

01441

1²ej.



HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "Federico Gómez"

Institución de Servicio Médico
Enseñanza e Investigación, afiliado a la
Universidad Nacional Autónoma de México

Departamento de Estomatología

Curso de Especialización en Ortodoncia

FRECUENCIA DE MALOCLUSION OSEA -
DENTAL Y PATRON DE CRECIMIENTO
EN PACIENTES DEL H.I.M. DEL SERVICIO
DE ORTODONCIA

Tesis de Investigación por:

C. D. TITA MIRANDA MELENDEZ

para obtener el Diploma de Ortodoncista

Tutor:

DR. GUILLERMO GOMEZ FLORES

Asesor Científico:

DR. JOSE SOLON CISNEROS JIMENEZ

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

26 41 17



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 esta 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.

A mis padres:

Alfonso Miranda Loza

Elisa Meléndez de Miranda

Que por su gran amor y ternura he logrado una meta más en mi vida.

"GRACIAS"

A mis hermanos:

***Raquel Miranda Meléndez
Alfonso A. Miranda Meléndez
Isabel Miranda Meléndez***

A mis amigos:

**Dra. Angélica Cervantes Hernández
Dra. Sandra Lorena Hernández Meza
Dr. Eduardo Hernández Alvarado
Dr. Eduardo Martínez Rojas.**

Quienes con su cariño y apoyo me hicieron sonreír.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

1

JUSTIFICACION

23

HIPOTESIS

24

OBJETIVOS

25

MATERIALES Y METODOS

26

CRITERIOS DE INCLUSION

27

CRITERIOS DE EXCLUSION

27

RECURSOS

28

ANALISIS DE DATOS

29

RESULTADOS

30

DISCUSION

72

BIBLIOGRAFIA

75

INTRODUCCION

Este estudio analiza la frecuencia de maloclusión ósea y dental, así como el patrón de crecimiento de pacientes que se presentan en el servicio de Ortodoncia del Departamento de Estomatología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez". Utilizando la clasificación de Angle para determinar el tipo de maloclusión dental y las medidas cefalométricas: ángulo ANB y SN-MN del análisis cefalométrico de Steiner para determinar la clase ósea y el patrón de crecimiento.

ANTECEDENTES.

El reconocimiento de la maloclusión como problema importante en la salud pública aumenta la necesidad de la planeación racional de medidas ortodóncicas preventivas, interceptivas y correctivas. Por ello, el objetivo principal de éste estudio es favorecer la organización clínica y administrativa de los programas de atención al paciente que acude al servicio de Ortodoncia del departamento de Estomatología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

DEFINICION

La palabra "oclusión" en medicina significa cierre u obturación, las raíces son **od claudere**, que literalmente significa cerrar. Maloclusión significaría por lo tanto, cierre anormal, y no sería apropiado si la empleamos como término descriptivo de posiciones individuales de los dientes. Por lo tanto la Asociación Americana de Ortodoncistas ha aprobado el siguiente término:

Oclusión normal y maloclusión dental- términos que indican las relaciones existentes entre los dientes opuestos cuando estos son llevados a su posición habitual. (1).

Según Guilford-maloclusión es cualquier desviación de la oclusión ideal.

La maloclusión puede afectar a cuatro sistemas tisulares: dientes, huesos, músculos y nervios.

CLASIFICACION DE MALOCLUSION

En 1842 fue Carabelli uno de los primeros autores que introdujo una nomenclatura para denominar las relaciones oclusales de la posición de incisivos y caninos:

Mordex normalis: oclusión normal con los incisivos superiores cubriendo y solapando a los inferiores.

Mordex rectus: relación incisal de borde a borde.

Mordex apertus: mordida abierta.

Mordex tortuosus: combinación anterior y posterior de mordidas cruzadas. (2)

La oclusión normal según Angle, la define como las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto. (3))

La oclusión de cada individuo va a depender del tipo racial, ya que cada grupo tiene diferente altura de cúspides, morfología de A.T.M., patrón óseo y tonicidad muscular, esto es un equilibrio de la naturaleza que no debemos alterar con el tratamiento de ortodoncia.

Hay que dar importancia a la anatomía de la normoclusión, ya que de aquí surgen las diversas clasificaciones dentarias, en ella hay que considerar cuatro puntos fundamentales:

- 1- Relación incisal
- 2- Curvas oclusales
- 3- Relación interproximal
- 4- Relaciones anteroposteriores.

Considerando las relaciones anteroposteriores, Angle (1899) describió como las piezas claves de la oclusión dentaria a los primeros molares superiores, llamando a esta relación que guarda el primer molar superior con el primer molar inferior “**llave de la oclusión**”. Para Angle, la oclusión normal requiere que la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluya en el surco vestibular situado entre la cúspide mesio y distobucal del primer molar inferior. (4).

Él elige los primeros molares superiores como referencia para valorar el resto de las piezas, ya que se encuentran dentro del macizo facial y esto da más estabilidad y confiabilidad de no modificarse, sin embargo los molares inferiores están en relación a la mandíbula que se encuentra en dependencia con el cráneo a través de una articulación cóndilo-fosa que puede modificarse e inclinarse a error.

CLASES DE ANGLE

Angle dividió las maloclusiones en tres grandes grupos:

CLASE I - maloclusión caracterizada por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, las relaciones sagitales normales. La situación maloclusiva consiste en las malposiciones individuales de los dientes, anomalía en las relaciones verticales, transversales o a la desviación sagital de los incisivos. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior, cae en el surco vestibular del primer molar inferior permanente. (Fig. 1)

CLASE II maloclusión caracterizada por la relación sagital anómala de los primeros molares, el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. (Fig. 2). Dentro de ésta clase se distinguen diferentes tipos de divisiones:

CLASE II Unilateral/Bilateral en caso unilateral, se habla de clase II subdivisión (derecha o izquierda), indicando de esta forma el lado donde se encuentra la clase I.

CLASE III El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. (Fig. 3). La relación incisiva suele estar invertida con los incisivos superiores ocluyedo por lingual de los inferiores. (5)

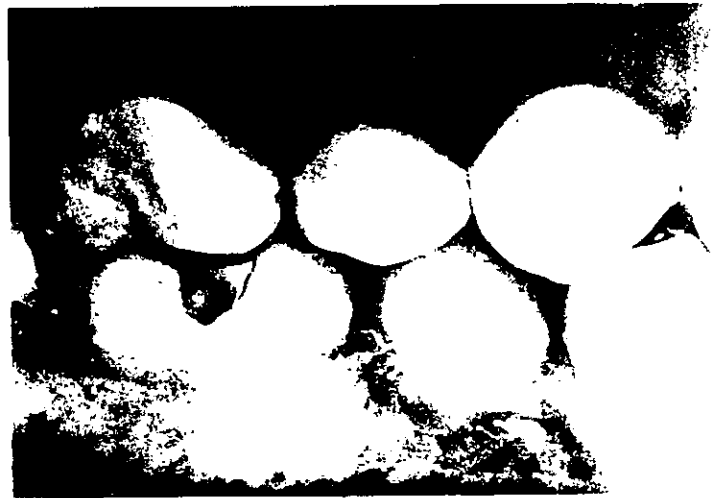
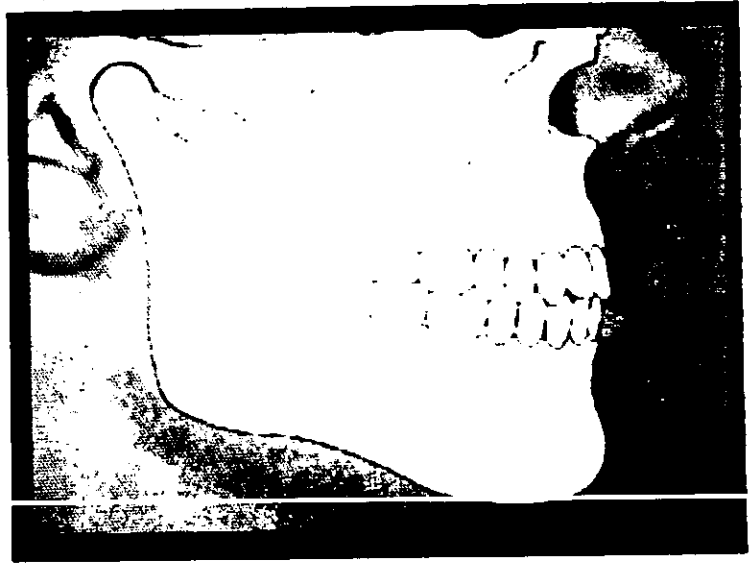


Figura I. Maloclusion clase I, (Clasificación de Angle)



Figura 2. Maloclusión clase II, (Clasificación de Angle)



Figura 3. Malocclusion clase III, (Clasificación de Angle)

PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN

En base a estudios realizados en varios grupos raciales, se presenta la siguiente información:

De 1930 a 1965, la prevalencia de la maloclusión en E.U. osciló entre el 35% y el 95% esta disparidad se debía fundamentalmente a los diferentes criterios que utilizaban los investigadores para definir la normalidad. La prevalencia de la maloclusión y la distribución de los diferentes tipos varía en función de las razas, nacionalidades y etnias.

Los problemas de clase II son más frecuentes entre los individuos blancos de los países nórdicos, mientras los de clase III son más habituales entre los pueblos orientales (3-5% en Japón, 1.75% en China). (6).

En estudios realizados en Carolina del Norte:

- Maloclusión clase I	(50 A 55%)
-Maloclusión clase II	(15 A 20%)
-Maloclusión clase III	(- 1%)

Myllärniemi, registró la frecuencia de maloclusión en la dentición mixta y permanente, de 1609 niños que se estudiaron, 20% de las denticiones deciduas presentaban maloclusión, 39% de las denticiones mixtas también presentaban y 58% de maloclusión en dentición permanente. No se observó diferencia según el sexo.

En estudios realizados de 1921 a 1966 se concluye que:

La frecuencia más alta de maloclusión según Popovich y Grainger (1959) es en la nacionalidad Canadiense con un 88% y la frecuencia de maloclusión más baja es en Ingleses rurales con un 37.9% según Goose y col en (1957).

FRECUENCIA DE MALOCLUSION EN DIFERENTES GRUPOS ETNICOS Y PUEBLOS EN CONDICIONES PRIMITIVAS

Nacionalidad	edad	maloclusión(%)	clase I	clase II	clase III
Esquimales	6-17	56.4	53.8	0	2.6
Tristan	adultos	15	0	9	6
Aleutianos	adultos	0	0	0	13.2
Indios de Guatemala	6-14	37	0	0	0
Indios de Minnesota y EE.U.U.-N.A.	6-18	66.4	54	9.5	2.9
Cráneos indios De Shell M.	Adultos	Algún apiñamiento sin anomalías oclusales.			
Negros de Nva.Guinea	3-50	62	0	5.5	0
Polinesios de Puka-Puka	3-70	35.6	19.7	3.8	12.1
Filipinos	adultos	8	0	0	0
Negros de Gana	4-18	38.6	0	1.2	1.3
Cráneos de la Edad de piedra Y aborígenes					
Australianos	adultos	70	54	13	2.3
Cráneos bantúes De Africa	adultos	0	0	2.7	0.7

En un estudio realizado en 1978, en niños de U.S. se obtiene lo siguiente:

54%	Normoclusión	
35%	Distoclusión	(clase II)
10%	Mesiooclusión	(clase III)
1%	Relación asimétrica	(7)

* Con relación al maxilar

En un estudio de niños Americanos entre 6 y 11 años, realizado por Wheeler, y cols. en 1994:

24.4%	oclusión normal
36.6%	maloclusión

Se realizaron dos grupos:

	Americanos negros	Americanos blancos
<i>Oclusión normal</i>	3.3 %	22.9 %
<i>Maloclusión</i>	8.2 %	5.0 %
(8).		

La diferencia en la relación dentofacia de varios grupos étnicos ha sido observada por varios investigadores, por lo que existen estándares para varios grupos raciales y étnicos. Obteniéndose como conclusión lo siguiente:

- a) Los Mexicanos presentan más protrusión dental y ósea que los blancos Americanos y niñas Mexicanas del Norte tienen más protrusión mandibular que niñas de Iowa. (9)
- b) Los Egipcios niños tienen tendencia a protrusión bimaxilar dental, en comparación con los niños Americanos.
- c) Los Japoneses tienen dentición más protrusiva con relación a los Americanos blancos.
- d) Comparando con Americanos, los negros africanos del Sur, presentan mas protrusion maxilar.
- e) Los negros Americanos tienen mayor protrusión bimaxilar que los blancos Americanos.
- f) Niños blancos del Meridional de Estados Unidos, tienen más protrusión que niños blancos de Boreal de E.U.
- g) Los Americanos mexicanos están más protrusivos que los americanos blancos, y más retroinclinados que los grupos negros. (10)

En un estudio realizado en 1974 por Velarde, donde su muestra fue un grupo de mexicanos (Chihuahua, D.F.), con edad de 12 a 25 años y un grupo de Norteamericanos, donde los resultados demostraron, que el grupo de mexicanos presenta un patrón protrusivo dental en comparación con los americanos blancos.

En 1975 García, en un estudio epidemiológico utilizando los análisis de Downs, Steiner y Alabama, concluye que los mexicanos americanos de 14.4 a 17.2 años de edad tienen un patrón óseo protrusivo y clase dental II.

En 1995 en un estudio realizado en el servicio de Ortodoncia de la División de Estudios de Postgrado de la Facultad de Odontología, UNAM, realizado por Garcilazo G.A y cols. Obtuvieron que el grupo de trabajo (alumnos de la Facultad de Odontología) presentó un patrón de biproinclinación dental en comparación con los caucásicos, un perfil facial convexo y un perfil labial convexo según la línea estética de Ricketts. (11).

ANGULOS ANB Y GoGn-SN

Con base en todas las pruebas estadísticas realizadas se obtuvo la conclusión de que los pacientes mexicanos tienen medidas similares a los anglosajones que estudió Steiner (1953) para establecer los valores promedios de los ángulos GoGn-SN y ANB. (12).

La muestra fue de mexicanos de 15 a 20 años de edad, ambos sexos, tomada aleatoriamente de 360 pacientes que asistían por primer vez a un tratamiento de ortodoncia.

En la cefalometría de Steiner, los ángulos SNA y SNB. como una diferencia de éstos, nos da el ángulo ANB (Fig. 4), un aumento de éste determinará una clase ósea II, si es mayor de 4° (Fig. 6). Una disminución determinará una clase ósea III, si es menor de 0° (Fig. 7). Y un ángulo ANB de 0° a 4° nos indica una clase ósea I. (Fig. 5). Es decir la norma estándar de éste es $2^{\circ} \pm 2^{\circ}$

El ángulo ANB ha sido ampliamente utilizado para describir discrepancias óseas entre maxila y mandíbula con respecto a la base anterior del cráneo.

Jacobson, Hussels y Nanda describieron algunos factores que afectan al ángulo ANB los cuales son:

- 1- La posición anteroposterior del punto N con respecto a los puntos A y B.
- 2- El crecimiento rotacional de los maxilares.
- 3- Un incremento de la altura dental
- 4- Incremento en la longitud de N a B. (13)

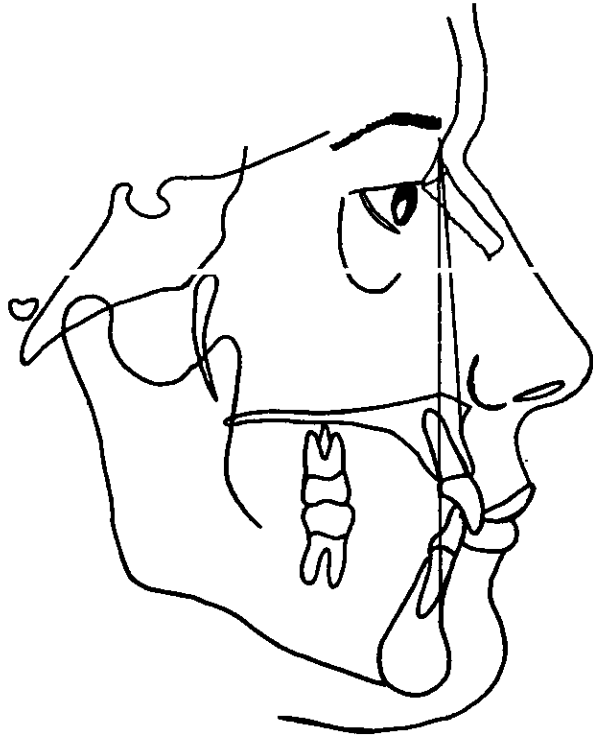


Figura 4. Ángulo ANB (Steiner)

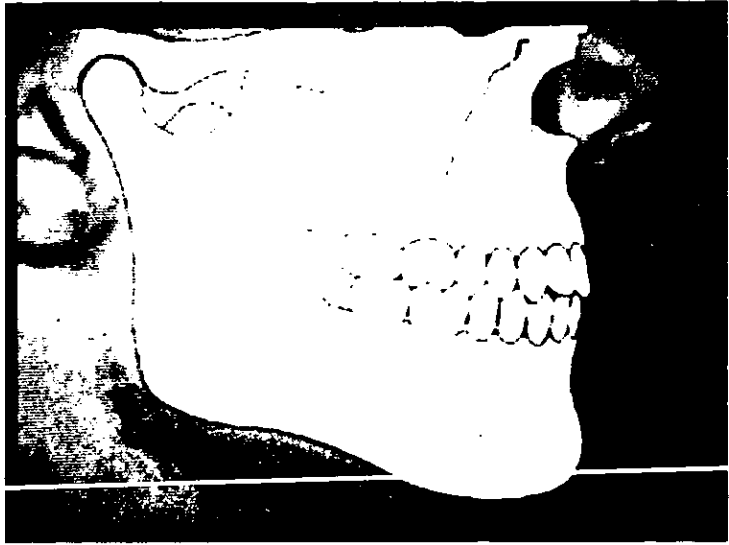


Figura 5. Clase ósea I



Figura 6. Clase ósea II

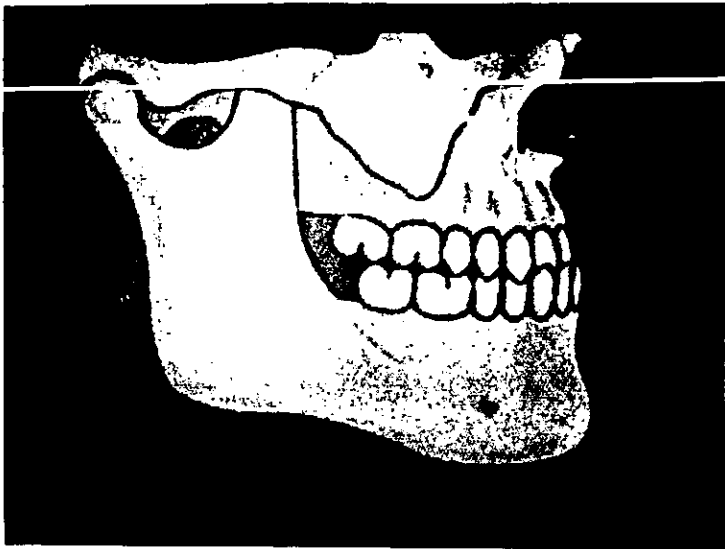


Figura 7. Clase ósea III

Existen otros métodos para determinar la discrepancia anteroposterior de los maxilares:

Medida WITS: No usa referencia craneal, consiste en trazar líneas perpendiculares de los puntos A y B al plano oclusal y la distancia entre ambos será la relación anteroposterior de los maxilares. Una desventaja es que el plano oclusal puede ser afectado por la erupción dentaria y el desarrollo dental.

Método Colima: Método utilizado para la determinación anteroposterior de los maxilares, siguiendo el plano Frankfort horizontal, se trazan líneas perpendiculares a los puntos A y B (AF BF), la diferencia entre estos puntos será la discrepancia anteroposterior maxilar y mandibular. Este método no es confiable ya que para la localización del punto anatómico porión, se ubicó tomando como referencia las olivas del cefalostato y los conductos auditivos en donde se coloca este, no siguen siempre la misma dirección. Otra dificultad en la localización de éste punto es la sobreimposición de estructuras.

Por tal motivo en ésta investigación se utiliza el plano S-N para la determinación de discrepancia anteroposterior y patrón de crecimiento, ya que las estructuras anatómicas son de fácil identificación.

En ésta investigación se utilizó el ángulo ANB del análisis cefalométrico de Steiner, para la determinación de la relación anteroposterior de maxila y mandíbula.

Schudy en 1964, mide la rotación mandibular con base en el ángulo GoGn-SN (Fig. 8) y le da el nombre de **ángulo de la divergencia facial**, dicho ángulo indica el crecimiento vertical del paciente, la medida estándar de éste ángulo según Steiner es de 32° más, menos 2.(obtenido en pacientes anglosajones con clase molar I y ósea I).

Mayor de 32° Hiperdivergente o Crecimiento vertical (Fig.10)

Menor de 32° Hipodivergente o Crecimiento horizontal (Fig.11)

32° Normodivergente o Crecimiento normal (Fig. 9)

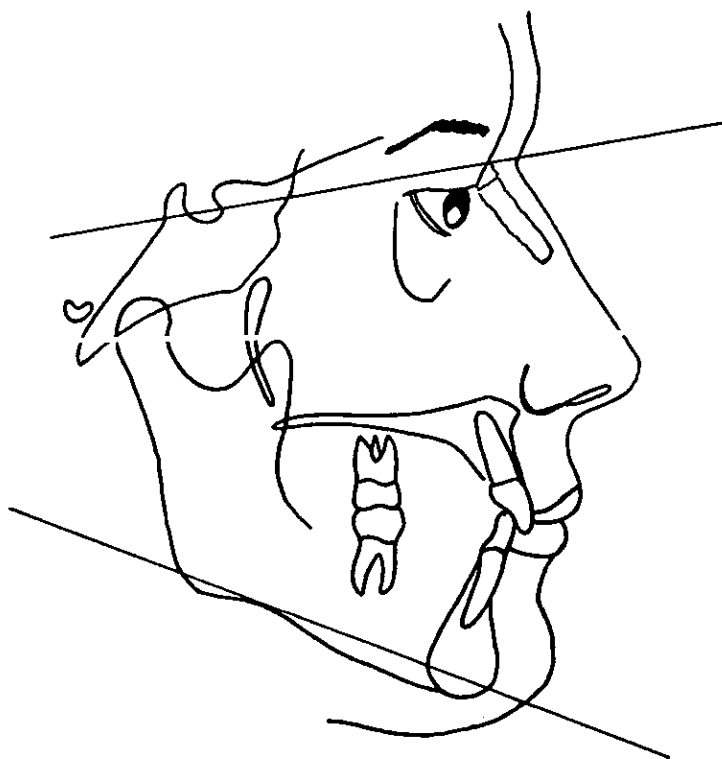


Fig. 8. Ángulo GoGn-SN (Análisis de Steiner)



Fig. 9 **Patrón de crecimiento normal.**



Fig.10 **Patrón de crecimiento vertical.**



Fig. 11 Patrón de crecimiento horizontal.

En un estudio realizado en 1992 en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia, A.C. Se tomó una muestra aleatoria de 360 pacientes con edad de 15 a 20 años de edad, que asistían por primera vez al departamento, se obtienen los siguientes resultados:

VALORES DEL ÁNGULO ANB (12)

	SEXO	MEDIA	RANGO MAX.	MIN.
CLASE I MOLAR	VARONES	2.85°	1°	7°
	MUJERES	3.40°	1°	10°
CLASE II MOLAR	VARONES	5.75°	2°	13°
	MUJERES	5.85°	2°	11°
CLASE III MOLAR	VARONES	-3.8°	2°	-11°
	MUJERES	-3.1°	3°	-10°

VALORES DEL ÁNGULO GoGn-SN (12)

	SEXO	MEDIA	RANGO MAX.	MIN.
CLASE I MOLAR	VARONES	32.63°	24°	41°
	MUJERES	34.41°	24°	48°
CLASE II MOLAR	VARONES	35.85°	22°	47°
	MUJERES	36.95°	22°	54°
CLASE III MOLAR	VARONES	32.6°	22°	45°
	MUJERES	33.41°	26°	45°

Con estos resultados se concluye:

PACIENTES CON CLASE MOLAR I

	MINIMO		MAXIMO
ANGULO ANB	2.3°	Y	4.5°
ANGULO GoGn-SN	31.19°	Y	35.63° (Normodivergente)

PACIENTES CON CLASE MOLAR II

ANGULO ANB	5.24°	Y	6.26°
ANGULO GoGn-SN	34.74°	Y	38.36° (Tendencia Hiperdivergencia)

PACIENTES CON CLASE MOLAR III

ANGULO ANB	-3.98°	Y	-2.64°
ANGULO GoGn-SN	31.54°	Y	34.6° (Normo o Hipodivergencia)

La mayoría de los pacientes coincidió la clase molar con la clase ósea.

En 1984 García Fernández, en un estudio longitudinal, realizado con Mexicanos y Americanos blancos y negros de 18 a 25 años de edad, para determinar el ángulo GoGn-SN, con el cual se obtuvieron los siguientes resultados.

MUJERES

	MEXICANOS	AMERICANOS BLANCOS	AMERICANOS NEGROS
ANB°	3.6°	3.0°	3.94°
GoGn-SN	34.36°	35.36°	36.72°

HOMBRES

ANB°	2.0°	2.04°	4.82°
GoGn-SN	28.91°	34.91°	36.49°

Con este estudio se concluye que los mexicanos son menos divergentes en relación a los americanos blancos y negros.

Los hombres mexicanos son menos divergentes que las mujeres mexicanas. (14).

La muestra de mexicanos es de hijos de padres mexicanos que nacieron en Estados Unidos.

JUSTIFICACION

Esta investigación nos ayudará a conocer el tipo de maloclusión ósea – dental de la población que está siendo tratada en el servicio de Ortodoncia, lo que nos dará una guía para establecer parámetros de diagnóstico adecuados para la población del servicio, ya que los existentes son tomados de pacientes cuyos tipos faciales no concuerdan con los del servicio. Así también esto nos ayudará a establecer un mejor plan de tratamiento.

HIPOTESIS

- 1) **La maloclusión ósea-dental II, es la más frecuente en los pacientes del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"**
- 2) **La maloclusión ósea-dental I y III es la menos frecuente en pacientes del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"**
- 3) **El patrón de crecimiento normal y horizontal es el menos frecuente en los pacientes del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"**
- 4) **El patrón de crecimiento vertical es él más frecuente en los pacientes del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"**
- 5) **La maloclusión ósea no corresponde a la maloclusión dental en los pacientes del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".**

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia y tipo de maloclusión ósea y dental, y el patrón de crecimiento de pacientes que acuden al servicio de Ortodoncia del Departamento de Estomatología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Determinar sexo y número de pacientes que presentan maloclusión clase I ósea y dental.
- 2- Determinar sexo y número de pacientes que presentan maloclusión clase II ósea y dental.
- 3- Determinar sexo y número de pacientes que presentan maloclusión clase III ósea y dental.
- 4- Determinar sexo y número de pacientes que presentan patrón de crecimiento normal.
- 5- Determinar sexo y número de pacientes que presentan patrón de crecimiento vertical.
- 6- Determinar sexo y número de pacientes que presentan patrón de crecimiento horizontal.

MATERIALES Y METODO

El estudio se realizará en base a expedientes que presenten los datos de: clase molar (clasificación Angle), clase ósea (con el ángulo ANB) y patrón de crecimiento (con el ángulo GoGn-SN) iniciales, antes del tratamiento de ortodoncia de pacientes de ambos sexos que acuden al servicio de Ortodoncia del Departamento de Estomatología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

El tamaño de la muestra se toma desde el año donde haya la cantidad de expedientes representativos con información completa a 1997. Incluye ambos sexos, edades que varían de 6 a 20 años.

La clase molar se obtuvo clínicamente y con modelos de estudio en cada paciente, utilizando la clasificación de Angle.

La clase ósea, se obtuvo por la medida cefalométrica del ángulo ANB del análisis de Steiner.

El patrón de crecimiento se obtuvo por la medida cefalométrica del ángulo GoGn-SN del análisis de Steiner.

Dichas medidas cefalométricas se realizaron con un protractor y un acetato sobre un cefalograma de inicio (antes de cualquier tratamiento ortodóncico).

Una vez recopilada la información anterior, se procedió a realizar tablas estadísticas (de frecuencias) también se determinará los valores mínimos y máximos de cada uno de los valores y en las diferentes clases de maloclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION

Ambos sexos

Edad de 6 a 20 años.

Que se presenten al servicio de Ortodoncia del Departamento de Estomatología

Expedientes que incluyan los datos necesarios (ángulo ANB, GoGn-SN, Clase molar).

Expedientes de: 1983 a 1997.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Expedientes con información incompleta

CRITERIOS DE INCLUSION

Ambos sexos

Edad de 6 a 20 años.

Que se presenten al servicio de Ortodoncia del Departamento de Estomatología

Expedientes que incluyan los datos necesarios (ángulo ANB, GoGn-SN, Clase molar).

Expedientes de: 1983 a 1997.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Expedientes con información incompleta

RECURSOS

HUMANOS

2 operadores para registro de datos

MATERIALES

Expedientes con información inicial completa de pacientes que acuden al servicio de Ortodoncia de Departamento del Estomatología del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Computadora COMPAQ PRESARIO

Tablas estadística

ANALISIS DE DATOS

Todos los expedientes se clasificaron según: edad, sexo, clase molar (según la clasificación de Angle), clase ósea (con ángulo ANB), patrón de crecimiento (ángulo GoGn-SN).

RESULTADOS

En éste estudio epidemiológico se revisó 786 expedientes de pacientes de 6 a 20 años de edad, de 1983 a 1997.

De los cuales 401 (51 %) pertenecen al sexo femenino y 385 (49 %) al sexo masculino, de cada uno se obtuvo la clase molar, clase ósea y patrón de crecimiento.

TABLA I.

DISTRIBUCION DE CASOS ESTUDIADOS POR SEXO EN PACIENTES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).

MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
#	%	#	%	#	%
385	49	401	51	786	100

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA II.

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN
PACIENTES AMBOS SEXOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

CLASE MOLAR	#	%
I	279*	35.5*
II	217	27.6
II SUB. DER.	46	5.9
II SUB. IZQ.	49*	6.2*
III	139	17.7
III SUB. DER.	23	2.9
III SUB. IZQ.	21	2.7
II DER. III IZQ.	8	1
II IZQ. III DER.	4	0.5
TOTAL	786	100

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA III

PREVALENCIA DE CLASE MOLAR BILATERAL EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997)

FEMENINOS		
CLASE OSEA	#	C. MOLAR
I	132	I (65)
II	150*	II (71)*
III	47	III (34)
MASCULINOS		
I	118	I (67)
II	136*	II (73)*
III	52	III (33)
TOTAL	635	80.80%

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA IV

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR UNILATERAL EN
PACIENTES DE AMBOS SEXOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1983 – 1997).**

FEMENINOS		
CLASE OSEA	#	CLASE MOLAR
I	34*	II SUB. DER.
II	31	II SUB. IZQ.
III	7	III SUB. DER. III SUB. IZQ.
MASCULINOS		
I	30	II SUB. DER.
II	39*	II SUB. DER. II SUB. IZQ.
III	10	II SUB. IZQ.
TOTAL	151	19.20%

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA V.

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR
EN PACIENTES FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1992 - 1997).**

CLASE MOLAR	#	EDAD
I	141*	11 -12 AÑOS *
II	107	10 - 11 AÑOS *
II SUB. DER.	19	
II SUB. IZQ.	24*	
III	81	12 - 13 AÑOS *
III SUB. DER.	13	
III SUB. IZQ.	11	
II DER. III IZQ.	5	
II IZQ. III DER.	0	
TOTAL	401	

- **Mayor prevalencia.**

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA VI

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES
MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"
(1983 - 1997).**

CLASE MOLAR	#	EDAD
I	138*	9 - 10 AÑOS *
II	110	9 - 10 AÑOS *
II SUB. DER.	27*	
II SUB. IZQ.	25	
III	58	10 - 11 AÑOS *
III SUB. DER.	10	
III SUB. IZQ.	10	
II DER. III IZQ.	3	
II IZQ. III DER.	4	
TOTAL	385	

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA VII

PREVALENCIA DE CLASE OSEA EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).

CLASE OSEA	#	%
I	314	39.9
II	356*	45.3*
III	116	14.8
TOTAL	786	100

* *Mayor prevalencia*

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

(Clase ósea determinada por el ángulo ANB , según Steiner)

TABLA VIII

**PREVALENCIA DE CLASE OSEA EN PACIENTES
FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO
GOMEZ"(1983 - 1997)**

CLASE OSEA	#	%
I	166	41.4
II	181*	45.1*
III	54	13.5
TOTAL	401	100

* *Mayor prevalencia*

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA IX

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES
CON CLASE OSEA I. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "
FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).**

CLASE MOLAR	#	%
I	65*	39.2*
II	34	20.5
II SUB. DER.	10*	6.0*
II SUB. IZQ.	6	3.6
III	33	19.9
III SUB. DER.	9	5.4
III SUB. IZQ.	7	4.2
II DER. III IZQ.	2	1.2
II IZQ. III DER.	0	0
TOTAL	166	100

* *Mayor prevalencia*

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA X

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES
CON CLASE OSEA II. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO “
FEDERICO GOMEZ “ (1983 – 1997).**

CLASE MOLAR	#	%
I	65*	35.9
II	71	39.3*
II SUB. DER.	8	4.4
II SUB. IZQ.	17*	9.4*
III	14	7.7
III SUB. DER.	2	1.1
III SUB. IZQ.	2	1.1
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	2	1.1
TOTAL	181	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XI

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES
CON CLASE OSEA III. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).**

CLASE MOLAR	#	%
I	11	20.3
II	2	3.7
II SUB. DER.	1	1.9
II SUB. IZQ.	1	1.9
III	34*	62.9*
III SUB. DER.	2*	3.7*
III SUB. IZQ.	2*	3.7*
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	1	1
TOTAL	54	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XII

**PREVALENCIA DE CLASE OSEA EN PACIENTES
MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"
(1963 - 1997)**

CLASE OSEA	#	%	EDAD
I	148	38.4	11 - 13 AÑOS
II	175*	45.5*	11 - 13 AÑOS
III	62	16.1	10 - 11 AÑOS
TOTAL	385	100	

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XIII

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES
CON CLASE OSEA I. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

CLASE MOLAR	#	%
I	67*	45.3*
II	30	20.2
II SUB. DER.	9*	6.1*
II SUB. IZQ.	6	4.1
III	21	14.1
III SUB. DER.	6	4.1
III SUB. IZQ.	6	4.1
II DER. III IZQ.	1	0.6
II IZQ. III DER.	2	1.4
TOTAL	148	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XIV

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES
CON CLASE OSEA II. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1983 – 1997).**

CLASE MOLAR	#	%
I	59	33.7
II	73*	41.7*
II SUB. DER.	15*	8.6
II SUB. IZQ.	15*	8.6
III	4	2.4
III SUB. DER.	2	1.1
III SUB. IZQ.	3	1.7
II DER. III IZQ.	2	1.1
II IZQ. III DER.	2	1.1
TOTAL	175	100

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XV

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES
CON CLASE OSEA III. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

CLASE MOLAR	#	%
I	12	19.4
II	7	11.3
II SUB. DER.	3	4.8
II SUB. IZQ.	4*	6.5*
III	33*	53.2*
III SUB. DER.	2	3.2
III SUB. IZQ.	1	1.6
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	0	0
TOTAL	62	100

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XVI

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES DE
AMBOS SEXOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO
GOMEZ" (1983 – 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%
NORMAL	167	21.2
HORIZONTAL	37	4.7
VERTICAL	582*	74.1*
TOTAL	786	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XVII

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO DE PACIENTES
FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"
(1983 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%	EDAD
NORMAL	83	20.7	11 - 12 AÑOS
HORIZONTAL	14	3.5	11 - 12 AÑOS
VERTICAL	304*	75.8*	11 - 12 AÑOS
TOTAL	401	100	

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XVIII

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO DE PACIENTES
MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"
(1983 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%	EDAD
NORMAL	84	21.8	10 - 11 AÑOS
HORIZONTAL	23	6	10 - 11 AÑOS
VERTICAL	278*	72.2*	10 - 11 AÑOS
TOTAL	385	100	

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XIX

**PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES
CON CLASE OSEA I. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%
NORMAL	39	23.5
HORIZONTAL	5	3
VERTICAL	122*	73.5*
TOTAL	166	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XX

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO
EN PACIENTES CON CLASE OSEA II. FEMENINOS DEL HOSPITAL
INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%
NORMAL	36	19.9
HORIZONTAL	6	3.3
VERTICAL	139*	76.8*
TOTAL	181	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXI

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES
CON CLASE OSEA III. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%
NORMAL	8	14.8
HORIZONTAL	3	5.6
VERTICAL	43*	79.6*
TOTAL	54	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXII

**PREVALENCIA DE VARIABLES ESTUDIADAS EN PACIENTES
CON CLASE OSEA I. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

VARIANTES	TIPO	EDAD
CLASE OSEA	I *	11 - 12 AÑOS
CLASE MOLAR	I *	11 - 12 AÑOS
P.CRECIMIENTO	VERTICAL *	11 - 12 AÑOS

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXIII

**PREVALENCIA DE VARIABLES ESTUDIADAS EN PACIENTES
CON CLASE OSEA II. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).**

VARIANTES	TIPO	EDAD
CLASE OSEA	II *	11 - 13 AÑOS
CLASE MOLAR	II *	11 - 13 AÑOS
P.CRECIMIENTO	VERTICAL *	11 - 12 AÑOS

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXIV

**PREVALENCIA DE VARIABLES ESTUDIADAS EN PACIENTES
CON CLASE OSEA III. FEMENINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).**

VARIANTES	TIPO	EDAD
CLASE OSEA	III *	10 - 12 AÑOS
CLASE MOLAR	III *	12 - 13 AÑOS
P.CRECIMIENTO	VERTICAL *	11 - 12 AÑOS

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXV

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES
CON CLASE OSEA I. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1993 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%
NORMAL	35	23.7
HORIZONTAL	7	4.7
VERTICAL	106*	71.6*
TOTAL	148	100

* **Mayor prevalencia**

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXVI

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES
CON CLASE OSEA II. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%
NORMAL	33	18.9
HORIZONTAL	9	5.1
VERTICAL	133 *	76*
TOTAL	175	100

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXVII

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES
CON CLASE OSEA III. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE
MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1992 - 1997).**

P.CRECIMIENTO	#	%
NORMAL	16	25.8
HORIZONTAL	7	11.3
VERTICAL	39 *	62.9*
TOTAL	62	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXVIII

**PREVALENCIA DE VARIABLES ESTUDIADAS EN PACIENTES
CON CLASE OSEA I. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).**

VARIANTES	TIPO	EDAD
CLASE OSEA	I*	11 - 13 AÑOS
CLASE MOLAR	I*	9 - 10 AÑOS
P.CRECIMIENTO	VERTICAL *	9 - 10 AÑOS

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXIX

**PREVALENCIA DE VARIABLES ESTUDIADAS EN PACIENTES
CON CLASE OSEA II. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997).**

VARIANTES	TIPO	EDAD
CLASE OSEA	II *	11 - 13 AÑOS
CLASE MOLAR	II *	9 - 10 AÑOS
P.CRECIMIENTO	VERTICAL *	10 - 11 AÑOS

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXX

**PREVALENCIA DE VARIABLES ESTUDIADAS EN PACIENTES
CON CLASE OSEA III. MASCULINOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDRICO GOMEZ" (1983 - 1997).**

VARIANTES	TIPO	EDAD
CLASE OSEA	III*	10 - 11 AÑOS
CLASE MOLAR	III*	10 - 11 AÑOS
P.CRECIMIENTO	VERTICAL *	10 - 11 AÑOS

- **Mayor prevalencia**

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXI

PREVALENCIA DE PACIENTES DE AMBOS SEXOS CON LABIO Y/O PALADAR FISURADOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997).

LPF	#	%
BILATERAL	31	25.2
UNILATERAL IZQ.	60*	48.8*
UNILATERAL DER.	32	26
TOTAL	123	100

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXII

PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO BILATERAL DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1983 - 1997)

CLASE MOLAR	#	%
I	4	12.9
II	12*	38.7*
II SUB. DER.	3*	9.6*
II SUB. IZQ.	1	3.3
III	8	25.8
III SUB. DER.	1	3.3
III SUB. IZQ.	2	6.4
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	0	0
TOTAL	31	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXIII

PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO UNILATERAL DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)

CLASE MOLAR	LPF (IZQ)	LPF (DER)
	#	#
I	15	10*
II	14	9
II SUB. DER.	6*	2*
II SUB. IZQ.	3	1
III	16*	7*
III SUB. DER.	4	3
III SUB. IZQ.	1	0
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	1	0
TOTAL	60	32

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXIV

PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES FEMENINOS CON LABIO Y/O PALADAR FIGURADO BILATERAL DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)

CLASE MOLAR	#	%
I	1	16.6
II	3*	50.0*
II SUB. DER.	0	0
II SUB. IZQ.	0	0
III	1	16.7
III SUB. DER.	1*	16.7*
III SUB. IZQ.	0	0
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	0	0
TOTAL	6	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXV

PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES FEMENINOS CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO UNILATERAL DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (1993 - 1997)

CLASE MOLAR	LPF (IZQ) LPF (DER)	
	#	#
I	4	4*
II	10*	3
II SUB. DER.	3*	0
II SUB. IZQ.	2	0
III	10*	2
III SUB. DER.	2	1*
III SUB. IZQ.	1	0
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	1	0
TOTAL	33	10

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXVI

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES MASCULINOS CON
LABIO Y/O PALADAR FISURADO BILATERAL DEL HOSPITAL INFANTIL
DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)**

CLASE MOLAR	#	%
I	3	12
II	9*	36*
II SUB. DER.	3*	12*
II SUB. IZQ.	1	4
III	7	28
III SUB. DER.	0	0
III SUB. IZQ.	2	8
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	0	0
TOTAL	25	100

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXVII

**PREVALENCIA DE CLASE MOLAR EN PACIENTES MASCULINOS CON
LADIO Y/O PALADAR FISURADO UNILATERAL DEL HOSPITAL INFANTIL
DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)**

CLASE MOLAR	LPF (IZQ)	LPF (DER)
	#	#
I	11*	6*
II	4	6
II SUB. DER.	3*	2*
II SUB. IZQ.	1	1
III	6	5
III SUB. DER.	2	2
III SUB. IZQ.	0	0
II DER. III IZQ.	0	0
II IZQ. III DER.	0	0
TOTAL	27	22

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXVIII

**PREVALENCIA DE CLASE OSEA EN PACIENTES FEMENINOS CON LABIO
Y PALADAR FISURADO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "
FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)**

CLASE OSEA	LPF (BILATERAL)	LPF (IZQ)	LPF (DER)
I	2	19*	1
II	4*	6	5*
III	0	8	4
TOTAL	6	33	10

* Mayor prevalencia.

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XXXIX

**PREVALENCIA DE CLASE OSEA EN PACIENTES MASCULINOS CON
LABIO Y/O PALADAR FISURADO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
" FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)**

CLASE OSEA	LPF (BILATERAL)	LPF (IZQ)	LPF (DER)
I	1	14*	12*
II	14*	2	2
III	10	11	8
TOTAL	25	27	22

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XL

**PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES DE
AMBOS SEXOS CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO DEL HOSPITAL
INFANTIL DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)**

P. CRECIMIENTO	LPF (BILATERAL)	LPF (IZQ)	LPF (DER.)	TOTAL
NORMAL	1	12	6	19
HORIZONTAL	5	1	2	8
VERTICAL	25*	47*	24*	96*

- Mayor prevalencia
-

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XLI

PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES FEMENINOS CON LABIO Y/O PALADAR FISURADO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1982 - 1987)

P. CRECIMIENTO	LPF (BILATERAL)	LPF (IZQ)	LPF (DER)	TOTAL
NORMAL	0	5	1	6
HORIZONTAL	0	0	2	2
VERTICAL	6*	28*	7*	49*

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

TABLA XLII

PREVALENCIA DEL PATRON DE CRECIMIENTO EN PACIENTES MASCULINOS CON LABIO Y PALADAR FISURADO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO " FEDERICO GOMEZ " (1983 - 1997)

P. CRECIMIENTO	LPF (BILATERAL)	LPF (IZQ)	LPF (DER)	TOTAL
NORMAL	1	7	5	13
HORIZONTAL	5	1	0	6
VERTICAL	19*	19*	17*	55*

* Mayor prevalencia

Fuente: Expedientes completos del Departamento de Ortodoncia.

DISCUSION

Inicialmente podemos señalar que de los 786 expedientes disponibles y completos, de los pacientes que acuden al servicio de Ortodoncia del Departamento de Estomatología del Hospital Infantil de México " Federico Gómez ", 401 son de sexo femenino lo que corresponde al (51 %) y 385 pertenecen al sexo masculino, que corresponde al (49 %). (Tabla No. I).

Es decir que el mayor porcentaje de esta población pertenece al sexo femenino.

Determinando la clase molar, clase ósea y patrón de crecimiento, de dicha poblaciones obtuvieron la siguiente información:

La mayor frecuencia de clase molar es la " I " esto es en 279 casos, lo que Corresponde al (35.5 %) de toda la muestra.(Tabla No. II).

La clase ósea " II ", fue la de mayor frecuencia, presentándose, en 356 casos, lo que corresponde a (45.3 %) de la población. (Tabla No. VII).

El patrón de crecimiento vertical se presento en 582 casos, que corresponde al (74.1 %) de la muestra, fue el de mayor prevalencia. (Tabla No. XVI).

Dividiendo la muestra en dos grupos, sexo femenino y masculino, se obtuvo lo siguiente:

El grupo femenino presenta mayor frecuencia de clase molar " I ", esto es en 141 casos, con edad entre 11 y 12 años. (Tabla No. V).

El grupo masculino presenta mayor frecuencia de clase molar " I ", en 138 casos con edad de 9 a 10 años(Tabla No. VI).

La clase ósea de mayor frecuencia en la población femenina es la clase II, en 181 casos, que corresponden al(45.1 %) con edad de 11 a 12 años. (Tabla No. VIII).

En el grupo masculino la clase ósea II, es la de mayor frecuencia, presentándose en 175 casos, que corresponden al (45.5 %) con edades entre 11 y 12 años. (Tabla No. XVII).

El patrón de crecimiento vertical en el grupo femenino fue de mayor prevalencia, esto es en 304 casos, que corresponden al 75.8 %.

El patrón de crecimiento vertical en la población masculina fue de mayor prevalencia, en 278 casos, que corresponden al (72.2 %), con edades entre 10 y 11 años.(Tabla No.XVIII).

De los 786 expedientes, 123 que corresponden al 15.6% son de pacientes con labio y/o paladar fisurado (bilateral y unilateral), de ambos sexos. Por lo que se les determino: Clase molar, clase ósea, y patrón de crecimiento.

La clase molar II, es de mayor prevalencia en pacientes de ambos sexos con labio y/o paladar fisurado bilateral, esto es en 12 casos. (Tabla XXXII).

La clase molar III, fue de mayor prevalencia en los pacientes de ambos sexos con labio y/o paladar fisurado unilateral izquierdo, en 16 casos. Y la clase molar I, en los pacientes LPF unilateral derecho, en 10 casos. (Tabla XXXIII).

En los pacientes femeninos con labio y/o paladar fisurado bilateral, y unilateral derecho la clase ósea II, fue de mayor prevalencia, no siendo así en los pacientes con LPF unilateral izquierdo, donde la clase ósea con mayor frecuencia es la clase I, con 19 casos. (Tabla XXXVIII)

El patrón de crecimiento vertical, fue de mayor prevalencia en los pacientes femeninos con labio y/o paladar fisurado bilateral y unilateral.

En los pacientes masculinos con labio y/o paladar fisurado bilateral, la clase ósea II, fue de mayor frecuencia y en los unilateral la clase ósea I. (Tabla XXXIX).

El patrón de crecimiento vertical en los pacientes masculinos con labio y/o paladar fisurado bilateral y unilateral, fue el de mayor prevalencia.

Concluyendo con esto que la clase molar no corresponde con la clase ósea, y el patrón de crecimiento vertical es el de mayor prevalencia en los pacientes del Hospital Infantil de México "Federico Gómez " .

Por lo tanto éstos resultados avalan unas de las hipótesis señaladas inicialmente y permite afirmar que efectivamente la clase ósea II y el patrón de crecimiento vertical son dos datos diagnósticos que presentan mayor frecuencia en los pacientes que acuden a nuestro servicio ortodóncico.

Considerando que todos los casos, utilizados en el estudio no han concluido su crecimiento ya que la mayor frecuencia de edad, oscila entre 10 a 13 años.

Por lo tanto la terapéutica ortodóncica deberá en la medida posible evitar el uso de aparatos de distalización dental, Y tener un control biomecánico con las fuerzas extrusivas aplicadas, con el fin de no agravar la tendencia del crecimiento vertical. Con respecto a la clase ósea II, aprovechar el crecimiento del paciente utilizando fuerzas ortopédicas necesarias, todo esto en base a un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ackerman JL, Proffit WR. The characteristics of malocclusion: a modern approach to classification and diagnosis. Am J Orthod 1969; (Nov) : 443 – 454.
- 2) Andrews LF. The six keys to normal occlusion. Am J Orthod 1972; (Sep) : 296 – 300.
- 3) Argyropoulos E, Sassouni V. Comparison of Greek and American dentofacial patterns. Am J Orthod 1989; 95 supl 3: 238 – 249.
- 4) Bishara SE, Abdalla EM, Hoppiens BJ. Cephalometric comparisons of dentofacial parameters between Egyptian and North American adolescents. Am J Orthod 1990; 97 supl 5: 413 – 421. (9)
- 5) Canut JA. Ortodoncia clínica. España: Salvat, 1992: 509. (4,5)
- 6) Delgado OA, Casasa AA, Tapia PG. Los ángulos GoGn-SN y ANB relacionados con la clase molar. PO 1992; 13 supl 7: 41 – 43. (12)
- 7) Garcilazo GA, Mendizabal BM, Morales HJ, Piedracruz CM, Villavicencio PR, Ito AJ. Estudio piloto de los hallazgos cefalométricos en pacientes clase I. PO 1995; 16 supl 5: 5 – 12. (11)
- 8) Gottlieb ER. Hew reports on occlusion summary and discussion. Am J Orthod 1978; Dec: 849 – 862. (7)
- 9) Graber TM. Ortodoncia teoría y práctica. 3ª ed. Buenos Aires: Interamericana, 1991: 170, 204, 209. (1,2,3)
- 10) Tng TH, Chan TCK, Cooke MS. Effect of head posture on cephalometric sagittal angular measures. Am J Orthod 1993; 104 supl 4: 337 – 441.
- 11) Pérez M. Nuevo método para describir discrepancias esqueléticas entre los maxilares: método Colima. PO 1993; 14 supl 1: 39 – 42. (13)

- 12) Proffit RW. Ortodoncia teoría y práctica. 2ª ed. Filadelfia: Mosby, 1993: 668.
- 13) Swlerenga D, Oesterle LJ, Messersm N. Cephalometric values for adult Mexican-American. Am J Orthod 1994; Aug: 146 – 155. (10,14)
- 14) Tweed CH. The diagnostic facial triangle in the control of treatment objectives, Am J Orthod 1969; Jun: 105 – 121.
- 15) Wheeler Mc, Gomay SP, Yurkiewicz L, Keeling SD, King GJ. Orthodontic demand and need. Am J Orthod 1994; Jul: 22 – 23. (8)