



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN MOLAR SEGÚN ANGLE EN
NIÑOS DE 7-12 AÑOS DE EDAD ASOCIADA A PERDIDA
PREMATURA DENTAL QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA
PERIFÉRICA "LAS ÁGUILAS" T.V. EN SEPTIEMBRE DEL 2015.

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:

FERNANDO GARCÍA MUÑOZ

TUTORA: Esp. MARÍA ALICIA VALENTI GONZÁLEZ

ASESOR: Mtro. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR



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

A Dios por haberme permitido llegar hasta este día con salud y poder seguir adelante.

A mi madre Martha Patricia Muñoz Morales porque gracias a todos tus sacrificios y apoyo estoy consiguiendo este logro tan importante, por lo cual estaré eternamente agradecido, te admiro y te amo.

A mi familia por apoyarme en todo momento y por siempre haber confiado en mí.

A Yerikendy Marín Juárez por estar a mi lado desde el principio y apoyarme en todo momento, te amo.

A mi tutora la Especialista María Alicia Valenti González por siempre recibir su atención y apoyo durante la realización de este trabajo y a mi asesor el Maestro Alberto Zelocuatecatl Aguilar por su apoyo para realizar este trabajo.

A todos mis profesores que durante estos años me enseñaron lo mejor de si mismos y a ser cada día mejor, no solo en lo personal sino también en lo profesional.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas de esta magna institución, la cual me comprometo a llevar su nombre en alto.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. Introducción..... | 7 |
| 2. Antecedentes..... | 8 |
| 2.1. Clasificación de Angle..... | 12 |
| 2.1.1 Clase I..... | 12 |
| 2.1.2 Clase II..... | 13 |
| 2.1.3 Clase III..... | 16 |
| 2.2. Características de la Oclusión en el niño..... | 17 |
| 2.2.1. Espacios Primates..... | 19 |
| 2.2.2. Planos Terminales..... | 21 |
| 2.2.2.1. Plano Terminal Recto..... | 21 |
| 2.2.2.2. Plano Terminal Mesial..... | 21 |
| 2.2.2.3. Plano Terminal Distal..... | 21 |
| 2.2.3. Relación Canina..... | 22 |
| 2.2.3.1. Clase I..... | 22 |
| 2.2.3.2. Clase II..... | 22 |
| 2.2.3.3. Clase III..... | 23 |
| 2.2.4. Espacio Libre de Nance..... | 23 |
| 2.2.5. Espacio de Deriva | 24 |
| 2.3. Etiología de la Maloclusión..... | 24 |
| 2.3.1. Sistema Neuromuscular..... | 24 |
| 2.3.2. Huesos..... | 25 |
| 2.3.3. Dientes..... | 25 |
| 2.3.4. Tejidos Blandos..... | 26 |
| 2.3.5. Tiempo..... | 26 |
| 2.3.6. Herencia..... | 26 |
| 2.3.7. Defectos de desarrollo de origen desconocido..... | 26 |

| | |
|--|----|
| 2.3.8. Traumatismos dentales..... | 27 |
| 2.3.9. Hábitos..... | 27 |
| 2.3.9.1 Succión digital..... | 27 |
| 2.3.9.2. Empuje lingual..... | 29 |
| 2.3.9.3. Succión de labio..... | 29 |
| 2.3.10. Postura..... | 30 |
| 2.3.11. Perdida prematura de órganos dentales..... | 30 |
| 2.3.12. Manejo del espacio..... | 32 |
| 3. Planteamiento del problema..... | 33 |
| 4. Justificación..... | 33 |
| 5. Objetivos..... | 34 |
| 5.1. Objetivo general..... | 34 |
| 5.2. Objetivos específicos..... | 34 |
| 6. Material y métodos..... | 34 |
| 6.1. Tipo de estudio..... | 34 |
| 6.2. Población de estudio..... | 34 |
| 6.2.1. Muestra..... | 35 |
| 6.2.2. Criterios de inclusión..... | 35 |
| 6.2.3. Criterios de exclusión..... | 35 |
| 6.3. Modelo teorico..... | 35 |
| 6.3.1. Descripción de variables..... | 35 |
| 6.3.1.1. Descripción conceptual..... | 36 |
| 6.3.1.2. Descripción operativa..... | 36 |
| 6.3.2. Naturaleza de las variables..... | 39 |
| 6.4. Análisis estadístico..... | 40 |
| 6.5. Recolección de la información..... | 40 |
| 6.6. Aspectos éticos..... | 40 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 6.7. Recursos..... | 41 |
| 6.7.1. Físicos..... | 41 |
| 6.7.2. Materiales..... | 41 |
| 6.7.3. Humanos..... | 41 |
| 6.7.4. Financieros..... | 41 |
| 7. Resultados..... | 42 |
| 8. Discusión..... | 48 |
| 9. Conclusiones..... | 49 |
| 10. Glosario..... | 50 |
| 11. Anexos..... | 51 |
| 12. Fuentes de información..... | 55 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Solicitud de acceso a la clínica y pacientes de la Clínica periférica “LAS AGUILAS” Turno Vespertino..... | 51 |
| Anexo 2. Consentimiento Válidamente Informado..... | 52 |
| Anexo 3. Encuesta..... | 53 |
| Anexo 4. Datos clínicos del paciente..... | 54 |



1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, uno de los principales problemas que presenta la población infantil que acude a consulta dental son las maloclusiones dentales, existen muchos factores que pueden alterar la correcta armonía de las arcadas tales como pérdida prematura de dientes, algunos hábitos, la genética, traumatismos dentales, etc.

Es de nuestro conocimiento como odontólogos la importancia de la primera dentición y el cómo las alteraciones que presente, pueden llegar a repercutir en los dientes permanentes, y es nuestra obligación concientizar a los padres de familia así como a los niños sobre los cuidados dentales que necesitan para evitar en lo posible el desarrollo de maloclusiones en la segunda dentición.

El objetivo de este trabajo fue identificar la prevalencia de maloclusión molar según la clasificación de Angle en niños de 7 a 12 años que asistieron a consulta dental en la clínica Periférica “Las Águilas” turno vespertino durante septiembre del 2015 y observar algunos factores que estuvieron relacionadas con una pérdida prematura dental, mediante la revisión clínica y antecedentes dentales.

2. ANTECEDENTES

50000 A.C. Tarli y Repetto¹ observaron anomalías e irregularidades en los dientes del hombre neandertal.

1600 A.C. Los primeros tratamientos para corregir las anomalías dentales fueron realizados por los griegos y romanos.

400 A.C. En Grecia, Hipócrates (*ver figura 1*) publica en su sexto libro de “*las epidemias*” el primer testimonio escrito de malposiciones dentarias.

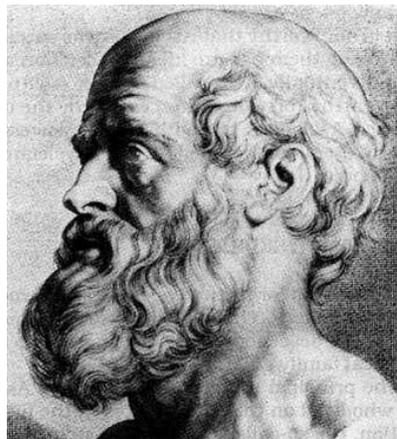


Figura 1. Hipócrates. Fuente:www.biografiasyvidas.com

24 D.C. Celso mencionó el primer consejo para el tratamiento de malposiciones dentarias: “*si cuando erupciona un diente permanente desviado en un niño en crecimiento y el temporal no se ha caído hay que quitar este y empujar con el dedo el diente definitivo hasta que alcance su posición correcta*”.

En 1728 Pierre Fauchard (*ver figura 2*) en el libro titulado “*El cirujano Dentista*” describe mediante ilustraciones, técnicas para corregir apiñamientos dentales mediante aparatos confeccionados en láminas de oro o plata¹ (*ver figura 3*).



Figura 2. Pierre Fauchard. Fuente: Quirós Álvarez O. Haciendo fácil la ortodoncia



Figura 3. Láminas de oro utilizadas por Fauchard para corregir malposiciones dentarias. Fuente: Quirós. Haciendo fácil la ortodoncia

En 1803 Joseph Fox² propuso un sistema de clasificación de las maloclusiones basada en la relación de los incisivos.

En 1835 Samuel Sheldon¹ en su libro “*A system of dental surgery*” se refiere a las causas y a la prevención de las maloclusiones, y establece que los mejores resultados se obtienen durante los periodos de crecimiento.

En 1842 J. M. Alexis Schange² publicó en París su libro “*Precissur le redressement des dent*” menciona tres vías para obtener espacio y acomodar los dientes irregulares: limado interproximal (al cual se declara contrario),

extracción (cuando se requiere mucho espacio) y ensanchamiento del arco (considerado el mejor plan). Y propone una clasificación con cuatro tipos de irregularidades: anomalías de número, anomalías de forma, anomalías de posición, migración y transposición y anomalías de dirección: individuales, de la arcada y de oclusión.

En 1844 George Carabelli³ propone una novedosa clasificación de las maloclusiones: *Mordex normalis*, *Mordex rectus*, *Mordex apertus*, *Mordex retrusus*, *Mordex tortuosus*, *Os senilis*.

En 1853 Tomes expuso en su libro “*Dental Surgery*” que las irregularidades de los dientes pueden ser corregidas a cualquier edad y mencionó el uso de fuerzas constantes.

En 1899 Angle¹ (*ver figura 4*) publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones, supuso que el primer molar superior permanente ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios antero posteriores de la arcada inferior en relación a él. Ideo un esquema (*ver figura 5*) que es universalmente aceptado:

Clase I

Clase II

Clase III



Figura 4. Angle. Fuente: www.tweedortho.com

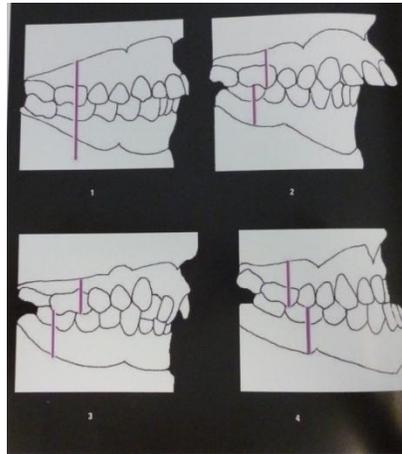


Figura 5. Esquema de maloclusión molar de Edward H. Angle. Fuente: Quirós Álvarez O. Haciendo fácil la ortodoncia

En 1912 Lisher³ basándose en la clasificación de Angle, ampliada por Dewey y Anderson introduce una nueva terminología denominada: neutroclusión, distoclusión y mesioclusión.

En 1989 Canut⁴ para diferenciar entre oclusión y maloclusión realiza un análisis de las relaciones oclusales en una posición mandibular que se le llama: relación céntrica condilea. Refiere que la maloclusión puede clasificarse en funcional y estructural.

A pesar de que existen un sin número de autores que han intentado clasificar las maloclusiones, la propuesta por EdwardH. Angle sigue siendo la más utilizada.

2.1. CLASIFICACIÓN DE ANGLE

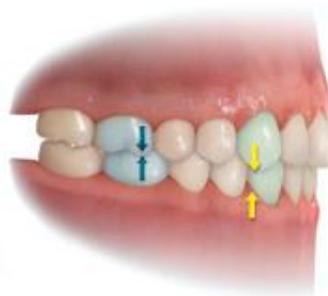
Edward H. Angle trató de unificar criterios y su clasificación la basó en el primer molar permanente superior, ya que son los que con mayor frecuencia ocupan su posición ideal natural, basándose en la relación que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocupa con respecto al surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.⁵

2.1.1. CLASE I Neutroclusión

Se caracteriza por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente (*ver figura 6*).

Siendo la relación sagital normal, la maloclusión consiste en las posiciones individuales de los dientes, las anomalías en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos.

El perfil facial suele ser recto⁶ (*ver figura 7*).



Clase I

Figura 6. Clase I molar. Fuente: www.birbe.org



Figura 7. Perfil recto. Fuente: Quirós. Haciendo fácil la ortodoncia

2.1.2. CLASE II Distoclusión

Constituyen esta clase las maloclusiones en las que hay una relación “distal” de la mandíbula con respecto al maxilar (*ver figura 8*), la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.⁵



Clase II

Figura 8. Clase II molar. Fuente: www.birbe.org

Dentro de las clases II distingue Angle⁴ la división I y la división II en función de la relación incisiva.

CLASE II DIVISIÓN I

Los incisivos superiores muestran una proinclinación (*ver figura 9*) de la corona hacia labial en la mayoría de los casos. Los incisivos inferiores, pueden estar en protrusión o en posición normal de acuerdo con la relación de las bases óseas maxilares y el funcionamiento labio-lingual.



Figura 9. Clase II con proinclinación de los incisivos superiores. Fuente: melissado.blogspot.com

Además se puede observar algunas otras anomalías como mordida profunda o mordida abierta.⁴ Arcadas estrechas de forma triangular y por tanto son frecuentes los apiñamientos dentarios. Los incisivos superiores pueden observarse descansando sobre el labio inferior. El perfil facial suele ser convexo (*ver figura 10*).



Figura 10. Perfil convexo. Fuente: www.ortodoncia.ws

CLASE II DIVISIÓN II

La maloclusión de clase II división II es una distoclusión que presenta ciertas características:

Amplia sobremordida vertical, disminución de la sobremordida horizontal, vestibuloversión de los incisivos laterales superiores, linguoversión de los incisivos centrales superiores (*ver figura 11*), suelen ser arcadas dentarias amplias, cuadradas, competencia labial, la sobremordida vertical esta aumentada, generalmente los incisivos superiores se encuentran retroinclinados.



Figura 11. Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores. Fuente: Saturno.
Ortodoncia en dentición mixta

La función de los labios causa la retrusión de los incisivos superiores desde su brote hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos superiores en la zona anterior.⁶

2.1.3. CLASE III Mesioclusión

Son las maloclusiones en las que hay una relación mesial del primer molar inferior, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye hacia distal del surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior⁵ (ver figura 12).



Clase III

Figura 12. Clase III molar. Fuente: www.birbe.org

Se suelen caracterizar por presentar mordida cruzada anterior y puede haber mordida cruzada posterior. Generalmente son maloclusiones hereditarias.

Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular se encuentra alterado, puede presentar una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial suele ser cóncavo⁶ (ver figura 13).



Figura 13. Perfil cóncavo. Fuente: Proffit. Ortodoncia contemporánea

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN EN EL NIÑO

Un niño con oclusión “normal” sería aquel que no posee en su sistema masticatorio factores de desviación.

A los 30 meses de vida, (2 años y medio de edad) se ha completado la erupción de toda la dentición temporal, estableciéndose la oclusión de los 20 dientes temporales⁷ (ver figura 14).

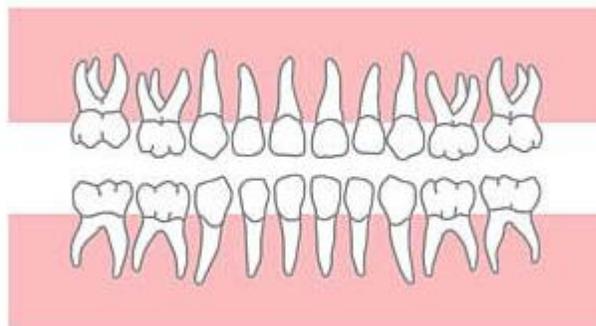


Figura 14. Dentición temporal completa. Fuente: www.bebesymas.com

La mayoría de los arcos primarios son de forma ovoide y muestran menos variabilidad en su conformación que los permanentes. Otra de las características de ésta dentición es la implantación casi perpendicular de sus dientes respecto a sus bases óseas, lo que le confiere dos características importantes: un plano oclusal plano, tanto en sentido anteroposterior (ausencia de curva de Spee) como en el transversal (ausencia de curva de Wilson). Escasa inclinación vestibular de los incisivos, lo que conduce a una forma de arcada semicircular.⁸

Esta dentición presenta una serie de características morfológicas y funcionales que condicionan el desarrollo armónico y estable de la dentición permanente, estas características pueden ser alteradas por distintos factores, tales como el tipo de alimentación, los hábitos y las enfermedades que se presentan desde el nacimiento y repercuten en el desarrollo de la dentición mixta y permanente.

Se consideran signos normales de una dentición primaria, los siguientes:

Incisivos espaciados: entre los incisivos centrales podemos encontrar pequeños diastemas fisiológicos⁵ (*ver figura 15*).



Figura 15. Espacios fisiológicos en el sector anterior de la dentición temporal.

Fuente: www.clinicaabadia.cl

2.2.1. Espacios primates

Se encuentran localizados por distal de caninos temporales inferiores (*ver figura 16*) y mesial de los superiores (*ver figura 17*), llamados primates por la existencia de estos mismos espacios en los simios.⁹



Figura 16. Espacio primate mandibular. Fuente: Guedes-Pinto. Fundamentos de odontología, Odontopediatría

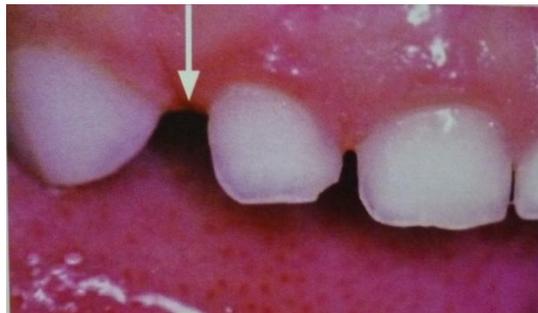


Figura 17. Espacio primate maxilar. Fuente: Guedes-Pinto. Fundamentos de odontología, Odontopediatría

Delaberre¹⁰, en 1819, describió por primera vez el espacio de los dientes deciduos anteriores entre las edades de 4 y 6 años y sugirió que el propósito era hacer lugar para los permanentes.

Baume hizo referencia en los espacios fisiológicos, podrían existir de dos formas: Tipo I espaciada (*ver figura 18*), Tipo II cerrada (*ver figura 19*).

Arco Baume Tipo I: Se caracteriza por la presencia de diastemas en la región anterior.

Arco Baume Tipo II: No presenta diastemas en la región anterior.

Arco Baume tipo mixto: Puede presentar una combinación de ambos, por ejemplo arco tipo I en superior y arco tipo II en inferior, o arco tipo II en superior y arco tipo I en inferior.⁹



Figura 18. Dentición Tipo I de Baume. Fuente: Guedes-Pinto. Fundamentos de odontología, Odontopediatría



Figura 19. Dentición Tipo II de Baume. Fuente: Guedes-Pinto. Fundamentos de odontología, Odontopediatría

Evidentemente la ausencia de espacios no es siempre debido a la dimensión de los dientes anteriores temporales sino también debido a la ausencia de suficiente crecimiento alveolar.¹⁰

2.2.2. Planos terminales

Las características antero posteriores se refieren a las relaciones que presentan los molares y caninos de los niños con dentición temporal; la relación molar según lo descrito por Foster y Hamilton⁷ (1969) está basada en la relación entre las caras distales de los segundos molares temporales superiores e inferiores (*ver figura 20*) y se clasifica en plano terminal recto, mesial y distal.

2.2.2.1. Plano terminal recto

Las superficies distales de los molares forman un plano recto vertical.

2.2.2.2. Plano terminal mesial

La superficie distal del molar inferior se encuentra mesial a la superficie distal del molar superior.

2.2.2.3. Plano terminal distal

La superficie distal del molar inferior se encuentra distal a la superficie distal del molar superior.⁷

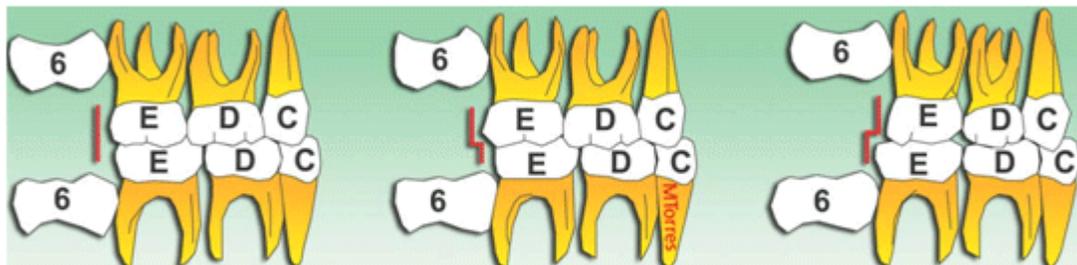


Figura 20. Planos terminales en la dentición temporal. Fuente: www.ortodoncia.ws

2.2.3. Relación canina

Esta relación se establece según los criterios de Angle de la siguiente manera:

2.2.3.1. Clase I

La cúspide del canino superior temporal ocluye entre el espacio primate inferior o en su defecto en el área de contacto entre C y D inferiores (*ver figura 21*).



Figura 21. Clase I canina en dentición temporal. Fuente: Guedes-Pinto. Fundamentos de odontología, Odontopediatría

2.2.3.2. Clase II

Cuando el espacio primate inferior, o el área de contacto entre C y D inferiores se encuentra distal al canino superior (*ver figura 22*).

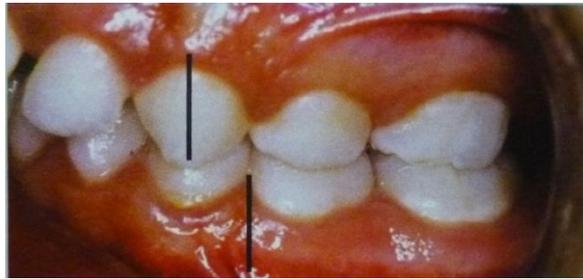


Figura 22. Clase II canina en dentición temporal. Fuente: Guedes-Pinto. Fundamentos de odontología, Odontopediatría

2.2.3.3. Clase III

Cuando el espacio primate inferior, o el área de contacto entre C y D inferiores se encuentra mesial al canino superior (*ver figura 23*).



Figura 23. Clase III canina en dentición temporal. Fuente: www.josevicens.com

2.2.4. Espacio libre de Nance

Espacio disponible cuando se reemplazan caninos y molares por sus homólogos permanentes en un segmento, siendo 0.9 en la hemiarcada superior y 1.7 en la 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 mesiodistal más pequeño que sus homólogos temporales.¹¹



2.2.5. Espacio de deriva

Cuando el espacio libre de Nance es aprovechado por la mesialización de los primeros molares permanentes para el establecimiento de una relación clase I molar. Los premolares son más pequeños que los dientes primarios que reemplazan. Por término medio, el segundo molar inferior primario es 2.25 mm mayor que el segundo premolar; mientras que en el arco maxilar, el segundo molar primario es 1.5 mm mayor. El molar primario es solo algo mayor que el primer premolar, pero deja libre 0.5 mm más en la mandíbula. Como consecuencia existen a cada lado de la mandíbula unos 2.5 mm y en el maxilar 1.5 mm.¹²

2.3. ETIOLOGÍA DE LA MALOCLUSIÓN.

La maloclusión es una afección del desarrollo, en la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dento-facial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal.

Es más frecuente que estos casos sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico.¹³

2.3.1. Sistema Neuromuscular

Algunos patrones de contracción neuromuscular son adaptables a los desequilibrios esqueléticos o a las mal posiciones dentarias. El tratamiento de la maloclusión debe involucrar reflejos condicionados que produzcan un ambiente funcional favorable para el esqueleto craneofacial en crecimiento, dentición y oclusión en desarrollo o puede resultar una recidiva.

2.3.2. Huesos

Como los huesos de la cara, principalmente maxilar y mandíbula sirven como base para los arcos dentarios, las aberraciones en su morfología o crecimiento pueden alterar las relaciones y el funcionamiento oclusal.

Muchas de las maloclusiones son el resultado de desequilibrios esqueléticos craneofaciales (*ver figura 24*), la cefalometría ayuda en la identificación y localización de la desarmonía ósea.⁵



Figura 24. Clase III esquelética. Fuente: www.juntadeandalucia.es

2.3.3. Dientes

Los dientes pueden ser un sitio primario en la etiología de la deformidad dentofacial en muchas formas, anomalías de número (supernumerarios, anodoncia, oligodoncia), anomalías de tamaño (macrodoncia, microdoncia), las cuales pueden producir una maloclusión.¹⁴

A menudo la mal posición de dientes puede inducir una mal función e, indirectamente a través de ella, alterar el crecimiento de los huesos (*ver figura 25*).⁵



Figura 25. Sonrisa que muestra mordida cruzada anterior. Fuente: www.curiositi.info

2.3.4. Tejidos blandos

La maloclusión puede resultar de la enfermedad periodontal o la pérdida del aparato de inserción, y de una variedad de lesiones de los tejidos blandos, incluyendo las estructuras de la articulación temporomandibular.

2.3.5. Tiempo

El factor tiempo en el desarrollo de la maloclusión tiene dos componentes: el periodo durante el cual opera la causa y la edad a la que se observa.

2.3.6. Herencia

Las alteraciones de origen genético pueden aparecer antes del nacimiento o no verse hasta muchos años después.

2.3.7. Defectos de desarrollo de origen desconocido

Es un término aplicado a defectos marcados de tipo raro, probablemente originados en una falla de diferenciación en un periodo crítico en el desarrollo embrionario. Los ejemplos a veces citados incluyen la ausencia congénita de



algunos músculos, micrognasia, hendiduras faciales y ciertos casos de oligodoncia y anodoncia.⁵

2.3.8. Traumatismos dentales

Pueden dar lugar a la aparición de la maloclusión, en ocasiones el impacto es lo bastante fuerte como para partir o desplazar gravemente un diente primario o permanente.¹³

2.3.9. Hábitos

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares (acción normal del labio y masticación). Los hábitos perniciosos que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función bucofaringea normal y juegan así un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal. Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de la maloclusión, tales como la succión digital, el empuje lingual, la succión de labio y la postura.

2.3.9.1. Succión digital

El hábito de succión (*ver figura 26*) está relacionado con distoclusión y mordida abierta (*ver figura 27*).

Se debe recordar que el tipo de maloclusión que puede desarrollarse por la succión digital depende de una cantidad de variables como la posición del dedo, las contracciones musculares bucofaciales asociadas, posición de la mandíbula durante la succión, etc., como consecuencia del hábito, es frecuente la mordida abierta anterior.



Figura 26. Hábito de succión digital. Fuente: www.ortodonciaestetica.com



Figura 27. Mordida abierta como consecuencia del hábito.
Fuente: www.ortodonciaestetica.com

2.3.9.2. Empuje Lingual

La deglución con empuje lingual (*ver figura 28*), puede ser etiología de maloclusiones tales como mordida abierta anterior y protrusión de los incisivos anteriores superiores.



Figura 28. Mordida abierta anterior a causa de una deglución atípica con empuje lingual. Fuente: www.phonosdonostia.com

2.3.9.3. Succión del labio

La succión del labio (*ver figura 29*) puede aparecer sola, o presentarse con la succión del pulgar. En casi todos los casos el labio inferior es el implicado. Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la vestibuloversión de los incisivos superiores y a veces la linguoversión de los incisivos inferiores.



Figura 29. Hábito de succión de labio inferior. Fuente: www.ortodoncia.ws



2.3.10. Postura

Las personas con postura corporal incorrecta, frecuentemente muestran también una postura deficiente de la mandíbula. Ambas pueden ser expresiones de una salud general pobre. Por otra parte, la persona que se mantiene derecha y erecta, con la cabeza bien colocada sobre su columna vertebral mantendrá el mentón en una posición correcta. La postura corporal es la expresión sumada de reflejos musculares, y por lo tanto, habitualmente capaz de cambio y corrección.⁵

2.3.11. Pérdida prematura de órganos dentales

Cuando un diente primario se pierde antes que el sucesor permanente haya comenzado a erupcionar, es probable que el hueso se vuelva a formar sobre el diente permanente demorando su erupción. Cuando su erupción esta demorada, los otros dientes disponen de más tiempo para recorrerse al espacio que pudiera haber sido ocupado por el diente demorado.

Pérdida prematura significa pérdida tan temprana que el mantenimiento natural del perímetro del arco puede estar comprometido.

Pérdida temprana de dientes primarios se refiere a su pérdida antes de la época esperada pero sin pérdida de perímetro.

Pérdida de incisivos primarios: La pérdida de incisivos primarios (*ver figura 30*) no suele ser motivo de preocupación¹⁵, sin embargo, si un incisivo se pierde antes que las coronas de los incisivos permanentes estén en una posición correcta para impedir el desplazamiento de los dientes primarios ubicados distalmente, puede resultar una maloclusión.



Figura 30. Pérdida prematura de incisivos centrales y laterales superiores. Fuente: www.dentalkids.com.sv

Pérdida de caninos primarios: Los caninos primarios cuando se pierden, puede ser asunto de mayor preocupación, en el maxilar podría permitir una separación permanente de los dientes anteriores y una vestibuloversion del canino.

La pérdida del canino primario en la mandíbula es más frecuente y seria. Puede resultar en la inclinación lingual de los 4 incisivos inferiores, si hay hiperactividad del musculo mentoniano y mayor sobremordida horizontal.

Pérdida de primeros molares primarios (ver figura 31): La pérdida de estos dientes no es considerada como problema grave. El primer premolar no estaría mal ubicado durante su erupción porque es más angosto mesiodistalmente que el primer molar primario. Si se pierde durante la erupción activa del primer premolar, hay poca probabilidad de pérdida del perímetro de la arcada.



Figura 31. Pérdida prematura del primer molar inferior primario. Fuente: www.ortodoncia.ws



Pérdida del segundo molar primario: La pérdida temprana de este órgano dental permitirá de inmediato el desplazamiento hacia adelante del primer molar permanente aun cuando no haya erupcionado. El segundo molar primario es más ancho mesiodistalmente que su sucesor, pero la diferencia de sus anchos es utilizada en la parte anterior de la arcada para proporcionar espacio a los caninos permanentes.

Por esta razón en la dentadura superior la pérdida temprana del segundo molar primario, no causa problemas en el premolar sino que da como resultado un canino en vestibuloversión.

En la mandíbula donde la secuencia de erupción es diferente el resultado es de un segundo premolar fuera de posición.

Nunca es demasiado insistir en la importancia del segundo molar primario durante la dentición mixta, pues la pérdida de este diente, puede ser más seria que la pérdida de cualquier otro diente primario. Juega un papel importante en el establecimiento de las relaciones oclusales y en el mantenimiento del perímetro de la arcada.¹⁵

2.3.12. Manejo del espacio

Una parte importante dentro de la prevención de las maloclusiones, lo constituye el manejo adecuado de los espacios creados por la pérdida prematura de los dientes temporales pues además de la resultante migración de los dientes adyacentes y antagonistas podrían aparecer hábitos perniciosos, lo que impediría que se establezca una correcta oclusión.

Al perderse un diente se verán afectadas funciones tales como la masticación y la fonación. La estética por su parte estaría comprometida si la pérdida ocurriese en el sector anterior.¹⁶

Es recomendable la colocación de algún mantenedor de espacio para restablecer la función y estética, y si fuera necesario un recuperador de espacio, evitando o previniendo una maloclusión agravada.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad a pesar de la existencia de diversos medios de comunicación y campañas sobre prevención y salud bucal, aún persiste el desconocimiento de la importancia de la primera dentición y por ende los problemas que puedan presentarse en la cavidad bucal como consecuencia de una mala higiene o la presencia de hábitos durante la niñez. El presente trabajo pretende recabar los datos en base a la clase molar de Angle presente, debido a la pérdida prematura de dientes, en los pacientes de 7 a 12 años de edad que asistieron a la clínica periférica “Las Águilas” turno vespertino en septiembre del 2015, así como el porcentaje de padres que conocen la importancia de la primera dentición.

4. JUSTIFICACIÓN

Conocer cualquier tipo de maloclusión que presente la población infantil nos será de ayuda para poder diagnosticar precozmente el problema, darle tratamiento y evitar que se siga desarrollando para prevenir futuras malformaciones. Los padres condicionan de manera importante el comportamiento del niño(a), así como la salud bucal que estos presenten, y la falta de atención en este último punto provocara la deficiente salud bucal del niño(a), que pudiera empezar como una pequeña lesión hasta llegar al punto en que la única solución será la extracción del diente temporal, y si esta se da en un tiempo muy anterior al que fisiológicamente debería darse, provocará un desajuste en las arcadas conllevando a una maloclusión. Por eso la importancia de concientizar a los padres sobre la importancia de la primera dentición.



5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general.

- Determinar la prevalencia de maloclusión molar según Angle en niños(as) de 7 a 12 años de edad asociada a pérdida prematura dental que asistieron a la clínica periférica “Las Águilas” turno vespertino en septiembre del 2015.

5.2. Objetivos específicos.

- Identificar con el esquema de Angle el tipo de maloclusión molar que presentan los niños(as).
- Determinar el tipo de maloclusión por sexo.
- Determinar el porcentaje de niños(as) que presentan hábitos perniciosos.

6. MATERIAL Y METODOS

6.1. Tipo de estudio.

- Se llevó a cabo un estudio de carácter descriptivo y transversal.

6.2. Población de estudio

- Niños(as) de entre 7 y 12 años de edad que asistieron a consulta dental a la clínica periférica “LAS ÁGUILAS” turno vespertino durante el mes de Septiembre del 2015.



6.2.1. Muestra

Todos los pacientes que acudieron a consulta dental a la Clínica Periférica “LAS ÁGUILAS” turno vespertino durante el mes de septiembre del 2015, que estuvieran en el rango de edad correspondiente a 7-12 años de edad.

6.2.2. Criterios de inclusión

- Niños(as) que tengan entre 7 y 12 años de edad que llegaron a la clínica periférica “Las Águilas” solicitando atención dental.
- Niños(as) que presenten los primeros molares permanentes en oclusión.

6.2.3. Criterios de exclusión

- Niños(as) cuyos padres no acepten participar en el trabajo.
- Niños(as) que una vez empezado el trabajo no se logró conseguir la información necesaria.

6.3. Modelo teórico

6.3.1. Descripción de variables

Variables Independientes

- Pérdida prematura del diente temporal D superiores e inferiores
- Pérdida prematura del diente temporal E superiores e inferiores
- Hábitos perniciosos (succión digital, onicofagia, deglución atípica, respiración oral)
- Sexo
- Edad



Variables Dependientes

- Maloclusión molar Clase I, II y III

6.3.1.1. Descripción conceptual

- Dientes: Cada una de las formaciones insertadas en los maxilares que sirven para la masticación de los alimentos.
- Hábitos perniciosos: Son la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace en forma consciente, siendo cualquier hábito que pudiera dar como resultado la generación de una forma ósea anormal al ejercer presiones inadecuadas sobre los dientes.
- Succión digital: Hábito de chuparse cualquier dedo de la mano.
- Onicofagia: Hábito compulsivo de comerse las uñas, relacionado a personas con alto grado de estrés.
- Deglución atípica: Consiste en la colocación inadecuada de la lengua en el momento de tragar el alimento. La lengua presiona contra los incisivos superiores o inferiores durante la deglución.
- Respiración bucal: Hábito provocado por obstrucción de las vías aéreas el cual provoca que se respire por la boca.
- Pérdida prematura de dientes temporales: Pérdida tan temprana que el mantenimiento natural del perímetro del arco puede ser comprometido.
- Maloclusión dental: Incorrecta relación que tienen los dientes maxilares con respecto a los mandibulares. Falta de interdigitación de los dientes superiores con respecto a los inferiores.

6.3.1.2. Descripción operativa

Pérdida prematura del diente temporal D superior derecho: SI NO

Pérdida prematura del diente temporal D superior izquierdo: SI NO

Pérdida prematura del diente temporal D inferior derecho: SI NO



Pérdida prematura del diente temporal D inferior izquierdo: SI NO

Pérdida prematura del diente temporal E superior derecho: SI NO

Pérdida prematura del diente temporal E superior izquierdo: SI NO

Pérdida prematura del diente temporal E inferior derecho: SI NO

Pérdida prematura del diente temporal E inferior izquierdo: SI NO

En la exploración se reportó la presencia o ausencia de los dientes marcándose en el odontograma.

Succión digital: SI NO

Onicofagia: SI NO

Respirador bucal: SI NO

Deglución atípica: SI NO

Hábitos perniciosos: Al interrogatorio, se reportaron palomeando o marcando con una "X" si se presentó alguno de los hábitos arriba mencionados.

Sexo: M F

Se marcó la "F" cuando el niño(a) pertenecía al sexo femenino.

Se marcó la "M" cuando el niño(a) pertenecía al sexo masculino.

Edad: Años cumplidos

Corresponde a los años cumplidos al día de la revisión.



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| Código | Criterio |
|--------|-----------------------------------|
| 0 | Sano |
| 1 | Cariado |
| 2 | Obturado (<i>con caries</i>) |
| 3 | Obturado |
| 4 | Extraído (perdido) por caries |
| 5 | Extraído (perdido) por otra razón |
| 6 | Indicado para extracción |
| 7 | Puente, corona o implante |
| 8 | No erupcionado |
| T | Trauma |
| 9 | No se registra |

En la exploración bucal se reportó la presencia o ausencia de los dientes marcándose de acuerdo a los criterios del CPO.

Maloclusión molar:

| LADO DERECHO | LADO IZQUIERDO |
|--|--|
| • CLASE I <input type="checkbox"/> | • CLASE I <input type="checkbox"/> |
| • CLASE II <input type="checkbox"/> | • CLASE II <input type="checkbox"/> |
| - DIVISIÓN I <input type="checkbox"/> | - DIVISIÓN I <input type="checkbox"/> |
| - DIVISIÓN II <input type="checkbox"/> | - DIVISIÓN II <input type="checkbox"/> |
| • CLASE III <input type="checkbox"/> | • CLASE III <input type="checkbox"/> |

6.3.2. Naturaleza de las variables

Variables cualitativas

- Maloclusión molar Clase I, II y III.
- Hábitos perniciosos (succión digital, onicofagia, respiración oral y deglución atípica).
- Perdida prematura de dientes temporales (D y E) superiores e inferiores.
- Sexo.

Variables cuantitativas

- Edad.



6.4. Análisis estadístico

- El análisis estadístico consistió en aplicar estadística descriptiva, en el caso de variables cualitativas se obtuvieron proporciones, para las variables cuantitativas se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión, algunas variables como: sexo, presencia de hábitos y maloclusión se cruzaron para identificar la frecuencia o exposición.

6.5. Recolección de la información

- Se pidió la autorización de los padres y/o tutores mediante el consentimiento informado y la explicación verbal, para participar en el estudio, responder una serie de preguntas y poder realizar una revisión del niño(a) para establecer el tipo de maloclusión que presenten (*Anexo 1*), observar la pérdida de dientes y confirmar o descartar hábitos perniciosos.
- Se realizó la encuesta en la sala de espera de la Clínica Periférica “Las Águilas” a cada padre o tutor que aceptó participar en el estudio.
- Se realizó la revisión clínica del niño(a) en una unidad dental de la Clínica Periférica “Las Águilas”.
- Se tomaron fotografías intraorales de algunos casos.
- Se vaciaron los datos en Excel para obtener los resultados y realizar las gráficas correspondientes.

6.6. Aspectos éticos

- Se presentó una carta para pedir la autorización por parte del jefe de enseñanza de la Clínica Periférica “LAS ÁGUILAS”.
- Se solicitó la autorización de los padres y/o tutores mediante una carta de consentimiento informado donde se les informo a los padres y/o tutores de los niños(as) a detalle el tipo de estudio que se realizó.
- Se les informo a los padres y/o tutores que podría abandonar el estudio en el momento en el que lo consideran adecuado.
- Los padres y/o tutores, así como los niños(as) autorizaron que sus fotografías y resultados fueran publicados y reportados en este trabajo, así como en futuros proyectos de investigación (cartel, ponencias, revistas, etc).



6.7. Recursos

6.7.1. Físicos

- Clínica periférica “Las Águilas”
- Unidad dental
- Silla del operador

6.7.2. Materiales

- Bata blanca
- Guantes medianos
- Espejo del número 4
- Cubre bocas
- Odontograma con índice CPO
- Pluma
- Lápiz
- Computadora
- Impresora

6.7.3. Humanos

- Tutora
- Asesor
- Tesista

6.7.4. Financieros

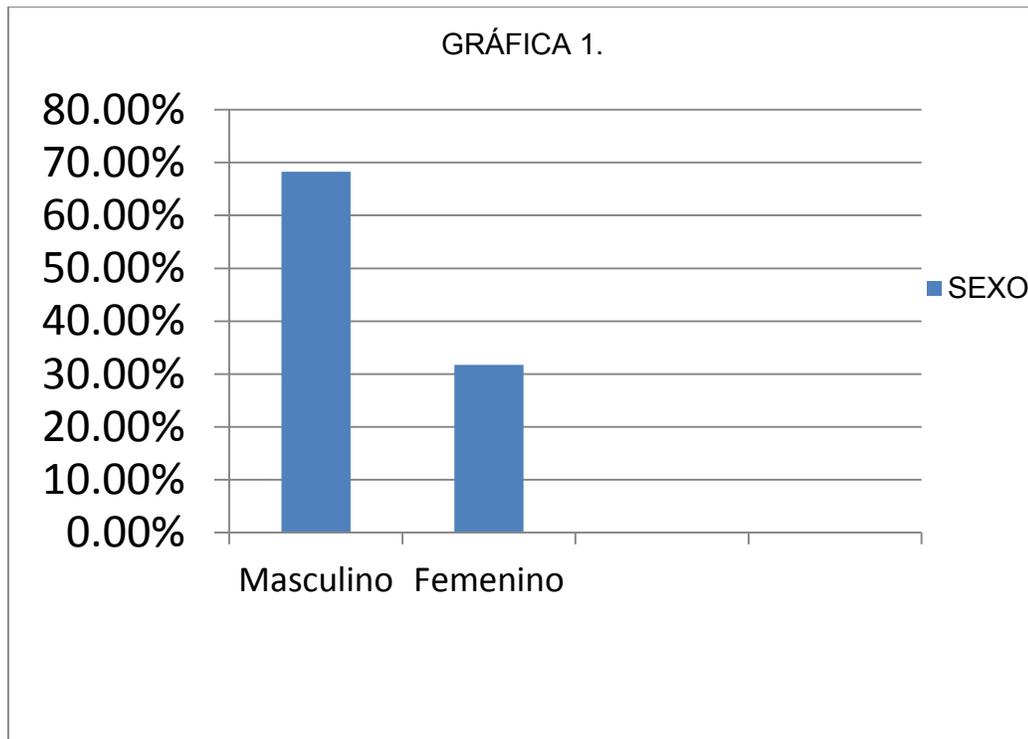
- Este trabajo fue financiado por el tesista

7. RESULTADOS

En este estudio participaron 41 niños(as) (*ver cuadro y grafica 1*), que fueron el total de la muestra, de los cuales el 68.29% (28) fueron del sexo masculino, y el 31.71% (13) fueron del sexo femenino.

CUADRO 1. Distribución porcentual de la muestra según el sexo.

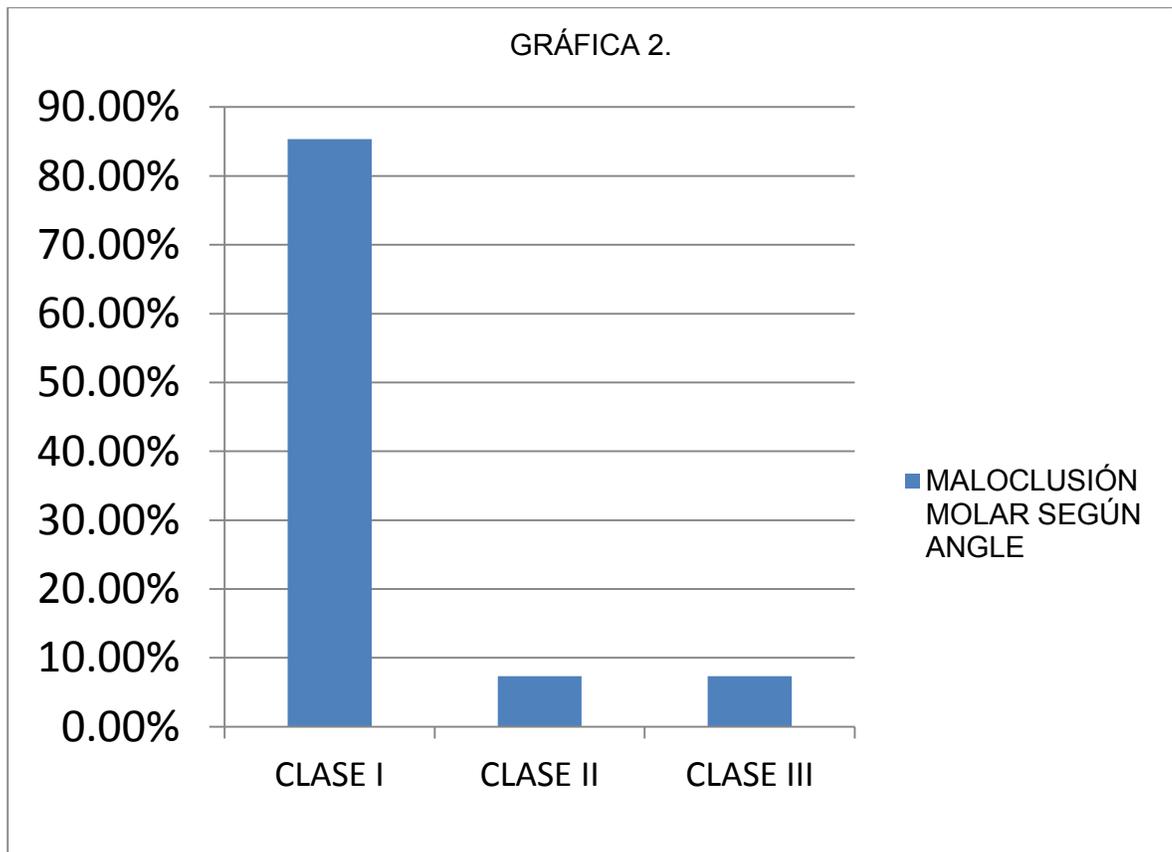
| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 28 | 68.29% |
| Femenino | 13 | 31.71% |
| Total | 41 | 100% |



La maloclusión molar que presento mayor frecuencia fue la Clase I (85.37%), seguida de la Clase II (7.32%) y III (7.32%) (ver cuadro 2 y gráfica 2), con la misma frecuencia para la Clase II y III.

CUADRO 2. Distribución porcentual de la muestra según el tipo de maloclusión molar de Angle.

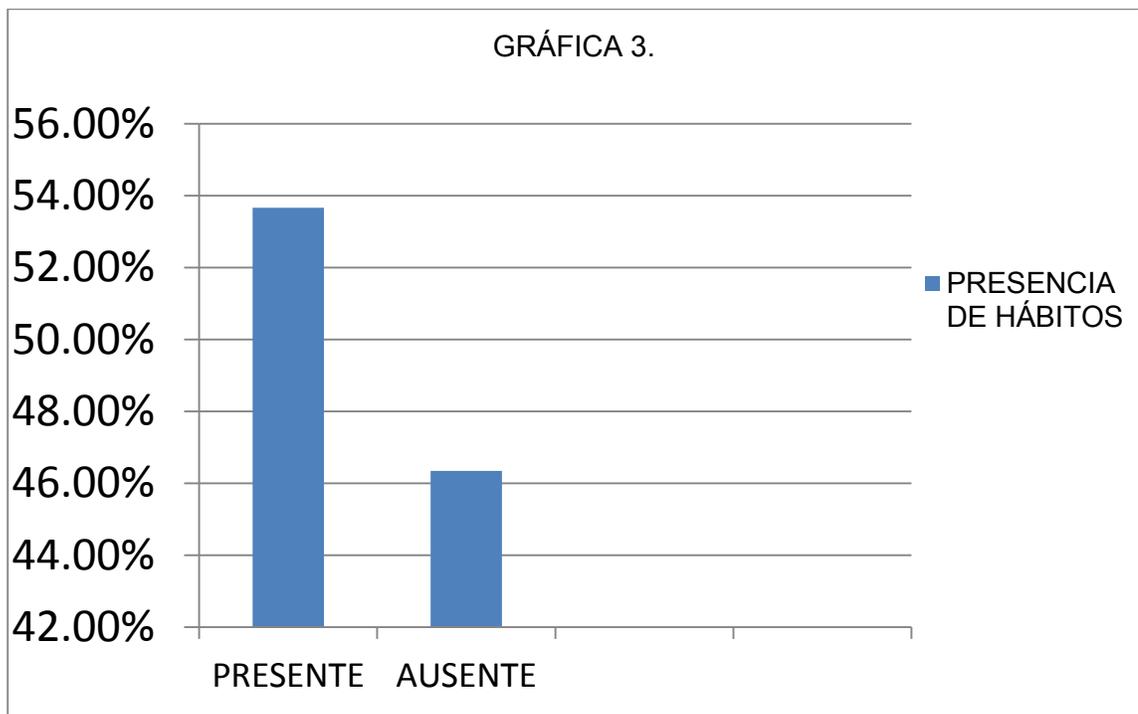
| Tipo oclusión | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| I | 35 | 85.37% |
| II | 3 | 7.32% |
| III | 3 | 7.32% |
| Total | 41 | 100% |



De los niños(as) que participaron en el estudio, 22 (53.66%) presentaron algún tipo de hábito pernicioso y 19 (46.34%) no presentaron hábito pernicioso (*ver cuadro y gráfica 3*), los hábitos a considerar fueron succión digital, onicofagia, deglución atípica y respiración bucal.

CUADRO 3. Distribución porcentual de la muestra según la presencia de hábitos

| Hábitos | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|
| Presente | 22 | 53.66% |
| Ausente | 19 | 46.34% |
| Total | 41 | 100% |

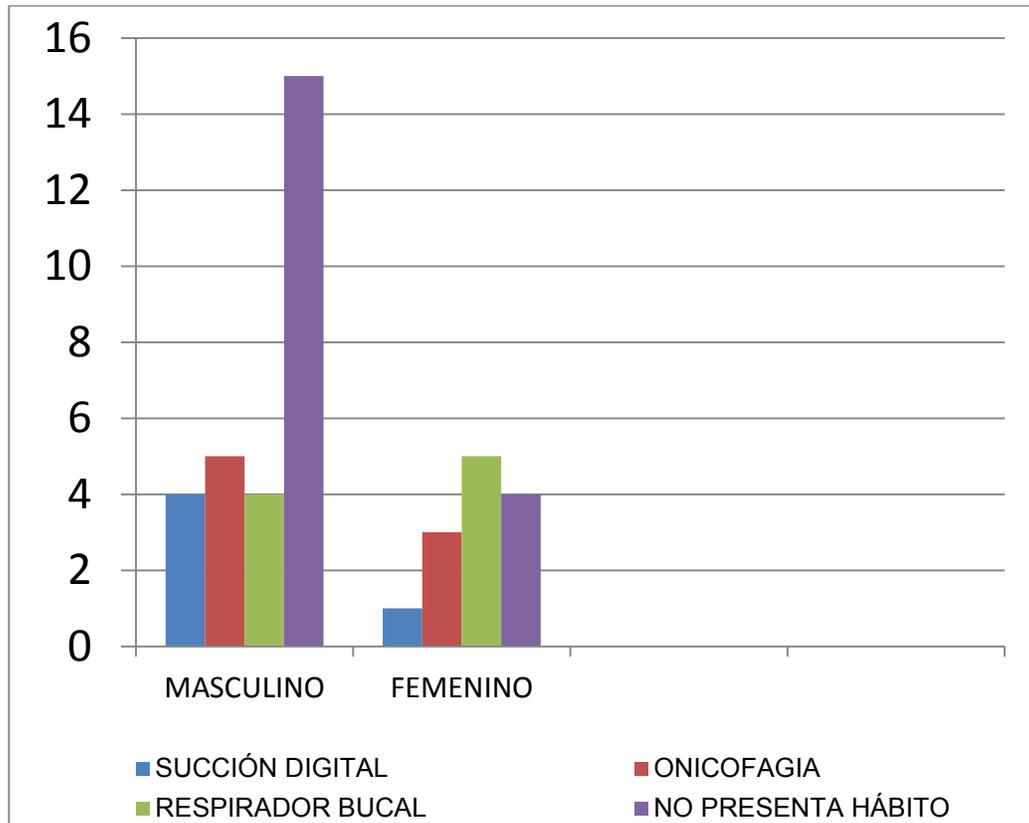


En el cuadro y grafica 4 se observa la cantidad de niños(as) que presentaron algún hábito.

CUADRO 4. Distribución de la muestra según el tipo de hábito

| | Succión digital | Onicofagia | Respirador bucal | No presentó | Total |
|-----------|-----------------|------------|------------------|-------------|-------|
| Masculino | 4 | 5 | 4 | 15 | 28 |
| Femenino | 1 | 3 | 5 | 4 | 13 |
| Total | 5 | 8 | 9 | 19 | 41 |

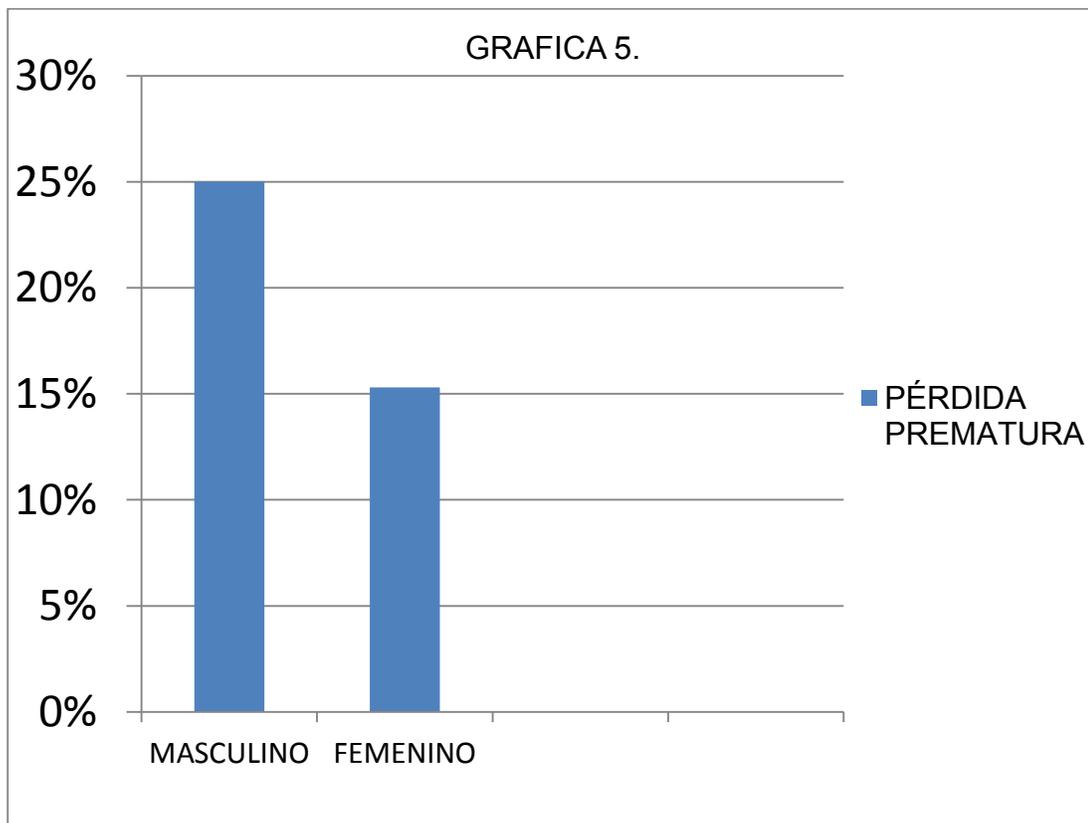
GRÁFICA 4.



El 25% (7) de los niños presentaron una pérdida prematura dental (ver cuadro y grafica 5), y el 15.30% (2) de las niñas presentaron una pérdida prematura dental.

CUADRO 5. Distribución porcentual de la muestra según la frecuencia de pérdida prematura por sexo

| SEXO | PÉRDIDA PREMATURA | SIN PERDIDA PREMATURA | TOTAL |
|-----------|-------------------|-----------------------|-------|
| MASCULINO | 25% | 75% | 100% |
| FEMENINO | 15.30% | 84.70% | 100% |

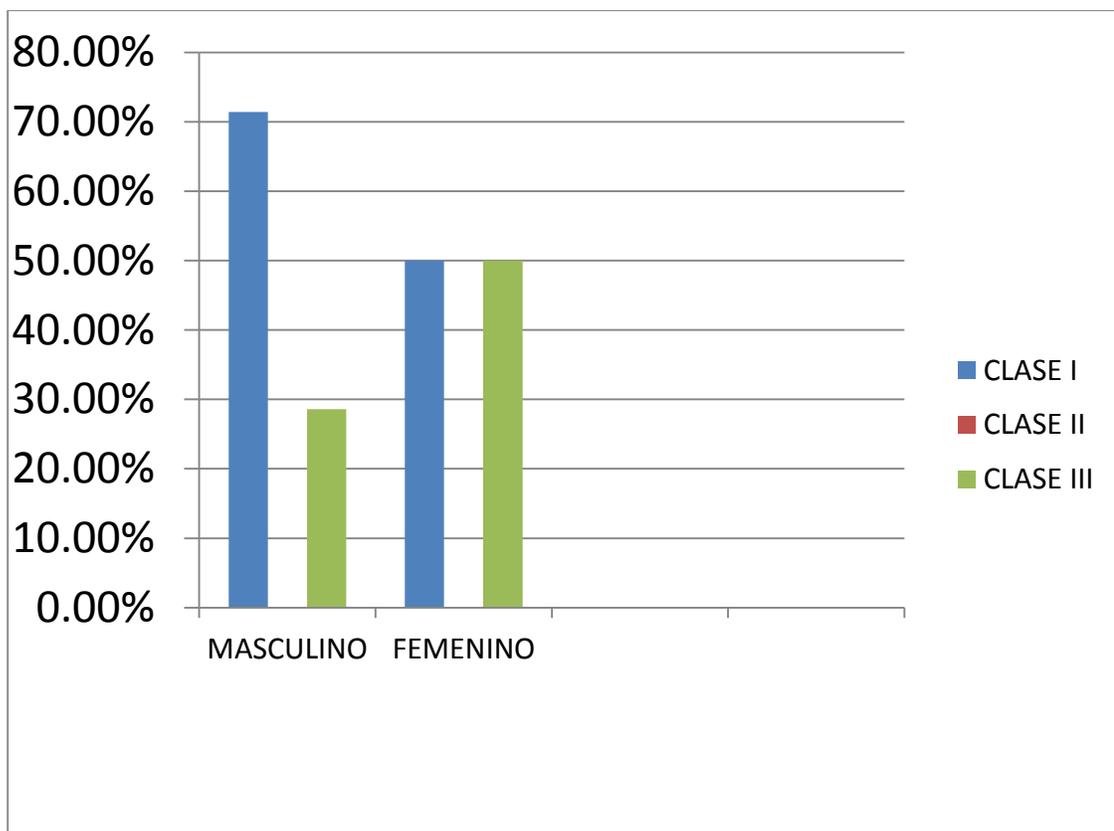


En el cuadro y grafica 6 se representa el porcentaje de maloclusión molar que presentaron los niños(as) que tuvieron perdida prematura dental.

CUADRO 6. Distribución porcentual de la muestra según la maloclusión molar en niños(as) con pérdida prematura

| SEXO | CLASE I | CLASE II | CLASE III | TOTAL |
|-----------|---------|----------|-----------|-------|
| MASCULINO | 71.40% | 0% | 28.60% | 100% |
| FEMENINO | 50% | 0% | 50% | 100% |

GRAFICA 6.





8. DISCUSIÓN

En México, Murrieta y cols.²² reportaron en una población de 675 pacientes una frecuencia del 76.4% para maloclusión molar Clase I, 13.5% para maloclusión molar Clase II y 10.1% para maloclusión molar Clase III, porcentajes muy diferentes a los reportados por Urrego y cols.²⁰ en una población de 436 pacientes con un 49.7% para la maloclusión Molar Clase I, 43.5% para maloclusión molar Clase II y 6.8% para la maloclusión molar Clase III.

Cano y cols.¹⁷ reportaron en una muestra de 176 niños una frecuencia del 93% para la maloclusión molar Clase I, 5% para la maloclusión molar Clase II y 2% para la maloclusión molar Clase III, teniendo una diferencia muy pequeña entre Clase II y III comparada con lo reportado por Rojas y cols.¹⁸ en 99 niños, obteniendo un 59% para maloclusión Clase I, 35% para maloclusión molar Clase II y 6% para maloclusión molar Clase III.

Ninguno de los dos superando el 10% para la maloclusión molar Clase III, a diferencia de Medina y cols.¹⁹ que reporto un 64.30% para maloclusión molar Clase I, 20.67% para maloclusión molar Clase II y 15.03% para maloclusión molar Clase III.

A diferencia de lo reportado por Hernández y cols.² que observó una mayor frecuencia de maloclusión molar Clase II en niños(as) con pérdida prematura de dientes, en este estudio se observó una mayor frecuencia de maloclusión molar Clase I en niños(as) con pérdida prematura de dientes.



9. CONCLUSIONES

De este estudio podemos concluir que la población de nuestra muestra no cuenta con la educación necesaria que permita darle la importancia a la dentición decidua, ya que opinan que al perderse “saldrán nuevos dientes”. Sin embargo se pudo observar que la pérdida prematura de los dientes no afectó la maloclusión Clase I de Angle presentada en la mayoría de los niños(as) (85.37%), quizá debido a la colocación de un mantenedor de espacio posterior a esta entre otros factores.

El 35.30% tuvo pérdida prematura dental y el 53.66% presentaron algún tipo de hábito.

Consideramos que se deben seguir haciendo campañas de prevención y atención dental temprana, ya que la caries es el principal factor de riesgo para la pérdida prematura de dientes temporales.

Al ser una muestra no representativa, podemos resaltar que nuestros resultados no coinciden con los reportados por otros autores, como el reportado por Hernández y cols. en donde encontró que la maloclusión molar más frecuente debido a pérdida prematura de dientes temporales fue la Clase II y que el factor de riesgo para la pérdida prematura de dientes temporales fue la caries, dato con lo que sí coincidimos.



10. GLOSARIO

Competencia labial: Labios en contacto con la musculatura relajada.

Diastemas: Espacio que separa dos dientes adyacentes.

Micrognasia: Disminución uni o bilateral de la mandíbula.

Mordexnormalis: Oclusión normal.

Mordexrectus: Relación incisal borde a borde.

Mordexapertus: Mordida abierta.

Mordexretrusus: Mordida cruzada anterior.

Mordextortuosus: Mordida cruzada anterior y posterior.

Os senilis: Sin dientes.

Oligodoncia: Ausencia de varios órganos dentales.

Proinclinación: Inclinación dental de los incisivos hacia vestibular.

Protrusión: Desplazamiento hacia delante de la mandíbula.

Retroinclinación: Inclinación dental de los incisivos hacia lingual o palatino.

Retrusión: Desplazamiento hacia atrás de la mandíbula.



11. ANEXOS

ANEXO 1. Solicitud de acceso a la clínica y pacientes de la Clínica periférica “LAS AGUILAS” Turno Vespertino.

México D.F. a 31 de Agosto de 2015

Dr. José Antonio Ocampo Ávila
Jefe de Enseñanza de la Clínica periférica “Las Águilas”
PRESENTE.

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar su autorización y realizar encuestas previo consentimiento informado a los padres de pacientes menores de edad que acuden a atención dental a la clínica periférica “Las Águilas” T.V. los días miércoles y viernes de 3 p.m. a 7 p.m. que acudan entre el 24 de Agosto y el 9 de Octubre del 2015 que presenten los 4 primeros molares permanentes erupcionados y en oclusión, así mismo tomar las fotografías correspondientes que serán utilizadas en un trabajo de investigación que se llevara a cabo para la tesina **“PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN MOLAR SEGÚN ANGLE EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD ASOCIADA A PERDIDA PREMATURA DENTAL QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA PERIFÉRICA “LAS ÁGUILAS” T.V. EN SEPTIEMBRE DEL 2015”** que será dirigida por la especialista: María Alicia Valenti González en la Quincuagésima Quinta promoción del Seminario de Ortodoncia para la titulación del alumno **Fernando García Muñoz**.

Esperando contar con su apoyo, gracias.

Esp. María Alicia Valenti
González
Profesora de Ortodoncia
Clínica “Las Águilas”

Fernando García Muñoz
Alumno del Seminario de
Ortodoncia 55ª promoción

Ccp. Esp. Alicia Montes de Oca Basilio. Titular de Clínica Integral de Niños y Adolescentes



ANEXO 2. Consentimiento Válidamente Informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Seminario de Titulación de Ortodoncia Promoción 55ª

CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Fecha: _____ Hora: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____ Firma autorizada: _____

Nombre del niño(a): _____ Edad del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): _____

Se me ha explicado y estoy enterado que se le realizará una revisión clínica a mi hijo/a, una pequeña encuesta relacionada a él/ella y una serie de fotografías extraorales e intraorales para el desarrollo de una investigación, la cual será publicada en la Tesina titulada: **PREVALENCIA DE MALOCCLUSIÓN MOLAR SEGÚN ANGLE EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS DE EDAD ASOCIADA A PÉRDIDA PREMATURA DENTAL QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA PERIFÉRICA “LAS ÁGUILAS” T.V. EN SEPTIEMBRE DEL 2015**, la cuales realizada por el alumno **FERNANDO GARCÍA MUÑOZ** y dirigida por la **ESP. MARÍA ALICIA VALENTI GONZÁLEZ**.

Se evaluarán las características de la oclusión en el niño/a para determinar el tipo de maloclusión que presente.

El participar en éste proyecto implica que el material obtenido (fotografías extraorales e intraorales, encuestas y datos obtenidos) será manejado de manera discrecional en sesiones académicas o eventos científicos y no se mencionarán nombres.

El aceptar participar en el proyecto, no implica que los resultados o fotografías sean publicados, y en cualquier momento podrá cambiar de opinión y hacérselo saber.

Si acepto que sean publicados los resultados y fotografías, serán publicados en la Tesina, en sesiones académicas o eventos científicos nacionales e internacionales y/o publicados en revistas.

Si **No** Acepto participar en el proyecto.

Sí **No** Acepto que se publiquen los resultados y fotografías.

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

Fernando García Muñoz



ANEXO 3. Encuesta.



Universidad Nacional Autónoma de México
Faculta de Odontología
Seminario de titulación 55a promoción



ENCUESTA

La información proporcionada será confidencial y solo será usada con fines de investigación.

Nombre del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del niño(a): _____ Edad: _____ Sexo: M F

1. ¿A qué edad el niño(a) fue llevado a consulta dental por primera vez? _____
 ¿Cuál fue el motivo?
 0) Prevención 1) Dolor 2) Sangrado 3) Traumatismo
 ¿Qué le hizo el Doctor? _____
2. ¿Se lava los dientes? SI No
3. ¿A qué edad comenzaron a lavarle los dientes al niño(a)? _____
4. ¿A qué edad el niño(a) comenzó a cepillarse los dientes por sí solo(a)? _____
 ¿En qué momento se los lava? _____
5. ¿Le quitaron algún diente de leche? SI No
 (si no fue así pasar a la pregunta 7)
 ¿Cuál fue el motivo? _____
6. ¿Cuántos años tenía? _____
7. ¿Después de que le quitaron el diente, el dentista le puso algo? SI No
 ¿Qué le puso? _____
8. ¿El niño se chupo o se chupó algún dedo alguna vez? SI No
 ¿Coloca o colocó la lengua entre los dientes al momento de pasar saliva? SI No
9. ¿Se muerde las uñas? SI No
10. ¿Respira por la boca? SI No
11. ¿Conoce usted la importancia de los dientes de leche? SI No
12. ¿Quién se lo explicó? _____



12. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Quirós O., Rossano A., Quirós C. Haciendo fácil la ortodoncia. Caracas: Editorial Amolca, 2012.
2. Hernández J., Montiel L., Velásquez J., Alcedo C. Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental como causa de maloclusión en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al servicio de odontología del centro de atención integral de salud “Francisco Miranda”. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas. 2010. Disponible en: <https://ortodoncia.ws/publicaciones/2010/pdf/art22.pdf>
3. Saturno J., Quirós A., García R., Santiago U., Crespo O. Odontología y sociedad. Caracas: Editorial Amolca. 1981.
4. Canut J., Plasencia A., Barrachina M., Asensi C. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson. 1992.
5. Moyers R., Avery J., Bookstein F., Burdi A. Manual de Ortodoncia. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1992.
6. Jiménez C., Camblor A., Cogorno V., y cols. Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el centro odontopediátrico de Carapa. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Caracas. 2007. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art14.asp>
7. Pinkham J., Casamassimo P., Fields H., McTigue D. Ortodoncia Pediátrica 2ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill. 2001.
8. Escobar M. Odontología Pediátrica. 2ª edición. Caracas: Editorial Amolca. 2004.
9. Guedes A., Bonecker M., Delgado C. R. Fundamentos de Odontología, Odontopediatría. Brasil: Editorial Santos. 2011.
10. Mc Donald R., Avery D., Bixler D., Cunningham D. Odontología para el niño y el adolescente, 6ª edición, Argentina: Editorial Mosby/Doyma, 1997.



11. Boj J., Catalá M., García C., Mendoza A. Odontopediatria. España: Editorial Masson, 2012.
12. Barbería E., Boj J., Catalá M., García C. Odontopediatria. 2ª edición. España: Editorial Masson. 2001.
13. Proffit W., Fields H., Ackerman J., Sinclair P. Ortodoncia Contemporánea. 4ª edición. Barcelona: Editorial Elsevier 2008.
14. Vellini F., Cotrim F., Netto M., Cotrim A. Ortodoncia, Diagnostico y Planificación Clínica. Brasil: Editorial Artes Medicas. 2002.
15. Villavicencio J., Fernández M., Magaña L. Ortopedia Dentofacial Una Visión Multidisciplinaria Tomo 1. Caracas: Editorial Amolca. 1996.
16. García S. Y., Martín L., Lage M., Altunaga A. El mantenedor de espacio en la prevención de maloclusiones. Revista archivo medico de Camagüey. Cuba. Febrero-Abril 2014; Vol.18: 11-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552014000200005&script=sci_arttext
17. Cano C., Rosas C., Gutiérrez R., Velázquez Y., Godoy S. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del estado Guárico periodo 2007-2008. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. Junio 2008. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art7.asp>
18. Rojas G., Brito J., Díaz J., Soto S., Alcedo C., Quirós. 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. Enero 2010. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art4.asp>
19. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta Odontológica Venezolana. Julio 2010; Vol.45: 8-13. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art9.asp>
20. Urrego P., Jiménez P., Londoño M., Zapata M., Botero P. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. Revista de Salud Pública. Diciembre 2011; Vol.13: 20-26. Disponible en:



http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S012400642011000600013&script=sci_arttext

21. Plazas J., Martínez O., Castro L., Solana A., Villalba L. Prevalencia de maloclusiones en niños de una escuela en Cartagena de Indias. Revista Ciencia y Salud. Diciembre 2011; Vol.3: 16-23. Disponible en:http://www.academia.edu/10623617/PREVALENCIA_DE_MALOCLUSIONES_EN_NI%C3%91OS_DE_UNA_ESCUELA_EN_CARTAGENA_DE_INDIA_S.

22. Murrieta J., Cruz P., López J., Marques M., Zurita V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes Mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta Odontológica Venezolana. Julio 2007; Vol.45: 6-13. Disponible en:http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones_dentales.asp