



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS A DEGLUCIÓN ATÍPICA
DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ORTODONCIA Y
ORTOPEDIA DENTOFACIAL II.**

Autor(es):
Franyis Charlen Morillo Partidas
C.I. 24.549.856
Jesús Alejandro Soto Pérez
C.I. 26.431.704

Urb. Yuma II, Calle N° 3, Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS A DEGLUCIÓN ATÍPICA
DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ORTODONCIA Y
ORTOPEDIA DENTOFACIAL II**

(Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo)

Autor(es):

Franyis Ch Morillo P

C.I. 24.549.856

Jesús A Soto P

C.I. 26.431.704

Tutor(a) de contenido: Dra. Nora González de Fraino

Tutor(a) metodológico: Dra Nereida Castrillo

San Diego, junio 2018



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS A DEGLUCIÓN ATÍPICA
DE
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL II
ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

26.431.704

Nombres y apellidos

Jesús Alejandro Soto Pérez

Tutor Propuesto: Od. Nora González De Fraino

Firma: *AB*

Cédula de Identidad N° 3.990.402

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO

[Handwritten Signature]
Firma



03/08/18.
Fecha



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA



**PREVALENCIA DE MALOCCLUSIONES ASOCIADAS A DEGLUCIÓN ATÍPICA
DE
PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL II
ESTUDIANTES**

Cédula de Identidad N°

24.549.856

Nombres y apellidos

Franyis Charlen Morillo Partidas

Tutor Propuesto: Od. Nora González De Fraino

Firma: 

Cédula de Identidad N° 3.990.402

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO


Firma



03/08/18
Fecha



**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Soto Perez	Jesus Alejandro	26.431.704
Direccion:		Teléfono: 0424-4008068
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Indice Académico	13,72
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Franyis Morillo, Jesus Soto.	Teléfono: 0424-5437263 0424-4008068
Titulo Del Trabajo: Prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica de pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II.		
Breve Explicacion: Establecer la prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica en los pacientes con dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 8 meses		
Tutor Académico Propuesto: Nora Gonzalez De Fraino		

APROBADO: NO APROBADO:
COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO

DE GRADO

Od. Rodrigo Pino		03/08/2018
NOMBRE	FIRMA	FECHA
Od. Ervy Weffer		03/08/2018
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





**UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**

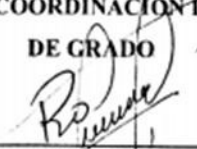



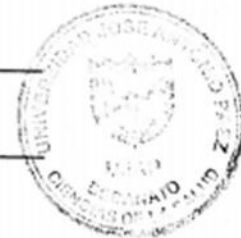
PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Morillo Partidas	Franyis Charlen	24.549.856
Dirección: Urb. San Sur, San Diego - Edo. Carabobo		Teléfono: 0424 -5437263
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela: Odontología	Índice Académico	13,91
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Franyis Morillo, Jesus Soto.	Teléfono: 0424-5437263 0424-4008068
Título Del Trabajo: Prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica de pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II.		
Breve Explicación: Establecer la prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica en los pacientes con dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez.		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Páez		
Tiempo De Desarrollo: 8 meses		
Tutor Académico Propuesto: Nora Gonzalez De Fraino		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Od. Rodrigo Pino		03/08/2018
NOMBRE	FIRMA	FECHA
Od. Ervy Weffer		03/08/2018
NOMBRE	FIRMA	FECHA



DIRECCION DE LA ESCUELA: _____



ACEPTACION DEL TUTOR

Quien suscribe, Nora Gonzalez de Tesis, portador (a) de la Cedula de Identidad N° 3930432, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por el(la) ciudadano(a) Franyis Morillo, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 24.549.856 y Jesús Soto, portador(a) de la Cedula de Identidad N° 26.431.704, titulado prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica de pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II presentado como requisito parcial para optar al título de Odontólogo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 25 días del mes de enero del año dos mil dieciséis.

(firma autógrafa)

Nombres y apellidos

C.I. 3930432

...



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

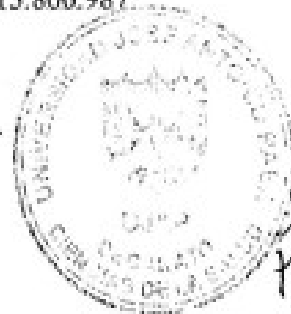
El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "Prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica de pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II.", realizado por Franyis Charlen Morillo Partidas C.I 24.549.856 y Jesús Alejandro Soto Pérez C.I 26.431.704. Cursantes de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: X VENTIS X 20 PUNTOS.

Tutor de Contenido
Nombre: Nora González de Fraino
C.L: 3.990.402

Jurado
Nombre: Gabriel Akel
C.L:15.800.987

Jurado
Nombre: Oswaldo Mejías
C.L: 17.315.816



Fecha: 16 / 08 / 2018

DEDICATORIA

A Dios. Por haberme dado la vida, por estar siempre presente en los momentos buenos y los más difíciles, por darme salud para no abandonar mis metas y no desampararme en ningún momento.

A mis padres. Sin ellos no sería quien soy hoy, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, por todo su esfuerzo, por todas aquellas acciones tomadas, lo que me ha permitido ser una persona de bien y sobretodo enseñarme valores éticos. Por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han infundido siempre, y por ese gran valor demostrado para salir adelante, pero más que nada por su amor incondicional que es indispensable para mí, los amo.

A mis familiares. Que de una u otra forma confiaron en mis acciones como estudiante que hoy en día puedo decir que gracias a todos ustedes estaré eternamente agradecido y, mis tías, tíos, y a mis primos por motivarme a convertirme en quien soy hoy en día.

A mis amigos. Marian Abou Khair, Stephany Berges, María Claudia Sayago, María José Castellanos, Valentina Palacios, Ismar Muñoz, Franyerlin Melus y Daniela García, Cuyo apoyo y amistad fue incondicional, imprescindible y necesaria para mí, por ofrecerme esa mano estrecha desinteresada, gracias por ayudarme en los momentos más difíciles, por formar parte de estos diez maravillosos semestres y brindarme su amistad absoluta.

A mi amiga y compañera de Trabajo Especial de Grado Franyis Morillo con quien tuve una grata experiencia de realizar este trabajo de grado, lo logramos Franyis!

A mis profesores por ser un instrumento valioso en mi formación académica como profesional. Gracias.

Jesús

A Dios. Por darme la oportunidad de estudiar lo que siempre soñé, por ayudarme a levantarme todas las veces que tropecé, por darme la fuerza y la seguridad que necesitaba en este camino, por nutrirme de sabiduría que necesitaba y llenarme con su amor y bondad.

A mis Padres. Ellos que siempre estuvieron presente en este sueño que se hace realidad, por darme su amor, comprensión y toda la ayuda que necesite, por sus consejos, sus enseñanzas, su motivación constante y por enseñarme que en la vida no hay problema que no se pueda solucionar siempre con vocación y amor.

A mis Abuelos. Gracias a mis abuelas que siempre estuvieron pendientes de mí, por sus oraciones y por el amor que siempre expresaron, a mi abuelo Moro (QEPD) porque siempre fuiste ejemplo de constancia, de superación, de vocación y de mucho amor, siempre vivirás en mí.

A mis Hermanos y Familia. Gracias a ustedes por siempre estar para mí, porque con sus palabras, abrazos y risas he llegado a ser hoy una mejor hermana, prima y sobrina. En especial a mi tía Diomira Morillo que con su ayuda, enseñanza y dedicación pude elaborar y culminar este proyecto, haciendo que todo fuese más fácil.

A mis Amigos. Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, compartimos momentos de tristeza por una materia o por nuestros pacientes pero que además aprendimos a reír en momentos difíciles y a disfrutar y gozar de los buenos. En especial a Jesús Soto por estar acompañándome en este proyecto, por su amistad y bondad que lo caracterizan.

A mis Profesores. Gracias a ellos pude optar por una educación excelente como profesional con ética y valores que me ayudaran a lo largo dela vida.

Franyis

RECONOCIMIENTO

Principalmente a **Dios**, por iluminar nuestro camino estar siempre presente y darnos la fuerza necesaria para tomar las decisiones correctas para la culminación de esta meta.

A nuestros **Padres**, ya que fueron y serán pilares fundamentales en nuestro crecimiento y nos brindaron en todo momento su apoyo incondicional para culminar este logro.

A nuestra **Casa de estudio**, Universidad José Antonio Páez, por ofrecernos tanto, por enseñarnos y hacernos lo que somos hoy en día.

A nuestra **tutora, Od. Nora Gonzalez de Fraino** por su colaboración, dedicación y aportarnos los conocimientos adecuados durante el desarrollo de este proyecto.

A la **Dra. Nereida castrillo** por su paciencia, dedicación y apoyo incondicional durante el desarrollo de este proyecto.

A los **Jurados**, por su valioso tiempo dedicado a la evaluación de este proyecto.

Y por último, a los docentes de la **Facultad de Odontología**, por formar parte de nuestro crecimiento académico y profesional, así como también ser parte de este proyecto.

INDICE

CONTENIDO

CAPITULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objetivos de la Investigación	4
1.2.1 Objetivo General	4
1.2.2 Objetivos Específicos	5
1.3 Justificación de la Investigación.....	5
CAPITULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Base teóricas.....	12
Succión Digital.....	12
Onicofagia	13
Biberón	13
Deglución	14
Fases	14
Desarrollo	16
Deglución infantil.....	17
Deglución madura	17
Deglución atípica.....	17
Maloclusión.....	19
Plano Terminal recto	20
Plano Terminal escalón mesial	20
Plano Terminal escalón distal.....	20
Clasificación de Angle	20
Clase I.....	20
Clase II	20
Clase II Sub división 1	21
Clase II Subdivisión 2	21
Clase III.....	21
2.3 Antecedentes Legales.....	21
Ley Orgánica de la Salud de la República Bolivariana de Venezuela.....	21
Ley Orgánica Del Niño, Niña y Adolescente de la República Bolivariana de Venezuela	22
2.4 Definición de términos básicos	22
TABLA N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	24
CAPITULO III.....	25
MARCO METODOLÓGICO	25

3.1 Tipo de investigación	25
3.2 Diseño de investigación	25
3.3 Población.....	26
3.4 Muestra.....	26
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.6 Técnicas de análisis de datos.....	27
CAPITULO IV	29
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	29
4.1 Análisis de los Resultados:.....	29
CAPITULO V	36
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1 Conclusiones	36
5.2 Recomendaciones.....	37
REFERENCIAS BLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS.....	41

LISTA DE TABLAS

	pp.
TABLA N°1.....	29
TABLA N°2.....	30
TABLA N°3.....	31
TABLA N°4.....	32
TABLA N°5.....	34
TABLA N°6.....	35

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de la muestra según la edad.....	29
Gráfico 2: Porcentaje de la distribución de acuerdo al sexo del paciente.	30
Gráfico 3: Tipo de dentición	31
Gráfico 4 Distribución según el tipo de maloclusión.....	32
Gráfico 5 Distribución de acuerdo al tipo de mordida.....	33
Gráfico 6: Frecuencia de deglución atípica	34



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES ASOCIADAS A DEGLUCIÓN ATÍPICA
DE PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA DE ORTODONCIA Y
ORTOPEDIA DENTOFACIAL II**

Autor (es): Franyis Charlen Morillo Partidas C.I. 24.549.856
Jesús Alejandro Soto Pérez C.I. 26.431.704

Tutor: Dra. Nereida Castrillo.

Fecha: junio, 2018.

RESUMEN INFORMATIVO

Es muy importante el diagnóstico precoz de las maloclusiones dentarias para poder evitar complicaciones que lleven a tratamientos complejos en la edad adulta. El objetivo del presente estudio es establecer la prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica en los pacientes con dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez. El estudio fue epidemiológico descriptivo no experimental transversal, con una población de 190 historias clínicas y una muestra no probabilística de 125 historias clínicas pertenecientes a los niños que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia II. La detección de las diferentes maloclusiones asociadas a la deglución atípica se realizó por medio de la aplicación de una lista de cotejo como instrumento de recolección de datos de las Historias Clínicas. Se encontró evidencia significativa con respecto a la influencia de la deglución atípica sobre las maloclusiones, es por esto que, es necesaria la identificación oportuna de la deglución atípica, si es posible su disminución o erradicación durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares.

Descriptor: maloclusiones dentarias, prevalencia, deglución atípica, dentición mixta

INTRODUCCION

La primera dentición del ser humano es la temporaria, la misma de 20 dientes que comienzan su erupción a los seis meses de edad aproximadamente con el incisivo central inferior y es concluida entre los 2.5 y 3 años con la erupción de la segunda molar, luego de establecida la erupción dental, se llega a un periodo estático conocido como periodo de reposo, en el cual suceden amplitudes y desarrollo de los maxilares.

En cuanto a la deglución atípica es un movimiento inadecuado y una posición incorrecta de la lengua en relación al resto de las estructuras orales en la primera fase del proceso deglutorio. De etiología diversa, oscilando desde un desequilibrio del control nervioso hasta malos hábitos como la respiración bucal, provoca alteraciones a nivel anatómico y funcional con consecuencias perjudiciales para el correcto desarrollo anatomofisiológico del individuo.

Cabe considerar, que en la actualidad se ha observado una prevalencia de maloclusión en la dentición mixta en los pacientes que asisten a la consulta de clínica de ortodoncia y ortopedia II, los cuales pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos. Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar mordidas abiertas anteriores y o laterales, protrusiones dentarias, inhibición en la erupción de uno o varios dientes, entre otros.

En este orden de ideas, se plantea la necesidad de realizar una investigación, cuyo objeto es establecer la prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica en los pacientes con dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez. Se realizó la revisión de historias clínicas y se vaciaron los datos en una lista de cotejo elaborada por los investigadores, se compararon los datos obtenidos con estudios de años anteriores y por último se redactaron las conclusiones y recomendaciones referentes a la problemática.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017, p. 66), en su informe sobre el estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo, en el seguimiento de los progresos relacionados con la consecución de un mundo sin hambre ni malnutrición, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionadas con la seguridad alimentaria y la nutrición, señala que pueden aplicarse algunas estrategias para evitar y mitigar el riesgo de conflictos recurrentes en el mundo.

Para ello establece que las principales intervenciones, que deben aplicarse ante toda situación de riesgo es la de prevención, ya que así es como puede romperse el vínculo entre la inseguridad alimentaria y los conflictos, esta recomendación debe aplicarse a todos los aspectos relacionados con salud principalmente, a objeto de prevenir males mayores.

Se señala entre los datos principales, del mencionado informe, en el capítulo referente a materia de salud buco-dental, ámbito de esta investigación, que el 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo, que las enfermedades periodontales graves, pueden desembocar en la pérdida de dientes, y ello afecta a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años), que alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

La O.M.S (2012), por su parte, señala que las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos lo cual es preocupante para el mundo y Venezuela, particularmente, dadas las actuales condiciones sanitarias. Máxime cuando se asocia salud bucodental, con condiciones de buena salud y calidad de vida, al respecto la mencionada organización (2012) define este tipo de salud como:

“ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada, la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.

En Venezuela, disponer de estadísticas de salud bucodental se hace particularmente difícil dada la ausencia de registros actualizados en las dependencias sanitarias, sin embargo según el informe de Estrategia de Cooperación concordado entre el Ministerio de Salud y la Representación de OPS/OMS en Venezuela (2010), presenta en el tema del Proceso de los Macro-Determinantes de la salud; que entre las causas de morbilidad y mortalidad que afectaron mayormente la salud de los y las venezolanos(as), están los dientes cariados, obturados, aparte de los signos de fluorosis identificados entre los estados Yaracuy, Vargas, Zulia y Carabobo, señalados en dicho informe como zonas de riesgo.

No obstante, los informes y documentos oficiales, en la relación diaria, las personas acuden a las consultas odontológicas con una serie de trastornos que no son diagnosticados por los profesionales debido a que no son determinantes en el momento, y que pueden deberse a anomalías de tamaño o de posición de los dientes, de las arcadas dentarias, o de su alineación, que deben ser estudiados e investigados por especialistas del área ya que los problemas óseos dentarios y los hábitos bucales generalmente están asociados entre sí.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología, las cuales pueden estar asociadas de forma directa con hábitos bucales, tal como quedó evidenciado en estudios realizados por Quirós (1996), Jerez y colaboradores (2014) sobre características y prevalencia de éstas en niños y niñas de jardines de infancia nacionales, en los cuales se concluyó que más de 60% de los niños examinados presentó algún tipo de hábito oral y que, además existe una relación entre dichos hábitos y la presencia de maloclusiones.

De ambos estudios reportados se desprende que los hábitos bucales encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal, seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital; se asocia además, la caries dental de forma directa con la presencia de éstas. Se deriva de ello que, los hábitos son uno de los principales factores que dan origen a maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a

tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es a edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse.

Por otra parte una investigación realizada en el Servicio de Ortodoncia Interceptiva del Postgrado de Odontología Infantil de la U.C.V. Medina, Crespo y Da Silva (2010), sobre los factores de riesgos asociados a maloclusión en pacientes pediátricos reveló que uno de éstos factores, es de origen ambiental, relacionado con la persistencia de hábitos bucales parafuncionales como la succión digital, succión de objetos y protrusión lingual; que favorecen un crecimiento y desarrollo anormal del complejo dentofacial, produciendo estrechez transversal del arco maxilar, mordidas cruzadas o abiertas, protrusión de incisivo superiores y aumento del resalte horizontal.

Esta problemática sigue vigente en la actualidad, y se puede observar la existencia de una prevalencia de maloclusiones asociadas con hábitos bucales en pacientes que asisten a consulta de ortodoncia y ortopedia dentofacial II en la Universidad José Antonio Páez (UJAP) lo cual puede interferir en el desarrollo fisiológico de los procesos alveolares y modificar el crecimiento de los maxilares, además pueden generar diferentes maloclusiones como mordida abierta anterior o posterior, mordida cruzada, sobre mordida, inhibición de erupción de uno o varios dientes entre otros.

Debido a que la problemática planteada establece la necesidad de investigar la prevalencia de maloclusiones asociadas a la deglución atípica en pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál será la prevalencia de la deglución atípica sobre la maloclusión en niños y niñas con dentición primaria y mixta, que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II de la UJAP?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General

Establecer la prevalencia de maloclusiones asociadas a deglución atípica en los pacientes con dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez.

1.2.2 Objetivos Específicos

Establecer la frecuencia de pacientes con deglución atípica que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez

Identificar los pacientes con deglución atípica según edad y sexo que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez.

Clasificar las maloclusiones, en pacientes con deglución atípica que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez.

1.3 Justificación de la Investigación

Es de importancia, la realización de esta investigación dado que va a poder identificar los hábitos bucales en la población infantil, para contribuir en el futuro a prevenir o intervenir a tiempo, evitando algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo de la dentición temporaria y permanente. El odontólogo general debe supervisar el desarrollo armónico de los maxilares.

Es mediante la prevención que se puede obtener el punto de partida para lograr un normal desarrollo y crecimiento craneofacial de los niños en su primera fase de vida. Por tal motivo, es importante fortalecer la educación sobre los hábitos bucales no fisiológicos y la erradicación de los mismos con el propósito de prevenir dichas maloclusiones.

Por otra parte, es relevante la actualización de datos epidemiológicos en la consulta odontológica de la facultad de odontología de la Universidad José Antonio Páez, con el objeto de ser considerado a futuro como un parámetro estadístico y ayudar a dirigir de manera efectiva la prevención de dichas alteraciones que originan los hábitos bucales.

Este trabajo podrá ser utilizado para orientar a las madres en la educación y el conocimiento sobre las consecuencias que conllevan los hábitos bucales y la repercusión en la oclusión a largo plazo, así como también conformar una base de datos, para ser utilizada como fuente estadística en un futuro.

De esta forma, la propuesta investigativa adquiere relevancia social porque se indagará en forma directa con el paciente, padres, representantes, y jefes de familia con quienes se buscará conocer la importancia que reviste su participación en la creación de hábitos saludables apropiados para el manejo adecuado de una salud bucal idónea.

Desde el punto de vista práctico, brindará a la institución, un conocimiento de primera fuente sobre los problemas de salud bucal que están presentes en los pacientes desde edades tempranas, para que puedan tomarse las precauciones y recomendaciones necesarias que permitan preservar la dentición primaria en óptimas condiciones, contribuyendo de esta forma a la oclusión normal permanente.

Desde el punto de vista teórico, será pertinente la presente investigación, dado que permitirá realizar una reflexión sobre el tema y la relevancia del mismo en la promoción de adecuadas condiciones de salud, generando una evidente contribución al estímulo funcional del desarrollo de los maxilares; los cuales son condicionado, muchas veces por unos hábitos que generan atrofia en la región orofacial, lo que se manifiesta en maloclusiones de distinto signo, alta incidencia y variable intensidad.

Se puede señalar que la investigación tiene justificación metodológica debido a que se exploran alternativas para buscar soluciones a problemas relacionados con temas del área odontológica y se plantean alternativas y orientaciones que contribuyas al fortalecimiento de los procesos de cuidado y prevención de la salud bucodental, con lo cual se generará conocimiento válido y confiable que servirá como base para otros investigadores que se dediquen a indagar acerca de las variables inmersas en el estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se realizará el contenido teórico del tema de investigación, el mismo se basará en investigaciones y antecedentes los cuales estén relacionados con los objetivos de este trabajo. Recopilando definiciones que ayuden el desarrollo y explicación del mismo.

2.1 Antecedentes de la investigación

Primero se cita a *nivel internacional* a Jiménez (2016) realizó una investigación denominada: “Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones”, al respecto realizó una revisión que tuvo como objetivo determinar la deglución atípica en las maloclusiones cuando existen movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución, señala que se habla de deglución atípica, como un hábito no fisiológico. Sus objetivos pueden ser múltiples, actuando solos o simultáneamente de forma acumulativa.

Expone en su investigación que el tamaño de una lengua grande se ha encontrado como impedimento para corregir tales alternaciones, sin ser ésta una causa que origina las maloclusiones. Se destaca la importancia que tiene la aplicación de las terapias miofuncionales para la prevención y rehabilitación de los tejidos blandos, ya que éstos pueden causar maloclusiones y falta de desarrollo facial, afectando la estética del paciente.

Señala que la etiología de una mordida abierta esquelética es multifactorial y puede deberse a una combinación de efectos del tejido blando, dental u óseo, y que la mordida abierta puede provenir de diversas causas siendo una de ellas la deglución atípica, por ello cuando la deglución no sigue los patrones normales y equilibrados, se habla de deglución atípica o disfuncional. Ésta, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones.

Entre las conclusiones destaca que es muy importante anticiparse a este tipo de problemas en una edad temprana, por lo que adquiere especial relevancia prestar atención a

los hábitos de presión descritos anteriormente. Y que una evaluación e intervención logopédica temprana es imprescindible, pues una reeducación del patrón de deglución en los primeros estadios, puede evitar el uso de ortodoncia y problemas del habla. Esta investigación reportada se relaciona con la presente, dado que en ambas se relaciona la deglución atípica con las maloclusiones, como se propone hacer con los pacientes que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez.

Mendoza, Meléndez, Ortiz y Fernández (2014) realizaron una investigación titulada: **“Prevalencia de las maloclusiones asociadas con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos”** para la Universidad Autónoma de México (UNAM) , donde el objetivo fue determinar la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de 2 a 15 años que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la U.N.A.M.

Esta investigación fue realizada a 147 pacientes donde 71 fueron masculinos y 76 femeninos dando como resultado el 96.6% la prevalencia de hábitos bucales nocivo, la frecuencia por edad y género se observó la mayor prevalencia fue en edades de 6 a 11 años durante la dentición mixta y de acuerdo al género se comportó indistintamente, el hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%, en segundo lugar succión labial: 49.3%, en tercer lugar onicofagia: 41.9% y por último respiración bucal: 31.8%.

Como resultado las maloclusiones se encontró: mordida abierta 35.1%, apiñamiento anteroinferior 26.4%, apiñamiento anterosuperior 19.6%, y mordida cruzada posterior 12.8% y en cuanto a la relación de planos terminales (dentición primaria), la de mayor prevalencia fue la del plano terminal mesial con 18.2% y en la clasificación molar (dentición permanente) el de mayor prevalencia fue en la clase molar I con 39.9%.

Se concluyó que es de importancia conocer los hábitos bucales que se asocian a las maloclusiones en edades tempranas y así prevenir, interceptar o corregir durante el crecimiento y desarrollo de los pacientes y de esta manera evitar problemas severos. Esta investigación reportada guarda relación con la que se realiza en cuánto a que en ambas se hace una búsqueda de la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como la deglución atípica, principalmente en la población infantojuvenil para

proceder luego a clasificar dichas alteraciones según el tipo de maloclusión presente, en dichos pacientes.

Por otra parte Zapata, Lavado y Anchelia (2014) realizaron una investigación denominada: **“Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 y 12 años”** destinada a relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Los Educadores”, san Luis Lima. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y correlacional donde 154 niños complementaron el mismo, constó de dos etapas: en la primera se realizó una encuesta a los padres y en la segunda se efectuó la valoración intra y extra bucal.

El examen extra bucal comprendió la exploración del biotipo facial, los labios, la tonicidad de los músculos, las uñas y cutículas de los dedos; al examen intrabucal se observó en los dientes, maloclusión, diastemas, apiñamiento, desviación de la línea media, forma del paladar, lengua, amígdalas, problemas periodontales y facetas de desgaste.

Como resultado se obtuvo mayor prevalencia del hábito de onicofagia (25,3%), como segundo hábito más frecuente la succión digital (18,2%), y el bruxismo en tercer lugar (12,3%) también porcentajes bajos se observó la deglución atípica, succión de labio y respiración bucal. Entre las maloclusiones más predominante es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). Este estudio reportado guarda relación con la presente investigación al brindar una guía para ayudar a orientar la clasificación que se hará de las alteraciones de crecimiento según el tipo de maloclusión presente, en presencia de la deglución atípica en pacientes con dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez.

En una investigación realizada *a nivel nacional*, Villarroel, Rondón, Carmona, Quiroz y Acevedo (2013) citada como: **“Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales como factor etiológico de maloclusiones en niños, niñas y adolescentes en tres comunidades indígenas Panare en Maniapure, Edo. Bolívar”** cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales como factor etiológico de maloclusiones en los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a las comunidades indígenas Panare de Bizcochuelo, Macanilla y Corozal del 27 al 30 de enero de 2013, en el Diplomado de ortodoncia interceptiva Universidad Central de Venezuela (UCV).

Se atendió un total de 85 pacientes pediátricos entre las 3 comunidades indígenas, donde el 100% de ellos presenta al menos un hábito parafuncional. El género de prevalencia fue el femenino sobre el masculino en Bizcochuelo y Macanilla, mientras que en Corozaal existe una igual proporción de niñas y niños atendidos. Presentan perfiles convexos en un (63-95.05%) y un biotipo facial de tipo braquifacial y dólicofacial, especialmente en Macanilla y en Corozaal; en Bizcochuelo sólo se observó el biotipo braquifacial.

Existe un predominio del plano sagital entre una relación molar clase I de Angle tipo 1 y tipo 3 de Dewey-Anderson en Macanilla y Bizcochuelo; y en Corozaal Clase I de Angle tipo 2 de Dewey-Anderson y una clase III de Angle tipo 1 de Dewey-Anderson. En dentición primaria se observa una mayor prevalencia de plano terminal recto en el plano sagital excepto en la comunidad indígena de Macanilla donde hay un predominio de escalón mesial.

En los hábitos parafuncionales se encontraron el hábito de succión labial, seguido por deglución atípica; luego la interposición lingual, con una mayor prevalencia en la posición de la lengua entre incisivos superiores e inferiores; seguido del hábito de respiración bucal con paladar ojival sobre incompetencia labial.

En relación a las maloclusiones en el plano transversal, la normooclusión es lo más frecuente, seguido de mordidas cruzadas anteriores en las comunidades de Bizcochuelo y Macanilla y en Corozaal predomina la mordida cruzada posterior unilateral y luego mordida en tijera bilateral; En el plano vertical, también se presenta con mayor frecuencia la normooclusión y en segundo lugar pacientes con mordida abierta anterior y en menor porcentaje mordida profunda anterior en las tres comunidades indígenas. Este estudio reportado se relaciona con la investigación en curso porque en ambas se busca una revisión de la prevalencia y presencia de hábitos bucales asociados con las maloclusiones.

En la Universidad Central de Venezuela, Blanco y Quirós (2013) Participantes del diplomado de perfeccionamiento profesional en ortodoncia interceptiva, realizaron una investigación denominada: “Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones”. En ella expresan que durante los primeros años de vida, la deglución (la acción de tragar) es diferente a la que existe en edad adulta. En ocasiones se pueden observar problemas derivados de la persistencia de una deglución infantil en edad madura, entonces se habla de

deglución atípica. Por lo que el trabajo de investigación tiene como objetivo el aprendizaje para la detección de este mal hábito y su tratamiento para corregirlo.

Señalan que éste mal hábito puede modificar la posición de los dientes, su relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Se ha observado en estudios realizados por E. Mack que una presión continua de 50 mg durante un periodo de 12 horas provoca un desplazamiento considerable de un diente. Por ello la deglución atípica se detecta cuando los niños proyectan la lengua en la cara palatina de los dientes anteriores abriendo la mordida, espacio que luego ocupa la lengua. Esto se traduce en problemas para pronunciar con claridad ciertos fonemas como: d,t,l,n,r.

En muchos casos una evaluación e intervención logopédica temprana puede evitar que se instauren patrones y hábitos incorrectos que generen anomalías estructurales en los órganos fonoarticulatorios: maxilares, paladar, mejillas y dientes. Concluyen que se debe aplicar terapia miofuncional, la cual se debe llevar a cabo entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje, ésta consiste en un método de reeducación de la deglución atípica.

Entre los objetivos que persigue la terapia miofuncional se encuentran: Devolver el equilibrio muscular orofacial perdido reeducando patrones musculares inadecuados. Modificación del patrón deglutorio incorrecto estableciendo nuevos comportamientos e instauración de hábitos correctos como: una postura, respiración y deglución correctas. Es muy importante anticiparse a este tipo de problemas en una edad temprana, por lo que adquiere especial relevancia prestar atención a los hábitos de prevención descritos anteriormente y concienciarse de la importancia de la postura y la respiración nasal. Recomiendan reforzar la actitud positiva de responsabilizarse de seguir las pautas establecidas en el tratamiento.

Esta investigación reportada se relaciona con la presente en cuánto a que en ambas se propone identificar la deglución atípica según edad y sexo, como se plantea para los pacientes con dentición primaria o mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez, y debido a que la deglución atípica suele detectarse en la etapa escolar, es importante prevenir con el fin de confirmar las sospechas de una posible deglución atípica que pueda causar males posteriores.

2.2 Base teóricas

Existen diversos hábitos bucales causantes de parafunciones mandibulares relacionadas con los diferentes tipos de maloclusiones entre los que se destacan:

Succión Digital

La succión digital es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se puede observar de forma muy temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. El problema se produce cuando este hábito se mantiene una vez iniciado el cambio de dentición. Por lo que si al año de edad, ha adoptado este hábito, es recomendable intentar sustituirlo por chupete. Martínez C (2012).

Se genera como una forma de satisfacer una necesidad en el niño, otorgándole seguridad y una rica sensación de contacto. La mayoría de las veces el niño lo realiza cuando está cansado, con sueño, pena, etc. También cuando está solo, ya sea antes de dormir o viendo televisión. Este hábito prolongado en el tiempo, puede llegar a producir alteraciones en el desarrollo de los maxilares y de los dientes, lo que se conoce como anomalías dentomaxilares. La severidad de esta anomalía va a depender de la frecuencia (cuantas veces al día succiona el dedo), la intensidad de la succión, el tiempo que dura (minutos u horas) y además de la posición del dedo dentro de la boca y de qué dedo (ya que no siempre es el dedo pulgar).

Cabe destacar que, algunas características que se pueden observar en niños con succión digital son: mordida abierta, los incisivos centrales se van hacia delante, se puede alterar la posición de los incisivos inferiores, pueden observarse mordidas cruzadas, paladar profundo, se puede alterar el crecimiento transversal del maxilar, alteraciones esqueléticas, puede predisponer a un traumatismo de los dientes anteriores, etc. Sin embargo, la erradicación del hábito y la indicación del tratamiento, va a depender de la edad del niño, de la capacidad de cooperación tanto de parte del niño como de los padres, de la severidad del hábito y del daño que esté produciendo. Por lo que es recomendable acudir a un especialista para que evalúe y determine el plan de tratamiento a seguir.

Onicofagia

La onicofagia, es el hábito de comerse las uñas o la manía nerviosa si no puede controlarse (2012). Es una patología de carácter psicológico, y como tal, puede precisar de ayuda especializada. La persona que padece onicofagia puede llegar al extremo de retirar su uña hasta dejar la piel al descubierto. Esta conducta se puede manifestar en las uñas de todos los dedos.

Entre las causas externas se puede mencionar problemas tan variados como: problemas económicos, problemas laborales, problemas de pareja, etc. Y entre las causas internas se puede mencionar: factores internos como necesidad de autoflagelación o auto-castigo por no sentirse completamente a gusto con quien se es, con los logros alcanzados en la vida, de cómo se reacciona ante ciertas situaciones, de cómo te ven los demás, etc.

Sobre este último aspecto, existen casos documentados de personas sometidas a hipnosis que revelan que atacar literalmente sus dedos y uñas hasta niveles de hacerse verdadero daño es parte de su auto-flagelación por no sentirse a gusto con quienes son. Este es tal vez uno de los problemas de onicofagia más difíciles de erradicar. Además, morderse las uñas puede resultar en el transporte de gérmenes que se ocultan bajo las uñas a la boca o viceversa, llevando a la hinchazón del dedo y en casos extremos, también da una mala presentación a las personas, debido a que las manos con las uñas comidas, son de muy mala presentación, pudiendo dar lugar a pus.

El mordedor compulsivo de uñas puede estar tentado a comer no sólo esta sino también la cutícula y la piel de alrededor, provocándose heridas por donde puede sufrir infecciones oportunistas microbicas y virales. El hábito crónico de morderse las uñas es perjudicial a largo plazo para la sustancia adamantina frontal de los dientes, aumentando la caries en las zonas afectadas. Además puede modificar la arcada de acuerdo a la función que realizan los dientes al protruir la mandíbula, generando una mordida borde a borde.

Biberón

El biberón, mamadera, mamila (en México) o tetero (en Venezuela y Colombia) es un recipiente que se utiliza para dar leche, agua y demás líquidos a los bebés o niños, que por su nivel de desarrollo psicomotor no puedan beber en un vaso. Los hay de diferentes volúmenes (de 100 ml, de 250 ml, etc.). El biberón se compone de un tubo, actualmente de

plástico, y de una tapadera sellable herméticamente provista de una tetina flexible adaptable a la boca del infante, que tiene un agujero pequeño por cual el niño bebe, absorbiendo el líquido.

El funcionamiento del biberón aprovecha el instinto de succión que poseen los infantes desde la más tierna edad, y permite alimentarlos durante los lapsos en los cuales la madre no está disponible para proveerles su pecho. En algunos casos, el biberón provee de un sustituto al amamantamiento. Aunque en épocas recientes, la sustitución total de la leche materna es desaconsejada por los pediatras. En principio porque la leche materna posee elementos necesarios para el desarrollo del sistema inmunitario del infante, así como la inferida relevancia del nexo emocional que se establece durante la lactancia entre la madre y su hijo.

Es fundamental que esterilices los biberones hasta los 4 meses de edad y se aconseja hasta los 6 meses. Recuerda que el bebé durante los primeros 6 meses de vida todavía no dispone de las defensas necesarias para combatir gérmenes muy comunes, que son inofensivos para los adultos pero que en los niños pequeños pueden provocar infecciones graves.

Deglución

La deglución es el acto mediante el cual se preparan los alimentos (líquidos, semisólidos o sólidos) y se propulsan desde la boca hasta el estómago, a través de la coordinación de movimientos voluntarios e involuntarios (Pastor Vera, 2012). Durante todo este proceso deglutorio, la musculatura orofacial interviene de forma decisiva (Burgo González de la Aleja, 2004), por ello varios autores como Monaco, Catteneo, Spadaro, Marchetti, y Barone (2006) y Pernambuco et al. (2011) afirman que la correcta realización de la deglución incluye la participación sinérgica de varios grupos musculares de la región de la cabeza y el cuello.

Fases

El proceso de la deglución consta de cuatro fases: preparatoria oral, oral propiamente dicha, faríngea y esofágica (Cattoni, 2014; Parra, 2013), aunque algunos autores como Alarcón (2013), Assencio-Ferreira (2013) o Pastor Vera (2012), afirman que

son tres los tiempos de la deglución, fusionando la fase preparatoria oral y la oral propiamente dicha, en un solo periodo, al que denominan tiempo oral o bucal.

En la fase preparatoria oral, el alimento, que ya ha sido triturado mediante el proceso de masticación, se mezcla con la saliva y se transforma en un bolo homogéneo (Aragón Jiménez, 2009; Assencio-Ferreira, 2013; Cattoni, 2014). Durante esta fase, que es consciente y voluntaria, el bolo se coloca entre la lengua y el paladar duro. Mientras, el paladar blando, gracias a la contracción del músculo palatogloso, se encuentra en una posición descendida, con el fin de prevenir la caída del bolo en la faringe, antes de que se produzca la deglución. Esta fase solo ocurre durante la deglución de alimentos que precisan ser masticados, y por lo tanto, no se observa en la deglución de neonatos, de líquidos o de saliva. Durante esta fase, la faringe y la laringe se encuentran en reposo, mientras que la vía aérea está abierta y la respiración nasal continua hasta el momento de la deglución (Parra, 2013). Para que se lleve a cabo esta fase es necesario la estabilización mandibular por medio de los músculos elevadores de la mandíbula: maseteros, temporales y pterigoideos internos (Pastor Vera, 2012).

Cuando la fase preparatoria concluye, comienza la oral propiamente dicha, la cual es consciente y voluntaria, y dura menos de un segundo. En este periodo, la punta de la lengua se eleva situándose en la papila palatina, sin contactar con los incisivos superiores y los bordes de la lengua contactan con el paladar duro, desencadenando el reflejo de la deglución, accionado por el nervio glossofaríngeo (IX par craneano), a partir del cual se produce un movimiento ondulatorio antero-posterior de la lengua (Assencio Ferreira, 2013; Cattoni, 2014; Pastor Vera, 2012). Durante ese momento, el músculo orbicular de los labios realiza el sellado de los mismos, acompañado por la contracción de los músculos elevadores de la mandíbula y la oclusión dental (Cattoni, 2014). Esta fase requiere un inicio voluntario, sin embargo, es más automática justo antes de la deglución (Assencio-Ferreira, 2013; Parra, 2013; Pastor Vera, 2012). La tercera fase es el tiempo faríngeo, consciente y voluntario, el cual dura alrededor de un segundo. En este periodo, el bolo llega a la pared posterior de la faringe, estimulando una serie de reflejos en la mucosa de la faringe, la epiglotis y el velo del paladar (Alvizua y Quirós, 2013; Aragón Jiménez, 2009; Mohedano Iranzo, 2011; Pastor Vera, 2012).

Primero, el velo del paladar produce el cierre de la nasofaringe para evitar que pase a la cavidad nasal. Asimismo, la activación de los músculos milohioideo, palatogloso y estilogloso producen la proyección de la base de la lengua hacia atrás (Cattoni, 2014; Parra, 2013). Por otra parte, se accionan los músculos constrictores de la laringe, y la epiglotis realiza el cierre de la vía aérea, produciéndose una pequeña apnea. Al mismo tiempo, se produce la elevación del hueso hioides, realizada por la musculatura suprahioides, y por último, se produce la abertura del esfínter faringo-esofágico, accionada por el músculo cricofaríngeo, lo que permite el paso del bolo desde la faringe hacia el esófago. (Cattoni; 2014; Mohedano Iranzo, 2011; Parra, 2013; Pastor Vera, 2012).

Por último la fase esofágica es un tiempo inconsciente y voluntario, basado en la transferencia del bolo alimenticio del esófago hasta el estómago, por medio de los movimientos peristálticos (Cattoni, 2014; Pastor Vera, 2012). El proceso de la peristalsis concluye cuando el bolo pasa a través de la unión gastroesofágica. El esfínter esofágico superior está cerrado en reposo, mientras que durante la deglución se relaja y se abre, al mismo tiempo que la laringe se eleva (Parra, 2013).

Desarrollo

Según Burgo González de la Aleja (2004) la deglución comienza en la vida intrauterina. Ya desde la 7^o semana del desarrollo embrionario, el tronco del encéfalo recibe información de tipo sensitiva del área orofaríngea. Varios autores como Acosta Uribe, Rojas García, Gutiérrez Rojo y Rivas Gutiérrez (2010) y Parra (2013) afirman que entre la 10^o y 12^o semana de gestación, el feto ya presenta movimientos de deglución, pero no es hasta la semana 32 cuando se convierte en una deglución efectiva, caracterizada por la coordinación con la succión.

En los primeros meses de vida, la deglución es un acto reflejo, denominado reflejo de succión-deglución, adaptado a la lactancia materna, el cual se eliminará al adaptarse a la masticación, entre otras funciones, transformándose así, en un acto voluntario y controlado (Acosta Uribe et al. 2010; Cervera e Ygual, 2002; Parra, 2013).

Según Zambrana (1998) para que el lactante pueda deglutir, éste tiene que crear un cierre anterior, caracterizado por el contacto y adelantamiento lingual, lo cual ayudará a conducir el alimento hacia el interior de la boca.

Deglución infantil

La deglución de los neonatos se caracteriza por tener los maxilares separados y la lengua posicionada en los rebordes de las encías, por otra parte, la estabilización de la mandíbula es realizada por la contracción de los músculos faciales y la interposición lingual. Por último, la deglución se inicia y se guía por el intercambio sensitivo entre labios y lengua. (Pastor Vera, 2012; Zambrana, 1998). La interposición lingual en la deglución de los niños es un acto fisiológico debido a su anatomía, ya que a medida que la cavidad bucal aumente, la lengua se acomodará en ella (Parra, 2013).

Deglución madura

En el momento que surgen los primeros molares, se inicia la masticación y comienza el aprendizaje de la deglución madura, momento en el que la lengua se dirige hacia atrás, para situarse pegada al paladar duro, por detrás de los incisivos superiores. (Machado Júnior y Crespo, 2012; Parra, 2013; Pastor Vera, 2012; Rojo, 1993; Zambrana, 1998). La transición entre la deglución infantil y la deglución adulta tiene lugar gradualmente en un período de 12 a 15 meses, junto con la erupción dental (Maspero, Prevedello, Gianni, Galbiati y Farronato, 2014). Según Zambrana (1998) este periodo está completado alrededor de los 4 años de edad, mientras que Cervera e Ygual (2002) afirman que los niños cambian su forma de deglutir entre los dos y tres años. Sin embargo, otros autores más actuales como Cattoni (2014) o Parra (2013) indican que el período límite de la maduración de la deglución es bastante variable, ya que la evolución de este proceso acompaña al crecimiento infantil, respetando la anatomía y al fisiología del individuo.

Deglución atípica

La deglución atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias" (Zambrana y Dalva, 1998). La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución.

Algunos autores interpretan la deglución atípica como la persistencia del reflejo de deglución infantil. Probablemente la mayoría de niños cambian su forma de deglutir entre

los dos y tres años. Inicialmente el bebé posee un reflejo de succión-deglución adaptado a la lactancia materna que abandona al adaptarse a la masticación y deglución de todo tipo de alimentos. Aunque la deglución atípica no es exactamente el reflejo de succión-deglución suele interpretarse como la persistencia de la frontalización de la lengua, característica de la deglución del bebé más allá de los cuatro años.

La deglución atípica muestra unos signos clínicos claramente observables como la presencia de la posición frontal de la lengua desde la fase oral, la contracción excesiva de los labios y el escape de alimentos durante la ingesta, debido al intento de sellado entre la lengua y los dientes. Por otra parte, puede observarse una falta de contracción de los maseteros durante la fase oral, lo cual conlleva a que no actúen los elevadores de la mandíbula. Asimismo, se produce una contracción del mentón como intento de producir un buen sellado y movimientos del cuello asociados a la mala masticación. Por último, se producen ruidos al deglutir y el mantenimiento de residuos después de haber acabado la deglución (Cervera e Ygual, 2002). Otros autores como Asiry (2015), Lenzi, Dutra, Pereira, y Toledo (2011) y Maspero et al. (2014) añaden a los signos clínicos la mordida abierta anterior o lateral y problemas dentales como diastemas o protrusión de los incisivos superiores. Por otra parte, se puede observar labios hipotónicos, lengua en posición de reposo sobre los dientes y tendencia a la respiración bucal (Blanco Reyes y Quirós, 2013).

Por otra parte, la deglución atípica con interposición lingual, de la que se hablado anteriormente, se clasifica en los siguientes tipos, los cuales producen deformidades anatómicas específicas (Alvizua y Quirós, 2013; Blanco Reyes y Quirós, 2013; Lugo y Toyo, 2011).

Clasificación de la deglución atípica con interposición lingual y tipos de alteraciones que conlleva:

Tipo I

No causa deformación.

Tipo II con presión lingual anterior

Mordida abierta anterior, mordida abierta y vestíbulo versión, mordida abierta y vestíbulo versión y mordida cruzada posterior.

Tipo III con presión lingual lateral

Mordida abierta lateral, mordida abierta lateral y mordida cruzada.

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral.

Mordida abierta anterior y lateral, mordida abierta anterior y lateral con vestíbulo versión, mordida abierta anterior y lateral con vestíbulo versión y mordida cruzada posterior.

Maloclusión

El término maloclusión se refiere al incorrecto posicionamiento y alineación de los dientes, así como también a la inadecuada relación de engranaje entre los superiores e inferiores. Estas maloclusiones, más allá de la apariencia estética, tienen importantes repercusiones en la salud del individuo, al producir alteraciones no sólo en las estructuras de la boca, sino también en encías, músculos y huesos adyacentes. Cuando existe una alteración que comprometa el crecimiento de los maxilares, resulta conveniente realizar un tratamiento a temprana edad, a fin de redirigir dicho crecimiento. Igualmente, el apiñamiento pudiera favorecer la aparición de caries y problemas periodontales tales como, la inflamación de las encías y la pérdida de hueso, por dificultades al momento del cepillado. Una oclusión ideal se presenta cuando todos los dientes superiores encajan levemente sobre los inferiores. Es decir, las puntas de los molares se encajan en los surcos de los molares opuestos y todos los dientes están alineados, derechos y espaciados de manera proporcional. Así mismo, los dientes superiores no permiten que las mejillas y los labios sean mordidos y los inferiores protegen la lengua. Sin embargo, se puede considerar que muy pocas personas presentan una oclusión perfecta, lo que implica la remisión a especialistas.

En tal sentido, en la actualidad las estadísticas a nivel mundial hablan de altos índices de mala oclusión en la sociedad actual. Las maloclusiones pueden ser prevenidas, interceptadas o corregidas con un tratamiento ortodóntico adecuado. Los niños deben ser evaluados entre los 5 y los 8 años de edad, con la finalidad de detectar y solucionar a tiempo los problemas presentes.

En los Estados Unidos entre 40% y 60 % de los adolescentes presentan claros signos de mala oclusión, siendo candidatos a tratamiento. Por consiguiente, se puede decir, que la mala oclusión tiene características de epidemia de los tiempos modernos.

Clasificación de la oclusión en dentición primaria de Baume: Santos (2009) y Karica (2011):

Plano Terminal recto

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal de la segunda molar decidua inferior, lo que permite que las caras distales de ambos dientes estén ubicados aproximadamente sobre un mismo plano.

Plano Terminal escalón mesial

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. Una relación de Escalón Mesial puede convertirse en una Relación de Clase I o evolucionar hacia una Clase III al continuar el crecimiento mandibular y aprovechar el espacio de deriva inferior.

Plano Terminal escalón distal

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. La relación de escalón distal puede corregirse y pasar a una relación de clase I o puede permanecer como relación de clase II debido a que el crecimiento mandibular no es suficiente.

Clasificación de Angle

Clase I

Es aquella maloclusión en que la cúspide mesiobucal del 6 superior se encuentra en la misma línea que el surco mesio-vestibular del 6 inferior cuando las arcadas están en la posición de máxima intercuspidadación, según Angle, en estos casos, la relación de la mandíbula con respecto al cráneo es la correcta. Solano E y Campos A (2002).

Clase II

El surco mesio-vestibular del primer molar inferior se encuentra distal a la cúspide mesio-vestibular del superior. De aquí el nombre de distoclusión. En este tipo de

maloclusión, la mandíbula de encontraría en relación distal con respecto a todo el conjunto maxilo-craneo-facial.

Clase II Sub división 1

Existe una distoclusión a nivel molar, pero los incisivos superiores se encuentran dirigidos hacia vestibular, es decir, en vestíbulo versión. Este tipo de casos suele presentar respiración bucal, historia de adenoides extirpadas o no. Así mismo, suele existir una interposición labial por detrás de los incisivos superiores Solano E y Campos A (2002).

Clase II Subdivisión 2

Presentan así mismo, una relación molar de clase II, pero los incisivos superiores o se encuentran rectos o se dirigen hacia lingual (linguo versión). Suele existir gran tono muscular labial, con cara ancha y respiración nasal en estos casos.

Clase III

Aquí la relación será contraria a la anterior, es decir, el surco mesio-vestibular del 6 inferior se encontraría por delante de la cúspide mesio bucal del 6 superior. En consecuencia, la mandíbula se situaría mesialmente con respecto al cráneo, por lo que se le denomina también mesio oclusión.

2.3 Antecedentes Legales

Según Villafranca D. (2002) “Las bases legales no son más que leyes que sustentan de forma legal el desarrollo del proyecto” explica que las bases legales “son leyes, reglamento y normas necesarias en algunas investigaciones cuyo tema así lo amerite”.

La Constitución de Venezuela (1999) reconoce a la salud como un derecho social integral, garantizado como parte del derecho a la vida y a un nivel digno de bienestar, quedando superada la concepción de la salud solo como enfermedad.

Ley Orgánica de la Salud de la República Bolivariana de Venezuela

Artículo 1:

Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

Ley Orgánica Del Niño, Niña y Adolescente de la República Bolivariana de Venezuela

Derechos, Garantías y Deberes.

Artículo 43:

Derecho a Información en Materia de Salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, nutrición, ventajas de la lactancia materna, estimulación temprana en el desarrollo, salud sexual y reproductiva, higiene, saneamiento sanitario ambiental y accidentes. Asimismo, tiene el derecho de ser informado de forma veraz y oportuna sobre su estado de salud, de acuerdo a su desarrollo.

2.4 Definición de términos básicos

Arcada dental: La arcada dentaria o dental se refiere al grupo de dientes que forman la mandíbula. Los dientes están en la mandíbula, y esta tiene forma de arco. Hay una arcada superior, refiriéndose a los dientes que están en el maxilar; y una arcada dentaria inferior, refiriéndose a los dientes que están en la mandíbula.

Onicofagia: hábito de comerse las uñas.

Neonato o recién nacido: es un bebé de cuatro semanas o menos. Un bebé se considera recién nacido hasta que cumple un mes de vida.

Dentición: designa el conjunto de todos los procesos orgánicos relacionados con los dientes. Conciernen a la formación de los dientes en la etapa fetal, la salida de los dientes fuera de las encías, su crecimiento y su disposición dentro de la boca.

Bolo alimenticio: es el resultado de la trituración del alimento por los molares mediante el proceso de masticación, al que se añade la insalivación, o mezcla con la saliva, la cual inicia la degradación de los glúcidos presentes en el alimento.

TABLA N° 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Deglución atípica	La deglución atípica, es una práctica adquirida que se ejecuta a repetición, consciente e inconsciente que consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias	Interposición lingual: Tipo I: No causa deformación. Tipo II con presión lingual anterior Tipo III con presión lingual lateral Tipo IV con presión lingual anterior y lateral.
Edad y sexo	Edad: hace mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Sexo: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Esta proporcionara la distribución de la prevalencia de la deglución atípica según edad de 5 a 11 años y sexo femenino o masculino.
Maloclusión en dentición mixta	La maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o la mandíbula y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio.	Clase I de Angle Clase II de Angle Clase III de Angle
Maloclusión en dentición primaria		Plano terminal recto Plano terminal escalón mesial Plano terminal escalón distal

Morillo, F. y Soto, J. (2018)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

En siguiente capítulo se encuentran la metodología necesaria para llevar a cabo el proyecto de investigación, donde se incluirán aspectos como tipo y diseño, población y muestra, las técnicas y procedimientos de la investigación, que serán utilizados para la realización de la misma.

3.1 Tipo de investigación

En el año 2006 Arias, F. define "La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento". De esta manera, la investigación a realizar busca describir y establecer el objetivo de la prevalencia que existe de las maloclusiones asociadas a la deglución atípica, en los pacientes que asistan a las clínicas de ortodoncia y ortopedia dentofacial II de la Universidad José Antonio Páez (UJAP).

Además de ir orientada a la investigación de campo ya que según Arias, F. (2006) establece, "La investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes". Donde el propósito será también la recolección de datos sin alterar la información.

3.2 Diseño de investigación

Este trabajo será de tipo transversal descriptivo, que según Hernández, Fernández, Batista (2004) "tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población, estudios puramente descriptivos". Donde corresponderá al análisis y descripción de los pacientes que tengan determina característica y que incidencia entre ellos y así llegar a cumplir los objetivos planteados de este trabajo.

También se incluye un diseño de tipo documental ya que Arias, F (2006) explica la investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y realizados por otros investigadores en fuentes documentales impresas, audiovisuales o eléctricas.

Mediante el análisis e interpretación de los datos obtenidos por las historias clínicas se podrá llegar a establecer la presencia de la deglución atípica y las maloclusiones presentes en los niños, que serán parte fundamental para la realización de la investigación y de esta manera establecer la prevalencia que se cumplen entre ellas.

3.3 Población

Se define como población, al conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas conclusiones de la investigación. Esta queda determinada por el problema y por los objetivos del estudio (Arias, F. 2006)

El mismo autor define como población finita a aquella cuyo elemento en su totalidad son identificables por el investigador, por otra parte define a la población accesible como la porción finita de la población objetivo a la que realmente se tiene acceso y de la cual se extrae una muestra representativa.

En este contexto, la población o universo que servirá como objeto de estudio está representado en pacientes que acudieron durante el periodo 2018-I, a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II de la universidad José Antonio Páez, estimándose en 190 historias de pacientes según las estadísticas internas manejadas por la institución.

3.4 Muestra

Arias, F. (2006), define muestra cómo, un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible. La muestra de la presente investigación será no probabilístico o por conveniencia, en la que se tomaran las historias clínicas pertenecientes a los niños y niñas que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II de la universidad José Antonio Páez. Basándose en los criterios para complementar el diagnóstico de las maloclusiones en los pacientes, tales como deglución atípica, plano terminal recto, plano terminal escalón mesial, plano terminal escalón distal, clase I de Angle, clase II de Angle: subdivisión 1, clase II de Angle: subdivisión 2, clase III de Angle, presencia de diastemas, apiñamiento dentario, mordida cruzada anterior y mordida cruzada posterior.

Los criterios de selección de la muestra son los siguientes:

- a) Pacientes de 5 – 12 años de edad, femenino o masculino
- b) Pacientes que presentan deglución atípica

- c) Pacientes con presencia de maloclusión

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Todas las técnicas serán utilizadas por recopilación de datos “unidad de información que se obtiene durante la ejecución de una investigación” (Arias, F. 2006). Siendo esta de tipo documental donde el mismo autor establece “la investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios,” mediante documentos, el cual define como “soporte material (papel, madera, tela cinta magnética) o formato digital en el que se registra o conserva la información”.

El instrumento a utilizar en esta investigación se basará en la revisión de las historias clínicas de aquellos pacientes que asisten a la UJAP y que forman parte de estudio de los alumnos de la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II. En estas encontrará la información necesaria que responderá al problema planteado, como los datos del paciente, edad, sexo, hábitos orales, tipo de maloclusión según Angle, para así darle un tratamiento estadístico.

3.6 Técnicas de análisis de datos

Hernández, Fernández y Batista (2003) citando a Berelson (1971) definen el análisis de contenido como una “técnica para estudiar y analizar la comunicación de manera objetiva, sistemática y cuantitativa”. (p. 412).

Del mismo modo, explican los autores que esta técnica “se efectúa por medio de la codificación, es decir, el proceso en virtud del cual las características relevantes del contenido de un mensaje se transforma a unidades que permiten su descripción y análisis preciso.” (p. 413).

Por otro lado, (Flames, 2001) define las técnicas de análisis como: las técnicas lógicas (inducción, deducción, análisis, síntesis) o estadísticas (descriptivas o inferenciales) que serán empleadas para descifrar lo revelado por los datos que han sido recolectados y procesados.

El análisis de la investigación propuesta, se llevara a cabo con carácter cuantitativo; para el tratamiento de los datos, se utilizan técnicas estadísticas, descriptivas, nominal, tomándose en cuenta la frecuencia de cada indicador, la cual además de expresarse mediante cantidades porcentuales, se representan gráficamente, (cuadro, tabla, barra) con el

propósito de interpretar y analizar los resultados obtenidos, de acuerdo a lo señalado por Flames (2001).

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis de los Resultados:

A continuación se presentan los resultados obtenidos, de la revisión efectuada a las historias clínicas de los 125 pacientes en estudio: la edad de los pacientes está comprendida entre los 5 a 11 años de edad, tal como se registra en el cuadro 1

Ítem 1

Cuadro 1: Distribución de acuerdo a la edad de los pacientes

Edad	Número de pacientes	Porcentaje
5 años	3	2%
6 años	6	5%
7 años	23	18%
8 años	26	21%
9 años	30	24%
10 años	26	21%
11 años	11	9%
Total	125	100%

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

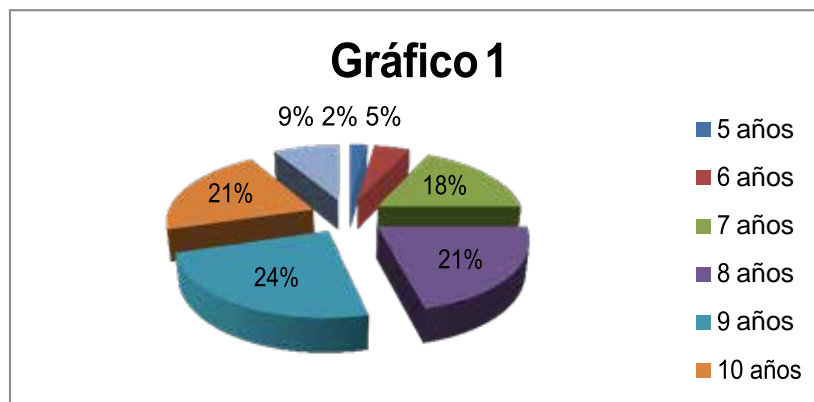


Gráfico 1: Distribución de la muestra según la edad

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

Análisis: Este gráfico representa las diferentes edades estudiadas de la población donde el menor porcentaje fue 2% en pacientes de 5 años y el mayor porcentaje 24% en pacientes de 9 años. Esta gráfica refleja los datos de los pacientes, clasificados en edad, aspecto clave a considerar para analizar el tipo de maloclusión presentada entre ellos y asociadas a deglución atípica entre quienes tienen dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de clínica.

Ítem 2

Cuadro 2: Distribución de acuerdo al sexo del paciente

sexo	Número de pacientes	porcentaje
femenino	67	54%
masculino	58	46%
Total	125	100%

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

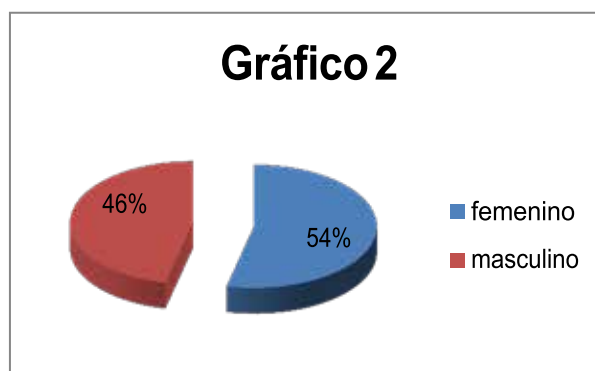


Gráfico 2: Porcentaje de la distribución de acuerdo al sexo del paciente.

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

Análisis: Se observa un predominio en el género femenino con un total de 67 pacientes, representando un 54% sobre el género masculino con 58 pacientes representando así el 46% de la población. Este aspecto permite contribuir en la identificación de los pacientes que presentan deglución atípica según sexo que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia II.

Ítem 3

Cuadro 3: Distribución de acuerdo al tipo de dentición de los pacientes

Tipo de dentición	Número de pacientes	Porcentaje
Primaria	2	2%
Mixta	123	98%
Total	125	100%

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)



Gráfico 3: Tipo de dentición

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

Análisis: En esta grafica se refleja la cantidad de los pacientes que presentan dentición primaria y mixta. El total de pacientes con dentición primaria fue de 2, que corresponde al 2%, de la muestra seleccionada, por otra parte, los pacientes con dentición mixta fueron de 123, correspondientes a un 98% del total de la muestra. Estos son el total de la muestra de pacientes con dentición primaria y mixta que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad.

Ítem 4

Tipo de maloclusión	Número de pacientes	porcentaje
Plano terminal recto	2	1.6%
Plano terminal escalón mesial	2	1.6%
Plano terminal escalón distal	1	0.8%
Clase I	71	57%
Clase II	40	32%
Clase III	9	7%
Total	125	100%

Cuadro 4: Distribución según el tipo de maloclusión

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

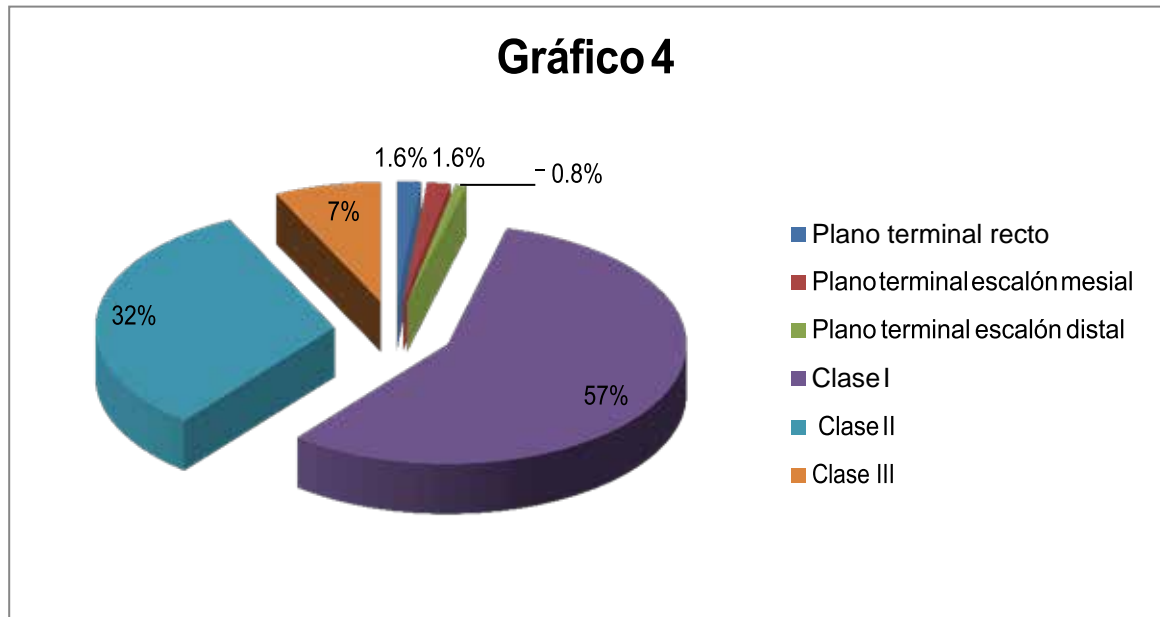


Gráfico 4: Distribución según el tipo de maloclusión

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018).

Análisis: En este gráfico se observa la presencia de las maloclusiones en los pacientes, destacando que cada uno puede presentar más de una clasificación, los datos obtenidos permiten realizar una clasificación de la oclusión en dentición mixta de la siguiente forma: 71 de los pacientes se pueden considerar de clase I, que representan un porcentaje de 57%, según Angle,(Ob., cit) en estos casos, la relación de la mandíbula con respecto al cráneo es la correcta. De ellos hay 40 pacientes clasificados como pacientes clase II, que representan un 32% de la muestra, en este tipo de maloclusión, según el referido autor, la mandíbula se encuentra en relación distal con respecto a todo el conjunto maxilo-craneo-facial.

Por último 10 pacientes de la muestra seleccionada, con dentición mixta que representan un 7% están tipificados como clase III, en estos casos según el autor, la mandíbula se situaría mesialmente con respecto al cráneo, por lo que se le denomina también mesio oclusión. En cuanto a la clasificación de la oclusión en dentición primaria, 2 son del plano terminal recto, 2 del plano terminal escalón mesial y uno es del plano terminal escalón distal.

Ítem 5

Cuadro 5: Distribución de acuerdo al tipo de mordida

Tipo de mordida	Número de pacientes	Porcentaje
Mordida abierta anterior	16	13%
Mordida cruzada posterior	3	2%
Mordida cruzada anterior	10	8%
Mordida abierta posterior	2	2%
Mordida normal	94	75%
Total	125	100%

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

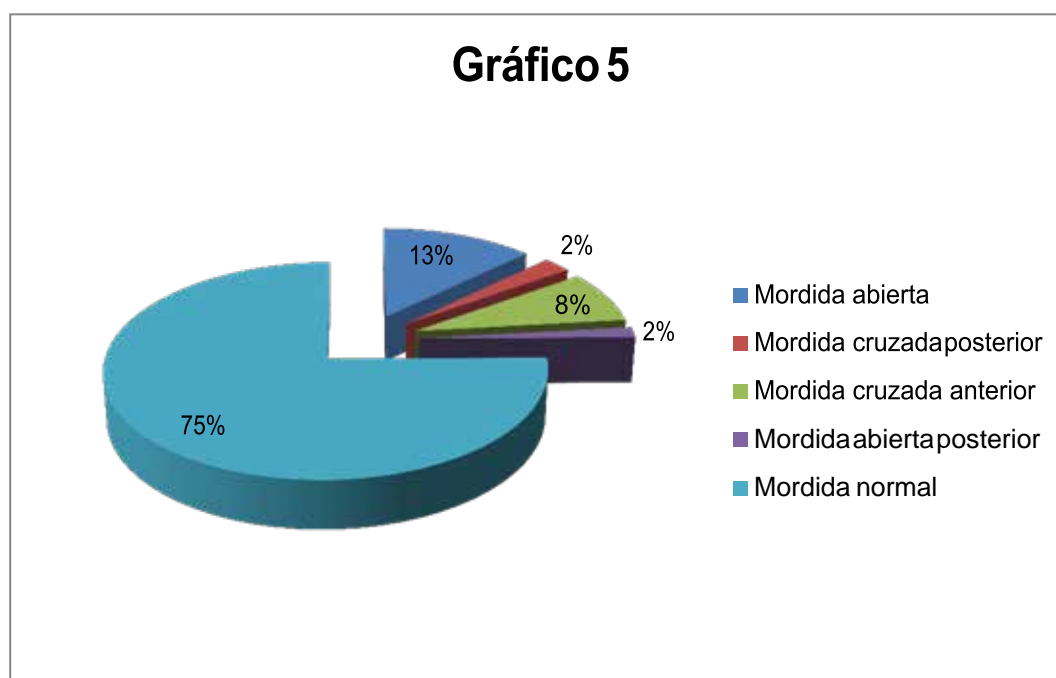


Gráfico 5: Distribución de acuerdo al tipo de mordida

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

Análisis: En cuanto al tipo de mordida se puede apreciar del análisis realizado, que: 94 pacientes que representan el 75% de la muestra analizada tienen una mordida normal, lo que hace presumir una correcta realización de la deglución, ello incluye la participación sinérgica de varios grupos musculares de la región de la cabeza y el cuello. De dicha muestra, el 25% restante presenta deglución atípica con interposición lingual, de la que se habló anteriormente, los cuales producen deformidades anatómicas específicas, de ellos

se puede señalar que 16 pacientes, que representan un 13% presentan mordida abierta, 3 pacientes, 2% de la muestra, presentan mordida cruzada posterior, 10 que representan el 8% de los pacientes seleccionados presentan mordida cruzada anterior y 2 pacientes que representan el 2% restante presentan mordida abierta posterior.

Se puede señalar, producto del análisis que este grupo que representa un 25% de la muestra presentan una deglución atípica, como práctica adquirida que se ejecuta a repetición, consciente e inconsciente, que implica posturas y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución, lo que según Machado, Júnior y Crespo, 2012; Parra, 2013; Vera, 2012; Rojo, 1993; Zambrana, 1998), entre otros, es causada por la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias.

Ítem 6

Cuadro 6: Distribución de acuerdo a la frecuencia de deglución atípica

Deglución atípica	Número de pacientes	porcentaje
SI	31	25%
NO	94	75%
Total	125	100%

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

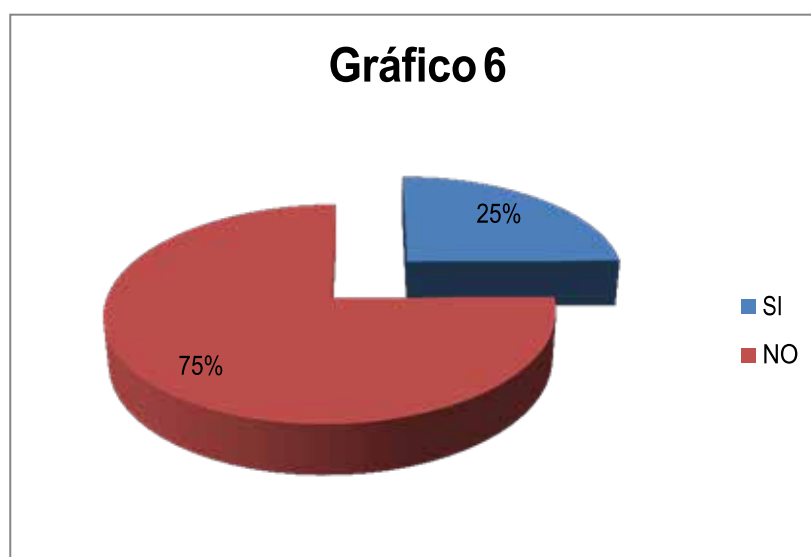


Grafico 6: Frecuencia de deglución atípica

Fuente: Morillo, F y Soto, J (2018)

Análisis: Según se desprende del análisis anterior, de los pacientes analizados, 94 de ellos que representan un 75% tienen una deglución considerada dentro de los cánones normales, mientras que los 31 restantes, es decir el 25% entran dentro de la tipología de deglución atípica, caracterizada y desglosada en el gráfico anterior.

Al respecto vale señalar que para algunos autores, (Zambrana y Dalva, 1998), entre otros, interpretan la deglución atípica como la persistencia del reflejo de deglución infantil, ya que es probable que la mayoría haya adquirido y adaptado este tipo de deglución con la lactancia materna, aunque la deglución atípica no es exactamente el reflejo de succión-deglución y ésta suele interpretarse, más bien como la persistencia de la frontalización de la lengua, que se habitúa más allá de los cuatro años.

Por otra parte, pudo observarse, como producto del análisis realizado que entre los pacientes que presentan deglución atípica existe una falta de contracción de los maseteros durante la fase oral, lo cual conlleva a que no actúen los elevadores de la mandíbula, lo que produce una contracción que genera ruidos al deglutir y mantenimiento de residuos después de haber acabado la deglución, tal como refieren (Cervera e Ygual, 2002).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Posterior al estudio realizado y conocer los resultados de la prevalencia de maloclusiones asociadas a la deglución atípica de pacientes que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia dentofacial II podemos concluir:

Al establecer la frecuencia de pacientes con deglución atípica que asisten a la consulta de la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez, existe un 25% de los casos analizados que entran en el rango de los casos considerados como deglución atípica, y aun cuando estos casos forman parte de un porcentaje menor, no por ello deben dejar de considerarse para implantar educación y realizar las recomendaciones necesarias.

En lo referente a Identificar los pacientes con deglución atípica según edad y sexo que asisten a la clínica de ortodoncia y ortopedia II en la universidad José Antonio Páez, se evidenció que los pacientes que tuvieron deglución atípica con clase I de Angle fueron en total un 60%, un 25% presenta deglución atípica y clase II de Angle y el 8% equivalente a 10 pacientes, presentan deglución atípica con clase III de Angle.

En cuanto a la edad, la mayor frecuencia se da entre los 9 a 11 años, que aglomeran el 54% de los casos analizados en consulta y que tienen dentición mixta, y entre los 5 a 8 años se concentra el 46% de los casos restantes que tienen dentición primaria.

Por otra parte, se categorizaron las maloclusiones presentes en cada paciente de acuerdo a la revisión de la historia clínica, destacando que cada paciente pudo haber presentado más de una maloclusión, los datos obtenidos en mayor relevancia fue la presencia de clase I de Angle seguido de clase II de Angle.

Según los aporte teóricos revisados, estas maloclusiones, aparte de que alteran la apariencia estética en el paciente, tienen repercusiones en la salud del individuo, al producir alteraciones no sólo en las estructuras de la boca, sino también en encías, músculos y huesos adyacentes. Para finalizar, se debe mencionar que la identificación oportuna de la deglución atípica infantil ya que es de ayuda para evitar o interceptar algún tipo de

maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo.

Finalmente es de resaltar que las alteraciones generadas por la oclusión pueden ser de mayor o menor gravedad y comprometer a casi todas las estructuras de la cavidad oral, en consecuencia el tratamiento y evaluación temprana es siempre la mejor opción que se pueda presentar, las cuales casi siempre están asociadas a problemas durante la masticación, afectando incluso el habla, y así los que presentan maloclusiones menos graves tienden a alterar funciones como la masticación y la deglución, no tanto porque imposibiliten esas funciones, sino porque requieren una compensación fisiológica de la deformación anatómica.

La importancia del estudio y clasificación de las maloclusiones radican además en el énfasis que numerosos estudios sobre el tema han demostrado que existe una estrecha relación entre las maloclusiones dentarias y las dislalias, considerando que esta patología constituye el segundo grupo de factores causales de los trastornos en el lenguaje.

5.2 Recomendaciones

- Realizar consultas odontopediátricas desde la aparición de la dentición primaria y un control periódico.
- Implementar el tratamiento ortodóntico preventivo o interoceptivo que favorezca el correcto desarrollo de la oclusión.
- Realizar una evaluación del paciente para determinar cuáles son las alteraciones a tener en cuenta y cuál es el grado de afectación de cada una de ellas.
- La detección precoz de la deglución atípica resulta fundamental para evitar la instauración inconsciente del mal hábito lingual.
- Cuando existe una alteración que comprometa el crecimiento de los maxilares, resulta conveniente realizar un tratamiento a temprana edad, a fin de redirigir dicho crecimiento.

- La detección temprana de apiñamiento pudiera favorecer la aparición de caries y problemas periodontales tales como, la inflamación de las encías y la pérdida de hueso, por dificultades al momento del cepillado.
- Las maloclusiones pueden ser prevenidas, interceptadas o corregidas con un tratamiento ortodóntico adecuado.
- Los niños deben ser evaluados por el odontólogo, entre los 5 y los 8 años de edad, con la finalidad de detectar y solucionar a tiempo los problemas presentes.
- Para corregir una maloclusión existen aparatos fijos y removibles, los cuales facilitan la rehabilitación de la patología ortodóntica, lo cual debe hacerse en conjunto con el trabajo del logopeda en función del lenguaje.

REFERENCIAS BLIOGRÁFICAS

- Acosta Uribe, P. G., Rojas García, A. R., Gutiérrez Rojo, J. F., y Rivas Gutiérrez, R. (2010). *Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica*. *Revista Oral*, 11(33), 577-579.
- Alvizua, V., y Quirós, O. (2013). Efectividad de la terapia Miofuncional en los hábitos más comunes capaces de producir maloclusiones clase II (Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*
- Asiry, M. A. (2015). Anterior Open Bite treated with Myofunctional Therapy and Palatal Crib. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 16(3), 243-247.
- Blanco, V. y Quirós, O. (2013) “Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones”. Investigación realizada como requisito académico del Diplomado de perfeccionamiento profesional en ortodoncia interceptiva. UCV. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* Caracas, Venezuela. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/>
- Cervera, J. F., e Ygual, A. (2002). Guía para la evaluación de la deglución atípica. *Cuadernos de Audición y Lenguaje*, 3, 57-65.
- Fidias G (2006). Proyecto de Investigación- Introducción a la Metodología Científica. 5ta Edición. Caracas- Venezuela.
- Jerez, E, Zerpa, R, Salas, M., Simancas, Y., y Romero Y(2014) Prevalencia de Maloclusiones en niños del Jardín de Infancia de la Escuela Bolivariana “Juan Ruiz Fajardo”. Investigación realizada en el Departamento de Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología. Cátedra de Odontopediatría. Universidad de los Andes. Mérida- Venezuela.
- Jiménez, J. (2016) Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Trabajo presentado en la facultad de odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/issue/view/1220>.
- Lenzi, J. M., Dutra, A. L. T., Pereira, C. M., y Toledo, O. A. (2011). Etiology and treatment of anterior open bite. *Health Scienc Inst J*, 29, 92-95.
- Machado Júnior, A. J., y Crespo, A. N. (2012). Postural evaluation in children with atypical swallowing: radiographic study. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24(2), 125-129.
- Martínez C (2012) Succión digital: ¿Qué riesgos tiene y cómo la detengo? [Página web en Línea]. Disponible: <http://www.guioteca.com/odontologia/succion-digital-que-riesgos-tiene-y-comola-detengo/>[Consulta: 2012, septiembre 20]
- Maspero, C., Prevedello, C., Giannini, L., Galbiati, G., y Farronato, G. (2014). Atypical swallowing: a review. *Minerva stomatologica*, 63(6), 217-227
- Mohedano Iranzo, M. (2011). La deglución atípica: factores de riesgo y trastornos asociados. Importancia de la prevención. Disponible en:

http://psicologopedicbarcelona.com/Articulos/Deglucion_atipica.pdf fecha de consulta 19/03/16.

Organización Mundial de la Salud (2017) El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. Publicación anual FAO, el FIDA, la OMS, el PMA y UNICEF. Disponible: <http://www.fao.org/3/a-I7787e.pdf>.

----- (2010) Estrategia de Cooperación concordado entre el Ministerio de Salud y la Representación de OPS/OMS en Venezuela. Informe disponible: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/5620>.

Parra, D. B. (2013). Deglución fundamentos. En F. Susanibar, D. Parra, y A. Dioses (1ª ed.), *Motricidad orofacial: Fundamentos basados en evidencias* (pp. 243-262). Madrid: EOS.

Pastor Vera, T. (2012). *Análisis correlacional de las secuelas estructurales y funcionales que son ocasionadas por la respiración oral y que condicionan la deglución*. (Tesis doctoral). Universidad Ramon Llull, Barcelona.

Quirós, O. (1996), Características de la oclusión de los niños del Jardín de Infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. *Trabajo de ascenso para optar a la categoría de profesor Agregado*.

Zambrana Toledo González, N., y López, D. (1998). *Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial: tratamiento precoz y preventivo terapia miofuncional*. Brasil: MASSON.



HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES			
NOMBRES	APELLIDOS	SEXO M. F.	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		TELÉFONO HABITACIÓN	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ACTIVIDAD	TELÉFONO CELULAR
MOTIVO DE CONSULTA:			

ANAMNESIS		ANTECEDENTES PERSONALES	
ANTECEDENTES MEDICOS	NO	SI	¿CUAL?
ENFERMEDADES ENDOCRINAS			
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS			
ENFERMEDADES CARDIACAS			
ENFERMEDADES RENALES			
ENFERMEDADES NEUROLOGICAS			
OTRO			
OBSERVACIÓN:			VACUNAS PRESENTA CARTA DE VACUNACIÓN: SI NO
OBSERVACIÓN:			OBSERVACIÓN:

OTROS ANTECEDENTES	NO	SI	ESPECIFIQUE:	TRATAMIENTO PREVIO ORTOPEDICO NO SI
TRAUMATISMO EN CARA				
PROBLEMAS CON ARTICULACIONES				
ALERGIAS (ESPECIFIQUE)				OBSERVACIÓN:
OPERACIONES (ESPECIFIQUE)				

ANTECEDENTES FAMILIARES CONSANGUINEO			
ANTECEDENTES MEDICOS	NO	SI	¿CUAL?
ENFERMEDADES ENDOCRINAS			
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS			
ENFERMEDADES CARDIACAS			
ENFERMEDADES RENALES			
ENFERMEDADES NEUROLOGICAS			
OTRO			
OBSERVACIÓN:			ANTECEDENTES DE MALOCCLUSIÓN NO SI ESPECIFIQUE
OBSERVACIÓN:			

ANTECEDENTE ODONTOLOGICOS			
	NO	SI	ESPECIFIQUE:
Dientes Supernumerarios			Cuántas veces se cepilla al día _____
Agnesias			Edad de erupción dientes primarios _____
Traumatismo dental			Edad de erupción dientes permanentes _____
Sangramiento de encía			Alimentación artificial: NO SI Hasta _____
Sensibilidad dental			Alimentación artificial: NO SI Hasta _____
Dolor en ATM			Menarquia: NO SI Tiempo _____

Doyle que la información suministrada es verdadera. Firma y C.I. del Representante: _____

Firma del Docente: _____

Fecha: _____

Pág.: 1



TEJIDOS BLANDOS

Inserción de Frenillo	Normal	Alterado	Lengua	Normal	Pequeña	Grande
Vestibular Superior			Problema Periodontal			
Vestibular Inferior				SI	NO	
Lingual						

ANALISIS INTRAORAL ORTODONTICO

Tipo de Dentición	Primaria		Mixta		Permanente	
-------------------	----------	--	-------	--	------------	--

Relación Canina	PRIMARIA		PERMANENTE		No registrable Derecha, por que?
	Derecha	I II III	Izquierda	I II III	No registrable Izquierda, por que?

Plano Post-Ícteo Dentición Primaria

Derecha	Escalón Distal		Izquierda	Escalón Distal		No registrable Derecha; PQ?
	Plano Terminal Recto			Plano Terminal Recto		No registrable Izquierda; PQ?
	Escalón Mesial			Escalón Mesial		

Clase Molar Dentición Permanente

Derecha	I		Izquierda	I		Tipo		No registrable Derecha; PQ?
	II			II		División		No registrable Izquierda; PQ?
	III			III		Tipo		

Clasificación de Angle según Dewey- Anderson:

Análisis Sagital		Análisis Vertical		Análisis Transversal		
Overjet: _____ mm		Overbite: _____ mm		Mordida		Unilateral
Mord. Cruzada		Mordida Abierta		Normal	Cruzada	Bilateral Der.: _____
Borde a Borde		Borde a Borde		Paladar		Izq.: _____
Normal		Normal				Normal
Resalte		Mord. Profunda		Apinamiento		
Diastemas		Superior	Inferior			Superior
		SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	SI ___ NO ___	

DX INTRAORAL:

DIAGNOSTICO FUNCIONAL

HÁBITOS BUCALES

Deglución	Normal	Atípica	Posición de la lengua			
Succión Digital	NO	SI	Cuál dedo?	Duración y Frecuencia		
Insuficiencia Nasal	NO	SI	Permeabilidad de vías aéreas			
			Superiores (Hipertrófia de Cornetes)		SI	NO
			Inferiores (Hipertrófia de las adenoides)		SI	NO
Bruxismo	NO	SI	Céntrica	Excéntrica	Diurno	Nocturno
Onicofagia	NO	SI	Duración y Frecuencia			
Quelofagia	NO	SI	Interposición Labial	NO	SI	Duración y Frecuencia
Otro			Duración y Frecuencia			

EXAMEN FUNCIONAL

Patrón Masticatorio	Unilateral	Bilateral
---------------------	------------	-----------

PALPACIÓN GANGLIOS	SLA	POSITIVA	DESCRIBA:

EVALUACION DE ATM

Apertura bucal _____ mm	Ruidos Articulares	Apertura		Tipo		Cierre		Tipo	
		NO	SI	Chasquido	NO	SI	Chasquido		
				Crepitación			Crepitación		

OBSERVACIÓN

EXAMEN MUSCULAR

SENSIBILIDAD	NO	SI	Der.	Izq.	SENSIBILIDAD	NO	SI	Der.	Izq.
Masetero					Pterg. Externo				
Temporal					Pterg. Interno				

OBSERVACIÓN

DX FUNCIONAL:

Firma del Docente: _____

Fecha: _____

Nº HC: _____

DIAGNOSTICO FACIAL

ANALISIS DE SONRISA

La Linea Media Facial Coincide con la Linea Media Dental:

Superior	SI	NO	Desviada a la Derecha ___ mm	Inferior	SI	NO	Desviada a la Derecha ___ mm
			Desviada a la Izquierda ___ mm				Desviada a la Izquierda ___ mm

EVALUACION LABIAL

Cierre Labial			Mentón				
Adecuado			Normal				
Incompetente			Alterado				
Longitud Labial	Normal	Corto	Laigo	Tonicidad Labial	Normal	Hipotónico	Hipertónico
Superior				Superior			
Inferior				Inferior			
Presencia de Simetría		Observaciones: _____					
SI	NO						

ANALISIS FOTOGRAFICO

ANALISIS DE LOS QUINTOS

Presencia de Simetría		Observaciones: _____		Angulo de Convergencia	
SI	NO			Norma	45°
				Px	
Forma de la cara	Cuadrada				
	Redonda				
	Ovalada				
	Alargada				
Tipo de cara	Euriprosopo / Braquifacial				
	Mesoprosopo / Mesofacial				
	Leptoprosopo / Dolicofacial				

ANALISIS DE TERCIOS FACIALES

Tercio Superior	Medida Sn - Me	Tercio Medio			Tercio Inferior		
		Normal	Disminuido	Aumentado	Normal	Disminuido	Aumentado
	100%=	43%=			57%=		
Perfil	Convexo	Recto	Cóncavo	Angulo Nasolabial			
				Femenino	N = 100°		
				Masculino	N = 90°		

DX FACIAL:

Firma del Docente: _____

Fecha: _____

N° HC: _____

DIAGNOSTICO DE MODELOS

Forma de Arco	Triangular	Ovalada	Cuadrada	Distancia Intercanina	
Superior				Superior	_____ mm
Inferior				Inferior	_____ mm

ANALISIS PREDICTIVO DE MOYERS

TABLA DE PROBABILIDAD. Superior

$\Sigma 21$ 12	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	
5	8	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0
95%	21	21	22	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25	25	26	26	26	26	26
85%	5	8	1	1	7	9	7	5	8	6	3	6	9	1	4	7	4	7	5	7	5
75%	0	3	5	8	1	4	6	9	2	5	7	0	3	6	8	1	4	7	3	2	2
	24	20	21	21	21	22	22	22	22	23	23	23	24	24	24	24	25	25	25	25	25
	6	9	2	5	8	8	3	6	9	1	4	7	8	2	5	8	6	3	6	9	

TABLA DE PROBABILIDAD. Inferior

$\Sigma 21$ 12	19	20	20	21	21	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	27	27	28	28	29	
5	8	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0
95%	21	21	21	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25	25	26	26	26	26	26
85%	1	4	7	6	3	6	3	2	5	8	1	4	7	6	3	6	8	1	4	7	5
75%	0	3	5	8	1	4	7	0	3	6	9	2	5	7	0	3	6	8	1	4	7
	20	20	21	21	21	21	21	22	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	25	25	25
	1	4	7	0	3	6	9	2	5	8	1	4	7	6	3	6	8	1	4	7	

Mandibula

42	41	31	32
+		+	

EDAD: * EDAI:

Σ de 4 I I =

Maxilar				Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
12	11	21	22				
+		+		ERAnterior		ERAnterior	
EDAD:		EDAI:		EDAnterior		EDAnterior	
				Discrepancia		Discrepancia	
				Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
				EDPosterior		EDPosterior	
				ERPosterior		ERPosterior	
				Discrepancia		Discrepancia	

OBSERVACION:

ANALISIS DE KORKHAUS

Σ 4 I S	4 + 4	6 + 6	Lo
27	32	41,6	16
27,6	32,6	42,3	16,3
28	33	43	16,6
28,6	33,6	43,6	16,8
29	34	44,6	17
29,6	34,7	45,3	17,3
30	35,6	46	17,6
30,6	36	46,6	17,8
31	36,6	47,6	18
31,6	37	48,6	18,3
32	37,6	49	18,6
32,6	38,2	60	18,8
33	39	61	19
33,6	39,6	61,6	19,3
34	40	62,6	19,6
34,6	40,6	63	19,8
35	41,2	64	20
35,6	42	64,6	20,6
36	42,6	65,6	21

SI (Σ 4 S):	Med. Arcadas	T. Predictiva	Discrepancia
4 + 4	Sup _____ mm	Sup _____ mm	Sup _____ mm
Distancia Interpremolar	Inf _____ mm	Inf _____ mm	Inf _____ mm
6 + 6	Sup _____ mm	Sup _____ mm	Sup _____ mm
Distancia Intermolar	Inf _____ mm	Inf _____ mm	Inf _____ mm
Lo	Sup _____ mm	Sup _____ mm	Sup _____ mm
Longitud Arco Anterior	Inf _____ mm	Inf _____ mm	Inf _____ mm
Profundidad Palatina	Ant _____ mm		
	Post _____ mm		

OBSERVACION:

Firma del Docente: _____

Fecha: _____

Pág. : 5

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

ANALISIS PANORAMICO

Interpretación Línea Media: _____

Discrepancia Condilar: _____

Relaciones Mandibulares	Derecho	Izquierdo	Discrepancia
Largo del Cuerpo			
Altura de la Rama			

DX PANORAMICO: _____

Rx OPCIONAL: _____

Tabla McNamara

Edad	Longitud mandibular	Altura facial anteroinferior
80	97-100	52-58
81	99-102	52-56
82	101-104	53-54
83	103-106	58-54
84	104-107	59-60
85	105-108	60-62
86	107-110	60-62
87	109-112	61-63
88	111-114	62-64
89	112-115	63-64
90	113-116	63-64
91	115-118	64-65
92	117-120	65-66
93	119-122	66-67
94	121-124	67-69
95	122-125	67-69
96	124-127	68-70
97	126-129	68-70
98	128-131	69-71
99	129-132	70-74
100	130-133	71-75
101	132-135	72-76
102	134-137	73-77
103	136-139	74-78
104	127-140	74-78
105	138-141	75-79

ANALISIS CEFALOMETRICO

		Relaciones	Medidas Cefalométricas	Valor Promedio	Valor Paciente	Interpretación	
S T E I N E R	Esquelético Maxilar		SNA	82° (± 2°)			
	Esquelético Mandibular		SNB	80° (± 2°)			
	Maxilar - Mandibular		SND	76° / 77°			
	Interdental		ANB	2°			
	Dentoalveolar Maxilar			1s - li	135°		
				1s - NS	103°		
				1s NA (grados)	22°		
	Dentoalveolar Mandibular			1s NA (mm)	4 mm.		
				1i Pl. Mand.	90°		
				1i NB (grados)	25°		
M E D I D A	Longitud del Maxilar		1i NB (mm)	4 mm.			
	Longitud Mandibular		Co - A (mm)	85 mm			
	AFal		Co - Gn (mm)	105 - 108 mm			
R I C K E T S	Proporciones Faciales		Ena - Me (mm)	60 - 62 mm			
			NS.GN	67°			
			NS-PI Mand.	32°			
	Perfil Facial		FH-PI Mand.	24°			
			Linea E	Sup. -4 mm.			
		NAP	Inf. -2 mm.				
			0°				

DX CEFALOMETRICO: _____

Firma del Docente: _____

Fecha: _____

