

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE

MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

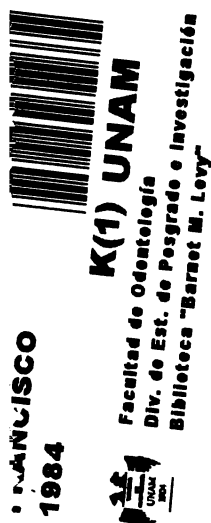
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES DE CLASE III

DE ANGLE EN EL AREA URBANA DEL DISTRITO

FEDERAL



POR

C.D. FRANCISCO ANTONIO NUÑEZ ROMAN

1984



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.

FRECUENCIA DE MALOCCLUSION DE CLASE III DE ANGLE

EN EL AREA URBANA DEL DISTRITO FEDERAL

Por

C.D. FRANCISCO NUÑEZ ROMAN

TESIS

Presentado como requisito para obtener el

Grado de Maestría en Odontología

(Odontopediatría)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1984

UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

MANUSCRITO DE TESIS:

Cualquier tesis no publicada postulando para 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

Fecha

FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES DE CLASE III
DE ANGLE EN EL AREA URBANA DEL DISTRITO
FEDERAL.

C.D.M.O. MIRELLA FEINGOLD STEINER

C.D. JESUS MEZA SEPULVEDA

C.D.M.O. MANUEL SAAVEDRA GARCIA

C.D.M.O. CARLOS GONZALEZ LUCASEWICZ

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

Director de tesis

AGRADECIMIENTOS

A MIS QUERIDOS PADRES:

ANTONIO NUÑEZ OJEDA

PAULA S.ROMAN DE NUÑEZ

A MIS HERMANOS

CARLA, CATALINA, VENERANDA, GERARDO, SUSANA
ANTONIO.

IN MEMORIAM

ENCARNACION NUÑEZ +

CON CARIÑO A MI ESPOSA
EVA.

AGRADEZCO SINCERAMENTE POR EL
APOYO INCONDICIONAL QUE SIEM-
PRE ME A OTORGADO: AL :
C.D. JESUS MEZA SEPULVEDA.

CON RESPETO Y ADMIRACION:
DR. ANTONIO ZIMBRON LEVY

IN MEMORIAM.

JORGE CABALLERO ARGUMEDO.

AL MAESTRO Y AMIGO
C.D. JESUS CERON CANDELARIA.

AGRADEZCO SINCERAMENTE POR EL APOYO
RECIBIDO PARA LA REALIZACION DE ESTA
TESIS AL :
C.D.M.O. JAVIER HERNANDEZ PALMA.

I N D I C E

	Pagina
INTRODUCCION Y REVISION BIBLIOGRAFICA.....	1
MATERIAL Y METODO.....	12
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	50
RESUMEN.....	58
CONCLUSIONES.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	63
APENDICE.....	66
CURRICULUM VITAE.....	70

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS

		PAGINA
GRAFICA I Y TABLA I	CORRESPONDE A LA FRECUENCIA DE -- MALOCLUSIONES CLASE III DE ANGLE CON RESPECTO A LA POBLACION ENCUES <u>U</u> TADA.	26 y 27
GRAFICA II TABLA II	REPRESENTA A LA POBLACION TOTAL - DE FEMENINO Y MASCULINO DE MALO - CLUSION CLASE III.	28 y 29
GRAFICA III TABLA III	REPRESENTA COMPARATIVAMENTE DE - SEXO FEMENINO Y MASCULINO DE 8,9 Y 10 AÑOS DE MALOCLUSION CLASE III	30 y 31
GRAFICA IV TABLA IV	REPRESENTA A LA POBLACION TOTAL DE CLASE III DE ATENDIDOS Y NO ATENDI <u>U</u> DOS.	32 y 33
GRAFICA V TABLA V	REPRESENTA TANTO FEMENINO COMO MAS <u>U</u> CULINO DE 8,9 y 10 AÑOS QUE SI RE- CIBIO ATENCION DENTAL.	34 y 35
GRAFICA VI TABLA VI	REPRESENTA TANTO FEMENINO COMO -- MASCULINO QUE NO RECIBIO ATENCION DENTAL DE CLASE III.	36 y 37
GRAFICA VII TABLA VII	REPRESENTA A NIÑOS QUE FUERON ATEN <u>U</u> DIDOS POR ESPECIALISTA Y CIRUJANOS DENTISTAS DE CLASE III.	38 y 39
GRAFICA VIII TABLA VIII	REPRESENTA A NIÑOS POR EDAD Y SEXO DE CLASE III QUE FUERON ATENDIDOS- POR CIRUJANOS DENTISTAS.	40 y 41

GRAFICA IX	REPRESENTA A NIÑOS POR EDAD	42 y 43
TABLA IX	Y SEXO DE CLASE III QUE -- FUERON ATENDIDOS POR ESPE- CIALISTA	
GRAFICA X	REPRESENTA POR EDAD Y SEXO	44 y 45
TABLA X	A NIÑOS CON HABITO Y SIN-- HABITO DE CLASE III.	
GRAFICA XI	REPRESENTA A NIÑOS POR -	46 y 47
TABLA XI	EDAD Y SEXO QUE. PRESENTAN HABITO.	
GRAFICA XII	REPRESENTA POR SEXO Y EDAD	48 y 49
TABLA XII	QUE NO PRESENTAN HABITO DE CLASE III.	

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

INTRODUCCION

Con el objetivo de reconocer las necesidades referentes a la salud en este país es recomendable realizar un análisis de las desarmonías oclusales.

Por que se ha hecho evidente que el sistema de salud actual es inaccesible y costoso para un amplio sector.

Los programas para tratamientos preventivos y educación dental tendrán mayor aceptación si reconocemos la falta de éstos.

En el campo de la odontología nos veremos comprometidos para que el odontólogo general participe en la prevención de las desarmonías oclusales.

La investigación se ocupará de ilustrar la maloclusión de clase III por edad y sexo, tomando en consideración como datos de referencia a pacientes atendidos, no atendidos, hábitos perniciosos, reconocimiento de especialistas y del cirujano dentista.

El odontólogo general, el odontopediatra y el ortodontista una vez reconociendo el índice de maloclusión de clase III que describimos adelante obtendrán datos que permitirán conocer el índice de maloclusión que presenta el distrito federal para así saber de que personal capacitado se requiere ya sea para tratarlo ó remitirlo a un especialista capacitado.

De igual forma puedan juntos proveer a los niños de este país de un aspecto agradable y una relación oclusal óptima- que es un factor indispensable para el mantenimiento de una dentadura sana y estética.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

REVISION DE LA LITERATURA

Considerando a la caries dental como la principal-- enfermedad de los dientes en todo el mundo, la mal---- oclusión tambien es muy frecuente, teniendo en conside- ración la naturaleza morfogenética de la mayor parte- de las maloclusiones nos asegura que el problema dento facial continuará exigiendo lo mejor que la odontología pueda ofrecer por mucho tiempo. 9

En relación con la maloclusión clase III. Son discre- pancias relacionadas con el crecimiento que frecuente- mente se vuelven más severas hasta que el crecimiento esté terminado. Estos factores tienden hacer el trata- miento de maloclusiones clase III muy complicado.

Debemos tener en consideración tres principios: Primero es importante determinar si la mandíbula en- el momento de cerrrar está en relación céntrica o en - una posición anterior conveniente, la colocación ante- rior generalmente resulta de relaciones de contacto -- entre los dientes que fuerzan a la mandíbula a una po- sición hacia adelante, en contraste a la relación céntri- ca, se determina por músculos, ligamentos y la anatomía- de la articulación temporo-mandibular, bajo el control - del sistema nervioso central.

Una maloclusión de clase I puede parecer una maloclu- sión de clase III lo que se llamaría pseudo clase ----

III. Y esto es cuando la mandíbula fuerza hacia adelante. Incluso una maloclusión de Angle clase III --- auténtica puede parecer mucho más grave si existe una guía de cierre anterior de la mandíbula". 5

"Una de las descripciones que a medida que el maxilar inferior cierra pareja y confortablemente hacia su relación con el maxilar superior. La cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior entra en relación con el surco disto vestibular del primer --- molar inferior. En la población blanca de los E.E.U.U. del 3% al 5% de ellos están en la desarmonía de clase III." 15

" El término prognatismo o progenie se refiere a -- la disposición de los incisivos mandibulares en posición anterior. Asociado con la proyección del mentón, labio inferior engrosado y ángulo maxilar aplanado. -- parece ocurrir en aproximadamente el 2% hasta el 4% de la población". 10

"El crecimiento de la mandíbula a la edad de los 8 años en estudios realizados en clase I de Angle se --- observó un crecimiento potencial en altura y longitud que le permite incrementar su tamaño hasta la edad de 12 años en estudio normal." 1

"Examinando casos clase III con sobremordida horizontal y planos de ángulo maxilar-mandibular bajos.

El estudio del crecimiento mandibular es de especial importancia para ortodoncia ya que el tamaño, forma y posición facial juegan un papel importante para determinar la armonía de la cara y el perfil del paciente, así como la interrelación de los arcos dentales. Durante el crecimiento y el desarrollo, ambas mandíbulas se mueven hacia-abajo y hacia adelante en relación con la base craneal.

La rotación de la mandíbula, sin embargo, puede estar bastante marcada como resultado en su relación de bisagra con el cráneo.

El resultado del crecimiento mandibular con el crecimiento de la cara es lo que determina la ocurrencia de la rotación y la dirección que ésta toma. El factor crítico parece ser la proporcionalidad del desarrollo vertical entre el área de la fosa condilar por una parte, y los procesos alveolares y maxilo-suturales y la región molar por la otra. Si el crecimiento vertical en la región condilofosal es igual al crecimiento vertical en el área molar, las mandíbulas crecen hacia abajo y hacia adelante en una forma lineal y translatoria.

Cuando el crecimiento vertical en la región de la fosa condilar se excede, existe un crecimiento vertical --

en el área molar entonces, hay una rotación que está hacia adelante de la mandíbula y cuando el crecimiento vertical en el área cóndilo fosal es menor que el crecimiento vertical en el área molar entonces hay una rotación hacia atrás." 4

"Se ha mostrado que los pacientes con maloclusiones clase III esqueléticas clasificadas clínicamente o funcionalmente, tienen el eje de rotación de la mandíbula en la región de la cabeza del cóndilo o arriba.

Los pacientes con mordida cruzada tienen el eje de rotación a un nivel más bajo similar a las oclusiones normales." 12

"La clasificación de Angle, que se describe detalladamente, parece ser el único común denominador, se admite que es demasiado idealista y orientada para el estudio de una población extensa. Es interesante notar sin embargo, que de los 1 609 que se estudiaron, 20% de las denticiones decíduas presentaban maloclusión, 39% de las denticiones mixtas se encontraban también en la categoría de la maloclusión y 58% de los que poseían dentición permanente presentaban maloclusión."

"La necesidad de intervención interceptiva para maloclusión, se estudió en un grupo de 839 niños finlandeses de 6 años de edad, los niños participaron en un programa de ortodoncia preventivo y casi el 10% habían recibido tratamiento ortodóncico preventivo e interceptivo a la edad de 3 a 5 años. Se estimó que un 5 a 9% de los niños necesitaban atención dental ortodóncica.

En las anomalías dento-maxilofaciales clasificadas según Angle, aceptada por la mayor parte de los autores, se nota rápido una disminución de los individuos pertenecientes a la clase I conforme avanza la edad, de hecho del 88.5% a los 6 años se llega al 58.3% a los 9 años mientras el porcentaje tiende a aumentar de nuevo a los 10 años (71.7%).

En la II clase en cambio sucede al revés, observándose un porcentaje del 11.4% a los 6 años y del 38.8% a los 9 años mientras que, a los 10 años tiende a disminuir teniendo un 26%.

Se obtiene sin embargo un aumento de clase III a los 6 y 7 años con una módica comparación de (2.6%) a los 8 años y se mantiene a tal nivel hasta la edad de 10 años.

Sobre 378 individuos de sexo femenino, existe predominio de la clase I al 70.8%, respecto a la clase II del 27.5% y a la clase III que es el 1.5%." 9

"El diagnóstico y clasificación de clase III es un problema complicado y exige una serie de exámenes del paciente. En referencia al acuerdo entre cirujanos dentistas y ortodoncistas de la intervención quirúrgica, existe la necesidad de más investigaciones por tener poca información en este campo.

La cooperación entre ortodoncistas y cirujanos bucales se considera necesaria para mejores resultados de tratamiento de maloclusiones esqueléticas clase III." 7

"En South Australian museum existía una colección de unos 800 cráneos de aborígenes australianos.

En dicha colección casi un 70% poseían cierto grado de irregularidad dental, apiñamiento, mordida abierta, mordida cruzada, etc. que quedaban incluídas en la clasificación de maloclusión de Angle I de un 12% serían maloclusiones de clase II div. 1, un 1% tenían clase II div.2 y un 3% la tenían de clase III." 3

"617 niños de 10-19 años de edad fueron examinados para apreciar la prevalencia de maloclusión en un grupo de población en Lagos Nigeria; la oclusión Clase I contó 76.8% seguida por maloclusión clase II por un 14.7%, y la maloclusión clase III por 8.4%." 2

"En 1956 se examinaron en 491 preescolares con un promedio de 4.2 años de Brokline, Massachusetts. Las desarmonías oclusales de acuerdo con la clasificación de Angle, se determinó que de éstos, el 89.5% era una relación de clase I, el 10% era una relación de clase II y el 0.7% relaciones de clase III." 6

"En la incidencia de maloclusión de kragujevac se encontró que: De clase II, 95 con un 12.2% y las anomalías de clase III fueron 17 con un 2.2% de éstos - son en la totalidad estudiados, 780 niños." 13

M A T E R I A L E S Y M E T O D O S

M A T E R I A L E S

12 000 HISTORIAS CLINICAS

12 000 ABATALENGUAS

30 ESPEJOS

10 GALONES DE CLORURO DE BENZALCONIO

5 RIÑONERAS DE PLASTICO

PAPEL DE ESTRAZA

AULAS ESCOLARES CON PUPITRES

SUJETOS

6 000 NIÑOS DE AMBOS

3 000 NIÑOS 3 000 NIÑAS

METODO

Para realizar el estudio se tuvo que recurrir a formar una historia clínica tomando en consideración (Ver Apéndice I), nombre, edad, sexo, nacionalidad, grado escolar del niño, fecha, número de historial clínico, nombre de la escuela y delegación política a la que pertenece.

Se anotaron las tres diferentes clases de maloclusiones de Angle y de Dewey Anderson.

Se incluyeron hábitos bucales perniciosos, si recibía atención dental, de qué personal era atendido, es decir, por cirujano dentista o por especialista y de los que no recibían atención dental.

Una vez elaborada, se procedió a pedir autorización, previa aceptación de protocolo de tesis, al Departamento de Servicios Escolares de la División de Posgrado de la Facultad de Odontología, para que nos remitiera un oficio a la Dirección General de Educación Primaria para que ésta nos permitiera la autorización de que un grupo de Cirujanos Dentistas realizara dicha investigación bucodentalmente a niños de 32 escuelas primarias, públicas y particulares, de las 16 delegaciones políticas del Distrito Federal (Apéndice II).

Una vez obtenido este requisito, procedimos a visitar las -- escuelas, en las cuales se revisó a niños de 8, 9 y 10 años, ya que en ellos se encuentra bien establecida la etapa de la denti ción mixta y por la cual nosotros podemos diagnosticar las maloc clusiones de Angle y de Dewey Anderson.

Se visitaron aulas de tercero, cuarto y quinto año de primaria, donde el procedimiento de la selección fue que los niños -- que tuvieran edad menor de ocho años y mayores de diez años desalojaran el aula. Y se siguió con los exámenes, que para tener un índice de mayor confiabilidad se elaboraron dos historias -- clínicas foliadas, es decir con el mismo número.

Se utilizaron dos historias clínicas para cada niño, y el -- exámen se realizó de la siguiente forma:

Un primer registrador obtendría los datos del infante y la -- maloclusión presente diagnosticada.

Un segundo registrador, sin saber el diagnóstico del primero, elaboraría el historial clínico y daría el diagnóstico de la ma loclusión utilizando una historia clínica nueva, con espejo, -- abatelenguas esterilizados con cloruro de benzalconio.

Al terminar de revisar, el primer y segundo examinador, un -- tercer examinador recopilaba y ordenaba las historias clínicas -- para verificar si coincidían los diagnósticos anotados por el -- primer y segundo registrador, si coincidían se archivaban las --

historias del primer registrador y la segunda se guardaba aparte.

Si el diagnóstico estaba en desacuerdo, un tercer registrador revisaba al paciente, de igual manera y emitía su diagnóstico, si éste concordaba ya sea con el primero o con el segundo registrador, se archivaba de igual manera el historial acertado junto con el que era verificado por aparte, y el que no concordaba se desechaba..

Con lo anterior practicado, se inició la investigación aproximadamente durante cuatro meses, se acudió a 32 escuelas de éstas fueron oficiales y particulares dependientes de las 16 delegaciones políticas del distrito federal.

El exámen que se realizó a cada niño fue de la siguiente forma:

Anamnesis: Obteniendo los datos del historial clínico se realizó un exámen clínico intraoral.

Observamos dentición mixta y a los niños con dentición permanente y temporal independientemente de su edad, se les pidió abandonar el salón de clase.

Observamos la relación molar y canina, esto es, se le pedía al paciente infante abrir su boca y llevar su mandíbula en posición más posterior en forma suave y continua y -

para cerciorarnos de que ocluía en una buena relación se le pedía que pegara la punta de la lengua lo más posterior posible en el paladar y que fuera cerrando poco a poco el maxilar inferior sin despegar la punta de la lengua sobre el paladar hasta ocluir, y con esto lograríamos una óptima relación céntrica.

Mientras el infante realizaba esta maniobra, con el espejo ó abatelenguas se separaba carrillos y se le indicaba que mordiera y que no despegara sus dientes de ambas arcadas, se observaba la relación molar y canina de ambos lados.

Observando la maloclusión, en este caso clase III es: Obteniendo en forma suave y continua hacia relación con el maxilar superior el cual, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente entra en relación con el surco distovestibular del primer molar permanente inferior.

Realizamos un examen clínico extraoral, en esta forma vemos el perfil del paciente, la posición de la mandíbula y del maxilar (Protrusión o Retrusión).

Observamos la posición del labio superior con respecto al inferior.

Se observó al niño de frente: Labios: Posición, consistencia, tamaño, forma, color.

si el labio inferior estaba sobre extendido sobre el superior o viceversa, mientras que la boca estaba cerrada, o si se colocaba el labio inferior lingualmente a los incisivos maxilares, si existían áreas localizadas de hipertrofia o enrojecimiento; si estaban flácidos, hipo, hipertónicos, húmedos, secos o agrietados.

Forma de la nariz: En el prógnata la nariz se nota agrandada y puntiaguda, y esta observación no se detecta en todos los problemas de clase III.

Músculo mentoniano: Se diagnosticaba si éste era hiperactivo, estaba flácido o contraído.

Músculos temporales: Se colocaban los dedos índices medio o anular, suavemente a ambos lados de la cara, sobre estos músculos, y se le pedía al niño que deglutiera para observar la trayectoria, o posición de la lengua.

Examen intrabucal: Observamos al niño con la boca abierta con un espejo o abatelenguas, tamaño, forma, tonicidad de carrillos, lengua y paladar.

Tamaño del maxilar inferior, con respecto al superior. Se examinaban los dientes en oclusión, para lo cual se le pedía al niño seguir el mismo procedimiento que efectuó para lograr la oclusión céntrica y se le indicaba apretar sus dientes, y así observar la relación molar de ambos lados y diagnosticar la maloclusión

que en este caso es clase III, incisivos superiores lingualizados (inclinados excesivamente hacia el aspecto lingual)

Para distinguirla de una pseudo clase III, por que -- existía una protrusión funcional, nosotros indicaremos al paciente, que una los incisivos tanto superior como inferior de borde a borde, si el paciente logra este contacto nosotros diagnosticaremos una pseudo clase III. y no pensamos de la presencia de una clase III verdadera.

Ahora esta discrepancia puede ser debida a que los in cisivos se unen en relación borde a borde en el contacto inicial lo que éste provoque el maxilar superior sea conducido hacia adelante hasta una relación de mordida cruzada anterior causada por la guía dentaria.

En conclusión las maloclusiones de clase III verdaderas con vías de cierre normal no reaccionan de esta manera.

También una vez reconocido la clase I, II y III en base al diagnóstico se revisaba si existía mordida cruzada posterior uni, o bilateral, mordida abierta postero lateral, protrusión de incisivos superiores sobremordida profunda anterior, dientes en mordida cruzada anterior, espacios interproximales entre los dientes anteriores superiores y lingualización, apiñamiento o atricción de incisivos inf. 7, 8.

Con los resultados obtenidos de los exámenes elabora-

dos se diagnosticaban los hábitos, si lo presentaban o si el niño no tenía hábito y en su caso se asentaba en el -- historial clínico.

Se observaba clínicamente al niño viendo obturaciones y si existían mutilaciones de la piezas dentarias o si él tenía alguna aparatología ortodóntica, y se le preguntaba si visitaba al dentista; si nos contestaba negativamente, era niño que no recibía atención dental. Si la respuesta era afirmativa, a pesar de que no tenía alguna obturación, extracción, etc. se le preguntaba si era atendido por cirujano dentista general o por especialista, es decir, si su dentista atendía niños y adultos o exclusivamente niños. Nosotros clasificábamos la atención dental que el niño recibía dependiendo de la respuesta.

Después de acudir a los planteles escolares, se reco pilaron 12 000 historias clínicas, de las cuales, 60000 - contenían el diagnóstico elaborado por el primer registrador y las 6 000 historias restantes eran del segundo re-- gistrador o del tercer registrador, las cuales servían para verificar el diagnóstico. De esta forma obtuvimos por edad y sexo, 6 000 niños de 8, 9 y 10 años con maloclusiones de Angle y de Dewey Anderson de los que posteriormente se separaron 3 000 niños y 3 000 niñas.

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

Una vez terminado el estudio de nuevo se procedió a la recopilación de los datos y se igualaron por orden, los cuales se analizan en gráficas y cuadros estadísticos.

La Gráfica I Tabla I . Nos indican que de 6 000 niños de ambos sexos examinados se encontraron, 275 con maloclusiones de Clase III, Conteniendo un 4.5 % que es el 100 % de la población total de la Clase III.

Representando la población total tanto femenino como masculino de clase III, encontramos 133 niñas, que corresponden al 48%, y 142 niños correspondientes al 52% de Clase III. Gráfica II Tabla II.

La Gráfica III Tabla III. Se encuentra que de el 100% de la población de clase III (275 niños de ambos sexos) de 8 años tenemos 38 con 14%, de 9 años 49 con un 18% y de 10 años 46 con 16%.

De masculino de 8 años 54 con un 20%, de 9 50 un 18% y de 10 años 38 con un 14%.

En la Gráfica IV Tabla IV. Del 100% de la población total (275 niños de ambos sexos) No recibieron atención dental 142 y equivalió al 71% y los que recibieron atención dental 133 con un 29%, por sexo y edad de maloclusión clase III.

La gráfica V Tabla V. Que representa a niños de ambos-- sexos que sí recibieron atención dental por sexo y edad.

De femenino se obtuvo de 8 años 15 con un 4%, de 9 años 14 con un 5% y de 10 años 16 con un 6%, resultando de femenino 42 con un 15%.

De masculino tenemos de 8 años 15 con un 6% de 9 años 12 con un 4% y de 10 años 10 con un 4%. De estos una suma total de 37 con un 14%.

Teniendo finalmente de femenino y masculino 79 con un 29%.

De la Gráfica VI Tabla VI. De niños que no recibieron atención dental, los cuales tenemos 196 con un 71% de estos son de 8 años de femenino 26 con un 9% de 9 años 35 con un 13% y de 10 años 30 con un 11%. Siendo en total 91 con un 33%.

De masculino tenemos de 8 años 39 con un 14%, de 9 años 38 con un 14% y de 10 años 28 con un 10%. Siendo de éstos -- 105 con un 38% de no atendidos de clase III.

De la Gráfica VII Tabla VII que representa a la población de clase III que fueron atendidos por cirujano dentista que fueron 71 de estos forman el 27% y de atendidos por especialista fueron 8 que representan un 2% de la clase III.

De la totalidad tenemos un 79 con un 29% que sí fueron atendidos.

En la Gráfica VIII Tabla VIII. Que fueron atendidos por cirujanos dentistas, de masculino en total tenemos 38 con un 14%, de esta cifra son de 8 años 11 con un 4%, de 9 años 11 con un 4% y de 10 años 16 con un 6%.

De femenino en total son 33 con un 13%, siendo de estos de 8 años 13 con un 5%, de 9 años 11 con un 4% y de 10 años 9 con un 4%.

En la Gráfica IX Tabla IX. De los atendidos por especialista de clase III. Representan de sexo masculino un 4 con un 1%, de estos de 8 años se encontró 1 con un .25%, de 9 años 3 con .75% y de 10 años no se recopiló ninguno.

De femenino en total son 4 con 1%. De estos de 8 años fueron 2 con un .50%, de 9 años 1 con .25% y de 10 años 1 con .25%.

En la Gráfica X Tabla X. De los niños estudiados se encontró los que presentan hábito de 39 un 14% y los que no presentan hábito son 236 con un 86%, siendo la totalidad de estos 275 con un 100% de la población total de clase III.

En la Gráfica XII Tabla XII. De los niños que presentan hábito por sexo y edad, se encontró de femenino 20 con un 7% de éstos son de 8 años 4 con 1.4%, de 9 años 12 con un 4.2% y de 10 años 4 con 1.4%.

De masculino en total 19 con un 7% de estos se encontraron:

De 8 años 9 con un 3%, de 9 años 5 con un 2% y de 10 años 5 con un 2%.

En la Gráfica XII Tabla XII. De los niños que no presentan hábito por sexo y edad, se recopiló de femenino 113 con 41%. Siendo de éstos de 8 años 34 con un 12%, de 9 años 37 con un 14% y de 10 años 42 con un 15 %.

De masculino son en total 123 con un 45% , De éstos son de 8 años 45 con 16%, de 9 años 45 con un 16% y de 10 años 33 con un 13 %.

Haciendo hincapié que estas cifras solo corresponden únicamente a la población de clase III y no al total de la muestra.

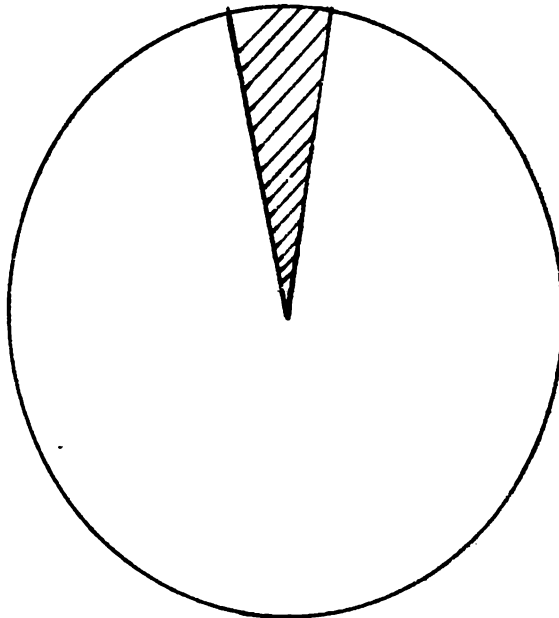
TABLA QUE CORRESPONDE A LA-FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES CLASE. III CON RESPECTO A - LA POBLACION ENCUESTADA.

EDAD SEXO	F	%
POBLACION TOTAL	6000	100
POBLACION DE CLASE	275	4.5

Tabla I

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

GRAFICA DE SECTORES QUE
CORRESPONDE A LA FRECUEN-
CIA DE MALOCLUSIONES CLAS-
SIFICACION III DE ANGLE CON RES-
PECTO A LA POBLACION -
ENCUESTADA.



Gráfica I

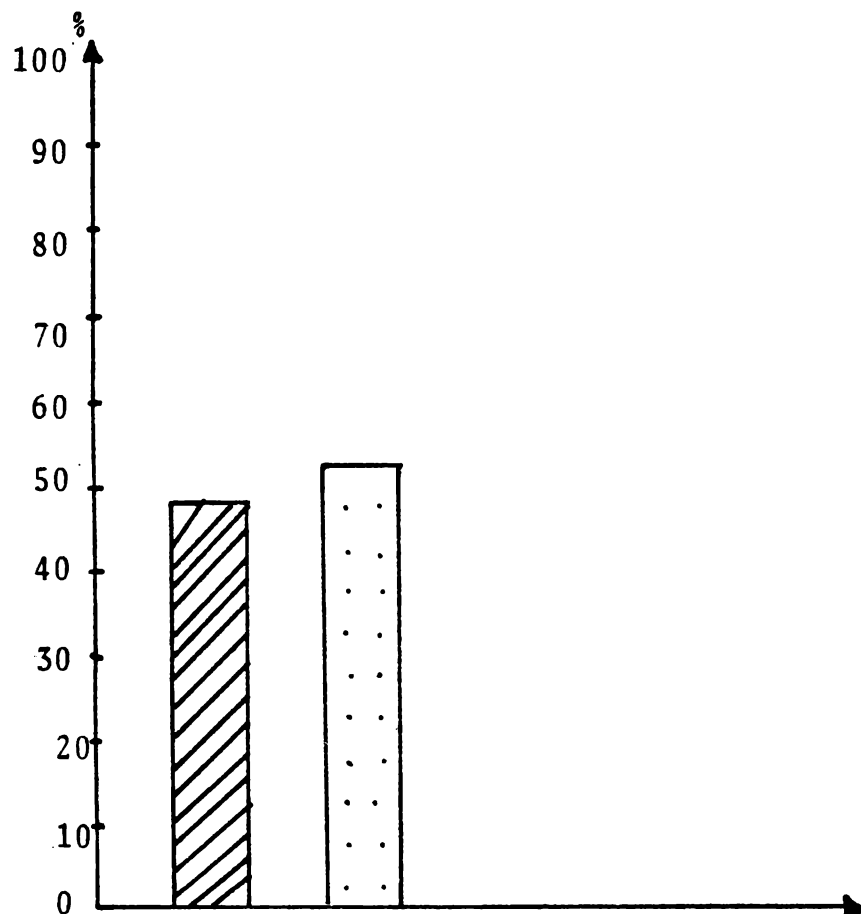
TABLA QUE CORRESPONDE A LA
POBLACION TOTAL TANTO FEME-
NINA COMO MASCULINA DE MAL-
OCLUSION CLASE III.

SEXO \ EDAD	F.	%
FEMENINO	133	48
MASCULINO	142	52
TOTAL	275	100


TABLA II

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

GRAFICA QUE REPRESENTA A LA
POBLACION TOTAL TANTO FEMENI
NO COMO MASCULINO DE MALOCLU
SION CLASE III.



Gráfica II

 FEMENINO


 MASCULINO

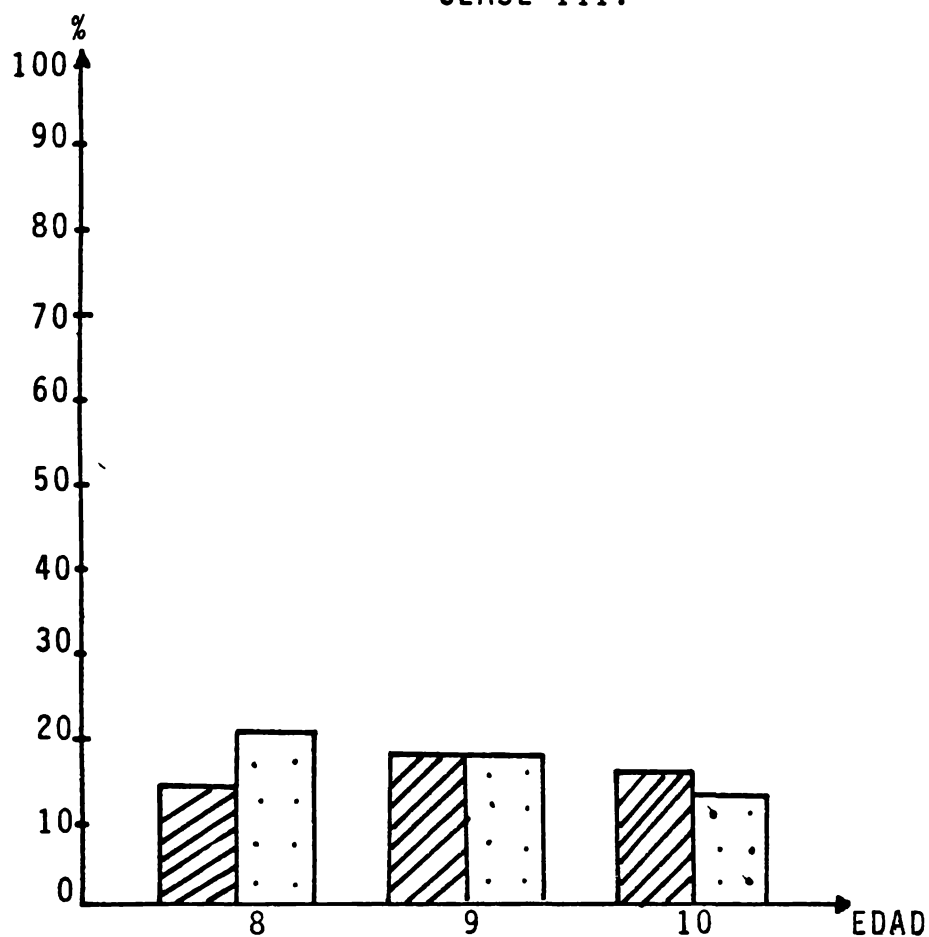
TABLA QUE REPRESENTA A LA PO -
BLACION TANTO FEMENINO Y MASCU
LINO DE CLASE III.

EDAD \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
8	38	14	54	20
9	49	18	50	18
10	46	16	38	14
	133	48	142	52

Tabla III

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

GRAFICA QUE REPRESENTA COM-
PARATIVAMENTE DE SEXO FEME-
NINO Y MASCULINO DE 8,9 y
10 AÑOS DE MALOCLUSION -
CLASE III.



Gráfica III



FEMENINO



MASCULINO

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

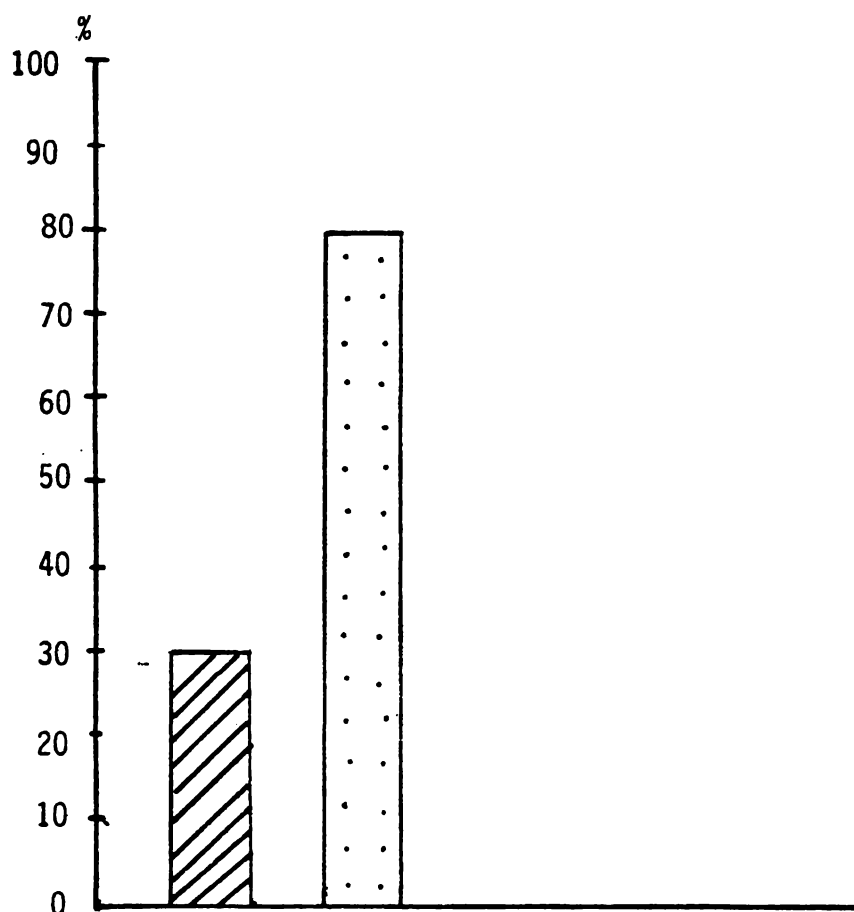
TABLA QUE REPRESENTA A LA PO-
BLACION TOTAL DE CLASE III DE
ATENDIDOS Y NO ATENDIDOS.

EDAD SEXO	F	%
ATENDIDOS	133	29
NO ATENDIDOS	142	71
TOTAL	275	100

Tabla IV

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

GRAFICA QUE REPRESENTA A LA POBLACION TOTAL DE CLASE III DE ATENDIDOS Y NO ATENDIDOS.



Gráfica IV



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

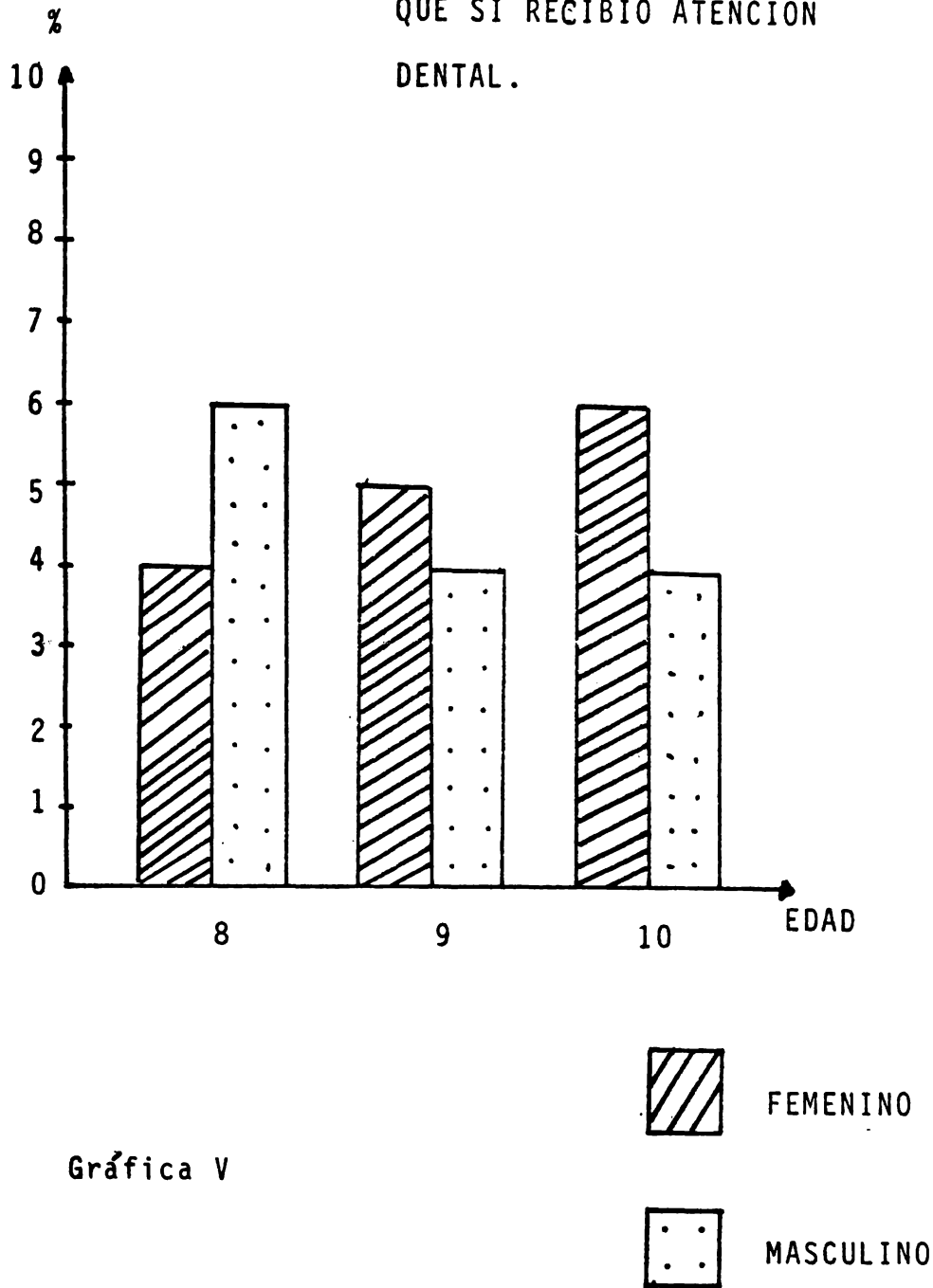
TABLA QUE REPRESENTA POR SEXO
Y EDAD DE CLASE III QUE SI RE_
CIBIO ATENCION DENTAL.

EDAD \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
8	12	4	15	6
9	14	5	12	4
10	16	6	10	4
TOTAL	42	15	37	14

Tabla V

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

GRAFICA COMPARATIVA QUE RE
PRESENTA TANTO FEMENINO -
COMO MASCULINO DE 8,9 y 10
QUE SI RECIBIO ATENCION
DENTAL.



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

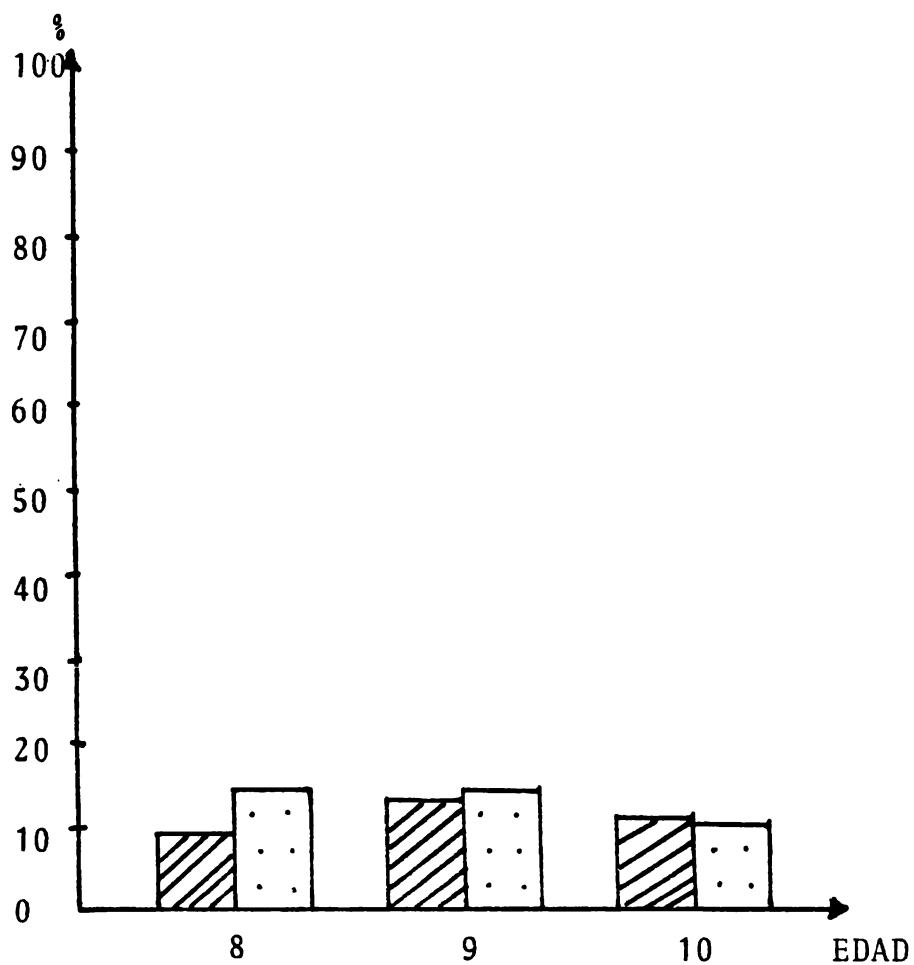
TABLA REPRESENTATIVA DE SEXO Y
 EDAD QUE NO RECIBIO ATENCION -
 DENTAL .

EDAD \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
8	26	9	39	14
9	35	13	38	14
10	30	11	28	10
TOTAL	91	33	105	38

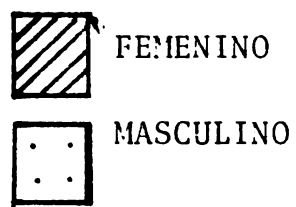
Tabla VI

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

GRAFICA REPRESENTATIVA DE SEXO
FEMENINO Y MASCULINO QUE NO -
RECIBIO ATENCION DENTAL DE -
CLASE III.



Gráfica VI



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

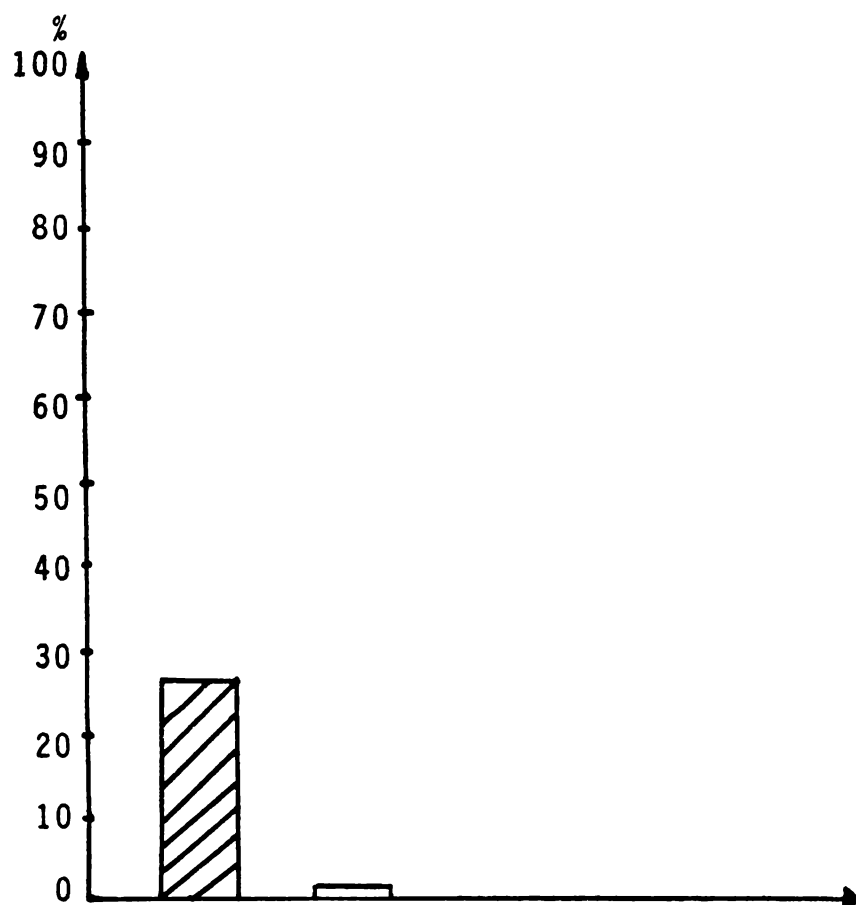
TABLA QUE REPRESENTA A NIÑOS
QUE FUERON ATENDIDOS POR ES-
PECIALISTA Y CIRUJANO DENTIS-
TA DE CLASE III.

EDAD SEXO	F	%
ATENDIDOS POR CIRUJANO DENTISTA	71	27
ATENDIDOS POR ESPECIALISTA	8	2
TOTAL	79	29

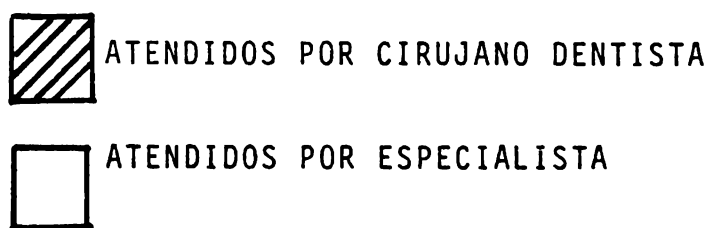
Tabla VII

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

GRAFICA QUE REPRESENTA A NIÑOS QUE FUERON ATENDIDOS POR ESPECIALISTA Y CIRUJANOS DENTISTAS DE CLASE III.



Gráfica VII



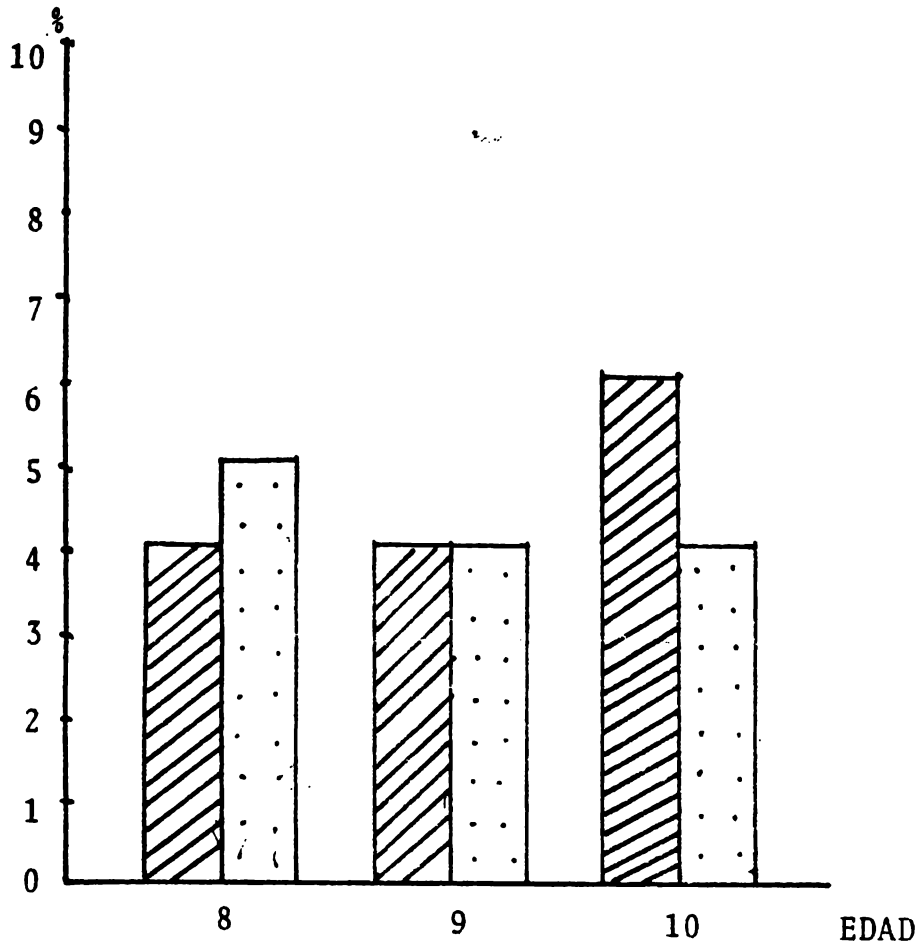
Fuente: Escuelas Primarias Públicas y Privadas de las 16 Delegaciones del D.F.

TABLA QUE REPRESENTA POR EDAD Y SEXO
A NIÑOS ATENDIDOS POR CIRUJANOS DEN-
TISTAS DE CLASE III.

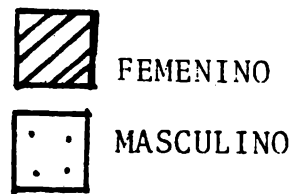
EDAD \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
8	11	4	13	5
9	11	4	11	4
10	16	6	9	4
TOTAL	38	14	33	13

Tabla VIII

GRAFICA QUE REPRESENTA A NIÑOS
DE CLASE III QUE FUERON ATENDI
DOS POR CIRUJANOS DENTISTAS -
POR EDAD Y SEXO.



Gráfica VIII



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

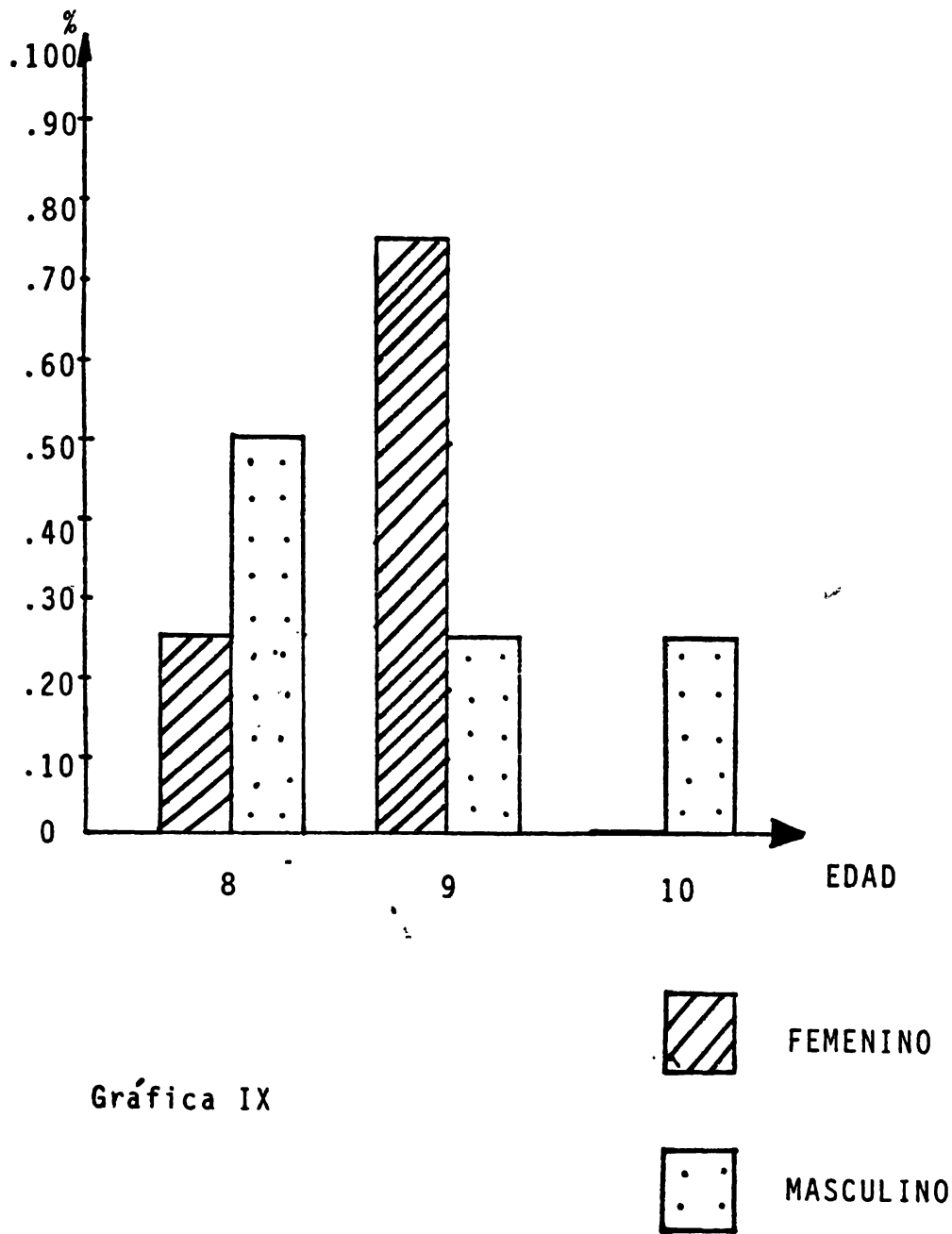
TABLA DE COMPARACION POR SEXO
Y EDAD QUE FUERON ATENDIDOS -
POR ESPECIALISTA.

EDAD \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
8	1	.25	2	.50
9	3	.75	1	.25
10	0	0	1	.25
TOTAL	4	1	4	1

Tabla IX

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

GRAFICA COMPARATIVA DE SEXO
FEMENINO Y MASCULINO DE 8,9
y 10 AÑOS QUE FUERON ATEN -
DIDOS POR ESPECIALISTAS.



Gráfica IX

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

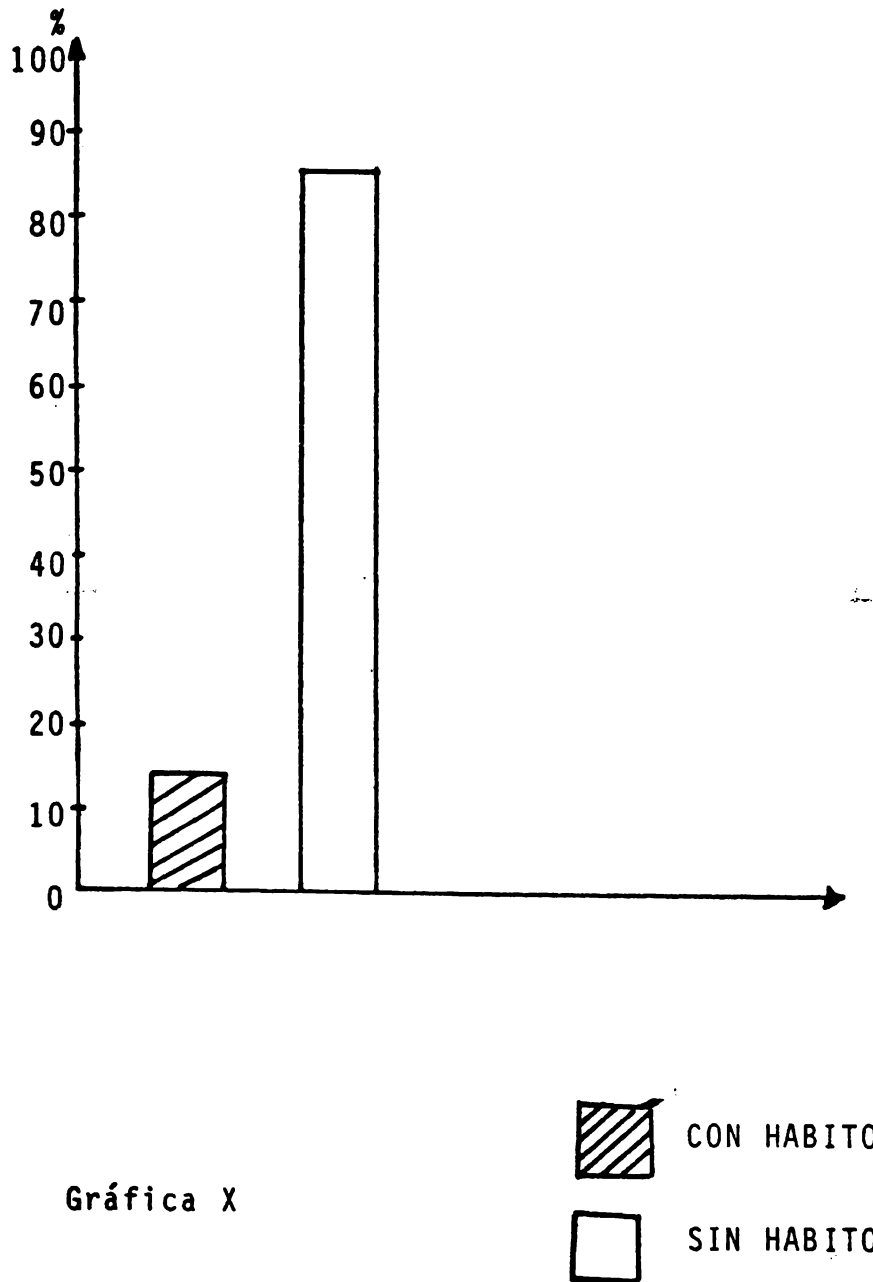
TABLA QUE REPRESENTA POR EDAD Y SEXO
A NIÑOS QUE PRESENTAN HABITO Y SIN -
HABITO DE LA POBLACION TOTAL DE CLASE
III.

EDAD \ SEXO	F	%
CON HABITO	39	14
SIN HABITO	236	86
TOTAL	275	100

Tabla X

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

GRAFICA QUE REPRESENTA A ALUMNOS
QUE PRESENTAN HABITO Y SIN HABITO
DE LA POBLACION TOTAL DE CLASE
III.



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

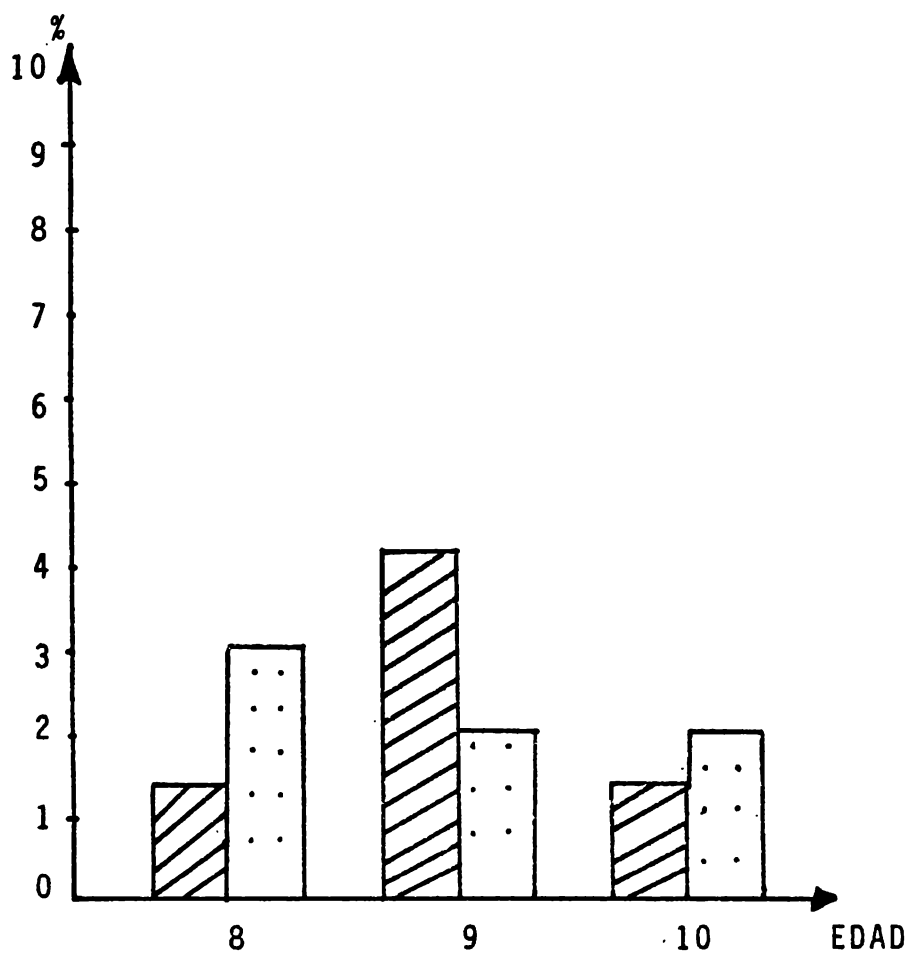
TABLA QUE REPRESENTA A NIÑOS-
 POR SEXO Y EDAD QUE PRESENTAN
 HABITO DE CLASE III

EDAD \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
8	4	1.4	9	3
9	12	4.2	5	2
10	4	1.4	5	2
TOTAL	20	7	19	7

Tabla XI

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

GRAFICA QUE REPRESENTA A ALUM-
NOS QUE PRESENTAN HABITO DE -
SEXO Y EDAD COMPARATIVO.



Gráfica XI



FEMENINO



MASCULINO

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

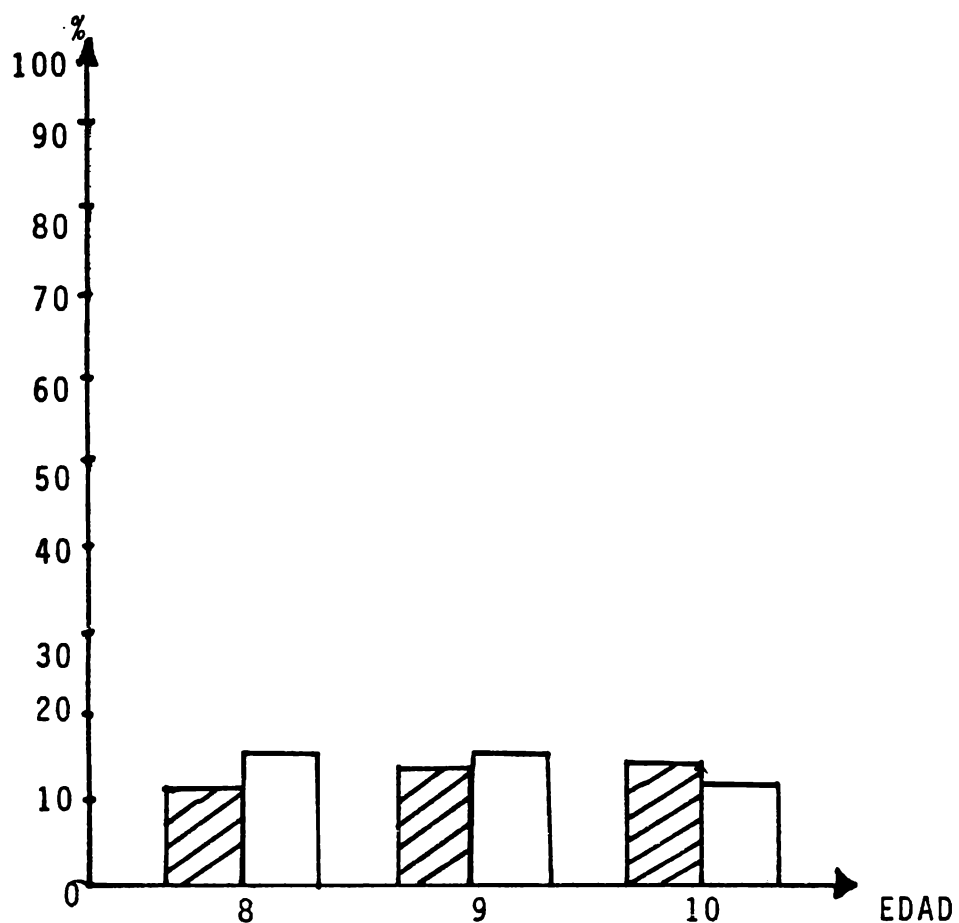
TABLA QUE REPRESENTA POR SEXO-
Y EDAD DE CLASE III QUE NO PRE
SENTAN HABITO.

EDAD \ SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	F	%	F	%
8	34	12	45	16
9	37	14	45	16
10	42	15	33	13
TOTAL	113	41	123	45

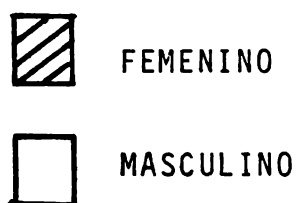
Tabla XII

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

GRAFICA DE CLASE III POR SEXO
Y EDAD QUE NO PRESENTAN HABIT-
TO.



Gráfica XII



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

D I S C U S S I O N

DISCUSION

En la Gráfica I Tabla I. que corresponde a la frecuencia de maloclusiones clase III de Angle de la población total por edad y sexo se obtuvo un 4.5% en el área urbana del Distrito Federal. esto es relacionando con la población blanca de los E.E.U.U. que representa de un 3% a un 5% de clase III. 13

En Nueva Zelandia existió un 4.2% de discrepancia de clase III. 8

Podemos observar de los valores obtenidos que nuestra incidencia de la maloclusión de clase III en el área urbana del Distrito Federal, tiene una similitud con la población blanca de los E.E.U.U. y podemos pensar que el rango de porcentaje entre ambas naciones es similar. Ya que los estudios se realizaron en etapas de la dentición mixta.

Representando la maloclusión de clase III por edad y sexo se encontró que un 48% es Femenino y un 52% es masculino. Siendo de mayor incidencia por un 4% de sexo masculino el que presenta la maloclusión clase III.

Los autores en Zelandia del norte (Helm-1968) existió un 79% en niños y en niñas un 78% de estudio de maloclusión por edad y sexo, y tenemos que existió un porcentaje mayor(1%) en masculino de clase III. Pero tenemos que el estudio en Zelandia del norte se elaboró en 1700 niños de ambos sexos, pero nosotros pensaremos que existe la misma cantidad de porcentaje de masculino.

Relacionando la discrepancia que existe por edad y sexo con los porcentajes obtenidos de maloclusión clase III, se tiene como resultado de 8 años de femenino(14%) - con sexo masculino(20%) existe mayor porcentaje en masculino siendo éste en un 6%. Ahora teniendo los porcentajes a continuación vemos que existe más niños de 8 años que tienen mayor incidencia de maloclusión clase III de la población encuestada.

Tomando los valores de 9 años de femenino que fué (18%) de masculino fueron un mismo valor para ambos sin haber mayor porcentaje entre ellos. Y de 10 años(16%) --- siendo mayor en femenino un 2% que masculino (14%), como vemos existe un mayor índice de maloclusión clase III a la edad de 10 años en femenino a pesar que tenemos mayor discrepancia en masculino a la edad de 8 años. Gráfica III -- Tabla III.

Dentro de la población total de clase III de niños atendidos y no atendidos se encontró una discrepancia de un 71% que no tuvieron atención dental y de los que sí recibieron atención dental fueron en un 29%. obteniendo un mayor porcentaje de un 51% más de niños que no fueron atendidos por sexo y edad.

Estudios realizados en los E.E.U.U. en 1970 resultó que el 50% de los niños de 15 años no recibieron nunca --- atención dental. 10

Si resolvemos esto en comparación en nuestros datos--- obtenidos, es que tuvimos por un 21% mas de niños no atendidos, pero esta encuesta, se realizó entre las edades de 8,9 y 10 años y la encuesta realizada en los E.E.U.U. - Fué exclusivamente de edad de 15 años. lo cual por la edad no es muy comparable. Gráfica IV Tabla IV.

Dentro de el estudio realizado de niños que recibieron atención dental y los que no recibieron atención dental se obtuvo, niños atendidos de 8 años de femenino(4%) y masculino (6%) se encontró una diferencia de un 2%, siendo masculino, como resultado de los que tienen más atención dental.

De 9 años femenino (5%) y masculino (4%) tenemos como resultado un 1% más en femenino.

De 10 años femenino (6%) y masculino (4%) obtuvimos un 2% más en sexo femenino que sí fueron atendidos.

Por lo tanto de los niños que más recibieron atención dental, fuerón de sexo femenino de 9 y 10 años. Gráfica V - Tabla V.

Niños que no recibieron atención dental son de 8 años- de femenino (9%) con respecto a masculino (14%) siendo ---- superior por un 5% masculino. De 9 años femenino (13%) -- con masculino (14%) es mayor por un 1% masculino. y de 10 años femenino (11%) con respecto a masculino (10%) es ---- superior por un 1% femenino.

Teniendo como resultado que un 5% de sexo masculino de 8 años superior al femenino que fueron atendidos. como po-

demos observar existe menos atención en niños de menor edad, esto encontramos por que muchos de los padres de familia tienen la costumbre de que el niño está en recambio de sus piezas dentarias y como esto es cierto, ellos no piensan que el infante puede tener otras desarmonías oclusales y no los llevan a revisión hasta que se presenta el problema, esto es como nosotros veremos más adelante a mayor edad existen más problemas para corrección de la desarmonía oclusal propiamente de clase III.

Gráfica VI Tabla VI.

Observamos la necesidad de diagnosticar qué tanta población recibió atención dental por cirujano dentista y por el especialista, se encontró que los especialistas (2%) en relación con los Cirujanos dentistas (27%) existe una discrepancia mas de los servicios del cirujano dentista que del especialista.

Siendo que la mayor parte de la población existente es la de atendidos por cirujano dentista. Se llega a la conclusión de que la comunidad tiene poca información de los servicios del especialista ya que en los datos obtenidos el servicio que éstos prestan es reducido.

Gráfica VII Tabla VII.

Representando a niños por edad y sexo que recibieron servicios por cirujanos dentistas. De clase III resultó que de 8 años femenino (4%) con respecto a masculino (5%) resultó una diferencia de un 1% más en masculino.

De 9 años femenino (4%) y masculino (4%) resultó un porcentaje igual para ambos. Y por último de 10 años femenino (6%) y masculino (4%), tenemos como resultante un 2% más femenino que masculino.

Sabiendo que femenino tuvo mas atención por cirujano-dentista por 1% más que masculino. Vemos que la edad que mas se preocupa por ser atendida es la de 10 años, nosotros pensamos que el paciente femenino se atiende, es por su apariencia estética y armonía oclusal. Gráfica VIII Tabla VIII.

De los niños que fueron atendidos por el especialista por edad y sexo resultó que : De 8 años de femenino(.25%) con respecto a masculino (.50%) tiene mas servicio dental los niños de 8 años por .25% de 9 años de femenino(.75%) y de masculino(.25%), es superior femenino por .50% y de 10 años de femenino no tuvieron atención dental por ello un .25% es superior. Obteniendo en su totalidad para ambos sexos de un 1%.

Los niños que mas visitaron al especialista son los de edad de 9 años, aunque en sí la población es muy reducida para la cantidad tan superior que representa: Por que un 2% de niños atendidos, en relación a la discrepancia de clase III, es muy inferior para los servicios que pueda prestar un especialista.

Ahora bien nosotros sabemos que el servicio que presta el especialista es eficiente, pero insuficiente por que falta personal capacitado para atender a la población in-

fantil de las discrepancias oclusales de clase III.

Gráfica IX Tabla IX.

De la población total de clase III por sexo y edad encontramos un reducido índice de niños que presentan -- hábito (14%) en comparación de los niños que no presentan hábito, que es (86%) la mayor parte de la niñez, teniendo una diferencia de un 72% sobre los que presentan hábito.

De los hábitos estudiados llegamos a la conclusión -- que no tienen ningún efecto sobre la desarmonía oclusal de clase III.

Algunos autores describen en las maloclusiones de clase III, el labio inferior es impotente mientras que el -- labio superior es muy activo al alargarse y presionar sobre los incisivos superiores y el proceso alveolar. por la contracción del buccinador, ésto no significa que la musculatura ha creado la protrusión del maxilar inferior y retrusión del maxilar superior, pero esto pudo haberse acentuado por la actividad funcional de adaptación. 8 Gráfica X Tabla X.

Dentro de los niños que presentan hábito por sexo y edad encontramos que femenino de 8 años (1.4%) con res---pecto a masculino (3%) presenta un valor superior de 1.6% siendo de 8 años masculino los que presentan hábito.

Tenemos de 9 años femenino (4.25) con respecto a --- masculino (2%), siendo de femenino los que superan por un 2.2% de los que presentan hábito de esta edad.

Tenemos de 10 años de femenino (1.4%) y de masculino (2%) siendo mayor porcentaje en masculino por .6% que presen

tan hábito.

Tenemos que de clase III los que presentaron mayor incidencia de hábito, fueron los de edad de 9 años de femenino y después los siguen en descendencia los niños de 8 años Gráfica XI Tabla XI.

Teniendo los valores de la población total, tenemos por edad y sexo a niños que no presentan hábito, los cuales resultó en mayor porcentaje que enseguida vemos:

De 8 años femenino tenemos (12%) con respecto a --- masculino (16%) que tuvo un valor superior al de femenino por un 4% siendo estos los que no presentan hábito.

De 9 años femenino tenemos (14%) comparando con --- masculino (16%) teniendo un valor superior de un 2%.-- Siendo este último de los que no tienen hábito.

De 10 años tenemos un (15%) de femenino y de masculino, tenemos (13%) siendo los que menos hábitos tienen los de sexo femenino por un 2%.

En general tenemos que de sexo masculino de 8 y 9 años, los que menos presentaron hábito.

De 8 años siendo femenino menor que masculino por un 4% mas .

R E S U M E N

RESUMEN

Por no tener datos de la incidencia de la desarmonía de Clase III en nuestra población y para realizar trabajos más acertados en relación a prevención, interceptar y corregir las desarmonías, en referencia a investigaciones hechas en el extranjero para extrapolar planes de trabajo, se realizó investigación epidemiológica es una muestra de 6 000 niños mexicanos de ambos sexos de 8, 9 y 10 años, ya que en ellos se encuentra establecida la etapa de la Dentición Mixta.

Se asistió a 32 escuelas particulares y oficiales de las 16 delegaciones políticas en que se encuentra dividida la Ciudad de México, visitando dos escuelas, una particular y una oficial, y así establecer:

Índice de maloclusión en el área urbana del Distrito Federal por edad y sexo de Clase III.

Qué cantidad, tanto femenina como masculina, presentan la desarmonía Clase III.

Población total por edad y sexo que recibió atención y los que no recibieron atención dental y de éstos determinar los que fueron atendidos por cirujano dentista general y especialista (Odontopediatría u Ortodoncia) para detectar si el número de personal especializado está en relación con los requerimientos odontológicos.

Cantidad y presencia de hábitos bucales por edad y sexo que puedan agravar la malposición dental.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- 1) En forma concreta en relación a la población total encuestada de las maloclusiones de Angle, obtuvimos un índice reducido de maloclusión clase III.
- 2) Existe un similar prevalencia entre la población blanca de los E.E.U.U. y la población infantil del -- Distrito Federal de maloclusiones clase III.
- 3) Se encontró mas establecida en sexo masculino que femenino la discrepancia de clase III.
- 4) Encontramos que existe un alto índice de niños de Clase III que no reciben atención dental.
- 5) La edad que prevaleció de la maloclusión de clase III, fué la de ocho años de masculino.
- 6) Tambien niños de ocho años que no recibieron aten ción dental, obteniendo una discrepancia mayor.
- 7) Al realizar la encuesta encontramos que los niños tenían más atención por cirujano dentista que por es- pecialista.
- 8) Encontramos también que en relación a la desarmo nía oclusal de clase III con personal especializado - es en sí el servicio que representa a la población -- urbana del Distrito Federal es insuficiente.
- 9) En la desarmonía de clase III, los hábitos que se diagnosticaron no tuvieron ningún efecto sobre la --- maloclusión existente.

10) Existe un incremento de maloclusión clase III--
conforme avanza la edad, entre las edades de 8,9-
y y 10 años.

11) El estudio realizado es un paso más para ir -
integrando al especialista y al cirujano dentista
general, y de tener presente el índice de maloclu
sión de clase III y precisar juntos del servicio-
que la comunidad requiere.

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

BIBLIOGRAFIA

- 1) Armando Castillo y colaboradores: ANALISIS DEL CRECIMIENTO MANDIBULAR EN LA CLASE I DE ANGLE ENTRE LAS EDADES DE 8 a 12 años: Rev. Cuba Est. 15-3 1978.
- 2) A.V. Isiekwe M.C. MALUCLUSION IN LAGOS NIGERIA. Eng.Community Dent. Oral Epidemiol 1983 Feb. 1(11) 59-62.
- 3) P.R. Begg ORTODONCIA DE BEGG TEORIA Y PRACTICA. Edit. Revista de occidente Madrid. 1973 P.g. 63.
- 4) Bryant P.M. MANDIBULAR ROTATION AND CLASS III MALOCCLUSION: Br.J. Orthod.1981 apr. 8(2) 61-75.
- 5) Cozzani G. EXTRAORAL TRACTION AND CLASS III TREATMENT. Amj. Orthod. 1981 Dec. 80(6) 638-50.
- 6) Cohen Michael PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS EN NIÑOS. Edit Panamericana 1979 P.G. 69-70.
- 7) Dagkalake E.G. ASPECTS ON THE CLASIFICACION OF CLASS III MALOCCLUSION AND THE INDICATION OF ORTHOSURGERY-ON YOUNG PATIENTS. Odontoestomatol prodos 1980 jan-feb. 34(1) 14-22.
- 8) Finn Sidney ODONTOLOGIA PEDIATRICA. Edit. Interamericana 1973. pag. 296.
- 9) Graber. ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA. Edit. Interamericana 1974 pag. 191-194.

- 10) Gorlin y Goldman. PATOLOGIA ORAL.Salvat. 1981 pag-
1970-74 Barcelona.
- 11) Hotz Rudolf. ODONTOPEDIATRIA: Edit.Panamericana
1977 pag. 18-19.
- 12) Kawata T, y Colaboradores.MANDIBULAR MOVEMENTS IN-
ANGLE CLASS III MALOCCLUSION IN THE MIXED DENTITION
IN THE MIXED DENTITION.
Angle orthod. 1982 jan. 52(1) 61-8.
- 13) Ma:Cu:Zi: c:M: y Colaboradores.INDICENCE OF MAL--
OCCLUSION AMONG-AGE CHILDREN IN KRAGUJEVAC.
Stomatol Glass.Srb.1981 Mar-apr. 28(2) 93-100.
- 14) Papalardo G. y Colaboradores RELATION SHIP BET---
WEEN DENTAL CARIES AND MALOCCLUSION IN A RANDOM --
SAMPLE OF 378 PUPILS OF THE ELEMENTARY SCHOOLS IN
CATANIA. Rev, Stomatol 1979 jan.48(1) 41-9.
- 15) Sim M.Joseph. MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN -
NIÑOS. Edit. Mundi 1980 Arg. Pag. 51-75.

A P E N D I C E

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

HISTORIA CLINICA No. _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

NACIONALIDAD _____ GRDO _____ FECHA _____

ESCUELA _____ DELEGACION _____

CLASE I TIPO 0

PRESENTA

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

CLASE I TIPO 1

a) Incisivos inferiores apiñados e incisivos superiores espaciados normalmente.

b) Incisivos superiores e inferiores rotados y apiñados.

CLASE I TIPO 2

a) Dientes anterosuperiores protuídos y pronunciados.

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

CLASE I TIPO 3

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

b) Mordida cruzada anterior de 3 ó 4 incisivos superiores

CLASE I TIPO 4

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

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

c) Mordida cruzada posterior bilateral.

CLASE I TIPO 5

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

b) Pérdida de espacio posterior de más de 3 mm en un cuadrante, debido a la mesialización del primer molar permanente.

CLASE II DIVISION 1

Relación de molares de clase II en ambos lados y protrusión antero-superior.

CLASE II DIVISION 2

Relación molar de clase II en ambos lados, incisivos centrales casi verticales o inclinados hacia lingual e incisivos laterales protruídos

CLASE III

Relación molar de clase III en ambos lados

HABITOS:(Marcar con una "x" el hábito que presenta el niño)

Succión de pulgar	<input type="checkbox"/>	Succión de carrillos	<input type="checkbox"/>
Succión de otro dedo	<input type="checkbox"/>	Succión del labio sup.	<input type="checkbox"/>
Proyección lingual	<input type="checkbox"/>	Respiración bucal	<input type="checkbox"/>
Deglución Atípica	<input type="checkbox"/>	Morder uñas	<input type="checkbox"/>

ATENCION DENTAL: (Marcar con una "x " según el caso)

Atendido

Cirujano Dentista de Práctica General

Especialista

No atendido

SUMMARY

We did not have data on the frequency of Class III disharmony in our population we therefore carried out an epidemiologic research on a sample made of 6000 Mexican children, male and female, aged 8, 9 and 10 years in mixed dentition stage. This was done to carry out a better research in the prevention, interception and correction of disharmonies, and to relate it to research done outside of Mexico.

The research team attended 32 private and state schools of the sixteen sections of Mexico City. One state school and a private one were visited; this enabled the establishment of: Urban malocclusion index in Mexico City (Class III) according to age and sex.

Which percentage of boys and girls are affected with class III disharmony

Total population ^{treated} / according to age and sex and population untreated; Of the treated ones determine who was treated by a general dentist and who by a specialist (Pedodontist or Orthodontist), to determine if the number of specialists is sufficient for the number of dental staff available.

Quantity and presence of oral habits according to age and sex that could worsen the dental position.