



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PERFIL DE MALOCLUSIONES EN PACIENTES
ADULTOS QUE SOLICITAN ATENCIÓN DENTAL EN LA
CLÍNICA PERIFÉRICA ARAGÓN. FO. UNAM. 2008.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

SAMANTA MARUF MARTÍNEZ

TUTOR: MTRA. ARCELIA FELICITAS MELÉNDEZ OCAMPO

ASESORES: MTRO. JOSÉ MANUEL ORNELAS E IBAÑEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco primero a la vida y a Dios por permitirme llegar a este momento tan importante en mi vida.

A mis padres:

Por darme la vida y enseñarme que el reconocimiento es fruto del esfuerzo y la dedicación de uno mismo, gracias por cuidar mis pasos y ayudarme a levantarme en esos momentos donde creí no poder más, por enseñarme a luchar y defender mis sueños y mis metas, por entender las largas ausencias de casa, no hay palabras suficientes para agradecer todo su cariño, comprensión y esfuerzo los amo.

A mis hermanas:

Fabiola y Magali por estar siempre conmigo a las cuales quiero, admiró y respeto por que han sido un ejemplo de superación y fortaleza para mí.

Karina:

Gracias por brindarme tú amistad, cariño y confianza, por caminar a mi lado en los momentos buenos y en los difíciles, por apoyarme y creer en mí, de mejor amiga y cómplice te convertiste en una hermana, hoy como siempre compartimos la satisfacción y la alegría de ver realizada una de muchas metas que aún nos faltan pero que estoy segura se consolidaran, a tus padres gracias por abrirme las puertas de su casa y brindarme su apoyo.

A mis amigos:

A los que durante el camino tomaron distintos rumbos pero que dejaron gratos recuerdos, a los que siempre estuvieron y se quedaron conmigo Karina, Elena, Esau y Larissa, a los amigos que se fueron incorporando en el camino Elizabeth, Olivia, Teresa, Mirna, Rodolfo, a todos gracias por brindarme su amistad, cariño y apoyo sincero.

MTRA. Arcelia Meléndez:

Por brindarme su tiempo y compartir sus conocimientos.

MTRO. José Manuel Ornelas:

Por el apoyo, cariño y respeto que me brindó durante mi paso por la clínica de Aragón como alumna, por compartir sus enseñanzas y sus conocimientos, por el tiempo y la ayuda que me brindó gracias.

A la Facultad de Odontología:

Por darme maestros de excelencia que contribuyeron a mi formación como profesionalista y a todos los pacientes que confiaron en mí.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por ser tan bondadosa y generosa con todos nosotros y formar más y mejores profesionalistas.

INDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. ANTECEDENTES.....	6
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
4. JUSTIFICACIÓN.....	30
5. OBJETIVOS.....	30
5.1 Generales.....	30
5.2 Específicos.....	30
6. METODOLOGÍA.....	31
6.1. Material y método.....	31
6.2. Tipo de estudio.....	32
6.3 Población de estudio.....	32
6.4 Muestra.....	33
6.5 Criterios de inclusión.....	33
6.6 Criterios de exclusión.....	33
6.7 Variables de estudio.....	33
6.8. Variable independiente y variable dependiente.....	34
6.9. Operacionalización de las variables.....	34
7. RESULTADOS.....	36
8. CONCLUSIONES.....	48
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
ANEXOS.....	52

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente uno de los principales problemas que enfrenta la Estomatología a nivel mundial es la presencia de alteraciones en la oclusión, la OMS considera que es una prioridad encunto a problemas de salud pública por la elevada prevalencia que presentan algunos países, Latinoamérica presenta una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población.

Si bien es cierto que la OMS clasifica las maloclusiones como la tercera alteración bucal por su prevalencia e incidencia pues estudios epidemiológicos han demostrado prevalencias de casi el 60%, esta alteración es superada por la caries y la enfermedad periodontal.

Actualmente no existe un índice Epidemiológico que sea aceptado y utilizado al 100% pues existen problemas para medir la oclusión por diversas percepciones culturales de lo que constituye una maloclusión y la dificultad para lograr un adecuado grado de consistencia en el uso de los índices de maloclusiones.

El presente trabajo describe como las maloclusiones constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones en la deglución, la fonación, caries dental, estética, algunos casos de asimetrías faciales y baja autoestima, su origen etiológico es multifactorial resultante de la interacción de muchos factores durante el desarrollo maxilo facial. Dentro de los cuales se encuentran los factores generales y los factores locales que actuarán en un determinado momento provocando un defecto o una maloclusión.

Se describen algunas de las maloclusiones causadas por algún factor de riesgo que provoca la alteración normal de la oclusión como la mordida cruzada, mordida abierta, sobremordida vertical y sobremordida horizontal así como la clasificación de las maloclusiones según Angle y Lisher.

Se realizó un estudio epidemiológico de tipo transversal con el fin de determinar la prevalencia de maloclusiones según el formato de OMS en el cual la población de estudio estuvo constituida por 46 pacientes de ambos géneros que solicitaron atención dental en la clínica periférica Aragón del turno vespertino durante los meses de febrero y marzo del 2008.

Se observó que la prevalencia de clase I en los pacientes examinados fue de 49.89%, el 21.73% de la población tiene mordida abierta donde las mujeres predominaron con un 13.04%, la prevalencia de mordida cruzada anterior fue de un 33% mientras que un 76% para la mordida cruzada posterior, el promedio de sobremordida horizontal fue de 3.6mm y el promedio vertical fue de 2.65mm.

En la mayoría de los casos hubo presencia de hábitos deformantes entre los cuales el de mayor presencia fue el de morder los lápices con un 67.3%, onicofagia con un 45.6% y meter la lengua entre los dientes con un 43.5% donde se observó que las mujeres son el grupo más afectado. Se observó que dentro de las anomalías leves o importantes la mayoría de la población presenta con más frecuencia son los dientes apiñados con una prevalencia muy significativa obteniendo un promedio de 3.07 de ambos géneros.

2. ANTECEDENTES

RESEÑA HISTORICA.

Durante la segunda mitad del siglo XIX la profesión odontológica prestó mucha atención a las irregularidades de los dientes apareciendo muchos artículos en la literatura sobre este tema. Se consideraba que el tratamiento de muchos de estos casos eran tratados por la odontología protésica.

Unos de los primeros intentos por clasificar las maloclusiones provienen de Fox (1803), discípulo de John Hunter quien basaba la división en las relaciones de los incisivos y no fue sino hasta 1880 que el "Kingsley (1829-1913) considerado como el padre de la ortodoncia, publicó su *Treatise on oral deformities as a branch of mechanical surgery.*"¹ Una de sus muchas contribuciones a la odontología consistió en ofrecer una gran variedad de procedimientos prácticos de su propia invención como el anclaje occipital así como el primer intento de sistematizar el tratamiento de las anomalías de la oclusión. Pero ocho años después John N. Farrar publicó el primer volumen de su *Treatise on the irregularities of the teeth and their correction*, este trabajo fue superado el año siguiente por el de Simeon Guilford *Orthodontia*, que se convirtió en el libro de texto en las escuelas de odontología.¹

El tema sobre la oclusión se volvió de importante interés y controversia en los primeros años de la odontología moderna entonces ya era posible la restauración y sustitución de los dientes. El interés de Angle (1855-1930) y sus conocimientos sobre el tratamiento de anomalías de los maxilares dio como resultado la primera descripción de las relaciones oclusales de los dientes en 1909. Su primer artículo "*Notas sobre ortodoncia con un nuevo sistema de regulación y retención*" sirvió como base para lo que fue su primer libro "*Malocclusión of the teeth*"¹ que fue publicado en 1895.

La conciencia de la necesidad de una base científica en que apoyar sus enseñanzas le llevó a desarrollar una clasificación de las maloclusiones basada en la relación de los primeros molares, un sistema que hoy sigue usándose.

En los últimos años, la atención odontológica tiene como responsabilidad la restauración no sólo la función masticatoria, sino también las funciones de deglución, respiración, habla y lenguaje. La oclusión dental no sólo incluye a los dientes, también está constituido por sus tejidos periodontales y de sostén, estructuras neuromusculares activadoras, músculos de cabeza y cuello que proveen la energía para la función oclusal y los nervios anexos que regulan esa actividad.

Es un problema definir que es una maloclusión ya que la percepción de esta difiere mucho entre las personas y culturas. Esto da como resultado que no exista un Índice Epidemiológico que sea aceptado y utilizado por todos los odontólogos, actualmente uno de los principales problemas que enfrenta la odontología a nivel mundial y que ocupa el tercer lugar son las alteraciones en la oclusión.

Actualmente los estudios sobre la prevalencia y distribución de las maloclusiones han demostrado que Latinoamérica presenta una situación preocupante, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población.

En México se han realizado estudios donde la frecuencia de las maloclusiones se presentan con mayor prevalencia en la población infantil y todos coinciden en que es en esta etapa donde se diagnostican las maloclusiones de la dentición permanente cuando estas no fueron corregidas a tiempo así como promover una educación preventiva bucal para prevenir maloclusiones dentarias a futuro.

María Elena Montiel evaluó la frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños de 6 a 12 años, ella menciona la importancia de la prevención y tratamiento de los malos hábitos bucales y los ubica socialmente como un problema de conducta que afecta la cavidad bucal y que debiera ser abordada multidisciplinariamente ya que es un problema influido por factores familiares, sociales y ambientales.²

En San Luis Potosí la directora del programa de clínica potosina la Dra. Margarita Ponce Palomares evaluó la frecuencia y distribución de maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad se encontró que el 62% de la población tienen desviaciones que rompen el patrón de normalidad para la dentición temporal en la mayoría de los casos hubo presencia de hábitos alrededor de las maloclusiones diagnosticadas hace referencia a la prevención educando a la población sobre causa efecto de las maloclusiones durante esta etapa.³

En la población adolescente se ha encontrado que la tasa de prevalencia por maloclusión es de 96.4:100/adolescentes resultando la clase I de Angle la más frecuente con 72.8% mientras que la clase II y III obtuvo una estimación a nivel población de entre 69% y 76%, se encontraron diferencias significativas por género ya que se muestra un riesgo mayor para el femenino. ⁴

DEFINICIÓN DE OCLUSIÓN.

El Donrnan's Medical Dictionary define la oclusión como "el acto de cierre o el estado de cierre."⁵ En odontología, se entiende por oclusión la relación de los dientes maxilares y mandibulares cuando se encuentran en contacto funcional durante la actividad de la mandíbula.

Otra definición aceptable de oclusión es, por definición, "la relación de contacto entre las unidades dentarias de ambas arcadas, tanto en su posición de máxima intercuspidad como en sus distintas posiciones funcionales."⁶

Esta relación de contacto es posible por las caras oclusales de los dientes las cuales presentan elevaciones y depresiones que gracias a su configuración y disposición se relacionan con las características anatómicas temporomandibulares.

OCLUSIÓN IDEAL.

Cuando hablamos de una oclusión ideal nos referimos a una situación funcional completamente armónica del sistema estomatognático, donde todos sus componentes (periodonto, músculos y ATM) están en completo estado de salud, lograda gracias a una perfecta función oclusal, sin ninguna clase de alteraciones y sin evidencia de adaptaciones.

Según Niles Guichet, la “oclusión ideal es aquella que realiza todas sus funciones, al propio tiempo que mantiene todas sus partes componentes en perfecto estado de salud.”⁶

Ezequiel E. Rodríguez Yañez afirma que la “oclusión ideal es aquella en la cual los órganos dentarios ocupan una posición articular correcta con sus vecinos y antagonistas.”⁷

OCLUSIÓN NORMAL.

La palabra “normal” significa una situación comúnmente encontrada en ausencia de enfermedad, sin olvidar que los valores normales en biología están determinados por un margen de variaciones individuales y de adaptación fisiológicas.

Entonces la descripción de “oclusión normal suele incluir contactos oclusales, alineamiento de los dientes, sobremordida vertical y horizontal, el acomodo y relación de los dientes dentro del arco y entre éstos, y la relación de los dientes con las estructuras óseas.”⁸

Al respecto, Behsnilian menciona que se debe comprender y diferenciar los dos conceptos de oclusión normal.

“El primero, viejo conocido, de oclusión anatómica, morfológica, se refiere a una disposición ideal de dientes, caracterizada por determinadas relaciones estáticas de forma y posición.”

“El segundo concepto, fisiológico, dinámico, postula relaciones armónicas en el funcionamiento de todo el sistema estomatognático, sin preocuparse mucho de la perfección morfológica.”⁹

La oclusión normal rara vez se presenta en nuestra población ya que sería lo ideal para el tratamiento en nuestros pacientes.

MALOCLUSIONES.

DEFINICIÓN DE MALOCLUSIÓN.

La maloclusión es la protagonista del tratamiento ortodóntico, y su concepto ha variado a lo largo del tiempo. “Guilford hablaba de la maloclusión para referirse a cualquier desviación de la oclusión ideal.”¹⁰

Maloclusión es una variación clínicamente significativa del crecimiento normal, resultante de la interacción de muchos factores durante el desarrollo maxilo facial.

FACTORES ETIOLOGICOS DE LAS MALOCLUSIONES.

FACTORES GENERALES.

Es de particular importancia señalar que las maloclusiones del sistema masticatorio tiene un origen multifactorial e influye en los caracteres constitucionales que se oponen o contribuyen al desarrollo de la maloclusión.

Los factores causales actuarán en un determinado momento del desarrollo provocando un defecto, estos factores como los generales siempre están presentes durante el desarrollo del sistema estomatognático.

Dentro de los factores generales podemos encontrar:

a) Herencia:

- Factores raciales.
- Factores faciales.
- Factores dentarios.

b) Deficiencias congénitas:

- Anomalías óseas.
- Anomalías de partes blandas.
- Anomalías de número, tamaño, estructura y forma.

c) Problemas metabólicos:

- Nutricionales.
- Endocrinos.

d) Problemas patológicos locales o generales:

- Infecciones.
- Traumatismos.
- Tumores.

e) Anomalías funcionales:

- Labiales.
- Linguales.
- Succión digital.
- Deglución atípica.
- Fonación anormal.
- Respiración bucal.
- Disfunciones de la ATM.



FACTORES LOCALES.

Estos factores no siempre están presentes en el desarrollo de las maloclusiones aunque puede haber casos en donde juegue un papel importante en el origen de esta.

“Los factores locales actúan de forma aislada o en combinación y sus efectos se superponen a cualquiera de los factores generales, significando una anomalía adicional en el desarrollo de la oclusión y en la posición de los dientes.”¹⁰

Son muchos los factores locales que pueden causar una maloclusión y pueden coexistir en la misma anomalía, estos son:

- a) Anomalías dentarias de número:
 - Agenesia, hipodoncia, anodoncia.
 - Supernumerarios: mesiodens, paramolar, distomolar.
- b) Anomalías de forma y tamaño:
 - Congénita.
 - Hereditaria.
 - Traumática.
 - Infecciosa.
- c) Patología de la erupción:
 - Erupción precoz.
 - Erupción tardía.
 - Erupción ectópica.
 - Tumores.
 - Traumatismos.



f) Frenillos anormales: pueden provocar rotaciones, diastemas y versiones.

g) Caries: sobre todo a nivel interproximal o la pérdida completa de un diente.

h) Traumatismos: que generan la pérdida total o parcial de uno o varios dientes temporales o permanentes.

i) Hábitos y disfunciones orales:

- Succión digital.
- Succión labial.
- Succión de chupete.
- Interposición lingual.
- Hábito buccinador.
- Respiración bucal.
- Onicofagia.



CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN DE ANGLE.

En 1899 Edward Angle ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado, introdujo el término “clase” para denominar a las distintas relaciones dentarias. Este autor dividió las maloclusiones en tres grupos:

Clase I. Se encuentra la relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior.



Siendo las relaciones sagitales normales, la maloclusión consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos.

Clase II. Relación sagital anormal de los primeros molares: el surco vestibular de molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Toda la arcada maxilar está adelantada o la arcada mandibular está retruida respecto a la superior.

Dentro de esta clase se distinguen dos tipos:

- Clase II división 1: Los incisivos centrales superiores están protruidos con resalte aumentado.
- Clase II división 2 Los incisivos centrales superiores están retroinclinados y los incisivos laterales protruidos, existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida incisiva.

CLASE III. El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada o el maxilar está retruido con respecto al antagonista. La relación incisiva generalmente está invertida con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores.⁷

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

CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN DE LISHER.

En 1912 Lisher utiliza la clasificación de Angle pero introduce una nueva terminología respetando el conceptote este y denominó a las clases de Angle:

NEUTROCLUSIÓN: la clase I, por ser la que muestra una relación normal o neutra de los molares.

DISTOCLUSION: la clase II, porque el molar inferior ocluye por distal de la posición normal.

MESIOCLUSIÓN: la clase II, porque el molar inferior ocluye por mesial de la posición normal.⁷

CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA

Esta clasificación hace referencia según la localización de la maloclusión y se distinguen tres tipos de maloclusiones:

1. MALOCLUSIÓN ÓSEA: afecta a uno o ambos huesos maxilares en la zona alveolar, o a nivel de las bases óseas, repercutiendo en el encaje dentario oclusal.
2. MALOCLUSIÓN MUSCULAR: el equilibrio muscular es el primitivamente alterado y el que causa la anomalía oclusal.
3. MALOCLUSIONES DENTARIA: es la propia dentición la que por su forma, tamaño o posición provoca la alteración oclusal.¹⁰

CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA.

Este tipo de clasificación distingue tres tipos de maloclusiones basándose según el plano del espacio en que esté localizada la maloclusión.

Se divide en:

1. MALOCLUSIÓN TRANSVERSAL: desviaciones en los segmentos bucales (mordidas cruzadas).
2. MALOCLUSIÓN VERTICAL: sobremordida y mordidas abiertas.
3. MALOCLUSIÓN SAGITAL: relaciones anteroposteriores de ambas arcadas.¹⁰

De acuerdo con la extensión de la anomalía, también se distinguen en:

1. MALOCLUSIÓN LOCAL: que está circunscrita a una zona de la dentición afectando a un diente o a un pequeño grupo de dientes.
2. MALOCLUSIÓN GENERAL: que comprende a toda una arcada dentaria o a las relaciones conjuntas entre arcadas dentarias.

SECUELAS DESFAVORABLES DE LAS MALOCLUSIONES.

En el desarrollo de una maloclusión, el factor genético desempeña un papel importante en el crecimiento cráneo facial y en el patrón de una oclusión básica, sin embargo los factores ambientales y locales constituyen otra fuente importante en el origen de las maloclusiones en el paciente en crecimiento, muchas de estas consecuencias pueden evitarse o minimizarse actuando preventivamente en edades tempranas.

Se habla de “mordida cruzada posterior cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores. Las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores.”



MORDIDA CRUZADA POSTERIOR.

La mordida cruzada posterior puede afectar a:

- Ambas hemiarcadas = mordida cruzada posterior bilateral.
- Solo a una hemiarcada = mordida cruzada posterior unilateral, derecha o izquierda.
- Afecta solo a una pieza aislada.

Una relación de mordida cruzada posterior puede ser en cada punto tan estable, funcional, cómoda y estética como su relación correspondiente más normal.¹¹

Este problema transversal, que suele manifestarse por un arco superior estrecho, es relativamente frecuente en la dentición primaria y en niños con dentición mixta ya que los hábitos de succión que presentan producen constricción en el arco superior, sobre todo en la región de los caninos primarios, con lo que las interferencias oclusales pueden dar lugar posteriormente a un desplazamiento funcional anterolateral de la mandíbula.

Los problemas en las relaciones dentales transversales (mordida cruzada posterior) son pocos frecuentes, y afectan al 5% de los niños y al 6-8% de los adolescentes, con mínimas diferencias interraciales.¹²

Es importante que la mordida cruzada posterior reciba un adecuado tratamiento así como prevención y la eliminación de hábitos perniciosos que desencadenan este tipo de problemas.

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.

La mordida cruzada anterior suele deberse a una discrepancia maxilar, pero también puede producirse por la inclinación lingual de los incisivos según erupcionan.¹²

Es frecuente en la dentición primaria y mixta, cuando se ha detectado una relación de mordida cruzada está irá empeorando durante el crecimiento. La mordida cruzada en un niño tiene poca relevancia si es debida a una mala relación esquelética verdadera o una pseudomordida cruzada originada



por una mala posición de las piezas; si las piezas anteroinferiores se colocan por delante de las anterosuperiores antes de que se haya completado el crecimiento, la mandíbula tenderá a un excesivo crecimiento horizontal.

De esta manera, las pseudomordidas cruzadas en niños suelen convertirse en auténticas mordidas cruzadas esqueléticas cuando llegan a la edad adulta.¹¹

Algunos de los problemas asociados comúnmente con la mordida cruzada anterior son:

- Estéticos. Los pacientes buscan mejorar su apariencia. Eliminar la “cara de bulldog” a consecuencia del prognatismo.
- No hay contacto céntrico en las piezas anteriores. Los pacientes que presentan un contacto anterior está invertido de manera que los bordes incisales de las piezas superiores entran en contacto con el cingulo de los inferiores.
- No hay guía anterior. Las mordidas cruzadas anteriores no pueden ofrecer una guía anterior a las excursiones tanto laterales como protrusivas. ¹¹

SOBRE MORDIDA VERTICAL.

La mordida profunda según Graber, se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva.



Chaconas lo considera en porcentaje y menciona que existe una sobremordida vertical normal, cuando cerca del 20% de la superficie labial de los inferiores está cubierta por los incisivos superiores.

TIPOS DE MORDIDA PROFUNDA O VERTICAL.

DENTARIA.

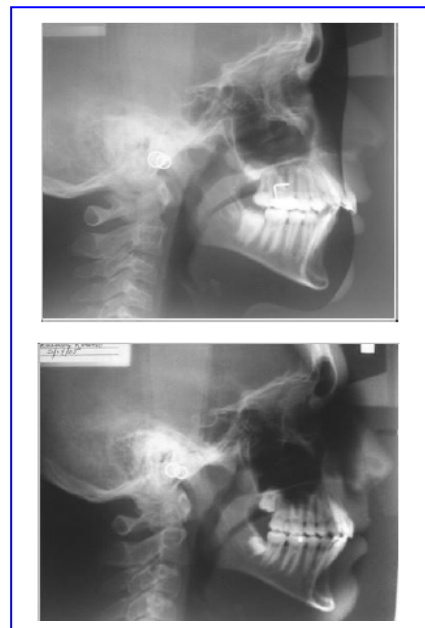
Se presenta una maloclusión clase I o clase II de Angle, los incisivos centrales anteriores superiores e inferiores están fuera de sus bases óseas.

DENTOALVEOLAR.

Es cuando todo el conjunto dentoalveolar presenta una alteración de crecimiento y desarrollo. En está se presenta retroclinación y retrusión de las piezas dentales anteriores superiores o inferiores, esto a causa de la posición adelantada del maxilar y la retrasad de la mandíbula.

ESQUELÉTICA

El maxilar es excesivamente grande y/o la mandíbula muy pequeña y existen pocos contactos oclusales de las piezas inferiores, con respecto a los superiores.



FACTORES ETIOLÓGICOS

Dentro del origen de esta maloclusión tenemos los neuromusculares, los músculos labiales y linguales, los músculos masticadores, el hereditario, desarrollo dentario, el crecimiento y desarrollo.

Las características de estos pacientes es que presentan un tipo de cara braquicefálico, el tercio inferior y dimensión vertical disminuida, presentan una tendencia a la clase II esquelética, perfil convexo, retroinclinación dental, todas estas características están representadas por una discrepancia vertical y sagital de la relación de ambas arcadas tanto superior como inferior.

SOBREMORDIDA HORIZONTAL.

El resalte se define como la superposición horizontal de los incisivos. Normalmente, se puede observar que los incisivos están en contacto, los superiores por delante de los inferiores sólo por el grosor de los bordes superiores, la relación normal es un resalte de 2-3mm.¹²

Los pacientes que presentan un excesivo resalte presentan dos problemas específicos que contribuyen al deterioro acelerado de las piezas y las estructuras de soporte.



Cuando las piezas anteriores inferiores no tienen ningún contacto de estabilización, ni relación céntrica y tampoco céntrica con las piezas superiores, hay una tendencia a la sobreerupción, una desviación fuera de alineación y entran en los tejidos palatinos.

En un excesivo resalte es difícil o imposible para la guía anterior efectuar su trabajo de disoclusión posterior y a menudo se asocia a un aspecto no muy agradable para los pacientes que buscan tratamiento.

Los pacientes con demasiado resalte anterior tienen que protruir la mandíbula para que les sea posible la función con las piezas anteriores. En consecuencia, su pauta de función es, por lo general, completamente horizontal. Por esta razón, la relación de arcada que necesita la disoclusión posterior la mayoría de las veces no puede conseguirla porque las piezas anteriores no entran en contacto hasta que ya ha tenido lugar una considerable protrusión.¹¹

Mejorar la estética es un reto para los odontólogos ya que la mejoría en el aspecto es especialmente gratificante cuando además se ayuda a estabilizar la oclusión, se invierten las tendencias destructivas y se proporciona una mayor comodidad.

MORDIDA ABIERTA

El término de mordida abierta es la ausencia localizada de oclusión, producto del desarrollo vertical posterior insuficiente o de un desarrollo vertical anterior excesivo, impidiendo que uno o más dientes contacten con el diente correspondiente de la arcada opuesta.⁷

La definición de la mordida abierta varía según los distintos autores, Carabelli la describe como la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas.



Defoulon menciona que existen influencias musculares externas e internas para que exista esa falta de contacto dentario.

Los pacientes con tendencia a una mordida abierta pueden ser diagnosticados en edades tempranas es muy común encontrarlas en edades de entre 8 y 10 años durante las fase de dentición mixta.

Generalmente se puede encontrar en la región anterior, aunque también puede presentarse en la región posterior o pueden estar combinadas.

TIPOS DE MORDIDA ABIERTA.

DENTAL. (FALSA)

Cuando únicamente están proclinadas las piezas dentarias sin la alteración de sus bases óseas; generalmente no se extiende más allá de los caninos.⁷

Se puede hablar de una mordida abierta dental cuando no afecta a las bases óseas y son los dientes o un factor ambiental los responsables de esta maloclusión

ESQUELETAL (VERDADERA)

En este tipo de mordida ya existe una deformidad de las apófisis alveolares y va aunado a ello las características dolicofaciales.⁷

Si existe un desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario se habla de una mordida abierta esquelética.

FACTORES ETIOLOGICOS.

Se mencionan tres factores que justifican la prevalencia de mordida abierta en grupos de menor edad:

- El insuficiente crecimiento del reborde alveolar anterior y la presencia de hábitos.
- El crecimiento diferencial de tejidos linfáticos/cavidad oral.
- El crecimiento diferencial de la lengua/cavidad oral.
- El patrón de crecimiento facial.¹⁰

El origen de está maloclusión se deben a factores locales:

- Deglución.
- Succión.
- Respiración oral.
- Hipotonicidad muscular.
- Desarrollo de la dentición.

Factores generales:

- Herencia.
- Defectos congénitos.
- Alteraciones musculares.

Por lo general estos pacientes presentan una forma de cara alargada, estrecha y protrusiva, no existe un sellado labial, hay presencia de ojeras, nariz larga en sentido vertical más protrusiva y un tercio inferior aumentado.

INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS PARA LAS MALOCLUSIONES.

Las medidas e índices epidemiológicos se utilizan con frecuencia en la investigación estomatológica. En los levantamientos de salud bucal se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de enfermedades bucales, en diferentes poblaciones. La maloclusión es una entidad difícil de definir ya que existen problemas para medir la oclusión por las diferentes percepciones culturales y entre ortodoncistas y estomatólogos de lo que constituye una maloclusión, dificultad para lograr un adecuado grado de consistencia en el uso de los índices de maloclusiones y que la complejidad de ésta no puede medirse con propósitos epidemiológicos.

INDICE DE LA OMS (ÍNDICE DE MALOCLUSIONES): 1981.

En México fue utilizado en cuatro estudios epidemiológicos nacionales realizados en 1984, 1989, 1995 y 1998. La obtención de este índice es sencilla, por otro lado su capacidad discriminatoria es muy baja, indicado en estudios epidemiológicos de grupos grandes, permite obtener una idea general de la presencia de maloclusiones y de las necesidades básicas de su tratamiento.¹⁴

Este índice evalúa de manera general la presencia de maloclusiones a partir de tres criterios:

- a) Normal: ninguna anomalía.
- b) Leves: anomalías leves (como uno o más dientes girados, inclinados o con leve apiñamiento o espacio que interrumpen la alineación normal de los dientes).
- c) Moderada o Severa: anormalidades importantes, con una o más condiciones en los incisivos anteriores:
 - Overjet maxilar de 9mm o más.
 - Overjet mandibular, mordida cruzada anterior igual o mayor a la totalidad del diente.
 - Mordida abierta.
 - Desviación de la línea media mayor de 4mm.
 - Apiñamientos o espacios superiores a 4mm.

CRONOLOGÍA DE LOS ÍNDICES DE MALOCLUSIÓN.¹⁴

El primero en dar una clasificación fue Angle en 1899.

- En 1932 Stallard.
- En 1944 Mc Call.
- En 1945 Scalre.
- En 1951 Massier y Frankel.
- En 1959 Vankirk y Pennell.
- En 1960 Draker.
- En 1960 Fisk.
- En 1960-61 Grainger.
- En 1961 Poulton y Aaronson.
- En 1964 Bjork, Krebs y Solow.
- En 1966 Summers, Índice Oclusal.

- En 1967 Grainger, Índice de Tratamiento Prioritario. ITP.
 - En 1981 Brzoukou, Free, Helm, Kalmarov, Sardoinfirri y Solow, Índice de la OMS (Índice de Maloclusión)
 - En 1981 Kinaan y Burke,
 - En 1986 Jenny y Cons, índice de Estética Dental. DAI. Este índice fue seleccionado por la OMS para realizar estudios epidemiológicos en su último manual del 1997.
 - En 1987 Evans y Shaw, Estandarización continua del Índice de Estética.
 - En 1989 Brook y Shaw, Índice de Tratamiento Ortodóntico Prioritario IOTN.
 - En 1992 Hill, índice de Severidad de Maloclusiones.
 - En 1988-1994, NHANES III; EU. (Medición de las características oclusales).
-

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si bien es cierto que la OMS clasifica las maloclusiones como la tercera alteración bucal por su prevalencia e incidencia y que estudios epidemiológicos han demostrado prevalencias de casi el 60%. También lo es que las maloclusiones constituyen un factor de riesgo para alteraciones en la deglución, la fonación, caries dental y en algunos casos de asimetrías faciales y baja autoestima y que entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de ellas se encuentra el factor hereditario, defectos congénitos, hábitos perniciosos, problemas metabólicos, anomalías de forma, número y tamaño, patologías en la erupción dentaria, caries, traumatismos, etc. Ocasionalmente se presenta dificultad para comparar estas prevalencias debido a que no todos los estudios aplican el mismo índice para su diagnóstico. En este sentido la clasificación de Angle solo permite determinar la prevalencia en relación molar (clase I, II, III), y aunque el índice de la OMS sólo clasifica la prevalencia de clase I e identifica otros perfiles de maloclusión tiene la debilidad de clasificar con un mismo código diferentes variables, como es el caso del registro de anomalías que registra como prevalencia, por lo tanto:

¿Cuál es la prevalencia de las maloclusiones según el Índice de la OMS que presentan una muestra de pacientes que solicitaron atención dental en la Clínica periférica Aragón de la Facultad de Odontología durante el periodo comprendido de febrero a marzo del 2008?

4. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la prevalencia y distribución de maloclusión por edad y género según el Índice de la OMS en adultos de la Clínica periférica Aragón de la Facultad de Odontología para determinar el perfil sociodemográfico de esta población permitirá enriquecer el aprendizaje de los alumnos para identificar clínicamente los problemas de maloclusión que comúnmente se presentan y de esta forma dar un mejor diagnóstico y tratamiento así como establecer parámetros y criterios de atención clínica de los casos de maloclusión detectados en la población de estudio.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

Determinar la prevalencia de maloclusiones según el formato de la OMS en pacientes adultos que solicitaron atención dental en la clínica periférica Aragón durante el periodo comprendido de febrero a marzo del 2008.

5.2 ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de maloclusiones según la OMS por edad y sexo.
- Determinar el perfil sociodemográfico de los encuestados.
- Determinar la prevalencia de clase I en la población de estudio.
- Determinar la prevalencia de mordida abierta y mordida cruzada por edad y género.
- Determinar el promedio de sobremordida horizontal y vertical por edad y género.

6. METODOLOGÍA

6.1 MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este perfil de maloclusiones en la clínica periférica de Aragón de la Facultad de Odontología se dialogó con el Jefe de enseñanza del turno vespertino el Dr. José Manuel Ornelas e Ibáñez, se le expidió una carta suscrita por la Jefatura de Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Odontología solicitando su apoyo y asesoramiento para dicho estudio.(Anexo 1).

Se realizó un estudio epidemiológico de tipo transversal en el cual la población de estudio estuvo constituida por 46 pacientes de ambos géneros que solicitaron atención dental en la clínica periférica Aragón del turno vespertino durante los meses de febrero y marzo del 2008, dichos pacientes serán seleccionados ya que estos deberán contar con la totalidad de sus dientes, no deberán ser portadores de ningún tipo de prótesis ni utilizar aparatología ortodóncica y quieran participar en la muestra.

El material que se utilizó para realizar la exploración bucal a los pacientes consistió en la utilización de 46 espejos bucales del #5 debidamente esterilizados, así como guantes y cubre bocas desechables como barreras de protección e higiene, glutaraldehído para desinfectar las reglas metálicas, a cada paciente se le aplicó un cuestionario (anexo 2) donde se anotó la información sociodemográfica como nombre, edad, sexo, ocupación, escolaridad e información epidemiológica.

Para la revisión clínica se le pidió al paciente que abriera y cerrara la boca para retraer el carrillo con la ayuda del espejo y observar clínicamente si presentaba oclusión clase I, si presentaba o no mordida abierta y presencia de mordida cruzada anterior o posterior.

Para observar clínicamente la presencia de anomalías leves como dientes girados, inclinados y apiñamiento se le pidió al paciente que abriera la cavidad bucal para observar y contar cuantos dientes presentaban estas anomalías así como la presencia de diastemas en la zona anterior superior o inferior.

Se ocupó una regla milimetrada metálica para tomar las medidas de la sobremordida horizontal en la cual se le pidió al paciente que ocluyera en céntrica y se colocó la regla en forma horizontal para medir desde el borde incisal de los centrales superiores que están por delante de los inferiores hacia su borde incisal de estos y obtener la medida de cada paciente.

Para tomar la medida de la sobremordida vertical también se utilizó la regla milimetrada, se le pidió al paciente que nuevamente ocluyera en céntrica y se colocó desde el borde incisal inferior que está en contacto con la superficie lingual de los incisivos superiores a la altura del cíngulo o por encima y obtener la medida de la sobremordida.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Transversal

6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes que acudieron solicitando atención dental a la clínica periférica Aragón durante el 2008.

6.4 MUESTRA

Pacientes que acudieron a la clínica durante febrero y marzo en el turno vespertino.

6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes adultos que deseen participar, sepan o no leer y escribir.
- Pacientes que cuenten con la totalidad de sus dientes.

6.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes portadores de cualquier tipo de prótesis bucal.
- Pacientes que utilicen aparatología ortodóncica.

6.7 VARIABLES DE ESTUDIO:

- Edad.
- Género.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Hábitos.
- Diastemas.
- Oclusión clase I.
- Anormalidades leves o importantes.
- Mordida abierta.
- Mordida cruzada anterior y posterior.
- Sobremordida horizontal y vertical.

6.8 VARIABLE INDEPENDIENTE Y VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Criterios de registro del índice de maloclusiones de la OMS.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Perfil de maloclusiones.

6.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- **MALOCCLUSIÓN.** Determina mala posición y contacto de los dientes del maxilar y la mandíbula como para interferir en la mejor eficiencia durante los movimientos de apertura y cierre esenciales para la masticación.¹⁵ Se determina como presente o ausente.
- **DIASTEMA.** Espacio entre 2 dientes adyacentes del mismo arco dental.¹⁵ Se determina como presente o ausente.
- **MORDIDA CRUZADA ANTERIOR.** Cuando la relación de maxilares está invertida, es decir, el maxilar está por detrás de la mandíbula.¹⁵ Se determina como presente o ausente.
- **MORDIDA CRUZADA POSTERIOR.** Cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores.¹⁵ Se determina como presente o ausente.
- **SOBREMORDIDA VERTICAL.** (over bite). Se define como la superposición vertical de los incisivos. Normalmente, los bordes incisales inferiores están en contacto con la superficie lingual de los incisivos superiores, a la altura o por encima del cóngulo, suele haber una sobremordida de 1-2mm.¹² Se determina en milímetros (mm).
- **SOBREMORDIDA HORIZONTAL.** (over jet). Se define como la superposición horizontal de los incisivos. Normalmente, los incisivos están en contacto, los superiores por delante de los inferiores sólo por el grosor de los bordes superiores la relación

normal de un resalte es de 2-3mm.¹² Se determina en milímetros (mm).

- **MORDIDA ABIERTA.** Es la ausencia localizada de oclusión, producto del desarrollo vertical posterior insuficiente o de un desarrollo vertical anterior correspondiente de la arcada opuesta.¹⁰ Se determina como presente o ausente.

Tipo como esquelético o dental.

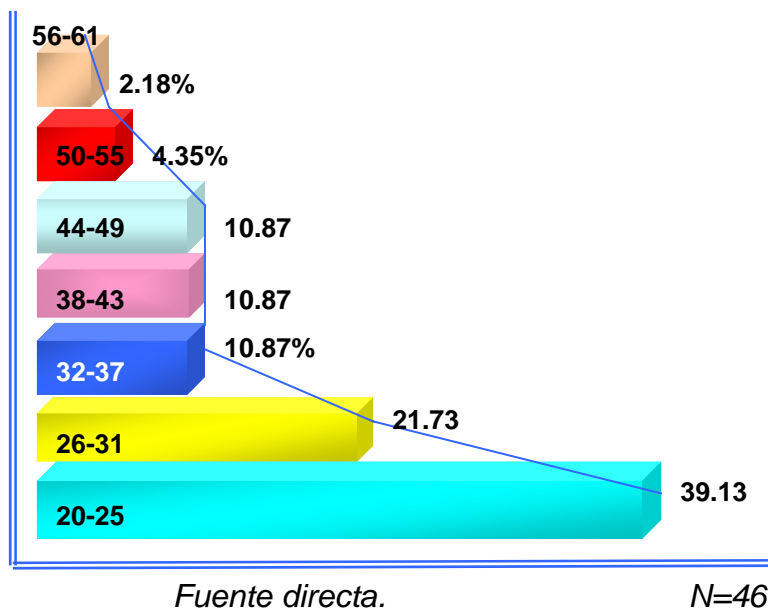
- **ANOMALIAS LEVES.** Se determinará en función a la presencia de dientes girados, dientes inclinados y apiñamiento como presente o ausente y determinado número de dientes.

7. RESULTADOS

EDAD Y GÉNERO.

El promedio de edad en la población de estudio fue de 32 años, con una edad mínima de 20 y máxima de 61 años. La mayor proporción de la población la constituyó el grupo etáreo de 20 a 25 años con el 39.13% y el de 26 a 31 años que representó el 21.73%. (Gráfica 1). El género femenino constituyó el 62.21% y el masculino el 34.79%.

Gráfica 1. Distribución porcentual por grupos etéreos de 46 pacientes. Clínica Aragón. FO. UNAM. 2008



OCUPACIÓN Y ESCOLARIDAD

De la muestra de mujeres 11 son amas de casa y 10 refirieron ser estudiantes y el mayor número de hombres son empleados. Al analizar al total de la población de nueva cuenta se determina que la ocupación predominante es ser empleado. (Tabla 1).

<i>Tabla 1. Distribución por ocupación por género. Clínica Aragón. FO. UNAM. 2008</i>			
OCUPACIÓN	GENERO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
OBRERO	1	-	1
EMPLEADO	9	1	10
COMERCIANTE	-	2	2
TÉCNICO	1	2	3
PROFESIONAL	1	3	4
HOGAR	-	11	11
DESEMPLEADO	-	1	1
ESTUDIANTE	4	10	14
TOTAL	16	30	46

Fuente directa.

N=46

Con respecto a la escolaridad por género en la tabla 2 se presenta la información: 14 integrantes de la población femenina cuenta con estudios a nivel superior: 14 y solo 4 varones son universitarios. (Tabla 2).

El 21.73% curso la secundaria y la distribución es igual para hombres que para mujeres, solo tres mujeres cuentan con la primaria únicamente.

Tabla 2.			
Distribución por género y escolaridad de 46 pacientes.			
Clínica Aragón. FO. UNAM. 2008			
ESCOLARIDAD	GENERO		Total
	MASCULINO	FEMENINO	
PRIMARIA	-	3	3
SECUNDARIA	5	5	10
PREPARATORIA	2	5	7
E. TÉCNICA	4	4	8
UNIVERSIDAD	4	14	18
TOTAL	16	30	46

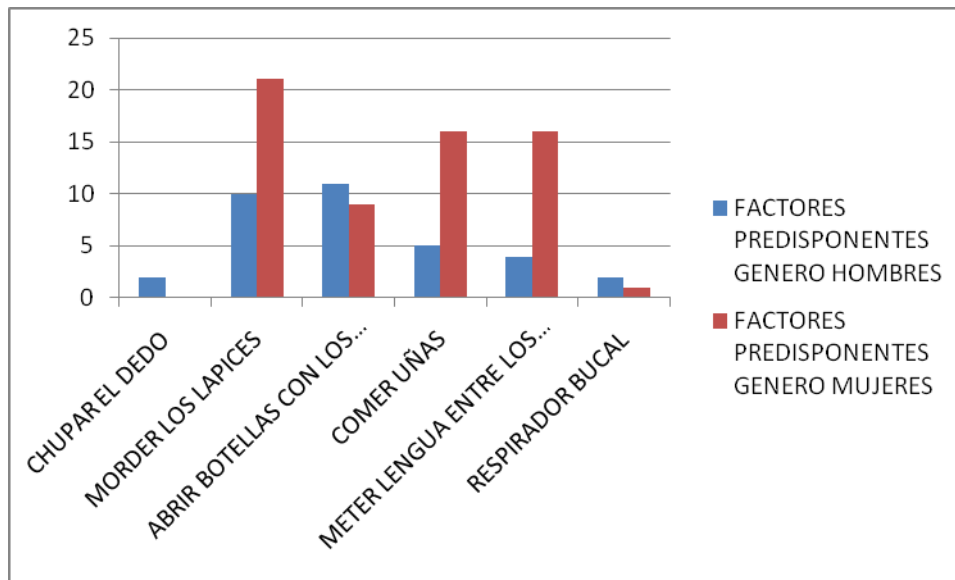
Fuente directa

N=46

FACTORES PREDISPONENTES PARA MALOCLUSIONES

El factor predisponente que con mayor predominio fue el de *morder los lápices* y las mujeres son las que con mayor frecuencia lo realizan, *comerse las uñas* y *meter la lengua entre los dientes* también son frecuentes. (Gráfica 2).

GRÁFICA 2. Factores predisponentes de las maloclusiones por género de la clínica Aragón. FO. UNAM. 2008

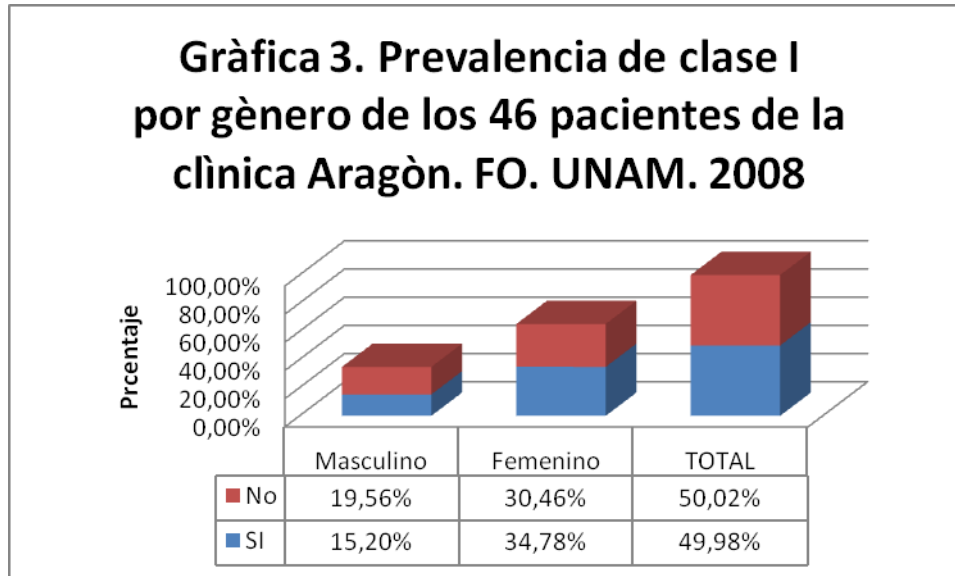


Fuente directa

N=46

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES

La prevalencia de neutroclusión es del 34.78% para mujeres y del 15.20% para hombres al analizar al total de la población se determinó que el 49.89% de los encuestados presentan clase I (Gráfica 3).



Fuente directa

N=46

La prevalencia de mordida abierta fue de 21.73%, donde el grupo menos representativo fueron los hombres con un 8.69%. (Tabla 3).

**Tabla 3.
Prevalencia de mordida abierta por género. Clínica Aragón. FO. UNAM. 2008**

GENERO	Presenta mordida abierta		
	SI	NO	TOTAL
HOMBRE	8.69%	26.10%	34.79%
MUJERES	13.04%	52.17%	65.21%
TOTAL	21.73%	78.27%	100.00%

Fuente directa N=46

Gráfica 4. Prevalencia de mordida abierta esquelética y dental.

Del 21.73% del total de la población encuestada que presenta mordida abierta se observó un marcado predominio por el tipo esquelético.

Gráfica 4. Tipos de mordida abierta.



El tipo dental sólo se determinó en el 30% pacientes (Gráfica 4).

Dental 30%



Esquelético 70%

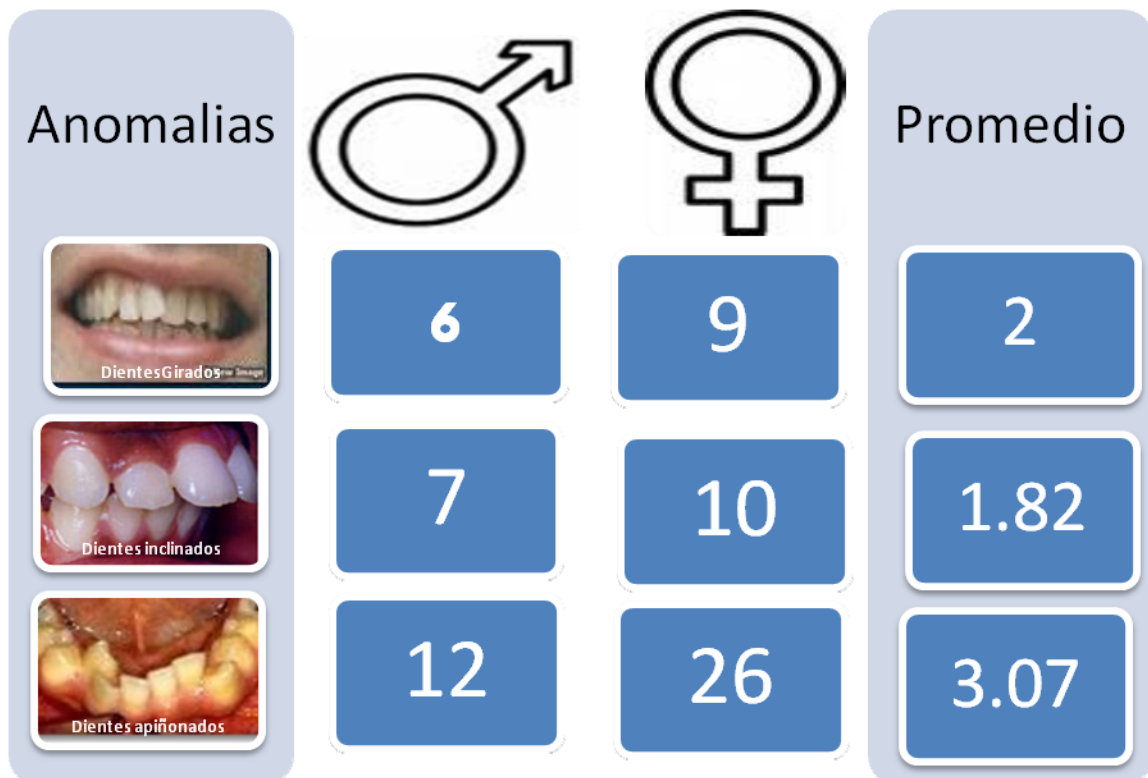


Fuente directa

N=46

De acuerdo con los resultados obtenidos, de los 46 pacientes que fueron revisados en la clínica se puede observar en la gráfica 6 que existe una prevalencia de anomalías leves donde 12 personas del género masculino presentaron 59 dientes con apiñamiento mientras que 26 mujeres presentaron 118 dientes con apiñamiento en ambos casos este se presentó en la zona anterior inferior y anterior superior de la boca obteniendo un promedio general del 3.07. Esta anomalía es la que mayor prevalencia se observó en la muestra de estudio. (Gráfica 5).

Gráfica 5. Prevalencia de anomalías leves o importantes de los 46 pacientes de la clínica Aragón. FO. UNAM. 2008



Fuente directa

N=46

FACTORES HEREDITARIOS

La mayor parte de los pacientes reconoce que dentro de su familia hay una coincidencia con los hermanos en términos de apiñamiento dental: el 52% presentaban amontonados los dientes anteriores y el 28% coincide con sus hijos, es de llamar la atención que la de la muestra presenta esta anomalía en menor o mayor grado de severidad. (Tabla 4).

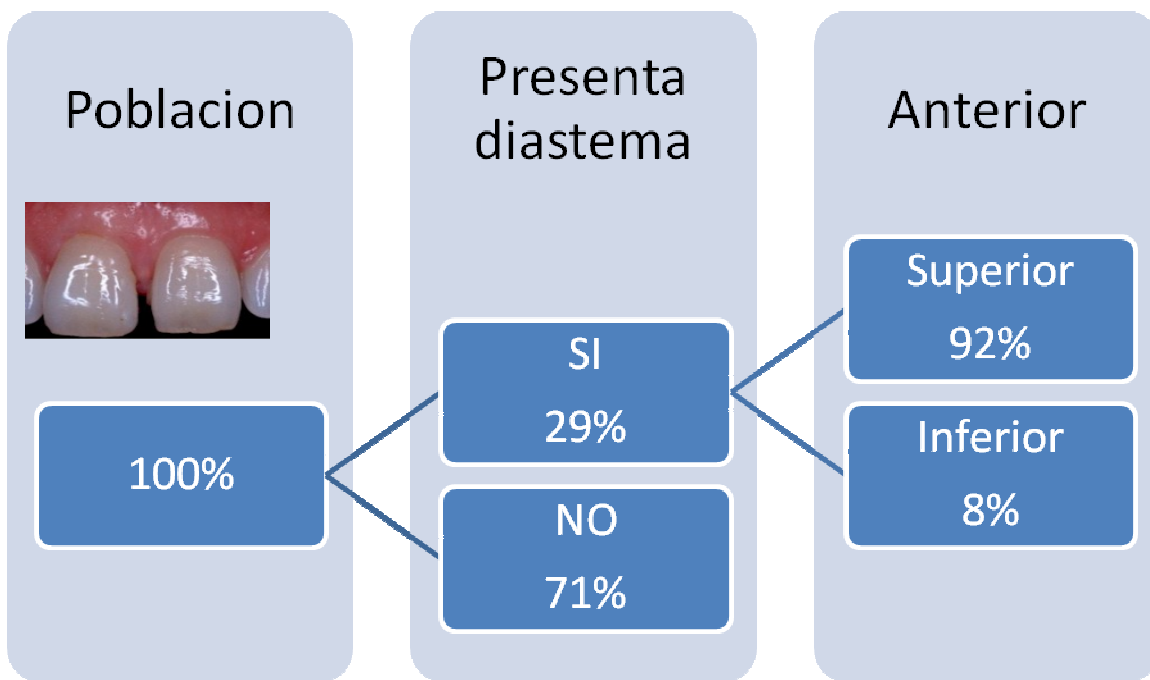
Tabla 4. Coincidencia de apiñamiento anterior con miembros de la familia. Clínica Periférica Aragón. 2008	
mama	21%
papa	15%
ambos	4%
hermano	52%
hijos	28%
espos(a)	10%

Fuente directa *N=46*

DIASTEMAS

De la población total estudiada 13 pacientes presentaron diastemas, el 92% la presentó en la parte anterior superior y solo un 8% en la zona anterior inferior. (Gráfica 6).

Gráfica 6. Prevalencia de diastemas de los 46 pacientes de la clínica Aragón. FO. UNAM. 2008



Fuente directa

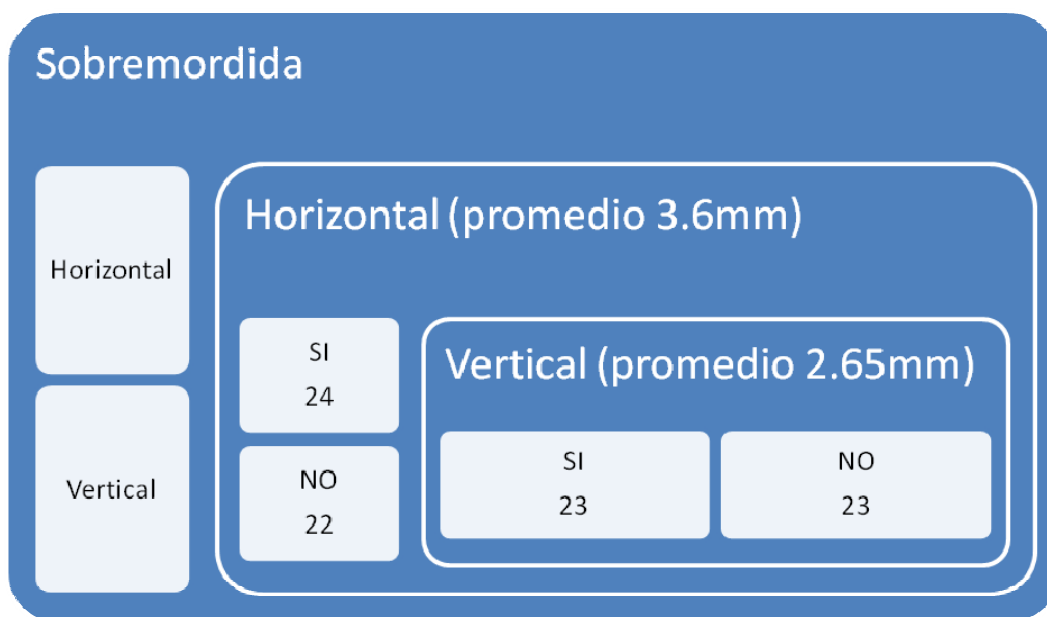
N=46

SOBREMORDIDA ANTERIOR

Esta anomalía se observó en 24 pacientes con un promedio de 3.6 mm de sobremordida horizontal.

En términos de mordida vertical los casos prevalentes fueron 23 con un promedio de 2.65 mm. (Gráfica 7).

Gráfica 7. Presencia de sobre mordida horizontal y vertical en los 46 pacientes de la clínica Aragón. FO. UNAM. 2008



Fuente directa N=46

Estas maloclusiones pueden ocasionar problemas psicosociales derivados de la alteración de la estética dentofacial, problemas con la función oral, problemas al masticar o deglutir, pueden ocasionar problemas en la ATM, puede haber presencia de dolor muscular y un limitado movimiento de lateralidad de la mandíbula. Estos problemas pueden ser corregidos siempre y cuando sean remitidos con un especialista en la unidad de Posgrado de la Facultad de Odontología.

MORDIDA CRUZADA

Al observar la tabla 13 que se muestran a continuación se puede identificar que 21 pacientes presentan mordida cruzada de los cuales un 33% esta en la zona anterior y un 76% la presenta en la parte posterior. (Gráfica 8).

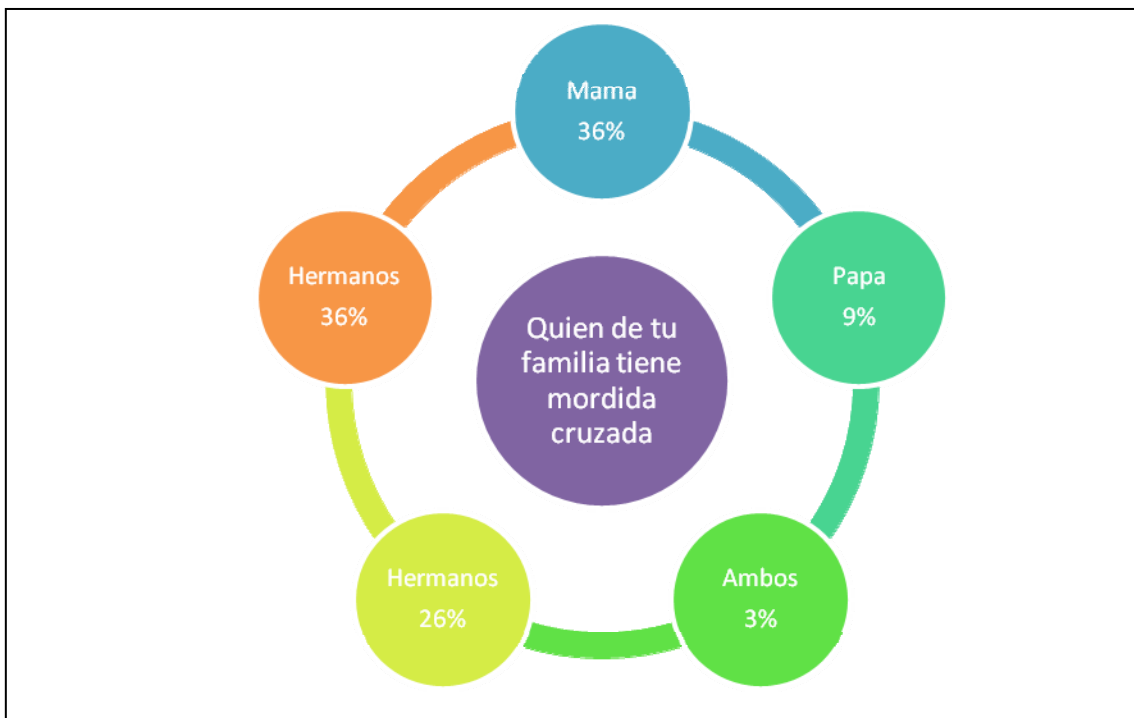
Gráfica 8. Prevalencia de mordida cruzada en los 46 pacientes de la clínica Aragón. FO. UNAM. 2008



Fuente directa N=46

En este evento es la madre quien tiene coincidencia con el encuestado: el 36% de los pacientes refirió coincidencia con su madre y solo el 26% refirió tener hermanos y esposo(a) con la presencia de esta. (Gráfica 9).

Gráfica 9. Prevalencia de mordida cruzada dentro del seno familiar de los 46 pacientes de la clínica Aragón. FO. UNAM. 2008



Fuente directa.

N=46

8. CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos en una muestra de pacientes ponen en evidencia la gran necesidad de tratamientos que tienen los pacientes que demandan atención dental en la Clínica periférica Aragón.
2. Morder los lápices (67.3%), comer uñas (45.6%) y meter la lengua entre los dientes (43.5%) son los eventos que ocupan los tres primeros lugares de hábitos deformantes.
3. Se observó que dentro de las anomalías leves o importantes que la mayoría de la población presenta y desarrolla con más frecuencia son los dientes apiñados con una prevalencia muy significativa obteniendo un promedio de 3.07 de un total de ambos géneros.
4. La mayor prevalencia de maloclusiones la constituyó la mordida cruzada posterior con un 76%.
5. Es importante que estos pacientes sean referidos a la clínica de ortodoncia de la DEP para su tratamiento ya que es elevada la prevalencia de anomalías.
6. Se deben implementar programas de prevención y promoción de la salud buco dental para controlar y disminuir la prevalencia e incidencia de las maloclusiones desde edades tempranas.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ring E., Historia Ilustrada de la Odontología. Barcelona; México. Editorial Doyma. 1989. pág. 157, 158,239.
2. Montiel Jaime María Elena, Frecuencia de Maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad, Rev. de la ADM, Noviembre-diciembre 2004, vol.61, n.6.
3. Palomares Ponce Margarita, Frecuencia y distribución de maloclusiones en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí México Programa bebé clínica potosina, Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, 2007, vol.18, n.1.
4. Murrieta Pruneda José Francisco, Cruz Días Paola Alejandra, López Aguilar Jasiel, Prevalencia de Maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género, Act. Odontológica, Venez, ene. 2007, vol. 45, n.1, p.74-78.
5. Okeson.J.P. Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. Madrid-España, Editorial Harcourt Brace-Mosby. Cuarta edición. 2003. pág. 65.
6. Campos A., Rehabilitación Oral y Oclusal Volumen I., Madrid-España, Editorial Harcourt, 2000. pág. 9, 11.
7. Rodríguez E., Casasa R., Ortodoncia Contemporánea Diagnóstico y tratamiento., Caracas; México, Editorial Amolca. 2005. pág. 13, 14,103, 177,178.

8. Ash M; Ramfjord S. Oclusión. Editorial McGraw Hill Interamericana. Tercera edición. 1996. pág. 25, 26,27, 36.
9. Behsnilian V. Oclusión & Rehabilitación. Montevideo R.O. del Uruguay. 2ª edición. 1974. pág. 85.
10. Canut J. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. México; Barcelona, Editorial Salvat, 2000. pág. 102, 103,187-203,205-237, 354, 369,370.
11. Dawson M. Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de los problemas oclusales. Buenos Aires, Editorial Salvat-Mansson. S.A., 1991. pág.533, 565, 566,574.
12. Proffit, W. Ortodoncia. Teoría y Práctica. Madrid, Editorial Mosby-Doyma-Libros S.A., 2ª Edición. 1996. pág. 8, 198.
13. Graber T. Swain B. Ortodoncia Principios Generales y Técnicas. México; Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1992. pág. 78.
14. Encuesta de salud buco dental, Métodos básicos, 4ª Edición, Ginebra, OPS-OMS, 1997.
15. Diccionario Dorland, Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, Editorial Mcgraw-hill Interamericana, vigésima octava edición, 1997.pág. 1791,1147.
16. Moyers R., Manual de ortodoncia., Buenos Aires; México, Editorial Médica Panamericana, 4ª Edición, 1992. pág.58, 59.

ANEXOS 1.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
JEFATURA DE ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
Oficio: 26/02/08
Asunto: Solicitud de apoyo

Mtro.. José Manuel Ornelas e Ibáñez
Director Clínica Aragón
Facultad de Odontología
P r e s e n t e

Por este conducto, la que suscribe Dra. Arcelia Meléndez Ocampo, Jefe del Departamento de Odontología Preventiva y Salud Pública de la Facultad me dirijo a ud. para solicitar su apoyo a fin de que Samanta Maruf Martínez, quien está inscrita en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública, pueda realizar su trabajo de tesis en la Clínica a su digno cargo levantando información sobre diferentes aspectos del índice de Maloclusiones de la OMS en los alumnos que cursan el quinto año de la carrera o en pacientes que soliciten atención dental .

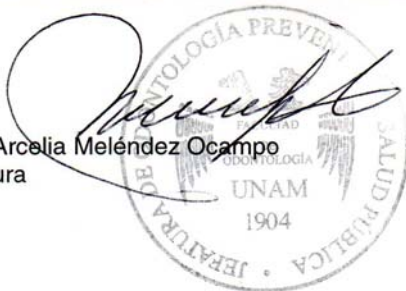
Asimismo quiero hacerle una atenta invitación a fin de que pueda enriquecer el trabajo participando como asesor del mismo.

Sin otro particular, agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, DF a 20 de febrero del 2008.

Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
Jefatura



Arcelia Meléndez Ocampo
20-11-08
José Manuel Ornelas e Ibáñez

ANEXOS 2.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
JEFATURA DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

No.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

NOMBRE EDAD SEXO M F

OCUPACIÓN

1) OBRERO 2) EMPLEADO 3) COMERCIANTE 4) TÉCNICO 5) PROFESIONAL
6) HOGAR 7) DESEMPLEADO 8) JUBILADO

PADRE
MADRE

ESCOLARIDAD (ASENTAR LA ESCOLARIDAD CONCLUIDA)

1) NINGUNA 2) PRIMARIA 3) SECUNDARIA 4) PREPARATORIA 5) EDUC. TÉCNICA
6) UNIVERSIDAD

PADRE
MADRE

INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

ACOSTUMBRAS:

1) CHUPAR DEDO 2) MORDER LOS LÁPICES 3) ABRIR BOTELLAS CON LOS DIENTES
4) COMER UÑAS 5) METER LA LENGUA DENTRO DE LOS DIENTES

PRESENTA OCLUSIÓN CLASE I

NO SI

PRESENTA MORDIDA ABIERTA

NO SI

TIPO: 1) ESQUELETAL 2) DENTAL



QUIEN DE TU FAMILIA TIENE MORDIDA ABIERTA?

1) MAMA 2) PAPA 3) AMBOS 4) HERMANOS

PRESENTA ANORMALIDADES LEVES O IMPORTANTES:

DIENTES GIRADOS

NO SI

CUANTOS

DIENTES INCLINADOS

NO SI

CUANTOS

APIÑONAMIENTO

NO SI

CUANTOS

QUIEN DE TU FAMILIA TIENE "AMONTONADOS" LOS DIENTES DE ENFRETE?

1) MAMA 2) PAPA 3) AMBOS 4) HERMANOS

PRESENTA DIASTEMA

NO SI

ZONA: 1) ANTERIOR SUPERIOR

2) ANTERIOR INFERIOR

SOBREMORDIDA HORIZONTAL:

1) 4 mm 2) 4 - 9 mm

SOBREMORDIDA VERTICAL:

mm

MORDIDA CRUZADA:

NO SI

ZONA: 1) ANTERIOR 2) POSTERIOR

CUBRE AL DIENTE: NO SI

QUIEN DE TU FAMILIA TIENE MORDIDA CRUZADA?

1) MAMA 2) PAPA 3) AMBOS 4) HERMANOS