

74

2^a Gen.

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES**

IZTACALA - U. N. A. M.

**INCIDENCIA DE MALOCCLUSIONES EN LA CLINICA DE
SALUD ECATEPEC, ENEPI. U. N. A. M.**

Ma. de Lourdes Cázarez Ruíz

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
FACTORES ETIOLOGICOS DE LA MALOCCLUSION	3
Clasificación de los factores etiológicos	3
Factores Generales	5
Herencia	5
Defectos Congénitos	6
Ambiente	7
Prenatal	7
Postnatal	7
Ambiente Metabólico Predisponente y Enfermedades	8
Problemas Nutricionales	8
Hábitos de Presión Anormales y Aberraciones Funcionales	9
Postura	12
Accidentes y Traumas	13
Factores Locales	13
Anomalías en el número de los dientes	13
Anomalías en el tamaño de los dientes	14
Anomalías en la forma de los dientes	15
Frenillo Labial Anormal, Barreras Mucosas	15
Pérdida Prematura de dientes deciduos	16
Retención Prolongada y Resorción Anormal de dientes deciduos	17

Erupción tardía de dientes permanentes .	18
Vía eruptiva Anormal	18
Anquilosis	19
Caries Dental	19
Restauraciones Dentales Inadecuadas. . .	20
MATERIAL Y METODO	21
Material	21
Sujetos de estudio.	21
Método	22
RESULTADOS	29
DISCUSION Y COMENTARIO.	62
RESUMEN Y CONCLUSIONES	66
Resumen	66
Conclusiones	66
BIBLIOGRAFIA	69
APENDICE	71
ANEXO	98

**INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES
EN LA CLINICA DE LA SALUD ECATEPEC, ENEPI. UNAM.**

INTRODUCCION

Las maloclusiones son, principalmente, un serio y variado problema en la población infantil, y es necesario re conocer la importancia que éstas tienen puesto que si no se atienden o controlan adecuadamente, van a provocar proble--
mas tanto fisiológicos como psicológicos en los pacientes -
que las padecen.

Debido a la oportunidad que me dió la Universidad Nacional Autónoma de México de poder laborar en la Clínica Odontológica Ecatepec, pude darme cuenta de que no existe -
ningún dato estadístico acerca de la incidencia de maloclu--
siones que existe entre los pacientes que acuden a la Clíni-
ca, por lo que voy a realizar éste estudio esperando que al
gún día se haga un estudio similar en todas las Clínicas de
la Universidad para poder llevar un registro exacto de to--
das las maloclusiones.

Es importante realizar esta clase de estudios es--
tadísticos para saber la realidad respecto a las maloclu--
siones en pacientes mexicanos porque generalmente las estadís--

ticas que existen son las que otros países realizan en su propia población.

Quiero realizar este estudio en la Clínica Odontológica Ecatepec, porque es aquí donde los pacientes de la zona circundante acuden con más frecuencia que a consultorios particulares para ser atendidos de su problema de maloclusión.

Como la especialidad de Ortodoncia, por sí misma no puede suministrar los servicios ortodóncicos necesarios debido al pequeño grupo de ortodoncistas y al, cada vez mayor, número de pacientes con éste problema, el odontólogo general tienen que prepararse sobre todo para prevenir las maloclusiones.

Es importante, además, dar a conocer los resultados de éste estudio tanto a los padres de familia como a los odontólogos generales para que se hagan más conscientes de éste problema y sepan o puedan canalizar adecuadamente a los pacientes que lleguen a presentar cualquier maloclusión o hábito que pueda provocarla, para que pueda prevenirse a tiempo.

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA MALOCCLUSION. (*)

Para poder realizar un buen Diagnóstico en Ortodoncia es necesario conocer cuales son los factores etiológicos o causas que dan como resultado una maloclusión.

Actualmente, no se sabe con exactitud cuál es la causa principal de una determinada maloclusión, sino que generalmente se ven sólo los efectos producidos y a partir de éstos pensamos en cuales pueden ser las causas que lo originaron, pero no llegamos a saber con exactitud que fue lo que produjo ésta deformidad. Esta forma de ver el problema es difícil ya que muchas maloclusiones son semejantes clínicamente pero no obedecen al mismo patrón etiológico.

Para poder estudiar las posibles causas de las maloclusiones es necesario clasificarlas.

CLASIFICACION DE LOS FACTORES ETIOLOGICOS.

FACTORES GENERALES.

- 1.- Herencia.
- 2.- Defectos Congénitos.
- 3.- Ambiente.

(*) I. Graber, p. 239 - 374

- 4.- Ambiente metabólico predisponente y enfermedades.
- 5.- Problemas nutricionales.
- 6.- Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales.
- 7.- Postura.
- 8.- Trauma y accidentes.

FACTORES LOCALES.

- 1.- Anomalías de número.
- 2.- Anomalías en el tamaño de los dientes.
- 3.- Anomalías en la forma de los dientes.
- 4.- Frenillo labial anormal, barreras mucosas.
- 5.- Pérdida prematura.
- 6.- Retención prolongada.
- 7.- Erupción tardía de dientes permanentes.
- 8.- Vía de erupción anormal.
- 9.- Anquilosis.
- 10.- Caries dental.
- 11.- Restauraciones dentarias inadecuadas.

Los sitios primarios principalmente afectados son:
1) Los huesos del esqueleto facial, 2) los dientes, 3) el sistema neuromuscular y 4) las partes blandas, excluyendo los músculos.

Ya que rara vez el sitio afectado es único y general

mente son varios, a uno se le considera como afectado primariamente y a los otros afectados secundariamente.

También el factor tiempo es muy importante en el desarrollo de las maloclusiones y principalmente tiene dos componentes: 1) El período en el que actúa la causa y 2) la edad en que se observa.

La causa puede ser continua o intermitente y puede mostrar sus efectos ya sea prenatal o postnatalmente.

FACTORES GENERALES.

HERENCIA.

La herencia es uno de los factores más importantes en la génesis de las anomalías de oclusión y posición y es necesario comprender que al querer estudiar el papel que desempeña la herencia estamos tratando con probabilidades y como el hijo es producto de padres de herencia diferente, significa que existe la posibilidad de recibir una característica heredada de cada padre o una combinación de ambos para producir una totalmente modificada. Así, un niño puede heredar tamaño y forma de los dientes de un padre y el tamaño de los maxilares del otro, por lo que será de utilidad el estudio cuidadoso de ambos padres así como de los hermanos mayores para observar las tendencias hereditarias normales o anormales.

Se sabe que tanto las características dentales como las faciales muestran una influencia racial hereditaria.

El tipo facial de los hijos también recibe una influencia hereditaria, y también hay una naturaleza ligada al sexo.

Se ha observado también que hay una influencia de la herencia en el patrón de crecimiento y desarrollo y en las características morfológicas dentofaciales específicas tales como: 1) Tamaño de los dientes, 2) anchura y longitud de arcada, 3) altura del paladar, 4) apilamiento y espacios entre los dientes y 5) grado de sobremordida sagital.

DEFECTOS CONGENITOS.

Uno de los principales defectos congénitos que se consideran como etiología de las maloclusiones es el paladar y labio hendidos.

Se sabe que la mitad de pacientes que padecen de este tipo de problema tienen antecedentes familiares de ésta anomalía, y es una de las anomalías congénitas más frecuentes en el hombre.

Para poder hacer la corrección quirúrgica es importante contemplar los gradientes de crecimiento, ya que una intervención prematura puede producir anomalías extrañas pero el tipo de lesión original influye en el daño potencial y para poder realizar el tratamiento del labio y/o paladar hendido es necesario coordinar los servicios de varios especialistas para poder lograr un buen resultado final.

Otros problemas congénitos que interesan al ortodoncista, por su capacidad de provocar maloclusiones, son problemas tales como tumores, parálisis cerebral, tortícolis y sífilis congénita.

AMBIENTE

PRENATAL.

El ambiente prenatal influye también en el desarrollo y crecimiento de un ser humano y algunas veces puede estar involucrado en las etiologías de las maloclusiones ya que puede ser que por la posición uterina, fibromas de la madre, etc., se ocasione una maloclusión por la asimetría marcada -- que puede haber en el cráneo o la cara.

Puede existir hipoplasia de la mandíbula causada -- por una presión o traumatismo intrauterino durante el parto.

POSTNATAL.

Generalmente las maloclusiones no son resultado de lesiones del nacimiento, porque aunque es un gran choque para el recién nacido, los huesos del cráneo se deslizan y amoldan más que las zonas dentarias y faciales por lo que cualquier lesión es temporal, salvo en raras ocasiones como podría ser la deformación del maxilar superior causada durante el parto ya que el obstetra pone el dedo medio de su mano dentro de la boca del niño para así sacar la cabeza y el resultado podría ser una deformidad aparente de la parte superior de la cara.

Menos frecuente son los accidentes que producen - presiones indebidas sobre la dentición en desarrollo. Tam-- bién las caídas que provocan fractura condilar pueden provo-- car asimetría facial marcada.

AMBIENTE METABOLICO PREDISPONENTE Y ENFERMEDADES.

Se deben estudiar las enfermedades que alteran el estado metabólico tales como las febriles y la sífilis por-- que se sabe que pueden retrasar temporalmente el ritmo de -- crecimiento y desarrollo.

Así mismo, algunos factores sistémicos (*), tales como las enfermedades endócrinas pueden causar maloclusiones, así como las enfermedades de efectos paralizantes o de dis-- función muscular, y también son importantes los problemas ti-- roideos, principalmente el hipotiroidismo, que se manifiesta en la dentadura de modo más o menos acentuado como el avia-- miento e hipoplasia del maxilar inferior.

El efecto de las enfermedades generalizadas es dis-- minuir el ritmo de incremento de los huesos faciales por lo que es necesario tener presente el porcentaje de dimensión - facial definitiva alcanzado en distintas edades de interés - clínico.

PROBLEMAS NUTRICIONALES.

Se sabe que una buena nutrición proporciona un buen

(*) G Hirschfeld, p.82

crecimiento facial y que los trastornos graves de ésta tales como el escorbuto, raquitismo y beriberi, pueden provocar maloclusiones graves debido principalmente a la pérdida prematura de dientes o a la retención prolongada de éstos, ya que con deficiencias nutricias graves, el hueso presenta también extensas alteraciones conocidas como osteopatías por carencia. (*)

En algunas partes del mundo hay un gran porcentaje de niños desnutridos porque no reciben los elementos indispensables para una dieta adecuada, y en los países en donde hay un alto nivel de vida, la desnutrición es debida principalmente a la mala utilización de los alimentos ingeridos y no a la insuficiente ingestión de éstos.

HABITOS DE PRESION ANORMALES Y ABERRACIONES FUNCIONALES.

Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular. Hay hábitos que sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares como la acción normal de los labios y la masticación adecuada, los cuales deben distinguirse de los hábitos anormales que psicológicamente pueden estar relacionados con el deseo de llamar la atención.

Los hábitos de presión de succión son causa directa de las peores formas de maloclusión.

- Hábito de Chuparse los Dedos.

Muchos niños presentan durante algún tiempo el chupeteo digital, cosa que generalmente desaparece alrededor de

(*) G. Clarkson, p. 65

los 4 años. El niño substituye la mamila por el dedo cuando está cansado o como consuelo después de un regaño.

Gesell e Ilg, del Laboratorio de Desarrollo Infantil de Yale, afirman que el hábito de chuparse los dedos es normal en una etapa del desarrollo del niño. (*)

Esto puede considerarse como normal durante el primer año de vida, desapareciendo espontáneamente al final del segundo año de vida.

El tipo de maloclusión que se desarrolla depende de la posición del pulgar u otros dedos, de las contracciones de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo.

Debido a que algunos de los problemas producidos -- por éste hábito son similares a las de la maloclusión clase II división 1, se podría pensar en un maxilar retrognático, pero ésto se desarrolla por el peso de la mano o del brazo y forzan a la mandíbula a adoptar una posición de retrusión, sobre mordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas.

Cuando los incisivos son empujados labialmente, el arco mandibular se cierra posteriormente y la lengua está -- mantenida contra el paladar.

Si el niño deja el hábito al final del tercer año de vida puede que la maloclusión se corrija por sí misma, pe-

(*) E. Gesell, p.76

ro muchas veces se necesita tratamiento ortodóncico.

Cuando éste hábito se prolonga o tiene una duración más allá de la primera infancia existen otros dos factores -- que son muy importantes y son la frecuencia y la intensidad. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. En algunos niños la función muscular peribuca y las contorsiones de la cara son muy visibles debido a la intensidad del chupeteo, y en otros niños el hábito es solo la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad muscular visible.

- Otros Hábitos de Presión. (Labio y lengua).

El hábito de lengua protráctil puede quedar como consecuencia del de chupeteo de dedo, pero también puede ser por amígdalas hipertróficas o hipersensitivas. Cuando el niño traga normalmente sus dientes entran en contacto, los labios se cierran y la lengua se mantiene contra el paladar en la parte posterior de los dientes anteriores, pero cuando las amígdalas están hipertróficas los lados de la base de la lengua rozan los pilares y las fosas inflamadas. Esto produce dolor, y por un movimiento reflejo, la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos.

Al existir el hábito de chuparse el dedo se desarrolla una actividad muscular de compensación que acentúa esta deformidad. Al aumentar la sobremordida horizontal, se le dificulta al niño cerrar los labios con lo cual se crea una pre

sión negativa para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la activada anormal del músculo borbia de la barba, y el labio superior permanece hipotónico.

- Mordida de Uñas.

Morderse las uñas ha sido mencionado frecuentemente como causa de malposición dental. Los niños con alta tensión nerviosa adquieren a menudo éste hábito, y es frecuente que ocurra en ello un desajuste social psicológico.

- Aberraciones Funcionales Psicogénicas (Bruxismo).

Aún no se ha establecido si el bruxismo o bricomanía causa maloclusión o si es el resultado de la misma. El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda aunque también se sabe que existe un elemento psicogénico, cinético y neuromuscular o ambiental. La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el bruxismo.

POSTURA.

Se ha tratado de probar que las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusiones. Sin embargo, no es factible que se provoque una maloclusión porque el niño descansa su cabeza sobre las manos durante períodos indeterminados.

dos, o que duerma sobre su brazo o puño.

La mala postura puede acentuar una maloclusión ya existente, pero aún no se ha probado que sea el factor etiológico primario.

ACCIDENTES Y TRAUMAS.

Al aprender a caminar o gatear, el niño recibe muchos golpes en la cara y áreas dentales, y tales traumatismos pueden explicar muchas anomalías eruptivas idiopáticas.

Las lesiones durante el parto o la anoxia, pueden causar lesiones cerebrales; ésto puede destruir el control superior de las neuronas en determinadas centros y causar hipertonía de la musculatura subordinada. Cuando se hallan afectados los músculos linguales, la lengua se describe como "tiesa"; permanece colocada entre los dientes y ocasiona una oclusión abierta. (*)

FACTORES LOCALES

ANOMALIAS EN EL NÚMERO DE LOS DIENTES.

- Dientes Supernumerarios.

Estos dientes no tienen un período definido de formación. Se presentan con mayor frecuencia en el maxilar superior. El más frecuente es el llamado "mesiodens", y generalmente es de forma cónica y se presenta solo o en par.

Es importante conocer la presencia de los dientes supernumerarios ya que pueden provocar desviación o falta de

(*) 7. J.S. Beresford. p. 33

erupción de los dientes permanentes, aunque en ocasiones pueden no estar en contacto con éstos.

Con la extracción cuidadosa de un diente supernumerario generalmente se puede hacer erupcionar al diente permanente.

- Dientes Faltantes.

Es más frecuente que haya dientes faltantes que -- dientes supernumerarios. Los dientes que más faltan son: 1) canino superior e inferior, 2) incisivo lateral superior, 3) segundo premolar inferior, 4) incisivo inferior y 5) segundo premolar inferior.

La herencia desempeña un papel muy importante en éstos casos y por lo general la falta congénita de dientes es en la dentición permanente. Las faltas congénitas son bilaterales con mayor frecuencia.

En caso de que se diagnostique tempranamente la ausencia de algún diente permanente, se tiene que revisar cuidadosamente el diente temporal correspondiente para ver si es posible conservarlo en su lugar. También puede haber dientes faltantes debido a accidentes.

ANOMALIAS EN EL TAMAÑO DE LOS DIENTES.

El tamaño de los dientes es determinado por la herencia, por consiguiente existe una gran variación tanto de persona a persona como dentro del mismo individuo. Por ejemplo, muchas veces un lateral superior puede ser de tamaño y forma normales y el otro ser más pequeño.

Las anomalías de tamaño es más frecuente en la zona de premolares inferiores. A veces se puede observar una diferencia en el tamaño de los dientes al comparar las dos arcadas.

ANOMALIAS EN LA FORMA DE LOS DIENTES.

La anomalía más frecuente es en el lateral en forma de clavo y como su tamaño es pequeño se encuentran espacios grandes.

También el segundo premolar inferior muestra gran variación en su tamaño y forma.

Dichas anomalías pueden deberse a diversos factores tales como hendiduras congénitas, o por defectos del desarrollo como amelogénesis imperfecta, hipoplasia, dens in dente, odontomas, fusiones y aberraciones sifilíticas congénitas.

FRENILLO LABIAL ANORMAL, BARRERAS MUCOSAS.

El diastema entre los centrales superiores puede tener diversas etiologías aunque generalmente se piensa que es por la existencia de un frenillo fibroso.

Esto hace necesario que se realice un examen cuidadoso antes de proceder a la frenectomía, que muchas veces puede resultar innecesaria ya que al realizar el tratamiento ortodóncico, las fibras interpuestas se atrofian.

Una prueba sencilla, llamada "blanqueamiento" fue-

de ayudar a determinar el papel del frenillo. El frenillo se desplaza hacia arriba lo suficiente, a la edad de 10 a 12 -- años, y no provoca ningún cambio en la papila interdientaria, pero cuando existe un frenillo patológico, si se observa un "blanqueamiento" de los tejidos entre los incisivos superiores al jalar el frenillo.

Esta inserción si puede interferir el desarrollo -- normal y cierre del espacio.

Lo principal es determinar cuando esta inserción fi brosa es casual o resultante, porque también aquí el componen te hereditario es un factor importante en diastemas persisten tes.

PERDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS.

Es muy importante la pérdida prematura total o parcial (corona) de los dientes de leche debida a la caries. -- Jarvis ha demostrado que las caries interproximales son muy importantes en el acortamiento de la longitud del arco porque cualquier disminución en el ancho mesiodistal de los molares permanentes, por lo que se considera que el aparato más impor tante en la ortodoncia profiláctica es una restauración bien colocada y bien contorneada en un molar temporal.

La pérdida de los incisivos temporales no suele ser importante porque se mantiene el espacio y son los primeros dientes en erupcionar. Pero si un diente temporal se pierde antes de que las coronas de los incisivos estén en posición de evitar el desplazamiento de un diente de leche, puede resultar una maloclusión.

La pérdida prematura de los caninos temporales si es un problema porque como los caninos permanentes son los últimos en hacer erupción, la pérdida de los temporales puede ocasionar un espaciamiento constante de los dientes anteriores, por lo que los caninos permanentes hacen erupción en labioversión. La pérdida del canino temporal en la mandíbula es más frecuente y más grave porque puede producir inclinación lingual de los cuatro incisivos mandibulares.

La pérdida de dientes permanentes es un factor tan importante de maloclusión como la pérdida de los dientes deciduos. Muchos niños pierden sus primeros molares permanentes por caries y negligencia. Si la pérdida es antes de que la dentición esté completa, el trastorno será muy marcado.

RETENCION PROLONGADA Y RESORCION ANORMAL DE DIENTES DECIDUOS.

La retención prolongada de los dientes deciduos también constituye un trastorno en el desarrollo de la dentición y la interferencia puede hacer que se desvíen los dientes per

manentes en erupción hacia una posición de maloclusión.

Se debe tomar en cuenta el tiempo de exfoliación de cada paciente ya que algunos niños pierden sus dientes a temprana edad, otros son muy lentos y ambos pueden ser considerados como normales.

Cuando los dientes deciduos parecen exfoliarse a -- tiempo se debe observar al paciente porque con frecuencia se retienen fragmentos de raíces que pueden desviar el diente -- permanente.

ERUPCION TARDIA DE DIENTES PERMANENTES.

En éste caso puede haber algún trastorno endócrino, falta congénita de algún diente permanente, la presencia de - un diente supernumerario o de que haya una barrera de tejido, por lo que siempre será necesario hacer los estudios conve--- nientes para diagnosticar adecuadamente el por qué del retardo de la erupción.

VIA ERUPTIVA ANORMAL.

Cuando los dientes erupcionan anormalmente puede -- ser porque existe ya un patrón hereditario de anfitriamiento y - falta de espacio, por lo que la erupción anormal puede ser un sistema de adaptación, aunque también pueden existir trauma-- tismos o barreras físicas que alteren la vía de erupción como dientes supernumerarios, barreras óseas, etc.

También puede existir una erupción ectópica. El diente permanente en erupción provoca resorción en un diente temporal o permanente contiguo y no al diente que reemplazará.

ANQUILOSIS.

Algunas enfermedades congénitas y endócrinas, como la disostosis cleidocraneal pueden predisponer a la anquilosis aunque con frecuencia ésta se presenta sin causa aparente.

La anquilosis se encuentra con frecuencia entre los 6 y 12 años y el diente se puede encontrar total o parcialmente pegado al hueso debido a una perforación del ligamento periodontal produciéndose un "puente" óseo. Este puente, por pequeño que sea, puede frenar la erupción normal del diente, y si se deja, el diente puede ser cubierto por los tejidos en crecimiento haciendo después muy difícil la extirpación quirúrgica.

CARIES DENTAL.

Se le considera como uno de los muchos factores locales de la maloclusión. La caries puede provocar la pérdida prematura de dientes temporales o permanentes produciendo la pérdida de la integridad de las arcadas dentarias. También puede producir inclinación axial anormal, resorción ósea, etc, por lo que se considera como un buen tratamiento ortodóncico preventivo la eliminación de la caries y la restauración ana-

tómica inmediata de los dientes.

RESTAURACIONES DENTALES INADECUADAS.

Una restauración que cause un contacto demasiado apretado causa alargamiento del diente o de los dientes próximos, provocando puntos de contacto funcionales prematuros, y si se coloca más de una restauración con un punto de contacto demasiado apretado, la longitud de la arcada es aumentada hasta el punto en que se crea una interrupción en la continuidad de la arcada.

Una restauración temporal mal colocada en ocasiones es capaz de mover los dientes hasta una posición de mordida cruzada, por lo que se debe tener siempre en cuenta hacer unas restauraciones dentales adecuadas para evitar todo éste tipo de problemas.

MATERIAL Y METODO

El presente trabajo se realizará en la Clínica Odontológica Ecatepec, perteneciente a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UNAM.

MATERIAL

El material que se utilizará será:

- a) Sillón dental.
- b) Espejos dentales.
- c) Hoja Clínica (Anexo #1)
- d) Lápices.

A.- SUJETOS DE ESTUDIO.

Serán todos los pacientes que ingresen a la Clínica de la Salud Ecatepec.

Los criterios que se seguirán para elegir a los sujetos de estudio son:

- a) Edad.

Niños que tengan desde cinco años cumplidos hasta - doce años de edad computados al día de la fecha del estudio.

- b) Raza.

Deben ser de raza mestiza.

- c) Sexo.

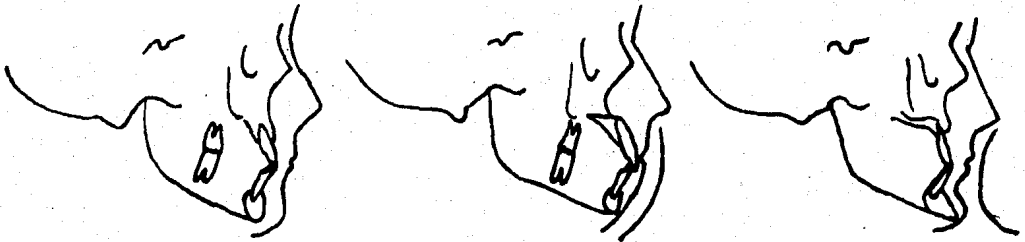
Femenino y masculino

METODO.

Este estudio se realizará por medio de una hoja clínica (Anexo #1), que se elaboró especialmente para este trabajo y se hará por interrogatorio directo o indirecto según sea el caso. Se anotarán los datos como lo indica la siguiente descripción.

- Nombre: Anotar el nombre y apellidos completos del paciente a examinar.
- Dirección: Lugar donde vive el paciente.
- Teléfono: Número telefónico.
- C.P.: Código postal del lugar donde vive el paciente.
- Sexo: Femenino o masculino.
- Ocupación: Labor a que se dedica el paciente.
- Fecha de nacimiento: Día, mes y año de su nacimiento.
- Edad: Anotar la edad exacta en años y meses.
- No. de H.C. Ecatepec: No. de historia clínica general de la Clínica Ecatepec.
- Ficha No. : Número correspondiente en éste estudio.
- Exámen Clínico General: Anotar solamente los padecimientos importantes que padezca el paciente, así como sus manifestaciones clínicas.
- Exámen Oral General: Anotar las piezas con caries que presenta el paciente, malposiciones, obturaciones, etc.
- Convexidad Facial: Marcar si es convexa, ortognata o

cóncava, considerando como ortógnata la cara que se halla sobre un eje vertical que va desde el nasión hasta el pogonión, convexa cuando los dientes y su hueso alveolar están colocados hacia adelante de éste eje y cóncava cuando están colocados - hacia atrás del eje, como se observa en los siguientes esquemas.



recto

convexo

concavo

- Simetría Facial: Marcar si es simétrica o asimétrica, teniendo en cuenta que aunque siempre existen diferencias insignificantes entre las mitades derecha e izquierda de la cara, se considera que presenta una simetría bilateral. Las --asimetrías más importantes son las que deben observarse y anotarse, ya que reflejan un trastorno subsyacente en el marco - esqueleto dental de la cara.

- Naríz: Marcar si es pequeña, término medio o grande, tomando en cuenta los siguientes esquemas.

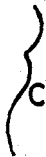
pequeña

media

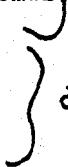
grande



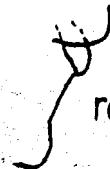
- **Labios:** Marcar si son cerrados (suficientes), abiertos (insuficientes) o retenidos con un diente, considerando que los labios son suficientes cuando el paciente cierra los labios con facilidad y cuando estos forman, en reposo, un sellado natural. Si el paciente experimenta cierta dificultad para cerrarlos y si éstos quedan separados en reposo, se considera que son insuficientes. En algunos casos de insuficiencia, los labios pueden estar retenidos con un diente como lo muestran los siguientes esquemas:



} cerrados



} abiertos

} retenidos
con
diente

- **Piezas dentarias:**

- a) **Presentes:** Anotar las piezas presentes en cavidad oral.
- b) **Ausentes:** Anotar las piezas que aún no han erupcionado o que estén ausentes congénitamente.
- c) **Extraídas:** Anotar el número de piezas que han sido extraídas.

- Hábitos. Marcar con una cruz el hábito que presente.
- Maloclusión: Anotar el tipo de maloclusión que tenga el paciente, según la clasificación de Angle incluyendo la terminología de Lisher. (*)

a) Clase I o Neutroclusión.

Es la relación mesiodistal del arco mandibular con el arco maxilar (faceta triangular) del primer molar permanente superior con su encaje en el surco bucal del primer molar permanente inferior.

- Relación de Caninos: La vertiente mesial del canino superior contacta con la vertiente distal del canino inferior.

- Relación de incisivos: El over-bite y el over-jet deben ser de dos milímetros.

-- Tipo I.- Apilamiento o racimo de incisivos. Los caninos están frecuentemente en labial.

-- Tipo II.- Protrusión o labioversión de los incisivos superiores.

-- Tipo III.- Uno o más incisivos superiores en linguoversión con respecto a los incisivos inferiores.

-- Tipo IV.- Molares solos o molares y premolares en bucolinguoversión.

-- Tipo V.- Avance mesial de molares resultante de la pérdida prematura de dientes.

(*) J. Anderson, G.H., p. 114 - 121.

b) Clase II o Distoclusión.

Esta es la relación distal del arco mandibular con el arco maxilar, como se muestra por la relación de la cúspide mesiobucal (faceta triangular) del primer molar permanente superior, adaptándose en el espacio interproximal entre el primer molar permanente inferior y el segundo premolar y la cúspide distobucal del primer molar permanente superior encaja dentro del surco bucal del primer molar permanente inferior.

- División 1. Protrusión (labioversión) de los incisivos superiores, arco maxilar estrecho.

- Subdivisión: Unilateral, un solo lado distal.

- División 2. Incisivos retruidos o recesivos superiores, incisivos laterales frecuentemente labiales.

- Subdivisión: Un solo lado solamente distal.

c) Clase III o Mesioclusión.

Esta es la relación mesial del arco mandibular con el maxilar, como lo muestra la relación de la cúspide mesiobucal (faceta triangular) del primer molar permanente superior, encaja en la hendidura bucal entre el primer y segundo molar permanente inferior y el segundo premolar permanente superior encajando en la hendidura bucal del primer molar permanente inferior.

- Relación de Caninos: La vertiente mesial del canino superior está muy por detrás de la vertiente distal del ca-

nino inferior.

- Relación de Incisivos: Los incisivos inferiores están por delante de los incisivos superiores. La relación de sobremordida horizontal es negativa.

- Tipo I.- Los dientes superiores e inferiores en buen alineamiento y los incisivos de borde a borde.

- Tipo II.- Dientes superiores bien alineados, incisivos inferiores linguales con respecto a los superiores apiñados.

- Tipo III.- Dientes inferiores apiñados a veces, los inferiores en buen alineamiento, incisivos inferiores labiales con respecto a los superiores.

- División: Bilateral.

-- Subdivisión: Unilateral, un solo lado me-
sial.

Una vez obtenidos todos éstos datos de todos los pa-
cientes examinados, se hará el procesamiento de éstos.

Primero se agrupará el total de pacientes de cada -
edad, sexo, convexidad facial (convexa, ortognata ó cóncava),
simetría facial (simétrica o asimétrica), Nariz (pequeña, ter-
mino medio, grande), labios (cerrados, abiertos o retentidos -
con un diente), tipo de hábito y tipo de maloclusión.

Posteriormente se sacará el resultado porcentual de
todos los datos anteriores se graficarán y se sacarán las --
conclusiones.

RESULTADOS

Al haber revisado un total de 208 pacientes, de los cuales 91 fueron masculinos y 109 femeninos, se obtuvieron -- los siguientes resultados:

Sexo Masculino:

Edad: 5 años.

Hubo 9 pacientes de ésta edad, de los cuales en -- Convexidad Facial hubo 2 convexos, 6 ortógnatas y 1 cóncavo. En Simetría Facial los 9 fueron simétricos y presentaron Na-- ríz media. Ocho pacientes presentaron Labios cerrados sufi-- cientes y uno Labios abiertos insuficientes. El Hábito de -- succión lo presentó solo un paciente, y otro paciente presen-- tó el hábito de morderse el labio inferior. En cuanto a las Maloclusiones, 5 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 2 pacientes presentaron la Clase I tipo 1; 1 paciente presentó la Clase I tipo 2, y un paciente presentó la Maloclu-- sión Clase III tipo 3.

Edad: 6 años.

Los pacientes de ésta edad fueron 6. En Convexi-- dad Facial los 9 fueron ortógnatas y simétricos en Simetría -- Facial. Uno presentó Naríz pequeña y 8 de nariz media. Los

9 pacientes presentaron Labios cerrados suficientes. Uno presentó el hábito de succión y uno el hábito de morder objetos. Cuatro pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 3 presentaron la Clase I tipo 1; uno presentó la Clase I tipo 3, y uno presentó la Clase I tipo 5.

Edad: 7 años.

Hubo 12 pacientes de ésta edad, de los cuales en Convexidad Facial 10 fueron ortognatas y 2 cóncavos. En Simetría Facial los 12 eran simétricos. Dos pacientes presentaban Naríz pequeña y 10 naríz media. Once pacientes presentaban Labios cerrados suficientes y uno labios abiertos insuficientes. Dos de los pacientes presentaban el hábito de morder objetos, y en las Maloclusiones, 4 pacientes presentaron Maloclusión Clase I tipo 0; 4 presentaron la Clase I tipo 1; y otros 4 presentaron la Clase I tipo 3.

Edad: 8 años.

Los pacientes de ésta edad fueron 18. En Convexidad Facial 2 eran convexos, 15 eran ortognatas y 1 era cóncavo. En Simetría Facial 15 eran simétricos y 3 eran asimétricos. Dos pacientes presentaban Naríz pequeña y 16 la tenían media. Los 18 pacientes presentaban Labios cerrados suficientes. Sólo cuatro pacientes presentaban el hábito de morder objetos. En las Maloclusiones, 5 pacientes presentaron la

Maloclusión Clase I tipo 0; 7 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 1; 1 paciente presentó la Clase I tipo 2; 3 pacientes presentaron la Clase I tipo 3, y 2 pacientes presentaron la Clase III tipo 3.

Edad: 9 años.

Fubo un total de 14 pacientes, de los cuales en Convezidad Facial 2 eran convexos, 12 ortógnatas. En Simetría Facial 13 eran simétricos y 1 era asimétrico. La Nariz de 5 pacientes era pequeña y la de los 9 restantes era media. Los 14 pacientes presentaron Labios cerrados suficientes y 5 pacientes presentaron el hábito de morder objetos. En cuanto a las Maloclusiones, 2 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 7 presentaron la Clase I tipo 1; 1 presentó la Clase I tipo 2; 2 presentaron la Clase I tipo 3; 1 presentó la Clase I tipo 4, y 1 presentó la Clase I tipo 5.

Edad: 10 años.

Fueron 12 pacientes de 10 años. En Convexidad Facial 1 presentó convexa, 8 fueron ortógnatas y 3 cóncavos. - Los doce pacientes tuvieron Simetría Facial simétrica. La Nariz de 10 pacientes fue media y de 2 fue pequeña. Once de -- los pacientes presentaron Labios cerrados suficientes y uno - labios abiertos insuficientes. Sólo un paciente presentó el hábito de morder objetos y en las Maloclusiones, 3 pacientes

presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 5 presentaron la Clase I tipo 1; 1 presentó la Clase I tipo 2; 1 presentó la Clase I tipo 5; 1 presentó la Maloclusión Clase III tipo 1, y 1 presentó la Clase III tipo 3.

Edad: 11 años.

Hubo 12 pacientes de 11 años. Uno presentó Convexidad Facial convexa y once la presentaron ortógnata. En Simetría Facial los 11 eran simétricos y 1 era asimétrico. Dos pacientes presentaron la Naríz pequeña y 10 la presentaron media. Los 12 pacientes presentaron Labios cerrados suficientes. Un paciente presentó el hábito de succión y 3 presentaron el de morder objetos. Un paciente presentó la Maloclusión Clase I tipo 0; 8 presentaron la Clase I tipo 1; 2 presentaron la Clase I tipo 3; uno presentó la Clase II tipo 1.

Edad: 12 años.

Sólo hubo 5 pacientes de ésta edad, de los cuales en Convexidad Facial 4 eran ortógnatas y 1 era cóncavo. Los 5 pacientes eran simétricos en Simetría Facial. La Naríz de 2 de los pacientes era pequeña y la de los 3 restantes era media. Los cinco presentaron Labios cerrados suficientes y sólo uno presentó el hábito de morder objetos. En las Maloclusiones, 1 presentó la Clase I tipo 0; 1 presentó la Clase I tipo 1, y 3 presentaron la Clase I tipo 3.

Sexo Femenino:

Edad 5 años:

Hubo 10 pacientes. En Convexidad Facial las 10 -- eran ortógnatas, y en Simetría Facial todas eran simétricas. Una presentó la nariz pequeña y 9 la presentaron media. Las 10 pacientes presentaron labios cerrados suficientes. Dos de las pacientes presentaron el hábito de succión. En las Malocclusiones, 8 presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 1 -- presentó la Clase I tipo 1; 1 presentó la Clase I tipo 2.

Edad: 6 años.

Fueron 16 pacientes de ésta edad. En Convexidad -- Facial 2 eran convexas y 14 eran ortógnatas. En Simetría Facial 15 eran simétricas y 1 asimétrica. Una presentó la Nariz pequeña y 15 la presentaron media. Las 15 pacientes presentaron labios cerrados suficientes y 1 presentó el hábito de -- morder objetos. En las Malocclusiones, 9 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 3 presentaron la Clase I -- tipo 1; 3 presentaron la Clase I tipo 3, y una paciente -- presentó la Maloclusión Clase III tipo 3.

Edad: 7 años.

De ésta edad hubo 18 pacientes. En Convexidad Facial 2 eran convexas y 14 eran ortógnatas. En Simetría Facial las 18 fueron simétricas. Dos pacientes presentaron Nariz pequeña y 16 presentaron nariz media. Las 18 pacientes presen-

taron Labios cerrados suficientes. Tres de las pacientes presentaron el hábito de succión y otras tres presentaron el de morder objetos. En las Maloclusiones, 4 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; diez pacientes presentaron la Clase I tipo 1; 2 pacientes presentaron la Clase I tipo 3; y 1 paciente presentó la Maloclusión Clase III tipo 3.

Edad: 8 años.

Hubo 19 pacientes, de las cuales en Convexidad Facial 18 fueron ortógnatas y 1 fue cóncava. En Simetría Facial las 18 fueron simétricas y una fue asimétrica. Dos de las pacientes presentaron la Nariz pequeña y 17 Nariz media. Las 19 pacientes presentaron labios cerrados suficientes. Una paciente presentó el hábito de succión, 2 pacientes presentaron el de morder objetos y una presentó el de chuparse los labios. En las Maloclusiones, 6 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 4 presentaron la Clase I tipo 1; 1 presentó la Clase I tipo 2; 7 presentaron la Clase I tipo 3 y 1 paciente presentó la Clase I tipo 4.

Edad: 9 años.

Hubo 15 pacientes. En Convexidad Facial 2 fueron convexas, 10 ortógnatas y 3 cóncavas. Las 15 pacientes fueron simétricas en Simetría Facial. Una paciente presentó la Nariz pequeña y las 14 restantes la presentaron media. Las 15 pacientes presentaron labios cerrados suficientes. Un pa-

ciente presentó el hábito de succión, 6 pacientes presentaron el hábito de morder objetos y una el hábito de churarse el labio inferior. En las Maloclusiones 5 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 0; 6 pacientes presentaron la Clase I tipo 1; 1 presentó la Clase I tipo 4, y 3 pacientes presentaron la Maloclusión Clase III tipo 3.

Edad: 10 años.

Fueron 13 pacientes en total. En Convexidad Facial una era convexa, y 12 eran ortógnatas. En Simetría Facial -- las 13 eran simétricas y las 13 presentaron labios cerrados suficientes, y Nariz media. Una paciente presentó el hábito de succión y siete pacientes presentaron el de morder objetos. En las Maloclusiones, 1 presentó la Maloclusión Clase I tipo 0; 8 presentaron la Clase I tipo 1; 2 presentaron la Clase I tipo 2; 1 presentó la Clase I tipo 3, y 1 presentó la Clase I tipo 5.

Edad: 11 años.

Hubo 13 pacientes, de las cuales en Convexidad Facial 2 fueron convexos, 9 ortógnatas y 2 cóncavos. En Simetría Facial 11 eran simétricos y dos asimétricos. Doce de los pacientes presentaron labios cerrados suficientes, y las 13 presentaron Nariz media. Un paciente presentó el hábito de morder objetos. En las Maloclusiones, 5 pacientes presenta--

ron la Clase I tipo 0; 4 pacientes presentaron la Clase I tipo 1; 1 paciente presentó la Clase I tipo 2, y tres pacientes presentaron la Maloclusión Clase III tipo 3.

Edad: 12 años.

Hubo 5 pacientes. En Convexidad Facial 1 era convexa, 3 eran ortógnatas y 1 era cóncava. En Simetría Facial 4 eran simétricas y 1 era asimétrica. 1 paciente presentó -- la Naríz pequeña y 4 la presentaron media. Las cinco pacientes presentaron Labios cerrados suficientes. No presentaron ningún hábito. En las Maloclusiones, 2 pacientes presentaron la Maloclusión Clase I tipo 1; 1 paciente presentó la Clase I tipo 4; 1 paciente presentó la Clase II tipo 1, y 1 presentó la Clase II¹ tipo 3.

TOTALES:

Sexo Masulino:

Hubo en total en Convexidad Facial 8 pacientes convexos, 75 pacientes ortógnatas y 8 pacientes cóncavos. En Simetría Facial hubo 86 simétricos y 5 asimétricos. En Naríz - hubo 16 con Naríz pequeña y 75 con naríz media. Hubo 88 con Labios cerrados suficientes y 3 con labios abiertos insuficientes. Hubo 3 con hábitos de succión y 18 con otro tipo de hábito. En las Maloclusiones hubo 25 con Maloclusión Clase I tipo 0; 37 con Maloclusión Clase I tipo 1; 4 con Maloclusión Clase I tipo 2; 15 con Maloclusión Clase I tipo 3; 1 con Mal-

oclusión Clase I tipo 4; 3 con Maloclusión Clase I tipo 5; 1 paciente con Maloclusión Clase II tipo 1; 1 paciente con Maloclusión Clase III tipo 1; y 4 pacientes con Maloclusión Clase III tipo 3.

Sexo Femenino:

En Convexidad Facial hubo en total 11 pacientes convexos, 91 pacientes ortognatas y 7 pacientes cóncavos. En Simetría Facial hubo 104 pacientes simétricos y 5 asimétricos. Hubo 9 con Naríz pequeña y 100 con Naríz media. Hubo 106 pacientes con Labios cerrados suficientes, 2 pacientes con labios abiertos insuficientes y 1 paciente con labio retenido con un diente. Hubo 8 pacientes que presentaron el hábito de succión, 1 paciente con lengua protráctil y 26 pacientes con otro tipo de hábito. En las Maloclusiones hubo 38 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 0; 38 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 1; 5 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 2; 13 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 3; 3 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 4; 2 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 5; 1 paciente con Maloclusión Clase II tipo 1, y 9 pacientes con Maloclusión Clase III tipo 3.

Sumando todos los datos para un resultado final encontramos que en Convexidad Facial hubo 19 pacientes convexos, 156 pacientes ortognatas y 15 pacientes cóncavos. En Simetría

Facial hubo 190 pacientes simétricos y 10 pacientes asimétricos. Hubo un total de 80 pacientes con Naríz pequeña y 120 - pacientes con naríz media. 194 pacientes presentaron labios cerrados suficientes, 5 pacientes con labios abiertos insuficientes y 1 con labios retenidos con un diente. Hubo 11 pacientes que presentaron el hábito de succión, 1 paciente con el hábito de lengua protráctil y 45 pacientes con otro tipo de hábitos. En las Maloclusiones hubo 63 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 0; 74 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 1; 9 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 2; 28 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 3; 5 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 4; 5 pacientes con Maloclusión Clase I tipo 5; 2 pacientes con Maloclusión Clase II tipo 1; 1 paciente con Maloclusión Clase III tipo 1, y 13 pacientes con Maloclusión Clase III tipo 3.

TABLA DE REGISTRO DE
CONVEXIDAD FACIAL
EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

EDAD	CONVEXA	%	CRTOCNATA	%	CONCAVA	%	TOTAL	%
5	2		6		1		9	
		2.19		6.59		1.09		9.87
6	-		9		-		9	
		-		9.87		-		9.87
7	-		10		2		12	
		-		10.98		2.19		13.17
8	2		15		1		18	
		2.19		15.48		1.09		19.76
9	2		12		-		14	
		2.19		13.17		-		15.36
10	1		8		3		12	
		1.09		8.79		3.29		13.17
11	1		11		-		12	
		1.09		12.08		-		13.17
12	-		4		1		5	
		-		4.39		1.09		5.48
TOTAL	8		75		8		91	
		8.75		82.50		8.75		100

**TABLA DE REGISTRO DE
CONVEXIDAD FACIAL
EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO**

EDAD	CONVEXA	%	ORTOGONA	%	CONCAVA	%	TOTAL	%
5	7		10		-		10	
		-		9.17		-		9.17
6	2		14		-		16	
		1.83		12.48		-		14.67
7	3		15		-		18	
		2.75		13.76		-		16.51
8	-		18		1		19	
		-		16.51		.91		17.42
9	2		10		3		15	
		1.83		9.17		2.75		13.76
10	1		12		-		13	
		.91		11		-		11.91
11	2		9		2		13	
		1.83		8.25		1.83		11.91
12	1		3		1		5	
		.91		2.75		.91		4.57
TOTAL	11		91		7		109	
		10.06		83.44		6.50		100

**TABLA DE REGISTRO DE
CONVEXIDAD FACIAL**

TOTAL

EDAD	CONVEXA	%	ORTOGONATA	%	CONCAVA	%	TOTAL	%
5	2		16		1		19	
		1		8		.5		9.5
6	2		23		-		25	
		1		11.5		-		12.5
7	3		25		2		30	
		1.5		12.5		1		15
8	2		33		2		37	
		1		16.5		1		18.5
9	4		22		3		29	
		2		11		1.5		14.5
10	2		20		3		25	
		1		10		1.5		12.5
11	3		20		2		25	
		1.5		10		1		12.5
12	1		7		2		10	
		.5		3.5		1		5
TOTAL	19		166		15		200	
		9.5		83		15		100

**TABLA DE REGISTRO DE
SIMETRIA FACIAL
EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO**

EDAD	SIMETRICA	%	ASIMETRICA	%	TOTAL	%
5	9		-		9	
		9.89		-		9.89
6	9		-		9	
		9.89		-		9.89
7	12		-		12	
		13.18		-		13.18
8	15		3		18	
		16.48		3.29		19.77
9	13		1		14	
		14.28		1.09		15.37
10	12		-		12	
		13.18		-		13.18
11	11		1		12	
		12.08		1.09		13.18
12	5		-		5	
		5.49		-		5.49
TOTAL	86		5			
		94.53		5		100

**TABLA DE REGISTRO DE
SIMETRIA FACIAL
EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO**

EDAD	SIMETRICA	%	ASIMETRICA	%	TOTAL	%
5	10		-		10	
		9.17		-		9.17
6	15		1		16	
		13.76		.91		14.67
7	18		-		18	
		16.51		-		16.51
8	18		1		19	
		16.51		.91		17.42
9	15		-		15	
		13.76		-		13.75
10	13		-		13	
		11.92		-		11.92
11	11		2		13	
		10.09		1.83		11.92
12	4		1		5	
		3.66		.91		4.57
TOTAL	104		5		109	
		95.44		4.56		100

TABLA DE REGISTRO DE
SINETRIA FACIAL
TOTAL

EDAD	SINETRICA	%	ASINETRICA	%	TOTAL	%
5	19		-		19	
		9.5		-		9.5
6	24		1		25	
		12		.5		12.5
7	30		-		30	
		15		-		15
8	33		4		37	
		16.5		2		18.5
9	28		1		29	
		14		.5		14.5
10	25		-		25	
		12.5		-		12.5
11	22		3		25	
		11		1.5		12.5
12	9		-		9	
		4.5		-		4.5
TOTAL	190		10		200	
		95		5		100

TABLA DE REGISTRO DE
 NARIZ
 EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

EDAD	PEQUEÑA	%	MEDIA	%	TOTAL	%
5	-		9		9	
		-		9.88		9.88
6	1		8		9	
		1.09		8.79		9.88
7	2		10		12	
		2.19		10.98		13.17
8	2		16		18	
		2.19		17.58		19.77
9	5		9		14	
		5.49		9.89		15.38
10	2		10		12	
		2.19		10.98		13.17
11	2		10		12	
		2.19		10.98		13.17
12	2		3		5	
		2.19		3.29		5.49
TOTAL	16		75		91	
		17.62		82.38		100

TABLA DE REGISTRO DE
NARIZ
EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO

EDAD	PEQUEÑA	%	MEDIA	%	TOTAL	%
5	1		9		10	
		.91		8.25		9.16
6	1		15		16	
		.91		13.76		14.67
7	2		16		18	
		1.83		14.67		16.50
8	2		17		19	
		1.83		15.59		17.42
9	1		14		15	
		.91		12.84		13.76
10	-		13		13	
		-		11.92		11.92
11	1		12		13	
		.91		11.01		11.92
12	1		4		5	
		.91		3.66		4.57
TOTAL	5		104		109	
		4.57		95.43		100

TABLA DE REGISTRO DE
PARIZ
TOTAL

EDAD	PEQUEÑA	%	EDIA	%	TOTAL	%
5	1		18		19	
		.5		9		9.5
6	2		23		25	
		1		11.5		12.5
7	4		26		30	
		2		13		15
8	4		33		37	
		2		16.5		18.5
9	6		23		29	
		3		11.5		14.5
10	2		23		25	
		1		11.5		12.5
11	3		22		25	
		1.5		11		12.5
12	3		7		10	
		1.5		3.5		5
TOTAL	60		120		200	
		40		60		100

TABLA DE REGISTRO DE
LABIOS
EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

EDAD	CERRADOS SUFICIENTES	%	ABIERTOS INSUFICIENTES	%	RETENIDOS CON UN DIENTE	%	TOTAL	%
5	8		1		-		9	
		8.79		1.09		-		9.88
6	9		-		-		9	
		9.88		-		-		9.88
7	11		1		-		12	
		12.08		1.09		-		13.17
8	18		-		-		18	
		19.78		-		-		19.78
9	14		-		-		14	
		15.38		-		-		15.38
10	11		1		-		12	
		12.08		1.09		-		13.17
11	12		-		-		12	
		13.17		-		-		13.17
12	5		-		-		5	
		5.49		-		-		5.49
TOTAL	88		3		-		91	
		96.73		3.27		-		100

TABLA DE REGISTRO DE
LABIOS
EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO

EDAD	CERRADOS SUFICIENTES	%	ABIERTOS INSUFICIENTES	%	RETENIDOS CON UN DIENTE	%	TOTAL	%
5	10		-		-		10	
		9.17		-		-		9.17
6	15		1		-		16	
		13.76		.91		-		14.67
7	18		-		-		18	
		16.51		-		-		16.51
8	19		-		-		19	
		17.43		-		-		17.43
9	15		-		-		15	
		13.76		-		-		13.76
10	11		1		1		13	
		10.09		.91		.91		11.91
11	13		-		-		13	
		11.91		-		-		11.91
12	5		-		-		5	
		4.58		-		-		4.58
TOTAL	106		2		1		109	
		97.27		1.82		.91		100

TABLA DE REGISTRO DE
LABIOS
TOTAL

EDAD	CERRADOS SUFICIENTES	%	ABIERTOS INSUFICIENTES	%	RETENIDOS CON UN DIENTE	%	TOTAL	%
5	18		1		-		19	
		9		.5		-		9.5
6	24		1		-		25	
		12		.5		-		12.5
7	29		1		-		30	
		14.5		.5		-		15
8	37		-		-		37	
		18.5		-		-		18.5
9	29		-		-		29	
		14.5		-		-		14.5
10	22		2		1		25	
		11		1		.5		12.5
11	25		-		-		25	
		12.5		-		-		12.5
12	10		-		-		10	
		5		-		-		5
TOTAL	194		5		1		200	
		97		2.5		.5		100

TABLA DE REGISTRO DE
HABITOS
EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

EDAD	SUCCION	%	LENGUA PROTRACTIL	%	OTROS	%	TOTAL	%
5	1		-		1		2	
		1.09		-		1.09		2.18
6	1		-		1		2	
		1.09		-		1.09		2.18
7	-		-		2		2	
		-		-		2.18		2.18
8	-		-		4		4	
		-		-		4.39		4.39
9	-		-		5		5	
		-		-		5.49		5.49
10	1		-		1		2	
		1.09		-		1.09		2.18
11	1		-		3		4	
		1.09		-		3.29		4.39
12	-		-		1		1	
		-		-		1.09		1.09
TOTAL	3		-		18		21	
		3.27		-		19.72		51.99

TABLA DE REGISTRO DE
HABITOS
EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO

EDAD	SUCCION	%	LENGUA PROTRACTIL	%	OTROS	%	TOTAL	%
5	2		-		-		2	
		1.83		-		-		1.83
6	-		-		2		2	
		-		-		1.83		1.83
7	3		-		3		6	
		2.75		-		2.75		5.50
8	1		-		3		4	
		.91		-		2.75		3.66
9	1		-		7		8	
		.91		-		6.42		7.33
10	1		-		7		8	
		.91		-		6.42		7.33
11	-		1		4		5	
		-		.91		3.66		4.57
12	-		-		-		-	
		-		-		-		-
TOTAL	8		1		26		35	
		7.31		.91		23.83		32.05

TABLA DE REGISTRO DE
HABITOS
TOTAL

EDAD	SUCCION	%	LENGUA PROTRACTIL.	%	OTROS	%	TOTAL	%
5	3		-		1		4	
		1.5		-		.5		2
6	1		-		3		4	
		.5		-		1.5		2
7	3		-		5		8	
		1.5		-		2.5		4
8	1		-		7		8	
		.5		-		3.5		4
9	1		-		12		13	
		.5		-		6		6.5
10	2		-		8		10	
		1		-		4		5
11	1		1		7		9	
		.5		.5		3.5		4.5
12	-		-		1		1	
		-		-		.5		.5
TOTAL	11		1		45		57	
		5.5		.5		22.5		27.5

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCCLUSION
CLASE I
EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

EDAD	TIPO	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	TOTAL	%
5	5	2		1		-		-		-		-		8	
		5.49		2.19		1.09		-		-		-		8.77	
6	4	3		-		1		-		1		-		9	
		4.39		3.29		-		1.09		-		1.09		9.86	
7	4	4		-		4		-		-		-		12	
		4.39		4.39		-		4.39		-		-		13.17	
8	5	7		1		3		-		-		-		16	
		5.49		7.69		1.09		3.29		-		-		17.56	
9	2	7		1		2		1		1		-		14	
		2.19		7.69		1.09		2.19		1.09		-		15.38	
10	3	5		1		-		-		-		1		10	
		3.29		5.49		1.09		-		-		1.09		10.98	
11	1	8		-		2		-		-		-		11	
		1.09		8.77		-		2.19		-		-		12.08	
12	1	1		-		3		-		-		-		5	
		1.09		1.09		-		3.29		-		-		5.49	
TOTAL	25	37		4		15		1		3		-		85	
		27.49		40.62		4.36		16.44		1.09		3.27		93.40	

TABLA DE REGISTRO DE
VALOCINEION

CLASE I

EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO

EDAD	TIPC	C	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	TOTAL	%
5		8		1		1		-		-		-		10	
			7.33		.91		.91		-		-		-		9.87
6		9		3		-		3		-		-		15	
			8.25		2.75		-		2.75		-		-		13.75
7		4		10		-		2		-		1		17	
			3.66		9.87		-		1.83		-		.91		16.27
8		6		4		1		7		1		-		19	
			5.50		3.66		.91		6.42		.91		-		17.40
9		5		6		-		-		1		-		12	
			4.58		5.50		-		-		.91		-		10.99
10		1		8		2		1		-		1		13	
			.91		7.33		1.83		.91		-		.91		11.89
11		5		4		1		-		-		-		10	
			4.58		3.66		.91		-		-		-		9.87
12		-		2		-		-		1		-		3	
			-		1.83		-		-		.91		-		2.74
TOTAL		38		38		5		13		3		2		69	
			34.86		34.86		4.58		11.89		2.75		1.83		20.82

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCCLUSION
CLASE I
TOTAL

EDAD	TIPO	0	%	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	TOTAL	%
5		13		3		2		-		-		-		18	
			6.5		1.5		1		-		-	-			9
6		13		6		-		4		-		1		24	
			6.5		3		-		2		-		.5		12
7		8		14		-		6		-		1		29	
			4		7		-		3		-		.5		14.5
8		11		11		2		10		1		-		35	
			5.5		5.5		1		5		.5		-		17.5
9		7		13		1		2		2		1		26	
			3.5		6.5		.5		1		1		.5		13
10		4		13		3		1		-		2		23	
			2		6.5		1.5		.5		-		1		11.5
11		6		12		1		2		1		-		22	
			3		6		.5		1		.5		-		11
12		1		3		-		3		1		-		8	
			.5		1.5		-		1.5		.5		-		4
TOTAL		63		75		9		28		5		5		165	
			31.5		37		4.5		14		2.5		2.5		82.5

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCLUSION
CLASE II
EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO.

EDAD	TIPO	1'	‰	2	‰	TOTAL	‰
5		-		-		-	
			-		-		-
6		-		-		-	
			-		-		-
7		-		-		-	
			-		-		-
8		-		-		-	
			-		-		-
9		-		-		-	
			-		-		-
10		-		-		-	
			-		-		-
11		1		-		1	
			1.09		-		1.09
12		-		-		-	
			-		-		-
TOTAL		1		-		1	
			1.09		-		1.09

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCCLUSION
CLASE II
EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO.

EDAD	TIPO	1	%	2	%	TOTAL	%
5		-		-		-	
			-		-		-
6		-		-		-	
			-		-		-
7		-		-		-	
			-		-		-
8		-		-		-	
			-		-		-
9		-		-		-	
			-		-		-
10		-		-		-	
			-		-		-
11		-		-		-	
			-		-		-
12		1		-		-	
			1.01		-		-
TOTAL		1		-		-	
			1.01		-		-

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCCLUSION
CLASE II
TOTAL

EDAD	TIPO	1	%	2	%	TOTAL	%
5		-		-		-	
			-		-		-
6		-		-		-	
			-		-		-
7		-		-		-	
			-		-		-
8		-		-		-	
			-		-		-
9		-		-		-	
			-		-		-
10		-		-		-	
			-		-		-
11		1		-		1	
			.5		-		.5
12		1		-		1	
			.5		-		.5
TOTAL		2		-		2	
			1		-		1

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCCLUSION
CLASE III
EN PACIENTES DE SEXO MASCULINO

EDAD	TIPC	1	%	2	%	3	%	TOTAL	%
5		-		-		1		1	
			-		-		1.09		1.09
6		-		-		-		-	
			-		-		-		-
7		-		-		-		-	
			-		-		-		-
8		-		-		2		2	
			-		-		2.19		2.19
9		-		-		-		-	
			-		-		-		-
10		1		-		1		2	
			1.09		-		1.09		2.19
11		-		-		-		-	
			-		-		-		-
12		-		-		-		-	
			-		-		-		-
TOTAL		1		-		4		5	
			1.09		-		4.37		5.46

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCCLUSION
CLASE III
EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO.

EDAD	TIPO	1	%	2	%	3	%	TOTAL	%
5		-		-		-		-	
			-		-		-		-
6		-		-		1		1	
			-		-		.91		.91
7		-		-		1		1	
			-		-		.91		.91
8		-		-		-		-	
			-		-		-		-
9		-		-		3		3	
			-		-		2.75		2.75
10		-		-		-		-	
			-		-		-		-
11		-		-		3		3	
			-		-		2.75		2.75
12		-		-		1		1	
			-		-		.91		.91
TOTAL		-		-		9		9	
			-		-		8.23		8.23

TABLA DE REGISTRO DE
MALOCCLUSION
CLASE III
TOTAL

EDAD	TIPO	1	%	2	%	3	%	TOTAL	%
5		-		-		1		1	
			-		-		.5		.5
6		-		-		1		1	
			-		-		.5		.5
7		-		-		1		1	
			-		-		.5		.5
8		-		-		2		2	
			-		-		1		1
9		-		-		3		3	
			-		-		1.5		1.5
10		1		-		1		2	
			.5		-		.5		1
11		-		-		3		3	
			-		-		1.5		1.5
12		-		-		1		1	
			-		-		.5		.5
TOTAL		1		-		13		14	
			.5		-		6.5		7

DISCUSION Y COMENTARIO

Es importante analizar el porcentaje de las Maloclusiones de los pacientes masculinos y femeninos que se obtuvo en éste estudio para poder hacer una comparación con otros -- países respecto a éste problema.

Respecto a los pacientes aquí estudiados, se observa que el porcentaje de las Maloclusiones Clase I tipo 0 de los pacientes femeninos es 7.44% mayor que en los pacientes masculinos. La Maloclusión Clase I tipo 1 en los pacientes masculinos es .76% más que en las mujeres. La Maloclusión -- Clase I tipo 2 también es 4.52% mayor en los hombres que en las mujeres, así como también lo es la Maloclusión Clase I -- tipo 3 (4.52%). La Maloclusión Clase I tipo 4 es 1.66% mayor en las mujeres que en los hombres; y la Maloclusión Clase I -- tipo 5 es de mayor incidencia en las mujeres que en los hombres un 1.44%.

En las Maloclusiones Clase I, tipo 1, el porcentaje es el mismo para ambos pacientes.

La Maloclusión Clase III tipo 1 es de mayor incidencia en los hombres que en las mujeres y el tipo 3 es mayor -- en las mujeres un 4.36% que en los hombres.

La Tabla No. 1 agrupa el porcentaje de las Maloclusiones Clases I, II y III de diferentes países como Noruega,

Canadá, Dinamarca, India y México. En dicha tabla se puede observar que el mayor índice de Maloclusiones corresponde a la Clase I principalmente, aunque hay diferencia de edades de los pacientes de los diferentes países. Solo la India tiene mayor porcentaje de Maloclusión Clase II.

Es difícil establecer una buena comparación debido a la discrepancia de edades y de las muestras de cada país registrados en los informes bibliográficos.

Respecto a la Maloclusión Clase I, corresponde a México (60%), después a Dinamarca (52%) y posteriormente a Canadá (56.2%) los porcentajes más altos y que sobrepasen el 50% de los pacientes. Posteriormente Noruega (30.1%) y la India (14%) son los que tienen menos porcentajes.

Se puede observar que la Maloclusión Clase II tiene un porcentaje aproximado en tres países que son: Canadá (29%), Dinamarca (24%) y Noruega (21.3%). El menor porcentaje corresponde a la India (14%) y a México (1%).

El menor porcentaje de la Maloclusión Clase III corresponde a Canadá (1.8%), después a Dinamarca (4.2%), México (7%), Noruega (7.3%) y finalmente a la India (9%) que resulta, contrariamente a los porcentajes de las otras Maloclusiones, el país que tiene más alta incidencia de ésta Maloclusión.

Con los datos anteriores se puede observar que la Maloclusión Clase I es la Maloclusión que más predomina en todos los países, y en todas las edades (de 5 a 18 años), excep

TABLA No. 1. Porcentaje de Maloclusión en diferentes países en la dentición mixta.

PAIS	EDAD	CLASE I	CLASE II	CLASE III	TOTAL
NORUEGA	7 - 8	30.1	21.3	7.3	58.7
CANADA	12	56.2	29	1.8	87
DINAMARCA	4 - 18	58	24	4.2	86
INDIA	6 - 12	14	15	9	38
MEXICO	5 - 12	60	1	7	68

to en la India.

También se puede observar que existe más del 50% de los pacientes revisados con algún tipo de Maloclusión, por lo que se deduce que las Maloclusiones son un problema importante dentro de la población infantil y que se tienen que tomar más en cuenta todos los factores etiológicos de éstas para así tratar de evitarlas o atenuarlas para lograr una disminución en el alto porcentaje que tienen actualmente.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

RESUMEN.

Se ha estudiado a 91 pacientes masculinos y 101 pacientes femeninos de 5 a 12 años de edad en la Clínica Odontológica Ecatepec, perteneciente a la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, para observar cuál es el índice de las Maloclusiones que existe en éstos pacientes.

Se ha revisado a cada paciente para tomar de ellos los datos necesarios para llenar una Historia Clínica (ver -- Anexo # 1) que se hizo para la realización de éste estudio. - Los datos esenciales fueron: Convexidad Facial, Simetría Facial, Naríz, Labios, Hábitos y tipo de Maloclusión (ver pág. 22) que presentaron.

Una vez obtenidos los datos, se agruparon según la edad y sexo de los pacientes para sacar el porcentaje de pacientes masculinos y femeninos que se revisaron. Después de esto se procedió a sacar el porcentaje de los demás datos en cada uno de los grupos que se formaron y se elaboraron tablas de registro de cada sexo y ambos sexos, las cuales, posteriormente, se graficaron.

CONCLUSIONES.

1.- La presencia de Maloclusiones es evidente en el 63% de los pacientes, tomando en cuenta que la Maloclusión Clase I tipo 0 se considera como oclusión normal, a la que corresponde el 37% restante.

2.- Hay una mayor incidencia de la Maloclusión Clase I tipo 1 tanto en pacientes masculinos como en pacientes femeninos.

3.- La menor incidencia es la de las Maloclusiones Clase II tipo 2 y Clase III tipo 2.

4.- Existe un 92% de Maloclusiones de Clase I, un 1% de la Maloclusión Clase II y un 7% de la Maloclusión Clase III.

5.- El porcentaje más alto corresponde a la Maloclusión Clase I tipo 1 en pacientes masculinos.

6.- El 82.38% de los pacientes masculinos y el 83.45% de los pacientes femeninos presentaron Convexidad Facial Ortognata.

7.- Los pacientes masculinos presentaron 8.75% de Convexidad Facial Convexa y también 8.75% de Convexidad Facial Cóncava, mientras que los pacientes femeninos presentaron un 11% de Convexa y sólo un 7% de Cóncava.

8.- Los pacientes femeninos presentaron el 93.38% de Simetría Facial Simétrica y los pacientes masculinos el 94.47%.

9.- Ninguno de los pacientes masculinos ni femeninos presentó Naríz grande. El 82.38% masculinos y el 91.69% femeninos la presentaron Medida. El 17.53% de pacientes masculinos y el 8.21% de pacientes femeninos presentaron Naríz pequeña.

10.- Presentaron Labios abiertos Inafricanos sólo el 3.27% de los pacientes masculinos y el 1.82% de los pacientes femeninos.

11.- Un .91% de los pacientes femeninos presentaron Labios retenidos con un diente.

12.- Los pacientes masculinos presentaron el Hábito de succión sólo un 3.27% y de los pacientes femeninos lo presentó sólo un 7.33%.

13.- Un 19.72% de los pacientes masculinos y un -- 23.83% de los pacientes femeninos presentaron otros hábitos - como morderse las uñas, meterse objetos en la boca, etc.

BIBLIOGRAFIA

1. ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA
T.M., Graber
Ed. Interamericana
3a. edición 1980
MEXICO
Tr. José Luis García

2. ORTODONCIA
Mayoral, José
Ed. Interamericana
3a. edición
México

3. ORTODONCIA PRACTICA
G.M., Anderson
Ed. Mundi
1a. edición 1963
BUENOS AIRES

4. CURRENT ORTHODONTIC CONCEPTS AND TECHNIQUES
T.M., Graber and
Brainerd F. Swain
W.B. Saunders Company
Vol. 1 2a. edición
PHILADELPHIA, LONDON

5. MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS
M. Sun, Joseph
Ed. Mundi
1a. edición 1973
BUENOS AIRES

6. PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS EN ORTODONCIA GENERAL.
Hirschfeld, Leonard
Ed. Mundi
1a. edición 1969
ARGENTINA
Tr. Dra. María Uriab de González.

7. ORTODONCIA ACTUALIZADA
J.S. Beresford
Ed. Mundi
1a. edición 1972
BUENOS AIRES
Tr. Dra. María Uriab de González

8. INFANT AND CHILD IN THE CULTURE OF TODAY
A. Gesell
2a. edición 1943
FILADELFIA

9. ORTOPEdia FUNCIONAl DE LOS MAXIARES.
Clarckson, Patrick
Ed. Mundi
1a. edición 1969
BUENOS AIRES
Tr. Dra. Teresa Vidal

10. CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA.- LOS SISTEMAS EN
ORTODONCIA.
J. Zwenwer, Thomas
Ed. Interamericana
1a. edición 1976
MEXICO

11. INTRODUCCION A LA ORTODONCIA
White, T.C.
Ed. Mundi
1a. edición 1977
BUENOS AIRES

APENDICE

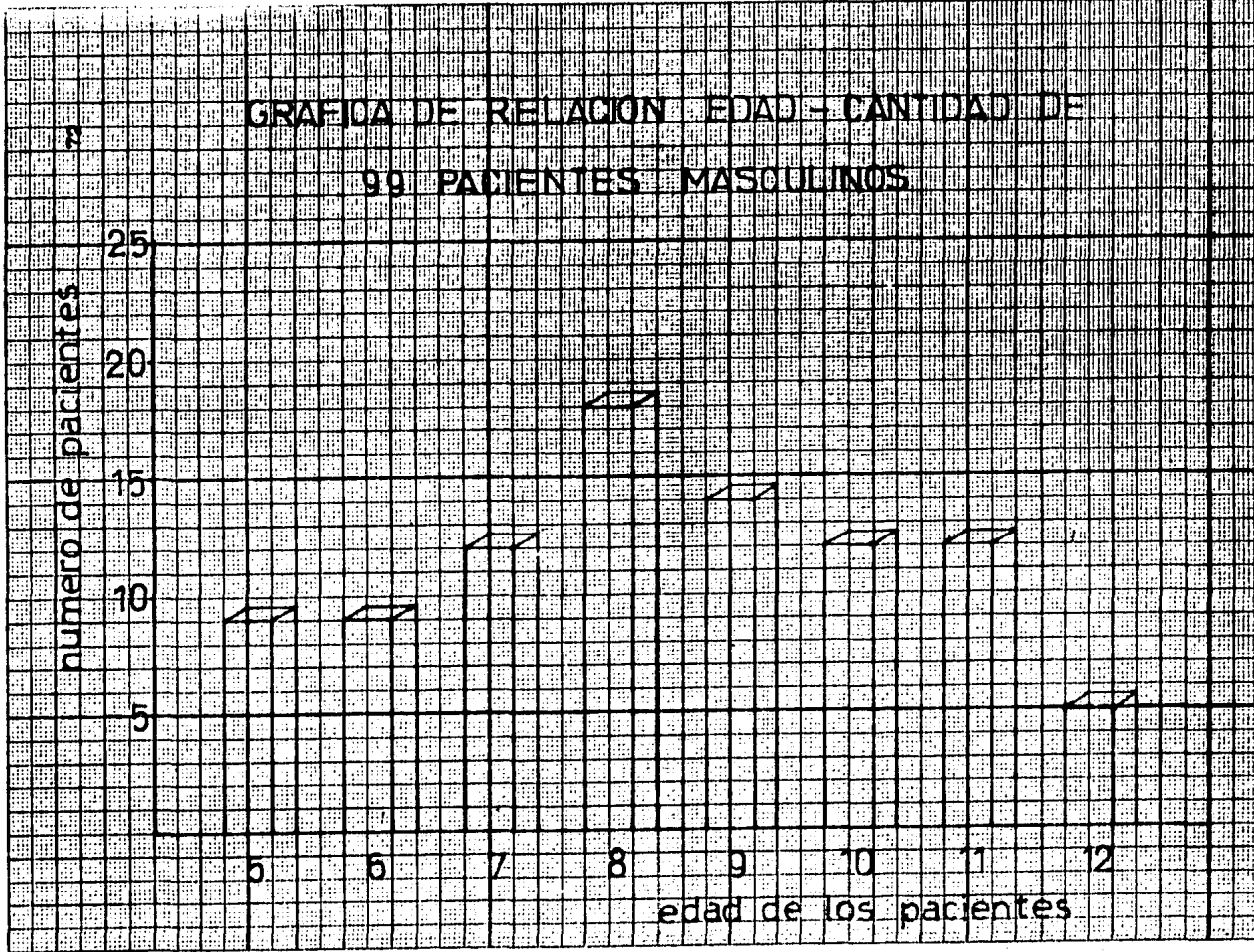
GRAFICA DE RELACION EDAD-CANTIDAD DE
99 PACIENTES MASCULINOS

numero de pacientes

25
20
15
10
5

5 6 7 8 9 10 11 12

edad de los pacientes

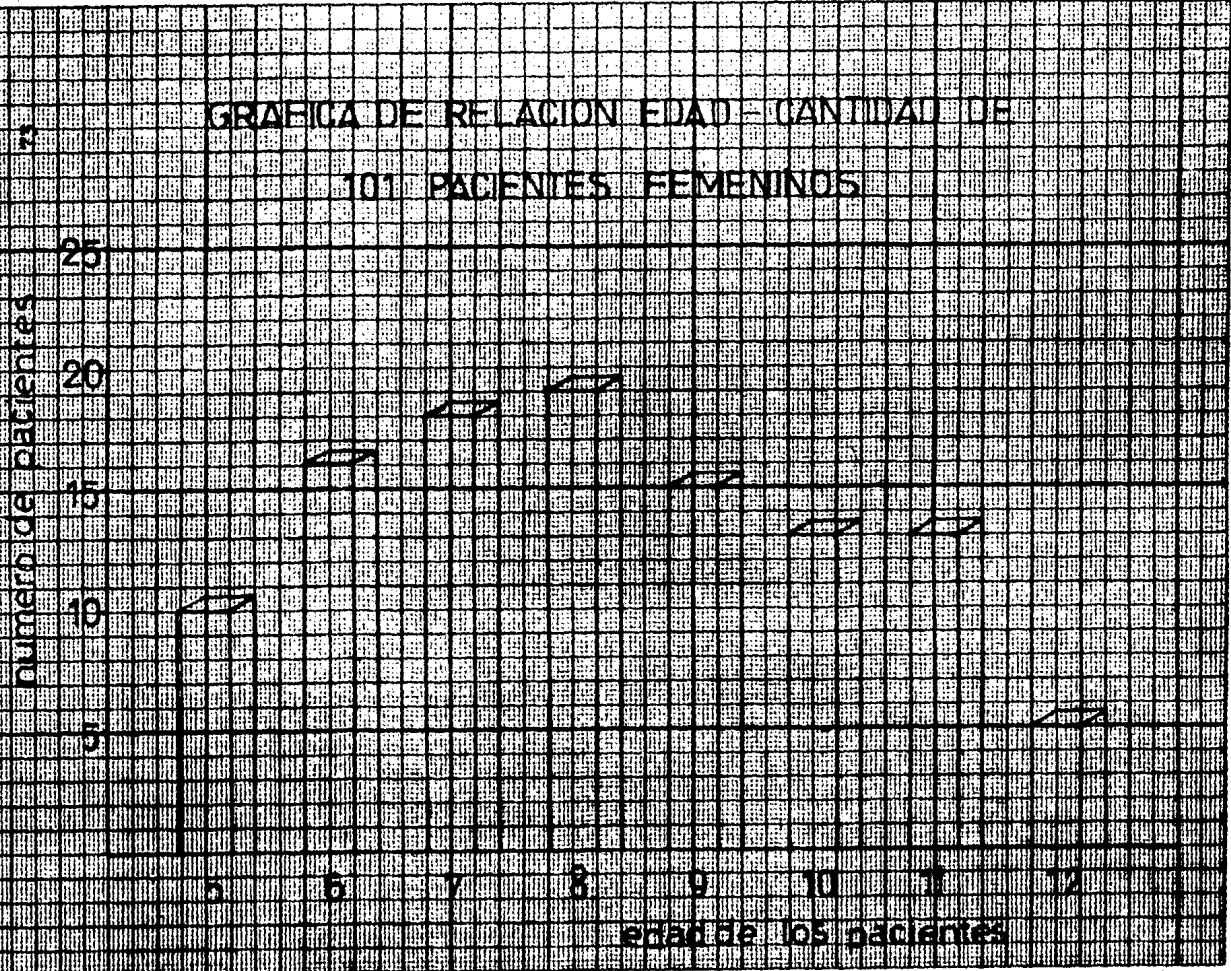


GRÁFICA DE RELACION EDAD-CANTIDAD DE
101 PACIENTES FEMENINOS

25
20
15
10
5
número de pacientes

5 6 7 8 9 10 11 12

edad de los pacientes



GRAFICA DE RELACION EDAD - CANTIDAD DE
LOS 200 PACIENTES

n

Numero de pacientes

12

9

6

3

5

6

7

8

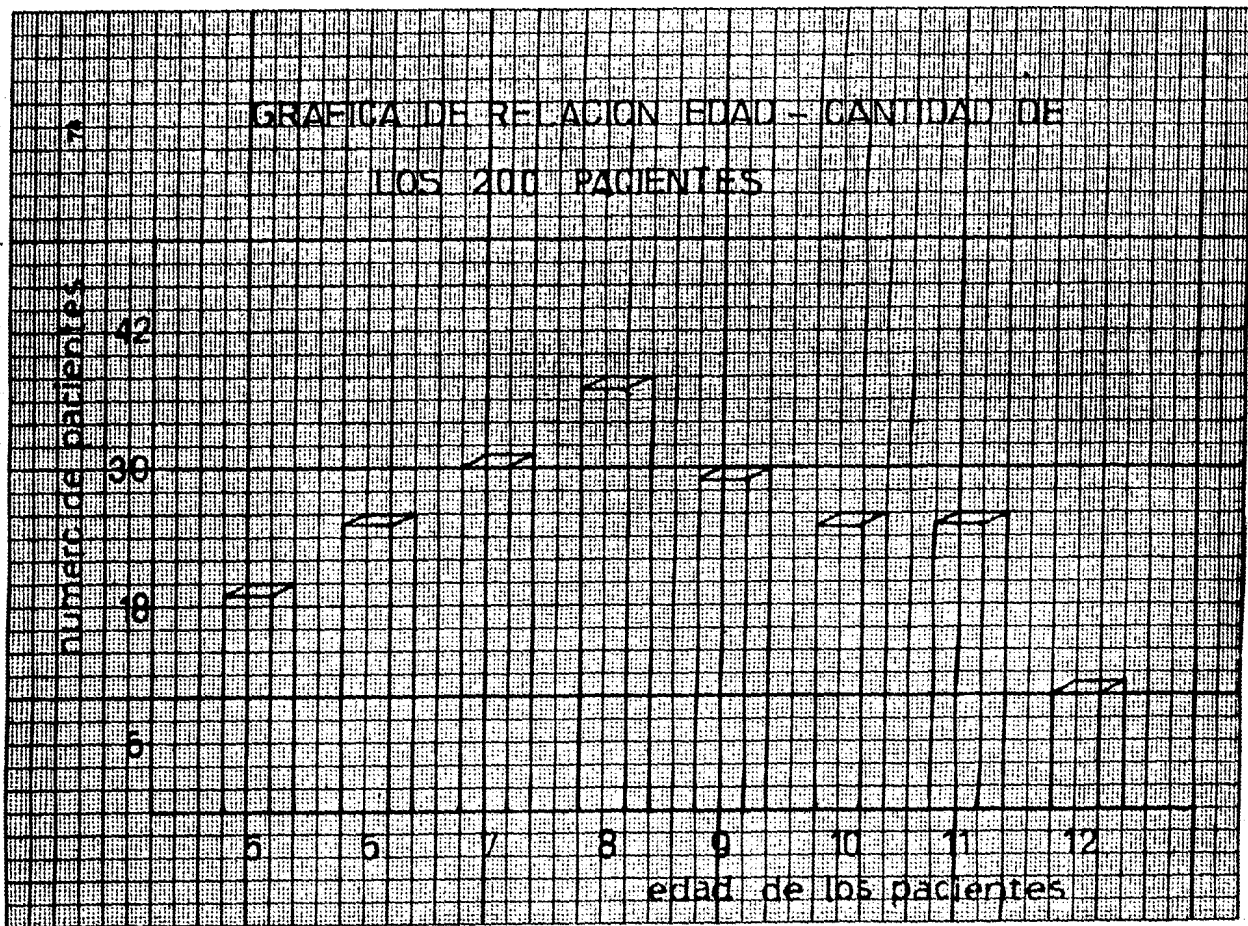
9

10

11

12

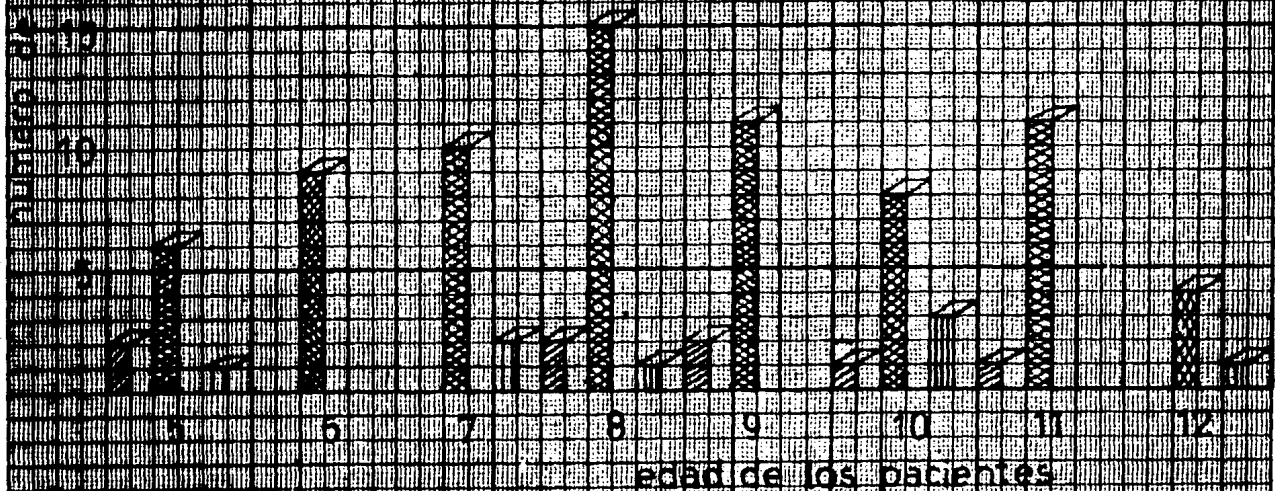
edad de los pacientes



GRADIENTE DE CONVEXIDAD FACIAL DE
99 PACIENTES MASCULINOS

100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

convexa
ortognata
cóncava



GRAVEDAD DE CONVEXIDAD FACIAL DE

101 PACIENTES FEMENINOS

////// convexa
ortognata
||||| concava

numero de pacientes

20
15
10
5

5

6

7

8

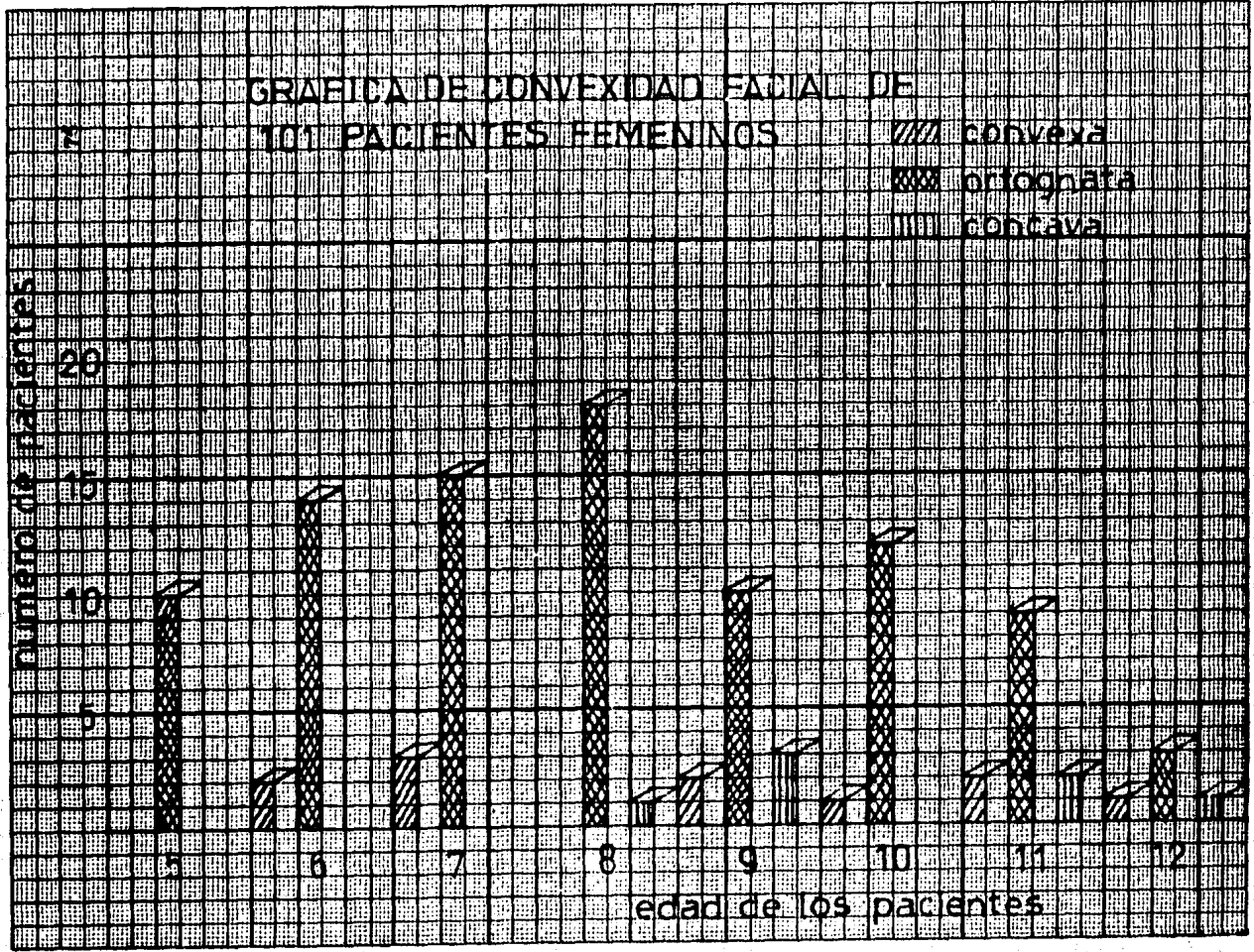
9

10

11

12

edad de los pacientes



GRACIA DE CONVEXIDAD PARA DE

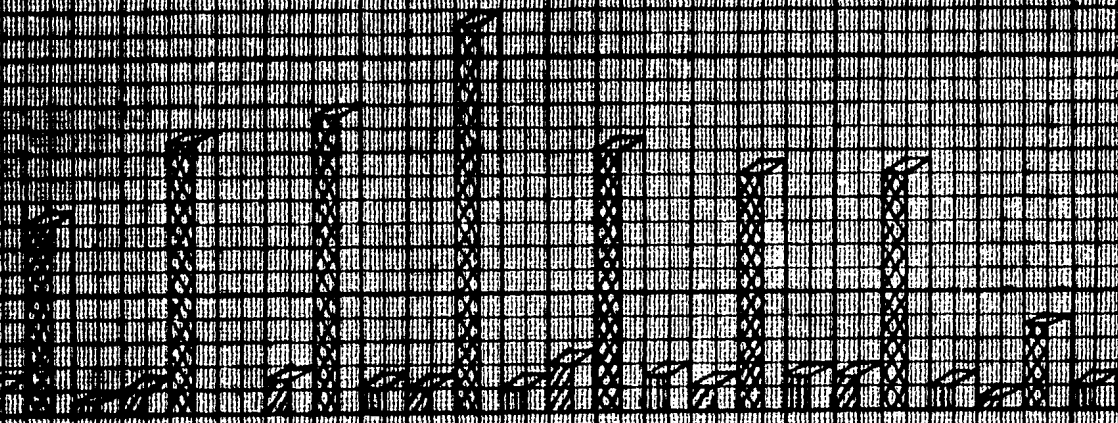
2000 PACIENTES

/// convexa

/// ortognata

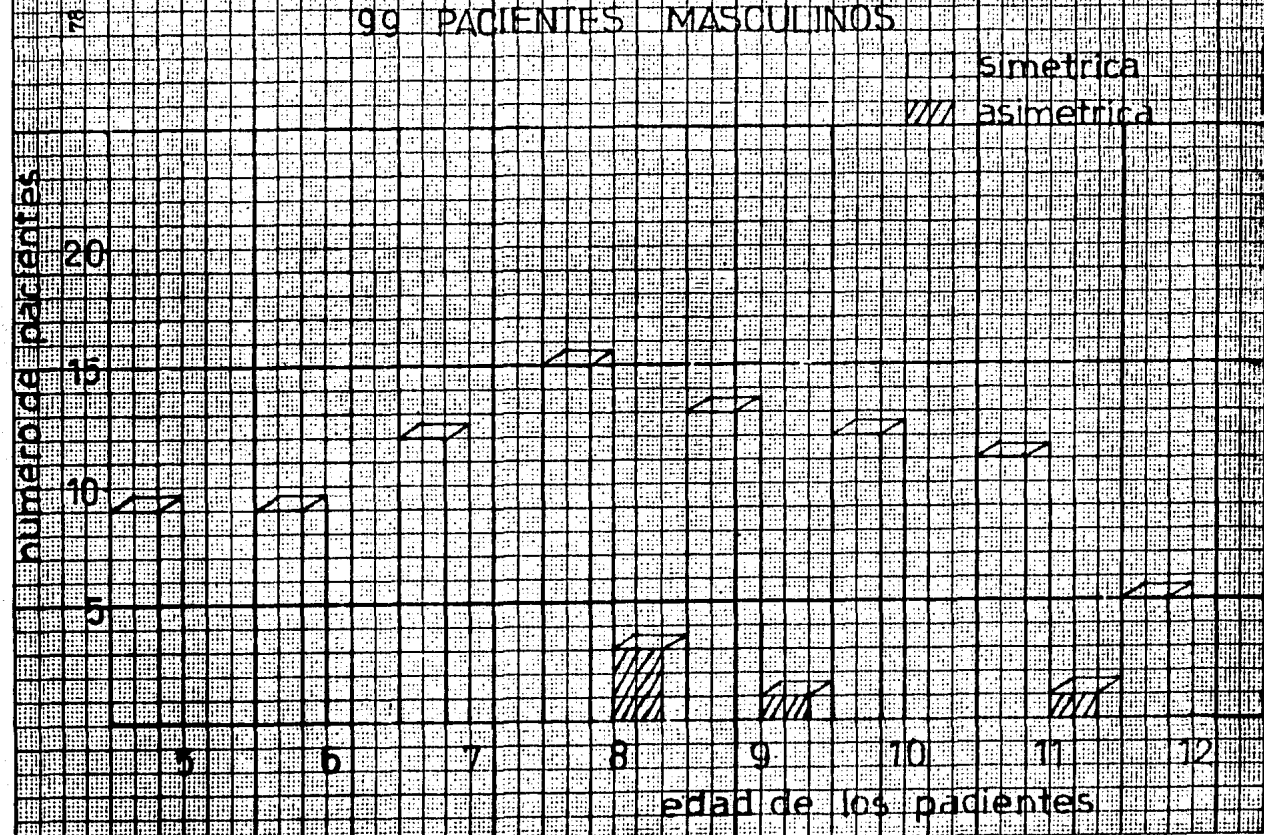
/// cóncava

2000
1800
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0

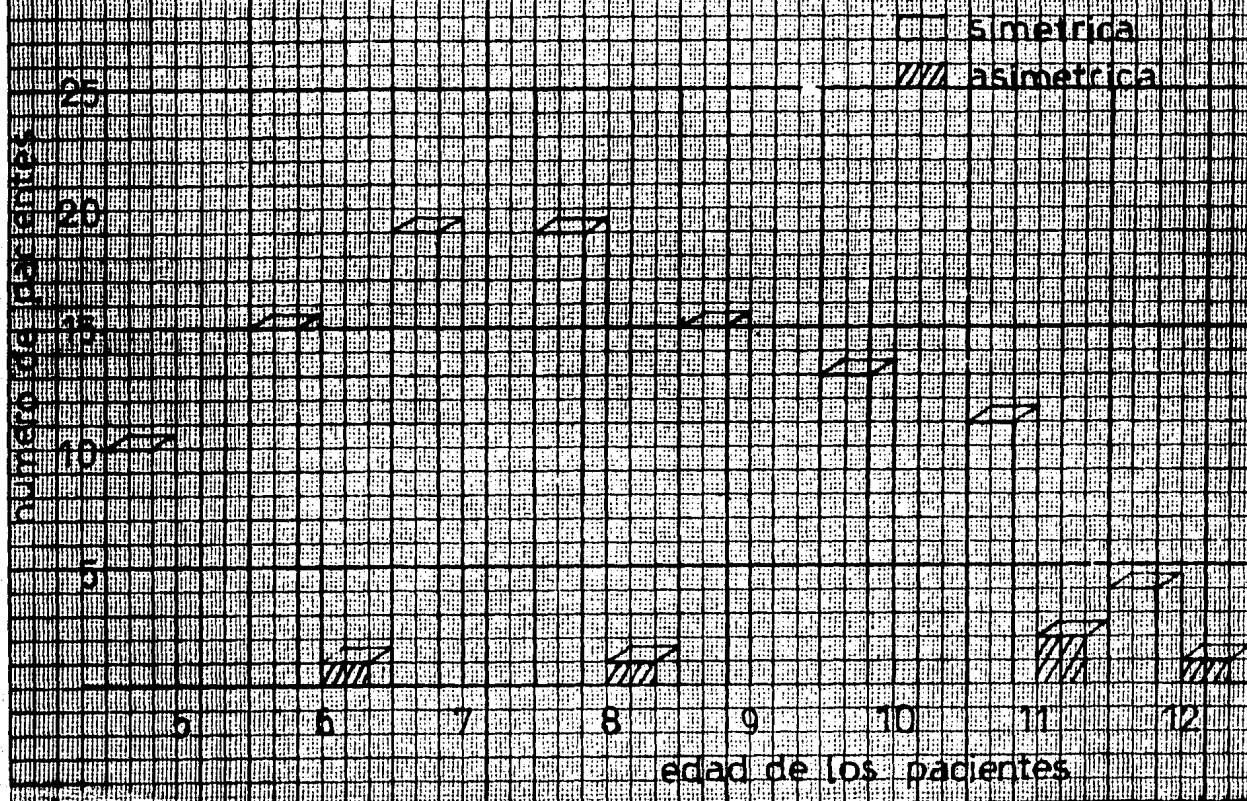


Grado de los pacientes

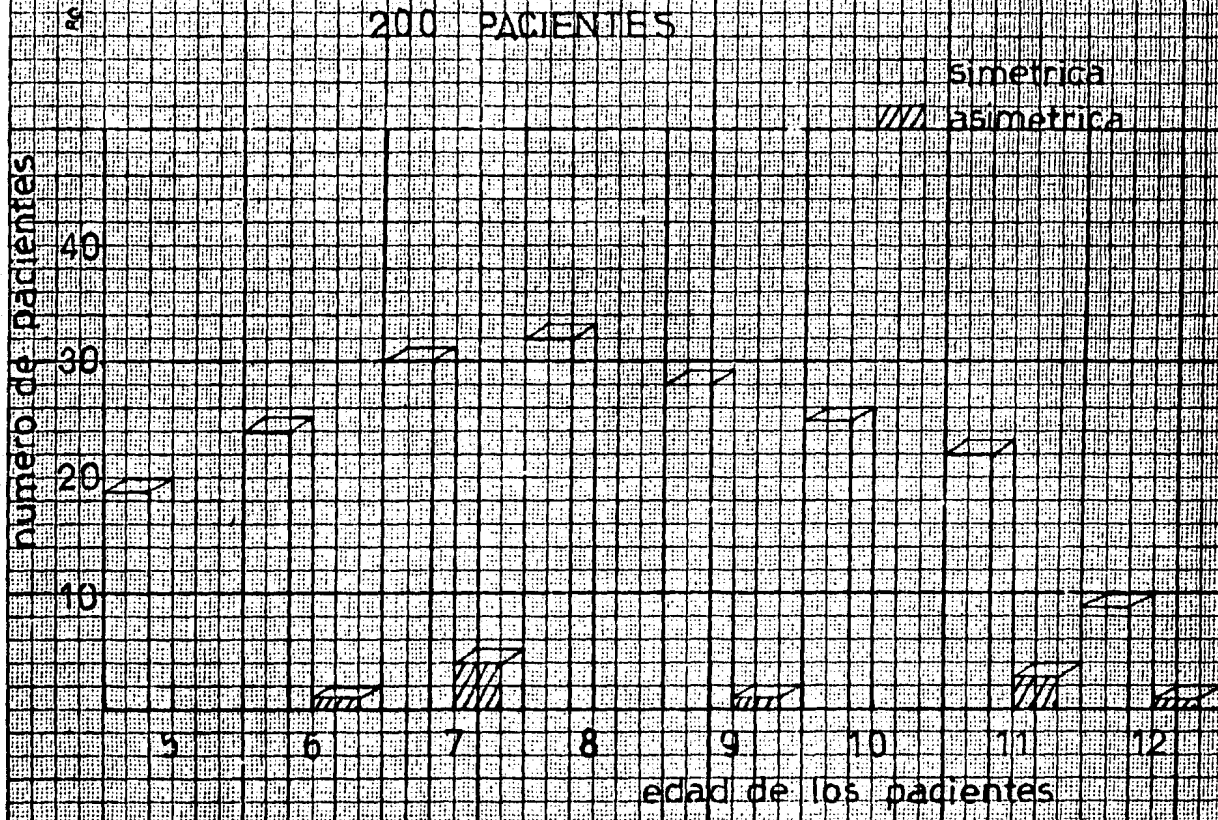
GRAFICA DE SIMETRIA FACIAL DE 99 PACIENTES MASCULINOS



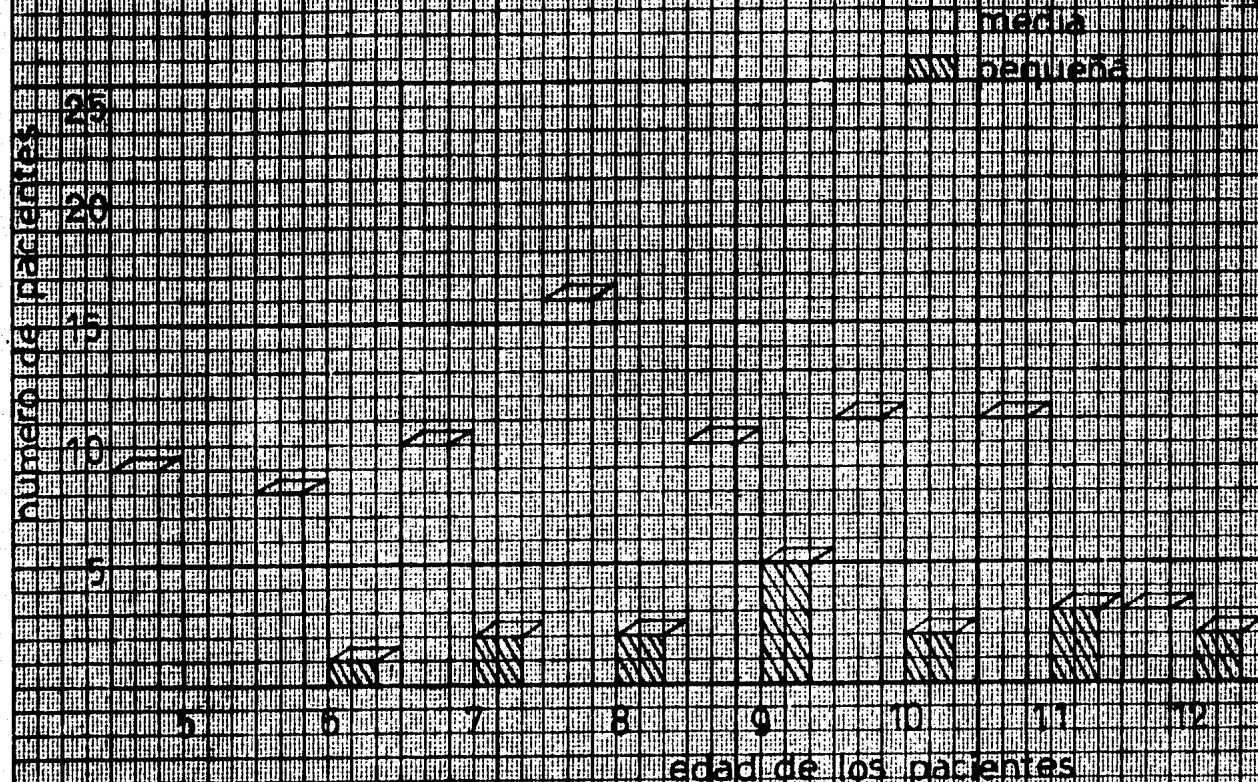
GRAFICA DE SIMETRIA FACIAL DE 101 PACIENTES FEMENINOS



GRAFICA DE SIMETRIA FACIAL DE 200 PACIENTES

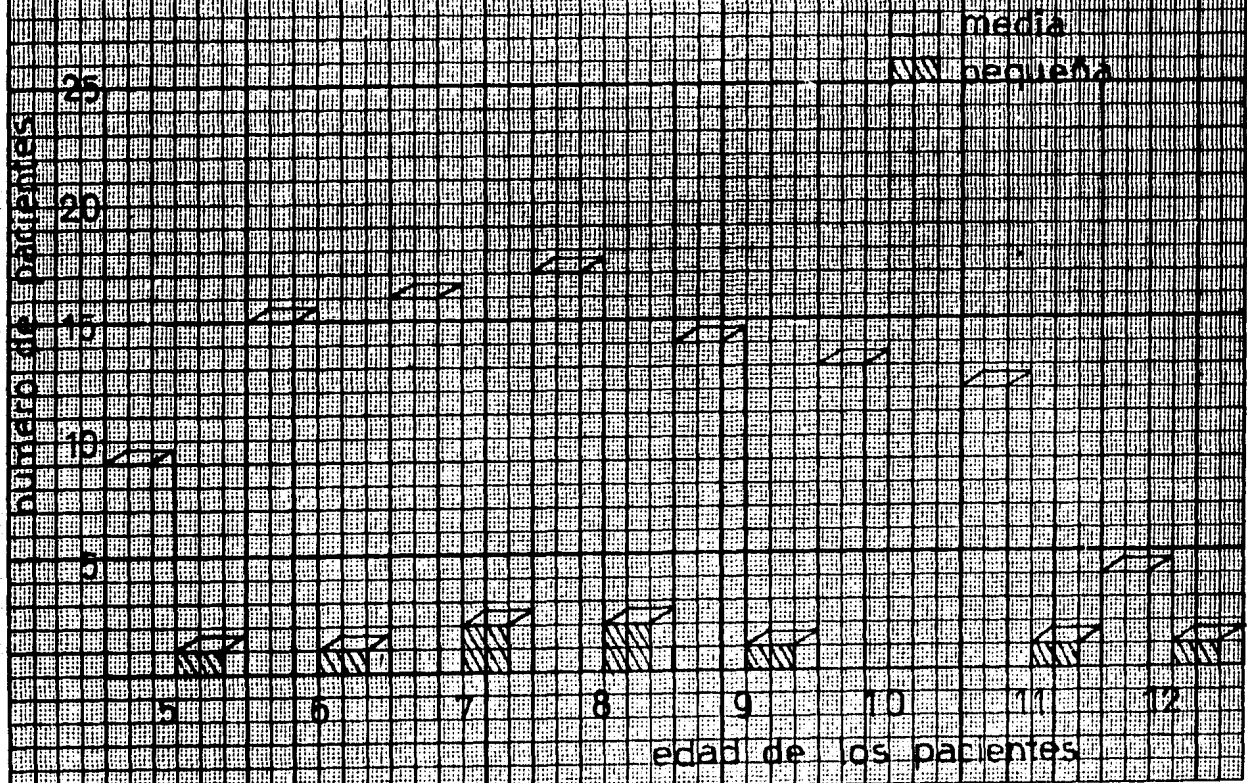


GRAFICA DE BARRAS DE 99 PACIENTES MASCULINOS



GRAFICA DE NARIZ DE 101 PACIENTES

FEMENINOS



GENERA DE NARIZ DE 200

PA ENIES

media

W nequena

60
50
40
30
20
10

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60

10
20
30
40
50
60



5

6

7

8

9

10

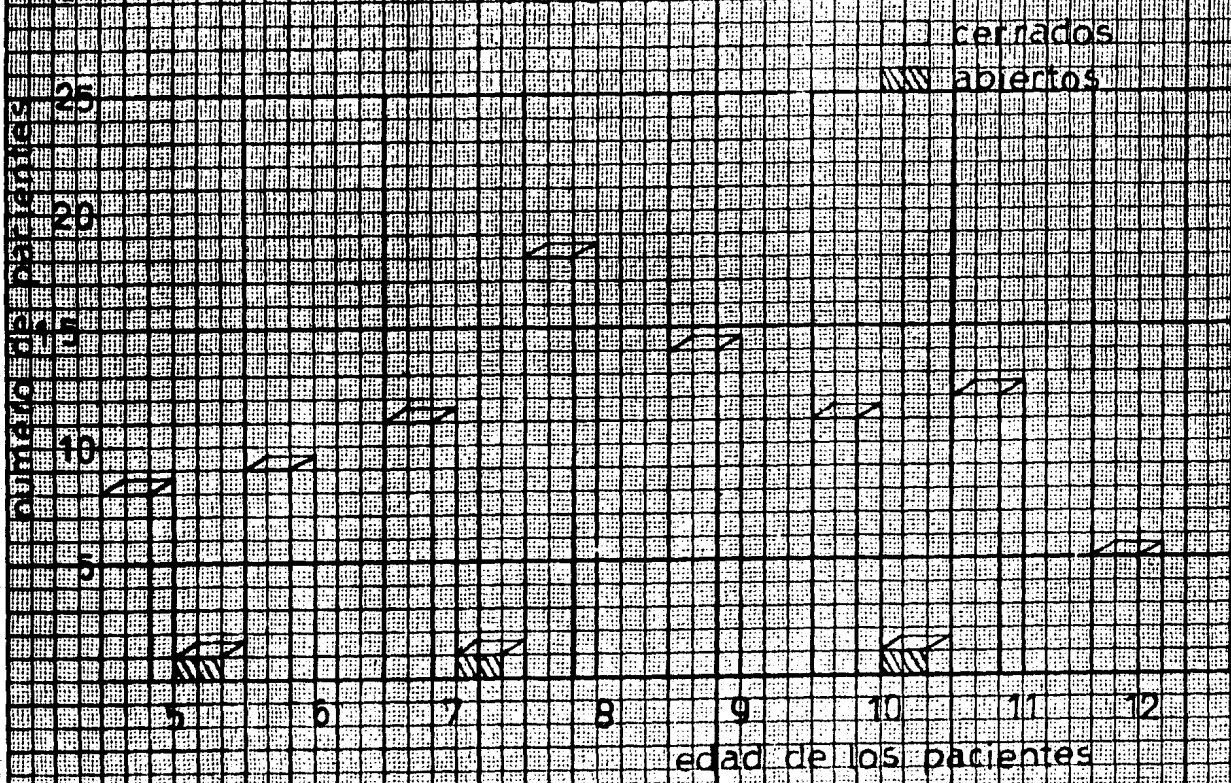
11

12

666 de los pñales

GRAFICA DE TABLOS DE 99 PACIENTES

MASCULINOS

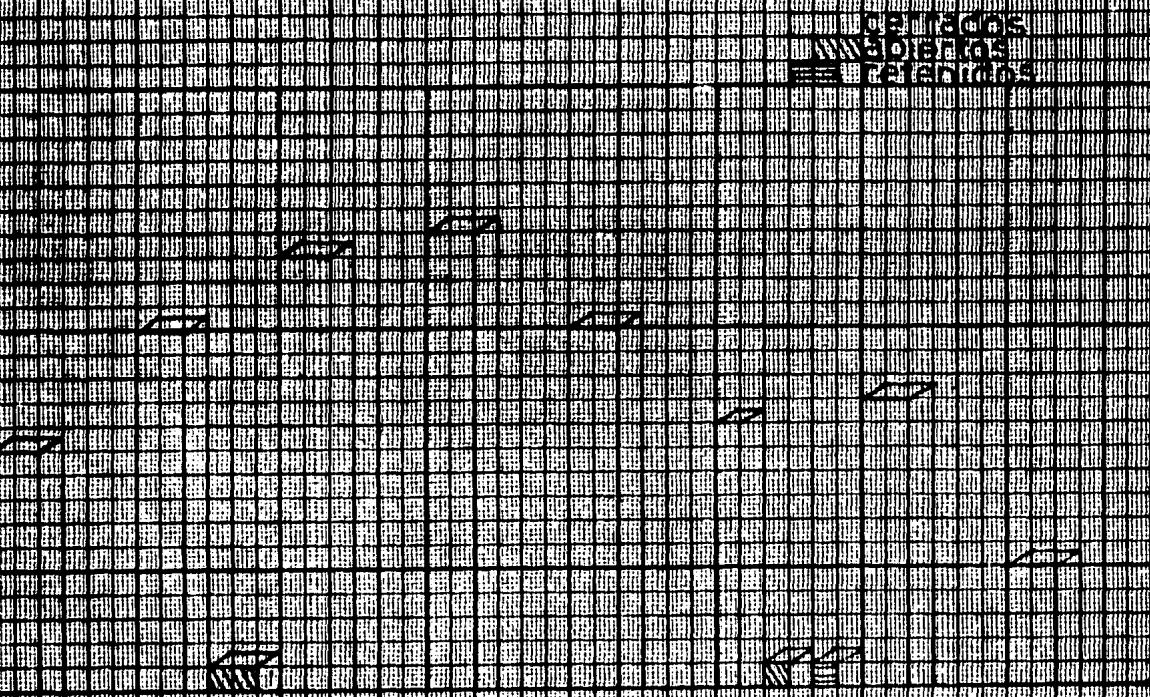


GRANJA DE HABITOS DE LOS PACIENTES

FEMENINOS

Número de Habitos

10
9
8
7
6
5



Triángulos
con líneas
horizontales

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Ejes de los pacientes

GRAFICA DE LABIOS DE 200 PACIENTES

BK


 cerrados
 abiertos
 retenidos

40

30

20

10

5

6

7

8

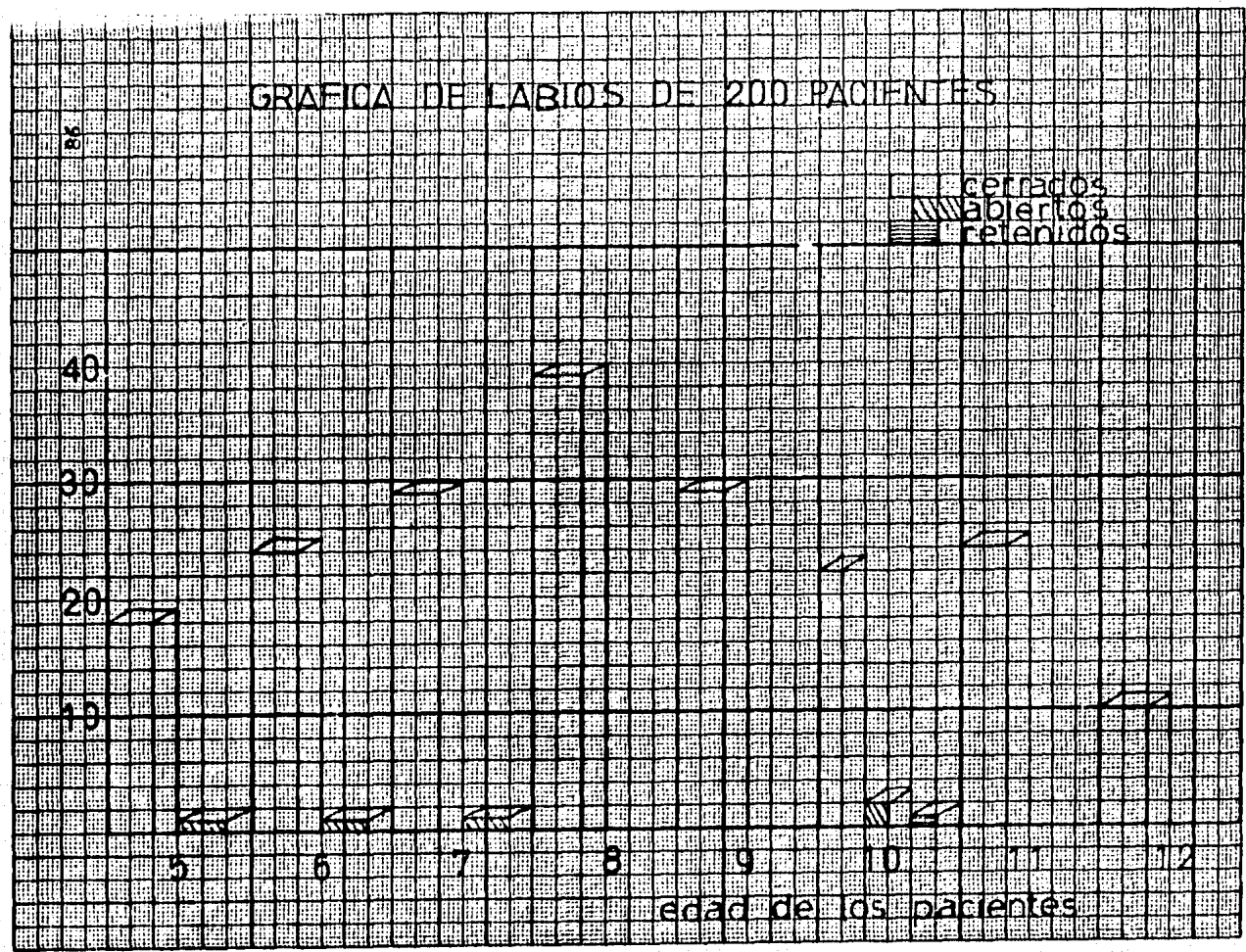
9

10

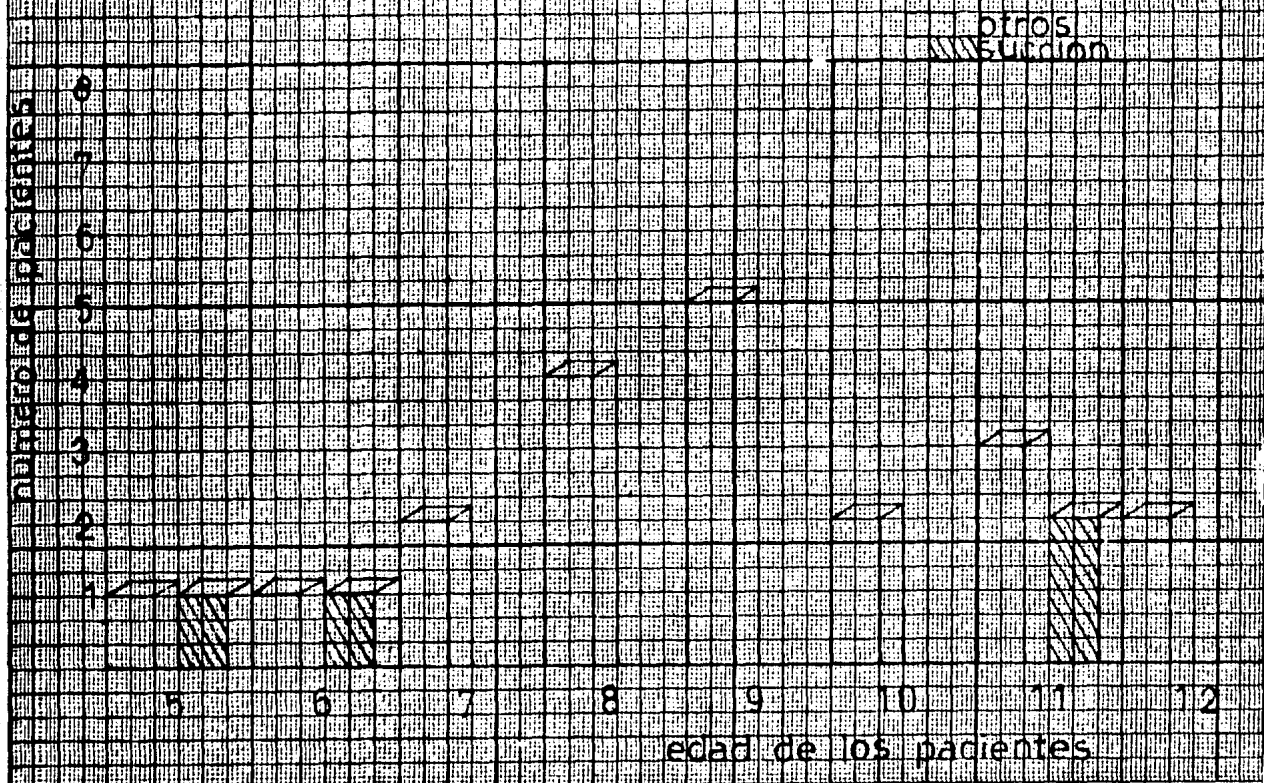
11

12

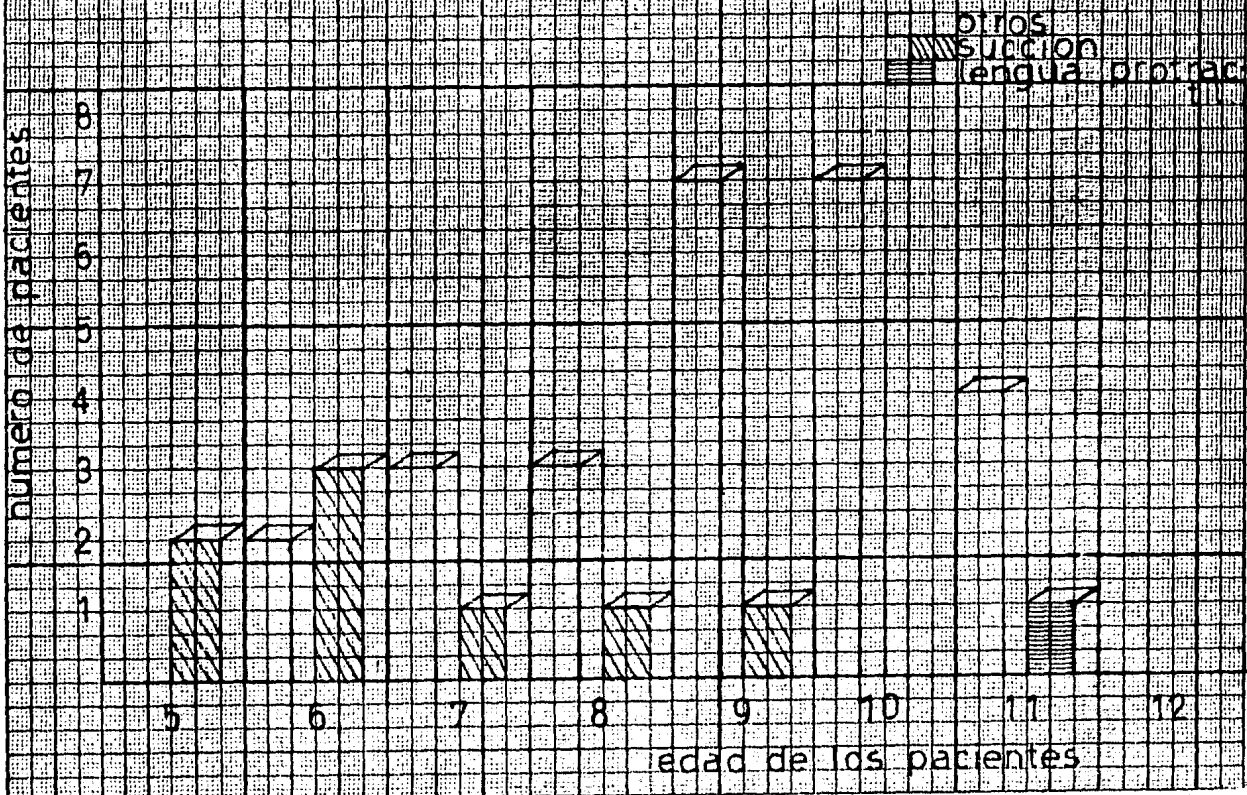
edad de los pacientes



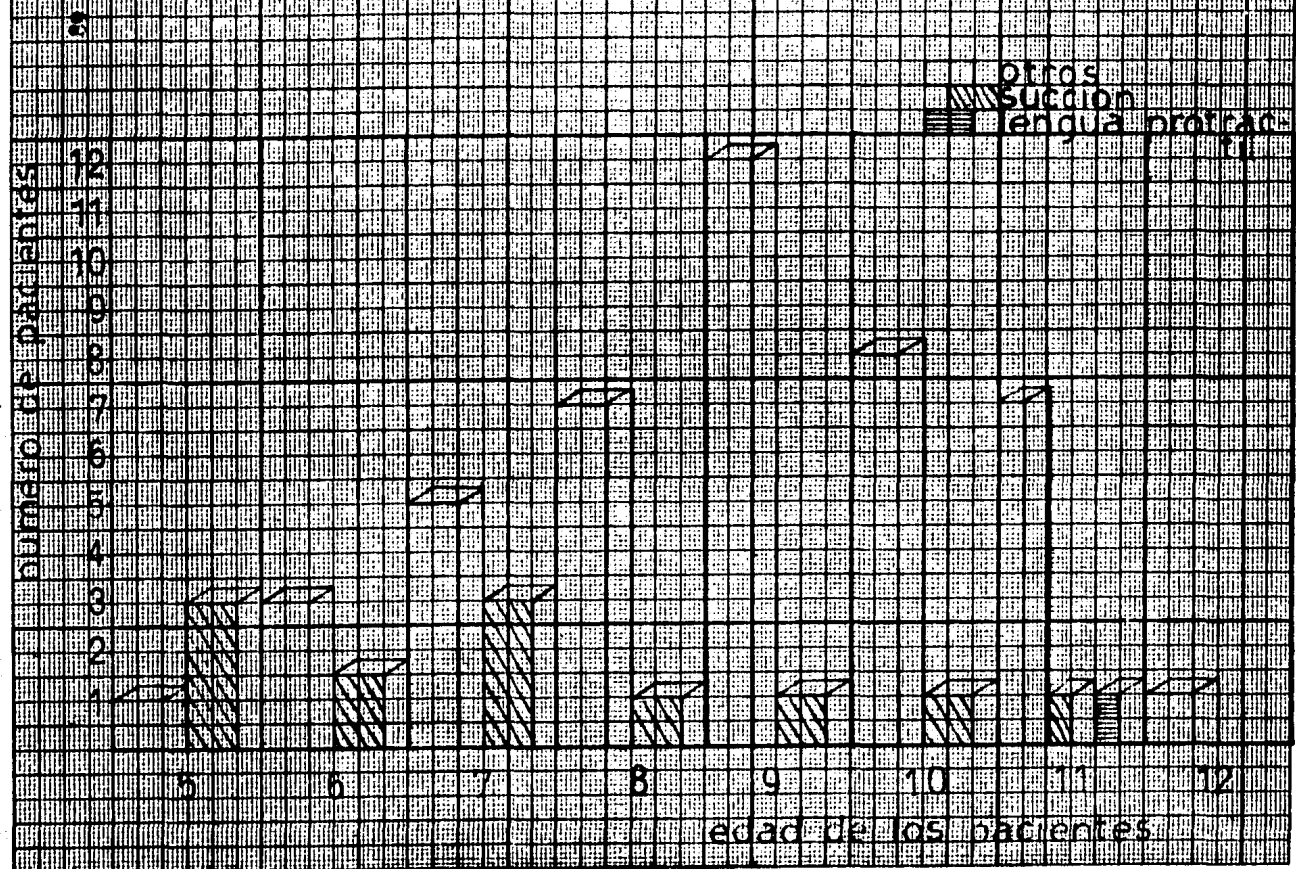
GRAFICA DE HABITOS DE 99 PACIENTES MASCULINOS



GRAFICA DE HABITOS DE 101 PACIENTES FEMEINOS



GRAFICA DE HABITOS DE 200 PACIENTES

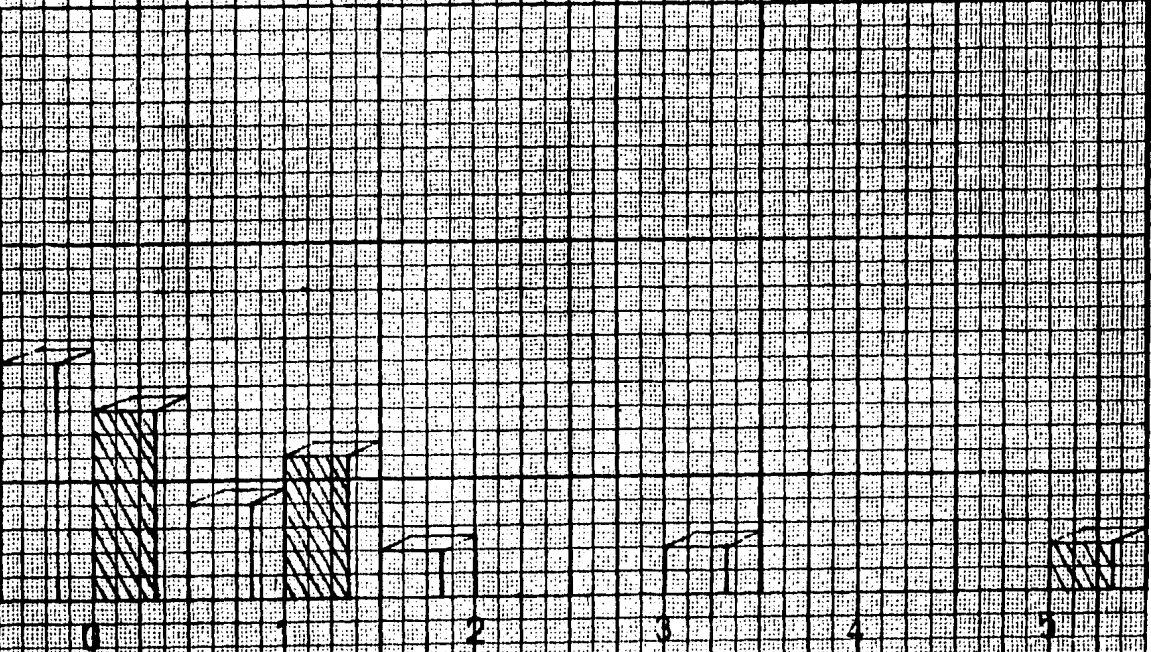


GRAFICA DE MALOCCLUSION CLASE I
 EN PACIENTES MASCULINOS
 DE 5 Y 6 AÑOS

115
 100
 85
 70
 55
 40
 25
 10
 0

numero de pacientes

11
 10
 9
 8
 7
 6
 5
 4
 3
 2
 1

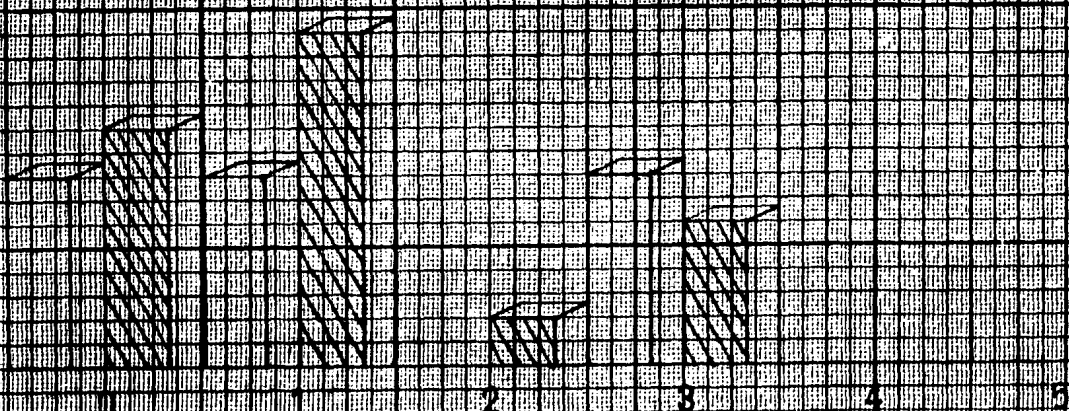


tipos de malocclusion

GRAFICA DE MALOCCLUSION CLASE
EN PACIENTES MASCULINOS
DE 7 Y 8 AÑOS AÑO 8

Número de pacientes

100
80
60
40
20
0



Clases de maloclusión

GRAFICA DE MALOCCLUSION CLASE I
EN PACIENTES MASCULINOS
DE 9 Y 10 AÑOS

9

10

numero de pacientes

%

11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

0

1

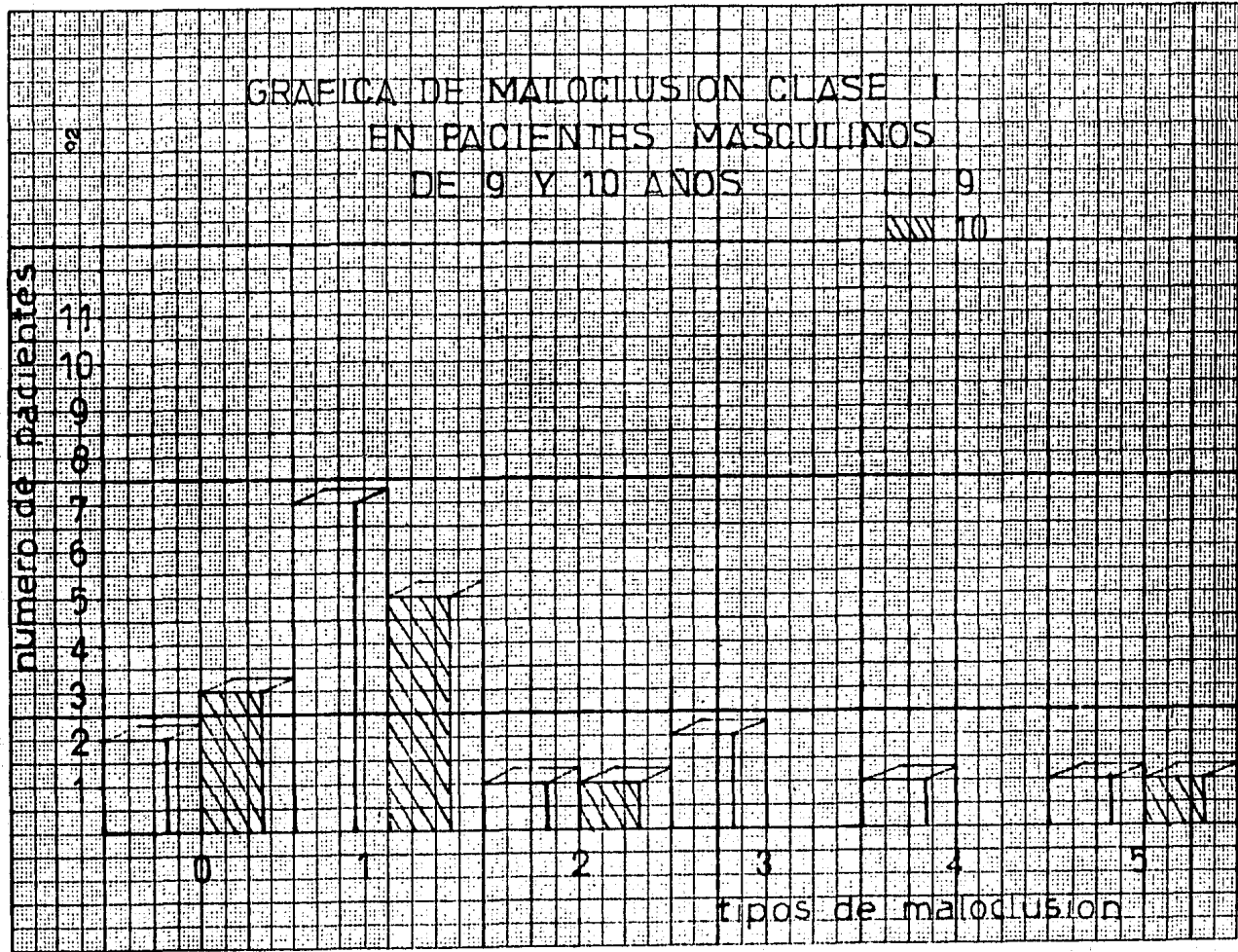
2

3

4

5

tipos de maloclusion



GRAFICA DE MALOCCLUSION CLASE

II EN PACIENTES MASCULINOS

DE 11 Y 12 AÑOS

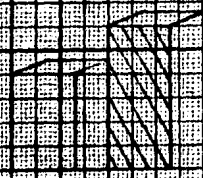
11
12

ANALISIS DE PACIENTES

156 (100%)



2



3

4

5

tipos de malocclusion

GRAFICA DE MALOCCLUSION CLASE I
 EN PACIENTES FEMENINOS
 DE 5 Y 6 AÑOS

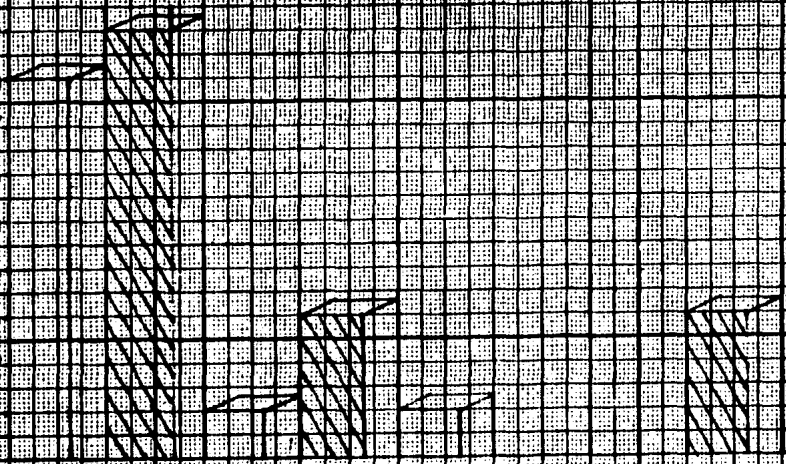
numero de pacientes

3
2
1
0
1
2
3
4
5
6

5
6

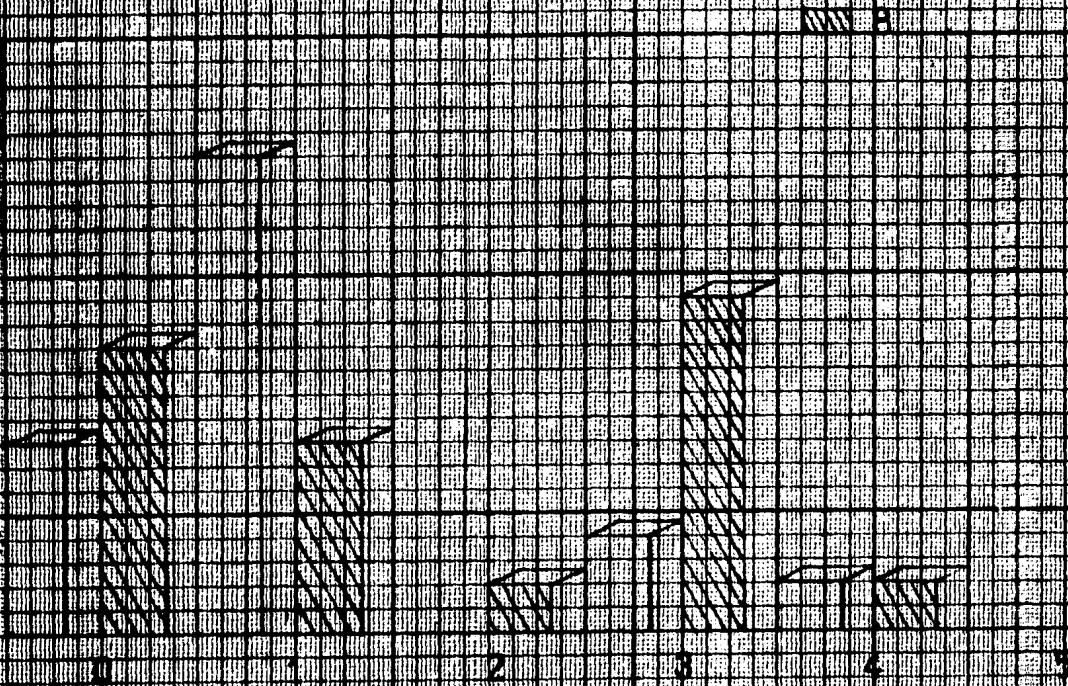
0 1 2 3 4 5

tipos de maloclusion



GRÁFICA DE MALOCCLUSIÓN CLASE II
 EN PACIENTES FEMENINAS
 DE 7 Y 8 AÑOS

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 INSTITUTO VENEZOLANO DE ODONTOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE ORTODONCIA



tipos de malocclusión

GRACIAS A LA MAJADRESION CLASE

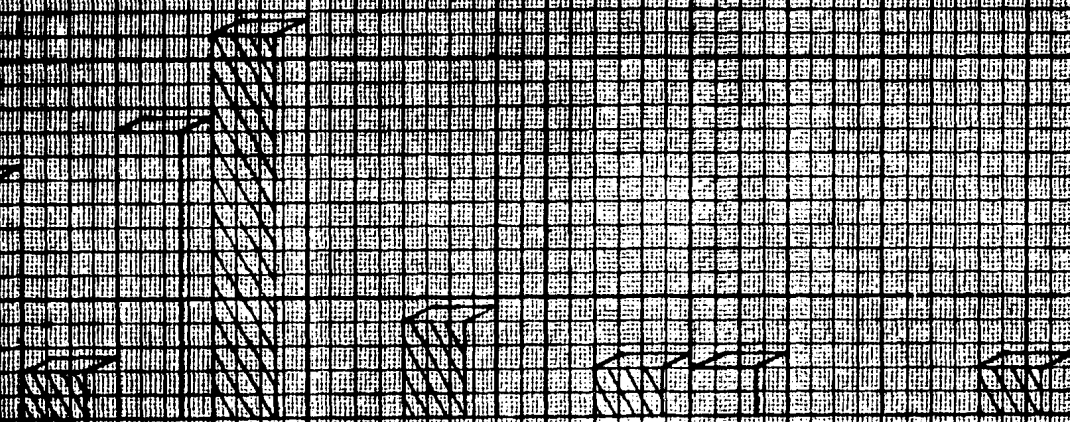
EN PACIENTES FEMENINOS

DE 9 Y 10 AÑOS

9

10

Problemas de oclusión



0 1 2 3 4 5

tipos de maloclusion

GRAFICA DE MALOCCLUSION CLASE II

EN PACIENTES FEMENINOS

DE 7 Y 12 AÑOS

11

12

NUMERO DE PACIENTES

11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

0

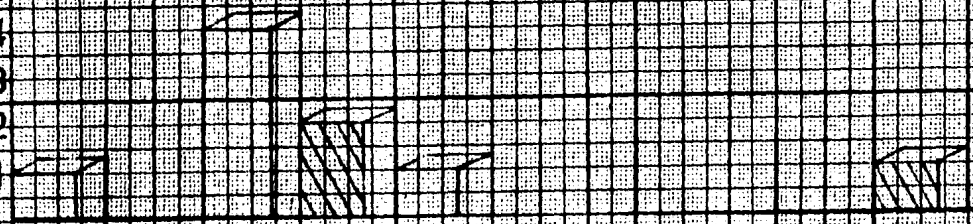
2

3

4

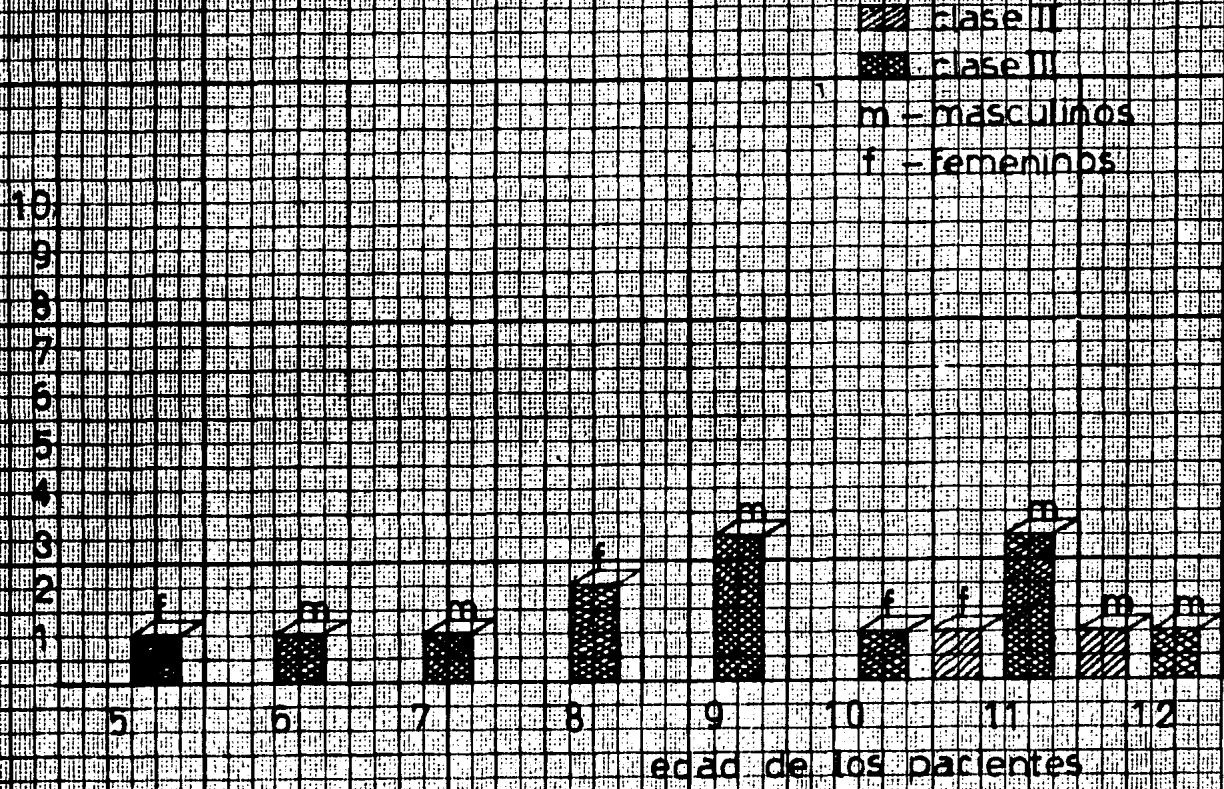
5

tipos de maloclusion



GRÁFICA DE MAL OCCLUSIONES CLASES II Y III DE 200 PACIENTES

número de pacientes



ANEXO

**INCIDENCIA DE MALOCLUSIONES
EN LA CLINICA DE LA SALUD ECATEPEC, ENFERM. UNIV.**

Nombre	Fecha
Dirección	Teléfono
C.P.	Sexo
Ocupación	Fecha de nacimiento
Edad Años Meses	No. de H.C. Ecatepec.
Ficha No.	

EXAMEN CLINICO GENERAL

EXAMEN ORAL GENERAL

CONVEXIDAD FACIAL.
a) Convexa b) Ortognata c) Cóncava

SIMETRIA FACIAL.
a) Simétrica b) Asimétrica

NARIZ.
a) pequeña b) Término medio c) Grande

LABIOS.
a) Cerrados (suficientes) b) Abiertos (insuficientes)
c) Retenidos con diente.

PIEZAS DENTARIAS.
a) Presentes
b) Ausentes.
c) Extraídas

HABITOS.
1) Succión:
a) Pulgar b) Lengua c) carrillos
2) Lengua Protráctil:
a) Amígdalas hipertróficas b) Adenoides
3) Otros.

MALOCLUSION:
- Relación de Molares
- Relación de Caninos
- Relación de Incisivos

CLASE TIPO