

232
24
1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE MALOCLUSION EN DIFERENTES RAZAS

T E S I S

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista

P R E S E N T A:

VIRGINIA MANCILLA PALOALTO

ASESOR:

DRA. MARISELA GARCIA

México, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

El motivo de este trabajo es comparar las diferentes maloclusiones y los tipos que existen en los diferentes países. También la manera que cada autor tiene para llegar a los resultados de sus estudios.

La oclusión es muy importante por que es parte fundamental de nuestros tratamientos como dentistas.

Es de suma importancia tener conocimiento de las maloclusiones más frecuentes, cifras y compararlas con otras para poder prevenir, sobre todo en etapas tempranas del desarrollo, del ser humano.

Para poder realizar nuestro estudio es importante saber que es oclusión cuales son sus relaciones y de ahí que es maloclusión.

El sistema estomatognático comprende todas las estructuras destinadas a recibir, y deglutir los alimentos, y tomar parte activa en otras funciones importantes como salivación, la fonética, la respiración, el estado postural, etc. Es un sistema compuesto por dientes y huesos (sistema osteodentario), por músculos y nervios (sistema neuromuscular), por ambas articulaciones temporomandibulares (sistema articular), y por todo un sistema de vasos, glándulas y anexos, imprescindibles para su funcionamiento.

Oclusión: Es todo contacto entre las superficies incisivas o masticatorias de los dientes superiores e inferiores.

Oclusión: Es la relación de contacto, estética o dinámica entre ambos arcos dentarios.

Neuroclusión: Esta considerada como la relación intermaxilar ideal funcional y estética. Sin embargo, por otra parte hay múltiples factores que pueden hacer de una neuroclusión una maloclusión, y por la otra es tan frecuente la segunda que resulta difícil discernir dónde se halla realmente la normalidad.

La O.M.S.; en 1962, incluyó a las maloclusiones dentro de las anomalías dentofaciales mutilantes, definidas como aquellas, que producen alteraciones estéticas, impiden la función y requieren tratamiento, en el caso de que estas sean un obstáculo para el confort físico y emocional del individuo. y en la misma línea Salzman en 1968 define la maloclusión mutilante como aquella que afecta de forma adversa la estética o la función, tanto masticatoria como fonatoria.

ESTUDIO COMPARATIVO DE MALOCLUSION EN DIFERENTES RAZAS

MALOCLUSIONES EN MESTIZOS PERUANOS

Muestra de 894 personas, entre 18 y 20 años de edad, pertenecientes todos a un grupo étnico semejante: mestizos peruanos.

Este país posee una raza propia que fue la que forjó la grandeza del Incanato. Los descendientes de los miembros de este grupo étnico, se refugió en las grandes alturas de los Andes. Con el transcurso de los años, han adquirido características que las diferencian entre sí. Las condiciones de vida, los hábitos alimenticios, factores fundamentales como salud, Educación y otros, han determinado con el paso de los años, características que los individualizan entre sí.

Los grupos indios puros clasificados por Hrdlicka, en el transcurso del tiempo fueron incorporándose y mezclándose con grupos heterogéneos de acuerdo a su ubicación geográfica y circunstancias comunes. En el Perú esta gente se unió con grupos de raza blanca, negra y amarilla, resultando independencia de los grupos homólogos del resto del continente: nació el mestizo peruano.

El estudio se efectuó en un grupo de 894 mestizos peruanos, localizados en un centro de Instrucción de la Armada Peruana.

De acuerdo a su lugar de Origen, la muestra se distribuía de la siguiente manera:

Procedentes de Lima	53.03%
Costa	29.07%
Sierra	14.11%
Selva	4.79%

El primer paso fue entregar, una ficha constituida por 40 preguntas. En las cuales se deseaba investigar los siguientes aspectos.

- 1.- Amamantamiento
- 2.- Uso de biberón y chupete.
- 3.- Tipo de alimentación.
- 4.- Factor respiratorio.
- 5.- Factor respiratorio Alérgico.
- 6.- Hábitos de tipo succional.

De acuerdo a los resultados obtenidos, este autor clasificó las normoclusiones en cuatro variantes de acuerdo a la intensidad de los hallazgos clínicos. (N1; N2; N3 y N4).

N1: Se ubicaron en este grupo a los pacientes con una relación intermaxilar normal en los que se encontró: línea media interdientaria no coincidentes, apiñamientos incisivos, mesialización de piezas dentarias, giroversiones, desgaste dentario insuficiente por disfunción.

N2: En este grupo incluimos a las personas que tenían atenuadas las características señaladas en N1.

N3: Aquellas personas que presentan ligeros problemas inter-o-clusales referidas a un sector dentario reducido: Ej.: alguna pieza dentaria ligeramente rotada, apiñamiento leve de algún sector, facetado irregular de alguna pieza dentaria

N4: Personas que al examen clínico mostraron signos de normalidad intermaxilar e interoclusal:

- A) Correcto over-bite
- B) Correcto Overjet
- C) Altura Cuspidea adecuada
- D) Buen alineación dentario
- E) Plano de oclusión adecuada.
- F) Buen fisiologismo.

Esta clasificación de normo-oclusión debe ser amplia, con variantes permitidos que no comprometan la integridad del aparato masticador.

Esta clasificación de normo-oclusión debe ser amplia, con variantes permitidas que no comprometan la integridad del aparato masticador.

El concepto de maloclusión, implica necesariamente una alteración del fisiologismo y no esta encuadrada en una exclusiva alteración de la forma.

Los hallazgos observados fueron:

T A B L A 1

Normo-oclusión: N1: 146 personas= 16.33%
 N2: 150 personas= 16.78%
 N3: 174 personas= 19.47%
 N4: 259 personas= 28.95%

Total de normo-oclusiones: 729 personas que representan el 81.54% del total.

También se hallaron las siguientes anomalías:

Mordidas abiertas	:	28 personas =	3.13%
Mordidas cruzadas anteriores	:	25 personas =	2.79%
Mordidas cruzadas laterales	:	21 personas =	2.34%
Biprotusiones	:	19 personas =	2.12%
Progenies	:	16 personas =	1.78%
Mordidas profundas	:	15 personas =	1.67%
Mordidas distales(clase II)	:	11 personas =	1.23%
Mordidas cubiertas	:	11 personas =	1.23%
Relación borde a borde	:	9 personas =	1.00%
Ligeras mordidas abiertas	:	6 personas =	0.67%
Ligeras mordidas profundas	:	3 personas =	0.33%
Prognatismo mandibular	:	1 personas =	0.11%

Otro aspecto fue el relacionado al tiempo en que estas personas fueron amamantadas observándose los siguientes resultados:

Costa:

Sí efectuaron amamantamiento: 89.04%
 No efectuaron amamantamiento: 1.36%
 No recuerdan : 9.60%

El tiempo promedio de amamantamiento en este grupo, fue de 9.8 meses.

Sierra:

Sí efectuaron amamantamiento: 88.57%
 No efectuaron amamantamiento: 2.45%
 No recuerdan : 9.28%

El tiempo promedio de amamantamiento en este grupo de la Sierra, es de 13.3 meses

Selva:

Si efectuaron amamantamiento: 83.42%
No efectuaron amamantamiento: 2.63%
No recuerdan : 13.95%

El tiempo promedio de amamantamiento en este grupo de la Selva, es de 10.2 meses

Lima:

Si efectuaron amamantamiento: 83.56%
No efectuaron amamantamiento: 5.22%
No recuerdan : 8.20%

El tiempo promedio de amamantamiento en este grupo de la Lima, es de 10.3 meses

Cabe destacar el altísimo porcentaje de personas que si recordaron haber sido amamantados. En segundo lugar debemos destacar la cantidad de meses que fueron amamantados.

Uso de chupón y biberón:

Debemos señalar la mayor frecuencia de uso entre los integrantes del grupo de Lima. Ellos lo usaron en un promedio de 12 meses.

Tipos de alimentación y constitución dietética:

Constituida por elementos proteínicos vegetales y carbohidratos (dieta desbalanceada).

Factor respiratorio:

Casi no existieron problemas respiratorios, solo algunos bucales, de estos consultaron al médico aproximadamente el 2% y un 10% fueron operados de amígdalas.

Factor masticatorio:

En general la masticación fue efectuada normalmente, sólo se presentaron hábitos de tipo succional en un 2% del total.

Factor dentario tipo caries:

Se realizó solamente en 384 personas, 20 de ellas (5.5%) no presentaron lesiones cariosas. Se observó un total de 126 piezas cariadas (3.09% de lesiones por persona); 773 piezas extraídas (2.12 por persona) y 256 piezas que era necesario extraer (0.70 por persona).

MALOCLUSIONES EN CANAGUEY

Fueron examinados 4,424 niños. El 67.1% de los niños examinados presento maloclusión que oscila entre el 62.2% y 72% se observó que las maloclusiones aumentan con la edad.

La maloclusión en el sexo femenino fue de 66.7% y en los hombres de 67.6%.

El mayor número de niños presentaron dentición mixta tardía y dentición permanente. La maloclusión es mayor en dentición permanente (78.7%) y ligeramente menor en la dentición mixta tardía(75.6%) y mucho menor en la dentición mixta temprana(57.1%).

De los 2,972 niños con maloclusión, agrupados según la clasificación de Angle, el mayor numero corresponde a la clase I, le sigue hacia abajo la clase II, y las clases III mas abajo, junto con las inclasificables.

T A B L A 2

CLASIFICACION DE ANGLE	M A L O C L U S I O N	
	f	%
I	2049	68.9
II	470	15.8
III	70	2.4
INCLASIFICABLE	383	12.9
TOTAL	2974	100.00
Niños examinados de 6 a 11 años según maloclusión y clasificación de Angle		

MALOCLUSIONES EN OVIEDO

Este estudio se realizó en la población escolar de Oviedo, su relación con la edad y sexo, así como con el origen de los padres de los niños evaluados y la demanda de tratamiento ortodóncico.

Estos autores se basan en el estudio de la relación dentaria intermaxilar en el plano sagital y según esta, la normalidad consiste en que cada diente superior, excepto el último, ocluya con 2 inferiores, su homólogo y el que le sigue en sentido distal, de tal manera que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior lo haga en el surco vestibular anterior de su homónimo inferior; y la cúspide del canino superior, con la vertiente distal del camino inferior y la mesial del primer premolar.

El estudio se realizó en un total de 500 niños y jóvenes entre 16 y 18 años de edad de ambos sexos, pertenecientes a 24 colegios escogidos al azar, para establecer la prevalencia de las distintas variantes morfológicas oclusales según la clasificación de Angle.

La metodología empleada fue la de Angle, ligeramente modificada, con la que clasificamos a los niños y jóvenes:

CLASE I-N: Normoclusión con el resto de los dientes en alineación ideal y sin apiñamientos.

CLASE I : La misma relación mesio-distal cuando coexiste con disarmonias como apiñamientos, labios, linguoversión incisal y mordida cruzada lateral.

CLASE II : Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente o la cúspide del canino superior ocluyen distalmente al surco vestibular anterior del primer molar inferior permanente y a la vertiente distal del canino inferior. Esta clase puede subdividirse en dos variantes según exista labio o linguoversión incisal superior.

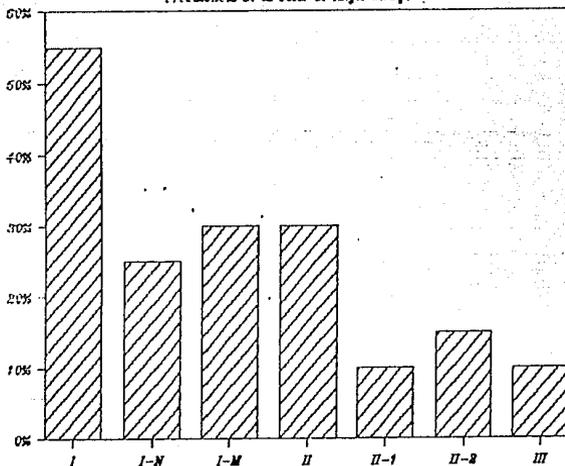
CLASE III: Mesialización mandibular de características opuestas y dimensiones iguales a las expuestas para clase II.

NO DETERMINADA: (N-d) Se incluyen aquellos casos de no clasificables, siguiendo los parámetros anteriores.

Se encontró un 25.05% de normoclusiones y un 74.94% de maloclusiones, que se distribuyen: Clase I-M un 29.6%; Clase II, 31.67% (I, 13.45% y II-2, 18.21% y Clase III 13.66%.

GRAFICA # 1

Prevalencia de la Clase de Angle modif.



T A B L A 3

CLASE.	Nº	%
-I	-264	54.65
I-N	121	25.05
I-M	143	29.60
-II	-153	31.67
II-1	65	13.45
II-2	88	18.21
-III	-66	13.98
TOTAL	483	99.98

Número y porcentaje para las distintas variantes y subdivisiones de la clasificación de Angle modificada.

La Edad no afecta significativamente a la relación Normoclusión maloclusión ni a la existente entre subdivisiones II-1 y II-2, mientras que es altamente significativa la evolución respecto a dicho parámetro de las maloclusiones I, II y III.

Sólo un 7.86% de nuestra muestra esta recibiendo tratamiento ortodóntico mientras que registramos un 74.94% de maloclusiones.

MALOCCLUSIONES EN TANZANIA

Este estudio se llevo acabo en escuelas primarias de DAR ES SALAAM, entre alumnos de 6º y 7º. El número de niños fue de 642. En este estudio también se tomó como base la clasificación de Angle: Clase I, Clase II y Clase III, utilizando los primeros molares como dientes de referencia.

En los casos unilaterales el resultado se dio después de observar los dientes anteriores.

En caso de no existir primeros molares o que estos se encuentren inclinados, se utilizaron los caninos permanentes como referencia.

El Overjet (mm) fue medido con los dientes en oclusión céntrica, desde la superficie palatina de los incisivos centrales de la parte maxilar, hasta la superficie labial del incisivo mandibular correspondiente. Y se dividió en cuatro categorías:

1.- Overjet mandibular (reversa) cuando todos los incisivos maxilares estaban ocluyendo lingualmente a los incisivos mandibulares.

- 2 = 0-4 mm
- 3 = 5-8 mm
- 4 = 8 mm

El Overbite fue medida como la parte de coincidencia de los incisivos centrales con los dientes en oclusión céntrica, y también se dividió en 4 categorías:

- 1.- No coincidencia de los incisivos igual a mordida abierta anterior.
- 2.- Coincidencia de los incisivos por la mitad o menos de la mitad de la altura de la corona del incisivo mandibular
- 3.- Coincidencia por más de lamitad, pero menos del total, de la mitad pero menos del total, de la altura de la corona del incisivo mandibular.
- 4.- Coincidencia total de los incisivos en contacto con la mucosa palatal, clasificada como mordida profunda.

Mordida Cruzada Anterior.- Se registro cuando uno o más de los incisivos maxilares ocluían lingualmente con los mandibulares, y se dividió en dos categorías:

- 1.- Un incisivo en mordida cruzada.
- 2.- más de un incisivo en mordida cruzada.

Mordida Cruzada Lateral.- Cuando uno o más dientes ya sea premolares o molares maxilares ocluían palatalmente en la cúspide bucal de los dientes mandibulares antagónicos.

Mordida de Tijera.- Cuando la cúspide palatina de uno o más premolares o molares maxilares ocluían en la superficie bucal de los dientes mandibulares correspondientes.

El apiñamiento.- Fue estimado separadamente por los segmentos anterior y posterior de los arcos maxilares y mandibulares.

Se dividió en tres categorías:

- 1.- Apiñamiento insignificante. Menos de la mitad del ancho mesio-distal de un diente premolar.
- 2.- Apiñamiento moderado. Falta de espacio de más de la mitad del ancho de un diente.
- 3.- Apiñamiento severo. Falta de espacio de un diente o más.

El diastema medio de los incisivos centrales se registró cuando el espacio entre los incisivos era de por lo menos de 2 mm y se clasificó:

- 1 = 2-5 mm 2 = > 5mm.

El resultado de este estudio fue:

El 96% de los sujetos tuvieron oclusión molar de Clase I. Las maloclusiones molares mesial y distal el 1% y 3% respectivamente.

El Overjet .- Lo presentaron 4 o 5 de los examinados y fue 0-4 mm.

El Overbite: 80% de los sujetos tuvieron coincidencia de los incisivos de sólo la mitad de la corona o menos.

Mordida Abierta Anterior: 8% de los niños.

Mordida Cruzada Anterior: 4% en la mitad (2%) de los casos un incisivo estaba involucrado.

Entre los niños había un ligero decremento con la edad de la frecuencia de la mordida abierta anterior, en el grupo de mayor edad (11-14 años el 4%), (14-15 años el 4%), (16-18 años el 1%).

La Mordida Cruzada Lateral: Entre los niños fue de 6% hasta 15% mientras que en más edad no se encontró mordida cruzada.

Mordida de Tijera: 2%

El apiñamiento: fue el desorden más común en los arcos dentales y oclusión, fue de 16% del total de la muestra.

El apiñamiento moderado: decrecía con la edad y el apiñamiento severo no se encontró en el grupo de mayor edad.

El diastema medio se registro en el 6% de los niños pero sólo 1% fueron de más de 5mm de ancho.

T A B L A 4

CLASIFICACION ANGLE	NIÑOS		NIÑAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Clase I	328	96	286	95	614	96
Clase II	6	2	13	4	19	3
Clase III	6	2	3	1	9	1
TOTAL	340	100	302	100	642	100

T A B L A 5

OVERJET mm.	NIÑOS		NIÑAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 0	4	1	2	1	6	1
0 - 4 mm.	293	86	260	86	553	86
5 - 8 mm	40	12	35	11	75	12
> 8 mm	3	1	5	2	8	1
TOTAL	340	100	302	100	642	100

MALOCLUSION EN LAGOS NIGERIA

En este estudio se sigue el mismo patrón que para el anterior.

Fueron estudiados 617 estudiantes entre 17 años de edad de los cuales 420 pertenecían al sexo femenino (68.1%) y 197 del sexo masculino (31.9).

Oclusión : La relación anteroposterior mostró que la clase I obtuvo 68.8%, la Clase II-1 de Angle fue 13.6%, mientras que la II-2 fue solamente 1.1% y la clase III obtuvo 8.4%

El Overjet normal obtuvo 69.7% , el Overjet excesivo obtuvo 24.1%, y el Overjet contrario 6.2%

El Overbite: El Overbite normal Obtuvo 71.1%, el Overbite excesivo 13.5%

T A B L A 6

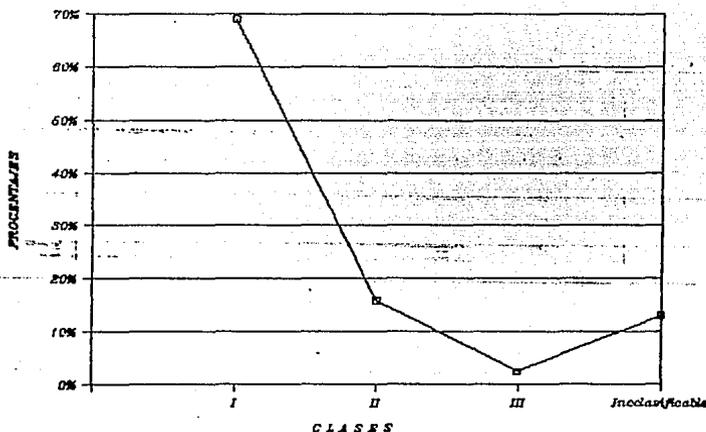
C L A S E S	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Angle Clase I maloclusión	149	75.6	325	77.4	474	78.8
Angle Clase II-1	30	15.2	54	12.9	84	13.6
Angle Clase II-2	2	1.1	5	1.2	7	1.1
Angle Clase III	16	8.1	36	8.6	52	8.4
TOTAL	197	100.0	420	100.0	617	100.0

Esta tabla Nos muestra resultados de la relación anteroposterior de los arcos dentarios

ESTUDIO COMPARATIVO

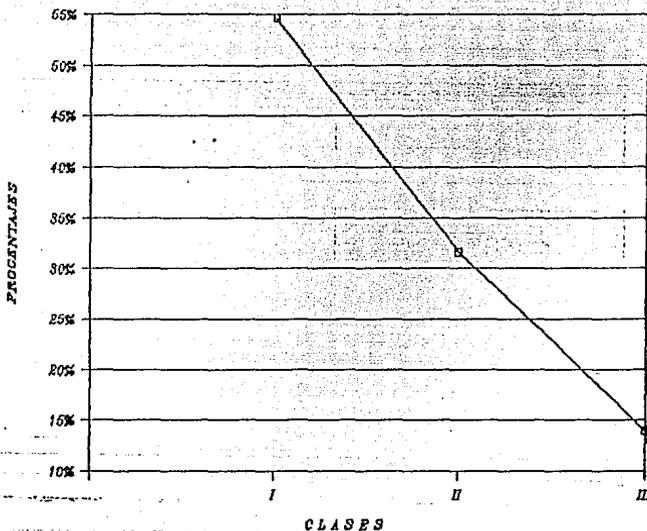
A continuación mostraré diferentes gráficas con los porcentajes de las Clases de Angle en las diferentes ciudades estudiadas anteriormente.

GRAFICA # 2 CAMAGUEY



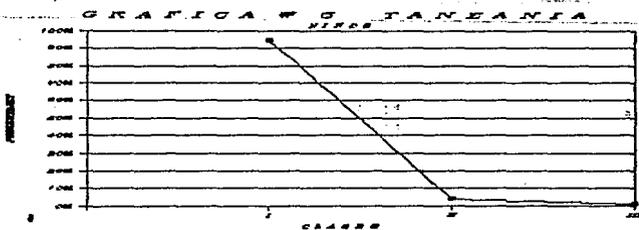
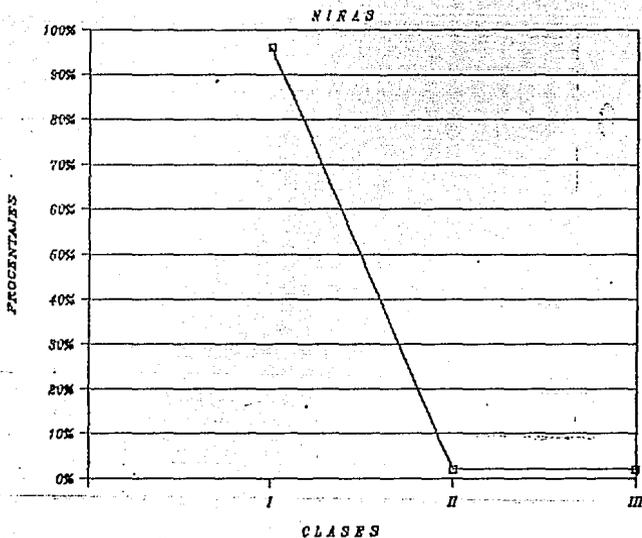
En esta gráfica podemos observar que el autor aumenta una división que es la clasificable y esta tiene un alto porcentaje comparada con la Clase III que es la más baja. Entre las Clases I, II y III existe gran diferencia, pero la mayor es entre la Clase II y la Clase I aprox. 53% entre una y otra siendo la más alta la Clase I y en orden descendente la Clase II, la inclasificable y la clase III en último término.

GRAFICA # 3 OVIEDO



En esta gráfica observamos una línea descendente pero comparada con la pasada la pasada, la clase I es más baja en Oviedo y la diferencia es de 14 %, en la Clase II es más alta también en Oviedo siendo la diferencia aprox. de un 15% , la Clase III es más baja Camagüey existiendo de diferencia 11%.

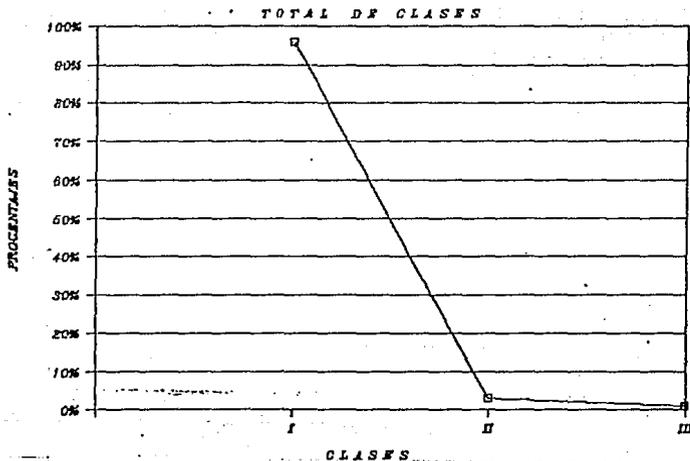
GRAFICA # 4 TANZANIA



En estas dos gráficas podemos darnos cuenta de que no existe diferencia significativa en entre hombres y mujeres. La diferencia entre unos y otros pero la diferencia fue: Clase I 1% de diferencia, Clase II 2% y Clase III 1%..

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

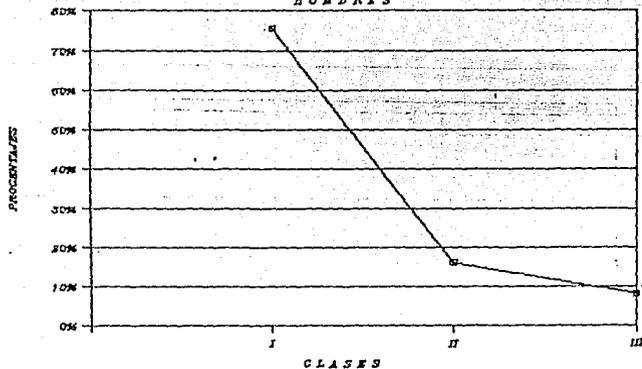
GRAFICA # 6 TANZANIA



En esta gráfica no existe mucha diferencia entre las clases II y III solo un 2% en entre una y otra y entre la clase I y II es del 93% comparada con Camagüey es muy diferente por que para la clase I es mas alta en Tanzania que en Oviedo y Camagüey y en la clase II y III es mucho mas baja en Tanzania.

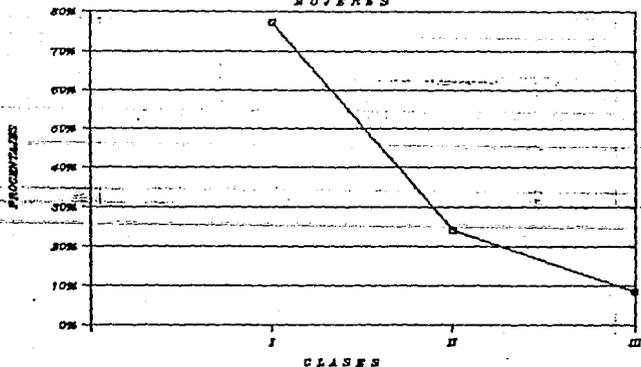
GRAFICA # 7 NIGERIA

HOMBRES



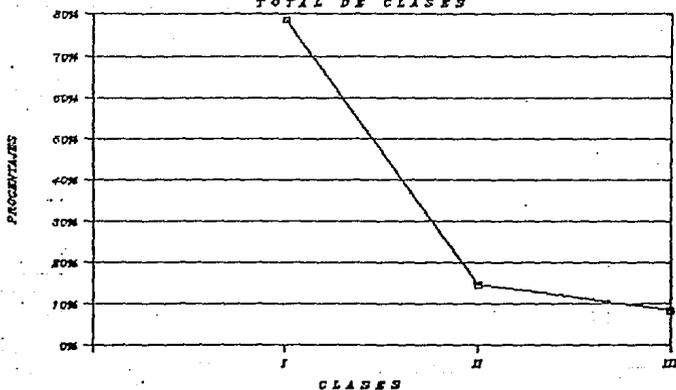
GRAFICA # 8 NIGERIA

MUJERES



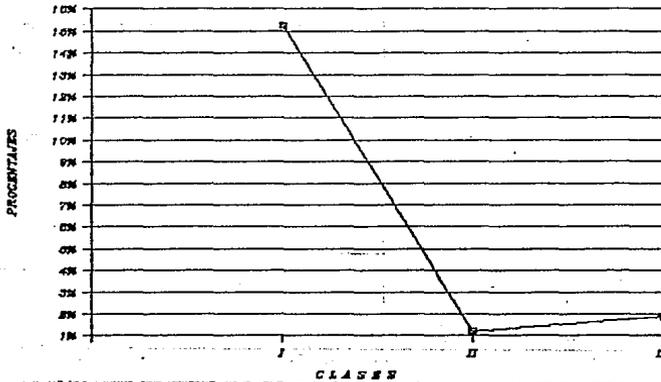
En este estudio igual que en los anteriores sea dividido en hombres y mujeres no existe gran diferencia, en Clase II existe una diferencia de 8% y es mas alto en mujeres que en hombres.

GRAFICA # 9 NIGERIA
TOTAL DE CLASES



Comparada con Tanzania Camagney y Oviedo. la clase I es mas alta que las otras y en Clase II en Oviedo también mas alta que en todas.

GRAFICA # 10 PERU

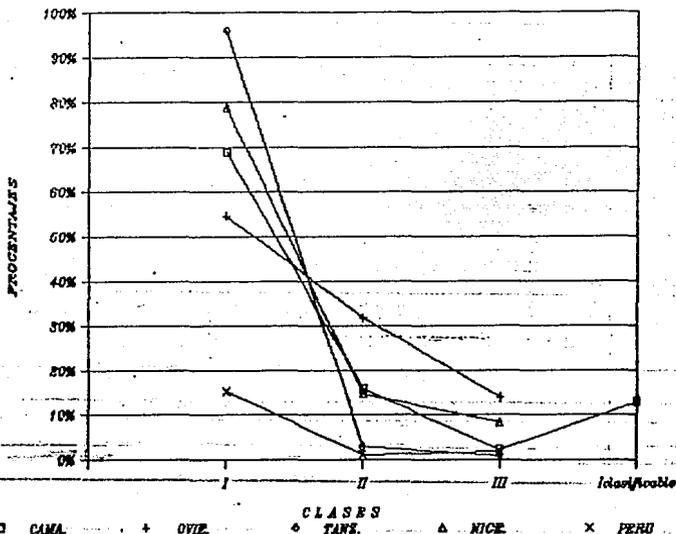


En esta tabla podemos observar el bajo porcentaje que tenemos en todas las Clases sobre todo en Clase I comparada con las anteriores que tienen un aumento tan grande en clase I.

Es importante decir que en las anteriores la clase I no la dividen en clase I normal y Clase I alterada y por este motivo tiene un porcentaje tan bajo en Clase I

Ahora para tener una idea mas acertada y poder comparar todas las cifras juntas las colocaremos en una gráfica que nos dará una conclusión mas precisa.

GRAFICA # 11 PANORAMICA



Como se puede observar en la gráfica la clase predominante en todos los países es la Clase I siendo mas alto en Tanzania con 96% y mas bajo en Oviedo con 31.65. En relación a la Clase II en todos los países existe gran diferencia con la Clase I pero el mas bajo es el de Tanzania con 3% y el mas alto el de Oviedo de 31.67% es muy baja en Tanzania tan sólo 1% y mas alta también en Oviedo. Si hacemos un promedio podemos determinar que el que mas tiene problemas de maloclusión es Oviedo España.

CONCLUSIONES

Con relación a las maloclusiones en mestizos peruanos es difícil su comparación con los demás estudios, porque el autor nos muestra un estudio diferente a los demás, puesto que lo enfoca más a hábitos y factores extrínsecos. Tomando esto como comparación llegaremos a la conclusión de que las maloclusiones en los mestizos son asociadas a hábitos como bruxismos, succión de dedo y biberón ó factores extrínsecos como: factores respiratorios, masticatorios y amamantamiento. Esto nos da como resultado que el 81.54% presentaron signos de Normoclusión y los restantes Maloclusión como lo observamos en la tabla número 1.

En el estudio realizado en Camagüey, el autor realiza su estudio en niños de 6 a 11 años y los resultados indican que las maloclusiones oscilan entre 62.2% y 72.0% Estas cifras aumentan con la edad y el desarrollo de la dentición. En este estudio se puede observar que las maloclusiones son muy altas y el mayor número pertenece a la clase I de Angle y le sigue en orden descendente la Clase II, la inclasificable y la Clase III. (Ver tabla # 2)

El trabajo realizado en Lagos Nigeria se realizó en niños de 10 a 19 años y se dividió de acuerdo a la clasificación de Angle y se obtuvo 76% Clase I, 14.7% Clase II y 8.4% Clase III (Ver Tabla 6).

En el estudio realizado en Tanzania; La mayoría (96%) de los niños tuvieron oclusión de Clase I, indicando una oclusión normal anteroposterior de la mandíbula, mientras que en estudios hechos en niños caucásicos los resultados fueron Clase I 15%, 25% Clase II y sólo 0-5% Clase III.

Entre los negros americanos una pequeña porción de niños tienen oclusión Clase II 10-12% y la mayor proporción tienen Clase I 80-85% y Clase III sólo 5-8%.

Respecto a las maloclusiones en Oviedo el estudio se realizó basado también en la maloclusión de Angle y el resultado fue: Las maloclusiones Obtuvieron 74.44% las Normoclusiones 1-N 25.05% Dividiéndose en: Clase I-M 29.6%, Clase II 31%, Clase III el 13.66% se dice que este resultado es típico de la población australiana ver Tabla # 3

Cada un a de las cifras obtenidas en las diferentes clases tienen un motivo o causa y en cada uno de los países o estudios realizados es diferente.

Creo que es importante tener presentes las causas que provocan las maloclusiones en los diferentes estudios. Por ejemplo, en los peruanos las maloclusiones son dadas por el lugar de origen que da como resultado diferentes costumbres y maneras de pensar y aunado a esto los hábitos como biberón chupón y amamantamiento prolongado.

En Camagüey se cree que las maloclusiones aumentan con el desarrollo dental, en relación a los resultados obtenidos en Lagos Nigeria en el momento en que se realizó el estudio que fue en 1983, hacia falta mucha información y por tal motivo la Ortodoncia en este lugar no es conocida y no existe la información necesaria para evitar y atender las maloclusiones es por esto que existe un nivel tan alto de Clase III.

En el estudio de Tanzania se considera que la maloclusión es provocada por apiñamiento y falta de espacio de las piezas dentarias que son las causantes de las diferentes alteraciones en Oviedo el estudio se realiza de acuerdo a la edad y al sexo pero ninguno de estos obtuvieron diferencias significativas

R E F E R E N C I A S

1.- Martínez-Sicilia, F.A. Revista Española de Estomatología. Prevalencia de las Maloclusiones en la población Infantojuvenil del área metropolitana de Oviedo: 437-48.

2.- Fernández Torres, C., M. Cuan Corrales: Prevalencia de Maloclusiones en niños de 6 a 11 años de edad: Clínica Estomatológica docente "La Vigía" Camagüey. 1985: 223-28.

3.- Kerosuo H. Laine T. Kerosuo E. Ngassapa D. Honkala B.: Oclusión among a group of Tanzanian Urban School Children: Community dent oral epidemiol. 1988: 16: 306-9.

4.- Dr. Jaime Otero M.; Incidencia de Maloclusiones en una muestra de 895 mestizos peruanos. Revista Iberoamericana de Ortodoncia. Lima, Perú, Marzo 1986: 23-29.

5.- Isiekwe, M.C. Maloclusión in Lagos Nigeria: Community dent oral epidemiol 1983; 11:59-62