

146 ges



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES
EN NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS DE EDAD QUE
ASISTEN A LA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD
DE ODONTOLOGÍA**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A:

PILAR GEORGINA GONZÁLEZ FIGUEROA

Vo. Bo. Pineda

Asesora: C.D. Rossina Pineda y Gómez Ayala



Ciudad Universitaria. México, D.F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

260-220



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por darme la oportunidad de vivir, y de aprovechar todo lo que en la vida se me ha presentado

A mis padres:

Por apoyarme y por estar conmigo siempre, dándome lo necesario para seguir adelante.

A mis profesores.

Porque sin esperar nada a cambio, compartieron conmigo sus conocimientos y experiencias que me sirvieron para tener una mejor formación profesional.

A mis suegros.

Por brindarme su ayuda en el momento que lo necesité.

A mi esposo:

Por darme todo su apoyo, para
ver concluida una de mis
metas.

A todas aquellas personas que
de una u otra forma tuvieron
que ver con la realización de
mi carrera.

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE
6 A 10 AÑOS DE EDAD QUE ASISTEN A LA CLÍNICA
DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Cap.1 GENERALIDADES.....	1
1.1 Antecedentes históricos.....	1
1.2 Concepto de maloclusión.....	2
1.3 Revisión bibliográfica.....	2
1.4 Etiología de las maloclusiones.....	6
Cap. 2. CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIONES.....	8
2.1. MALOCLUSIONES DENTARIAS.....	9
Clase I.....	9
Clase II.....	10
Clase III.....	12
2.2. Maloclusiones esqueléticas.....	17
Cap. 3. ESTUDIO ESTADÍSTICO DE PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES.....	21
Metodología.....	21
Material y Métodos.....	21
Población estudiada.....	21
Criterios.....	21
Revisión de la oclusión.....	22
RESULTADOS.....	23
TABLAS Y GRÁFICAS.....	24

DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXO 1. Historia Clínica	36
ANEXO 2. Tabla de datos	41

INTRODUCCIÓN

El interés por realizar este trabajo, es lograr un registro adecuado de los tipos de maloclusiones presentes en la población infantil de México.

Desafortunadamente México no cuenta con registros actualizados de los tipos de maloclusiones, sólo se cuenta con datos obtenidos de poblaciones, que difieren grandemente con la población mexicana, tanto en el aspecto social, económico y cultural, todos estos son factores que hacen marcadas diferencias que influyen en el desarrollo de los niños.

Por lo anterior, es de verdad importante, que el cirujano dentista de práctica general, conozca los factores que causan las maloclusiones y/o las causas que las pueden desencadenar; para orientar a los padres acerca de los riesgos, con el fin primordial de disminuir su índice y en muchos casos evitar estas maloclusiones.

Existe poca información acerca de la maloclusión en la dentición primaria; varios autores han descrito las desarmonías de la oclusión en desarrollo, como resultado de irregularidades en la primera dentición. ⁽¹⁸⁾

Cohen demostró que la mayoría de esas maloclusiones no se autocorrijen por si solas y si no son tratadas en el momento oportuno, originan relaciones inapropiadas en la dentición mixta y en la permanente.



CAPÍTULO 1

GENERALIDADES

1.1 Antecedentes Históricos.

En los Estados Unidos, en la última parte del siglo XIX, Kingsley, Farrat, Tabol y Guilford, presentan un escrito pionero sobre el tratamiento de la maloclusión. La ortodoncia, tiene su origen a la vuelta del siglo, cuando Edward H. Angle publicó un sistema de aparatos para corregir irregularidades de los dientes. ya que desde el comienzo, insistió en la importancia de la oclusión correcta. ⁽⁹⁾

El panorama de la ortodoncia a partir de esta fecha cambia fundamentalmente, ya que aparece el hombre que sin lugar a dudas marca un nuevo rumbo en el desarrollo y evolución científica de la ortodoncia siendo su verdadero fundador Edward Hartley Angle. En 1887 lee su primer trabajo sobre la especialidad y en 1887 publica su primer libro "Malocclusion of the Teeth" que luego fue aumentado y corregido en ediciones sucesivas hasta el último en 1907.

Angle estableció la clasificación de las anomalías, más simple y fácil de aplicar que supera a todas las existentes y todavía hoy es mundialmente utilizada.

Angle hizo conocer su clasificación en 1899 y agrupó las anomalías dentarias en tres clases principales, según la posición mandibular:

- CLASE I NEUTRO-OCCLUSIÓN
- CLASE II DISTO-OCCLUSIÓN
- CLASE III MESIO-OCCLUSIÓN



1.2 Concepto de Maloclusión.

Las maloclusiones se pueden definir como cualquier alteración o desarmonía en la posición de los dientes dentro de los huesos maxilares, ya sea heredada o adquirida durante el desarrollo ⁽¹⁶⁾. En términos generales, para poder decir que una oclusión es normal existen dos aspectos básicos; el primero es un alineamiento correcto de los dientes en sus respectivos maxilares, el segundo es la adecuada interdigitación entre ambas arcadas. además puede considerarse dentro de "lo normal a una gama amplia de variaciones en las cuales no solo intervienen los aspectos dentales sino también aspectos faciales y raciales. ⁽¹⁶⁾

Se conoce poco sobre las causas iniciales de la deformidad dentofacial. La confusión se debe a que se ha estudiado la etiología desde el punto de vista de la entidad clínica final. Esta forma de ver el problema es difícil debido a que numerosas maloclusiones que parecen semejantes y que así se clasifican, no obedecen al mismo patrón etiológico.

Es casi tradicional estudiar la etiología en esta forma, comenzando por una clasificación clínica y de ahí se trata de llegar a las bases. ⁽³²⁾

1.3 Revisión Bibliográfica.

Dentro de las alteraciones bucales de mayor frecuencia están las maloclusiones que afectan un amplio sector de la población, ya que, aun en los países desarrollados, constituyen un problema de salud pública, sus causas pueden ser múltiples y en su determinación intervienen tanto factores hereditarios, embriológicos como hábitos y agentes físicos. ⁽³³⁾



Existen evidencias en la literatura científica internacional sobre la distribución del tipo de oclusión en la población escolar ^(2,27); Por lo que se considera la necesidad de extender este análisis a la población infantil, inquietud que surge para establecer la frecuencia de la dinámica oclusal que existe en los países en vías de desarrollo. A autores como de Cardenas Sotelo en Cuba ⁽¹¹⁾, Alberto Martínez en España ⁽²⁵⁾, Alvaro de la Cruz en Costa Rica ⁽¹²⁾, Woon en China, India y Malasia ⁽⁴¹⁾, han registrado la frecuencia y la distribución de la maloclusión en dentición temporal mixta y permanente por sexo y edades. Los reportes no son homogéneos pues dependen del objetivo de la investigación y del diagnóstico epidemiológico. Estos estudios determinan una fluctuación en las maloclusiones que va del 74.94 % al 95%. Sin embargo otras investigaciones referentes a este tema manejan como un mínimo de 49.7 % y como máximo 90 % en la frecuencia de maloclusiones dentales. ^(2,17,20,24,34,41)

Lo que nos permite observar la gran divergencia de opiniones al respecto.

La irregularidad en la oclusión dental predispone la presencia de enfermedad periodontal y caries. ^(5,7)

La clasificación de Angle no puede ser utilizada para predecir la frecuencia de magnitud y dirección de los cambios a nivel condilar en oclusión céntrica y en relación céntrica debido a que la débil correlación esta localizada en los movimientos condilares de derecha a izquierda. ⁽³⁹⁾

La medición anteroposterior de los arcos dentales en niños de acuerdo con la clasificación de Angle que presentan variables oclusales como sobremordida, mordida cruzada, apinamiento, espaciamientos y



diastemas, se encontró un mayor número de niños con los molares en oclusión clase I de Angle. ⁽²⁸⁾

Angle presentó su clasificación de acuerdo a: clase I como una clasificación de anormalidad, no como un punto de oclusión ideal. Esta corriente la siguen los tratamientos ortodónticos esforzándose para obtener una clase I, que puede ser el punto ideal o intermedio de un amplio rango de posiciones oclusales. Los actuales ortodoncistas continúan utilizando esta clase como un acierto; entonces sería apropiado elaborar un ajuste a esta clasificación. ⁽²²⁾

Dentro de los estudios realizados sobre la oclusión en la población mexicana de acuerdo a la clasificación de Angle, se pudo apreciar que niños en edad escolar presentaron un mayor porcentaje referente a clase I, segunda por la clase II y por último la clase III en un estudio transversal de la población. ⁽³⁸⁾

Otro estudio realizado en niños mexicanos por el Instituto Nacional de Pediatría; de acuerdo con la clasificación de Angle, detectaron anomalías en la oclusión dental, corrigiendo los defectos de desarrollo dentofacial, siendo necesario averiguar la frecuencia de mordida cruzada. ⁽³⁸⁾

Aunque la diferencia numérica, en la variación de las oclusiones sigue un patrón universal de distribución general en la población; algunas, especulaciones son presentadas por implicaciones clínicas y por sugerencias de investigaciones. ⁽³⁵⁾

En relación con la jerarquización de la distribución de la oclusión no se encontraron diferencias en el reporte de varios autores de acuerdo a la clase I 76.8 %, clase II 16.9 %, clase III 6.9 % . ⁽³⁰⁾



De acuerdo a los reportes internacionales americanos la mayor prevalencia es de la clase I, su fluctuación oscila entre el 42 % y el 84 % siendo mayor lo reportado en Latinoamérica. ^(10,36)

En cuanto a la clase II se encuentra dentro de los márgenes europeos y de Estados Unidos en 5.6 % a 40 % ^(15,31), pero inferior en hispanoamerica. Esta clase ha sido la más inestable debido a sus subdivisiones. La clase III se encuentra dentro de los márgenes internacionales, pero es inferior en los países latinos. ^(10,37)

Desde 1966 se sabe que el sexo es un factor determinante y que influye en la distribución de anomalías dentales. ^(14,26)

En cuanto a la disyuncion mandibular de las maloclusiones y los síndromes que se presentan, debido a una etiología multifactorial se asocian comúnmente con anomalías dentales. Por lo cual todos estos factores afectan el estado psicológico de la persona, ya que se ve involucrada su aceptación en la sociedad en que se desarrolla, afectando su personalidad.

A la luz de los resultados obtenidos y del análisis de estos, se considera que la posición de los dientes dentro de los maxilares y la forma de la oclusión son determinados por procesos de desarrollo que actúan sobre los dientes y sus estructuras asociadas durante los periodos de formación, crecimiento y modificación posnatal. La oclusión dental varía entre los individuos según el tamaño y la forma de los dientes, posición de los mismos, tiempo y orden de erupción, enfermedades orales y forma de las arcadas dentarias, así como el patrón de crecimiento craneofacial que en conjunto determinan los patrones oclusales en la adolescencia.



Para explicar los perfiles epidemiológicos de las maloclusiones es recomendable analizar los patrones locales específicos. ⁽³⁷⁾

1.4 Etiología de las Maloclusiones

A. Sitios etiológicos primarios

- Sistema neuromuscular
- Hueso
- Dientes
- Partes blandas (excepto músculo)

B. Tiempo

C Factores predisponentes

- Herencia
- Defectos del desarrollo
- Trauma
 - a) Prenatal y daños del crecimiento
 - Hipoplasia de la mandíbula
 - Posición del feto
 - b) Posnatal
 - Fractura de dientes y maxilares
 - Hábitos
 - c) Causas maternas
 - Alimentación
 - Enfermedades graves durante el embarazo



D. Factores locales

- Extracción prematura de dientes primarios
- Retención prolongada de dientes temporales
- Dientes ausentes y supernumerarios
- Actividad funcional disminuida, desviada de los dientes
- Restauraciones incorrectas
- Disarmonía de tamaño y forma de los dientes
- Naturaleza del alimento
- Caries

E. Factores sistémicos

- Enfermedades sistémicas
- Trastornos endócrinos
- Enfermedades locales
- Enfermedades nasofaríngeas y función respiratoria perturbada
- Enfermedades gingivales y periodontales
- Tumores. ⁽³²⁾



CAPÍTULO 2

CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIONES

Se han propuesto muchos métodos para separar en categorías a las llamadas maloclusiones principales. En general, se está de acuerdo, que el método propuesto por Edward H. Angle en 1899 de clasificación a esas maloclusiones ha conservado su utilidad por mas de medio siglo. La descripción que hizo Angle fue basada en una relación diente a diente.

Una debilidad del sistema de Angle, desde el punto de vista del odontólogo general, es que presta demasiada atención a la identificación de los diversos tipos de clases II y III de maloclusión y es menor el interés hacia los factores presentes en las formas de maloclusiones clase I.

Para separar estas diversas clases de maloclusiones, Angle y otros propusieron utilizar las posiciones mesiodistales relativas de los primeros molares permanentes superiores e inferiores al ponerse en contacto al cerrar en céntrica.

La clasificación que propuso Angle, es un tanto unilateral, debido a que solo se consideran las relaciones oclusales en dirección sagital, olvidando por ejemplo: las desviaciones a bucal, lingual o vertical.

El concepto de maloclusión clase I de " cero defectos ", puede servir como guía para el odontólogo en su labor de mantener u obtener la oclusión ideal para sus pacientes.

Las maloclusiones se pueden clasificar en dos tipos: maloclusiones dentarias (ocasionadas por malposición de los dientes) y maloclusiones esqueléticas (causada por un crecimiento no armónico de los maxilares).



2.1. Maloclusiones dentarias

Aquí encontramos las descritas por Angle y que están regidas por la relación cuspídea entre los primeros molares superiores e inferiores, así tenemos que:

Clase I

Edward Angle, reconocido en general como el padre de la ortodoncia norteamericana, estimó que había una maloclusión que tenía relaciones dentofaciales más normales que otras. Esta relación ocurría mas a menudo que las otras y estaba presente en personas de rasgos relativamente correctos llamó a esta maloclusión de clase I.

En la maloclusión clase I se encuentra un sistema muscular bien balanceado; los clínicos siempre desean lograr esto al final de un tratamiento: ortodóntico. Todas las oclusiones ideales son clase I sin embargo no todas las oclusiones clase I son ideales.

Una maloclusión clase I esta asociada a una relación esquelética maxilomandibular normal; la discrepancia se encuentra entre el diente y el tamaño de la mandíbula del individuo.

Así como en una oclusión ideal, en la maloclusión clase I las cúspides mesiobucales de los primeros molares superiores permanentes ocluyen en el surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes. Hay discrepancia en el segmento anterior del arco donde el hueso basal es insuficiente para acomodar todos los dientes. Es decir, hay discrepancia hereditaria entre la extensión del arco y la masa dental. Las relaciones esqueléticas y musculares también son ideales y armoniosas en una



maloclusión clase I, con excepción de la discrepancia que existe entre la extensión del arco y el tamaño dental.

Clase II

Al tipo individual que le sigue en frecuencia, de labio superior prominente y mentón no bien desarrollados, lo llamo maloclusión de clase II.

Se dice que existe una maloclusión clase II, cuando el primer molar inferior permanente se encuentra distal a su contraparte superior. Esta distoclusión puede ser resultado de una mandíbula retrognata, de un maxilar que se encuentra demasiado hacia adelante, o una combinación de ambas. La etiología exacta de esta discrepancia maxilomandibular solo puede ser dada por un análisis cefalométrico lateral.

Además de la discrepancia esquelética anteroposterior, los arcos pueden estar apiñados y también pueden presentar una mordida abierta anterior. Debido a la sobreposición horizontal (sobremordida horizontal) del segmento anterior de los arcos de la maloclusión clase II, los inferiores anteriores pueden hacer sobreerupción hacia el paladar. Si la sobreposición vertical (sobre mordida vertical) no es excesiva, algo debe estar evitando que esto ocurra y este "algo" es la lengua que empuja hacia adelante al deglutir; en el patrón infantil generalmente forma un sello.

A diferencia de la maloclusión clase I, donde existe un balance normal de las presiones musculares, en una maloclusión clase II se encuentra una musculatura anormal, con un labio superior hipotónico y uno inferior hipertónico.



Como en la maloclusión clase II, división I, la división 2 también presenta una distoclusión, está es la única relación que tienen las dos discrepancias en común. Una maloclusión clase II, división 2, típica esta caracterizada por una sobremordida vertical anterior profunda, los incisivos centrales maxilares tienen inclinación lingual, los incisivos laterales superiores están inclinados labialmente y una curva de Spee exagerada en el arco mandibular con poco o nada de apiñamiento.

Las características esqueléticas de esta maloclusión se parecen más a una clase I que a una clase II, división 1. El potencial de crecimiento de la mandíbula es favorable, por ejemplo, hacia adelante, y no existen problemas con la musculatura excepto por los efectos de tener dimensión vertical de los tejidos blandos de perfil menor de lo normal.

Divisiones de la clase II.

Angle dividió aún la clase II en dos divisiones, determinadas por la inclinación axial de los incisivos superiores.

Clase II, división 1, indica que los incisivos centrales superiores son protrusivos (prominentes).

Clase II, división 2, señala una dentición en que los centrales superiores pueden variar desde una posición aproximadamente vertical a una posición más inclinada a lingual. En esta última división, los laterales superiores suelen aparecer protruidos marcadamente hacia vestibular de los centrales.



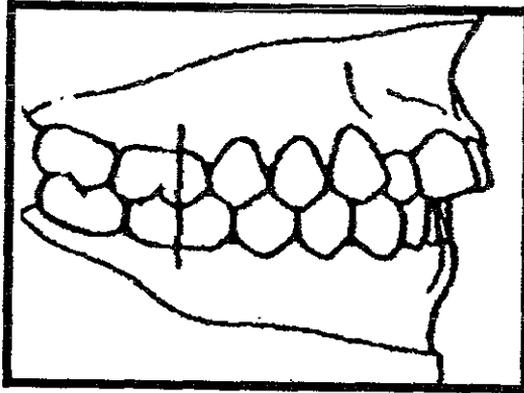
Clase III

Angle asignó el nombre de maloclusión clase III, para el tipo individual de mentón prominente cuyo arco superior y el labio aparecen menos desarrollados.

Al describir las denticiones de clase III, Angle estimó que también era necesaria una subdivisión. Se demuestra una maloclusión de clase III cuando la relación molar es tal de ambos lados. La clase III, subdivisión, corresponde a una dentadura en la cual existe una relación molar de clase I de un lado con relación de molar clase III del otro. Una maloclusión clase III esquelética o verdadera es causada por sobrecrecimiento de la mandíbula creando una mesioclusión y consecuentemente una mordida cruzada anterior. En algunos casos el problema se complica mas cuando existe un maxilar insuficiente o retraído. Otras características del prognatismo mandibular son la inclinación labial de los incisivos superiores y la inclinación lingual de los incisivos inferiores. Generalmente la lengua tiene una posición mas baja de lo normal y la tonicidad de los labios es contraria a la que se encuentra en la maloclusión clase II, división 1. Esto es, en una maloclusión clase III verdadera el labio superior es hipertónico en tanto que el inferior es hipofuncional.



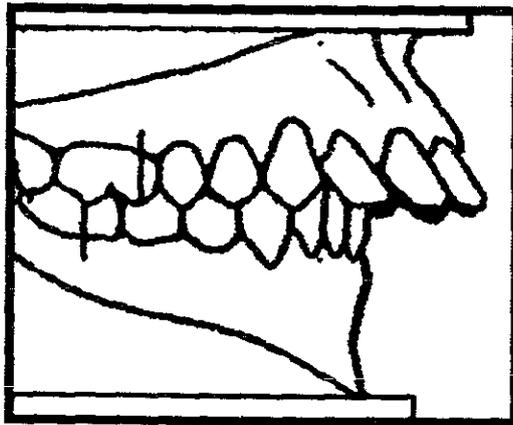
Clase I Angle



(Neutro-oclusión, apiñamiento frontal)



Clase II Angle (Disto-oclusión)

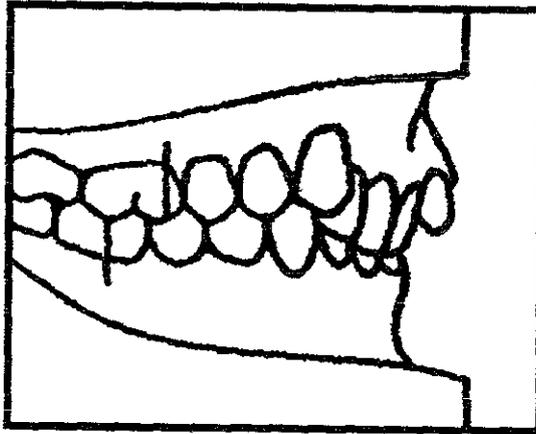


División 1 = II / 1

(frente plano, mordida cubierta, con disto-oclusión)



Clase II Angle (Disto-oclusión)

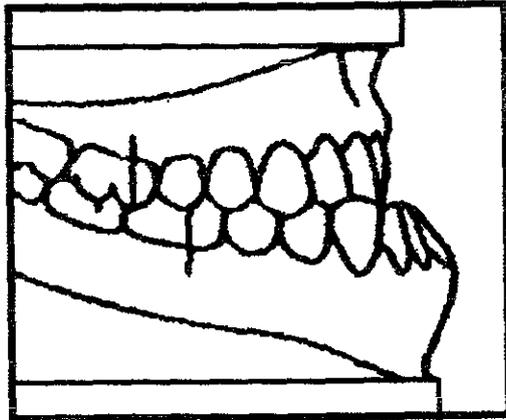


División 2 = II / 2

(Protrusión frontal con disto-oclusión)



Clase III Angle



(Mesio - oclusión, progenie)



2.2. MALOCLUSIONES ESQUELÉTICAS

Los problemas de maloclusiones pueden tener también un origen de tipo esquelético aunado a problemas dentarios, de aquí deriva la importancia de la cefalometría en el análisis de las maloclusiones.

Esquemáticamente podemos observar:

Clase I

- a) Posición normal de los maxilares con respecto a su base craneal.
- b) Posición de avance de ambos maxilares con respecto, a su base craneal (biprotusión)
- c) Posición de retrusión de ambos maxilares con respecto a su base craneal (doble retrusión). ⁽²⁷⁾

Clase II

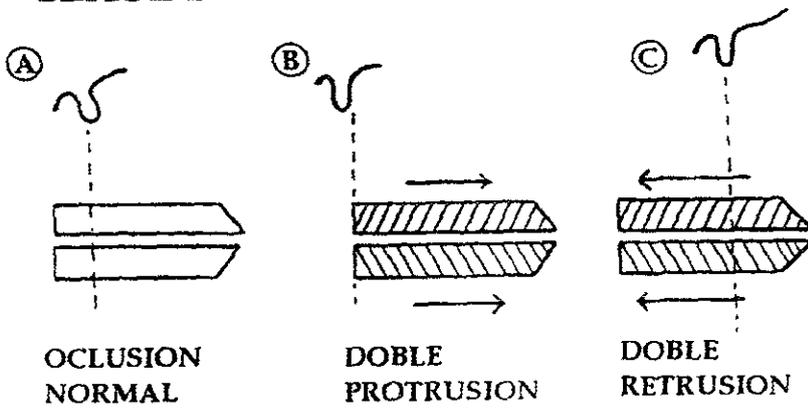
- a) Maxilar en buena posición, mandíbula retruida.
- b) Maxilar protruído, mandíbula en buena posición.
- c) Maxilar protruído, mandíbula retruida. ⁽²⁷⁾

Clase III

- a) Maxilar en buena posición, mandíbula protruída.
- b) Maxilar retruido, mandíbula en buena posición.
- c) Maxilar retruido, mandíbula protruída. ⁽²⁷⁾



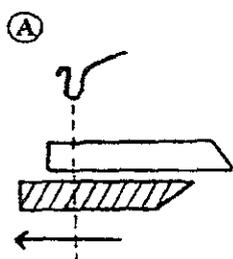
CLASE I



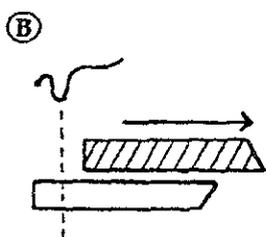
Maloclusión esquelética Clase I



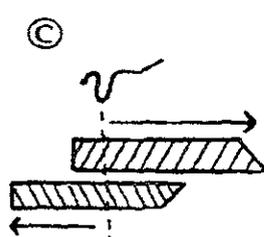
CLASE II



RETRUSION
INFERIOR



PROTRUSION
SUPERIOR

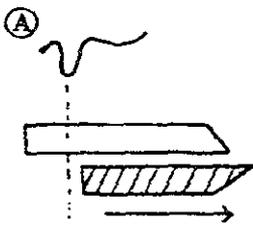


PROTRUSION SUPERIOR
Y
RETRUSION INFERIOR

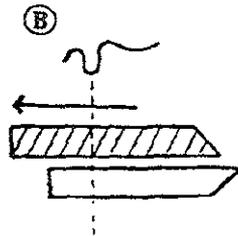
Maloclusión esquelética Clase II



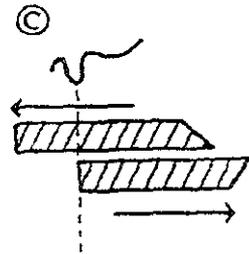
CLASE III



**PROTRUSION
INFERIOR**



**RETRUSION
SUPERIOR**



**RETRUSION SUPERIOR Y
PROTRUSION INFERIOR**

Maloclusión esquelética Clase III



CAPÍTULO 3

Estudio Estadístico de Prevalencia de Maloclusiones

Metodología

A cada niño se le practicó un examen clínico directo registrándose en su historia clínica su tipo de oclusión, los exámenes dentales se realizaron como complemento de la historia clínica para registrar a los pacientes.

Material y métodos

Población estudiada

Se revisaron 112 escolares (53 mujeres y 59 hombres entre 6 y 10 años de edad) que acudieron a la clínica de odontopediatría de la facultad de odontología de la U.N.A.M. durante el seminario de titulación

Criterios de inclusión.

- Edades de 6 a 10 años
- Presentar la erupción de los primeros molares permanentes
- Dentición mixta
- Revisión bilateral de las arcadas de los niños

Criterios de exclusión

- Menores de 6 años y/o mayores de 10 años
- Presentan dentición mixta

Criterios de eliminación

- Haber sido sometidos a tratamientos de ortodoncia, parciales o totales.



REVISION DE LA OCLUSIÓN

Se utilizó la clasificación de Angle clásica:

Clase I:

Cuando los molares están en relación apropiada con los arcos individuales y los arcos dentales, cerrando en un arco suave a posición oclusal. La cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente estará en relación mesiodistal correcta con el surco bucal o mesibucal del primer molar inferior permanente

Clase II:

Cuando los molares están en su posición correcta en los arcos individuales y los arcos dentales cierran en un arco suave a posición céntrica, La cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente estará en relación con el intersticio que forman el segundo premolar mandibular y el primer molar mandibular.

Clase III:

Cuando los molares están en posición correcta en los arcos individuales y los arcos dentarios cierran en un arco suave a posición céntrica, la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente estará en relación con el surco distobucal del primer molar mandibular permanente o con el intersticio bucal entre el primero y segundo molar mandibular e incluso distal



RESULTADOS

Los resultados se muestran en la Tabla No. 1. El estudio realizado nos indica que, un 75.89% presentó clasificación de Angle I, el 15.18 % clase II y el 8.93 % clase III, la prevalencia respecto al sexo fue la siguiente: clase I en hombres 41.07 %, mujeres 34.81 %, clase II hombres 7.14 %, mujeres 8.04 %, y clase III hombres 4.46 %, mujeres 4.46 %.

Esto significa que la mayoría del sexo masculino presentó clase I, la mayoría de clase II la registraron las mujeres y en la clase III no hubo una variación significativa en cuanto al sexo.

En relación con la distribución de maloclusiones respecto a la edad, se apreció que los porcentajes mas elevados en clase I es entre los 6 y 7 años, la clase II fue entre los 8 y 9 años y la clase III entre 6 y 7 años.

Respecto al sexo por años de edad se estableció que los porcentajes mas altos corresponden a ambos sexos, en la clase I de Angle, se mostró una distribución homogénea tanto para la clase II como para la clase III.

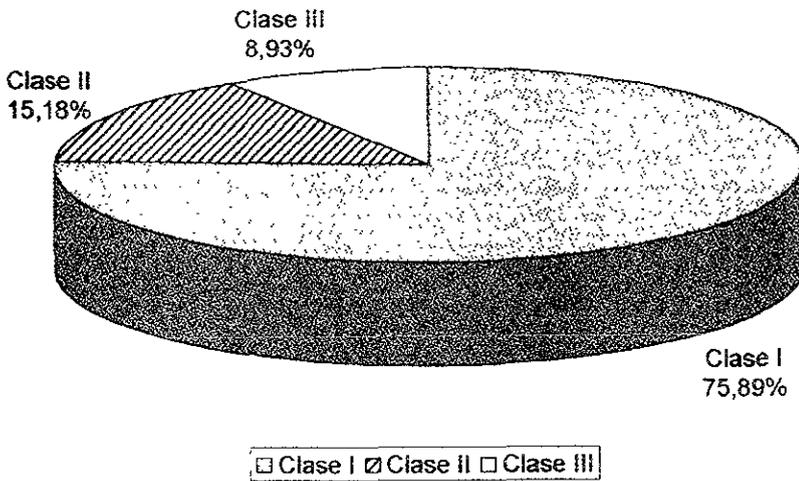


*Tabla No.1. Prevalencia y porcentajes
por tipo de maloclusión por sexo y edad*

EDAD	SEXO	Clase I	%	Clase II	%	Clase III	%	Total
6 a 7	M	21	18,75%	3	2,68%	3	2,68%	27
6 a 7	F	19	16,96%	3	2,68%	3	2,68%	25
8 a 9	M	18	16,07%	4	3,57%	1	0,89%	23
8 a 9	F	13	11,61%	5	4,46%	2	1,79%	20
10	M	7	6,25%	1	0,89%	1	0,89%	9
10	F	7	6,25%	1	0,89%	0	0,00%	8
Total		85		17		10		112

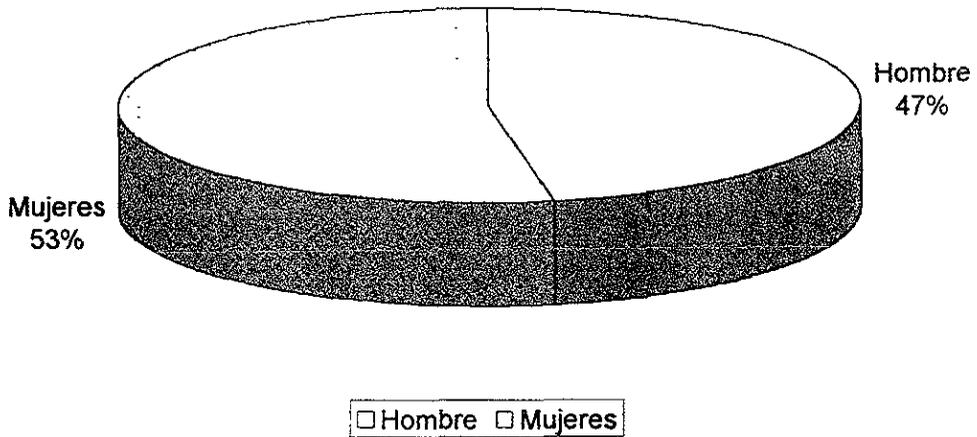


PREVALENCIA POR TIPOS DE MALOCLUSIONES



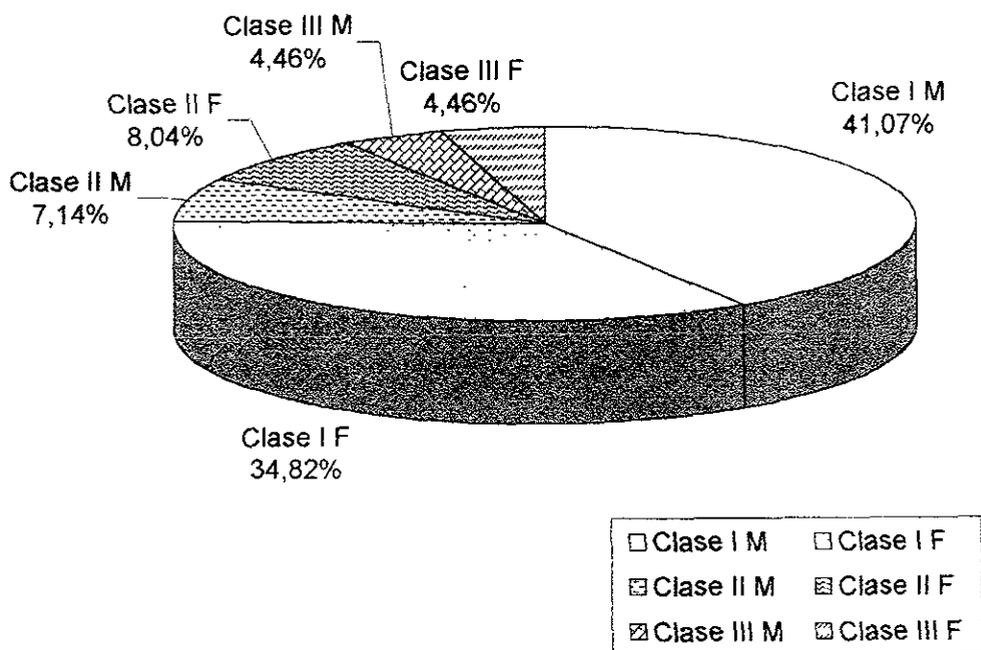


PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES POR SEXO





PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES POR SEXO





DISCUSIÓN

En relación a la jerarquización del tipo de maloclusión ésta es similar a la referida por otros autores (clase I, clase II y clase III), siendo los porcentajes superiores para la clase I, por debajo de los mismos, resultados para la clase II y ligeramente superior al mínimo señalado para la clase III.

Los resultados obtenidos al ser comparados con reportes previos de algunos investigadores demuestran una amplia variación existente en las observaciones. Si bien la clase I de Angle es la mayor prevalencia a nivel internacional concordando en que aproximadamente fluctúan entre 45 y 70%, los hallazgos del presente estudio indican una prevalencia menor, la cual corresponde al 35.7.

Sin embargo la clase II de Angle (27.6%) se encuentra en los márgenes de variación puntualizados por algunos autores entre 6 y 26 por ciento, pero inferior a lo reportado por otros. La clase III (16.5%) se presentó dentro de los márgenes descritos en la literatura internacional 2.8 a 12.0%, por lo que se encontró una clasificación de la oclusión similar a la detallada por otros investigadores.

La clase II ha sido citada como la más inconstante, tal vez debido a sus subclasificaciones adicionadas a la clasificación original, y a la inclusión de otras variables de interés para investigaciones específicas; que a la vez implican la diversidad de criterios de diagnóstico, por lo que resulta no del todo fidedigno el análisis del porcentaje como un todo. Cabe resaltar sin embargo, que las tendencias observadas a un incremento en esta clase a los 8 y 9 años son importantes, ya que en este momento, de ser detectados



los niños pueden ser sujetos a tratamientos interceptivos y preventivos, observaciones similares en este inciso a las referidas por otros investigadores.

Del análisis estadístico de las maloclusiones se obtuvo, que el sexo no afecta la distribución de ésta, aspecto sobre el cual parece estar de acuerdo todos los autores revisados.

En lo referente a la erupción del 1er. Molar permanente que emigra anteriormente y que obedece al plano terminal de los molares primarios, habría que buscar que versiones específicas en el patrón de erupción de éste determina la clase II y la Clase III con un plano terminal correcto posterior, lo que conlleva al análisis de patrones eruptivos. Paralelamente a esto, la ausencia de espacios primates, con una extensión insuficiente del arco y un patrón anormal o simplemente diferente de la cronología y secuencia d erupción dentaria, (por el papel que juega en el establecimiento del arco dental) puede ser la causa de la distribución actual de los patrones oclusales, aunado a problemas de caries interproximal y hábitos, que son elementos que determinan estos patrones. Podría ser factible que las tendencias observadas a un incremento entre los 8 y 9 años en la clase II, estén conformadas por las migraciones de los segmentos superiores hacia delante y que la mandíbula al no encontrar acomodo cuspídeo se desplace hacia atrás quedando en clase II.

En resumen para explicar los perfiles epidemiológicos de las maloclusiones, se recomienda análisis de los patrones de desarrollo ontogenético y filogenético aunados a los factores locales específicos.



CONCLUSIONES

Es de verdad importante que conozcamos las características de oclusión de la población infantil mexicana, ya que en muchas ocasiones es algo a lo que no le ponemos mucha atención.

La odontología debe practicarse de manera integral; debe hacer una vigilancia dinámica y constante; así como ser una disciplina para el dentista y el paciente, ya que es más fácil prevenir o interceptar los problemas incipientes, que corregirlos una vez que se han acentuado.

Tomando en cuenta esto, el Cirujano Dentista y odontopediatra tiene la responsabilidad de hacer que el periodo de cambio de la dentición primaria a la mixta y la permanente, sea lo mejor posible, brindando de esta manera una mejor atención al paciente.

Es evidente la necesidad de un mayor entrenamiento de los profesionales para el diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones en las diferentes ramas de la Odontología.

De ahí la importancia del Cirujano Dentista en los conocimientos de los factores de riesgo que inciden en las maloclusiones, para que así pueda detectar a tiempo y en su caso corregir oportunamente los problemas de maloclusión.



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Angle E.H. Classification of malocclusion. Dent Cosm 1899; (41): 248-264, 350-357.
- 2) Ast D.B. Carlos J, Cons N. The prevalence and characteristic of malocclusion among senior high school students in upstate New York. Am J Orthod. 1965; 51 (6): 437-45.
- 3) Acevedo A A. Ortodoncia, oclusión y difusión. Prac Odont. 1987; 8 (5): 6-8.
- 4) Bishara S.E. Hoppens B J, Jakobse Jr, Kohout F T. Changes in the molar relationship between the deciduous and permanent dentitions a longitudinal study. Am J Orth Dentofac Orthop 1988; 93 (1): 19-28.
- 5) Bittner C, Pansherz H. Facial Morphology and malocclusion. Am J Orth Dentofac Orthop 1990; 97 (4): 308 – 15.
- 6) Canut Brusola J.A. Ortodoncia Clínica. Ed. Salvat, Barcelona, España. 1992; 8-10, 101-2.
- 7) Cardoso G. Grupi P. Lo guidice G, Matarese G, Romero U. Epidemiological study of the frequency of caries and malocclusion in schoolage children. Stomatol Mediterr. 1989; 9 (2): 179-84.
- 8) Cohen M.M. Minor tooth movement in the growing child. Ed Saunders Philadelphia; 1977.
- 9) Costa campos A. Ortodoncia Actual. Ed. Doyma, España: 1987.



- 10) Descrivan S.L. Características de la oclusión de 3630 escolares del área metropolitana de Caracas. Rev Iberoamer Orthod. 1983; 3 (2):33-52.
- 11) De Cardenas S O, Arcos B S, Folgueiras R, Cardoso L, Zuluieta H. Prevalence of dentomaxilofacial affections in cuban athletes with high standing. An ortodontics survey performed during selection of athletes who represented U.S. in the seveth Pan american sport games help in Mexico in october 1975. Rev Cub Est. 1978; 15(2): 53-68.
- 12) De la Cruz Arango J A. Prevalencia de maloclusión en adolescentes costarricenses. "El odontologo", 1993: 13-20.
- 13) Drin I, Zwilling-Selleman. Angle Orthod. Feb 1990; 60(1): 101-4.
- 14) El mangoury NH, Mostafa YA. Epidemiologic panorama of dental occlusion. Angle Orthod 1990; 60(3): 207-13.
- 15) Erikson MD, Graziano FW. Prevalence of malocclusion in seveth grade children in two. Nort Carolina cities. JADA 1996; 73: 124-7.
- 16) , Estudio de Chiclets Adams-Trident Maloclusiones. Práctica Odontológica, México 1987, 8(12):74-80.
- 17) Fernández TC, Cuan CM, Prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 11 años de edad. Rev Cub Est 1985; 22: 223-8.
- 18) Galdos Antonia. Maloclusiones en la dentición. Rev ADM 1999. 97: 107.



- 19) Hernandez PM, Llano MM, Díaz NV. Maloclusiones y su relación con la perdida prematura de molares temporales y el primer molar permanente. *Rev. Cub Est* 1986; 23 (1): 25-32.
- 20) Isekwe MC. Malocclusion in Lagos Nigeria. *Community Dent Epidemiol* 1983; 11 (1): 59-62.
- 21) Jarvinen S. Floating norms for the ANB angle as guidance for clinical. *Am J Orth Dentofac Orthop* 1986; 900 (5): 383-387.
- 22) Katz MI. Angle classification revised II: a modified Angle classification. *Am J Orth Dentofac Orthop* 1993; 102 (4) 26A, 28A, 30A.
- 23) Kerosuo H, Laine T, Kerosuo E, Mgassupa I Kala E. Occlusion among a group of tanzania urban schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16 (5): 06-309.
- 24) Kerosuo H. Occlusion in the primary and early mixed dentitions in a group of tanzanian and finish. *J Dentistry for children*. 1990: 293-8.
- 25) Martínez SA, Cobo PJ, Hernandez MR. Prevalencia de las maloclusiones en la población infantil juvenil del área metropolitana de Oviedo. *Rev Esp Est* 1986; 6: 437-47.
- 26) Mills LF. Epidemiologic studies of occlusion. The prevalence of malocclusion in a population of 1455 school children. *J Dent Res* 1966; 45(2): 332-36.
- 27) Moyers E.R. *Manual de Ortodoncia*. Ed. Mundi Paraguay 1985: 242-44.



- 28) Mugonzibwa EA Variations in occlusal and space characteristic in a series of 16-18 years old in Ilalla District. Tanzania Dep. of Preventive and Comunity Dentistry. Afr. Dent J, 1992; 6: 17-22.
- 29) Ojeda León S, De la Teja A E. Prevalence of cross bite in mexican children. Instituto Nacional de Pediatría. Rev ADM 1991; 48 (1) 52-5.
- 30) Ortega VG. Características de la oclusión en 241 estudiantes Namibios de la isla de la juventud. 1982. Rev Cub Est, 1984; 21:199-207.
- 31) Payete M, Plante R. The prevalence of malocclusion problems and orthodontic treatment need in 13 and 14 years old Quebec School children in 1983-1984, J Dent Que, 1989; 26: 55-60.
- 32) Quiroz F. Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C. A. Colombia 1993, pp 11-23.
- 33) Ramírez ZG. Hacia una verdadera prevención en Odontología. Tratamiento de maloclusiones durante la dentición mixta. Act Clin Odontol 1985; 8 (15): 56-64.
- 34) Ramírez ZG. La ortodoncia y la oclusión. Act Clin Odontol 1986; 8 (16): 26-35.
- 35) Rivera L, Valdez AF, González F, Gutiérrez R. Estudios de caries y maloclusiones en niños de un sector de Cd. De Santa Clara. Rev Cub Est. 1983, 20: 198-207.



- 36) Rivero IB, Enrique BE, Rad PA, Permury FS, Aguila RF. Prevalencia de las alteraciones dentofaciales en adolescentes de la provincia de la Habana. Rev Cub Est 1985; 22: 207-11.
- 37) Saens PL, Sánchez PL. Distribución de la oclusión en adolescentes de la Cd. De México. Rev ADM 1994; 51(1): 45-8.
- 38) Sánchez PL, Saens ML, Alfaro MP. Distribución de la oclusión en la población escolar entre 4 y 7 años. Rev ADM 1991; 14: 52-6.
- 39) Shaw WC, Addy M, Ray C. Fental ans social affects of malocclusion and effectiveness of orthodontic treatment: a review. Comunity Dent Oral Epidemil. 1980, 8: 36-45.
- 40) Spiros J Chaconas. Ortodoncia. Ed Manual Modeno, México 1992. pag 20.
- 41) Utt TW, Meyers CE Jr, Wierzba TF, Hondrum SO. A three dimensional comparasion of condylar position changes between centric relation and centric occlusion using the mandibular position indicator. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1985; 107 (3): 298-308.
- 42) Woo KC, Thond YL, Abdul KR, Permanente dentition occlusion in chinese and malayan groups in Malaysia.Aust Orthod J 1989; 11(1).



ANEXO 1: HISTORIA CLÍNICA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U. N. A. M.
HISTORIA CLINICA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA

INFORMACION GENERAL

Nombre _____ (_____) Fecha _____
 Edad _____ Fecha y lugar de Nacimiento _____
 Domicilio _____ Tel. _____
 Escuela _____ Grado _____
 Padre _____ Ocupación _____
 Domicilio de trabajo _____ Tel. _____
 Madre _____ Ocupación _____
 Pediatra o médico familiar _____ Tel. _____
 Hermanos(as) Nombres y edades _____
 Acompañante o responsable del tratamiento _____
 Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño(a) a su médico _____
 Razón _____
 Intervenciones quirúrgicas padecidas _____
 Medicamentos que toma regularmente _____
 Problemas en el embarazo y/o perinatales _____

¿Ha padecido el niño alguna de las enfermedades siguientes?

	Edad		Edad		Edad
Asma	_____	Sarampión ()	_____	Fiebre reumática ()	_____
Paladar hendido	_____	Toxferina ()	_____	Tuberculosis ()	_____
Epilepsia	_____	Varicela ()	_____	Fiebres eruptivas ()	_____
Cardiopatías	_____	Escarlatina ()	_____	Otras: _____	_____
Hepatitis	_____	Difteria ()	_____		_____
Enf. Renal	_____	Tifoidea ()	_____		_____
Enfermedad Hepática	_____	Paperas ()	_____		_____
Trastornos del lenguaje	_____	Poliomelitis ()	_____		_____

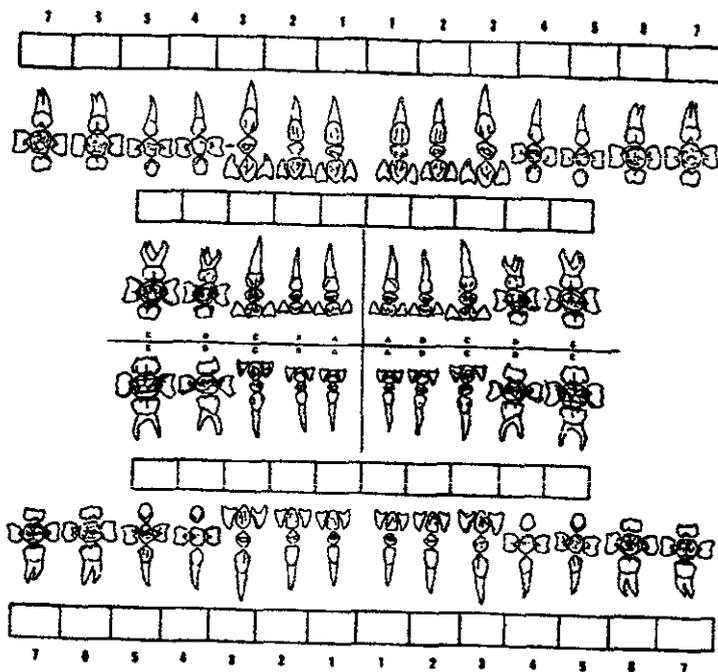
¿Ha presentado el niño hemorragias excesivas en operaciones o accidentes? () ()
 ¿Tiene dificultades en la Escuela? () ()
 Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

Observaciones: _____



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
U.N.A.M

EXAMEN DENTAL



Color: Rojo ___ Caries y otros Patosis
Rojo y Azul ___ Caries Secundaria

Azul ___ Restauraciones
Triángulo Azul ___ Ausente (Extracción o Exfoliación)

Triángulo Rojo ___ Ausente (Congluto)

Cuadrado ___ Sin Erupciones
Flechas ___ Giroversión de Diente

Flechas ___ Inclinación del Diente

(- -) (| |)

(C)

Indicar en el cuadro del Odontograma la anomalía que presente por medio de su abreviatura.

Diente Fusionado (Fu) Gemitación Dentaria (Gem) Diente Supernumerario (Su)

Hipoplasia (Hip) en Bordes Incisal 1/3 2/3 3/3 Bordes Incisal (I) Centro de la

Corona (e) Cervical Solamente (ce)

Diente Traumático (Tr) Caries Exfoliación (CEx)

Movilidad en el Diente (MV)

Inflamación Gingival (PMA)

Tipo de caries: Simple, crónica, aguda, extensiva, severa.

Condición General: Estatura, pelo, piel, presión arterial, color de las uñas, de los dedos, estado emocional, estado intelectual.

Condición Local: Presencia de tejidos blandos, Labios, lengua, amígdalas, mucosa oral y de otras áreas.

Observaciones