

FRECUENCIA DE LA MALOCLUSION CLASE I
DE ANGLE, TIPO 1 DEWEY-ANDERSON EN
EL AREA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL

POR

MARIA ROSAURA CORNEJO GAMEZ

**CORNEJO
GAMEZ
MARIA
ROSAURA
1984**

TESIS



K(1) UNAM



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

TESIS

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

NOVIEMBRE 1984



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.

FRECUENCIA DE LA MALOCCLUSION CLASE I
DE ANGLE, TIPO 1 DEWEY-ANDERSON EN
EL AREA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL

Aprobado por:

C.D.M.O. Manuel Saavedra García

C.D.M.O. Patricia Lagunas Portillo

C.D.M.O. Gricelda Ayala Pérez

C.D.M.O. Carlos González Lucascewicz

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

RECONOCIMIENTOS

A mis Padres:

Por los esfuerzos y la dedicación que me han otorgado, -
no solo en el transcurso de mi carrera sino através de toda mi -
vida.

... A ellos, quienes han sido y son el motivo de mi super
ración personal.

A mis Hermanos:

Claudia, Concepción, Estela, Rafael, Miguel, Rigoberto y
Eleuteria. Con mucho cariño.

A Jimmy:

Por su cariño, apoyo y comprensión; por cada momento fel
líz.

Al Dr, Javier Hernández Palma:

Asesor y Maestro; Que con su cátedra hizo posible lle-
gar al fin de un principio.

Al Honorable Jurado:

Por la atención que se sirvan dispensar en esta tesis.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCION -----	4
REVISION DE LA LITERATURA -----	7
MATERIALES -----	21
METODO -----	23
RESULTADOS -----	31
DISCUCION -----	46
RESUMEN -----	51
CONCLUSIONES -----	54
BIBLIOGRAFIA -----	59
APENDICE -----	62
CURRICULUM VITAE -----	66

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

PAGINA

CUADRO I Y GRAFICA I:	TOTAL DE LA MUESTRA QUE PRESENTA MALOCLUSIO- NES, CLASE I DE ANGLE, TIPO 1 DEWEY ANDERSON.	36
CUADRO II Y GRAFICA II:	TOTAL DE LA POBLACION CLASE I, TIPO I POR - SEXO.	37
CUADRO III Y GRAFICA III:	TOTAL DE LA POBLACION CLASE I, TIPO 1, POR - EDAD Y SEXO.	38
CUADRO IV Y GRAFICA IV:	PORCENTAJE TOTAL DE CASOS CLASE I, TIPO I SUBDIVISION A Y B.	39
CUADRO V Y GRAFICA V:	PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA POBLACION DE NIÑAS Y NIÑOS QUE PRESENTAN HABITOS Y LOS QUE NO -- PRESENTAN.	40
CUADRO VI Y GRAFICA VI:	PORCENTAJE DE CASOS QUE PRESENTAN HABITOS DE NIÑAS CLASE I, SUBDIVISION A Y B POR EDAD.	41
CUADRO VII Y GRAFICA VII:	PORCENTAJE DE CASOS QUE PRESENTAN HABITOS DE NIÑOS CLASE I, SUBDIVISION A Y B POR EDAD.	42
CUADRO VIII Y GRAFICA VIII:	PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA POBLACION CON MA- LOCLUSIONES CLASE I, TIPO 1 NO ATENDIDOS Y - ATENDIDOS POR CIRUJANO DENTISTA DE PRACTICA GENERAL Y ESPECIALISTA.	43
CUADRO IX Y GRAFICA IX:	PORCENTAJE DE NIÑAS ATENDIDAS. CLASE I, SUB- DIVISION A Y B POR EDAD.	44
CUADRO X Y GRAFICA X:	PORCENTAJE DE NIÑOS ATENDIDOS. CLASE I, SUB- DIVISION A Y B POR EDAD.	45

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

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

Los últimos años hemos visto un avance en la Odontología preventiva como son: Fluorizaciones, pastas de dientes con fluro y aumento en los programas de las escuelas de Odontología, en cuanto a prevención de los problemas ocasionados por las caries y las enfermedades parodontales; por lo que cada vez más niños crecen con dentadura sana y en algunas ocasiones la conservan así; pero no existe un programa especializado en cuanto a la prevención, reconocimiento y tratamiento temprano de las maloclusiones en las denticiones en desarrollo, por lo que es importante conocer la incidencia de estas maloclusiones en los niños mexicanos para que a partir de esto se puedan establecer programas de prevención y reconocimiento de ellas, ya que en algunos casos estas maloclusiones predisponen a la caries y a enfermedades parodontales como en el caso de la CLASE I DE ANGLE TIPO I - DEWEY ANDERSON, cuya incidencia va a ser tratada en esta investigación. Consiste en lo siguiente:

En algunos niños, cuando erupcionan los incisivos permanentes superiores e inferiores, no hay espacio suficiente en el arco para erupcionar normalmente y aparecen apiñados y rotados.- En ocasiones observamos:

- a) Los incisivos inferiores apiñados y los incisivos superiores espaciados, normalmente provocado esto, por el músculo mentoniano hiperativo.

- b) Los incisivos superiores e inferiores rotados y apiñados, esto ocasionado generalmente por causas genéticas.⁽¹⁴⁾

Considero necesaria la realización de este estudio para la obtención de datos específicos en la frecuencia de maloclusiones en la población infantil mexicana y así de esta manera poder obtener diagnósticos con mayor exactitud, ya que los datos en los cuales nos basamos actualmente para la elaboración de diagnósticos más profundos, han sido recopilados en Norteamérica y Europa, lo cual no corresponde con exactitud al perfil mexicano.

Desde el punto de vista clínico, especialmente en el campo de la Odontopediatría se desea obtener una mejor correlación entre los maxilares tanto desde el punto de vista esquelético como dental, a la mayor brevedad posible, para no ocasionar problemas psíquicos provocados por una estética bucal no aceptable.

REVISION DE LA LITERATURA

REVISION DE LA LITERATURA

Entre algunos autores que se han dedicado al estudio de esta maloclusión, se encuentra (JOSEPH M. SIM). Menciona en su libro que algunos niños parecen heredar incisivos superiores demasiado grandes para su cara, pero ha de comprenderse que el hueso alveolar de ambos maxilares, el complejo articular temporo -- mandibular y todo el complejo estognático, experimentan varias transformaciones de crecimiento durante la niñez. Este crecimiento facial se produce lento pero constante durante los años de la dentición mixta y después con sorprendente rapidez en los años de la pubertad.

Para poder determinar qué tipo de maloclusión es la que se pretende estudiar, tomamos las definiciones de DEWEY ANDERSON en SIN complementándolas con FIM:

Clase I Tipo 1 Se subdivide en genética y muscular:

- a) Genética. El niño presenta una cantidad de material dentario excesivo para el espacio existente en el arco, con falta de lugar para los caninos y premolares permanentes y así éstos se encuentran en una posición no adecuada. Frecuentemente, los casos graves de maloclusión de primera clase, se ven complicados por rotaciones e inclinaciones axiales graves de las piezas.
- b) Muscular. El apiñamiento de los dientes anteroinferio-

res, causado por presiones generales por el músculo de los labios, no es sin embargo visto como un problema genético, sino ambiental.

El músculo mentoniano, es uno de los que puede causar dicha maloclusión si su acción es muy fuerte; por una contracción excesiva, durante la deglución ejerce una presión lo suficientemente desbalanceadora sobre los incisivos inferiores recién erupcionados, como para empujarlos hacia lingual y apiñarlos. (4,14)

HUNTER, (1972), menciona que: En niños de 9 años de edad, se estudió apiñamiento mandibular, con dentición mixta; siete años más tarde se encontró que había un espaciamento mandibular, en estos mismos niños.

Esto demuestra que el crecimiento del perímetro del arco mandibular, de los 9 a los 12 años de edad es muy lento; acelerando su crecimiento de los 14 a los 16 años de edad. Las predicciones durante la dentición mixta, ya sea de apiñamiento o de espaciamento en la dentición permanente, tienen dos factores intrínsecos, que son:

- 1.- La estimación del tamaño de los dientes no erupcionados, lo cual es relativamente cierto, en base a las técnicas de correlación e incluso más seguras cuando éstas son modificadas por técnicas radiográficas.

2.- Estimación de cambio en el perímetro del arco, en los cuales numerosos factores están involucrados.

Los factores que están involucrados en el apiñamiento son:

- a) La cantidad de material dental que ocupará el perímetro del arco.
- b) Perímetro del arco disponible para los dientes erupcionados.

Las diferencias por sexo de espaciamiento o apiñamiento, fueron examinadas en el arco entero (de molar a molar). Y en el segmento interior incluyendo caninos, éstas fueron estudiadas separadamente en ambas edades. No hubo ninguna diferencia entre sexos, los resultados no fueron diferentes estadísticamente, en ninguna de estas comparaciones.

Hubo 2.2mm de apiñamiento a los 9 años de edad y decrecimiento a los 16 años de edad, o sea decreció durante los 7 años - LUDSTROM (1969), menciona que si hay apiñamiento o separación de dientes en los arcos dentales, dependerá de la relación que exista entre el espacio disponible en los arcos dentales y el tamaño de los dientes.

El apiñamiento puede ser debido, a los arcos relativamente pequeños, o a los dientes relativamente grandes, para el perímetro del arco y el espaciamiento tiene la explicación con

traria .

Los cambios en las condiciones del espacio con la edad, probablemente pueden ser debidos, a los cambios en la suma de la anchura mesio distal de los dientes, o a la parte del arco de soporte del diente (el perímetro del arco). Si el período de exfoliación y los cambios asociados en la anchura de los dientes, no son tomados en cuenta, habrá moderada reducción en la anchura de los dientes, como puede ocurrir con caries o desgastes proximales, menos que estén totalmente restauradas.

Cualquier cambio por mínimo que sea en la separación de los dientes, será acompañado por un aumento o disminución anterior posterior o lateral de los arcos dentales.

Cuando la anchura del arco dental incrementa y la longitud disminuye, es concebible el grado de espaciamiento o apiñamiento. En promedio permanecerá sin cambios durante el período desiduo. Estos cambios, fueron observados por MOORREES en 1959; una ligera disminución total de 1.9mm en el maxiliar; en las niñas fue de 0.2mm, en los niños de 0.5mm, de 4 a 6 años de edad.

Esto indica que una reducción del espaciamiento de los dientes con la edad y un aumento en el apiñamiento, están en común acuerdo con el desarrollo de ambas en la dentición desiduo-sa y dentición permanente.

Mediciones en los arcos han demostrado, que tales tendencias son debidas a la reducción en las dimensiones anteroposteriores y a las transversas.

El acortamiento del perímetro del arco, indica que pueden ser atribuidas en algunas medidas, pero no totalmente a los factores locales.

Una reducción del perimetro del arco, no es debida a la migración mesial de los dientes laterales; pero si puede ser debida a que los dientes anteriores hayan sido forzados hacia atrás.

JARABAK BRODIE Y FIZZELL, afirmaron que las fuerzas funcionales tienden a cambiar la inclinación axial de los dientes y ese apiñamiento resulta como un mecanismo compensativo.

BRODIE, indica que los incisivos maxilares reciben un impulso de separación con cada golpe de la masticación, mientras que los incisivos mandibulares, tienden a cerrar el contacto proximal; esto se afirma por un estudio histórico de las estructuras de soporte, donde muestran que los incisivos inferiores cortan en una dirección labio lingual; además los incisivos mandibulares se mueven en dirección lingual, mientras que los incisivos maxilares, se mueven en dirección labial.⁽⁹⁾

GRABER, señaló que la succión de dedo desplaza los incisivos maxilares labialmente y los incisivos mandibulares lingualmente. Los primeros se separan y los segundos tienden a unirse.⁽⁵⁾

JARABAK Y COLEGAS (BRODIE, FIZZELL TULLEY), mencionados anteriormente, mostraron que la influencia muscular en la disminución de la anchura intercanina, produce un apiñamiento, como puede observar en los músculos faciales, los cuales producen una fuerza constructiva sobre la maxila y la mandíbula, desde que el buccinador ejerce una ligera pero constante presión sobre los -- dientes.

El tejido muscular que cubre el buccinador formado por el músculo canino y el músculo triangular, tuvo un máximo de actividad en el plano de los caninos superiores, particularmente en -- las personas de cara alargada y se acentuó en niños con el hábito de respiración bucal; provocando una expulsión de los caninos maxilares y mandibulares en el movimiento lateral de la mandíbula durante la masticación, (caninos maxilares en dirección labial y los mandibulares en dirección lingual).⁽⁹⁾

FASTLICH. en (1968), comparó dos grupos de casos seleccionados al azar. Un grupo fue tratado ortodonticamente y estudiado años después del tratamiento, y un grupo similar que no -- fue tratado. El concluyó que el apiñamiento anterior en los -- grupos estudiados y tomados al azar puede resultar de las combi

naciones de varios factores como:

Sexo, predisposición anatómica de los dolicocefalos o -- personas de cara alargada, discrepancia del tamaño de los dientes over bite exagerada, erupción de caninos, reducción de la anchura intercanina, edad, funciones musculares y en algunos casos mecanoterapia imperfecta.

Las causas del apiñamiento mandibular: la anchura mesio distal de los incisivos fue mayor en los hombres, en el maxilar y en la mandíbula; por lo tanto cuando hay dientes grandes hay más apiñamientos particularmente si están desproporcionados los dientes superiores e inferiores.

El "overbite" se encontró tanto en hombres como en mujeres; fue menor en el grupo no tratado, disminuyendo con la edad mayor "overbite" mayor apiñamiento. El apiñamiento mandibular - fué mayor en los hombres y en el grupo no tratado.

Los terceros molares no tuvieron relación con el apiñamiento.

La correlación del apiñamiento con la edad fue de mayor edad, menor apiñamiento.

La erupción de los caninos, influencia en la reducción de la anchura intercanina. Y ésta, ejerce una influencia directa sobre la unión de los incisivos mandibulares.

ISEKWE, M.C, (1983), estudió en Nigeria, 617 personas de 10 a 19 años de edad; fueron examinadas para apreciar la prevalencia de maloclusiones en un grupo de esta población; se encontró en un 76.8% la oclusión clase I, la maloclusión clase III en un 18.4%; se notó un apiñamiento en un 15.1% de los casos, muchos de los cuales cuentan también entre los grupos anteriores.

Estas maloclusiones fueron comparadas con estudios en pacientes caucásicos.⁽⁷⁾

Desde otro punto de vista, observó el DR. SMITH (1977) - en su investigación, que los cambios de edad de 12 a 68 años, influyeron en el incremento de la anchura del arco intermolar, y - una disminución en tamaño y anchura del arco inter canino y un - incremento en el apiñamiento; para este estudio no se tomó en - cuenta la edad, y sexo, entre los individuos del estudio.

Cuando se comparó, con otros grupos de Bouganville, mostró una leve reducción en la mayoría de las características, sólo la relación sagital molar fue marcadamente menos visible.

RICHARDSON, M. (1982) menciona que las diferencias entre los grupos con impactación y sin impactación del 3er. molar esclarecen la etiología de la impactación de éste.

La falta de espacio parece estar asociada al hecho de -- que los dientes sean bastante más grandes en los grupos con im-

pactación que en los no impactados; esto agrega otra perspectiva al previo descubrimiento de una tendencia, la de ser más -- grandes los terceros molares impactados, que aquéllos que erupcionan. La correlación en el cambio en las condiciones del espacio y condiciones del espacio molar original, sugiere que hay una tendencia para un gran incremento de apiñamiento incisal; -- es decir un individuo con un espacio molar muy pequeño en la -- dentición permanente (primer molar(6)), probablemente muestre un incremento de apiñamiento anterior, y una disminución de apiñamiento molar.

Se cree que el tercer molar juega un papel muy importante en el arco inferior.

RICHARDSON en (1979), hizo un estudio del mismo material, y encontró una correlación, entre el cambio en las condiciones del espacio, y los movimientos dentales de los primeros molares inferiores. Con base en este descubrimiento, parece posible que, el hecho de que los primeros molares, ganen espacio, provoca apiñamiento interior. (10)

LEWIS (1982) menciona que: El apiñamiento, de los incisivos inferiores, es muy común, e indica tejidos y huesos muy -- grandes en pocos años; es muy rara la correlación de apiñamiento en esta región. La extracción de los caninos temporales, -- permitirán el alineamiento, consiguiendo únicamente que el apiñamiento se extienda. Aunque las extracciones a esta edad pue-

den resultar traumáticas para los pacientes, y pueden llevarlos a una conducta difícil.

La morfología anatómica de la corona de los dientes, también puede provocar el apiñamiento.

Los incisivos laterales, usualmente son los más afectados; puede aparecer un diente pequeño con morfología normal una corona en forma de espiga o con focetas en el cíngulo; el autor indica que será mejor dejar que los dientes permanentes erupcionen y después se tome la decisión si se extraen o se retienen.

En otros casos, el apiñamiento es provocado por retención e dientes deciduosos.

Al erupcionar un diente permanente, es desplazado un temporal, y si éste no es exfoliado a su debido tiempo, puede ocasionar el principio de un apiñamiento prematuro.

EL DR. ARVIN en (1981); estudió un grupo de 839 niños - finlandeces, de 6 años de edad. Los niños, habían participado - en un programa ortodóntico interceptivo, y casi el 10% de ellos, habían recibido tratamiento interceptivo, (la etapa del programa ortodóntico preventivo del autor es de 3 a 5 años de edad).

Se observó, que el 5.9 de los niños necesitaban ortodoncia interceptiva, debido a la sobremordida de los incisivos cen-

trales permanentes, y/o mordida cruzada de los primeros molares permanentes.

Se concluyó que había necesidad de continuar una mayor inspección para seguir el desarrollo de la dentición, en un 2.7% de los niños.

Lo que se observó con esto fue un severo apiñamiento incisal anterior, un "overjet" exagerado y una pérdida temprana, de los caninos temporales mandibulares. Esto indica resultados ventajosos de las medidas ortodónticas preventivas e interceptivas a tan temprana edad.

ADAMS, (1982); reportó los presentes datos de un examen preliminar de tamaño y forma de la cara, tamaño de dientes de muchachos y muchachas de 15 a 16 años de edad, de los cuales 47 tenían dientes bien alineados y 90 apiñados. Los resultados estadísticos fueron: Las caras de las mujeres fueron mucho más chicas que las de los hombres, ya fuese que los dientes estuviesen alineados o apiñados.

El material dental (dientes) de las mujeres fue más pequeño, estuvieran o no acomodados los dientes. Los hombres y mujeres con dientes apiñados, tuvieron un promedio de dientes de mayor tamaño, que los hombres y mujeres con dientes en perfecta oclusión.

HOWE, (1983), menciona que el apiñamiento dental, puede definirse como una disparidad, en la relación entre el tamaño de los dientes y el tamaño de la mandíbula, lo cual resulta de una traslapación y rotación de los dientes. Las condiciones que predisponen el arco dental, y un apiñamiento son: Dientes excesivamente grandes y arco mandibular excesivamente pequeño, y una combinación de dientes anchos y maxilares pequeños.

Las teorías propuestas para explicar la causa del apiñamiento dental, varían ampliamente, comprendiendo concepto de evolución, heredabilidad y efectos de medio ambiente. Esta investigación, fue realizada con el fin de examinar el grado, en el cual el tamaño de los dientes y el tamaño de la mandíbula, contribuyen a un apiñamiento dental, por comparación de modelos dentales de 2 grupos de sujetos, uno con arco dental bien alineado y otro con apiñamiento muy severo.

No hubo diferencias significativas en el tamaño de los dientes, entre los grupos de los no apiñados y los apiñados. Sin embargo si fueron observadas, diferencias significativas, cuando se compararon las dimensiones del arco de los grupos apiñados y los no apiñados; estas dimensiones incluyeron anchura del arco lingual y anchura del arco bucal, perímetro del arco dental y área del arco dental. La diferencia en los valores promedio, del diámetro mesio distal de los dientes maxilares, entre los grupos apiñados y los no apiñados; para hombre fue -

de .7mm. La diferencia entre los valores promedio para la correspondiente comparación en el arco mandibular fue de .1mm. - La diferencia en los valores promedio para mujeres fue de .7mm y de .5mm para los arcos maxilares y mandibulares, respectivamente. Cuando la suma mesio distal de los dientes, para hombres y mujeres fueron comparados por arcos; los hombres tuvieron valor uniforme más grande. Las diferencias marcadas fueron, los segundos premolares derechos mandibulares; En el grupo no apiñado, fue de 6,9mm; del grupo apiñado, fue de 7.2mm.- Las dimensiones del arco del grupo, no apiñado tienden a ser -- mas grandes.

M A T E R I A L E S

M A T E R I A L E S

- 1) 12000 Historias clínicas (anexo 2).
- 2) 12000 Abatelenguas.
- 3) 30 Espejos dentales No. 5 sin aumento.
- 4) 10 Galones cloruro de benzalconio.
- 5) 5 Riñoneras de plástico.
- 6) Papel de Estraza.
- 7) Aulas escolares con pupitres.

S U J E T O S

6000 Niños de ambos sexos; 3000 Niñas y 3000 niños.

M E T O D O

M E T O D O

Con el fin de obtener un registro adecuado para esta investigación, elaboramos una historia clínica con los datos necesarios para ello;

- 1) Nombre, edad, sexo, nacionalidad y grado de escolaridad al cual pertenece el niño.
- 2) Nombre de la escuela y Delegación Política a la que pertenece.
- 3) Fecha en que se llenó la historia clínica.
- 4) Número de la historia clínica para control de la muestra.
- 5) Las tres diferentes clases de maloclusión según Angle, con sus respectivas clasificaciones, incluyendo los cinco tipos de maloclusión clase I de Angle, de acuerdo a Dewey-Anderson.
- 6) Hábitos bucales perniciosos que presentaran los niños.
- 7) Atención dental de los niños y personal que la realizó, es decir conocer si los niños que recibieron atención dental y los que no la recibieron; en el primer caso saber si ésta fue realizada por cirujano dentista de práctica general o por especialista.

Esta investigación fue realizada por un grupo de compañeros de posgrado, razón por la cual en la historia clínica están incluidas las clasificaciones de Angle y de Dewey-Anderson, dife-

renciándose cada una de acuerdo a la maloclusión elejida.

Inicialmente obtuvimos un permiso de la Secretaría de -- Educación Pública (SEP) para realizar el examen bucodental de los niños de 31 escuelas primarias, tanto públicas como privadas, de las 16 Delegaciones Políticas del D.F. Posteriormente se elaboró un calendario de visitas a cada institución seleccionando dos escuelas por Delegación, una pública y otra privada.

Antes de realizar la aplicación del instrumento de evaluación a la muestra, se realizó una aplicación preliminar del mismo, a sujetos que reunieran las mismas características de la muestra, con la finalidad de detectar las distintas situaciones que se presentarían durante la investigación. Así como establecer comunicación con la directora, maestros y niños del plantel, examinar a cada niño para perfeccionar el diagnóstico de maloclusión en caso de que existiera, mejoramiento del manejo de equipo y material utilizado en el presente estudio. Obtenido lo anterior -- proseguimos a la investigación en si.

Se asignaron dos historias clínicas para cada niño, porque es necesario tener un índice de confiabilidad, y para lograrlo se pedía a un primer registrador que examinara al niño y emitiera su diagnóstico, posteriormente un segundo registrador revisaba al mismo niño de igual forma y daba su diagnóstico sin conocer el anterior.

Una vez terminada la revisión de los niños de un grupo - de 8, 9 y 10 años, se comparaban las historias clínicas y en caso de existir discrepancia entre los resultados obtenidos por el primero y segundo registrador, un tercero evaluaba nuevamente a los niños en los cuales no concordaban los diagnósticos de maloclusión.

Una vez hecho esto, se comparaban los registros y se tomaban como válidos los dos que concordaran. Estos eran archivados para control de la muestra y la que no concordaba se eliminaba.

Así fue como iniciamos la investigación en las 32 escuelas de la SEP, ubicadas en las 16 delegaciones del D.F., oficiales y privadas; el período de tiempo para realizar esta investigación fue de 4 meses.

Al llegar a las escuelas autorizadas previamente por la Secretaría de Educación Pública, se comunicaba al director el motivo de la visita, mostrándole la carta de autorización, y se anunciaba a los maestros nuestra llegada. Visitábamos las aulas de tercero, cuarto y quinto grados; primeramente se informaba a los alumnos el por qué de nuestra presencia, posteriormente se pidió a los niños menores de 8 años y mayores de 10 años de edad, - que abandonasen el aula, para hacer más fluida la investigación y evitar contaminación de la muestra.

El examen consistía en:

1) Anamnesis, desarrollo de la historia clínica previa-

mente elaborada, correspondiente a cada niño y su respectiva escuela.

- 2) Examen clínico intraoral, cerciorándonos de la presencia de dentición mixta, independiente de la edad del niño, se revisaba la oclusión molar y canina, observando que el paciente lograr una oclusión céntrica por medio de procedimientos mecánicos; posteriormente si el paciente conservaba una oclusión clase I de Angle, se continuaba su examen; en caso contrario se remitía a otro registrador.

Observando la relación de sus dientes anterosuperiores e inferiores al niño con clase I de Angle y manteniendo su oclusión céntrica, se observó primero, si los dientes anteriores-superiores estaban bien alineados en el maxilar y si los dientes anteriores-inferiores presentaban apiñamiento; a esto se le clasificaba como clase I de Angle tipo I Dewey-Anderson subdivisión A; pero tanto los dientes anteriores superiores e inferiores estaban apiñados y rotados, se clasificaba como clase I tipo I de Dewey-Anderson subdivisión B.

Posteriormente se realizaba un pequeño examen en los tejidos blandos, como forma tamaño y tonicidad de los carrillos y la parte interna del labio inferior; también se observó el maxilar inferior, que en ocasiones se encontraba muy estrecho, provocando el apiñamiento; en otros casos tanto el maxilar superior co

mo el inferior se mostraban muy pequeños para el tamaño de los -
dientes, ocasionando apiñamiento tanto en el maxilar superior co-
mo en el inferior.

3) Examen clínico extra oral.

Se observaba el perfil del niño en posición de descanso, ve-
rificando si el músculo mentoniano se encontraba hiperacti-
vo al momento del cierre de sus labios; en este caso el ni-
ño mostraba un apiñamiento inferior. También se observaron
problemas lineales generados por el músculo de los labios.

A grandes rasgos se analizó:

3.1 Perfil de la cara.

3.1.1 Posición de los maxilares, tanto en el superior como en el -
inferior (protusión o retrusión).

3.1.2 Posición del labio superior con respecto al inferior.

3.2 Observaciones de frente:

3.2.1 Labios; Posición, tamaño, color y consistencia.

3.2.2 Nariz; Existencia de algún problema respiratorio.

3.2.3 Músculo mentoniano: si se encontraba hiperactivo, flácido o
contraído.

3.2.4 Músculos temporales; Se observaban por medio de la palpa-
ción al momento de deglutir el niño.

Posteriormente se examinaba al niño clínicamente para deter-
minar si existía o no algún hábito pernicioso, que contribuyera a
esta maloclusión; aunque éstos no son la causa fundamental, sí --

contribuyen a ella en algunos casos.

Se efectuaba un interrogatorio muy superfluo, ya que generalmente el niño no puede dar datos exactos y tiende a negar sus hábitos en caso de que existan. Por lo que se procedía a observarlo cuidadosamente con el fin de detectar la presencia de éste: Un halo blanquecino alrededor del labio inferior; si al momento de la respiración se mostraba con los labios abiertos, reseco y blanquecinos; si mostraba callosidades en los dedos; el músculo mentoniano hiperativo al momento del cierre de los labios; onicofagia.

Finalmente con los resultados obtenidos, se elaboraba el -- diagnóstico diferencial; si correspondía a la subdivisión A muscular o a la subdivisión B genética.

Para saber de la atención dental de los niños y personal que la realizó, se observó si el niño era atendido por cirujano dentista, especialista, o no había obtenido ninguna atención dental; para ello hicimos algunas observaciones e interrogatorios. Como es lógico el niño no puede dar una respuesta acetada en ocasiones, -- por no tener la información, y en otros casos tiende a mentir. Para obtener una respuesta con mayor certeza hicimos una pequeña revisión oral.

Si el niño tenía algunas restauraciones o tratamientos que -- efectuarse el cirujano dentista de práctica general lo reafirmabamos con su respuesta.

Cuando en el niño se encontraba tratamientos apropiados de un especialista, se le preguntaba si el cirujano dentista que lo es taba tratando atendía sólo niños; si su respuesta era afirmativa, se registraba como atendido por especialista; si el niño no tenía ningún tratamiento realizado por los anteriores y su respuesta -- era negativa, se anotaba como no atendido.

Finalmente se recopilaron las 12000 historias clínicas de - ambos sexos, de 8, 9 y 10 años de edad, de los cuales obtuvimos - como muestra representativa 6000 historias clínicas; posteriormente esta muestra fue separada por sexo, 3000 de sexo femenino y - 00 de sexo masculino, independientemente de la edad.

R E S U L T A D O S

R E S U L T A D O S

Una vez terminada la encuesta, se procedió a procesar los - datos, obteniéndose los siguientes resultados.

Cuadro I y Gráfica i

De los 6,000 niños de ambos sexos que fueron examinados, se encontró que 991 presentan la maloclusión clase 1 Tipo 1 DEWEY -- ANDERSON, siendo esta el 16,51%.

En el Cuadro 2 Gráfica 2

Vamos a considerar que el porcentaje mencionado anteriormente del 16.51% es el 100% de la población con este tipo de problema, criterio con el que continuaremos en adelante, observando un 51.7%, del sexo femenino y un 48.3 del sexo masculino.

Cuadro 3 y Gráfica 3

Aquí clasificaremos al total de nuestra población clase 1 - Tipo 1 por edad y sexo; en ella vemos que entre los niños de 8 -- años el 16,64% corresponden al sexo masculino y el 21.19% son del sexo femenino; dando un total de 37.84% para ambos sexos; en los 9 años tenemos un 17.75% del sexo masculino y también un 17.75 -- del sexo femenino, dando así un total de 35.50%. Quedando un -- 26.63% de niños de 10 años del cual 13.92% son del sexo masculino y el 12.71% restante, del sexo femenino.

En el Cuadro # 4 y Gráfica 4

Muestran el porcentaje total de casos, clase 1 Tipo 1 Subdivisión A y B por sexo.

En la clase 1 Tipo Subdivisión A, tenemos un 23.43% de niñas y un 20.88% de niños obteniendo un total de 43.96% y en la Subdivisión B un 28.25% de niñas y un 27.44% de niños dándonos un total de 57.79%.

En el cuadro 5. y Gráfica 5.

Nos indica el porcentaje de niños y niñas que presentan hábitos y los que no presentan, en el total de la población.

En los que presentan hábito tenemos un 22.09% del cual el 11.09% corresponde a las niñas y el 10.99% a los niños, y en los que no presentan hábito se observan un 76.58% del cual el 37.03 es del sexo femenino y el 39.55% corresponde al sexo masculino.

En el cuadro 6 Gráfica 6.

Observamos que de el total de niñas en la subdivisión A el 18.22% presentó hábito a la edad de 8 años, el 6.07% presentó hábito a la edad de 9 años y el 2.80% presentó hábito a la edad de 10 años. Ahora, en el total de niñas en la subdivisión B, las que presentan hábito a la edadde 8 años es el 8.65% a los 9 años el 6.57 y a los 10 años el 2.76%.

En el cuadro VII y Gráfica VII, hicimos la misma clasificación que en la anterior, pero ahora con niños, observando que de

el total, en la subdivisión A, el 10.62% son niños de 8 años con hábito, el 7.24% niñas de 9 años con hábito y el 9.65% niños de 10 años con hábito, luego de el total en la subdivisión B, los que presentan hábito a la edad de 8 años es el 8.52 a los 9 años, el 5.51% y a los 10 años el 4.77%.

En el cuadro VIII y Gráfica VIII, presentamos la distribución de porcentajes de total de la población con maloclusiones - clase 1 Tipo 1, no atendidos, atendidos por cirujano dentista de práctica general y atendidos por especialista en la que observamos que los 991 niños con problema el 77.5% no son atendidos, el 22.5% son atendidos por cirujano dentista y el 2% son atendidos por un especialista.

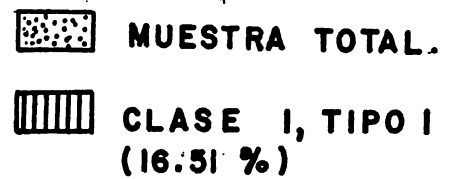
El cuadro IX Gráfica IX, muestra que de el total de niñas en la subdivisión A, el 14.8% de ellas tiene 8 años y son atendidas, el 4.67% tiene 9 años y son atendidas. Y 5.6% tienen 10 años y son atendidas, ahora de el total de niñas en la subdivisión B. Las de 8 años que son atendidas en un 7.38 y por último las de 10 años que son atendidas un 7.38%.

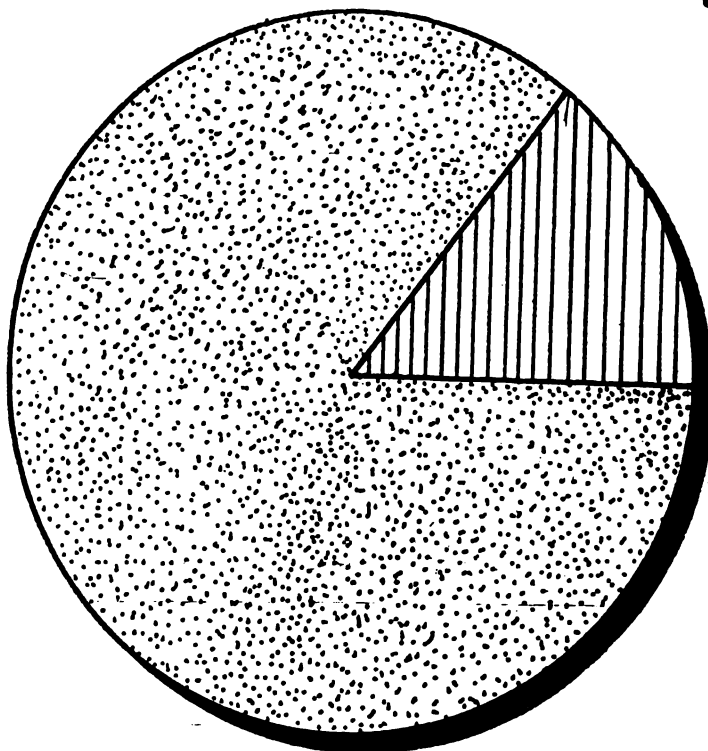
En el cuadro X, presentamos la clasificación que hicimos en el cuadro anterior pero ahora con niños; observando en éste, que del total de niños en la subdivisión A, el 3.86 son niños de 8 años que fueron atendidos; los de 9 años que fueron atendidos en un 10.62% y de 10 años que fueron atendidos un 6.76% y del total

de los niños en la subdivisión B, los de 8 años que fueron atendidos son un 7.72%, los atendidos de 9 años un 7.35 y finalmente los de 10 años que fueron atendidos un 5.88%.

TOTAL DE LA MUESTRA QUE PRESENTA MALOCLUSIONES. CLASE I DE ANGLE, TIPO 3 DEWEY ANDERSON.

MUESTRA TOTAL	6000	100 %
NIÑOS CON MALOCLUSION. CLASE I TIPO I.	991	16.51 %

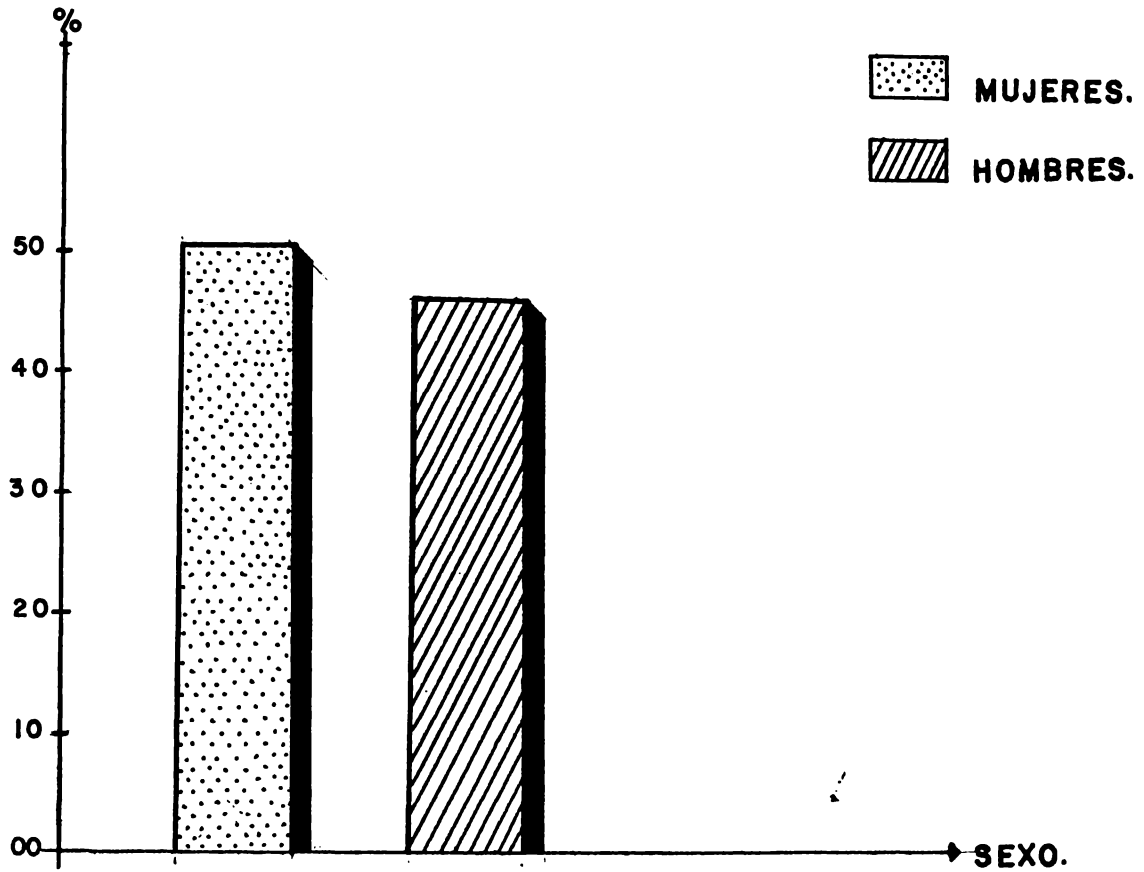

MUESTRA TOTAL.
CLASE I, TIPO I (16.51 %)



Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

TOTAL DE LA POBLACION CLASE I, TIPO I POR SEXO.

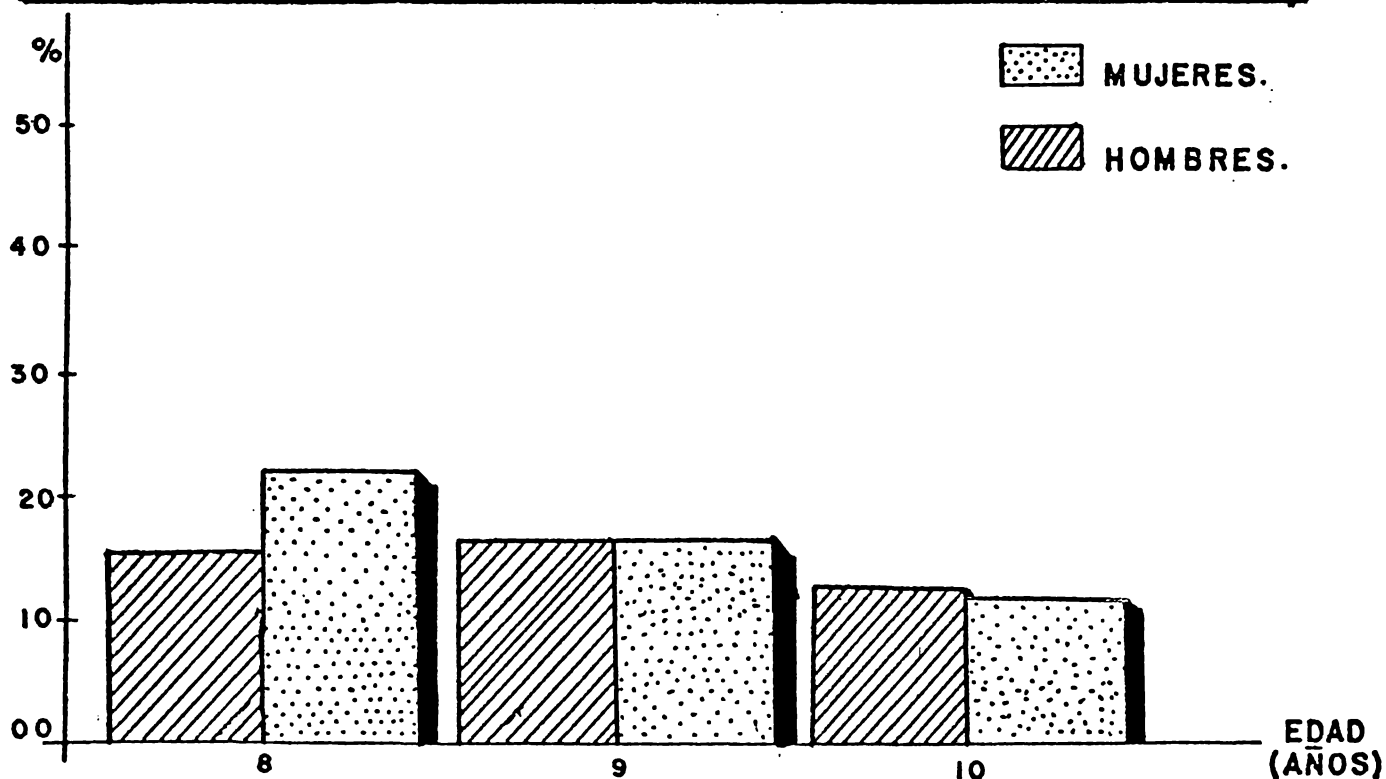
SEXO	TOTAL DE LA	POBLACION CON MALO- CLUSIONES CLASE I, TIPO I.	%
NIÑAS	3000	512	51.7
NIÑOS	3000	479	48.3
TOTAL	6000	991	100



Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

TOTAL DE LA POBLACION CLASE I, TIPO I, POR EDAD Y SEXO.

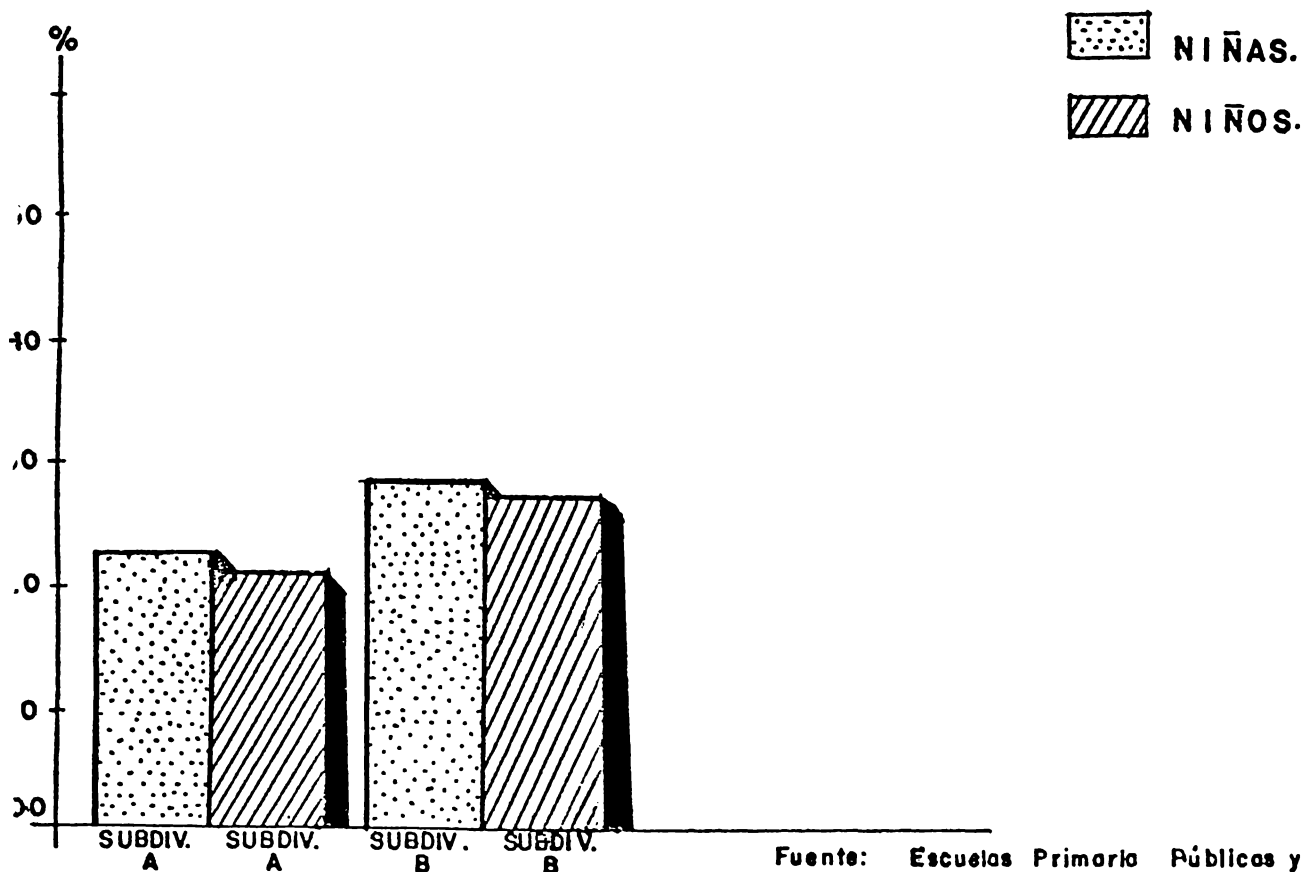
EDAD	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE POR SEXO		TOTAL
	M	F		M	F	
8	165	210	375	16.64%	21.19%	37.84%
9	176	176	352	17.75	17.75	35.51
10	138	126	264	13.92	12.71	26.63
TOTAL	479	512	991	48.3	51.66	100



Fuente: Escuelas Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

**PORCENTAJE TOTAL DE CASOS CLASE I, TIPO I SUBDIVISION A Y B
POR SEXO.**

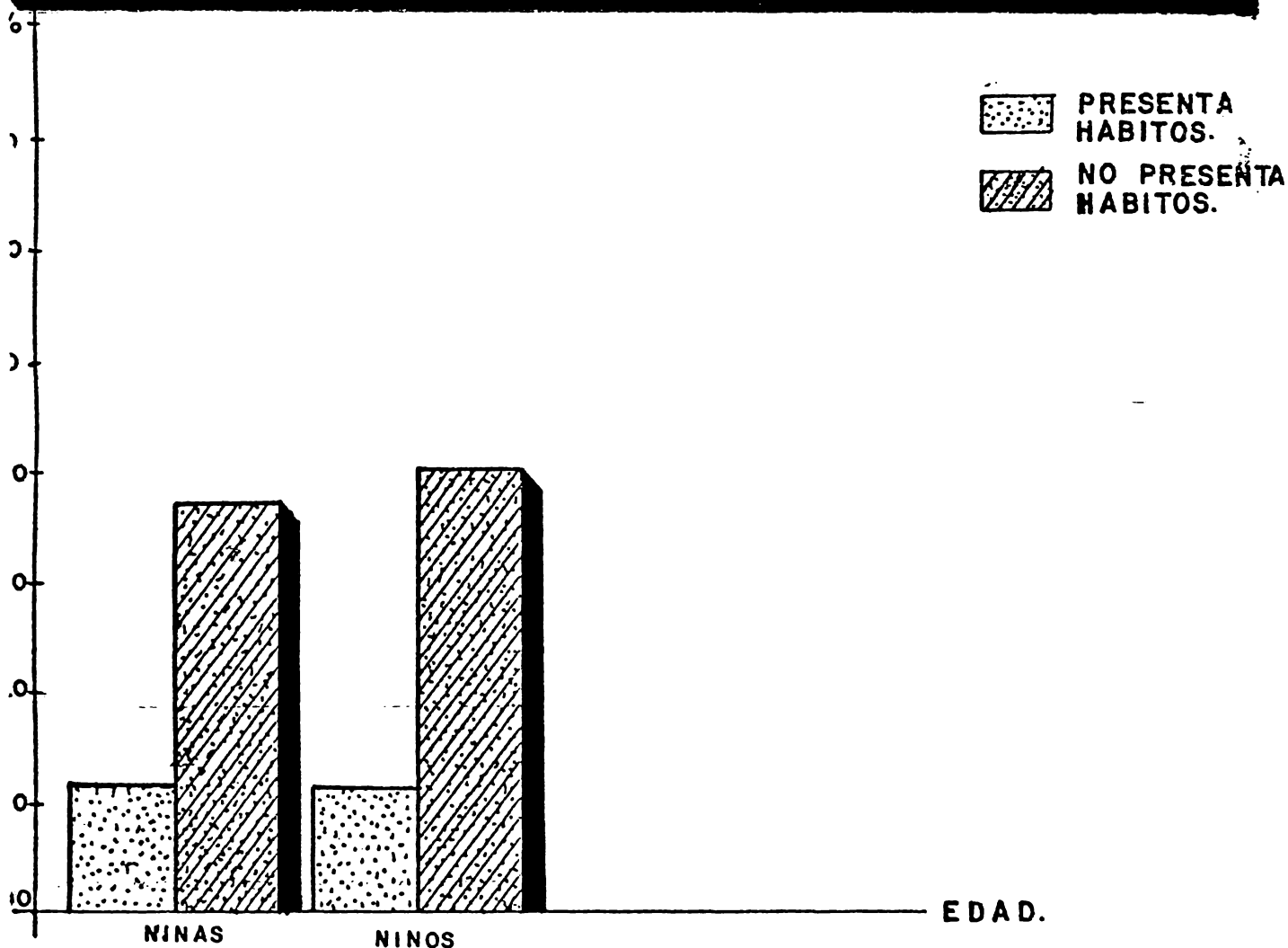
SEXO	TOTAL DE LA POBLACION CON CLASE I	POBLACION CON SUBDIVISION "A"	POBLACION CON SUBDIV. "B"	% DE LA SUBDIV. "A"	% DE LA SUBDIV. "B"
NIÑAS	512	232	280	23.4	28.2
NIÑOS	479	207	272	20.8	27.4
TOTAL	991	406	552	43.9	55.7



Fuente: Escuelas Primaria Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

PORCENTAJE DEL TOTAL DE LA POBLACION DE NIÑAS Y NIÑOS QUE PRESENTAN HABITOS Y LOS QUE NO PRESENTAN.

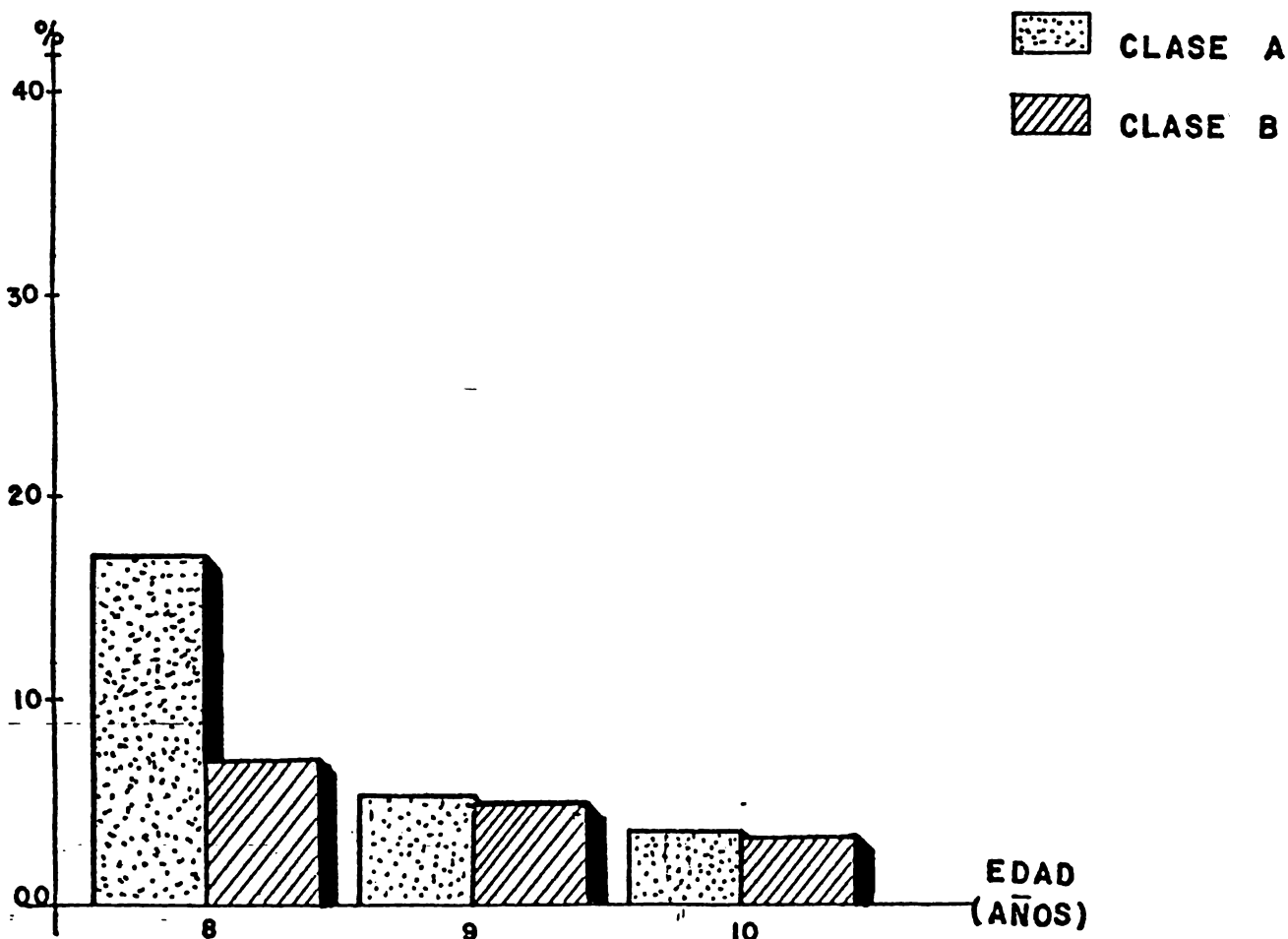
	TOTAL DE LA POBLACION	PRESENTAN HABITO	NO PRESENTAN HABITO	PORCENTAJE DE HABITO	PORCENTAJE DE NO HABITO
NIÑAS	512	110	367	11.09%	37.03%
NIÑOS	479	109	392	10.99	76.58
TOTAL	991	219	759	22.09	76.58



Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

PORCENTAJE DE CASOS QUE PRESENTAN HABITOS DE NIÑAS CLASE I, SUBDIVISION A Y B POR EDADES.

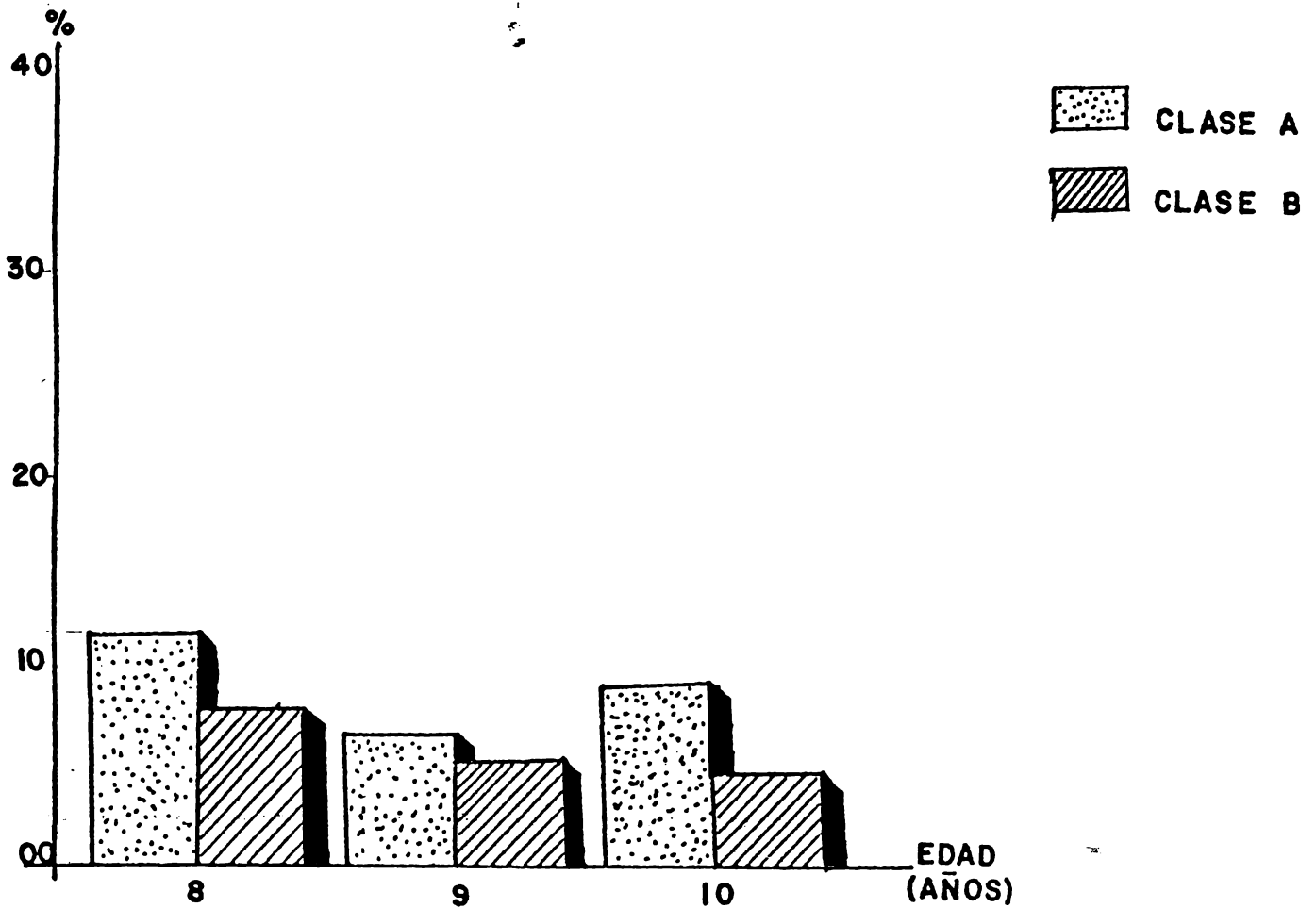
EDAD	TOTAL	HABITO	TOTAL	HABITO	PORCENTAJE	PORCENTAJE..
	A		B		A	B
					%	%
8	95	39	115	25	18.22	8.65
9	69	13	107	19	6.07	6.57
10	50	6	76	8	2.80	2.76



Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

ORCENTAJE DE CASOS QUE PRESENTAN HABITOS DE NIÑOS
 .ASE I, SUBDIVISION A Y B POR EDADES.




EDAD	TOTAL	HABITO	TOTAL	HABITO	PORCENTAJE	PORCENTAJE
	A		B		A %	B %
8	65	22	100	24	10.62	8.82
9	84	15	92	15	7.24	5.51
10	58	20	80	13	9.66	4.77

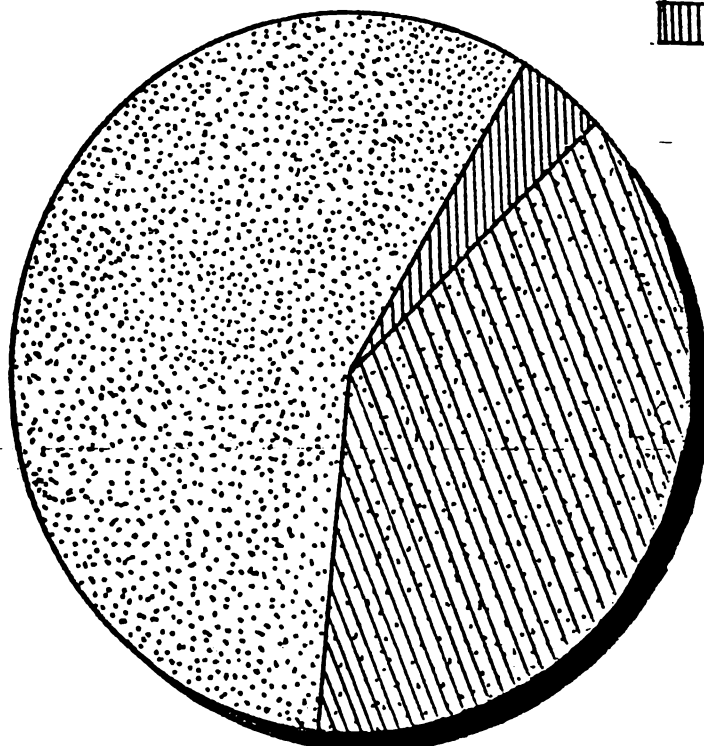


Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

PERCENTAJE DEL TOTAL DE LA POBLACION CON MALOCLUSIONES ASE I, TIPO I NO ATENDIDOS Y ATENDIDOS POR CIRUJANOS - DENTISTAS DE PRACTICA GENERAL Y ESPECIALISTAS.

TOTAL DE LA POBLACION	ATENDIDOS		NO ATENDIDOS
	C. D.	ESPECIALISTA	
991	223	20	748
%	22.50	2.00	75.50

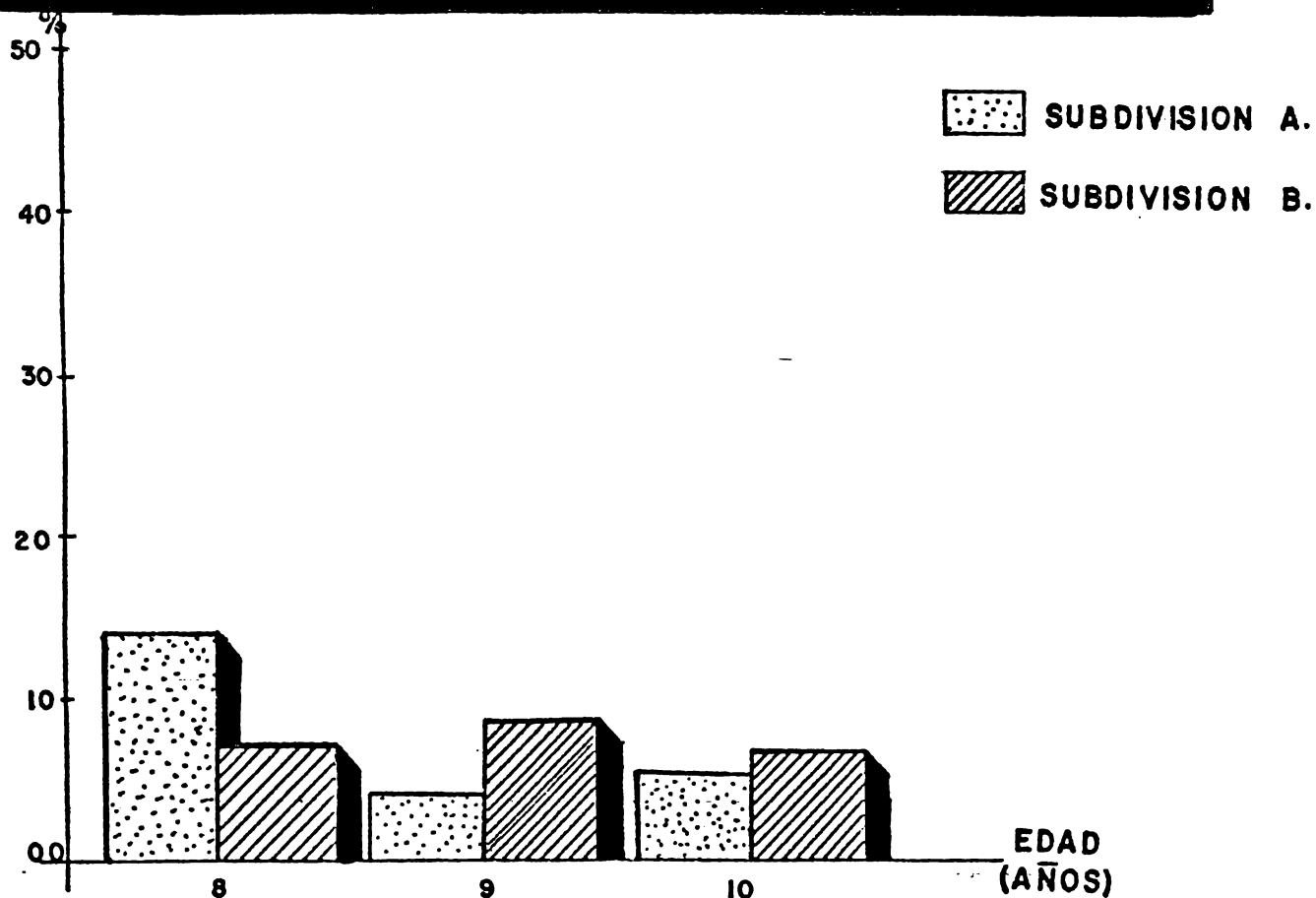
-  NO ATENDIDOS.
-  ATENDIDO POR C.D.
-  ATENDIDO POR ESPECIALISTA.



fuente: - Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

PORCENTAJE DE NIÑAS ATENDIDAS. CLASE I, SUBDIVISION A Y B POR EDAD.

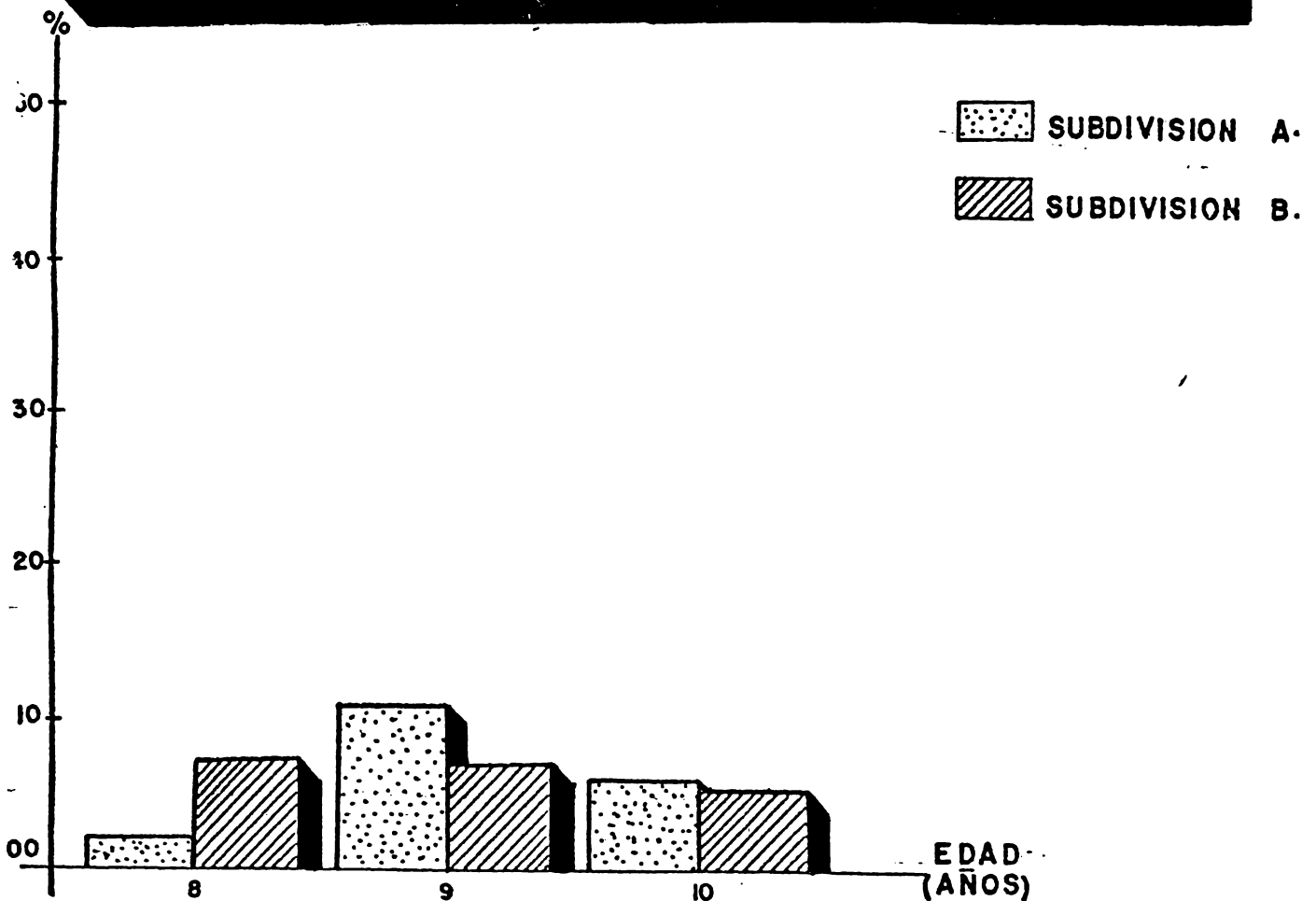
EDAD	TOTAL		ATENDIDOS		PORCENTAJE	
	A	B	A	B	A	B
8	95	115	31	22	14.48%	7.38%
9	69	107	10	25	4.67	8.38
10	50	76	12	22	5.60	7.38



Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

PORCENTAJE DE NIÑOS ATENDIDOS. CLASE I, SUBDIVISION A Y B POR EDAD.

EDAD	TOTAL		ATENDIDOS		PORCENTAJE	
	A	B	A	B	A	B
8	65	100	8	21	3.86%	7.72%
9	84	92	22	20	10.62%	7.35%
10	58	80	14	16	6.76%	5.88%



Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D. F.

D I S C U S I O N

Como podemos observar en el cuadro 1 gráfica 1, la incidencia de las maloclusiones clase I tipo I en el D.F., es de 16.51%; es decir, de cada 100 niños 16 de ellos presentan el apiñamiento anterior de tipo genético y muscular.

Del cuadro 2, gráfica 2, encontramos que en los niños la maloclusión clase 1 tipo 1, se presenta con una incidencia del 48.3% y en las niñas de 51.7%, aunque las diferencias de dichos porcentajes no es muy marcada (3.4%), podemos decir que este tipo de problemas se encuentra con mayor frecuencia en las niñas que en los niños.

En el cuadro 3 gráfica 3, observamos que la mayor incidencia de la maloclusión clase I tipo I, se presenta en las niñas a los 8 años de edad, disminuyendo considerablemente a los 10 años de edad. Así mismo en los niños, la mayor incidencia se da a los 9 años de edad y es menor a los 10 años de edad; influyendo en menor grado la edad para la presencia de este problema en los niños que en las niñas.

Observamos que la diferencia entre los porcentajes de incidencia de ambos sexos, es mayor a los 8 años (4.55%); es decir, a esta edad el problema se encuentra con mayor frecuencia en el sexo femenino, que en el sexo masculino.

En el cuadro 4 gráfica 4, independientemente del sexo la subdivisión B de la maloclusión, clase I tipo I, se presenta en mayor grado que la subdivisión A. Las diferencias de los porcentajes de incidencia entre ambas subdivisiones son: En niños 6.56%, en niñas 4.84%.

Tomando en cuenta el sexo, observamos que el problema se presenta más en el sexo femenino que en el masculino y esto es más marcado para la subdivisión A (con una diferencia de 2.53%).

En el cuadro 5, gráfica 5, independiente del sexo, el porcentaje de los niños que no presentan hábitos es mayor que el de los que lo presentan; vemos que la diferencia entre dichos porcentajes es de 59.49%. De esto podemos afirmar que el hábito no es uno de los factores principales para que se presente la maloclusión clase I tipo I.

Del cuadro 6 gráfica 6, observamos que el mayor porcentaje de niñas que presentan hábito, es a los 8 años, tanto en la subdivisión A, como en la subdivisión B, disminuyendo considerablemente hasta los 10 años; con mayor frecuencia se da en la subdivisión A. Se mencionó que la succión del dedo desplaza los incisivos maxilares labialmente y los incisivos mandibulares lingualmente. (5)

Algunos autores señalaron la influencia muscular en la disminución de la anchura intercanina, como se puede observar en los

músculos faciales, (9)

Cuadro 7, gráfica 7.- Con referencia al cuadro anterior, -- podemos observar que este aspecto se presenta de igual manera en el sexo masculino, que en el sexo femenino, por otra parte, también se observa que el hábito se presenta más en la subdivisión A que en la subdivisión B, independientemente de la edad.

Cuadro 8, gráfica 8, aquí claramente podemos ver, que el -- porcentaje de niños no atendidos es mucho mayor que el de atendidos; además entre los niños atendidos (24.5%), también tenemos -- una diferencia muy alta, (20.5%) de los que son atendidos por especialistas y por cirujanos dentista de práctica general.

Tenemos que de 100 con problemas dentales sólo 2 son atendidos por especialistas, 22 por cirujano dentista de práctica general y los 76 restantes no son atendidos,

Esto nos da una visión clara de la falta de atención dental en los niños mexicanos,

Cuadro 9, grafica 9, el mayor porcentaje de niñas atendidas en la subdivisión A, es a los 8 años. Aunque un aspecto a considerar, es que (la maloclusión clase I, tipo I), se presenta con mayor frecuencia a esta edad,

Cuadro 10, gráfica 10, en los niños el mayor porcentaje de

atención se da a los 9 años pero también anteriormente habíamos observado que a esta edad es cuando el problema de maloclusión -- clase I tipo I se presente con mayor frecuencia.

Uno de los objetivos de esta investigación, sería el realizar una comparación de los resultados obtenidos con los establecidos por los distintos autores antes citados. Más sin embargo esto no es posible, ya que no contamos con la suficiente información para realizar un tratamiento estadístico que nos permita hacerla; además hay que tener presente que este trabajo es el inicio de una investigación, la cual no es posible concluir en uno o dos años, sino que es necesario realizarla por varios años, ya -- que debemos considerar el hecho de que el crecimiento de los maxilares es muy lento de los 9 a los 12 años de edad y que después - de esta edad aumenta más rápidamente de los 14 a los 16 años.

Por lo que es posible que el apiñamiento mandibular y maxilar disminuya con la misma, (6)

R E S U M E N

R E S U M E N

Dada la importancia que puede ser el conocer la problemática que origina una clase I tipo I, ya sea subdivisión A o B, para poder dar tratamiento preventivo y evitar así tratamientos correctivos que ocasionan una serie de problemas de tipo físico, estético y aun económico.

Es importante establecer parámetros propios de nuestra tipología racial a través del conocimiento de características propias para el estudio de nuestros auténticos procedimientos, en el tratamiento de pacientes con problemas de maloclusiones clase I - Tipo 1, y no quedarnos en temas que aunque pudiesen ser ejemplo, no deben tomarse como base para los procedimientos que llevará el Odontopediatra o el Ortodoncista. Es por eso que se seleccionaron 32 escuelas de las 16 Delegaciones Políticas del Distrito Federal, tanto oficiales como particulares, tomando un total de 6000 niños, para lo que se formuló un material de trabajo consistente en historia clínica, que nos puede revelar, junto con la exploración lo siguiente;

La diferencia del problema según el sexo y la edad, la presencia o no presencia de hábitos en ellos y su relación con el problema; la cantidad de casos con apiñamiento según su subdivisión y la relación del problema con la edad, la atención de los niños ya sea por especialista, o por cirujano dentista de práctica general y la no atención de éstos.

Fue observado que de cada 100 niños 16 de ellos presentaban el apiñamiento anterior.

Este tipo de problema se encontró, con mayor frecuencia en las niñas que en los niños, a los 8 años de edad, disminuyendo -- considerablemente a los 10 años.

Independientemente del sexo, el porcentaje de niños que no presentan hábito es mayor, que los que lo presentan. Con marcada diferencia observamos que, al porcentaje de niños no atendidos, - es mucho mayor que el de los atendidos, y también que los niños - que son atendidos por especialistas, es mucho menor que los que - son atendidos por cirujano dentista de práctica general.

CONCLUSIONES

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

Los conceptos propuestos, para explicar la causa del apiñamiento dental, clase 1 Tipo 1 DEWEY ANDERSON, varían ampliamente, correspondiendo conceptos de evolución, hereditarios y efectos -- del medio ambiente.

Podemos observar, que el índice de apiñamiento anterior, se presenta en niños de 8, 9 y 10 años de edad, teniendo así, que 16 niños de cada cien presentan este tipo de maloclusión.

En las niñas, se presenta con mayor índice el apiñamiento, aunque, no es muy marcada la diferencia con respecto a los niños. Por lo tanto, no podemos hacer énfasis con respecto al sexo.

Por edad, entre los porcentajes de ambos sexos es mayor a los 8 años, observándose con más frecuencia en el sexo femenino que en el masculino; influyendo un menor grado la edad, para los del sexo masculino.

Respecto a esto, podemos corroborar con estudios norteamericanos, donde el mayor índice de apiñamiento se encuentra entre -- los 8 y 9 años, disminuyendo conforme avanza la edad, hasta los -- 16 años (6,3), por tal motivo, se sugiere continuar esta investigación para corroborar, si en la población mexicana el apiñamiento anterior es más marcado en esta etapa, y así observar en otras

estudio si ésta maloclusión se detiene o disminuye con la edad. - Este estudio, si se continúa será de mucha utilidad para los odon
topediatras.

La clase 1 tipo 1 subdivisión B

Se observa con mayo énfasis, independientemente del sexo.

Esto nos indica que, el apiñamiento superior e inferior en la misma persona, es más marcado.

En estos casos al odontopediatra sólo le corresponde remitirlo al ortodoncista, ya que nuestro campo abarca sólo tratamien
tos interceptivos y en este caso, se requiere de un estudio más - profundo, o bien de ortodoncia correctiva. Si tomamos en cuenta el sexo, veremos que se observa, con mayor proporción, aun siendo mínima, en el sexo femenino subdivisión A, o tal vez se deba a -- que, en el estudio, la mayor proporción de la población fue en mu
jeres. Por tal motivo se requiere continuar esta investigación - igualando las muestras por sexo; observamos que el porcentaje de la población que no presentan hábito, es mayor que los que lo pre
sentan; así mismo podemos reafirmar que los hábitos, no tienen la mayor influencia en cuanto a la presencia de la maloclusión clase 1 tipo 1.^(1,14) Aunque este factor no es esencial para que esta - malaclusión se dé; lo observamos aumentado en un pequeño porcen-
taje, en mujeres de 3 años de edad, pero éste disminuye considerara
blemente a los 10 años de edad. Observándose con mayor frecuen-
cia en la subdivisión A, que en la B.

Este aspecto se considera de igual manera en los hombres, independientemente de la edad.

Marcadamente se manifiesta, el alto índice de niños que no reciben atención odontológica (3/4 partes de población). Tal vez esto se deba, al costo del servicio odontológico, y a la falta de información del pueblo mexicano; ya que el estudio se efectuó el 50% en escuelas oficiales y la población infantil de éstas, corresponde a una clase media y en mayor proporción a clase media baja.

Tal vez, el (24,5%) de atención dental que se puede ver, -- fue en las escuelas privadas; y el 2% de niños atendidos por especialista

Estos nos demuestra el poco interés de los padres con respecto a la salud dental de sus hijos, y a la mala información e imagen que ellos tienen con respecto al odontólogo; si hablamos del servicio que presta el odontopediatra; veremos que es un (2% casi nula). Posiblemente esto se deba, al criterio que tengan los padres sobre el aspecto estético y funcional, de un apiñamiento anterior; o a la falta de información por parte de las autoridades y de los mismos cirujanos dentistas de práctica general, que a -- quienes recurren por primera vez los pacientes y éstos no son remitidos con el especialista indicado.

Tenemos que, el mayor porcentaje de mujeres atendidas, en

la subdivisión A, es a los 8 años de edad; esto se debe, a que - el tipo de problema se presenta a esta edad.

Esto nos indica, que los padres que le prestan atención a - sus hijos, lo hacen en el momento preciso.

Lo mismo sucede con los hombres, a los 9 años de edad.

Aunque en estos casos, es mínimo el porcentaje.

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

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

- 1.- Adams, C.P :A Comparison of 15 Years Old Children With Excellent Occlusion And With Crowding of Teeth, Angle Class I Malocclusion, In Respect of Face Size And Shape And Tooth Size. Swed. Dent. J. Suppl.,15:11-26 (1982)
- 2.- Arvinen, S.J.: Need For Interceptive Intervetion For Malocclusion In 6 Years Old Finnish Children. Community Dent Oral Epidemial.,9:285-288, (1981)
- 3.- Fastlich, J.: Crowding of Mandibular Incisors. Mex. Mexican Assn., 58:156-163, (1968)
- 4.- Fin, S.B.: Odontología Pediátrica. Interamericana, Cuarta edición: 294-298, (1976)
- 5.- Graber, Fastlich, J: Crowding Of Mandibular Insisors. Mex. Mexican Assn.,58:161,(1968)
- 6.- Hunter,W.S., Smith, B.R.W.: Development Of Mandibular Spacing-Crowding From Nine to 16 Years Of Age.J.Canad. Dent.Assn.,5:178-185,(1972)
- 7.- Howe,R.P.,Mcnamara,J.A.,Connor,K.A.: An Examination Of Dental Crowding And Its Relationship To Tooth Size And Arch Dimension. Am.J. Of Orthodontics.,83: 363-373, (1983)
- 8.- Isiekwe, M.C.: Malocclusion Lagos, Nigeria. Community Dent. Oral Epidemiol, 11:59-62,(1983)
- 9.- Jarabak,W.S., Fizzel, Tulley: Fastlich,J.: Crowding Of Mandibular Insisors. Mex. Mexican Assn., 58:161,(1968)
- 10.- Lundström, A. :Changes In Crowding And Spacing Of The Teeth Whit Ages. Dent. Practit.,19:218-224, (1969)
- 11.- Lewis, D.H.:Orthodontic Problems In The Developing Oc-

clusion. Dental Update 9:145-155, (1982)

- 12.- Richardson, M.E.: Late Lower Arch Crowding In Relation To Primary Crowding. The Angle Orthodontic, 52:301-312 (1982)
- 13.- Smith, R.J., Bailit, H.L.: Variation In Dental Occlusion And Arches Among Melanesians Of Bougainville Island -- Papua New Guinea. I. Methods, Age Changes, Sex Differences And Population Comparisons. J.An. Phys Anthropol 47:195-208, (1977)
- 14.- Sim, M.J.: Movimientos Dentales Menores En Niños. Mundi 55-60 (1980)

A P E N D I C E

A P E N D I C E I
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 U.N.A.M.
 ODONTOPEDIATRIA

HISTORIA CLINICA No. _____

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

CLASE I TIPO 0

PRESENTA

Dientes que se interdigitan normalmente de una buena relación de Clase I y la línea dentaria superior e inferior coinciden entre sí.

CLASE I TIPO I

a) Incisivos inferiores apiñados e incisivos superiores espaciados normalmente.

b) Incisivos superiores e inferiores rotados y apiñados.

CLASE I TIPO 2

a) Dientes anterosuperiores protuídos y pronunciados.

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

CLASE I TIPO 3

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

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

CLASE I TIPO 4

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

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

c) Mordida cruzada posterior bilateral.

CLASE I TIPO 5

a) Pérdida de espacio posterior de 2 a 3 mms. en --
un cuadrante, debido a la mesialización del primer molar per-
manente.

b) Pérdida de espacio posterior de más de 3 mms. en
un cuadrante, debido a la mesialización del primer molar per-
manente.

CLASE II DIVISION 1

Relación de molares de Clase II en ambos lados y pro-
tusión antero-superior.

CLASE II DIVISION 2

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

CLASE III

Relación molar Clase III en ambos lados.

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

Succión de pulgar	<input type="checkbox"/>	Succión de Carrillos	<input type="checkbox"/>
Succión de otro - dedo.	<input type="checkbox"/>	Succión de labio sup.	<input type="checkbox"/>
Proyección lingual	<input type="checkbox"/>	espiración bucal	<input type="checkbox"/>
Deglución Atípica	<input type="checkbox"/>	Morder Uñas	<input type="checkbox"/>

ATENCION DENTAL: (Marcar con un "X" según el caso).

Atendido

Cirujano Dentista de Práctica General

Especialista

No Atendido