

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

T E S I S

FRECUENCIA DE LA MALOCLUCION DE LA CLASE I ANGLE,  
TIPO 5 DEWEY-ANDERSON EN EL AREA URBANA  
DEL DISTRITO FEDERAL

**FERNANDEZ  
LOPEZ  
FERNANDO  
1984**

**TESIS**



**K(1) UNAM**

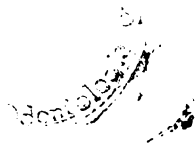


Facultad de Odontología  
Div. de Est. de Posgrado e Investigación  
Biblioteca "Barnet M. Levy"

**p o r**

**C.D. FERNANDO FERNANDEZ LOPEZ**

**1 9 8 4**





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

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 posteriormente a la escritura y publicación del trabajo.

Esta tesis ha sido utilizada por las siguientes personas que firman y aceptan las restricciones señaladas.

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

Nombre y Dirección

F e c h a

---

---

---

---

---

---

---


---

---

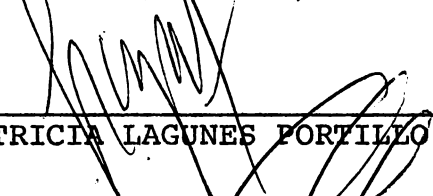
---

FRECUENCIA DE LA MALOCCLUSIÓN DE LA CLASE I ANGLE,  
TIPO 5 DEWEY-ANDERSON, EN EL ÁREA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL

Aprobado por:

  
C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCÍA.

  
C.D.M.O. GRISELDA AYALA PÉREZ.

  
C.D.M.O. PATRICIA LAGUNES PORTILLO.

  
C.D.M.O. CARLOS GONZÁLEZ LUCASCEWISZ.

  
C.D.M.O. JAVIER HERNÁNDEZ PALMA DIRECTOR DE TESIS.

FRECUENCIA DE LA MALOCLUSIÓN DE LA CLASE I ANGLE,  
TIPO 5 DEWEY-ANDERSON, EN EL ÁREA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL

Por

C.D. FERNANDO FERNÁNDEZ LÓPEZ

T E S I S

Presentada como requisito para obtener el Grado de  
Maestría en Odontología

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NOVIEMBRE 1984

R E C O N O C I M I E N T O S

Con el mayor agradecimiento  
a mi Director de Tesis  
DR. JAVIER HERNÁNDEZ PALMA.

R O N O C I M I E N T O S

CON AMOR Y GRATITUD A  
MI FAMILIA Y AMIGOS.

Con el mayor agradecimiento

mi Director de Tesis  
A EL RECUERDO DE MI PADRE  
SR. JAVIER HERNÁNDEZ PALMA.  
Y HERMANA,

Que siempre vivirán en mí.

SR. PABLO FERNÁNDEZ MONREAL y

MA. DEL CARMEN FERNÁNDEZ L.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y REVISION BIBLIOGRÁFICA.....	1
MATERIALES Y MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIONES.....	68
RESUMEN.....	70
BIBLIOGRAFÍA.....	73
APÉNDICE.....	77
CURRICULUM VITAE.....	87



## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla y Gráfica #1	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, EN LA POBLACIÓN TOTAL.....	22
Tabla y Gráfica #2	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES POR EDAD Y SEXO.....	24
Tabla y Gráfica #3	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, POR EDAD Y SEXO.....	26
Tabla y Gráfica #4	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES DE LA CLASIFICACIÓN A B.....	28
Tabla y Gráfica #5	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CLASIFI- CACIÓN A POR SEXO Y EDAD.....	30
Tabla y Gráfica #6	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CLASIFI- CACIÓN B POR SEXO Y EDAD.....	32
Tabla y Gráfica #7	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES DE ATENDIDOS Y NO ATENDIDOS.....	34

Tabla y	MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDI	
Gráfica #8	DOS POR SEXO Y EDAD.....	36
Tabla y	MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, NO ---	
Gráfica #9	ATENDIDOS POR SEXO Y EDAD.....	38
Tabla y	MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES	
Gráfica #10	DE ATENDIDOS POR CIRUJANOS DENTISTAS Y ESPECIALISTAS.....	40
Tabla y	MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDI-	
Gráfica #11	DOS POR CIRUJANOS DENTISTAS POR SEXO Y EDAD.....	42
Tabla y	MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDI-	
Gráfica #12	DOS POR ESPECIALISTAS POR SEXO Y -- EDAD.....	44
Tabla y	MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON Y--	
Gráfica #13	SIN HÁBITOS PERNICIOSOS.....	46
Tabla y	MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁ-	
Gráfica #14	BITOS PERNICIOSOS POR SEXO Y EDAD.....	48

Tabla y Gráfica #15	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, SIN HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO Y-- EDAD.....	50
Tabla y Gráfica #16	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO EN- LOS 8 AÑOS.....	52
Tabla y Gráfica #17	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO EN- LOS 9 AÑOS.....	54
Tabla y Gráfica #18	MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO EN- LOS 10 AÑOS.....	56

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país, se realizan pocas investigaciones-- estadísticas, no las necesarias para saber nuestro exacto o-- más aproximado grado de desarrollo; estos estudios se debent-- fomentar en todas las disciplinas de la ciencia y tecnología. Creo que es el momento de remediar esta situación, incremen-- tando las investigaciones, en especial en el área de la sa-- lud pública, porque es importante y necesario conocer en qué punto nos encontramos y saber en qué sectores hay que poner-- más atención, tomando en cuenta las posibilidades y requeri-- mientos reales del País. El propósito de esta investigación estadística, es la obtención de la frecuencia de maloclusio-- nes de la clase I de Angle, tipo 5 Dewey Anderson, en la ciu-- dad de México; dicha investigación se realizó en las 16 Dele-- gaciones de la capital, en escuelas primarias, mixtas, una-- particular y otra oficial de cada Delegación, siendo en su-- totalidad 32 escuelas estudiadas. La importancia de esta in-- vestigación tiene varias facetas: la primera sería, la fre-- cuencia de la maloclusión clase I, tipo 5, del total de la-- población encuestada, en qué edad y sexo es más frecuente, y obtener los porcentajes de niños "atendidos" y de los "no -- atendidos", y dentro de los circunscritos en "atendidos", ob-- tener los porcentajes de los niños tratados por Cirujanos -- Dentistas de práctica general y/o especialistas; también lo-

grar los porcentajes de los niños que presentaron hábitos -- perniciosos y los porcentajes de los que no los tuvieron. -- Teniendo los datos anteriores, se pueden aplicar campañas--- preventivas, y en otros casos necesarios, como por ejemplo, -- los altos índices de la maloclusión, de los niños no atendidos o de los que presentan hábitos perniciosos. Teniendo en cuenta, que si estos niños hubieran sido atendidos, desde -- un punto de vista preventivo, por el personal adecuado, serían niños con una maloclusión "ideal" o clase I de Angle, -- tipo O de Dewey Anderson.

#### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En un compendio de los artículos y libros consultados tenemos:

Existen factores que favorecen la mesialización del molar permanente, después de la extracción de los molares -- primarios: osificación relacionada con el metabolismo del pa ciente. 13/

La extracción del primer molar de la primera dentición, tiene menos efecto que la extracción del segundo molar,

que a la vez causa apiñamiento en el segmento posterior, 6/. Un dato interesante es que Breaksper consideró a la lengua-- como un mantenedor de espacio en el maxilar, inclusive si -- existen dos extracciones del mismo lado 6/. La pérdida de-- espacio también es influenciada por la distalización de los-- caninos de la primera dentición, siendo mayor en la mandíbu-- la 9/. Después de la extracción de los primeros molares de-- la primera dentición, influyen en la inclinación axial de -- los incisivos de la segunda dentición, 9/. La línea media-- se encuentra afectada del lado en que se realizaron las ex-- tracciones, 9/.

Es importante la colocación inmediata de un mantene-- dor de espacio, después de la extracción de los molares de-- la primera dentición, valorando el mantenedor de espacio más adecuado para el caso, en específico, 10/. En especial hay-- que valorar la zapatilla distal, en sus diferentes contrain-- dicaciones, 2/. La extracción del primer molar de la prime-- ra dentición, no causa cambios en la relación sagital molar, 6/. En la mandíbula la extracción de los molares de la pri-- mera dentición, sí influye en la oclusión sagital, 6/. La-- dirección distal de los caninos de la primera dentición, in-- fluye en la inclinación axial de los incisivos permanentes,-- 9/.

La dirección dental, depende de los siguientes factores:

- a) Edad dental y de la extracción.
- b) Condiciones del espacio.
- c) Tiempo de erupción y trayectorias.
- d) Intercuspidación.

Las diferencias musculares, esqueléticas, densidad de las fibras parodontales, influyen en las variaciones, 9/.

Las extracciones de los molares de la primera dentición, deben ser seguidas de la colocación de un mantenedor de espacio, previniendo la dirección mesial y la dirección distal de los caninos de la primera dentición, 11/. En el segmento incisal, se observaron pequeños cambios, con una tendencia hacia la reducción del espacio, en el lado de la extracción, con un incremento con la edad; esto puede ser debido al factor de expansión incisal, 14/. La extracción del primer molar de la primera dentición, tiene un efecto insignificante en el apiñamiento, 14/.

Los niños con extracciones de molares primarios antes de 7.5 años, desarrollan más apiñamiento que los niños sin extracciones o con extracciones después de los 7.5 años;

tienen un pequeño efecto en el espacio. Los niños con ex---tracciones, mostraron después de la extracción del primer molar de la primera dentición, apiñamiento. Los niños sin ex---tracciones, presentaron erupción retardada, 15/.

La pérdida precoz de dientes de la primera dentición, 2 años antes de la exfoliación normal, puede causar erupción retardada de dientes de la segunda dentición, que deben en---contrar su camino a través de las capas óseas y tejido conectivo muy compactos; en tales casos la erupción de los premo---lares, sobre todo en el maxilar inferior, tiene lugar sólo a la edad de 14 y 16 años y únicamente cuando se hace la esci---sión de los tejidos que la cubren, 7/.

La Clase I, tipo 5, se parece en cierto grado a la---clase I, tipo 1 (pérdida de espacio genética); la diferencia esencial radica en la etiología local en las maloclusiones---tipo 5, además que esta clase acepta con mayor facilidad el---tratamiento preventivo, teniendo en cuenta que en la clase I, tipo 5, se supone existió el espacio para las piezas denta---rias.

Además de los factores etiológicos mencionados, tenemos la erupción ectópica y la caries interproximal, por lo---que habrá que tenerse en cuenta. En relación a la etiología,



la pérdida de espacio por caries interproximal, es un descuido de los padres, la pérdida de espacio por extracciones precoces, deberá considerarse iatrogénica, particularmente cuando el odontólogo no coloca un mantenedor de espacio.

La erupción ectópica se nota con frecuencia en molares superiores; es raro en inferiores, 16/.

## MATERIALES Y MÉTODO

El material utilizado fue:

- 1.- 12,000 Historias clínicas, (Anexo 1).
- 2.- 12,000 Abatelenguas.
- 3.- 30 Espejos.
- 4.- 8 Calibradores de Boyle metálicos.
- 5.- 10 Galones de cloruro de benzalconio.
- 6.- 5 Riñoneras de plástico.
- 7.- Servilletas de papel de estraza.

Sujetos:

6,000 niños de ambos sexos: 3,000 niñas y 3,000 niños.

Escenario:

Aulas escolares de las escuelas primarias.

El método para llevar a cabo esta investigación, fue en primera instancia, organizarnos 8 alumnos de Posgrado de la Maestría en Odontopediatría de la Facultad de Odontología, con nuestro Director de tesis. Se procedió a pedir permiso a la Secretaría de Educación Pública, en la Dirección General de Escuelas Primarias del Distrito Federal; este permiso fue concedido por el Director General de dicho Departamento,

después de haber hecho una relación de las escuelas primarias que se pretendía visitar, que fueron una oficial y otra privada de cada una de las 16 Delegaciones de la ciudad de México, con su clave, dirección y zona en que se divide el Distrito Federal. Según la ubicación de las escuelas, éstas debían ser mixtas, para que la muestra fuera comparativa y confiable. En la Secretaría de Educación Pública, nos dieron 4 cartas dirigidas a cada director de las 4 Zonas de las escuelas primarias y de cada una de estas Direcciones, mandaron un oficio a cada escuela primaria que visitamos (Anexo 2, 3, 4 y 5). Estos trámites se llevaron a cabo en 4 meses, aproximadamente. Las escuelas escogidas no debían pertenecer a un grupo étnico en especial, por ejemplo el Colegio Israelita, ya que la muestra se alteraría por las características antropológicas inherentes a este grupo, en relación a la mayoría de la población mexicana.

Previamente a la investigación, se realizó una prueba, en una escuela primaria oficial de la Delegación Gustavo A. Madero al norte de la ciudad de México. Este sondeo fue realizado, con el propósito de organizarnos, de establecer el material y el método necesario, para un buen desarrollo de la investigación y tener las soluciones a los problemas que se nos presentan y principalmente para identificar correctamente las 8 Maloclusiones que comprendió la totalidad-

de los estudios.

Iniciada ya la investigación, debíamos identificar--nos en la dirección de cada escuela. Siempre se explicaba a maestros y a niños, en qué consistía la revisión, el tiempo--aproximado que tardaríamos en cada grupo, que variaba según--el número de alumnos. La muestra se realizó en niños de 8, 9 y 10 años, no tomando en cuenta su grado escolar, de ambos--sexos, debiendo encontrarse en dentición mixta; el tiempo em--pleado en revisar a cada niño fue de 10 minutos aproximada--mente, cada salón era revisado por 3 investigadores como mínimo.

De cada niño se hicieron 2 historias clínicas, mimeo--grafiadas y numeradas progresivamente, con los siguientes da--tos: nombre, edad, sexo, escuela, grado escolar, Delegación--Política y fecha, la clase de maloclusión a que correspondía (I, II, III) y en el caso de que fuera clase I, a qué subdi--visión correspondía, de los 5 tipos datos por Dewey Anderson. Siendo la presente investigación de la Clase I de Angle, ti--po 5, que a su vez se divide en:

Clasificación A "Pérdida de espacio posterior de 2 a 3 mm en un cuadrante debido a la mesialización de los prime--ros molares de la segunda dentición".

Clasificación B "Pérdida de espacio posterior de más de 3 mm en un cuadrante debido a la mesialización de los pri--meros molares de la segunda dentición". (Sim 1980). También--

se registró, si el niño presentaba algún hábito pernicioso y si fue atendido por un Cirujano Dentista de práctica general o especialista, o si no fue atendido.

#### Examen Bucal.

Éste consistió en obtener que el niño cerrara en --- oclusión céntrica, que en algunos niños se obtuvo simplemente al decir al niño que cerrara y no abriera; al niño que no logró esto en primera instancia, se le dijo que pusiera su--- lengua en el paladar, en su parte más profunda y si aún así--- no lo hacía, se le decía al niño que cerrara varias veces y--- por cansancio muscular se llegara a relación céntrica; a veces el niño no entendía cómo hacer los movimientos descritos y el propio investigador hacía el movimiento deseado para -- que el niño lo imitara y lo realizara correctamente y así ob--- tener la relación céntrica; se le decía al niño que no cerra--- ra la boca durante la exploración armada, con un abatelen--- guas se retraía el carrillo, hasta dejar expuesta la zona -- del primer molar permanente, primero de un lado y después -- del otro (derecho-izquierdo), tanto en la arcada superior -- como en la inferior, obteniendo el registro de los cuatro--- cuadrantes y tomando siempre en cuenta la relación canina -- que debía ser de clase I, observando el perfil del niño. En la clase I, tipo 5, la pérdida de espacio se midió con un ca--- librador de Boyle.

Se dieron diferentes tipos de situaciones en la pérdida de espacio en el segmento posterior:

- a) Pérdida del primer molar de la primera dentición.
- b) Pérdida del segundo molar de la primera dentición.
- c) Pérdida del primero y segundo molares de la primera dentición.

Se midió la zona de pérdida prematura de dientes de la primera dentición, tomando como referencia el siguiente cuadro de medidas promedio.

Medidas mesio-distales de molares de la primera dentición:

	Primer molar	7.3 mm	
Superior	Segundo Molar	<u>8.2 mm</u>	
	Suma	15.5 mm	
	Primer molar	7.7 mm	
Inferior	Segundo molar	<u>9.9 mm</u>	
	Suma	17.6 mm	<u>4/</u>

La pérdida de espacio se presentó en:

- a) Un cuadrante.
- b) Dos cuadrantes, en la misma arcada o diferente.

c) Tres cuadrantes, dos en una arcada y una en otra arcada.

d) Cuatro cuadrantes. Los niños con esta pérdida -- dentaria, se desecharon porque no fue posible determinar, si había presentado clase I de Angle antes de las extracciones.

La forma en que se realizó la inspección fue la siguiente: un primer investigador daba su diagnóstico, que en este caso fue la clase I, tipo 5 y lo registraba en una historia clínica; al ser esta clase, yo era llamado para dar mi diagnóstico, y al ratificarlo con el anterior se procedía a medir la pérdida de espacio y dar la clasificación A o B. -- En el caso de la maloclusión clase I, tipo 5 no se estableció ninguna indecisión en el diagnóstico, el resto del llenado de la historia clínica lo hizo el primer investigador.

#### Interrogatorio.

Se interrogó al niño sobre los datos generales de la historia clínica.

Se preguntó al niño si presentaba un hábito pernicioso, inspeccionando los signos inherentes a cada hábito. Todas las preguntas se hacían en términos accesibles a los niños. Como los hábitos son reprimidos socialmente, los niños los niegan, por lo que fue más difícil la recolección de es-

tos datos.

Se hicieron preguntas concernientes a cada hábito:

Succión de labio.

Al inspeccionar se veía su color, tersura, tono muscular, contorno mucocutáneo, se inspeccionaba si no existía alguna irritación.

Onicofagia.

Se revisaba las uñas de las manos, que no presentaran irregularidades en los extremos.

Succión de pulgar.

Se observó la profundidad del paladar, si tenía forma ojival, también se inspeccionaban los dedos de las manos, en especial los pulgares, tanto el izquierdo como el derecho, -- buscando un "callo".

Lengua Protáctil.

Relacionada con la mordida abierta y los incisivos-- superiores protuidos.

Deglución atípica.

Se le decía al niño que deglutiera y se veía dónde--



apoyaba la lengua.

Mordedura de carrillos.

Directamente relacionada a laceraciones en el carrillo y a mordidas cruzadas en posteriores.

Respirador bucal.

Mientras se realizaba el interrogatorio se observó-- si respiraba nasalmente o por la boca, teniendo en cuenta -- que muchos niños presentaron amigdalitis.

Mordedura de lápiz.

Tomando en cuenta que está relacionado con desgaste del esmalte y malposición dentaria del área de apoyo.

Mentoneano hiperactivo.

Se observó el tono del músculo, palpando la zona del mentón.

Se registró si el niño era atendido o no; si el niño atendido presentaba obturaciones por operatoria convencional, se relacionó con la atención realizada por cirujanos dentistas de práctica general; un tratamiento de operatoria conservadora, coronas de acero, cromo, tratamientos ortodóncicos-- fijos y removibles, se relacionó con tratamientos hechos por

especialistas y los niños no atendidos que presentaban caries extensas, infecciones y no tenían restauraciones.

La elaboración de la investigación en las escuelas tuvo una duración de 6 meses; se obtuvieron 6,000 historias clínicas de las cuales 3,000 corresponden a niñas y 3,000 a niños para obtener una muestra real.

## RESULTADOS

De los 6,000 niños del total de la muestra 932 pertenecen a la clase I, tipo 5 Dewey-Anderson, que le corresponde el (16%). Tabla-Gráfica #1.

De los 932 individuos que pertenecen a la clase investigada, 467 fueron niñas con un (51%) y niños 465 con un (49%). Tabla-Gráfica #2.

Con respecto a la edad y sexo; de los 467 correspondientes al sexo femenino tuvimos: a los 8 años 171, con un (19%), a los 9 años 192, con un (21%) y a los 10 años 104, con un (11%).

De los 465 correspondientes al sexo masculino tuvimos: A los 8 años 168, con un (18%), a los 9 años 164, con un (17%) y a los 10 años 133, con un (14%). Tabla-Gráfica #3.

Los porcentajes obtenidos según la clasificación de la clase I, tipo 5 dada por Dewey-Anderson corresponde a la clase A 599 con un (64%), a la clase B 333 con un (36%). Tabla-Gráfica #4.

Clasificación "A" por edad y sexo tuvimos en el sexo femenino: A los 8 años 119, con un (13%), a los 9 años 134, con un (14%) y a los 10 años 58, con un (6%). En el sexo -- masculino: A los 8 años 105, con un (11%), a los 9 años 100, con un (11%) y a los 10 años 83, con un (9%). Tabla-Gráfica #5.

Clasificación "B" por edad y sexo tuvimos en el sexo femenino: A los 8 años 52, con un (6%), a los 9 años 58, con un (6%) y a los 10 años 46, con un (5%). En el sexo masculino: A los 8 años 63, con un (7%), a los 9 años 64, con un -- (7%) y a los 10 años 50, con un (5%). Tabla-Gráfica #6.

Con respecto a si fueron atendidos o no, tuvimos: Total de atendidos 341 con un (37%) y el total de los no atendidos 591 con un (63%). Tabla-Gráfica #7.

Atendidos de sexo femenino: En los 8 años 59, con un (6%), en los 9 años 74, con un (8%) y en los 10 años 46, con un (5%). En el sexo masculino: En los 8 años 52, con un (6%), en los 9 años 58, con un (6%) y en los 10 años 52, con un -- (6%). Tabla-Gráfica #8.

No atendidos de sexo femenino: En los 8 años 112, -- con un (12%), en los 9 años 118, con un (13%) y en los 10 --

años 58, con un (6%). En el sexo masculino: En los 8 años--116, con un (12%), en los 9 años 106, con un (11%) y en los-10 años 81, con un (9%). Tabla-Gráfica #9.

Con respecto a los atendidos tenemos: Atendidos por-Cirujanos Dentistas 311, con un (34%). Atendidos por Espe--cialistas 30, con un (3%). Tabla-Gráfica #10.

Atendidos por Cirujanos Dentistas en el sexo femeni--no: A los 8 años 55, con un (6%), a los 9 años 60, con un---(7%) y a los 10 años 41, con un (4%). En el sexo masculino: A los 8 años 52, con un (6%), a los 9 años 53, con un (6%),--y a los 10 años 50, con un (5%). Tabla-Gráfica #11.

Atendidos por Especialistas en el sexo femenino: A--los 8 años 4, con un (0%), a los 9 años 14, con un (2%) y a--los 10 años 5, con un (0%). En el sexo masculino: A los 8--años 0, con un (0%), a los 9 años 5, con un (1%) y a los 10--años 2, con un (0%). Tabla-Gráfica #12.

Con respecto a los niños que presentaron hábitos per--niciosos fueron: 258 con hábitos, con un (28%) y 674, sin há--bito, con un (72%). Tabla-Gráfica #13.

En el sexo femenino con hábitos perniciosos: De 8 --

años 54, con un (6%), de 9 años 46, con un (5%) y de 10 años 28, con un (3%). En el sexo masculino: De 8 años 48 con un (5%), de 9 años 46, con un (5%) y de 10 años 36 niños, con un (4%). Tabla-Gráfica #14.

En el sexo femenino sin hábitos perniciosos: De 8 -- años 115, con un (12%), de 9 años 144, con un (15%) y 10 --- años 80, con un (9%). En el sexo masculino: De 8 años 120, -- con un (13%), de 9 años 118, con un (13%) y de 10 años 97, -- con un (10%). Tabla-Gráfica #15.

De los niños que presentaron hábitos perniciosos tenemos:

A los 8 años en el sexo femenino: hábito de labio 24, con un (3%), Onicofagia 7, con un (1%), Succión de pulgar 8, con un (1%), Lengua protáctil 8, con un (1%), Deglución atípica 4, con un (0%), Succión de carrillo 2, con un (0%), Respirador bucal 1, con un (0%), Mordedura de lápiz 0, con un (0%), Mentoneano hiperactivo 0, con un (0%). En el sexo masculino: Hábito de labio 20, con un (2%), Onicofagia 11, con un (1%), Succión de pulgar 2, con un (0%), Lengua protáctil 9, con un (1%), Deglución atípica 2, con un (0%), Succión de carrillo 3, con un (0%), Respirador bucal 1, con un (0%), -- Mordedura de lápiz 0, con un (0%), Mentoneano hiperactivo 0,

con un (0%). Tabla-Gráfica #16.

A los 9 años en el sexo femenino: Hábito de labio 17, con un (2%), Onicofagia 14, con un (2%), Succión de pulgar 1, con un (0%), Lengua protáctil 9 con (1%), Deglución atípica-2, con un (0%), Succión de Carrillo 2, con un (0%), Respirador bucal 1, con un (0%), Mordedura de lápiz 0, con un (0%), Mentoneano hiperactivo 0, con un (0%). En el sexo masculino Hábito de labio 15, con un (2%), Onicofagia 16, con un (2%), Succión de pulgar 4, con un (0%), Lengua protáctil 5, con un (1%), Deglución atípica 1, con un (0%), Succión de carrillo-4, con un (0%), Respirador bucal 0, con un (0%), Mordedura--de lápiz 1, con un (0%), Mentoneano hiperactivo 0, con un --(0%). Tabla-Gráfica #17.

A los 10 años en el sexo femenino: Hábito de labio--8, con un (1%), Onicofagia 10, con un (1%), Succión de pul--gar 1, con un (0%), Lengua protáctil 3 con un (0%), Deglu---ción atípica 3, con un (0%), Succión de Carrillo 2, con un--(0%), Respirador bucal 0, con un (0%), Mordedura de lápiz 0, con un (0%), Mentoneano hiperactivo 1, con un (0%). En el--sexo masculino: Hábito de labio 14, con un (2%), Onicofagia-13, con un (2%), Succión de pulgar 3, con un (0%), Lengua --protáctil 3, con un (0%), Deglución atípica 1, con un (0%),--Succión de carrillo 1, con un (0%), Respirador bucal 1, con-

un (0%), Mordedura de lápiz 0, con un (0%), Mentoneano hiperactivo 0, con un (0%). Tabla-Gráfica #18.

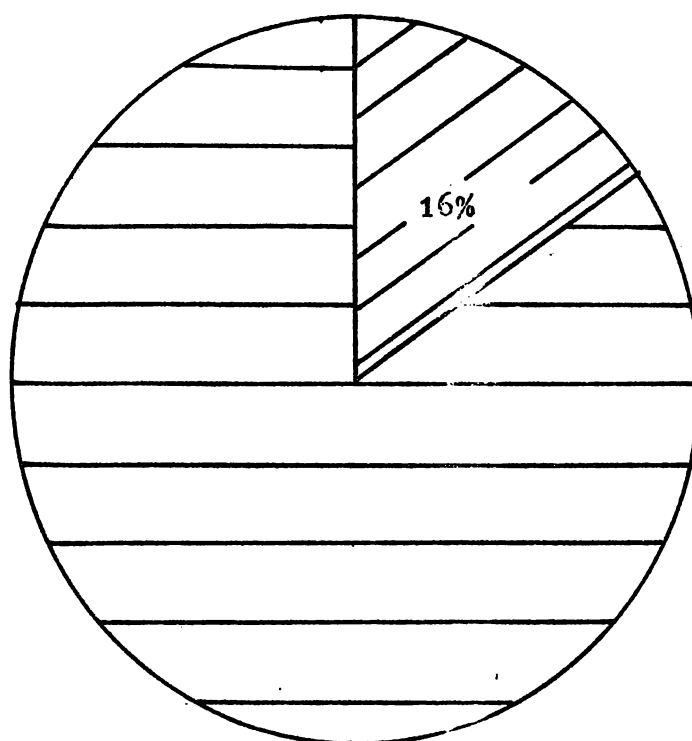


MALOCCLUSIÓN CLASE I, ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

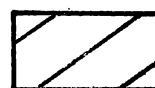
POBLACIÓN TOTAL	6000	100%
POBLACIÓN DE LA MALOCCLUSIÓN DE CLASE I, TIPO 5	932	16%

TABLA 1, MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, EN LA POBLACIÓN TOTAL.

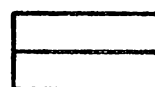
Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

**MALOCCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.**

POBLACIÓN  
TOTAL



POBLACIÓN DE LA  
MALOCCLUSIÓN DE  
CLASE I, TIPO 5



**GRÁFICA 1, MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, EN LA POBLACIÓN TOTAL.**

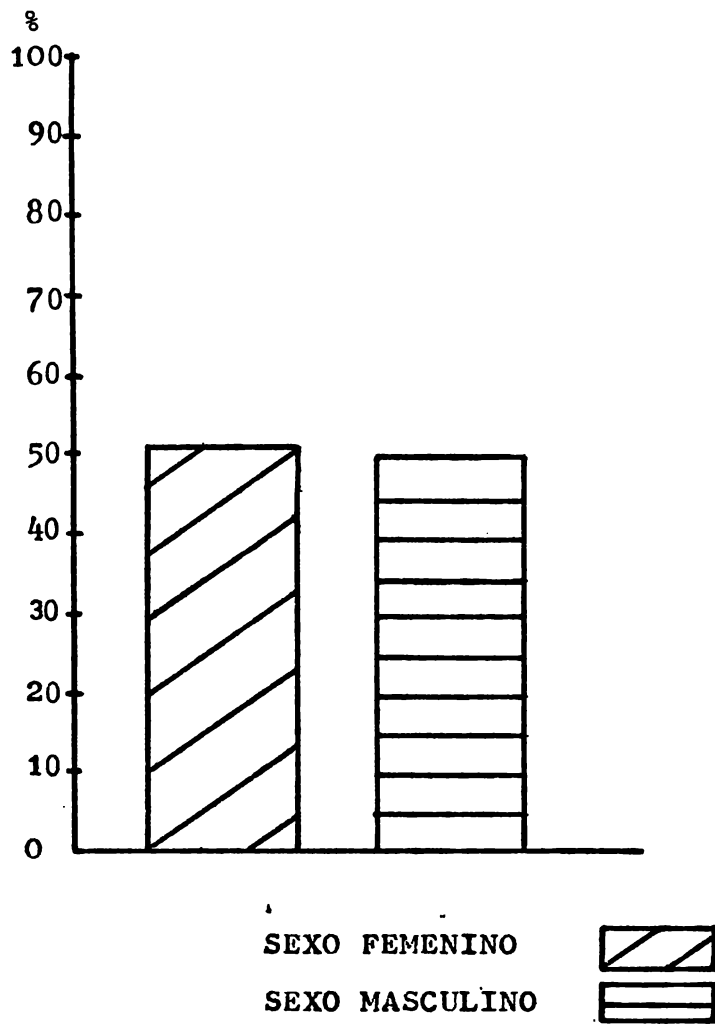
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

POBLACIÓN TOTAL FEMENINA	467	51%
POBLACIÓN TOTAL MASCULINA	465	49%
POBLACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN DE CLASE I, TIPO 5	932	100%

TABLA 2, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES POR SEXO.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas - de las 16 delegaciones del distrito federal.

MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.



GRÁFICA 2, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5 --  
TOTALES POR SEXO.

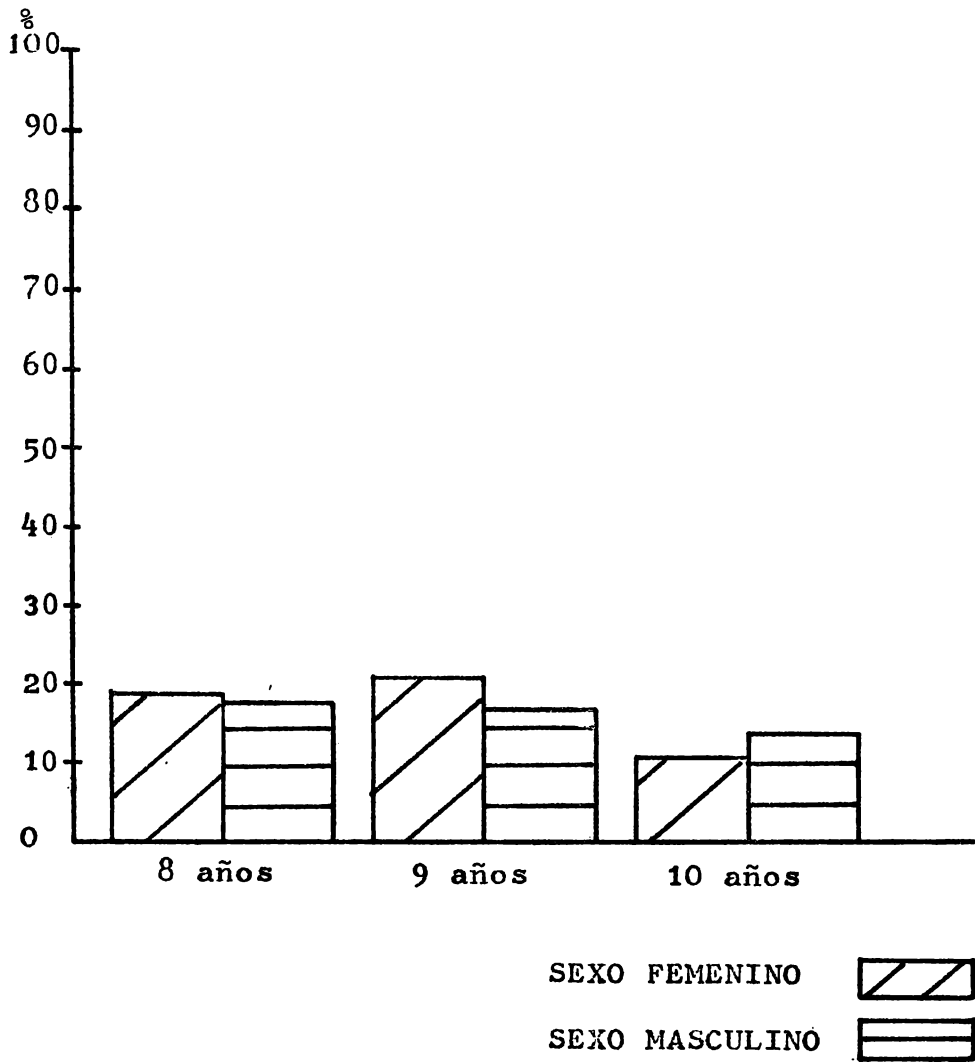
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	171	19%	168	18%	339	37%
9 años	192	21%	164	17%	356	38%
10 años	104	11%	133	14%	237	25%
Total	467	51%	465	49%	932	100%

TABLA 3, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, POR EDAD Y SEXO.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

MALOCCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.



GRÁFICA 3, MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, POR EDAD Y SEXO.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

---

CLASIFICACIÓN A	599	64%
-----------------	-----	-----

---

CLASIFICACIÓN B	333	36%
-----------------	-----	-----

---

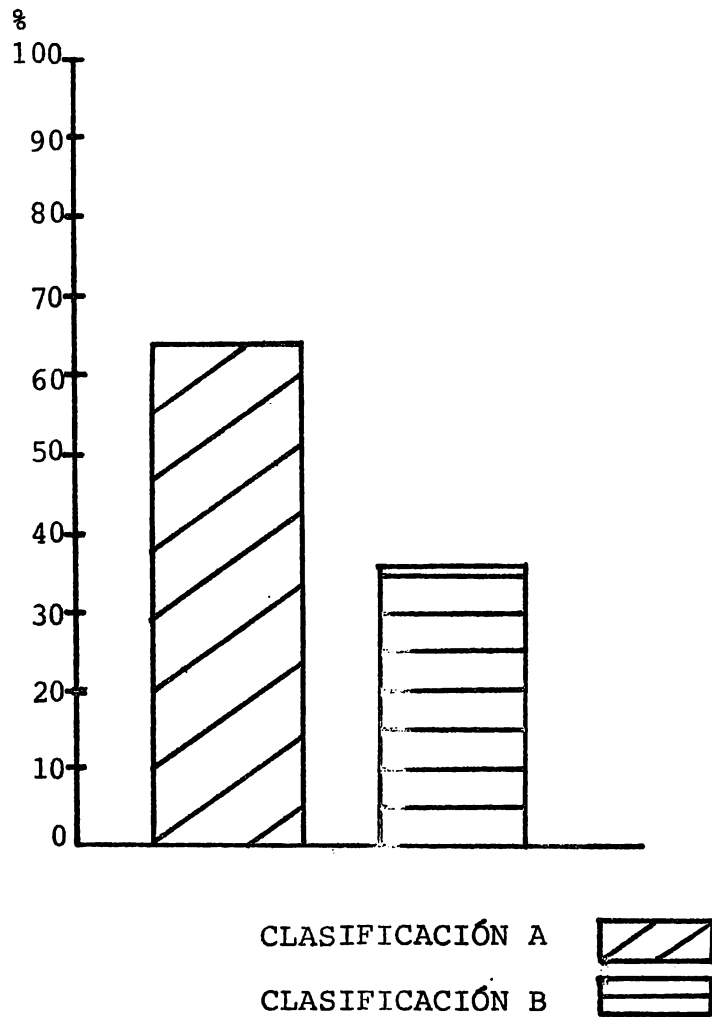
Total	932	100%
-------	-----	------

---

TABLA 4, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES DE LA CLASIFICACIÓN A-B.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas - de las 16 delegaciones del distrito federal.

MALOCCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 4, MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES DE LA CLASIFICACIÓN A-B



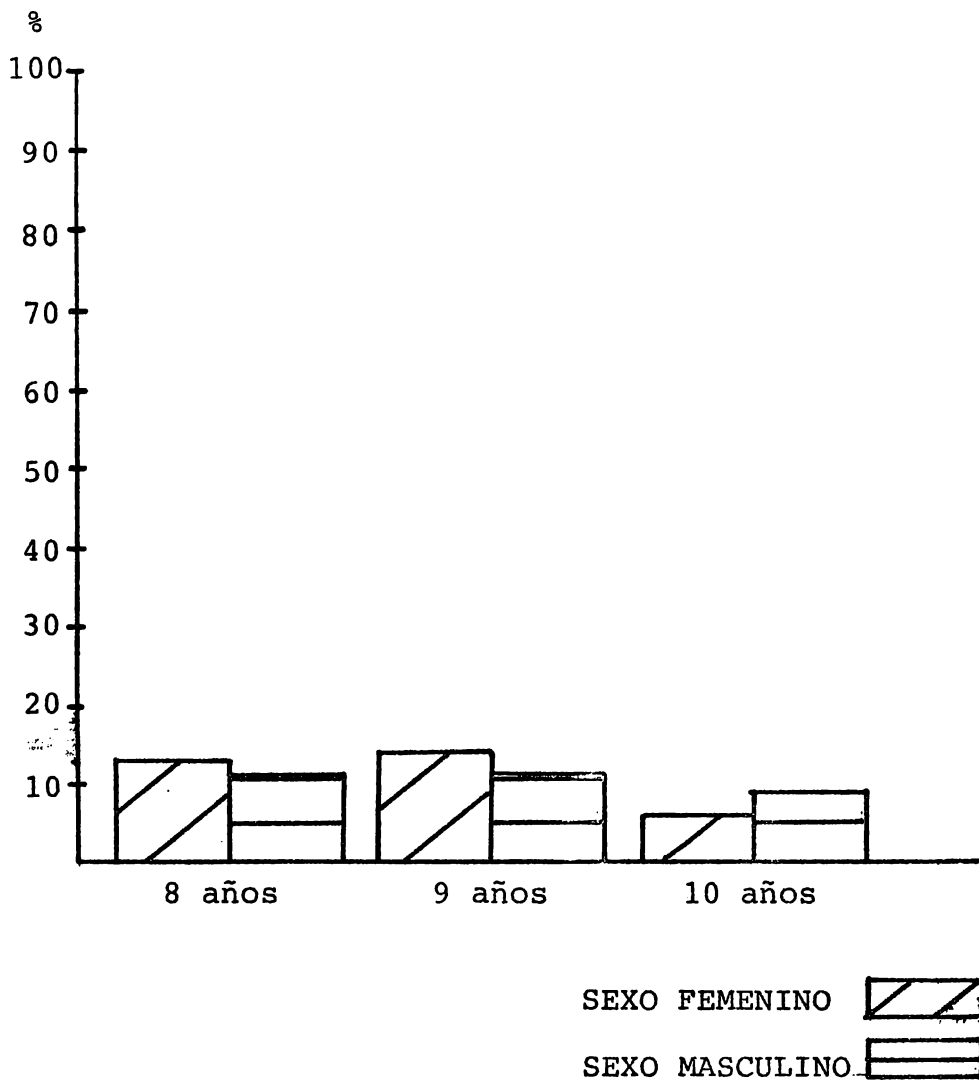
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	179	19%	105	11%	224	24%
9 años	134	14%	100	11%	234	25%
10 años	58	6%	83	9%	141	15%
Total	311	33%	288	31%	599	64%

TABLA 5, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CLASIFICACIÓN A POR SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de -- las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 5, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CLASIFICACIÓN A POR SEXO Y EDAD.

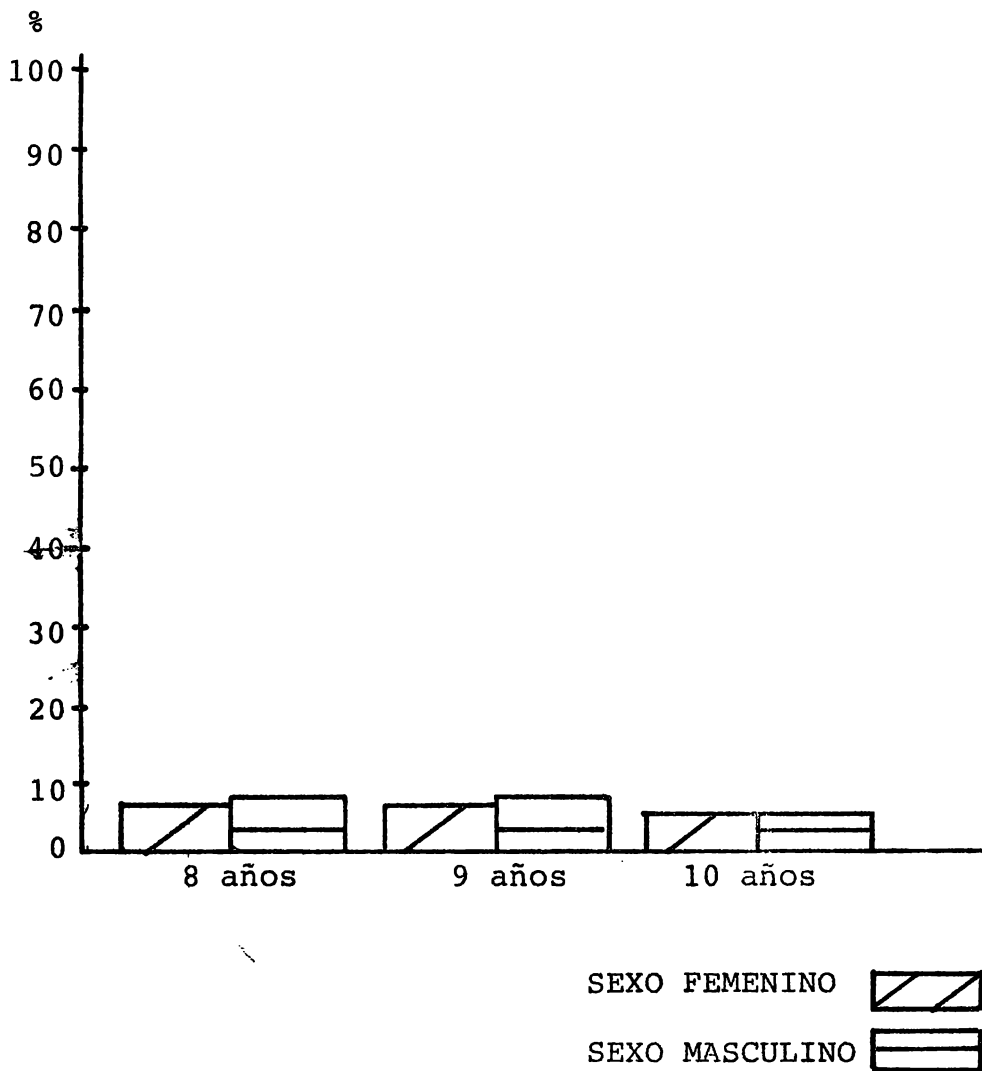
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	52	6%	63	7%	115	13%
9 años	58	6%	64	7%	122	13%
10 años	46	5%	50	5%	96	10%
Total	156	17%	177	19%	333	36%

TABLA 6, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CLASIFICACIÓN B POR SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 6, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CLASIFICACIÓN B POR SEXO Y EDAD.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

---

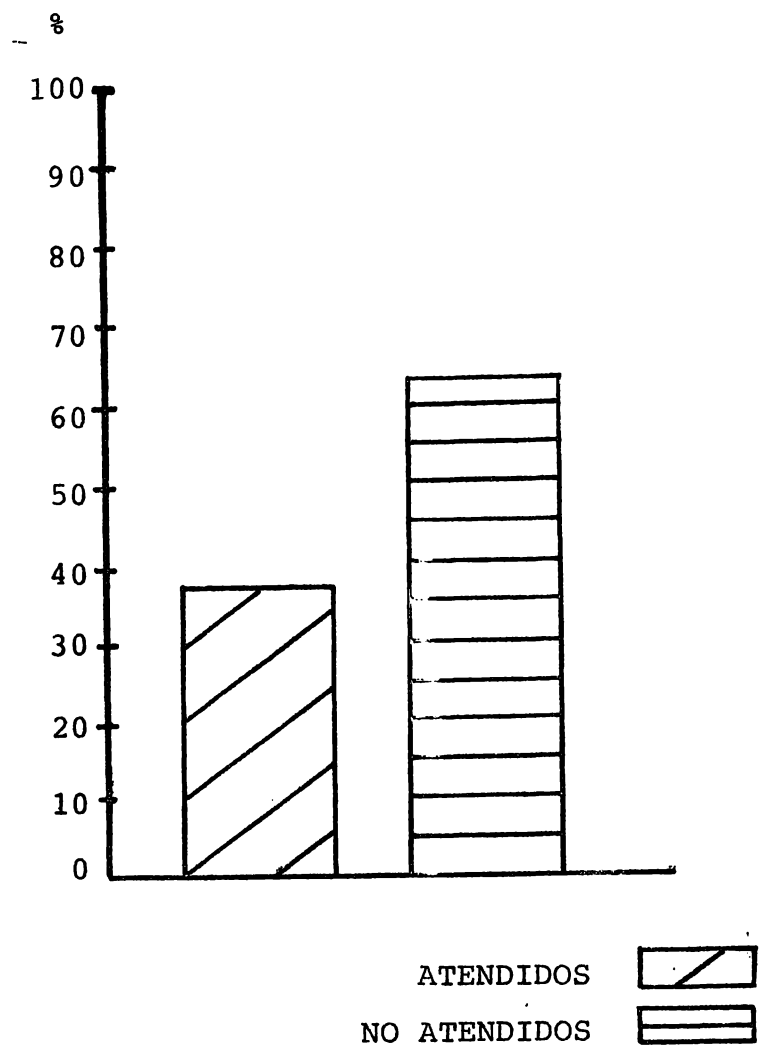
ATENDIDOS	341	37%
NO ATENDIDOS	591	63%
Total	932	100%

---

TABLA 7, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES-  
DE ATENDIDOS Y NO ATENDIDOS.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas  
de las 16 delegaciones del distrito federal.

MALOCCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 7, MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES DE ATENDIDOS Y NO ATENDIDOS.

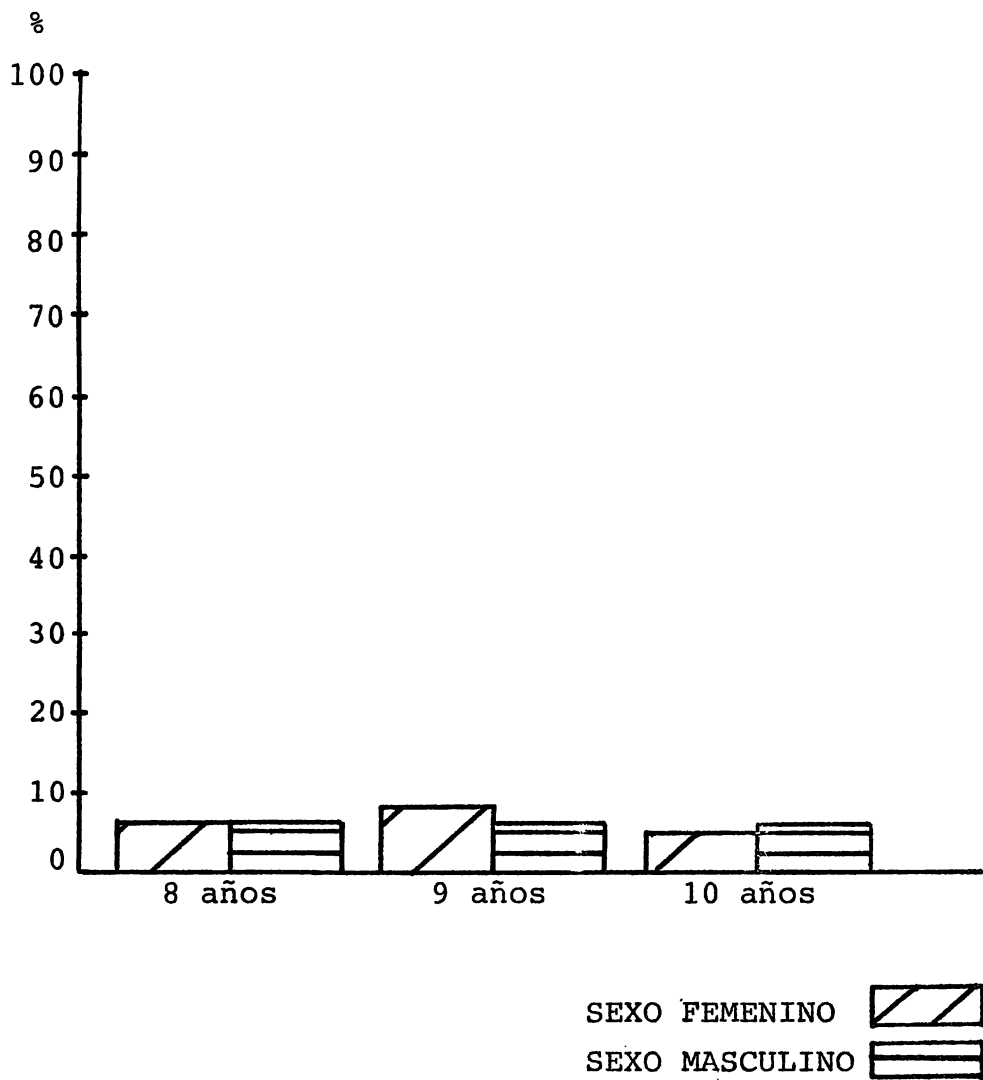
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	59	6%	52	6%	111	12%
9 años	74	8%	58	6%	132	14%
10 años	46	5%	52	6%	98	11%
Total	179	19%	162	18%	341	37%

TABLA 8, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDIDOS POR -- SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 8, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDIDOS POR SEXO Y EDAD.



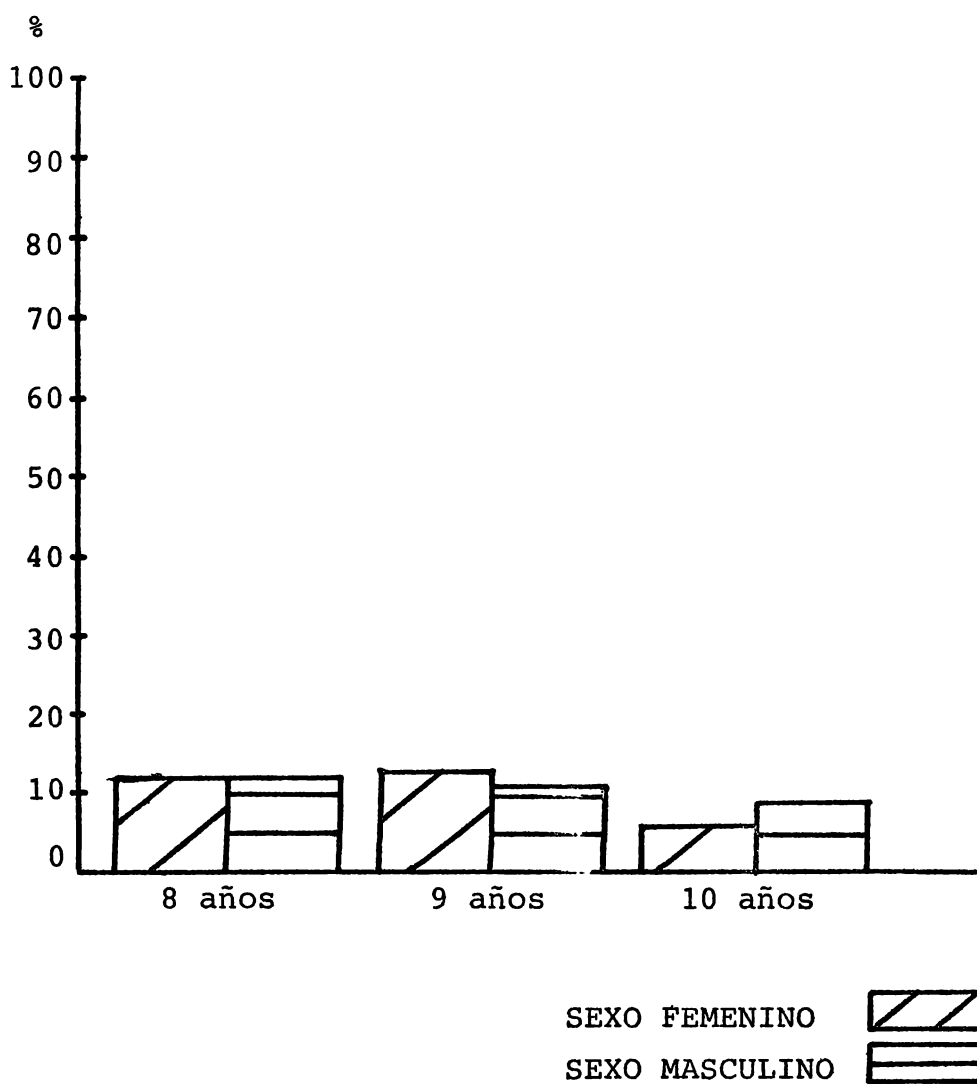
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculina		Suma	
	Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia	
8 años	112	12%	116	12%	228	24%
9 años	118	13%	106	11%	224	24%
10 años	58	6%	81	9%	139	15%
Total	288	31%	303	32%	591	63%

TABLA 9, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, NO ATENDIDOS --  
POR SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de --  
las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 9, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, NO ATENDIDOS POR SEXO Y EDAD.

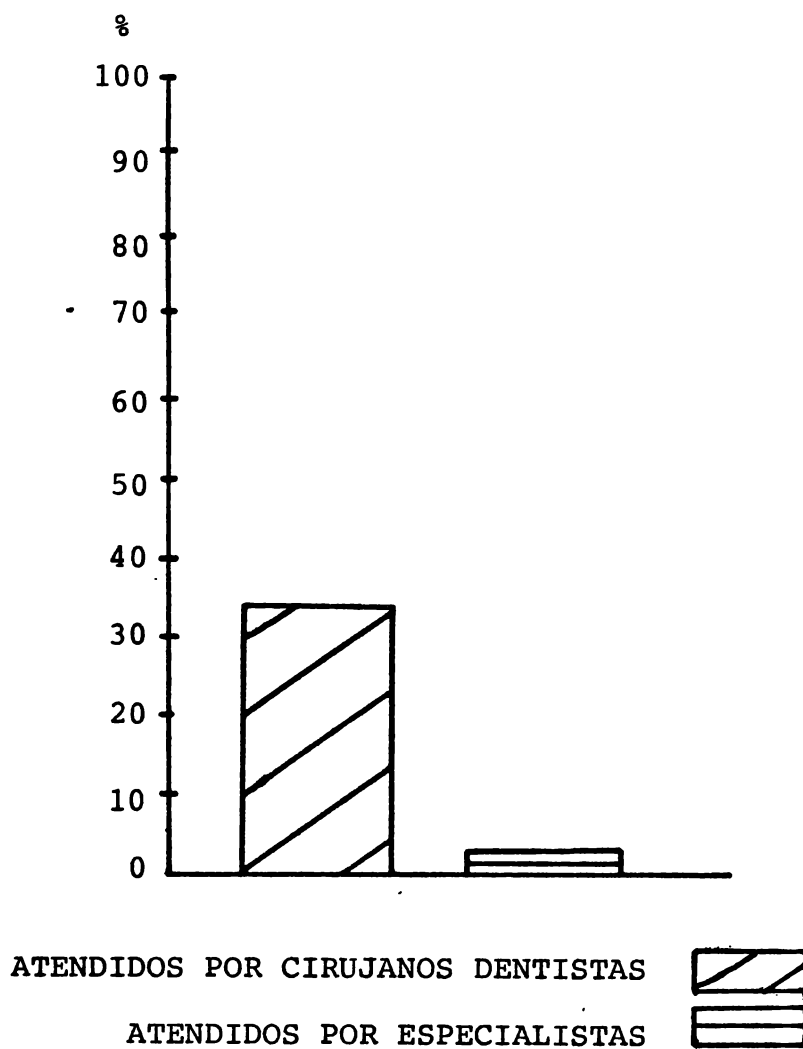
**MALOCCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.**

ATENDIDOS POR CIRUJANOS DENTISTAS	311	34%
ATENDIDOS POR ESPECIALISTAS	30	3%
Total	341	37%

**TABLA 10, MALOCCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES-  
DE ATENDIDOS POR CIRUJANOS DENTISTAS Y ESPECIALISTAS.**

**Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas  
de las 16 delegaciones del distrito federal.**

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 10, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES DE ATENDIDO POR CIRUJANOS DENTISTAS Y ESPECIALISTAS.

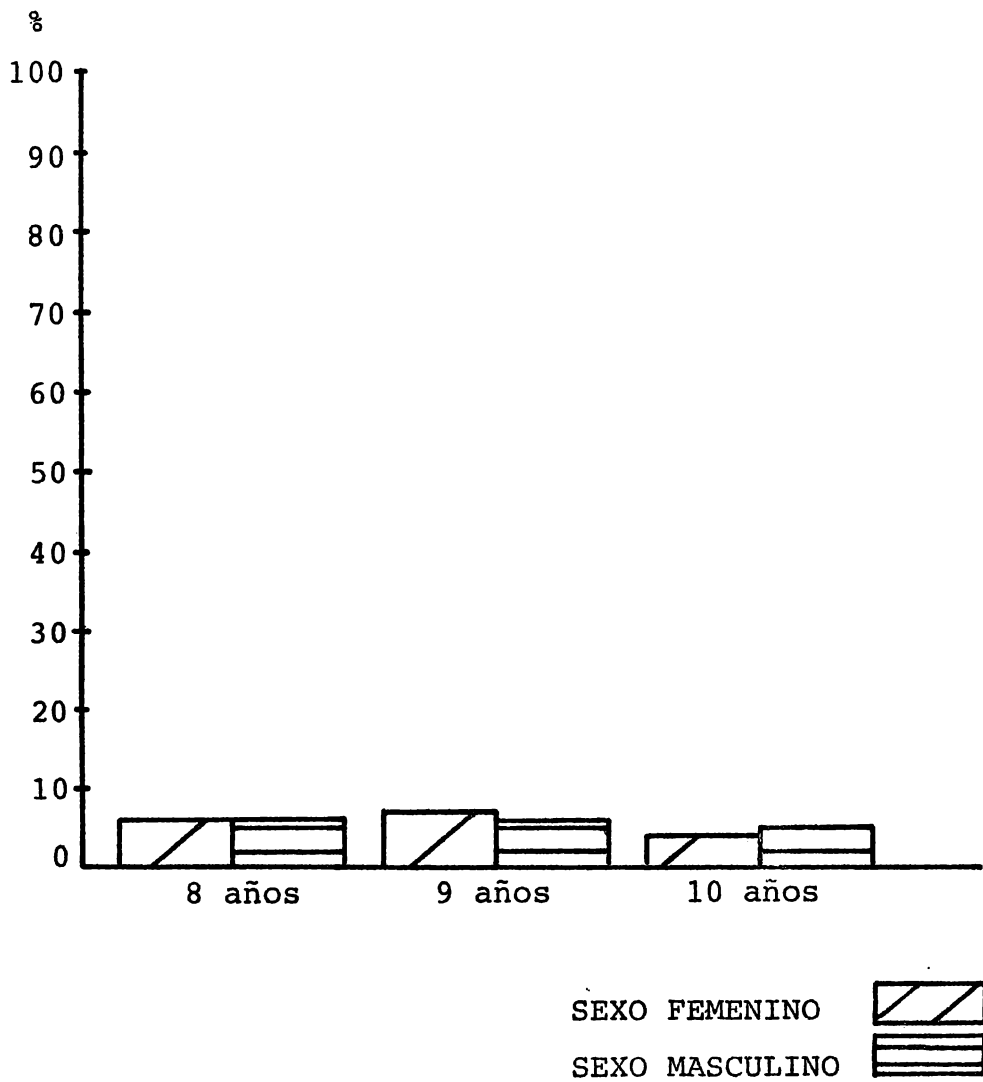
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	55	6%	52	6%	107	12%
9 años	60	7%	53	6%	113	13%
10 años	41	4%	50	5%	91	9%
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>17%</b>	<b>155</b>	<b>17%</b>	<b>311</b>	<b>34%</b>

TABLA 11, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDIDOS POR CIRUJANOS DENTISTAS EN SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 11, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDIDOS POR CIRUJANOS DENTISTAS EN SEXO Y EDAD.

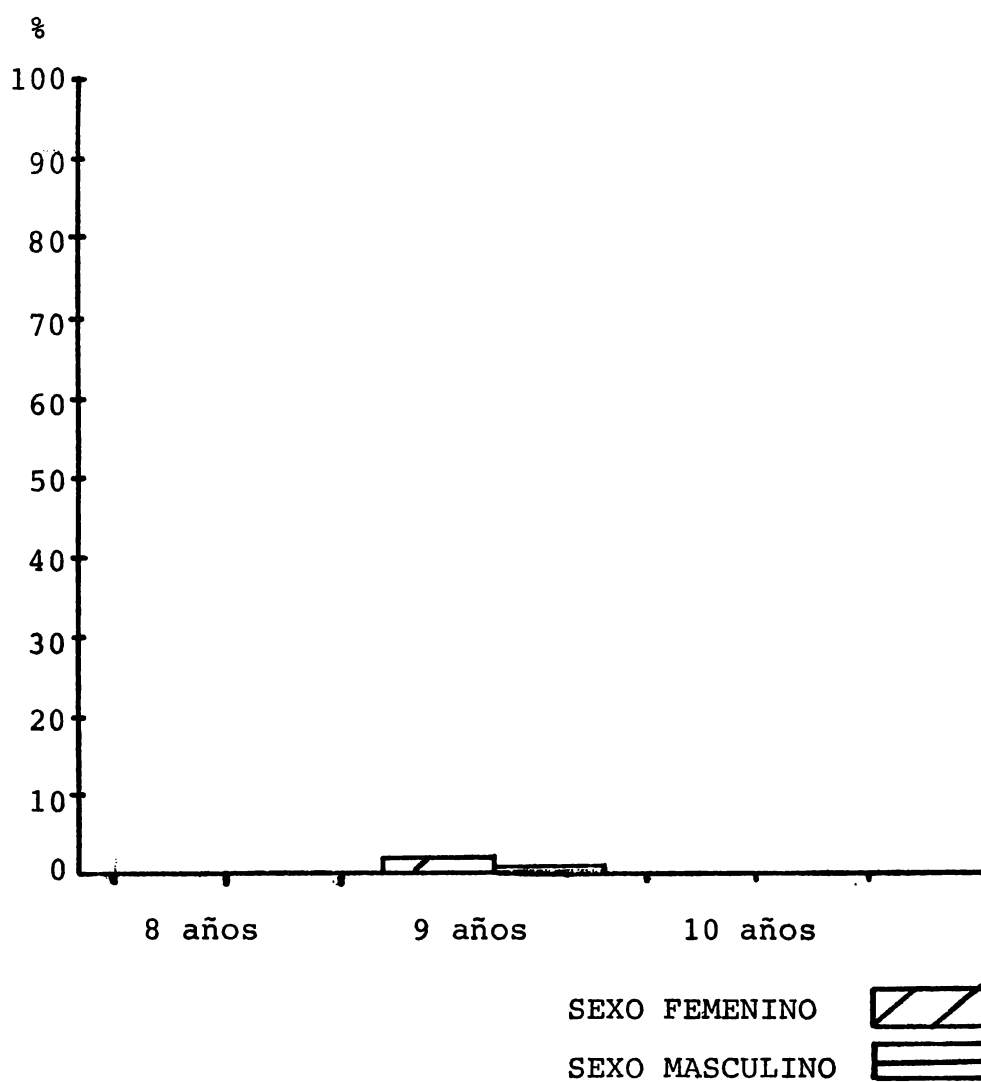
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	4	0%	0	0%	4	0%
9 años	14	2%	5	1%	19	3%
10 años	5	0%	2	0%	7	0%
Total	23	2%	7	1%	30	3%

TABLA 12, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDIDOS POR ESPECIALISTAS EN SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I, ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 12, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, ATENDIDOS POR ESPECIALISTAS EN SEXO Y EDAD.



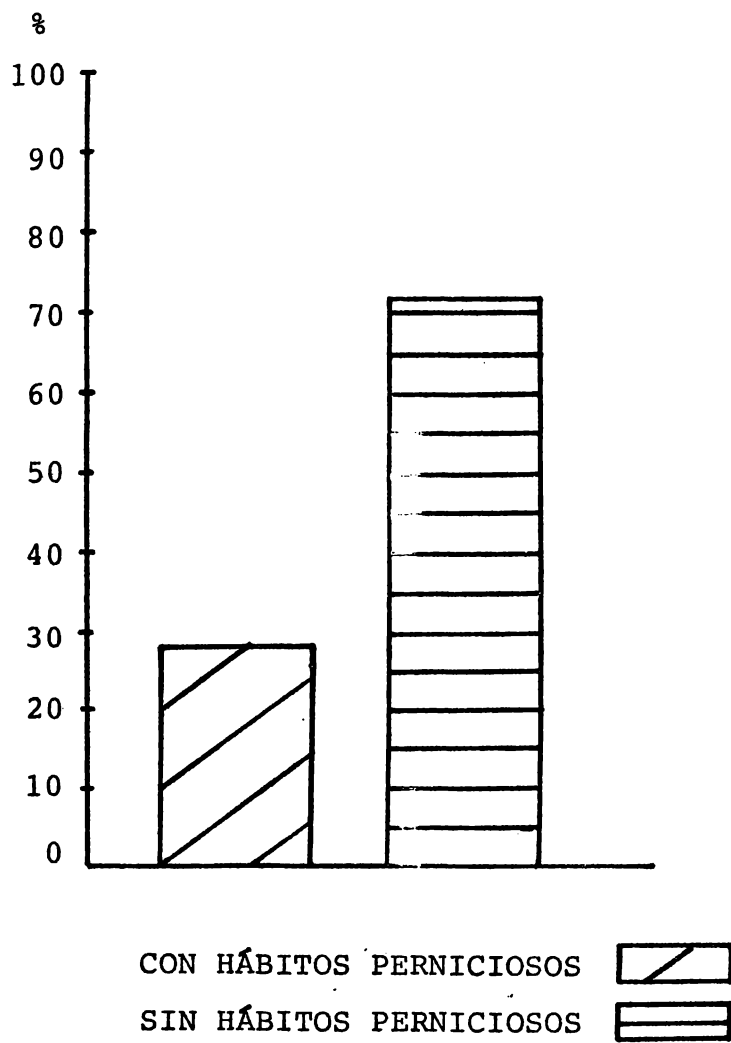
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

CON HÁBITOS PERNICIOSOS	258	28%
SIN HÁBITOS PERNICIOSOS	674	72%
Total	932	100%

TABLA 13, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES-  
CON HÁBITOS PERNICIOSOS Y SIN HÁBITOS PERNICIOSOS.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas  
de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 13, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, TOTALES  
CON HÁBITOS PERNICIOSOS Y SIN HÁBITOS PERNICIOSOS.

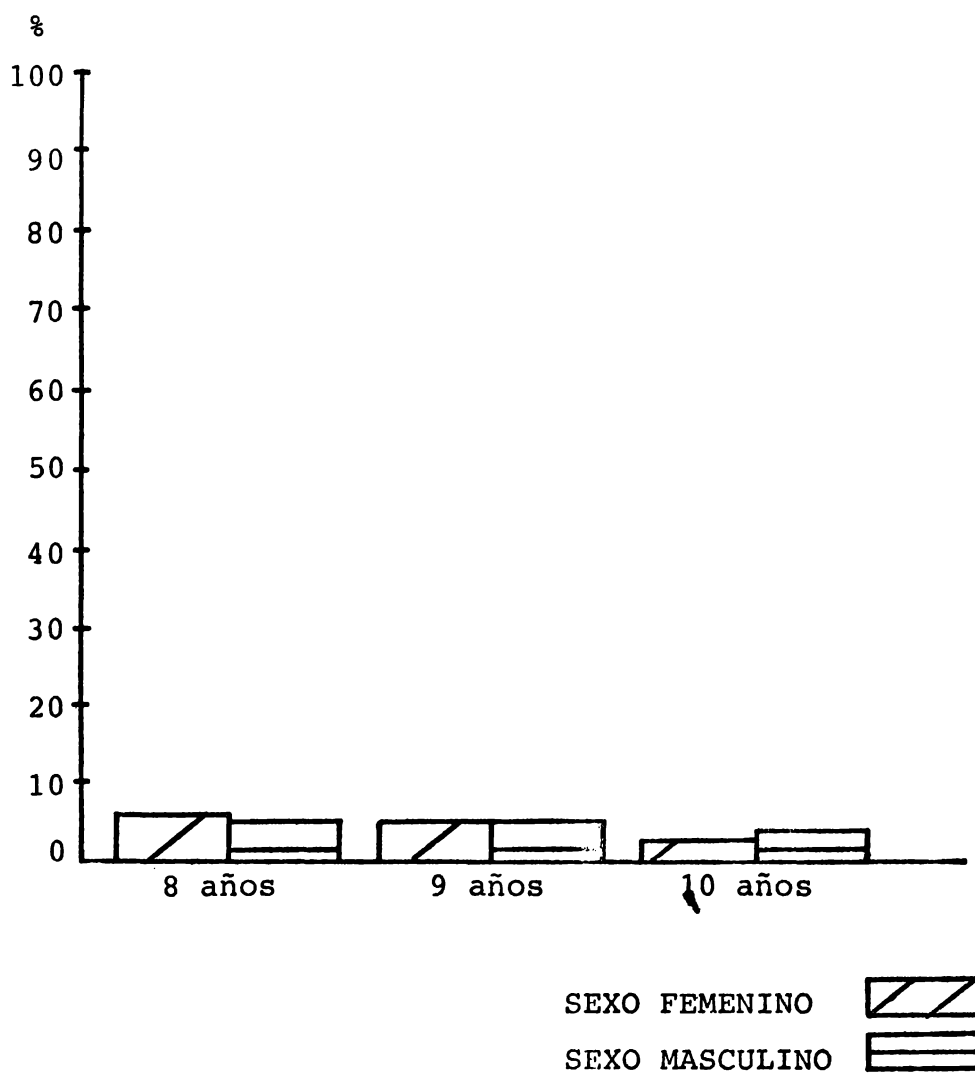
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	54	6%	48	5%	102	11%
9 años	46	5%	46	5%	92	10%
10 años	28	3%	36	4%	64	7%
Total	128	14%	130	14%	258	28%

TABLA 14, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 14, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO Y EDAD.

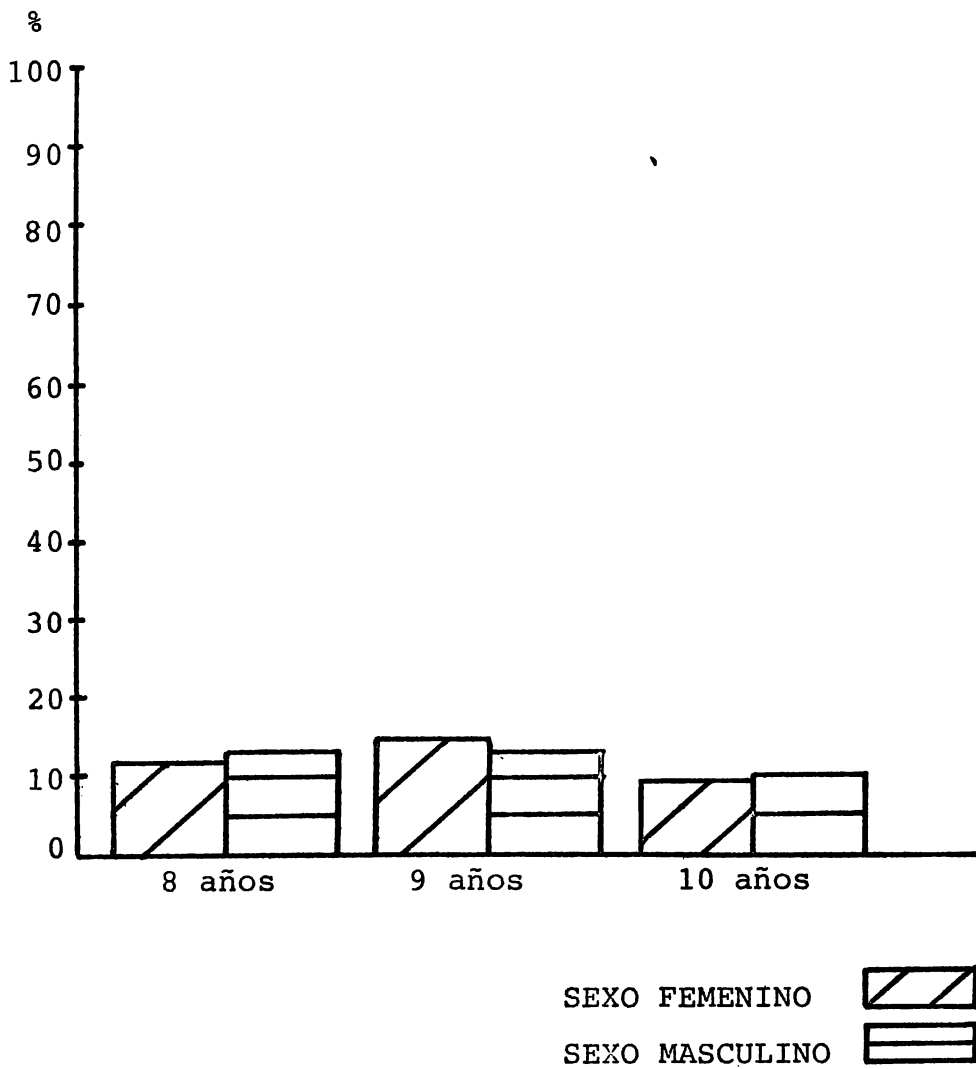
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

Edad	Femenino		Masculino		Suma	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8 años	115	12%	120	13%	235	25%
9 años	144	15%	118	13%	262	28%
10 años	80	9%	97	10%	177	19%
Total	339	36%	335	36%	674	72%

TABLA 15, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, SIN HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO Y EDAD.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 15, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, SIN HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO Y EDAD.

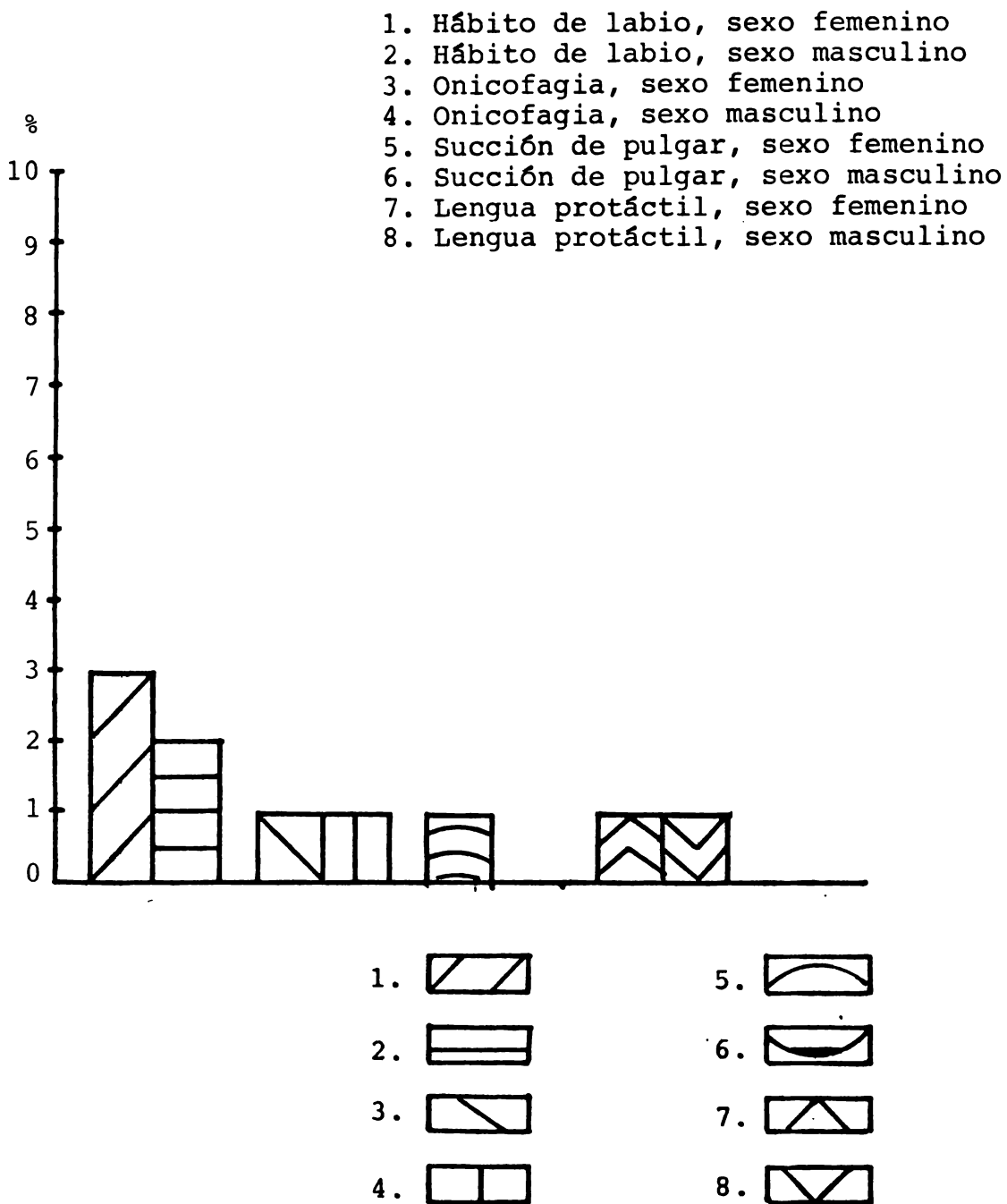
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

8 Años	Femenino		Masculino		Suma	
Hábitos	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hábito de labio	24	3%	20	2%	44	5%
Onicofagia	7	1%	11	1%	18	2%
Succión de pulgar	8	1%	2	0%	10	1%
Lengua protáctil	8	1%	9	1%	17	2%
Deglución atípica	4	0%	2	0%	6	0%
Succión de carrillo	2	0%	3	0%	5	0%
Respirador bucal	1	0%	1	0%	2	0%
Mordedura de lápiz	0	0%	0	0%	0	0%
Mentoneo hiperactivo	0	0%	0	0%	0	0%
Total	54	6%	48	4%	102	10%

TABLA 16, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS -- PERNICIOSOS POR SEXO EN LOS 8 AÑOS.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 16, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO EN LOS 8 AÑOS.



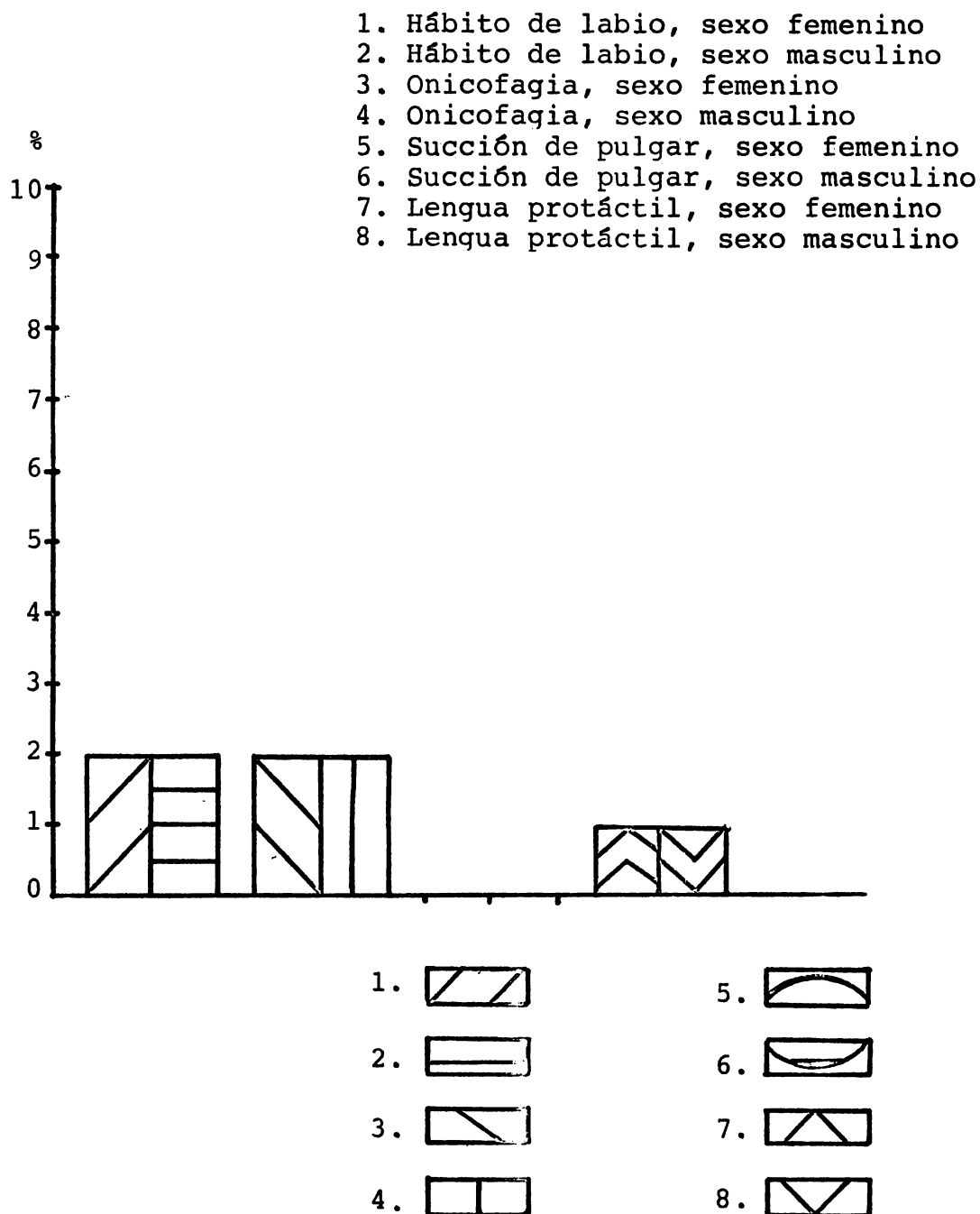
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

9 Años	Femenino		Masculino		Suma	
Hábitos	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hábito de labio	17	2%	15	2%	32	4%
Onicofagia	14	2%	16	2%	30	4%
Succión de pulgar	1	0%	4	0%	5	0%
Lengua protáctil	9	1%	5	1%	14	2%
Deglución atípica	2	0%	1	0%	3	0%
Succión de carrillo	2	0%	4	0%	6	0%
Respirador bucal	1	0%	0	0%	1	0%
Mordedura de lápiz	0	0%	1	0%	1	0%
Mentoneo hiperactivo	0	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>5%</b>	<b>46</b>	<b>5%</b>	<b>92</b>	<b>10%</b>

TABLA 17, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS --  
PERNICIOSOS POR SEXO EN LOS 9 AÑOS.

Fuente: escuelas primarias, privadas y públicas de las-  
16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 17, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO EN LOS 9 AÑOS.

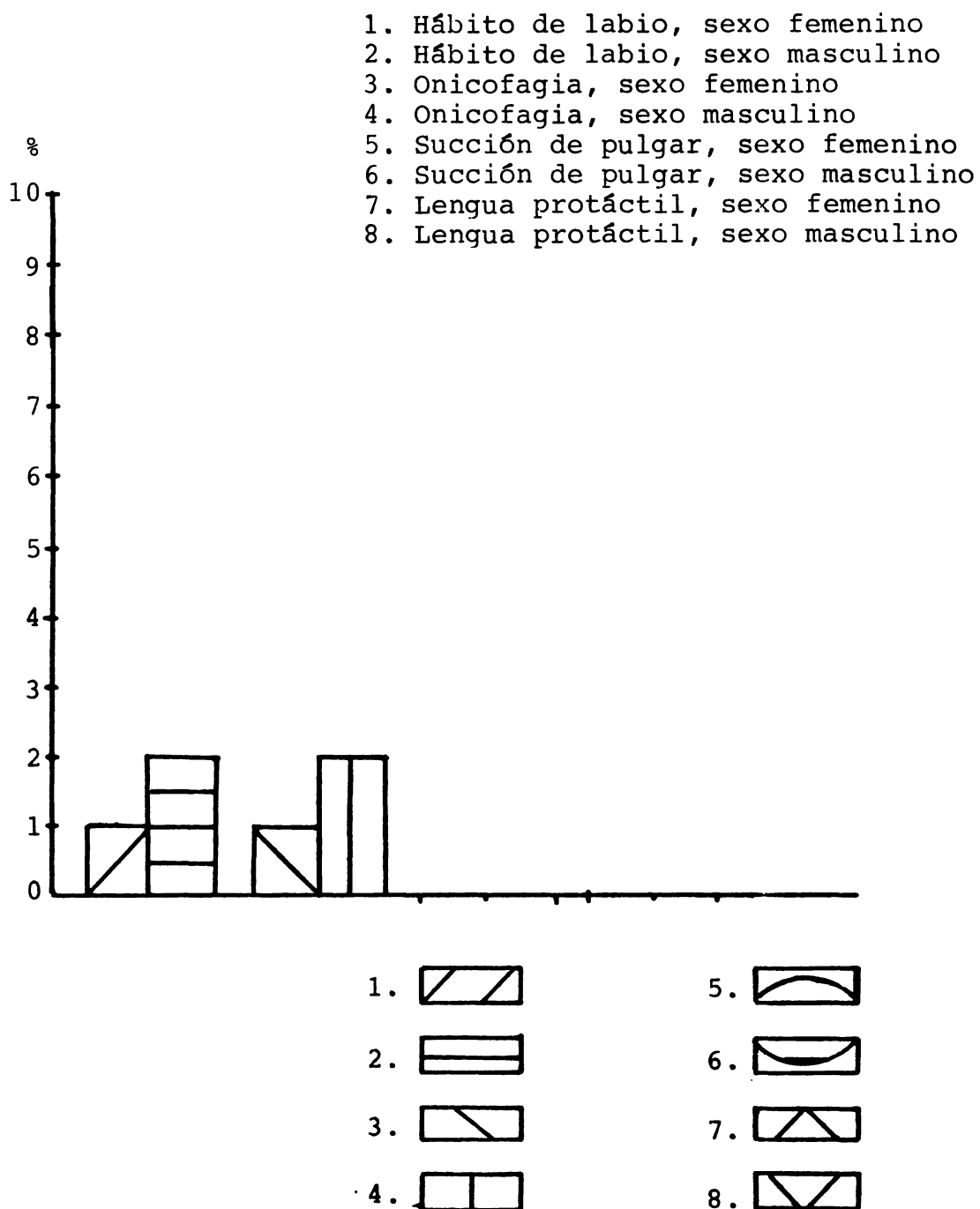
## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON.

10 Años	Femenino		Masculino		Suma	
Hábitos	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Hábito de labio	8	1%	14	2%	22	3%
Onicofagia	10	1%	13	2%	23	3%
Succión de pulgar	1	0%	3	0%	4	0%
Lengua protáctil	3	0%	3	0%	6	0%
Deglución atípica	3	0%	1	0%	4	0%
Succión de carrillo	2	0%	1	0%	3	0%
Respirador bucal	0	0%	1	0%	1	0%
Mordedura de lápiz	0	0%	0	0%	0	0%
Mentoneano hiperactivo	1	0%	0	0%	1	0%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>2%</b>	<b>36</b>	<b>4%</b>	<b>64</b>	<b>6%</b>

TABLA 18, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO EN LOS 10 AÑOS.

Fuente; escuelas primarias, privadas y públicas de las 16 delegaciones del distrito federal.

## MALOCLUSIÓN CLASE I ANGLE, TIPO 5 DEWEY-ANDERSON



GRÁFICA 18, MALOCLUSIÓN CLASE I, TIPO 5, CON HÁBITOS PERNICIOSOS POR SEXO EN LOS 10 AÑOS.

## DISCUSIÓN

De los 932 individuos, la clase I de Angle, tipo 5-- Dewey-Anderson, representa el (16%) con respecto al total de la población (6,000 niños). Tabla-Gráfica 1.

Con respecto a los totales de la población: la femenina con un (51%), la masculina con (49%), con lo que observamos que el número de niñas y niños es casi el mismo, existiendo una diferencia del (2%), con respecto a las niñas, la cual por el tamaño de la muestra no es significativa. Tabla-Gráfica #2.

En relación a los porcentajes obtenidos por edad y-- sexo comparativamente tuvimos:

Las niñas de 8 años con un (19%), los niños con (18%) obteniendo una diferencia entre los porcentajes de (1%) a favor de las niñas; a los 9 años, en las niñas (21%) y en los niños un (17%) con una diferencia entre los porcentajes de-- (4%) en las niñas; y a los 10 años, en las niñas un (11%),-- en los niños un (14%), el mayor porcentaje en los niños por un (3%). En los totales, el femenino (51%) y el masculino-- (49%), siendo el femenino mayor por (2%). Tabla-Gráfica #3.

En relación con la clasificación realizada por Dewey Anderson a la clase I, tipo 5, tenemos que en la clasificación A presentó un (64%) y la clasificación B un (36%), con una diferencia entre sí de (28%) en favor a la clasificación A. Teniendo en cuenta que los niños que pertenecen a la clasificación B pasaron por la clasificación A, lo que nos indica que existieron factores que favorecieron la mayor pérdida de espacio. Entre esos factores tenemos el grado de osificación o alguna patología en ella interviniendo en este caso, - "El estado metabólico del paciente y concerniente a éste el riesgo sanguíneo adecuado, nutrición (vitamina C, Calcio), -- concentración normal de hormonas especialmente estrógenos -- que favorecen su actividad osteoblástica".

Continuando con la comparación de los porcentajes, -- tenemos en la clasificación A por edad y sexo.

A los 8 años en el sexo femenino (13%), en el sexo -- masculino (11%), estableciéndose una diferencia de porcentajes de (2%) en favor del sexo femenino. A los 9 años en el sexo femenino (14%), en el sexo masculino (11%), con una diferencia de porcentajes de (3%) en favor al sexo femenino. - A los 10 años en el sexo femenino (6%), en el sexo masculino (9%) con una diferencia de porcentajes de (3%) en favor del -- sexo masculino, la diferencia de los porcentajes totales es-

de (33%) del sexo femenino, (31%) del sexo masculino, con una diferencia entre ellos de (2%). Tabla-Gráfica #5.

En la clasificación B, comparativamente en edad y sexo tenemos: A los 8 años en el sexo femenino (6%), en el sexo masculino (7%), con una diferencia entre los porcentajes de (1%) en favor al sexo masculino. A los 9 años en el sexo femenino (6%), en el sexo masculino (7%) con una diferencia de porcentajes de (1%) a favor del sexo masculino. A los 10 años, en el sexo femenino (5%) y en el sexo masculino (5%), con ninguna diferencia de porcentajes, con relación a la diferencia de los porcentajes totales: en el sexo femenino de (17%), en el sexo masculino (19%), con una diferencia entre los porcentajes de (2%). Tabla-Gráfica #6.

Con respecto al tipo de atención tenemos los niños que fueron "Atendidos" (37%) y los "No Atendidos" (63%), con una diferencia de los porcentajes de (26%). Tabla-Gráfica #7.

En los datos anteriores, nos percatamos que el porcentaje mayor corresponde a los "No Atendidos", que está en relación a la deficiente atención dental masiva, de la población mexicana de pocos recursos o a la indiferencia a la prevención dental, a todos los niveles sociales, especialmente-

en la clase media, que tiene los medios económicos y que acude al consultorio dental sólo en caso de emergencia, no llevando a los niños periódicamente a revisión.

Los "Atendidos" a los 8 años en el sexo femenino --- (6%), en el sexo masculino (6%), sin diferencia entre los -- porcentajes; a los 9 años en el sexo femenino (8%), en el -- sexo masculino (6%), con una diferencia entre los porcenta-- jes de (2%) en favor al sexo femenino; a los 10 años en el-- sexo femenino (5%), en el sexo masculino (6%) con una dife-- rencia de porcentajes de (1%) en favor del sexo masculino.-- Con una diferencia en los totales de los porcentajes de (1%) en favor del sexo femenino. Tabla-Gráfica #8.

De los "No Atendidos" a los 8 años en el sexo femenino (12%) igual al masculino (12%), sin diferencia entre los-- porcentajes; en los 9 años en el sexo femenino (13%), en el-- masculino (11%) con una diferencia de porcentajes de (2%) en favor del sexo femenino; a los 10 años en el sexo femenino-- (6%) en el masculino (9%) con una diferencia de porcentajes-- de (3%) en favor del sexo masculino. Con respecto a los to-- tales, en el sexo femenino (31%), en el sexo masculino (32%), con una diferencia entre sí de (1%). Tabla-Gráfica #9.

Los datos anteriores están en relación, con la prefere



rencia de los padres hacia las niñas, a que se les atiendan la maloclusión por un motivo estético.

Dentro de los "Atendidos" con un (37%), tenemos a los atendidos por Cirujanos Dentistas (34%) y especialistas (3%). Tabla-Gráfica #10.

En relación a los porcentajes anteriores tan diferentes, son la representación de la atención realizada por especialistas, que es elitista en favor a las personas con percepciones económicas altas, ya que el costo de los tratamientos realizados por especialistas es alto, además que la divulgación de las especialidades odontológicas, no es amplia en la población, por lo que este aspecto, se deberá fomentar a todos los niveles la comunicación masiva, incluyendo la atención realizada por los Cirujanos Dentistas de práctica general.

En la atención por Cirujanos Dentistas de práctica general, tenemos a los 8 años, en el sexo femenino (6%), en el sexo masculino (6%), sin diferencia de porcentajes; a los 9 años en el sexo femenino (7%), en el sexo masculino (6%) con una diferencia de porcentajes de (1%); a los 10 años en el sexo femenino (4%), en el sexo masculino (5%) con una diferencia de porcentajes de (1%). Sin diferencia en los por-

centajes totales, en ambos sexos (17%), lo que nos indica -- que la atención realizada por Cirujanos Dentistas a los niños en ambos sexos es igual. Tabla-Gráfica #11.

En la atención realizada por especialistas, los porcentajes son muy pequeños en cantidad, dado que las frecuencias no alcanzaron la unidad al convertirlas en enteros. A los 8 años en el sexo femenino (0%), sexo masculino (0%) -- con igual porcentaje comparativo; a los 9 años en el sexo femenino (2%), en el sexo masculino (1%) con una diferencia de porcentajes de (1%) a favor al sexo femenino; a los 10 años en el sexo femenino (0%) y en el sexo masculino (0%), sin diferencia de porcentaje, con una diferencia en los porcentajes totales: en el sexo femenino (2%) y en el masculino (1%), estableciéndose una diferencia de los porcentajes de (1%) en favor del sexo femenino, comprobando la preferencia hacia el sexo femenino de recibir la atención por especialistas. Tabla-Gráfica #12.

Los porcentajes obtenidos por los niños que presentan hábitos perniciosos y los que no presentan:

Con hábitos, obtuvimos un (28%) y sin hábitos con un (72%), con una diferencia entre los porcentajes de (44%) en favor a los niños que no presentaron hábitos. Los niños que

presentaron hábitos perniciosos es mucho menor que los que no lo presentaron. Estos hábitos son debidos en muchas ocasiones a factores psicológicos. Tabla-Gráfica #13.

Con hábitos a los 8 años en el sexo femenino (6%),-- en el sexo masculino (5%) con una diferencia de porcentajes de (1%) a favor del sexo femenino; a los 9 años en el sexo femenino (5%), en el sexo masculino (5%) sin ninguna diferencia de porcentajes, ya que son iguales; a los 10 años en el sexo femenino (3%) con una diferencia de porcentajes de (1%), teniendo porcentajes totales iguales de (14%). Tabla-Gráfica #14.

Sin hábitos a los 8 años en el sexo femenino (12%),-- en el sexo masculino (13%) con una diferencia de porcentajes de (1%) a favor del sexo masculino; a los 9 años en el sexo femenino (15%), en el sexo masculino (13%) con una diferencia de porcentajes de (2%), a favor del sexo femenino; a los 10 años en el sexo femenino de (9%), en el sexo masculino -- (10%) con una diferencia de (1%) a favor del sexo masculino, teniendo porcentajes totales iguales de (36%). Tabla-Gráfica #15.

Individuos que presentaron hábitos perniciosos. A los 8 años, hábito de labio en el sexo femenino (3%), mascu-

lino (2%) con una diferencia de porcentaje de (1%) a favor-- del sexo femenino; Onicofagia en el sexo femenino (1%), mas- culino (1%) con una diferencia de porcentaje de (0%), suc- --- ción de pulgar en el sexo femenino (1%), masculino (0%) con- una diferencia de porcentajes de (1%); Lengua protáctil en-- el sexo femenino (1%), masculino (1%) con diferencia de por- centajes (0%), siendo los totales en el sexo femenino (6%)-- en el masculino (4%) con una diferencia de porcentajes de -- (2%) a favor del sexo femenino. Tabla-Gráfica #16.

A los 9 años, Hábito de labio en el sexo femenino -- (2%), masculino (2%) con una diferencia de porcentajes de -- (0%); Onicofagia en el sexo femenino (2%), masculino (2%) con una diferencia de porcentajes de (0%); Succión de pulgar en- el sexo femenino (0%), masculino (0%) con una diferencia de- porcentajes de (0%); Lengua protáctil en el sexo femenino -- (1%), masculino (1%) con una diferencia de porcentajes de -- (0%) siendo los totales en el sexo femenino de (5%) y en el- masculino (5%), sin ninguna diferencia en los porcentajes.-- Tabla-Gráfica #17.

A los 10 años, Hábito de labio en el sexo femenino-- (1%), masculino (2%) con una diferencia de porcentajes de -- (1%) a favor del sexo masculino; Onicofagia en el sexo feme- nino (1%), masculino (2%) con una diferencia de porcentajes-

de (1%) a favor del sexo masculino; Succión de pulgar en el sexo femenino (0%), masculino (0%) con una diferencia de porcentajes de (0%); Lengua protáctil en el sexo femenino (0%), masculino (0%) con una diferencia de porcentajes de (0%), -- con respecto a los porcentajes totales; en el sexo femenino (2%) y en el masculino (4%) con una diferencia de porcentajes de (2%) a favor del sexo masculino. Tabla-Gráfica #18.

En relación con los porcentajes, tenemos que a los 8 años los porcentajes son altos; a los 9 años los porcentajes son regulares y a los 10 años bajan en el sexo femenino, pero no así en el masculino.

Los siguientes hábitos perniciosos no se mencionan -- porque su porcentaje es de (0%): Deglución atípica, Succión de carrillo, Respirador bucal, Mordedura de Lápiz y Mentonea no hiperactivo. Estos hábitos sí se presentaron, pero en -- frecuencias muy bajas, como se puede observar en las tablas 16, 17 y 18.

Finn nos dice: "La Onicofagia no es un hábito pernicioso, sino una etapa en el desarrollo". (Finn 1982).

De los 932 individuos de la clase I, tipo 5, 684 no presentan hábitos y 258 presentan hábitos perniciosos, de --

los cuales 236 presentaron un hábito, 22 tuvieron 2 hábitos-  
y un niño presentó 3 hábitos.

## CONCLUSIONES

1.- El 16% de la población total corresponde a la --  
clase I, tipo 5.

2.- Mayor porcentaje femenino (51%) en comparación--  
al masculino.

3.- Las niñas de 9 años tienen un mayor porcentaje--  
en frecuencia de la clase I, tipo 5, (21%).

4.- Los niños de 10 años tienen el menor porcentaje--  
en frecuencia clase I, tipo 5.

5.- De las clasificaciones dadas por Dewey Anderson,  
la clasificación A tiene un porcentaje mayor (64%).

6.- De la clasificación A por sexo el mayor porcentaje  
es el femenino.

7.- La clasificación B es la de menor porcentaje, --  
con respecto a la clasificación A.

8.- Con relación a los atendidos, el mayor porcentaje  
pertenece a los "No Atendidos" (63%).

9.- En relación a la población encuestada, existe un desequilibrio entre el tipo de atención ofrecida: por Cirujano Dentista de práctica general o especialista, lo cual se puede remediar incrementando la atención de los especialistas.

10.- Es mayor la frecuencia de los niños que no presentan hábitos perniciosos (72%) en relación a los que no la presentan (285).

11.- La frecuencia de los niños y niñas que presentan hábitos perniciosos es la misma (14%).

12.- La frecuencia de los niños y niñas que no presentan hábitos perniciosos es igual (36%).



## RESUMEN

Frecuencia de maloclusiones de la clase I Angle, tipo 5 Dewey-Anderson en el área urbana del Distrito Federal.

Se llevó a cabo esta investigación estadística, en la ciudad de México, por alumnos de Posgrado en la Maestría en Odontopediatría; dicha investigación se realizó en escuelas mixtas, de las 16 delegaciones del Distrito Federal. La investigación se realizó en 8, 9 y 10 años. A cada niño se le hicieron 2 historias clínicas (una como comprobación) en las que se recopilaron los siguientes datos: edad, sexo, a cuál maloclusión pertenecía, en este caso, a la clase I, tipo 5, se registró a qué tipo de clasificación perteneció (realizada por Dewey-Anderson); también se registró, si fue atendido o no, y si esto fue positivo, qué tipo de atención le habían realizado, efectuado por un Cirujano Dentista de práctica general, o por especialista, y si presentaba hábitos perniciosos y si así fue, de cuál se trataba.

El examen bucal consistió, en retraer con un abate-lenguas, el carrillo, observar la relación molar, canina y el perfil, determinando la maloclusión que en este caso es la clase I, tipo 5; posteriormente se procedió a medir la pérdida de espacio con un calibrador de Boyle, en relación a

las clasificaciones dadas por Dewey Anderson.

Obteniendo los siguientes datos: De 6,000 historias-clínicas, total de la muestra, 3,000 corresponden al sexo femenino y 3,000 al sexo masculino, para obtener una muestra--real.

Con un total de 932 individuos que corresponden a la clase I, tipo 5, que en relación al total de la población le corresponde un (16%). De los 932 corresponde al sexo femenino (51%), al sexo masculino (49%) además de sus porcentajes--por edad y sexo.

En la clasificación descrita por Dewey-Anderson tenemos: Clasificación A (64%), en la clasificación B (36%) y--porcentajes, por edad y sexo en cada clasificación.

Fueron atendidos (37%), o no atendidos (63%) y por--centajes por edad y sexo a cada tipo, dentro de los atendi--dos, tenemos que lo fueron por Cirujanos Dentistas de práctica general (34%), por Especialistas (3%) y sus porcentajes--por edad y sexo en cada tipo de atención.

Con hábito (28%), sin hábito (72%) y porcentajes por edad y sexo a los hábitos perniciosos y los hábitos pernicio

sos en particular: Hábito labio, Onicofagia, Succión de pulgar, Lengua protáctil, Deglución atípica, Succión de Carri--llo, Respiración bucal, Mordedura de lápiz, Mentón hiperactivo, (estos últimos por edad y sexo).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Burgersdijk (1979)  
Premature extraction of deciduous molars.  
Ned-Tijdschr-Tandheelkd. 1979 Marz; 86(3): P 100-3
  
- 2.- Carroll and Jones (1982)  
Pressure-appliance therapy following premature  
loss of primary molars.  
ASDC J Dent Child. 1982 Sep-Oct; 49(5): 347-51
  
- 3.- Dearing (1981)  
Space loss and malocclusion.  
NZ-Dent-J. 1981 Apr; 77(348): P 62-7
  
- 4.- Esponda (1970)  
Anatomía Dental.  
Segunda Edición. 1970; Editorial Dirección General  
de Publicaciones. P 298
  
- 5.- Finn (1982)  
Odontología Pediátrica.  
Cuarta Edición; Nueva Editorial Interamericana --  
1982; P 70-75

- 6.- Hoffding and Kisling (1978)  
Premature loss of primary teeth: Part II, the-specific effects on occlusion and space in the - permanent dentition.  
ASDC J Dent Child. 1978 Jul-Ags; 45(4): P 284-7
- 7.- Hotz (1977)  
Odontopediatría, Odontología para niños y adolescentes.  
Editorial Médica Panamericana; 1977: P 129
- 8.- Inoue (1983)  
Influence of tooth-to-denture base discrepancy on space closure following premature loss of deciduous teeth.  
Am J Orthod, 1983 May; 83(5): 428-34
- 9.- Kisling and Hoffding (1979 a)  
Premature loss of primary teeth: Part III, -- drifting patterns for different types of teeth-- after loss of adjoining teeth.  
ASDC J Dent Child. 1979 Jan-Feb; 46(1): 34-8
- 10.- Kisling and Hoffding (1979 b)  
Premature loss of primary teeth: Part IV, -- clinical control of Saanerud's space maintainer, type 1.  
ASDC J Dent Child. 1979 Abr-Mar; 46(2): 109-13

## 11.- Kisling and Hoffding (1979 c)

Premature loss of primary teeth: Part V,  
treatment planning with due respect to the signi-  
ficance of drifting patterns.

ASDC J Dent Child. 1979 Jul-Aug; 46(4); 300-6

## 12.- Leighton (1981)

Longitudinal study of features which might  
influence space loss after early extraction of-  
lower deciduous molars

Proc Finn Dent Soc. 1981. 77(1-3). P 95-103

## 13.- Robbins (1971)

Patología Básica.

Primera edición. Editorial Interamericana 1971

P 57

## 14.- Ronnerman (1977 a)

A longitudinal study on the effect of unila-  
teral extraction of primary molars.

Scand J Dent Res. 1977 Jul; 85(5): 362-72

## 15.- Ronnerman (1977 b)

The effect of early loss of primary molars  
on tooth eruption and space conditions. A longi-  
tudinal study.

Acta Odontol Scand. 1977; 35(5): 229-39

16.- Sim (1980)

Movimientos dentarios menores en niños.

Segunda Edición. Editorial Mundi SAIC y F, P 70-5

## APÉNDICE

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

U.N.A.M.

ODONTOPIEDIATRÍA

Historia Clínica No. \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_  
SEXO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_  
GRADO \_\_\_\_\_ DELEGACIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

## CLASE I, TIPO 0

Dientes que se interdigitan normalmente en una buena relación de clase I y las líneas medias dentarias superior e inferior coinciden entre sí.

SÍ NO

## CLASE I, TIPO 1

a) Incisivos inferiores apiñados, incisivos superiores espaciados normalmente

SÍ NO

b) Incisivos superiores inferiores rotados y apiñados

SÍ NO



## CLASE I, TIPO 2

a) Incisivos superiores inferiores protruidos y espaciados, con mordida abierta-- anterior SÍ NO

b) Incisivos superiores protruidos y espaciados y un arco inferior bien formado SÍ NO

## CLASE I, TIPO 3

a) Mordida cruzada anterior que involucra a uno o dos dientes permanentes superiores SÍ NO

b) Mordida cruzada anterior que involucra a tres o cuatro incisivos permanentes-- superiores SÍ NO

## CLASE I, TIPO 4

a) Mordida cruzada posterior limitada a un temporario o al molar de los seis años SÍ NO

b) Mordida cruzada posterior que involucra a dos o más dientes visualizada como -- unilateral SÍ NO

c) Mordida cruzada posterior bilateral      SÍ      NO

CLASE I, TIPO 5

a) Pérdida de espacio posterior de 2 a 3 mm en un cuadrante debido a la mesialización de los primeros molares permanentes      SÍ      NO

b) Pérdida de espacio posterior de más de 3 mm en un cuadrante debido a la mesialización de uno o más primeros molares permanentes      SÍ      NO

CLASE II, DIVISIÓN 1

Relación de molares de clase II en ambos lados y protrusión anterior-superior      SÍ      NO

CLASE II, DIVISIÓN 2

Relación molar de clase II en ambos lados, incisivos centrales casi verticales o inclinados hacia lingual e incisivos laterales protruidos      SÍ      NO

CLASE III

Relación molar de clase III en ambos lados



## HÁBITOS

Succión pulgar	SÍ	NO	Otro dedo	SÍ	NO
Hábito de lengua	SÍ	NO	Respiración bucal	SÍ	NO
Deglución atípica	SÍ	NO	Morder uñas	SÍ	NO
Succión de carrillos	SÍ	NO	Otros _____	SÍ	NO
Hábito de labio	SÍ	NO			
Mentoniano hiperactivo	SÍ	NO			