



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**RELACION DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA
CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN ESTUDIANTES DE
PRIMER INGRESO. F. O. UNAM 2004.**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

JUANA ROCÍO GARCÍA ARTEAGA

DIRECTOR: C. D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

ASESORA: MTRA. ARCELIA F. MELENDEZ OCAMPO

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2004



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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Gracias a:

LA UNAM

Por despertar en mi una sed de conocimiento que espero sea inagotable.

MIS PADRES Y HERMANA

Por estar conmigo.

A GONZALO

Por aguantarme y ayudarme en la elaboración de este trabajo.

AL DR. JESÚS

Por darle dirección a este trabajo.

A MIS AMIGOS

Por ser mis amigos.

A LA DRA. ARCELIA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: García Arteaga

Juana Rocío

FECHA: 12-Abril-2004

FIRMA: [Firma]

Dedicada a:

MIS PADRES

Que me educaron, que me apoyaron y me alentaron durante tantos años para llegar hasta este momento y que sin ellos no hubiera sido posible.

Los quiero.

A LA UNAM

Que me enseñó que los sueños existen y se pueden cumplir.

A MI HERMANA

Con cariño a mi compañera durante muchos años y que sin ella no tendría con quien pelear.

A MI FAMILIA

**RELACIÓN DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA
CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN ESTUDIANTES DE
PRIMER INGRESO F.O. UNAM 2004**

INDICE

INTRODUCCIÓN	
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	13
HIPÓTESIS.....	13
OBJETIVOS.....	14
General.....	14
Específicos.....	14
METODOLOGÍA.....	15
Material y Método.....	15
Tipo de estudio.....	17
Población de estudio.....	17
Muestra.....	17
Criterios de inclusión.....	18
Criterios de exclusión.....	18
Variables de estudio.....	18
Operacionalización de las variables.....	19
Análisis de la información y tratamiento estadístico de los datos.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	48
VOCABULARIO	
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución porcentual de la edad por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	22
Tabla 2 Distribución porcentual de la población en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	23
Tabla 3 Distribución de la prevalencia de la clasificación de Angle modificación Dewey-Anderson en ambos géneros en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	24
Tabla 4 Distribución porcentual del perfil por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	27
Tabla 5 Distribución porcentual de mordida cruzada por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	28
Tabla 1 Distribución porcentual de la edad por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	22
Tabla 6 Distribución porcentual de las alteraciones en los órganos dentarios por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	31
Tabla 7 Distribución porcentual de la localización del apiñamiento dental por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	32
Tabla 8 Distribución porcentual del traslape vertical por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	34
Tabla 9 Distribución porcentual del traslape horizontal por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	37

Tabla 10 Distribución porcentual de la línea media por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	38
Tabla 11 Distribución porcentual de los hábitos bucales por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	40
Tabla 12 Distribución porcentual de traumatismos y cierre labial anormal por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	42
Tabla 13 Distribución porcentual de la herencia por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	43
Tabla 14 Distribución porcentual de la desarmonía oclusal por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	44

INDICE DE GRÁFICAS

	PAG.
Gráfica 1 Distribución porcentual de la edad en ambos géneros de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	22
Gráfica 2 Distribución porcentual de la población en ambos géneros de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	23
Gráfica 3 Distribución porcentual de la Clasificación de Angle modificación Dewey –Anderson en ambos géneros de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	25
Gráfica 4 Distribución porcentual del tipo de perfil por género en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	26
Gráfica 5 Distribución porcentual de mordida cruzada en ambos géneros de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	28
Gráfica 6 Distribución porcentual de las alteraciones en los órganos dentarios en ambos géneros de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	30
Gráfica 7 Distribución porcentual de la localización del apiñamiento en ambos géneros de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	33
Gráfica 8 Distribución porcentual del traslape vertical en ambos géneros de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	35
Gráfica 9 Distribución porcentual del traslape horizontal en ambos géneros en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	36
Gráfica 10 Distribución porcentual de la línea media en ambos géneros en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	39

Gráfica 11 Distribución porcentual de los hábitos bucales en ambos géneros en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	41
Gráfica 12 Distribución porcentual de traumatismos en ambos géneros en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	42
Gráfica 13 Distribución porcentual de la herencia en ambos géneros en 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	43
Gráfica 14 Distribución porcentual de la apreciación de la desarmonía oclusal por parte de 112 alumnos de 1er ingreso F.O. UNAM 2004.....	44

INDICE DE IMAGENES

Fig. 1 Clase I de la clasificación de Angle.....	24
Fig. 2 Clase III de la clasificación de Angle.....	24
Fig. 3 Perfil convexo.....	26
Fig. 4 Perfil recto.....	26
Fig. 5 Mordida cruzada anterior.....	27
Fig. 6 Mordida cruzada posterior derecha.....	27
Fig. 7 Giroversión.....	29
Fig. 8 Canino elevado.....	29
Fig. 9 Diastemas.....	30
Fig. 10 Apilamiento anterior inferior.....	32
Fig. 11 Apilamiento anterior superior.....	32
Fig. 12 Apilamiento anterior inferior y anterior superior.....	32
Fig. 13 Apilamiento posterior izquierdo.....	32
Fig. 14 Traslape vertical de 1/3 de corona.....	34
Fig. 15 Mordida abierta anterior.....	34
Fig. 16 Traslape vertical de 2/3 de corona en una Clase II división 2.....	34
Fig. 17 Traslape horizontal en una Clase II división 1.....	36
Fig. 18 Línea media desviada.....	38
Fig. 19 Línea media alineada.....	38
Fig. 20 Succión labial.....	40
Fig. 21 Onicofagia.....	40
Fig. 22 Cierre labial anormal.....	41

INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones son de las alteraciones bucales de mayor prevalencia que afectan un amplio sector de la población mundial aun en los países desarrollados siendo este un problema de salud pública.

Actualmente se ha prestado mayor atención a la caries dental y enfermedad periodontal que a las maloclusiones, las cuales son provocadas por múltiples factores como son los genéticos, malos hábitos, enfermedades, desnutrición, etc., sin tomar en cuenta que pueden afectar la función o alterar la estética facial.

Con el fin de satisfacer las demandas ortodónticas de la población es importante el conocimiento de las características y anomalías propias de la relación oclusal de los individuos de cada país, así como la identificación de su posible etiología, lo que nos permitirá dar respuestas a las necesidades adecuadas al tipo de población, desde el punto de vista preventivo, interceptivo y correctivo.

Una de las formas de determinarlas es la que se realizara en el presente trabajo mediante la Clasificación de Angle para maloclusiones la cual se basa en la relación de los primeros molares permanentes, con el fin de detectar el tipo de relación más frecuente en nuestra población estudiantil para que con base en esta información se establezca el tipo de maloclusión.

ANTECEDENTES

En 1951 Maury Massler y John M. Frankel realizaron un estudio sobre prevalencia de maloclusiones en adolescentes de entre 14 y 18 años de edad, con dentición permanente completa; se examinaron 2,758 adolescentes de la escuela Morton High en Chicago, en los cuales un 2.93% presentó una oclusión ideal, 18.23% oclusión normal, Clase I 50.07% es la más común, Clase II división 1 16.68%, Clase II división 2 2.71% y Clase III 9.43%. La maloclusión que requiere una corrección está presente en un 78.8% y un 21.2% tiene una buena oclusión la cual no requiere tratamiento; el sexo masculino está ligeramente más afectado que el femenino en un 4.47%, pero estadísticamente esta diferencia no es significativa. De 2,758 adolescentes examinados se encontró un total de 29,103 dientes en maloclusión, un promedio de 10.55 dientes en maloclusión por adolescente; la mayor parte de estos se encontraron en la arcada inferior 63.68%, que en la superior con un 36.32%, un 51.5% en el lado derecho y un 48.5% en el izquierdo; no existe diferencia significativa entre el sexo masculino y femenino. El 42.2% de dientes inferiores perdidos fueron primeros molares, 18.5% de los dientes superiores fueron los primeros molares y un 60.7% del total de dientes perdidos fueron primeros molares. Los segundos molares, segundos premolares, y primeros premolares superiores son los siguientes en orden de susceptibilidad para extracción con un 30%; el restante 10% está distribuido en el resto de los dientes incisivo lateral superior, incisivo central superior, primer premolar inferior, canino e incisivo central inferior. ⁽¹⁾

Así mismo en un estudio realizado sobre la Relación Molar, Clase I, Clase II y Clase III de Angle en Illinois, por Richard E. Errich, Allan G. Brodie y J. R. Blayney el cual se derivó del Estudio de Caries Dental de Evanston en 1964 programa que ha sido soportado desde 1948 por el Instituto Nacional de Investigación Dental, Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. La muestra consistió en 26,109 adolescentes examinados de diferentes edades, 11,036 en edades de 6 a 8 años y 14,951 en edades de 12 a 14 años, blancos o negros en los cuales la oclusión normal en el grupo de 12 a 14 años, fue de un 54% en el total de la muestra, en la raza negra un 57%, en la raza blanca un 54%; Clase I 30% en el total de la muestra, 32% en la raza negra, 30% en la raza blanca; Clase II 14% en el total de la muestra, 7% en la raza negra, 15% en la raza blanca; Clase III 1% en el total de la muestra, 3% en la raza negra y 1% en la raza blanca. Los resultados por género fueron en el sexo femenino oclusión normal 55% en la raza blanca, 57% en la raza negra; Clase I 30% en la raza negra, 33% en la raza blanca; Clase II 14% en la raza blanca, 8% en la raza negra; Clase III 1% en la raza blanca, 2% en la raza negra; en el sexo masculino la oclusión normal fue de un 52% en la raza blanca, 58% en la raza negra, Clase I 31% en la raza blanca, 31% en la raza negra; Clase II 16% en la raza blanca, 7% en la raza negra; Clase III 1% en la raza blanca y 4% en la raza negra. La maloclusión Clase I con respecto a la edad presentó un aumento de 11%, la Clase II 3% y la Clase III no presentó ningún aumento. Se examinaron en una segunda ocasión en el año de 1963 y se encontraron algunos cambios: el 1.04% de Clase I normal cambio a Clase I, el 0.36% cambio a Clase II; un 0.79% de Clase I cambio a Clase II, un 0.32% cambio a Clase III; 2.45 de Clase II cambio a Clase I

normal, 0.82% de Clase II cambio a Clase I; 3% de Clase III cambio a Clase I normal, 2% de Clase III cambio a Clase I y 2% a Clase II. ⁽²⁾

Loren F. Mills del Departamento de Salud Pública de Estados Unidos en Suitland, Maryland; en 1964 determinó por el método Angle-Dewey la prevalencia de maloclusiones en 1,337 jóvenes en edad escolar de entre 8 y 18 años de edad con el objetivo de obtener una descripción epidemiológica de las maloclusiones; el estudio se realizó en 1964 en 664 hombres y 673 mujeres caucásicos de los cuales 82.5% presentó maloclusión, un 17.5% de la muestra total presentó una oclusión normal, en el sexo femenino 19.2%, en el sexo masculino 15.8%; Clase I 72.1% de la muestra total, en el sexo femenino 72.1%, en el sexo masculino 72.2%; Clase II 6.7% de la muestra total, en el sexo femenino 5.9%, en el sexo masculino 7.2%; Clase III 3.7% de la muestra total, en el sexo femenino 2.8%, y en el sexo masculino 4.8%. ⁽³⁾

En 1966 Vincent Lombardi y Howard L. Bailit realizaron una investigación usando la clasificación de Angle en Kawaio, un grupo melanesio de Malaita en las Islas Solomón en 180 personas de las cuales fueron 94 hombres y 86 mujeres de diversas edades (de 10 a más de 40 años) en los que el 92.7% presentó oclusión molar Clase I, 4.5% Clase II división 1, 1.1% Clase II división 2 y 1.7% Clase III. De las mujeres el 60% presentó mordida abierta, de los hombres el 57%; el 13% de los hombres tenían mordida cruzada, de las mujeres el 12%; el apiñamiento en los hombres fue de 72% superior anterior, 17% superior posterior, 94% inferior anterior, 43% inferior posterior; en las mujeres el apiñamiento superior anterior fue de 56%, superior posterior 19%, inferior anterior 85% e inferior posterior 37%. Con

respecto a las giroversiones en los hombres fue de 55% en la parte superior, 61% en la parte inferior; en las mujeres 67% en la parte superior y 64% en la parte inferior; los diastemas estuvieron presentes en los hombres en un 4% en el sector anterior superior, 32% en el aneroinferior, 13% en el posteroinferior; en las mujeres 9% en el segmento anterosuperior, 30% en el posterosuperior, 6% en el anteroinferior y 28% en el posteroinferior. ⁽⁴⁾

Así mismo Grewe, Cervenka, Shapiro y Witkop realizaron en 1968 un estudio con 651 individuos de entre 6 y 18 años de edad, para establecer el tipo de relación molar en una escuela pública de la Reservación India Lago Rojo de Minnesota en el cual el 80% presentó Clase I, el 15% Clase II y el 5% Clase III. En los hombres el porcentaje de oclusión normal fue de 35.8%, en las mujeres de 32.2%; en la relación molar Clase I en los hombres fue de 53.8%, en las mujeres de 52.2%; en la relación Clase II fue de 7.3% en los hombres, 11.8% en las mujeres en la relación Clase III fue de un 3.1% en los hombres y un 2.8% en las mujeres; no se encontraron diferencias significativas entre sexos aunque la Clase II es más común en mujeres. ⁽⁵⁾

En la encuesta de Ortodoncia efectuada a la selección de atletas que representaron a Cuba en los VII Juegos Deportivos Panamericanos celebrados en México, octubre de 1975 realizada por Orlando de Cárdenas Sotelo y Sebastián Arcos Bergnes, se examinaron 223 atletas, en los cuales habían 174 hombres y 49 mujeres, en los cuales la prevalencia de maloclusión fue de un 95% y 5% de oclusión normal en la muestra total, en el sexo masculino 4%, en el sexo femenino 8%; Clase I en la muestra total 61%, en el sexo masculino 60%, en el sexo femenino 61%; Clase II en la muestra total 29%, en el sexo masculino 30%, en el sexo femenino 26%;

Clase III en el total de la muestra un 5%, en el sexo masculino un 6%, y en el sexo femenino un 4%. El 10% de los atletas padece de afecciones medias de apiñamiento, traslape horizontal y traslape vertical, y el grupo masculino el 2% de afecciones graves de estas tres variables. La mordida abierta esta presente en el 1.7% de los hombres y 2% de las mujeres. Resultan muy altas las cifras arrojadas en lo que respecta a mordidas cruzadas 16%, en los hombres un 6.9% presenta mordida cruzada anterior, un 4% mordida cruzada cruzada posterior derecha, un 0.6% mordida cruzada posterior izquierda, un 4% mordida cruzada posterior bilateral; en las mujeres un 4% presenta mordida cruzada anterior, un 2% mordida cruzada posterior derecha, un 6.1% mordida cruzada posterior izquierda y un 2% mordida cruzada posterior bilateral. ⁽⁶⁾

En 1979 Luz D'Escrivan de Saturno en el Área Metropolitana de Caracas, Venezuela realizó un análisis de las características de la oclusión de 3,630 escolares de ambos sexos; dicho estudio se llevo a cabo en escuelas públicas y privadas. Los resultados obtenidos en el total de la población fueron Oclusión Ideal 1.6%, en el sexo femenino 1.5%, en el sexo masculino 1.8%, Oclusión Normal 21.2%, en el sexo femenino 22.8%, en el sexo masculino 19.23%, Clase I 57.5%, en el sexo femenino 56.6%, en el sexo masculino 58.2%, Clase II división 1 12.3%, en el sexo femenino 11.8%, en el sexo masculino 13.1%, Clase II división 2 3.6%, en el sexo femenino 4%, en el sexo masculino 3.3% y Clase III 3.8%, en el sexo femenino 3.3% y en el sexo masculino 4.4%. A mayor edad de los componentes de la muestra hubo disminución de las maloclusiones Clase I, incremento de la Clase II y relativa estabilidad de la Clase III; la presencia de hábitos esta

estrechamente relacionada con la maloclusión Clase I y Clase II división 1; la pérdida prematura de dientes temporales, con las maloclusiones Clase I y la pérdida de primeros molares permanentes con maloclusiones Clase I y Clase II división 1 y 2. La gravedad de las lesiones experimentan aumento con la edad, en razón de no haberse instalado medidas preventivas ni interceptivas a edades tempranas. ⁽⁷⁾

Gerardo Ortega Valdés en 1982 realizó en Cuba un estudio sobre las características de la oclusión de un grupo de 241 estudiantes namibios becados en una escuela de la Isla de la Juventud que no se hubieran sometido a tratamiento ortodóntico; el grupo estuvo constituido por 38 hombres y 203 mujeres de edades de entre 13 y 16 años; en el cual la prevalencia de oclusión normal fue de 56.85% en el sexo femenino 56.15%, en el sexo masculino 60.53% y maloclusión 43.15% en el sexo femenino 43.86%, en el sexo masculino 60.53%; la prevalencia de maloclusión fue de 67.31% Clase I, 86.66% en el sexo femenino, 65.17% en el sexo masculino; 3.85% Clase II, 6.67% en el sexo femenino, 3.37% en el sexo masculino; 7.69% Clase III, 7.86% en el sexo masculino; 21.15% no clasificables, 6.67% en el sexo femenino y 23.6% en el sexo masculino. El 26.92% de la muestra total presentó apiñamiento en un 4.81%, mordida cruzada anterior 1.92%, mordida cruzada posterior 9.62%, mordida abierta y diastemas 15.38%. La maloclusión en este grupo de namibios afecta al 43.51%, siendo menor el porcentaje de maloclusiones en el sexo masculino con 39.47%, que en el femenino con 43.85%. ⁽⁸⁾

En 1986 Alberto Martínez, el Dr. Juan M. Cobo y el Prof. Radhames Hernández estudiaron la prevalencia de los distintos tipos morfológicos de la

clasificación de Angle en una población infanto-juvenil del área metropolitana de Oviedo, encontrando con dicho estudio un 25.05% de normoclusiones, en el sexo femenino 25.45%, en el sexo masculino 23.38% y un 74.94% de maloclusiones que se distribuyen en un 29.6% clase I, en el sexo femenino 25.67% y en el sexo masculino 30.39%; un 31.67% con clase II, con clase II división 1 un 13.45% y Clase II división 2 un 18.21%; en el sexo femenino 10.8% con Clase II división 1 y un 19.8% Clase II división 2, en el sexo masculino un 14.75% con Clase II división 1, 15.38% con Clase II división 2; y con clase III un 13.66%, en el sexo femenino un 13.96%, en el sexo masculino un 12.58% por último en el sexo femenino 4.5% no clasificable y en el sexo masculino 2.53%. No se ha encontrado una relación significativa entre la prevalencia de las maloclusiones estudiadas y el sexo.⁽⁹⁾

Las Dras. María Elena Hernández Pozo, Mercedes Llano Montante y Víctor Patricio Díaz Narváez, realizaron un estudio sobre la relación de la pérdida de molares temporales y primeros molares permanentes en la producción de maloclusiones en 550 escolares matriculados en la escuela primaria "Conrado Benítez" en la ciudad de Pinar del Río, Cuba; tomando los criterios establecidos por Angle, la Clase I se presentó con mayor frecuencia seguida de la Clase II división 1 y división 2, y la Clase III, demostrándose que la aparición de maloclusiones por pérdida de molares temporales y primeros molares permanentes es independiente del sexo, al menos estadísticamente; los resultados de la relación entre la presencia o no de maloclusiones con respecto a la pérdida de molares temporales, permanentes o ambos fueron altamente significativos, la mesiogresión fue la característica más frecuente de maloclusión producida por la pérdida de molares.⁽¹⁰⁾

En 1990 Nagwa Helmy, El-Mangoury y Yehya Mostafa, realizaron un estudio con 501 individuos jóvenes adultos, mujeres y hombres en un rango de 18 a 24 años de edad en la población caucásica egipcia sin tratamiento ortodóntico previo, donde se obtuvo que las cifras de una oclusión normal eran de un 34.3% de la muestra total, en el sexo femenino 36.66%, en el sexo masculino 31.6%; Clase I 33.3%, en el sexo femenino 36.3% en el sexo masculino 29.87%; Clase II 21%, Clase II división 1 16.2% y Clase II división 2, 4.8%; en el sexo femenino 15.93% Clase II división 1 y 4.81% Clase II división 2; en el sexo masculino 16.45% Clase II división 1 y 4.76% Clase II división 2; Clase III 10.6%, en el sexo femenino 5.93%, en el sexo masculino 16.02% y Clase IV (Clase II unilateral acompañada de Clase III unilateral) 0.80% en la muestra total, en el sexo femenino 0.37% y en el sexo masculino 1.30%.⁽¹¹⁾

En 1991 Kerosuo, Laine, Nyssonen y Honkala desarrollaron un estudio para obtener información sobre las características oclusales en dos grupos, uno de 642 adolescentes Tanzanianos de 11 a 18 años y otro de 458 finlandeses de entre 12 y 18 años; los resultados reportan que en el grupo Tanzaniano se encontró que la relación molar Clase I en el sexo femenino es de 96%, en el sexo masculino de 95%; Clase II en el sexo femenino de 2%, en el sexo masculino de 4% y Clase III en el sexo femenino de 2% y en el sexo masculino de 1%. En el grupo Finandés los resultados fueron, con lo que respecta a la Clase I en el sexo femenino 77%, en el sexo masculino 84%, Clase II en el sexo femenino 22%, en el sexo masculino 15%; Clase III en el sexo femenino 1% y del sexo masculino 1%. Respecto a la mordida abierta el porcentaje de los tanzanianos fue de 8%, los finlandeses 1%; mordida

cruzada anterior en los tanzanianos 4%, los finlandeses 3%; mordida cruzada posterior en los tanzanianos 2% y en los finlandeses 4%.⁽¹²⁾

Diagne F, Ba I, Ba-Diop K, Yamm AA, y Ba-Tamba A, en 1992 realizaron un estudio sobre prevalencia de maloclusiones en la población senegalense en una muestra de 1,708 adolescentes de entre 11 y 19 años de edad, usando la clasificación de Angle en el cual se encontró que la relación molar Clase I normal y maloclusión fue la más prevalente con un 73.3%, Clase II 12.7% y Clase III 4.4%.⁽¹³⁾

En 1994 las Dras. Laura P. Sáenz Martínez y Leonor Sánchez Pérez desarrollaron una investigación sobre la distribución de la oclusión en una población adolescente en la zona sur de la Ciudad de México, la muestra incluyó 5,140 individuos de los cuales un 48.6% eran hombre y un 51.4% mujeres, el método para registrar fue la clasificación de Angle clásica, los resultados obtenidos en el grupo estudiado indicaron que la Clase I es la más frecuente con un 76.8%, en el sexo femenino 40.8%, en el sexo masculino 36%; la Clase II 16.9%, en el sexo femenino 7.8%, en el sexo masculino 9.2% y la Clase III 6.3%; en el sexo femenino 2.8% y en el sexo masculino 3.4%.⁽¹⁴⁾

Fue en 1996 que los Drs. David Villanueva Jurado, José Martín Toranzo y José Luis Hernández presentaron un estudio realizado en un grupo de 64 pacientes adultos (28 masculinos y 36 femeninos) de entre 15 y 35 años originarios de la Ciudad de San Luis Potosí, México, para determinar el tipo de perfil y relación molar de la población, en el cual, el total presentó en un 9% un perfil cóncavo, el 32% recto y el 59% convexo; en el sexo masculino

3.5% cóncavo, 28.6% recto, 67.9% convexo, en el sexo femenino 11.1% cóncavo, 36.1% recto y 52.8% convexo. En lo que respecta a la relación molar fue un 16% Clase I, en el sexo masculino 14.3%, en el sexo femenino 16.6%; un 73% Clase II, en el sexo masculino 82.2%, en el sexo femenino 66.7%, un 11% Clase III, en el sexo masculino 3.5% y en el sexo femenino 16.7%.⁽¹⁵⁾

William R. Proffit, Henry W. Fields, Lawrence J. Moray en 1998 en Estados Unidos realizaron un estudio de prevalencia de maloclusiones en un grupo de 7,000 individuos blancos, negros y méxico-americanos, una estimación del Estudio de Salud Nacional, Nutrición y Examinación III (NHANES III). Dicho estudio menciona que aproximadamente un 20% de la población tiene desviaciones de la oclusión ideal; en méxico-americanos y negros es más prevalente la Clase III que en blancos, la Clase II es más prevalente en negros y méxico-americanos que en blancos, la mordida cruzada posterior es menos prevalente en méxico-americanos que en blancos y negros; la mordida abierta es más prevalente en negros que en blancos y méxico-americanos.⁽¹⁶⁾

En 1999, en Costa Rica, Francisco Aguilar, Mary Tere Salas y Melvin Arguello realizaron un estudio en adolescentes de colegios públicos y privados del Gran Área Metropolitana con el objetivo de determinar la prevalencia de maloclusiones y anomalías dentales en 180 modelos dentales de yeso correspondientes a cada estudiante seleccionado, un 86.3% presentó rotación dentaria, 27.2% ausencia de piezas dentales, un 67% anomalías de la línea media, 12.5% mordidas cruzadas, en la relación molar un 68% Clase I, 20% Clase II y 12% Clase III; sobremordida vertical un 78%

y horizontal un 63%.⁽¹⁷⁾

Al respecto en Cuba el Dr. Roberto Macías Gil y la Dra. Maira Caridad Peralta Reytor en el 2001 en la Policlínica "Bartolomé Masó Marquez" realizaron un estudio descriptivo en una población de 365 adolescentes menores de 18 años; 58.9% de los adolescentes presentaron una oclusión normal y 41.1% maloclusión, un 69.3% Clase I, 12% Clase II división 1, 2% Clase II división 2, 4.7% Clase III y un 8% no clasificable. La prevalencia de hábitos bucales deformantes fue de 63.33% entre los que están: succión digital 14.47%, respiración bucal 18.94%, protusión lingual 26.32%, Onicofagia 5.26%, bruxismo 20%, combinación de hábitos 12.64% y otros hábitos 2.1%.

Así mismo en el 2001 Rebeca G. Silva y David S. Kang realizaron en Estados Unidos un estudio de prevalencia de maloclusión en población adolescente latina la cual constituye la segunda minoría más grande en este país; se analizó la oclusión de 507 latinos adolescentes de entre 12 y 18 años de los cuales la mayor parte era mexicanos o México-americanos del área metropolitana de Los Ángeles, en los que los resultados que se obtuvieron fueron con maloclusión Clase I el 62.9%, solo el 6.5% con Clase I normal, Clase II 21.5% del cual 94.5% de estos pacientes son Clase II división 1, 5.5% Clase II división 2 y 9.1% Clase III.⁽¹⁹⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En términos de magnitud, severidad y trascendencia las maloclusiones son también un problema de Salud Pública, aunque la OMS enfatiza que las enfermedades bucodentales de mayor prevalencia son la caries dental y la enfermedad periodontal.

Los factores de riesgo como herencia, hábitos, traumatismos, por mencionar algunos, son de relevante importancia aunque también es necesario considerar dentro de estos factores de riesgo la inaccesibilidad y costo de los servicios de salud por parte del paciente y a la necesidad no sentida del mismo.

Ahora bien el problema que conlleva la presencia de maloclusiones no solo son de orden estético como comúnmente se cree, ya que este problema trasciende en la articulación temporomandibular (ATM), periodonto, musculatura facial y alteraciones craneofaciales como es el caso de las maloclusiones de carácter invalidante.

Aunado a lo anterior se observa que es menor la proporción de estudios realizados a este respecto y menos aún los realizados en adolescentes de entre 17 y 22 años de edad.

Por lo tanto surgen los siguientes cuestionamientos, ¿Cuál es la relación molar por sexo en estudiantes universitarios de 1er ingreso de la F. O.

durante el periodo 2003-2004?, ¿Se distribuyen de igual forma la relación molar por género?, ¿Qué factor de riesgo ocupa el primer lugar? y ¿Qué proporción de alumnos han identificado la presencia de maloclusión sentida?.

JUSTIFICACIÓN

Aunque la OMS no sitúa a las maloclusiones como una de las alteraciones de mayor prevalencia, es innegable que constituyen un problema de salud pública, por lo que realizar investigaciones epidemiológicas sobre el perfil epidemiológico de la prevalencia y tipo de maloclusiones en los grupos etáreos de 17 a 22, años permitirá en primer lugar, generar información confiable en estos grupos de edad ya que generalmente la información con que se cuenta corresponde a edades tempranas y en segundo lugar, se podrán identificar los principales factores de riesgo a los que una muestra de estudiantes se han expuesto con mayor frecuencia.

HIPÓTESIS

Hi₁

La relación molar Clase I de Angle es mayor que las Clase II y Clase III en los estudiantes de la Facultad de Odontología.

Ha₁

La relación molar Clase II y Clase III es mayor que la relación molar Clase I de Angle en los estudiantes de la Facultad de Odontología.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación molar en estudiantes de la Facultad de Odontología de la UNAM inscritos en el 1er. año de la carrera en el periodo escolar 2003-2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. – Determinar la relación del primer molar de acuerdo a la Clasificación de Angle por sexo en estudiantes de 1er ingreso en la F.O. UNAM 2004.
2. – Determinar la clase de maloclusión más frecuente en estudiantes de la F.O. por medio de la clasificación de Angle (modificación Dewey-Anderson) para maloclusiones.
3. – Identificar el factor de riesgo más frecuente al que se exponen los estudiantes de la F.O.

METODOLOGÍA

MATERIAL Y METODO

Previo consentimiento del alumno se aplicó el examen clínico. (ver Anexo 1)

La recolección de los datos se hizo en una clínica de la Facultad de Odontología, usando espejo intrabucal No. 5, la luz de la unidad dental, barreras físicas de protección (guantes, cubrebocas, lentes).

Se practicó un examen clínico directo para establecer el tipo de oclusión presente clínicamente utilizando la clasificación de Angle (modificación Dewey-Anderson) para maloclusiones la cual toma como base el primer molar superior permanente (ver Anexo 2).

Donde:

- Clase I (neutroclusión): La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluyendo en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.
- Clase II (distoclusión): El surco mesiovestibular del primer molar inferior hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior o puede encontrarse aún más distal (Subdivisiones Modificación Dewey-Anderson).

División 1: Protusión horizontal del segmento incisal superior y el aplanamiento del segmento anterior inferior.

División 2: Inclinação palatina excesiva de los incisivos centrales superiores con inclinación labial excesiva de los incisivos laterales superiores, sobremordida vertical excesiva.

- **Clase III (mesioclusión): El surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente se encuentra situado por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior.**

Se analizó el tipo de perfil en tejidos blandos, con el paciente sentado en una posición recta con la cabeza en una posición natural se trazo una línea con un abate lenguas que va desde el puente de la nariz a la base del labio superior y hasta el mentón. Esta línea debe formar una línea recta, con el mentón tocando la línea corresponde a un perfil recto, si el mentón se encuentra por detrás de la línea corresponde a un perfil convexo y si el mentón queda por delante de la línea es un perfil cóncavo. El perfil nos señala la existencia de alguna desproporción maxilar.

Se identificó clínicamente la existencia de alguna mordida cruzada anterior o posterior, unilateral o bilateral, alteraciones en los órganos dentarios como, apiñamiento dental, ubicación de la línea media o alguna desviación, traslape vertical en relación a la cantidad de órgano dentario inferior que queda cubierto por el superior, el traslape horizontal se medirá con una regla milimetrada, se analizó la existencia de algún hábito bucal deformante.

Los datos acerca de la posible herencia de las maloclusiones, se hizo cuestionando sobre el posible parecido de esta con la de los padres, también se interrogó al alumno sobre si cree que presenta o no una maloclusión.

En caso de requerir imágenes de algunos casos, se tomaron previa autorización del alumno.

TIPO DE ESTUDIO

Por las características de este estudio es transversal descriptivo observacional.

POBLACION DE ESTUDIO

Son 549 estudiantes inscritos en 1er año de la Carrera de Cirujano Dentista en la Facultad de Odontología UNAM en el periodo escolar 2003-2004 en ambos turnos.

MUESTRA

Esta estuvo constituida por 112 alumnos de 1er ingreso inscritos en la Facultad de Odontología de ambos turnos los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y estuvieron presentes en la clínica el día que se realizó la inspección clínica.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Alumnos inscritos en el 1er año en la Facultad de Odontología durante el periodo escolar 2003-2004.
- Alumnos que deseen participar.
- Sexo Masculino y Femenino
- Edad de 17-22 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Alumnos que no cumplan con los criterios de inclusión y que además tengan prótesis fija o aparatología ortodóntica.
- Manejo ortodóntico o quirúrgico previo.

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Hábitos
- Perfil
- Edad
- Género

VARIABLE DEPENDIENTE

- Tipo de Relación Molar (clasificación de Angle)

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

- **RELACION MOLAR:** De acuerdo a la clasificación para maloclusiones de Angle.
- **EDAD:** En años cumplidos al día de la entrevista.
- **TIPO DE PERFIL:** Tipo de contorno de la cara.
- **MORDIDA CRUZADA.** Relación invertida de los dientes posteriores o anteriores.
- **APIÑAMIENTO:** Amontonamiento dental en alguna zona del arco dentario.
- **LINEA MEDIA:** Ubicación de la unión proximal de los dos incisivos centrales superiores o inferiores.
- **TRASLAPE VERTICAL:** Cantidad del incisivo central inferior que es cubierto por el superior durante la oclusión.
- **TRASLAPE HORIZONTAL:** Espacio existente entre el incisivo central inferior y el superior durante la oclusión.
- **HABITO:** Actos repetidos que provocan alguna alteración.
- **HERENCIA:** Parecido de la maloclusión presente con la de la madre o el padre.
- **GENERO:** Masculino y Femenino.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos serán capturados en el programa de Microsoft Excel, para la variable edad se reportará \bar{x} y ds.

Para las variables relación molar, tipo de perfil, mordida cruzada, órganos dentarios, apiñamiento, traslape vertical, traslape horizontal, línea media, herencia, hábitos bucales deformantes, se reportarán porcentajes.

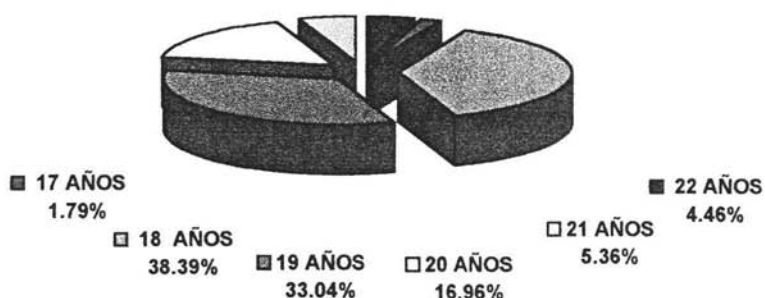
RESULTADOS

Son 549 alumnos que están inscritos en el 1er año de la carrera de Cirujano Dentista en ambos turnos, la muestra estudiada fue de 112 alumnos.

El promedio de edad de los alumnos que participaron en el estudio fue de 18.9 años, con una desviación estándar de ± 1.12 , con un rango mínimo de 17 y un máximo de 22, teniendo un 1.79% para los de 17 años, un 38.39%, para los de 18 años, un 33.04% para los de 19 años, un 16.96% para los de 20 años, un 5.36% para los de 21 años y un 4.46% para los de 22 años. En el sexo femenino los porcentajes obtenidos con respecto a la edad fueron un 2.33% para los de 17 años, un 39.54% para los de 18 años, un 33.73% para los de 19 años, un 17.44% para los de 20 años, un 3.48% para los de 21 años y un 3.48% para los de 22 años. En el sexo masculino no se encontraron alumnos de 17 años, un 34.62% para los de 18 años, un 30.77% para los de 19 años, un 15.38% para los de 20 años, un 11.53% para los de 21 años por último un 7.69% para los de 22 años. (Tabla 1 y gráfica 1)

La muestra de la población estudiada fue de 112 alumnos de los cuales 86 pertenecen al género femenino que corresponde al 76.78% y 26 al género masculino que corresponde al 23.22%. (Tabla 2 y gráfica 2)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD EN AMBOS GÉNEROS DE 112 ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004



FUENTE DIRECTA

Gráfica 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA EDAD POR GENERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
17 años	2	0	2	1.79
18 años	34	9	43	38.39
19 años	29	8	37	33.04
20 años	15	4	19	16.96
21 años	3	3	6	5.36
22 años	3	2	5	4.46
TOTAL	n=86	n=26	N=112	100

FUENTE DIRECTA

Tabla 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE
112 ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004



FUENTE DIRECTA

Gráfica 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE 112 ALUMNOS DE 1er INGRESO F. O. UNAM 2004.		
GENERO	n	%
Femenino	86	76.78
Masculino	26	23.22
TOTAL	N=112	100

FUENTE DIRECTA

Tabla 2

En la clasificación de Angle modificación Dewey-Anderson los resultados obtenidos fueron en mayor proporción la Clase I con 64.28% (Fig 1), Clase II división 1 con 9.82%, Clase II división 2 con 23.57%, por último para la Clase III 22.33% (Fig. 2). El género femenino un 66.28 % presento Clase I, un 9.3% para la Clase II división 1, un 4.56% para la Clase II división 2 y un

19.77% para la Clase III. En el género masculino un 57.69% presentó Clase I, un 11.51% para la Clase II división 1, no se encontró ningún caso con Clase II división 2 y la Clase III se presentó en un 30.8%. (Tabla 3 y gráfica 3)



Fig. 1 Clase I de la Clasificación de Angle

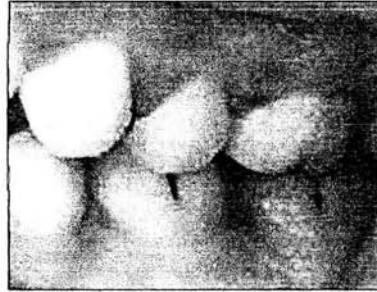


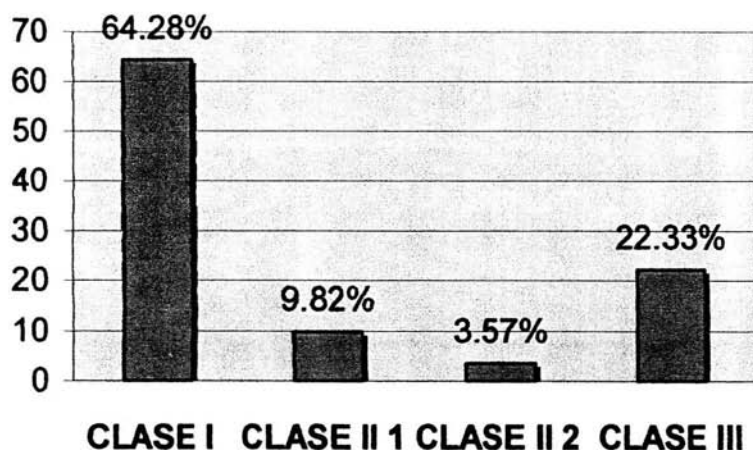
Fig. 2 Clase III de la Clasificación de Angle

DISTRIBUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE MODIFICACIÓN DEWEY-ANDERSON DE AMBOS GÉNEROS DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.	
CLASE	%
I	64.28
II DIV. 1	9.82
II DIV. 2	3.57
III	22.33
TOTAL	100

FUENTE DIRECTA

Tabla 3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA CLASIFICACIÓN
DE ANGLE MODIFICACIÓN DEWEY-ANDERSON EN
AMBOS GÉNEROS DE 112 ALUMNOS DE 1er
INGRESO F.O. UNAM 2004**



FUENTE DIRECTA

Gráfica 3

Con respecto al perfil el que se encontró con mayor frecuencia fue el perfil recto (Fig. 4), el cual tuvo un porcentaje de 48.21%, seguido del perfil convexo (Fig. 3) con un 40.18% y del perfil cóncavo un 11.61%. En el sexo femenino los resultados fueron similares, un 46.51% presento un perfil recto, un 41.86% perfil convexo y un 11.63% con perfil cóncavo. En el sexo masculino un 53.85% presento un perfil recto, un 11.54% con perfil cóncavo y 34.61% con perfil convexo. (Tabla 4 y gráfica4)

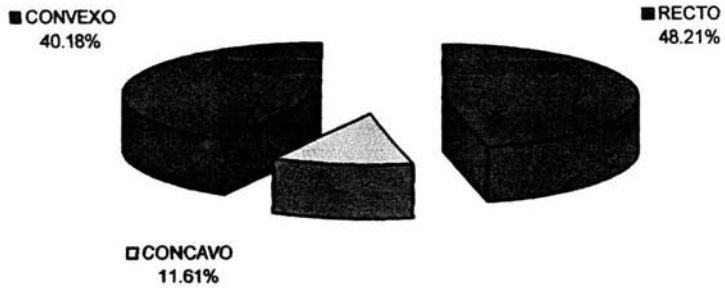


Fig. 3 Perfil Convexo



Fig. 4 Perfil Recto

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TIPO DE PERFIL
EN AMBOS GÉNEROS DE 112 ALUMNOS DE 1er
INGRESO F. O. UNAM 2004**



FUENTE DIRECTA

Gráfica 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL PERFIL POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
PERFIL	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Recto	40	14	54	42.81
Cóncavo	10	3	13	11.61
Convexo	36	9	45	40.18
TOTAL	n=86	n=26	N=112	100

FUENTE DIRECTA

Tabla 4

La mordida cruzada estuvo presente en el 16.07% de la población estudiada, un 4.46% con mordida cruzada anterior (Fig. 5), 5.36% con mordida cruzada posterior derecha, un 5.36% con mordida cruzada posterior izquierda (Fig. 6) y un 0.89% con mordida cruzada posterior bilateral. En el sexo femenino los resultados fueron un 4.65% con mordida cruzada anterior, un 4.65% con mordida cruzada posterior derecha, un 6.98% con mordida cruzada posterior izquierda y un 1.16% mordida cruzada posterior bilateral. En el sexo masculino un 1.16% con mordida cruzada anterior, un 2.33% con mordida cruzada posterior derecha, no se encontró ningún caso con mordida cruzada posterior izquierda y mordida cruzada posterior bilateral. (Tabla 5 y gráfica 5)

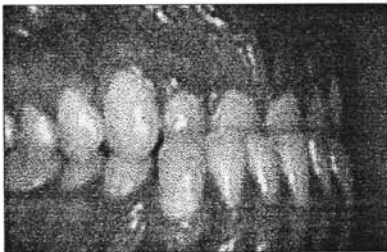
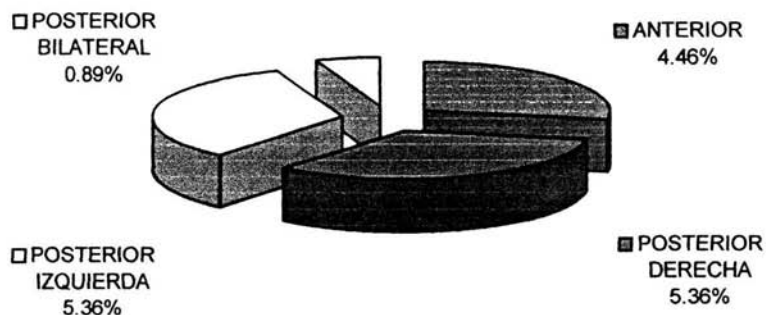


Fig. 5 Mordida cruzada anterior



Fig. 6 Mordida cruzada posterior izquierda

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MORDIDA
CRUZADA EN AMBOS GENEROS DE 112
ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004**



FUENTE DIRECTA

Gráfica 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MORDIDA CRUZADA POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
MORDIDA CRUZADA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Anterior	4	1	5	4.46
Posterior Derecha	4	2	6	5.36
Posterior Izquierda	6	0	6	5.36
Posterior Bilateral	1	0	1	0.89
TOTAL	15	3	18	16.07

FUENTE DIRECTA

Tabla 5

En las alteraciones relacionadas a los órganos dentarios la que se presentó más frecuente clínicamente fue la giroversión (Fig. 7) en un 89.29% de los alumnos estudiados, seguida de los diastemas (Fig. 9) con un 11.61%, la pérdida prematura de un órgano dentario el más frecuente fue el primer molar, en un 10.61%, caninos elevados (Fig. 8) un 6.25%, dientes supernumerarios un 0.89%, hipodoncia 1.16% y microdoncia un 0.89%. En el sexo femenino la giroversión de órganos dentarios fue lo más frecuente con un 89.53%, seguida de los diastemas con un 11.63%, pérdida prematura de algún órgano dentario, un 10.47%, caninos elevados 6.98%, dientes supernumerarios 1.16%, hipodoncia 1.16% y microdoncia 1.16%. En el sexo masculino lo más frecuente fue la giroversión con un 88.46%, seguida de la pérdida prematura de algún órgano dentario 11.54%, al igual que los diastemas 11.54%, caninos elevados 3.86%, dientes supernumerarios, hipodoncia y microdoncia no se encontraron. (Tabla 6 y gráfica 6)

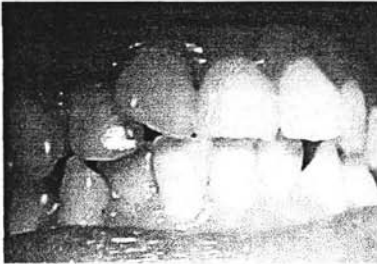


Fig. 7 Giroversión

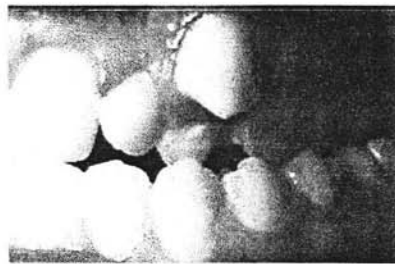


Fig. 8 Canino elevado

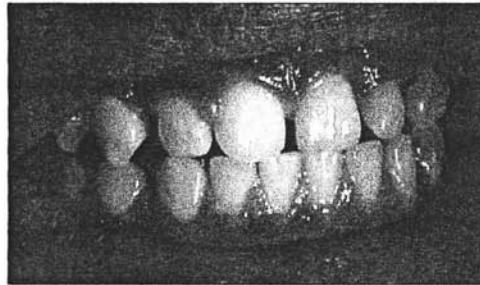
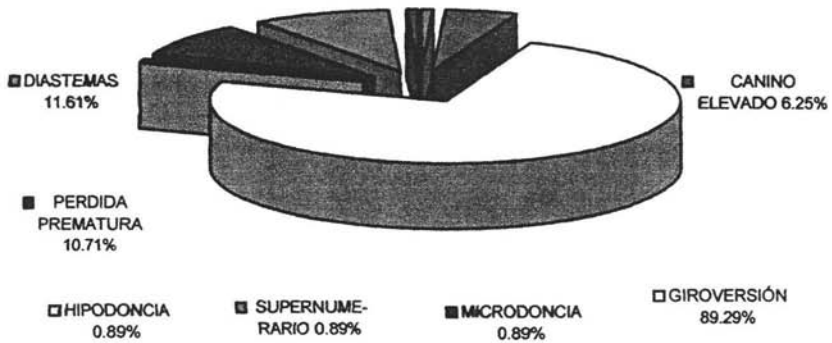


Fig. 9 Diastemas

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ALTERACIONES EN LOS ORGANOS DENTARIOS EN AMBOS GENEROS DE 112 ALUMNOS DE PRIMER INGRESO F.O. UNAM 2004



FUENTE DIRECTA

Gráfica 6

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ALTERACIONES EN LOS
ORGANOS DENTARIOS POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er.
INGRESO F. O. UNAM 2004.**

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Supernumerarios	1	0	1	0.89
Caninos Elevados	6	1	7	6.25
Giroversión	77	23	100	89.29
Hipodoncia	1	0	1	0.89
Perdida Prematura	9	3	12	10.61
Diastemas	10	3	13	11.61
Microdoncia	1	0	1	0.89

FUENTE DIRECTA

Tabla 6

El porcentaje de apiñamiento fue de un 44.64% localizado en la zona anterior inferior (Fig. 11), un 42.86% en la zona anterior superior (Fig. 10), un 2.68% en la zona posterior superior izquierda (Fig. 13), un 1.79% en la zona posterior superior derecha, por último un 1.79% en la zona posterior inferior derecha. En el género femenino la localización del apiñamiento fue de un 46.51% en la zona anterior superior, un 43.02% en la zona anterior inferior, un 2.33% en la zona posterior superior izquierda y un 1.66% en la zona posterior inferior derecha. En el género masculino la localización del apiñamiento fue de un 50% en la zona anterior inferior, un 30.77% en la zona anterior superior, un 7.69% en la zona posterior superior derecha y un 3.85% en la zona posterior superior izquierda. (Fig. 12, Tabla 7 y gráfica 7)



Fig. 10 Apifiamiento anterior inferior



Fig. 11 Apifiamiento anterior superior

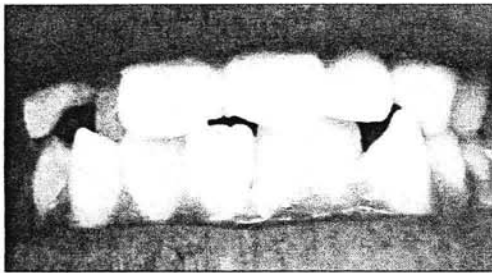


Fig. 12 Apifiamiento anterosuperior y anteroinferior



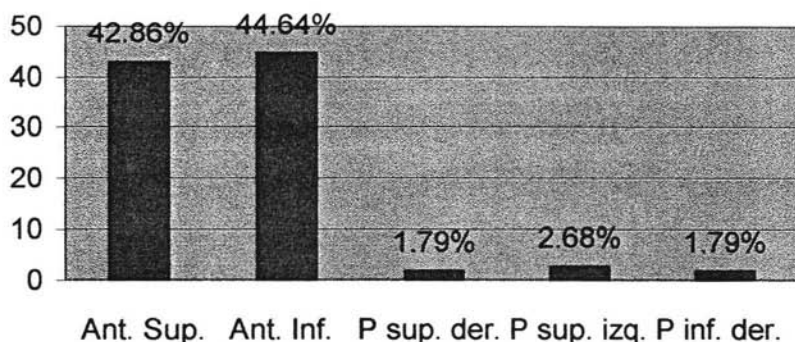
Fig. 13 Apifiamiento posterior Izquierdo

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA LOCALIZACIÓN DEL APIÑAMIENTO DENTAL POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
APIÑAMIENTO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Anterior superior	40	8	48	42.86
Anterior inferior	37	13	50	44.64
Posterior sup. der.	0	2	2	1.79
Posterior sup. izq.	2	1	3	2.68
Posterior inf. der.	1	1	2	1.79

FUENTE DIRECTA

Tabla 7

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA
LOCALIZACIÓN DEL APIÑAMIENTO DENTAL
EN AMBOS GENEROS DE 112 ALUMNOS DE
1er INGRESO F.O. UNAM 2004**



FUENTE DIRECTA

Gráfica 7

En el traslape vertical los porcentajes obtenidos fueron de un 56.25% de alumnos en los que el incisivo central superior cubría un tercio de la corona del incisivo central inferior, 13.39% que cubría dos tercios de corona, un 21.43% con una relación de dientes incisivos centrales de borde incisal con borde incisal y 8.93% con mordida abierta anterior. El género femenino presento un 56.98% cubriendo un tercio de la corona, 10.47% cubriendo dos tercios de corona, 22.08% en relación borde con borde y 10.47% con mordida abierta. El género masculino presento un 53.85% cubriendo un tercio de la corona, 23.08% cubriendo dos tercios de la corona, 19.22% en relación borde con borde y 3.85% con mordida abierta. (Tabla 8 y gráfica 8)

RELACIÓN DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN ESTUDIANTES DE 1ER INGRESO F. O. UNAM 2004.



Fig. 14 Traslape vertical de 1/3 de corona

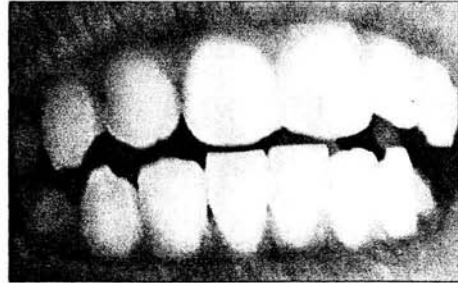


Fig. 15 Mordida abierta anterior

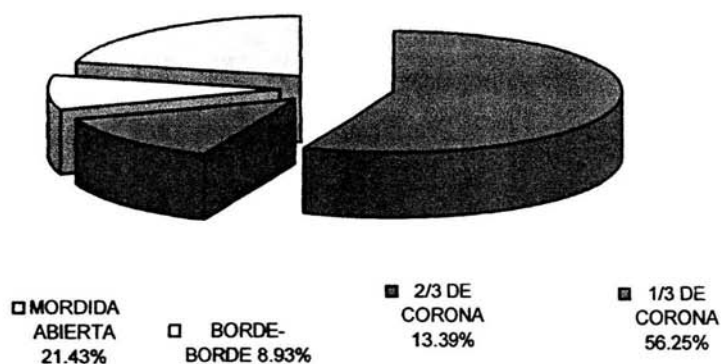


Fig. 16 Traslape vertical de 2/3 de corona en una Clase II división 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TRASLAPE VERTICAL POR GÉNERO EN 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
TRASLAPE	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
1/3 de corona	49	14	63	56.25
2/3 de corona	9	6	15	13.39
Borde-borde	9	1	10	8.93
Mordida abierta	19	5	24	21.43
TOTAL	86	26	112	100

FUENTE DIRECTA Tabla 8

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TRASLAPE
VERTICAL EN AMBOS GENEROS DE 112
ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004**



FUENTE DIRECTA

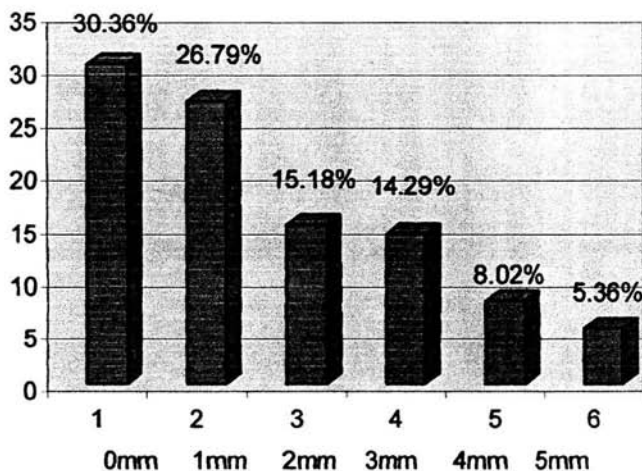
Gráfica 8

En el traslape horizontal se obtuvieron medidas en milímetros y se encontraron valores de 0 a 5 mm, siendo un 30.36% con un valor de 0 mm, 26.79% de 1 mm, 15.18% de 2 mm, 14.29% de 3mm., 8.02% de 4 mm y 5.36% de 5 mm. (Fig. 17). En el género femenino los porcentajes obtenidos fueron de 32.56% con un valor de 0 mm, 27.91% de 1 mm, 11.63% de 2 mm, 15.12% de 3 mm, 8.14% de 4 mm y 4.56% de 5mm. En el género masculino se obtuvo un 23.08% con un valor de 0mm, 23.08% de 1 mm, 26.92% de 2mm, 11.54% de 3 mm, 7.69% de 4mm y 7.69% de 5mm. (Tabla 9 y gráfica 9)



Fig. 17 Traslape horizontal en una Clase II división 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TRASLAPE HORIZONTAL EN AMBOS GENEROS DE 112 ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004



FUENTE DIRECTA

Gráfica 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TRASLAPE HORIZONTAL POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
TRASLAPE	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
0 mm	28	6	34	30.36
1 mm	24	6	30	26.79
2 mm	10	7	17	15.18
3 mm	13	3	16	14.29
4 mm	7	2	9	8.02
5 mm	4	2	6	5.36
TOTAL	86	26	112	100

FUENTE DIRECTA

Tabla 9

Los resultados con respecto a la alineación o desviación de la línea media fueron un 33.04% de línea media alineada (Fig. 19), un 30.04% de línea media inferior desviada a la izquierda, un 19.64% de línea media inferior desviada a la derecha, un 13.39% de línea media superior desviada a la derecha y un 11.61% de línea media superior desviada a la izquierda (Fig. 18). En el género femenino un 36.05% presentó una línea media inferior desviada a la izquierda, un 31.40% de línea media alineada, 18.60% de línea media inferior desviada a la derecha, 12.79% de línea media superior desviada a la izquierda y 10.47% de línea media superior desviada a la derecha. En el género masculino 38.46% presentó una línea media alineada, un 23.08% de línea media superior desviada a la derecha, un 23.08% de línea media inferior desviada a la derecha, un 11.54% de línea media inferior desviada a la izquierda y 7.69% de línea media superior desviada a la izquierda. (Tabla 10 y gráfica 10)

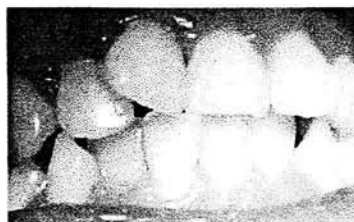


Fig. 18 Línea media desviada

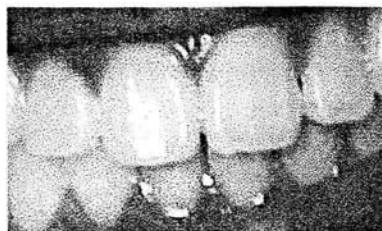


Fig. 19 Línea media alineada

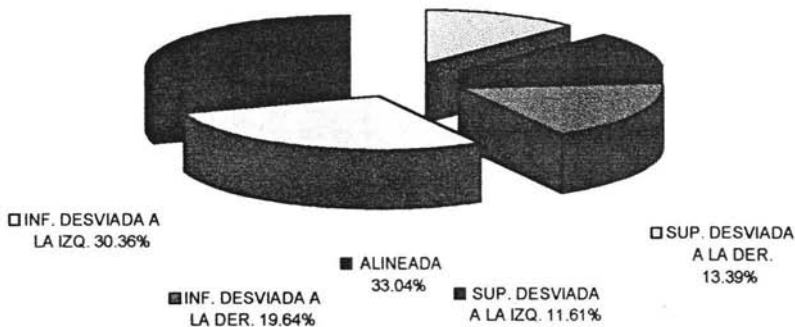
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA LÍNEA MEDIA POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
LÍNEA MEDIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Alineada	27	10	37	33.04
Sup. desviada a la der.	9	6	15	13.39
Sup. desviada ala izq.	11	2	13	11.61
Inf. desviada a la der.	16	6	22	19.64
Inf. desviada a la izq.	31	3	34	30.36

FUENTE DIRECTA

Tabla 10

RELACIÓN DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN ESTUDIANTES DE 1ER INGRESO F. O. UNAM 2004.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA LÍNEA
MEDIA AMBOS GENEROS DE 112 ALUMNOS
DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004**



FUENTE DIRECTA

Gráfica 10

Con respecto a los hábitos bucales un alto porcentaje de alumnos los presento 74.1%, los más frecuentes fueron la succión labial (Fig. 20) con 34.82% y la onicofagia (Fig. 21) con 25.89%, los menos frecuentes fueron protusión lingual 7.14%, respiración bucal 3.57%. succión digital 1.79% y bruxismo 0.89%. En el sexo femenino los más frecuentes fueron succión labial 31.40% y onicofagia 27.91%, los menos frecuentes fueron protusión lingual 9.30%, respiración bucal 3.49%, succión digital 2.33% y bruxismo 1.16%. En el genero masculino los más frecuentes fueron succión labial 46.15% y onicofagia 19.23% y el menos frecuente respiración bucal 3.85% estando ausentes la succión digital, bruxismo y protusión lingual. (Tabla 11 y gráfica 11)

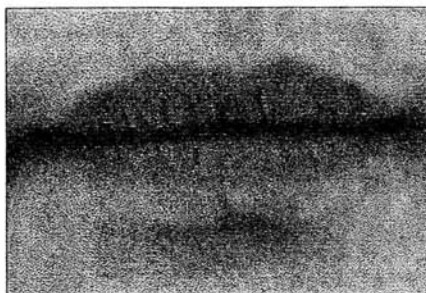


Fig. 20 Succión labial

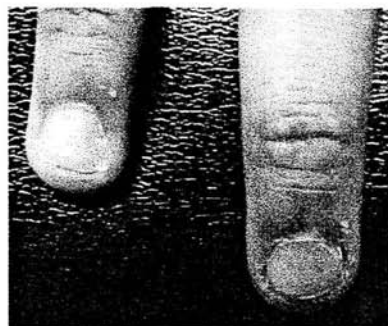


Fig. 21 Onicofagia

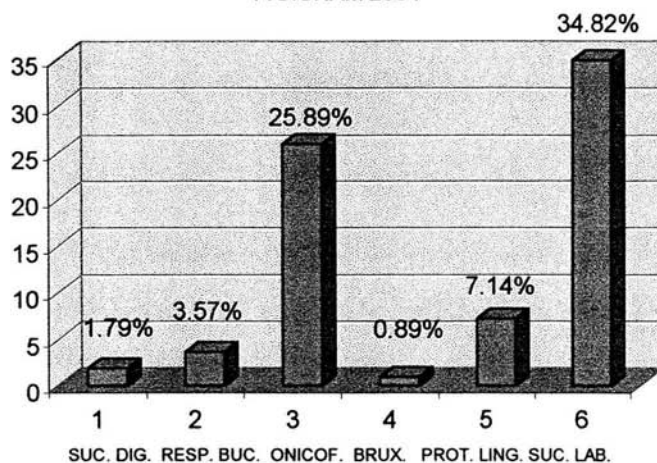
Cabe mencionar que se encontró una relación de los hábitos de protusión lingual, respiración bucal y succión digital con mordida abierta y el cierre labial anormal, y de la succión labial con un mayor traslape horizontal; así como la pérdida dental con la presencia de maloclusión.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS HÁBITOS BUCALES POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
HÁBITO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Succión digital	2	0	2	1.79
Respiración bucal	3	1	4	3.57
Onicofagia	24	5	29	25.89
Bruxismo	1	0	1	0.89
Protusión lingual	8	0	8	7.14
Succión labial	27	12	39	34.82
TOTAL	65	18	83	74.1

FUENTE DIRECTA

Tabla 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS HÁBITOS BUCALES
EN AMBOS GÉNEROS EN 112 ALUMNOS DE 1er INGRESO
F.O.UNAM 2004



FUENTE DIRECTA Gráfica 11

Un 8.04% de alumnos presento un cierre labial anormal (Fig. 22) y un 3.57% algún tipo de traumatismo en la cavidad bucal. En el género femenino un 10.47% con cierre labial anormal y 2.33% algún traumatismo en la cavidad bucal. En el género masculino solo se observo traumatismos en cavidad bucal con un 7.69%. (Tabla 12 y gráfica 12)



Fig. 22 Cierre labial anormal

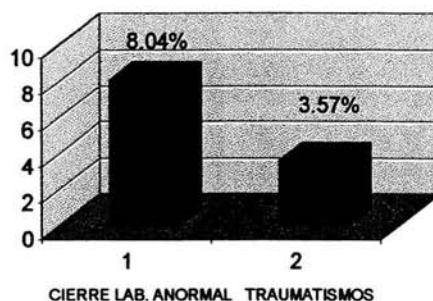
RELACIÓN DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN ESTUDIANTES DE 1ER INGRESO F. O. UNAM 2004.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRAUMATISMOS Y CIERRE LABIAL ANORMAL POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Cierre labial anormal	9	0	9	8.04
traumatismos	2	2	4	3.57

FUENTE DIRECTA

Tabla 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE TRAUMATISMOS Y CIERRE LABIAL ANORMAL POR GÉNERO EN 112 ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004



FUENTE DIRECTA

Gráfica 12

La relación que los alumnos hicieron de la maloclusión con respecto a la herencia fue de, un 25% ninguna, 42.68% le atribuye a la madre, 29.46% le atribuye al padre y 2.68% a ambos. El género femenino un 43.02% le atribuye a la madre, 29.07% le atribuye al padre, 2.33% le atribuye a ambos y

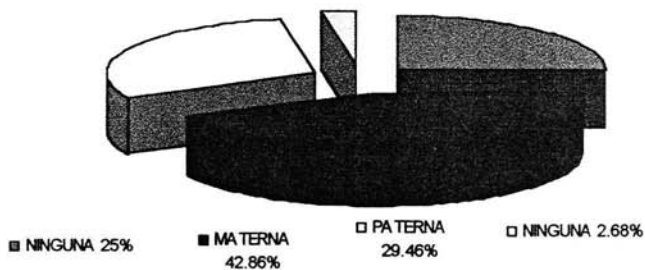
25.58% a ninguno. En el género masculino un 42.30% le atribuye a la madre, 30.77% le atribuye al padre, un 3.85% la atribuye a ambos y 23.08% a ninguno. (Tabla 13 y gráfica 13)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA HERENCIA POR GENERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
HERENCIA	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Materna	37	11	48	42.68
Paterna	25	8	33	29.64
Ambas	2	1	3	2.68
ninguna	22	6	28	25
TOTAL	86	26	112	100

FUENTE DIRECTA

Tabla 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA HERENCIA EN AMBOS GENEROS EN LOS ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004



FUENTE DIRECTA

Gráfica 13

RELACIÓN DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN ESTUDIANTES DE 1ER INGRESO F. O. UNAM 2004

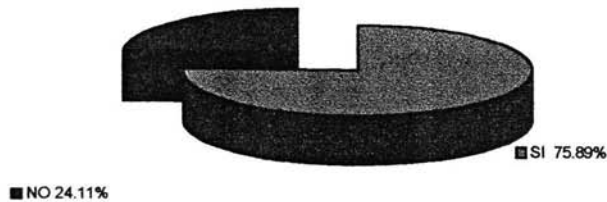
Un 75.89% de los alumnos manifestó presentar algún grado de desarmonía oclusal y un 24.11% consideró que no presentaba ninguna desarmonía. En el género femenino 84.62% manifestó presentar alguna desarmonía oclusal y 15.38% considero que no presentaba ninguna desarmonía. En el género masculino 73.26% manifestó presentar alguna desarmonía oclusal y 26.74% considero que no presentaba ninguna desarmonía. (Tabla 14 y gráfica 14)

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA APRECIACIÓN DE LA DESARMONIA OCLUSAL POR GÉNERO DE 112 ALUMNOS DE 1er. INGRESO F. O. UNAM 2004.				
APRECIACION	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
Si	63	22	85	75.89
No	23	4	27	24.11
TOTAL	86	26	112	100

FUENTE DIRECTA

Tabla 14

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA
APRECIACIÓN DE LA DESARMONIA OCLUSAL
EN AMBOS GÉNEROS POR PARTE DE 112
ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004



FUENTE DIRECTA

Gráfica 14

RELACIÓN DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN
ESTUDIANTES DE 1ER INGRESO F. O. UNAM 2004.

DISCUSIÓN

Al realizar este estudio nuestros resultados coinciden con autores como las Dras. Laura Saenz y Leonor Sánchez, aunque los tamaños muestrales son diferentes encontramos que la Clase I es la más frecuente en la población de la Facultad de Odontología con un 64.28% y en el estudio que las doctoras realizaron encontraron que la Clase I afectó un 76.8% de su población.

El Dr. Gerardo Ortega Valdés reportó en su estudio que el 67.31% de su muestra de estudiantes namibios presentaba una oclusión Clase I, seguida de la Clase III con un 7.69%, de igual manera en este estudio reportamos un 22.3% de alumnos que presentan Clase III.

Los Drs. Roberto Macías y Maira Caridad encontraron que un 63.33% de su muestra tenían hábitos bucales deformantes como succión digital, protusión lingual respiración bucal, onicofagia y bruxismo, coincide con los resultados de los participantes en esta investigación donde los pacientes presentan un 74.4% de hábitos como los mencionados, además de la succión labial.

**CUADRO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DEL TIPO DE
MALOCLUSIÓN DE DIFERENTES AUTORES Y EL PRESENTE ESTUDIO**

AUTOR	AÑO	MUESTRA	CLASE I	CLASE II	CLASE III	LUGAR
Ortega Valdes	1982	241	67.3%	3.85%	7.69%	Cuba
Diagre, Ba I	1988	1708	73.3%	12.75%	4.4%	Senegal
Sáenz, Sánchez	1994	5140	76.8%	16.9%	6.3%	Cd. de México
Macias, Caridad	1995-6	365	68%	20%	12%	Senegal
Silva, Kang	2001	507	62.9%	21.5%	9.1%	Estados Unidos
Presente estudio	2004	112	64.28%	13.39%	22.33%	F.O. UNAM

CONCLUSIONES

Después de realizar este estudio se llegó a la conclusión de que es importante estudiar las anomalías de la oclusión no solo de los alumnos de la Facultad de Odontología, sino también de los diferentes tipos de población del país ya que aunque concordamos con otros autores hay ciertas diferencias que se deben establecer para cada tipo de población y así poder ofrecer una mejor calidad en el servicio ortodóntico, tener una mejor planificación de tratamiento y conocer las características oclusales más prevalentes en nuestro país, de la misma forma se sugiere para futuros estudios el ampliar el tamaño muestral de la población de estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Massler Maury, Frankel John. Prevalence of malocclusion in children aged 14 to 18 years. *Am. J. Orthod.* 1951 37: 751-768.
2. Richard E. Emrich, Allan G. Brodie, and J. R. Blayney Prevalence of Class I, Class II, and Class III Malocclusions (Angle) in an Urban Population An Epidemiological Study. *J. Dent. Res.* 1965 September-October 44:(5)947-953.
3. Loren F. Mills, Epidemiologic Studies of Occlusion IV. The Prevalence of Malocclusion in a Population of 1455 School Children. *J. Dent. Res.* 1966 March-April 45:(2)332-336.
4. Lombardi Vincent and Bailit Howard: Malocclusion in the Kawaio, A Melanesian Group on Malaita, Solomon Islands. *Am. J. Phys. Anthrop.* 1972 36:283-294.
5. Grewe, Cervenka, Shapiro y Witkop: Prevalence of Malocclusion in Chippewa Indian Children. *J. Dent. Research* 1968 47:(2)302-305.
6. Cardenas Sotelo, Arcos Bergnes. Prevalencia de las afecciones dentomaxilofaciales en atletas cubanos de alto rendimiento. 1978 Mayo-Agosto *Rev. Cub. Est.* 15:(2) 53-68.
7. Hernández Pozo, Llano Montante, Díaz Narváez: Maloclusiones y su relación con la pérdida prematura de molares temporales y del primer molar permanente. *Rev. Cub. Est.* 1986 Enero-Abril 23(1):25-32.
8. D'Escriván de Saturno: Características de la oclusión de 3,630 escolares del Área Metropolitana de Caracas. *Acta Odontológica Venezolana* 1980 18(2):237-263.
9. Ortega Valdés: Características de la oclusión de 241 estudiantes namibios de la Isla de Juventud, 1982. *Rev. Cub. Est.* 1984 21:199-207.

10. Martínez S, Cobo P, Hernández M: Prevalencia de las maloclusiones en la población infanto-juvenil del área metropolitana de Oviedo. Rev. Esp. Est. 1986 6:437-448.
11. Nagwa H. ,El-Mangoury, N.,Mostafa Y. A.: Epidemiologic panorama of dental occlusion. Angle Orthod. 1990 60(3):207-213.
12. Kerosuo, Laine, Nyssonen, and Honkala: Occlusal characteristics in groups of Tanzanian and Finnish urban schoolchildren. Angle Orthod. 1991 61:(1)49-56.
13. Diagne F, Ba I, Ba-Diop K, Yamm AA, y Ba-Tamba A: Prevalencia de malocclusion in Senegal. Com. Dent. Oral Epidem. 1993 21: 325-326.
14. Saenz Martínez, Sánchez Pérez: Distribución de la oclusión en adolescentes de la Ciudad de México. Rev. ADM 1994 51:(1)45-48.
15. Villanueva J., Toranzo F.,Hernández C.: Patrones cefalométricos y tipos de maloclusiones en un grupo de población adulta de San Luis Potosí, México. Rev. ADM 1996 53:(6)282-284.
16. Proffit, Fields, Moray: Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: Estimates from the NHANES III survey. Int. J. Adult Orthod. Orthognath. Surg. 1998 13:(2)97-106.
17. Salas, Aguilar, Arguello, Coto, Montero, Sanabria, Tristán. Prevalencia de Maloclusiones en Adolescentes de 15 años del Gran Área Metropolitana: Análisis de Modelos.
<http://www.dentalaccocr.com/es/revistas/2001/art10/hoja005.html>
18. Macías Gil, Peralta Reytor, Diagnostico Ortodoncico Comunitario en dos consultorios medicos de familia. 2001.
<http://www.grm.sld.cu/bvirtual/multimed/2001/rm3-01/rmartl2.htm>

19. Silva Rebeka, Kang David: Prevalence of malocclusion among Latino adolescents. Am. J. Of Orthod. And Dent. Orthop. 2001 119:(3)313-315.
20. Graber T. M. Ortodoncia, 3ª edición, Ed. Interamericana-McGraw-Hill pp. 191-241.
21. Enlow Donald Crecimiento Maxilofacial 3ª edición Ed. Interamericana-McGraw-Hill pp. 201-230.
22. Canut Brusola José Antonio Ortodoncia Clínica Ed. Salvat 1992 pp. 95-104.
23. Proffit William R. Ortodoncia Teoría y Práctica 2ª edición Ed. Mosby/Doyma Libros 1994 pp. 133-154.
24. F. Juan Aguila Tratado de Ortodoncia Teoria y Practica Tomo I y II 1ª edición Ed. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericanas 2000.
25. Ash-Ramjford Oclusion 4ª edición Ed. McGraw-Hill-Interamericana, 1996.
26. Hernández Sampieri R. Fernández Collado C. Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación 2ª ed. México: McGraw-Hill; 1998.

VOCABULARIO

- **BRUXISMO:** Hábito lesivo por el cual el sujeto rechina sus dientes sin que ello tenga que ver con la masticación o la deglución.
- **CAUCASICO:** Raza blanca o europea.
- **DESARMONÍA:** Falta de armonía
- **DIASTEMA:** Intervalo natural, espacio libre o separación producida entre los dientes correlativos.
- **GIROVERSIÓN:** Cuando un diente tiene una rotación anormal ya sea hacia mesial o hacia distal.
- **HIPODONCIA:** Disminución del número normal de piezas en el arco dentario.
- **MALOCCLUSIÓN:** Cualquier desviación de la oclusión ideal. Condición patológica caracterizada por no darse la relación normal de las piezas dentarias con las demás en el mismo arco y con las del arco antagonista.
- **MESIOGRESIÓN:** Giroversión de un órgano dental hacia mesial.
- **MORDIDA ABIERTA ANTERIOR:** Cuando media un espacio entre las superficies incisales de las piezas superiores e inferiores cuando la mandíbula es llevada a posición oclusal céntrica habitual.
- **MORDIDA CRUZADA:** Anomalía de posición en que las piezas dentales superiores ocluyen por dentro de sus antagonistas.
- **NORMOCLUSIÓN:** (ver *oclusión normal*)
- **OCCLUSIÓN:** Hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto.

- **OCCLUSIÓN NORMAL:** Tipo de oclusión más equilibrado para cumplir con la función y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida en armonía con el conjunto estructural que denominamos aparato estomatognático.
- **ONICOFAGÍA:** Hábito de morder y comerse las unas, vicio que puede dar desvíos de uno o mas dientes.
- **PROTUSIÓN:** Proyección hacia delante.
- **ROTACIÓN DENTARIA:** Giroversión.
- **SUPERNUMERARIO:** Anomalía de número que consiste en el aumento de los que normalmente se presentan en el arco.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

RELACIÓN DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN
ALUMNOS DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004

Yo _____ autorizo para que se me practique un estudio sobre relación molar según la clasificación de Angle.

El estudio incluye un revisión bucal introduciendo en su momento un espejo bucal, abate lenguas, regla milimétrica (me han mostrado dichos instrumentos) los cuales servirán para recabar la información deseada.

Se me ha explicado detalladamente las condiciones en las que el estudio de sobre relación molar se me efectuarán. Se realizara en una clínica de la facultad con las condiciones de higiene así como los cuidados propios para mi persona sean adecuados. De la misma forma se me ha asegurado que los instrumentos que se introduzcan en mi boca no modificaran, dañarán o lastimarán. Estoy enterado (a) que no corro riesgo alguno.

Al término de mi revisión me informarán sobre mi estado de salud bucal.

Acepto participar
Nombre y firma del alumno

ANEXO 2

Núm. Identificación:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

RELACION DEL PRIMER MOLAR DE ACUERDO A LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN ESTUDIANTES DE 1er INGRESO F.O. UNAM 2004.

DATOS GENERALES.

Nombre: _____

Edad:

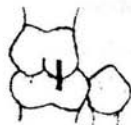
Delegación política de residencia: _____

Grupo:

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

INFORMACION EPIDEMIOLOGICA.

1. Relación molar clasificación de Angle



1.- Clase I

2.- Clase II Div. 1

3.- Clase II Div. 2

4.- Clase III

2. Tipo de perfil:



1).- Recto

2).- Concavo

3).- Convexo

3. Mordida Cruzada:

1.- Anterior

2.- Posterior derecha

3.- Posterior izquierda

4.- Bilateral

4. Organos dentarios.

- 1.- Supernumerarios 2.- Caninos elevados 3.- Giroversión
- 4.- Hipodoncia 5.- Perdida prematura 6.- Diastemas
- 7.- Macrodoncia 8.- Microdoncia

--	--	--	--

5. Apilamiento:

- 1.- Anterosuperior 2.- Anteroinferior 3.- Sup. derecho
- 4.- Sup. Izq. 5.- Inf. der. 6.- Inf. izq.

--	--	--

6. Traslape Vertical:

- 1.- 1/3 de corona 2.- 2/3 de corona 3.- 1 corona
- 4.- Mordida Abierta anterior 5.- Borde-borde

--

7. Traslape Horizontal (mm): _____**8. Línea Media:**

- 1.- Sup. desv. der 2.- Sup. desv. izq 3.- Inf. desv. der. 4.- Inf. desv. izq.
- 5.- Alineada

--	--

9. Hábitos bucales deformantes:

- 1.- Succión digital 2.- Respiración bucal 3.- Onicofagia
- 4.- Bruxismo 5.- Protusión lingual 6.- Succión de labio

--	--	--	--

10. Otros:

- 1.- Inserción de frenillo anormal 2.- Cierre Labial Anormal
- 3.- Traumatismos

--	--

11. Herencia:

- 1.- Ninguna 2.- Madre 3.- Padre 4.- Ambos

--

12. ¿Consideras que presentas alguna desarmonía oclusal?

- 1.- Si 2.- No

--