

Estudio comparativo de maloclusiones (Traslape Horizontal, Traslape Vertical, Mordida Cruzada, Mordida Abierta.) del segmento anterior en niños de 8 a 12 años de edad, en el Distrito Federal y la Ciudad de Orizaba.

P o r

C. D. PATRICIA DIAZ COPPE

T E S I S

Presentada como requisito para obtener el Grado
de Maestría en Odontología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DIAZ

COPPE

PATRICIA

1984

TESIS



K(1) UNAM



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

Octubre 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.

MANUSCRITO DE TESIS:

Cualquier tesis no publicada que avale el grado de Maestría y depositada en la biblioteca de la Universidad, Facultad de Odontología, queda abierta para - inspección, y sólo podrá ser usada con la debida - - autorización del autor. Las referencias bibliográficas pueden ser tomadas, pero ser copiadas sólo con - el permiso del autor, y el crédito se da posterior-- mente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes - personas que firman y aceptan las restricciones seña ladas.:

La biblioteca que presta esta tesis debe asegurarse de recoger, la firma de cada persona que la utili ce.:

Nombre y Dirección

Fecha

Marques Saucedo C. Torre Adalid #1035 Nov 3 de 1986

ESTUDIO COMPARATIVO DE MALOCLUSIONES (TRASLAPE HORIZONTAL, TRASLAPE VERTICAL, MORDIDA CRUZADA, MORDIDA ABIERTA) DEL SEGMENTO ANTERIOR EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD, EN EL DISTRITO FEDERAL Y LA CIUDAD DE ORIZABA.

Aprobado por:

C.D.M.O. JAVIER HERNANDEZ PALMA.

ASESOR.

C.D.M.O. CARLOS GONZALEZ LUCASCEWISZ

ASESOR.

C.D. MIGUEL A. FERNANDEZ VILLAVICENCIO

ASESOR.

C.D. Ma. GLORIA HIROSE LOPEZ.

ASESOR.

C.D.M.O. ANGLE KAMETA TAKIZAWA.

DIRECTOR DE LA TESIS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

ESTUDIO COMPARATIVO DE MALOCLUSIONES (TRASLAPES HORIZONTAL, TRASLAPES VERTICAL, MORDIDA CRUZADA, MORDIDA ABIERTA) DEL SEGMENTO ANTERIOR EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD, EN EL DISTRITO FEDERAL Y LA CIUDAD DE ORIZABA.

Por

C.D. PATRICIA DIAZ COPPE

1984

Con todo mi cariño, respeto y admiración,
por haberme guiado durante mi vida a ba--
se de esfuerzos y sacrificios, hasta lo--
grar hacer de mi lo que soy. Además por -
ser unos magnificos padres, espero no de-
fraudarlos nunca.

DR. VICTOR DIAZ PLIEGO

SRA. YOLANDA COPPE DE DIAZ

AL DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ V.

Porque además de ser un buen maestro ha sido un gran amigo, que tuvo fé en mi y me impulsó durante los años de mi Maestría.

AL DR. JAVIER HERNANDEZ PALMA

Porque me brindó su apoyo, optimismo y dirigió este trabajo, dándome amistad y comprensión en momentos de intranquilidad.

A MIS AMIGOS

DRA. DEYSSI OCHOA AMBROSIO

DR. ADRIAN CASTILLO PLACENCIA

DRA. Ma. TERESA GUERRERO QUEVEDO

Por estar siempre a mi lado y ser una de
mis motivaciones para seguir adelante.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION -----	1
REVISION BIBLIOGRAFICA -----	4
MATERIALES Y METODOS -----	12
RESULTADOS -----	20
DISCUSION -----	60
RESUMEN -----	78
CONCLUSIONES -----	80
BIBLIOGRAFIA -----	83
APENDICE -----	87
CURRICULUM VITAE -----	97

I N D I C E D E T A B L A S

	Página
TABLA 1: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO AN <u>TERIOR</u> POR EDADES EN EL DIS-- TRITO FEDERAL. -----	39
TABLA 2: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO AN <u>TERIOR</u> POR EDADES EN LA CD. - DE ORIZABA. -----	41
TABLA 3: COMPARACION DE MALOCLUSIONES- DEL SEGMENTO ANTERIOR POR EDA <u>DES</u> ENTRE EL D.F. Y LA CD. DE ORIZABA. ----- ²	43
TABLA 4: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO AN <u>TERIOR</u> POR SEXOS EN EL D.F. -----	45
TABLA 5: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO AN <u>TERIOR</u> POR SEXOS EN LA CD. DE ORIZABA. -----	47
TABLA 6: COMPARACION DE MALOCLUSIONES- DEL SEGMENTO ANTERIOR POR - - SEXOS ENTRE EL D.F. Y LA CD.-	

DE ORIZABA. -----	49
TABLA 7: CLASIFICACION DE ANGLE POR EDA <u>DES</u> Y POR SEXO EN EL D.F. -----	52
TABLA 8: CLASIFICACION DE ANGLE POR EDA <u>DES</u> Y POR SEXO EN LA CD. DE -- ORIZABA. -----	54
TABLA 9: COMPARACION DE CLASIFICACION - DE ANGLE ENTRE EL D.F. Y LA CD. DE ORIZABA POR SEXO. -----	56
TABLA 10: COMPARACION DE CLASIFICACION - DE ANGLE ENTRE EL D.F. Y LA CD. DE ORIZABA POR EDADES.-----	58

I N D I C E D E G R A F I C A S

	Página
GRAFICA 1: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO- ANTERIOR POR EDADES EN EL - D.F. -----	40
GRAFICA 2: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO- ANTERIOR POR EDADES EN LA - CD. DE ORIZABA. -----	42
GRAFICA 3: COMPARACION DE MALOCLUSIO-- NES DEL SEGMENTO ANTERIOR - POR EDADES ENTRE EL D.F. Y- LA CD. DE ORIZABA. -----	44
GRAFICA 4: MALOCLUSIONES DEL, SEGMENTO- ANTERIOR POR SEXO EN EL D.F.-----	46
GRAFICA 5: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO- ANTERIOR POR SEXO EN LA CD. DE ORIZABA. -----	48
GRAFICA 6: COMPARACION DE MALOCLUSIO-- NES DEL SEGMENTO ANTERIOR - POR SEXO MASCULINO ENTRE EL-	

	D.F. Y LA CD. DE ORIZABA. -----	50
GRAFICA 7:	COMPARACION DE MALOCLUSIO NES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR SEXO FEMENINO ENTRE - EL D.F. Y LA CD. DE ORIZA BA. -----	51
GRAFICA 8:	CLASIFICACION DE ANGLE DE HOMBRES Y MUJERES POR EDA DES EN EL D.F. -----	53
GRAFICA 9:	CLASIFICACION DE ANGLE -- DE HOMBRES Y MUJERES POR- EDADES EN LA CD. DE ORIZA BA. -----	55
GRAFICA 10:	COMPARACION DE CLASIFICA- CION DE ANGLE ENTRE EL D.F. Y LA CD. DE ORIZABA POR -- SEXO. -----	57
GRAFICA 11:	COMPARACION DE CLASIFICA- CION DE ANGLE ENTRE EL D.F. Y LA CD. DE ORIZABA POR -- EDADES. -----	59

INTRODUCCION

Las anomalías en la oclusión son debidas a desviaciones de la morfología tanto oral como facial durante las etapas de desarrollo y crecimiento del individuo, por tal motivo es de gran importancia tener las bases para poder prevenirlas o interceptarlas, puesto que traen consigo problemas en el individuo no sólo físicos sino también psicológicos.

En la población infantil en el Distrito Federal, en los años de mi práctica profesional he encontrado una gran cantidad de desviaciones como son: traslape horizontal, traslape vertical, mordida cruzada, mordida abierta; los hábitos son de gran importancia puesto que coadyuvan a que se presenten o que se incrementen éstas.

Por lo mencionado anteriormente, es el motivo de este estudio. Se realizó comparando dos poblaciones, sexos y diferentes edades, por que por estudios previos se ha encontrado que existen diferencias marcadas que no son solamente genéticas, sino ambientales, alimenticias y también dependiendo de la diferencia de ritmo de vida de las grandes ciudades y de las pequeñas.

Quisiera que este estudio pudiera servir para hacer conciencia, tanto en los profesionales como en los estudiantes de

odontología, para que se realicen programas de prevención.

Barnett (1970) realizó un estudio del desarrollo -- oclusal normal en niños, "la terapia oclusal en odontope-- diatría comienza al completarse la dentición primaria, -- aproximadamente a la edad de tres años", por eso es de -- gran importancia la prevención.

Uno de los precursores del estudio de las maloclu-- siones, tomando como referencia los primeros molares perma-- nentes, fue el Dr. Edward H. Angle (1899); además otros es-- tudiosos de la materia, refirieron que existen otros facto-- res que son muy variados y que muchas veces no están a -- nuestro alcance, como son: niveles socioeconómicos, educa-- cionales y de prevención a nivel masivo.

El Dr. Herpin (1927) hace notar "que la mayoría de-- las maloclusiones eran debidas a la evolución del aparato-- masticatorio humano, que ha sufrido una reducción, por su-- menor utilización, debido a la preparación culinaria de -- los alimentos, ésta disminución ha afectado más a los mús-- culos y huesos y menos a los dientes, que por dicha razón-- no encuentran espacio suficiente en los arcos dentarios", -- ésto fue apoyado más tarde por el Dr. Hooton (1947).

El Dr. Carruccini (1981) refiere que los problemas-- de la oclusión han tenido un incremento debido al urbanis-- mo moderno.

Barnett (1970), refiere que los problemas anatóni -- cos son debidos a la diferencia de tamaño de los molares --

deciduos tanto superiores como inferiores traen consigo es calones distales indeseables, los problemas funcionales -- son debidos a desgastes de los dientes en áreas de contacto y también por el bruxismo, los patológicos debidos a caries y como lo refirió el Dr. Rewlley (1982), por amelogénesis imperfecta, las iatrogenias tienen un lugar preponderante en este tipo de problemas y también los adquiridos o llamados de conducta que son hábitos nocivos como son: succión de dedo, labio, protusión de lengua o degluciones atípicas.

El Dr. Mayoral (1945), clasificó las anomalías dentofaciales en tiempo, espacio y número, todo ésto es de -- gran importancia, puesto que podemos encontrar erupciones-retardadas, retenciones prolongadas, versiones, macrodoncias, microdoncias, erupciones ectópicas, dientes supernumerarios y agenesias. Todo ésto repercute en la falta de -- espacio, desarrollo y crecimiento.

Para saber si estamos tratando con una oclusión normal o anormal, debemos saber que es la normalidad. Barnett (1970) definió la oclusión normal como "una determinada -- disposición de los dientes entre sí y con respecto a los -- maxilares, el cráneo y la musculatura de la cabeza que sea estéticamente aceptable para el individuo, su familia y su grupo social en un medio socioeconómico dado, durante cierto tiempo que está en armonía con la salud y la función de los dientes y tejidos que los rodean".

REVISION BIBLIOGRAFICA

PETERSOHN I.(1980)

Demostró en un estudio realizado con 600 personas con maloclusiones, que la extracción prematura de uno de los caninos temporales, causa la desviación de la línea media; encontró que en 70 pacientes habían tenido extracciones de uno solo de los caninos superiores, mientras que 53 fueron con extracciones de un canino inferior.

En éste estudio, podemos encontrar que las iatrogénicas, causan maloclusiones.

SANGES; RAPISARDA. (1980)

Realizaron un estudio con 651 niños de las edades de 6 a 10 años, relacionaron el porcentaje de caries, que fue el (78.34%) y el porcentaje de las anomalías dentofaciales, que fue el (36.41%); reportando una ligera frecuencia en niñas, que es el 79.03%, contra el 77.64% en los niños. Las anomalías, en niños tuvieron un 37.26%, contra el 35.55% en las niñas.

Como lo mencionamos anteriormente, el factor patológico es causante de las maloclusiones, en éste estudio se relacionaron las anomalías con caries, pero sabemos que otra de las patologías es el bruxismo.

CARVALHO, RUTI. (1979-1980)

Realizó un estudio con 1094 escolares de ambos - - sexos, de las edades de 7 hasta 14 años, el 94.98% de la - población presentaron maloclusiones, sólo el 5.02% podría- ser considerado dentro de lo normal.

La Clase I reportó el 64.99%; la Clase II fue de - un 27.15%; la Clase III representó un 2.84%, la prevalen-- cia de la Clase I, ha sido reportada por otros autores; -- como el Dr. Angle (1899), Masster & Frankel (1951), Ast en (1965) y Nouer (1966).

No se encontró una asociación estadísticamente sig- nificativa entre la ocurrencia de las maloclusiones y los- sexos, las edades; si son de suma importancia; puesto que- al paso del tiempo pueden incrementarse las Clases II y -- III. El porcentaje para los hombres fue del 94.15%, contra el 95.8% de las mujeres.

CARRUCCINI; WHITLEY. (1981)

Estudiaron las variaciones oclusales en una comuni- dad de Kentucky, y comprobar algunas de las teorías que -- existen para el incremento de éstas.

Incluyen explicaciones genéticas, ambientales, há- bitos, alergias y caries; todo ésto aunado al incremento - del urbanismo.

De 34 personas se tomaron modelos de estudio y da- tos sobre la dieta, dando como resultado que los habitan--

tes más viejos, que crecieron con la dieta tradicional, tu
vieron mejor oclusión.

En el estudio realizado en las dos poblaciones de-
la República Mexicana, podemos encontrar diferencias que -
se pueden traducir también por éstos factores.

BELLONI, RESTA; CATTANEO.(1981)

Reportaron la frecuencia de maloclusiones en 2227
escolares de una zona rural. La Clase I y III de Angle, --
son especialmente significativas; a comparación de las de-
escolares de 6 años en la provincia de Pavia.

Los autores recuerdan la importancia de la medida
preventiva, que tiene un papel determinante.

KINAAN, BURKE. (1981)

Con una amplia variación en estudios epidemiológico
cos, se ha encontrado que no hay un método ampliamente a--
ceptado, para la fijación de la oclusión; aunque se han mo
dificado cuatro instrumentos para medir la sobremordida ho
rizontal y el apiñamiento.

Cada arco dental se divide en tres segmentos, uno
incisal y dos bucales, alineando los dos arcos y su rela--
ción en la oclusión.

Por lo tanto podemos encontrar que la Clasifica--
ción de Angle es aceptable, pero podemos ayudarnos con las
modificaciones de DEWEY-ANDERSON (1963), para tener un mar

gen más amplio para la medición de las maloclusiones.

LARSOON; ONNERMAN.(1981)

Realizaron un estudio de la longitud de la corona-clínica, en niños de 9, 11 y 13 años de edad, con y sin -- hábito de succión de dedo.

Se trató de ilustrar si la succión, causaba mordida abierta, por una erupción retardada o por la inhibición del crecimiento del proceso alveolar.

El largo de las coronas en todas las mordidas; en el grupo con hábito de dedo, fue mayor que en el grupo control. La mordida abierta anterior en los succionadores de dedo, probablemente no fue causada por la erupción retardada, pero sí por la inhibición del crecimiento vertical de la parte anterior del proceso alveolar.

Como podemos ver, los hábitos producen gran parte de las maloclusiones, por eso es de suma importancia volver a decir que los conocimientos, para poder prevenirlas o interceptarlas son de gran valía.

EGERMAN-ERIKSSON. (1982)

Registró en 402 niños escolares suizos de 7, 11 y 15 años de edad, maloclusiones y problemas funcionales del sistema masticatorio, 60% de los niños tenían alguna forma de anomalía oclusal.

Una quinta parte de los niños de 7 años y el 3% de

los de 11 años, eran falsos succionadores o succionadores-de dedo, generalmente se encontró mordida cruzada o abierta.

La movilidad horizontal, para los niños de 11 y - 15 años, era cerca de 10mm y en los más jóvenes, fue menor se encontró que cuando hay mordida cruzada, hay desviación lateral.

Del presente estudio podemos encontrar que la edad es de suma importancia, puesto que muchas de las maloclusiones, incrementan junto con la edad, puesto que no -- existen los tratamientos preventivos ni correctivos.

EGERMARK-ERIKSSON; INGERVALL.(1982)

Estudiaron las asociaciones entre los diferentes - tipos de interferencias oclusales y las anomalías, fueron estudiadas en niños de 7, 11 y 15 años de edad.

La mordida cruzada anterior y la oclusión postnormal, fueron relacionadas a una distancia anteroposterior-grande y una desviación lateral de la mandíbula y a la interferencia del lado de no trabajo.

Había una relación positiva entre mordida cruzada-anterior y el lado de interferencia de no trabajo, mientras que el traslape horizontal fue negativo.

Otra vez nos encontramos con la gran importancia - de las medidas preventivas e interceptivas, para evitar -- las desviaciones de la oclusión.

HELM. (1982)

Realizó un estudio en 1980, con escolares Daneses, que habían tenido cuidados dentales, incluyendo el tratamiento de ortodoncia. Cerca de 60,000 niños en los grados de 3º, 6º, y 9º, cuyas edades aproximadas eran de 9, 12 y 15 años; fueron comparadas con las correspondientes en poblaciones infantiles estudiadas en los años sesentas; entre los cuales el tratamiento ortodóntico era raro.

De la comparación se infiere, que la prioridad del tratamiento se basa en las necesidades profesionales, tomando en cuenta que los problemas que más se presentan; son en el segmento anterior y apiñamientos.

Podemos encontrarnos otra vez con la necesidad de la prevención, si ya no fuese posible, entonces establecer el tratamiento correctivo; para evitar problemas de salud y psicologicos.

ROWLEY; HILL; WINTER. (1982)

Relacionaron problemas de mordidas abiertas anteriores y la presencia de amelogénesis imperfecta. Se revisaron 50 pacientes con amelogénesis y la mordida abierta tuvo una frecuencia del 24% y el 2% no tuvieron éste problema. Se sugiere que la asociación frecuente entre mordida abierta y la amelogénesis imperfecta, está determinada genéticamente por un desarrollo craneofacial anormal; más que por factores locales, que influyen en el crecimiento -

alveolar. Este es otro factor patológico mencionado para - la presencia de maloclusiones.

LARSSON E. (1983)

Realizó un estudio sobre la prevalencia de mordida cruzada en niños con succión prolongada de dedo y con hábito de chupón, estudió 252 niños con hábito de succión y 31 con hábito de chupón, los resultados fueron reportados como normales para la edad grupo; también se realizó un análisis en 289 niños con tratamiento ortodóntico y tampoco se encontró una elevada prevalencia de mordida cruzada.

ISIEKWE.(1983)

En una población de 617 escolares de edades entre 10 a 19 años, se fijaron la frecuencia de las maloclusiones en una población muestra , en Lagos Nigeria.

La Clase I, tuvo un promedio del 76.8%, le sigue - la Clase II, con un 14.7% y la Clase III, con un 8.4%, éste estudio demostró algunas diferencias interesantes en la frecuencia de maloclusiones; comparadas con estudios realizados con respecto a sujetos caucásicos.

El factor genético es de suma importancia, aunado con problemas ambientales y alimenticios.

PLATOU; ZACHRISSON. (1983)

Realizaron una serie de estudios cefalométricos --

con énfasis en el patrón incisal, en 30 niños noruegos, -- clínicamente con excelente oclusión, en dentición permanente; la frecuencia de oclusión fue del 5.3%.

La inclinación de los incisivos inferiores, estaban protruidos e inclinados que aquellos descritos en estudios previos, con niños caucásicos y comparando con las medidas de RICKETTS & STEINER.

El significado de las observaciones, es discutido-- en relación a la planeación del tratamiento, que aunque -- no en todos los casos, pero si se hubiese instaurado un -- tratamiento interceptivo, se podría haber evitado el co -- rrectivo.

D'ESCRIVAN DE SATURNO LUZ. (1983)

Estudió 3,630 escolares del área metropolitana de Carácas, donde el análisis estadístico de las maloclusiones, no revelaron efecto alguno en función del sexo; puesto que el sexo masculino representó el 54.4%, siendo 1,975 hombres en total; las mujeres fueron 1,655 en total y re-- presentaron el 45.6%.

Utilizó la Clasificación de Angle, además las modificaciones de DEWEY-ANDERSON.

La Clase I representó el 57.5% de la población, la Clase II, representó el 15.9% de la población y la Clase - III, representó el 3.8%.

MATERIALES Y METODOS

SUJETOS

Se contó con la disponibilidad de los sujetos, en cuanto al número y edades previamente establecidas que fueron, niños de escuelas primarias de 8, 9, 10, 11 y 12 años de edad, el total de población estudiada fue para el Distrito Federal de 1120 niños; distribuyéndose éstos de la siguiente manera; 560 hombres y 560 mujeres; para la Ciudad de Orizaba fue una población total de 1396 niños, distribuyéndose éstos de la siguiente manera; 810 hombres y 586 mujeres, los años que cursaban comprendían desde tercero hasta sexto año de primaria.

MATERIAL

Se utilizó el siguiente material:

- 1.- Hojas de registro mimioografiadas con los siguientes datos; nombre, edad, sexo, las maloclusiones y la clasificación de Angle.
- 2.- Lápices, plumas.
- 3.- Abatelenguas.
- 4.- Para realizar el análisis de los datos se utilizó calculadora.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- 1.- Se utilizó la clasificación del Dr. Angle.
- 2.- Sexo masculino y femenino.
- 3.- Edades desde los 8 hasta los 12 años.
- 4.- Poblaciones del Distrito Federal y de la Ciudad de Orizaba.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Maloclusiones del segmento anterior, entendiéndose éstas como; traslape horizontal, traslape vertical, mordida cruzada y mordida abierta.

METODO

POBLACION Y MUESTREO

La elección de las muestras se realizó al azar, -- así mismo las escuelas primarias en el Distrito Federal, -- que fueron tres, con una población total de 1120 niños y -- en la Ciudad de Orizaba fueron cinco escuelas, con una población total de 1396 niños.

Se escogieron dos tipos de poblaciones, para comprobar si las variaciones de la oclusión podían ser debidas a los cambios alimenticios como lo mencionó el Dr. Herpin (1927) y a los cambios ambientales, hábitos, alergias--

y al urbanismo como lo mencionó Carruccini (1981). Además - comprobar si el ritmo de vida de las dos ciudades tenían - alguna influencia para que repercuta en el aparato estomatognático.

Durante el procedimiento de selección de la muestra para ver la relación de molares, para la clasificación de Angle (1899), se tuvieron que eliminar en el Distrito Federal 18 hombres, puesto que 6 presentaban pérdidas prematuras de los primeros molares permanentes y por lo tanto no se pudo tomar la relación; los 12 restantes, presentaban mesialización de los molares permanentes, por extracciones prematuras de los molares de la primera dentición; la relación no era verídica. Las mujeres en el Distrito Federal, fueron 17 las que se eliminaron puesto que, 5 presentaban neutroclusión, ésto quiere decir que como los molares están cúspide a cúspide no sabemos que relación nos dará --- por que podría ser una clase I o ser clase II, a 4 se les encontró mesialización de los molares permanentes y las 8 restantes pérdidas prematuras de los molares permanentes.

Lo que concierne a la Ciudad de Orizaba, se eliminaron 21 hombres, de los cuales 18 presentaron neutroclusión y los 3 restantes fueron mesialización de molares permanentes por extracciones prematuras de molares de la primera dentición. Las mujeres de la Ciudad de Orizaba fueron 16 - las que se eliminaron, de las cuales 14 presentaron neutroclusión y las 2 restantes mesialización de los molares per

manentes por extracción prematura de los molares de la primera dentición.

CRITERIOS DE MEDICION

El instrumento de medida fue directo, se revisaron 2516 niños en total, distribuyendose de la siguiente manera: en el Distrito Federal fueron un total de 1120 niños y en la Ciudad de Orizaba fue un total de 1396; para observar las diferentes maloclusiones del segmento anterior y poder llevar un registro, se realizó una hoja con los datos de nombre, edad, sexo y las cuatro maloclusiones, se revisaron a los niños para saber que tipo de maloclusión se encontraba en cada uno de ellos.

La obtención del registro y del criterio de medición fueron evaluados primero por un investigador, posteriormente por otro y se comparaban; en caso de que existiera discrepancia, se tomaría en cuenta la opinión de un tercer profesional capacitado.

TECNICA DE CONTROL

Dentro de las variables que intervinieron en el estudio, se mantuvieron constantes; sexo, edad y la población del Distrito Federal y de la Ciudad de Orizaba.

PROCEDIMIENTO

Estando en las escuelas primarias del Distrito Federal y de la Ciudad de Orizaba, los encuestadores se dirigieron a los Directores de cada una de ellas, se les explicaba el tipo de estudio a realizar y su objetivo; se preguntó la población de cada escuela y los años que comprendían los niños con los que se realizó el estudio, los niños de 8 hasta 12 años de edad, pertenecían a los grados desde tercero hasta sexto de primaria; una vez hecho esto los encuestadores se presentaban a cada salón, pidiéndoles a los niños su cooperación para poder llenar las hojas, que consisten en nombre, edad, sexo, maloclusiones que fueron: traslape horizontal (TH), traslape vertical (TV), mordida cruzada (MC), mordida abierta (MA) y la clasificación del Dr. Angle.

Los traslapes horizontales y las demás maloclusiones, fueron descritas por el Dr. Chaconas (1980), en su libro de Ortodoncia.

TRASLAPE HORIZONTAL: También lo denominó; sobremordida horizontal de los incisivos o sobreposición horizontal; y es cuando ciertas maloclusiones causan que los incisivos superiores se encuentren demasiado hacia adelante de sus antagonistas inferiores.

TRASLAPE VERTICAL: Lo denominó como una sobremordida vertical incisal o sobreposición vertical, se considera

normal, cuando cerca del 10% de la superficie labial de -- los incisivos inferiores está sobrepuesta por los incisi-- vos superiores. La mordida vertical profunda es por una -- erupción mayor de lo normal ya sea de incisivos superiores o inferiores y éstos están sobrepuestos parcial o totalmente por los superiores.

MORDIDA CRUZADA: La denomina como una sobremordida horizontal "negativa", es cuando los incisivos superiores tienen una posición posterior con respecto a los inferio-- res anteriores, puede ser debido a una mandíbula prognáti-- ca o a un maxilar en retroposición, pueden encontrarse uno o dos dientes en ésta posición y también considerarse como mordida cruzada.

MORDIDA ABIERTA: Es la falta de contacto de los incisivos anteriores, cuando están en oclusión los molares, -- éste tipo de maloclusión se relaciona generalmente a un hábito.

Por primera vez en 1899 el Dr. Edward H. Angle describe una maloclusión entre maxilar y mandíbula, la des-- cripción fue hecha en base a los dientes, tomando como la parte más importante de la oclusión, el primer molar superior permanente. El Dr. Broadbent la modificó en 1931, al introducir la cefalometría y por consiguiente la descrip-- ción de las anomalías esqueléticas.

CLASE I: Sería la clase ideal en el individuo y es cuando las cúspides mesiobucales de los primeros molares --

superiores permanentes, ocluyen en el surco bucal de los primeros molares inferiores permanentes, el segmento anterior está en armonía con los labios y tejidos blandos. La clase I; puede tener la relación de molares pero existir una maloclusión de incisivos y caninos, debido a la discrepancia entre una masa dental y un hueso alveolar de sostén insuficientes, aunque no deja de ser clase I, pero no la ideal.

La clase II de Angle, tiene dos divisiones, por lo tanto.

CLASE II, división 1: cuando el primer molar inferior permanente se encuentra distal a su antagonista, además existe una sobremordida horizontal, mordida abierta, - apiñamiento, el labio superior es hipotónico, el inferior hipertónico y el individuo es respirador bucal.

CLASE II, división 2: la relación de molares es igual que para la anterior, pero la diferencia está en el segmento anterior, puesto que existe una sobremordida vertical profunda, incisivos centrales superiores inclinados a lingual y los incisivos laterales inclinados labialmente, una curva de spee exagerada, poco o nada de apiñamiento y el individuo respira normalmente.

CLASE III: cuando el primer molar inferior permanente se encuentra mesial a su antagonista, esto es causado por un sobrecrecimiento de la mandíbula, creando una mordida cruzada anterior por la mesioclusión, los incisivos su-

periores tienen una inclinación hacia labial y los inferiores hacia lingual, el labio superior es hipertónico en tanto que el inferior es hipotónico.

Para revisar la cavidad oral, se les comentó a los niños "somos Drs. que necesitamos hacer un estudio de la diferente forma en que juntan sus dientes, su ayuda hará que terminemos más rápido", se pasaban de dos en dos, se tomaron los datos, se colocó el abatelengua separando el carrillo para lograr ver la relación de molares y el segmento anterior; luego se pasaban los datos a las hojas de registro; así sucesivamente se volvían a llamar otros dos y se registraban datos; una vez terminado con los niños se mandaban a sus asientos.

R E S U L T A D O S

Se revisaron un total de 1120 niños de 8, 9, 10, 11, 12 años de edad en el Distrito Federal, se encontró que en 516 niños presentaban algún tipo de maloclusión, representando ésto el 46% del total de la población, siendo distribuidos de la siguiente manera: 228 (TH), que representan el 20.3% del total de la población, para (MC) fueron 154 niños y representan el 13.7% de la población, la (MA) fueron 84 niños y representan el 7.5% de la población, para los (TV) fueron 50 y representan el 4.46% de la población.

Para saber por edades, cuantos niños se revisaron y como se distribuyeron las maloclusiones diremos: para los de 8 años; fueron un total de 286, se encontró que sólo en 137 había maloclusiones, lo que representó el 47.7% total de niños de 8 años; la distribución fue de la siguiente manera 49 (TH) representando el 17.1%, siguiéron 47 (MC), representando el 16.4%, las 34 (MA), representaron el 11.8% y por último 7 (TV) que representaron el 2.4% de la población.

Los niños de 9 años, fueron un total de 280, se encontró que 130 presentaban alguna de las maloclusiones, ésto representó el 46.4% total de la población de 9 años; la distribución fue la siguiente: 67 (TH), representando el 23.9% de la población, 35 (MC), representando el 12.5%, de 19 (MA), representan el 6.7%, por último 9 (TV), que representan el 3.2% de la población.

Los niños de 10 años fueron un total de 197 y sólo - en 81 se encontraron alguna de las maloclusiones, representando ésto el 40.8% total de la población de 10 años. La -- distribución fue de la siguiente manera: 36 (TH) que representan el 18.2% de la población, 25 (MC), representando el 12.6%, los 10 (TV), representan el 5%, las 10 (MA), repre-- sentan el 5% de la población.

Los niños de 11 años, fueron un total de 190, se encontraron 98 con algún tipo de maloclusión y representaron el 51.3% total de la población de 11 años. La distribución fue la siguiente: 45 (TH), representando el 23.6%, las 30 - (MC), representan el 15.7%, los 12 (TV), representan el - - 6.3% y de 11 (MA), representan el 5.7% de la población.

Los niños de 12 años fueron un total de 167 y sólo - 70 tenían alguna de las maloclusiones; ésto representó el - 41.6% total de la población de 12 años. La distribución fue la siguiente: 31 (TH), representan el 18.5% de la población las 17 (MC), representan el 10.1%. los 12 (TV), representan el 7.1%, por último 10 (MA), representan el 5.9% de la po-- blación.

(VER TABALA 1, GRAFICA 1)

En la Ciudad de Orizaba, se revisaron un total de - 1396 niños, cuyas edades fueron de 8, 9, 10, 11 y 12 años, - encontrándose 443 con maloclusiones, lo que representa el -

31.7% de la población. La distribución fue de las maloclusiones así: 127 (TH), que representan el 9% de la población las 112 (MC), representan el 8%, los 105 (TV), representan el 7.5% y las 99 (MA), representan el 7% de la población.

Para saber cuantos niños en cada edad se revisaron, podemos decir que: Los de 8 años, fueron un total de 200, de los cuales 50 tuvieron alguna de las maloclusiones; representando ésto el 25% total de niños de 8 años. La distribución fue la siguiente: 19 (MA), que representan el 9.5% de la población, 11 (TH), representando el 5.5%, los 10 (TV), representan el 5%, las 10 (MC), representan el 5% de la población.

Los niños de 9 años fueron un total de 261 y en 84 se encontraron algún tipo de maloclusión, representando esto el 32.1% total de la población de 9 años. La distribución fue la siguiente: 29 (MC), representando el 11.1% de la población, los 21 (TH), representan el 8%, las 19 (MA), representan el 7.2%, por último los 15 (TV), que representan el 5.7% de la población.

Los niños de 10 años fueron un total de 307, en 103 se encontraron algún tipo de maloclusión, representando ésto el 33.3% del total de población de 10 años. La distribución fue la siguiente: 31 (MC), representando el 10% de la población, los 29 (TV), representan el 9.4%, los 26 (TH) representan el 8.4% y las 17 (MA), representan el 5.5% de la población.

Los niños de 11 años fueron un total de 327, encontrándose 107 con maloclusiones, representando éstos el -- 32.7% total de la población de 11 años. La distribución -- fue la siguiente: 37 (TH), representando el 11.3% de la po- blación, las 24 (MC), representaron el 7.3%, los 23 (TV),- representaron el 7%, por último las 23 (MA), representaron el 7% de la población.

Los niños de 12 años, fueron un total de 301 y se - encontraron 99 con algún tipo de maloclusión; representan- do ésto el 23.8% de la población. La distribución fue la - siguiente: 32 (TH), que representan el 10.6% de la pobla-- ción, los 28 (TV), representan el 9.3%, las 21 (MA), repre- sentaron el 6.9%, por último las 18 (MC), representaron el 5.9% de la población.

(VER TABLA 2, GRAFICA 2)

Los porcentajes totales de las diferentes maloclu-- siones y en que edad fueron éstas mayores, entre los niños del Distrito Federal y los de la Ciudad de Orizaba; se en- cuentran distribuidos de la siguiente manera: en el Distri- to Federal, los (TH) representaron el 20.3%, contra el 9%- de los de la Cd. de Orizaba, para la (MC) en el Distrito - Federal, fue el 13.7%, contra el 8% de la Cd. de Orizaba,- la (MA), en el Distrito Federal representó el 7.5%, contra el 7% de la Cd. de Orizaba, en cambio la Cd. de Orizaba tu- vo mayor porcentaje en cuanto a (TV) que representaron el- 7.5%, contra el 4.46% de los del Distrito Federal.

La diferencia en cuanto a maloclusiones por las edades y comparando las dos poblaciones donde se realizó el estudio; tenemos que: en los niños de 8 años de edad, en cuanto a los (TH) en el Distrito Federal representaron el 17.1%, contra el 5.5% de la Cd. de Orizaba, a los 9 años el (TH) en el Distrito Federal representó el 23.9%, contra el 8% de la Cd. de Orizaba, los niños de 10 años con (TH) en el Distrito Federal representaron el 18.2%, contra el 8.4% de la Cd. de Orizaba, los de 11 años con (TH) en el Distrito Federal fue el 23.6%, contra el 11.3% de la Cd. de Orizaba, por último los de 12 años con (TH), en el Distrito Federal representaron el 18.5%, contra el 10.6% de la Cd. de Orizaba.

Para la (MC), en el Distrito Federal en los niños de 8 años, representó el 16.4% contra el 5% de la Cd. de Orizaba, para los de 9 años la (MC), en el Distrito Federal representó el 12.5%, contra el 11.1% de la Cd. de Orizaba, los de 10 años con (MC), en el Distrito Federal representó el 12.6%, contra el 10% de la Cd. de Orizaba, los de 11 años con (MC), en el Distrito Federal representó el 15.7%, contra el 7.3% de la Cd. de Orizaba; por último los niños de 12 años con (MC), en el Distrito Federal representaron el 10.1%, contra el 5.9% de la Cd. de Orizaba.

La incidencia de (MA), en el Distrito Federal para los niños de 8 años representó el 11.8%, contra el 9.5% de los de la Cd. de Orizaba, para los de 9 años con (MA), en-

el Distrito Federal fue de 6.7%, contra el 7.2% de la Cd. de Orizaba, los niños de 10 años con (MA), en el Distrito Federal, representaron el 5%, contra el 5.5% de la Cd. de Orizaba, los niños de 11 años con (MA), en el Distrito Federal, representaron el 5.7%, contra el 7% de la Cd. de Orizaba, por último los de 12 años con (MA), en el Distrito Federal, representaron el 5.9%, contra el 6.9% de la Cd. de Orizaba.

En cuanto a los (TV), en el Distrito Federal, en los niños de 8 años representaron el 2.4%, contra el 5% de los de la Cd. de Orizaba, los niños de 9 años con (TV), en el Distrito Federal, representaron el 3.2%, contra el 5.7% de la Cd. de Orizaba, los de 10 años con (TV), en el Distrito Federal, representaron el 5%, contra el 9.4% de la Cd. de Orizaba, los de 11 años con (TV), en el Distrito Federal, representaron el 6.3%, contra el 7% de los de la Cd. de Orizaba, por último los niños de 12 años con (TV), en el Distrito Federal, representaron el 7.1%, contra el 9.3% de los de la Cd. de Orizaba.

(VER TABLA 3, GRAFICA 3)

La población estudiada en el Distrito Federal, fue de 1120 niños, 560 hombres y 560 mujeres, cuyas edades comprenden desde los 8 hasta los 12 años, se encontraron 516 con maloclusiones en total, representando ésto el 46% de la población; siendo 270 maloclusiones de la población. mas

culina, representando el 48.2% de la población; la población femenina fueron 246 con maloclusiones, representando-ésto el 43.9% de la población.

Se encontró que los hombres presentaron 122 (TH), - que corresponde al 21.8%, las mujeres con (TH) fueron 106- y representan el 18.9% de la población; en cuanto a (TV) - en los hombres fueron 29 y representaron el 5.2%, las muje- res con (TV) fueron 21 y representan el 3.7%, la (MC), en- los hombres que fueron 76, representaron el 13.6%, mien- - tras que las mujeres con (MC) fueron 78 y representan el - 13.9%; los hombres con (MA) fueron 43 y representan el - - 7.7%, las mujeres con (MA), fueron 41 y representan el - - 7.3% de la población.

En orden decreciente de maloclusiones comparando -- sexos, vemos que los hombres obtuvieron mayor porcentaje - con respecto a las mujeres en: (TH) 21.8%, contra 18.9% de las mujeres, los hombres con (TV) 5.2%, contra 3.7% de -- las mujeres, los hombres con (MA) 7.7%, contra 7.3% de las mujeres. En cambio las mujeres obtuvieron mayor porcentaje a diferencia de los hombres en (MC) 13.9%, contra 13.6% de los hombres.

En orden decreciente, según el tipo de maloclusio-- nes entre ambos sexos, refirieron un porcentaje en el Dis- trito Federal de 228 (TH) que representan el 20.3% de la - población, de (MC), fueron 154 y representan el 13.7% de - la población, las 84 (MA) representaron el 7.5% de la po--

blación, por último, 50 (TV), representaron el 4.4% de la población.

(VER TABLA 4, GRAFICA 4)

La población total estudiada en la Ciudad de Orizaba, fue de 1396 niños, distribuyendose de la siguiente forma; 810 hombres y 586 mujeres, cuyas edades comprendían -- desde los 8 hasta los 12 años, se encontraron 443 maloclusiones en total, representando ésto el 31.7% de la población, siendo 254 maloclusiones en hombres, representando el 31.4%, para las mujeres que fueron 189 en total con maloclusiones representaron el 32.2 % de la población.

Se encontró que los hombres presentaron 83 (TH), -- que representan el 10.2% y las mujeres con (TH) fueron 44 representando el 7.5%, de (TV) los hombres fueron 52 y representan el 6.4%; las mujeres con (TV) fueron 53 y representaron el 9% de la población; en cuanto a la (MC), los hombres fueron 69 que representan el 8.5%, para las mujeres con (MC) fueron 43 y representan el 7.3% de la población, por último las 50 (MA) en hombres representaron el 6.2%, las mujeres fueron 49 con (MA), que representan el 8.3% de la población.

En orden decreciente de maloclusiones comparando -- sexos, tenemos que los hombres obtuvieron mayor porcentaje en (TH) 10.2%, contra 7.5% de las mujeres, la (MC) en hombres fue del 8.5%, contra el 7.3% de las mujeres,; en cam-

bio las mujeres obtuvieron mayor porcentaje que los hombres en (TV), que fue el 9% de las mujeres, contra el 6.4% de los hombres, en (MA), las mujeres fueron mayores en porcentaje que los hombres en (MA), que fue del 8.3%, contra el 6.2% de los hombres.

En orden decreciente según el tipo de maloclusiones entre ambos, en la Cd. de Orizaba, fue para 127 (TH), el 9% para 112 (MC), fue el 8%, los 105 (TV), representaron el 7.5% y por último las 99 (MA), representaron el 7% de la población, en cuanto a sexos.

(VER TABLA 5, GRAFICA 5)

Las maloclusiones en cuanto a porcentajes diferenciales, entre las dos poblaciones y comparando sexos, se encontró, que los hombres en el Distrito Federal presentaron el 21.8% de (TH), contra el 10.2% de los de la Cd. de Orizaba, los (TV), en el Distrito Federal para los hombres representaron el 5.2%, contra el 6.4% de los de la Cd. de Orizaba, para la (MC), en el Distrito Federal, los hombres representaron el 13.6%, contra el 8.5% de los de la Cd. de Orizaba, de la (MA), los hombres del Distrito Federal fue el 7.7%, contra el 6.2% de los de la Cd. de Orizaba.

Las mujeres en el Distrito Federal, comparadas con las de la Cd. de Orizaba, encontramos que: (TH), en el Distrito Federal fue el 18.9%, contra el 7.5% de las de la Cd. de Orizaba, los (TV), para las mujeres del Distrito Federal

representaron el 3.7%, contra el 9% de las de la Cd. de Orizaba, con respecto a (MC), en el Distrito Federal las mujeres representaron el 13.9%, contra el 7.3% de las de la Cd. de Orizaba, por último la (MA), para las mujeres en el Distrito Federal, representaron el 7.3%, contra el 8.3% de las de la Cd. de Orizaba.

Los hombres en el Distrito Federal, con respecto a los hombres de la Cd. de Orizaba, obtuvieron en orden decreciente mayor porcentaje en (TH) 21.8%, contra el 10.2%, de (MC) en el Distrito Federal fue el 13.6%, contra el 8.5%, de (MA), en el Distrito Federal fue de 7.7%, contra el 6.2% los hombres en la Cd. de Orizaba obtuvieron mayor porcentaje en (TV) que fue del 6.4%, contra el 5.2% de los del Distrito Federal.

Con lo que respecta a las mujeres, se encontró que en orden decreciente las del Distrito Federal obtuvieron -- mayor porcentaje a diferencia de las de la Cd. de Orizaba, en (TH), 18.9%, contra 7.5%; en (MC), las del Distrito Federal fue 13.9%, contra el 7.3%; mientras que las mujeres de la Cd. de Orizaba obtuvieron mayor porcentaje que las del Distrito Federal en (TV), 9%, contra 3.7% del Distrito Federal y (MA), 8.3%, contra el 7.3% del Distrito Federal.

(VER TABLA 6, GRAFICAS 6 y 7)

Para establecer la frecuencia de relación de molares clase I, clase II, clase III de Angle, se tomó el dato de -

una población de 1085 niños y no de 1120, (ver método). -

En el Distrito Federal se encontraron un total de -- 500 Clases I, para los hombres, tomando en cuenta las cinco edades, dándonos ésto el 91.9% de la población, las mujeres con Clase I fueron 491, representando el 90.2% de la población.

Para la Clase II en hombres que fueron 19, representaron el 3.48%, las mujeres con Clase II, fueron 23 y representaron el 4.21% de la población.

Para la Clase III en hombres que fueron 23, representaron el 4.22%, las mujeres con Clase III fueron 29, representando el 5.32% de la población.

La diferencia en cuanto a edades y sexos, tenemos -- que para la Clase I, los hombres de 8 años, que fueron 130- en total, representaron el 23.9% de la población, las mujeres de 8 años, fueron 136 y representan el 25% de la población, los hombres de 9 años, fueron 127 y representan el -- 23.4%, las mujeres de 9 años fueron, 130 y representan el - 23.9% de la población, para los hombres de 10 años que fueron 92, representan el 16.9%, las mujeres de 10 años, fue-- ron 83 y representan el 15.2% de la población, para los hom-- bres de 11 años que fueron 78, representan el 14.3%, las mu-- jeres de 11 años fueron 81 y representan el 14.9% de la población, por último los hombres de 12 años, que fueron 73 - representan el 13.4%, las mujeres de 12 años fueron 61 y re-- presentan el 11.2% de la población.

La diferencia de la Clase II, según edad y sexo en el Distrito Federal; fue para los hombres de 8 años, que fueron 5, representaron el 0.92%, las mujeres de 8 años, -- sólo fue 1, representando el 0.18%; para los hombres de 9 años, fue sólo 1 y representó el 0.18%, las mujeres de 9 años, fueron 6 y representaron el 1.10%, para los hombres de 10 años, fueron 5 y representaron el 0.92%, las mujeres de 10 años, fueron 4 y representan el 0.73%; los hombres de 11 años, fueron 4 y representaron el 0.73%, las mujeres de 11 años, fueron 6 y representaron el 1.10%; por último los hombres de 12 años, fueron 4 y representaron el 0.73%, las mujeres de 12 años, fueron 6 y representaron el 1.10% de la población.

En cuanto a la Clase III en el Distrito Federal, -- los hombres de 8 años, fueron 5 y representaron el 0.92%, -- las mujeres de 8 años, fueron 5 y representaron el 0.92%; -- los hombres de 9 años, fueron 5 y representaron el 0.92%, -- las mujeres de 9 años, fueron 4 y representaron el 0.73%, -- los hombres de 10 años, fueron 3 y representaron el 0.55%, las mujeres de 10 años, fueron 3 y representaron el 0.55%; los hombres de 11 años, fueron 4 y representaron el 0.73%, las mujeres de 11 años, fueron 7 y representaron el 1.28%; por último, los hombres de 12 años, fueron 6 y representaron el 1.10%, las mujeres de 12 años, fueron 10 y representaron el 1.84% de la población.

El porcentaje total sumando las Clases I, II y III--

de Angle y tomando en cuenta cada edad, encontramos que -- los hombres de 8 años, fueron 140, representando el 25.75% de la población; los hombres de 9 años, fueron 133, representando el 24.5% de la población, los hombres de 10 años, fueron 100 y representaron el 18.3%, los hombres de 11 años, fueron 86 y representan el 15.76% de la población, -- los hombres de 12 años, fueron 83 y representaron el 15.2% de la población.

Los porcentajes totales tomando en cuenta las Clases I, II y III, con respecto a cada edad, podemos encontrar; que para las mujeres de 8 años de edad, fueron 142 y representan el 26.1% de la población, las mujeres de 9 años fueron 140 y representan el 25.7% de la población; las mujeres de 10 años, fueron 90 y representan el 16.4% de la población, las mujeres de 11 años, fueron 94 y representan el 17.2% de la población, las mujeres de 12 años, fueron 77 y representan el 14.1% de la población.

(VER TABLA 7, GRAFICA 8)

En la Ciudad de Orizaba, se tomó como cifra para la clasificación de Angle (Clase I, II y III), una población de 1359 niños y no de 1396 (ver método).

Se encontraron un total de 737 Clases I, en los hombres; englobando las cinco edades; ésto representó el - - 93.4% de la población, para la Clase II, fueron 32 hombres que representaron el 4% de la población, para la Clase III

fueron 20 hombres, que representan el 2.5% de la población. Las mujeres para la Clase I, fueron 538 y representaron el 94.3% de la población, para la Clase II, fueron 23 y representan el 4% de la población, con respecto a la Clase III, fueron 9 mujeres y representan el 1.5% de la población.

Para saber la diferencia en cuanto a edades y sexos podemos encontrar, que para la Clase I, los hombres de la Cd. de Orizaba fueron 114 los de 8 años y representan el 14.4% de la población, mientras que las mujeres de 8 años fueron 73 y representaron el 12.8%; los hombres de 9 años fueron 157 y representan el 19.8% de la población; las mujeres de 9 años, fueron 82, representando el 14.3%; los hombres de 10 años, fueron 162 y representaron el 20.5% de la población, las mujeres de 10 años, fueron 122 y representan el 21.4%; los hombres de 11 años, fueron 166 y representaron el 21% de la población, las mujeres de 11 años fueron 134 y representaron el 23.5%; por último los hombres de 12 años, fueron 138 y representaron el 17.4% de la población, las mujeres de 12 años, fueron 127 y representan el 22.2%.

Para la Clase II, según edades y sexos, en la Cd. de Orizaba, refirieron en los hombres de 8 años, que fueron 2, representaron el 0.25% de la población, mientras que las mujeres de 8 años, fueron 2 y representan el 0.35% para los hombres de 9 años, que fueron 7 representan el 0.88% de la población, mientras que las mujeres de 9 años,

fueron 3 y representan el 0.52%; los hombres de 10 años,-- fueron 4 y representan el 0.5% de la población, mientras - que las mujeres de 10 años, fueron 4 y representan el 0.7%, los hombres de 11 años, fueron 10 y representan el 1.26% de la población, mientras que las mujeres de 11 años fueron 6- y representan el 1%; por último los hombres de 12 años, fue ron 9 y representan el 1.14% de la población, mientras que- las mujeres de 12 años, fueron 8 y representan el 1.4% de - la población.

En cuanto a la Clase III, en la Cd. de Orizaba, los - hombres de 8 años, fueron 3 y representan el 0.38% de la po blación, mientras que las mujeres de 8 años, fueron 2 y re- presentan el 0.35%; los hombres de 9 años, fueron 4 y repre- sentan el 0.5% de la población, no se presentó Clase III - en mujeres de 9 años; para los hombres de 10 años, fueron 3 y representan el 0.38% de la población, mientras que las mu- jeres de 10 años, fue sólo 1 y representó el 0.17%; los hom- bres de 11 años, fueron 5 y representan el 0.63% de la po-- blación, mientras que las mujeres de 11 años, fueron 2 y re- presentan el 0.35%; por último los hombres de 12 años, fue- ron 5 y representan el 0.63% de la población, mientras que- las mujeres de 12 años, fueron 4 y representan el 0.7% de - la población.

Para saber el porcentaje total tomando en cuenta las tres Clases de Angle y cada una de las edades, encontramos- que; para los hombres de 8 años que fueron 119 en total, re

presentan el 15% de la población, los hombres de 9 años, - fueron 168 en total y representan el 21.2% de la población los hombres de 10 años, fueron 169 en total y representan el 21.4% de la población, los hombres de 11 años, fueron - 181 y representaron el 22.9% de la población, por último - los hombres de 12 años, fueron 152 en total y representan el 19.2% de la población.

El porcentaje total, tomando en cuenta las tres Clases de Angle y cada una de las edades, encontramos que para las mujeres de 8 años, fueron 77 en total, representan el 13.5% de la población, las mujeres de 9 años, fueron 85 y representan el 14.9% de la población, las mujeres de 10-años, fueron 127 en total y representan el 22.2% de la población, las mujeres de 11 años, fueron 142 en total y representan el 24.9% de la población; por último las mujeres de 12 años, fueron 139 en total y representan el 23.4% de la población.

(VER TABLA 8, GRAFICA 9)

Para la frecuencia en porcentajes para la clasificación de Angle, según sexo, los hombres del Distrito Fede--ral, comparados con los de la Cd. de Orizaba; así mismo -- las mujeres del Distrito Federal con las de la Cd. de Ori--zaba, encontramos que la totalidad de la población estudiada fue de 2444 niños y no de 2516. (ver método).

Con respecto a la Clase I, los hombres en el Districi

to Federal representaron el 91.9% de la población, mientras que en la Cd. de Orizaba, fue del 93.4% de la población. Para la Clase II, en el Distrito Federal, los hombres representaron el 3.48% de la población, mientras que en la Cd. de Orizaba, fue el 4% de la población. Para la Clase III, en el Distrito Federal, los hombres representaron el 4.22% de la población, mientras que en la Cd. de Orizaba fue del 2.5% de la población.

Con respecto a las mujeres con Clase I en el Distrito Federal, representaron el 90.2% de la población, mientras que las de la Cd. de Orizaba, fue el 94.3% de la población. Para la Clase II, las mujeres en el Distrito Federal, representaron el 4.21% de la población, mientras que las de la Cd. de Orizaba fue el 4% de la población. Para la Clase III, las mujeres en el Distrito Federal, representaron el 5.32% de la población, mientras que las de la Cd. de Orizaba fue el 1.5% de la población.

Los porcentajes totales, tomando en cuenta las tres Clases de Angle; encontramos que para los hombres del Distrito Federal fue del 49.9%, contra el 58% de la Cd. de Orizaba. El porcentaje total de mujeres en el Distrito Federal fue 50% y para las de la Cd. de Orizaba fue el 41.9%. (VER TABLA 9, GRAFICA 10)

La frecuencia de porcentaje para la clasificación de Angle, uniendo los dos sexos y por individual las eda--

des, comparando el Distrito Federal con la Cd. de Orizaba, fueron tomadas los datos de una población de 2444 niños y no de 2516, (ver método).

En cuanto a la Clase I para la población de 8 años, en el Distrito Federal, tenemos que fue del 48.9%, contra el 27.2% de la Cd. de Orizaba, los de 9 años, en el Distrito Federal, representaron el 47.3%, contra el 34.1% de los de la Cd. de Orizaba, los de 10 años, en el Distrito Federal, representaron el 32.1%, contra el 41.9% de la Cd. de Orizaba, los de 11 años en el Distrito Federal, representaron el 29.2%, contra el 44.5% de la Cd. de Orizaba, por último, los de 12 años, en el Distrito Federal, representaron el 24.6%, contra el 39.6% de la Cd. de Orizaba.

En cuanto a la Clase II para la población de 8 años en el Distrito Federal, representaron el 1.1%, contra el 0.6% de la Cd. de Orizaba, los de 9 años, en el Distrito Federal, representaron el 1.28%, contra el 1.4% de la Cd. de Orizaba, los de 10 años, en el Distrito Federal, representaron el 1.65%, contra el 1.2% de la Cd. de Orizaba, los de 11 años, en el Distrito Federal, representaron el 1.83%, contra el 2.26% de la Cd. de Orizaba, por último los de 12 años, en el Distrito Federal, representaron el 1.83%, contra el 2.54% de la Cd. de Orizaba.

En cuanto a la Clase III, para la población de 8 años, en el Distrito Federal, representaron el 1.84%, contra el 0.73% de la Cd. de Orizaba, los de 9 años, en el

Distrito Federal, representaron el 1.65%, contra el 0.5% - de la Cd. de Orizaba, los de 10 años, en el Distrito Federal, representaron el 1.1%, contra el 0.55% de la Cd. de Orizaba, los de 11 años, en el Distrito Federal, representaron el 2%, contra el 0.98% de la Cd. de Orizaba, por último, en el Distrito Federal, los de 12 años, representaron el 2.94%, contra el 1.33% de la Cd. de Orizaba.

Tomando en cuenta las tres Clases de Angle, el porcentaje total, sería en el Distrito Federal, comparado con la Cd. de Orizaba y tomando por separado cada edad, encontramos: los niños de 8 años; en el Distrito Federal, representan el 51.84%, contra el 28.53% de la Cd. de Orizaba los de 9 años, en el Distrito Federal, representan el 50.23%, contra el 36% de la Cd. de Orizaba, los de 10 años en el Distrito Federal, representan el 34.85%, contra el 43.65% de la Cd. de Orizaba, los de 11 años, en el Distrito Federal, representaron el 33%, contra el 47.74% de la Cd. de Orizaba, por último, los de 12 años en el Distrito Federal, representan el 29.37%, contra el 43.47% de la Cd. de Orizaba.

(VER TABLA 10, GRAFICA 11).

TABLA I: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR EDADES EN EL DISTRITO FEDERAL

MALOCLUSIONES		TRASLAPE HORIZONTAL		TRASLAPE VERTICAL		MORDIDA CRUZADA		MORDIDA ABIERTA		TOTALES	
EDAD	TOTAL		%		%		%		%	NIÑOS	%
8	286	49	17.1	7	2.4	47	16.4	34	11.8	137	47.7
9	280	67	23.9	9	3.2	35	12.5	19	6.7	130	46.4
10	197	36	18.2	10	5	25	12.6	10	5	81	40.8
11	190	45	23.6	12	6.3	30	15.7	11	5.7	98	51.3
12	167	31	18.5	12	7.1	17	10.1	10	5.9	70	41.6
Totales	1120	228	20.3	50	4.46	154	13.7	84	7.5	516	46

GRAFICA I: MALOCCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR EDADES EN EL DISTRITO FEDERAL

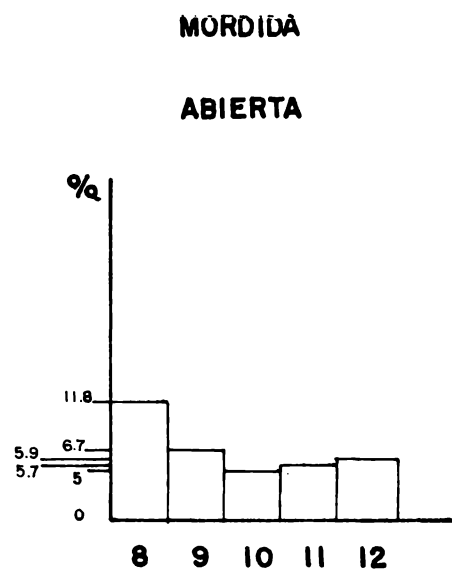
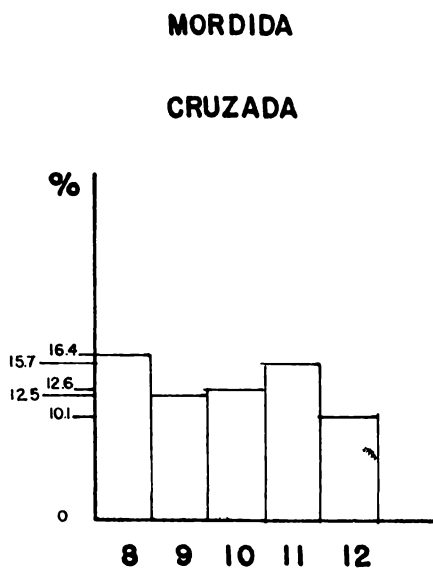
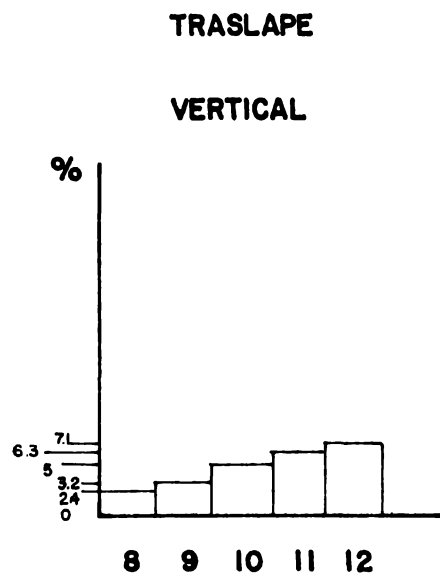
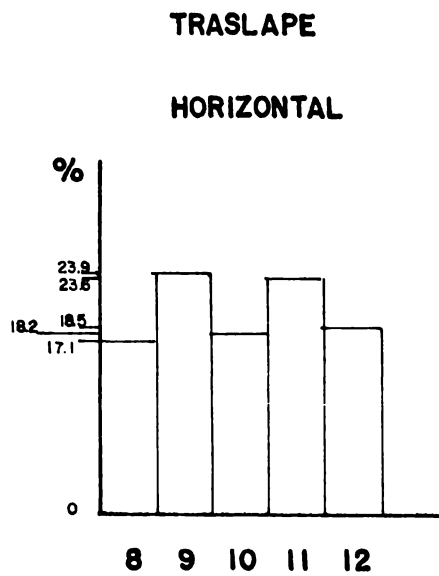


TABLA 2: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR EDADES EN LA CIUDAD DE ORIZABA

MALOCLUSIONES		TRASLAPE HORIZONTAL		TRASLAPE VERTICAL		MORDIDA CRUZADA		MORDIDA ABIERTA		TOTALES	
EDAD	TOTAL		%		%		%		%	NIÑOS	%
8	200	11	5.5	10	5	10	5	19	9.5	50	25
9	261	21	8	15	5.7	29	11.1	19	7.2	84	32.1
10	307	26	8.4	29	9.4	31	10	17	5.5	103	33.3
11	327	37	11.3	23	7	24	7.3	23	7	107	32.7
12	301	32	10.6	28	9.3	18	5.9	21	6.9	99	32.8
Totales	1396	127	9	105	7.5	112	8	99	7	443	31.7

GRAFICA 2: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR EDADES EN LA Cd. DE ORIZABA

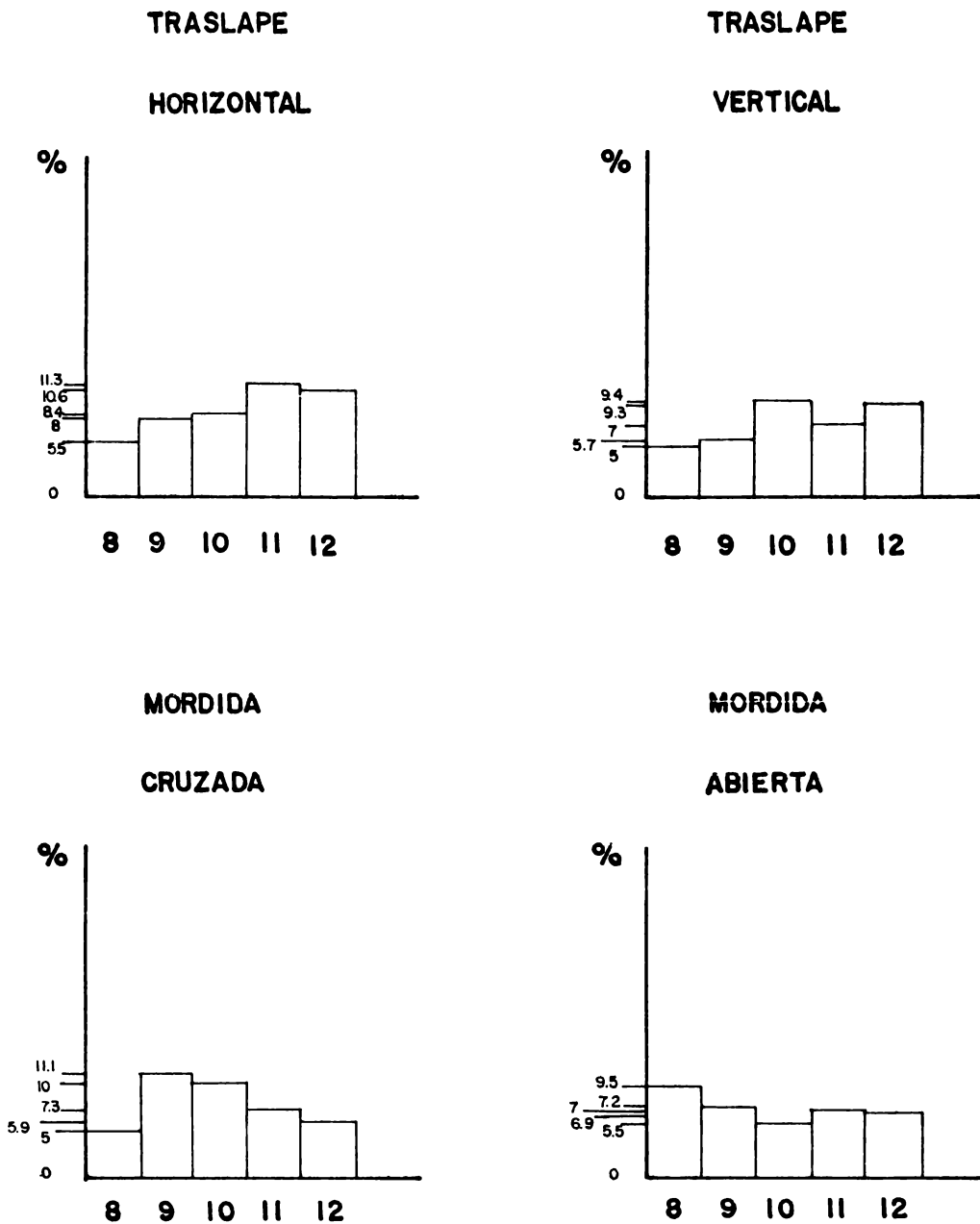


TABLA 3: COMPARACION DE MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR EDADES ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. DE ORIZABA

TIPO	TRASLAPE HORIZONTAL %		TRASLAPE VERTICAL %		MORDIDA CRUZADA %		MORDIDA ABIERTA %		% TOTAL			
	LOCALIDAD	EDAD	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA		
8			17.1	5.5	2.4	5	16.4	5	11.8	9.5	47.7	25
9			23.9	8	3.2	5.7	12.5	11.1	6.7	7.2	46.4	32.1
10			18.2	8.4	5	9.4	12.6	10	5	5.5	40.8	33.3
11			23.6	11.3	6.3	7	15.7	7.3	5.7	7	51.3	32.7
12			18.5	10.6	7.1	9.3	10.1	5.9	5.9	6.9	41.6	32.8
Totales			20.3	9	4.46	7.5	13.7	8	7.5	7	46	31.7

GRAFICA 3: COMPARACION DE MALOCCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR EDADES ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA CIUDAD DE ORIZABA

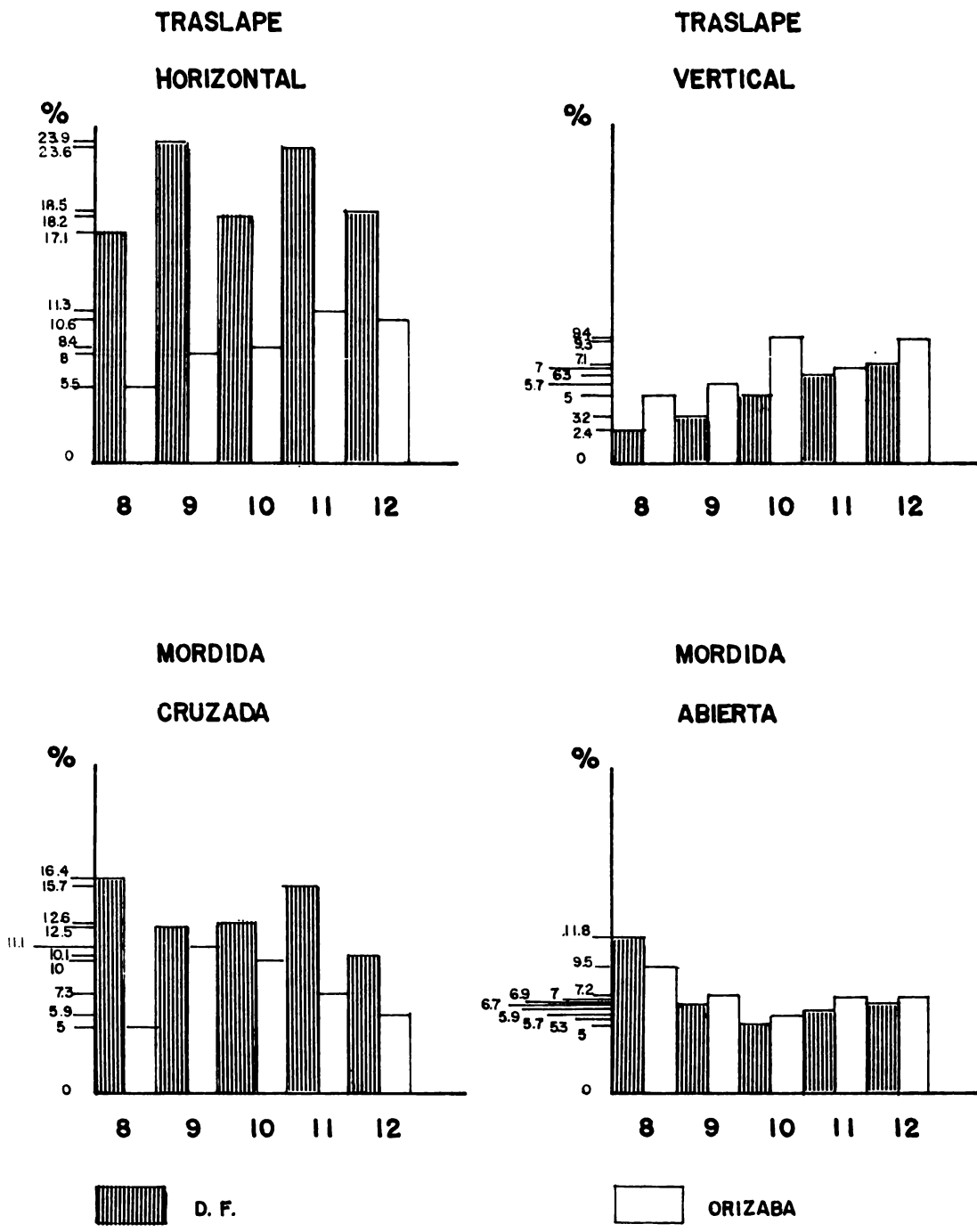


TABLA 4: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR SEXOS EN EL DISTRITO FEDERAL

SEXO \ MALOCLUSIONES	TRASLAPE		TRASLAPE		MORDIDA		MORDIDA		TOTAL MALOCLUSIONES	% TOTAL
	HORIZONTAL	%	VERTICAL	%	CRUZADA	%	ABIERTA	%		
MASCULINO	122	21.8	29	5.2	76	13.6	43	7.7	270	48.2
FEMENINO	106	18.9	21	3.7	78	13.9	41	7.3	246	43.9
TOTALES	228	20.3	50	4.4	154	13.7	84	7.5	516	46

**GRAFICA 4: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR
POR SEXO EN EL DISTRITO FEDERAL**

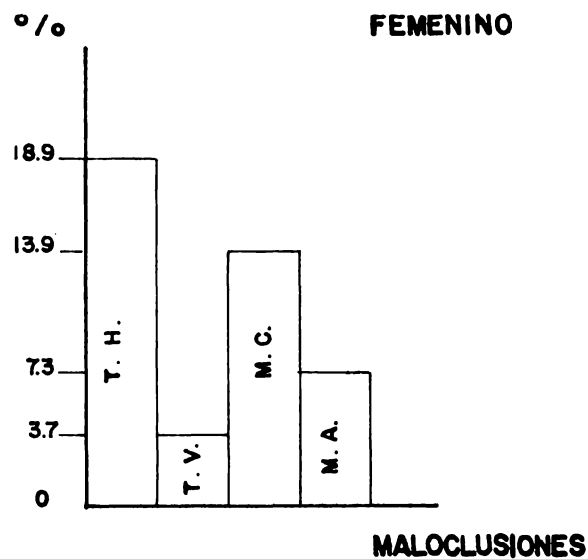
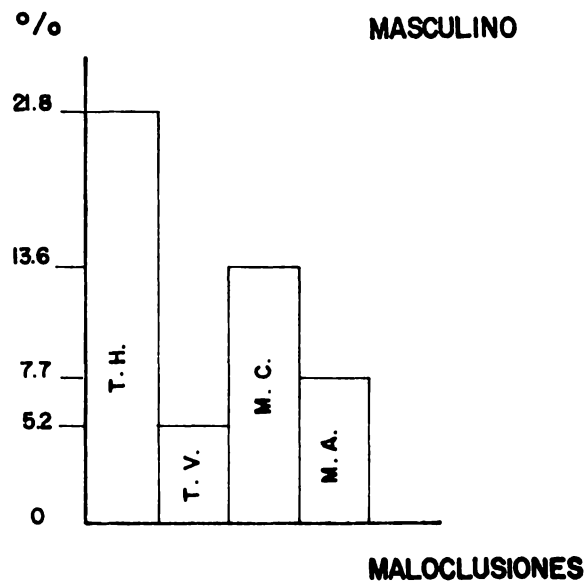


TABLA 5: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR SEXOS EN LA CIUDAD DE ORIZABA

SEXO \ MALOCLUSIONES	TRASLAPE		TRASLAPE		MORDIDA		MORDIDA		TOTAL	
	HORIZONTAL	%	VERTICAL	%	CRUZADA	%	ABIERTA	%	MALOCLUSIONES	%
MASCULINO	83	10.2	52	6.4	69	8.5	50	6.2	254	31.4
FEMENINO	44	7.5	53	9	43	7.3	49	8.3	189	32.2
TOTALES	127	9	105	7.5	112	8	99	7	443	31.7

**GRAFICA 5: MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR
POR SEXO EN LA Cd. DE ORIZABA**

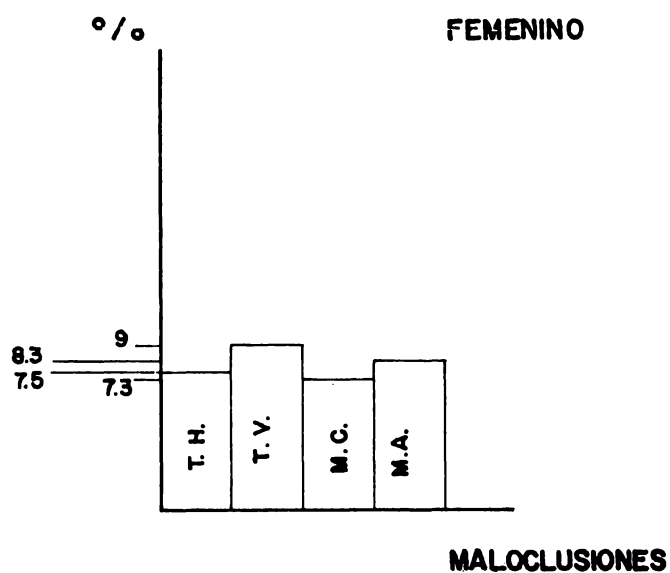
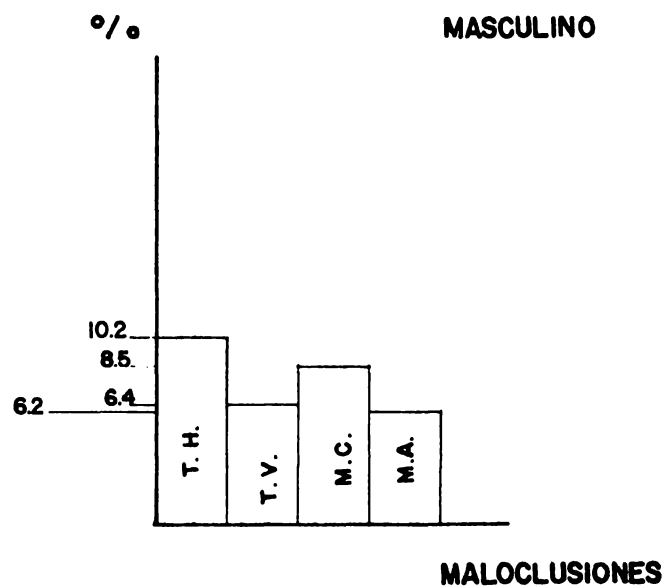
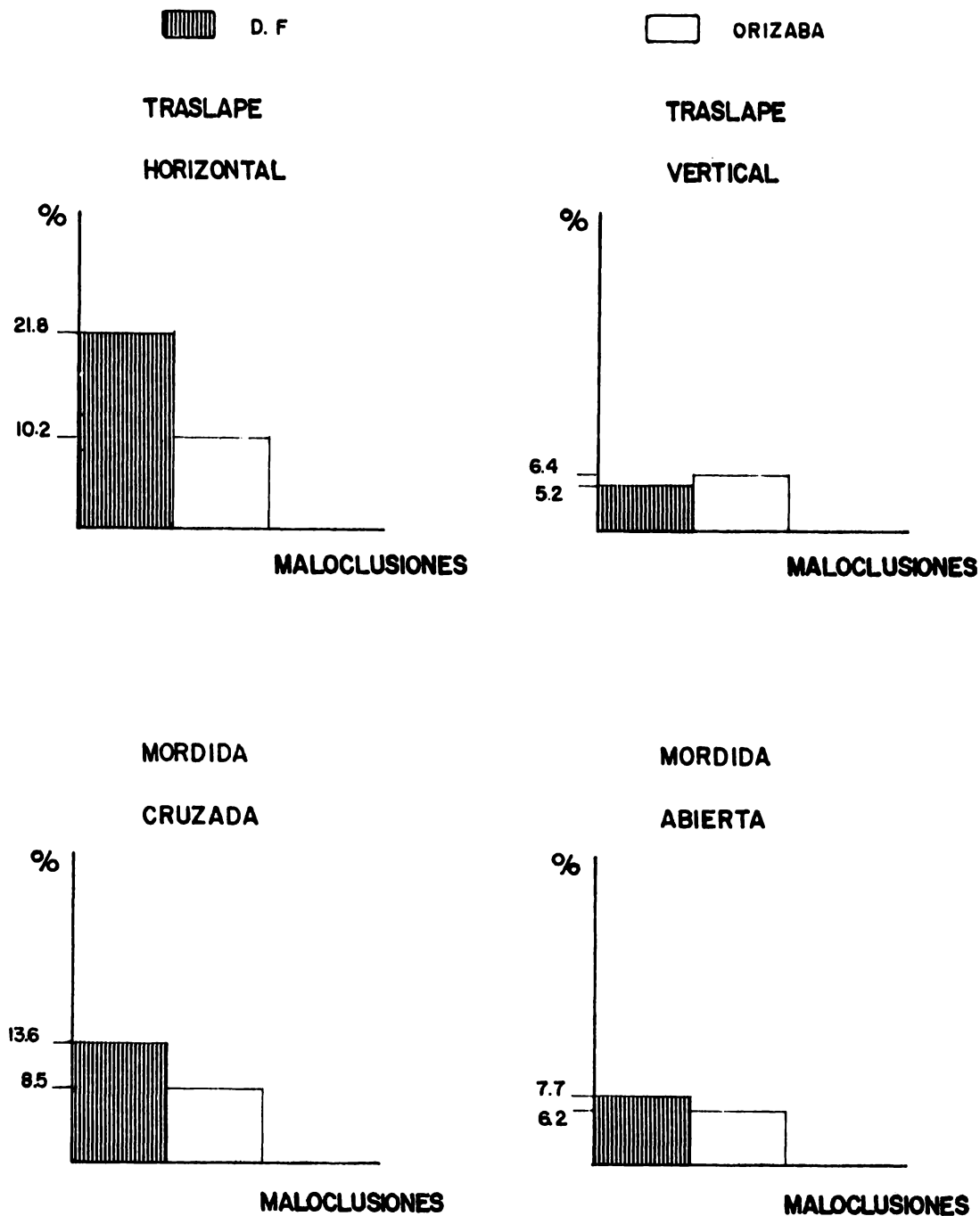


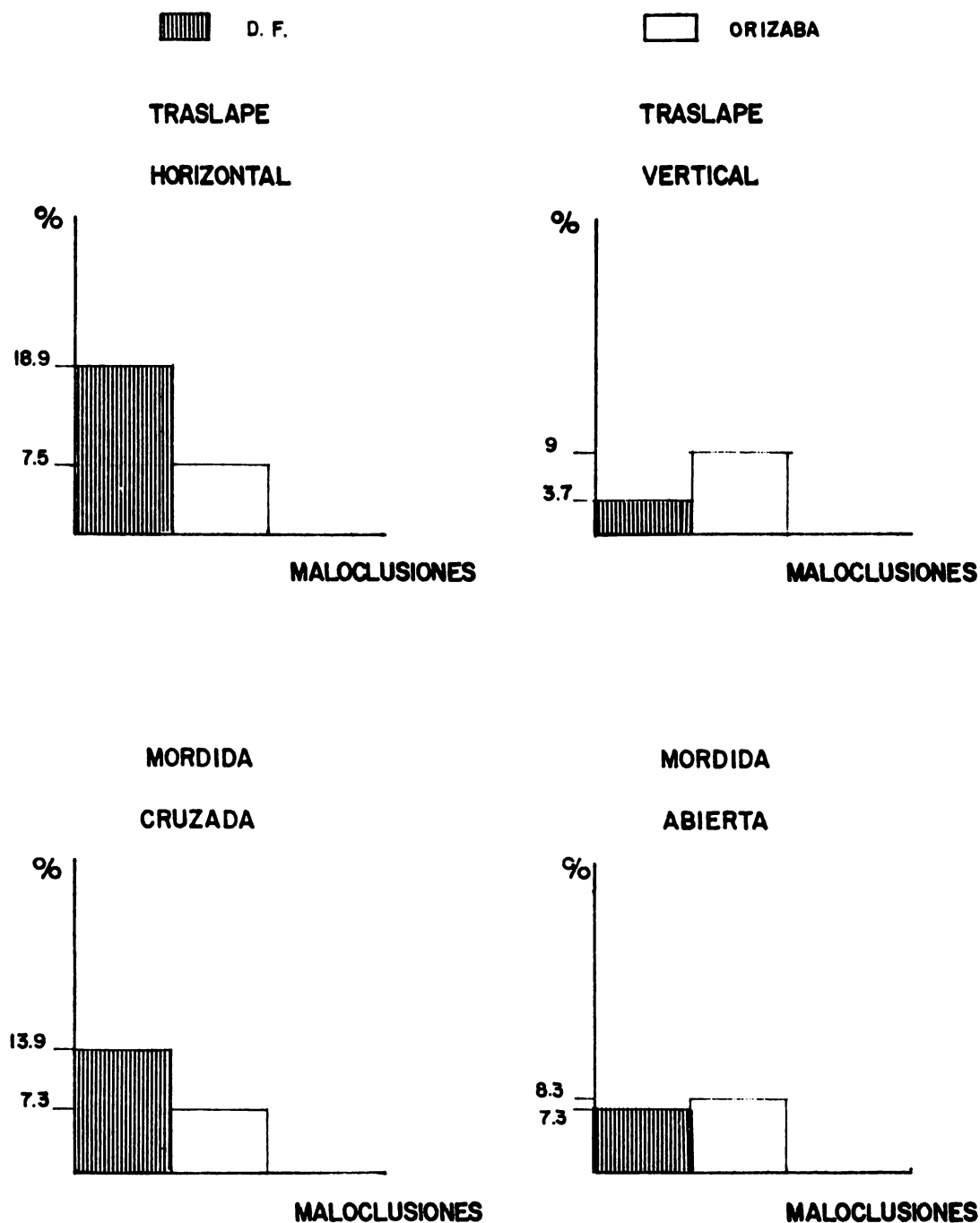
TABLA 6: COMPARACION DE MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR SEXOS ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. DE ORIZABA

TIPO	TRASLAPE HORIZONTAL		TRASLAPE VERTICAL		MORDIDA CRUZADA		MORDIDA ABIERTA		°/° TOTAL	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
SEXO										
LOCALIDAD										
D. F.	21.8	18.9	5.2	3.7	13.6	13.9	7.7	7.3	48.2	43.9
ORIZABA	10.2	7.5	6.4	9	8.5	7.3	6.2	8.3	31.4	32.2

GRAFICA 6: COMPARACION DE MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR SEXO MASCULINO ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA CIUDAD DE ORIZABA



GRAFICA 7: COMPARACION DE MALOCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR POR SEXO FEMENINO ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA CIUDAD DE ORIZABA



**TABLA 7: CLASIFICACION DE ANGLE POR EDADES Y POR SEXO
EN EL DISTRITO FEDERAL**

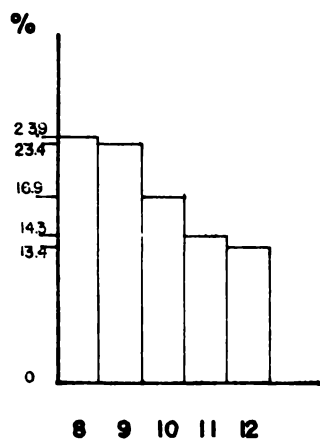
CLASE	I				II				III				TOTAL		% TOTAL	
	SEXO EDAD	♂	♀	°/°		♂	♀	°/°		♂	♀	°/°		♂	♀	♂
♂				♀	♂			♀	♂			♀				
8	130	136	23.9	25	5	1	0.92	0.18	5	5	0.92	0.92	140	142	25.75	26.1
9	127	130	23.4	23.9	1	6	0.18	1.10	5	4	0.92	0.73	133	140	24.5	25.7
10	92	83	16.9	15.2	5	4	0.92	0.73	3	3	0.55	0.55	100	90	18.3	16.4
11	78	81	14.3	14.9	4	6	0.73	1.10	4	7	0.73	1.28	86	94	15.76	17.2
12	73	61	13.4	11.2	4	6	0.73	1.10	6	10	1.10	1.84	83	77	15.2	14.1
Totales	500	491	91.9	90.2	19	23	3.48	4.21	23	29	4.22	5.32	542	543	49.9	50

NOTA: EL TOTAL DE POBLACION EN ESTA TABLA ES DE 1085 NIÑOS Y NO DE 1120

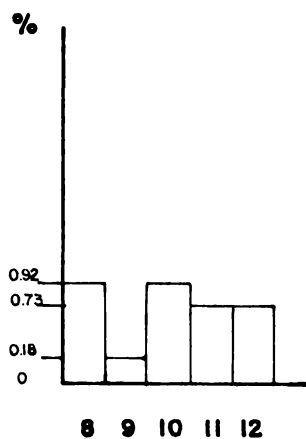
PORQUE SE ELIMINARON 18 HOMBRES Y 17 MUJERES (VER METODO)

GRAFICA 8: CLASIFICACION DE ANGLE DE HOMBRES Y MUJERES POR EDADES EN EL D. F.

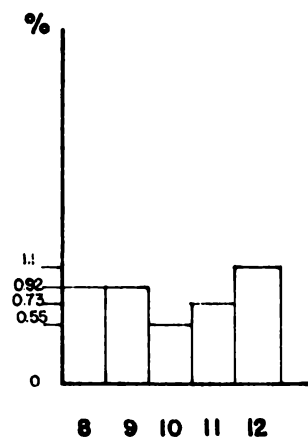
HOMBRES



ANGLE I

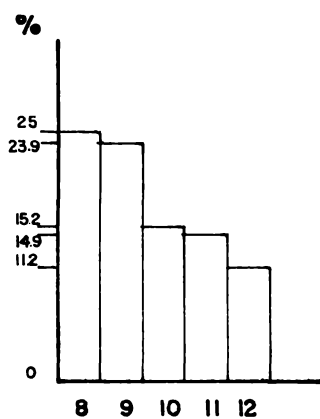


ANGLE II

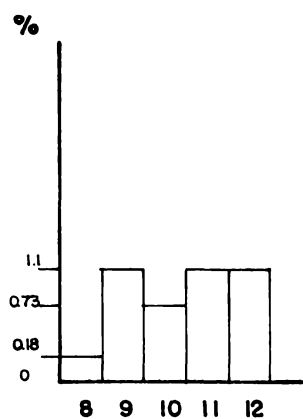


ANGLE III

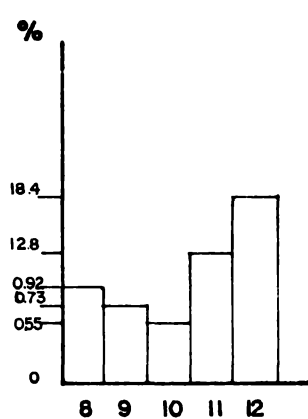
MUJERES



ANGLE I



ANGLE II



ANGLE III

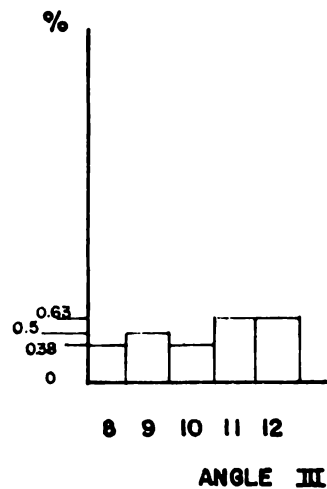
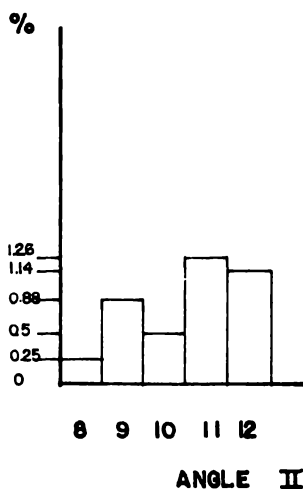
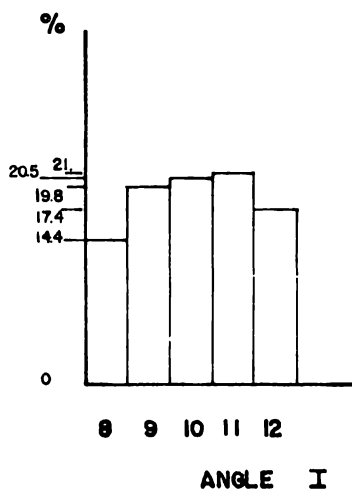
**TABLA 8: CLASIFICACION DE ANGLE POR EDADES Y POR SEXO
EN LA CIUDAD DE ORIZABA**

CLASE SEXO EDAD	I				II				III				TOTAL		% TOTAL	
	♂	♀	%		♂	♀	%		♂	♀	%		♂	♀	♂	♀
			♂	♀			♂	♀			♂	♀				
8	114	73	14.4	12.6	2	2	0.25	0.35	3	2	0.38	0.35	119	77	15	13.5
9	157	82	19.8	14.3	7	3	0.88	0.52	4	0	0.5	0	168	85	21.2	14.9
10	162	122	20.5	21.4	4	4	0.5	0.7	3	1	0.38	0.17	169	127	21.4	22.2
11	166	134	21	23.5	10	6	1.26	1	5	2	0.63	0.35	181	142	22.9	24.9
12	138	127	17.4	22.2	9	8	1.14	1.4	5	4	0.63	0.7	152	139	19.2	24.3
Totales	737	538	93.4	94.3	32	23	4	4	20	9	2.5	1.5	789	570	58	41.9

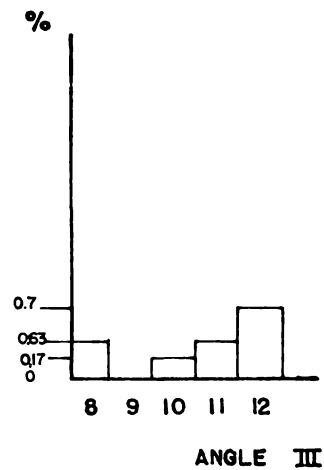
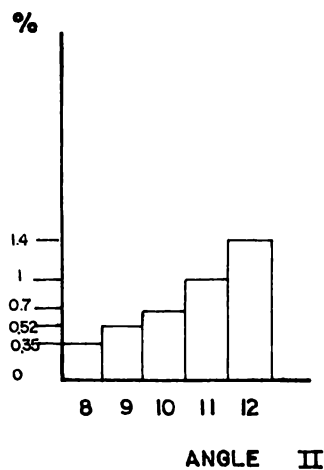
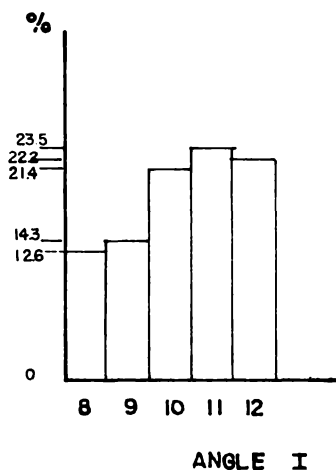
NOTA: EL TOTAL DE POBLACION EN ESTA TABLA ES DE 1359 NIÑOS Y NO DE 1396
PORQUE SE ELIMINARON 21 HOMBRES Y 16 MUJERES (VER METODO)

GRAFICA 9: CLASIFICACION DE ANGLE DE HOMBRES Y MUJERES POR EDADES EN LA Cd. DE ORIZABA

HOMBRES



MUJERES



**TABLA 9: COMPARACION DE CLASIFICACION DE ANGLE ENTRE EL D. F.
Y LA CIUDAD DE ORIZABA POR SEXO**

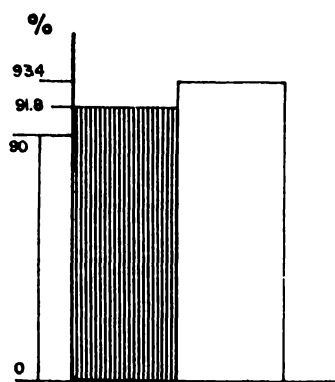
CLASE	I		II		III		TOTAL		% TOTAL	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
SEXO										
LOCALIDAD										
D. F.	91.9	90.2	3.48	4.21	4.22	5.32	542	543	49.9	50
ORIZABA	93.4	94.3	4	4	2.5	1.5	789	570	58	41.9

NOTA: EL TOTAL DE POBLACION DE ESTA TABLA ES DE 2444 Y NO DE 2516
PORQUE SE ELIMINARON 72 NIÑOS (VER METODO)

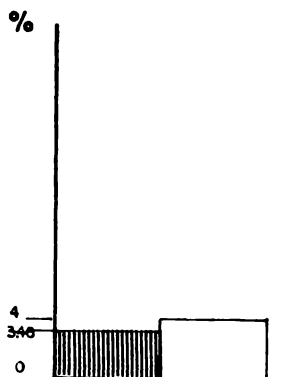
GRAFICA 10: COMPARACION DE CLASIFICACION DE ANGLE ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. DE ORIZABA POR SEXO

D. F.
 ORIZABA

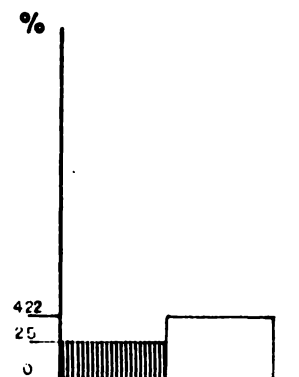
HOMBRES



ANGLE I

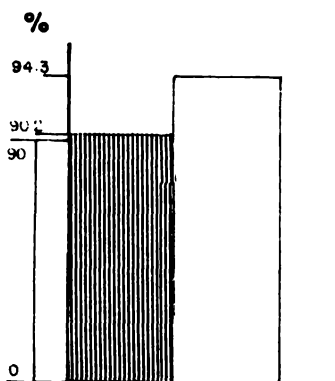


ANGLE II

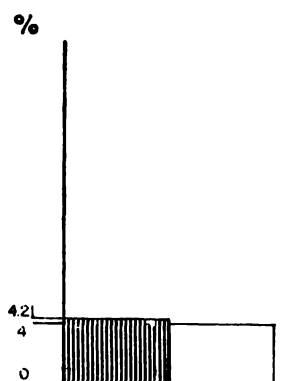


ANGLE III

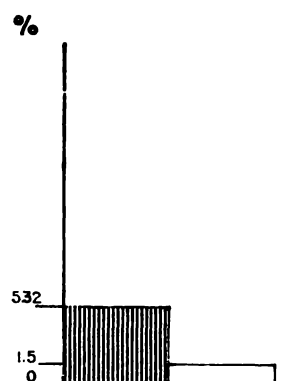
MUJERES



ANGLE I



ANGLE II



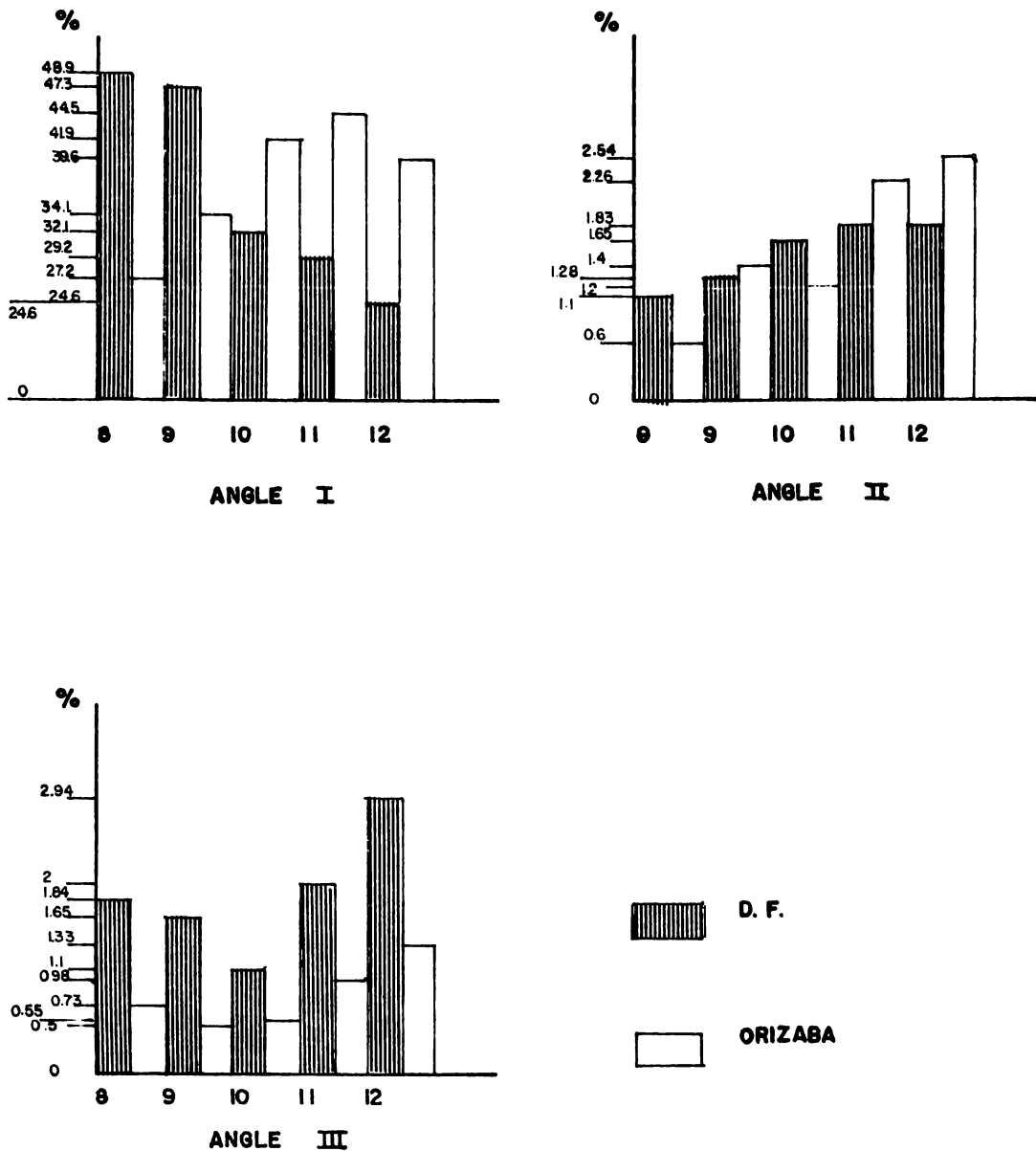
ANGLE III

**TABLA 10: COMPARACION DE CLASIFICACION DE ANGLE ENTRE EL D. F.
Y LA CIUDAD DE ORIZABA POR EDADES**

CLASE	I %		II %		III %		% TOTAL	
	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA	D. F.	ORIZABA
8	48.9	27.2	1.1	0.6	1.84	0.73	51.84	28.53
9	47.3	34.1	1.28	1.4	1.65	0.5	50.23	36
10	32.1	41.9	1.65	1.2	1.1	0.55	34.85	43.65
11	29.2	44.5	1.83	2.26	2	0.98	33	47.74
12	24.6	39.6	1.83	2.54	2.94	1.33	29.37	43.47

NOTA: EL TOTAL DE POBLACION DE ESTA TABLA ES DE 2444 Y NO DE 2516
PORQUE SE ELIMINARON 72 NIÑOS (VER METODO)

GRAFICA II: COMPARACION DE CLASIFICACION DE ANGLE ENTRE EL DISTRITO FEDERAL Y LA Cd. DE ORIZABA POR EDADES



D I S C U S I O N

Como podemos observar, en el Distrito Federal; en la población estudiada; de 1120 niños cuyas edades comprendieron de 8 hasta los 12 años, el mayor porcentaje lo encontramos en los (TH), que representan un 23.3%, después fueron las (MC), que representaron un 13.7%; las (MA), representaron un 7.5% y en cuanto a los (TV), fue un 4.46% en total.

Las edades más afectadas en orden decreciente; fueron; primero los niños de 11 años que representan el 51.3% los de 8 años un 47.7%, los de 9 años un 46.4%, los de 12-años un 41.6% y por último, los de 10 años un 40.8%.

(VER TABLA 1, GRAFICA 1)

Para la Cd. de Orizaba, podemos encontrar que la población estudiada, fue de 1396 niños cuyas edades comprenden desde los 8 años hasta los 12; el porcentaje mayor fue para los (TH), que representaron un 9%, las (MC), un 8%, para los (TV), un 7.5% y por último para las (MA), un 7% en total.

Para saber cuales edades fueron las más afectadas en orden decreciente, tenemos que fueron los niños de 10 -

años, representando un 33.3%, los de 12 años, un 32.8%, -- para los de 11 años, un 32.7%, los de 9 años, un 32.1% y por último los de 8 años, un 25% en total.

(VER TABLA 2, GRAFICA 2)

El porcentaje total en el Distrito Federal fue del 46%, contra el 31.7% de la Cd. de Orizaba, o sea que existe una discrepancia que es mayor en el Distrito Federal, de un 13.3%.

Si englobamos las cinco edades; tenemos que para -- los (TH), en el Distrito Federal representan un 20.3%, contra un 9% de la Cd. de Orizaba; dando una diferencia, que es mayor en el Distrito Federal de un 11.3%.

Las (MC), en el Distrito Federal representó un -- 13.7%, contra un 8% de la Cd. de Orizaba, encontrándose -- una diferencia que es mayor, en el Distrito Federal de un 5.7%.

Para las (MA), en el Distrito Federal, representaron un 7.5%, contra un 7% de la Cd. de Orizaba, dando una diferencia que es mayor en el Distrito Federal de un -- 0.5%.

Los (TV), en el Distrito Federal, representaron un 4.46%, contra un 7.5% de la Cd. de Orizaba, dando una diferencia mayor en la Cd. de Orizaba de un 3%.

(VER TABLA 3, GRAFICA 3)

La población estudiada del Distrito Federal fue de 1120 niños, 560 hombres y 560 mujeres; encontrándose 516 maloclusiones en total, representando ésto el 46%, siendo; 270 maloclusiones en hombres, que representan el 48.2% y de 246 mujeres con maloclusiones, representan el 43.9%; dando una diferencia que es mayor en hombres y es del 4.3%.

En las cuatro diferentes de maloclusiones, los hombres en el Distrito Federal, tuvieron mayor porcentaje de (TH), que representan un 21.8% y en las mujeres un 18.9%, los (TV), para los hombres representaron el 5.2% y en las mujeres un 3.7%, para las (MA), los hombres representaron un 7.7% y las mujeres un 7.3%; pero en cuanto a (MC), las mujeres tuvieron mayor porcentaje que los hombres y fue un 13.9%, mientras que los hombres un 13.6%.

(VER TABLA 4, GRAFICA 4)

La población total estudiada en la Cd. de Orizaba fue de 1396 niños, siendo 810 hombres y 586 mujeres, se encontraron 443 maloclusiones en total, representando ésto el 31.7%, distribuyéndose de la siguiente manera: 254 maloclusiones en hombres y representan el 31.4%, las mujeres fueron 189 y representan el 32.2%; dando una diferencia que es mayor en las mujeres y es un 0.8%.

De las diferentes maloclusiones el mayor porcentaje lo obtuvieron los hombres en (TH), que representó un 10.2%

las mujeres representaron el 7.5%, de las (MC), los hombres tuvieron mayor porcentaje que fue en un 8.5%; en cambio, las mujeres fue un 7.3%; para las (MA), los hombres representaron el 6.2%, las mujeres el 8.3%; siendo mayor en ellas; por último en los (TV), las mujeres tuvieron el mayor porcentaje que fue un 9%, los hombres fue un 6.4%.

(VER TABLA 5, GRAFICA 5)

Comparando los hombres del Distrito Federal con respecto a los de la Cd. de Orizaba y así mismo a las mujeres del Distrito Federal con respecto a las de la Cd. de Orizaba; se encontró que en el Distrito Federal los hombres tomando en cuenta las cuatro maloclusiones y englobando las cinco edades; representaron el 48.2% total de maloclusiones, contra el 31.4% total de maloclusiones de la Cd. de Orizaba; encontrándose una diferencia que fue mayor en el Distrito Federal de un 16.8%.

En cuanto a las mujeres en el Distrito Federal, se encontró que el total de maloclusiones y englobando las cinco edades; representaron el 43.9% total, contra el 32.2% total de las mujeres de la Cd. de Orizaba; así que encontramos una diferencia que es mayor en el Distrito Federal de un 11.7%.

Las maloclusiones que se presentaron en hombres, en orden decreciente, para el Distrito Federal, comparando con los hombres de la Cd. de Orizaba fueron las siguientes

La población estudiada del Distrito Federal fue de 1120 niños, 560 hombres y 560 mujeres; encontrándose 516 maloclusiones en total, representando ésto el 46%, siendo; 270 maloclusiones en hombres, que representan el 48.2% y de 246 mujeres con maloclusiones, representan el 43.9%; -- dando una diferencia que es mayor en hombres y es del -- 4.3%.

En las cuatro diferentes de maloclusiones, los hombres en el Distrito Federal, tuvieron mayor porcentaje de (TH), que representan un 21.8% y en las mujeres un 18.9%, los (TV), para los hombres representaron el 5.2% y en las mujeres un 3.7%, para las (MA), los hombres representaron un 7.7% y las mujeres un 7.3%; pero en cuanto a (MC), las mujeres tuvieron mayor porcentaje que los hombres y fue un 13.9%, mientras que los hombres un 13.6%.

(VER TABLA 4, GRAFICA 4)

La población total estudiada en la Cd. de Orizaba fue de 1396 niños, siendo 810 hombres y 586 mujeres, se encontraron 443 maloclusiones en total, representando ésto el 31.7%, distribuyendose de la siguiente manera: 254 maloclusiones en hombres y representan el 31.4%, las mujeres fueron 189 y representan el 32.2%; dando una diferencia -- que es mayor en las mujeres y es un 0.8%.

De las diferentes maloclusiones el mayor porcentaje lo obtuvieron los hombres en (TH), que representó un 10.2%

para el Distrito Federal, los (TH), representaron el 21.8%, de (MC), el 13.6%, para las (MA), el 7.7% y los (TV), el 5.2%. En la Cd. de Orizaba fueron, en orden decreciente; (TH), 10.2%, las (MC), 8.5%, los (TV), 6.4% y las (MA), 6.2%; aquí podemos ver que el Distrito Federal tuvo mayor porcentaje los hombres en TH, MC, MA; pero los hombres de la Cd. de Orizaba tuvieron mayor porcentaje en TV.

Las maloclusiones que presentaron las mujeres en el Distrito Federal, a comparación de las mujeres de la Cd. de Orizaba en orden decreciente fueron las siguientes (TH), 18.9%, las (MC), 13.9%, para las (MA), 7.3% y para los (TV), el 3.7%. En la Cd. de Orizaba: (TV), 9%, las (MA), 8.3%, de (TH), el 7.5% y para las (MC), 7.3%; aquí podemos ver que en el Distrito Federal, tuvieron mayor porcentaje las mujeres en: TH y MC; pero en la Cd. de Orizaba fueron mayores en TV y MA.

(VER TABLA 6, GRAFICAS 6 y 7)

Para establecer la frecuencia de relación de los molares; Clase I, II, III de Angle, en el Distrito Federal, se tomaron los datos de 1085 niños y no de 1120, (ver método).

Para la Clase I en el Distrito Federal, fueron 500 hombres tomando en cuenta las cinco edades, representó el 91.9%; las mujeres fueron 491 con Clase I; representando-

el 90.2%, ésto da una diferencia que es mayor en los hombres del 1.7%.

La Clase II en el Distrito Federal se encontraron 19 hombres, dando el 3.48% y las mujeres fueron 23, representando el 4.21%, así que encontramos una diferencia que es mayor en las mujeres y es un 0.73%.

La Clase III, en el Distrito Federal fueron 23 hombres, representando el 4.22% y las mujeres fueron 29, representando el 5.32%; así que tenemos una diferencia que es mayor en las mujeres por un 1.1%.

Si tomamos en cuenta las tres Clases de Angle y englobamos las cinco edades, tenemos que: fueron 542 hombres, representando el 49.9%; las mujeres fueron 543, representando el 50%; la diferencia es del 0.1%.

(VER TABLA 7, GRAFICA 8)

La frecuencia de molares con relación a la clasificación de Angle (Clase I, II, III), en la Cd. de Orizaba fueron estudiados en una población de 1359 niños y no de 1396 (ver método).

Para la Clase I en la Cd. de Orizaba, se encontraron 737 hombres, comprendiendo las cinco edades y representaron el 93.4% de la población, las mujeres fueron 538 con Clase I y representaron el 94.3% de la población; podemos encontrar una diferencia que es mayor en las mujeres y es el 0.9%.

Para la Clase II en la Cd. de Orizaba, fueron 32 -- hombres en total, representando el 4% y para las mujeres con Clase II, fueron 23, representando el 4%; podemos ver que no existe diferencia en cuanto a la Clase II.

La Clase III, en la Cd. de Orizaba, fueron 20 hombres en total y representan el 2.5%, las mujeres con Clase III fueron 9 y representan el 1.5%; podemos ver que -- existe una diferencia que es mayor en los hombres por un 1%.

Si tomamos en cuenta las tres Clases de Angle y en globamos las cinco edades, los porcentajes totales en los hombres, que fueron 789, representan un 58% y para las -- 570 mujeres, representaron un 41.9%; la diferencia es mayor en los hombres por un 16.1%

(VER TABLA 8, GRAFICA 9)

La frecuencia de porcentaje de la Clase de Angle, se gún sexo, comparando hombres del Distrito Federal, con -- los de la Cd. de Orizaba y mujeres del Distrito Federal, con las de la Cd. de Orizaba; tomando en cuenta una población de 2444 y no de 2516 (ver método); podemos encontrar que: la Clase I en hombres en la Cd. de Orizaba fue mayor (93.4%), a comparación de los del Distrito Federal, (91.9%); dando una diferencia del 1.5%.

La Clase II en los hombres de la Cd. de Orizaba -- (4%), fue mayor que en los del Distrito Federal (3.48%) -

dando una diferencia del 0.52%.

En cuanto a la Clase III, fue mayor en el Distrito Federal (4.22%), contra el (2.5%) de la Cd. de Orizaba; es to da una diferencia del 1.72%.

Las mujeres con Clase I; en la Cd. de Orizaba fue mayor (94.3%), contra el (90.2%) de las del Distrito Federal; dando una diferencia del 4.1%.

La Clase II fue mayor en las mujeres del Distrito Federal (4.21%), contra el (4%) de las de la Cd. de Orizaba; dando una diferencia del 0.21%.

La Clase III fue mayor en las mujeres del Distrito Federal (5.32%), contra el (1.5%) de la Cd. de Orizaba; es to es una diferencia del 3.82%.

Para saber los porcentajes totales englobando las cinco edades y las tres Clases de Angle; tenemos que para los hombres en el Distrito Federal que fueron 542, representaron el 49.9% de la población y los hombres de la Cd. de Orizaba que fueron 789, representaron el 58% de la población; encontrandonos con una diferencia que es del -- 8.1% mayor en la Cd. de Orizaba.

Las mujeres en cuanto a los porcentajes totales, to mando en cuenta las tres Clases de Angle y englobando las cinco edades, tenemos que fueron 543 mujeres en el Distrito Federal, representando el 50% de la población, mientras que las de la Cd. de Orizaba fueron 570 y representan el - 41.9% de la población, dandonos ésto una diferencia que es

mayor en el Distrito Federal del 8.1%.

(VER TABLA 9, GRAFICA 10)

Para saber la diferencia de porcentajes entre el -- Distrito Federal y la Cd. de Orizaba, tomando en cuenta -- las cinco diferentes edades y las tres Clases de Angle, te_u nemos que la población que se estudió fue de 2444 niños y-- no de 2516 (ver método).

Clase I; en niños de 8 años en el Distrito Federal, fue el 48.9%, contra el 27.2% de la Cd. de Orizaba, dando una diferencia del 21.7%, siendo mayor en el Distrito Federal; los niños de 9 años en el Distrito Federal representaron el 47.3%, contra el 34.1% de la Cd. de Orizaba; siendo mayor en el Distrito Federal por un 13.2%; los de 10 años-- en el Distrito Federal representaron el 32.1%, contra el -- 41.9% de la Cd. de Orizaba; siendo mayor en la Cd. de Ori-- zaba por un 9.8%; para los niños de 11 años, en el Distri-- to Federal representaron el 29.2%, contra el 44.5% de la -- Cd. de Orizaba; siendo mayor en la Cd. de Orizaba por un -- 15.3%; por último los niños de 12 años en el Distrito Federal representaron un 24.6%, contra el 39.6% de la Cd. de -- Orizaba, siendo mayor en la Cd. de Orizaba por un 15%.

La Clase II; en niños de 8 años de edad para el Distrito Federal, representaron el 1.1%, contra el 0.6% de la Cd. de Orizaba, siendo mayor el porcentaje en el Distrito-- Federal por un 0.5%; para los niños de 9 años en el Dis--

trito Federal representan el 1.28%, contra el 1.4% de la Cd. de Orizaba, siendo mayor en el Distrito Federal por un 0.12%; los niños de 10 años en el Distrito Federal, representaron el 1.65%, contra el 1.2% de la Cd. de Orizaba, -- siendo mayor en el Distrito Federal por un 0.45%; los ni-- ños de 11 años en el Distrito Federal, representaron el -- 1.83%, contra el 2.26% de la Cd. de Orizaba, siendo mayor-- en la Cd. de Orizaba por un 0.43%; por último los niños - de 12 años en el Distrito Federal representaron el 1.83%, - contra el 2.54% de la Cd. de Orizaba, siendo mayor en la - Cd. de Orizaba por un 0.71%.

La Clase III; en niños de 8 años, en el Distrito Fe-- deral representó el 1.84%, contra el 0.73% de la Cd. de -- Orizaba, siendo mayor en el Distrito Federal por un 1.11% los niños de 9 años, en el Distrito Federal reportaron un- 1.65%, contra el 0.5% de la Cd. de Orizaba, siendo mayor - en el Distrito Federal por un 1.15%; los de 10 años en el Distrito Federal representaron el 1.1%, contra el 0.55% de la Cd. de Orizaba, siendo mayor en el Distrito Federal por un 0.55%; los niños de 11 años, en el Distrito Federal re- presentaron el 2%, contra el 0.98% de la Cd. de Orizaba, - siendo mayor en el Distrito Federal por un 1%; por último- los niños de 12 años, en el Distrito Federal, representa-- ron el 2.94%, contra el 1.33% de la Cd. de Orizaba, siendo mayor en el Distrito Federal por un 1.61%.

(VER TABLA 10, GRAFICA 11)

Para tener un punto de comparación, de la distribución de las maloclusiones, en relación a la clasificación de Angle; con estudios realizados en otros países, tomando en cuenta una población latina; que puede tener características genéticas similares a las de las dos poblaciones estudiadas en la República Mexicana.

Uno de los estudios fue realizado en la Cd. de Recife; por el Dr. Carvalho (1979-1980), examinó 1094 escolares de ambos sexos, de las edades de 7 a 14 años; como nuestro estudio fue realizado en escolares de ambos sexos- pero de las edades de 8 a 12 años, solamente, tomaremos en cuenta éstas edades para compararlas.

Encontramos que el 94.98% total de la población, presentó maloclusiones y que sólo el 5.02%; podría ser considerado dentro de la normalidad.

Los porcentajes en cuanto a los hombres, tomando en cuenta las edades, tenemos: 8 años, en la Cd. de Recife representaron el 70%; en el D.F. el 23.9% y en la Cd. de Orizaba el 14.4%. Con respecto a clase I.

Los de 9 años, en Recife representaron el 63.88%, en el D.F. 23.4% y en Orizaba el 19.8%. De clase I.

Los de 10 años, en Recife representaron el 62.33%, en Orizaba el 20.5% y en el D.F. el 16.9%. De clase I.

Los de 11 años, en Recife representaron el 69.44%, en Orizaba el 21% y en el D.F. el 14.3%. De clase I.

Los de 12 años, en Recife representaron el 71.81%,

en Orizaba el 17.4% y en el D.F. el 13.4%. De clase I.

Vemos que la clase I en la Cd. de Recife es significativamente mayor que en las dos poblaciones de la República Mexicana, en cuanto al D.F. y Orizaba, varían según la edad, pero en Orizaba es un poco mayor que en el D.F.

Las mujeres, para la clase I de Angle en orden de creciente, tenemos que: las de 8 años en Recife representaron el 65%, en el D.F. el 25% y en Orizaba el 12.8%.

Las de 9 años, en Recife representaron el 72.21%, - en el D.F. el 23.9% y en Orizaba el 14.3%.

Las de 10 años, en Recife representaron el 61.33%, en Orizaba el 21.4% y en el D.F. el 15.25%.

Las de 11 años, en Recife representaron el 73.61%, en Orizaba el 23.5% y en el D.F. el 14.9%.

Las de 12 años, en Recife representaron el 57.81%, en Orizaba el 22.2% y en el D.F. el 11.2%.

También en la Clase I para las mujeres, fue significativamente mayor en la Cd. de Recife y en Orizaba también un poco mayor que en el D.F.

En cuanto a la Clase II de Angle, en orden decreciente, los hombres representaron los siguientes porcentajes: Los de 8 años, en Recife representaron el 22.50%, en el D.F. el 0.92% y en Orizaba el 0.25%.

Los de 9 años, en Recife representó el 26.36%, en Orizaba el 0.88% y en el D.F. el 0.18%.

Los de 10 años, en Recife representaron el 29.31%,

en el D.F. el 0.92% y en Orizaba el 0.5%.

Los de 11 años, en Recife representaron el 23.58%— en Orizaba el 1.26% y en el D.F. el 0.73%.

Los de 12 años, en Recife representaron el 23.41%, en Orizaba el 1.14% y en el D.F. el 0.73%.

También podemos observar que la Cd. de Recife fueron mayores los porcentajes, y que Orizaba también fueron mayores que en el D.F.

Las mujeres con Clase II de Angle y en orden decreciente, reportaron lo siguiente: las de 8 años, en Recife representaron el 26.25%, en Orizaba el 0.35%, y en el D.F. el 0.18%.

Las de 9 años, en Recife representaron el 18.04%,— en el D.F. el 1.10% y en Orizaba el 0.52%.

Las de 10 años, en Recife representaron el 34.65%, en el D.F. el 0.73% y en Orizaba el 0.7%.

Las de 11 años, en Recife representaron el 20.79%, en el D.F. el 1.10% y en orizaba el 1%.

Las de 12 años, en Recife representaron el 29.67%, en Orizaba el 1.4% y en el D.F. el 1.1.

En cuanto a la Clase II de Angle también la Cd. de Recife fue mayor en porcentajes que las poblaciones de la República Mexicana, pero la Clase II es mayor en el D.F. — que en Orizaba.

Para la Clase III de Angle; los hombres, por edades y en orden decreciente, tenemos que: los de 8 años, en la-

Cd. de Recife representaron el 1.25%, en el D.F. el 0.92% y en Orizaba el 0.38%.

Los de 9 años, en Recife representaron el 1.38%, - en el D.F. el 0.92% y en Orizaba el 0.5%.

Los de 10 años, en Recife representaron el 1.33%, - en el D.F. el 0.55% y en Orizaba el 0.38%.

Los de 11 años, en Recife representaron el 2.77%, -- en el D.F. el 0.73% y en Orizaba el 0.63%.

Los de 12 años, en Recife representaron el 1.56%, - en el D.F. el 1.10% y en Orizaba el 0.63%.

Como podemos ver la clase III de Angle también fue mayor en la Cd. de Recife pero ésta vez el Distrito Federal tuvo mayor porcentaje de clase III en todas las edades a comparación de Orizaba.

Las mujeres para la Clase III de Angle, por edades y en orden decreciente reportaron lo siguiente: Las de 8 años, en Recife representaron el 2.50%, en el D.F. el 0.92 por ciento y en Orizaba el 0.35%.

Las de 9 años, en Recife representaron el 5.55%, - en el D.F. el 0.73% y en Orizaba no hubo ninguna con clase III.

Las de 10 años, en Recife representaron el 2.66%, - en el D.F. el 0.55% y en Orizaba el 0.17%.

Las de 11 años, en Recife representaron el 2.77%, - en el D.F. el 1.28 y en Orizaba el 0.35%.

Las de 12 años, en El D.F. representaron el 1.84%,

las de Orizabá el 0.7% y en la Cd. de Recife no hubo clase III para las mujeres de 12 años.

Con las diferencias que se han presentado en esta comparación, podemos pensar que aunque somos latinos existen además otros tipos de factores para que exista esa diferencia tan marcada en cuanto a la clasificación de Angle.

El otro estudio con que compararemos nuestro trabajo, fue realizado por la Dra. D'escrivan (1983); en el área metropolitana de Carácas; con 3.630 escolares, de las edades de 7 a 13 años; al igual que con el estudio de la Cd. de Recife tomaremos los datos de las edades comprendidas dentro de nuestra muestra (8 a 12 años).

No podemos comparar por sexos y edades; puesto que el estudio de la Dra. D'escrivan, no lo menciona así en sus tablas; pero tenemos que, fueron 1.975 hombres que representaron el 54.4% de la población, las mujeres fueron 1.655 y representaron el 45.6% de la población con maloclusiones.

La distribución de frecuencia de tipo de oclusión y edades en Carácas, comparadas con nuestras dos poblaciones, en orden decreciente fueron las siguientes:

Para la Clase I: los de 8 años en Carácas representaron el 60.3%, en el D.F. el 48.9% y en Orizaba el 27.2%.

Los de 9 años, en Carácas representaron el 66.1%, -

en el D.F. el 47.3% y en Orizaba el 34.1%.

Los de 10 años, en Carácas, representaron el 53.2% en Orizaba el 41.9% y en el D.F. el 32.1%.

Los de 11 años, en Carácas representaron el 53.9%, - en Orizaba el 44.5% y en el D.F. el 29.2%.

Los de 12 años, en Carácas representaron el 52.8%, en Orizaba el 39.6% y en el D.F. el 24.6%.

Como podemos ver existen diferencias pero no podemos pensar en que sea significativa si vemos que la muestra de Carácas es mayor que la nuestra, lo que si observamos es que la prevalencia de clase I es siempre en cada país.

Para la clase II de Angle, en orden decreciente tenemos que: los niños de 8 años, en Carácas representaron el 11.7%, en el D.F. el 1.1% y en Orizaba el 0.6%.

Los de 9 años, en Carácas representaron el 15.2%, - en Orizaba el 1.4% y en el D.F. el 1.28.

Los de 10 años, en Carácas representaron el 17%, - en el D.F. el 1.65% y en Orizaba el 1.2%.

Los de 11 años, en Carácas representaron el 23.5%, en Orizaba el 2.26% y en el D.F. el 1.83%.

Los de 12 años, en Carácas representaron el 20.2%, en Orizaba el 2.54% y en el D.F. el 1.83%.

Tenemos que en Carácas también fue mayor la clase II a comparación de nuestras poblaciones.

Para la Clase III de Angle, tenemos que: para los-

niños de 8 años, en Carácas representaron el 4.4%, en el - D.F. el 1.84%, en Orizaba el 0.73%.

los de 9 años, en Carácas representaron el 2.1%, en el D.F. el 1.65% y en Orizaba el 0.5%.

Los de 10 años, en Carácas representaron el 4.3%, - en el D.F. el 1.1% y en Orizaba el 0.55%.

Los de 11 años, en Carácas representaron el 3.4%, - en el D.F. el 2% y en Orizaba el 0.98%.

Los de 12 años, en Carácas representaron el 3.4%, - en el D.F. el 2.94% y en Orizaba el 1.33%.

Como podemos ver también en Carácas tuvieron mayor porcentaje en clases 'III, así que podemos pensar que sí -- existe cambio genéticamente aunque seamos considerados como latinos, pero entonces ésto nos llevaría a realizar un tipo de estudio, tanto genético como ambiental; para saber realmente cuales son las causas de las diferencias tan sig nificativas que hemos visto en las dos poblaciones con que comparamos nuestro estudio.

Si comparamos los porcentajes totales de la clasificación de Angle, tomando en cuenta los sexos tenemos que en cuanto a la clase I tanto en hombres como en mujeres de la Cd. de orizaba y el Distrito Federal, fueron mayores -- que en la Cd. de Recife y en Carácas.

En la Clase II si existe diferencia y es mayor el porcentaje, tanto en hombres como en mujeres de la Cd. de-

Recife y en Carácas a comparación de la Cd. de Orizaba y - del Distrito Federal.

En cuanto a la Clase III de Angle, en órden decreciente podemos decir que: los hombres en el D.F. representaron el 4.22%, Carácas el 3.3%, Orizaba el 2.5% y por último Recife con un 1.83%.

Las mujeres con clase III de Angle, en órden decreciente, diremos: D.F. con un 5.32%, Carácas con un 4.4%, - Recife con un 3.84% y Orizaba con un 1.5%.

DISTRITO FEDERAL			Cd. de ORIZABA		
	H	M		H	M
I*	91.9%	90.2%	I*	93.4%	94.3%
II*	3.48%	4.21%	II*	4%	4%
III*	4.22%	5.32%	III*	2.5%	1.5%

Cd. De RECIFE			CARACAS		
	H	M		H	M
I*	66.54%	63.44%	I*	56.6%	58.2%
II*	25.78%	28.52%	II*	15.8%	16.4%
III*	1.83%	3.84%	III*	3.3%	4.4%

R E S U M E N

A través de una muestra seleccionada de 2516 niños de ambos sexos en total, con edades de 8, 9, 10, 11 y 12 años; alumnos de escuelas públicas y privadas de dos poblaciones de la República Mexicana; que fueron: el Distrito Federal y la Ciudad de Orizaba.

En el Distrito Federal se revisaron 1120 niños en total; siendo 560 hombres y 560 mujeres. En la Cd. de Orizaba fueron un total de 1396; siendo 810 hombres y 586 mujeres; se levantó un estudio estadístico, desde el punto de vista de la oclusión, de los escolares de esas edades y en dichas zonas ; tomándose en cuenta la clasificación de Angle; para la relación de molares pero los parámetros en el segmento anterior sólo fueron cuatro los que tomamos para el estudio, que fueron traslape horizontal, traslape vertical, mordida cruzada y mordida abierta.

El estudio nos revela cifras de las anomalías de oclusión, estableciendo las relaciones más frecuentes entre los distintos tipos de éstas.

El estudio nos demostró la diferencia de problemas oclusales en las grandes ciudades a comparación de las pequeñas; aunque las diferencias en algunos casos son significativamente mayores en otros no existe tal diferencia --

pero lo que si demostró es la gran necesidad de los tres - tipos de tratamientos como son: preventivo, interceptivo, correctivo.

Se compararon algunos resultados obtenidos en estudios previos y encontramos que la prevalencia de la Clase I es siempre mayor en todos los casos, ésta prevalencia la encontraron también los Drs. Angle (1899), Massler & Frankel (1951), Ast (1965) y Nouer (1966); con los estudios -- que apoyamos parte de nuestra discusión, también el Dr. -- Carvalho (1979-1980) y la Dra. D'escrivan (1983), encontraron la prevalencia de la Clase I, al igual que nosotros en las dos poblaciones de la República Mexicana.

Después de la Clase I, le sigue la Clase II y luego la Clase III en ése orden. Con la edad existe incremento de la Clase II, con sus Divisiones; la Clase III sólo - es dental puesto que cuando no existen antecedentes familiares, lo que estamos viendo es solamente dental, por lo que se mencionó en el método, de las pérdidas prematuras - de los molares temporales. Todo ésto es debido por problemas de educación y prevención.

En este estudio y comparado con otros, refieren - que no existe en el período de edades mencionadas, una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de las maloclusiones y el sexo.



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

De acuerdo con los análisis de nuestros resultados para la muestra examinada, son válidas las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de maloclusiones para los escolares -- del Distrito Federal y para las edades fijadas, de 8, 9, 10, 11 y 12 años, los hombres representaron el -- 49.9% total de la población, las mujeres el 50% total de la población.

En la Cd. de Orizaba, los hombres representaron el -- 58% total de la población, las mujeres el 41.9% total de la población.

2. El análisis estadístico de las maloclusiones, no revela el efecto de sexo sobre la distribución de la muestra que sea de gran significado.

3. Según la clasificación de Angle; Clase I*, II* y III* para la prevalencia de éstas, tomando en cuenta los -- sexos, es la siguiente:

DISTRITO FEDERAL		Cd. de ORIZABA	
H	M	H	M
I* 91.9%	90.2%	I* 93.4%	94.3%
II* 3.48%	4.21%	II* 4%	4%
III* 4.22%	5.32%	III* 2.5%	1.5%

4. Las maloclusiones del segmento anterior refirieron lo siguiente:

DISTRITO FEDERAL			Cd. de ORIZABA		
	H	M		H	M
TH-	21.8%	18.9%	TH-	10.2%	7.5%
TV-	5.2%	3.7%	TV-	6.4%	9%
MC-	13.6%	13.9%	MC-	8.5%	7.3%
MA-	7.7%	7.3%	MA-	6.2%	8.3%

En el Distrito Federal fue significativamente mayor el porcentaje en los hombres en los TH, MC y MA; en las mujeres, fue mayor el porcentaje en TH, MC; a diferencia de los escolares de la Cd. de Orizaba.

En la Cd. de Orizaba, tuvieron mayor porcentaje los hombres en: TV, las mujeres en TV y MA; a diferencia de los escolares del Distrito Federal.

5. La presencia de las cuatro maloclusiones del segmento anterior, nos puede llevar a pensar, que no tanto los cambios ambientales o alimenticios son los causantes de que éstas se presenten más con el paso del tiempo; podemos pensar en hábitos, como succión de dedo, labio, degluciones atípicas y lo más importante, la falta de prevención.
6. En cuanto al efecto de edades, se observó mayor número de individuos con clase I, a los 8 y 9 años; eso -

se puede explicar si pensamos que para ese momento se ha comenzado a establecer la dentición mixta y la prevalencia de los molares temporales, están preservando el espacio para sus sucedaneos permanentes.

7. Cuando encontramos pérdida prematura de dientes temporales, podemos asociar una Clase I, pero tomando en -cuenta los tipos de ésta maloclusión en el segmento -anterior; según Dewey-Anderson.

Cuando no estaban presentes los molares de los seis -años, por extracciones prematuras, podíamos encontrar las divisiones de la Clase II de Angle en el segmento anterior; o sea, División 1 y 2.

8. Las necesidades de tratamientos preventivos e inter--ceptivos, fueron mayores en las dos edades más tempranas de la muestra (8 y 9 años), la severidad de las -maloclusiones, con necesidad de tratamiento correcti--vo, fue en las tres edades superiores (10,11 y 12 a--ños).

9. Aproximadamente el 85% de la población que se revisó--necesitaban algún tipo de tratamiento, ya fuese pre--ventivo, interceptivo o correctivo; puesto que no lo--estaban recibiendo cuando se realizó el estudio.

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

1. Angle Edward. En ORTODONCIA, Chaconas Spiro J.-
Editorial el Manual Moderno, 1982; P: 18-20-22
30.
2. Barnett Edward. TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOPEDIA-
TRIA. Editorial Médica Panamericana, 1978; --
P: 26-49-50.
3. Belloni E; Resta G; Cattaneo V. EPIDEMIOLOGICAL
STUDIES OF MALOCCLUSION IN THE SCHOOL POPULA- -
TION OF A MOUNTAIN DISTRICT. Minerva Stomatol-
1981 Jul-Aug; 30 (4): 299-304.
4. Carruccini RS; Whitley LD. OCCLUSAL VARIATION -
IN A RURAL KENTUCKY COMMUNITY. Am J Orthod 1981
Mar; 79 (30): 250-62.
5. Carvalho, Ruti Luz de & Gomes, Cataneo. PREVA--
LENCIA DE MALOCLUSOES EM ESCOLARES DA CIDADE DO
RECIFE. R. Fac. Odont. Pernambuco, 7/8: 65-74,-
1979-1980.

6. Chaconas Spiro J. ORTODONCIA. Editorial el Manual Moderno 1982.
7. D'Esquivan De Saturno Luz. CARACTERISTICAS DE LA OCLUSION DE 3.630 ESCOLARES DEL AREA METROPOLITANA DE CARACAS. Rev. Iberoamer. de Ortod, 3, 2 (33-52). 1983.
8. Egermark -Eriksson I. MALOCCLUSION AND SOME FUNCTIONAL RECORDINGS OF THE MASTICATORY SYSTEM IN SWEDISH SCHOOLCHILDREN. Swed. Dent J 1982: 6 (1): 9-20.
9. Egermark-Eriksson I; Ingerval B. ANOMALIES OF OCCLUSION PREDISPOSING TO OCCLUSAL INTERFERENCE IN CHILDREN. Angle Orthod 1982 Oct; 52 (4) 293-9.
10. Helm S. ORTHODONTIC TREATMENT PRIORITIES IN THE DANISH CHILD DENTAL HEALTH SERVICES. Community Dent Oral Epidemiol 1982 Oct; 10 (5):-260-3.
11. Herpin. En ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA. Mayoral. Editorial Labor S.A. 1983 P: 181.

12. Hooton. En ORTODONCIA, PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA. Mayoral. Editorial Labor S.A. 1983, P: 181.
13. Isiekwe Mc. MALOCCLUSION IN LAGOS, NIGERIA. -- Community Dent Oral Epidemiol 1983 Feb; 11 -- (1): 59-62.
14. Kinaan Bk; Burke PH. QUANTITATIVE ASSESSMENT - OF THE OCCLUSAL FEATURES. Br. J Orthod 1981,- Jul; 8 (3): 149-56.
15. Larsson E; R: Onnerman A. CLINICAL CROWN LENGTH IN 9- 11- AND 13 YEAR OLD CHILDREN WITH -- AND WITHOUT FINGER-SUCKING HABIT. Br. J Orthod 1981 Oct; 8 (4): 171-3.
16. Larsson E. PREVALENCE OF CROSSBITE AMONG CHILDREN WITH PROLONGED DUMMY AND FINGER-SUCKING-HABIT. Swed Dent J 1983; 7 (3): 115-9.
17. Mayoral. ORTODONCIA, PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA. 4º Edición. Editorial Labor S.A. - 1983.
18. Petersohn I. INCIDENCE OF DISPLACEMENT OF THE-

FRONT MEDIAN LINE AFTER UNILATERAL EARLY EX- -
TRACTION OF A DECIDUOUS CUSPID. Dtsch Zahnger-
ztl Z 1980 Feb: 35 (2): 301-2.

19. Platou C; Zachrisson BU. INCISOR POSITION IN-
SCANDINAVIAN CHILDREN WITH IDEAL OCCLUSION. A-
COMPARISON WITH THE RICKETTS AND STEINER STAND
ARDS. Am J Orthod 1983 Or, 8.
20. Rowley R; Hill FJ; Winter GB. AN INVESTIGATION
OF THE ASSOCIATION BETWEEN ANTERIOR OPEN-BITE-
AND AMELOGENESIS IMPERFECTA. Am J Orthod 1982
Mar; 81 (3): 229-35.
21. Sanges R; Rapisarda E. INCIDENCE OF DENTAL CA-
RIES AND MALOCCLUSION IN THE ELEMENTARY SCHO--
OLS OF ACI CASTELLO. (CATANIA). Minerva Stoma-
tol 1980 Jul-Aug; 29 (4): 281-8.

A P E N D I C E

H O J A D E R E G I S T R O

MALOCCLUSIONES DEL SEGMENTO ANTERIOR EN
NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD.

NOMBRE: -----

EDAD: ----- SEXO: -----

1.- TRASLAPE HORIZONTAL (TH). -----

2.- TRASLAPE VERTICAL (TV). -----

3.- MORDIDA CRUZADA (MC). -----

4.- MORDIDA ABIERTA (MA). -----

5.- CLASIFICACION DE ANGLE.

CLASE I -----

CLASE II -----

CLASE III -----

6.- PERDIDA PREMATURA DE 6 -----

7.- PERDIDA PREMATURA DE "D-E" -----

A QUIEN CORRESPONDA:

El suscrito, Profr. Armando Heredia Director de la Escuela Primaria Colegio México, hace constar que la C.D. PATRICIA DIAZ COPPE, realizó un estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del segmento anterior a los grados 3°, 4°, 5° y 6° con dos grupos cada uno. Con un promedio de edad de 8 a 12 años en un total de 386 --- alumnos.

A petición de la parte interesada y para los efectos legales que al mismo convengan se expide la presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los veinte días del mes de Marzo del año de mil novecientos ochenta y cuatro.



COLEGIO MEXICO
PRIMARIA
ORIZABA, VER.
DIRECCION

A. Heredia
PROFR. ARMANDO HEREDIA
DIRECTOR.

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe, Profra. Angela Tenorio Campos Directora de la Escuela Primaria Ignacio Gomez Izquierdo, hace constar que la C.D. Patricia Diaz Coppe, realizó un estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del segmento anterior, a grupos mixtos de 8 a 12 años de edad en un total de 250 alumnos.

A petición de la parte interesada y para los fines legales que al mismo convengan se expide la presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los veintinueve días del mes de Mayo de mil novecientos ochenta y cuatro.



PROFRA. ANGELA TENORIO C.
DIRECTORA.



GOB. DEL EDO. DE VERACRUZ
DIRECC. GRAL. DE EDUC. POPULAR
ESCUELA
"IGNACIO GONZALEZ IZQUIERDO" NAT.
ZONA 22 ORIZABA, VER.

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe, Profra. Aurora Cervantes Directora de la Escuela Primaria Leona Vicario, hece constar que la C.D. Patricia Diaz Coppe, realizó un estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del segmento anterior, a grupos de 8 a 12 años de edad en un total de 250 alumnas.

A petición de la parte interesada y para los fines legales que al mismo convengan se expide la presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los veinticinco días del mes de Mayo de mil novecientos ochenta y cuatro.





DIRECC. GEN. DE EDUC. POP.
ESC. LEONA VICARIO
ORIZABA, V.
ZONA XX
ORIZABA, V.


PROFRA. AURORA CERVANTES
DIRECTORA.

A QUIEN CORRESPONDA:

La que suscribe, Profra. Rosa Ma. Cruz de B., Directora de la Esc. Primaria Federal Tipo Vespertino, hace constar que la C.D. PATRICIA DIAZ COPPE, realizó un estudio estadístico de Maloclusión Dentaria del Segmento anterior, a los grupos de 8 a 12 años de edad, en un total de 180 alumnos.

A petición de la parte interesada y para los fines legales que a la misma convengan, se expide la presente en la Ciudad de Orizaba, Ver., a los once días del mes de Junio de mil novecientos ochenta y cuatro.



PROFRA. ROSA MA. CRUZ DE B.
Esc. Primaria Federal Tipo Vespertino
DIRECTORA.
Esc. Primaria Federal Tipo Vespertino
VERADERO
ORIZABA, VER

A QUIEN CORRESPONDA:

La suscrita Profra. Narcedalia Méndez Montero, Directora de la Esc. Vespertina Melitón Guzmán i Romero, con Clave Administrativa 30EPR3411M, de la ciudad de Orizaba, HACE CONSTAR, por medio de la presente que la C. D. Patricia Díaz Coppe, realizó un estudio estadístico de MALOCCLUSION DENTARIA del segmento anterior, a niños -- que concurren a este Plantel y cuyas edades son de ocho a doce años de edad, revisión que llevó a efecto entre la población infantil que es de doscientos siete niños.

Para los fines que convengan a la -- interesada, le extiendo la presente CONSTANCIA a los --- quince días del mes de junio de mil novecientos ochenta y cuatro.

A T E N T A M E N T E.

La Directora.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN POPULAR
ESCUELA:
"MELITÓN GUZMÁN I ROMERO" VESP.
ZONA 22 ORIZABA VER.


Profra. Narcedalia Méndez Montero.



DEPENDENCIA Esc. "Mí Patria es Primero"
Av. Faja de Oro S/N
SECCION C.P. 02480
MESA
NUMERO DE OFICIO
EXPEDIENTE Col. Petrolera Azcapotzalco,
D.F.

ASUNTO: Constancia de estudio estadístico de Maloclusiones del segmento Anterior-
realizado por la C.D. Patricia Díaz Coppe.

México, D.F. mayo 25 de 1984

Dr. Rogelio Rey Bosh
Jefe del Depto. de Estudios Superiores
Facultad de Odontología U.N.A.M.
Presente

El que suscribe Director de la Escuela, "Mí Patria es Primero", informa a usted atentamente, que la C.D. Patricia Díaz Coppe, realizó una investigación de campo sobre "Oclusión en niños de 8 a 12 años de edad, en los grados 3º, 4º, 5º, 6º.

A petición de la parte interesada y para los efectos legales - que a la misma convengan, se expide la presente.



S. E P
Esc. Prim. 12-010-60-11-x
"MI PATRIA ES PRIMERO"
México, D. F.

Atentamente
Director de la Escuela

Prof. Juan A. Cabrera Soto.



SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

09DFP21477
Esc. 11-076-55-II-x
DEPENDENCIA " Fernando Montes de Oca "
Av.V.Hdez. Covarrubias s/n
SECCION U.H. Pte. Madero
MESA Azcapotzalco
NUMERO DE OFICIO 208/84
EXPEDIENTE

ASUNTO: Constancia de Investigación de Campo realizado por C.D. Patricia Díaz Coppe

México, D.F., junio 22 de 1984

Dr. Rogelio Rey Bosh
Jefe del Depto. de Estudios Superiores
Facultad de Odontología U.N.A.M.
Presente

La que suscribe Directora de la Escuela 11-076, " Fernando Montes de Oca ", informa a usted atentamente, que la C.D. Patricia Díaz Coppe, realizó una Investigación de Campo sobre la " Oclusión en niños de 8 a 12 años de edad ", siendo de suma importancia la observación de estos problemas en la niñez; me permito felicitar a la C.D. antes mencionada por el magnífico desempeño con que llevó

a cabo este estudio.



Atentamente
Directora de la Escuela

S. E. P.

Esc. Prim. 11-076-55-II-x

0931898

"FERNANDO MONTES DE OCA"

U. H. EDU. I. MADERO

AZCAPOTZALCO (D.F.)

Carmelita
Profra. Ma. del Carmen Juárez Luna

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CITENSE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL ANGULO SUPERIOR DERECHO.

c.c.p.- El Archivo de la Escuela

MCJL/muc



SECRETARIA
DE
EDUCACION PUBLICA

Esc. 12-076-55-11-X

DEPENDENCIA II. "FERNANDO MONTES DE OCA"
Av. Vicente Hernández Co-
varrubias s/n U. Hab. Eco.
I. Madero, Azcapotzalco.
SECCION
MESA
NUMERO DE OFICIO 23/84-85
EXPEDIENTE

ASUNTO: Constancia de Investigación de Campo
realizada por el C.D. Patricia Díaz Coppe.

Dr. Rogelio Rey Bash
Jefe del Dpto. de Estudios Sup.
Facultad de Odontología U.N.A.M.
Presente:

Comunico a usted, que el C.D. Patricia Díaz Coppe, realizó Inves-
tigación de Campo, sobre la Oclusión en niños de 8 a 12 años de
edad.

Extendemos nuestra más sincera felicitación al C.D. por la inves-
tigación realizada.

A petición de la interesada y para los fines legales que conven-
gan, se extiende la presente, en la Ciudad de México, a los dos
días de este mes de octubre de mil novecientos ochenta y cuatro.



S. E. P

ESC. PRIM. 12-076-55-11-X
"FERNANDO MONTES DE OCA"
AZCAPOTZALCO, D. F.

Atentamente
Director de la Escuela

Profr. Servando Cruz Reyes.

AL CONTESTAR ESTE OFICIO, CITENSE LOS
DATOS CONTENIDOS EN EL CUADRO DEL ANGULO
SUPERIOR DERECHO