



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TESINA DE GRADO
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO

TEMA

MALPOSICIONES DENTARIAS Y SU RELACIÓN CON EL
FIBROMA PERIFÉRICO OSIFICANTE EN PACIENTES
ATENDIDOS EN EL DISTRITO DE SALUD N° 23 D01
“AUGUSTO EGAS” EN SANTO DOMINGO DE LOS
TSÁCHILAS, PERÍODO DICIEMBRE 2013 - MAYO 2014

AUTOR:

RÓMULO ROLANDO CARRERA RAMOS

TUTOR:

DR. LUIS GONZALO VILLARROEL GALLEGOS

RIOBAMBA - ECUADOR

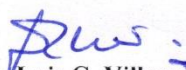
DICIEMBRE - 2014

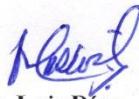
HOJA DE APROBACIÓN


El tribunal de defensa privada conformada por el Dr. Luis G. Villarroel G. Presidente del tribunal; el Dr. Luis Ríos, miembro del tribunal y el Ing. Patricio Tapia miembro del tribunal, certificamos que el señor **Rómulo Rolando Carrera Ramos**, portador de la cédula N° 170985460-6 egresado de la Carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo, se encuentra apto para el ejercicio académico de la defensa pública de la tesina previa a la obtención del título de Odontólogo con el tema de investigación: "**MALPOSICIONES DENTARIAS Y SU RELACIÓN CON EL FIBROMA PERIFÉRICO OSIFICANTE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DISTRITO DE SALUD N° 23 D01 "AUGUSTO EGAS" EN SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, PERÍODO DICIEMBRE 2013 - MAYO 2014**".

Una vez que han sido realizadas las revisiones periódicas y ediciones correspondientes a la tesina.

Riobamba, 08 de diciembre de 2014.

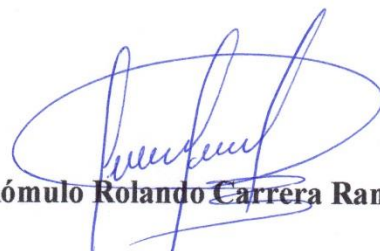

Dr. Luis G. Villarroel G.
Presidente del tribunal


Dr. Luis Ríos
Miembro del Tribunal


Ing. Patricio Tapia
Miembro del Tribunal

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, **Rómulo Rolando Carrera Ramos**, portador de la cédula de identidad N° 170985460-6, declaro ser responsable de las ideas, resultados y propuestas planteadas en este trabajo investigativo y que el patrimonio intelectual del mismo, pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Rómulo Rolando Carrera Ramos

170985460-6

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de tesina de Grado presentado por el señor **RÓMULO ROLANDO CARRERA RAMOS** para optar al título de **ODONTÓLOGO**, y que acepto asesorar al estudiante en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 10 de Abril de 2014.



Dr. Luis Gonzalo Villarroel Gallegos

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la sabiduría necesaria.

A mi amada esposa e hijas, por su apoyo incondicional, ya que han sido los pilares fundamentales de todos mis éxitos.

A la Dra. Kathy M. Llori O., por las gestiones realizadas y poder así, culminar mis estudios en esta Universidad.

Al Dr. Luis Gonzalo Villarroel Gallegos, por su apoyo como tutor de esta investigación y al Dr. Javier O. Curra (PhD), por su ayuda.

Finalmente a todas las personas que de una u otra manera, han colaborado con el desarrollo de esta tesina.

DEDICATORIA

De manera especial a Dios, por las fuerzas y esperanzas depositadas en mí, cada día de mi vida.

A mi esposa y mis hijas, quienes han estado conmigo dándome ánimos, para continuar en la lucha día a día.

A la querida Universidad Nacional de Chimborazo, que nos acogió en sus aulas, para poder estudiar y arribar a la meta tan deseada.

Y a los profesores, que tanto nos han enseñado y ayudado.

RESUMEN

De acuerdo al diccionario Mosby, el fibroma periférico osificante (FOP) es un tumor de tejido conjuntivo fibroso que se origina en el borde gingival y se supone que procede del periodonto, es una forma de fibromatosis y se encuentran zonas calcificadas en su interior Sin embargo este término ha sido debatido ya que su comportamiento es más reactivo que tumoral, como veremos en la descripción. De acuerdo a Neville y col, es un crecimiento gingival relativamente común considerada de naturaleza reactiva más que neoplásica Charro y col, citando a Regezzi y col, quien agrupa también a esta lesión dentro de las hiperplasias, lo define, como un tumor mesodérmico; una neoplasia fibro-ósea. Con estos antecedentes, la presente investigación, busca describir las complicaciones asociadas a las malposiciones dentarias y su relación con el fibroma periférico osificante en pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014. La investigación planteada, fue realizada en 41 pacientes de los cuales se tienen historias clínicas y radiografías. Se observó que el fibroma periférico osificante, siempre genera un desplazamiento dentario, dando como resultado, una malposición dentaria y que la malposición dentaria frecuente fue Clase I (Angle), con apiñamiento en el 59 %, mordida cruzada en el 29 % y sobremordida en el 12 % de los pacientes respectivamente. El profesional odontólogo, debe conocer las manifestaciones clínicas del fibroma periférico osificante, para emitir un correcto diagnóstico y tratamiento en el paciente que presenta esta patología, conjuntamente con el seguimiento de cada caso, ya que no se conocen en el 100 % de los casos el origen del fibroma periférico osificante; y es por esto, que se debe identificar y eliminar los factores locales irritantes que presenta el paciente, para evitar posibles recaídas de la patología. Es necesario realizar tratamiento quirúrgico a los pacientes con maloclusión Clase I que presentan fibroma periférico osificante, para evitar problemas estéticos, funcionales y del aparato estomatognático.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

According to the Mosby dictionary, peripheral fibroma ossificans (PFO) is a tumor of fibrous connective tissue that originates at the gingival margin and is assumed to be from the periodontium, is a form of fibromatosis and calcified areas are within this term. However this term has been debated since its behavior is more reactive than tumor, as discussed in the description. According to Neville, it is a relatively common gingival growth considered reactive in nature rather than neoplastic Charro, citing Regezzi, who also groups to the lesion within hyperplasias, defines, as a mesodermal tumor; fibro-osseous neoplasm. With this background, the present investigation describe the complications associated with poorly positioned teeth and its relationship with the peripheral ossifying fibroma in patients treated at the Health District No. 23 D01 "Augusto Egas" in Santo Domingo de los Tsáchilas period December 2013 - May 2014. The proposed investigation was performed in 41 patients of who have medical records and radiographs. It was observed that the peripheral ossifying fibroma, always generates a tooth displacement, resulting a tooth incorrect position and frequent dental incorrect position was Class I (Angle), with 59% crowding, cross bite in 29% and overbite in 12% of patients, respectively. The dental professional must know the clinical manifestations of peripheral ossifying fibroma, to make a correct diagnosis and treatment in the patient with this condition, together with the monitoring of each case, and which are not known in 100% of cases origin of peripheral ossifying fibroma; and it is for this reason that it must identify and eliminate local irritants factors presented by the patient, to avoid recurrences of the disease. Surgical treatment is needed for patients with Class I who present peripheral ossifying fibroma, to avoid aesthetic, functional and oral cavity problems.

Reviewed by,

Lic. Mónica Castillo

ENGLISH TEACHER



ÍNDICE GENERAL

	Pag.
PORTADA.....	i
HOJA DE APROBACIÓN.....	ii
DERECHO DE AUTORÍA.....	iii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiv
ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS.....	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xv
ÍNDICE DE TABLAS.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3

1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3.	OBJETIVOS.....	5
1.3.1.	Objetivo General.....	5
1.3.2.	Objetivos Específicos.....	5
1.4.	JUSTIFICACIÓN.....	5

CAPÍTULO II

2.	MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.	POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	7
2.2.	FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	7
2.2.1.	Fibroma Periférico Osificante.....	7
2.2.2.	Epidemiología.....	8
2.2.3.	Estructura.....	8
2.2.4.	Características clínicas.....	9
2.2.5.	Patogenia.....	11
2.2.6.	Aspectos radiográficos.....	12
2.2.7.	Características histopatológicas.....	12
2.2.8.	Histopatológicamente.....	13
2.2.9.	Tratamiento.....	13
2.2.10.	Factores relacionantes con el fibroma osificante periférico.....	14
2.2.10.1.	Malposición dentaria.....	14

2.2.10.2. Definición de la mal oclusión.....	14
2.2.11. Clasificación de Angle.....	15
2.2.11.1. Clase I.....	16
2.2.11.2. Clase II.....	17
2.2.11.3. Clase III.....	17
2.2.12. Desarrollo de la oclusión.....	18
2.2.12.1. Características individuales de la erupción dentaria.....	18
2.2.13. Dentición mixta.....	19
2.2.13.1. Remanentes de crecimiento.....	19
2.2.14. Fisiología de la oclusión.....	19
2.2.15. Movimientos funcionales.....	20
2.2.15.1. Masticación.....	20
2.2.15.2. Incisión y corte.....	21
2.2.15.3. Trituración.....	22
2.2.16. Apiñamiento dental.....	22
2.2.16.1. Causas de los dientes apiñados.....	23
2.2.16.2. Tipos de apiñamiento dental.....	24
2.2.16.3. Tratamiento.....	24
2.2.17. Migración dental.....	25
2.2.18. Movilidad dentaria.....	25

2.2.18.1. Grado de movilidad dentaria.....	26
2.2.18.2. Clasificación.....	27
2.2.18.3. Causas de movilidad de los dientes.....	27
2.2.18.4. Tratamiento de la movilidad dental.....	28
2.2.19. Mordida cruzada anterior.....	28
2.2.20. Diastema.....	29
2.2.20.1. Tratamiento.....	29
2.2.20.2. Las causas de los diastemas.....	30
2.2.21. La resorción ósea o reabsorción ósea.....	30
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	31
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	33
2.4.1. Hipótesis.....	33
2.4.2. Variables.....	33
2.4.2.1. Variable dependiente.....	33
2.4.2.2. Variable independiente.....	33
2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	34
 CAPÍTULO III	
3. MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1. MÉTODO.....	35

3.1.1.	Tipo de investigación.....	35
3.1.2.	Diseño de investigación.....	36
3.1.3.	Tipo de estudio.....	36
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	36
3.2.1.	Población.....	36
3.2.2.	Muestra.....	36
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	37
 CAPÍTULO IV		
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	38
4.1.	DISCUSIÓN.....	38
 CAPÍTULO V		
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	44
5.1.	CONCLUSIONES.....	44
5.2.	RECOMENDACIONES.....	44
	BIBLIOGRAFÍA.....	45
	ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1.2:	Tipo de maloclusiones según Angle.....	16
----------------	--	----

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía N° 1:	Aspecto clínico de Fibroma Periférico Osificante....	11
Fotografía N° 2:	Aspecto clínico de Fibroma periférico Osificante.....	12
Fotografía N° 3:	Aspecto clínico de Fibroma periférico Osificante.....	13

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1.4: Malposiciones dentarias encontradas en los pacientes.....	39
Gráfico N° 2.4: Pacientes que manifestaron fibromas periférico osificante.	40
Gráfico N° 3.4: Otras patologías relacionadas con el FOP.....	41
Gráfico N° 4.4: Pacientes que presentaron FOP al usar prótesis.....	42
Gráfico N° 5.4: Pacientes que presentaron hiperplasias.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1.4: Malposiciones dentarias encontradas en los pacientes.....	39
Tabla N° 2.4: Pacientes que manifestaron fibromas periférico osificante...	40
Tabla N° 3.4: Otras patologías relacionadas con el FOP.....	41
Tabla N° 4.4: Pacientes que presentaron FOP al usar prótesis.....	42
Tabla N° 5.4: Pacientes que presentaron hiperplasias.....	43

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante periférico (FOP) es una entidad benigna que se incluye en el grupo de las lesiones gingivales reactivas, denominadas con el término genérico de épulis, y se origina, según la teoría más aceptada, en las células del ligamento periodontal. Se manifiesta en forma de tumoración de consistencia firme, bien circunscrita, de color rosado o rojizo y está situada normalmente en la zona incisivo-canina del maxilar superior, siendo rara su aparición en crestas edéntulas. GENCO R.J. GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

Aparece a cualquier edad, con una mayor incidencia entre la segunda y tercera décadas de la vida, con una ligera predilección por el sexo femenino. Es una lesión de partes blandas, que en ocasiones puede estar asociada a una ligera erosión superficial del hueso subyacente. GENCO R.J. GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

El fibroma osificante periférico (FOP) es una tumoración gingival fibrosa hiperplásica, cuyo tamaño rara vez sobrepasa los 15 mm de diámetro. Se caracteriza por ser una tumoración sésil o pediculada, de consistencia firme, eritematosa o de color similar a la encía que la rodea, con una superficie frecuentemente ulcerada. GENCO R.J. GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

Se trata de una lesión normalmente asintomática que presenta predilección por el género femenino y que suele aparecer entre la segunda y la tercera décadas de la vida. Su localización más frecuente es en el sector anterior del maxilar superior, de manera que más de la mitad de todos los fibromas osificantes periféricos aparecen en la zona incisivo-canina. A pesar de que su etiología no está del todo clara, la mayoría de autores consideran que el origen de estas lesiones se encuentra en las células del ligamento periodontal. . GENCO R.J. GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

Radiológicamente, el FOP puede presentar puntos radiopacos difusos y en algunas ocasiones puede estar asociado a una ligera erosión superficial del hueso subyacente. GENCO R.J. GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

El diagnóstico definitivo de esta patología viene determinado por la histología. Esta tumoración está rodeada por un epitelio escamoso estratificado, que puede estar ulcerado o no. Presenta un tejido conectivo hiper celular con áreas centrales de material calcificado. El tratamiento de elección consiste en la exéresis ampliada de la lesión, incluyendo el periostio y el ligamento periodontal; además de suprimir todos los agentes etiológicos que se hayan podido identificar, para evitar la recidiva. GENCO R.J. GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

La presente investigación está estructurada, en cinco capítulos. En el primer capítulo se describen aspectos eminentemente referentes al problema que se ha investigado.

En el segundo capítulo, se desarrolla la fundamentación teórica, que es el sustento científico, teórico, conceptual, legal y doctrinario del problema investigado. En el tercer capítulo, se da a conocer el proceso metodológico que se aplicó en la ejecución de la investigación; es decir, se explica cómo se realizó la propia investigación.

En el cuarto capítulo, se analizan e interpretan los resultados obtenidos del análisis del caso clínico y en el capítulo cinco, se enuncian las conclusiones y recomendaciones, relacionadas con los objetivos específicos de la investigación.

CAPÍTULO I

2. PROBLEMATIZACIÓN.

5.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El fibroma periférico osificante, es una lesión reactiva que se origina a partir del ligamento periodontal tras una irritación o trauma crónico local. Aparece a cualquier edad con una importante predilección por el sexo femenino. Generalmente se manifiesta como una lesión de naturaleza tumoral, de color rojo-púrpura y localizado en el tejido gingival. Radiográficamente podría mostrar erosión superficial del hueso subyacente. Al estudio microscópico se observa tejido de granulación hiperplásico y las características células gigantes multinucleadas. SAPP J., EVERSOLE L.; WYSOCKI G. (1998) PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. 1RA. ED. ED. HARCOURT BRACE. ESPAÑA.

El fibroma periférico osificante es una lesión muy poco frecuente que se puede presentar en ambos maxilares. Según la clasificación aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) histológicamente puede presentar tejido conjuntivo maduro, con material calcificado parecido a dentina, cemento y hueso. Aproximadamente uno de cada cinco fibromas osificante periféricos muestran recidiva tras su exéresis.

Para minimizar el riesgo de recidiva, debe conseguirse la extirpación completa de la lesión, incluyendo márgenes de seguridad y el periostio. Debido a que un alto porcentaje de estos FOP se presentan en el sector anterior del maxilar superior, su tratamiento puede provocar problemas estéticos. Sin embargo recalcan la importancia de controlar los factores locales irritativos como el cálculo y la placa, las obturaciones desbordantes, Walters y Cols. Describieron diferentes técnicas quirúrgicas para tratar estas lesiones. SAPP J., EVERSOLE L.; WYSOCKI G. (1998) PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. 1RA. ED. ED. HARCOURT BRACE. ESPAÑA.

Según estudios realizados por la universidad *Estanfor* Estados Unidos por su departamento de virología y microbiología se analizaron 167.870 casos relacionados con las enfermedades fibroma osificante periférico, se concluye que su origen está dado por los componentes del germen dentario (folículo dental y papila dental).

En general las características clínicas se presentan entre los 11 y 67 años encontrándose el doble de casos en la mandíbula que en el maxilar normalmente, se acompaña de una deformidad facial, desplazando los dientes adyacentes. SAPP J., EVERSOLE L.; WY SOCKI G. (1998) PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. 1RA. ED. ED. HARCOURT BRACE. ESPAÑA.

En cuanto a la epidemiología la frecuencia es de 2,3% al 4,5% y no hay predilección en cuanto al sexo. El diagnóstico diferencial es: tumor odontogénico adenomatoide, quistes dentígeros, ameloblastoma periférico, quiste odontogénico calcificante, mixoma. SAPP J., EVERSOLE L.; WY SOCKI G. (1998) PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. 1RA. ED. ED. HARCOURT BRACE. ESPAÑA.

El ministerio de Salud Pública del Ecuador a través del departamento de Paleología de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari de la ciudad de Guayaquil llegan a la conclusión que de cada 10.000 habitantes el 0,1% presenta esta clase de Patología según los estudios realizados por la Universidad Estatal Santiago de Guayaquil 2001. Por lo que considero de vital importancia la realización de esta investigación en cuanto a las lesiones producidas por el fibroma periférico.

5.4.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la importancia de describir las malposiciones dentarias y su relación con el fibroma periférico osificante en pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014?

5.5.OBJETIVOS.

5.5.1. **Objetivo General.**

- Describir las complicaciones asociadas a las mal posiciones dentarias y su relación con el fibroma periférico osificante mediante el estudio de las historias clínicas, para establecer medidas preventivas, en pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014.

5.5.2. **Objetivos Específicos.**

- Investigar cuales son las malposiciones dentarias más frecuentes relacionadas con el fibroma periférico osificante en pacientes que son atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014.
- Reconocer el comportamiento del fibroma periférico osificante ,así como sus manifestaciones en pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014.
- Evaluar los factores desencadenantes de las malposiciones dentarias relacionadas con el fibroma periférico osificante en pacientes que son atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014.

5.6.JUSTIFICACIÓN.

Es preciso que el odontólogo tenga en cuenta la existencia del fibroma osificante periférico en el diagnóstico diferencial de las lesiones de la cavidad bucal, especialmente de origen odontogénico caracterizando a esta lesión como tumoral de carácter inflamatorio crónico que se asienta en los tejidos gingivales; es una de las lesiones más comunes en la mucosa bucal y representa una respuesta reparadora exuberante CARRERA-GRANÓ I, BERINI-AYTÉS L., GAY-ESCODA C. (2001)

La investigación es importante, porque en los últimos años se han realizado numerosas investigaciones sobre las manifestaciones de la mucosa bucal en ámbito mundial, todos ellos desde el punto de vista de aspectos etiológicos, patogénesis, clínica, histopatológicos y de tratamiento. Por tal motivo existen pocas referencias sobre la incidencia y tipo de lesiones en los tejidos blandos que se presentan en niños y adolescentes.

La presente investigación se realizó con la finalidad de identificar las lesiones más frecuentes del sistema estomatognático relacionadas con el fibroma osificante periférico de los pacientes atendidos en el Sub-centro de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014

Los beneficios de la investigación en esta área, son limitados y en consecuencia la descripción de estas entidades patológicas, son hechas basándose en el análisis de las historias clínicas así como los estudios socioeconómicos que modulan de manera substancial la aparición y prevalencia de las diversas patologías bucales.

CAPÍTULO II

6. MARCO TEÓRICO.

6.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL.

El fibroma osificante periférico es una lesión que aparece en la encía (normalmente en la papila interdental), su etiología está relacionada con, la proximidad de la encía al ligamento periodontal, la presencia de fibras de oxitalan entre la matriz mineralizada de algunas lesiones, y la distribución por edades que está inversamente relacionada con el número de dientes permanentes perdidos. SAPP J., EVERSOLE L.; WYSOCKI G. (1998) PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA. IRA. ED. ED. HARCOURT BRACE. ESPAÑA.

No obstante, en algunas ocasiones el FOP aparece en zonas edéntulas, lo cual puede poner en duda el verdadero origen del FOP. Zhang y cols., publicaron un estudio retrospectivo de 2.439 lesiones reactivas gingivales para identificar sus características clínico-patológica Las lesiones benignas de los maxilares no deben ser ignoradas, ya que éstas, pueden ocasionar daños a zonas vecinas, a pesar de su benignidad. Este caso nos hace reflexionar que aun siendo de localización periférica, es capaz de ocasionar la destrucción ósea y mal posición dentaria. Así que los diagnósticos y tratamientos tempranos siguen siendo la mejor conducta a seguir sin importar el tipo de lesión presente.

6.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

6.2.1. **Fibroma Periférico Osificante.**

Es una tumoración gingival en la cual se observan islas de calcificación, que corresponden a hueso, esté se localiza dentro de una proliferación no encapsulada constituida por fibroblastos benignos.

También se encuentran células inflamatorias crónicas que rodean la periferia y con frecuencia hay ulceración superficial. GENCO R.J., GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

Genco et al.1993, lo describen como una lesión relativamente frecuente, que se presenta sólo en encía adherida o mucosa alveolar como una masa sésil o pediculada cubierta con epitelio normal. Puede presentarse a cualquier edad, pero es más frecuente en jóvenes y adultos pueden derivarse del ligamento periodontal. GENCO R.J., GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) PERIODONCIA. 1RA. ED. ED. INTERAMERICANA MC GRAW-HILL. MÉXICO.

6.2.2. **Epidemiología.**

Se presenta a cualquier edad, aunque tiene predilección por jóvenes y adultos; se observa más en mujeres que en hombres. Aun cuando puede haber casos excepcionales, como fue reportado a los 7 meses de edad, el rango va desde los 7 años hasta los 90 años con una media de 30 años y la mayor proporción en la 2da. década de vida. Una media de 25 años para lesiones ulceradas y 40 años para las no ulceradas. Yip y Yeow, reportaron el caso de un FOP congénito en una niña china de 7 días con lesión presente desde el nacimiento. No se reportaron recurrencias tras 5 años. Prevalencia en las mujeres en un 63 % y en hombres de 37 % en una relación de 1,7. La prevalencia racial según Buchner y Hansen fue de 79 % en blancos, 13% en negros, 7 % en asiáticos y el restante en hispanicos e indígenas estadounidenses. YIP W.K., YEOW C.S. (1973) A CONGENITAL PERIPHERAL OSSIFYING FIBROMA. ORAL SURG.

2.2.3 **Estructura.**

El concepto de FOP está actualmente en evolución. Inicialmente, el nombre se aplicaba a cualquier tumor interóseo formado predominantemente por tejido conjuntivo fibroso localizado en las zonas dentadas de los maxilares.

Algunas de esas lesiones eran relativamente a celulares, y estaban constituidas por haces densos de colágeno según un patrón fascicular con escasos fibroblastos. Otros estaban constituidos por una mezcla de tejido conjuntivo a celular que contenía islotes y filamentos de epitelio odontógeno rodeados por zonas de tejido mixomatoso, depósitos hialinos y calcificaciones. Esta última lesión (que contiene epitelio odontógeno) fue caracterizada en la World Health Organization Clasification of Odontogenic Tumors

2.2.4 Características clínicas.

Se presenta como una masa pediculada o sésil, de color similar al tejido conectivo que la rodea, la lesión puede ulcerarse y raras veces produce resorción del hueso alveolar. Afecta con mayor frecuencia a la encía marginal por vestibular de las piezas dentales permanentes, en algunos casos se puede presentar lobulado. El color va del rosado a rojo en caso de lesiones ulceradas y en muchos casos se ha visto emerger de la zona de la papila interdental. Puede llegar a causar desplazamiento y movilidad dentaria. GÓMEZ DE FERRARIS. A. CAMPOS MUÑOZ. (1999) "HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL" 1RA. ED. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. MÉXICO.

La lesión puede estar asociada a dientes con compromiso periodontal, ortodoncia, coronas mal ajustadas y trauma. El diámetro de estas lesiones varía entre 1 a 3 cm., son del mismo color de la mucosa y las lesiones interdentes suelen originar separación del diente.

En el estudio realizado por Buchner y Hansen encontraron en 117 lesiones que el tamaño oscilaba entre 0,2 - 3cm y de ellos el 69% eran menores de 1cm. La evolución de 158 casos fue registrada y su rango iba de 2 semanas a 20 años y de ellos, el 63% correspondían a lesiones entre 2 semanas a 6 meses de evolución. GÓMEZ DE FERRARIS. A. CAMPOS MUÑOZ. (1999) "HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL" 1RA. ED. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. MÉXICO.

Poon, Kwan y Chao indicaron que el tamaño de las lesiones generalmente es menor a 1,5cm., pero reportaron el caso de una lesión de 9cm., en una paciente femenina de 32 años de edad de crecimiento lento, de aproximadamente 5 años de evolución, indolora, lobulada, firme, ubicada en el paladar y que se extendía hasta la buco faringe e hipofaringe, con una pequeña porción extendiéndose desde los premolares hacia los molares y causando el desplazamiento de los dientes involucrados. Aun cuando era indolora existían signos de disfagia y disfonía. La paciente no había acudido a consulta por miedo a que fuera una malignidad. GÓMEZ DE FERRARIS. A. CAMPOS MUÑOZ. (1999) "HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL" IRA. ED. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. MÉXICO.

La lesión varía de tamaño de 0,5 a 1,5 cm. de diámetro (1,3), aunque se han citado lesiones mayores de 5 cm. en las cuales factores como la higiene bucal deficiente o la xerostomía jugarían un papel importante en el crecimiento de estas lesiones. Los casos que presentamos no excedieron los 2 cm.

Tabla N° 1.2: Distribución de 5 casos según el género, edad, localización y tamaño de lesión.

Caso	Edad	Sexo	Localización	Maxilar	Tamaño (cm.)
1	63	M	Incisivos	Superior	1,2 x 1,6
2	19	M	Premolar	Inferior	1,8 x 1
3	66	F	Premolar	Inferior	1,5 x 1,2
4	64	M	Molar	Superior	0,5 x 0,5
5	49	F	Premolar	Superior	1,4 x 0,7

Fuente: Facultad de Odontología.
Elaborado por: Facultad de Odontología.

Puesto que las lesiones pequeñas están localizadas en el tejido blando gingival, no suele existir alteración radiográfica del hueso. Cuando las lesiones contienen numerosas calcificaciones en el tejido conjuntivo celular, pueden verse algunas pequeñas imágenes radiopacas.

Las lesiones grandes pueden revelar aplanamiento del hueso cortical a algún ensanchamiento de la porción cervical del espacio periodontal. GÓMEZ DE FERRARIS. A. CAMPOS MUÑOZ. (1999) "HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL" 1RA. ED. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. MÉXICO.

Fotografía N° 1: Aspecto clínico de Fibroma Periférico Osificante.



Fuente: Facultad de Odontología.
Elaborado por: Facultad de Odontología.

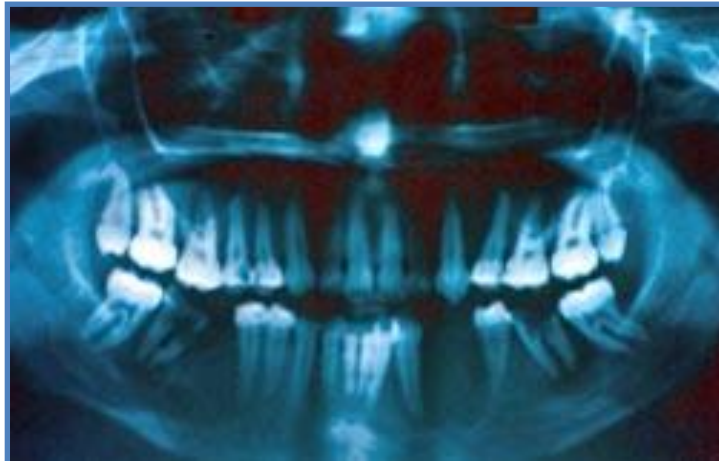
2.2.5. Patogenia.

La patogénesis de las lesiones de células gigantes y el rol de estas células todavía está en controversia, algunos investigadores sugieren que derivan de los macrófagos y esto basado en estudios inmune histoquímicos y ultra estructurales. En este sentido algunos otros autores proponen como un proceso reparativo anormal y sugieren que los fibroblastos sobre expresan inadecuadamente citocinas y factores de crecimiento que inducen o activan a los macrófagos a convertirse en células gigantes.

2.2.6. Aspectos radiográficos.

En la mayoría de los casos la lesión se limita a la encía y no hay afectación de hueso, sin embargo las células gigantes podrían activarse como respuesta inflamatoria y actuar como osteoclastos produciendo reabsorción del hueso alveolar. No es usual pero existen casos reportados de reabsorción superficial cervical de dientes asociados a esta lesión. También se puede observar espaciamiento del ligamento periodontal del diente involucrado. El estudio radiográfico es importante en esta patología para determinar si es de origen central con extensión a la superficie o es de origen gingival.

Fotografía N° 2: Aspecto clínico de Fibroma Periférico Osificante.



Fuente: Facultad de Odontología.
Elaborado por: Facultad de Odontología.

2.2.7. Características Histopatológicas.

Se caracteriza por presentar un epitelio escamoso estratificado que puede o no estar queratinizado con un tejido conectivo fibroso donde se observan células gigantes multinucleadas que semejan osteoclastos con numerosos capilares, frecuentemente localizados en la periferia de la lesión. Ocasionalmente pequeñas cantidades de hueso neoformado se hacen evidentes en estas lesiones.

Fotografía N° 3: Aspecto clínico de Fibroma Periférico Osificante.



Fuente: Facultad de Odontología.
Elaborado por: Facultad de Odontología.

2.2.8. Histopatológicamente.

Está constituido por nódulos rodeados por estroma de tejido fibroconjuntivo, en el centro se observan células gigantes multinucleadas, fibroblastos, células mononucleares y eritrocitos. Frecuentemente se identifican islotes de hueso metaplásico en estas malformaciones, aunque este dato no tiene significado clínico. También se encuentra un número variable de células inflamatorias crónicas.

2.2.9. Tratamiento.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica que involucre el ligamento periodontal y periostio, de lo contrario es probable que recurra. Se deben eliminar agentes etiológicos potenciales realizando un detartraje minucioso, corrección de restauraciones sobre-contorneadas y/o rugosas. GÓMEZ DE FERRARIS. A. CAMPOS MUÑOZ. (1999) "HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL" 1RA. ED. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. MÉXICO.

La exodoncia de los adyacentes rara vez es necesaria. Se prefiere la eliminación conservadora de la lesión y la realización de un seguimiento radiográfico y clínico a largo plazo. La resección en bloque estará indicada para los casos en los que se presenten recurrencias después de curetajes quirúrgicos o en los casos en los que la lesión sea extensa. GÓMEZ DE FERRARIS. A. CAMPOS MUÑOZ. (1999) "HISTOLOGÍA Y EMBRIOLOGÍA BUCODENTAL" 1RA. ED. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. MÉXICO.

2.2.10. Factores relacionantes con el fibroma osificante periférico.

2.2.10.1. Malposición dentaria.

Una mal posición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La mal posición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de mal oclusión dentaria. En 1889 Guiltford definió a la “mal posición” como cualquier desviación de la “oclusión ideal”. Este fue solo el principio de una serie de definiciones, estudios, análisis, y debates, que condujeron a una amplia gama de clasificaciones de lo que es una norma y una mal oclusión. (REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGÍA ISSN 0034-7507 SEP.-DIC. 2007).

2.2.10.2. Definición de la mal oclusión.

Las mal oclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La mal oclusión no es una variable discreta, sino, una suma mal definida de variación genética y de los efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, de los dientes y maxilares. Las mal oclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares.

En conclusión la mal oclusión es un tipo de disfunción en la que hay un cambio en el contacto oclusal de los dientes, donde la relación de los dientes entre sí y con sus antagonista muestran una alteración estética y funcional. (MENÉNDEZ MÉNDEZ, LEONCIO VLADIMIR. 1998).

El estudio de la oclusión se ha desarrollado en conjunto con el avance científico y tecnológico, a través del tiempo, a finales del siglo XVIII, EDWARD ANGLE, crea la clasificación de mal oclusiones que aún hoy en día sigue vigente. (MENÉNDEZ MÉNDEZ, LEONCIO VLADIMIR. 1998).

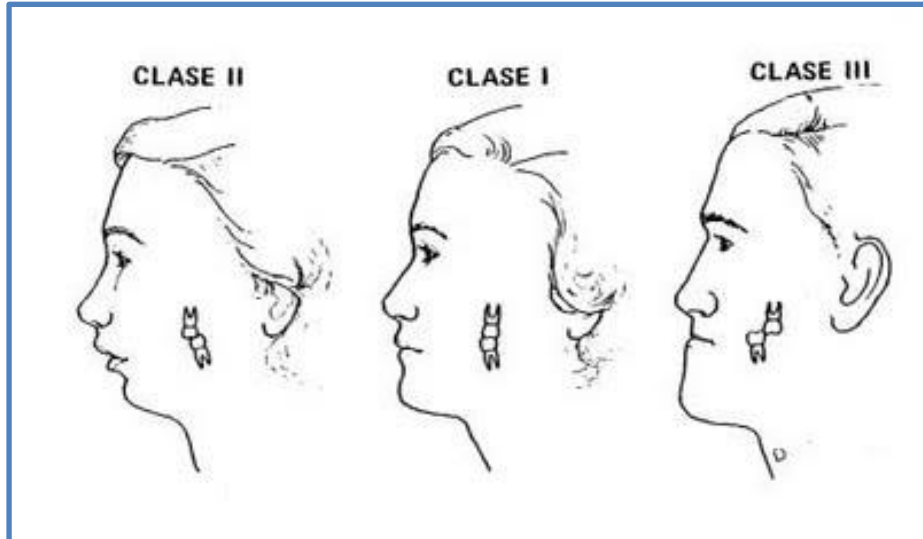
2.2.11. Clasificación de Angle.

Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. (MENÉNDEZ MÉNDEZ, LEONCIO VLADIMIR. 1998).

En 1899, basándose en esa idea, realizó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes. (MENÉNDEZ MÉNDEZ, LEONCIO VLADIMIR. 1998).

Se le critica que no considera las relaciones transversales, verticales, ni la localización genuina de la anomalía en la dentición, el marco óseo o el sistema neuromuscular. Este autor dividió las mal oclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III. (11) (MENÉNDEZ MÉNDEZ, LEONCIO VLADIMIR. 1998).

Figura N° 1: Tipo de mal oclusiones según Angle.



Fuente: Universidad Virtual de Salud “Manuel Fajardo” Facultad de Ciencias Médicas.
Elaborado por: Universidad Virtual de Salud “Manuel Fajardo” Facultad de Ciencias Médicas.

2.2.11.1. Clase I.

Es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, ocluye a nivel del surco mesiovestibular del primer molar inferior, esta relación de molares corresponde generalmente a personas con perfil recto y una relación ortognata, denominándose neutro oclusión; los problemas que se presentan en el segmento anterior son:

- Apiñamiento, Diastemas,
- Sobremordidas excesivas,
- Mordida cruzada,
- Otras alteraciones.

Este tipo de relación de molares nos da la estabilidad funcional del segmento posterior. A partir de esta relación de molares, considerada como idónea para mantener el equilibrio y estabilidad del segmento posterior de las arcadas, Angle describió dos variaciones consideradas como alteraciones importantes que son:

2.2.11.2. *Clase II.*

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

- División 1: Los dientes anteriores superiores se encuentran en forma de quilla de barco, siendo marcada la sobre mordida horizontal.
- División 2: En esta los incisivos centrales superiores se encuentran palatinizados y los incisivos laterales superiores labializados, siendo marcada la sobre mordida vertical.

2.2.11.3. *Clase III.*

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

A pesar de que existe un sin número de autores que han intentado clasificar las mal oclusiones, la propuesta por el Dr. Angle sigue siendo la más utilizada, posiblemente por su simplicidad; y es la que vamos a utilizar para el desarrollo de este trabajo.

2.2.12. Desarrollo de la oclusión.

Para poder comprender la oclusión normal y la mal oclusión, debemos necesariamente conocer cómo se desarrollan las piezas dentarias tanto pre como postnatalmente y cuál es la situación de normalidad oclusal en los primeros años de vida. El desarrollo de la oclusión pasa por 3 etapas básicas, en las cuales se presentan fenómenos que determinan las características individuales de cada individuo, influenciadas en gran medida por dos elementos importantes que son la herencia y el medio ambiente. SIAR C., HAN K. (2000)

El inicio del desarrollo se marca en el momento en que una porción de ectodermo se invagina dentro del mesénquima para formar la denominada lamina dental, a través de la cual se formaran las yemas dentarias en un número de 10 para cada arco, formando los dientes primarios. Al nacer el individuo e iniciar su crecimiento y desarrollo normal, están en proceso de formación, las raíces de los dientes primarios, iniciando su movimiento de erupción, en el momento de que el primer diente primario aparece en la cavidad bucal, se inicia el desarrollo de la primera etapa de la oclusión. SIAR C., HAN K. (2000)

2.2.12.1. Características individuales de la erupción dentaria.

La oclusión primaria tiene sus características propias, las cuales deben estar presentes para considerar que estamos frente a una futura oclusión normal en el recambio dentario y estas son:

- 1) Arcos ovales,
- 2) Ejes axiales perpendiculares,
- 3) Espacios primates,
- 4) No sobre mordida vertical y horizontal,

- 5) Espacios funcionales,
- 6) Planos terminales: recto, mesial, distal y mesial exagerado.

2.2.13. Dentición mixta.

Esta se inicia con la erupción del primer diente secundario, que es el primer molar inferior, iniciándose a partir de este momento, nuevos periodos de aprendizaje neuromuscular, en cada diente que toma posición funcional dentro de los arcos dentarios, mediante el proceso eruptivo por el crecimiento de las raíces dentarias.

2.2.13.1. Remanentes de crecimiento.

Se considera que un individuo que ha superado su etapa de máximo crecimiento, presentara remanentes de crecimiento hasta los 20 años aproximadamente (1 o 2 mm), los cuales tendrán una influencia directa en la posición de los arcos del adulto joven. SIAR C., HAN K. (2000)

2.2.14. Fisiología de la oclusión.

Se puede entender por oclusión el conjunto de relaciones dinámicas y funcionales entre las superficies oclusales de los dientes y las demás estructuras del sistema estomatognático. Si la mandíbula simplemente abriera y cerrara en un movimiento rotacional puro, la oclusión sería un asunto muy simple de entender y resolver, pero la mandíbula rota en tres planos: horizontal, frontal, sagital, es por eso que consideramos a la oclusión como una relación armónica y funcional entre dientes + articulación témporo-mandibular. (NARANJO, JORGE. 2003. PP. 29).

2.2.15. Movimientos funcionales.

El Sistema Estomatognático toma parte en las funciones de masticación, deglución, fonación, respiración y en la expresión facial, es por esto que la boca y la cara son importantes desde el punto de vista neuromuscular, funcional, estético y emocional. En las funciones del sistema gnático, la deglución y la respiración son innatos y la masticación y fonación aprendidos. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.15.1. Masticación.

El desmenuzamiento de los alimentos no es un acto mecánico, sino que es considerada como una acción biomecánica, bacteriológica y enzimática. La masticación es aprendida, condicionada y de función automática, como también lo son los movimientos de la lengua, carrillos, labios, etc. Los patrones de movimientos de la masticación se desarrollan a partir de la erupción de los dos primeros dientes primarios antagónicos, en este momento se aprende la posición de la mandíbula necesaria para que los dientes entren en contacto y se inician los primeros movimientos funcionales. En un principio estos movimientos son mal coordinados, pero mediante reflejos condicionados en base a la propiocepción que da el ligamento periodontal y la A.T.M., y de las sensaciones táctiles de la lengua y mucosa se estabilizan, modificándolos al seguir la secuencia de erupción. Una vez que han erupcionado todos los dientes secundarios se establecen los patrones funcionales masticatorios. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

Los patrones de masticación se basan en la coordinación de factores como la guía cóndilar, guía incisiva, curva de Spee y ángulo de las cúspides. El acto de la masticación es una actividad neuromuscular altamente compleja, de reflejos condicionados, sincronizados e integrados a la actividad de los músculos masticadores. Se dice que el número de veces que el bolo alimenticio debe ser masticado hasta ser deglutido es de 60 a 70 veces, el número y tiempo de mordidas es constante en cada individuo incluso a pesar de la pérdida gradual de dientes.

A la masticación se le considera una de las funciones menos importantes, ya que aproximadamente se emplea más o menos una hora al día. En las fases iniciales de la masticación con grandes partículas de alimentos hay pocos contactos oclusales, los cuales aumentan a medida que el alimento se fragmenta en partes cada vez más pequeñas. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

La masticación presenta las siguientes fases:

- Incisión y corte,
- Trituración.

2.2.15.2. *Incisión y corte.*

Es el primer movimiento masticatorio, el cual se ha definido como movimiento incisal de aprehensión de los alimentos; este se inicia con un movimiento de apertura preparatorio, la extensión de este dependerá del tamaño del alimento por incidir. Esta acción será realizada por los incisivos y en ocasiones incluye al canino. Este movimiento se debe a la contracción de los pterigoideos externos, produciendo el trayecto bilateral codilleo, esto es cuando el alimentos es llevado a la boca con la mano, cuando se utilizan tenedores, entra en función la lengua que se encarga de posicionar el alimento a incidir, posteriormente acciona los músculos elevadores de mandíbula para que los dientes actúan sobre los alimentos. Para el movimiento de aprehensión es necesario que exista una sobremordida vertical normal, los incisivos inferiores más pequeños y cortantes que sus antagonistas atraviesan el bocado el doble de profundidad hasta llegar al borde a borde, en este momento el número de contactos entre los dientes deben de ser mayor. En el final del movimiento, a partir de la posición de borde a borde, la mandíbula es llevada hacia atrás y arriba; al deslizarse los borde incisivos de los dientes anteriores inferiores sobre las caras palatinas de los superiores hasta llegar a la oclusión céntrica, en este momento el alimento es cortado terminando la primera fase. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.15.3. Trituración.

Es el segundo movimiento masticatorio, este comienza con un movimiento preparatorio de lateralidad libre, esto es que la mandíbula desciende y rota hacia un lado, desde esta posición preparatoria la mandíbula es llevada enérgicamente hacia su posición oclusal por medio de la musculatura. Este es un movimiento combinado pues la mandíbula es llevada a oclusión céntrica al mismo tiempo que cierra y se posiciona. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

La realización automática de este movimiento hace que las crestas y cúspides inferiores hagan contacto de trituración con sus antagonistas superiores, a esta segunda etapa de masticación se le considera como la fase de masticación propiamente dicha. La lengua tiene acción en este movimiento pues posee el bolo alimenticio, para pasarlo al lado opuesto una vez que se ha triturado e iniciar nuevamente el ciclo masticatorio siguiendo así hasta prepararlo para ser deglutido. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.16. Apiñamiento dental.

El apiñamiento dental se produce cuando no hay suficiente espacio en la mandíbula o el maxilar para albergar todos los dientes. La etiología del apiñamiento dental es multifactorial, por lo tanto las causas del apiñamiento de los dientes son múltiples. Encontramos teorías que incluyen un origen evolutivo del ser humano, fenómenos de compensación dentoalveolar, cambios debidos a los últimos brotes de crecimiento y a la maduración final de la cara. Las consecuencias del apiñamiento, además del problema estético, radican en que puede producir un aumento de la probabilidad de desarrollar enfermedad de las encías (enfermedad periodontal) ya que por un lado tanto las funciones como los movimientos masticatorios no son los ideales y por otro lado dificulta la correcta higiene dental, aumentando el acumulo de sarro y placa bacteriana. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.16.1. *Causas de los dientes apiñados.*

El apiñamiento dental de los dientes inferiores es el caso más común de malposición de los dientes. Se trata de una anomalía que se da en los seis dientes anteriores mandibulares que se puede observar desde la erupción de los incisivos inferiores permanentes o aparecer en pacientes jóvenes y adultos. La genética es muy caprichosa, por lo que no siempre hace que las personas tengan los dientes con el tamaño proporcional a sus huesos maxilares. Esto hace que, en ocasiones, se produzca una falta de espacio que provoque que los dientes se monten unos con otros o deban girarse para poder erupcionar. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

La presencia del fibroma osificante periférico, actúa sobre el tejido periodontal a través de un proceso inflamatorio y produce apiñamiento dental. También tiene que ver con la pérdida prematura de dientes de leche, que reduce el espacio para la erupción de las nuevas piezas dentales. Esta mala posición es propensa a empeorar con la edad, ya que los dientes tienen tendencia a apiñarse en la zona anterior de la boca debido a un conjunto de fuerzas. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.16.2. *Tipos de apiñamiento dental.*

Se distinguen tres tipos de apiñamiento dental: primario, secundario y terciario. Esta clasificación no es excluyente, ya que en un mismo individuo pueden tener los tres tipos de apiñamiento. El apiñamiento supone una falta de espacio para el correcto alineamiento de los dientes, de manera que hay una pérdida de contacto entre los puntos de contacto anatómicos de los mismos. Los dientes erupcionados presentan anomalías de inclinación, posición o giroversiones. En otras ocasiones, un diente puede no erupcionar debido a la falta de espacio y quedar retenido en el maxilar. Los dientes apiñados se valora en toda la arcada dentaria, diferenciando entre apiñamiento en el sector anterior (incisivo y caninos) y posterior (bicúspides y molares). (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.16.3. *Tratamiento.*

Para saber que tratamiento se debe aplicar en cada caso, será imprescindible diagnosticar los motivos que han provocado esta situación, pero sobretodo debemos estudiar el grado de apiñamiento existente. Mediante un estudio personalizado, hecho con la ayuda de radiografías y modelos, e incluso utilizando la tecnología de diseño de sonrisas digital, estudiaremos la posición de los dientes y determinaremos como tratarlos. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

En función de los resultados optaremos por uno u otro tratamiento que explicamos a continuación:

Apiñamiento leve o moderado: Si los dientes presentan las características propicias, estarán indicados los desgastes interproximales (stripping), que facilitarán en buen grado el alineamiento de la arcada dental con un complemento ortodóntico. Así pues, podremos aplicar stripping y ortodoncia fija o stripping y ortodoncia invisible.

Apiñamiento severo: Cuando se necesite más espacio estarán indicadas las exodoncias (extracciones) de algunos dientes. La pieza a extraer puede ser el premolar, en los casos anómalos que indican una extracción terapéutica. O un incisivo inferior, cuando vemos que la oclusión general es buena y podemos ganar así el espacio necesario.

2.2.17. **Migración dental.**

La migración dental patológica se define como el cambio en la posición de los dientes como resultado de una interrupción de las fuerzas de equilibrio que mantienen a los dientes en su posición normal en referencia con el cráneo. La migración dental es una manifestación frecuente de la periodontitis y tiene una prevalencia de 55.8%. Existen diversos factores que influyen en la posición del diente y, por tanto, hay muchos posibles factores etiológicos para que el diente migre de manera patológica. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

La presencia del FOP, a través de la acción de las cédulas gigantes, genera que los incisivos se muevan del arco maxilar, los cuales requieren la realización de un diagnóstico diferencial y por lo tanto de una dinámica relación interdisciplinaria entre el odontólogo, el periodontólogo y el ortodoncista. Los principales factores que pueden influenciar la posición del diente, se relacionan con la integridad de los tejidos periodontales, las fuerzas oclusales, la presión de los tejidos blandos de la mejilla, lengua y labios, y diversos hábitos orales. Igualmente, la inflamación de los tejidos periodontales y las fuerzas de erupción influyen en la posición de los dientes. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.18. Movilidad dentaria.

La movilidad dental puede ser resultado de un estrés masticatorio inusual en un periodonto sano pero reducido (previamente enfermo) o puede ser debido a la aplicación de fuerzas excesivas en un periodonto anatómicamente no comprometido (normal y sano). (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.18.1. Grado de movilidad dental.

El grado de movilidad dental dependerá de la dirección y magnitud de las fuerzas aplicadas sobre los dientes. Esta respuesta y el grado de movilidad de los dientes, es afectado y modificado por el estado periodontal (normal versus reducido o inflamado versus no inflamado). (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

Existe una clara relación entre el fibroma osificante periférico y la movilidad dental. La eliminación de la inflamación de las encías mediante tratamientos periodontales es crítica en la reducción de la movilidad de los dientes. El ajuste oclusal previo a al tratamiento de la enfermedad periodontal ayuda a reducir el grado de movilidad dental después del tratamiento. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

En la actualidad la segunda enfermedad de mayor importancia en Estomatología es la enfermedad periodontal de ahí la importancia de conocer los signos de dicha enfermedad; ya que generalmente es asintomática (no hay síntomas como dolor). Los signos más frecuentes para reconocer dicha enfermedad son:

- Cambio de coloración en las encías, mal olor,
- Sangrado de la encía al cepillado,
- Movilidad dentaria anormal.

Ya que se menciona la movilidad dentaria, en la mayoría de los casos es fisiológica (natural) pero una vez que rebasa esos límites naturales podemos decir que se trata de un grado patológico, anormal o enfermo. El grado de movilidad dentaria que presenta un paciente es un dato importante para obtener un diagnóstico preciso y poder elaborar tratamientos integrales. Los dientes de unirradiculares tienen mayor movilidad que los multirradiculares, el desplazamiento se realiza sobre todo de manera horizontal aunque también hay un grado axial mucho menor. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.18.2. *Clasificación.*

La movilidad que supera el límite fisiológico recibe la denominación de patológica o anormal. Es patológica si excede los límites de los valores de la movilidad normal. Con frecuencia, se produce una movilidad anómala en sentido vestibulolingual.

El grado de movilidad se registra como:

Grado 0. Sin movilidad.

Grado 1. Menos de 1 mm de movimiento horizontal.

Grado 2. Más de 1 mm de movimiento horizontal.

Grado 3. Más de 1mm de movimiento horizontal y hundimiento en el alveolo.

2.2.18.3. *Causas de movilidad de los dientes.*

Los dientes se mantienen en los arcos que apoyan un tejido específico, el llamado tejido periodontal compuesto por el hueso alveolar, ligamento periodontal y el cemento radicular. El daño a estos componentes y especialmente la destrucción (resorción) del hueso de soporte, conlleva con el paso del tiempo a la generación de movilidad dental. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

El enfermado del tejido periodontal y la aparición de la resorción es causada por la acumulación de placa en las superficies dentales, tanto supra como subgingival. A este factor determinante se le suma una serie de factores favorables, tales como el sarro, contacto dental (oclusión) patológico, restauraciones y prótesis de gran tamaño, lesiones cariosas cerca de la encía, fumar, etc. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.18.4. *Tratamiento de la movilidad dental.*

El tratamiento de la movilidad dentaria implica el tratamiento de la enfermedad periodontal mediante la eliminación de los factores causantes y estimular la regeneración de los tejidos. El principal método de tratamiento consiste en la adopción de una buena higiene bucal. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.19. Mordida cruzada anterior.

El diagnóstico y el tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior son importantes para el desarrollo de las relaciones intermaxilares de los pacientes en crecimiento. La mordida cruzada anterior se ha definido como una mal oclusión en la cual los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. La Mordida Cruzada Anterior debe ser corregida tan pronto se detecte y se obtenga la colaboración del paciente. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

El principal objetivo del tratamiento temprano es prevenir un crecimiento aberrante de los maxilares y sus componentes dentoalveolares, así mismo prevenir la disfunción de la articulación temporo mandibular, ya que en este tipo de mal oclusión los cóndilos adquieren una posición más anterior en la cavidad glenoidea; igualmente la traba que ejercen los dientes antero inferiores inhibe el crecimiento adecuado del maxilar superior. En pacientes que presenten el fibroma osificante periférico, se produce desplazamiento dental, dando como resultado, una mordida cruzada; la cual es una patología que debe tratarse inmediatamente. El tratamiento por parte del Odontólogo General u el Ortodoncista para este tipo de Maloclusión, puede ser muy variable dependiendo de su etiología y del momento de instaurar la terapia mediante técnicas ortopédicas ortodóncicas y/o quirúrgicas. El tratamiento de la Mordida Cruzada Anterior de tipo dental, es de buen pronóstico y su principal objetivo se basa en cambiar el eje de inclinación de los dientes anterosuperiores buscando un adecuado overbite y overjet. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

A la hora de seleccionar el tipo de tratamiento a instaurar deberá tomarse en cuenta una serie de variables que nos condicionaran el éxito o no del tratamiento entre ellas tenemos: la edad del paciente, la disposición de su colaboración, así como la efectividad y duración del tratamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia en las patologías de Salud Bucodental. En la mayoría de los casos las mal oclusiones siempre se encuentran asociadas a uno o varios hábitos, por lo tanto a veces resulta difícil definir el factor etiológico específico causante de la mal oclusión. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.20. Diastema.

Un “diastema” es un área de espacio adicional entre dos o más dientes. El diastema puede observarse con mayor frecuencia en los dos dientes frontales del área maxilar superior.

Muchos niños experimentan diastema cuando caen los dientes de leche aunque, en la mayoría de los casos, estos espacios se cierran cuando brotan los dientes permanentes. Los diastemas también pueden ser causados por una discrepancia en el tamaño del diente, por la falta de dientes o un frenillo labial demasiado grande, el tejido que se extiende desde la parte interior del labio hacia el tejido gingival, donde se localizan los dos dientes frontales superiores. Las razones secundarias comprenden problemas de alineación oral, tales como dientes salidos o una sobre mordida horizontal. Entre algunas causas patológicas que pueden producir diastemas, están los pacientes que presentan fibroma osificante periférico, ya que el mismo al causar desplazamiento, se produce diastemas. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.20.1. *Tratamiento.*

Una vez que el odontólogo o especialista dental haya determinado la razón de su diastema, se discutirá un plan de tratamiento. Las opciones pueden incluir:

- Eliminar el agente causal (FOP),
- Quedarse con diastema.

Tratamiento de ortodoncia para mover los dientes y cerrar el diastema.

- Utilizar carillas de porcelana, piezas muy delgadas de porcelana adheridas a la parte externa de los dientes.
- Corona y puente dental o sustitución de dientes con implantes (solamente en adultos).

2.2.20.2. *Las causas de los diastemas.*

Los diastemas de causa primaria están producidos por: Disminución en el tamaño dentario, microdoncia generalizada o localizada, disminución en el número de

dientes: agenesias o hipodoncia. Aumento del tamaño de los maxilares por hiperplasia mandibular. Los diastemas de origen secundario vienen condicionados por factores ambientales, como son la pérdida de dientes, la inserción baja del frenillo labial superior, hábitos de succión, hiperactividad lingual o macroglosia, trastornos eruptivos, patología quística de la línea media, enfermedad periodontal y algunas enfermedades sistémicas. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

2.2.21. La resorción ósea o reabsorción ósea.

Es el proceso por el cual los osteoclastos eliminan tejido óseo liberando minerales, resultando en una transferencia de ion calcio desde la matriz ósea a la sangre. Los osteoclastos son células multinucleadas que contienen numerosas mitocondrias y lisosomas. Son las responsables de la destrucción del tejido óseo, en contraposición con los osteoblastos, que son las responsables de la creación del mismo. La presencia de patologías puede causar reabsorción ósea, siempre que el caso no sea tratado oportunamente, como ser el caso del FOP. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

Los osteoclastos se adhieren al tejido óseo y comienzan a secretar colagenasas y otras enzimas importantes en el proceso de resorción de tejido óseo. Los iones de calcio, magnesio, fosfato y los productos del colágeno son endocitados por el osteoclasto y liberados en el líquido extracelular, provocando la desmineralización del tejido óseo. La resorción ósea provocada por los osteoclastos es clave en el proceso degenerativo de enfermedades como la artritis reumatoide o la artritis psoriásica. La resorción ósea también puede ser el resultado de la falta de ejercicio y la falta de estímulos para el mantenimiento del tejido óseo. Los astronautas, por ejemplo, sufren un cierto grado de reabsorción ósea debido a la falta de gravedad. Durante la infancia, la formación de tejido óseo por los osteoblastos excede a la destrucción del mismo por parte de los osteoclastos, pero con el paso del tiempo se igualan y en la vejez la destrucción puede exceder a la formación. (MANUAL DE OCLUSIÓN I, 2011)

Las principales causas de la resorción ósea son:

- pérdida de dientes / extracción del diente,
- periodontitis, gingivitis, FOP,
- erosiones de la mucosa,
- traumas, osteoporosis,
- el proceso de envejecimiento.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Anatomopatológico: Estudio mediante un microscópico de las alteraciones a nivel celular utilizando un pedazo de órgano (biopsia); con el fin de determinar las causas y efectos de la enfermedad.

Calcificación distrófica: Es la misma que tiene la finalidad para formar hueso.

Colágeno: Esencial para la elasticidad y flexibilidad de los órganos.

Disfonía: Nombre que recibe todo trastorno de la voz cuando se altera la calidad de ésta en cualquier grado exceptuando el total, en cuyo caso se denomina *afonía*. Las disfonías pueden ser de varios tipos según su etiología y manifestaciones clínicas.

Eritematosa: Enrojecimiento por una inflamación debido al exceso de riego sanguíneo (vasodilatación).

Exéresis: Operación quirúrgica que consiste en extraer una parte perjudicial del cuerpo o de un cuerpo extraño.

Fibras de oxitalan: Son fibras orgánicas parecidas a la elastina, se observan gran cantidad en el ligamento periodontal, sirven de sostén a las células y dan elasticidad al tejido.

Fibroblastos: Estas células proporcionan una estructura en forma de entramado (estroma) a muy diversos tejidos y juegan un papel crucial en la curación de heridas, siendo las células más comunes del tejido conectivo.

Fibroblastos: Son importantes en la curación de heridas son los más comunes del tejido conectivo y se presentan en forma de entramado.

Hiperplasia: Aumento de tamaño de un órgano o tejido por el incremento de células.

Histología: Estudio de la estructura microscópica, desarrollo y funciones de los tejidos orgánicos.

Miofibroblastos: Son células en forma de hueso secretan colágeno, actúan en la curación de heridas.

Neurofibromatosis: Trastornos genéticos del sistema nervioso que afectan principalmente al desarrollo y crecimiento de los tejidos de las células neurales.

Pediculado: herida que está conectada en el tejido subyacente por un tallo.

Recidiva: Reparación de una enfermedad.

Sésil: Falta de un órgano que sirve de pie o soporte.

Síndrome de Gardner: Es una enfermedad hereditaria infrecuente que se incluye entre los Síndromes de poliposis intestinal, caracterizada por la aparición de gran número (más de 100 en la forma clásica) de pólipos del tipo adenomatoso (tumores benignos) en el colon y recto a partir de los 20 o 30 años. Dichos pólipos tienen una gran probabilidad de malignizarse a partir de los 30 años y transformarse en cáncer de colon.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.1. Hipótesis.

H_i: Existen malposiciones dentarias que tienen origen con el fibroma periférico osificante en pacientes atendidos en el Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, período Diciembre 2013 - Mayo 2014.

2.4.2. Variables.

2.4.2.1. Variable dependiente.

- *Malposiciones dentarias.*

2.4.2.2. Variable independiente.

- Fibroma periférico osificante.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INST.
Dependiente Malposiciones dentarias	Mal alineación de los dientes o de la forma en que los dientes superiores e inferiores ocluyen entre sí	Alteraciones de forma y/o de posición	Apiñamiento, mordida cruzada, mordida abierta, rotaciones dentarias, etc.	Análisis intraoral Radiografía Historia clínicas

<p><i>Independiente</i></p> <p>Fibroma periférico osificante</p>	<p>Lesión reactiva, se considera que se origina de las células del ligamento periodontal</p>	<p>Lesiones benignas de tejido conectivo con focos de calcificación generalmente asintomáticas</p>	<p>Células inflamatorias crónicas que rodean la periferia</p> <p>Ulceración superficial</p>	<p>Análisis intraoral</p> <p>Radiografía</p>
---	--	--	---	--

Fuente: Investigación propia.
 Elaborado por: Rómulo R. Carrera R.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1.MÉTODOS.

Documental: Ya que se necesitara para la consulta libros, revistas científicas y artículos publicados por referentes en la cátedra, además se explicara las malposiciones dentarias si tienen relación con el fibroma periférico osificante y poder así, enunciar leyes que explique este fenómeno físico que afecta a los pacientes atendidos en el distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas,

Inductivo: Mediante la utilización del presente método se va relacionar los conocimientos adquiridos en la universidad aplicados en casos clínicos para complementar o reforzar la parte teórica y técnica en la rehabilitación del paciente con fibromas periféricos.

Deductivo: Este método me permitirá conocer de manera general las características de las lesiones del fibroma periféricos, su relación con los factores desencadenantes de las lesiones de los tejidos periodontales.

3.1.1. Tipo de investigación.

Exploratorio: Al ser la primera vez que se realiza este tipo de estudio en Distrito de Salud N° 23 DO1 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, para identificar la problemática causada en las malposiciones dentarias, por el fibroma periférico osificante.

Descriptivo: Porque se observará las características del objeto de estudio, que es la relación entre la malposición dentaria y el fibroma periférico osificante.

Explicativo: Expresaremos que el fibroma periférico osificante, es la causa de la malposición dentaria (Causa y efecto).

3.1.2. Diseño de investigación.

Bibliográfica: porque se recopila y organiza información bibliográfica sobre las variables (malposiciones dentarias y fibroma periférico osificante). Las variables, son el camino de la investigación, tanto bibliográfica como de campo.

Campo: porque se trabajó en pacientes que acuden al Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas.

3.1.3. Tipo de estudio.

Transversal: Ya que se realizó en un lapso de tiempo, entre Diciembre de 2013 y Mayo de 2014.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

3.2.1. Población.

La investigación planteada, fue realizada en 41 pacientes de los cuales se tenían historias clínicas y radiografías que acudieron al Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, durante el período Diciembre 2013 - Mayo 2014.

3.2.2. Muestra.

Al ser una población pequeña, se trabajó con los pacientes que acudieron al Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” en Santo Domingo de los Tsáchilas, y que presentaron patologías aparentes durante el período Diciembre 2013 - Mayo 2014. No se aplicaron criterios de inclusión y/o exclusión.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Observación Directa: Es aquella donde se tienen un contacto directo con los elementos o caracteres en los cuales se presenta el fenómeno que se pretende investigar, y los resultados obtenidos se consideran datos estadísticos originales.

Observación Indirecta: Es aquella donde la persona que investiga hace uso de datos estadísticos ya conocidos en una investigación anterior, o de datos observados por un tercero (persona o entidad). Con el fin de deducir otros hechos o fenómenos.

Formulario: La recolección de la información y de los resultados observados con la ayuda de placas radiográficas, cómo también sus registros, se hicieron mediante una hoja de control.

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

Los datos que se obtengan en el estudio serán ordenados en valores porcentuales, promediales y numéricos. Serán representados en tablas y gráficos respectivamente interpretados y procesados en el programa Microsoft Excel, para una mejor interpretación.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

4.1. DISCUSIÓN.

El fibroma periférico osificante no es una verdadera neoplasia sino una lesión reactiva hiperplásica benigna causada por una irritación local o un traumatismo crónico. La lesión se origina a partir del ligamento periodontal o del mucoperiostio. Aunque la etiología es discutida, muchos autores coinciden en que su origen está en una respuesta proliferativa anormal ante una agresión. Diversos factores etiológicos locales se han asociado con este tipo de lesión como: extracciones dentarias complicadas, restauraciones dentarias en malas condiciones (obturación desbordante), impactación de alimentos (malposición dentaria), placa bacteriana y cálculo, etc.

Las lesiones pueden aparecer a cualquier edad, presentándose con mayor incidencia entre la segunda y la tercera década de la vida según Genco R.J GOLDMAN H.M., COHEN D.W. mientras que entre el 20-30% ocurren en la cuarta década. **Para Reichart y Philipsen** la máxima incidencia, se sitúa entre los 20 y 60 años de edad y con un promedio de 30 años según Shafer y Levy y Giansanti y Waldron. **Andersen y cols.**, señalaron en su serie de 97 casos de FOP, una notable prevalencia entre los 10 y 19 años de edad. En nuestros casos, la edad de los pacientes estaba comprendida entre los 19 y 66 años, con una edad media de presentación de 40 años, y una mayor incidencia en la tercera década de la vida.

La lesión aparece generalmente en la encía o en el proceso alveolar de la región incisiva y canina, pero según Pindborg asentaría preferentemente en la zona de premolares y molares.

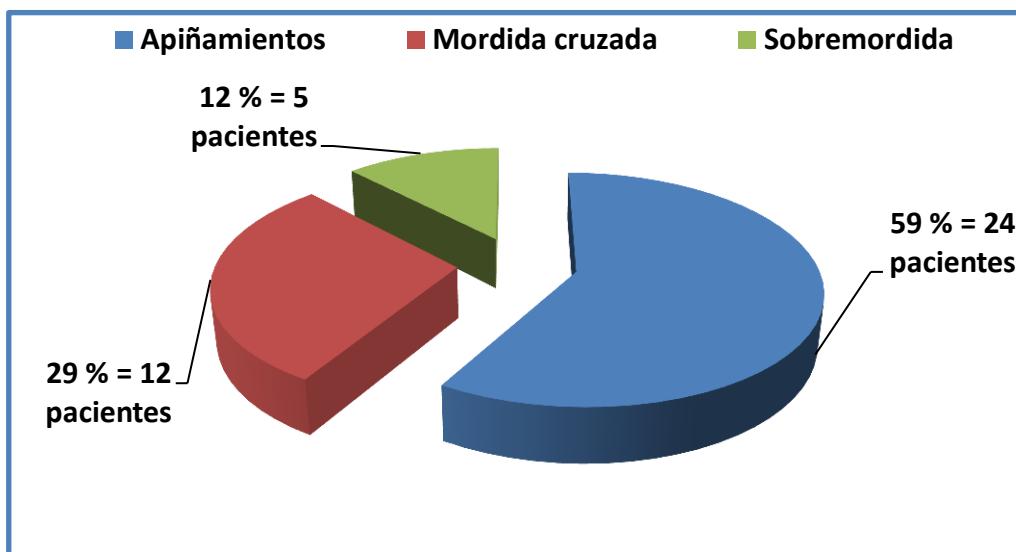
De los cinco casos que se presentan, tres estaban localizados en rebordes alveolares edéntulos de la zona de premolares, un caso por palatino a nivel de molares y otro en la encía insertada vestibular entre incisivos superiores, extendiéndose hacia palatino.

Tabla N° 1.4: Malposiciones dentarias encontradas en los pacientes.

Malposición de Angle (Clase I)	Frecuencia	Porcentaje
Apiñamientos	24	59 %
Mordida cruzada	12	29 %
Sobre mordida	5	12 %
Total	41	100 %

Fuente: Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” - Santo Domingo de los Tsáchilas.
Elaborado por: Rómulo R. carrera R.

Gráfico N° 1.4: Malposiciones dentarias encontradas en los pacientes.



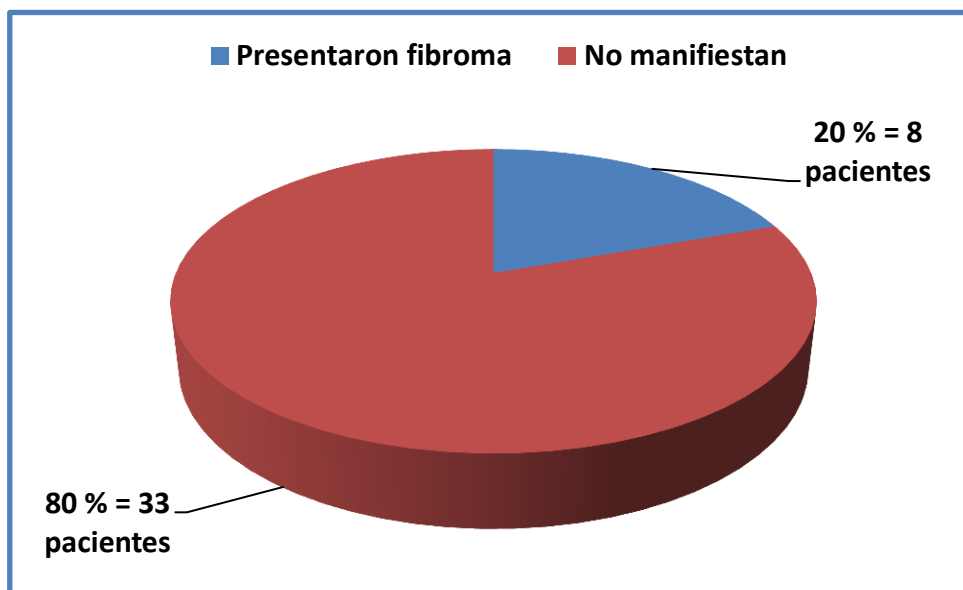
Análisis e interpretación: De la muestra investigada (41 pacientes), que presentaron malposición dentaria (Angle Clase I), se identificaron 24 con apiñamiento (59 %), 12 con mordida cruzada (29 %) y 5 con sobremordida (12 %). Se interpreta que la Clase I de Angle, es la malposición dentaria que se ve afectada generalmente, por el fibroma periférico.

Tabla N° 2.4: Pacientes que manifestaron fibromas periférico osificante.

Pacientes con fibroma	Frecuencia	Porcentaje
Presentaron fibroma	8	20 %
No manifiestan	33	80 %
Total	41	100 %

Fuente: Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” - Santo Domingo de los Tsáchilas.
Elaborado por: Rómulo R. carrera R.

Gráfico N° 2.4: Pacientes que manifestaron fibromas periférico osificante.



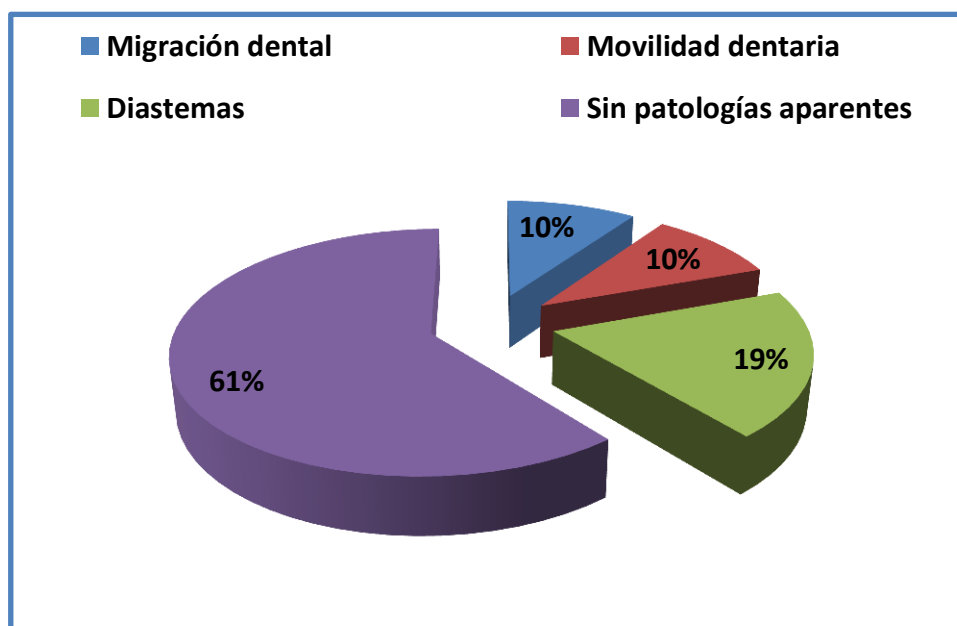
Análisis e interpretación: Al analizar cada caso con malposición de Angle Clase I, se pudo verificar que el 20 % (8 pacientes), presentaron fibroma periférico osificante y que el restante 80 % (33 pacientes), no manifestaron este tipo de origen de la malposición.

Tabla N° 3.4: Otras patologías relacionadas con el FOP.

Otras patologías	Frecuencia	Porcentaje
Migración dental	4	10 %
Movilidad dentaria	4	10 %
Diastemas	8	19 %
Sin patologías aparentes	25	61 %
Total	41	100 %

Fuente: Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” - Santo Domingo de los Tsáchilas.
Elaborado por: Rómulo R. carrera R.

Gráfico N° 3.4: Otras patologías relacionadas con el FOP.



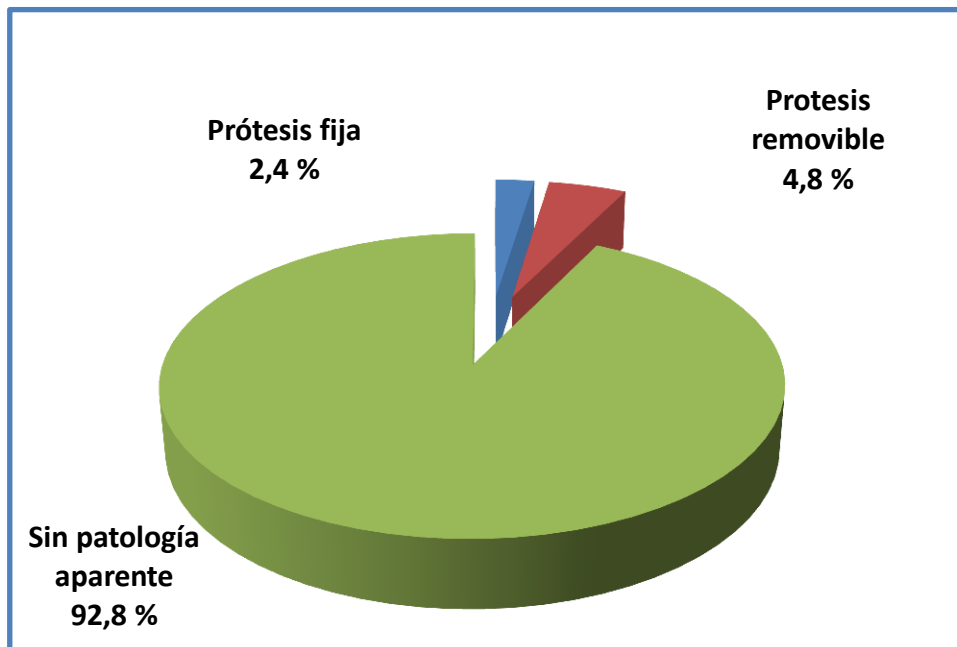
Análisis e interpretación: La muestra objeto de la investigación, también presentó diastemas en el 19 % (8 pacientes), movilidad dentaria 10 % (4 pacientes) y migración dental en el 10 % (4 pacientes). Se interpreta que existen otras patologías que se deben considerar conjuntamente con el Fibroma Osificante Periférico.

Tabla N° 4.4: Pacientes que presentaron FOP al usar prótesis.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Prótesis fija	1	2,40 %
Prótesis removible	2	4,80 %
Sin patología aparente	38	92,80 %
Total	41	100 %

Fuente: Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” - Santo Domingo de los Tsáchilas.
Elaborado por: Rómulo R. carrera R.

Gráfico N° 4.4: Pacientes que presentaron FOP al usar prótesis.



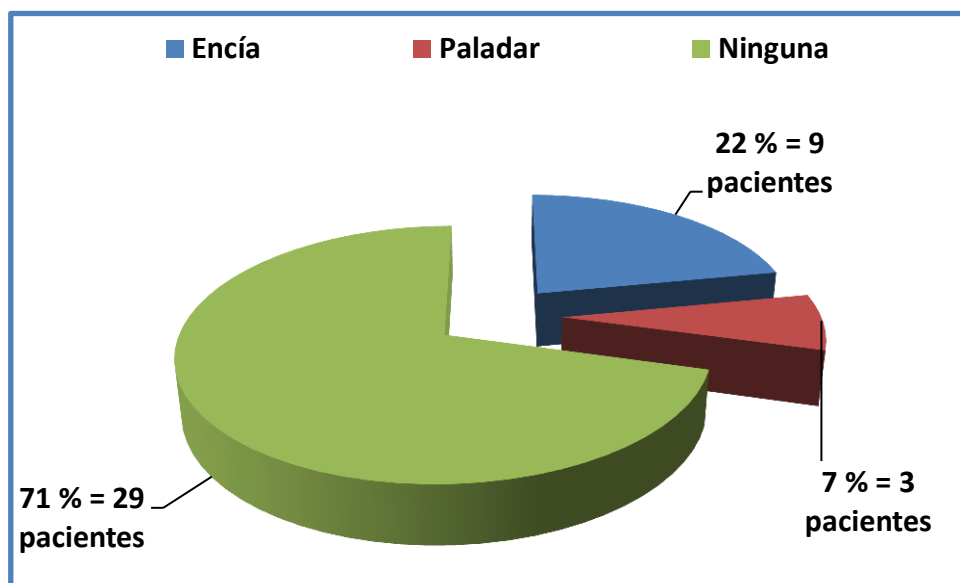
Análisis e interpretación: El uso de prótesis removibles como fijas está relacionada con la presencia del fibroma osificante periférico, en porcentajes del 4,8 % al usar prótesis removibles, esto se da a que el tejido mucobucales está en constante traumatismo por las fuerzas masticatorias, y en un porcentaje del 2,4 % en prótesis fija esto se debe a que las fuerzas de cohesión y repulsión son menores.

Tabla N° 5.4: Pacientes que presentaron hiperplasias.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Encía	9	22 %
Paladar	3	7 %
Ninguna	29	71 %
Total	41	100 %

Fuente: Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” - Santo Domingo de los Tsáchilas.
Elaborado por: Rómulo R. carrera R.

Gráfico N° 5.4: Pacientes que presentaron hiperplasias.



Análisis e interpretación: Al analizar la historias clínicas conjuntamente con el examen oral se detectó que hiperplasias en 22 % en las encías y un 7 % en el paladar debido a causas como, estrés, mal posiciones dentarias, la ingesta de medicamentos lo que conlleva a la infección de los tejidos de soporte y por ende a la formación de lesiones fibromatosis periféricas de allí que el diagnóstico temprano es la mejor alternativa de prevención.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1.CONCLUSIONES.

- Las malposiciones dentarias más frecuente fueron: 24 pacientes con apiñamiento (59 %), 12 pacientes con mordida cruzada (29 %) y 5 pacientes con sobremordida (12 %).
- Se observó que el fibroma osificante periférico, siempre genera un desplazamiento dentario, dando como resultado, una malposición dentaria.
- Los factores que desencadenan las malposiciones dentarias, son los diastemas, la movilidad dentaria y la migración dental, las cuales son patologías que están relacionadas con el fibroma osificante periférico.

5.2.RECOMENDACIONES.

- Se recomienda al profesional odontólogo, verificar el tipo de oclusión que posee el paciente, antes de realizar la elaboración de prótesis, ya que la mala adaptación de éstas, puede generar fibromas osificantes periféricos.
- Se recomienda realizar siempre, el tratamiento adecuado en la aparición del fibroma osificante periférico, ya que genera maloclusión en los pacientes.
- El profesional odontólogo, debe conocer las manifestaciones clínicas del fibroma osificante periférico, para emitir un correcto diagnóstico y tratamiento en el paciente que presenta esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO A. (1999) Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. Buenos Aires-Argentina. Editorial Médica Panamericana.

ANDER E. E. (1987) "Introducción a las Técnicas de Investigación Social". Buenos Aires- Argentina Ed. Humanista 6ta Ed.

ASTI V. (1973) "Metodología de la Investigación " Buenos Aires - Argentina, Ed. Kapeluz S.A.

BREILH J. (2005) Nuevos conceptos y técnicas de Investigación. Quito, Ediciones C.E.A.S.

BUNGE M. (1983) "La Investigación Científica" Barcelona- España. Ed. Ariel.

CARRERA-GRANÓ I, BERINI-AYTÉS L., GAY-ESCODA C. (2001) Fibroma osificante periférico. Presentación de un caso y revisión bibliográfica. Ed. Med Oral. España.

DE LA TORRE V. E. (2008) "Metodología de la Investigación" México, Ed. Mc. Graw Hill.

EMRICH R. (2009) Prevalence of Class I, Class II and Class III Maloclusión (Angle) in an Urban.

FRAZIER-BOWERS S., MAXBAUER E. (2008) Orthodontics. Dental Hygiene Concepts, Cases, and Competencies. Mosby. Pag. 699-706.

GENCO R.J., GOLDMAN H.M., COHEN D.W. (1993) Periodoncia. 1ra. ed. Ed. InteramericanaMcGraw-Hill.México.

GÓMEZ DE FERRARIS A., CAMPOS MUÑOZ (1999) "Histología y Embriología Bucodental" 1ra. Ed. Editorial Médica Panamericana. México.

GONZÁLEZ MINAYA H. (1998) "Prevalencia de Mal oclusiones en niños de 8 a 12 años del distrito del Carmen de la Legue- Callao". Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Odontología. Lima.

GUTIÉRREZ A. (1985) "Métodos y técnicas de investigación". Quito - Ecuador, Ed. Época.

GUYTON A. (1987) Fisiología Humana. México D. F., Nueva editorial Interamericana S.A. de C.V, Sexta Edición.

KENNY J., KAUGARS G., ABBEY L. (1989) Comparison Between the Peripheral Ossifying Fibroma and Peripheral Odontogenic Fibroma. Br. J. Oral Maxillofacial Surg. U.K.

LEIVA M. (2003) Effects of later obtrusive Occlusal. Echeme and body position on bilateral sternocleidomastoid EMG activity. J Cranio-mandib Pract.

MENÉNDEZ MÉNDEZ, LEONCIO VLADIMIR (1998) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. República del Perú.

REVISTA CUBANA DE ESTOMATOLOGÍA (2007) ISSN 0034-7507 Sep.-Dic. 2007.

SAPP J., EVERSOLE L.; WYSOCKI G. (1998) Patología oral y maxilofacial contemporánea. 1ra. ed. Ed. Harcourt brace. España.

MANUAL DE OCLUSIÓN I (2011) Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca, facultad de Odontología, México.

ANEXOS

FOTOGRAFÍAS DE LA INVESTIGACIÓN.

Fotografía N° 1: Paciente que presentó maloclusión y fibroma periférico osificante.

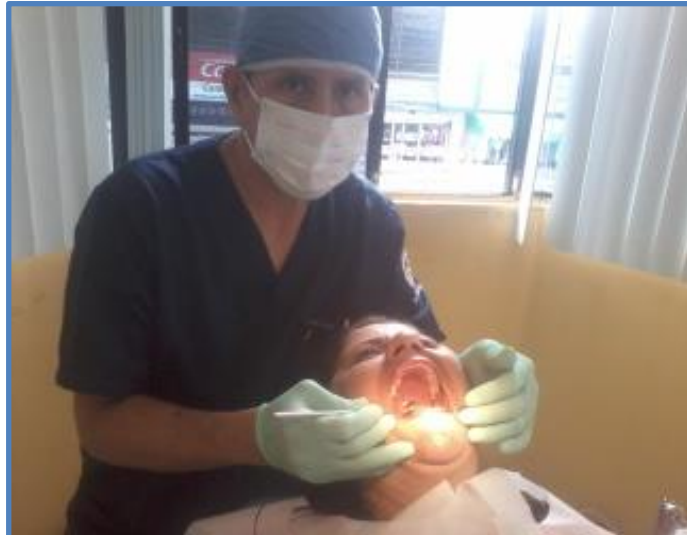


Fotografía N° 2: Paciente que presentó maloclusión y fibroma periférico osificante.

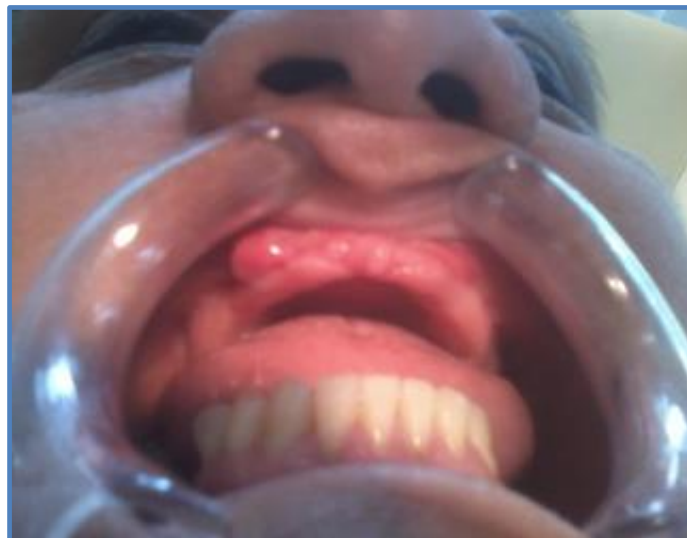


Fuente: Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” - Santo Domingo de los Tsáchilas.
Elaborado por: Rómulo R. Carrera R.

Fotografía N° 3: Paciente que utiliza prótesis y presentó fibroma periférico osificante.



Fotografía N° 4: Paciente que utiliza prótesis y presentó fibroma periférico osificante.



Fuente: Distrito de Salud N° 23 D01 “Augusto Egas” - Santo Domingo de los Tsáchilas.
Elaborado por: Rómulo R. Carrera R.

