

6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

T E S I S

FRECUENCIA DE LA MALOCCLUSION CLASE I DE ANGLE, /
TIPO 2 DEWEY- ANDERSON EN EL AREA URBANA DEL -
DISTRITO FEDERAL

P O R

C.D. PATRICIA TREJO QUIROZ

**TREJO
QUIROZ
PATRICIA
1984**

TESIS

1984



K(1) UNAM



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



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.

MANUSCRITO DE TESIS:

Cualquier tesis no publicada postulando para 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 copiada 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 utiliza.

Nombre y Dirección

Fecha:

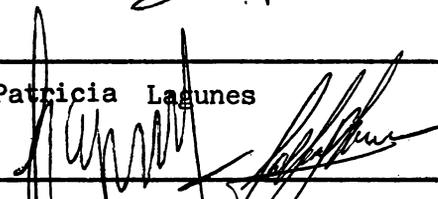
FRECUENCIA DE LA MALOCLUSION CLASE I
DE ANGLE, TIPO 2 DEWEY-ANDERSON EN
EL AREA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL

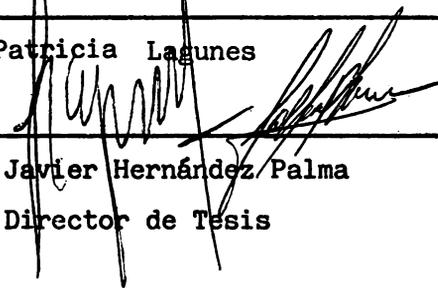
Aprobado por:


C.D.M.O. Manuel Saavedra García

C.D.M.O. Manuel Plata Orozco

C.D.M.O. Carlos González Lucasczewicz.


C.D.M.O. Patricia Lagunes


C.D.M.O. Javier Hernández Palma
Director de Tesis

FRECUENCIA DE LA MALOCCLUSION CLASE I
DE ANGLE, TIPO 2 DEWEY-ANDERSON EN
EL AREA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL

POR

PATRICIA TREJO QUIROZ

TESIS

PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRIA EN ODONTOLOGIA
ODONTOPEDIATRIA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

OCTUBRE 1984

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

Al C.D. Manuel Rey García, Exdirector de la Facultad de --
Odontología, por haberme brindado la oportunidad de continuar mi -
superación académica y de colaborar como profesora en la Facultad.

A la Dirección General de Educación Primaria de la Secretar
ría de Educación Pública por las facilidades prestadas a esta invest
tigación.

Al C.D. Javier Hernández Palma por su invaluable apoyo, - -
enseñanza y asesoría para la realización de este trabajo.

A los Sres. Carlos Trejo de los Santos y Guadalupe Quiroz--
de Trejo por su guía y apoyo en el transcurso de mi vida gracias a--
los cuales he seguido adelante en mi superación personal.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	2
REVISION BIBLIOGRAFICA	4
MATERIALES	11
METODOS	13
RESULTADOS	21
DISCUSION	63
CONCLUSIONES	67
RESUMEN	70
BIBLIOGRAFIA	73
APENDICE	76
CURRICULUM VITAE	80

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

	PAGINA
1. CUADRO I TOTAL DE LA MUESTRA QUE PRESENTA MALOCCLUSION CLASE I DE ANGLE, TIPO 2 DEWEY/ANDERSON	29
2. CUADRO II PORCENTAJE DE LA POBLA CION CLASE I, TIPO 2 POR SEXO	31
3. CUADRO III PORCENTAJE DE LA POBLA CION CLASE I, TIPO 2 POR EDAD Y - SEXO	33
4. CUADRO IV PORCENTAJE DE LA POBLA CION CLASE I, TIPO 2 SUBDIVISION "A" Y "B"	35
5. CUADRO V PORCENTAJE DE LA POBLA CION CLASE I, TIPO 2 SUBDIVISION "A" Y "B" POR SEXO	37
6. CUADRO VI PORCENTAJE DE LA POBLA CION CLASE I, TIPO 2 SUBDIVISION- "A" POR SEXO Y EDAD	39
7. CUADRO VII PORCENTAJE DE LA POBLA CION CLASE I, TIPO 2 SUBDIVISION - "B" POR EDAD Y SEXO	41

8. CUADRO VIII COMPARATIVO DEL -- PORCENTAJE DE LA POBLACION TIPO "A" Y "B" POR EDAD Y SEXO.	43
9. CUADRO IX PORCENTAJE DE LA PO- BLACION CLASE I, TIPO 2 CON -- HABITOS Y SIN HABITOS.	45
10. CUADRO X PORCENTAJE DE LA PO-- BLACION CLASE I, TIPO 2 CON -- HABITOS.	48
11.- CUADRO XI PORCENTAJE DE LA - POBLACION CON MALOCLUSION - -- CLASE I. TIPO 2 CON HABITOS - POR EDAD Y SEXO	50
12. CUADRO XII PORCENTAJE DE LA - POBLACION CON MALOCLUSION - - CLASE I, TIPO 2 SIN HABITOS - POR EDAD Y SEXO	51
13. CUADRO XIII PORCENTAJE DE LA- POBLACION CLASE I, TIPO 2 NO ATENDIDA Y ATENDIDA	52
14. CUADRO XIV PORCENTAJE DE LA PO BLACION CON LA MALOCLUSION -- CLASE I, TIPO 2 ATENDIDA	54

15.- CUADRO XV PORCENTAJE DE LA -- POBLACION CON MALOCLUSION CLASE I, TIPO 2 NO ATENDIDA.	55
16.- CUADRO XVI PORCENTAJE DE LA -- POBLACION ATENDIDA POR CIRUJA- NOS DENTISTAS DE PRACTICA GENE RAL	56
17.- CUADRO XVII ATENDIDA POR ESPE CIALISTAS	58
18.- CUADRO XVIII POBLACION ATENDI DA Y NO ATENDIDA POR EDAD Y -- SEXO	60
19.- GRAFICA I TOTAL DE LA POBLACION	30
20.- GRAFICA II POBLACION CLASE I, - TIPO 2 POR SEXO	32
21.- GRAFICA III FRECUENCIA DE LA -- MUESTRA POR EDAD Y SEXO	34
22.- GRAFICA IV SUBDIVISION "A" Y - "B"	36
23.- GRAFICA V SUBDIVISION "A" Y "B" POR SEXO	38
24.- GRAFICA VI SUBDIVISION "A" POR EDAD Y SEXO	40

25.- GRAFICA VII SUBDIVISION "B" POR EDAD Y SEXO	42
26.- GRAFICA VIII COMPARACION - "A" Y "B" POR EDAD Y SEXO	44
27.- GRAFICA IX CON HABITOS Y - SIN HABITOS	46
28.- GRAFICA X COMPARACION CON HABITOS	49
29.- GRAFICA XIII POBLACION - - ATENDIDA Y NO ATENDIDA .	53
30.- GRAFICA XVI ATENDIDA POR -- CIRUJANOS DENTISTAS DE PRAC TICA GENERAL	57
31.- GRAFICA XVII ATENDIDA POR -- ESPECIALISTAS	59
32.- GRAFICA XVIII COMPARATIVA -- DEL PORCENTAJE ATENIDA Y NO- ATENDIDA	61

INTRODUCCION

I N T R O D U C C I O N

Considerando que el niño es la semilla en potencia que de acuerdo con las condiciones sociales que le rodean y su estado de salud dará sus frutos en los años de la juventud, es indudable la necesidad -- imperiosa de vigilar su estado físico, y dentro del control de su salud, el cuidado de su sistema buco-dentario.

Basándose en la necesidad pública de prevenir cuantas alteraciones puedan ocasionar el quebrantamiento del estado físico general -- y en las numerosas manifestaciones que contribuyen a este quebrantamiento, hace muchos años se ha introducido como especialidad concreta en el campo odontológico el tratamiento dental en los niños, teniendo hoy día tal importancia este aspecto de la Odontología, que ha originado la organización de asociaciones profesionales dedicadas al estudio e investigación de todo cuanto se refiere al niño, desde el punto de vista buco-dental.

La importancia y valor del cuidado del aparato buco-dentario -- del niño, gradualmente se filtra en la mente de la profesión odontológica; lo que va dando lugar a estudios, investigaciones y nuevas técnicas sobre el particular, que han avanzado considerablemente, constituyendo hoy en día una especialidad dentro de la Odontología.

El propósito de esta investigación, es establecer datos específicos en la frecuencia de maloclusión en la población infantil mexicana. De esta manera los próximos índices obtenidos serán más adecuados a nuestra realidad, ya que los datos en los que nos basábamos eran de poblaciones norteamericanas y europeas, la cual no corresponde a la niñez mexicana.

REVISION BIBLIOGRAFICA

REVISION BIBLIOGRAFICA

Cuando toda una sección del arco dentario no llega al plano de oclusión - en general se trata de la sección anterior - se habla de -- mordida abierta. No debe interpretarse como tal, cualquier espacio entre abierto; más bien tal denominación debe ser usada para aquellos -- casos en los cuales es debida a irregularidades, particularmente en -- sentido vertical.

La mordida abierta por succión es una anomalía típica de la -- dentición temporaria, y se trata de una consecuencia de una forma de -- succión, en la cual la componente de presión es mayor que la componente de succión. Con ello se llega a entreabrir los sectores anteriores de las hileras dentarias, por lo cual el maxilar superior resulta más alterado que el inferior. Los primeros síntomas de desviación, son constatados ya en el lactante; después de la erupción dentaria se hace más marcada. Depende de la zona dónde apoye el dedo, o se coloque la lengua entre los dientes, que se llegue a una forma simétrica o asimétrica de la mordida abierta en la zona frontal. (Kantorwicz y Korkhaus -- 1965).

Dentro de los factores morfológicos en una mordida abierta - - (Hellman 1931) sugirió que la rama y un cuerpo corto, más bien carece de un desarrollo vertical en la región nasomaxilar, siendo una de las bases para la mordida abierta. Swinehart 1942, opina que una rama corta y una relación mesiodistal anormal de las arcadas, son causas para la mordida abierta teniendo a lo largo un plano mandibular obtuso con el reporte de una infraclusión en los dientes superiores. Subtelny -- 1964 y Schendel 1976, reportaron en su estudio la mandíbula retruida - relativamente a la base craneal. Muller (1963) concluyó que una mordida abierta ocurre conjuntamente con la posición profunda del piso nasal a la base craneal, con menos espacio para la lengua, la cual regre

sa desplazándose entre los dientes, El crecimiento y funcionamiento anormal de los músculos y el hábito de dedo, son considerados como factores etiológicos de la mordida abierta.

Neff (1966), consideró a la lengua como un factor pasivo solamente, concluyendo que el origen de la mordida abierta es un patrón de fuerza asociado con la deglución y con los músculos de la masticación. Se distinguen dos clases de mordida abierta: la esquelética y la dental. El tipo esquelética se presenta porque hay una desarmonía en la relación vertical del maxilar superior e inferior, caracterizada por un incremento en el ángulo gonial y los planos mandibular y maxilar; mientras que en el tipo dental el crecimiento vertical del proceso alveolar anterior está impedido por una interposición persistente de la lengua, -dedo o chupón.

Según William R Proffit y Katherine W Vig (1981), en sus investigaciones reportan que la carencia de dientes posteriores produce una mordida abierta anterior, atribuida a una interferencia mecánica con el proceso de erupción, ya sea una anquilosis, dientes supernumerarios, raíces de los dientes deciduos no reabsorbidos y del hueso alveolar; -debido a la carencia de erupción primaria, en la cual los dientes no anquilosados, se niegan a erupcionar total o parcialmente, debido a un mal funcionamiento en el mecanismo de erupción.

En estudios recientes, se ha observado que los factores del medio ambiente influye en la mordida abierta, con la tendencia de los pacientes de poner la lengua en el espacio anterior, provocando displasia esquelética; concluyendo que es una adaptación fisiológica a la presencia del espacio.

Aunque la lengua llena el espacio vertical entre los dientes, -la protrusión lingual puede ser el resultado, no la causa de la mordida. Para entender claramente las posibles causas de la mordida abierta, -puede ser provechoso considerar el equilibrio vertical de las fuerzas de los dientes, después de que salen en la cavidad oral: cada diente -

es sometido a una serie de fuerzas, las cuales aplicadas a la superficie oclusal tienden a presionar los dientes a su alveolo. Tales fuerzas ---- son aplicadas durante la masticación y durante las actividades parafun-- cionales, entre las cuales tenemos el cerrar convulsivamente los dientes rechinar de dientes. Ahí también puede haber fuerzas verticales directas aplicadas por los tejidos blandos durante el sueño y el descanso, así -- como durante tales actividades de deglución. Estas fuerzas son resisti-- das por el ligamento periodontal, hueso alveolar y las estructuras dento-- faciales.

El tratamiento de niños con mordida abierta y anomalías en la posición de la lengua, es un hábito que adicionalmente implica anomalía-- dad, y se concluye que hay una relación causal entre el hábito y la mordi-- da abierta.

La protrusión lingual, se refiere a una posición anterior de la-- punta de la lengua entre el diente durante la deglución. La protrusión -- lingual en los niños es a menudo el reflejo de un período normal en el -- adelantamiento de una maduración de la deglución infantil. Una deglución-- infantil se caracteriza por contracciones fuertes de las mejillas y mús-- culos de los labios y una protrusión de la lengua entre los carrillos; -- una deglución madura se caracteriza por la contracción mandibular de los músculos elevadores, llevando los dientes en oclusión y la punta de la - lengua en el área del foramen incisivo. El cambio a una deglución madura, empieza a ocurrir a la edad de un año y paralelo a la erupción de los -- dientes primarios y al cambio a una dieta de alimentos sólidos.

Sin embargo esta progresión puede ocurrir en un período de años-- y algunos niños tal vez no muestren una deglución madura durante el perío-- do de la dentición mixta. Un niño puede demostrar ambos tipos de deglu-- ción durante este período de transición. Un hábito digital puede causar - una mordida abierta anterior, impidiendo la erupción de los incisivos -- o causando que éstos se abran. La protrusión lingual durante la deglución,

a menudo se acompaña de un hábito digital en los niños y a menudo - - continúa una vez que el hábito se detiene. La lengua se está adaptan_ do a una morfología anormal y cuando la mordida abierta se presenta- hacen contacto la lengua y el labio inferior, durante la deglución, - impidiendo el cierre de la boca. Este tipo de actividad, puede agra-- var la maloclusión y demorar el progreso a una deglución madura, re-- forzando la protrusión lingual.

Subtelny (1977), comenta que deben ser considerado muchos fac_ tores, por ejemplo, la frecuencia de deglución, o qué tan seguido la - lengua ejecuta una fuerza en los dientes, la magnitud de la fuerza, -- lo opuesto de estas fuerzas por otras estructuras dentoalveolares para desplazar la postura de descanso de la lengua cuando no ocurre ningun- na actividad de deglución.

Salzman (1980), señala que la postura de descanso de la lengua es más importante que la protrusión lingual durante la deglución, sien_ do la causa de la mordida abierta. Proffit está de acuerdo, y concluye que la postura de descanso de la lengua es más importante en lo ancho- del arco y la protrusión incisiva, de lo que son las presiones de de-- glución.

El funcionamiento del conducto nasofaríngeo tiene importante - implicación para el crecimiento oral, facial y la maloclusión dental. Adenoides engrandecidas, amigdalitis, alergias crónicas, pólipos nasa- les y defectos del conducto que puedan causar respiración oral crónica, resultando cambios esqueléticos y de tejido suave; incluyendo una pos- tura de descanso anormal de la lengua. Señalando que la respiración -- por la boca requiere de numerosos cambios musculares, que los labios - deben de estar en reposo, que al menos la parte posterior de la lengua debe moverse hacia abajo y hacia adelante del paladar para permitir el paso del aire a la faringe y a veces ocurre un descenso concomitante - de la mandíbula.

Harvold (1965), demostró que un cambio constante en la función neuromuscular por medio de respiración bucal, puede afectar el tono de los músculos que soportan la mandíbula, resultando un cambio entre el-

maxilar superior e inferior y de éste modo, en la altura de la cara y una maloclusión dental.

Ricketts (1979), describió una condición que llamó "Síndrome de obstrucción respiratoria", con las características de mordida abierta, maloclusión, respiración bucal, protrusión lingual, en deglución y una contracción bilateral del maxilar. Individuos que muestran las facies adenoideas, y que se caracterizan por anginas engrandecidas, cara larga y angosta, nariz achatada, fosas nasales pequeñas, labio superior hipotónico y un labio inferior hipertónico grueso e invertido, maxilar angosto en forma de "V", bóveda palatina alta con una inclinación anterior hacia arriba, incisivos anteriores prominentes y una postura mandibular boquiabierta. Concluye que dichas mordidas abiertas se corrigen solas con el crecimiento y la maduración.

Kantorowicz y Korkhaus (1979), informaron que la mordida abierta es más frecuente en población de 6 y 7 años de edad, debido a que está presenta la etapa de dentición mixta.

Gellen, observó que la frecuencia es en la época de la dentición mixta. Es recomendable esperar que el niño cumpla 10 años antes de emplear un aparato ya que basado en sus datos, si la mordida abierta de un niño se corrige espontáneamente, el 90% de los niños podrá mostrar un cierre correcto, a la edad de 10 años.

Los hábitos digitales disminuyen con frecuencia con el aumento de la edad y la maduración, pudiendo interferir con la erupción de los dientes superiores anteriores. También el crecimiento de la lengua contra el patrón esquelético de la mandíbula, es un factor para la autorrección. La lengua siguiendo la curva del crecimiento alcanza su tamaño total aproximadamente a la edad

de ocho años. La mandíbula por otro lado, experimenta un crecimiento repentino antes de la pubertad, ocurriendo ésto entre los 9 y 10 años de edad, en el sexo femenino; y de 12 a 18 años de edad en el sexo masculino. Por eso puede contener una lengua -- relativamente grande en una posición protrusiva, resultando en -- mordida abierta.

M A T E R I A L E S Y M E T O D O S

2

M A T E R I A L E S

- 1.- 12,000 -- Historias Clínicas (Anexo 2)
- 2.- 12,000 Abatelenguas
- 3.- 30 Espejos dentales No. 5 sin aumento
- 4.- 10 Galones de Cloruro de Benzalconio
- 5.- 5 Rifioneras de Plástico
- 6.- Papel de Estraza
- 7.- Aulas escolares con pupitres

S U J E T O S

6 mil niños de ambos sexos: 3,000 niños y 3,000 niñas-

M E T O D O S

M E T O D O S

Al fijar el objetivo principal de esta investigación, se elaboró, una Historia Clínica (ver Apéndice 1) que consta de: 1) Nombre, Edad, Sexo, Nacionalidad y el grado escolar en el que cursa el niño. 2) Nombre de la Escuela y la Delegación Política a la que pertenece. 3) Fecha. 4) Número de la Historia Clínica, 5) Las tres diferentes clases de maloclusión según Angle, con sus clasificaciones, donde se incluyen los cinco tipos de maloclusiones Clase I de Angle de acuerdo a Dewey-Anderson. 6) Hábitos bucales que presentó el paciente. 7) Tipo de atención dental de los niños por Cirujanos Dentistas de Práctica General o por Especialistas, y los que no recibieron Atención Dental.

En la Historia Clínica se incluyeron los diferentes tipos de maloclusiones de acuerdo a Dewey-Anderson, siendo ésta elaborada por compañeros de postgrado.

Posteriormente se solicitó de las Autoridades correspondientes de la Secretaría de Educación Pública, un permiso de acceso a 32 Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones políticas del Distrito Federal (ver Apéndice II). Obtenido el permiso (dos meses) se seleccionaron dos escuelas primarias ya fueran públicas o privadas por cada Delegación.

Antes de la investigación a las 32 escuelas, se evaluaron 1,000 alumnos por diferentes causas: a) Examinar a cada alumno para perfeccionar el diagnóstico de maloclusión logrando así un mayor índice de confiabilidad en la investigación; b) Para mejorar el manejo del material y equipo utilizado en el estudio. Una vez realizada la valoración de los investigadores y del material, se llegó a la conclusión de establecer un índice de confiabilidad.

bilidad, para lo cual se foliaron dos Historias Clínicas por cada niño, las cuales tendrían el mismo número de folio, procediéndose de la siguiente manera: un primer investigador examinaría al niño y anotaría en la Historia Clínica su diagnóstico, un segundo investigador examinaría al mismo niño y emitiría su diagnóstico sin conocer el anterior; después se procedía a comparar los dos diagnósticos por un tercer investigador, para revisar si coincidían o no los dos diagnósticos; en caso de que coincidieran, se archivaba una Historia de cualquiera de los dos investigadores y se separaba la otra; si había discrepancia en el diagnóstico, el tercer investigador examinaba nuevamente al paciente y emitía el nuevo diagnóstico y se comparaba con los dos anteriores para ver con cual concordaba y éste era el que se tomaba como válido, y la Historia en discordancia se retiraba. Así se obtuvo un mejor índice de confiabilidad.

La investigación, tuvo una duración de 4 meses en las 32 Escuelas Primarias Oficiales y Particulares en las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal. Al visitar cada Escuela, nos dirigimos al Director (a) del Plantel correspondiente, se le mostró el permiso expedido por la Secretaría de Educación Pública para facilitar el acceso al plantel y se le explicó el motivo de la investigación. Posteriormente nos dirigimos a los grupos de segundo a quinto años, en donde se les explicó nuevamente el motivo de la visita tanto a profesores como a alumnos; asimismo se les pidió que los alumnos menores de 8 años y mayores de 10 años se retiraran momentáneamente del aula con el fin de tener un mejor control de la muestra. A los niños de 8 a 10 años cumplidos, se los examinaba clínicamente con el abatelenguas, espejo dental y se hacía la Historia Clínica. Así cada niño era examinado de igual forma con el mismo orden para evitar algún olvido.

El examen consistía en:

a) Anamnesis... Obtener los datos especificados en la Historia --
Clínica correspondiente al niño y escuela.

b) Examen Clínico Intraoral

1) Observar dentición mixta

2) Observar relación molar y canina: se le pedía al niño que mordiera con sus muelas y que tocara con la punta de su --
lengua el paladar y cerrara, introduciéndole un espejo den--
tal o abatelenguas retrayendo su carrillo para observar --
la relación de molares y canino en ambos lados. Si coinci--
día la relación molar y canina, en Clase I de Angle, se --
continuaba el examen bucal

3) Observar la posición de los dientes anteriores superiores.
Teniendo la relación molar en Clase I de Angle, se prosi--
guió a observar la relación incisal superior e inferior. --
Si presentaba la protrusión anterior y el tipo en la Histo--
ria Clínica correspondiendo a la clasificación de Dewey--
Anderson.

4) A los niños con Clase I de Angle, tipo 2 Dewey-Anderson, --
se observaba si los dientes anteriores se encontraban pro--
truidos en una forma pronunciada o si se encontraban con --
mordida abierta; esto nos servía para clasificarlos -- por
razones prácticas para una subdivisión "A", o bien, como --
subdivisión "B"; esto es mientras que la primera son dien--
tes anterosuperiores protruidos y pronunciados, en la se--
gunda son dientes anterosuperiores protruidos y pronuncia--
dos; con mordida abierta.

c) Examen Clínico Extraoral

- 1) Observar el perfil del niño en posición de descanso. Como dato clínico complementario y para verificar el diagnóstico de Clase I de Angle, tipo 2 Dewey-Anderson, se observaba el perfil del niño con la mandíbula en posición de descanso. Si ésta, revela un perfil convexo indica un mandíbula retrognata, confundiendo con una Clase II de Angle, a diferencia de que la primera su relación molar está en Clase I de angle, reafirma el diagnóstico de una protrusión anterior por discrepancia dental.

- 2) Trayectoria funcional de cierre del maxilar inferior y discrepancia en relación céntrica. con el mismo objetivo que en el caso anterior, se pide al niño realizar el mismo movimiento que el efectuado para observar la relación molar y canina, pero en este caso durante el cierre de la mandíbula se observa si ésta se desplaza en un arco ininterrumpido para ocluir los dientes, o bien si este arco toca los bordes dentales de los incisivos superiores e inferiores y si después se desplaza corporalmente hacia adelante.

Elaborado el diagnóstico de los diferentes tipos de maloclusión, se examinaba clínicamente al niño para localizar algún hábito -- bucal pernicioso que tuviera anteriormente o que persistiera aún.

- A) Interrogatorio: Por tener poca veracidad los datos proporcionados por el niño respecto a sus hábitos bucales y no tener confiabilidad esos datos dados por él mismo, se observan defectos en el habla, tales como el ceceo al ser -- interrogado, defectos en el paladar como hundimiento, -- expansión y protrusión de la parte anterior, deformidad de las falanges.

B) -Examen extrabucal. Se observaba de frente y perfil la cara del niño durante el descanso y acción, en especial los labios, ya que la función muscular y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles; eso se realizaba sin demostrarle al niño ningún interés, aparentando efectuar otras actividades, para que estuviera tranquilo y no modificara la posición normal de sus músculos faciales.

a) Observación de Frente.

1.- Labios. Se observaba su posición, tamaño, color y consistencia. Si los labios se encontraban en contacto sin estar apretados, o si se encontraban separados; si el labio inferior estaba sobre extendido sobre el superior o viceversa mientras que la boca estaba cerrada, o si se colocaba el labio inferior lingualmente a los incisivos superiores. Si existían áreas localizadas de hipertrofia o enrojecimiento; si estaban flácidos, hipo o hipertónicos, húmedos, secos o agrietados.

2.- Nariz. Si el niño tenía buen control del reflejo de los músculos de las aletas nasales.

3.- Músculo mentoniano. Si éste era hiperactivo, estaba -- flácido o contraído.

4.- Músculos temporales. Se colocaba los dedos índice, medio o anular suavemente en ambos lados de la cara sobre -- estos músculos, y se le pedía al niño que deglutiera.

5.- Protrusión de lengua. Por segunda vez, se pedía al niño deglutir mientras que se retruía el labio inferior, para observar la posición de la lengua.

b) Observación de perfil

- 1.- Se observaba la posición de la mandíbula y del maxilar. (protrusión o retrusión).
- 2.- Se observaba la posición del labio superior con respecto al inferior.
- 3.- Se observaba la posición de incisivos superiores en caso de mordida abierta anterior.
- 4.- Se observaba efecto de silla de montar en la nariz.
- 5.- Se pedía al niño cerrar sus ojos y labios, se le colocaba el dedo índice frente a los orificios nasales indicándole respirar profundamente por la nariz, se observaba el movimiento de los músculos de las fosas nasales y se valoraba por sentido común el flujo del aire exhalado por éstas o en su defecto por la boca.
- 6.- Después se le pedía que mostrara sus manos para diagnosticar alguna callosidad en el dorso de ésta, o -- en los dedos.

c) Examen Intrabucal.

Se le pedía al niño abrir la boca, se introducía el espejo en ella y se examinaba tamaño, forma y tonicidad de carrillos, lengua y paladar; en éste se buscaba una bóveda palatina alta, protrusión maxilar, estrechamiento uni o bilateral del maxilar superior y lengua procráctil. Por último se examinaban los dientes en oclusión para observar si existía mordida cruzada posterior uni o bilateral, mordida abierta posterolateral; protrusión de inci-

sivos superiores, sobremordida profunda anterior, dientes en mor
da cruzada anterior, espacios interproximales en los dientes -
anteriores superiores, lingualización, apíñamiento de inferiores.

Teniendo los resultados de los exámenes, se elaboró el -
diagnóstico diferencial de (los) hábitos bucal (es) pernicioso -
(s) que presentaba el niño.

Clínicamente se observó si los dientes del niño presenta
ban alguna restauración o si existía un espacio libre en las ar-
cadas debido alguna extracción. En caso de que no hubiera restau
ración o alguna extracción, se preguntaba al niño si había ido -
alguna vez al dentista. Si la respuesta era negativa, se tomaba
como "niño que no ha recibido atención dental"; si la respuesta
era afirmativa, se le preguntaba si el dentista al que había acu
dido atendía a niños y adultos, o bien, si éste solamente aten--
día a niños. Se tomaba la respuesta afirmativa como "niño aten--
dido por cirujano dentista de práctica general ", y la segunda
respuesta se tomaba como "niño atendido por especialista" (odonto
pediatra u ortodonciata).

Al término de la recopilación de las 12,000 Historias --
Clínicas, de las cuales 6,000 contenían el diagnóstico elaborado
por el primer investigador y las 6,000 restantes pertenecían al-
segundo o tercer investigador y que servirían para constatar el-
diagnóstico del primer investigador, se separaron las primeras -
Historias Clínicas con el fin de obtener la muestra real; es de-
cir, 6,000 niños de ambos sexos de 8, 9 y 10 años con maloclusión
según Angle y Dewey-Anderson. Posteriormente esta muestra de --
la población se separó por sexo en 3,000 hombres y 3,000 mujeres
arbitrariamente y sin tener en cuenta la edad.

R E S U L T A D O S

R E S U L T A D O S

De acuerdo a los datos tomados de las Historias Clínicas aplicadas a 6,000 niños de ambos sexos, se encontró que 953 estuvieron con maloclusión Clase I de Angle, Tipo 2 Dewey-Anderson; teniendo el 16% (ver cuadro y gráfica I) de la población revisada siendo de 8 a 10 años, distribuyéndose de la siguiente manera:

El total de la población Clase I, Tipo 2 por sexo correspondió a 482 del sexo masculino, o sea, el 51% y al sexo femenino a 471, o sea el 49%. (ver cuadro y gráfica II).

Tomando la distribución de frecuencia de niños de Clase I tipo 2 por edad y sexo: (ver cuadro y gráfica III)

A.- De 953 niños de ambos sexos:

342 (36%) corresponde a 8 años de edad,
359 (38%) a los 9 años,
252 (26%) a los 10 años.

B.- A los 8 años:

156 (16%) niños presentaron la maloclusión,
186 (20%) niñas presentaron la maloclusión.

C.- A los 9 años:

186 (20%) niños presentaron la maloclusión,
173 (18%) niñas presentaron la maloclusión

D.- A los 10 años:

140 (14%) niños presentaron la maloclusión,
112 (12%) niñas presentaron la maloclusión.

Del total de la muestra, 953 de la población con dientes anteriores superiores protruidos y espaciados: (ver cuadro y — gráfica IV)

A.- De 953 niños de ambos sexos:

461 (48%) corresponde a la subdivisión "A",
492 (52%) corresponde a la subdivisión "B".

B.- De 461 niños de ambos sexos de la subdivisión "A" *

225 (23%) niños,
236 (25%) niñas.

C.- De 492 niños de ambos sexos de la subdivisión "B" **

257 (27%) niños,
235 (25%) niñas.

De acuerdo a la distribución en la Clase I, tipo 2 Subdivisión "A" , (ver cuadro y gráfica VI) :

A.- De 461 niños de ambos sexos:

170 (18%) corresponde a 8 años de edad,
168 (17%) a los 9 años,
123 (13%) a los 10 años.

* Ver cuadro y gráfica V

**

De acuerdo a la distribución en la Clase I, tipo 2 subdivisión "B" , (ver cuadro y gráfica VII) :

A.- De 492 niños de ambos sexos:

172 (18%) corresponde a 8 años de edad,
191 (20%) a los 9 años,
129 (14%) a los 10 años.

De acuerdo a la Subdivisión "A" , *

A.- A los 8 años:

70 (7%) niños presentaron la maloclusión,
100 (11%) niñas presentaron la maloclusión.

B.- A los 9 años:

86 (9%) niños,
82 (8%) niñas.

C.- A los 10 años:

69 (7%) niños,
54 (6%) niñas.

De acuerdo a la subdivisión " B", *

A.- A los 8 años:

86 (9%) niños presentaron la maloclusión
86 (9%) niñas presentaron la maloclusión.

* Ver cuadro y gráfica VIII

B.- A los 9 años:

100 (11%) niños,
91 (10%) niñas.

C.- A los 10 años:

71 (8%) niños,
58 (6%) niñas.

De acuerdo a la población Clase I, tipo 2 con hábitos y sin hábitos, (ver cuadro y gráfica IX):

A.- De 953 niños de la población:

831 (87%) presentaron hábitos bucales,
122 (13%) no presentaron hábitos bucales.

De acuerdo a la población Clase I, tipo 2 con hábitos:
(ver cuadro XI)

A.- De 831 niños presentaron hábitos perniciosos:

391 (41%) niñas,
440 (46%) niños.

B.- A los 8 años:

148 (15%) niños presentaron hábitos,
146 (15%) niñas presentaron hábitos.

C.- A los 9 años:

171 (18%) niños presentaron hábitos,
139 (15%) niñas presentaron hábitos.

D.- A los 10 años:

121 (13%) niños presentaron hábitos,

106 (11%) niñas presentaron hábitos.

De acuerdo a la población Clase I, tipo 2 sin hábitos:
(ver cuadro XII).

A.- De 122 niños no presentaron hábitos perniciosos:

44 (5%) niños,

78 (8%) niñas.

B.- A los 8 años:

8 (1%) niños sin hábitos,

8 (1%) niñas sin hábitos.

C.- A los 9 años:

19 (2%) niños sin hábitos,

32 (3%) niñas sin hábitos.

D.- A los 10 años:

17 (2%) niños sin hábitos,

38 (4%) niñas sin hábitos.

En el cuadro y gráfica X, indica el porcentaje de hábitos bucales perniciosos en niños de 8, 9 y 10 años con Clase I, - tipo 2:

A.- De 831 niños de ambos sexos:

294 (30%) niños de 8 años,

310 (33%) niños de 9 años,
227 (24%) niños de 10 años.

B.- De 831 niños de ambos sexos con hábitos:

346 (36%) niños con succión de pulgar,
269 (28%) niños con proyección lingual,
56 (6%) niños con deglución atípica,
1 (0%) niño con succión de carrillo,
85 (9%) niños con succión de labio,
9 (1%) niño con respiración bucal,
18 (2%) niños con mentoniano hiperactivo,
47 (5%) niños con hábito de uñas.

De acuerdo a la revisión bibliográfica la causa principal de los dientes anterosuperiores protruidos con mordida abierta son los hábitos de pulgar, protrusión de la lengua y respirador bucal, con la presente investigación se comprueba lo anterior.

De acuerdo a la población Clase I, tipo 2 no atendida y atendida: (ver cuadro y gráfica XIII).

A.- De 953 niños de la población de ambos sexos:

417 (44%) niños atendidos,
536 (46%) niños no atendidos.

De acuerdo a la población atendida de ambos sexos:
(ver cuadro XIV)

A.- De 417 niños de ambos sexos:

147 (16%) niños de 8 años,
155 (16%) niños de 9 años,
115 (12%) niños de 10 años.

De acuerdo a la población no atendida de ambos sexos
(ver cuadro XV).

A.- De 536 niños de ambos sexos:

192 (20%) niños de 8 años,
207 (22%) niños de 9 años,
138 (14%) niños de 10 años.

De acuerdo a los Atendidos por Cirujanos Dentistas de -
Práctica General: (ver cuadro y gráfica XVI).

A.- De 138 a los 8 años:

61 (7%) niños atendidos,
77 (8%) niñas atendidas.

B.- De 146 a los 9 años:

76 (8%) niños atendidos,
70 (7%) niñas atendidas.

C.- De 113 a los 10 años:

63 (7%) niños atendidos,
50 (5%) niñas atendidas.

De acuerdo a los atendidos por Especialistas:
(ver cuadro y gráfica XVII).

A.- De 9 a los 8 años;

7 (1%) niños atendidos,
2 (0%) niñas atendidas.

B.- De 9 a los 9 años:

6 (0%) niños atendidos,

3 (1%) niñas atendidas.

C.- De 2 a los 10 años:

2 (0%) niñas atendidas.

El cuadro y gráfica XVIII compara el porcentaje de la población de ambos sexos que recibieron atención dental y los que no recibieron atención dental, es decir, los atendidos por Cirujanos Dentistas de Práctica General y Especialistas.

A.- De 417 atendidos:

20 (2%) atendidos por Especialistas,

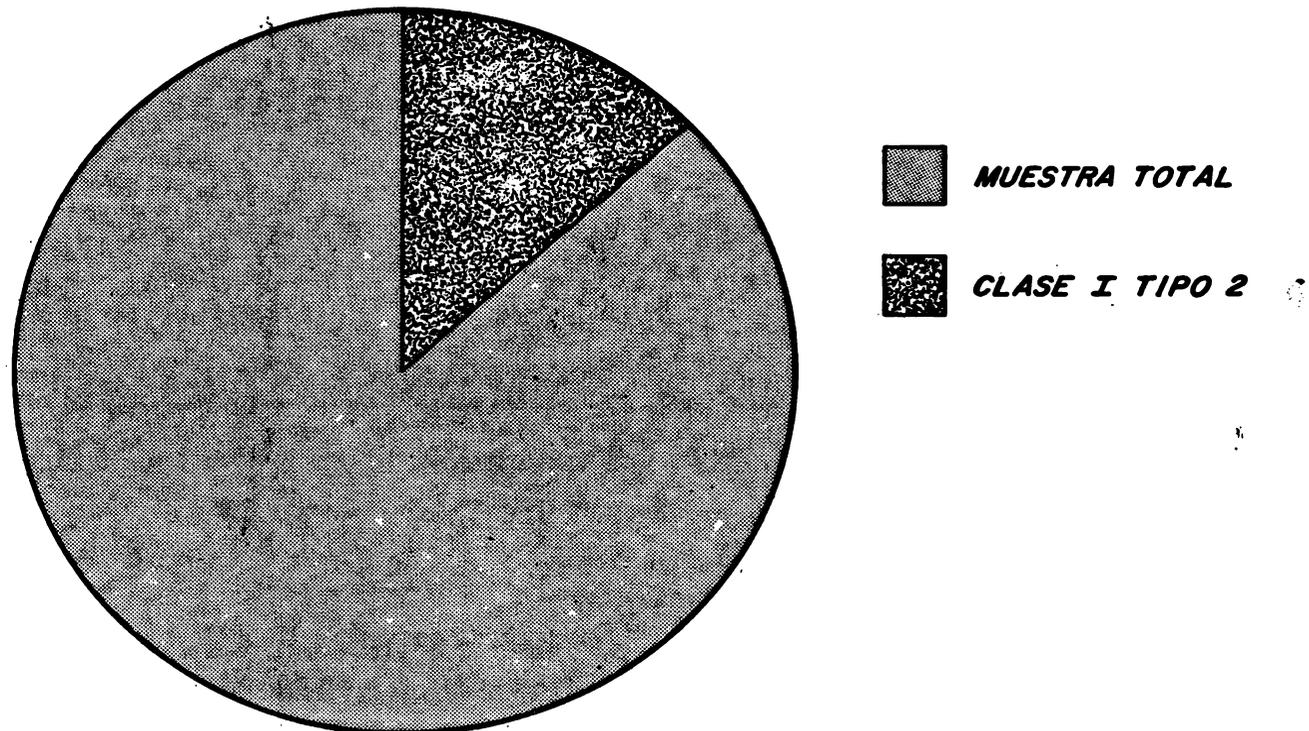
397 (42%) atendidos por Cirujanos Dentistas de Práctica General.

TOTAL DE LA MUESTRA QUE PRESENTA MALOCCLUSION
CLASE I DE ANGLE, TIPO 2 DEWEY - ANDERSON

Muestra total de niños		
observados	6,000	100 %

Niños con maloclusión		
Clase I de Angle, Tipo	953	16 %
2 Dewey - Anderson		

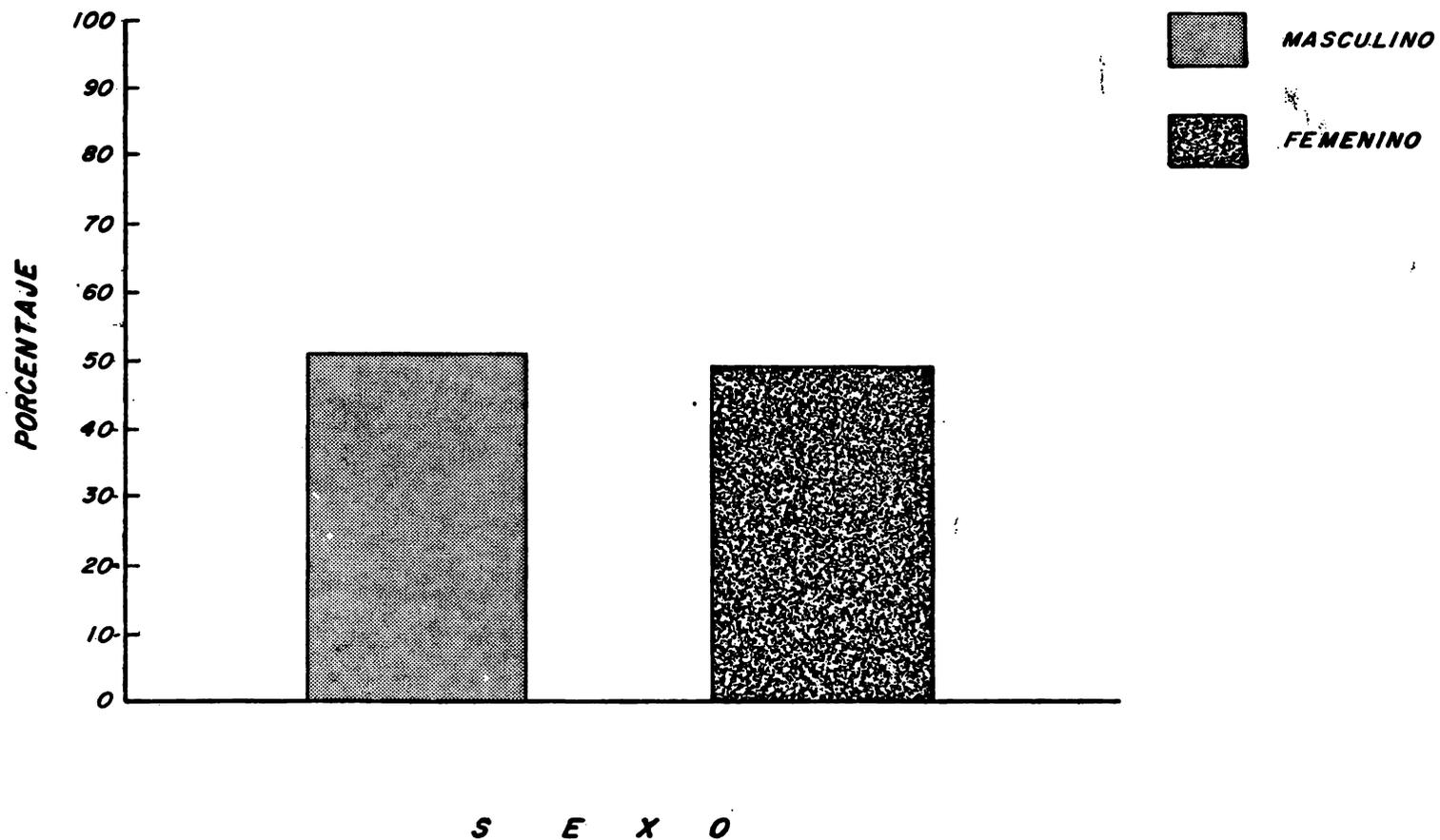
**GRAFICA COMPARATIVA DE LA CLASE I DIVISION 2
EN RELACION CON EL TOTAL DE LA POBLACION**



PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2 POR SEXO

SEXO	Total de la población	Población con - maloclusión - - Clase I, tipo 2	%
MASCULINO	3,000	482	51
FEMENINO	3,000	471	49
TOTAL	6,000	953	100

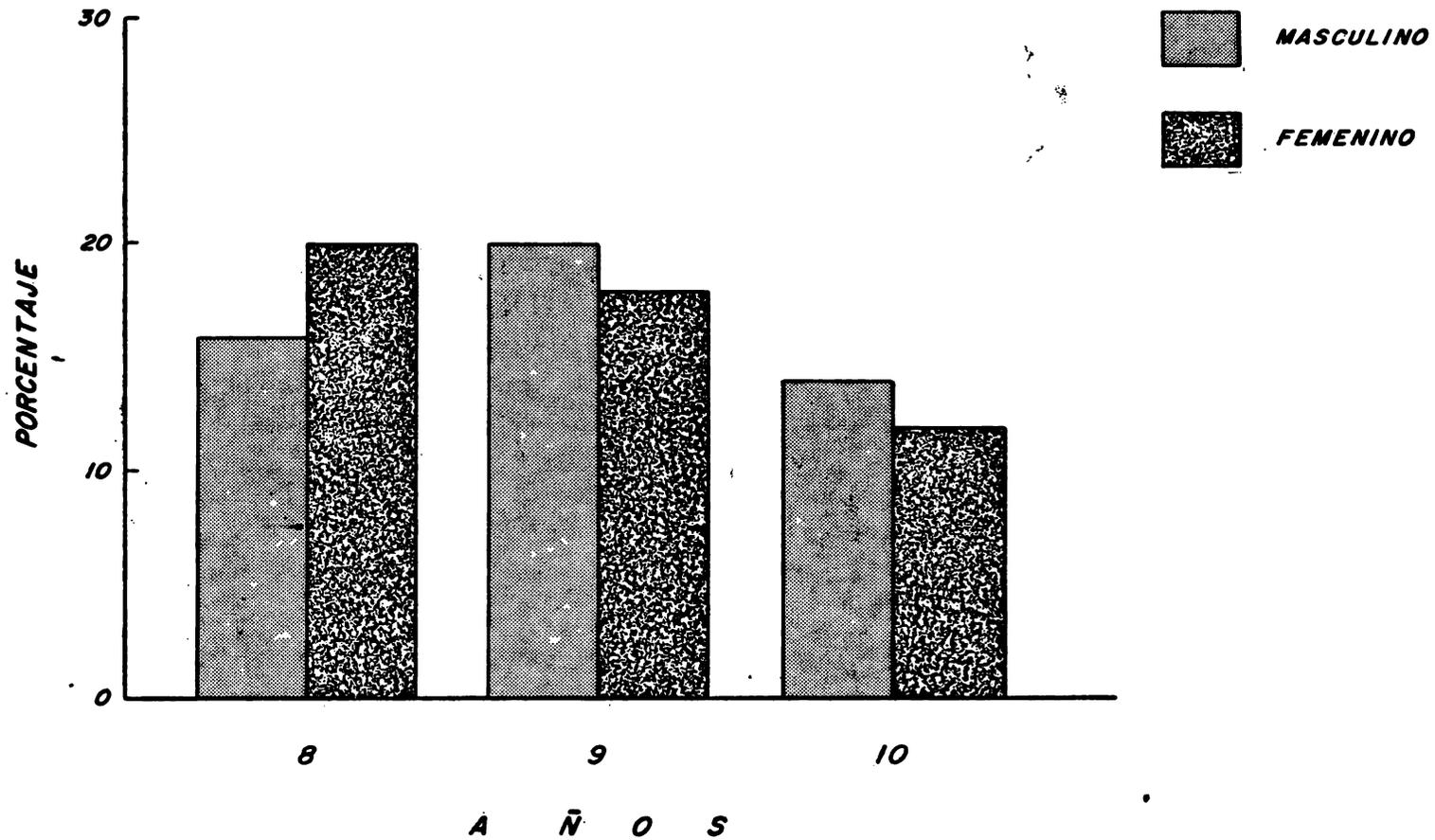
PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I , TIPO 2 POR SEXO



PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2 POR EDAD Y SEXO

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	FRECUENCIA	%
8	156	16	186	20	342	36
9	186	20	173	18	359	38
10	140	14	112	12	252	26
TOTAL	482	51	471	49	953	100

**GRAFICA DEL PORCENTAJE DE LA FRECUENCIA
DE LA MUESTRA POR EDAD Y SEXO**

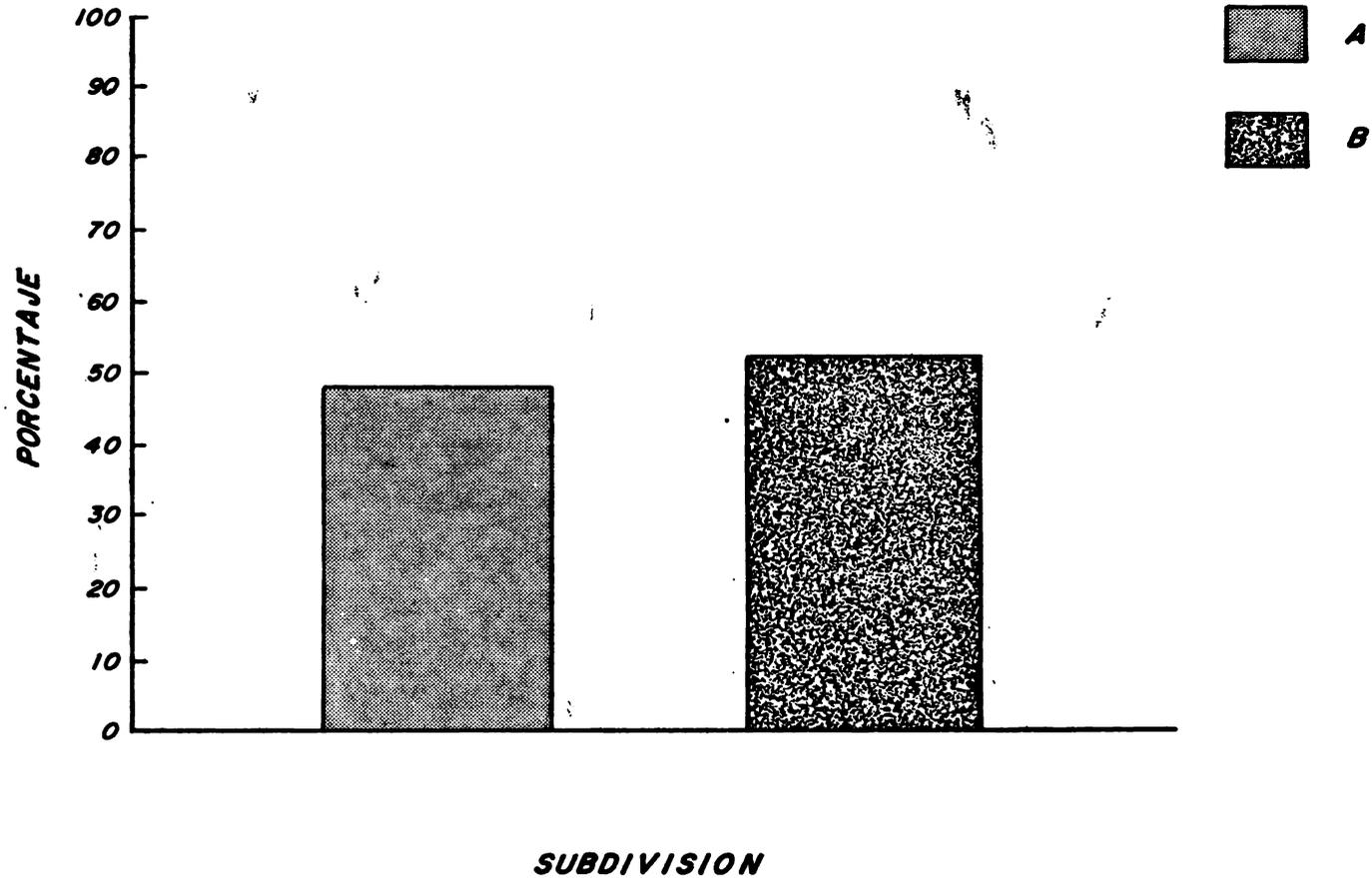


PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2

SUBDIVISION " A " Y " B "

A	461	48 %
B	492	52 %
TOTAL DE POBLACION	953	100 %

**PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2
SUBDIVISION "A" Y "B"**

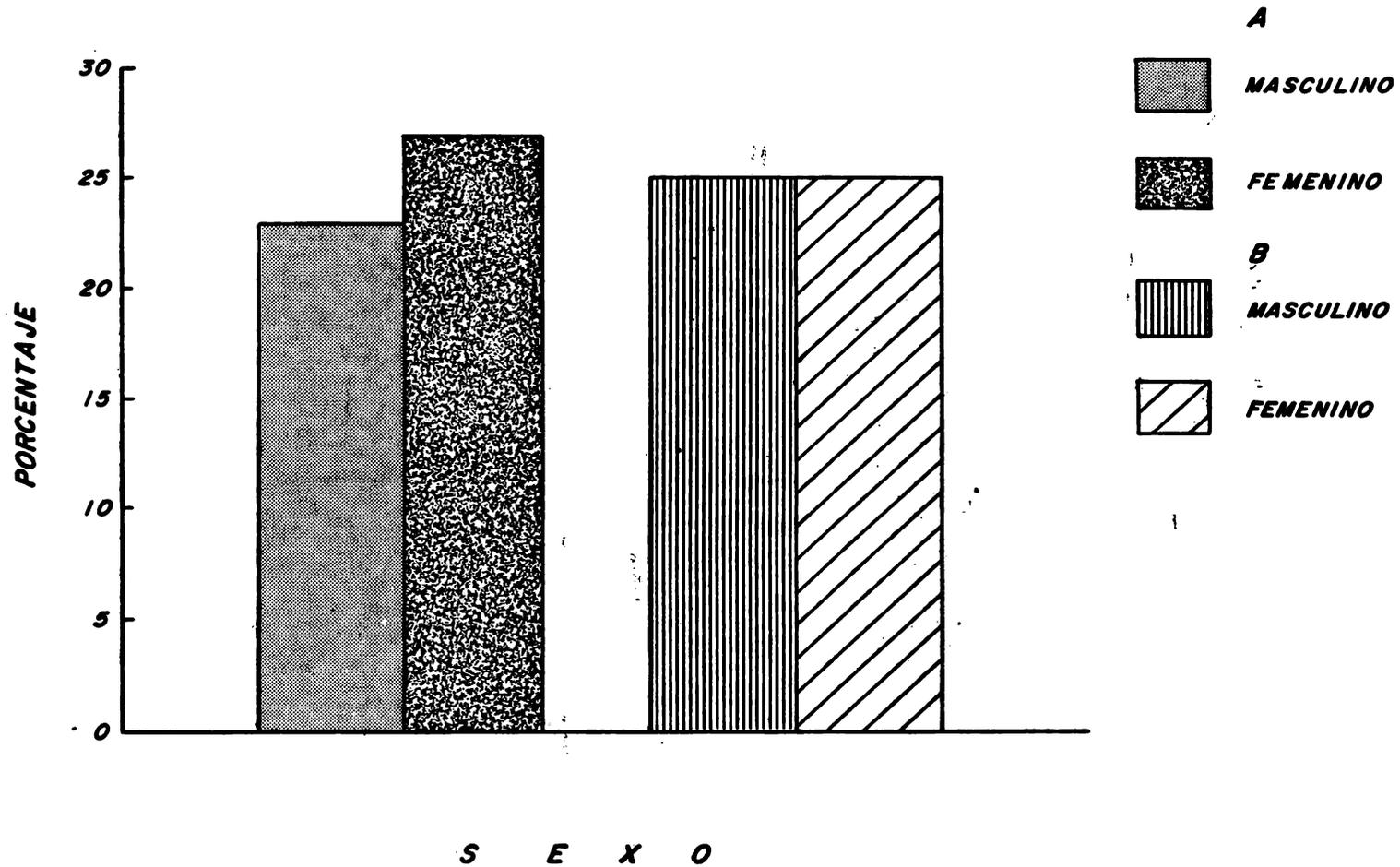


PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2

SUBDIVISION " A " Y " B " POR SEXO

	A	%	B	%
MASCULINO	225	23	257	27
FEMENINO	236	25	235	25
TOTAL	461	48	492	52

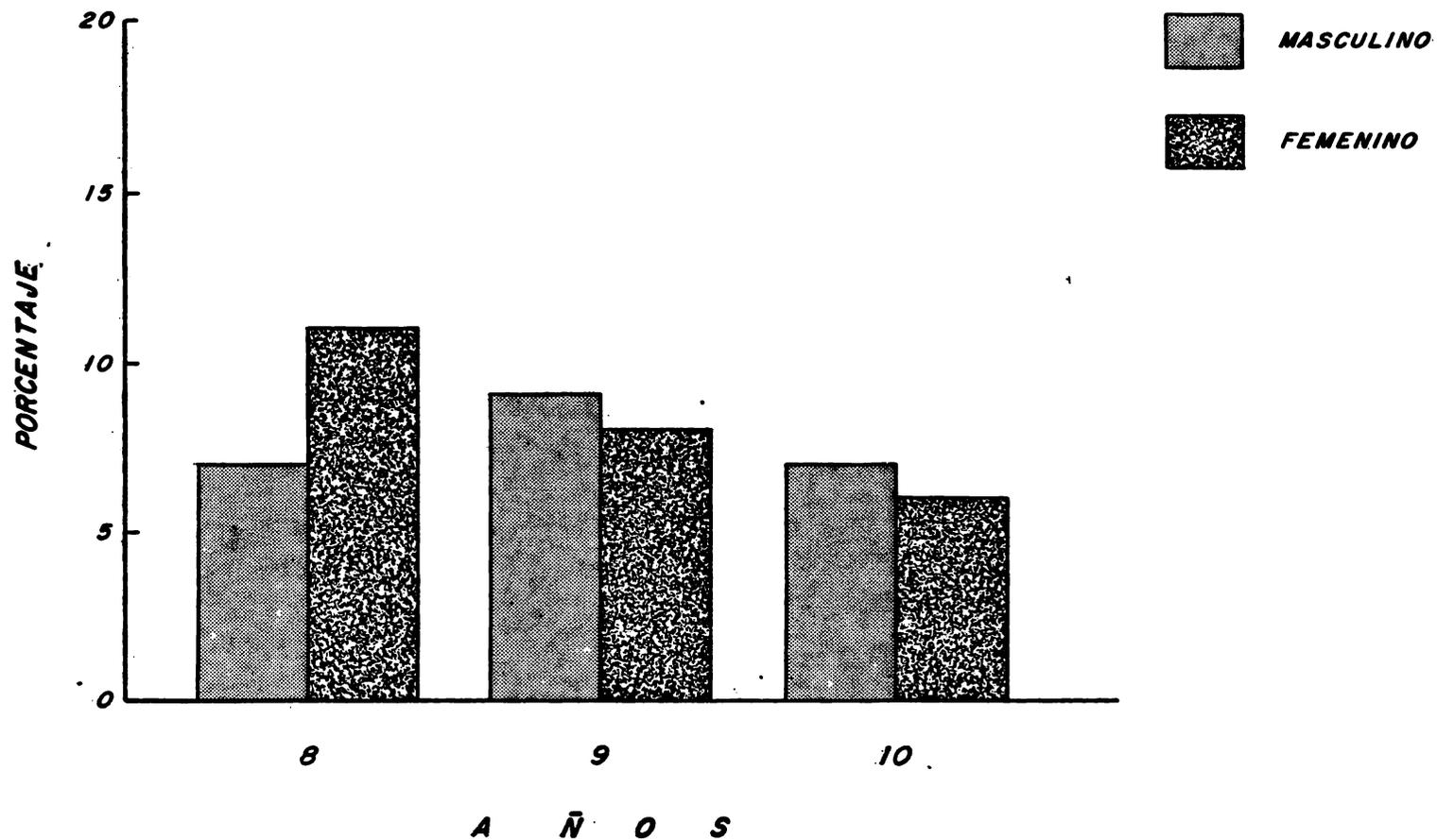
**PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2
SUBDIVISION "A" Y "B" POR SEXO**



PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2
SUBDIVISION "A" POR SEXO Y EDAD

E D A D	C L A S E " A "				T O T A L	
	MASCULINO	%	FEMENING	%	FRECUENCIA	%
8	70	7	100	11	170	18
9	86	9	82	8	168	17
10	69	7	54	6	123	13
TOTAL	225	23	236	25	461	48

**PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2
SUBDIVISION "A" POR EDAD Y SEXO**

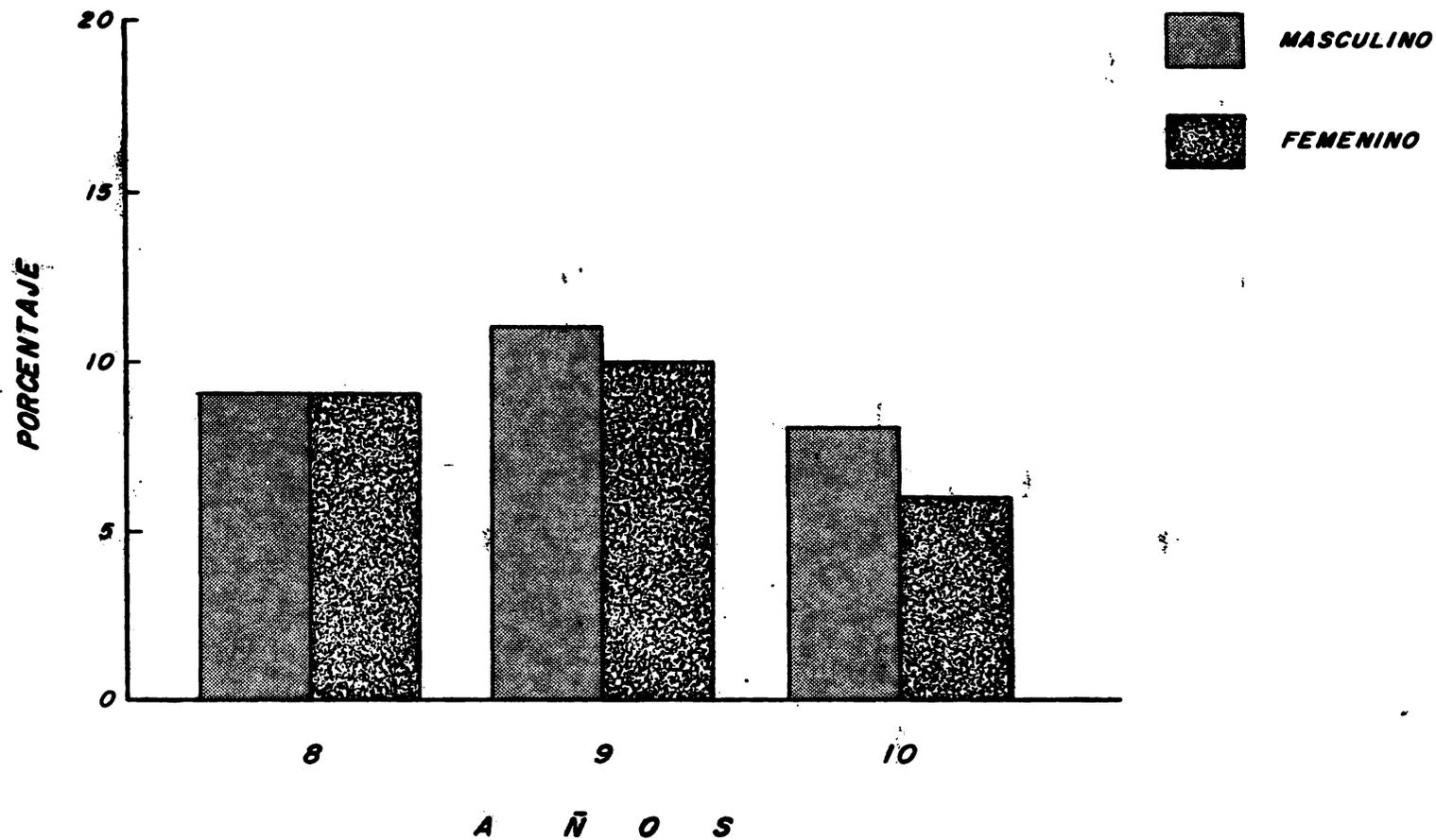


PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2

SUBDIVISION "B" POR SEXO Y EDAD

- EDAD	CLASE " B "				TOTAL	
	MASCULINO	%	FEMENINO	%	FRECUENCIA	%
8	86	9	86	9	172	18
9	100	11	91	10	191	20
10 10	71	8	58	6	129	14
TOTAL	257	27	235	25	492	52

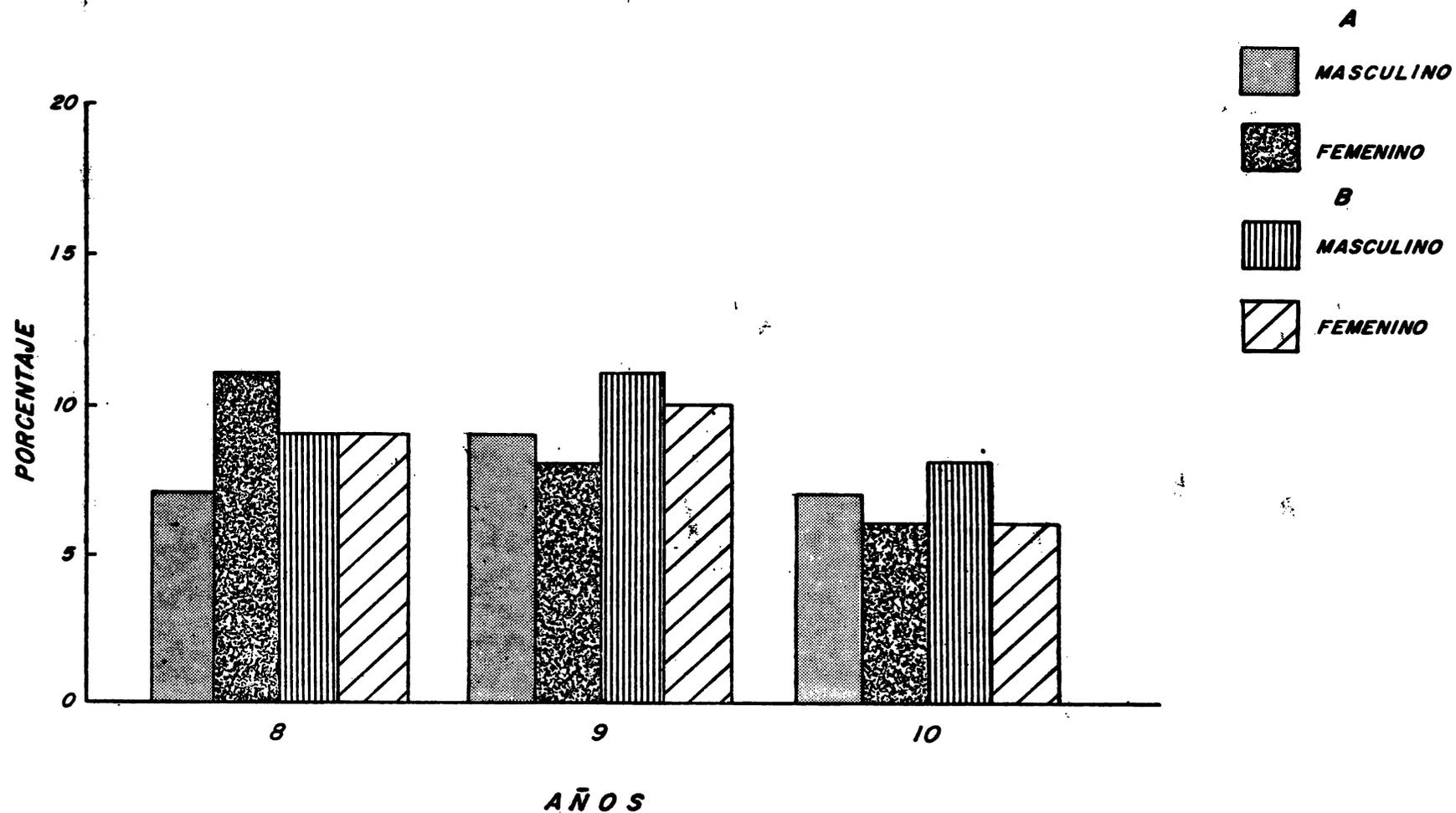
**PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2
SUBDIVISION "B" POR EDAD Y SEXO**



CUADRO COMPARATIVO DEL PORCENTAJE DE LA POBLACION
TIPO "A" Y "B" POR EDAD Y SEXO

EDAD	C L A S E " A "				C L A S E " B "			
	MASCULINO	%	FEMENINO	%	MASCULINO	%	FEMENINO	%
8	70	7	100	11	86	9	86	9
9	86	9	82	8	100	11	91	10
10	69	7	54	6	71	8	58	6
TOTAL	225	23	236	25	257	27	235	25

**GRAFICA COMPARATIVA DEL PORCENTAJE DE LA POBLACION
TIPO "A" Y "B" POR EDAD Y SEXO**

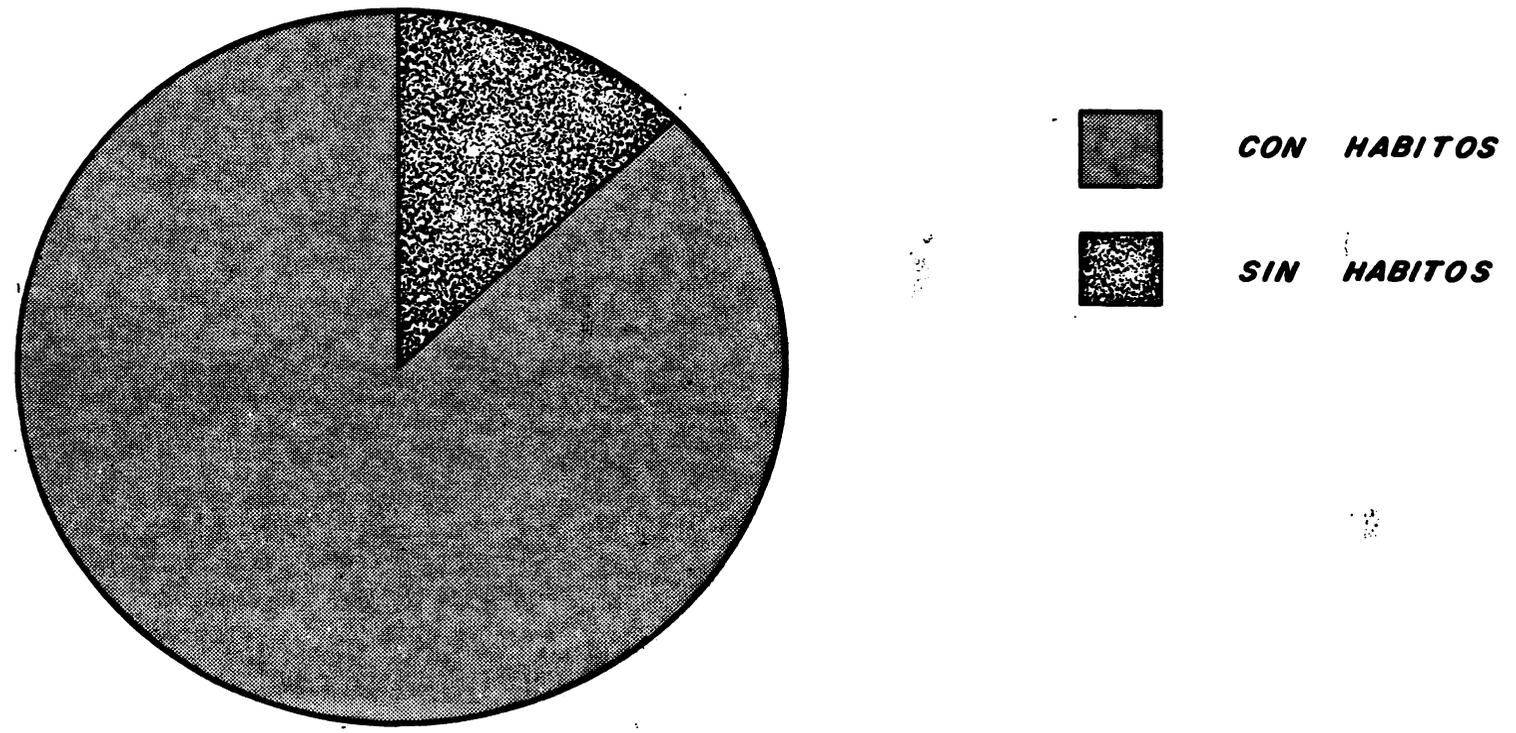


1

PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2
CON HABITOS Y SIN HABITOS

CON HABITOS	831	87	%
SIN HABITOS	122	13	%
TOTAL DE LA POBLACION	953	100	%

**GRAFICA DEL PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I , TIPO 2
CON HABITOS Y SIN HABITOS**



PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2

CON HABITOS POR EDAD Y SEXO

H A B I T O S

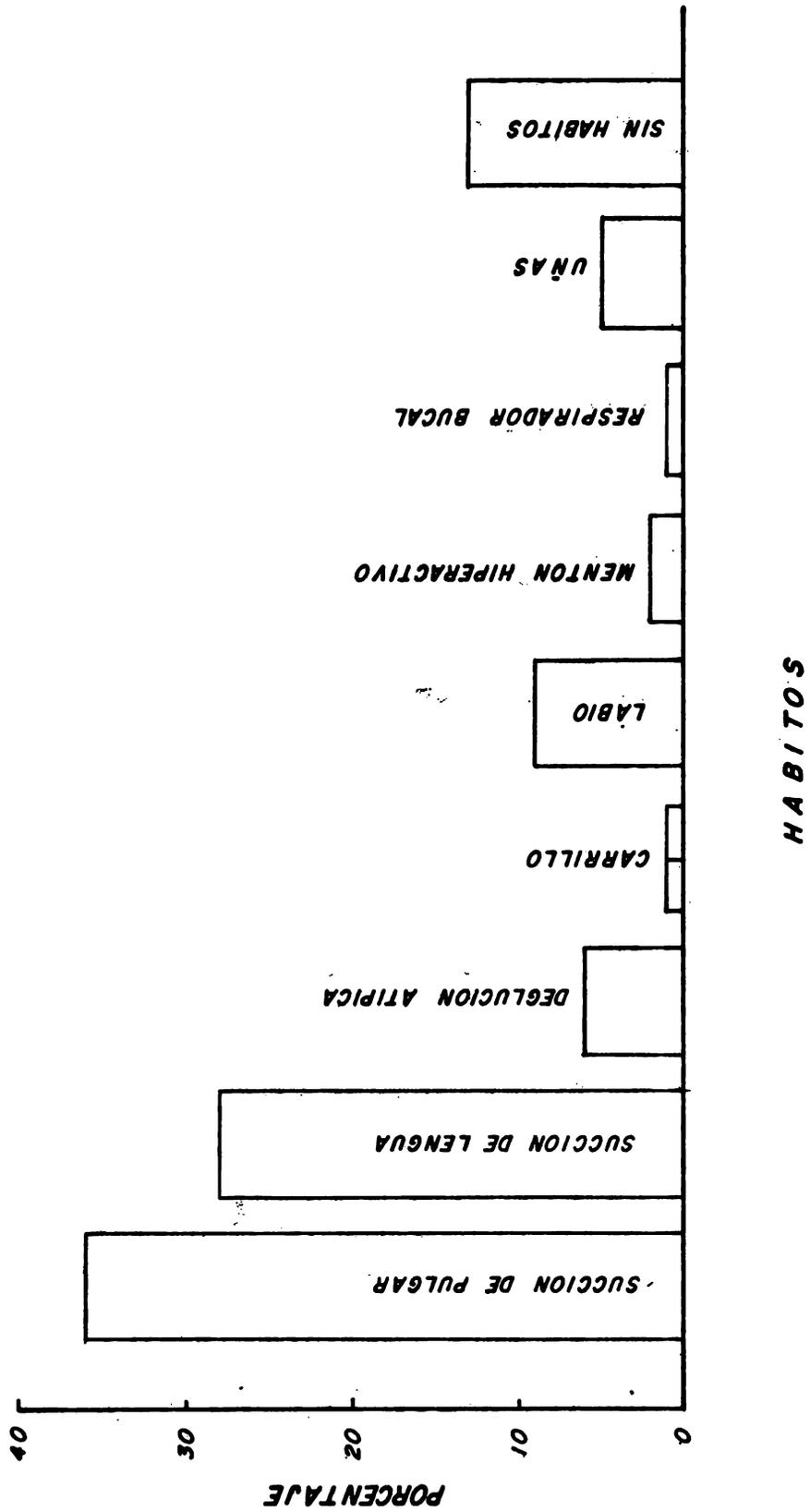
EDAD	PULGAR		LENGUA		DEGLUCION ATIPICA		CARRILLO		LABIO		MENTON HIPERACTIVO		RESPIRADOR BUCAL		UÑAS		SIN HABITOS																	
	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %	M %	F %																
8	64	74	50	54	13	28	0	0	0	0	11	12	20	21	0	3	0	4	13	0	5	11	14	18	18	1	8	13	38	44				
9	83	85	53	66	43	56	12	15	0	0	5	0	0	0	19	22	10	15	13	0	1	0	0	0	8	18	18	11	19	22	32	38		
10	58	66	39	44	29	33	38	49	0	9	11	0	0	0	16	22	9	13	0	3	10	0	0	1	0	5	0	7	11	17	28	81		
TOTAL	205	211	141	151	122	131	147	153	34	42	22	21	0	0	46	52	39	44	9	11	9	11	5	14	4	0	18	22	29	33	44	52	78	88

DISTRIBUCION DEL PORCENTAJE DE LA POBLACION

CLASE I, TIPO 2 CON HABITOS.

EDAD	H A B I T O S																	
	PULGAR		LENGUA		DEGLUCION ATIPICA		CARRILLO		LABIO		MENTON HIPERACTIVO		RESPIRADOR BUCAL		UÑAS		SIN HABITOS	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
8	113	12	99	10	21	2	0	0	31	3	4	0	7	1	19	2	46	5
9	136	14	103	11	17	2	0	0	29	3	8	1	1	0	16	2	51	5
10	97	10	67	7	18	2	1	0	25	3	6	1	1	0	12	1	25	3
TOTAL	346	36	269	28	56	6	1	0	85	9	18	2	9	1	47	5	122	13

**GRAFICA COMPARATIVA DEL TOTAL DE LOS PORCENTAJES
DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2 CON HABITOS**



PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCLUSION CLASE I,
TIPO 2 CON HABITOS POR EDAD Y SEXO

EDAD	H A B I T O S				FRECUCENCIA	
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		%
8	148	15	146	15	294	30
9	171	18	139	15	310	33
10	121	13	106	11	227	24
T O T A L	440	46	391	41	831	87

PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCLUSION CLASE I,

TIPO 2 SIN HABITOS POR EDAD Y SEXO

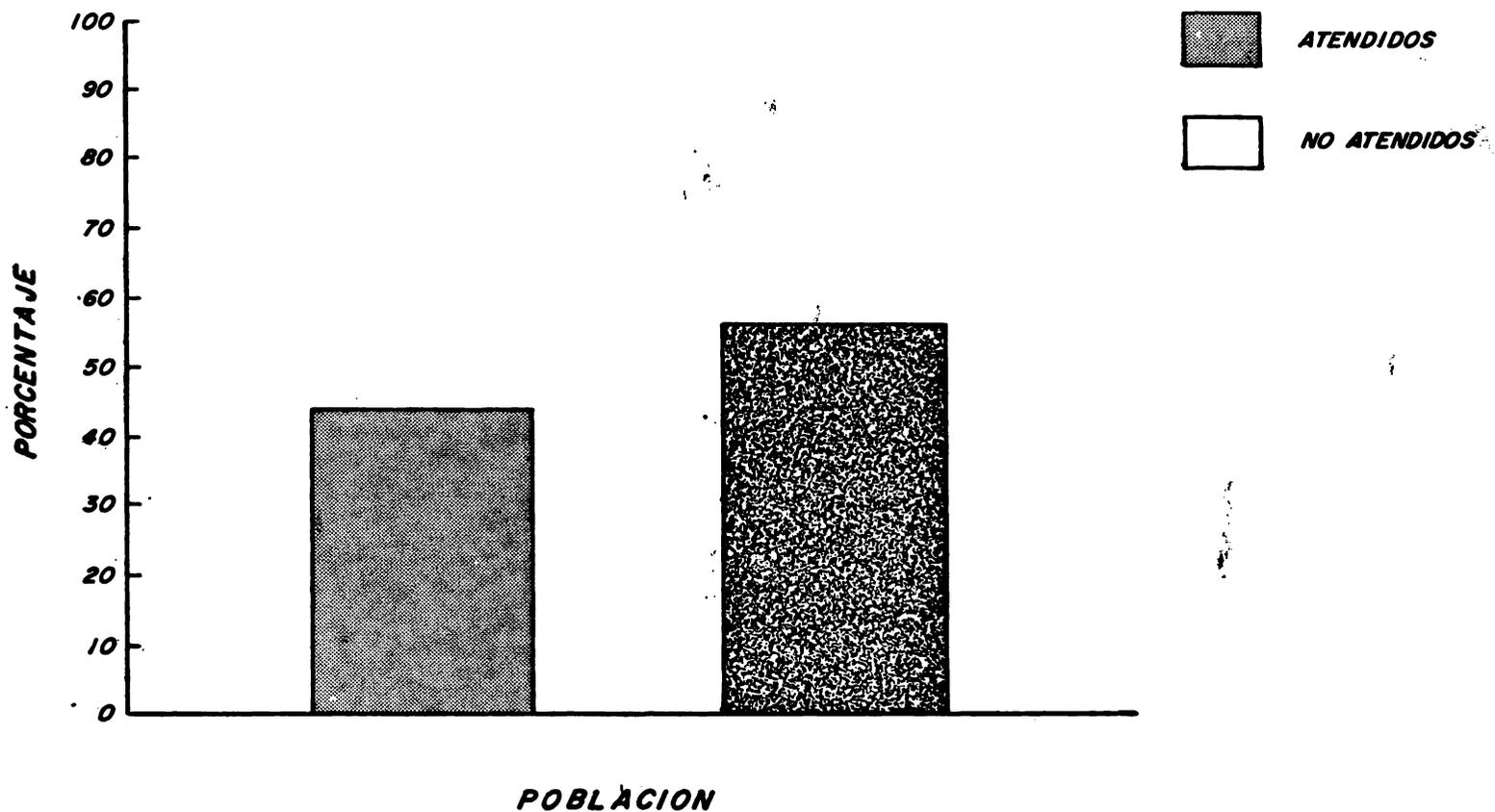
S I N H A B I T O S						
E D A D	MASCULINO	%	FEMENINO	%	FRECUENCIA	%
8	8	1	38	4	46	5
9	19	2	32	3	51	5
10	17	2	8	1	25	3
TOTAL	44	5	78	8	122	13

PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 2

NO ATENDIDA Y ATENDIDA

ATENDIDOS	417	44 %
NO ATENDIDOS	536	56 %
TOTAL DE LA POBLACION	953	100 %

**PORCENTAJE DE LA POBLACION CLASE I , TIPO 2
ATENDIDA Y NO ATENDIDA**



PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCLUSION

CLASE I, TIPO 2 ATENDIDA

EDAD	ATENDIDA				TOTAL	%
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
8	68	7	79	9	147	16
9	82	8	73	8	155	16
10	63	7	52	6	115	12

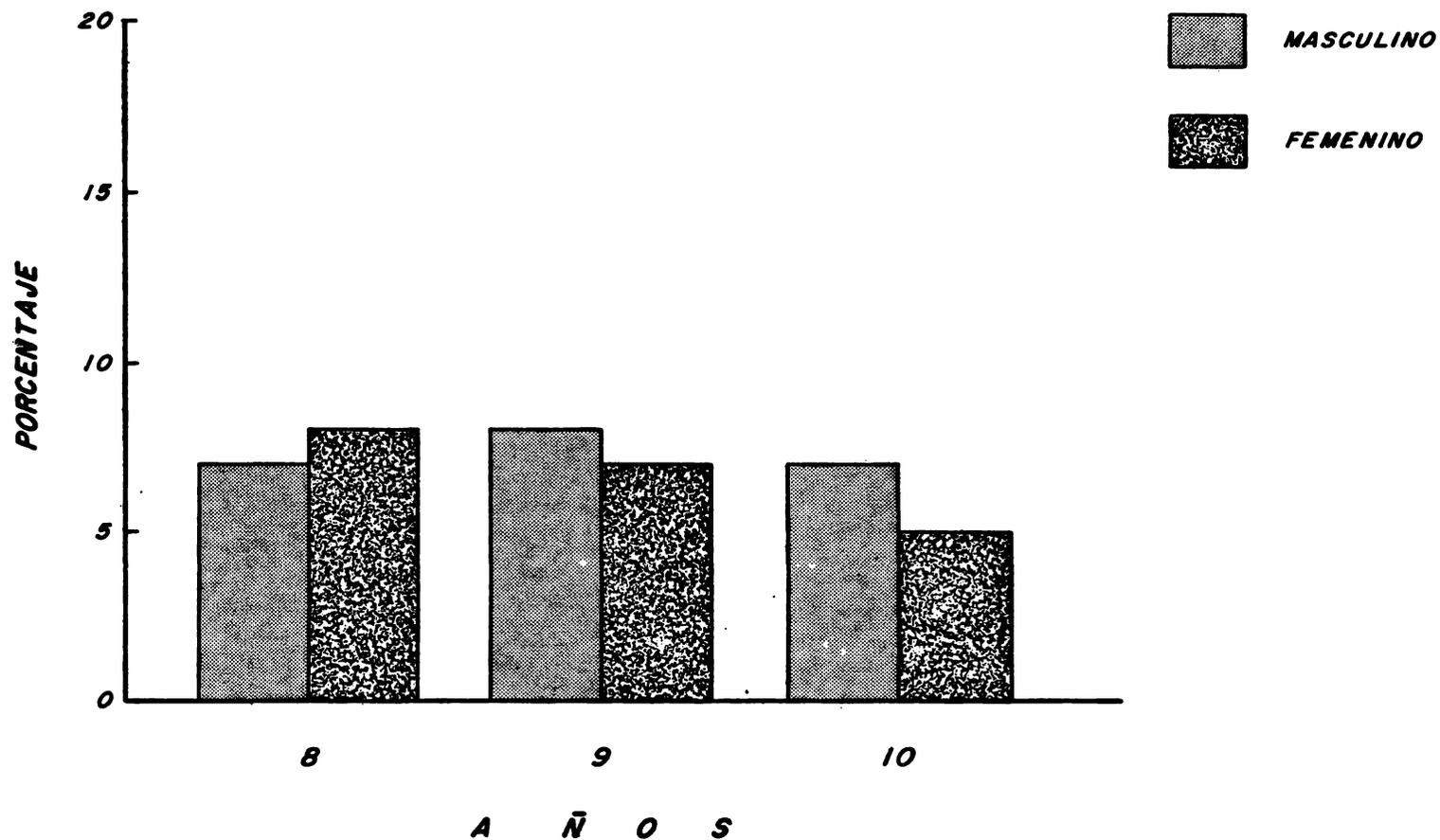
PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCLUSION
CLASE I, TIPO 2 NO ATENDIDA

EDAD	NO ATENDIDA					
	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
8	87	9	105	11	192	20
9	106	11	101	11	207	22
10	76	8	61	6	138	14
TOTALES	269	28	267	28	536	56

PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCCLUSION CLASE I, TIPO 2 POR ---
 EDAD Y SEXO ATENDIDA POR CIRUJANOS DENTISTAS DE PRACTICA GENERAL.

EDAD	A T E N D I D A				FRECUENCIA %	
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
8	61	7	77	8	138	15
9	76	8	70	7	146	15
10	63	7	50	5	113	12
TOTALES	200	22	197	20	397	42

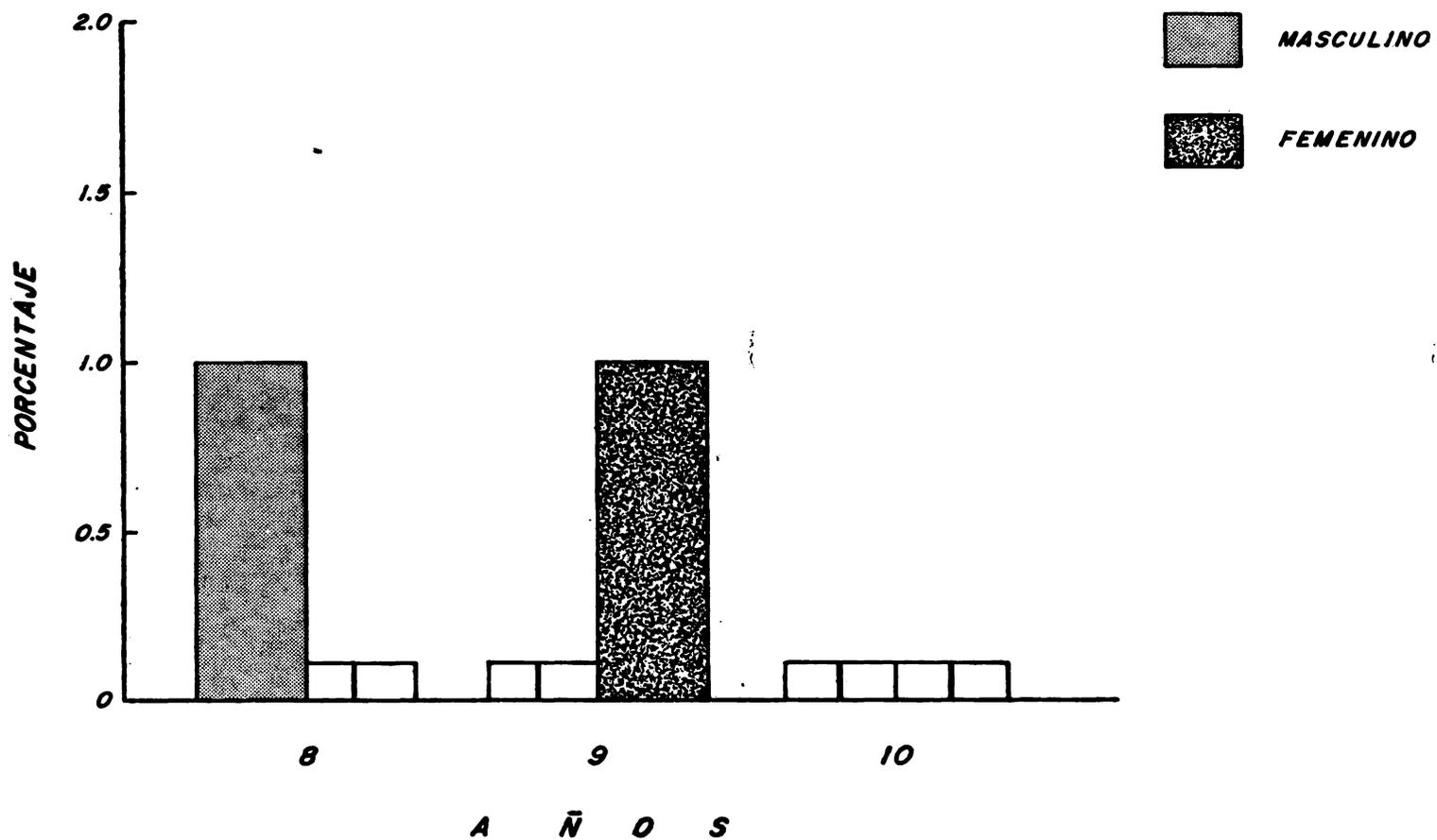
**PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCLUSION CLASE I, TIPO 2
POR EDAD Y SEXO ATENDIDA POR CIRUJANOS DENTISTAS DE
PRACTICA GENERAL**



PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCCLUSION CLASE I, TIPO 2 POR —
 EDAD Y SEXO ATENDIDA POR ESPECIALISTAS.

EDAD	A T E N D I D A				FRECUENCIA %	
	MASCULINO	%	FEMENINO	%		
8	7	1	2	0	9	1
9	6	0	3	1	9	1
10	0	0	2	0	2	0
TOTAL	13	1	7	1	20	2

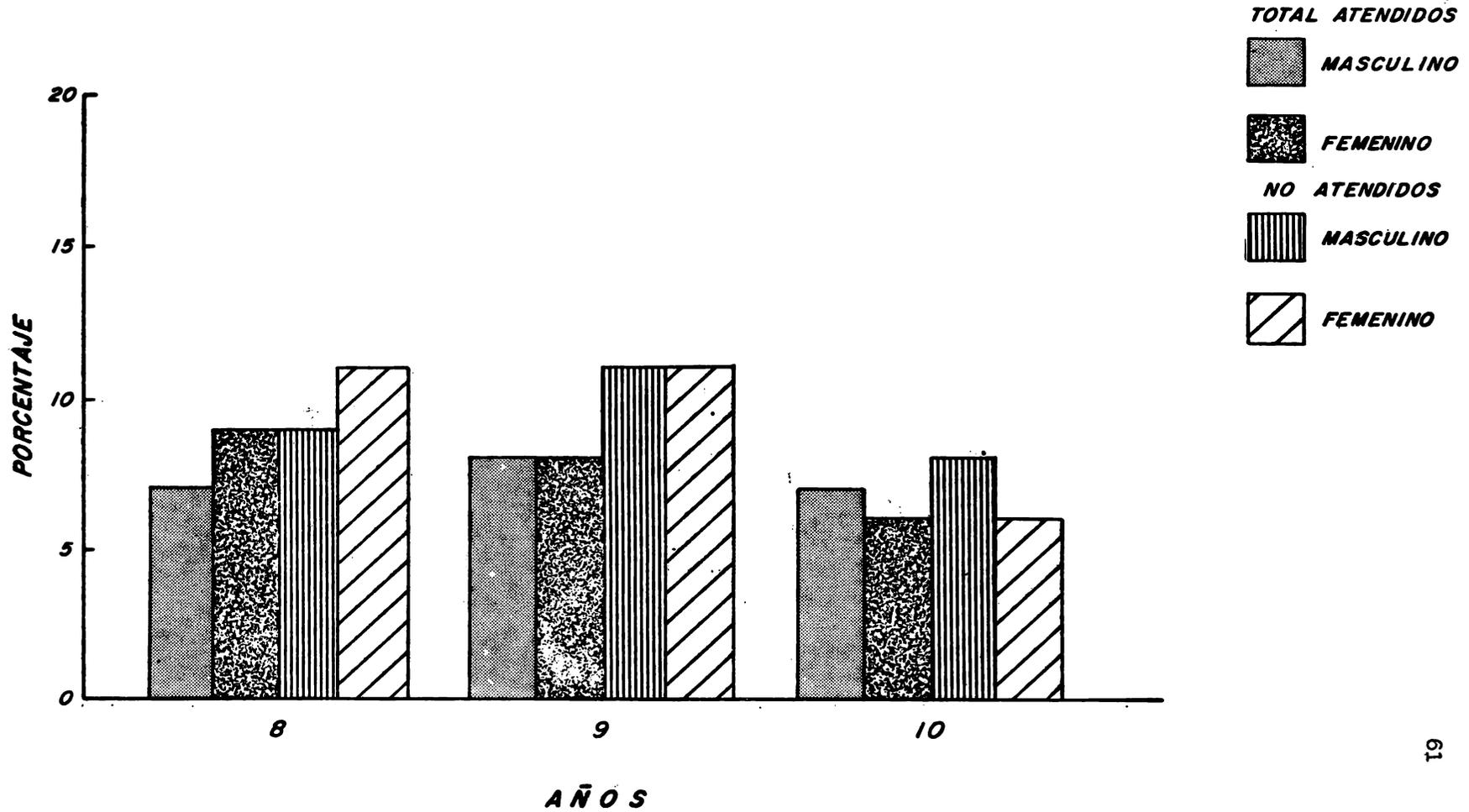
**PORCENTAJE DE LA POBLACION CON MALOCLUSION CLASE I, TIPO 2
POR EDAD Y SEXO ATENDIDA POR ESPECIALISTAS**



CUADRO COMPARATIVO DE LA POBLACION ATENDIDA Y
NO ATENDIDA POR EDAD Y SEXO

E D A D	A T E N D I D O S								T O T A L A T E N D I D O S			
	G E N E R A L				E S P E C I A L I S T A				M A S C U L I N O	%	F E M E N I N O	%
	M A S C U L I N O	%	F E M E N I N O	%	M A S C U L I N O	%	F E M E N I N O	%				
8	61	7	77	8	7	1	2	0	68	7	79	9
9	76	8	70	7	6	0	3	1	82	8	73	8
10	63	7	50	5	0	0	2	0	63	7	52	6
TOTAL	200	22	197	20	13	1	7	1	213	22	204	22

GRAFICA COMPARATIVA DEL PORCENTAJE DE LA POBLACION DE ATENDIDOS Y NO ATENDIDOS POR EDAD Y SEXO



D I S C U S I O N

1. *Introduction*

2.

D I S C U S I O N

De los 6,000 niños observados (100%) el 16% presentó -- maloclusión Clase I de Angle, tipo 2 Dewey-Anderson, dando como resultado que uno de cada seis niños presenta protrusión antero-superior con mordida abierta (cuadro y gráfica I).

No existe ninguna referencia bibliográfica respecto a --- que el sexo se encuentre relacionado con la maloclusión; sin em--- bargo en este estudio se encontró mayor incidencia de un 2% (-- cuadro y gráfica II), de maloclusión, en el sexo masculino.

Tomando la distribución de frecuencia por el cuadro y gráfica III, esta maloclusión se presenta con la misma incidencia en ambos sexos sin existir diferencia significativa entre éstos. La incidencia de la maloclusión es igual tanto en el sexo masculino a los 8 años como en el masculino a los 9 años, siendo su menor -- incidencia en el sexo femenino a los 10 años. Dando a pensar que al aumentar la edad disminuye la maloclusión, esto no ocurre; puesto que a los 9 años presenta su mayor incidencia en la etapa de dentición mixta.

En los estudios efectuados se observó con respecto a las subdivisiones " A " y " B " (cuadro y gráfica IV) que la Clase "B" predominó la "A" en un 4%.

En el cuadro y gráfica V se observa que en las subdivisiones "A" y "B" por sexo, existe un equivalente del 2% de "B" sobre "A" en la muestra de la población.

En la subdivisión "A" en la clasificación por edades de 8, 9 y 10 años se encontró que ésta predominó en el sexo femenino a la edad de 8 años y a la edad de 10 años se observó con menor --

frecuencia (ver cuadro y gráfica VI).

En la subdivisión "B" en el sexo masculino a la edad de 9 años se observó el mayor porcentaje de ésta (11%) y el menor porcentaje (6%) en el sexo femenino a la edad de 10 años, siendo una diferencia de un 5% sobre la mayor (ver cuadro y gráfica VII).

Con esto se concluye que la subdivisión "B" con respecto a la subdivisión "A" predominó por un 4% con la mayor incidencia en el sexo masculino a la edad de 9 años (ver cuadro y gráfica VIII).

De 953 (100%) casos estudiados en 831 (87%) se encontraron hábitos; osea seis de cada siete niños (cuadro y gráfica IX). En las edades de 8, 9 y 10 años se encontró lo siguiente: - que a los 9 años tuvo mayor incidencia y menor a los 10 años, siendo la diferencia del 9% con respecto al primero. De acuerdo al sexo predominó el masculino por un 5% sobre el femenino (ver cuadro y gráfica XI).

En el cuadro y gráfica 12, clasificada por edad y sexo sin hábitos, se observa que el sexo femenino presentó una frecuencia mayor del 3% sobre el masculino a la edad de 9 años.

Por clasificación de hábitos encontramos que la succión del pulgar fue de un 36% sobre los diferentes hábitos presentados en el cuadro y gráfica X, con el predominio del sexo masculino a la edad de 9 años.

Con esto concluimos que la maloclusión de Clase I Angle, tipo 2 Dewey-Anderson es ocasionada en su mayoría por la succión del pulgar, siguiéndole la protrusión lingual con un 28% y la deglución atípica con un 6%.

De los casos mencionados el 56% no fue atendido (ver cuadro y gráfica XIII)., del 44% atendidos establecemos el siguiente cuadro XIV; en él se observa el mismo número de pacientes atendidos en ambos sexos, con un mayor porcentaje a los 8 años en el - sexo femenino y a los 9 años en el sexo masculino, siendo el 1% la diferencia.

En el 56% de no atendidos también se observa que la mitad de éstos fueron del sexo masculino y la otra del sexo femenino, - con mayor incidencia en ambos sexos a la edad de 9 años (cuadro- XV).

De los 417 niños atendidos, 397 niños fueron atendidos -- por Cirujanos Dentistas de Práctica General, de éstos, 200 fueron del sexo masculino y 197 del femenino; con mayor incidencia a los 9 años (cuadro y gráfica XVI), y únicamente 20 de los 417 fueron atendidos por Especialistas siendo aquí la mayor incidencia en el sexo masculino a los 8 años (cuadro y gráfica XVII).

Estos hechos nos llevan a la conclusión que la población- de niños mexicanos con dentición mixta, requieren de una atención más especializada debido al alto índice de maloclusión Clase I - de Angle, tipo 2 Dewey-Anderson (ver cuadro y gráfica XVIII).

CONCLUSIONES

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

1.- La Clase I de Angle, tipo 2 Dewey-Anderson se presenta con mayor incidencia en la etapa de dentición mixta, ya que -- uno de cada seis niños presenta este tipo de maloclusión.

2.- Por sexo, se encontró mayor incidencia de maloclusión en el sexo masculino de un 2% con respecto al sexo femenino.

3.- De acuerdo a la edad, la incidencia de la maloclusión, es igual tanto en el sexo masculino (20%) a los 9 años como en el sexo femenino (20%) a los 8 años de edad.

4.- Con respecto a las subdivisiones "A" y "B", la subdivisión "B" predominó sobre la "A" por un 4%.

5.- Tomando en cuenta edad y sexo, la mayor incidencia -- fue en el sexo masculino a la edad de 9 años.

6.- Del 100% de los casos estudiados, seis de cada siete niños presentaron hábitos bucales perniciosos; clasificándolos -- por edad y sexo se observa el predominio del sexo masculino a la edad de 9 años en un 5% sobre el sexo femenino.

7.- Clasificada por edad y sexo sin hábitos se observa -- que el sexo femenino presentó una mayor frecuencia del 3% sobre - el sexo masculino a la edad de 9 años.

8.- El hábito bucal pernicioso que se presentó con mayor frecuencia en niños de ambos sexos a la edad de 9 años con esta maloclusión es el hábito de succión del pulgar (36%), el cual se encontró relacionado con la mayor incidencia de los dientes ante-

rosuperiores protruidos con mordida abierta, obedeciendo a que --
fuese un factor causante de esta mal posición dental, dato que se
menciona en la revisión bibliográfica.

9.- Del 100% de los casos estudiados se observa un alto -
índice del 12% de la población no atendida con respecto a la atenu
dida.

10.- De acuerdo a la edad y sexo de la población no aten--
dida observamos que su mayor frecuencia fue a la edad de 9 años -
en un 22% en ambos sexos.

11.- Del total de niños atendidos por Cirujanos Dentistas-
de Práctica General, el 22% correspondió al sexo masculino con -
mayor incidencia a los 9 años (8%) y únicamente el 2% fueron atenu
didos por Especialistas, siendo aquí la mayor incidencia en el seu
xo masculino del 1% a los 8 años.

12.- Concluyendo que la población de niños mexicanos con -
dentición mixta, requiere de una atención más especializada debi-
do al alto índice de maloclusión de Clase I de Angle, Tipo 2 - -
Dewey-Anderson.

RESUMEN

R E S U M E N

Al no concordar los resultados en la población extranjera con la población mexicana, se hizo una investigación sobre los incisivos anterosuperiores protruidos con mordida abierta con una muestra representativa de 6,000 niños mexicanos de ambos sexos de 8,9 y 10 años de edad, ya que en ellos está presente la etapa de dentición mixta.

Se llevó a cabo en 32 escuelas particulares y oficiales, de las 16 Delegaciones Políticas que se encuentra dividida la Ciudad de México, considerando una escuela particular y otra oficial por cada Delegación para establecer: 1) la relación comparativa por edad y sexo en donde se presente la mayor frecuencia de la maloclusión Clase I de Angle, Tipo 2 Dewey-Anderson; 2) la frecuencia de acuerdo a la subdivisiones de acuerdo a Dewey-Anderson por edad y sexo; 3) cantidad y tipo de hábitos bucales que padecen los niños, en la cual agrava la maloclusión; 4) los niños que reciben o no atención bucodental comparando a los que la reciben ya sea por Odonólogo de Práctica General o por Especialistas, con el objetivo de conocer el porcentaje de éstos y si tienen un acceso a una atención especializada para determinar si el número de especialistas está en relación a la población infantil del Distrito Federal.

Se encontró que uno de cada seis niños tiene protruida la parte anterosuperior. En cuanto a sexo los niños presentan una mayor frecuencia que las niñas. Por edad corresponde la mayor incidencia a los 9 años en el sexo masculino en cambio disminuye a la edad de 10 años. Habiendo un ligero aumento en la subdivisión "B". En cuestión de hábitos la mayor frecuencia la obtuvo la succión del pulgar en el sexo masculino a la edad de 9 años. De acuerdo a

la población no atendida aumentó en comparación con los atendidos, en ambos sexos. Donde los atendidos la mayoría es por Cirujanos .- Dentistas de Práctica General; en donde observamos que se requiere de dar mayor auge a una atención más especializada para la población infantil mexicana.

BIBLIOGRAFIA

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

- 1.- Ackerman RI; Klapper L
Tongue position and open-bite; the key roles of growth --
and the nasopharyngeal airway.
ASDC J DENT CHILD 1981 Sep-Oct; 48 (5): 339-455
- 2.- Dworkin JP; Culatta RA
Tongue Strength; its relationship to tongue thrusting, --
open-bite, and articulatory proficiency.
J Speech Hear Disord 1980 May; 45(2);277-82
- 3.- Erwin Reichenbach Clínica y Terapéutica Ortopédico Maxilar
Editorial Mundi, -Buenos Aires Argentina, 1^a Edición 1975.
- 4.- ~~Car~~liner D; Gables C
Treatment of the open-bite, utilizing myofunctional therapy.
Fortschr Kieferorthop 1982 -Aug; 43(4);295-307-.
- 5.- Joseph M, Sim Movimientos Dentarios Menores en Niños .
Editorial Mundi, Buenos Aires , Argentina 2^a Edición 1980.
- 6.- Proffit WR; Vig KW
Primary failure of eruption: a possible cause of posterior
open-bite.
Am J Orthod 1981 Aug; 80 (2): 173-90
- 7.- Rowley R; Hill FJ; Winter GB
An investigation of the association between anterior open-n
bite and amelogenesis imperfecta
Am J Orthod 1982 Mar; 81(3);229-35

8. Spuropoulou MN.
Functional occlusion disharmonies in the mixed dentition
Odontostomatol Proodos 1980 Mar-Apr; 34(2); 81-9

- 9.- Storey AT; Diagnosis and Treatment principles for anterior open-bite malocclusions.
Ont Dent 1980 Mar; p.p. 12-8

- 10 .-Trouten JC; Enlow DH; Rabine M; Phelps Ae; Swedlow D
Morphologic factors in open-bite and deep-bite.
Angle Orthod 1983 Jul, 53(3): 192-211.

A P E N D I C E

A P E N D I C E I
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

U. N. A.M.

ODONTOPEDIATRIA

HISTORIA CLINICA No -----

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 NACIONALIDAD _____ GRADO _____ FECHA _____
 ESCUELA _____ DELEGACION _____

CLASE I TIPO 0

PRESENTA

Dientes que se interdigitan normalmente en una buena relación de Clase I y las líneas medias dentarias superior e inferior coinciden entre sí.

CLASE I TIPO I

a) Incisivos inferiores apilados e incisivos superiores espaciados normalmente.

b) Incisivos superiores e inferiores rotados y apilados.

CLASE I TIPO 2

a) Dientes anterosuperiores protruidos y pronunciados.

b) Dientes anterosuperiores protruidos y pronunciados; pronunciada mordida abierta.

CLASE I TIPO 3

77

a) Mordida cruzada anterior de 1 ó 2 incisivos superiores.

b) Mordida cruzada anterior de 3 o 4 incisivos superiores.

CLASE I TIPO 4

a) Mordida cruzada posterior limitada a un diente temporario o al primer molar permanente.

b) Mordida cruzada posterior que involucra a dos o más dientes visualizada como unilateral.

c) Mordida cruzada posterior bilateral - -

CLASE I TIPO 5

a) Pérdida de espacio posterior de 2 a 3 mm. en un cuadrante, debido a la mesialización del primer molar permanente.

b) Pérdida de espacio posterior de más de 3 mm. en un cuadrante, debido a la mesialización del primer molar permanente.

CLASE II DIVISION I

Relación de molares de Clase II en ambos lados y protrusión anterosuperior.

CLASE II DIVISION 2

Relación molar de Clase II en ambos lados- incisivos centrales casi verticales o inclinados hacia lingual e incisivos laterales protruidos.

CLASE III

Relación molar Clase III en ambos lados.

HABITOS: (Marcar con una "X" el hábito que presenta el niño

Succión de Pulgar

Succión de Carrillos

Succión de otro dedo

Succión de labio sup.

Proyección lingual

Respiración bucal

Deglución Atípica

Morder Uñas

ATENCION DENTAL : (Marcar con una "X" según el caso

Atendido

Cirujano Dentista de Práctica General

Especialista

No atendido

APENDICE II

213/ 002377

México, D. F., marzo 2 de 1983

Profesora
Soledad Pérez Pasuengo
Directora de Educación Primaria
en el D. F.
Dirección Núm. 3
Presente

Comunico a usted que, por petición del Lic. Miguel Gutiérrez Martín, Jefe del Departamento Escolar de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M., mediante oficio 76.40/533, de enero 26 del actual, esta Dirección General a su cargo, autoriza a los CC. Cirujanos Dentistas, de la División de Estudios de Posgrado de la mencionada Facultad, cuyos nombres se relacionan, para que realicen una investigación de contenido propedéutico dental en niños de 8 y 9 años, en las escuelas de su jurisdicción, que se relacionan en documento adjunto.

Lo anterior para que se sirva darles las facilidades necesarias.

SEP

Atentamente

Director General



Profra. Emilio Bárcena

DIRECCIÓN GENERAL DE
EDUCACIÓN PRIMARIA

2 ANEXOS

- c.c.p. Profra. María Teresa Hernández Ochoa.-Directora Técnica de la Dirección General de Educación Primaria.
- c.c.p. Lic. Miguel Gutiérrez Martín.-Jefe del Departamento Escolar de la Facultad de Odontología de la U.N.A.M.

EB/RAS/lpga