

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ.

**Prevalencia de maloclusión en pacientes de 7 a 10 años atendidos;
Facultad de Odontología ULEAM**

Facultad de odontología.

Autora:

Melissa Nicolle Daza Palacios.

Tutor:

Dra. María Fernanda Carvajal Campos, Esp.

Manta – Manabí – Ecuador.

2017

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Melissa Nicolle Daza Palacios, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis: **“PREVALENCIA DE MALOCLUSION EN PACIENTES DE 7 A 10 AÑOS ATENDIDOS; FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ULEAM”**. Para la obtención del título de Odontóloga, siendo la Dra. María Fernanda Carvajal, directora del presente trabajo; y eximo a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

MELISSA NICOLLE DAZA PALACIOS
C.I.: 131242139-7

CERTIFICACIÓN

Yo. **Dra. María Fernanda Carvajal Campos, Esp. Docente de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí**, en calidad de Directora de Proyecto de Investigación de la estudiante **Srta. Melissa Nicolle Daza Palacios** con cedula de identidad **#131242139-7**.

Certifico:

Que el presente Proyecto de Investigación titulado “ **PREVALENCIA DE MALOCLUSIÓN EN LOS PACIENTES DE 7 A 10 AÑOS ATENDIDOS; FACULTAD DE ODONTOLOGIA ULEAM.**” Ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones de trabajo y se encuentra listo para su presentación y apta para su defensa.

Habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontología. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

Dra. María Fernanda Carvajal Campos
C.I.: 0919669176
Directora de Proyecto de Investigación

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO
UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Tribunal Examinador

Los honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueben el informe de investigación sobre el tema **“Prevalencia de maloclusión en pacientes de 7 a 10 años atendidos; Facultad de Odontología Uleam”**

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DE TRIBUNAL

MIEMBRO DE TRIBUNAL

Manta, _____ del 2017

DEDICATORIA

A Dios.

Por permitirme llegar hasta este punto y haberme dado salud, y perseverancia para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Vilma.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre Juan Manuel.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, y por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis hermanos.

Juan Pablo y Juan Andrés, por estar conmigo y ser un apoyo hoy y siempre.

Demás familiares que han estado pendientes y deseándome siempre lo mejor gracias totales, los amo.

Melissa Nicolle Daza Palacios

AGRADECIMIENTO

“El éxito no se mide por los logros que tengamos en la vida sino por lo que hemos tenido que superar para llegar a donde estamos”. Gracias Dios por las metas alcanzadas y por los sueños logrados.

A mis padres, Dr. Juan Manuel Daza Aliatis y Sra. Vilma Palacios Cedeño que han sido pilar fundamental quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado mi formación académica, creyeron en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades y dejaron en mí la mayor herencia que es la educación.

Melissa Nicolle Daza Palacios

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	I
CERTIFICACIÓN	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Planteamiento del problema	9
1.2 Objetivos	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
1.3 Justificación del problema.....	11
1.4 Delimitación del problema.....	12
2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	13
2.2 Conceptos básicos de oclusión.....	14
2.2.1 Oclusión ideal.....	14
2.2.2 Oclusión dental.....	14
2.2.3 Oclusión balanceada	14
2.2.4 Oclusión fisiológica.....	14
2.2.5 Oclusión terapéutica.....	14
2.2.6 Oclusión excéntrica	15
2.2.7 Relación céntrica	15
2.2.8 Oclusión céntrica	15
2.2.9 Oclusión patológica	15
2.2.10 Overbite	15
2.2.11 Overjet.....	16
2.2.12 Relación molar.....	16
2.2.13 Maloclusión	16
2.2.14 Maloclusión ósea.....	16

2.2.15	Maloclusión muscular	16
2.2.16	Maloclusión dentaria.....	16
2.2.17	Apiñamiento dental.....	16
2.2.18	Apiñamiento primario.....	16
2.2.19	Apiñamiento secundario	17
2.2.20	Mordida abierta.....	17
2.2.21	Mordida cruzada.....	17
2.2.22	Mordida borde a borde	17
2.3	Clasificación de maloclusión según Angle	17
2.3.1	Clase I – Normoclusión	18
2.3.2	Clase II – Distoclusión.....	18
2.3.2.1	División 1	18
2.3.2.2	División 2	19
2.3.2.1.1	Subdivisión. Posee patrones característicos similares a la clase II, pero en un lado de la arcada presenta clase II y del otro lado clase I.	19
2.3.3	Clase III - Mesiooclusión	19
2.4	Etiología de las maloclusiones.....	19
2.4.1	Factor hereditario.....	20
2.4.2	Defectos congénitos	21
2.4.3	Factores ambientales	22
2.4.4	Hábitos	23
2.4.4.1	Succión de chupón:	23
2.4.4.2	Succión digital:.....	23
2.4.4.3	Interposición Lingual:	24
2.4.4.4	Succión labial.....	25
2.4.4.5	Respiración bucal	25
2.4.4.6	Onicofagia.....	25
2.4.4.7	Bruxismo	26
2.4.5	Anomalías dentales	26
2.4.5.1	Fusión	26
2.4.5.2	Geminación.....	26
2.4.5.3	Dens in dente.....	26
2.4.5.4	Concrescencia	27

2.4.5.5	Dilaceración	27
2.4.5.6	Taurodontismo	27
2.4.6	Anomalías de tamaño	27
2.4.6.1	Macrodoncia	27
2.4.6.2	Microdoncia.....	27
2.4.7	Implantación anormal de frenillo.....	28
2.4.8	Perdida prematura de dientes temporales.....	28
2.4.9	Erupción tardía de dientes permanentes	28
2.4.10	Anquilosis	29
2.4.11	Caries dentales proximales	29
2.4.12	Restauraciones defectuosas	29
3.	METODOLOGÍA.....	30
3.1	Proceso metodológico.....	30
3.2	Descripción y diseño de la investigación.....	30
3.3	Recolección de la información	31
3.3.1	Elaboración del instrumento de recolección	31
3.4	Interpretación y análisis de los datos	31
3.5	Cronograma de actividades	32
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	33
4.1	Presentación e interpretación de los resultados	33
	CONCLUSIONES	40
	RECOMENDACIONES	41
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
	ANEXOS	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes con maloclusión.....	28
Tabla 2. Prevalencia de maloclusiones según Angle en pacientes de 7 a 10 años.....	29
Tabla 3. Prevalencia de maloclusión por distribución de edades.....	30
Tabla 4. Prevalencia de maloclusión según el género.....	31
Tabla 5. Hábitos presentes en pacientes con maloclusiones.....	32
Tabla 6. Tipos de mordida presentes en pacientes con maloclusiones.....	33
Tabla 7. Tipos de apiñamiento presentes en pacientes con maloclusión.....	34

RESUMEN

El siguiente estudio se realizó con el objetivo de contribuir al conocimiento sobre la prevalencia de maloclusión en la muestra seleccionada, su clasificación, género más afectado, edad de mayor frecuencia, factores causales y patologías futuras. La población de estudio fueron los 145 pacientes atendidos en la materia de Ortodoncia en la clínica de 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, de los cuales 47 se encontraban fuera del rango de estudio y 98 comprendían entre las edades de 7 a 10 años.

En el análisis de los instrumentos de recolección de datos el hallazgo significativo fue que la Clase II de Angle fue la de mayor porcentaje con un 57,10% de los pacientes de la muestra, además se concluyó que el género más afectado es el masculino y la edad de 9 años es la más afectada.

Concluyendo así que la maloclusión es de origen multifactorial, predominando los factores genéticos y ambientales, lo que nos demuestra que la ausencia de prevención dental está afectando a la población infantil de diversas maneras, por ello la importancia de programas preventivos para disminuir la incidencia de esta patología y disminuir así el porcentaje de distintas complicaciones de la salud oral.

Palabras claves:

Oclusión dental

Maloclusión

Clasificación de Angle

Prevalencia

ABSTRACT

The following study was carried out with the aim of contributing to the knowledge about the prevalence of malocclusion in the selected sample, its classification, the most affected genus, the most frequent age, causal factors and future pathologies. The study population consisted of 145 patients treated in the Orthodontics area at the 9th semester of the Faculty of Dentistry of the Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, of which 47 were outside the study range and 98 comprised Ages 7 to 10 years.

In the analysis of the instruments of data collection the significant finding was that Class II Angle was the largest percentage with 57.10% of patients in the sample, it was also concluded that the gender most affected is the male and the age of 9 years is the most affected.

In conclusion, malocclusion is multifactorial in origin, with genetic and environmental factors predominant, which does not demonstrate that the absence of dental prevention is affecting the child population in a variety of ways, so the importance of preventive programs to reduce The incidence of this pathology and thus decrease the percentage of various complications of oral health.

Key words:

Dental occlusion

Malocclusion

Angle Classification

Prevalence

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia se encuentran las maloclusiones, debido a que afectan a un gran sector de la población, por lo cual es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de Salud Pública, ya que no solo llama la atención por el gran número de personas que afectan sino el efecto perjudicial que genera sobre la cavidad bucal. La oclusión dental hace referencia a la relación que guardan las piezas dentales en estado de reposo, para que esta sea normal deben estar en armonía varios componentes como lo son músculos, huesos, dientes.

Existen varios factores que pueden afectar la salud, estabilidad y funcionamiento de la oclusión normal, los factores genéticos y ambientales son considerados como los dos factores principales de esta anomalía.

Según datos epidemiológicos, la tendencia en los países en desarrollo es la de aumentar la prevalencia de maloclusiones en su población general. Alrededor del 70% de la población infantil presenta algún grado de desviación de la oclusión ideal, y entre un 25 y un 30% necesita tratamiento ortodóncico. A su vez, las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, aparte de producir alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas a cada momento. (García, Ustrell, & Sentís, 2011)

La oclusión normal de un niño de 5 años que presenta una dentición primaria se caracteriza por presentar espacios de desarrollo entre las piezas dentales, planos rectos, sobre-mordida vertical y sobre-mordida horizontal de 0 a 3mm. Cuando se establece la ausencia de estas características ya sea por factores genéticos, ambientales etc.; es muy probable que posteriormente durante el recambio a la dentición mixta se produzcan problemas de discrepancia óseo-dentarias.

Las edades críticas en las que se puede establecer la tendencia con la cual se desarrollará la oclusión dental, son: a) a los tres años de edad, que es cuando se completa el desarrollo radicular de los segundos molares; b) entre

los cinco y seis años, que es cuando empiezan hacer erupción los dientes permanentes y el tamaño de las arcadas comienzan a modificarse, especialmente por la fuerza de erupción de los primeros molares permanentes; c) y de los nueve a los trece años por las fuerzas de erupción ejercidas fundamentalmente por los caninos. No obstante, se debe tener presente que las variaciones en el desarrollo de la oclusión dental está dado por las características particulares de cada sujeto. Con base en lo anterior, una maloclusión dental puede definirse como cualquier variación de la oclusión normal, y su establecimiento, tiene importancia por los defectos anatómicos, fisiológicos y estéticos que causa su desarrollo en la cavidad oral. (Murrieta, Cruz, López, Marques, & Zurita, 2007)

El metodo mas utilizado para la evaluacion de la relacion oclusal de la denticion permanente es la clasificacion de Angle, la cual consta de tres divisiones: la malaoclusion Clase I, II y III, estas ultimas a su vez constan de subdivisiones en grupos especificos y caracteristicos. En cuanto a la edad conforme esta va avanzando aumenta la probabilidad de experimentar alteraciones en la oclusion, por lo que es posible que no se observen diferencias significativas entre niños de seis y siete años de edad pero en pacientes de trece años este riesgo aumenta inlcuso el doble.

1.1 Planteamiento del problema

La maloclusión es una anomalía que afecta con frecuencia a la población ocasionando una serie de problemas tanto a nivel estético como higiénico principalmente debido a la mal posición que adoptan las piezas impidiendo así un correcto cepillado, acumulación de placa dentobacteriana y esto a su vez conlleva al desencadenamiento de enfermedades tales como la gingivitis, periodontitis teniendo múltiples factores que logran afectar el equilibrio dental del individuo.

La maloclusión se establece cuando la máxima intercuspidación de las piezas dentales se encuentra afectada lo cual no permite las relaciones y leyes establecidas de una relación normal entre las piezas esto debido a diversos factores lo cual nos da como resultado sobre-mordidas, mordidas cruzadas, mordidas abiertas y esto nos indica una diferencia entre el tamaño de los maxilares o entre los maxilares y las piezas dentales que ocasiona apiñamientos, todos estos problemas contribuyen a que se desarrollen las maloclusiones.

En base a esto lo que se busca en esta investigación es determinar la prevalencia de maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años de edad atendidos en la Facultad de Odontología durante el periodo 2016, cual es la clase de maloclusión más frecuente, a qué edad son más frecuente estas anomalías, a qué género afecta más y cuáles son posibles factores que conllevan al desarrollo de dichas anomalías.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años de edad atendidos en la Facultad de Odontología en el periodo 2016.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Establecer que maloclusión es la más frecuente en base a la clasificación de Angle en los pacientes atendidos.
2. Identificar que género es el más afectado por las maloclusiones.
3. Conocer la edad en la que suele ser más frecuente la presencia de maloclusiones en los pacientes atendidos.
4. Describir cuáles son las posibles causas que conllevan al desarrollo de las maloclusiones.

1.3 Justificación del problema

En vista del impacto que tiene la problemática de la maloclusión dental en la población se hace evidente conocer la prevalencia de estas maloclusiones en los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, es por esta razón que el presente trabajo está orientado a conocer que maloclusión es la que más prevalece en estos pacientes así como también las posibles causas más frecuentes de esta anomalía, y de esta forma posibilitar tener mayores alternativas de tratamiento.

El análisis de las historias clínicas nos brinda la posibilidad de tener una estadística con datos reales la cual nos va a permitir obtener porcentajes claros de los casos que presentan esta patología.

1.4 Delimitación del problema

Este trabajo se llevara a cabo en la ciudad de Manta - Facultad de Odontología, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí bajo el diagnostico de los pacientes atendidos en dicho establecimiento con la ayuda de las Historias Clínicas utilizadas para cada paciente.

La elevada presencia de maloclusiones que afecta hoy en día a la población desde edades muy tempranas y la falta de conocimientos sobre qué factores influyen o qué tratamientos preventivos son necesarios, nos lleva a querer demostrar la presencia de dichas alteraciones y su prevalencia para conocer en que puede afectar al paciente si este no es tratado al tiempo creando los conocimientos necesarios sobre la importancia de conocer estas alteraciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El estudio de la oclusión se remonta a los principios del estudio de la odontología moderna donde se menciona que hay una manera adecuada de mantener ajustados los molares antagonistas con la correcta intercuspidad de los molares y esto no solo se basa en el hombre si no en las especies animales más cercanas al hombre. El doctor Angle al cual se le considera el padre de la ortodoncia moderna define la oclusión como la forma adecuada de relaciones intercuspideas y las formas inadecuadas las denomino mal oclusión, dicho doctor afirma que la correcta oclusión está en armonía con la línea de equilibrio entre las diferentes fuerzas que actúan entre los dientes por lo tanto había que adquirir la habilidad necesaria para lograr este equilibrio. (Lujan, 2001)

Realizando una revisión antropológica, basándonos en información de muchos miles de años podemos ser testigos de los grandes cambios evolutivos en la prevalencia de las maloclusiones. En las culturas primitivas, debido al tipo de dieta, la buena función de la dentadura era un factor clave de supervivencia. Por el contrario, el tipo de alimentación propia de las civilizaciones actuales impone menos demandas al aparato masticatorio, esta dieta interviene en la disminución progresiva en el tamaño de los maxilares por falta de estímulo que se ha venido constatando al analizar la evolución morfológica de la especie humana. (Millán, Katagiri, & Pérez, 2007)

Otra característica importante en el desarrollo de las culturas primitivas es la disminución gradual del tamaño de la cara y de los dientes, los primeros fósiles homínidos poseían caninos ligeramente prominentes, pero todos los posteriores presentan una notable reducción de tamaño; además, los dientes que sirven para masticar (premolares y molares) han ido disminuyendo de tamaño a lo largo de los años, estos cambios conllevan una reducción gradual del tamaño de la cara y las mandíbulas. La cara de los primeros homínidos era grande y estaba situada al frente de la cavidad craneal. A medida que los dientes se redujeron y el cerebro aumentó, la cara disminuyó y varió su posición; así, la cara relativamente pequeña de los hombres modernos está situada debajo, no delante, de la mayor cavidad craneal.

Se deduce que la maloclusión dental es la consecuencia de diferencias maxilo-mandibulares de crecimiento y de las distorsiones de la posición dental individual dentro de cada arcada. Una oclusión funcional es un estado en el cual las superficies oclusales no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos mandibulares, y en donde exista la máxima interdigitación cuspídea en oclusión céntrica. Es un estado de cierre donde se respetan todas las reglas de Fisiología, Anatomía y Neurofisiología Humana. (Millán *et al.*,2007)

2.2 Conceptos básicos de oclusión

2.2.1 Oclusión ideal

Es la correspondencia entre los componentes del sistema estomatognático que permite efectuar las funciones fisiológicas necesarias y de esta manera conservar la salud bucal del mismo.

2.2.2 Oclusión dental

Es la relación entre los dientes superiores con los dientes inferiores cuando ambos maxilares se encuentran en posición de cierre.

2.2.3 Oclusión balanceada

En esta oclusión se establecen contactos iguales tanto en el maxilar superior como el inferior en las piezas anteriores y posteriores encontrándose los maxilares en oclusión céntrica o excéntrica.

2.2.4 Oclusión fisiológica

Es una oclusión que posee un nivel de acercamiento a la ideal y posibilita al individuo a realizar las funciones que ejerce el Sistema Estomatognático.

2.2.5 Oclusión terapéutica

Oclusión que es modificada por el clínico tratando de convertirla lo más cercana posible a una oclusión ideal ya sea por técnicas de ajuste o restauración oclusal.

2.2.6 Oclusión excéntrica

Cuando existe relación de contacto en una sola sección de la arcada ya sea en posteriores o solo anteriores.

- Propulsiva: La mandíbula se desplaza hacia delante en sentido anteroposterior.
- Retrusiva: Se traslada en dirección anteroposterior el cóndilo y menisco.
- Protusiva: La mandíbula se encuentra en posición anterior a la relación céntrica.
- Lateralidad: La mandíbula se desplaza hacia la izquierda y derecha.

2.2.7 Relación céntrica

“La RC es la relación de la mandíbula con el maxilar cuando los cóndilos están en la posición más superior contra la eminencia independientemente de la posición dentaria y dimensión vertical, posteriormente la amplió añadiendo el concepto de medial (Orozco, Martínez, Ventura, Añadas, & Jiménez, 2008).

2.2.8 Oclusión céntrica

Oclusión adquirida por un individuo cuando las piezas dental superiores e inferiores se encuentran en máxima intercuspidación. En otras palabras la mordida usual de una persona, esta no debe ser confundida con Relación céntrica.

2.2.9 Oclusión patológica

Oclusión que manifiesta signos y síntomas patológicos que involucran sistemas: muscular, dentarios, articulares, periodontales.

2.2.10 Overbite

Espacio que resulta de la medida vertical de los incisivos centrales superiores desde su borde incisal hasta su nivel en cualquier tercio de la cara vestibular de los incisivos centrales inferiores.

2.2.11 Overjet

Espacio que resulta de la medida horizontal de la parte más sobresaliente entre el borde incisal de las piezas superiores y la cara vestibular de los inferiores.

2.2.12 Relación molar

Esta dada por la relación del primer molar permanente de ambas arcadas superior e inferior, obtenida cuando el paciente se en máxima intercuspidad.

2.2.13 Maloclusión

Estado en el que la relación de engranaje de los maxilares superior e inferior no efectúa ciertos parámetros que se consideran normales lo cual conlleva al desarrollo de patologías tales como problemas gingivales, estéticos, caries, problemas en ATM.

2.2.14 Maloclusión ósea

Cuando existe presencia de patología en ambos huesos o en uno solo a nivel alveolar o a nivel basal, causando anomalía oclusal.

2.2.15 Maloclusión muscular

Afección del sistema muscular que produce alteraciones en la función y postura del maxilar ocasionando anomalía oclusal.

2.2.16 Maloclusión dentaria

Anomalía de la oclusión causada por la propia dentición por diversos factores: tamaño, posición, forma.

2.2.17 Apiñamiento dental

Irregularidad en el correcto alineamiento de los dientes debido a la falta de espacio en los maxilares superior o inferior para alojar todas las piezas dentales.

2.2.18 Apiñamiento primario

“Se denomina apiñamiento primario cuando se presenta desde el momento de la erupción dentaria y como consecuencia de una relación negativa entre el ancho dentario y la longitud del arco” (Harfin & Ureña, 2010).

2.2.19 Apiñamiento secundario

“El apiñamiento secundario se produce tardíamente y puede estar relacionado con hábitos parafuncionales, colapso posterior, pérdida de dimensión vertical, etcétera” (Harfin & Ureña, 2010).

2.2.20 Mordida abierta

Es una disrelación vertical caracterizada por la ausencia de contacto entre los dientes superiores e inferiores, ocasionada principalmente por hábitos inadecuados que realiza el paciente.

2.2.21 Mordida cruzada

Relación anormal entre uno varias piezas dentales cuando estas se encuentran en máxima intercuspidad ocluyendo las caras linguales de dientes inferiores sobre las caras vestibulares de las piezas superiores.

2.2.22 Mordida borde a borde

Cuando quedan en relación de contacto los bordes incisales de los dientes superiores con los bordes incisales de los dientes inferiores.

2.3 Clasificación de maloclusión según Angle

Edward Angle, logró determinar los principios de oclusión, realizando estudios de cráneos y pacientes. “La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión” (Ugalde, 2007).

Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. En 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Este autor

dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III. (Almandoz, 2011)

2.3.1 Clase I – Normoclusión

Cuando estando las piezas en máxima intercuspidadación la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. “En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos” (Ugalde, 2007).

En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. En estos casos los labios sirven como un factor constante y poderoso en mantener esta condición, usualmente actuando con igual efecto en ambos arcos y combatiendo cualquier influencia de la lengua o cualquier tendencia inherente por parte de la naturaleza hacia su auto corrección. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados. El perfil facial puede ser recto. (Ugalde, 2007)

2.3.2 Clase II – Distoclusión

Cuando estando las piezas dentales en máxima intercuspidadación la cúspide mesiovestibular del primer molar superior cae por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior. “Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula” (Ugalde, 2007).

A su vez esta Clase II presenta 2 subdivisiones, la diferencia entre estas radica en la posición de los incisivos, estando protruidos en la primera y retruidos en la segunda.

2.3.2.1 División 1

Se evidencia por presentar un considerable aumento del resalte e inclinación de los incisivos superiores dando como resultado una mordida probablemente

profunda, un perfil retrognático, así como también alteración de los músculos faciales y lengua que deberán acoplarse a posiciones anormales de contracción.

2.3.2.2 División 2

En esta el resalte de los incisivos se encuentra disminuido por lo que estos se hallan inclinados hacia palatino dando como resultado un mordida profunda, los incisivos laterales superiores presentan vestibuloversión, a diferencia de la división I el esqueleto facial no es tan retrognático.

2.3.2.1.1 Subdivisión. Posee patrones característicos similares a la clase II, pero en un lado de la arcada presenta clase II y del otro lado clase I.

2.3.3 Clase III - Mesioclusión

Cuando estando las piezas dentales en máxima intercuspidación, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior cae posterior al surco mesiovestibular del primer molar inferior.

Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser divergente posterior, labial cóncavo. (Ugalde, 2007)

2.4 Etiología de las maloclusiones

En la gran mayoría de maloclusiones no se puede definir una causa específica ya que son alteraciones con manifiesto en el crecimiento y desarrollo del paciente. Es importante hacer énfasis en que para poder prevenir en necesario antes saber y establecer mejor la etiología de las maloclusiones.

Estudios realizados sobre prevalencias de maloclusiones reflejan que un tercio de la población posee una oclusión que podría considerarse como “normal” o casi aproximado a lo normal, y otros dos tercios tienen alguna maloclusión pero solo un pequeño porcentaje de estos es por alguna causa específica. La mayoría de pacientes que presentan maloclusión son el resultado de una serie de

situaciones complejas y hasta el momento no tan comprendido de influencias ya sean internas o externas, por lo cual se ha realizado una clasificación sobre la etiología de las maloclusiones.}

Esta clasificación comprende dos grupos:

Factores Generales:

- Herencia
- Defectos congénitos
- Medio ambiente
- Problemas nutricionales
- Hábitos

Factores locales:

- Anomalías de número de dientes
- Anomalías de tamaño de dientes
- Anomalía en forma de los dientes
- Frenillo labial anormal
- Pérdida prematura de dientes
- Erupción tardía
- Anquilosis
- Caries dental
- Restauraciones defectuosas

2.4.1 Factor hereditario

La gran mayoría de maloclusiones esqueléticas están dadas bajo un patrón heredado no obstante están tienden a agravarse por factores ambientales. Estudios exponen que en donde hay presencia de más combinaciones de razas, las posibilidades de discrepancias en los maxilares y anomalías oclusales son relativamente mayores.

La influencia genética es un factor evidente en la presencia de maloclusiones debido a que el tamaño y forma de los huesos nos es inevitablemente heredado por nuestros progenitores, ocasionando que haya patrones morfológicos ya establecidos. Padres con anomalías en el crecimiento de los maxilares heredan

estos mismos patrones a sus hijos ocasionando que estos sufran de las mismas anomalías.

La herencia posee gran influencia en la posición y conformación de la musculatura peribucal así como también sobre los tejidos blandos, en el tamaño y forma dentaria, anchura y longitud de la arcada, altura del paladar, apiñamiento y espacio entre los dientes y un grado de sobremordida sagital incluso en la cronología y el patrón eruptivo.

2.4.2 Defectos congénitos

Disostosis Mandibulofacial.- “Se caracteriza por malformaciones mandibulofaciales, donde se destacan la micrognatia severa, macrostomia y microstomia de grado variable” (Santana & Tamayo, 2015).

Este síndrome se caracteriza además por malformaciones craneofaciales (de la cabeza y la cara) como: labio y paladar hendido, ausencia o malformación de los pabellones auriculares y de los conductos auditivos, pérdida conductiva de la audición, hipoplasia malar, maxilar, y anomalías en las uniones temporo-mandibulares y región órbito-cigomática, presencia de coloboma en párpados e inclinación antimongoloide de las fisuras palpebrales. (Pollo, Álvarez, Torres, Placeres, & Morales, 2014)

Micrognatismo.- es un término utilizado para describir una mandíbula inferior con un tamaño muy pequeño, en los pacientes diagnosticados con Micrognatia cuya mandíbula es anormalmente pequeña puede causar dificultad para la alimentación como también para la respiración y posteriormente influye en el desarrollo de malformaciones dentales.

Oligodoncia o Hipodoncia.- En las diversas poblaciones de pacientes es muy frecuente descubrir variaciones en el número de dientes, siendo así que en la dentición permanente, uno o dos dientes suelen estar ausentes, a esto le denominamos Hipodoncia. Si la condición es la ausencia de más de seis pizas dentales se denomina en este caso Oligodoncia.

Anodoncia.- se refiere a la ausencia completa del diente, y es considerada una anomalía extremadamente rara.

2.4.3 Factores ambientales

La presencia de factores externos puede alterar o empeorar el equilibrio de las estructuras dentales y esqueléticas. La capacidad de que una fuerza ambiental tenga el poder de alterar el equilibrio va a depender no tanto de la intensidad con la que ejerce sino más bien la duración del mismo. Esto quiere decir que para que una fuerza altere la situación o el equilibrio en el que se encuentra la estructura dentaria debe tener como mínimo una duración de 6 horas

Al realizar las funciones de masticar, deglutir o hablar ejercemos una serie de movimientos, contracciones musculares que si bien son de una magnitud considerable no llegan a influir en el equilibrio de las estructuras debido a que son de una duración muy corta.

Entre las causas ambientales que pueden lograr alterar el equilibrio de las estructuras dento-esqueléticas debido a su larga duración tenemos los siguientes:

Posición lingual.- puede ser considerada un factor en el desarrollo de la maloclusión cuando el paciente no posee una correcta posición de reposo de su lengua y esta a su vez ejerce presión sobre las estructuras, impidiendo también una función deglutoria normal.

Hábitos de succión.- el problema de este tipo de hábitos van a depender no tan de la magnitud sino del tiempo de duración del mismo, el resultado de una hábito de succión que prevalece en el tiempo va a tener una gran consecuencia es decir, si el hábito se efectúa durante la dentición temporal el efecto que este produzca va ser quizás nulo pero si este hábito persiste en el tiempo realizándose también durante la dentición mixta lo más probable es que se establezca un tipo de maloclusión.

Respiración oral.- dada como resultado de la dificultad para el paso aéreo de la nasofaringe lo cual conduce al individuo mantener los labios abiertos causando una alteración en la postura craneocervical y de esta manera facilitar la respiración, ocasionando así que la mandíbula realice una rotación hacia

atrás de manera que la lengua adopta una posición en descenso quedando fuera de contacto con el paladar.

Con el paso del tiempo y la prolongación de esta posición se produce una alteración en el equilibrio dento-esquelal.

2.4.4 Hábitos

La presencia de hábitos en el individuo causa una modificación tanto en la posición de los dientes como en la forma y la relación de los maxilares. Para que un hábito pueda causar una alteración considerable este debe tener una duración de un máximo de doce horas. Es necesario y de suma importancia identificar estos hábitos para ser corregidos en el paciente y evitar, disminuir o corregir la alteración existente.

2.4.4.1 *Succión de chupón:*

Considerada una actividad normal durante el desarrollo fetal y neonatal en los niños, tiene sus desventajas cuando el tiempo de permeancia de este tipo de hábito se extiende a edades en las que existe presencia de las estructuras dentales. Entre las afecciones que no interesan a nosotros encontramos las maloclusiones que son de gran riesgo con la presencia del hábito de succión, la posición que se adopta cuando el chupón se encuentra dentro de la cavidad bucal induce que la lengua se desplace sobre la mandíbula y a su vez los músculos buccinadores y orbiculares se elongen, estas alteraciones van a dar como consecuencia un aumento en la distancia horizontal mandibular y que disminuya la distancia horizontal maxilar.

Para contrarrestar estas alteraciones es necesario tratar de disminuir la necesidad de succión de los lactantes y considerar como edad ideal para la interrupción de este hábito los dos años de edad, si permitimos la permanencia de este hábito no atenemos a sufrir posteriormente el desarrollo de maloclusiones.

2.4.4.2 *Succión digital:*

Otro de los habitados que tiene un gran índice de presencia en los niños pequeños que se llega a considerar como algo normal, esta inicia normalmente en el primer año de vida y suele prolongarse hasta cierta edad en la que ya no

lo podríamos considerar como una hábito normal. Existen varias adaptaciones de este tipo de hábito en el cual muchos niños lo realizan de la forma más común que es la succión del dedo pulgar, otros lo realizan con la succión de dos dedos al mismo tiempo. Dependiendo de la intensidad, la frecuencia y la duración de este hábito se va establecer el riesgo de presenta una maloclusión, evidentemente los efectos que pueden tener un niño que succione su dedo esporádicamente va a ser menor al de un niño que lo realice con mayor frecuencia.

En cuanto a la intensidad es otro factor importante a tener en cuenta ya que hay niños en los que la succión digital es pasiva mientras que en otros no solo se trata de colocar su dedo en boca sino que también involucra una serie de contracciones musculares que agravan la situación, si por ejemplo el niño presenta un patrón de crecimiento vertical es muy posible que vaya a presentar una mordida abierta y por ende este hábito va a favorecer dicha anomalía. Es importante eliminar el hábito antes de los tres años y si es posible menos para que así la alteración sea mínima y su corrección pueda hacerse de forma espontánea.

2.4.4.3 Interposición Lingual:

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación. En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores. En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y mal posición dentaria. (Agurto, Diaz, Cadiz, & Bobenrieth, 1999)

Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento

la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida. (Agurto *et al.*, 1999)

La prevalencia de la deglución infantil posterior a la erupción de piezas dentales es considerada anormal.

2.4.4.4 Succion labial

Este hábito se caracteriza por la intrusión del labio entre la arcada superior y la arcada inferior, suele manifestarse a cualquier edad y puede acompañarse de irritación, sequedad, erosión o lo que conocido generalmente como una Queratitis puede estar presente tanto el labio superior como el inferior o en ambos. Por lo general puede estar en relación con un desplazamiento lingual de las piezas inferiores y una protusión vestibular de las piezas superiores.

2.4.4.5 Respiracion bucal

Este tipo de hábito puede ser por dos causas, siendo por causa de una obstrucción funcional o de la misma anatomía o por un simple hábito que el individuo ya ha establecido.

- Causado por hábito: cuando el individuo a sufrido algún tipo de obstrucción en las vías respiratorias por lo cual utiliza la boca como medio de respiración transformando este hecho en un hábito aunque las causas que lo llevaron a desarrollarlo hayan sido eliminadas.
- Causado por obstrucción anatómica: la presencia de adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, inflamación de la mucosa o tabiques desviados causan una resistencia en la respiración que hace que el paciente tome la opción de respirar por la boca convirtiéndose en un hábito.

2.4.4.6 Onicofagia

Se da como resultado de cuadros de ansiedad asociados a situaciones de estrés, nerviosismo. Cuando este hábito se vuelve crónico o sea, se vuelve fijo

se vuelve un problema para el individuo en muchos aspectos. Este hábito ocasiona un sinnúmero de alteraciones ya sea a nivel sistémico, superficial en mucosas labios, dedos y a nivel de las estructuras dentarias, basta solo con observar los dedos del paciente para descubrir la presencia de este hábito que suele causar atrición en las piezas dentales y gingivitis.

2.4.4.7 *Bruxismo*

Se denomina así al roce o fricción de los dientes superiores e inferiores que causa el desgaste de los dientes disminuyendo su altura y por ende la disminución de la dimensión vertical del tercio inferior de la cara. Por lo general este tipo de hábito se da cuando el individuo se encuentra en estado de reposo causando un constante cansancio de los músculos masticatorios ya que no llegan a tener un estado total de la relajación.

Las fuerzas ejercidas durante el bruxismo afectan no solo a las piezas dentales sino también a la articulación temporomandibular ocasionando dolor e inflamación desencadenando desviaciones o limitaciones en la apertura bucal.

2.4.5 Anomalías dentales

2.4.5.1 *Fusión*

Es el resultado de un solo diente de gran tamaño debido a la unión de uno o más germen dentarios durante su desarrollo, según el momento en el que se produce la unión se presentará el diente con una sola cámara pulpar y una sola estructura continua de esmalte y dentina.

2.4.5.2 *Geminación*

División de un germen dentario que va a dar lugar a dos dientes este anomalía suele confundirse muy a menudo con la fusión ya que era considerado como un subgrupo, radiográficamente se observan dos coronas y un solo conducto radicular, suele tener más frecuencia en los dientes anteriores y en la dentición permanente.

2.4.5.3 *Dens in dente*

Es la invaginación de una estructura dental dentro de otra ocasionando un tubérculo o una protuberancia en la superficie del diente afectado, es una anomalía de importancia ya que el tubérculo puede sufrir algún desgaste o

fractura que va a ocasionar posteriormente la necrosis de la pieza en la cual se encuentra envaginada e infeccion periapical de la misma.

2.4.5.4 Concrecencia

Es un tipo de fusión que se da despues de la formacion de la corona y raiz del diente, se da a nivel de cemento radicular de dos o mas dientes, presentan camaras y conductos radiculares individuales, esta anomalia puede suceder durante la formacion de las estructuras dentales o despues.

2.4.5.5 Dilaceración

Hace referencia a la curvatura que adoptan las raices de las piezas dentales, sin embargo puede presentarse tambien a nivel de corona presentando una desviacion anormal.

2.4.5.6 Taurodontismo

Presenta alargamiento de la porcion coronaria y acortamiento de las raices y suelen bifurcarse en el tercio apical, generalmente se presenta en molares o premolares inferiores.

2.4.6 Anomalias de tamaño

2.4.6.1 Macrodoncia

Se caracteriza por presentar un tamaño anormal de aspecto grande a diferencias de sus colaterales es, de etiologia desconocida. Cuando generalizada que afecta a toda la arcada suele asociarse a un desequilibrio hormonal como en el gigantsimo hipofisiario siendo los maxilares de tamaño pequeño en relacion a los dientes.

2.4.6.2 Microdoncia

De etiología hereditaria se evidencia con un tamaño menor a lo normal en relacion a los demas dientes, la raiz generealmente presenta un tamaño normal aunque puede presentarse con formas extrañas. Puede ser parcial o generalizada, parcial cuando se encuentra en un diente especifico siendo esta la mas comun suele afectar con mayor incidencia a los incisivos laterales superiores ya se a uno solo o ambos.

2.4.7 Implantación anormal de frenillo

Debido a que los frenillos son inserciones musculares estos ejercen fuerzas, se ubican en los vestíbulos de la cavidad bucal y muchas veces suelen realizar su inserción en el lugar incorrecto causando así que produzca una alteración. En el sector superior suelen insertarse muy cerca de la encía lo cual va a impedir el cierre normal de las piezas dentales, y el sector inferior suele aparecer muy corto o pegado al suelo directamente lo cual va a impedir que la lengua ejerza sus funciones para la correcta deglución o el habla. Mientras esta afección no sea corregida no podrá realizarse ningún tratamiento correctivo para las maloclusiones presentes.

2.4.8 Pérdida prematura de dientes temporales

La primera dentición cumple un papel muy importante en la cavidad bucal, aparecen entre los 6 a 7 meses de edad su principal función es la de conservar los espacios necesarios para la correcta erupción de los dientes permanentes. La pérdida temprana de un diente temporal puede también ocasionar dificultad en el desarrollo adecuado de la masticación, alterar la cronología y la secuencia de erupción de la dentición permanente, incidir en el establecimiento de hábitos bucales perjudiciales, producir trastornos en la fonación y disminuir el perímetro del arco dental temporal favoreciendo la aparición de maloclusiones produciendo inclinación y migración de los dientes adyacentes, disminución del espacio para el sucesor permanente, mal posiciones dentarias, apiñamientos, diastemas, impactaciones de los dientes permanentes y desviación de la línea media dental, generando asimetrías faciales. “Entre las causas más comúnmente asociadas a la pérdida prematura de dientes temporales se encuentran: la caries dental no tratada (desarrollándose infecciones odontogénicas), la erupción precoz de los sucesores permanentes, los traumatismos dentoalveolares y las iatrogenias” (Chacón, Correa, Navarro, Gordillo, & Báez, 2014)

2.4.9 Erupción tardía de dientes permanentes

Si bien existe un patrón de erupción establecido entre las edades más aproximadas en las que erupcionan los dientes suele ocurrir que muchas veces

esto no se cumple. El retraso en la erupción dental puede deberse a muchos factores como por ejemplo la pérdida temprana de las piezas temporales, esto ocasiona que las demás piezas se mesialicen ocupando el espacio que corresponde a la pieza permanente obstruyendo su erupción normal. Debemos tener cuidado en este tipo de situaciones y tomar las medidas necesarias para prevenir la formación de maloclusiones.

2.4.10 Anquilosis

Se define como la fusión anormal entre el hueso alveolar y el diente, existiendo ausencia parcial o total del ligamento periodontal dando como resultado la unión del cemento del diente al hueso.

2.4.11 Caries dentales proximales

La caries dental es una enfermedad que va degenerando los tejidos del diente evolutivamente, en el caso de las caries proximales afectan directamente a las caras distales o mesiales de las piezas ocasionando que el tejido vaya desapareciendo y como consecuencia se pierde el punto de contacto que existe en estas áreas, el cual le proporciona estabilidad y soporte a las piezas dentales.

2.4.12 Restauraciones defectuosas

Las restauraciones proximales inadecuadas, fundamentalmente en molares temporales, producen el mismo efecto que el de las caries interproximales. Si la obturación es demasiado voluminosa y sobrepasa los puntos anatómicos de contacto, aumentará la dimensión mesio-distal del diente, lo que ocasiona apiñamiento, giroversiones y puntos de contactos anormales o inadecuados. Si la obturación es deficiente en volumen, habrá una mesogresión que originará una disminución o acortamiento del arco dentario. (Santiso, Torres, Álvarez, Cubero, & López, 2010)

3. METODOLOGÍA

3.1 Proceso metodológico

La presente investigación se basará en conocimientos científicos, mediante métodos deductivos analíticos y sintéticos, que va de un concepto general a observaciones empíricas que confirmen o refuten dicho concepto, la misma que seguirá pasos mediante una serie de operaciones, reglas, y procedimientos con la finalidad de alcanzar la meta propuesta.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo solucionar una problemática puntual que es conocer la prevalencia de maloclusiones en los pacientes de la clínica de 8vo y 9no semestre en las edades comprendidas de 7 a 10 años

Es una investigación flexible para lo cual hare uso de métodos, técnicas e instrumentos que ofrece la investigación científica, específicamente se utilizara los siguientes métodos:

- Analítico sintético.- La información recolectada será tabulada y redactada no solo en relación al problema presentado, sino también con la información que se encontrará en el lugar de los acontecimientos, la cual se va a sintetizar para las debidas recomendaciones que favorecerán al problema en estudio.
- Inductivo deductivo.- Este método ayudará a estudiar casos y hechos particulares, para luego de haber procesado la información recolectada emitir las respectivas conclusiones.

3.2 Descripción y diseño de la investigación

La presente investigación es de estudio descriptivo, transversal dado que se analizarán sistemáticamente los hechos en donde se produce el acontecimiento, en el mismo lugar donde se verificará la existencia del problema, es decir en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro +de Manabí.

La investigación se realizará mediante un estudio descriptiva, transversal, que permitirá analizar la información de las historias clínicas de los pacientes atendidos durante el periodo 2015-2016, en la facultad de Odontología.

Considerando el conjunto de los procesos de relación de la teoría con la práctica y técnicas de la investigación que se utilizarán para mejorar de manera cuantitativa el problema que me he planteado por lo que se hará una breve descripción del conjunto de métodos, técnicas, medios y recursos que se van a utilizar en la investigación; sin dejar de pasar por alto la corriente del pensamiento que está guiando la investigación así como se determina la población y la muestra con la que se realice la investigación, además se detallara como se procesó la información y como se verifica el cumplimiento de los objetivos planteados.

3.3 Recolección de la información

3.3.1Elaboración del instrumento de recolección

Para recolectar la información se utilizara instrumentos de recolección de datos e Historias clínicas ya existentes facilitadas por la clínica de 9no semestre.

3.4 Interpretación y análisis de los datos

Para efectuar el análisis e interpretación de datos se utilizará la estadística descriptiva, que va a facilitar la lectura grafica de los resultados obtenidos en la investigación para orientar las posibles causas del problema y sus soluciones, mediante las estrategias propuestas dado que, la estadística descriptiva tiene por fin agrupar los datos observados en sus respectivas frecuencias y porcentaje, los mismos que serán representados mediante gráficos estadísticos.

3.5 Cronograma de actividades

CRONOGRAMA						
ACTIVIDADES	TIEMPO					
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Revisión bibliográfica para desarrollo de tema de Investigación	X					
Planteamiento del problema	X					
Justificación		X	X			
Objetivos general y específicos			X			
Elaboración y revisión de índice temático			X			
Proceso metodológico de la Investigación (Revisión de Historias clínicas)				X		
Revisión y corrección del Anteproyecto de Investigación				X		
Revisión y corrección del Proyecto de Investigación					X	
Entrega de Proyecto de Investigación final						X

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

4.1 Presentación e interpretación de los resultados

Tabla 1

Distribución muestral de maloclusiones en pacientes en la clínica de Ortodoncia 9^{no} semestre, Facultad de Odontología Uleam periodo 2.015 – 2.016

	Número de pacientes	%
Pacientes con maloclusión de entre 7 a 10 años	98	67,60
Pacientes con maloclusión de entre 11 a 14 años	47	32,40
Total de pacientes con maloclusión	145	100,00

Fuente: Historia clínica de Ortodoncia 9no Semestre Facultad de Odontología ULEAM
Elaborado por: Daza Palacios Melissa (2017)

Análisis

De los 145 pacientes con maloclusión, 98 se encuentran entre las edades de 7 a 10 años lo que representa el 68%, y el 32% restante corresponden a otras edades fuera del rango que se está investigando, lo que evidencia que la mayor parte de pacientes afectados con maloclusión corresponde a estas edades.

Tabla 2

Prevalencia de maloclusiones según Angle en pacientes de 7 a 10 años

	Número de pacientes	%
Clase I	34	34,70
Clase II	56	57,10
Clase III	8	8,20
Total de pacientes con maloclusión	98	100,00

Fuente: Historia clínica de Ortodoncia 9no Semestre Facultad de Odontología ULEAM
Elaborado por: Daza Palacios Melissa (2017)

Análisis

Realizando el análisis de 98 pacientes con maloclusión basándonos en la clasificación de Angle, se evidencia que la clase II es la de mayor prevalencia representando al 57% de los pacientes, seguido de la clase I con el 35% de los pacientes y la clase III con el 8%

Tabla 3

Prevalencia de maloclusión por distribución de edades

Edades	Número de pacientes	%
Pacientes de 7 años	12	12,20
Pacientes de 8 años	19	19,40
Pacientes de 9 años	36	36,70
Pacientes de 10 años	31	31,60
Total de pacientes	98	100,00

Fuente: Historia clínica de Ortodoncia 9no Semestre Facultad de Odontología ULEAM
Elaborado por: Daza Palacios Melissa (2017)

Análisis

Al analizar los pacientes con maloclusión por grupos de edades observamos que afecta con mayor frecuencia a niños de 9 años correspondiendo al 37% de la muestra analizada, seguido por niños de 10 años representando el 32%

Tabla 4

Prevalencia de maloclusión según el género

Género	Número de pacientes	%
Hombres	51	52,00
Mujeres	47	48,00
Total de pacientes	98	100,00

Fuente: Historia clínica de Ortodoncia 9no Semestre Facultad de Odontología ULEAM
Elaborado por: Daza Palacios Melissa (2017)

Análisis

El índice de maloclusión según el género analizado en esta tabla nos muestra que el mayor grupo afectado es el de hombres con el 52% y las mujeres con el 48%

Tabla 5

Hábitos presentes en pacientes con maloclusiones

	Número de pacientes	%
Succión digital	10	10,20
Interposición lingual	3	3,10
Succión labial	4	4,10
Ninguno	81	82,70
Total de pacientes	98	100,00

Fuente: Historia clínica de Ortodoncia 9no Semestre Facultad de Odontología ULEAM

Elaborado por: Daza Palacios Melissa (2017)

Análisis

En los pacientes con maloclusión analizados encontramos presencia de hábitos, representando el 10% con succión digital, el 3% con interposición lingual, el 4% con succión labial y el 83% no evidenciaba ningún hábito.

Tabla 6

Tipos de mordida presentes en pacientes con maloclusiones

	Número de pacientes	%
Bis a bis	1	1,00
Mordida profunda	8	8,20
Mordida abierta anterior	11	11,20
Mordida cruzada anterior	1	1,00
Ninguno	77	78,60
Total de pacientes	98	100,00

Fuente: Historia clínica de Ortodoncia 9no Semestre Facultad de Odontología ULEAM

Elaborado por: Daza Palacios Melissa (2017)

Análisis

Al analizar la tabla n°6 muestra los tipos de mordida presentes en los pacientes con maloclusión, se observó que el 11% presenta mordida abierta anterior, un 8 % con mordida profunda, 1% con mordida cruzada y finalmente mordida bis a bis con 1 %. El 77% restante no evidencia ninguno de estos tipos de mordida.

Tabla 7

Tipos de apiñamiento presentes en pacientes con maloclusión

	Número de pacientes	%
Apiñamiento leve	9	9,18
Apiñamiento moderado	16	16,33
Apiñamiento severo	11	11,22
Ninguno	62	63,27
Total de pacientes	98	100,00

Fuente: Historia clínica de Ortodoncia 9no Semestre Facultad de Odontología ULEAM
Elaborado por: Daza Palacios Melissa (2017)

Análisis

Entre los 98 pacientes analizados 36 de ellos presentaron apiñamiento el cual se divide en tres tipos, el de mayor índice es el apiñamiento moderado con un 16,33% seguido del apiñamiento severo con un 11,22% y finalmente el apiñamiento leve que representó el 9,18% de los pacientes.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis de los datos obtenidos de las Historias clínicas de ortodoncia de los pacientes atendidos en la clínica de 8vo y 9no en la Facultad de Odontología de la ULEAM en el periodo 2015 – 2016, se pudo evidenciar que del total de pacientes atendidos (145), 98 comprenden entre las edades de 7 a 10 años de los cuales 56 pacientes presentan un prevalencia de maloclusión clase II representando el 57% de la muestra lo que nos indica que este tipo de maloclusión es el que más afecta.

De acuerdo a las edades establecidas del objeto de estudio, entre 7 y 10 años, se analizó la prevalencia de maloclusión por distribución de edades, obteniendo con mayor porcentaje en la edad de 9 años con un 37%.

El género que registró mayor maloclusión fue el género masculino con un 52%, pero cabe señalar que la brecha de diferencia entre ambos géneros no es tan representativa.

Finalmente se constató que entre las posibles causas de la maloclusión el apiñamiento (discrepancia hueso – diente) representa un 37% un alto índice, siendo el apiñamiento moderado el de mayor porcentaje con un 16,33 % lo que nos revela que este factor está siendo causante de maloclusiones en los pacientes, así como también ciertos hábitos que se presentan desde edades muy tempranas ayudando a que se establezca una maloclusión.

Recomendaciones

Una vez realizado el análisis y la interpretación de los datos, con los resultados obtenidos es indispensable plantear ciertas recomendaciones que nos permita evitar la prevalencia de maloclusiones. Teniendo por odontología preventiva al conjunto de actividades sanitarias las cuales están dirigidas para proteger la salud de las personas.

Como se evidenció en los resultados, estas alteraciones bucales se originan en la infancia, causando repercusiones a futuro, sin embargo pueden prevenirse con una serie de pautas:

- Prevención temprana: proporcionando la lactancia materna, que ayudara al desarrollo muscular, y a dar la forma adecuada a la cavidad bucal, teniendo además un efecto beneficioso sobre el desarrollo óseo.
- Se recomienda evaluar la oclusión de forma adecuada para identificar las posibles alteraciones en los pacientes ya que el costo de tratamientos correctivos son más altos que los costos que representan procedimientos preventivos.
- Corrección de hábitos: como se indicó en el capítulo II, los hábitos son causantes de maloclusiones, por lo que se recomienda a los padres de los pacientes estar atentos y corregir a tiempo dichos hábitos para evitar futuras complicaciones.
- Higiene bucal: los niños deben acostumbrarse al cepillado dental después de cada de comida, para evitar la incidencia de caries, las cuales van a destruir al diente, dejando huecos que favorecen la movilidad de los dientes vecinos teniendo a cerrar espacios para la erupción de los definitivos o en casos más graves promoviendo extracciones dentales prematuras.
- Visitas regulares al dentista: es importante visitar al odontólogo al menos una vez al año, pero en los niños, donde la erupción es un proceso activo, se recomienda cada 6 meses. En las revisiones odontológicas, el odontólogo puede diagnosticar a tiempo y corregir lo antes posible en caso de la presencia de una patología, ayudando así a un pronóstico favorable para el tratamiento del paciente.


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agurto, P., Diaz, R., Cadiz, O., & Bobenrieth, K. (1999). Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Revista Chilena de pediatría*, 70(6), 470-482. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000600004>
- Almandoz, A. (10 de Marzo de 2011). *Colegio Odontologico del Perú*. Recuperado el 11 de Junio de 2017, de COP: <http://www.cop.org.pe/>
- Chacón, K., Correa, J., Navarro, D., Gordillo, V., & Báez, L. (2014). PERDIDA TEMPRANA DE DIENTES TEMPORALES EN NIÑOS DE 0 A 8 AÑOS DE EDAD. *Revista Colombiana de Investigación en Odontología*, 5(13), 41-48. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.25063/21457735.165>
- García, V., Ustrell, J., & Sentís, J. (Enero de 2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en Odontoestomatología*, 27(2), 75-84. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v27n2/original2.pdf>
- Harfin, J., & Ureña, A. (2010). *Ortodoncia Lingual - Procedimientos y aplicación clínica* (Primera ed.). (M. T. Alvear, Ed.) Buenos Aires: Medica Panamericana.
- Lujan, C. (10 de Enero de 2001). Recuperado el 10 de Junio de 2017, de Academia.edu: <http://www.academia.edu>
- Millán, M., Katagiri, M., & Pérez, H. (Diciembre de 2007). Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según. *Revista Odontológica Mexicana*, XI(4), 176-180. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo074c.pdf>
- Montes, M. (1989). PLACA BACTERIANA. *Revista Costarricense de Ciencias Medicas*, 10(1), 35-41. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v10n1/art5.pdf>
- Murrieta, J. F., Cruz, P., López, J., Marques, M. J., & Zurita, V. (Enero de 2007). PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES MEXICANOS Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO. *Acta Odontologica Venezolana*, 45(1), 74-78. Obtenido de http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/pdf/maloclusiones_dentales.pdf
- Orozco, A., Martínez, R., Ventura, J., Añadas, D., & Jiménez, E. (Abril de 2008). Relación céntrica: revisión de conceptos y técnicas para su registro. *Avances en Odontoestomatología*, 24(6), 365-368. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v24n6/original2.pdf>
- Pollo, J., Álvarez, M., Torres, A., Placeres, J., & Morales, D. (2014). Síndrome de Treacher-Collins. Presentación de un caso. *Revista Médica Electrónica*, 36(2), 211-216. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200010&lng=es&tlng=es.


- Santana, E., & Tamayo, V. (2015). Síndrome Treacher-Collins. Presentación de caso. *Revista de ciencias médicas. La Habana, 21(2)*, 463-468. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh152m.pdf>
- Santiso, A., Torres, M., Álvarez, M., Cubero, R., & López, D. (2010). Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. *Revistas Médicas Cubanas - MEDICIEGO, 16(1)*, s.p. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/pdf/t17.pdf
- Ugalde, F. (Mayo-Junio de 2007). Clasificación de la malaoclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Asociación Dental Mexicana, LXIV(3)*, 98-109. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.- Historia Clínica



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
 FACULTAD DE ODONTOLOGIA
 FICHA CLINICA DE ORTODONCIA II
 DOCENTE: DR. JUAN MANUEL DAZA



ALUMNO: _____ PACIENTE: _____

EDAD: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

1. ANALISIS DE LA OCLUSION

1.1 RELACION ANTEROPOSTERIOR {

- DISTOCCLUSION
- NEUTROCCLUSION
- MESIOCCLUSION

1.2 RELACION VERTICAL (OVERBITE) {

- NORMAL 4mm
- MORDIDA PROFUNDA
- MORDIDA ABIERTA

1.3 EXTRUSION DIENTES ANTERIORES {

- SUPERIORES
- INFERIORES
- AMBOS

1.4 EXTRUSION DIENTES POSTERIORES {

- SUPERIORES
- INFERIORES

1.5 INTRUSION DIENTES ANTERIORES {

- SUPERIORES
- INFERIORES
- AMBOS

1.6 INTRUSION DIENTES POSTERIORES {

- SUPERIORES
- INFERIORES

2. EXAMEN DENTARIO

a) DIENTES ANTERIORES

2.1 OVERJET EN mm

(0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12)

2.2 OVERBITE EN mm

(0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10)

2.3 INCLINADOS O VOLCADOS

2 1	1 2
2 1	1 2

2.4 ROTADOS

2 1	1 2
2 1	1 2

2.5 DIASTEMAS

2 1	1 2
2 1	1 2

2.6 LINGUOVERSION

2 1	1 2
2 1	1 2

2.7 PALATOVERSION

2 1	1 2
2 1	1 2

2.8 APIÑAMIENTO

2 1	1 2
2 1	1 2

2.8 DESORDENES DE ERUPCION

2 1	1 2
2 1	1 2

-SUPERNUMERARIOS

-ECTÓPICA

-AGENESIA

- QUISTES, ECT.

b) CANINOS

2.9 AUSENTE

3	3
3	3

2.10 INFRAOCCLUSION

3	3
3	3

2.11 MESIOGRESION

3	3
3	3

2.12 RELACION CANINA

3	DISTO	3
3	NEUTRO	3
3	MESIO	3

c) RELACION MOLAR

2.13

DISTO	}	UNILATERAL	}	DERECHA
NEUTRO				IZQUIERDO
MESIO				
		BILATERAR		

2.14 ALINEAMIENTO

- ✓ FUERZA DE ARCO
- ✓ CRUZADO
- ✓ RÓTADO
- ✓ NO OCLUSION
- ✓ ALINEADO
- ✓ AUSENTE POR EXTRACCION
- ✓ EXTRUSION
- ✓ INTRUSION

7	6	5	4	3	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	3	4	5	6	7

2.15 TERCEROS MOLARES

- ✓ AUSENTE
- ✓ EN SENDA
- ✓ SIN ESPACIO
- ✓ IMPACTADO

0	0
0	0

_____ FIRMA DEL DOCENTE

3. FUNCION OCLUSAL

3.1 MÚSCULOS

- RESTRICCIÓN APERTURA
- DESVIACIÓN LINEA MEDIA
- DOLOR

3.2 ART. TEMPOROMANDIBULAR

- RUIDOS O CHASQUIDOS
- DOLOR
- TRABA

4. *DIAGNOSTICO (SECUENCIA JERARQUIZADA)*

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

5. *PLAN Y ETAPAS DEL TRATAMIENTO*

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

6. *DESCRIPCION APARATOLOGICA*

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

