



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**NECESIDADES DE ATENCIÓN Y PERFIL DE
MALOCLUSIONES EN PACIENTES DEL SERVICIO DE
PRÓTESIS. F. O. UNAM. 2008.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

CÉSAR NATANAEL RODRÍGUEZ PUEBLA

TUTORA: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCÁMPO

ASESOR: C.D. JORGE PIMENTEL HERNÁNDEZ

MÉXICO, D.F.

2008



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.

Gracias a mi papa y mama que son la cosa más maravillosa que he podido disfrutar en esta vida, por comprenderme, etenderme, amarme, protegerme, apoyarme y respetar mis deciciones. Por hacerme un buen hombre y un ser feliz. Gracias por su apoyo, paciencia y amor. Con todo mi corazón. (pá y má).

A mis hermanos que los amo y siempre aun que no lo vean estan presentes en mi vida pues son un ejemplo para mi. (Nanchiss, Sele y Uli).

A dios, gracias a ti, por tu fuerza y amor para seguir adelante.

A mi tio que estoy seguro que estas orgulloso de mi estes donde estes. (Cmdte. Jesus Puebla).

A mis abuelas por sus consejos y amor Gracias Abue Carmen y Mama Maca.

A mis amigos y hermanos de toda la vida Robert, Jony, Tonic, Edgar, Sig, Ivan, Arturo, Carlos, Pavel, Toño, Omar, Brenda, Bruno, Tavo. Gracias por su amistad.

A Lily por enseñarme, amarme, apoyarme y comprenderme sin importar la adversidad todo lo podemos. Gracias ñi. Te amo.

A mis amigos de la facultad por su apoyo, las risas y sufrimientos Gigi, Salo, Estebano, Miguelito, Caro, Bety y Juan

A mis profesores por enseñarme y guiarme durante mi formación.

A toda mi familia primos, tias y tios por que son la base de toda mi vida los quiero mucho.

Al doctor Pimentel por enseñarme lo que jamas se aprenderia en un aula de clase.

Gracias doctora Arcelia Melendez por su consejo y guia en esta etapa de mi vida.

Al la institución que me hace sentir mas orgulloso que cualquiera, por darme la oportunidad de pertenecer a ti y darme todo el conocimiento para poder cumplir el sueño de mi vida. Gracias U.N.A.M.

Un hombre hace lo que puede

Hasta que su destino lo alcanza...

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. ANTECEDENTES.....	7
2.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	13
2.2. OCLUSIÓN.....	14
2.3. MALOCLUSIÓN.....	16
2.3.1. CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN.....	17
2.3.1.1. CLASIFICACIÓN DE ANGLE.....	17
2.3.1.2. CLASIFICACION DE LISHER.....	20
2.3.1.3. CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA.....	20
2.3.1.4. CLASIFICACIÓN TOPOGRAFICA.....	21
2.3.1.5. CLASIFICACIÓN POR LA EXTENSIÓN DE LA ANOMALÍA.....	21
2.4. FACTORES DE RIESGO.....	22
2.5. MORDIDA CRUZADA.....	24
2.6 MORDIDA ABIERTA.....	25
2.5.1 FACTORES DE RIESGO.....	25
2.7 OVERTJET Y OVERBITE.....	27
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
4. JUSTIIFICACIÓN.....	30
5. OBJETIVOS.....	31
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	31
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	31
6. METODOLOGÍA.....	32
6.1 Material y Método.....	32
6.2 Tipo de estudio.....	35

6.3 Población de estudio.....	35
6.4 Muestra.....	36
6.5 Criterios de inclusión.....	36
6.6 Variables de estudio.....	36
6.7 Definición conceptual y operacional de las variables.....	37
7. RESULTADOS.....	39
8. CONCLUSIONES.....	55
9. BIBLIOGRAFÍA.....	57
Anexo	

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos de la epidemiología bucal es la medición de los eventos observados a través del uso de indicadores de salud. Estos indicadores permiten conocer tanto promedios como distribuciones porcentuales, lo que facilita el trabajo de programación de insumos diseño de programas y atenciones prioritarias a los grupos de más alto riesgo.

Los eventos con mayor frecuencia que se presentan son caries y enfermedad periodontal en 1ª y 2ª lugar, y en este sentido, la OMS también a mencionado que el 3er. de prevalencia y necesidad de atención lo ocupan las alteraciones de oclusión y todas las variables asociadas a la mismas

Es bien sabido que para caries dental y enfermedad periodontal los indicadores utilizados son el CPO y ceo para la primera, y los mas actuales como el CPITN e índice de severidad y extensión de Carlos para la segunda, pero para maloclusiones generalmente se utilizo la clasificación de Angle pero era importante determinar otras variables como perdida de la dimensión vertical, mordida cruzada, mordida abierta, traslape horizontal y vertical., por mencionar algunas por lo que la OMS propuso un índice que mida estas variables y que permitiera reflejar la prevalencia de cada una de las alteraciones por separado lo que permitiría tener un panorama epidemiológico mas completo de la situación bucal de los individuos por lo que el presente estudio tiene como propósito presentar algunos aspectos que sobre maloclusiones son obtenidos con la utilización del índice de la OMS.

2. ANTECEDENTES

En el año 2003 Iglesias valoró la salud bucal en los niños de Vigo con dentición primaria la muestra fue de 441 niños entre los 14 y 92 meses de edad todos ellos con dentición primaria al inicio del estudio.

Se observó que el 90.92% de de la muestra es ortognática, el 8.17% es retrognática y el 0.91% es prognática; la prevalencia de la maloclusión fue de 39.2% siendo leve en el 21.3%, moderado en el 14.5 % y severa en el 3.4% de la población total, siendo así, las maloclusiones más frecuentes son los apiñamientos, las mordidas abiertas anteriores y las mordidas cruzadas.

Las diversas anomalías orales afectan a un 6.75% de la muestra y el autor concluyo que el diagnostico precoz de la maloclusión admite la posibilidad de planificar el tratamiento según la necesidad del niño. Las anomalías dentales en la dentición temporal advierte sobre la contingencia de encontrar la misma anomalía o más severa en la dentición permanente.¹

Los resultados en maloclusiones determinados por Murrieta donde midió tipo de oclusión dental y posible dependencia con la edad y género. Fuerón analizados 675 adolescentes se tomarón en cuenta los criterios establecidos por Angle y Dewey y Anderson.

Se encontró que la tasa de prevalencia por maloclusiones fue de 96.4%:100/ adolescentes resultando la clase I de Angle la mas frecuente (72.8%), resultando 5 y 7 veces mayor que las clases II y III, con una estimación a nivel poblacional entre 69% y 76%.

La maloclusión clase I, tipo 1 fue la más frecuente, considerando la clasificación de Dewey-Anderson (58.3%) la prevalencia por edad resulto no ser estadísticamente significativa. Los autores concluyeron que la alta prevalencia de maloclusiones clase I de Angle y el tipo 1 de acuerdo a Dewey-Anderson probablemente se desarrollaron por el inadecuado crecimiento de los maxilares y por la deficiente función masticatoria. No se encontraron diferencias significativas por edad, lo que no sucedió por género, mostrándose un riesgo mayor para el femenino. Debido a que la mayoría de los casos de maloclusión observados fueron clase I, caracterizados en su mayoría por desplazamientos dentarios, su pronóstico es favorable, ya que pueden ser corregidas a través de terapéuticas ortodóncicas de baja complejidad y de menor costo.²

En términos de frecuencia y distribución de alteraciones o desviaciones de normalidad de la oclusión en la dentición temporal, se estudiaron niños de 0 a 6 años y ambos sexos, donde se educó a la población y sobre causa efecto de las maloclusiones en esta etapa precoz, para que, una vez adquirido el conocimiento, se prevenga en base en ejercitar las funciones orales normales e impedir la instalación de hábitos perniciosos, como origen principal. Se encontró que 62% de la población de esta corta edad.

Tienen desviaciones que rompen el patrón de normalidad para la dentición temporal, en la mayoría de los casos, hubo presencia de hábitos alrededor de las maloclusiones diagnosticadas, entre los hábitos de mayor presencia fue chupa dedo, deglución atípica, bruxismo y onicofagia. En menor medida respiración bucal, succión labial, biberón, chupete y morder objetos. Los planos terminales que predominaron fueron el mesial ligero 61% y recto 33%. Los arcos de Baume tipo I y II en 50%.

El alcance de la prevención para esta etapa, es alto, ya que las relaciones intermaxilares definidas por los planos terminales, son óptimas en la mayoría de los niños, el 48% podría sostenerse en salud y 62% podría modificarse el curso de las alteraciones diagnosticadas, ejercitando las funciones orales correctas, evitando y eliminando hábitos perniciosos, y desde luego vigilando el curso normal del crecimiento y desarrollo.

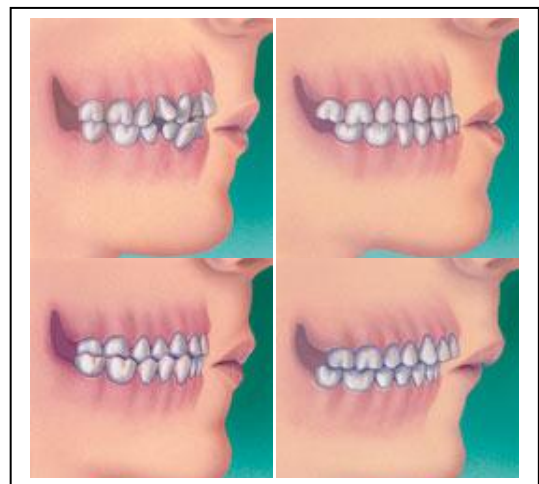
Cambior y cols. en el 2008 realizaron un estudio en el centro odontopediátrico de Carapa con una muestra de 10,343 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 16 años de edad, que asistían al centro desde hace 7 años, con finalidad de demostrar la proporción de pacientes con maloclusión, a su vez informar a la población acerca de este tema, la etiología, prevención y tratamiento a una edad temprana. Debemos tener presente que la apariencia dental y facial, ya sea de un niño o de un adolescente, determina en gran medida su grado de autoestima personal, que suele aumentar a medida que el tratamiento armoniza los dientes, los labios y cara del paciente.³

Es evidente que la clase I de Angle es la de mayor prevalencia como se determinó en el estudio realizado en la FO durante el periodo comprendido de 1998 al 2004 y se encontró que de 226 pacientes presentan clase I según Angle, que representa el 52.8% del total de la muestra, 145 pacientes que equivale al 33.9% presentan clase II y 57 pacientes presentan clase III que representa el 13.3%. No se encontraron asociaciones significativas entre la edad, el sexo y tipo de maloclusión. Lo anterior, a través de un análisis descriptivo, transversal y retrospectivo de la información para identificar el tipo de maloclusiones existentes.⁴

El estudio de las malposiciones dentarias y la posición dental normal no es de reciente estudio ya que desde 1899 Angle diseñó el índice de maloclusiones donde el indicador más importante es la relación molar. A partir de este siglo se fueron desarrollando estudios para conocer la prevalencia de la distoclusión, mesioclusión y neutroclusión así como la serie de trastornos y patologías relacionadas con la oclusión como los realizados por Summers en 1966 realizó el llamado índice oclusal el cual se basa en nueve mediciones:

- Relación Molar
- Sobremordida
- Overjet
- Mordida cruzada posterior
- Mordida abierta posterior
- Desplazamiento o rotación dental
- Relación de la línea media
- Incisivos superiores permanentes faltantes.

Las mediciones son cuantificadas de forma cualitativa para entrar en grado, calificación y clase con lo cual se obtiene una descripción de la maloclusión según Summers.⁵



Varios autores han propuesto índices para determinar algunos aspectos de los tipos de oclusión, unos se diseñaron de forma cualitativa registrando la presencia o ausencia de variables, otros los diseñaron de forma cuantitativa dándoles valores a las mediciones. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Índices de Maloclusión.

MÉTODO	NOMBRE DEL ÍNDICE	AUTOR Y AÑO
Cualitativo		Angle, 1899
Cualitativo		Stallard, 1932
Cualitativo		Mc Call, 1944
Cualitativo		Scalre, 1945
Cuantitativo		Massler y Frankel, 1951
Cuantitativo		Vankirk y Pennell, 1959
Cuantitativo		Draker, 1960
Cualitativo		Fisk, 1960
Cuantitativo		Grainger, 1960-61
Cuantitativo		Poulton y Aaronson, 1961
Cualitativo		Bjork, Krebs y Solow, 1964
Cuantitativo	Índice Oclusal	Summers, 1966
Cuantitativo	Índice de Tratamiento Prioritario. ITP	Grainger, 1967
Cualitativo	Índice de la OMS (Índice de Maloclusión)	Brzoukou, Free, Helm, Kalmarov, Sardoinfirri y Solow, 1981
Cualitativo		Kinaan y Burke, 1981
Cualitativo	Índice de Estética Dental. DAI	Jenny, Cons, 1986
	Estandarización continua del Índice de Estética	Evans y Shaw, 1987
Escala Graduada	Índice de Tratamiento Ortodóntico Prioritario IOTN	Brook y Shaw, 1989
	Índice de Severidad de Maloclusiones	Hill, 1992
Cualitativo	NHANES III, EU, (Medición de las características oclusales)	1988-1994

Fuente⁶

2.1 EPIDEMIOLOGÍA

El estudio de la epidemiología de la maloclusión pone en evidencia elevadas proporciones de individuos que las padecen, y es sobre estimada la prevalencia cuando ésta es clasificada como leve, moderada o severa como se evidencia en el estudio realizado en la población escolar de la clínica de prótesis de la facultad de odontología de la UNAM.

La incidencia en maloclusión varía ampliamente en los países del mundo. La variación en los patrones oclusales en las sociedades antiguas es menor que la que se observa en poblaciones más heterogéneas. Debido a que en poblaciones de raza más pura podemos observar que las alteraciones de generación a generación son más frecuentes, un ejemplo, es el de los aborígenes australianos donde se observaba frecuentemente una oclusión ideal.⁷

El apiñamiento y la desalineación dentaria en poblaciones de origen primitivo o culturas más antiguas en las que se conserva de forma más pura la raza es raro encontrar estos trastornos de maloclusión debido a que de generación en generación se hereda una buena armonía dentaria.

La variación entre grupos primitivos y modernos no se ha podido explicar se le ha atribuido al efecto de la selección natural, endogamia contra exogamia y a factores ambientales. Lo que es cierto es que no se ha comprobado por que existe un aumento de las maloclusiones en proporción al desarrollo de la sociedad.

La tasa de maloclusión en países desarrollados es mayor que en países con menor desarrollo principalmente en los Estados Unidos más que otros.⁷

2.2 OCLUSIÓN

“El diccionario define el término oclusión como la acción de cierre o de ser cerrado. En odontología con frecuencia denota una relación estática, de contacto dental morfológico”. La descripción de oclusión normal suele incluir contactos oclusales, alineamiento de los dientes, sobremordida vertical y horizontal, el acomodo y relación de los dientes dentro del arco y entre éstos, y la relación de los dientes con las estructuras óseas.

La oclusión sana normal debe indicar adaptabilidad fisiológica y ausencia de manifestaciones patológicas. Sin embargo, autores como Ash y Ramfjord dicen que la definición debería de contener el concepto de una relación funcional multifactorial ente los dientes y otros componentes del sistema masticatorio, así como otras áreas de cabeza y cuello que directa o indirectamente se relacionan con función, para función o disfunción de dicho sistema.⁵

Una oclusión orgánica debe ser estable consolidada a través de las unidades de oclusión de los dientes posteriores, el concepto es valido si de forma tridimensional lleva una correcta alineación puesto que un diente desalineado tiene la posibilidad de ocluir pero no lo excluye de que este no provoque una desoclusión.⁶

**Cuadro 2.
Oclusión – Desoclusión.**

OCLUSIÓN	DIENTES POSTERIORES	CÉNTRICA	FUNCIÓN
DESOCCLUSIÓN	DIENTES ANTERIORES	EXCÉNTRICA	PARAFUNCIÓN

*FUENTE*⁸

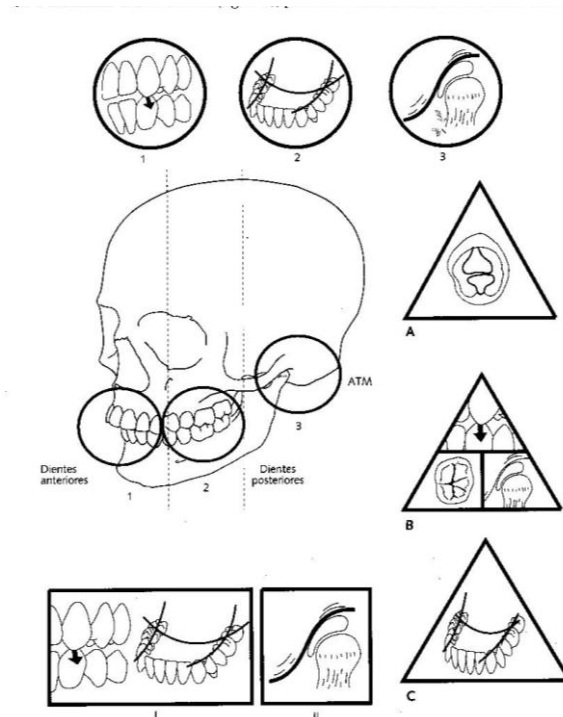
Tradicionalmente, cualquier desviación de la oclusión ideal representa lo que Guilford denominó maloclusión. Por supuesto la oclusión ideal rara vez se encuentra en la naturaleza y por lo tanto es mejor llamar a este concepto la oclusión ideal imaginaria.⁷

Lamentablemente no existe una definición aceptable o clara de oclusión normal, para lo que algunos es la definición idónea, para otros es incompleta, por ello es que cada autor o investigador del área debe de crear de alguna forma un concepto propio y lo mas complementado en base a la literatura que existe para poder definir de forma personal el concepto.

2.3 MALOCLUSIÓN

Los factores de la maloclusión son aquellos elementos anatómicos capaces de producir o modificar la maloclusión y pueden ser clasificados de diferentes maneras:

1. Según su ubicación. Anteriores (Guía anterior o maloclusión anterior), intermedios (la alineación tridimensional de los dientes posteriores) y los posteriores al comportamiento cinemático de las ATM. (fig. 2 [1.2.3.]
2. Según su comportamiento. Como fijos (la conformación anatómica de las ATM y variables (los podemos modificar con tratamientos de rehabilitación como la guía anterior y los dientes posteriores.(fig.2 [I. II])
3. Según el grado de importancia. Por su participación durante el procedimiento de rehabilitación:
 - Elementales, los niveles de la oclusión.(fig.2 [A])
 - Primarios, ATM, guía anterior y alineación tridimensional. (fig. 2 [B.C])



Maloclusión es un evento multifactorial medible y comparativo del sistema estomatognático que afecta al individuo de forma general en el desarrollo de su vida cotidiana.⁹

2.3.1 CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

2.3.1.1 CLASIFICACIÓN DE ANGLE

Esta clasificación sigue vigente hasta nuestros días desde que Edward Angle en 1899 legó el esquema de la división de maloclusiones por “clase”.

Dividiendo en tres grandes grupos a las maloclusiones:

Clase I. caracterizada por una relación del primer molar permanente normal: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior.

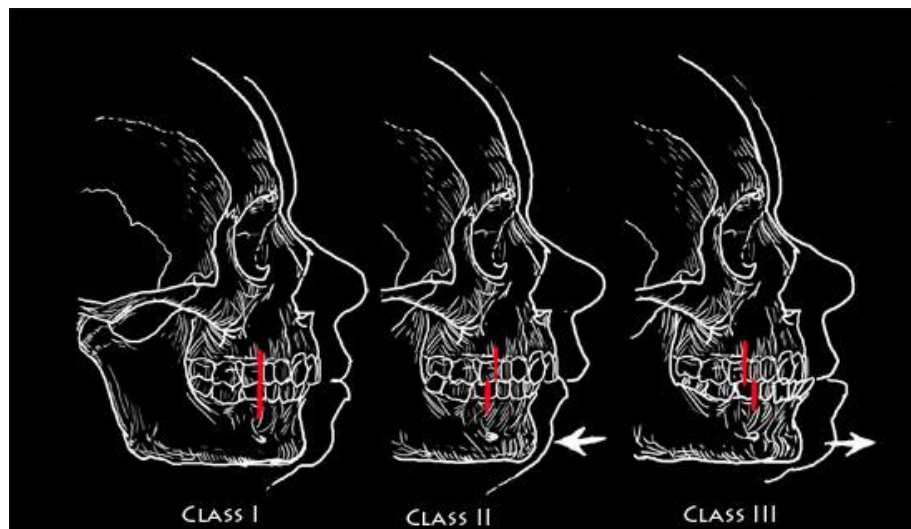
Siendo las relaciones sagitales normales, la situación maloclusiva consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos.

Clase II. 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. Toda la arcada superior está anteriormente desplazada o la arcada mandibular retruida con respecto a la superior. Dentro de esta clase II distingue diferentes tipos o divisiones.

La clase II división 1. Se caracteriza por estar los incisivos en protrusión.

La clase II división 2. Los incisivos centrales superiores están retroinclinados, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular y un aumento de la sobremordida interincisiva.

Clase III. El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada, o la maxilar retruida, con respecto a la antagonista.¹⁰



Cuadro 3
Clasificación de Dewey- Anderson de acuerdo a las
características de la maloclusión Clase I de Angle.

<u>MALOCLUSIÓN</u> <u>CLASE I</u>	<u>DESCRIPCIÓN</u>
Tipo 1	Presencia de incisivos apiñados y rotados.
Tipo 2	Presencia de dientes antero-superiores protruidos y espaciados.
Tipo 3	Presencia de dientes anteriores en mordida cruzada.
Tipo 4	Presencia de dientes posteriores en mordida cruzada, involucrando a los molares primarios, y posiblemente los molares primarios.
Tipo 5	Presencia o pérdida de espacio en el segmento posterior.

Fuente ¹¹

2.3.1.2 CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN DE LISHER.

Respecto al punto fijo de referencia de Angle de los primeros molares superiores, Angle denominó a las clases en:

1. Neutroclusión. A las clases I, por ser la que muestra una relación normal o neutra de los molares.
2. Distroclusión. A las clases II, en que el molar inferior ocluye por distal de la posición normal.
3. Mesioclusión. A las clases III, por que el molar inferior ocluye por mesial de la posición normal.

2.3.1.3 CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA.

Según la localización preferente de la maloclusión se distinguen 3 tipos:

1. Maloclusión ósea: afecta a uno o ambos huesos maxilares en la zona alveolar, o a nivel de las bases óseas, repercutiendo en el encaje dentario oclusal.
2. Maloclusión muscular: el equilibrio muscular es el primitivamente alterado y que causa la anomalía oclusal.
3. Maloclusión dentaria: es la propia dentición la que por su forma, tamaño o posición provoca la alteración oclusal.

2.3.1.4 CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA.

Distingue tres tipos de maloclusiones según el plano del espacio en que este localizada la maloclusión:

1. Maloclusión transversal: desviaciones en los segmentos bucales (mordidas cruzadas).
2. Maloclusiones verticales: sobremordidas y mordidas abiertas.
3. Maloclusiones sagitales: relaciones anteroposteriores de ambas arcadas.

2.3.1.5 CLASIFICACIÓN POR LA EXTENSIÓN DE LA ANOMALÍA.

1. Maloclusión local, que está circunscrita a una zona de la dentición afectando a un diente o a un pequeño grupo de dientes.
2. Maloclusión general, que comprende a toda una arcada dentaria o a las relaciones conjuntas entre ambas arcadas dentarias.¹⁰

2.4 FACTORES DE RIESGO

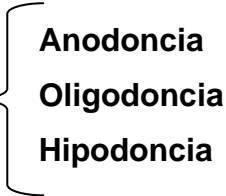
◆ Alteraciones en el desarrollo embrionario

Cuadro 4
Tératogenos que afectan al desarrollo dentofacial.

TERATÓGENOS	EFEECTO
Ácido retinóico 13-cis	Síndrome de ácido retinóico, posiblemente algunos casos de microsomía hemifacial, síndrome de Treacher Collins
Alcohol etílico	Deficiencia mesofacial central
Aminopterina	Anencefalia
Aspirina	Labio leporino y paladar hendido
Citomegalovirus	Microcefalia, hidrocefalia y microftalmia
Dilantil	Labio leporino y paladar hendido
Exceso de vitamina D	Cierre prematuro de las suturas
Humo de tabaco (hipoxia)	Labio leporino y paladar hendido
6-Mercaptopurina	Paladar hendido
Rayos X	Microcefalia
Talidomida	Malformaciones similares a la microsomía hemifacial, síndrome de Treacher Collins
Toxoplasma	Microcefalia, hidrocefalia, microftalmia
Valium	Labio leporino y paladar hendido
Virus de rubéola	Microftalmia, sordera, cataratas

Fuente⁹

- ◆ **Alteraciones en el crecimiento esquelético.**
 - A. Por el amoldamiento fetal y lesiones de parto.**
 - **Por amoldamiento intrauterino.**
 - **Traumatismos mandibulares durante el parto.**
 - B. Fracturas mandibulares inferiores.**

- ◆ **Disfunciones musculares**
- ◆ **Acromegalia e hipertrofia hemimandibular.**
- ◆ **Alteraciones en el desarrollo dental.**
 - a) Ausencia congénita de dientes 
 - Anodoncia**
 - Oligodoncia**
 - Hipodoncia**

 - b) **Dientes malformados y supernumerarios.**
 - c) **Interferencia en la erupción.**
 - d) **Erupción ectópica.**
 - e) **Perdida precoz de los dientes primarios.**
 - f) **Traumatismos dentales.**

- ◆ **Influencias genéticas.**
- ◆ **Influencias ambientales.**

2.5 MORDIDA CRUZADA

Anomalía de posición en que las piezas dentarias superiores ocluyen por dentro de sus antagonistas; puede ocurrir esto entre uno varios incisivos primarios en mordida cruzada anterior o a nivel de las piezas posteriores mordida cruzada lateral, por lo general unilateral.

La relación bucolingual o labiolingual de esos dientes es anormal. Un caso frecuente es cuando las cúspides vestibulares de algunas de las piezas posteriores superiores ocluyen por lingual de las cúspides vestibulares de los dientes antagonistas.¹²

Condición anormal en las cúspides linguales de las piezas posteriores superior ocluyen completamente por vestibular de las cúspides bucales de los dientes inferiores.



Mordida cruzada lingual. Condición anormal en que uno o más dientes superiores están en mordida cruzada hacia la línea media.

2.6 MORDIDA ABIERTA

Dícese cuando media un espacio entre las superficies oclusales e incisales de las piezas superiores e inferiores de los segmentos vestibulares o anteriores, cuando el maxilar inferior es llevado a la posición oclusal céntrica habitual. Como causas de este resalto sagital.

Cualquier interferencia con el curso normal de erupción y el desarrollo alveolar puede resultar una mordida abierta.



2.6.1 FACTORES DE RIESGO

Las causas generalmente pueden agruparse en tres encabezamientos:

- (1) Trastornos de la erupción dentaria y crecimiento alveolar, por ejemplo, molares primarios anquilosados;
- (2) Interferencia mecánica con la erupción y crecimiento alveolar, por ejemplo, un hábito de succión digital;
- (3) Displasia esquelética vertical. Esta última, aunque se ve con menos frecuencia, es un problema muy diferente y mucho más fácil.

El término "mordida abierta" significa falta de dientes antagonistas funcionales. Esta definición es no solo funcionalmente correcta, sino que es más pragmática.

Cuando existe el aumento entre los dientes anteriores, cabe citar el hábito infantil de morderse el labio o chaparlo y el de interponer la lengua entre los dientes

Superiores e inferiores presionándola con ellos. Este trastorno se ve con cierta frecuencia en la zona anterior de la boca, asimismo la consecuencia puede asentar en la zona posterior.¹²

En 1873, Tomás (citado en Schubert, 1993) "prescribió el concepto del balance de las fuerzas de los músculos labios, linguales, lo cual sugería que la fuerza física de los labios y la lengua, eran importantes para la forma del arco dental".¹³

La mordida abierta es la falla de un diente o varios dientes, para encontrar a sus antagonistas en el arco opuesto. Durante el curso normal de erupción se espera que los dientes y su hueso alveolar de soporte se desarrollaran hasta que los antagonistas oclusales se encuentren. Cualquier interferencia con el curso normal de erupción y el desarrollo alveolar puede resultar de una mordida abierta. Las causas generalmente pueden agruparse en tres grupos:

1. Trastornos de la erupción dentaria y crecimiento alveolar (molares primarios anquilosados).
2. Interferencia mecánica con la erupción y crecimiento alveolar (hábito de succión digital).
3. Displasia esquelética vertical.⁹

2.7 OVERBITE Y OVERJET

Overbite. Vocablo inglés que se refiere a la sobremordida vertical. Distancia en la margen incisal superior sobrepasa el margen incisal inferior cuando las piezas dentarias son llevadas a la oclusión habitual o céntrica.¹²



Overjet. Término del idioma inglés que designa a la sobremordida horizontal, es decir, una medida horizontal que representa la distancia entre la cara palatina de los incisivos inferiores cuando los dientes son llevados a oclusión céntrica o habitual.¹²

Strang definió la sobremordida como el solapamiento de los dientes anteriores superiores sobre los inferiores en el plano vertical. El término sobremordida profunda hace referencia a la forma exagerada en que los incisivos superiores cubren verticalmente los incisivos inferiores. Suele admitirse que más de 4mm de sobremordida o, en general, el solapamiento vertical de los incisivos es mas de un tercio de la dimensión vertical de la corona clínica de los incisivos inferiores constituye una sobremordida profunda. En ocasiones este signo es tan acusado que los incisivos inferiores se hayan totalmente cubiertos por los superiores.⁹

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presencia de maloclusiones no solamente representa un problema estético si no que esta también relacionado con alteraciones de articulación, fonación y deglución dentro de las alteraciones de la oclusión clasificados por Angle en clase II (mesioclusión) y clase III (distoclusión), también deben considerarse la presencia de mordida cruzada, mordida abierta, mordida borde a borde y los índices epidemiológicos utilizados en estudios poblacionales, no siempre registran las variables necesarias para tener un verdadero perfil de maloclusiones y necesidades de atención a razón de que no están incluidas todas las variables.

En este sentido el índice de Angle solo registra 3 eventos: mesioclusión, distoclusión y neutroclusión, Summers retoma a Angle y clasifica en 9 síndromes algunas alteraciones dejando por fuera el registro del overjet y overbite variables que determinan una maloclusión.

El índice de maloclusión de la OMS en su formato de medición de la salud de 1986 clasificaba con tres códigos el perfil de maloclusiones (0= Ninguna, 1= Leve, 2 = moderada o severa).¹⁴

Pero el inconveniente es que no registra las maloclusiones tipo II y tipo III y no clasifica aspectos como mordida abierta, alteraciones del traslape horizontal y vertical, diastemas, mordida cruzada, etc. Estos problemas derivan, en todos los casos, en maloclusiones dentales que de alguna forma tenían que entrar dentro de un registro que surge de las necesidades del individuo por una mejor salud integral bucal.

Ahora bien, cuando se desea recabar información en los pacientes que solicitan atención en la clínica de prótesis y se utiliza el formato de la OMS es necesario presentar las distribuciones porcentuales de los eventos de manera aislada y probablemente esto dificulta un tratamiento integral.

4. JUSTIFICACIÓN

Cuando un estudio epidemiológico es dirigido no solo a determinar la prevalencia de alguna alteración, sino a la identificación de otras variables que pueden estar incidiendo en la presencia y severidad de estas alteraciones, permite tener mas elementos de juicio para programar actividades factibles de ser aplicadas y sustentadas sobre las necesidades de atención .

El estudio Epidemiológico permite contar con información confiable y de primera mano, por lo tanto tener certeza en las conclusiones y en las comparaciones entre poblaciones.

El presente estudio presenta información sobre maloclusiones y otras variables en una muestra de pacientes que solicitarón atención en la clínica de prótesis de la facultad de odontología y esto permitirá que los alumnos puedan manejar índices epidemiológicos que le den sentido al análisis ya que a futuro pueda ser implementado como parte del programa de estudios durante la docencia de la materia de prótesis dental y otras disciplinas donde se tenga la necesidad e importancia de la oclusión dental.

En este sentido, podemos decir que el análisis de los pacientes que asisten a la clínica de prótesis es de suma importancia para recabar información epidemiológica de las maloclusiones dentales con el propósito de que se cuantifique el porcentaje de personas con necesidades diferentes de atención así como tener en cuenta que tipo de problemas se pueden presentar en la clínica para tener la mejor atención dental preventiva, correctiva y de mantenimiento al paciente, siendo la clínica de prótesis dental una de las opciones que se tienen para corregir el problema o en su caso ser remitido a otra área para su rehabilitación.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el perfil de maloclusión utilizando el formato corregido de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en pacientes adultos atendidos en la clínica de prótesis de la Facultad de Odontología UNAM, durante el período de Septiembre 2007 a Octubre de 2008.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ◆ Determinar el perfil sociodemográfico de los pacientes.
- Determinar la prevalencia de clase I por edad y género.
- Determinar la dimensión vertical y horizontal promedio por edad y género.
- Determinar la prevalencia de dientes con giroversión, inclinados y apiñados y el número promedio y quien de los familiares los presentan.
- Determinar la prevalencia de mordida cruzada anterior y posterior y en que proporción de casos la mordida cubre al diente.
- Identificar la proporción de casos que refieren la mordida cruzada coincidente con la de un familiar.
- Determinar la prevalencia de mordida abierta esquelética y dental e identificar quien de los familiares la presentan.
- Determinar la prevalencia de diastema e identificar la zona en donde se presenta con mayor frecuencia.

6. METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio se realizó en la clínica de prótesis dental de la FO de la UNAM y participaron 40 pacientes que solicitaron atención tanto en el turno matutino como vespertino.

La selección de los pacientes se hizo teniendo en función al día que asistieran y que quisieran participar, a cada uno de los pacientes se les aplicó una encuesta que contenía información sociodemográfica y se levantó información epidemiológica referente a las variables incluidas en el índice de maloclusiones de la OMS modificado.

Se diseñó un formato de encuesta con información sociodemográfica como edad, sexo, ocupación y escolaridad e información epidemiológica sobre maloclusiones y otras variables predisponentes como hábitos perniciosos (chupar dedo, morder los lápices, abrir botellas con los dientes, comer uñas y meter la lengua dentro de los dientes), presencia o no de oclusión clase I de Angle, mordida abierta esquelética o dental, familia con mordida abierta, anomalías dentales (dientes girados, dientes inclinados y dientes apiñados), familia con dientes apiñados, diastema en zona anterior superior o inferior, sobremordida vertical, sobremordida horizontal, mordida cruzada anterior o posterior, cobertura dental anterior y familia con mordida cruzada.

Las preguntas se hicieron de forma clara a fin de que el paciente entendiera con un lenguaje sencillo sin tecnicismo y accesible y fueron orientadas sus dudas conforme estas fueren surgiendo de acuerdo al cuestionario.

La revisión bucal se realizó con luz artificial de la unidad dental utilizando espejo plano del num. 5 con mango previa esterilización, abatelenguas y técnicas de barrera, el espejo facial se utilizó solo cuando los pacientes deseaban identificar lo que el encuestador mencionaba en base a una leve explicación del dato a obtener.

El investigador recibió calibración para el manejo del índice por parte de un patrón observador profesor con especialidad en prótesis adscrito a la Facultad de Odontología.

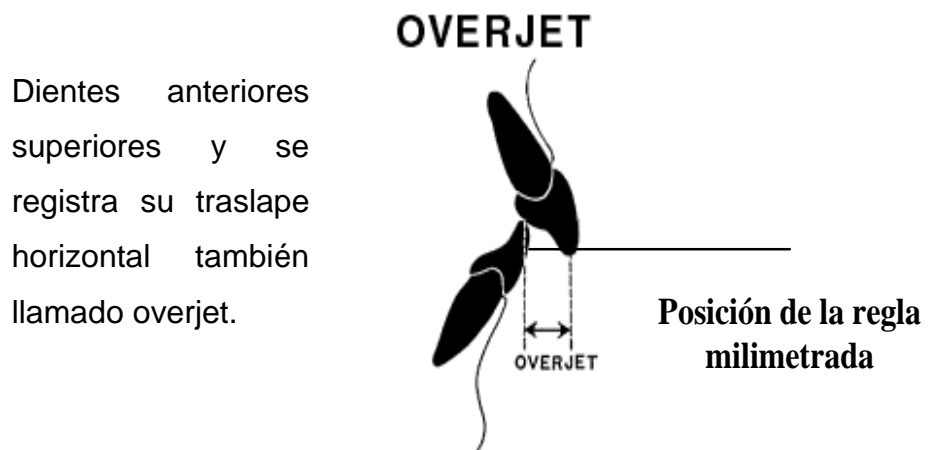
Para determinar los hábitos perniciosos se asentó la información que el paciente refirió, para determinar el tipo de oclusión se retrajo el carrillo y se observó la relación molar.

Para el registro del overjet y overbite se utilizó una regla milimetrada de endodoncia.

La exploración clínica para determinar el tipo de oclusión que presentaba fue realizada con el espejo de exploración al igual que el de mordida abierta.

Para determinar los dientes girados, inclinados y apiñamiento se utilizó un espejo o abatelenguas, retrayendo el labio con las manos enguantadas, de igual forma se registró la presencia de diastemas en la zona anterior superior o inferior.

Para tomar la medida de la sobremordida horizontal, se toma la regla milimetrada y se coloca al paciente sentado viendo hacia el frente boca cerrada pero mostrando los dientes, colocando la regla horizontalmente al plano oclusal en la parte anterior de los dientes centrales inferiores es recargada en su parte corta no milimetrada así la regla en su parte milimetrada se observara cuantos milímetros entra el borde de la regla, la medida el dato que vemos es de donde llegue su borde incisal de los anteriores superiores a topa con la cara vestibular de inferior.



En el caso de la sobremordida vertical se pide al paciente que cierre la boca que muestre los dientes y se marca con un lapicero sobre los dientes inferiores en su cara vestibular una línea horizontal justo donde llega el borde incisal de los centrales superiores se pide que habrá y de línea que se marco horizontalmente en la cara vestibular de los dientes anteriores inferiores, al borde incisal de los mismos observaremos los milímetros que nos marca en la regla y habremos obtenido el traslape vertical también llamado overbite.

Por último se preguntó al paciente acerca de lo que el ha observado en alguno de los miembros de su familia si el ha observado algunas anomalías en ellos como la mordida cruzada, la mordida abierta o los dientes apiñados con una previa explicación sencilla de lo que son estos trastornos a modo que el paciente pueda identificarlo y recordarlo en el momento de encuestar.

La información sociodemográfica y las variables epidemiológicas sobre aspectos asociados a maloclusiones se presentan en forma de distribución porcentual y en las variables cuantitativas se determino la diferencia estadística de los valores. El formato de encuesta se diseño teniendo en cuenta las variables que el índice de maloclusiones modificado de la OMS propone; la información fue capturada y se vació en una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS V15.

Para realizar el levantamiento de la información del índice se utilizarón los siguientes instrumentos:

- ◆ Regla milimetrada normalmente usada en endodoncia.
- ◆ Abatelenguas.
- ◆ Espejos estériles.
- ◆ Lapicero.
- ◆ Abatelenguas.
- ◆ Guantes para exploración.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que solicitaron atención en la Clínica de prótesis dental de la facultad de odontología de la UNAM.

6.4 MUESTRA

40 pacientes atendidos durante el período de Septiembre 2007 a Octubre de 2008.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes masculinos y femeninos de edades entre los 18 y 73 años de edad.
- Pacientes de la clínica que necesitan atención dental protésica.
- Pacientes con dientes en malposición dental que incluyan los anteriores.
- Pacientes que cuente con un 60 a 70 % de la dentadura total.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación
- Escolaridad.
- Hábitos.
- Apiñamiento.
- Anormalidades leves o importantes (dientes girados, inclinados y apiñados).
- Mordida abierta.
- Mordida cruzada.
- Cobertura de dientes en caso de traslape vertical.
- Sobremordida.

6.7 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Mordida cruzada anterior	Es considerada una malposición dentario con origen en lo genético y factores predisponentes del desarrollo dentofacial influenciados por hábitos. En la que la característica es la oclusión de los dientes anteriores inferiores por delante de los dientes anteriores superiores en diferentes grados y afectaciones.	Se determinó como presente o ausente
Mordida cruzada posterior	Determina con frecuencia alteraciones en la erupción de dientes que están erupcionando pero que no encuentran lugar en el arco. Se implican a veces hábitos lesivos como por ejemplo la mordedura del carrillo, complicando más las cosas. ¹²	Se determinó como presente o ausente
Mordida abierta	La mordida abierta es la falla de un diente, o varios dientes, para encontrar a los antagonistas en el arco opuesto. Durante el curso normal de erupción, se espera que los dientes y su hueso alveolar de soporte se desarrollarán hasta que los antagonistas oclusales se encuentren. ¹⁵	Se determinó como presente o ausente
Sobre mordida horizontal (Overjet)	Es la mordida en la que los incisivos sobresalen de la medida promedio 1 a 2 mm por delante de los inferiores. En un plano horizontal con respecto al plano oclusal.	Se determinó en milímetros

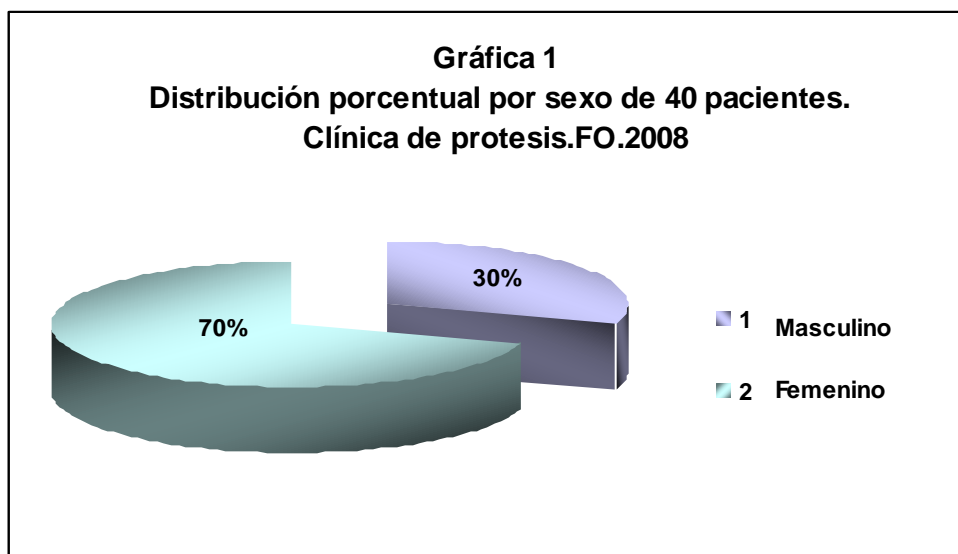
<p>Sobremordida vertical (overbite)</p>	<p>En este tipo de oclusión los incisivos superiores sobre pasan el alineamiento de los inferiores, sobresaliendo unos cuantos milímetros y estableciendo un espacio vacío entre ambas arcadas.¹⁶</p>	<p>Se determinó en milímetros</p>
<p>Diastema</p>	<p>Intervalo natural, espacio libre o separación producida entre dos dientes correlativos como los incisivos o entre éstos y los caninos. En los arcos temporarios, su inexistencia se ha interpretado como una disminución o detención del desarrollo maxilar.¹²</p>	<p>Se determinó como presente o ausente</p>
<p>Anomalías leves o importantes</p>		
<p>Dientes girados</p>	<p>Son órganos dentarios que no tienen la posición considerada como normal dentro del arco dentario ya sea transversal o vertical y es medible en grados.</p>	<p>Se determinó como presente o ausente y número.</p>
<p>Dientes inclinados</p>	<p>Posición que guarda una o varias piezas dentales fuera del arco dentario en proinclinación o retroinclinación.</p>	<p>Se determinó como presente o ausente y número.</p>
<p>Dientes apiñados</p>	<p>Son las piezas que se encuentran en superposición unas de otras en las que se afectan de forma generalizada y alteran la función la forma y estética dental.</p>	<p>Se determinó como presente o ausente y número.</p>

8. RESULTADOS

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

SEXO

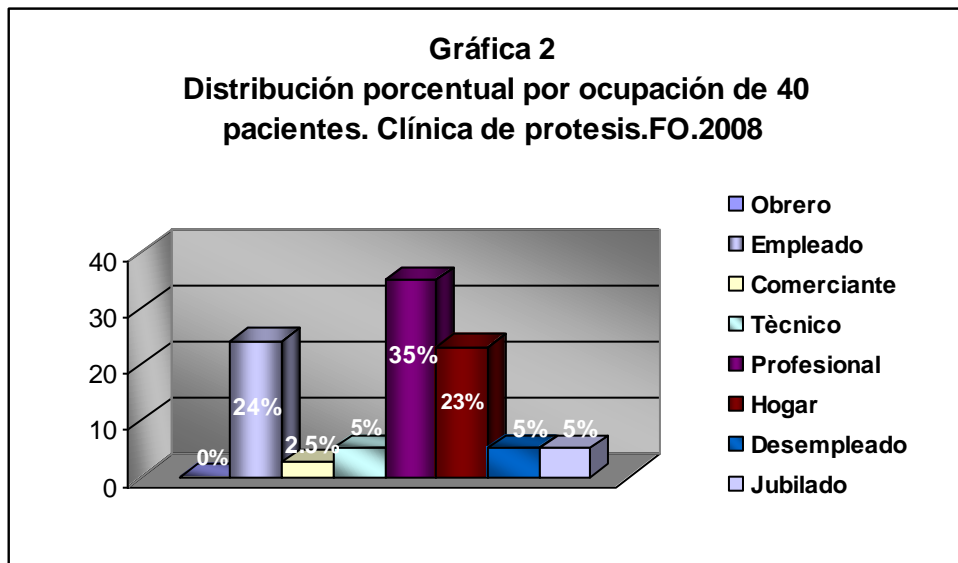
En el estudio participaron 40 pacientes de los cuales se observó que la mayor proporción corresponde a al sexo femenino con una representación porcentual del 70% por tan solo el 30% de los hombres por lo que podemos decir, la atención dental en la clínica de prótesis de la facultad es 7:3 en proporción a los hombres. (Gráfica 1)



Fuente directa

OCUPACIÓN

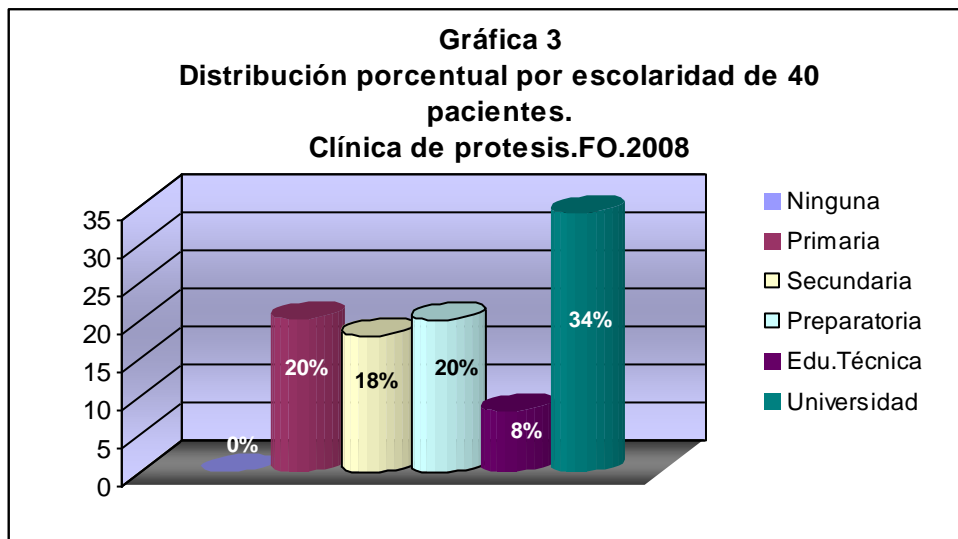
De acuerdo a la muestra de los 40 pacientes podemos observar que el mayor porcentaje en el gráfico esta representado por el 35% y es de personas que tienen una ocupación como profesional lo que haría pensar que la atención dental no esta limitada a ninguna persona, pero el asistir a la atención dental si esta limitada por la educación y los medios económicos otra observación en esta gráfica esta el porcentaje como número dos el que representa a empleado y número 3 al hogar de forma generalizada en prótesis estas personas son las de mayor asistencia a las clínicas de prótesis de la facultad. (Gráfica 2)



Fuente directa

ESCOLARIDAD

La distribución porcentual de la gráfica 3 nos muestra que el 34% de los 40 pacientes atendidos en la clínica de prótesis tiene los estudios superiores universitarios la proporción es equivalente por la ubicación del levantamiento del índice. (Grafica 3)

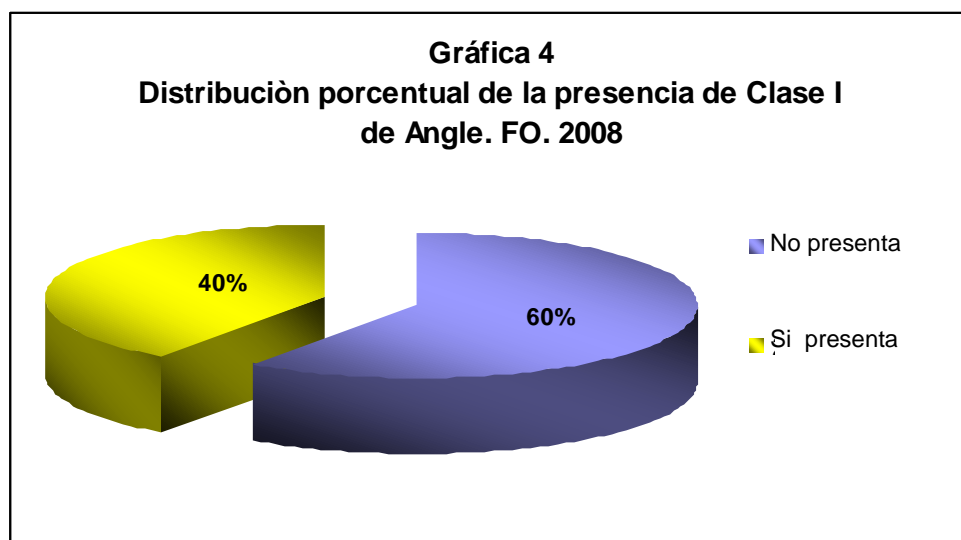


Fuente directa

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

CLASE I DE ANGLE



Se observó que el 60% de los 40 pacientes explorados de la clínica de prótesis no presentan la clase I de Angle. El 40% de los otros pacientes presentaron clase II y III con modificaciones pero la OMS solo toma como parámetro la clase I de Angle. (Gráfica 4)



Fuente directa

MORDIDA ABIERTA

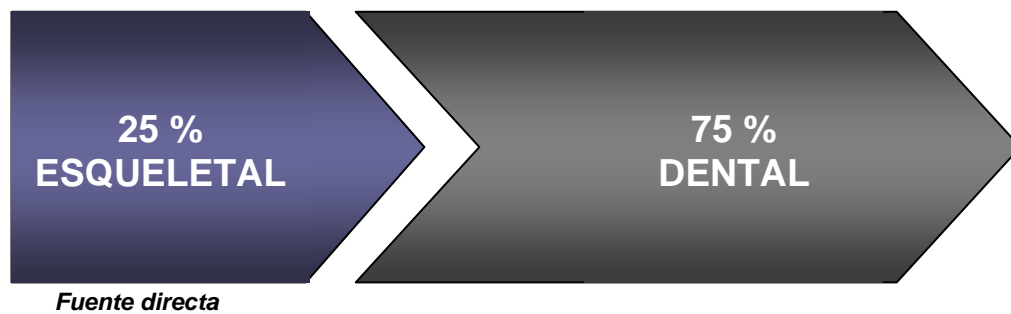
La tabla muestra que el 70% de la población de 40 pacientes de la clínica de prótesis, no presenta mordida abierta, el 7.5% si presenta mordida abierta esquelética y el 22.5 % mordida abierta dental. (Tabla 1)

TABLA 1		
PRESENCIA DE MORDIDA ABIERTA. FO. 2008		
NO	SI	
	ESQUELETAL	DENTAL
		
70%	7,5%	22,50%

Fuente directa

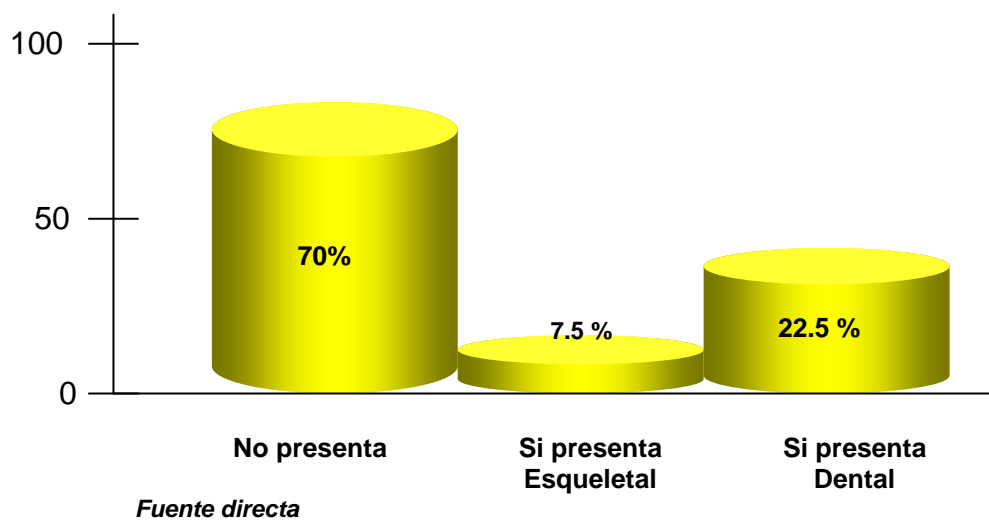
Los pacientes que si presentaron mordida abierta fueron estudiados por mordida abierta esquelética o mordida abierta dental presentándose de forma porcentual como el 25% esquelética del 100% que si presentaron este trastorno. Y el 75% fue de tipo dental. (Gráfica 5)

Gráfica 5
Distribución porcentual por presencia de mordida abierta de 40
pacientes. Clínica de prótesis. FO. 2008



En una gráfica más representativa podemos observar que el porcentaje de pacientes con mordida abierta anterior de tipo dental es más común como trastorno presente y el menos es la mordida abierta esquelética puesto que para que esta patología se presente en pacientes se necesitan de factores genéticos y ambientales.

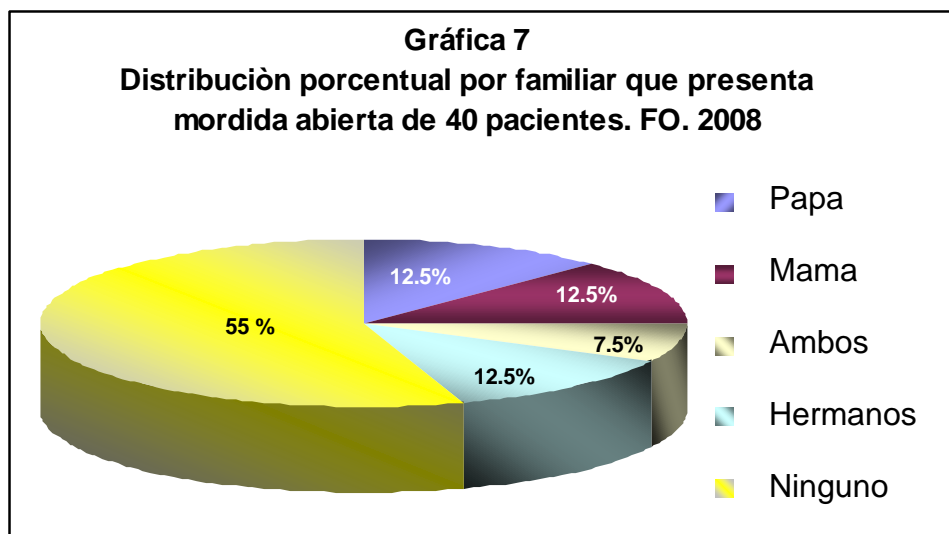
Gráfica 6
Distribución porcentual por presencia de mordida abierta de
40 pacientes. Clínica de prótesis.
FO. 2008



No es tan común observarlo en pacientes adultos pues en nuestro levantamiento pudimos observar una prevalencia baja de mordida abierta, el mayor porcentaje correspondió a pacientes que no presentan la mordida abierta. (Gráfica 6)

MORDIDA ABIERTA POR FAMILIAR

La tendencia se inclina a que la mayoría de los familiares de los 40 pacientes de la clínica de prótesis no presentan mordida abierta, pero podemos ver como en los datos de papa, mama y los hermanos, la presencia de este trastorno se manifiesta de forma igual por lo que podemos interpretar que la herencia juega un papel muy importante en la presencia de la patología. (Gráfica 7)



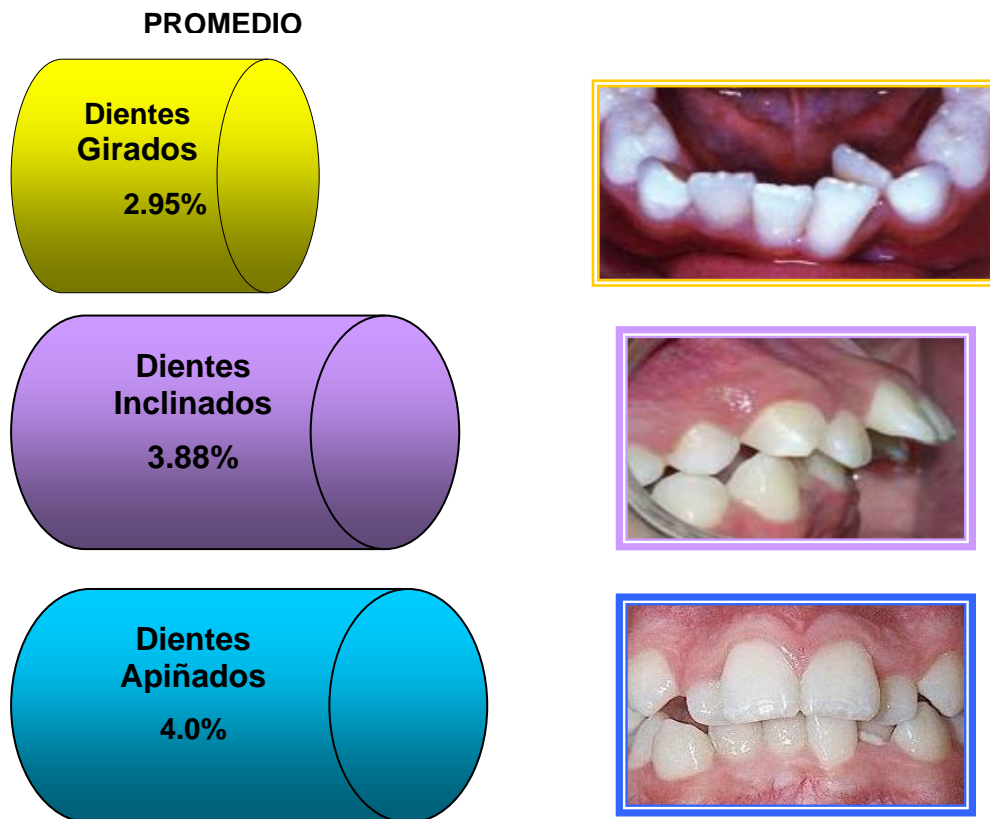
Fuente directa

ANORMALIDADES LEVES O IMPORTANTES

DIENTES GIRADOS

Los dientes girados promedio son de 2.95 podemos decir que de los 40 pacientes del total de la población por lo menos presentan 3 dientes girados por paciente, en dientes inclinados se presentan casi 4 piezas en posición inclinada, por lo menos, por paciente y el apiñamiento dental es de 4 piezas por cada paciente en la población. (Gráfica 8)

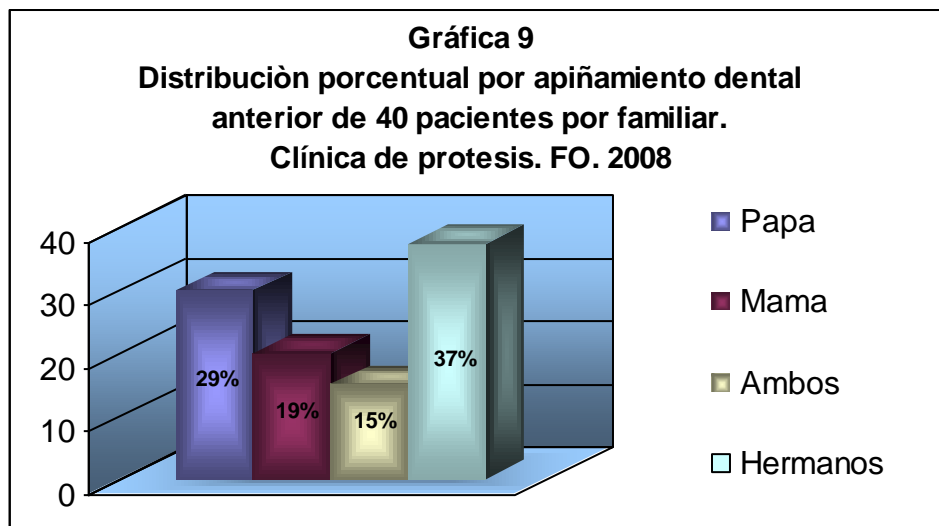
Gráfica 8
Distribución por promedio de las anomalías leves o importantes
de 40 pacientes.
Clínica de prótesis. FO.2008



Fuente directa

APIÑAMIENTO DENTAL

El apiñamiento dental observado por los pacientes en sus familiares correspondió a los hermanos en mayor porcentaje a siendo así la columna con mas presencia y el 29% mencionó a sus padres. (Gráfica 9)



Fuente directa

DIASTEMA

El 42% del total de la población no presento diastema, pero el 37.5% si presento el trastorno en la zona anterior superior mientras que el 20% también lo presento pero en la zona anterior inferior. (Gráfica 10)



SOBREMORDIDA HORIZONTAL

El 75% de la población total presenta de 0 a 4mm sobremordida horizontal siendo este porcentaje el mayor el cual sin considerarse el más severo representa a la mayoría, por lo la literatura nos ha enseñado que más de 4mm de traslape hablamos de una maloclusión, el otro 25% de la población total nos habla de severidad pues el rango va de 4mm a 9mm de traslape horizontal una anomalía realmente severa que deriva en una maloclusión con consecuencias a corto, mediano y largo plazo en la mayoría de los casos. (Gráfica 11)

Gráfica 11
Distribución porcentual de sobremordida horizontal en 40 pacientes. Clínica de prótesis. FO. 2008



Hasta 4 mm

75 %



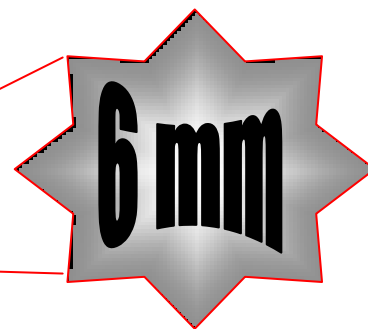
De 4 a 9 mm

25 %

Fuente directa

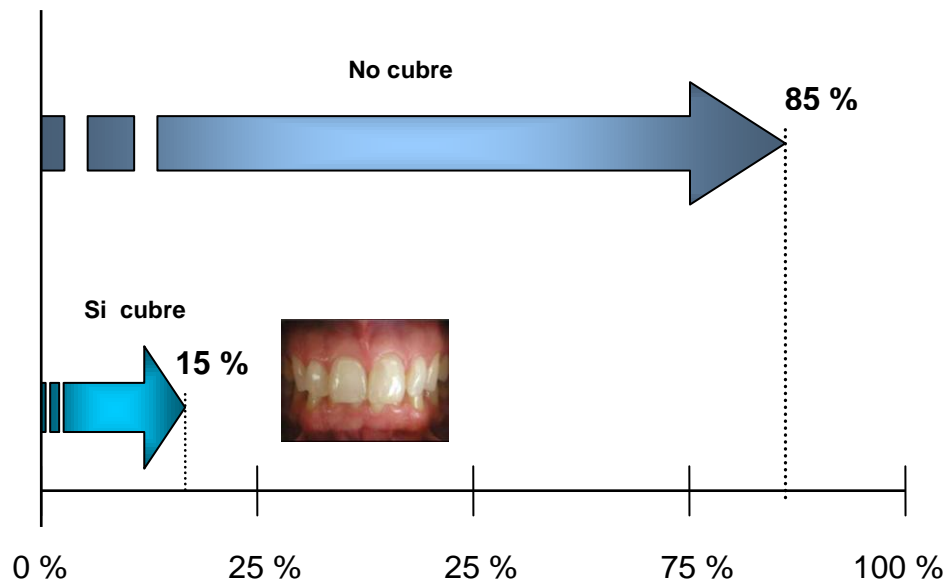
SOBREMORDIDA VERTICAL

Considerando el trastorno en 25 pacientes los cuales si presentarán sobremordida vertical de 3 mm o más, sin tomar en cuenta el sexo, tenemos un promedio de 3.84 mm presente de sobremordida por cada paciente, de esta manera vemos que esta medida no es una anomalía de gran disfunción, sin embargo, podemos mencionar que de estos pacientes diagnosticados el que tiene mayor sobremordida en milímetros fue de 6 mm de los 40 pacientes, por lo que el paciente tiene un problema serio de atención el cual tendría que ser canalizado de inmediato para su rehabilitación.



Para los casos en los que existe la presencia de una sobremordida vertical, durante el levantamiento del índice fue necesario que en esta variable se observara si los dientes anteriores cubrían al los dientes anteriores inferiores por lo que de forma porcentual en los casos que si presentaron sobremordida tenemos que el 85% no cubre al diente independientemente del número de milímetros que esta cobertura dental nos diese en el traslape y el 15% si cubre la pieza lo cual nos mostró que la profundidad de la mordida no permite ver la pieza inferior anterior. (Gráfica 12)

Gráfica 12
Distribución porcentual de sobremordida vertical
en pacientes. Clínica de prótesis. FO. 2008

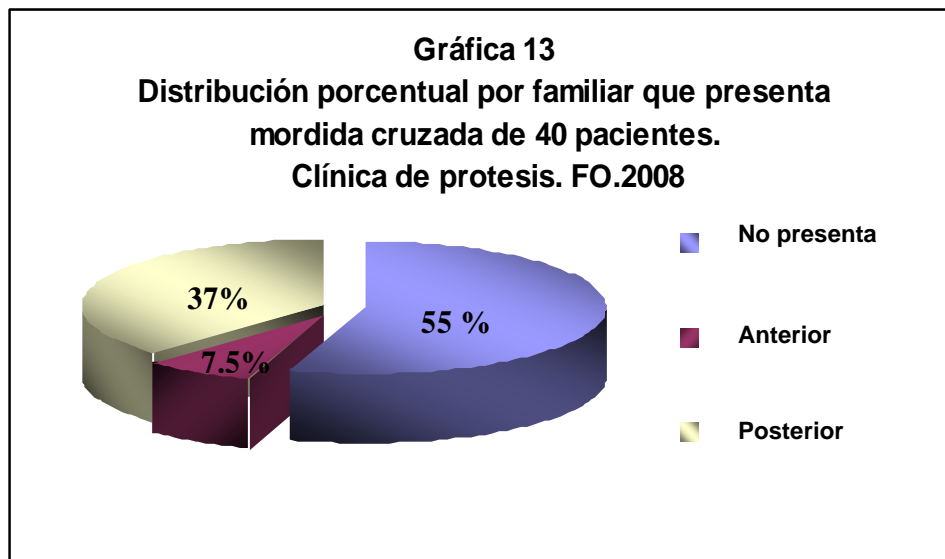


Fuente directa

MORDIDA CRUZADA

Del total de pacientes estudiados se observó que el 37%, presentarán mordida cruzada anterior y el 7.5% presento mordida cruzada posterior y la mayoría de la población con un 55% no presentarán la anomalía.

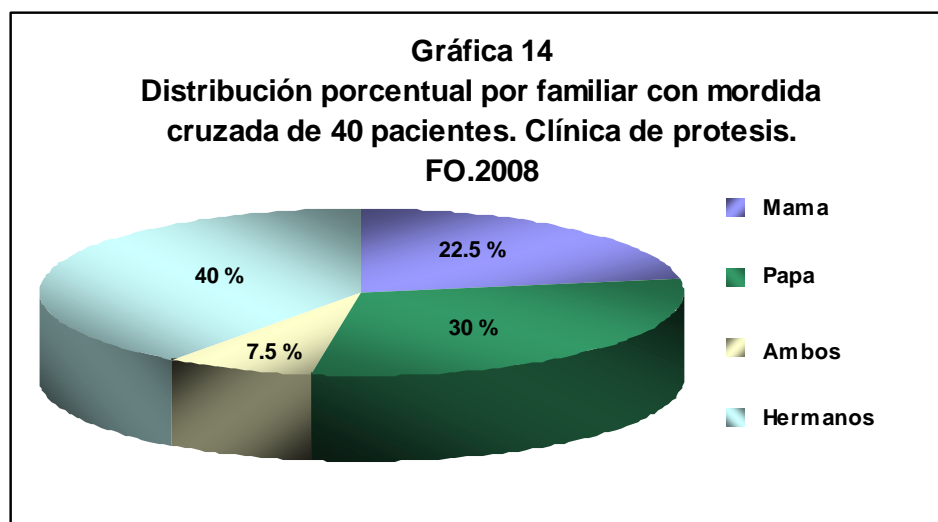
(Gráfica 13)



Fuente directa

MORDIDA CRUZADA POR FAMILIAR

A los participantes se les pregunto si algún integrante de la familia tenía mordida cruzada, podemos ver que en la muestra que el 40% los hermanos presentan la mordida cruzada como primer lugar y como segundo lugar con el 30% que corresponde al papa podemos decir que la condición es de tipo hereditario. (Gráfica 14)



Fuente directo

8. CONCLUSIONES

1. Se observó que la mayor proporción de la población correspondió al género femenino esto podría deberse a que la mayoría de ellas son universitarias y la atención fue en la clínica de prótesis de la UNAM.
2. Durante el desarrollo del levantamiento que en la información sociodemográfica la mayoría de ellos eran pacientes con carrera o en el proceso de ella, y en segundo lugar tenemos que están los pacientes con primaria y preparatoria lo que nos hace pensar en la influencia de la zona geográfica de atención hablando de la UNAM sus CCHS y Preparatorias cercanas al campus universitario.
3. La mayor prevalencia de las maloclusiones de las evaluadas resultarán ser los dientes apiñados para la población total en ambos sexos, representado por un promedio de 4.5 dientes por cada paciente en la que esta maloclusión se presenta.
4. El promedio de sobremordida horizontal en mujeres fue de 2.9 mm y en hombres 2.5 mm siendo más significativo en mujeres por lo podemos decir que existe mayor prevalencia en mujeres.
5. Dentro de las anomalías leves a importantes que en los hombres con mayor prevalencia presentan apiñamiento dental con el 4.45% en segundo lugar con el 3.64% los dientes inclinados y en tercer lugar los dientes girados con el 2.2% siendo así que todos los hombres tienen por lo menos 2 dientes con alguna de las anomalías dentarias leves o importantes.

6. La necesidad de atención de los pacientes que acuden a la clínica de prótesis nos hacen pensar que es necesario la detección y diagnóstico temprano de maloclusiones para su más pronta atención.
7. La demanda de pacientes por atenderse en la clínica de prótesis de acuerdo al grado de severidad de maloclusión, nos permite observar que la mayoría de los pacientes presentan por lo menos una de las maloclusiones levantadas en este índice la OMS por lo que es de nuestro interés y obligación realizar una historia precisa y un tratamiento más oportuno para evitar complicaciones.
8. Se observo que la mordida abierta dental es más común que la esquelética debido a su relación directa con los Hábitos. Como antecedente tenemos estudios de maloclusión en niños y adolescentes que nos explican que existe una relación directamente proporcional del hábito con el desarrollo dento facial afectando la oclusión normal.
9. El manejo puntual de las variables del índice ayudarían a los alumnos a encontrar el camino hacia un mejor plan de tratamiento protésico.
10. El índice emitido por la OMS empleado en esta investigación tal vez no es el más completo pero fue publicado por profesionales de la salud enfocado a realizar estudios epidemiológicos para poder elaborar un plan de tratamiento y rehabilitación en poblaciones de necesidades específicas con maloclusiones dentales para llevar a cabo y ejecutar programas de prevención, atención y canalización de pacientes.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesia Parada IM. La Salud Oral en la Dentición Primaria: Estudio Sobre la Maloclusión y otras Anomalías Orales en una Muestra de 441 niños de Vigo. 2002. rev. Avances en Odontostomatología, Sep-Oct; 18 (5).
2. Murrieta Pruneda J. Prevalencia de Maloclusiones Dentales en un Grupo de Adolescentes Mexicanos y su Relación con la Edad y el Género. 2007. Acta Odontológica Venezolana, Volumen 45 No.1.
3. Ponce Palomares Margarita. Frecuencia y Distribución de Maloclusión en una Población de 0 a 6 años de Edad en San Luís Potosí México. Programa Bebe Clínica Potosina. 2006. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. ORTODONCIA WS.
4. Talley Millan Maria. Casuística de maloclusiones clase I, clase II y Clase III según Angle en el Departamento de Ortodoncia de la UNAM. 2007. Revista Odontológica mexicana. Volumen 11 no. 4. Dic.2007.
5. Ash M; Ramfjord S. Oclusión. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Cuarta edición.1996.

6. Encuesta de salud bucodental. Métodos básicos. Ginebra. 4ª.edición. 1997 .OPS-OMS.
7. Graber T. Swain B. Ortodoncia Principios Generales y Técnicas. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1997.2ª. Edición.
8. Alonso Aníbal Alberto, et al. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. Argentina. Editorial Médica Panamericana. 1999.
9. Proffit W. Ortodoncia Contemporánea Teoría y Practica. España. Editorial Mosby-Doyma-Libros S.A. 3ª. Edición.
10. Canut Brusola J. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. España. Editorial Masson. 2ª. Edición. 2001.
11. www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones-dentales.asp.
myoresparch.com
12. Friedenthal Marcelo. Diccionario de Odontología. Argentina. Editorial Panamericana. 1996. 2ª. Edición.
13. www.zonaortodoncia.com

14. OMS. Investigación de Salud Oral Métodos Básicos. México. Editorial Trillas. 1990. Anexo 2.

15. www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/deglucion_atipica_mordida_abierta_diccion_rendimiento_escolar.asp

16. Pujals A. humberto. Dictionary of Medical and Dental Terms. México. Editorial Trillas. 2005. 1ª. Edición.

17. Jiménez Palacios Cecilia. Estudio Retrospectivo de Maloclusiones Frecuentes en Infantes de 2 a 16 años de Edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa Ubicado en la Parroquia Antímamo-Caracas en el Período 2000-2007. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. ORTODONCIA WS.

18. odontología-online.com

19. www.scielo.org.ve

20. www.odontologia.com.mx

21. www.colgate.com

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE: _____ **EDAD** **SEXO** M F

OCUPACIÓN: _____ **ESCOLARIDAD:** (CONCLUIDA)

- 1) OBRERO
- 2) EMPLEADO
- 3) COMERCIANTE
- 4) TÉCNICO
- 5) PROFESIONAL
- 6) HOGAR
- 7) DESEMPLEADO
- 8) JUBILADO

- 1) NINGUNA
- 2) PRIMARIA
- 3) SECUNDARIA
- 4) PREPARATORIA
- 5) EDUC. TÉCNICA
- 6) UNIVERSIDAD

INFORMACIÓN EPIDEMIOLOGICA

ACOSTUMBRADAS:

- 1) CHUPAR DEDO
- 2) MORDER LOS LÁPICES
- 3) ABRIR BOTELLAS CON LOS DIENTES
- 4) COMER UÑAS
- 5) METER LA LENGUA DENTRO DE LOS DIENTES

PRESENTA OCLUCIÓN CLASE I NO SI

TIPO:

- 1) ESQUELETAL
- 2) DENTAL

PRESENTA MORDIDA ABIERTA NO SI

¿QUIEN DE TU FAMILIA TIENE MORDIDA ABIERTA?

- 1) MAMA
- 2) PAPA
- 3) AMBOS
- 4) HERMANOS

PRESENTA ANORMALIDADES LEVES O IMPORTANTES :

DIENTES GIRADOS NO SI **CUANTOS**
DIENTES INCLINADOS NO SI **CUANTOS**
APIÑAMIENTO NO SI **CUANTOS**

¿Quién DE TU FAMILIA TIENE "AMONTONADOS" LOS DIENTES DE ENFRETE?

- 1) MAMA
- 2) PAPA
- 3) AMBOS
- 4) HERMANOS

PRESENTA DIASTEMA NO SI **ZONA:** 1) ANTERIOR SUPERIOR 2) ANTERIOR INFERIOR

SOBREMORDIDA HORIZONTAL: 1) 4mm 2) 4-9mm **SOBREMORDIDA VERTICAL:** mm

MORDIDA CRUZADA NO SI **ZONA:** 1) ANTERIOR 2) POSTERIOR **CUBRE AL DIENTE:**

¿QUIÉN DE TU FAMILIA TIENE MORDIDA CRUZADA?

NO SI

- 1) MAMA
- 2) PAPA
- 3) AMBOS
- 4) HERMANOS