

**ANTROPOMETRÍA DEL PABELLÓN DE LA OREJA Y LA
DIMENSION VERTICAL EN ADULTOS DENTADOS DEAMBOS
SEXOS EN LOS DISTINTOS GRUPOS ÉTNICOS DE LOS
DEPARTAMENTOS DE JALAPA, JUTIAPA, SANTA ROSA.. 2,002**

Tesis presentada por

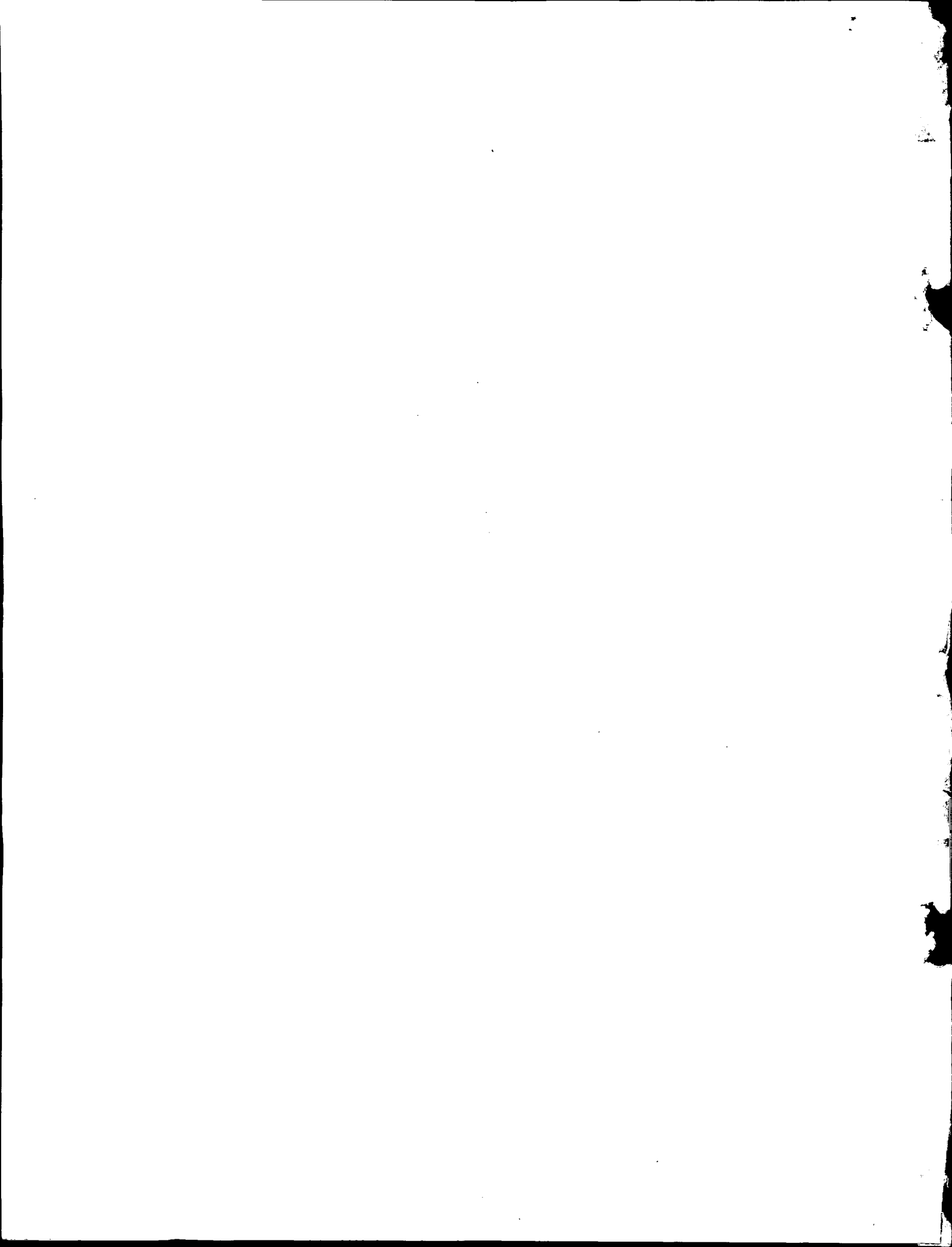
OTTO FRANCISCO DARDON MARTINEZ

**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 2,002



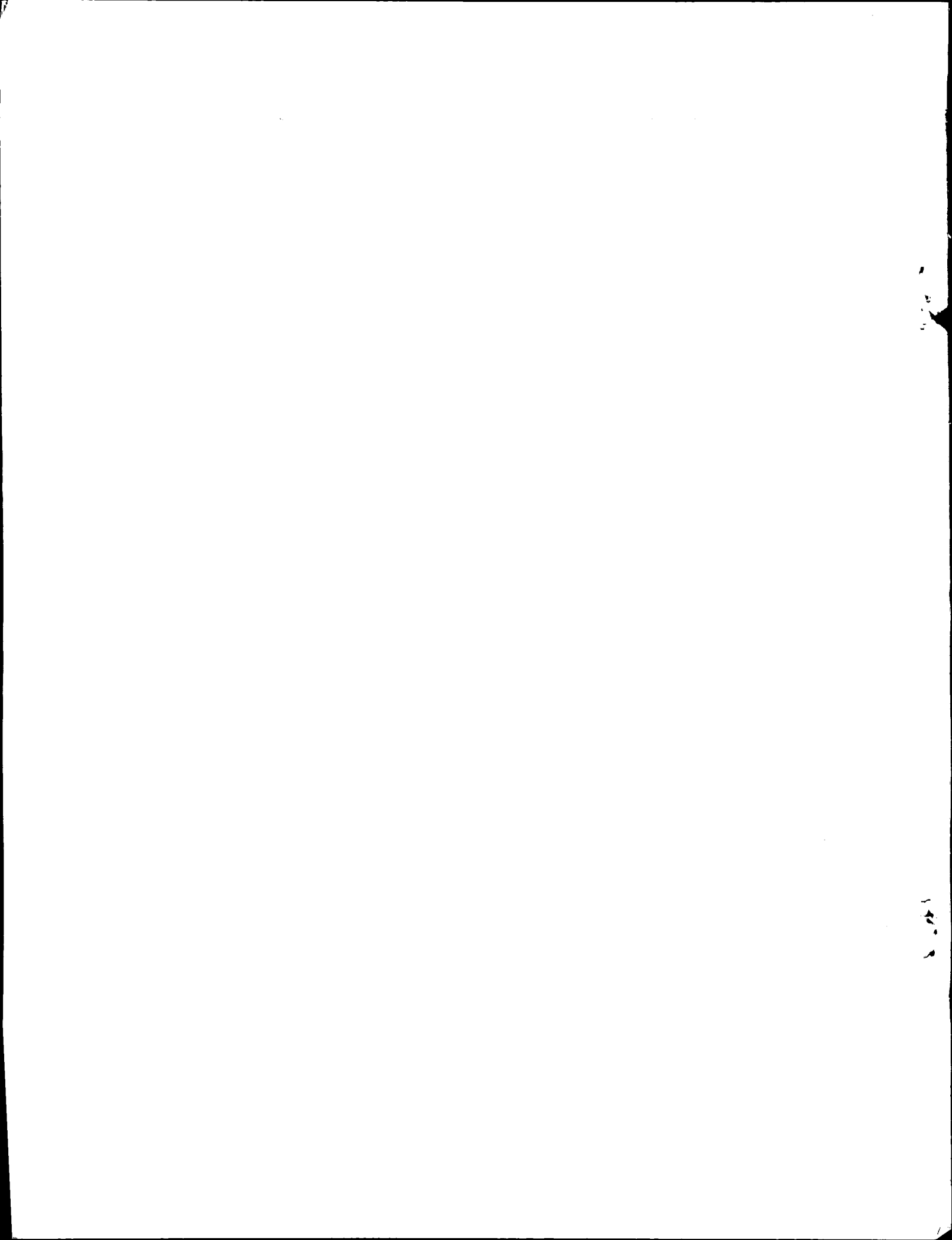
DL
.09
T(1618)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

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. Augusto Wehncke Azurdía
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

Decano:	Dr. Carlos Alvarado Cerezo
Vocal Primero:	Dr. César Mendizábal Girón
Vocal Segundo:	Dr. Oscar Lara
Vocal Tercero:	Dr. Luis Felipe Paz Garcia Salas
Secretario:	Dr. Otto Raúl Torres Bolaños



ACTO QUE DEDICO

A DIOS

A MIS PADRES

A MI ESPOSA

A MI HIJA

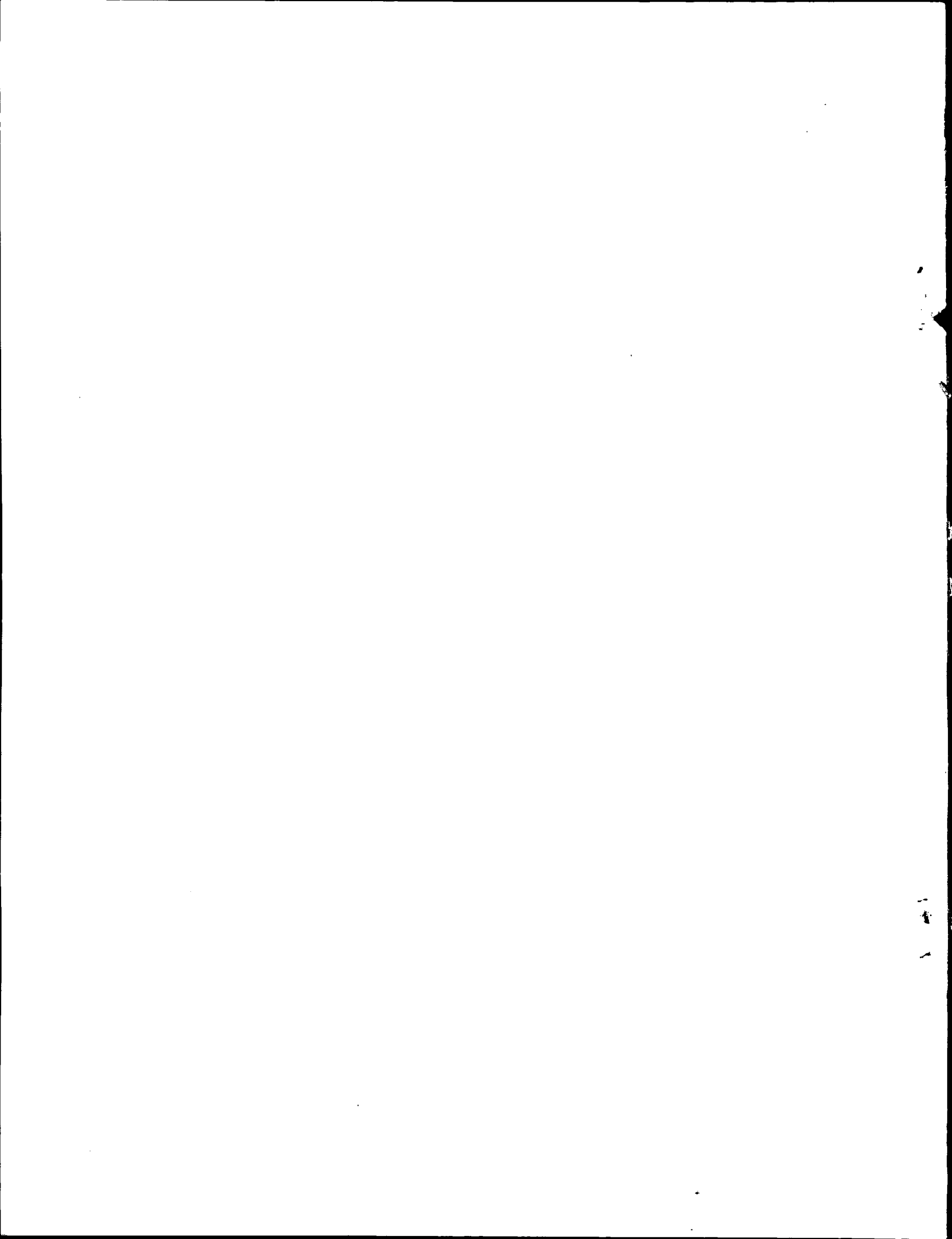
A MIS HERMANOS

A MI ABUELITA

A MIS TIOS

A MI FAMILIA EN GENERAL

A MIS AMIGOS



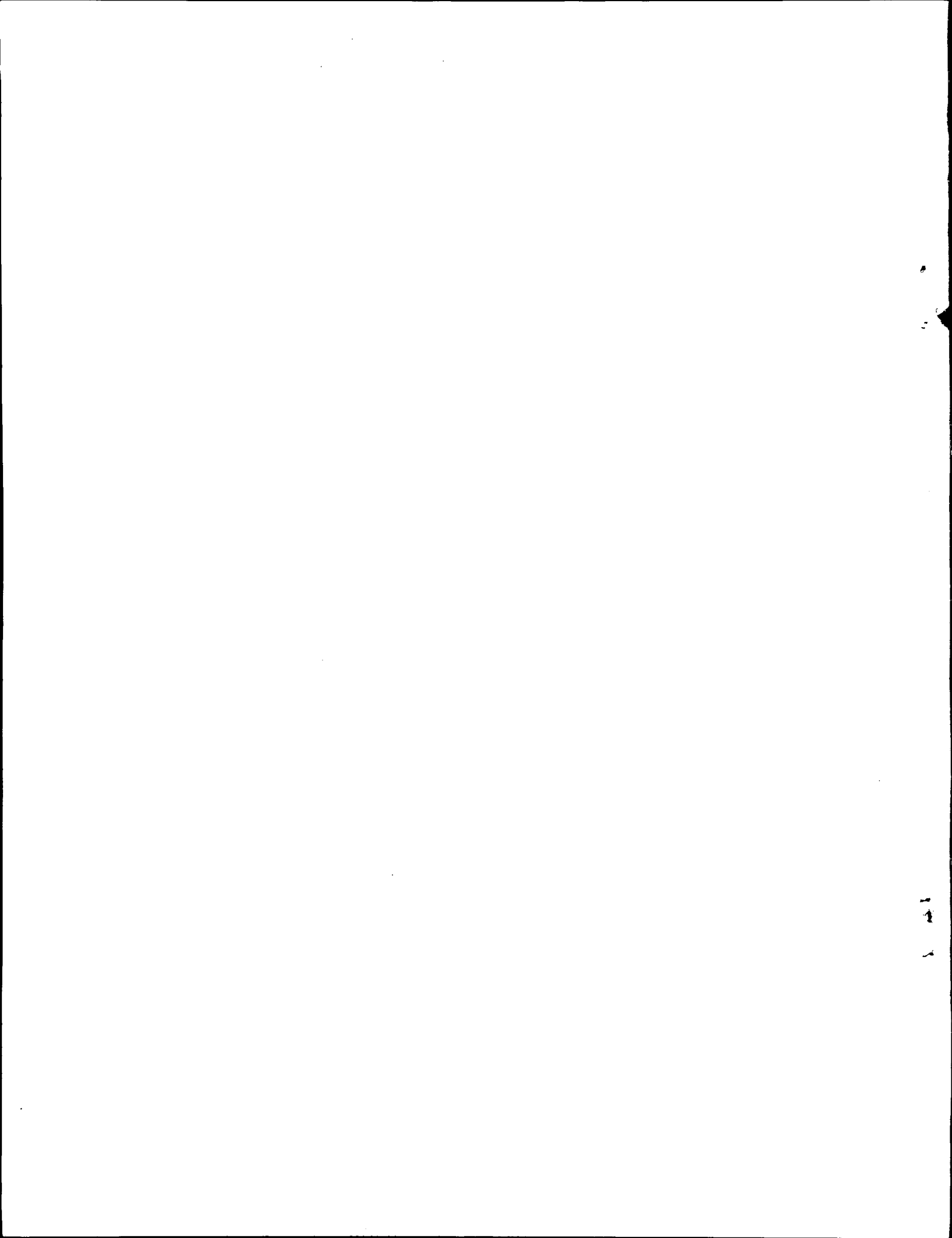
TESIS QUE DEDICO

A MI PATRIA GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A MIS ASESORES

A MIS CATEDRÁTICOS



HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

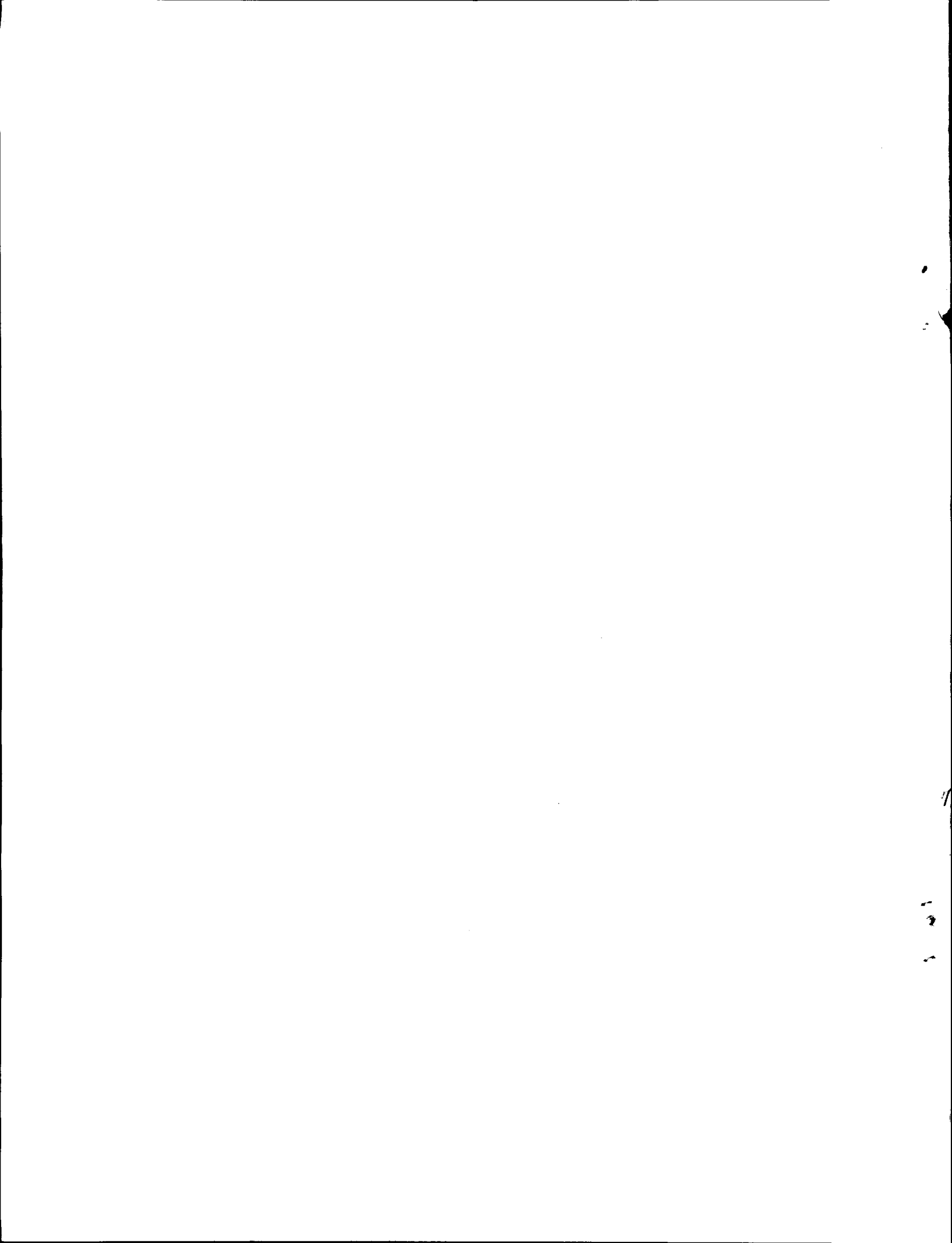
Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

"ANTROPOMETRÍA DEL PABELLÓN DE LA OREJA Y LA DIMENSION VERTICAL EN ADULTOS DENTADOS DE AMBOS SEXOS EN LOS DISTINTOS GRUPOS ÉTNICOS DE LOS DEPARTAMENTOS DE JALAPA, JUTIAPA, SANTA ROSA. 2002", conforme lo demandan los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de

CIRUJANO DENTISTA

Quiero expresar mi agradecimiento a mis asesores Dra. Mirna Oldemia Calderón y Dr. Oscar Lara, por su valiosa orientación de este trabajo.

Y a ustedes distinguidos miembros del Tribunal Examinador, reciban mis más altas muestras de consideración y respeto.



INDICE

	Pagina
1) SUMARIO.....	1
2) INTRODUCCIÓN.....	3
3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
4) JUSTIFICACIÓN.....	6
5) REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
6) HIPOTESIS	74
7) OBJETIVO GENERAL.....	75
8) OBJETIVO ESPECIFICO.....	76
9) VARIABLES.....	77
10) METODOLOGIA	80
11) RECURSOS.....	87
12) PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	89
13) ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	98
14) CONCLUSIONES.....	100
15) RECOMENDACIONES.....	102
16) ANEXOS.....	103
17) BIBLIOGRAFÍA.....	106

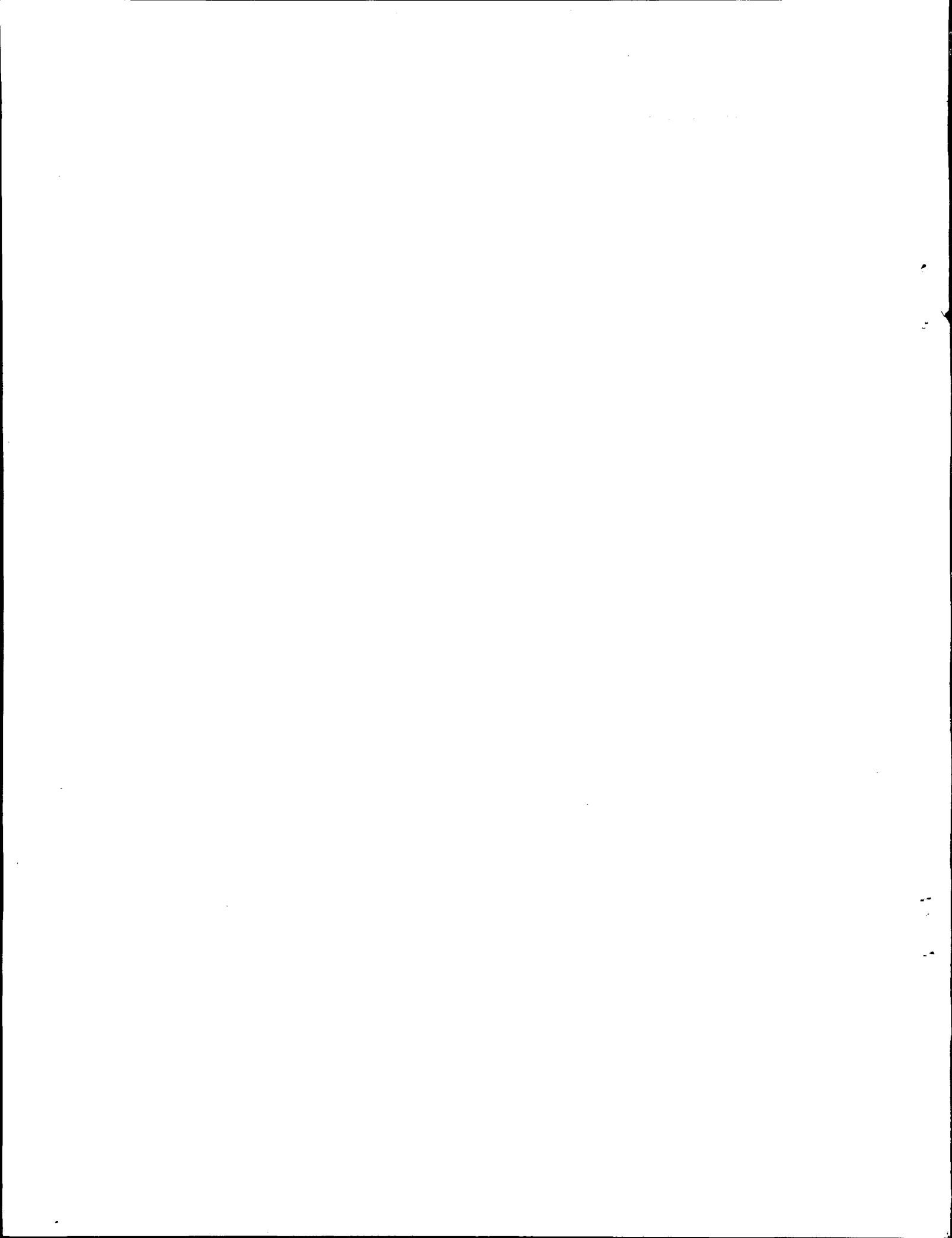
2

1 3 1

SUMARIO

El estudio sobre la coincidencia entre la longitud del pabellón de la oreja con la dimensión vertical, surgió a través de observaciones realizadas por el Dr. Oscar Lara, profesor de la disciplina de Prótesis Parcial Removible de esta facultad, ya que la técnica utilizada para determinar la dimensión vertical en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos es la de Mc Gee, la cual se basa en medidas antropométricas de una población anglosajona, por lo que se desconoce si esta técnica es la mas adecuada a utilizar en la población Guatemalteca tomando en cuenta las diferentes factores ambientales y alimenticios que influyen en el desarrollo craneo facial y antropometría de la población. En este estudio se trabajo con una muestra de cien personas adultas divididas en dos rangos de edades que se realizo en los departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa, de Guatemala durante el año 2002.

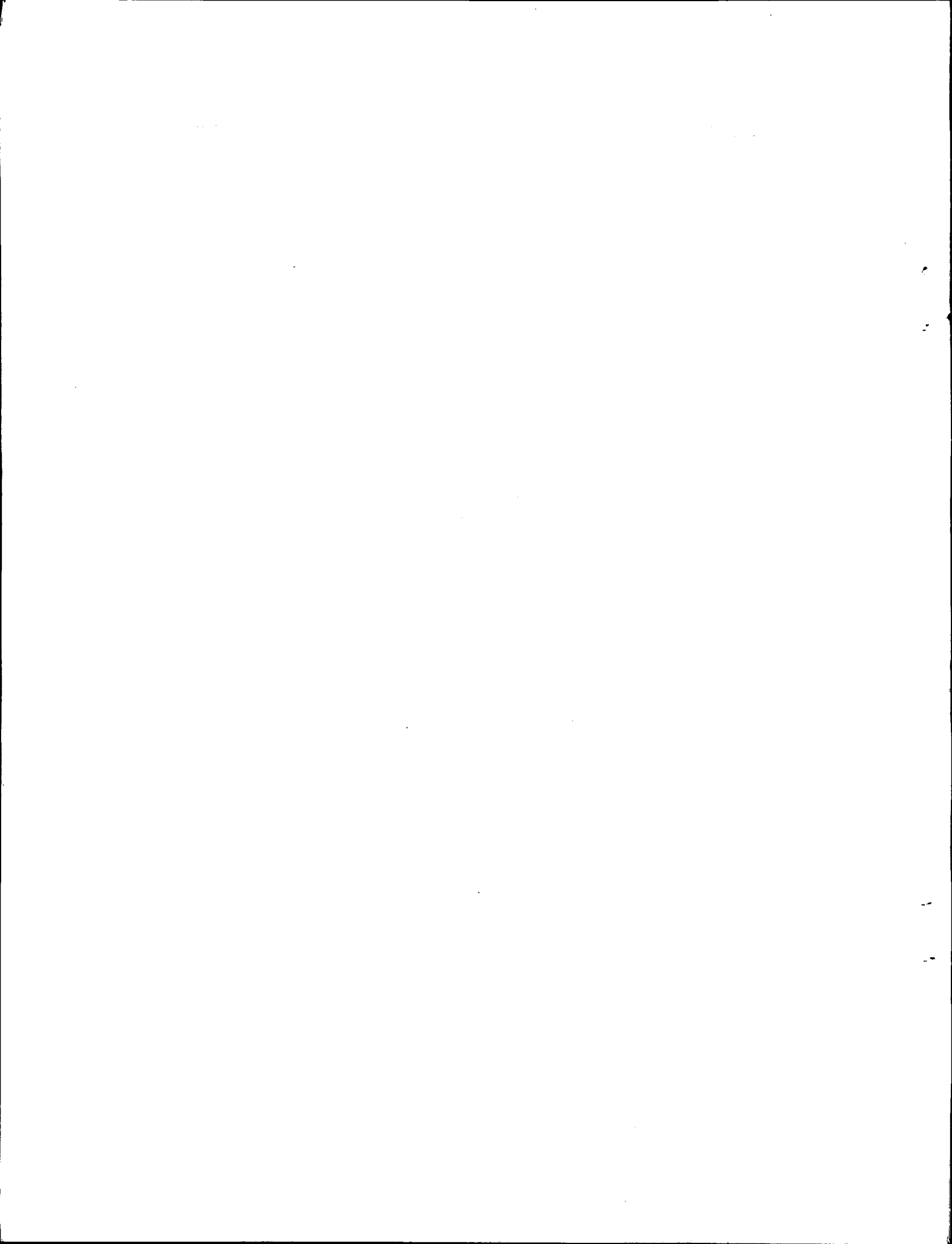
Se visitó dichos departamentos y por medio del consentimiento informado se solicitó a las personas su cooperación y al ser aceptada se realizó un examen bucal para establecer si poseían los criterios de inclusión establecidos en la metodología, se procedió a medir la longitud del pabellón de ambas orejas (es una parte del oído externo formado por una lamina de cartilago cubierta por piel



que abarca desde el borde superior llamado helix al borde inferior llamado lóbulo) y 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).

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

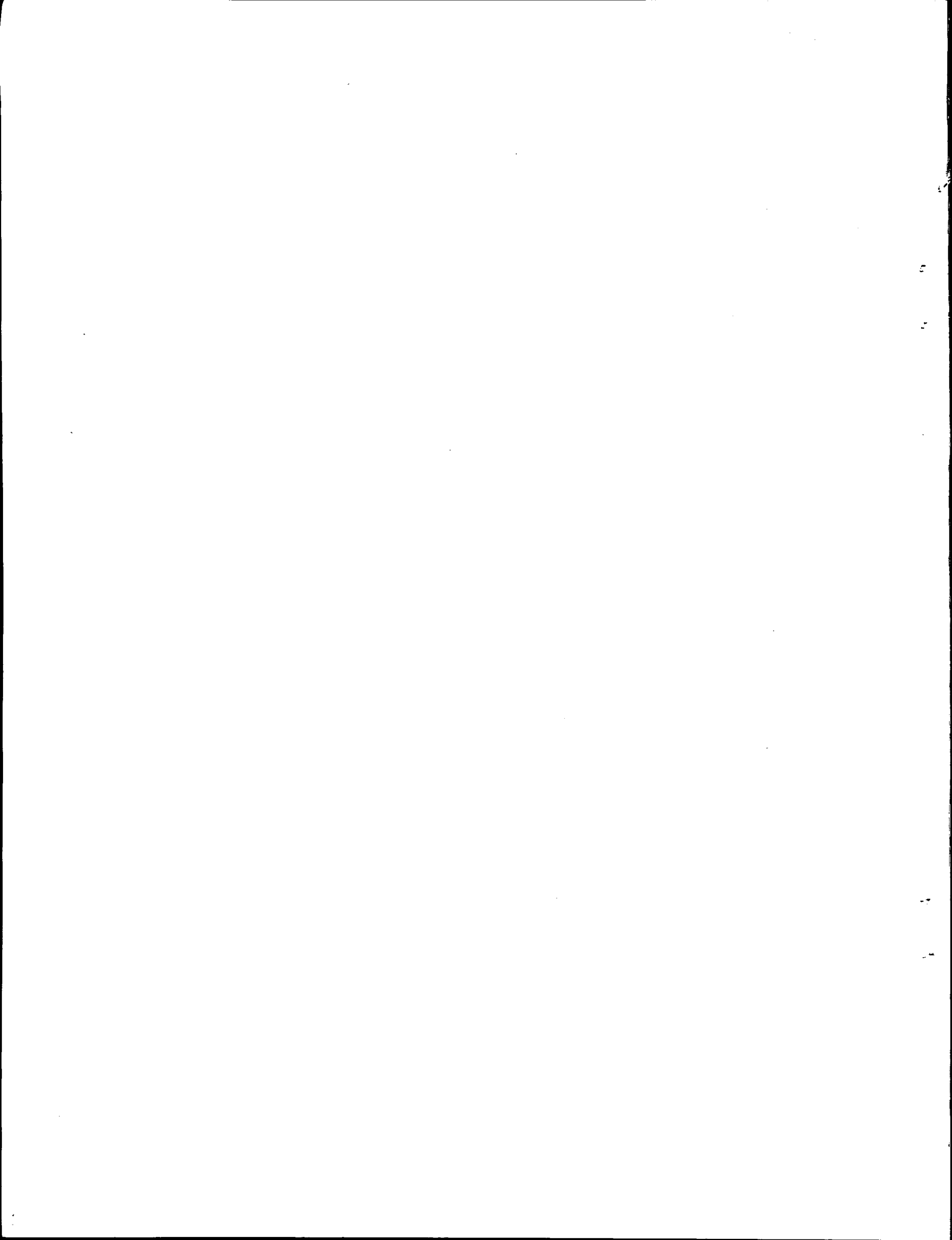
Con base a los resultados obtenidos fue posible elaborar un método alternativo para restablecer la dimensión vertical tomando como referencia la longitud del pabellón de ambas orejas.



INTRODUCCIÓN

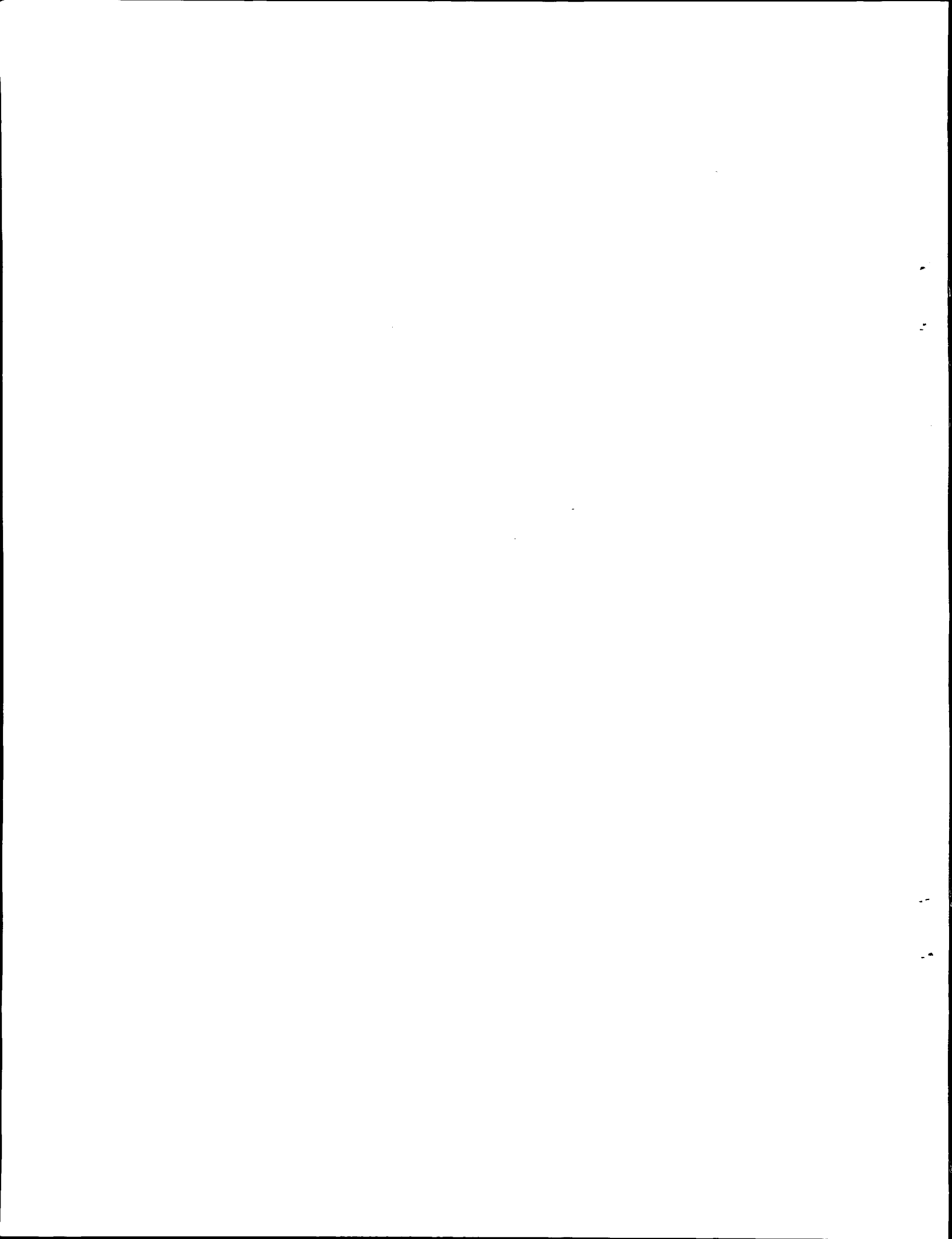
Este documento contiene el informe final de investigación del tema “Antropometría del Pabellón de la oreja y la dimensión vertical en adultos dentados de ambos sexos de los departamentos de Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa 2,002”, el estudio determino que existe coincidencia entre la longitud antropométrica del pabellón de la oreja y la dimensión vertical. Ya que es importante para el odontólogo general contar con un método de medición de la dimensión vertical que sea útil eficaz y confiable.

Por otro lado es importante saber que dentro de la población guatemalteca existe un alto índice de personas total o parcialmente edéntulas que en alguna etapa de su vida necesitó o necesitará tratamientos protésicos para su rehabilitación oral y así mejorar en cierta forma su calidad de vida con respecto a función, fonación estética y deglución.



Dicho informe incluye los datos obtenidos en la investigación, sobre si existe o no coincidencia entre la longitud del pabellón de las orejas con la dimensión vertical en personas ladinas del departamento de Guatemala, así como también incluye un consolidado que contiene los datos obtenidos en los distintos grupos étnicos de la republica de Guatemala.

Concluyendo así que la hipótesis originalmente planteada que la longitud del pabellón de la oreja coincide con la dimensión vertical es aceptada.

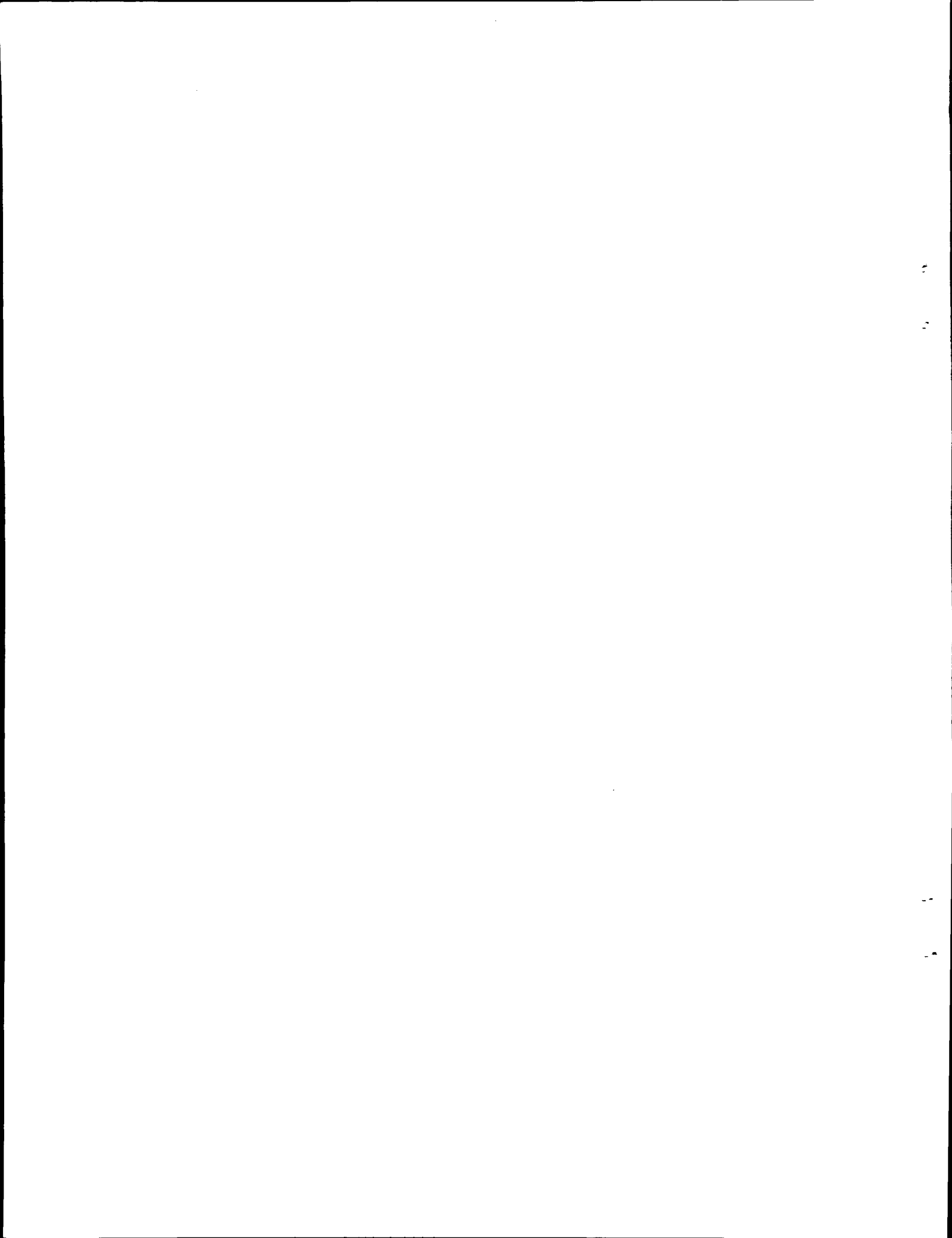


PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A través de observaciones realizadas en la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ha surgido 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, 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, surge la siguiente interrogante:

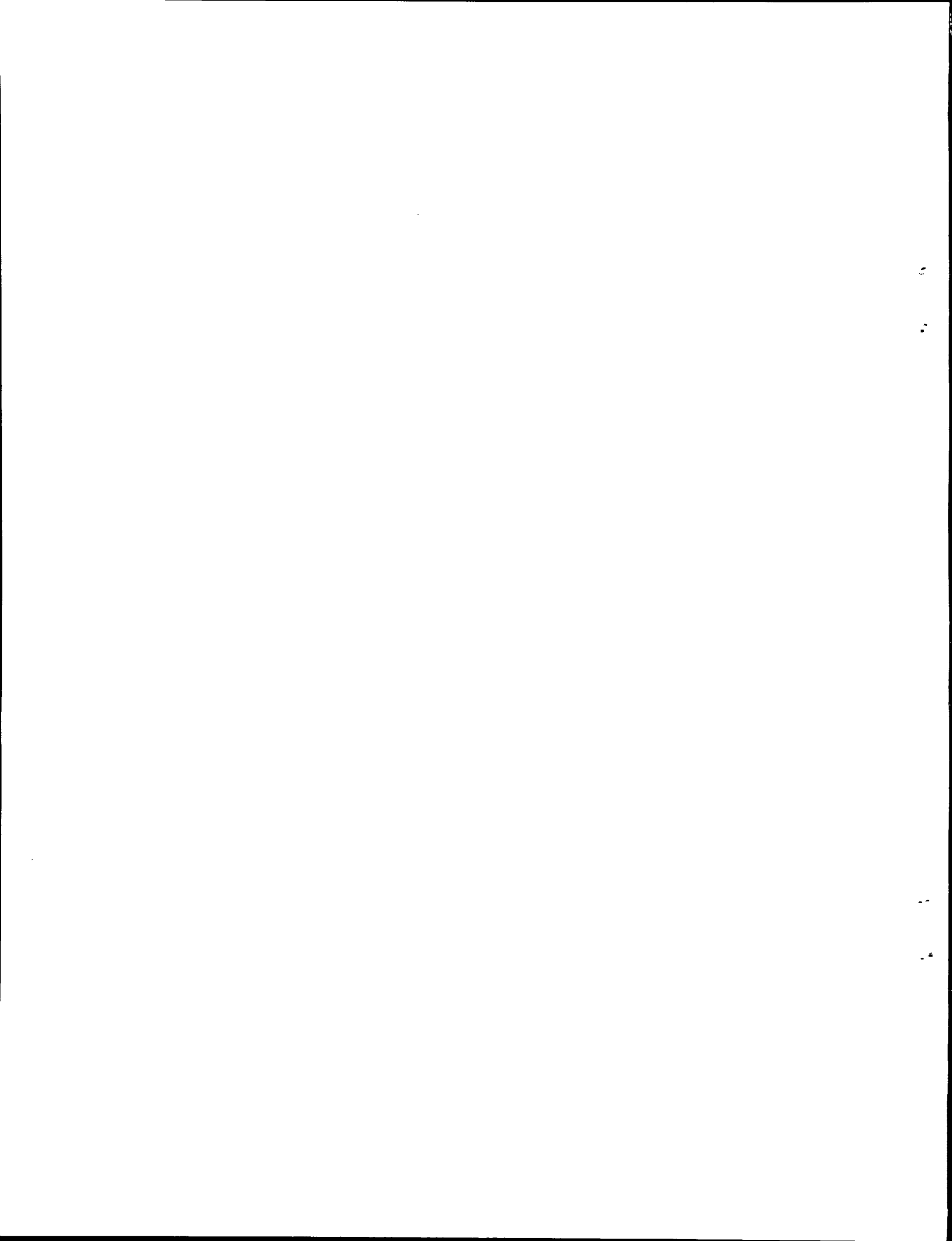
¿Existe coincidencia entre la longitud antropométrica de la oreja, con la longitud de la dimensión vertical, en adultos dentados de ambos sexos que integran los diversos grupos étnicos de este país?



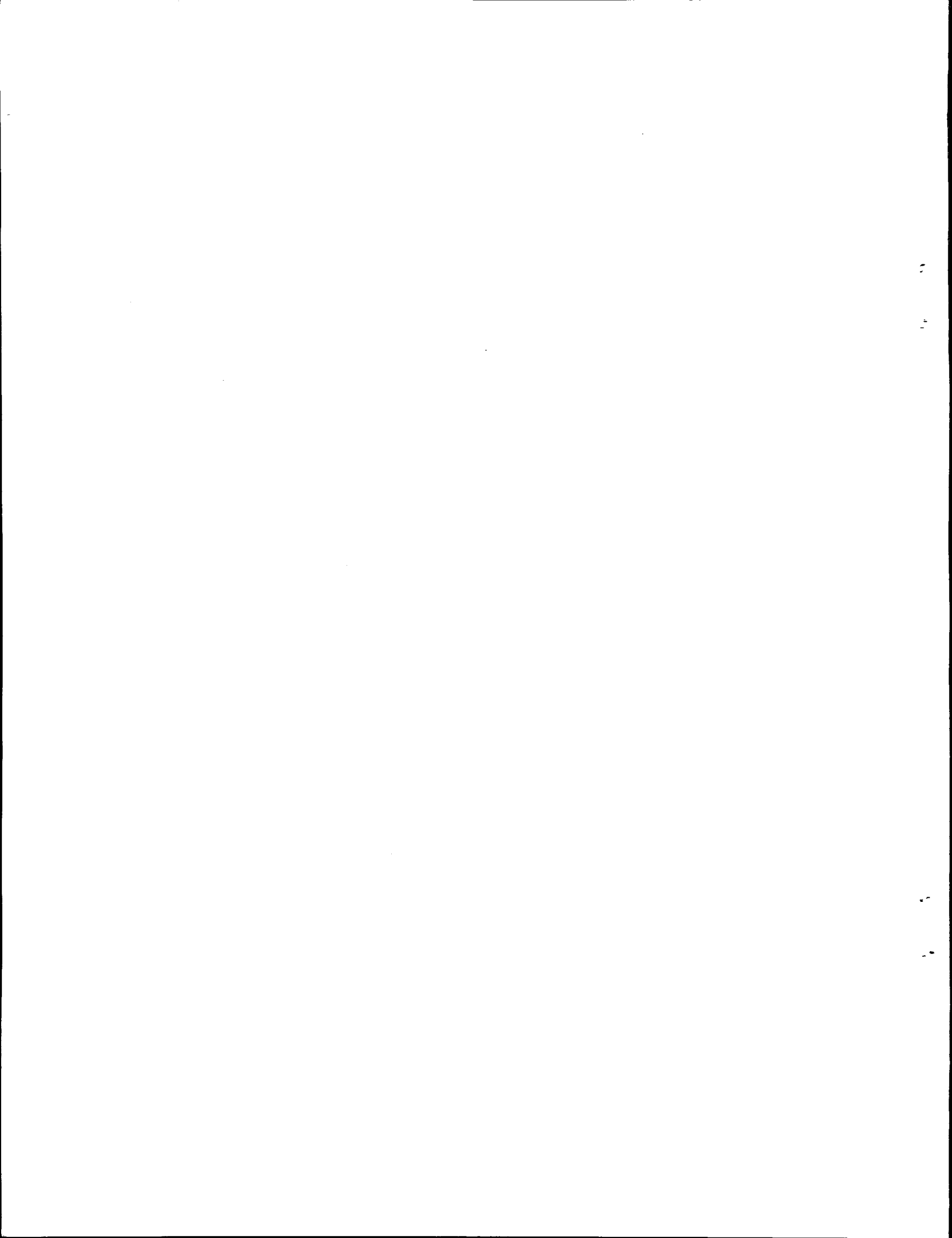
JUSTIFICACIÓN

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 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 considera 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 las 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 incisivo 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 Nasión-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 cartilago 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 romo 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)

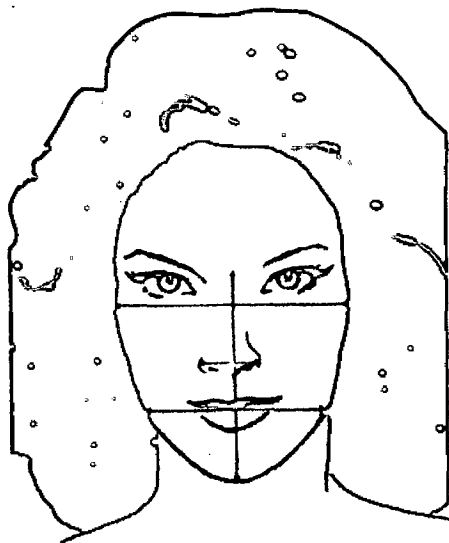


Fig. No.1
Proporciones Faciales

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 cartilago 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 cartilago, 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.

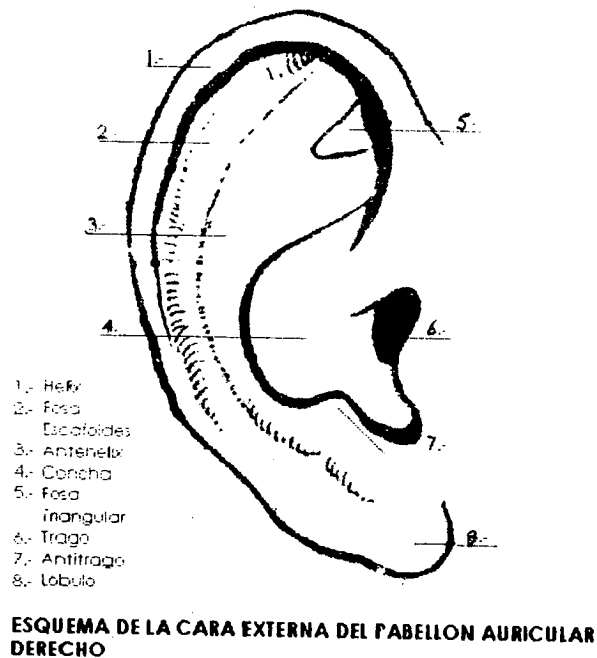


Fig. No. 2

Conducto Aditivo 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

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 prosthion, 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

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 braquicefalo 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)

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:

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

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,

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

Este índice distingue tres categorías: Estrecho (dolicuránico), 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 más 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 interciliar, 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 intercuspidadación 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