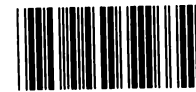


TIPOS DE MALOCLUSION OBSERVADOS EN NIÑOS
DE 5 A 11 AÑOS Y SU RELACION CON HABITOS

P O R

C.D. DANIEL GARCIA RODRIGUEZ
GARCIA
RODRIGUEZ
DANIEL
1984

TESIS



K(1) UNAM

T E S I S



Facultad de Odontología
Div. de Est. de Posgrado e Investigación
Biblioteca "Barnet M. Levy"

Presentada como requisito para obtener el grado de
Maestría en Odontología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Agosto de 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

T E S I S

TIPOS DE MALOCCLUSION OBSERVADOS EN NIÑOS
DE 5 A 11 AÑOS Y SU RELACION CON HABITOS

P O R

C.D. DANIEL GARCIA RODRIGUEZ

1 9 8 4

MANUSCRITO DE TESIS

Cualquier tesis no publicada que avale el grado de Maestría y depositada en la biblioteca de la Universidad, Facultad de Odontología, queda abierta para inspección, y sólo podrá ser usada con la debida autorización del autor. Las referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copiadas sólo con el permiso del autor, y el crédito se da posteriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes personas que firman y aceptan las restricciones señaladas.

La biblioteca que presta esta tesis debe asegurarse de recoger, la firma de cada persona que la utilice.

Nombre y Dirección

F e c h a

TIPOS DE MALOCLUSION OBSERVADOS EN NIÑOS
DE 5 A 11 AÑOS Y SU RELACION CON HABITOS

Aprobada por:


C.D.Dr.O. ARIEL MOSCOSO BARRERA

C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCIA

C.D.M.O. MANUEL ALATA OROZCO

C.D.M.O. CARLOS GONZALEZ LUKASCENICH

C.D.Dr.O. Director de tesis ROGELIO REY BOSCH

A G R A D E C I M I E N T O

CON CARÍÑO A :
MI ESPOSA E HIJA

A MIS PADRES Y
TIA MALE

G R A C I A S .

R E C O N O C I M I E N T O

AL C.D. MANUEL REY GARCIA

AL D.C.O. ARIEL MOSCOSO BARRERA

-

MI ADMIRACION, GRATITUD Y
RESPECTO PARA QUIENES DESIN-
TERESADAMENTE ME HAN BRIN-
DADO SU APOYO Y CONFIANZA
EN MI VIDA ESTUDIANTIL Y
PROFESIONAL.

A USTEDES,

GRACIAS.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIALES Y METODOS	5
RESULTADOS	8
DISCUSION	11
RESUMEN	36
CONCLUSIONES	38
BIBLIOGRAFIA	41

INDICE DE TABLAS

TABLA

NO. 1	CLASIFICACION DE LOS PLANOS TERMINALES (SEGUN "BAUME")	12
NO. 2	CLASIFICACION DE LAS DIVISIONES EN LA MALOCLUSION DE CLASE I Y LAS DIVISIONES DE CLASE II (CLASIFICA CION SEGUN "ANGLE")	14
NO. 3	DELIMITACION DE LOS FACTORES CAUSANTES DE MALOCLU- SION	17
NO. 4	OTROS FACTORES PREDISPONENTES DE CARIES	19
NO. 5	RELACION ENTRE DIETA BALANCEADA Y NIVEL DE INGES- TION DE AZUCARES REFINADOS	21
NO. 6	FALTA DE CONTACTO PROXIMAL (CARIES) EN MOLARES DE LA PRIMERA DENTICION POR EDADES	23
NO. 7	RELACION ENTRE HABITOS Y REGION TONSILAR HIPERTRO- FICA SEGUN EDAD	25
NO. 8	TIPOS DE HABITOS EN RELACION A LA REGION TONSILAR HIPERTROFICA	29
NO. 9	DISTRIBUCION DE TIPOS DE ANOMALIAS DENTARIAS	31
NO. 10	ANOMALIAS DENTARIAS SEGUN LA EDAD	33

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA

NO. 1	PORCENTAJE DE PLANOS TERMINALES	13
NO. 2-A	PORCENTAJE DE LAS DIVISIONES DE LA CLASE I	15
NO. 2-B	PORCENTAJE DE MALOCLUSION DE LAS DIVISIONES DE LA CLASE II	16
NO. 3	PORCENTAJE DE FACTORES CAUSALES DE MALOCLUSION	18
NO. 4	PORCENTAJE DE INGESTION DE AZUCARES REFINADOS ENTRE COMIDAS	20
NO. 5	PORCENTAJE DE ALIMENTACION BALANCEADA Y NO BALANCEADA	22
NO. 6	PORCENTAJE DE FALTA DE CONTACTO PROXIMAL POR CARIES SEGUN EDAD	24
NO. 7-A	PORCENTAJE DE PRESENCIA DE HABITOS SEGUN EDAD	26
NO. 7-B	PORCENTAJE DE PRESENCIA DE REGION TONSILAR HIPERTROFICA SEGUN LA EDAD	27
NO. 7-C	PORCENTAJE DE COINCIDENCIA DE CARIES Y REGION TONSILAR HIPERTROFICA	28
NO. 8	PORCENTAJE DE TIPOS DE HABITOS EN RELACION A LA REGION TONSILAR HIPERTROFICA	30
NO. 9	PORCENTAJE DE TIPOS DE ANOMALIAS DENTARIAS	32

GRAFICA

NO. 10-A PORCENTAJE DE ANOMALIAS DENTARIAS SEGUN LA EDAD .. 34

NO. 10-B PORCENTAJE DE ANOMALIAS DENTARIAS SEGUN EDAD 35

INTRODUCCION Y REVISION DE LA LITERATURA

En base a los resultados obtenidos por los diferentes investigadores con respecto a las maloclusiones y sus factores predisponentes, y no existiendo datos al respecto reportados en la zona de Milpa Alta, pretendo establecer los tipos de oclusión que existen en dicha zona y los factores principales que pudieran influir en el tipo de oclusión.

El presente trabajo también tiene la intención de marcar la relación que existe entre el tipo de maloclusión que se observe en los niños examinados y los hábitos que puedan presentar estos niños, además de determinar qué hábitos predominan en los niños de Milpa Alta estudiados, y su influencia en el tipo de maloclusión que se presente.

Las maloclusiones dentarias han sido motivo de estudio por muchos investigadores, detectando estos como causas principales del establecimiento de una maloclusión, las anomalías anatomofuncionales de la cavidad oral con relación a la pérdida prematura de molares de la primera dentición, la práctica de diversos tipos de hábitos orales, caries, anomalías dentarias, enfermedades hereditarias, congénitas, adquiridas, etc.

Los factores tanto generales como locales y su relación

con la maloclusión, han sido estudiadas por diferentes autores.

Algunos de los problemas que causan maloclusión son: succión digital y falta de contacto proximal por caries en molares de la primera dentición. J. Arvinen¹⁰ revisando 931 niños entre 3 y 5 años encontró que de ellos un 14.4% tenían mordida cruzada y mordida abierta anterior funcional o de -- segmentos laterales; tendencia del cierre de espacio por pérdida temprana de molares primarios, involucrando además en algunos niños caries y hábitos (succión digital).

Un estudio realizado por Ronnerman¹⁹ en 1974 sobre la extracción temprana de molares primarios, indica que la pérdida temprana de estos molares, acelera la erupción de -- los primeros molares de segunda dentición. Esto lo explica -- en base al hecho de que estos molares sufren un libre movimiento sin resistencia en dirección sagital desde la superficie distal del segundo molar de primera dentición. Lo anterior se relaciona con la erupción temprana de los incisivos de segunda dentición, por la distribución de mayor espacio -- en el frente de los arcos dentarios.

Es más común la falta de espacio en los maxilares -- que en la mandíbula.

En una escuela del Distrito de Montain y Provincia --

de Pavia, al realizar un estudio de maloclusiones, Belloni² y otros colaboradores, reportaron que la frecuencia de las maloclusiones es muy alta, especialmente en la clase I y III de Angle en Montain y en la provincia de Pavia, particularmente en niños de 5 años, en quienes fueron encontradas estas clases de maloclusión.

Proffit¹⁸ investigó que la falta de erupción dental posterior sin contacto oclusal produce una mordida abierta lateral, contribuyendo este problema a una influencia mecánica con los procesos eruptivos, así como una anquilosis o interferencia de tejidos blandos.

Hellman⁶ en 1921 estudió a 354 pacientes con maloclusiones, 90 eran succionadores de labio o digitales; 219 pertenecen a la Clase II. Este estudio no especifica edades de los pacientes.

Infante⁷ al enfocar su estudio epidemiológico de hábitos oral-digitales con respecto a sexo y estrato socioeconómico, encontró que en las niñas prevalece por más tiempo el problema de succión digital que en los niños. También no tó que en los niños de clase media de las ciudades, el hábito es más común que en los niños de clase media baja del medio rural.

Anderson¹ y otros investigadores, realizaron un estudio en niños alimentados por la madre, otros con leche de fórmula y otros de manera combinada, demostrando que los niños amamantados por la madre, poseen menos hábitos peribucales. En otro estudio donde se comparó la lactancia con recipiente como vaso, taza, biberón y pecho, se observó un reflejo de mamar más desarrollado en los niños alimentados con pecho. Otros estudios han llevado a la conclusión de que las tetillas de goma mal diseñadas y malas técnicas de lactancia, causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos.

Melnaney¹² y colaboradores, estudiaron 22 casos con diagnóstico de discrepancia de espacio en la primera dentición y en dentición mixta temprana; su terapia de expansión fue dada, eliminando la extracción de caninos de la primera dentición y de premolares.

Luft¹¹ al realizar una encuesta a madres preguntando si estas amamantaron a sus hijos, observó que los pacientes con clase III, coincidían con aquellos que no habían sido amamantados por la madre.

MATERIAL Y METODOS

Milpa Alta es una delegación que se encuentra situada al sureste del Distrito Federal, México, en la coordenada geográfica 19°12', latitud norte. Posee áreas verdes propicias al incremento agrícola y sus derivados; sus habitantes se dedican principalmente al cultivo del nopal. En cuanto al ganado la cría porcina y avícola predomina a la del ganado mayor, cuya explotación se hace en pequeña y mediana escala.

El número de habitantes es de 189 905, de los cuales el 70% son niños menores de 15 años de edad. Su tipo de vivienda en el 90% se considera rural.

La base de la alimentación está constituida por verduras, legumbres, cereales que produce la región, leche recién ordeñada, huevos y carne de diversos animales.

Con respecto a la atención odontológica, los niños de esta zona reciben servicios a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) y del Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) que consiste en técnicas de cepillado profilaxis, aplicaciones de flúor, obturaciones y extracciones. La Clínica Odontológica Periférica de Milpa Alta de la U.N.A.M., por su parte, proporciona los servicios antes - -

mencionados además de restauraciones de todo tipo en niño, --
tratamientos pulpares, ortodoncia preventiva e interceptiva.
Los casos severos se remiten a Estudios Superiores en la Fa--
cultad de Odontología.

El presente estudio se realizó en 100 niños de 5 a 11
años de edad, que asisten a consulta regularmente en la Clíni-
ca Odontológica Periférica de Milpà Alta, a los cuales se les
aplicó:

1.- Estudio Clínico.

1.1.- Por medio de una historia clínica elaborada con--
vencionalmente, obteniendo datos a través de interrogatorio.
Se obtuvieron datos generales acerca del estado general de sa-
lud, copilados en las formas A y B.

1.2.- Exploración. Se consideraron los siguientes as--
pectos: porcentaje de control de placa dentobacteriana, por
medio de la tinción de fushina básica; caries, pérdida prema-
tura de dientes de primera dentición, tipos de oclusión, ti--
pos de restauraciones dentales, línea media.

2.- Laboratorio y gabinete.

2.1.- Obtención de modelos de estudio en yeso de orto--
doncia, para observar la relación entre dientes y estructuras
óseas por método de Moyers.

2.2.- Toma de diapositivas de la cavidad oral, para el registro de las condiciones de su boca, con cámara oral Eyes-Yashica, con acercamientos A, B y C.

2.3.- Tomas radiográficas periapicales, números 0 y 2 - Kodak.

RESULTADOS

De los 100 niños sometidos al estudio cuyas edades -- fueron de 5 a 11 años, los datos obtenidos fueron los siguientes:

Los niños que presentaron planos terminales fueron 24 de acuerdo con la clasificación de "Baume", correspondiendo - al plano terminal vertical 5 niños; de éstos, solamente uno - presentó maloclusión. Se presentaron 15 casos con plano terminal mesial, correspondiendo a 6 niños con maloclusión. En el plano terminal mesial exagerado, 3 niños lo presentaron y sin maloclusión. La frecuencia de maloclusiones en los 24 -- planos terminales fue de 7 predominando en el plano terminal mesial (tabla 1). Las maloclusiones que se presentaron den-- tro de la clasificación según "Angle" fueron en 75 niños, de los cuales 70 fueron clase I, siendo la división 5 más fre-- cuente en 17 niños. La clase II se presentó en 5 niños, de los cuales 4 presentaron la división 1 (tabla 2).

Los factores de maloclusión estudiados fueron los siguientes: Experiencias odontológicas previas, caries, hábitos, anomalías dentarias, secuencia de erupción anormal. La frecuencia de los factores estudiados fue de 225 combinados en - los 100 niños. La frecuencia más alta correspondió a anoma-- lías dentarias en 55 niños, 50 a experiencias odontológicas - previas, 40 con falta de contacto proximal, 38 con hábitos y

34 con secuencia de erupción anormal (tabla 3).

Se estudiaron como factores predisponentes de caries los niveles de ingestión de azúcares refinados entre comidas, predominando el nivel bajo en un 53% (tabla 4).

La alimentación (dieta) se dividió en balanceada y no balanceada, obteniendo el 78% a la balanceada (tabla 5) .

La falta de contacto proximal en molares de primera - dentición se revisó por edades, encontrando la prevalencia en niños de 9 años en un 23% (tabla 6).

En la relación entre hábitos y región tonsilar hipertrófica, según edad, 44 niños presentaron región tonsilar hipertrófica y de estos 33 se relacionaron con hábitos de respirador bucal, succión de labio y protusión de lengua. Los hábitos fueron más frecuentes a la edad de 8, 9 y 10 años, la región tonsilar hipertrófica prevalece a la edad de 8 y 10 años (10 pacientes en cada edad), sólo 5 pacientes con hábito no presentaron región tonsilar hipertrófica (tabla 7).

Se registraron los tipos de hábitos en relación a la región tonsilar hipertrófica donde 33 de los 38 pacientes con hábito, presentaron región tonsilar hipertrófica, el hábito de respirador bucal fue el más frecuente (16 niños). Los - -

hábitos de succión de dedo, mordisqueo de uñas, carrillos y -
ropa, correspondieron a una región tonsilar normal en 5 niños
(tabla 8).

Según la distribución de tipos de anomalías dentarias,
55 niños presentaron anomalías; de los cuales 30 correspondiere
ron a la anomalía de posición, 12 de forma (laterales conoi--
des, fusión, geminación), 9 de tamaño y 4 de número (mesio-
dens únicamente) (tabla 9).

En la frecuencia de anomalías dentarias según la edad,
el mayor número se presentó a la edad de 9 años en 16 pacien-
tes de los cuales 8 presentaron anomalías de posición, predo-
minando dicha anomalía (tabla 10).

D I S C U S I O N

Varios investigadores en sus estudios han dado a conocer los tipos de maloclusión que predominan en un lugar determinado^{2,6,12}; el establecimiento de hábitos^{1,7,10,19}, y la relación que existe entre el tipo de maloclusión y el hábito practicado^{6,10,11,18}.

En el presente estudio realizado en la zona de Milpa Alta, se encontró que en los niños examinados prevalece la maloclusión de la Clase I tipo 5 que corresponde a la mesialización de los molares de la segunda dentición por la pérdida -- temprana de los molares de la primera dentición. En cuanto a los planos terminales registrados, se observó el establecimiento de maloclusión sobre todo en el plano terminal mesial.

En cuanto a los hábitos, se encontró que el hábito de respirador bucal fue el más frecuente y está relacionado con región tonsilar hipertrófica, siendo mayor esta frecuencia a la edad de 8 años.

De los factores causales de maloclusión se encontró -- que están combinados en los 100 revisados, correspondiendo la mayor frecuencia a las anomalías dentarias, seguidas de las -- experiencias odontológicas previas, caries, hábitos y finalmente secuencia de erupción anormal.

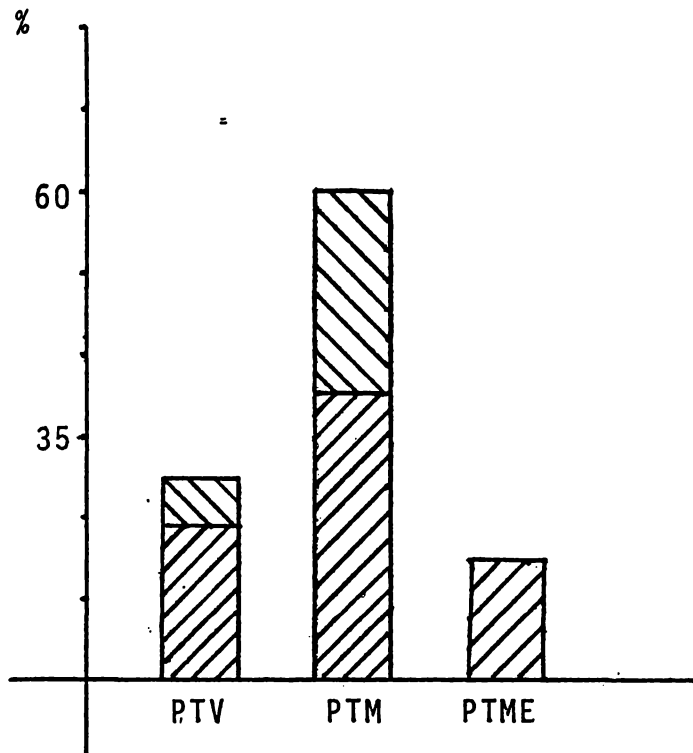
TABLA NO. 1

CLASIFICACION DE LOS PLANOS TERMINALES
(SEGUN "BAUME")

PLANOS TERMINALES	SIN MAL		CON MAL		FRECUENCIA	%
	OCCLUSIONES	%	OCCLUSIONES	%		
VERTICAL	5	(29%)	1	(14%)	6	25%
MESIAL	9	(53%)	6	(86%)	15	63%
MESIAL EX.	3	(18%)	0	0	3	12%

De los 24 planos terminales 7 presentaron maloclusiones, correspondiendo la prevalencia al plano terminal mesial en 6 casos.

GRAFICA #1 PORCENTAJE DE PLANOS TERMINALES



 SIN MALOCLUSION

 CON MALOCLUSION

PTV = PLANO TERMINAL VERTICAL

PTM = PLANO TERMINAL MESIAL

PTME = PLANO TERMINAL MESIAL EXAGERADO

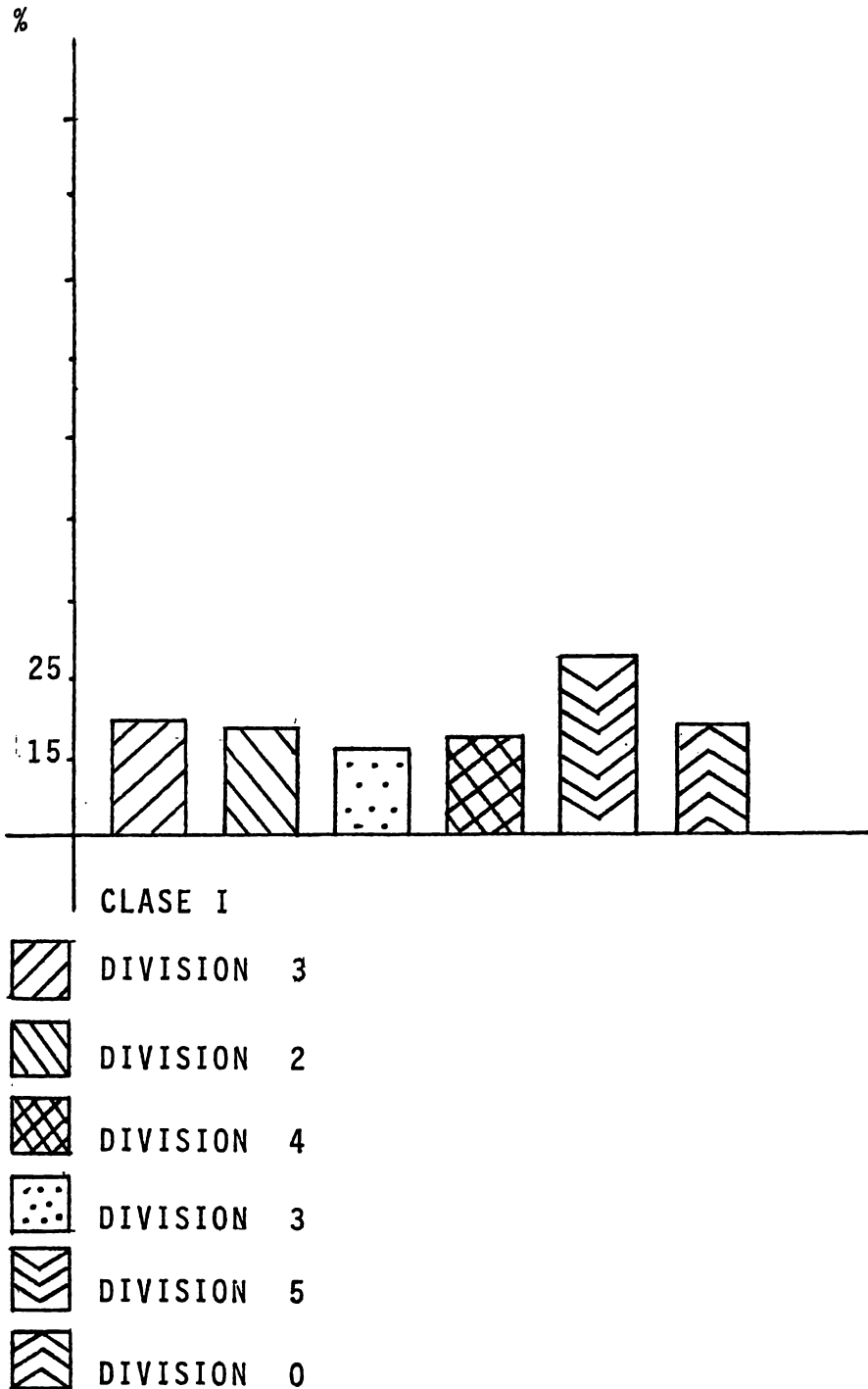
TABLA NO. 2

CLASIFICACION DE LAS DIVISIONES EN LA MALOCLUSION
DE CLASE I Y LAS DIVISIONES DE CLASE II
(CLASIFICACION SEGUN "ANGLE")

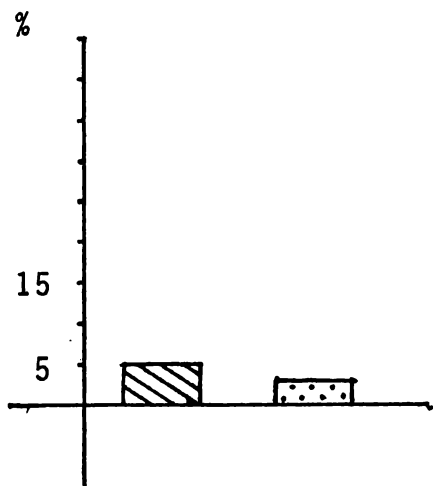
CLASE I	CLASE II	FRECUENCIA	%
DIV 1		12	16%
DIV 2		11	15%
DIV 3		9	12%
DIV 4		10	13%
DIV 5		17	22%
DIV 0		11	15%
	DIV 1	4	6%
	DIV 2	1	1%
TOTAL		75	100%

De los 70 niños con Clase I, el tipo 5 predominó en 17, presentándose en menor incidencia la Clase II en 5 pacientes de los cuales 4 correspondieron a la división 1.

GRAFICA #2-A PORCENTAJE DE LAS DIVISIONES DE LA CLASE I



GRAFICA # 2-B PORCENTAJE DE MALOCLUSION DE LAS DIVISIONES DE LA CLASE II



CLASE II.



DIVISION I



DIVISION II

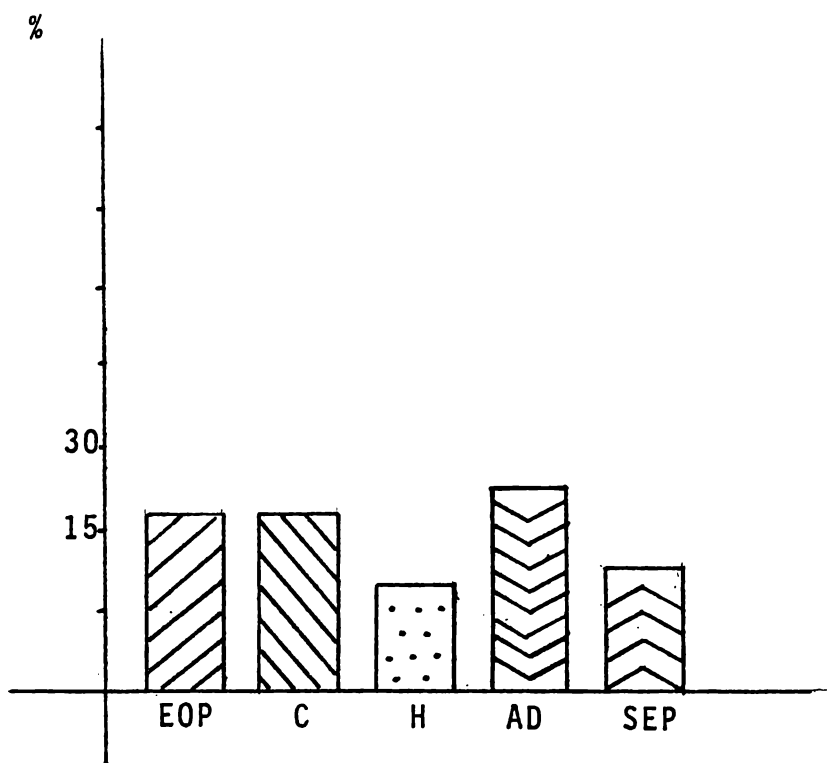
TABLA NO. 3

DELIMITACION DE LOS FACTORES CAUSANTES DE MALOCLUSION

FACTORES CAUSALES DE MALOCLUSION	FRECUENCIA	%	
Experiencias odontológicas previas.	Pérdida temprana de molares de la primera dentición.	50	22%
	Restauraciones dentales defectuosas.		
Caries	Falta de contacto proximal.	48	21%
Hábitos	Respirador bucal Succión de labio Protusión de lengua y otros.	38	17%
Anomalías dentarias	Posición Forma Número Tamaño	55	24%
Secuencia de erupción anormal.	Erupción prematura Erupción retardada Retención prolongada	34	16%
	TOTAL	225	100%

Los factores causales (225) se encuentran combinados en los 100 niños revisados. Correspondiendo 55 niños en anomalías dentarias, 50 a experiencias previas odontológicas, 48 con falta de contacto proximal, 38 con hábitos y 34 presentaron su secuencia de erupción anormal.

GRAFICA #3 PORCENTAJE DE FACTORES CAUSALES DE MALOCLUSION








-  E.O.P. = EXPERIENCIAS ODONTOLÓGICAS PREVIAS
-  C. = CARIES
-  H. = HABITOS
-  A.D. = ANOMALIAS DENTARIAS
-  S.E.P. = SECUENCIA DE ERUPCION ANORMAL

TABLA NO. 4

OTROS FACTORES PREDISPONENTES DE CARIES

INGESTION DE AZUCARES

REFINADOS ENTRE COMIDAS

FRECUENCIA

%

Nivel Bajo

53

53%

Nivel Alto

47

47%

TOTAL

100

100%

GRAFICA #4 PORCENTAJE DE INGESTION DE AZUCARES REFINADOS ENTRE COMIDAS

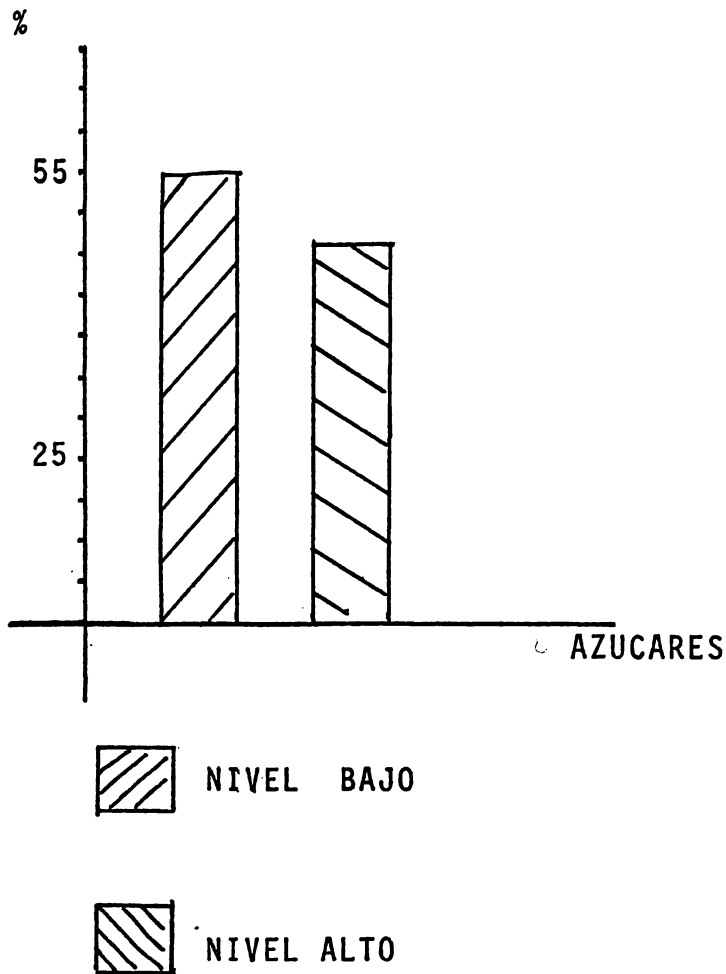


TABLA NO. 5

RELACION ENTRE DIETA BALANCEADA Y NIVEL DE INGESTION
DE AZUCARES REFINADOS

ALIMENTACION (DIETA)	FRECUENCIA	%
Balanceda	78	78%
No balanceda	22	22%
TOTAL	100	100%

De los 100 niños, 22 presentaron nivel bajo de ingestión de azúcares refinados y 78 una dieta balanceada.

GRAFICA #5 PORCETAJE DE ALIMENTACION
BALANCEADA Y NO BALANCEADA

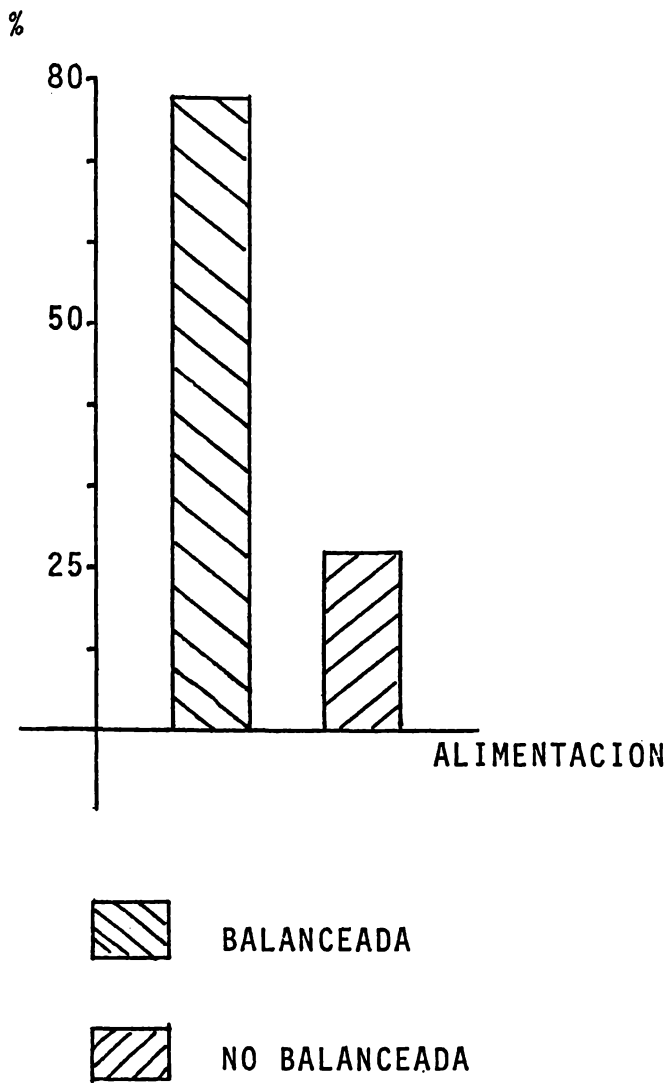


TABLA NO. 6

FALTA DE CONTACTO PROXIMAL (CARIES) EN MOLARES DE LA PRIMERA
DENTICION POR EDADES

EDAD	FALTA DE CONTACTO PROXIMAL (CARIES)	%
5	6	13%
6	7	15%
7	6	13%
8	9	19%
9	11	23%
10	5	10%
11	4	7%
TOTAL	48	100%

En esta serie se encontró a la edad de 9 años, la prevalencia de falta de contacto proximal en 11 pacientes.

GRAFICA #6 PORCENTAJE DE FALTA DE CONTACTO
PROXIMAL POR CÁRIES SEGUN
EDAD

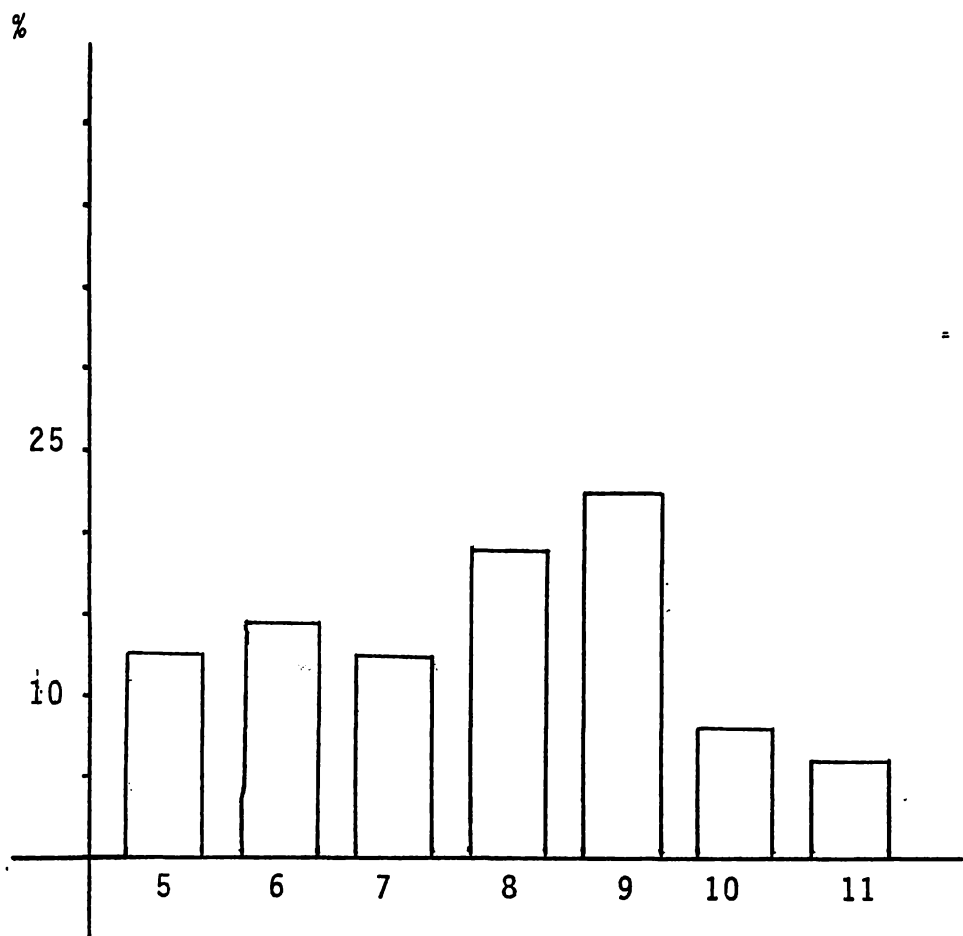


TABLA NO. 7

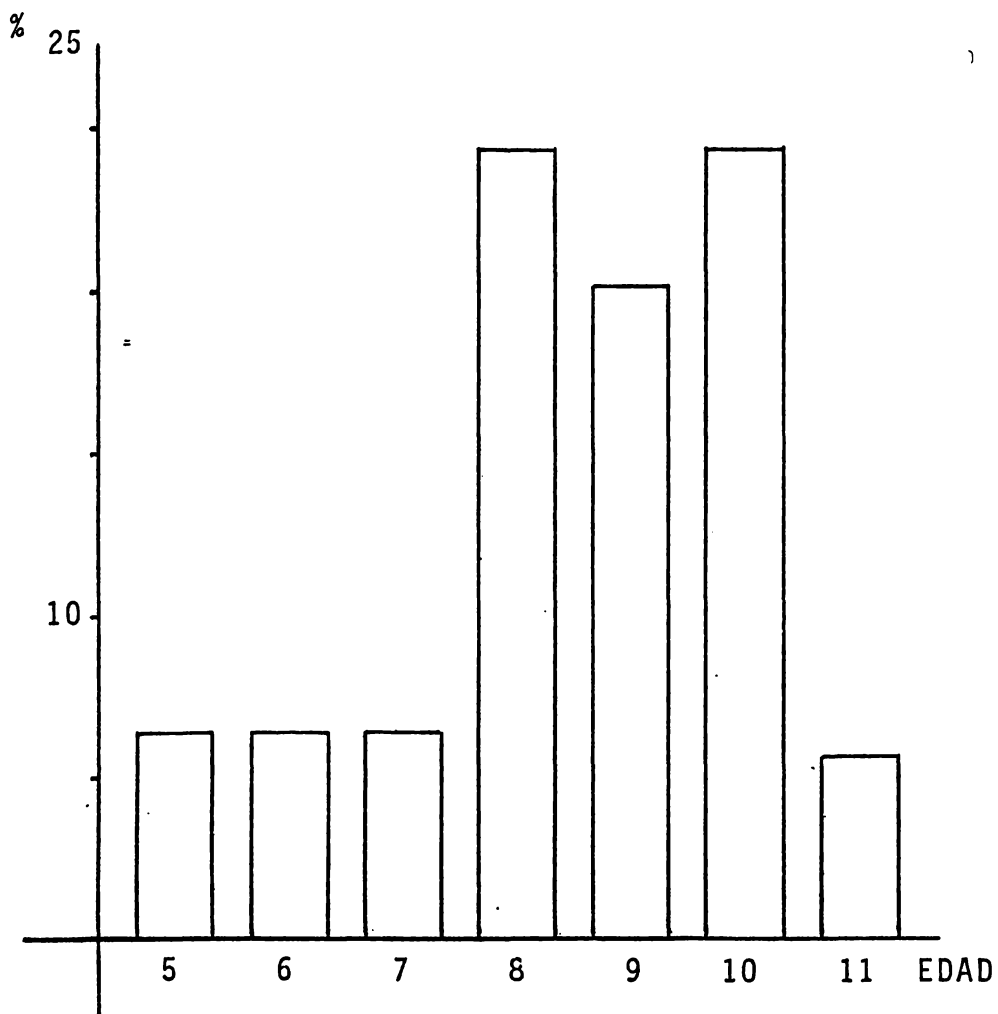
RELACION ENTRE HABITOS Y REGION TONSILAR HIPETROFICA, SEGUN
EDAD

EDAD	PRESENCIA		COINCIDENCIA DE			
	DE HABITOS	%	R.T.H.	%	HABITOS Y R.T.H.	%
5	3	8%	3	6%	3	9%
6	3	8%	3	6%	1	3%
7	3	8%	7	16%	3	9%
8	9	24%	10	23%	9	27%
9	8	20%	7	16%	6	18%
10	9	24%	10	23%	8	25%
11	3	8%	4	10%	3	9%

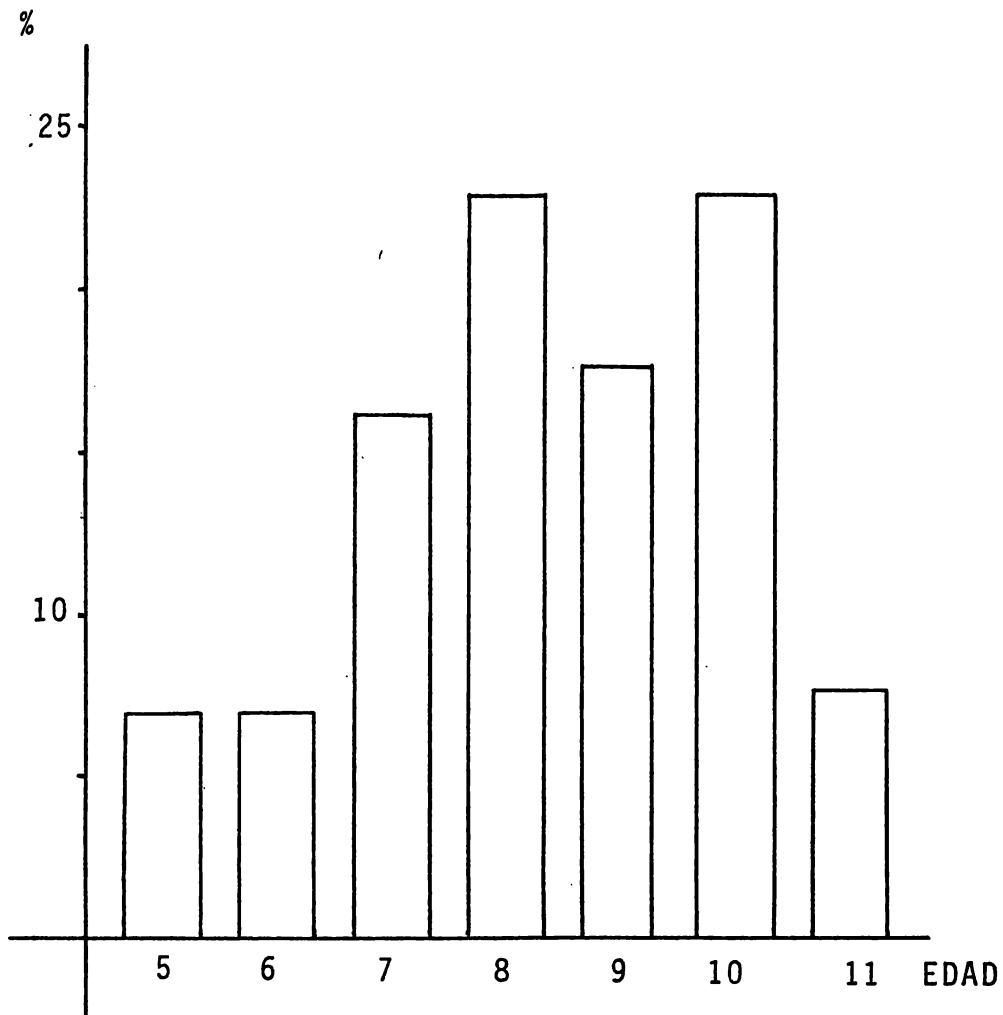
R.T.H. = REGION TONSILAR HIPERTROFICA

De los 100 niños, 44 presentaron R.T.H., y de éstos, 33 se relacionaron con hábitos de respirador bucal, succión de labio y protusión de lengua; 5 pacientes con hábitos no coincidieron con R.T.H. Los hábitos fueron más frecuentes a la edad de 8, 9 y 10 años (en 9, 8 y 9 pacientes respectivamente). La Región Tonsilar Hipertrófica prevaleció en la edad de 8 y 10 años (en 100 pacientes para cada edad).

GRAFICA #7-A PORCENTAJE DE PRESENCIA DE HABITOS
SEGUN EDAD



GRAFICA #7-B PORCENTAJE DE PRESENCIA DE REGION
TONSILAR HIPERTROFICA SEGUN LA EDAD



GRAFICA #7-C PORCENTAJE DE COINCIDENCIA DE
CARIES Y REGION TONSILAR HIPERTROFICA

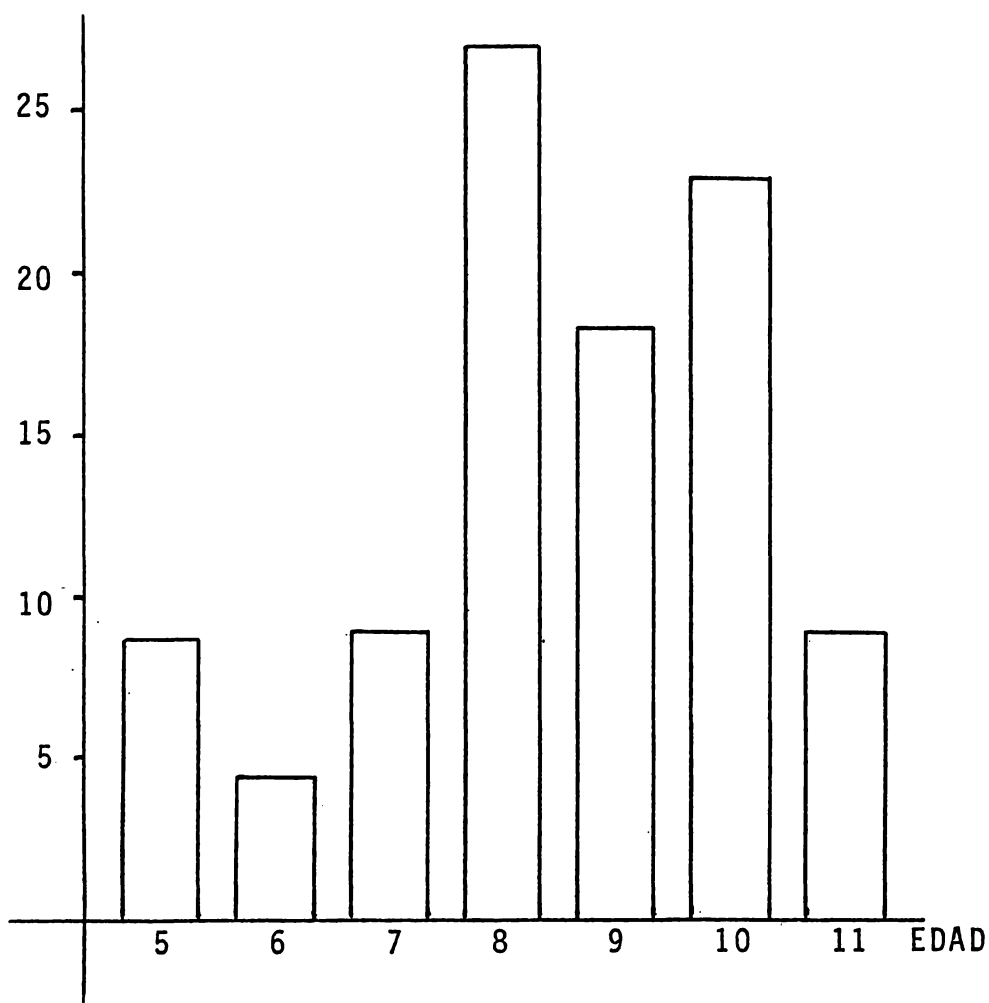


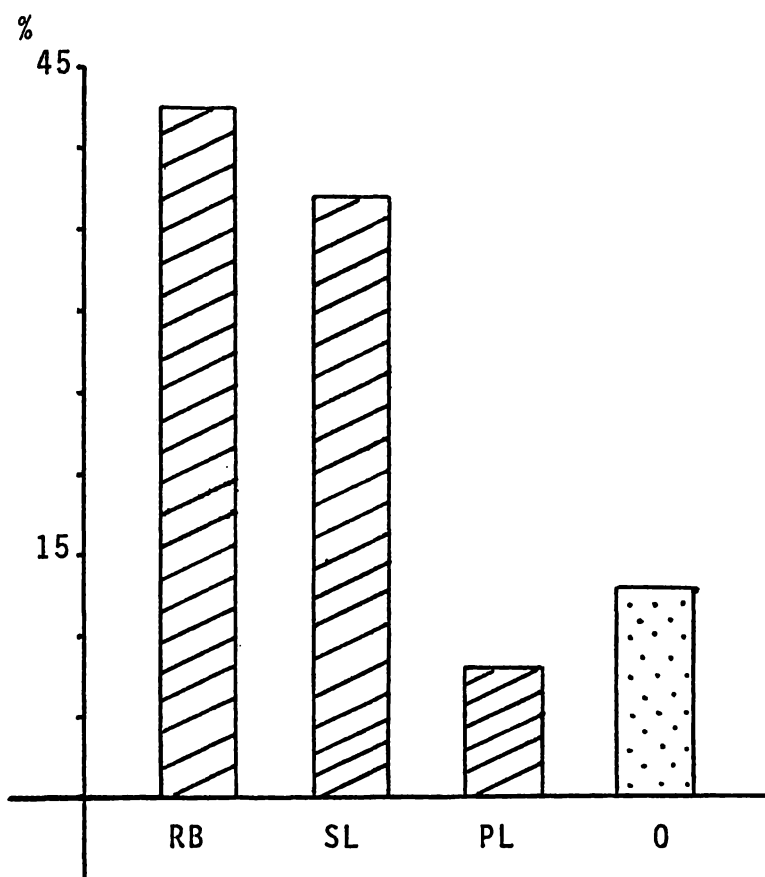
TABLA NO. 8

TIPOS DE HABITOS EN RELACION A LA REGION TONSILAR HIPERTROFICA

HABITOS	REGION TONSILAR HIPERTROFICA		REGION TONSILAR NORMAL		FRECUENCIA	
		%		%		%
RESPIRADOR BUCAL	16	48%	0	0	16	42%
SUCCION DE LABIO	14	42%	0	0	14	37%
PROTUSION DE LENGUA	3	10%	0	0	3	8%
OTROS	0	0	5	100%	5	13%
TOTAL	33	100%	5	100%	38	100%

De 38 pacientes con hábitos, 33 presentaron región -- tonsilar hipertrófica y el hábito de respirador bucal, fue el más frecuente en 16 niños. Los hábitos de succión de dedo, - mordisqueo de uñas, carrillos y ropa correspondieron a una re^gión normal en 5 niños.

GRAFICA #8 PORCENTAJE DE TIPOS DE HABITOS
EN RELACION A LA REGION TONSILAR HIPERTRO-
FICA



▨ REGION TONSILAR HIPERTROFICA

▤ REGION TONSILAR NORMAL

R.B. = RESPIRADOR BUCAL

S.L. = SUCCION DE LABIO

P.L. = PROTUSION DE LENGUA

O. = OTROS

TABLA NO. 9

DISTRIBUCION DE TIPOS DE ANOMALIAS DENTARIAS

ANOMALIAS DENTARIAS		FRECUENCIA	%
POSICION		30	55%
FORMA	F	12	21%
	G		
	C.E.		
	L.C.		
TAMAÑO	D.	9	17%
NUMERO	S.	4	7%
TOTAL		55	100%

F = FUSION

G = GEMINACION

S = SUPERNUMERARIOS (mesiodens)

L.C. = LATERAL CONOIDE

D = DISCREPANCIA ENTRE
DIENTES Y MAXILARES

C.E. = CUSPIDE ESPOLONADA

Se encontraron anomalías dentarias en 55 niños; de los cuales 30 presentaron anomalías de posición, 12 de forma (laterales conoides, fusión y geminación), 9 de tamaño y 4 de número (mesiodens únicamente).

GRAFICA #9 PORCENTAJE DE TIPOS DE ANOMALIAS DENTARIAS

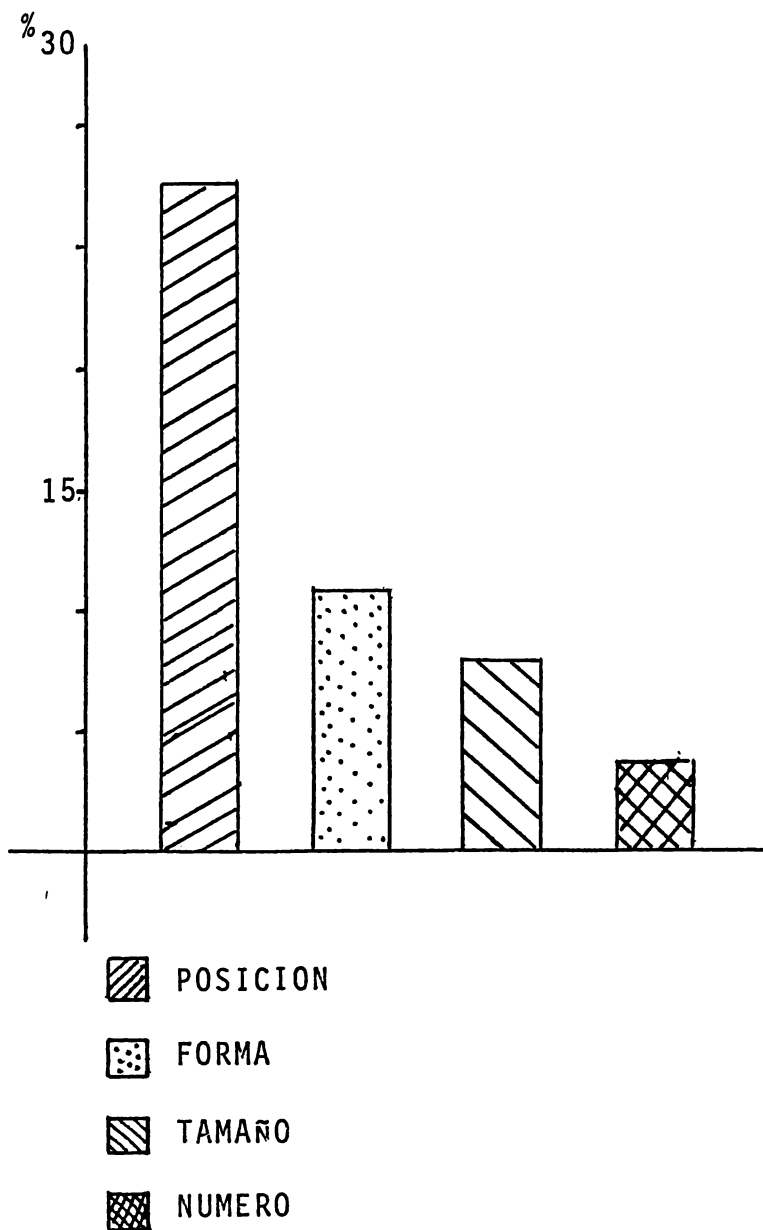


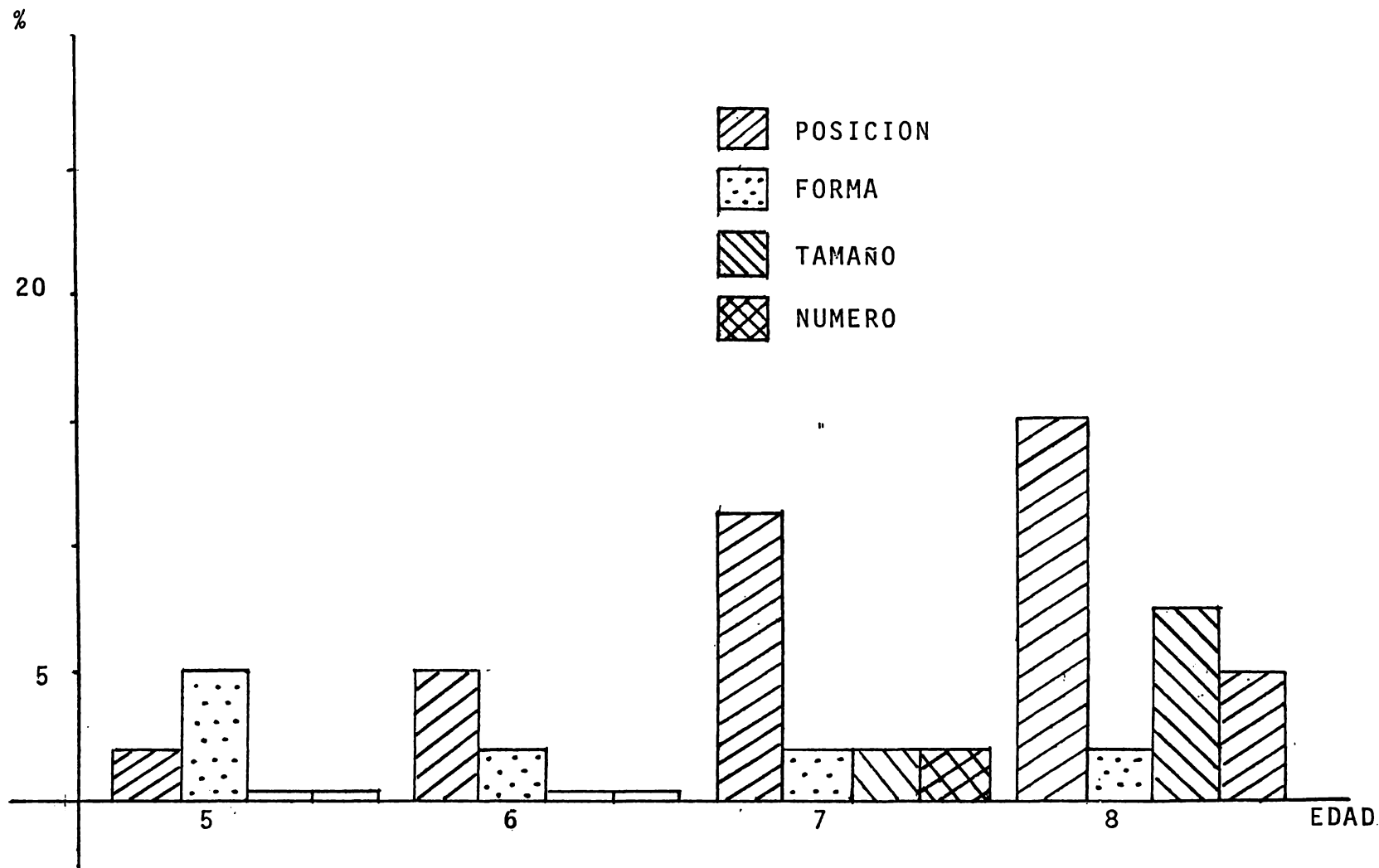
TABLA NO. 10

ANOMALIAS DENTARIAS SEGUN LA EDAD

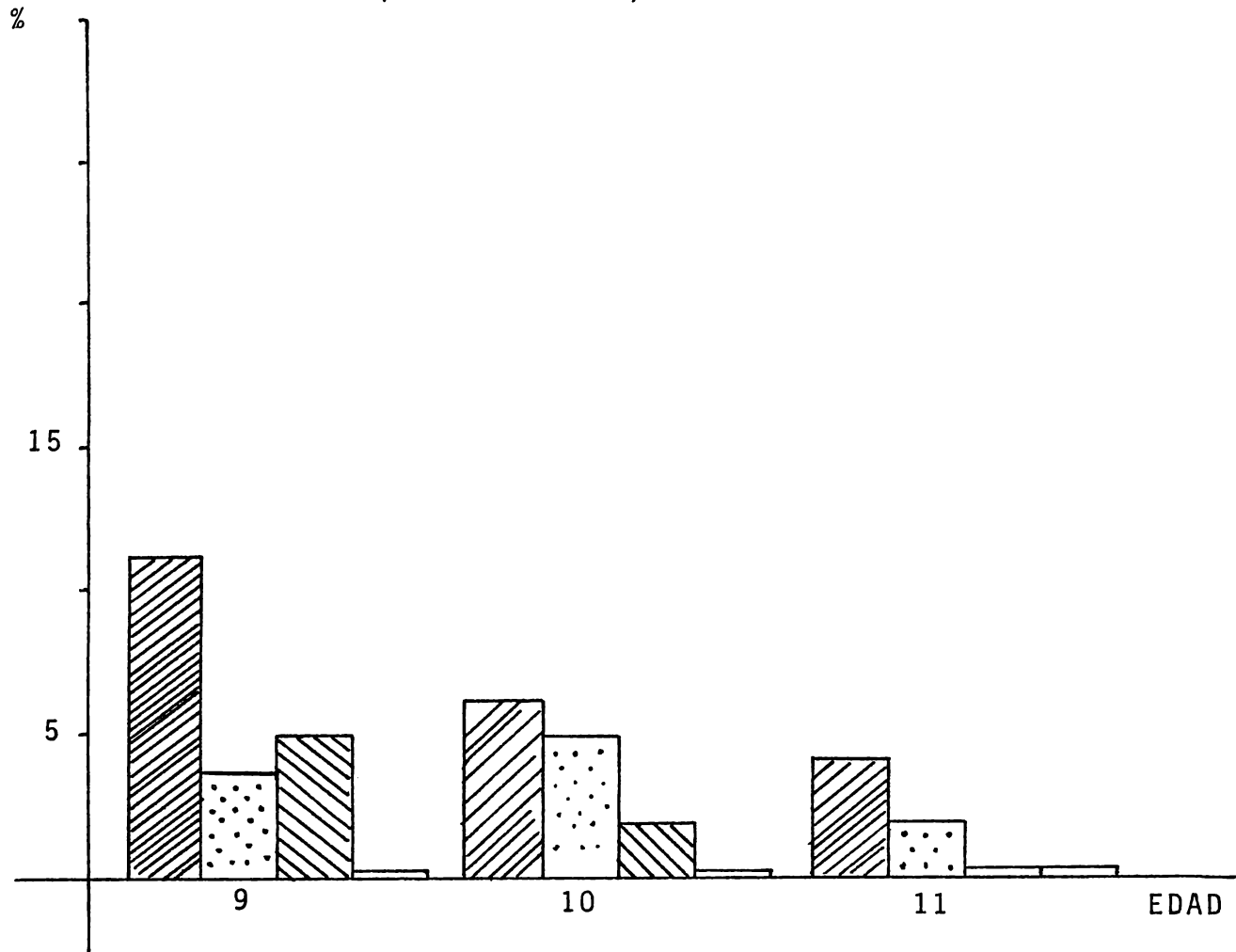
EDAD	POSICION	%	FORMA	%	TAMAÑO	%	NUMERO	%	FRECUENCIA	%
5	1	3%	3	25%	0	0	0	0	4	7%
6	3	10%	1	8%	0	0	0	0	4	7%
7	6	20%	1	8%	1	11%	1	25%	9	16%
8	8	27%	1	8%	4	44%	3	75%	16	29%
9	6	20%	2	18%	3	34%	0	0	11	20%
10	4	13%	3	25%	1	11%	0	0	8	15%
11	2	7%	1	8%	0	0	0	0	3	6%
TOTAL	30	100%	12	100%	9	100%	4	100%	55	100%

A la edad de 8 años prevalecieron las anomalías dentarias en 16 pacientes, predominando en 8 de ellos anomalías de posición.

GRAFICA # 10-A PORCENTAJE DE ANOMALIAS DENTARIAS SEGUN LA EDAD



GRAFICA #10-B PORCENTAJE DE ANOMALIAS DENTARIAS SEGUN EDAD
(CONTINUACION)



R E S U M E N

Este estudio se realizó en 100 niños de 5 a 11 años - de edad que asistieron por primera vez a consulta en la Clínica Odontológica Periférica de Milpa Alta, a los que se les -- realizó un examen clínico, obteniéndose los siguientes resultados:

De los 17 pacientes con planos terminales, 7 presentaron maloclusión, siendo 6 casos en plano terminal mesial. En cuanto a la clasificación de maloclusión según Angle, 75 niños presentaron maloclusión Clase I, predominando el tipo 5 - (mesialización de los primeros molares de segunda dentición) en 17 niños, correspondiendo al 22 % del total.

Al delimitar los factores causales de maloclusión las anomalías dentarias fueron más frecuentes presentándose en un 24% del total con 55 casos; siguiendo las experiencias odontológicas previas con 50 casos (22%), 48 casos con falta de contacto proximal (21%), 38 casos con hábitos (17%) y finalmente 34 casos con secuencia de erupción anormal (16%).

De los 44 niños con región tonsilar hipertrófica, 33 de ellos se relacionaron con presencia de hábitos, siendo el más frecuente el hábito de respirador bucal en 16 casos representando el 42%.

Los hábitos fueron más frecuentes a la edad de 8, 9 y 10 años, y la región tonsilar hipertrófica prevaleció a la edad de 8 a 10 años.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- De los 17 pacientes con planos terminales mesial, mesial exagerado y vertical, 7 presentaron maloclusiones, correspondiendo la prevalencia al plano terminal mesial en 6 casos, representando el 86% del total.
- 2.- De los 100 niños revisados, 75 presentaron maloclusión Clase I y II, predominando la Clase I Tipo 5 en 17 niños, correspondiendo al 22% del total.
De la Clase II hubo 5 pacientes, de los cuales 4 correspondieron a la división 1.
- 3.- En la delimitación de factores causales de maloclusión, se observó que éstos se encuentran combinados en los 100 niños revisados, siendo más frecuente las anomalías dentarias con un total de 55 casos, representando el 14%; se presentaron 50 casos con experiencias odontológicas previas (22%), 48 casos con falta de contacto proximal (21%) 38 con hábitos (17%) y finalmente 34 con secuencia de erupción anormal (16%).
- 4.- A pesar de que la alimentación es balanceada y la ingestión de azúcares es bajo, la caries como factor causal de maloclusión representa el 21%, considerándose alto este porcentaje (Tablas Nos. 3, 4 y 5).

- 5.- La falta de contacto proximal (caries), en molares de primera dentición fue más frecuente a la edad de 9 años, presentándose en 11 pacientes, correspondiendo al 23%.
- 6.- En la relación entre hábitos y región tonsilar hipertrófica, se encontró que de los 100 niños, 44 presentaron re--gión tonsilar hipertrófica, 38 habían adquirido un hábito y 33 de ellos se relacionaron con hábitos.
- 7.- Los hábitos fueron más frecuentes a la edad de 8, 9 y 10 años y la región tonsilar hipertrófica prevaleció a la edad de 8 y 10 años (Tabla no. 7).
- 8.- De los 38 niños con hábitos, 16 presentaron hábito de respirador bucal, siendo este hábito el más frecuente, co--rrespondiendo al 42%. Además se observó en estos niños -región tonsilar hipertrófica, estableciéndose una rela--ción entre ésta y el hábito de respirador bucal. Los hábitos de succión de labio y protusión de lengua también -están relacionados con región tonsilar hipertrófica (Tabla no. 8).
- 9.- En los 55 niños que presentaron anomalías dentarias, la anomalía de posición se encontró en 30 niños, representando el 55% siendo este el porcentaje más alto (Tabla no.9)

10.- Las anomalías de posición prevalecieron a la edad de 8 años en 8 pacientes, correspondiendo al 27% (Tabla no. 10).

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Anderson, W.S. The Relation Ship of the Tonguethrust Syndrome to Naturation and other Factors. Am. J. Orthodont. 49:264-275. 1963.
- 2.- Belloni E.; Restag; Cattaneo, V.; Facial Development and Tooth Eruption. Am. J. Orthod. 62: 339-383, 1972.
- 3.- Davis. A. Et. Al: Effects of Cup. Bottle and Breast - - Feeding on Oral Activities of New-Born Infants Pediatrics 2: 549-558. 1948.
- 4.- Dearing S.G., Space Loss and Malocclusion, NZ Dent. J. 77 (348): 62-7, Apr. 1981.
- 5.- Fischer T.J.; Psaltis G.L., The Deastema and the annormal Frenum. Asde J. Dent. Child 48(4): 264-8 Jul-Aug. 1981.
- 6.- Hellman H.; The Face in Development Carrer. Dent. Cosm. 67:685. 1935 (citado por Blacklund).
- 7.- Infante, Peter F.: AnEpidemiologic Study of Finger Habits in Preeschool Children as Related to Malocclusion Socioeconomic Status, Race, Sex and Sice of Comunity. A.S.D.C., Jan-Feb 1976 Vol XLIII, No. 1p 38.

- 8.- Isshiki Y. Systemic Causes for Malocclusion. Shikai - - Tenbo, 1981; (2):s39-43.
- 9.- Iwasawa T. Namura S. Local Factors for Malocclusion of - the Teeth. Shikai Tenbo. 1981; (2) 245-51.
- 10.- J. Arvinem S. Nedd for Preventive and Interceptive Inter-
vention for Malocclusion in 3-5 Years Old Finishe Chil--
dren. Community DentOral Epidemiol, 9(1): 1-4, Feb. 1981.
- 11.- Luft R.: Medidas Profilácticas en niños pequeños para e-
vitar anomalías maxilares. Quinta Esencia. Edición Espa
ñola, 2(2): 37-43, Feb. 1980.
- 12.- Melnancy James B., Adams Richard M., Freeman Melvin. A -
Non'extraccion Approach to Crowded Dentitions in Youn --
Children Early Recognition and Treatment. J.A.D.A., 101
(2): 251-264, August 1980.
- 13.- Melsen B. Tooth Position Anomalies Ugeskr Leaege; 143
(18):1173-4, Apr. 27 1981.
- 14.- Müller A.: Nursing Nippes-Zah-Nartzliche Welt G.: 109,
Dec. 1951.

- 15.- Nájera A.: A Critical Evaluation of Early Feeding Procedures and their Implications on Orofacial Morphology and Related Factors, Masters Thesis, St. Louis University, - 1963.
- 16.- Ogiwara K.; Hara H. Diagnosis and Management of Occlusal Problems in Children. Hotet Rinscho, 1981; (Special - - Issue); 75-88.
- 17.- Pinto-Cisternas J.; Muller G.: Dental Genetic Studies in Venezuelan Human Isolate of German Ancestry: Occlusion. Z Morphol Antropol; 70(3): 302-9, 1980.
- 18.- Proffit W.R.; Vig K.W. Primary Failure of Eruption: A possible Cause of Posterior Open-Bite. AM. J. Orthod.; - - 80(2): 173-90; Aug. 1981.
- 19.- Ronerman, Assar. R.A. Early Loss of Primary Molars. Thesis Profesional University of Goteborg, Swedwn. 1977. 81 páginas.
- 20.- Sakuda M. Malocclusion and Functions of the Maxilo-Oral - System. Hotetso Rinscho (Special Issue): 89-95, 1981.
- 21.- Smolarska M. Changes in the Structure of the Facial Skeleton in Patients with Unilateral Clefts of the Primary and Secondary Palate. Czas. Stomatol. 33(2): 169-78, Feb. -- 1980.

A P E N D I C E

FORMA "A".

U N A M

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CLINICA PERIFERICA DE MILPA ALTA

Fecha de examen _____ Nombre del paciente _____ Edad _____

Fecha de nac. _____ Lugar de Nac. _____ Sexo _____

Domicilio _____ Nombre y Dom. del Médico Fam. _____

Estado Actual de salud: Favorable _____ Desfavorable _____

¿Ha estado Hospitalizado? Sí _____ No _____ Causa _____

¿Padece frecuentes resfriados? Sí _____ No _____

¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? Sí _____ No _____

¿Es alérgico algún medicamento o alimento? Sí _____ No _____

Tipo de medicamento o alimento _____

Trastornos nerviosos, mentales o emocionales _____

Enfermedades que ha pedecido (propias de la niñez) _____

Presenta hemorragias excesivas en operaciones o accidentes _____

¿Dificultad de aprendizaje? Sí _____ No _____

¿Experiencias Odontológicas? Sí _____ No _____

Antecedentes familiares patológicos _____

TEJIDOS BLANDOS

Labios _____ Paladar _____ Ganglios _____ Lengua _____

Piso de la boca _____ Tej. Gingival _____ Mucosa bucal _____

Velo del paladar _____ Amígdalas _____ Glándulas salivales _____

Inserción del frenillo _____ Músculos _____

Deglución _____ Otras observaciones _____

¿Dieta balanceada? Sí _____ No _____

Frecuencia entre comidas de dulces y bebidas embotelladas _____

Nivel alto _____ Nivel bajo _____

ETIOLOGIA DE MALOCLUSIONES

Examen Dental

FORMA "B"

Caries _____

Higiene bucal: Buena _____ Regular _____ Mala _____

¿Pérdida prematura de dientes? _____

¿Restauraciones dentales defectuosas? _____

OCLUSION Y ALINEAMIENTO

Línea media: Izquierda _____ Derecha _____ Normal _____

Planos terminales: Vertical _____ Mesial _____ Distal _____

Mesial exagerado _____

Clasificación de Angle	I	II	III
	0 1 2 3 4 5	1 2	

Diastemas Sí _____ No _____

HABITOS

Succión de dedos _____ Morderse labios u objetos _____

Respirador bucal _____ Protusión de lengua _____

Otros _____

ERUPCION

Secuencia normal _____ Retención Prolongada _____

Erupción prematura _____ Erupción retardada _____

Falta de contacto proximal _____

ANOMALIAS DENTARIAS

Mal posición dentaria _____

Forma _____ Tamaño _____ Color _____

Número _____ Textura _____ Fracturas _____

ANALISIS DE DENTACION MIXTA

Discrepancia entre dientes y maxilares

Diagnóstico

Plan de tratamiento