



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE ANOMALÍAS DENTARIAS, DE LA
OCLUSIÓN Y DE LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES DE 2 A 12
AÑOS DE EDAD DE LA CLÍNICA PERIFÉRICA DE
AZCAPOTZALCO UNAM (2009-2011)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

NAYELI MORENO ROBLEDO

TUTOR: Mtro. RAÚL DÍAZ PERÉZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

Me encuentro conmovida al redactar este agradecimiento, ya que siento el verdadero significado de los esfuerzos realizados para concluir mis estudios con este proyecto profesional.

Primeramente agradezco a Dios por darme todo en la vida, el día de hoy me doy cuenta que él siempre ha estado a mi lado y solo por su gracia y amor supere cada obstáculo, solo quiero decir gracias señor, porque por ti he logrado una meta más de la muchas que tengo por hacer, así que el día de hoy me siento inmensamente agradecida, feliz y dichosa por tener vida para poder compartir y disfrutar estos momentos con el amor de mi vida y mi familia

También quiero agradecer con toda mi alma y mi corazón, a la mujer que durante toda mi vida creyó en mí, sin importar cual fuera la situación. Gracias mamá por siempre estar a mi lado, por tu fe y esperanza que me mantienen motivada y me dan la fuerza para poder concluir cada uno de mis proyectos. Por darme una vida hermosa y más que nada por ser mi más grande admiradora, Sin ti no hubiera podido terminar esta etapa de mi vida y quiero que sepas y que no olvides que este triunfo te pertenece.

Papá te agradezco por todos buenos ejemplos, por haberme enseñado a ser fuerte en los momentos difíciles y a esforzarme día a día. Gracias por tus enseñanzas y buenos consejos, por inculcarme el valor de la perseverancia que me mantuvo firme ante todo, también por haber cuidado desde pequeña y por haberme dado esa motivación de estudiar lo que me gusta. Te amo mucho papá.

También quiero agradecer a mí hermana Ixayana por ser mi primer paciente, por dejarme atenderla aquella primera vez sin experiencia y por seguir haciéndolo durante mi preparación y aun ahora después de terminar, gracias nena hermosa te amo y recuerda que siempre serás mi primer paciente y nadie podrá quitarte ese lugar. En si quiero agradecer a toda mi familia por darme todo su apoyo y ayudarme a terminar este capítulo de mi vida.

También quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de formar parte de esta gran y prestigiosa institución, ya que es un privilegio el ser egresada de la Facultad de Odontología en la cual tuve mi formación profesional. A mis maestros por haberme compartido sus conocimientos y valores en nuestra profesión, ya que ellos fueron los pilares del inicio de este gran proyecto, gracias por esas críticas y regaños ya que esas acciones me hicieron una mejor estudiante y siempre me motivaron a superarme a mí misma,

por mis maestros hoy me siento feliz y motivada de atender y hacer mi trabajo con todo el corazón del mundo, poniendo mi esfuerzo e incluso mi alma en ello.

Por ultimo quiero compartir estos pensamientos:

“Despierta, tu que duermes,
levántate de entre los muertos
y la luz de Cristo brillará sobre ti.

Efesios 5:14

“Haz valer la palabra de Dios,
A través de tus acciones”

*Dedico este trabajo a mi madre
por estar siempre a mi lado.*

INDICE

| | | |
|------|---|----|
| 1. | RESUMEN | 4 |
| 2. | INTRODUCCIÓN | 5 |
| 3. | MARCO TEÓRICO | 6 |
| 3.1. | Infancia | 6 |
| 3.2. | Estadios de Piaget | 6 |
| 3.3. | Crecimiento de cráneo y cara | 8 |
| 3.4. | Crecimiento y Desarrollo de las arcadas dentarias | 12 |
| 3.5. | Desarrollo de oclusión posterior | 14 |
| 3.6. | Clasificación de Angle | 16 |
| 3.7. | Adopción de hábitos Alimenticios | 17 |
| 3.8. | Anomalías dentales | 18 |
| 3.9. | Anomalías de la Articulación Temporomandibular | 23 |
| 4. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 26 |
| 5. | JUSTIFICACIÓN | 26 |
| 6. | OBJETIVOS | 26 |
| 7. | VARIABLES | 27 |
| 8. | MATERIAL Y MÉTODOS | 32 |
| | 8.1 Criterios de inclusión | 32 |
| | 8.2 Criterios de exclusión | 32 |
| | 8.3 Muestra | 32 |
| 9 | MÉTODO | 33 |
| 10 | RECURSOS | 33 |
| 11 | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 33 |

| | |
|--|----|
| 12 RESULTADOS | 35 |
| 12.1 Sociodemográficos | 35 |
| 12.2 Anomalías de Articulación Temporomandibular | 37 |
| 12.3 Alteraciones de Oclusión | 41 |
| 12.4 Anomalías dentales | 45 |
| 14 DISCUSIÓN | 46 |
| 15. CONCLUSIONES | 48 |
| 17. BIBLIOGRAFÍA | 49 |

1. RESUMEN

Durante la dentición infantil el crecimiento de los niños es de forma tridimensional, y esta debe ser armoniosa, aunque en algunas ocasiones esto no sucede así, por lo que puede existir algún tipo de alteración, ya sea a nivel dental, de la oclusión o de la articulación temporomandibular, ocasionando daños graves durante el desarrollo a largo plazo.

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de los síntomas de alteraciones en la ATM, en la oclusión y en alteraciones dentales en niños de 2 a 12 años de edad.

Se realizó un estudio descriptivo en niños que fueron atendidos en la clínica periférica de Azcapotzalco. Para determinar los datos se tomó una muestra de 334 pacientes en busca de la presencia de signos y síntomas de las variables ya mencionadas; y realizar una comparación descriptiva por sexo de cada variable.

Se obtuvo, como resultado que la prevalencia de los signos de las alteraciones de la Articulación Temporomandibular fue de 7.6% a 11.7% destacando la desviación. Los tipos de maloclusiones se registró una prevalencia de 56% en Clase I de Angle y de 53.2% en escalón mesial. Por último se registró una prevalencia de 6% en hipoplasia del esmalte.

Se concluyó que la prevalencia de signos y síntomas es alta. Aunque es importante mencionar que existe una relación muy estrecha entre ellas pero un diagnóstico temprano puede ayudar a que se eviten trastornos mayores y que el crecimiento no se vea afectado a largo plazo.

2 INTRODUCCIÓN

Se define como infancia al período prepuberal de la existencia. La cual abarca desde el nacimiento hasta la edad de 12 años. La primera etapa de crecimiento acelerado se produce durante los tres primeros años de vida, y la segunda, durante la pubertad en los 11 y 14 años de edad en mujeres y 14 a 16 años de edad en los hombres.

Durante la dentición temporal que abarca desde los 6 meses hasta los 6 años de edad, se producirá un crecimiento en todas las direcciones, tanto en sentido transversal como en vertical, lo que hace que su cara sufra un gran cambio de los 3 a 6 años. En el caso de la Articulación Temporomandibular (ATM) presenta un cóndilo más bien redondeado, la cavidad glenoidea poco profunda y escaso desarrollo de la eminencia articular.

Pero en ocasiones existen variantes que ocasionan que este desarrollo no se presente de forma adecuada, provocando algunas variantes a nivel dental, en la oclusión y en la ATM. Así que nos enfocaremos en algunas alteraciones que afecten los dientes, los tipos de maloclusiones y en algunas de las alteraciones de la ATM.

Debido a que se empiezan a presentar a muy temprana edad y con mayor frecuencia este tipo de alteraciones, ha provocado que se empiecen a observar los signos y síntomas para poder diagnosticar y dar un tratamiento que en ocasiones es difícil diagnosticarlas por la poca información con la que se cuenta en este campo. Por lo que se desarrolló esta investigación para concientizar sobre la problemática de las alteraciones dentales, maloclusiones dentales y alteraciones de la ATM en la población infantil.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 INFANCIA

Se define como infancia al periodo prepuberal de la existencia. La cual abarca desde el nacimiento hasta la edad de 12 años. Esta misma se divide en dos etapas:

✚ Primera infancia: que abarca desde el estadio de lactante y se extiende de 2 a 6 años.

✚ Segunda infancia: que abarca de los 6 a 12 años y esta precede a la adolescencia.¹

Este periodo se caracteriza por crecimiento acelerado y desarrollo diferencial por sexo. Las personas sanas pasan a través de una serie de etapas de crecimiento que son iguales para todos. El período prenatal, desde la concepción hasta el nacimiento, es de 40 semanas como promedio. La lactancia incluye los dos primeros años de vida y la infancia va desde los 2 a los 10 años para las niñas y desde los 2 a los 12 años en varones. El tiempo de duración de la adolescencia es semejante para ambos sexos pero va desde los 10 años hasta los 18 en las mujeres y desde los 12 años a los 20 en los varones.

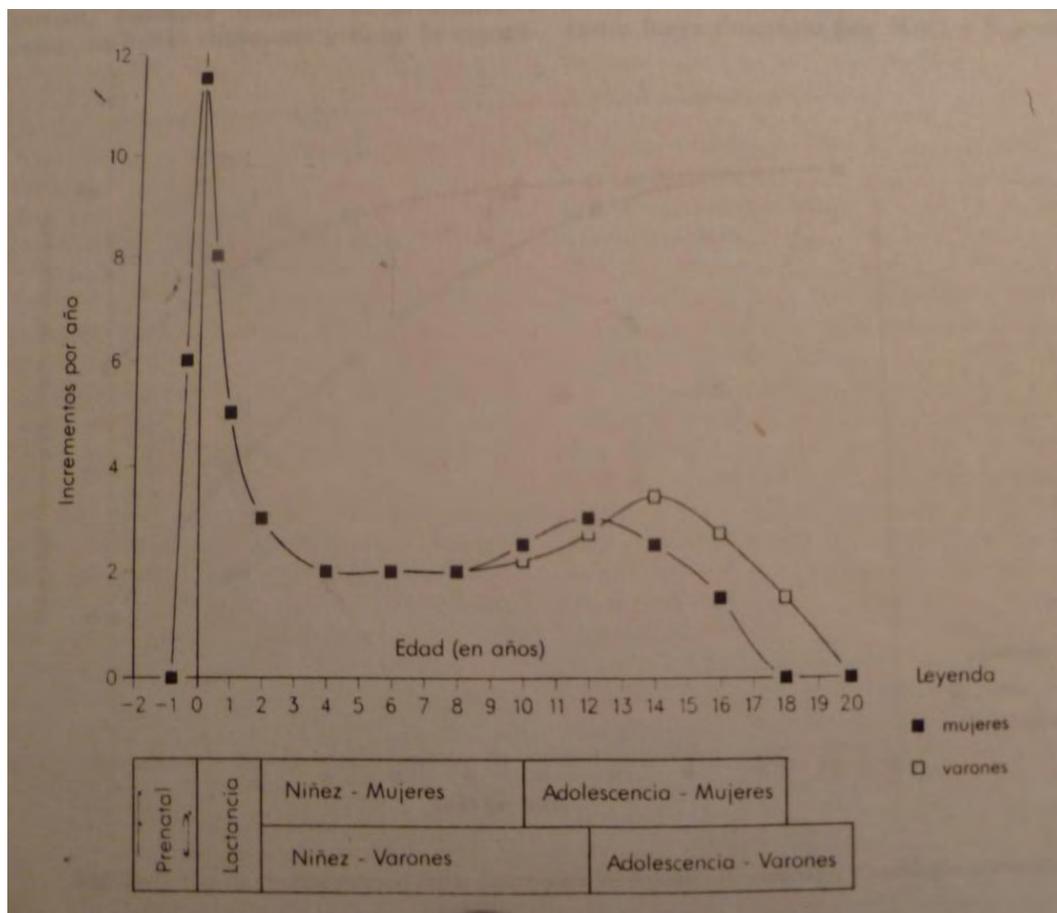
Cada etapa de crecimiento es singular. El ritmo del aumento de tamaño es más notable durante el período prenatal y declina sustancialmente durante la lactancia. En general, la velocidad de crecimiento forma una meseta durante la infancia y aumenta nuevamente durante la adolescencia. Todas las personas sanas experimentan estos ciclos de crecimiento, aunque la variedad de tejidos básicos y partes del cuerpo son afectados de forma diferente.² (Gráfica 1)

3.2 ESTADIOS DE PIAGET

Piaget demostró que el niño tiene una manera específica de pensar en cada etapa del crecimiento. El autor plantea que la inteligencia es un proceso de adaptación con una compleja relación entre la persona y el medio ambiente. Se describe como un continuo de acción y reacción donde se produce un constante crecimiento y readaptación, fenómeno que se completa con la consiguiente emoción que rodea cada acto del hombre. La adaptación se produce por una serie

de procesos complementarios de asimilación y acomodación, en una interacción del sujeto con el objeto motivo del aprendizaje.³

- Fase uno: Periodo sensoriomotor (0-2 años)
Durante este periodo los niños aprenden fundamentalmente a través de sus sentidos como olfato, gusto, tacto, vista y oído. La introducción de objetos en la boca es un método frecuente de aprendizaje. La inteligencia guarda relación con las sensaciones, no con el pensamiento reflexivo.



Gráfica 1. Odontología pediátrica. Tabla de crecimiento en la infancia. Tomado de Odontología Pediátrica y del adolescente ²

- Fase dos: periodo Preoperacional (2- 7 años)
Aunque en esta fase los niños son capaces de desarrollar algunos pensamientos intuitivos, la inteligencia se basa fundamentalmente en la percepción. El experimento clásico de Piaget en esta fase consiste en verter la misma cantidad de agua en dos tubos de ensayo. Se demuestra a los niños que se ha vertido exactamente la misma de agua en un tubo largo y estrecho y en un tubo corto y grueso. Los niños de 2 a 7 años suelen decir que el tubo alargado contiene más agua debido a que su razonamiento está ligado a la percepción. Los niños en la fase preoperacional creen lo que ven y oyen.
- Fase tres: periodo de las operaciones concretas (7- 11 años)
En esta fase los niños desarrollan la capacidad para intervenir su pensamiento y usar la lógica fundamental. Empieza a cuestionarse si sus percepciones son verdaderas. Por ejemplo, mientras que un niño de 4 años cree que Santa Clous existe porque lo ha visto en un centro comercial, uno de 9 años cuestionará su existencia porque actos como volar en un trineo desafían toda lógica.
- Fase cuatro: periodo de operaciones formales (11-15 años)
Con el comienzo de la adolescencia llega la posibilidad de alcanzar el máximo nivel de desarrollo intelectual: la capacidad para el pensamiento abstracto. No todos los individuos alcanzan esta fase. Intelectualmente, los individuos que llegan a ella son capaces de pensar en forma de proposiciones. Este tipo de pensamientos abstracto es necesario para asignaturas como el álgebra y la geometría.⁴

3.3. Crecimiento de cráneo y cara

3.3.1 Crecimiento del esqueleto craneofacial

3.3.1.1 Crecimiento de la bóveda craneal

La bóveda craneal está constituida por una serie de huesos planos que se originan por formación de huesos intramembranosos. La remodelación y el crecimiento se producen fundamentalmente en las zonas de contacto recubiertas de periostio que existen entre huesos craneales contiguos, o suturas. Los huesos planos del cráneo están bastante separados al momento del nacimiento por un tejido conjuntivo intermedio relativamente laxo. La función primaria de la bóveda craneal es la protección del cerebro, por lo tanto, su crecimiento está vinculado al crecimiento del cerebro que, al aumentar de tamaño, estimula el crecimiento a nivel de las suturas. Esta remodelación de las superficies interior y exterior permite ir modificando el contorno durante el crecimiento. El crecimiento es muy rápido en los primeros años de tal manera que el perímetro cefálico a los 2 años es las tres cuartas partes del tamaño definitivo. Koski destaca que las suturas craneofaciales son puntos de crecimiento importantes que sirven para facilitar el crecimiento del cráneo y el tercio medio facial. Las suturas craneales cierran aproximadamente a los 5 años de edad pero algunas suturas faciales siguen manifiestas hasta la pubertad.²

3.3.1.2 Crecimiento de la base del cráneo

La base de cráneo soporta y protege el cerebro y la médula espinal, así como articula el cráneo con la columna vertebral, mandíbula y maxilar. Su crecimiento se debe fundamentalmente a la osificación endocondral con huesos reemplazando al cartílago de la sincondrosis. En el recién nacido la base craneal se puede dividir en tres partes, separadas entre sí por las sincondrosis esfenoidales, interesfenoidal y esenooccipital. La sincondrosis interesfenoidal se osifica inmediatamente después del nacimiento, así la base craneal dividida en una zona anterior y otra posterior. La base craneal anterior crecerá hasta aproximadamente los 6 o 7 años a expensas de la sincondrosis esenoetmoidal, mientras que la base craneal posterior crecerá básicamente las 16 o 20 años.⁵

3.3.1.3 Crecimiento del complejo nasomaxilar

El maxilar en la etapa post-nasal se desarrolla por osificación intramenbranosa sin precursores cartilagosos. Así el maxilar tiene a alejarse de la base del cráneo y desplazarse hacia delante y abajo a lo largo del proceso de desarrollo. Al producirse este desplazamiento antero-inferior, el espacio en las suturas se va rellenando por proliferación ósea a estos niveles. La aposición ósea se produce ambos lados de las suturas, de esta forma los huesos adyacentes al maxilar también van aumentando de tamaño. El crecimiento a nivel de la tuberosidad del maxilar se da por aposición en la superficie posterior, desplazando el maxilar hacia adelante y permitiendo de esta manera que los molares permanentes tengan espacio para la erupción. El desplazamiento es dirigido por la sutura frontomaxilar, zigomático temporal zigomático maxilar y pterigopalatina. La dirección primaria de crecimiento del maxilar es posterior y superior pero el desplazamiento de las suturas que están en contacto con la base craneal mueven el complejo nasomaxilar hacia abajo y adelante. El crecimiento cartilaginoso del tabique nasal participación en el descenso del maxilar y en el adelantamiento tanto del maxilar superior como la nariz. El crecimiento periostal y endostal es importante ya que en el maxilar existe en proceso de remodelamiento interno que le permite crecer tridimensionalmente y forma la apófisis alveolar y el antro del maxilar superior por un continuo proceso de aposición y reabsorción ósea en distintas zonas, éste permitirá mantener la misma forma del maxilar. ⁵

3.3.1.4 Crecimiento de la mandíbula

Al nacer la mandíbula está menos desarrollada que el maxilar; encontrándose alargada, con un ángulo goniaco muy obtuso y una rama pequeña. El crecimiento de la mandíbula es por actividad cartilaginosa y periostal/endostal. El cartílago de la sínfisis mandibular es reemplazado por hueso rápidamente durante el primer año de vida.

Hacia el tercer y cuarto mes de vida postnatal hay un aposición ósea en la cara externa y una reabsorción en la cara interna en la parte anterior del cuerpo; la mandíbula crece para acomodar los primeros dientes de la dentición primaria. La aposición ósea dura de 4-5 años y luego la zona de la cara externa del cuerpo se convierte en reabsortiva.

El cartílago medio permite el desarrollo transversal para acomodar la dentición. Al hacer erupción los incisivos inferiores, la sincondrosis continúa proliferando y se mantiene abierta hasta los 8 meses de vida.

El alargamiento anterior cesa por lo tanto a los 4-5 años y el transversal a los 8 meses de vida, por lo que el cuerpo se alarga en dirección posterior para que los molares permanentes dispongan de sitio para hacer erupción.⁵

3.3.1.5 Crecimiento condíleo

El cóndilo crece hacia arriba y atrás, el cual es contrarrestado por la base craneal y se transforma por consiguiente en un movimiento hacia adelante y abajo del cuerpo mandibular. Ésta completa su crecimiento en anchura hacia los 3 años, el crecimiento lateral cesa pronto aunque continúa la actividad proliferativa hacia atrás y arriba hasta la edad adulta. El cartílago secundario que cubre la cabeza del cóndilo constituye un centro activo de crecimiento. El mecanismo de crecimiento del cartílago condilar se prolonga hasta después de los 20 años.⁵

3.3.1.6 Crecimiento de la rama, cuerpo y proceso alveolar

El crecimiento vertical de la rama contribuye en el cambio de forma y en el aumento de tamaño mandibular. En la rama hay crecimiento a lo largo de todo su borde posterior y reabsorción en su borde anterior así como en el de la apófisis coronoides, que permite el aumento de la longitud del borde alveolar y conserva la dimensión de la rama en sentido anteroposterior; al mismo tiempo, contribuye al alargamiento de todo el cuerpo mandibular.

A nivel de la apófisis coronoides, por debajo de la línea milohiodea, hay aposición ósea en la cara interna y reabsorción en la cara externa, propiciando el crecimiento vertical con un desplazamiento curvado hacia afuera. En la zona anterior del cuerpo, la sínfisis sigue siendo aposicional, sin embargo, el hueso labial que rodea el segmento incisivo es de carácter reabsortivo. Según Graber, la aposición ósea en la región mentoniana en el hombre puede extenderse hasta la edad de 23 años, siendo menos evidente y precoz en la mujer.

Es el proceso alveolar, que contribuye con el desarrollo y erupción de los dientes así como el aumento de la dimensión vertical del cuerpo mandibular. A nivel de la zona alveolar el hueso crece siguiendo el principio de la “V”, por aposición interna y reabsorción externa, con el incremento vertical de la apófisis alveolar y la dentición primaria⁵

3.4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LAS ARCADAS DENTARIAS

La primera etapa de franco incremento o de crecimiento acelerado, se produce dentro de los tres primeros años de vida, y una segunda, durante la pubertad entre los 11 y 14 años en mujeres y 12 a 16 en hombres.

Durante los tres primeros años de vida, hace aparición la totalidad de la dentición temporal, a la vez que el macizo cráneo facial se encuentra en continuo cambio, expresando su crecimiento hacia abajo y hacia adelante. Los arcos alveolo dentarios crecen y se desarrolla en función de la base ósea que los sustenta y por la erupción de los dientes.

La erupción de los dientes temporales ha estimulado y formado nuevo hueso alveolar en ambos maxilares, creciendo estos en altura y anchura mediante mecanismos de aposición y reabsorción, a la vez que el maxilar y la mandíbula crecen por sus zonas posteriores o retromolares en forma de una “V”, cada vez más divergentes.⁵

3.4.1 Etapa de dentición primaria

A los 30 meses, una vez que se haya completado la erupción de toda la dentición temporal se establece la oclusión de los 20 dientes temporales. Durante esta etapa se producirá un incremento de crecimiento en todas las direcciones, tanto en sentido transversal y vertical, lo que hace que la cara sufra un gran cambio de los 3 a los 6 años.

A nivel esquelético, el maxilar y la mandíbula se desarrollan con una gran velocidad, mientras que la articulación temporomandibular presenta un cóndilo más bien redondeado y una cavidad glenoidea poco profunda con escaso desarrollo de la eminencia articular.⁶

El ciclo masticatorio madurará durante este periodo gracias al desarrollo del sistema neuro-regulador, estableciéndose con la erupción de los incisivos una

nueva posición mandibular más anterior, a la vez que los contactos oclusales posteriores, condicionaran un nuevo patrón de cierre que evitará las interferencias oclusales.

Esta oclusión se caracteriza por una escasa sobremordida incisiva y resalte, siendo el canino superior el que con su apoyo triodontal – con el canino inferior y el primer molar- establece la llave de la oclusión temporal, ya que los segundos molares temporales deben relacionarse mediante un plano terminal recto o vertical.

Otra característica es la implantación casi perpendicular de sus dientes respecto a sus bases óseas, lo que confiere dos características importantes:

1. Un plano oclusal plano, tanto en sentido antero-posterior (curva de Spee) como transversal (curva de Wilson).
2. Escasa inclinación vestibular de los incisivos, lo que da una forma de arcada semicircular.

Durante la dentición temporal existen varios tipos de espacios que permiten un correcto establecimiento de la oclusión en la dentición permanente.

- **Espacios interdentarios.** Pequeños espacios entre diente y diente que se presentan de forma generalizada estando situados frecuentemente en la zona incisiva. Su ausencia hará pensar en problemas de espacio.
- **Espacio primate.** Espacio localizado por distal de caninos temporales inferiores y mesial de los superiores, llamados del primate por la existencia de estos mismos espacios en los simios.
- **Espacio libre de Nance.** Es el espacio disponible cuando se reemplaza caninos y molares por sus homólogos permanentes, siendo 0.9mm en la hemimaxila-superior y 1.7mm en el inferior.

Este espacio proviene de la diferencia de tamaño existente entre los dientes primarios y permanentes en un segmento lateral del arco dentario, donde el canino permanente siempre será mayor que el temporal, mientras que el primer y segundo premolar, serán de un tamaño mesio-distal menor que sus homólogos temporales.

- **Espacio de deriva.** Cuando este espacio libre de Nance es aprovechado por la mesialización de los primeros molares para el establecimiento de una relación Clase I molar.⁶

Estos espacios fisiológicos en la dentadura temporal van a permitir:

1. Atenuar el apiñamiento de los incisivos permanentes de mayor tamaño, tanto en la arcada superior como en la inferior mediante los espacios interdentarios existentes y, en combinación con el ángulo de erupción de los mismos.
2. La erupción de caninos y premolares sin obstáculos, ya que el segundo molar temporal es de mayor tamaño mesio-distal que el premolar que lo sustituirá.
 - a. El establecimiento de una Clase I mediante el desplazamiento de los primeros molares, al aprovechar el espacio cuando esto es necesario.⁶

3.5. DESARROLLO DE OCLUSIÓN POSTERIOR

Los segundos molares se encuentran generalmente en oclusión con sus caras distales en un mismo plano, obligando de esta manera, una relación similar a los primeros molares permanentes, es decir, a una relación cúspide a cúspide. Para que estos primeros molares entren en una relación Clase I, es necesario que tras la exfoliación de los segundos molares temporales, se produzca un corrimiento hacia mesial, mayor en la arcada superior que en la inferior, logrando así establecer la Clase I.

En otras ocasiones, la cara distal de los segundos molares no presentan un plano recto, sino más bien un escalón *mesial corto*, *distal* o *mesial largo*, lo que nos llevara a una relación molar directa de Clase I, Clase II o Clase III, o producirse ajustes diferentes a los de referencia.

Por tanto, las relaciones oclusales de los primeros molares, dependerá del plano terminal o distal que presentan los segundos molares temporales y del posible aprovechamiento del espacio libre, así:

1. **Escalón distal:** El primer molar erupciona en relación Clase II
2. **El plano terminal recto:** El primer molar erupciona cúspide a cúspide y aprovechándolos espacios dentales, ocluirá en Clase I o bien podrá desviarse a Clase II al no aprovecharse el espacio de deriva inferior.
3. **Escalón mesial corto:** El primer molar erupcionará en relación Clase I o podrá desviarse a Clase III al aprovecharse tan solo el espacio de deriva inferior.
4. **Escalón mesial largo:** El primer molar erupcionará en relación Clase III⁶. (Figura 1) (Tabla2)⁷

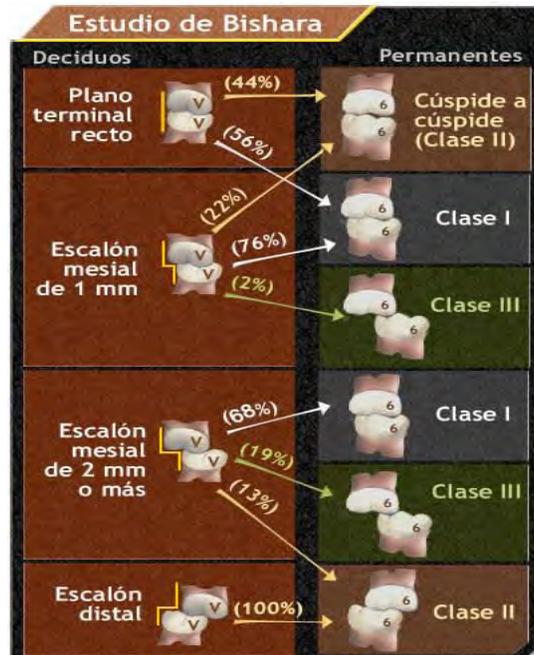


Figura 1. Estudio de Bishara 1988.

| PLANOS TERMINALES | | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|------------------|
| Sexo | Recto | Mesial | Distal | Mesial Exagerado | Distal Exagerado |
| Masculino n (%) | 15 (33.0) | 20 (43.0) | 10 (22.0) | 1 (2.0) | 0 (0.0) |
| Femenino n (%) | 16(49.0) | 14 (42.0) | 2 (6.0) | 0 (0.0) | 1 (3.0) |
| Total * n (%) | 31 (40.0) | 34 (43.0) | 12 (15.0) | 1 (1.0) | 1 (1.0) |

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de los planos terminales por sexo en la población preescolar del oriente de la Ciudad de México⁷

3.6. Clasificación de Angle.

✚ **Clase I.** Maloclusiones caracterizadas por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior esta 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. Existe una prevalencia de 59% de casos en Venezuela⁸

✚ **Clase II.** Maloclusiones caracterizadas 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. El estudio realizado en la ENEP Iztacala muestra que existe una prevalencia de 53.33% en clase II.⁹ Un estudio en Colombia demuestra que existe una prevalencia de 33.1% en esta maloclusión.¹⁰

Toda la arcada maxilar está anteriormente desplazada o la arcada mandibular retruida con respecto a la superior. Dentro de esta clase II existen divisiones:

a. **División 1/ división 2.** Se distingue por la posición de los incisivos superiores. La división 1 se caracteriza por estar los incisivos en protrusión, y aumentado el resalte. En la división 2 los incisivos centrales superiores se encuentran retroinclinados y los incisivos laterales se encuentran protruidos¹¹; existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida interincisiva.

b. **Completa/ incompleta.** La completa es aquella en que la cúspide distovertibular del primer molar superior está a nivel del surco vestibular inferior. Una incompleta es un grado menor de mala relación en que las caras mesiales de ambos molares están en el mismo plano vertical.

c. **Unilateral/ bilateral.**

✚ **Clase III.** El surco vestibular del primer molar inferior esta por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada, o la maxilar retruida, con respecto al antagonista. La relación incisiva suele estar invertida con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores.¹² Con una prevalencia de 7.5% según un estudio realizado en el Perú.¹³

3.7. Adopción de hábitos alimenticios

Un hábito es la repetición de un acto sin fin determinación y puede ser nocivo o benéfico. Dentro de los aspectos relacionados al establecimiento de buenos hábitos alimenticios, se debe orientar a los responsables para que sean obedecidas tres comidas principales y dos o tres entre comidas. Tal medida es un factor determinante para obtener hábitos alimenticios adecuados, establecer buenos patrones nutricionales y reducir ingestión de alimentos pobres en nivel nutricional por lo general cariogénicos. El riesgo para el desarrollo de la enfermedad de la caries está directamente ligado a esos factores ya que la cantidad de alimentos ingerido no es tan importante como su frecuencia de ingestión. Por lo general, el individuo que adquiere o posee una dieta estructurada, obedeciendo a horarios, difícilmente pedirá por alimentos con baja proporción nutricional o de alto poder cariogénico. Además del riesgo de desarrollo de la enfermedad caries por el establecimiento de hábitos alimenticios inadecuados, una alimentación nutricional pobre, frecuente y en cantidades elevadas también puede ser responsable por la aparición de problemas como la obesidad.¹⁴ (Tabla 2)

| Edad | Textura | Comidas | Patrón alimentario | Observaciones |
|----------------------|---|---|-------------------------------------|--|
| Nacimiento a 6 meses | Líquida | Leche materna Fórmula | Libre demanda | Formula infantil dará los nutrientes necesarios |
| 6 meses a 1 año | Líquido y transición para alimentos sólidos | Leche materna Fórmula infantil Preparados caseros | Tres comidas Tres entre comidas | Introducir vaso entrenador |
| 1-2 años | Líquido Comidas consistentes | Leche de vaca Jugos Frutas | Tres comidas. Tres entre comidas | Transición para el vaso |
| 2-5 años | Comida fibrosa Consistente | Todo tipo de alimentos | Tres comidas Tres entre comidas | Es importante el consumo de calcio y vitaminas D (leche o suplementos) |

Tabla 2. Recomendaciones dietéticas según la edad. Tomado de Correa M. Odontopediatría en la primera infancia

3.8 Anomalías dentales.

Durante la infancia los niños pueden desarrollar diversas enfermedades tanto sistémicas como de cabeza y cuello, específicamente en la Cavidad Bucal estas pueden ser:

3.8.1 Anomalías de forma en dientes temporales

3.8.1.1 Cúspides y tubérculos accesorios (dens evaginatus). Suelen localizarse en cualquier órgano dental de la arcada. Entre los que destacan son:

- Cúspide en garra. Es una cúspide supernumeraria que se observa principalmente sobre la cara lingual en los incisivos superiores, es decir, el cíngulo suele tener forma de garra. Esto se debe a una hipertrofia del cíngulo lingual que suele extender hasta el borde incisivo como una proyección prominente de esmalte que le da una forma de T. Puede en ocasiones si es demasiado prominente suele afectar la oclusión.
- El defecto es el resultado de una hiperplasia local del ectomesénquima de la papila primitiva. Al igual que cualquier cúspide está constituido por esmalte, dentina y pulpa, porque si interfiere en la oclusión este se talla gradualmente con el tiempo.

3.8.1.2 Fusión. Se refiere a la unión discreta de 2 gérmenes dentarios, resultando en la formación del diente en forma anómala. Esto es el resultado de la persistencia de la lámina interdental durante el desarrollo del órgano dentario. Es rara en la dentición temporal y permanente.¹⁵ La fusión suele ser por esmalte y dentina. Aunque según en la etapa de desarrollo que se presente puede estar fusionada solo la corona o corona-raíz, cuando este segundo ocurre el tamaño de la corona suele ser el doble. La etiología de la fusión es desconocida, pero los autores los asocian también a etiología multifactorial. El tratamiento consiste en restauración estética con resinas, o separación quirúrgica. La prevalencia de esta malformación es de 6.5% en hombre y mujeres.^{16,17}

3.8.1.3 Concrecencia. Se refiere a un tipo de fusión en la cual los dientes formados están unidos sólo a lo largo de la línea de cemento. de acuerdo

a su etiología puede ocurrir antes o después de la erupción y probablemente como resultado de un trauma local, apiñamiento dentario y localización ectópica de los gérmenes dentarios durante la formación de la raíz. Su frecuencia es rara y afecta principalmente a 2º y 3º molar superior. No requiere de tratamiento, si los dientes afectados están asintomáticos.

3.8.1.4 Perlas de esmalte. Se refiere a depósitos ectópicos nodulares de esmalte (forma de gotas) observado en la raíces de los dientes. Se conocen los extradentarios e intradentarios. Su etiología es desconocida; estos defectos derivan de la actividad local de los remanentes de la vaina epitelial de Hertwig. Hay mayor incidencia en mongoles y esquimales. Se afectan principalmente los molares. Estas perlas se encuentran principalmente cerca de furca de la raíces de uni o multirradiculares y varían de tamaño, de una cabeza de alfiler a la formación de una cúspide. No requieren tratamiento, siempre y cuando el diente se encuentre asintomático.¹⁵

3.8.1.5 Geminación. Se refiere a la división incompleta de la yema dental, produciendo la formación parcial o completa de 2 coronas con raíces divididas. Esta afectación puede encontrarse en ambas denticiones y es el resultado de varios grados de invaginación del órgano dental en desarrollo, causado por factores locales, sistémicos y genéticos. Los incisivos superiores e inferiores son los más afectados. Clínicamente se observa la muesca incisal en una corona amplia a casi 2 coronas separadas. Similarmente, la cámara pulpar y conducto radicular pueden ser elementos comunes en ambos casos o ser separados en cada uno. El tratamiento consiste en restauración estética con resinas, separación quirúrgica o tratamiento de ortodoncia. Ocurre más en la dentición temporal (0.5% prevalencia en niños) que en la dentición permanente (0.1%) la prevalencia en geminación bilaterales de (0.02%) en dentición temporal y permanente y existe una mayor prevalencia racial en la mongoloide (5%) que en la caucásica (0.5%).^{18,16}

3.8.2 Anomalías dentales de número

3.8.2.2 Agenesia dental congénita. La anodoncia total es un trastorno raro en el cual no hay dientes temporales ni permanentes. Usualmente se asocia a síndromes, tales como la displasia ectodérmica hereditaria. La más frecuente es la parcial la cual afecta a uno o más dientes. La prevalencia de las anodoncias parciales es muy alta, según algunos autores alcanza hasta un 20% de la población. Aunque el porcentaje de dientes ausentes congénitamente varía, por ejemplo en el caso de los terceros molares existe ausencia hasta un 35% de la población. De acuerdo a la ADM existe una prevalencia en México de 33%.¹⁹

3.8.2.3 Hiperdoncia. Nos referimos a un número excesivo de dientes, los denominamos supernumerarios, y aunque pueden presentarse en cualquier localización, hay cierta predilección en algunas zonas. Son más frecuentes en maxilar (90%) que en mandíbula (10%). El más frecuente es el diente localizado entre los incisivos llamado mesiodens, seguido de cuartos molares superiores (paramolares) y los incisivos laterales superiores. En mandíbula los más frecuentes son los premolares y molares. En la dentición temporal es raro, sin embargo cuando existen, el más frecuente es el incisivo lateral superior. Tiene una frecuencia que oscila entre 0.5% y el 3%, con cierta variabilidad racial.^{20,21}

3.8.3 Anomalías de Tamaño

2.8.3.1 Microdoncia. Se refiere al diente de tamaño más pequeño al ser comparado con un diente normal. La pseudomicrodoncia es en la cual todos los dientes parecen más pequeños que los normales, producido por el agrandamiento de los maxilares. Está asociada a varios síndromes al igual que el labio paladar hendido. Es rara (menos de 1%) en dentición temporal, hay más prevalencia en dentición permanente (2.5%) y las niñas son las más afectadas. Usualmente se observa una corona clínica de menor tamaño y el diente más afectado suelen ser incisivos laterales superiores y terceros molares superiores.¹⁵ En México existe un prevalencia de 0.74%.²²

2.8.3.2 Macrodoncia. Se refiere a los dientes que parecen más grandes que los de tamaño normal. Algunos dientes pueden ser afectados. Esta patología suele verse en pacientes con gigantismo o con maxilares pequeños en caso de macrodoncia generalizada. Macrodoncia localizada está asociada en casos de hiperplasia hemifacial y algunos síndromes. Tiene una prevalencia de 2.25% con un predominio en niñas. Los dientes más afectados son terceros molares y segundos premolares inferiores, incisivos centrales superiores y frecuente simetría bilateral.^{17,15}

3.8.4 Patologías de esmalte

Las alteraciones de la estructura del esmalte pueden presentarse como consecuencia de factores ambientales o hereditarios. Entre los factores ambientales están las infecciones bacterianas y víricas (ej. Escarlatina), inflamación, estados carenciales (ej. vitaminas A, D, C y Ca), lesiones químicas y traumatismos. La localización puede ser de uno o dos dientes (focal), o puede afectar a muchos o a la totalidad de los dientes (generalizada). La magnitud de la alteración del esmalte está relacionada por lo general con el factor etiológico específico, la duración de la agresión y la etapa de la formación del esmalte en el momento de la lesión.

Los defectos del esmalte producidos por factores ambientales pueden afectar a la dentición temporal o a la permanente, pero rara vez a ambas. A diferencia de los factores hereditarios, que suelen afectar al esmalte o la dentina.

- Hipoplasia del esmalte. Afecta solo uno o dos dientes, aunque la etiología suele ser incierta (idiopática), un ejemplo de esto suele ser el diente de Turner, otro puede ser cuando un absceso de un diente temporal afecta al germen del sucesor.²⁰ La localización en casos de etiología local es principalmente en incisivos y premolares permanentes, en caso de factores sistémicos se afectan dientes primarios y permanentes. Las características clínicas que presentan son la reducción del espesor del esmalte, y las fosas, fisuras y líneas en toda la superficie del esmalte o cierta área.⁵
- Amelogénesis imperfecta. Es una anomalía estructural del esmalte de tipo hereditario. Se debe a una función de los ameloblastos o a una alteración en el depósito estructural y calcificación de la matriz del esmalte que segregan los ameloblastos. La frecuencia es de 1 por cada 12-14,000

habitantes, se conocen 12 subtipos en la clasificación y se fundamentan principalmente en varios rasgos: apariencia clínica, etapa de la formación del esmalte en la que aparezcan las anomalías y patrón genético de transmisión familiar.¹⁸

➤ Hipocalcificación. Espesor del esmalte regular al momento de la erupción. El esmalte es blando y fácil de remover, hay sensibilidad aumentada a los estímulos térmicos. Esmalte color amarillo-marrón, con depósitos pigmento, ocasionalmente asociado con mordida abierta anterior esquelética. Existe una prevalencia de 23.94% en México.²²

➤ Hipomaduración. Esmalte moteado opaco de espesor normal, la radiodensidad del esmalte se parece mucho al de la dentina. Esmalte relativamente blando con microfracturas frecuentes, ocasionalmente distorsión oclusal, problemas estéticos, sensibilidad. Para el tratamiento de todas es restauración estética conservadora, en casos severos, rehabilitación protésica.¹⁵

3.9. Anomalías de la Articulación Temporomandibular

Un número sorprendente de niños entre 9 y 11 años de edad muestran una sintomatología clásica de ATM semejante a la de adolescentes y adultos. Los ruidos en las articulaciones infantiles, en vez de detectar el crac, clic o pop definido, se detecta un sonido amortiguado, aunque puede sonar más como una audiosensación de movimiento. Cuando esto sucede, es un indicio de que las relaciones articulares internas son incorrectas. Sin embargo los ruidos no solo son el primer síntoma de esto, también pueden estar presentes las cefaleas, cervicalgia, dolor miofacial, otalgia y sensibilidad muscular a la palpación. Debido a la inmadurez y crecimiento de la cabeza del cóndilo el tratamiento habitual es desbloquear el cóndilo, para obtener una reparación de 6 a 12 meses.²³ Se ha realizado distintos estudios y tras una revisión bibliográfica de los últimos 25 años, se ha podido comprobar que las cifras sobre la prevalencia de disfunción craneomandibular en niños y jóvenes son muy controvertidas. Los estudios publicados revelan diferentes porcentajes, desde el 6% hasta el 68% de signos y/o síntomas en esta población específica. Sin embargo, los niños con signos y síntomas que necesitan tratamiento representan solo el 2% del total. En una revisión bibliográfica realizada por **Okeson** encontró una prevalencia de los síntomas de Disfunciones Craneo-Mandibulares (DCM) en niños del 36% al 74% y de signos de DCM en niños del 33% al 77%. El motivo podría ser que algunos signos son considerados normales en los niños, por parte de los dentistas, debido a los constantes cambios durante el crecimiento. Uno de los primeros trabajos sobre prevalencia de signos y síntomas de las alteraciones funcionales del sistema estomatognático en niños que se ha podido encontrar fue realizado por **Maria Nilner** y **Sven-Ake Lassing** en 1981. Esta investigación epidemiológica fue llevada a cabo en una escuela de Malmo/Suecia.²⁴ Hablando de México existe un estudio realizado por Serrano Arredondo en que encontró mayor afectación en el sexo masculino con 68% y de la muestra total un 30% mostró uno o mas síntomas.²⁵

3.9.1 Agenesia condilar. Asociada o no a otros déficits como la apófisis coronoides, fosa glenoidea o rama ascendente mandibular, suele formar parte de un síndrome hereditario autosómico dominante llamado síndrome de Treacher-Collins. Se manifiesta por una asimetría facial de origen mandibular, maloclusión dentaria severa y desviación de la línea media mandibular hacia el lado afecto. Suele manifestarse junto a otros déficits faciales como el del hueso malar, pabellón auricular, u oído medio. La mayoría de autores recomiendan la cirugía temprana a partir de los 3 años de edad siendo los objetivos restablecer un centro de crecimiento condilar que facilite el normal desarrollo óseo facial,

restablecer la simetría facial, y reparar las deformidades faciales evitando alteraciones psicológicas durante el desarrollo del niño.

3.9.2 Hipoplasia condilar. Puede tener una etiología doble, congénita o adquirida. Esta última puede estar causada por factores locales (trauma, infección del hueso mandibular o del oído medio, radioterapia) o por factores sistémicos (infección, agentes tóxicos, artritis reumatoide, mucopolisacaridosis- síndrome de Pfaundler Hurler). La etiología congénita agrupa varios síndromes como la disóstosis otomandibular, disóstosis mandíbulofacial, síndrome de Pierre Robin y un síndrome congénito esporádico que es la microsomía hemifacial o síndrome de Goldenhar. Esta última afecta a estructuras derivadas del primer y segundo arco branquial. Estos factores provocan un daño en el cartílago de crecimiento condilar que conduce a una deformidad progresiva con asimetría facial, desviación mandibular hacia el lado afectado, y maloclusión dentaria, pudiendo asociarse a anquilosis fibrosa de la ATM. El cóndilo es pequeño y deforme con una rama ascendente mandibular corta y una muesca antegonial. De acuerdo con las clasificaciones de Pruzansky y de Murray, en los casos leves la hipoplasia afecta sólo al ángulo goniaco (grado I), el ángulo y la rama ascendente sin afectar (grado II a), o afectando (grado II b) la articulación temporomandibular. En el grado III se observa la completa ausencia de la rama y el cóndilo. Estas malformaciones se acompañan de severas alteraciones de la oclusión dentaria que, si bien se adapta relativamente, presenta inclinación, desviaciones y otras alteraciones difíciles de corregir.²⁶ Es mayormente unilateral pero se presenta bilateralmente en el 15 al 30 % de los casos (Poswillo, 1989), casi siempre en forma asimétrica. Los varones están más afectados que las mujeres (Grabb, 1965) en relación 3:2. En los casos unilaterales la mandíbula está desviada hacia el lado afectado y el plano oclusal es empujado hacia delante en el mismo lado. Frecuentemente se presenta con microtia del mismo lado, macrostomía, puede presentar compromiso del nervio facial en grado variable, paresia y parálisis facial con disminución de la audición sensorineural, parálisis velopalatina con lenguaje con hipernasalidad secundaria a insuficiencia velofaríngea hipoplasia de los músculos masetero, temporal y pterigoideos que a su vez guardan una relación con la dismorfología mandibular.²⁷ La modalidad de tratamiento varía dependiendo de la severidad de la

hipoplasia del cóndilo, realizándose ortodoncia aislada o asociada a cirugía. En los casos más severos se deberá reconstruir la unidad cóndilo-rama mandibular mediante un injerto costocondral, creando una moderada mordida abierta posterior homolateral que se disminuirá posoperatoriamente mediante férulas extrusoras dentales.

3.9.3 Anquilosis de la ATM. Se define como la fusión de las superficies articulares por interposición de tejido entre ellas. La anquilosis verdadera (intra-articular) debe diferenciarse de la pseudoanquilosis (extra-articular) debida ésta a causas como hipertrofia del proceso coronoides, fracturas del arco cigomático, postradioterapia y miositis osificante. La anquilosis verdadera puede ser dividida en ósea, fibrosa, fibroósea y cartilaginosa, pero el mecanismo patogénico definitivo es la falta de movilidad articular. Se han descrito numerosas causas de anquilosis, siendo la más frecuente la traumática, y entre ellas las fracturas intracapsulares. Otras causas son la artritis supurativa, artropatías sistémicas, tumores de la ATM, maniobras obstétricas, y repetidas cirugías. en pacientes en edad de crecimiento se asocia asimetría facial y maloclusión dentaria. Cuanto más temprana sea la edad de presentación del trastorno condilar y más se retrase la instauración del tratamiento, mayor podrá ser el grado de deformidad facial. Esta deformidad será diferente si la alteración condílea es uni o bilateral. En el primer caso se produce limitación de la apertura oral y una asimetría facial consecuente a una hipoplasia mandibular del lado afecto; el mentón está retruido y desviado hacia el lado afecto; el ángulo goníaco ipsilateral está más alto; oclusalmente se produce una inclinación de los incisivos inferiores hacia el lado sano, mordida cruzada en el lado afecto e inclinación del plano oclusal. En el caso de una anquilosis bilateral, disminuye la altura facial posterior, aparece retrognatia y limitación de la apertura oral, con cierto grado de acortamiento e hipertrofia de los músculos maseteros, pterigoideos, temporales y suprahiodeos, debido a contracciones isométricas.²⁸ El tratamiento consiste en realizar una artroplastia, resección de la región anquilótica y reconstrucción, mediante autoinjertos en pacientes en edad de crecimiento. De igual manera cabe destacar que en la hiperplasia condilar tiene un mayor predisposición a aparecer principalmente de 11 a 30 años de edad, provocando asimetría facial,

así como alteraciones oclusales y puede asociarse a dolor y disfunción de la articulación temporomandibular.²⁹

4. Planteamiento del problema

De acuerdo al censo del 2010 realizado por el INEGI, la población infantil de 2 a 12 años de edad constituye el 29.4% de los habitantes del país, se sabe que ese sector de la población presenta enfermedades orales como caries y enfermedad periodontal, sin embargo en la literatura existen muy pocos reportes sobre la prevalencia de alteraciones dentales características de la oclusión así como alteraciones de la articulación temporomandibular. La identificación de estas prevalencias permitirá su diagnóstico temprano, en su caso atención oportuna, con lo que se disminuirán las secuelas de estas alteraciones y al determinar la prevalencia podrán determinarse las jerarquías de atención en programas de salud.

5. Justificación

Determinar la prevalencia de alteraciones de ATM, oclusión y tamaño, forma número y estructura dental permitirá orientar los programas educativos y de atención bucodental de la FO de la UNAM Licenciatura para resolver las alteraciones más frecuentes en niños y adolescentes atendidos en la Clínica Integral del niño y el adolescente en la Clínica Periférica de Azcapotzalco (ambos turnos) de la UNAM.

6. Objetivos

Objetivo general: Determinar las prevalencias de las alteraciones de ATM, oclusión, de tamaño, forma, número y estructura dental en niños de 2 a 12 años de edad.

6.1. Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de las alteraciones de ATM, identificando signos y síntomas en niños de 2 a 12 años de edad en la Clínica Periférica de Azcapotzalco (ambos turnos) de la UNAM.
- Determinar la prevalencia de las alteraciones en la oclusión, identificando los diferentes tipos de escalones y maloclusiones en pacientes de 2 a 12 años de edad en la Clínica Periférica de Azcapotzalco (ambos turnos) de la UNAM.
- Determinar la prevalencia de las alteraciones dentales identificando tales como hipoplasias, amelogénesis, fusión, geminación, concrecencia, macro y microdoncia, agenesia, hiperdoncia, etc. en pacientes de 2 a 12

años de edad que acuden a la Clínica Periférica Azcapotzalco (ambos turnos) de la UNAM.

7. Variables

| Nombre | Definición conceptual | Definición operacional | Escala de medición |
|-----------------------------------|--|---|---------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento. | Tiempo transcurrido del nacimiento al momento del estudio que declare el tutor del niño en meses. | Cuantitativa discreta |
| Sexo | Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer. | Características físicas que presenta el niño al momento del estudio | Cualitativa nominal |
| Escolaridad | Conjunto de los recursos que un estudiante sigue en un colegio. | Grado escolar que declare el tutor al momento del estudio | Cualitativa ordinal |
| Amelogénesis imperfecta | Alteración en la estructura y calcificación de la matriz del esmalte | Mancha blanquiscas-amarillas con rugosidad en el esmalte. | Cualitativa nominal |
| Hipoplasia del esmalte | Reducción del espesor del esmalte | Manchas o ralladuras en la corona clínica de los dientes presentes al momento de la exploración clínica | Cualitativa nominal |
| Hipomaduración del esmalte | Esmalte moteado de espesor normal | Manchas amarillentas en los | Cualitativa nominal |

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|---------------------|
| | | dientes durante la exploración clínica | |
| Hipocalcificación del esmalte | El esmalte es blando y fácil de remover con espesor normal | Manchas de color amarillo-marrón en la corona dental natural | Cualitativa nominal |
| Microdoncia | Diente más pequeños al ser comparado con uno normal | Dientes de tamaño menor a las dimensiones habituales | Cualitativa nominal |
| Macrodoncia | Diente que parece más grande en comparación con un diente normal | Dientes de tamaño mayor a las dimensiones habituales | Cualitativa nominal |
| Fusión | Unión total de dos gérmenes dentales | Unión de dos dientes apreciable clínicamente | Cualitativa nominal |
| Concrescencia | Unión de dos dientes por medio de su cemento | Unión de dos dientes por cemento apreciable radiográficamente | Cualitativa nominal |
| Geminación | Unión parcial de dos gérmenes dentales | Unión de la corona clínica de dos dientes apreciable radiográficamente | Cualitativa nominal |
| Agnesia dental | Ausencia de uno o varios dientes temporales y permanentes | Falta congénita de uno o varios dientes comprobada radiográficamente | Cualitativa nominal |
| Hiperdoncia | Número excesivo de dientes llamados supernumerarios | Exceso de dientes a la exploración clínica | Cualitativa nominal |
| Clase I | Cúspide mesiovestibular | Relación molar se encuentra en una | Cualitativa nominal |

| | | | |
|----------------------------|---|---|---------------------|
| | del primer molar superior esta en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. | neutrooclusión | |
| Clase II | Surco vestibular del primer molar permanente inferior esta por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior | Relación molar se encuentra en una distooclusión | Cualitativa nominal |
| Clase II División 1 | Incisivos superiores protruidos y con un resalte aumentado | Incisivos superiores protruidos | Cualitativa nominal |
| Clase II División 2 | Los incisivos centrales superiores se encuentran retroinclinados y los incisivos laterales se encuentran protruidos; existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida interincisiva | Incisivos centrales retroinclinados, y los incisivos laterales con una inclinación vestibular | Cualitativa nominal |
| Clase III | El surco mesiodistal del primer molar inferior esta por mesial de la | Relación molares se encuentra en una mesiooclusión | Cualitativa nominal |

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---------------------|
| | cúspide mesiovestibular del primer molar superior. | | |
| Escalón distal | Cara distal del segundo molar superior infantil está alineado por delante de la cara distal del segundo molar inferior infantil | Cúspide distal del segundo molar superior temporal ocluye en la vertiente mesial del segundo molar inferior | Cualitativa nominal |
| Escalón recto | Posición vertical alineada de las caras distales de los segundos molares infantiles | Cúspides distales del segundo molar superior temporal ocluye con las vertientes distales del segundo molar inferior | Cualitativa nominal |
| Escalón mesial | Cara distal del segundo molar superior infantil alinea con la parte media del segundo molar inferior infantil | Cúspide mesiovestibular del segundo molar superior temporal ocluye sobre la vertiente distal del segundo molar inferior temporal | Cualitativa nominal |
| Escalón mesial exagerado | Cara distal del segundo molar superior infantil está por detrás de la cara distal del segundo molar inferior infantil | Cúspide distal del segundo molar superior temporal ocluye en la vertiente distal del primer molar inferior permanente | Cualitativa nominal |
| Agnesia condilar | Ausencia congénita del cóndilo | Clínicamente se aprecia una asimetría facial y desviación de línea media dental | Cualitativa nominal |

| | | | |
|----------------------------|---|---|---------------------|
| | | en la apertura. Radiográficamente se observa la ausencia del cóndilo | |
| Hipoplasia condilar | Atrofia del cóndilo | Clínicamente se aprecia asimetría facial, línea dental desviada y maloclusiones severas. Radiográficamente se observa un cóndilo pequeño. | Cualitativa nominal |
| Anquilosis condilar | Fusión de tejidos articulares | Clínicamente se observa disminución de la apertura y movilidad de la mandíbula. Radiográficamente no se aprecia nítidamente el cóndilo. | Cualitativa nominal |
| Ruidos articulares | Sonido amortiguado que puede sonar como una audisensación de movimiento | Sonido que se detecta con ayuda de un estoscopio en la apertura y cierre mandibular. | Cualitativa nominal |

8. MATERIAL Y METODOS

En el archivo de la Clínica Periférica de Azcapotzalco de la Facultad de Odontología de la UNAM, se localizaron las historias clínicas que cumplan los siguientes requisitos:

8.1 Criterios de inclusión

Edad de 2 a 12 años

Del año 2009 al 2011

Historia Clínica con llenado completo y que cuenten con radiografías de diagnóstico (periapicales u ortopantomografía).

Autorizadas por un docente de la clínica integral del niño y el adolescente

8.2 Criterios de exclusión

Expedientes de pacientes con discapacidades intelectuales y locomotrices

Con síndromes genéticos de cabeza y cuello

Historias clínicas diversas del mismo paciente

Expedientes de urgencia

Expedientes incompletos

8.3 MUESTRA:

TOTAL DISPONIBLE, no aleatoria.

9 MÉTODO

Se acudió al archivo clínico de la Clínica Periférica de Azcapotzalco de la FO de la UNAM y se localizaron y recuperaron los expedientes del ciclo escolar 2009-2010 y del 2010-2011, de la Clínica Integral del niño y el adolescente.

Se realizó la tabla para el estudio y captura de la información. Se registró la información en una base de datos electrónica en el programa SPSS V. 15.0 para su análisis. (Anexo 1)

10 RECURSOS

Historias clínicas de Odontopediatría de la Clínica Periférica de Azcapotzalco de la Facultad de Odontología de la UNAM

Computadora portátil ACER aspire one

Computadora portátil TOSHIBA

Software Microsoft Windows XP Profesional Versión 2002 service pack 3

Software Microsoft Office Excel 2007

Software Microsoft Office Word 2007

Memoria USB Kingstone 8GB

Software SPSS V. 15.0

11 Consideraciones éticas

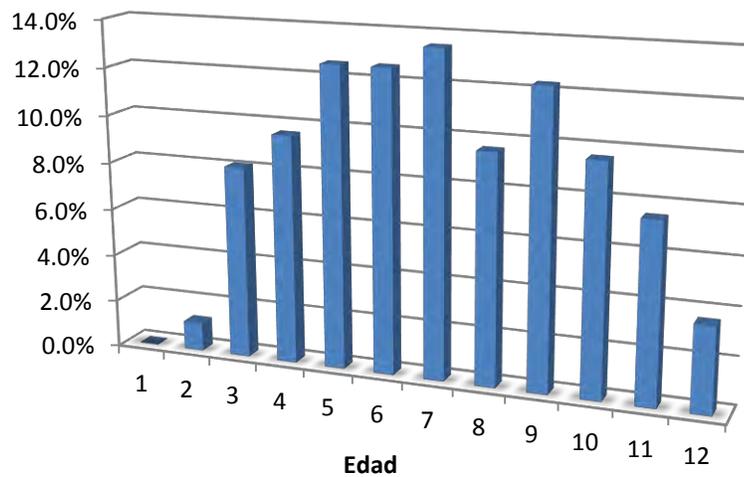
De conformidad con el artículo 17° inciso I, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ³⁰este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo y con relación a lo considerado en el artículo 20° de dicho reglamento esta investigación no requiere del consentimiento informado debido a que se utilizaran expedientes clínicos, por lo tanto, se mantendrá la confidencialidad de la información.

12. RESULTADOS

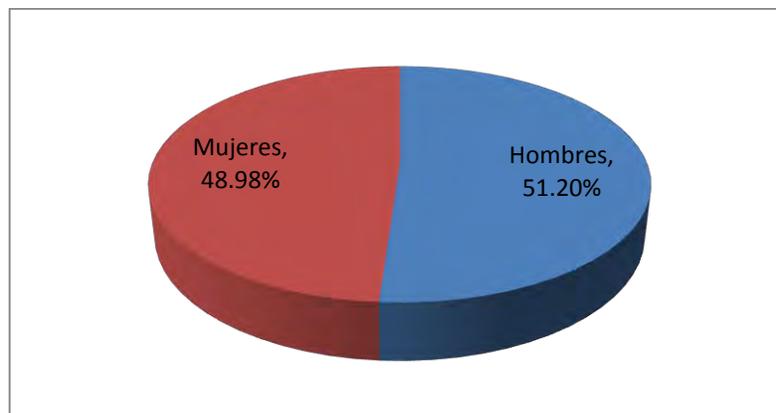
12.1 SOCIODEMOGRAFICOS

Se incluyeron 334 expedientes, la edad promedio de los pacientes fue de 7 ± 2.5 años, con un mínimo de dos y máximo 12 años. (gráfica 1)

La distribución por sexo tuvo discreta mayoría en el sexo masculino 51.2%. (gráfica 2)

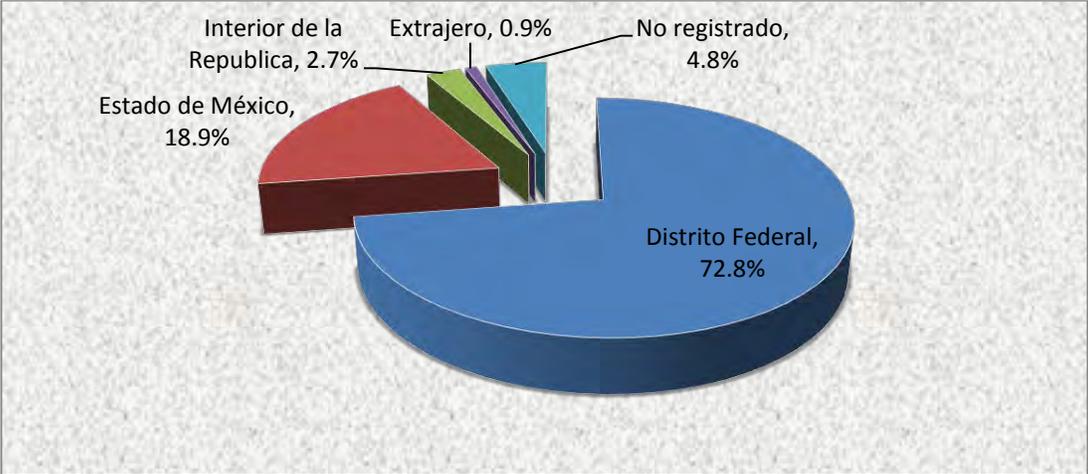


Gráfica 1. Porcentaje de edad n=334



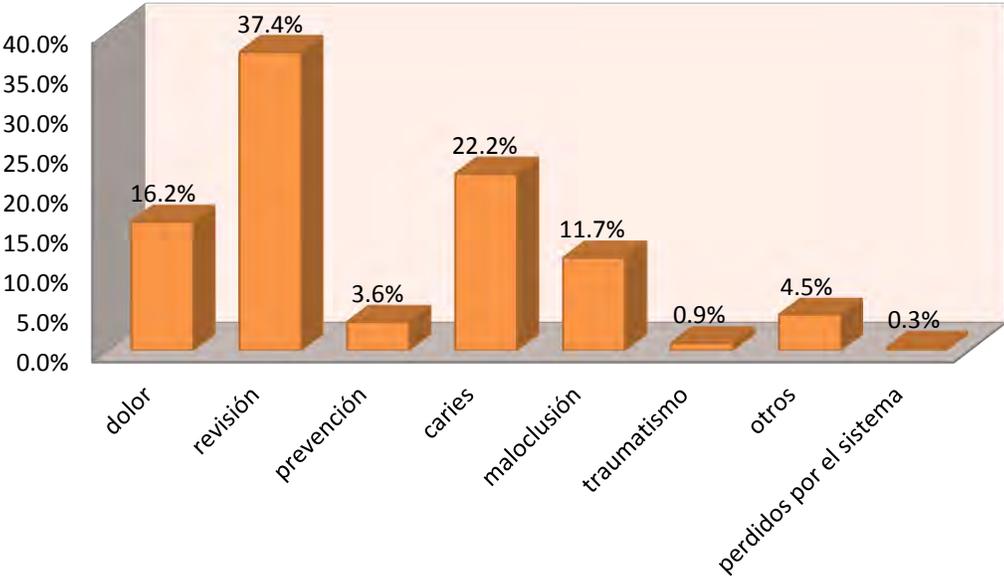
Gráfica 2. Distribución de sexo n=334

Como puede observarse en la gráfica 3, con relación al lugar de nacimiento el Distrito Federal ocupa el primer lugar con el mayor porcentaje, (78.2%)



Gráfica 3. Porcentaje de lugar de Nacimiento n=334

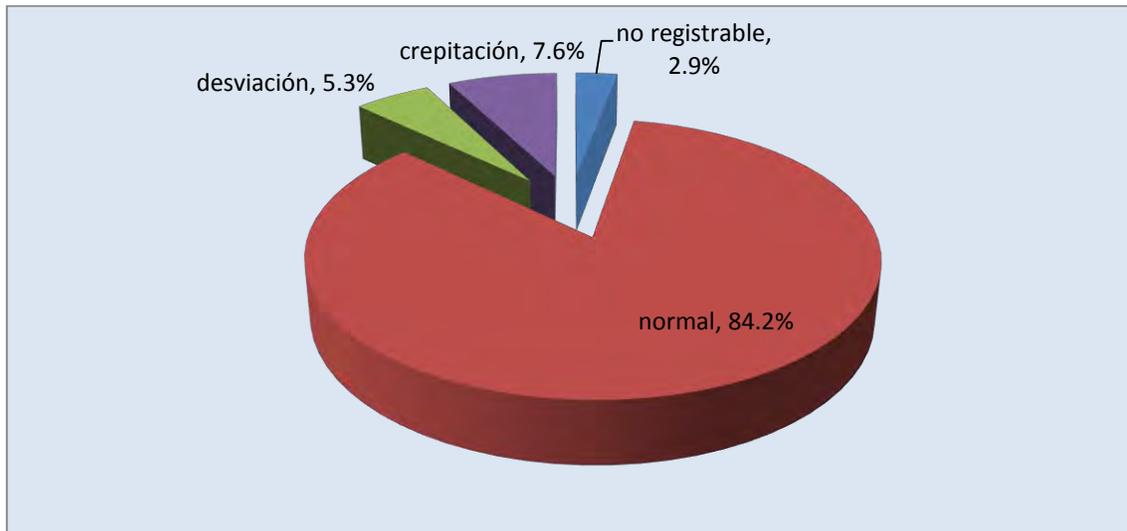
El motivo principal de consulta tuvo los mayores porcentajes en revisión 37.4%, caries 22.2% y en tercer lugar dolor con 16.2%. Gráfica 2



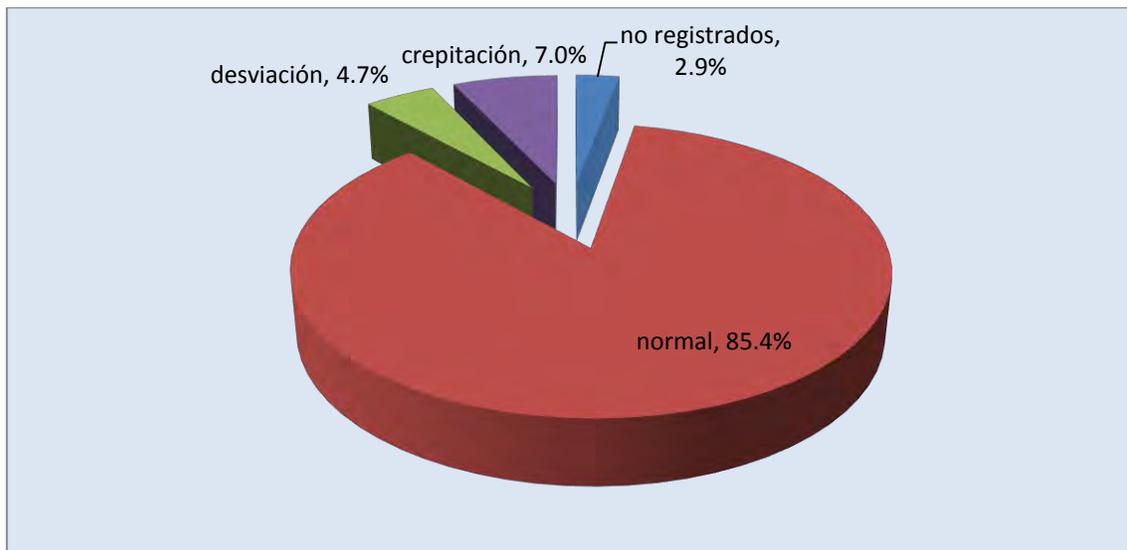
Gráfica 4. Porcentaje de motivo principal de consulta n=334

12.2 ANOMALÍAS DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Se obtuvo un mayor porcentaje en crepitación de la ATM del lado derecho en niños. Teniendo que en apertura existe un porcentaje de 7.6% y en cierre 7%. Esto puede observarse en las gráficas 5 y 6.



Gráfica 5. Porcentaje de apertura de ATM derecha en niños n=171



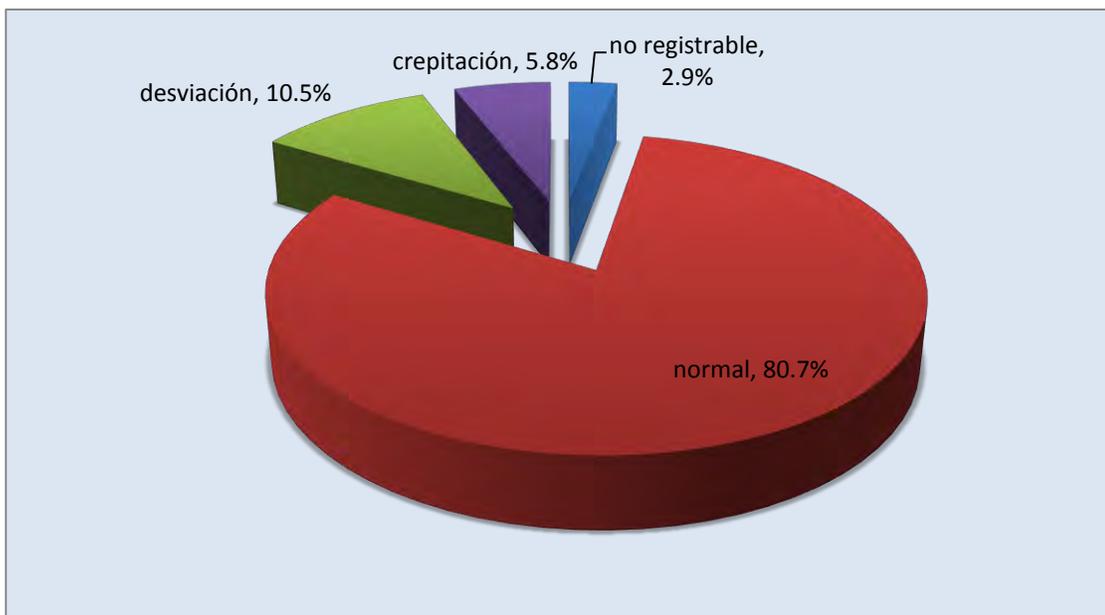
Gráfica 6. Porcentaje de cierre de ATM derecha en niños n=171

De acuerdo a las gráfica 7 en niños se obtuvieron los siguientes resultados en ATM izquierda, hubo un mayor porcentaje de la ATM sana con 78.4%, y se registró que la desviación en apertura tuvo un porcentaje de 11.1% y la crepitación obtuvo 7.6%.



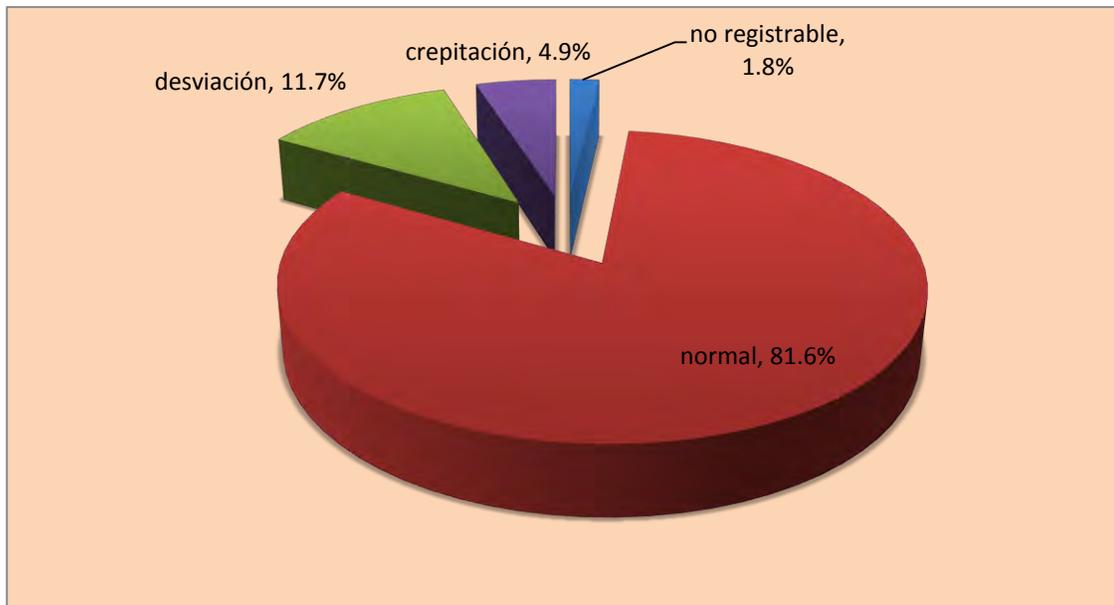
Gráfica 7. Porcentaie de Apertura de ATM izquierda en niños n=171

En el cierre de la ATM izquierda en niños se obtuvieron los siguientes resultados. El mayor porcentaje lo obtuvo la ATM sana con 80.7%, seguido de la desviación de la ATM con 10.5% y al final la crepitación con 5.8%.



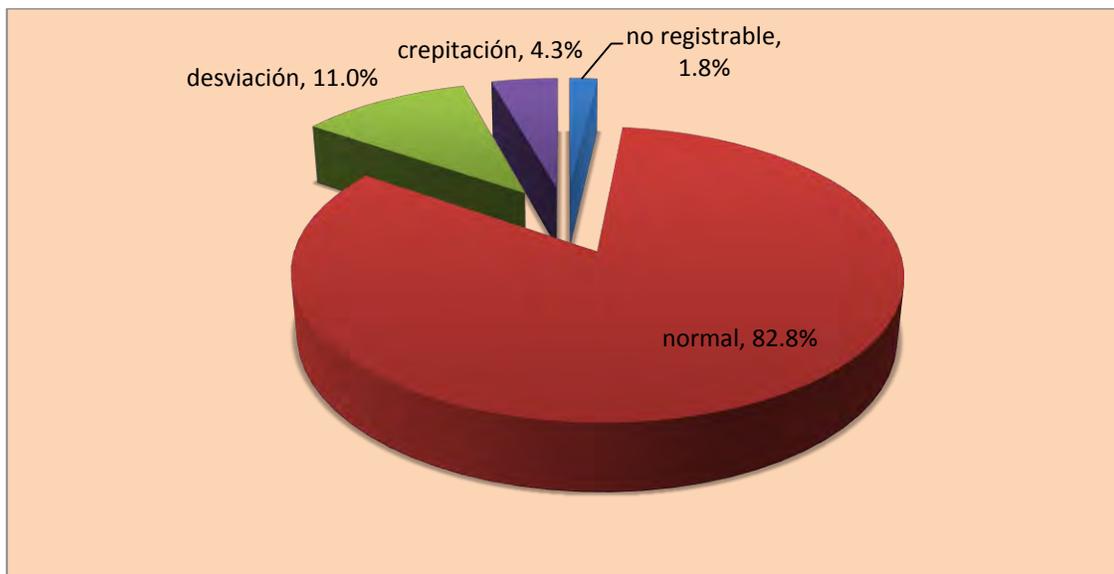
Gráfica 8. Porcentaje de cierre de ATM izquierda en hombre n=171

En niñas se tuvieron los siguientes resultados. Observando la gráfica 9 podemos decir que la ATM sana obtuvo mayor porcentaje con 81.6%, aunque de igual modo debemos señalar que la desviación tuvo 11.7% de resultados.



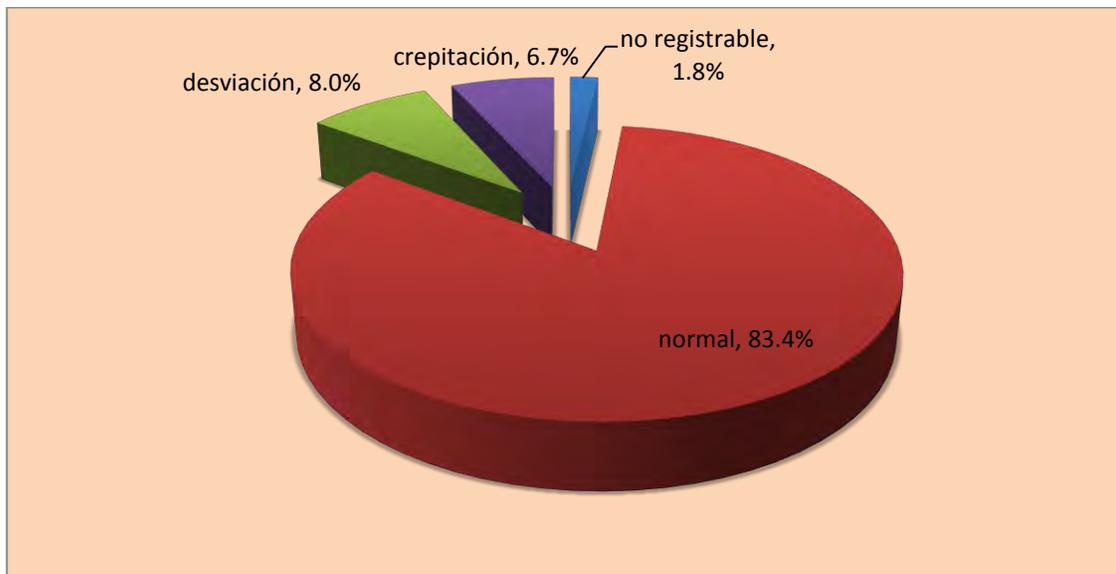
Gráfica 9. Porcentaje de apertura de ATM derecha en niñas n=163

Hablando de la ATM en cierre en niñas debemos señalar que de igual modo la ATM sana obtuvo mayor porcentaje con 82.8%, pero de igual modo la desviación de la ATM tuvo un número significativo con 11%. (Gráfica 10)



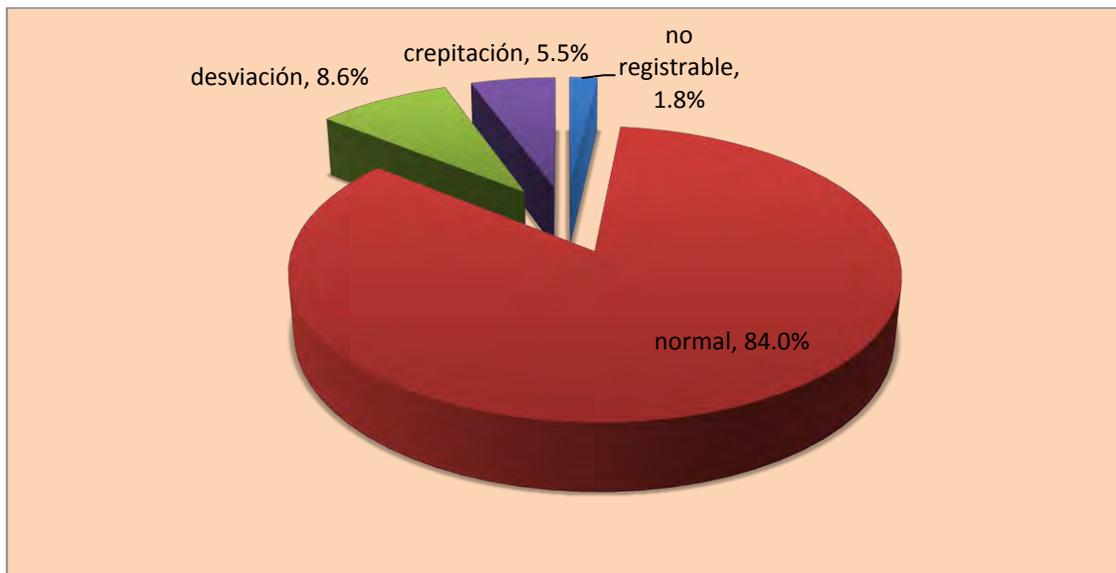
Gráfica 10. Porcentaje de cierre de ATM derecha en niñas n=163

Del lado izquierdo de la ATM en niñas se obtuvo que el mayor porcentaje se encuentra la ATM sana con 83.4%, seguido de la ATM desviación con 8% y por último la ATM crepitación con 6.7%. (Gráfica 11)



Gráfica 11. Porcentaje de apertura de ATM izquierda en niñas n=163

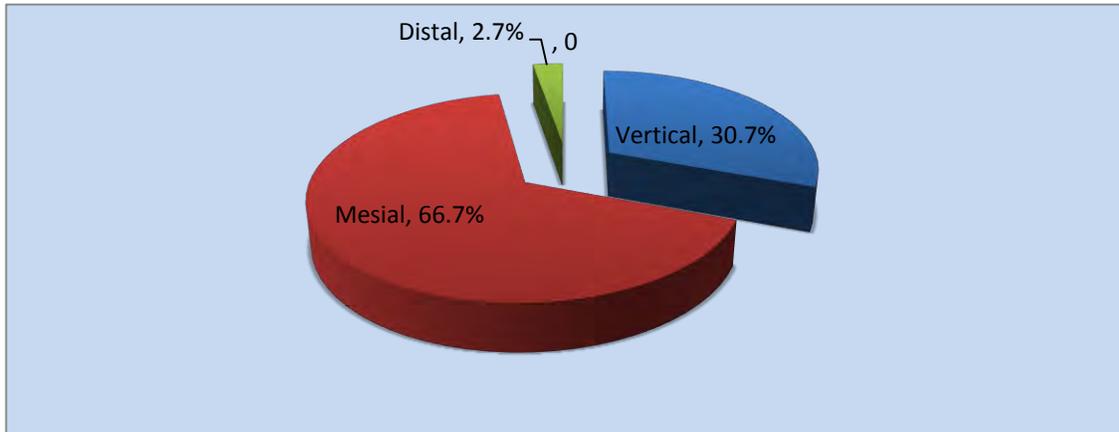
Observando la gráfica 12 podemos observar que el mayor porcentaje obtenido fue la ATM sana con 84%, seguido de la ATM desviación con 8.6% y al final con 5.5% la ATM crepitación.



Gráfica 12. Porcentaje de cierre de ATM izquierda en niñas n=163

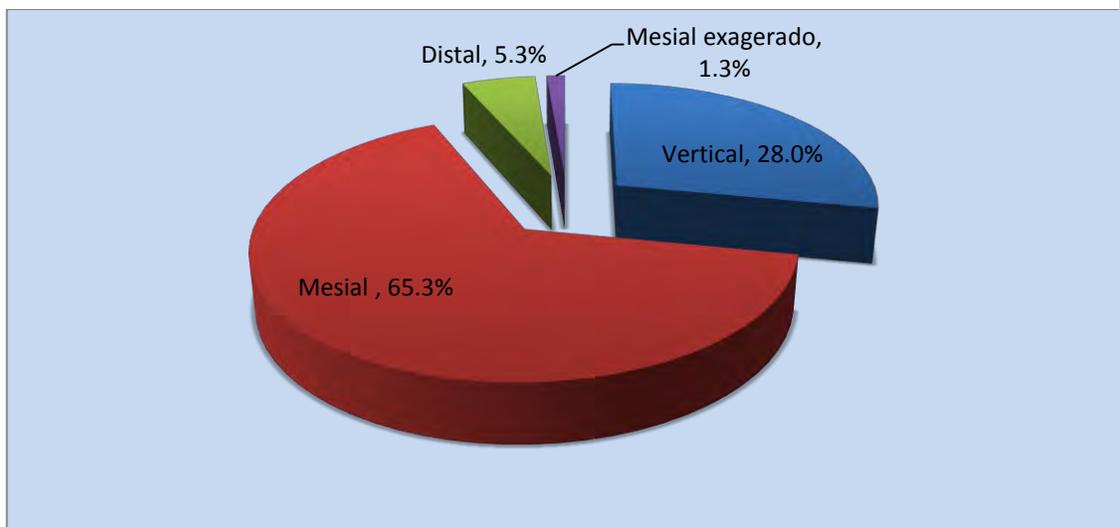
12.3 ALTERACIONES DE LA OCLUSIÓN

De los 334 expedientes registrados solo 147 tuvieron información para el registro de planos terminales. De los cuales se obtuvieron los siguientes resultados en niños, del lado derecho el escalón mesial fue el de mayor porcentaje con 66.7%, seguido del escalón vertical con 30.7% y escalón distal con 2.7%.



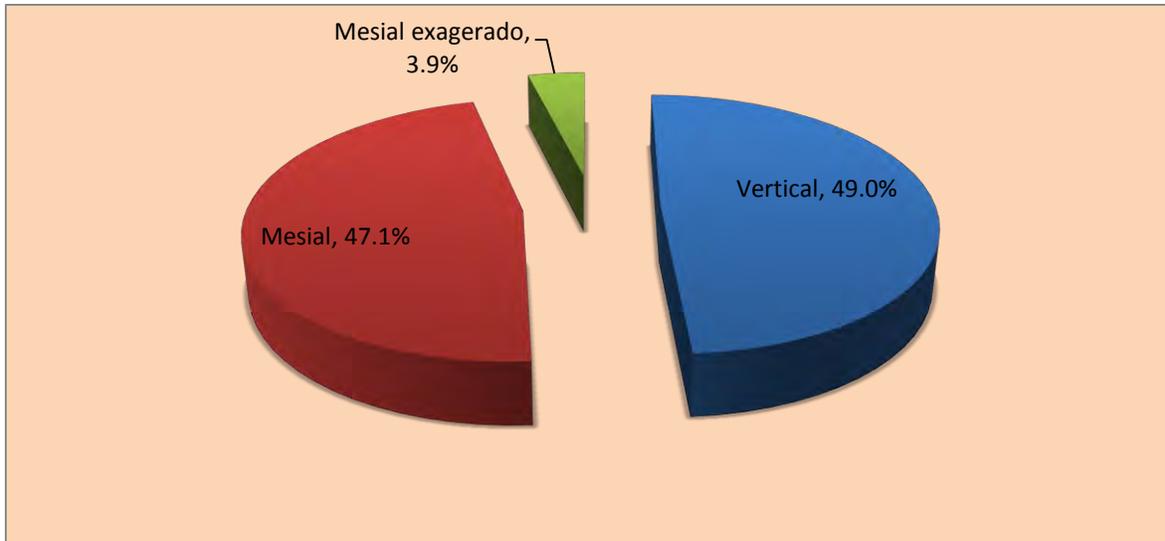
Gráfica 13. Porcentaje de planos terminales derecho en niños n=62

Del lado izquierdo en niños se obtuvo un mayor porcentaje en el escalón mesial con 65.3%, seguido del escalón vertical con 28%, el escalón distal con 5.3% y por último el escalón mesial exagerado con 1.3%.



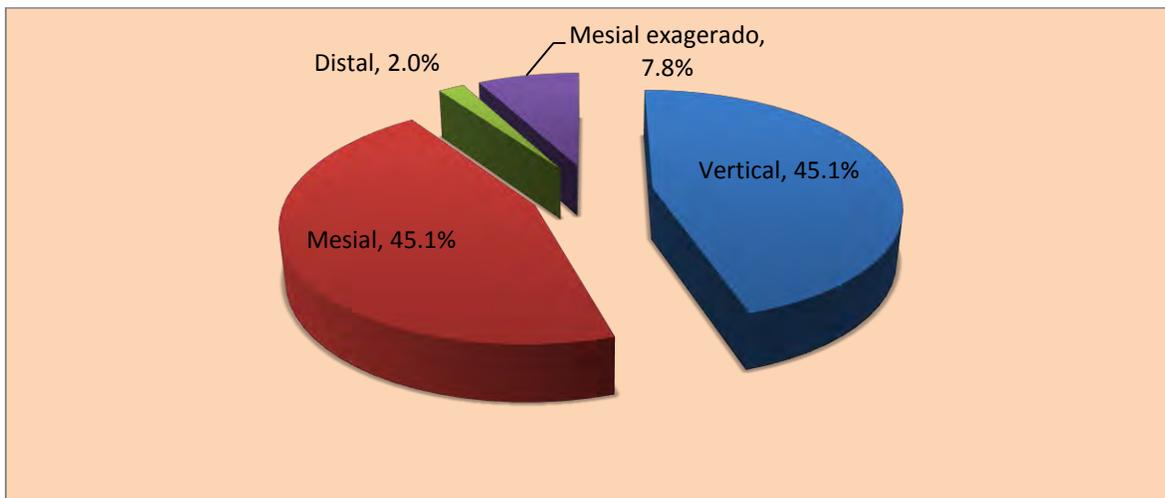
Gráfica 14. Porcentaje de planos terminales izquierda en niños n=62

De los 147 expedientes registrados para Planos terminales se obtuvieron los siguientes resultados para niñas. Del lado derecho se obtuvo que el escalón vertical tiene mayor presencia con el 49.0%, el escalón mesial tiene el 47.1%, finalizando con el escalón mesial exagerado con 3.9%.



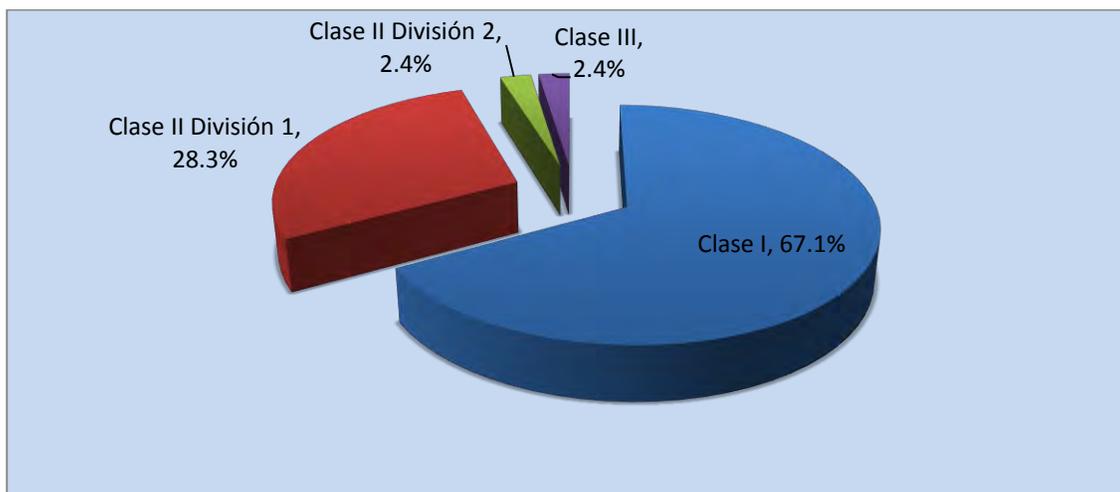
Gráfica 15. Porcentaje de planos terminales derecha en niñas n=43

En el lado izquierdo se obtuvo que el escalón mesial y el escalón vertical tienen el mismo porcentaje con 45.1%, el escalón distal tiene el 2% y el mesial exagerado tiene un porcentaje de 7.8%



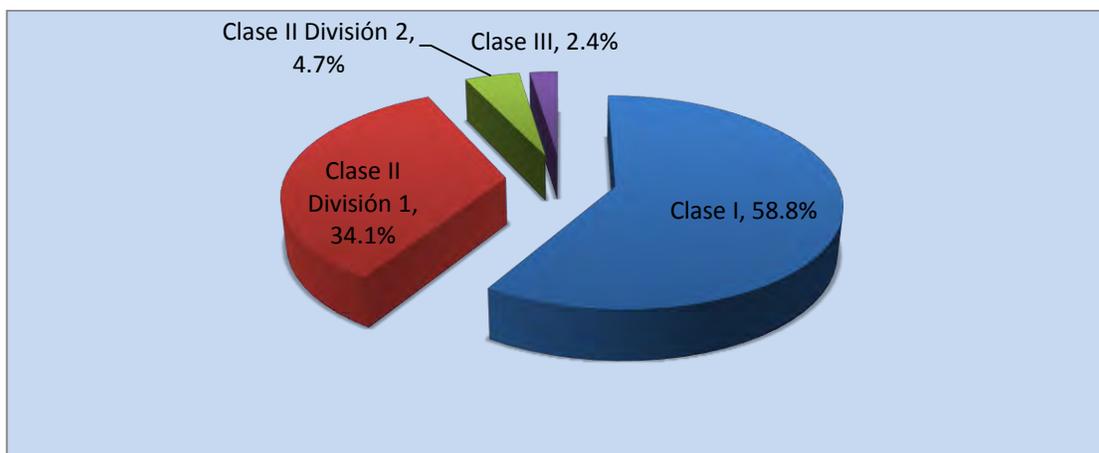
Gráfica 16. Porcentaje de planos terminales izquierda en niñas n=43

De los 334 expedientes registrados solo 187 expedientes tuvieron información para el registro de la Clasificación de Angle. De los anteriores registros mencionados se obtuvo para los niños los siguientes resultados. Del lado derecho se obtuvo que la Clase I tuvo el mayor porcentaje con 67.1%, seguido de la Clase II división 1 con 28.3%, la Clase III y Clase II división 2 tuvieron el mismo porcentaje con 2.4%. (Observar la gráfica 17)



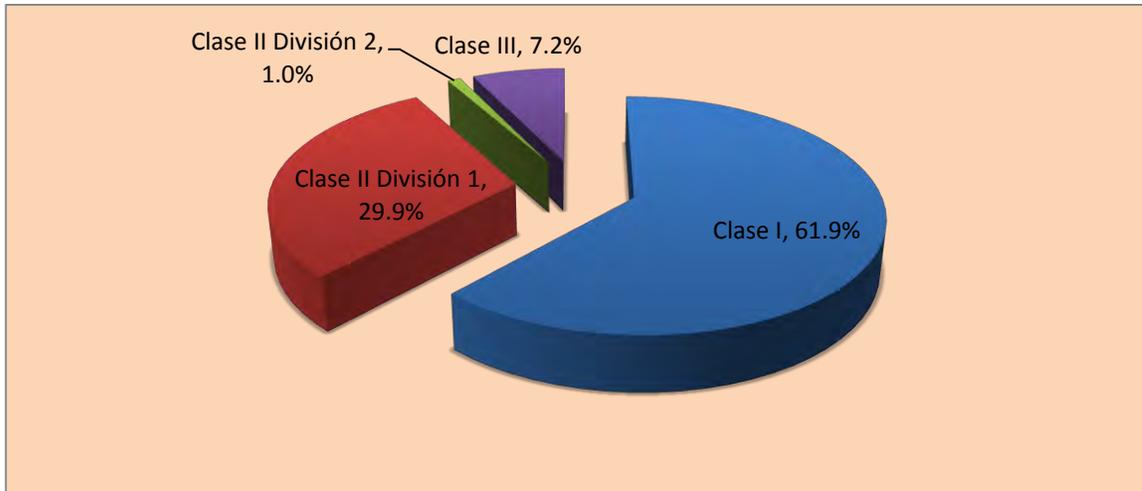
Gráfica 17. Porcentaje de Clasificación de Angle derecho en niños n=109

Del lado izquierdo en niños se obtuvo que el mayor porcentaje lo tiene la Clase I con un 58.8%, seguido por la Clase II División 1 con un 34.1%, la Clase II División 2 con el 4.7% y la Clase III obtuvo el menor porcentaje con 2.4%. (Gráfica 18)



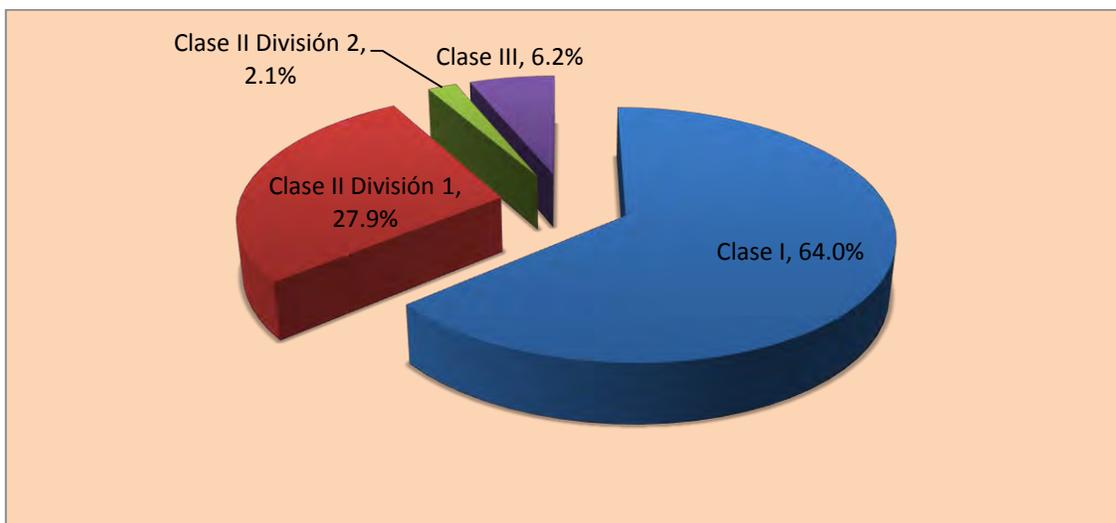
Gráfica 18. Porcentaje de Clasificación de Angle izquierda en niños n=109

De los 187 expedientes registrado para la clasificación de Angle. Para el sexo femenino se obtuvieron los siguientes resultados. Del lado derecho se obtuvo que la Clase I tuvo un mayor porcentaje con 61.9%, seguido de la Clase II división 1 con 29.9% y la Clase III con 7.2%.(Gráfica 19)



Gráfica 19. Porcentaje de Clasificación de Angle derecho en niñas n=120

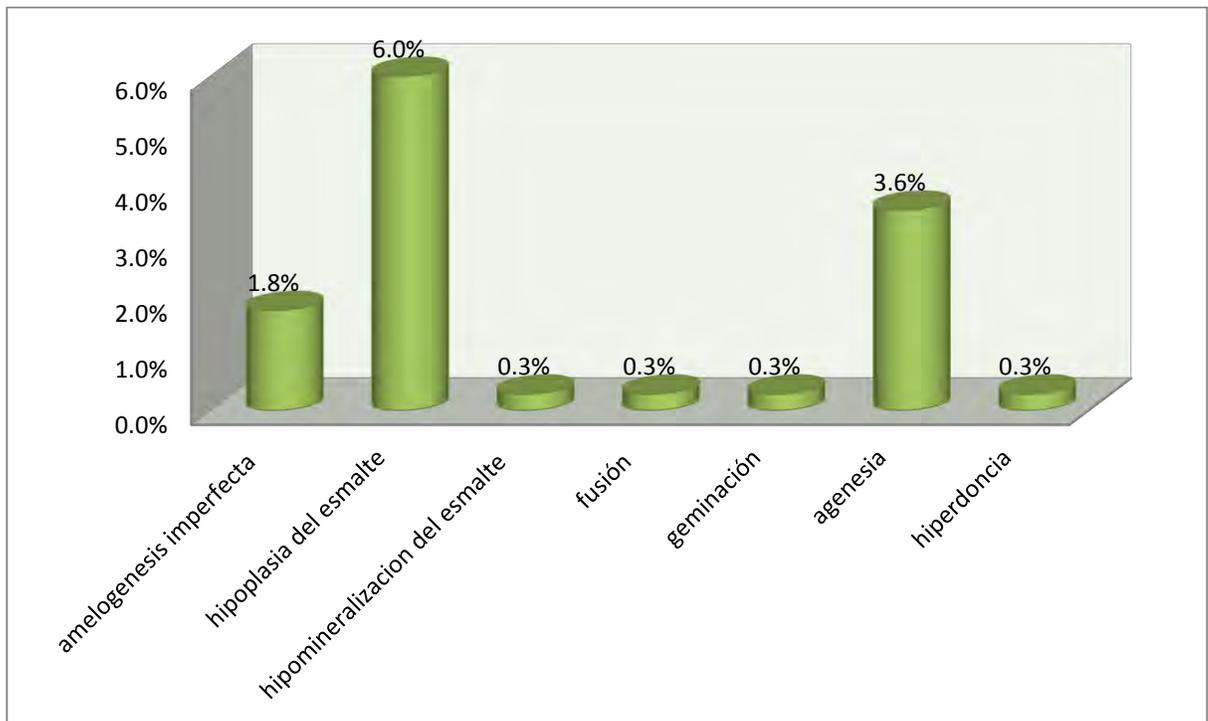
Del lado izquierdo en niñas, se obtuvo que la Clase I tiene un mayor porcentaje con 64%, seguido de la Clase II División 1 con 27.9% y con un 6.2% tenemos a la Clase III. (Gráfica 20)



Gráfica 20. Porcentaje de Clasificación de Angle izquierda en niñas n=120

12.4 ANOMALIAS DENTALES

De los 334 expedientes registrados para la Anomalías Dentales en la gráfica 21 podemos ver los siguientes resultados. Que hubo un predominio de la hipoplasia del esmalte con un 6%, continuando con la agenesia con un 3.6% y la amelogenesis imperfecta con 1.8%.



Gráfica 21. Porcentaje de Anomalías Dentales

13. DISCUSIÓN

En la investigación realizada se obtuvo un mayor porcentaje de habitantes que nacieron en el Distrito Federal, principalmente por que la Clínica donde se realizó el estudio se encuentra en la delegación de Azcapotzalco, la cual forma parte de la periferia de la Ciudad de México. De igual modo la delegación colinda con el Estado de México que ocupa el segundo lugar en lugar de nacimiento.

Los resultados obtenidos de las anomalías de la ATM analizados por sexo muestran mayor porcentaje en mujeres siendo el principal síntoma la desviación tanto del lado derecho (11.7%) así como el izquierdo (8.6%), a diferencia de los hombres que del lado derecho el mayor síntoma es la crepitación con (7%) y del lado izquierdo fue la desviación (11.1%). Aunque en la investigación de Serrano Arredondo con una muestra de 50 niños, obtuvo una mayor prevalencia en niños que en niñas. Pero algo que es importante señalar es que al igual que el estudio de Serrano Arredondo también obtuvimos casos en la dentición infantil, aunque en su mayoría fue en la dentición mixta, por lo que podemos decir que es probable que en la etapa de recambio dental se vea afectada la ATM por los distintos cambios que sufre el niño durante esta etapa a nivel oclusal.

En dicho estudio, solo se tomarón en cuenta los signos de desviación y crepitación, aunque es importante señalar que hubo pacientes que presentarón diferentes síntomas en ambos lados de la ATM.

Alvez Ferreira en Venezuela,²¹ en su investigación con una muestra de 120 niños donde la mayor prevalencia la tiene el sexo femenino (87.5%), aparte de los trastornos de la ATM, también relacionó esto con hábitos, tipo de maloclusiones, problemas respiratorios, entre otras más. El presente estudio no se enfocó en la relación de ninguna de estas variables, más bien las estudiamos de forma separada y solo se tomaron en cuenta los tipos de maloclusiones.

Respecto a los tipos de maloclusiones se consideraron de igual forma los tipos de Planos Terminales debido a que la investigación incluyo a niños desde los 2 años, y esta es la primera herramienta que tenemos los profesionales dentistas para poder determinar el tipo de oclusión que presenta un infante. Así que podemos decir el escalón con mayor prevalencia en hombres es el mesial (66.7%) y en las mujeres el vertical (49%) y el mesial (47.1%)

El estudio realizado por Taboada Aranza realizado en la Ciudad de México nos muestra que las prevalencias son similares, debido a que en su estudio el sexo masculino tiene de igual manera mayor prevalencia en el escalón mesial (43%), mientras que el sexo femenino mostró una prevalencia mayor por el escalón vertical (49%), contrario a nuestro estudio. Así que se puede decir que el tipo de desarrollo de los niños, al menos en la Ciudad de México, existe una alta prevalencia por los escalones mesiales y rectos, en ambos sexos. Esto nos da un importante antecedente para saber el tipo de crecimiento existe en nuestro país y los tipos de maloclusiones a los que somos más predisuestos.⁷

Tomando en cuenta ahora los tipos de maloclusiones de acuerdo a la Clasificación de Angle en nuestra investigación se obtuvo que la Clase I tiene mayor prevalencia en hombres con 67.1% y en mujeres con 64%. Es importante hacer notar que un alto número de niños que asistieron en el ciclo 2009-2011 son pacientes de seguimiento así que es una de las razones por las que existe mayor prevalencia de Clase I debido tratamientos previos de ortopedia y ortodoncia.

Esto lo decimos debido a que tomando en cuenta al estudio realizado en la ENEP Iztacala en unas escuelas del Estado de México, señalo que existe una mayor prevalencia de Clase II en ambas divisiones con 53,33%. Mientras nuestro estudio señalo que la Clase II ocupa el segundo puesto en prevalencia incluyendo ambas divisiones.⁹

Tomando en cuenta las investigaciones realizadas en Venezuela con Rojas-Ginette y Medina Carolina la Clase I tiene mayor prevalencia, aunque solo lo tomaremos como referencia, ya que las condiciones antropológicas son diferentes a las que tenemos en nuestro país.⁸

En anomalías de numero destacamos la agenesia 3.6% e hiperdoncia con 0.3%, respecto a argentina con 1,5% en agenesia e hiperdoncia.¹⁶

En anomalías de forma solo se diagnosticaron la fusión y la geminación que en ambos casos tuvieron solo 0.3%, aunque en argentina tuvo mayor prevalencia la fusión 1% y no se presentaron casos de geminación.¹⁶

En cuanto a las diferentes anomalías dentarias no hubo casos registrados de cúspide espolonada, concrecencia, perlas de esmalte, microdoncia y macrodoncia.¹⁶

14. Conclusiones

La prevalencia de alteraciones de la ATM fue del 7.6% al 11.7% registrándose crepitación, desviación de la apertura y cierre. Esto nos da a entender que las alteraciones de la ATM si se presentan desde la infancia.

Tenemos que el principal escalón registrado fue el mesial con 48.8% en niñas y 53.2% en niños. La clase de oclusión predominante fue Clase I de Angle con 56% en niños y 55% en niñas, por lo que se concluye que existe una armonía en el desarrollo de los pacientes infantiles, aunque es importante destacar no siempre es así, pueden existir cambios o alguna de las alteraciones ya mencionadas.

Las alteraciones de estructura más frecuentes fueron la hipoplasia del esmalte con 6%. Las alteraciones de numero con mayor prevalencia fue la agenesia con 3.6%.

Concluyendo se propone realización de foros para padres, en el cual les expliquen cómo pueden afectar la alimentación actual, los hábitos y el no tener una atención odontológica temprana, y lo que puede llegar a afectar a sus hijos durante su desarrollo. Y todo esto con la finalidad de disminuir la prevalencia de estos padecimientos y tener una población más sana.

Un diagnóstico precoz y atención temprana disminuirá la prevalencia y severidad de las alteraciones orales.

15. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Garner. *Diccionario de los términos técnicos de medicina*. Editorial Inateramaericana, 20º edición, Madrid, España 1981, pp 543.
- ² McDonald R. *Odontología pediátrica y del adolescente*. 5º edición, Editorial Panamericana, Argentina 1990.
- ³ Bardoni, Escobar Rojas, Castillo Mercado. *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Editorial Panamericana, Argentina 2010, pp 67-69.
- ⁴ Cameron, Widmer. *Manual de odontología pediátrica*. Tercera edición, editorial Elsevier Mosby, España 2010, pp 446.
- ⁵ Daena. *Estomatología pediátrica*. Editorial Ripano, Perú 2011, pp 22-27.
- ⁶ Boj J. *Odontopediatria*. Editorial Masson. España 2004, pp 57-61.
- ⁷ Taboada O. *Prevalencia de maloclusiones y Transtornos de habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México*. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Vol 68, noviembre-diciembre 2011.
- ⁸ Rojas, Ginette. *Tipo de maloclusiones dentales más frecuentes en los pacientes del diplomado de ortodoncia interceptiva de la universidad gran mariscal de ayacucho 2007-2008*. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. Edición electrónica.
- ⁹ Aguilar L. *Incidencias de maloclusiones clase II en niños del municipio de Teoloyucan que padecen Síndrome de obstrucción respiratoria*, ENEP Iztacala, 2003.
- ¹⁰ Solarte J. *Perfil epidemiológico de las alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de genoy, municipio de pasto, colombia*. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia Vol. 23 N.º 1 - Segundo semestre, 2011.
- ¹¹ Medina C. *Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos*. Acta Odontológica Venezolana, Vol. 48 Núm. 1, 2010.
- ¹² Canut. *Ortodoncia clínica y terapéutica*. Segunda edición; editorial Masson, España 2001, pp 101-102.

-
- ¹³ Aliaga Del Castillo A. *Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú*. Revista Peruana de Medicina Experimental y salud Pública, Vol 28 Núm. 1, marzo 2011, pp. 87-91.
- ¹⁴ Salete Corrêa M. *Odontopediatría en la primera infancia*. Editorial Santos, Brasil 2009, pp 275-276,278-279.
- ¹⁵ Laskaris G. *Patologías de la Cavidad Bucal en niños y adolescentes*. Editorial Amolca, colombia 2001, pp 6.
- ¹⁶ Barberia E. *Odontopediatría*. 2º edición, editorial Masson, Barcelona 2002, pp 76.
- ¹⁷ Discacciati De Lértora. *Anomalías Dentarias: Prevalencia Observada Clínicamente, en Niños de la Ciudad de Corrientes. Universidad Nacional del Nordeste*. Comunicaciones científicas y tecnológicas 2005, resumen:M-028.
- ¹⁸ Hernández-Guisado J, TorresLagares D, Infante-Cossío P, Gutiérrez-Pérez.J *Geminación dental. Presentación de un caso*. Medicina oral VOL. 7 / N°3MAY.-JUN. 2002.
- ¹⁹ Cuarian V. *Agenesia dental en una muestra de pacientes ortodonticos del Hospital Infantil de México*, Revista ADM, vol 53 (4), 1996.
- ²⁰ Sapp P. *Patología Oral y Maxilofacial contemporánea. 2º edición, Editorial Elsevier- Mosby, España 2005*.
- ²¹ Roig M, Morelló S. *Introducción a la patología dentaria. Parte 1. Anomalías dentarias*. Rev Oper Dent Endod 2006;5:51
- ²² Tello de Hernández T. *Epidemiología oral de tejidos duros y blandos en escolares en Yucatán, México*. Revista biomed, vol8. No.2, 1997.
- ²³ Witzing, Sphal. *Ortopedia maxilofacial. Clínica y aparatología ATM*. Tomo III, Editorial Masson-Salvat, España 1993, pp. 333-336.
- ²⁴ Alvez Ferreira M. *Prevalencia de signos y síntomas de DCM en un grupo de niños de 6 a 12 años*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, 2009
- ²⁵ Serrano A, Fregoso Guevara C, Jimenez F. *Frecuencia de disfunción de la Articulación Temporomandibular en niños*. Odontología clínica, vol.13

-
- ²⁶ Fuentes del Campo A. *Osteogénesis inducida en la mandíbula mediante el procedimiento de distracción ósea*. Anales Médicos Vol.44 Num 1 marzo 1999, pp. 6-13.
- ²⁷ Leiva N. *Microsomía Hemifacial. Tratamiento de un paciente en crecimiento*. Revista Dental de Chile 2010; 101 (3) 31-37
- ²⁸ Morey . *Tratamiento de Anquilosis en la Infancia mediante Artroplastia y Distracción de Tejidos Blandos*. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, V. 26 n°4 Madrid julio-agosto 2004.
- ²⁹ Wintergerst Fisch A, Iturralde Espinosa C, Reinoso Quezada S. *Asimetría facial secundaria a hiperplasia condilar mandibular*. Reporte de un caso. Revista Odontológica Mexicana, Vol.15 Núm 4, octubre-diciembre 2011, pp 251-256.
- ³⁰. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud publicado el 06 de enero de 1987.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA
HISTORIA CLÍNICA



Nombre del alumno _____ Grupo _____

Fecha

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Día Mes Año

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente _____ (_____)

Fecha de nacimiento

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

 Lugar de nacimiento _____ Edad

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 Sexo

| | |
|---|---|
| M | F |
|---|---|

Día Mes Año Años Meses

Domicilio _____
Calle No. Colonia Delegación o Municipio

Telefonos _____ / _____ / _____
Casa Trabajo padre Trabajo madre

Nombre de la escuela _____ Grado escolar _____

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

Ocupación de los padres: Obrero Empleado Comerciante Técnico Profesionista
 Estudiante Hogar Jubilado Desempleado Otros _____

| | |
|-------|--|
| Madre | |
| Padre | |

Edades de los hermanos _____

Nombre del pediatra o del médico familiar _____ Teléfono _____

Motivo principal de la consulta: Dolor Revisión Prevención Caries Extracción
 Maloclusión Traumatismo Otro _____

| |
|--|
| |
| |
| |

¿Es la primera visita al dentista? Sí No

Si hubo una experiencia anterior, ¿cómo fue? Indiferente Agradable Desagradable

Describala _____

Remitido por _____ Teléfono _____

2. HISTORIA CLINICA MÉDICA E INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

2.1 Gestación

El embarazo fue Normal Alto riesgo Otros _____

¿Tomó algún medicamento? Sí No ¿Cuál? _____ Motivo _____

2.2 Nacimiento

Parto eulócico Parto distócico Por cesárea

2.3 Etapa neonatal

Prematuro A término Post-término

Peso al nacer: _____ Rango: Bajo < 2.5kg Medio 2.5. a 3.5.kg. Alto > 3.5kg Talla: _____

Presentó: Hipoxia Dificultad de succión Ninguna Otras _____

Anomalías congénitas: Sí No ¿Cuáles? _____

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

2.4 Infancia y Adolescencia

| Presenta o ha presentado: | 1 Sí | 2 No | Edad | Presenta o ha presentado: | 1 Sí | 2 No | Edad |
|---------------------------|------|------|------|----------------------------|------|------|------|
| Reflujo | | | | Hepatitis | | | |
| Padecimientos renales | | | | VIH | | | |
| Cianosis al esfuerzo | | | | Fiebres eruptivas ¿Cuáles? | | | |
| Fiebre reumática | | | | Exantema súbito | | | |
| Hemorragias espontáneas | | | | Escarlatina | | | |
| Diabetes | | | | Varicela | | | |
| Trastornos del lenguaje | | | | Sarampión | | | |
| Epilepsia | | | | Rubéola | | | |
| Parotiditis | | | | Mononucleosis infecciosa | | | |
| Difteria | | | | Otros: | | | |

¿Su hijo tiene diagnóstico de asma? 1 Sí 2 No

¿Actualmente está bajo tratamiento médico por alguna enfermedad? 1 Sí 2 No Motivo:

Si está bajo tratamiento médico, ¿que medicamentos toma regularmente?

¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? 1 Sí 2 No ¿A cuál?

¿Tiene su esquema de vacunas completo? 1 Sí 2 No

¿Tiene problemas de aprendizaje? 1 Sí 2 No ¿Cuáles?

¿Presenta o ha presentado alguna discapacidad? 1 Sí 2 No 3 Física 4 Sensorial 5 Neurológica 6 Psicológica

Intervenciones quirúrgicas: 1 Sí 2 No ¿Cuales y a qué edad?

¿Ha recibido una transfusión? 1 Sí 2 No 3 Sangre 4 Plaquetas 5 Plasma

Adolescentes:

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre

Madre

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1 Alimentación

¿Se alimenta o alimentó? 1 Por seno materno 2 Por biberón 3 Ambos 4 Otros

¿Hasta qué edad? Seno materno Biberón

¿Cuántas veces al día? 1 Libre demanda 2 Número de veces

¿Endulza o endulzó su leche? 1 Sí 2 No

¿Con qué? 1 Azúcar 2 Miel 3 Otros

¿Tiene o tuvo alimentación nocturna? 1 Sí 2 No 3 Una vez 4 Dos veces 5 Tres veces 6 Cuatro o más ¿Hasta qué edad?

4.2 Higiene

¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en el paciente? 1 Sí 2 No

¿Quién lo realiza? 1 Padres 2 Paciente 3 Ambos 4 Otros

¿Con qué? 1 Cepillo 2 Gasa 3 Otros

¿Con qué frecuencia? 1 Una vez al día 2 Dos veces al día 3 Tres veces al día

¿Desde cuándo? 1 Antes de la erupción de los dientes 2 A la erupción de los primarios 3 A la erupción de los secundarios

- ¿Utiliza pasta dental? Sí No ¿Cuál? _____
- ¿Utiliza hilo dental? Sí No Frecuencia: Diario Ocasionalmente
- ¿Se cepilla los dientes antes de dormir? Sí No
- ¿Se le ha administrado fluoruro? Sí No Colutorio Barniz Gel Tabletas Gotas
- ¿Desde cuándo? Antes de la erupción de los dientes Al erupcionar los primarios
 Al erupcionar los secundarios
- ¿Dónde? Casa Escuela Consultorio Sector Salud Facultad de Odontología

5. INSPECCIÓN CORPORAL Y BUCAL

Peso actual: _____ Talla actual: _____ Temperatura: _____

Observaciones: _____

5.1 Exploración de cabeza y cuello

Articulación temporomandibular en apertura y cierre: Derecha Izquierda
 Normal Desviación Crepitación

Cuello: Presencia de ganglios inflamados: Sí No Cadena Submentoniana
 Cadena Submandibular Cadena Retroauricular

5.2 Exploración bucal

5.2.1 Tejidos blandos

Labios:

Superficie externa: Labio superior Labio inferior Sin alteración Reseco
 Queilitis Fovéola Úlcera herpética secundaria Úlcera aftosa Otros _____

Superficie interna: Labio superior Labio inferior Sin alteración Úlceras
 Mucocele Otros _____

Frenillo labial: Superior Inferior Inserción normal Alta Media
 Baja Doble Otros _____

Mucosa yugal y fondo de saco: Derecho Izquierdo Sin alteración Úlceras
 Candidiasis Gránulos de Fordyce Otros _____

Frenillo bucal: Derecho Izquierdo Múltiple / Inserción: Alta Media Baja

Lengua: Sin alteración Saburral Fisurada Pilosa Glositis Migratoria
 Benigna Glositis Romboidea Media Úlcera de Riga-Fede Candidiasis Otros _____

Frenillo lingual: Inserción: Sin alteración Corto

Piso de la boca: Sin alteración Ránula Otros _____

Mucosa alveolar y encía: Sin alteración Úlceras Abscesos Fístulas
 Fenestración Dehiscencia Gingivitis Periodontitis Nódulos de Bohn
 Quistes de erupción Quistes de lámina dental Hematoma de la erupción
 Pericoronitis Otros _____

Paladar duro: Sin alteración Cicatrices Hendiduras Perlas de Epstein
 Úlceras Otros _____

Paladar blando: Sin alteración Cicatrices Hendiduras Úlceras Otros _____

Faringe: Amígdalas palatinas: Sin alteración Hipertróficas Ulceradas
 Hiperémicas Ausentes Otros _____

Úvula: Sin alteración Bífida Inflamada Ulceradas

5.2.2 Traumatismos

Dentición: ① Primaria ② Secundaria ③ Ambas

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? ① Casa ② Parque ③ Escuela ④ Transporte ⑤ Otros _____

¿Cómo ocurrió? _____

Pérdida de conciencia: ① Sí ② No Tiempo: _____

Vómito: ① Sí ② No

Hemorragia: ① Sí ② No ③ Nariz ④ Oídos

Diagnóstico: ① Concusión ② Subluxación ③ Luxación lateral
④ Luxación intrusiva ⑤ Luxación extrusiva ⑥ Avulsión ⑦ Fractura

Observaciones _____

6. OCLUSIÓN Y ALINEACIÓN

Línea media: ① Superior ② Inferior ③ Normal ④ Desviada der. ⑤ Desviada izq.

Planos terminales: ① Derecho ② Izquierdo ③ Vertical o recto ④ Mesial
⑤ Distal ⑥ Mesial exagerado ⑦ No registrable

Espacios primates: ① Sí ② No ③ Superior ④ Inferior

Baume: ① Tipo 1 ② Tipo 2 ③ No registrable

Clase de Angle: ① Derecho ② Izquierdo ③ Clase I ④ Clase II división 1
⑤ Clase II, división 2 ⑥ Clase III ⑦ No registrable

Desgaste fisiológico de dientes primarios: ① Sí ② No

Diastema: ① Sí ② No

Borde a borde: ① Sí ② No

Mordida cruzada: ① Sí ② No ③ Anterior ④ Posterior ⑤ Derecha
⑥ Izquierda ⑦ Bilateral

Sobremordida: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

Traslape horizontal: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

Mordida abierta: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

6.1 Hábitos nocivos

Succión de dedo: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Chupón: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Labio: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Mordedura de labio: ① Sí ② No ③ Superior ④ Inferior ⑤ Ambos

Onicofagia: ① Sí ② No

Bruxismo: ① Sí ② No

Deglución atípica: ① Sí ② No ③ Con proyección lingual

Respiración bucal: ① Sí ② No

Otros _____

7. CONDUCTA Y ACTITUD

Respuesta conductual inicial del niño: ① Grado 0 ② Grado 1 ③ Grado 2 ④ Grado 3

Actitud de los padres: ① No cooperador ② Potencialmente cooperador ③ Cooperador

