aclarar que se aceptó como coincidencia todos aquellos datos que están comprendidos dentro de un rango de diferencia de -1 a 1 mm. entre la longitud de ambas orejas y la dimensión vertical; dicho rango fue elegido en base a que las medidas utilizadas en odontología deben ser lo mas exactas posibles.

Se observó que en el grupo de personas de la etnia Achí si hubo coincidencia entre el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, excepto en el grupo masculino de 41-60 años de edad, ya que el pabellón de la oreja izquierda fue mayor que el pabellón de la oreja derecha y la dimensión vertical, lo que nos hace pensar que el pabellón de las orejas continúa en crecimiento conforme avanza la edad de la persona, tal como se describió en el marco teórico.

En el grupo de personas de la etnia Pocomchí si coincidió el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, excepto en el

grupo masculino de 20-40 años de edad.

Según la Distribución T, es únicamente en el sexo masculino donde no coincidió la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical de las etnias Achí y Pocomchí.

En las personas de la etnia Q'eqchí si coincidió el promedio de la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, en ambos sexos y grupos etáreos.

Lo anterior nos encamina a plantear que en el estudio realizado según hallazgos clínicos se observó que en la etnia Achí y Q'eqchí, el promedio de la longitud de cada oreja es similar al promedio de la dimensión vertical; mientras que en la etnia Pocomchí se observó que el promedio de la oreja izquierda es mayor que el promedio de la oreja derecha y la dimensión vertical.

Clinicamente se observó que en algunas personas que participaron en el estudio sí coincidió la longitud del pabellón de cada oreja con la dimensión vertical en ambos sexos y grupos etáreos de las etnias Achí, Pocomchí y Q'eqchí.

Es importante mencionar que en algunas personas es frecuente que la longitud del pabellón de la oreja izquierda sea mayor que la longitud del pabellón de la oreja derecha, lo que demuestra la existencia de asimetría.

CONCLUSIONES

1. En la población estudiada, etnias: Achí, Pocomchí y Q'eqchí, pertenecientes a los departamentos de Alta y Baja Verapaz, la coincidencia entre la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical se presenta en casi todos los grupos etáreos y de ambos sexos; excepto en personas de la etnia Achí del sexo masculino, comprendidos entre 41-60 años de edad; y en personas de la etnia Pocomchí del sexo masculino, comprendidos entre 20-40 años de edad.
2. Conforme mayor es la edad de la persona, la longitud del pabellón de ambas orejas tiende a aumentar, por lo que las personas adultas (41-60 años) presentan una dimensión vertical mucho menor que dichas longitudes. Sabiendo esto se puede decir que la coincidencia entre las medidas anteriormente mencionadas se da con menor frecuencia en personas de mayor edad; lo que se puede observar en este estudio en las personas de la etnia Achí del sexo masculino, comprendidas entre 41-60 años de edad.

3. Tomado en cuenta que aproximadamente en un 20% de la población estudiada coincidieron las tres medidas: oreja izquierda, oreja derecha y dimensión vertical; y de acuerdo con lo que establece el método de Mc Gee: "existe una variación de -5 a 15 mm. para restablecer la dimensión vertical"; los datos obtenidos en este estudio que revelan diferencia de -1 a 1 mm. entre la longitud del pabellón de ambas orejas con la dimensión vertical, se pueden considerar también como medidas coincidentes.

4. Adicionalmente el análisis estadístico efectuado (Distribución T de la media de dos muestras emparejadas), indica que para estos datos la mayoría de personas tienen coincidencia en sus tres medidas con un rango de confiabilidad de 0.10, es decir un 90%.

RECOMENDACIONES

1. Utilizar como alternativa clínica el promedio de la longitud de ambos pabellones como medida guía para restablecer la dimensión vertical en pacientes total y/o parcialmente desdentados.
2. Hacer estudios más amplios para tener mayor descripción antropométrica de la población Guatemalteca, que sirvan de ayuda a la rehabilitación oral de pacientes parcial y/o totalmente desdentados.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 COINCIDENCIA DE LA MEDICION DEL PABELLON DE LA OREJA Y
 DIMENSION VERTICAL

No. _____

ETNIA _____ REGION _____

SEXO _____ EDAD _____

DEPARTAMENTO _____

MUNICIPIO O ALDEA _____

<u>MEDICION</u>	<u>MILIMETROS</u>
OREJA DERECHA	
OREJA IZQUIERDA	
DIMENSION VERTICAL	

COINCIDENCIAS DE MEDIDAS

MEDIDAS	DIFERENCIA	COINCIDENCIA
D.V. / O.D.		
D-V / O.I		
D.V. / X		

Nota: en la columna de coincidencia se utilizaran términos cualitativos (si ó no).

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA FICHA CLINICA

Los siguientes datos se anotarán como sigue:

No. El Número arábigo correlativo a cada paciente

Etnia: Grupo étnico al que pertenece el paciente

Región: A la que pertenece el paciente según la distribución establecida por el Ministerio de Salud.

Sexo: Se anotará M: si es sexo masculino, F: si es sexo femenino

Departamento, Municipio o Aldea: Correspondiente al lugar en donde se realiza el estudio.

Los cuadros serán completados siguiendo los lineamientos establecidos en la metodología.

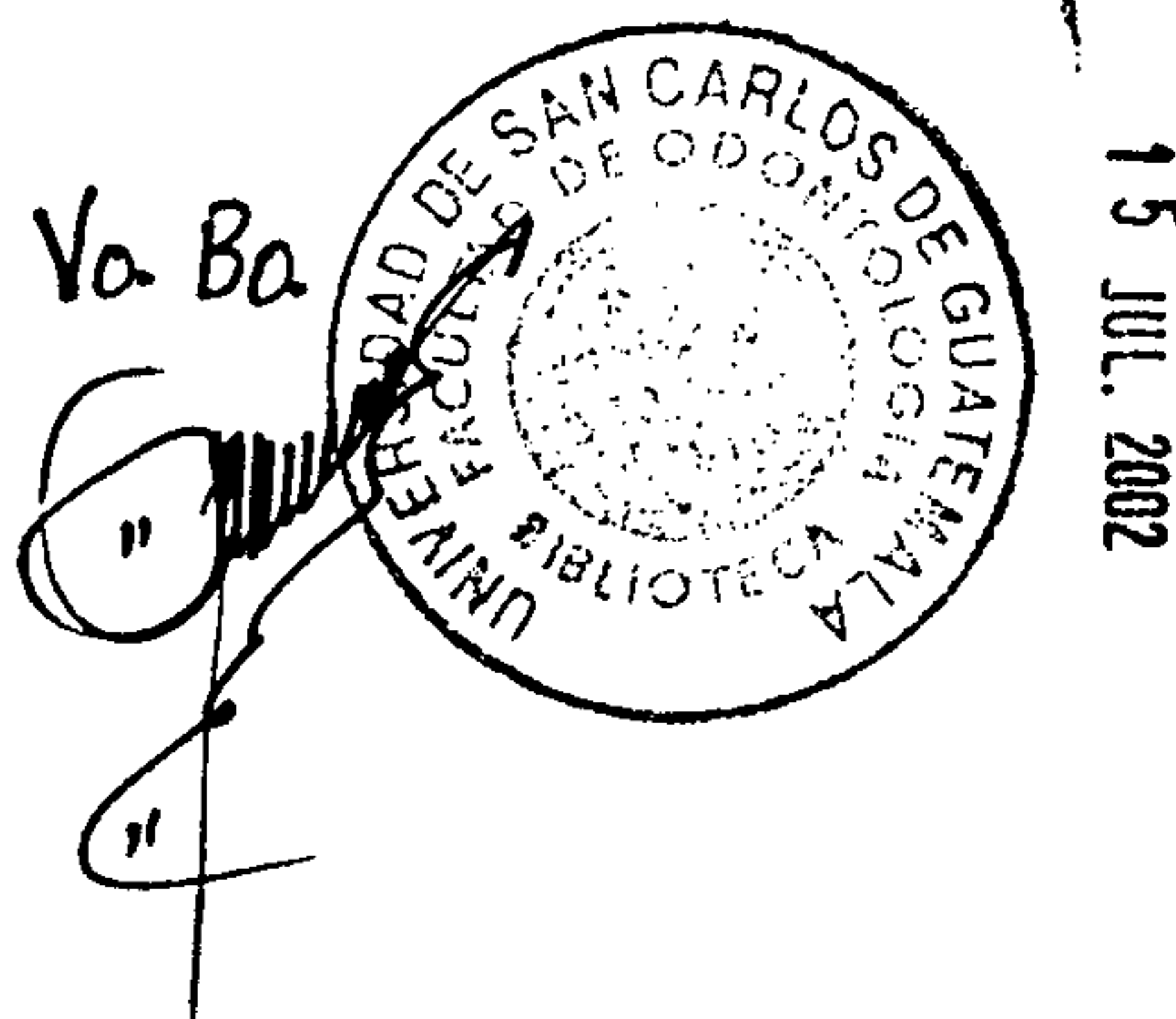
BIBLIOGRAFIA

1. Ash, Major M.- - Oclusión / Major M. Ash, Sigurd Ramfjord ; trad. por José Luis Castillo Parra.-- 4a ed.-- México : McGraw-Hill Interamericana, 1,996.- - pp. 175 – 200, 203 – 210, 300, 405.
2. Dawson, Peter E.- - Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales.-- 2a ed.- - Barcelona : Salvat Editores, 1,991.- - pp. 45- 49.
3. Diaz de Villabona, Nancy, Carlos García Sivoli, Gloria Premoli de Percoco.-- Estudio del diformismo sexual de la arcada dentaria superior aplicado a una población autóctona contemporánea del Estado de Merida, Venezuela.- - Universidad de los Andes.- - Boletín Antropológico 46: 1325 – 2610. Mayo – Agosto 1,999.
4. _____ Estudio del diformismo sexual de la arcada dentaria inferior aplicado a una población autóctona contemporánea del Estado de Merida: Mucuchies, Municipio Rangel Parte II .-- 47: 1325 – 2610. Septiembre – Diciembre 1,999.
5. Fondo de Desarrollo Indígena.-- Historia y memorias de las comunidades de Guatemala / Unicef, URL.-- Colección Estudios Etnicos No. 11.-- Guatemala : Editorial Nojib'sa, 2,000. pp. 45-64.
6. Garcia Sivoli, Carlos E., .- - Antropología dental.- - Boletín Antropológico, Universidad de los Andes 39: 257-750, Enero – Abril de 1,997.
7. Geering, Alfred H.-- Atlas de prótesis total y sobredentaduras / Alfred H. Geering, Martin Kundert ; trad. por Montserrat Jané Maga – llón.-- 2a ed.-- Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1,993.-- pp. 393 – 396.

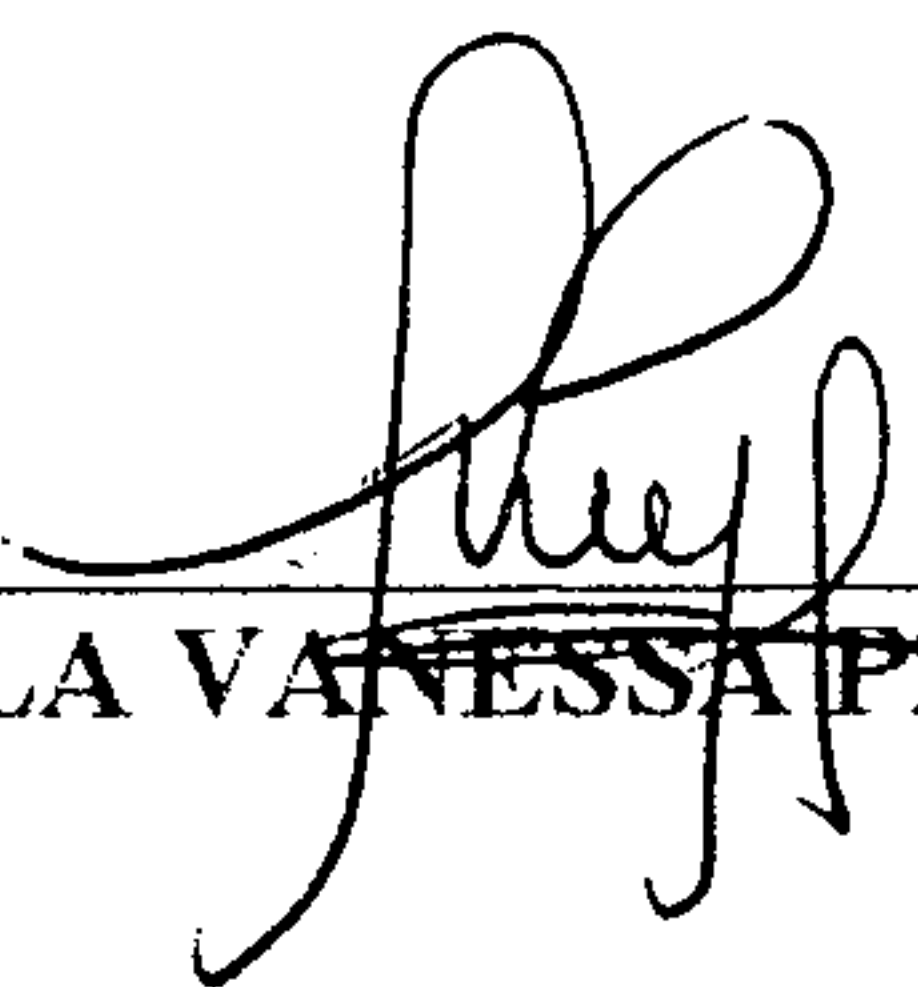


15 JUL. 2002

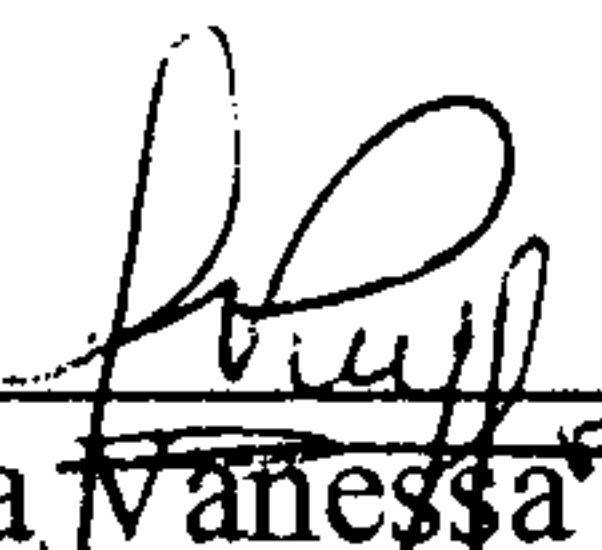
8. Guatemala. Instituto geográfico nacional.-- Diccionario geográfico de Guatemala.-- tomo I pp. 68-80, 183-185, 693-394, 734 -739 1,976 ; tomo II pp. 53-54, 217-221, 275-281, 380-382, 457-459 956-958, 1,042-1,044 ; 1,978 ; tomo III pp. 18-22, 43-46, 83-85, 141-143, 401-404, 637-639, 767- 771,793-797 ; 1,980 ; tomo IV pp. 115-118, 323,325 ; 1,983.
9. Morel, Pierre.-- La antropología física / Pierre Morel ; trad. por Sara Billino.-- 4a ed.-- Buenos Aires : Editorial Universitaria, 1,977.-- pp. 7-59.
10. O'Rahilly Ronan.-- Anatomía de Gardner / Ronan O'Rahilly, Fabiola Muller ; trad. por Carlos Hernandez Zamora.-- 5a ed.-- México : Interamericana McGraw-Hill, 1,989 pp. 639-669, 710 755.
11. Viazis, Anthony D.-- Atlas de ortodoncia : principios y aplicaciones clínicas / Anthony D. Viazis ; trad por Jorge Friedman.-- Buenos Aires : Editorial Médica Panamericana, 1,993.-- pp. 38-43.

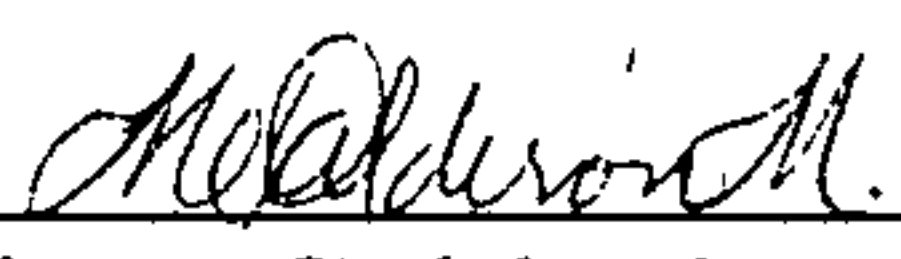


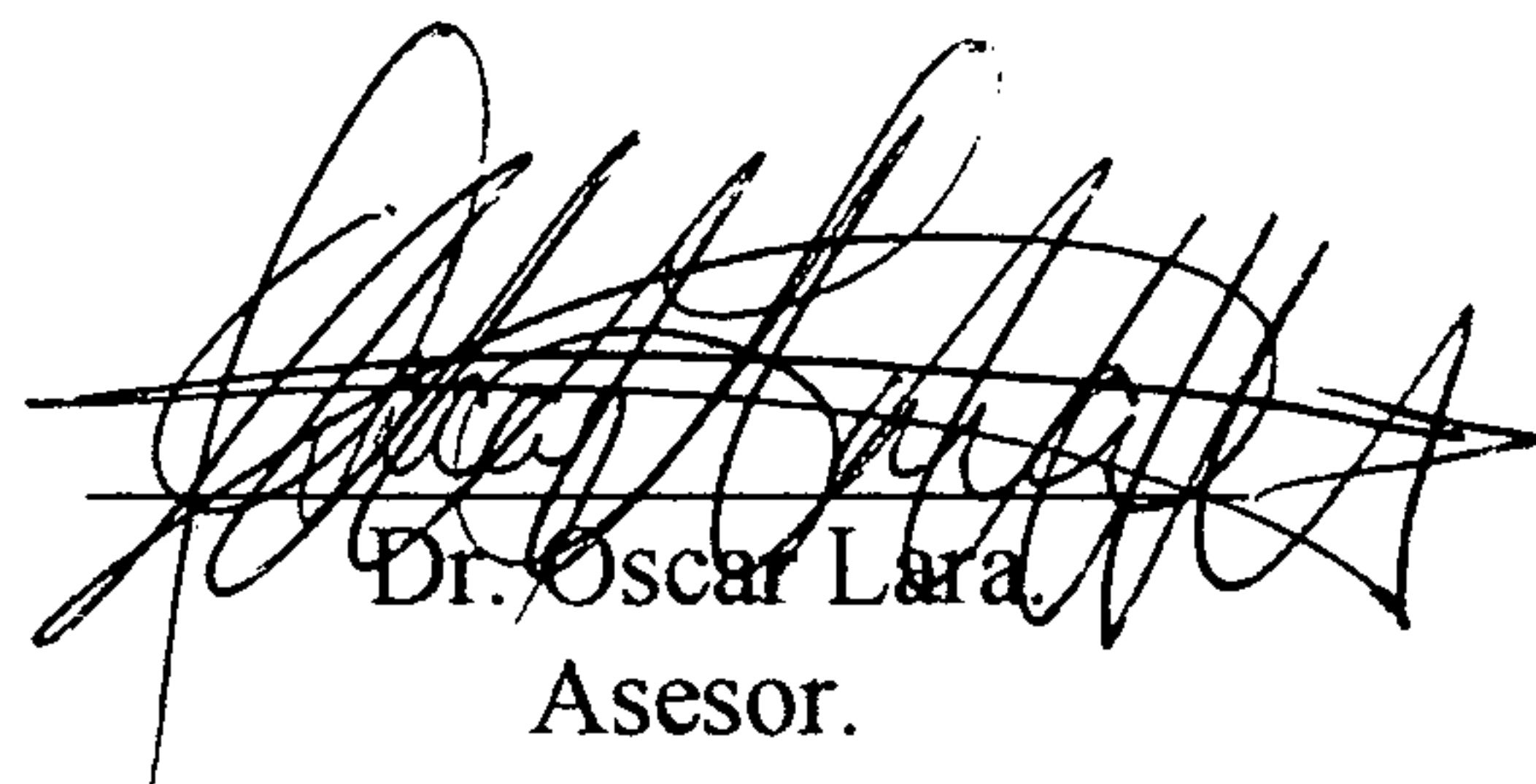
El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad del autor:

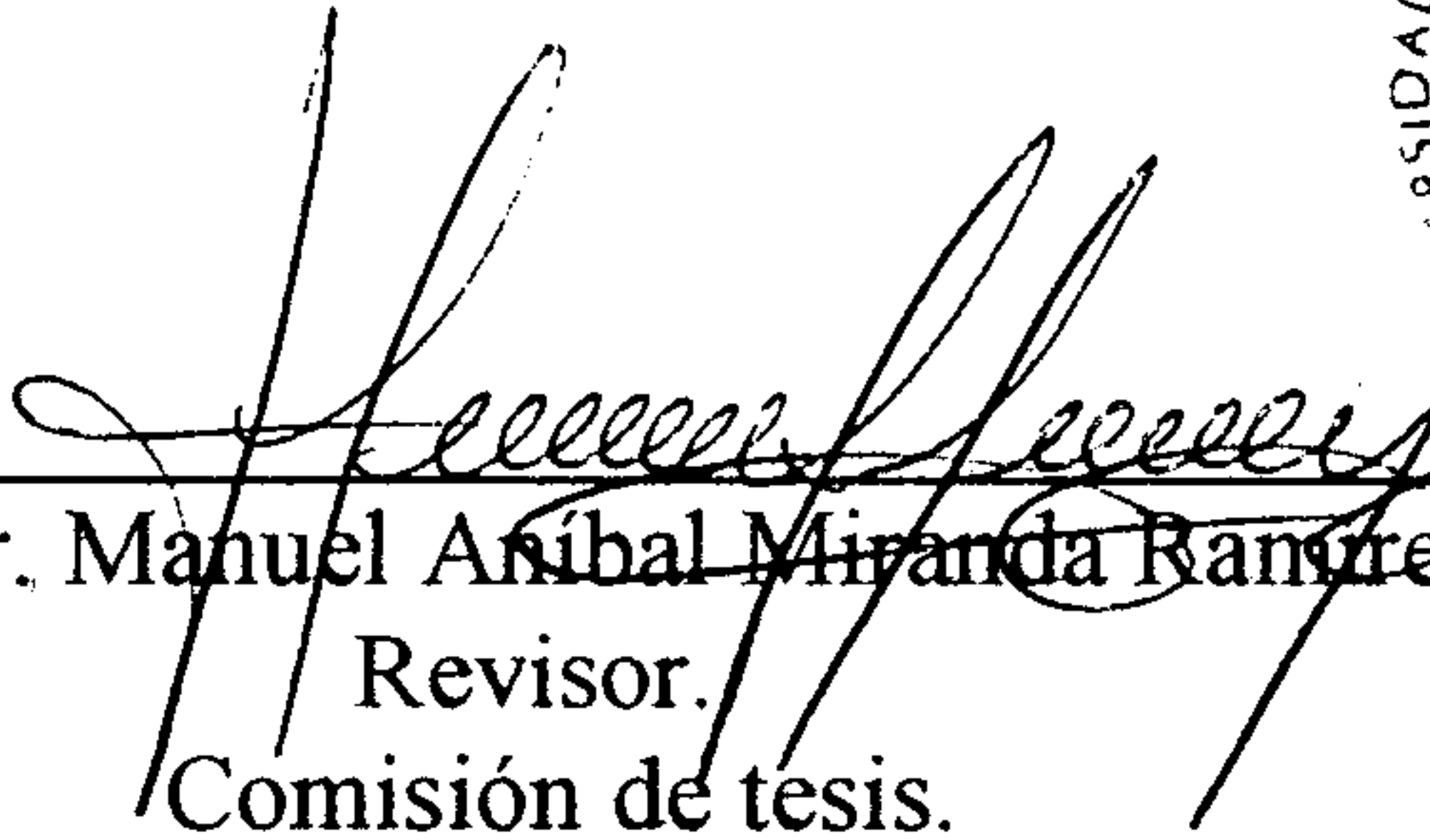


PAOLA VANESSA PANIAGUA HERRERA

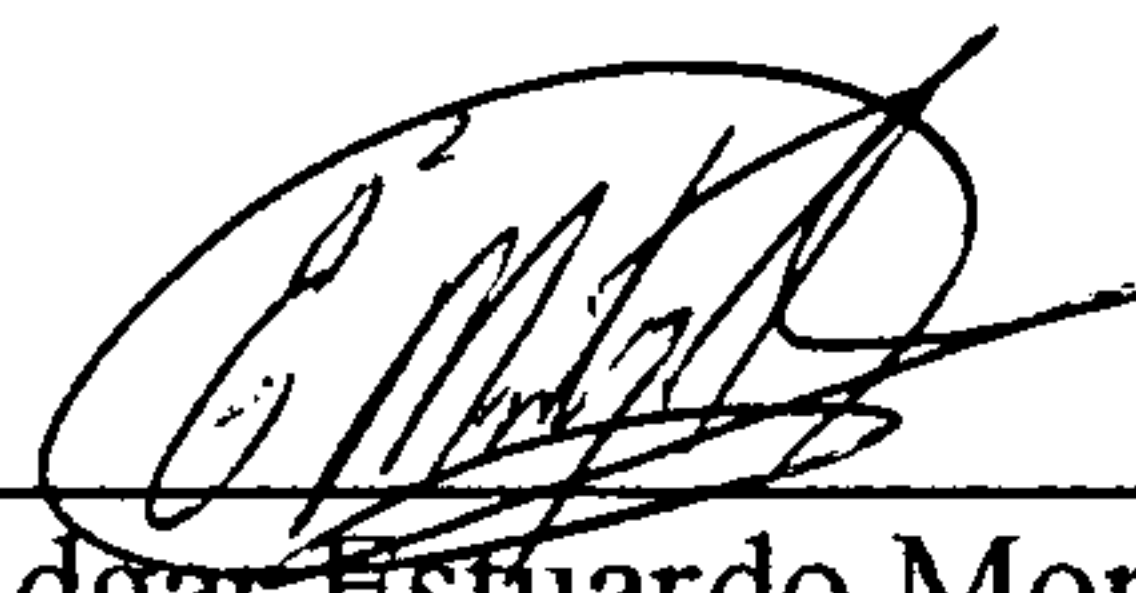

Paola Vanessa Paniagua Herrera.
Sustentante


Dra. Mirna Calderón Marquez.
Asesora.


Dr. Oscar Lara.
Asesor.


Dr. Manuel Anibal Miranda Ramirez.
Revisor.
Comisión de tesis.




Dr. Edgar Estuardo Montoya Flores.
Revisor.
Comisión de tesis.

Vo.Bo. Imprimase.




Dr. Otto Raúl Torres Bolaños.
Secretario General.