

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



**“PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES SEGÚN
GÉNERO DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA ENTRE LOS AÑOS
2016- 2017”**

Tesis presentada por el Bachiller:

**Baldárrago Ochoa, Brigitte
Pierina**

Para optar el Título Profesional de:
Cirujana Dentista

Asesor:

Dr. Baldárrago Salas, Willmer José

AREQUIPA-PERÚ

2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
URB. SAN JOSE SIN - UMACOLLO

MGTER MARCEL AGUILAR SALAS

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 79

Vista la solicitud que presenta don (ña BRIGITHE PIERINA BALDÁRRAGO OCHOA sobre el dictamen de la Tesis titulada "PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES SEGÚN GÉNERO DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA ENTRE LOS AÑOS 2016- 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ
MGTER MARCEL AGUILAR SALAS

Arequipa, 31 de AGOSTO del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

SE REALIZÓ OBSERVACIONES EN INTRODUCCIÓN, REFERENCIAL, OBJETIVOS, INTERROGANTES, METODOLOGÍA, ANTECEDENTES, CONCLUSIONES, SE INDICÓ MODIFICACIONES
AREQUIPA 03 DE SET. DEL 2018

REALIZAR LAS CORRECCIONES DE UN PRON. PARA QUE COMIENZE EL PROCESO REGISTRO

Arequipa, 2018 03 DE SETIEMBRE

UNB. SAN JOSÉ SIN - UMACOLLO

DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 79

Vista la solicitud que presenta don (ña BRIGITHE PIERINA BALDÁRRAGO OCHOA sobre el dictamen de la Tesis titulada ""PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES SEGÚN GÉNERO DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA ENTRE LOS AÑOS 2016- 2017"" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ
MGTER MARCEL AGUILAR SALAS

Arequipa, 31 de AGOSTO del 2018

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA


DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

*Sr. Decano de la Facultad de Odontología
después de haber revisado el presente Borrador
de tesis y realizadas las correcciones sugeridas
es que procedo a aprobarla para que continúe
con el trámite correspondiente*

A fundamentos

Arequipa, 2018 08-09



URB. SAN JOSE S/N - UMACOLLO

DR EDWIN DELGADO ALVAREZ

BOLETA DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS Nro 79

Vista la solicitud que presenta don (ña BRIGITHE PIERINA BALDÁRRAGO OCHOA sobre el dictamen de la Tesis titulada "PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES SEGÚN GÉNERO DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA ENTRE LOS AÑOS 2016- 2017" y en concordancia con la Ley Universitaria 30220, y el Art. 13 del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Odontología, se nombra el JURADO DICTAMINADOR para que en el lapso de ocho a diez días, se sirvan evaluar el dictamen correspondiente

DR ENRIQUE DE LOS RIOS FERNANDEZ
DR EDWIN DELGADO ALVAREZ
MGTER MARCEL AGUILAR SALAS

Arequipa, 31 de AGOSTO del 2018

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

DR. HERBERT GALLEGOS VARGAS
Decano de la Facultad de Odontología

INFORME

En Decano:

Habiendo revisado el presente documento se hizo las siguientes observaciones.

- En el marco teórico enriquecerlo con gráficos*
- Mejorar redacción*
- En el cronograma indicar Año de Trabajo*
- Colocar el año de la fuente en tablas y gráficas*
- Resumir conclusiones*
- Anexo fotográfico.*
- En todo cuanto tenga que verificar*
- Anexar Antecedentes.*

Arequipa, 2018, 06 de Septiembre

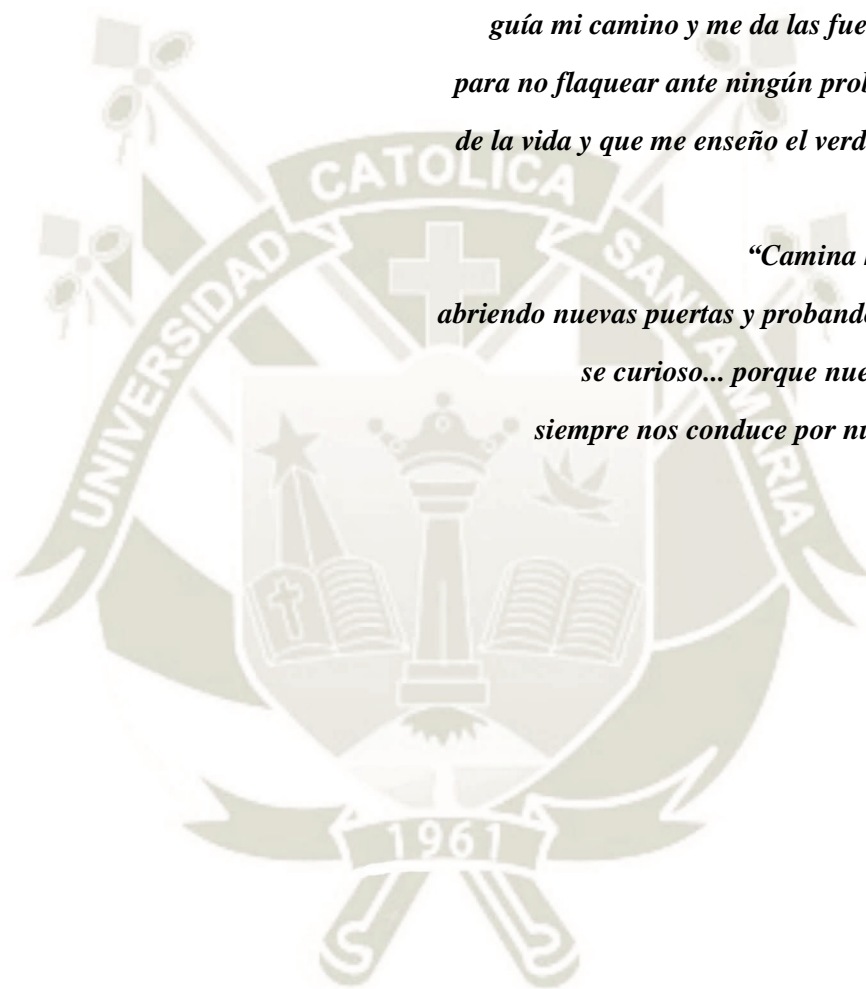
DEDICATORIA

A mis Padres, por su invaluable apoyo y motivación permanente en el logro de mis metas.

A mi abuelita Victoria, que desde el cielo guía mi camino y me da las fuerzas necesarias para no flaquear ante ningún problema o desafío de la vida y que me enseñó el verdadero esfuerzo.

*“Camina hacia el futuro,
abriendo nuevas puertas y probando cosas nuevas,
se curioso... porque nuestra curiosidad
siempre nos conduce por nuevos caminos”*

Walt Disney



AGRADECIMIENTO

*A mis padres por su incondicional apoyo
y motivación.*

*A los doctores que impartieron sus
conocimientos en mi, y forman
parte del plantel de la Facultad de Odontología.*



INTRODUCCIÓN

Las deformidades dentomaxilofaciales en nuestra población no son tomadas muy en cuenta por la gran mayoría de profesionales de la salud; incluyendo nuestros Cirujanos Dentistas.

En el Perú es limitada la información que se encuentra en relación a estudios de prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales en nuestra población, es por esto que con éste Estudio Retrospectivo se precisa dejar como antecedente, que tenemos una población apreciable con estas alteraciones en nuestra localidad.

Con tal Objetivo la Tesis consta, con un Planteamiento Teórico donde se incluye el Problema, los Objetivos, el Marco Teórico y la Hipótesis. Luego se abordará el Planteamiento Operacional, consistente en la Técnica, Instrumentos y Materiales, así como el Campo de Verificación y las Estrategias de Recolección y Manejo de Resultados.

Y por último, se presentan Resultados de la Investigación consistentes en procesamiento y análisis estadístico de la información a través de tablas, interpretaciones y gráficas, así como la Discusión, las Conclusiones y las Recomendaciones.

Finalmente, se incluye la Bibliografía y la Hemerografía consultadas y citadas, así como los Anexos correspondientes.

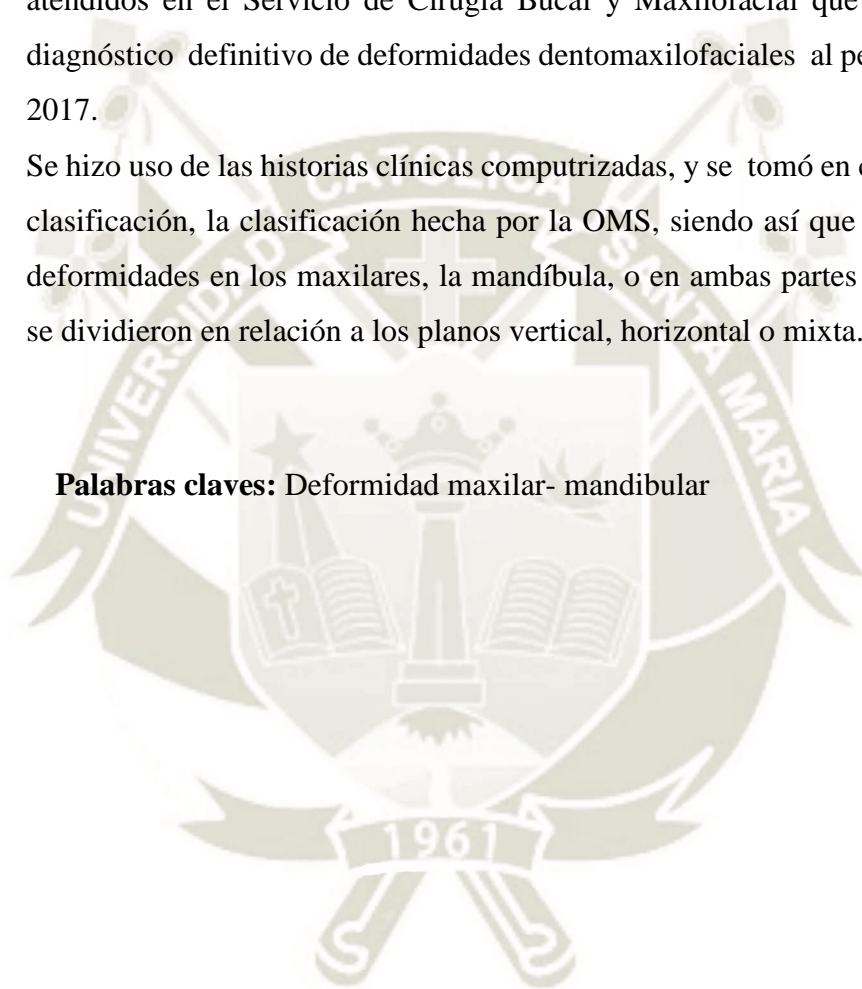
RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de las deformidades maxilares y mandibulares en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Militar de la III División de Ejército- Arequipa y que tenían diagnóstico de deformidades maxilares o mandibulares.

Se seleccionaron del Archivo de Historias Clínicas de un total de 49 pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial que contaban con diagnóstico definitivo de deformidades dentomaxilofaciales al periodo 2016 al 2017.

Se hizo uso de las historias clínicas computrizadas, y se tomó en cuenta para su clasificación, la clasificación hecha por la OMS, siendo así que obtuvimos las deformidades en los maxilares, la mandíbula, o en ambas partes, que a su vez se dividieron en relación a los planos vertical, horizontal o mixta.

Palabras claves: Deformidad maxilar- mandibular



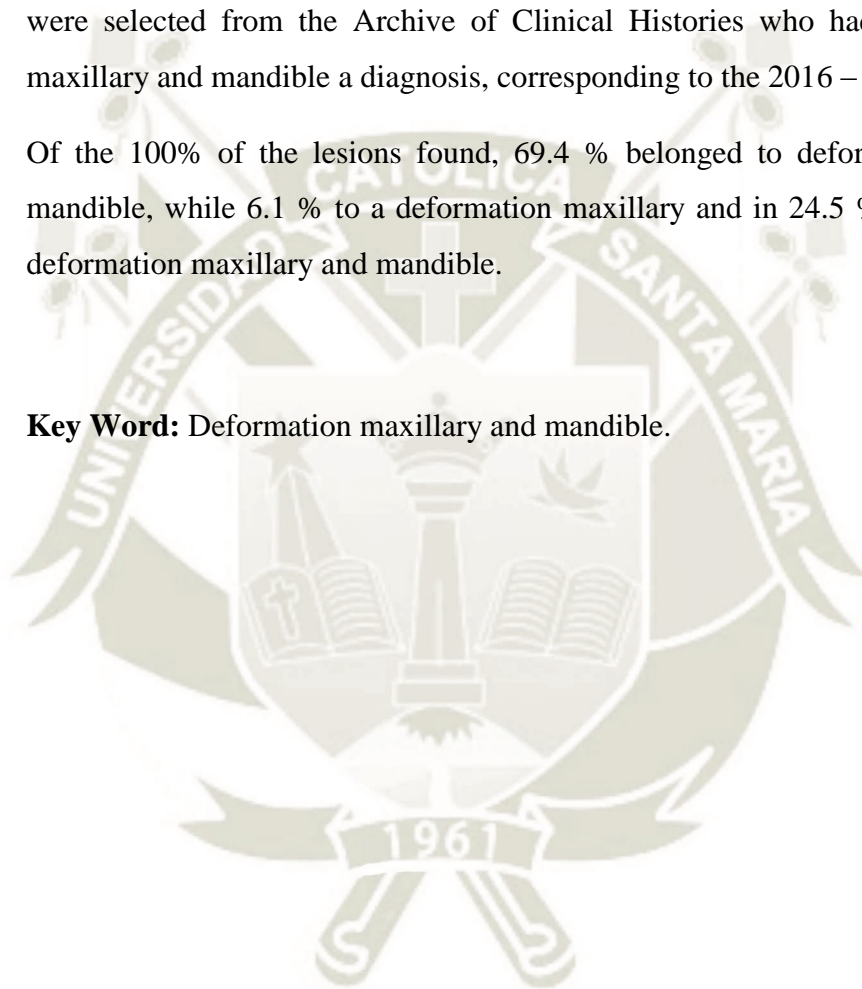
ABSTRACT

A retrospective study of deformation maxillary and mandible was performed in patients treated at the Oral and Maxillofacial Surgery Service of the Military Hospital of the II Army Division- Arequipa and who had deformation maxillary and mandible.

A total of 49 patients attended by the Oral and Maxillofacial Surgery Service were selected from the Archive of Clinical Histories who had deformation maxillary and mandible a diagnosis, corresponding to the 2016 – 2017 period.

Of the 100% of the lesions found, 69.4 % belonged to deformation in the mandible, while 6.1 % to a deformation maxillary and in 24.5 % belonged to deformation maxillary and mandible.

Key Word: Deformation maxillary and mandible.



ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INTRODUCCIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I.....	1
I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1 Determinación del problema.....	2
1.2 Enunciado del Problema.....	2
1.3 Descripción del Problema.....	2
1.3.1 Campo, Área y Línea.....	2
1.3.2 Análisis de Variables.....	2
1.4 Tipo y nivel del Problema.....	3
1.5 Justificación del Problema.....	5
2. OBJETIVOS:.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	6
3.1 DEFINICIÓN.....	6
3.2 ETIOPATOGENIA.....	9
3.3 DEFORMIDADES DENTOFACIALES CLASE II Y CLASE III.....	11
4. HIPÓTESIS.....	34
5. REVISIÓN DE ANTECEDENTE INVESTIGATIVOS.....	44
CAPÍTULO II.....	38
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	38
CAPÍTULO III.....	44

RESULTADOS	44
DISCUSIÓN.....	59
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	62
ANEXOS	64



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA 2017- 2018.....	45
Tabla 2 PREVALENCIA SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES, CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	47
Tabla 3 PREVALENCIA SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	49
Tabla 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.	51
Tabla 5 RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	53
Tabla 6 RELACIÓN ENTRE SEXO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	55
Tabla 7 RELACIÓN ENTRE AÑO DEL REGISTRO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1 PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA 2017- 2018.....	46
Grafico 2 PREVALENCIA SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES, CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	48
Grafico 3 PREVALENCIA SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	50
Grafico 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.	52
Grafico 5 RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	54
Grafico 6 RELACIÓN ENTRE SEXO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	56
Grafico 7 RELACIÓN ENTRE AÑO DEL REGISTRO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.....	58



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Determinación del problema

La investigación se realizó con la finalidad de observar la diferencia entre la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales según género registradas en el hospital militar de Arequipa entre los años 2016 al 2017, es así que podemos determinar la cantidad de personas con estas patologías detectando si hay tendencia en el desarrollo de estas por el género.

Nos vemos en la dificultad de clasificar estas patologías puesto que son diversas además que al basarnos en historias clínicas para este objetivo podemos cuestionar si se han clasificado en su totalidad la presencia de estas manifestaciones.

La ausencia de antecedentes en la ciudad de Arequipa nos obliga a realizar de forma minuciosa el estudio en cuestión.

1.2 Enunciado del Problema

“PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES SEGÚN GÉNERO DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA ENTRE LOS AÑOS 2016 al 2017”

1.3 Descripción del Problema

1.3.1 Campo, Área y Línea

Campo: Ciencias de la Salud

Área: Odontología

Especialidad: Cirugía Oral y Maxilofacial

Línea: Cirugía Oral y Maxilofacial

1.3.2 Análisis de Variables

CUADRO DE ANÁLISIS DE VARIABLES

Variables	Indicadores
Deformidades Dentomaxilofaciales	<p>Deformidades dentomaxilofaciales en hombres en el Maxilar.</p> <p>Deformidades dentomaxilofaciales en hombres en la Mandíbula.</p> <p>Deformidades dentomaxilofaciales en hombres en el Maxilar y la Mandíbula.</p>
	<p>Deformidades dentomaxilofaciales en mujeres en el Maxilar.</p> <p>Deformidades dentomaxilofaciales en mujeres en la Mandíbula.</p> <p>Deformidades dentomaxilofaciales en mujeres del Maxilar y la andíbula.</p>

1.4 Tipo y nivel del Problema.

- a. **Tipo:** El presente trabajo es documental.
- b. **Nivel:** Descriptivo

c. Taxonomía de investigación.

ABORDAJE	Tipo de Estudio						
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el Número de Mediciones de variables	Por el Número de Muestras: Poblaciones.	Por el Ámbito de o Recolección	DISEÑO	NIVEL
Quantitativo	Observacional	Retrospectivo	Transversal	Descriptivo	De Campo	No Experimental	Descriptivo

1.5 Justificación del Problema.

Problema principal

- ¿Cuál es la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales según género del hospital militar de Arequipa entre los años 2016 al 2017?

Problemas secundarios

- ¿Cuál es la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales en el género masculino del hospital militar de Arequipa entre los años 2016 al 2017?
- ¿Cuál es la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales en el género femenino del hospital militar de Arequipa entre los años 2016 al 2017?

a. Justificación

La presente investigación justifica por las siguientes razones:

i. Originalidad

Cuenta con originalidad basándose en bibliografía y artículos científicos, puesto que las investigaciones referidas a las deformidades dentomaxilofaciales siempre se han basado en referencias foráneas, además un estudio de esta naturaleza nunca se ha desarrollado en el hospital militar de Arequipa.

ii. Relevancia

La relevancia científica para esta investigación, otorgará datos importantes de nuestra realidad local; para el adecuado manejo ortodóntico - quirúrgico, según la predictibilidad suscitada para el género en específico y la zona con mayor prevalencia entre las afectadas.

iii. Viabilidad

Es viable debido que se posee la bibliografía, antecedentes investigativos, unidades de estudio, tiempo y recursos que nos proporcionaran resultados, conclusiones y recomendaciones con alto valor.

iv. Interés Personal

Existe el interés personal en culminar satisfactoriamente la investigación para optar por el título de Cirujano Dentista.

2. OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVOS PRINCIPALES.

- Comparar la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales según género del hospital militar de Arequipa entre los años 2016 y 2017.

2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- Determinar la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales del género masculino del hospital militar de Arequipa entre los años 2016 y 2017.
- Determinar la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales del género femenino del hospital militar de Arequipa entre los años 2016 y 2017.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 DEFINICIÓN

Se puede denominar deformidades dentomaxilofaciales a una cantidad de alteraciones estructurales que se caracterizan por incluir a diferentes partes del esqueleto facial.

Se presentarán durante el periodo de desarrollo del individuo.

Se manifestarán las alteraciones en la posición, tamaño y forma de los huesos de la cara de acuerdo al cráneo.

La deformidad dentomaxilofacial es una afección del desarrollo que en la mayoría de los casos, no se debe a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo normal. En ocasiones es posible constatar la existencia de una causa específica. Generalmente son el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo (1).

Las causas son diversas, unas de origen traumático que afecten a los núcleos de crecimiento de los maxilares, bien en el momento del parto o en los años del desarrollo.

Hábitos en la infancia como el uso prolongado del chupete o la succión del dedo pulgar provocan protrusiones de la premaxila y mordida abierta, asimismo infecciones en el embrión como el virus de la rubéola, el toxoplasma o la treponema pueden causar alteraciones que darán origen a una deformidad dentomaxilofacial.

Pueden deberse a un factor genético la presencia de muchas de estas deformidades, pudiéndose heredar de los progenitores, viéndose en distintos miembros de la misma familia. También puede ser debido a una causa endocrinológica, una hiperfunción hipofisaria causará un exceso de crecimiento de los huesos faciales, una hipofunción tiroidea puede modificar la armonía.

El tamaño de la lengua puede variar por tumoraciones de origen vascular o linfático, causando su aumento exagerado, con su consiguiente influencia en la mandíbula a modo de exceso mandibular o en el maxilar protuyéndolo, esto también podemos verlo en el síndrome de Down. Mientras que, el tamaño de la mandíbula limita el tamaño de la lengua, produciéndose una adecuación de ésta a su contorno óseo.

Pueden dividirse en dos grupos:

- Congénitas
- Adquiridas

1. En el grupo de las alteraciones congénitas, están aquellas que ya están presentes en el individuo desde su nacimiento.

La más frecuente de este grupo es la llamada fisura labiopalatina, causada por fusión incompleta de las dos hemimaxilas y hemilabios durante el desarrollo intrauterino.

Otras menos usuales son las disostosis craneofaciales, provocadas por la fusión prematura de diversas estructuras del esqueleto craneofacial (entre

estas es preciso destacar por su frecuencia los síndromes de Crouzon y de Apert.)

2. En el apartado de las deformidades dentomaxilofaciales adquiridas, se diferencian cuatro grupos de acuerdo a su etiología:

- Traumatismos faciales.
- Las de origen tumoral.
- Anomalías del desarrollo.
- Provocadas por la atrofia de los maxilares, secundaria al edentulismo.

Traumatismos faciales: son alteraciones que se manifiesta en un determinado momento de la vida del individuo.

Origen tumoral: diferentes tipos de neoplasias condicionan patrones malformativos variados, y la cirugía demolitiva asociada necesariamente al tratamiento de muchos de estos tumores.

Anomalías del desarrollo: son causadas por el desarrollo insuficiente o excesivo de uno o varios elementos del esqueleto facial. Esta alteración del esqueleto se instaura durante la infancia, y se acentúa durante todo el período en que persiste crecimiento craneofacial. (18 -20 años en función del sexo)(Behrents, 1985). La disarmonía en el crecimiento de las partes esqueléticas durante el desarrollo condiciona discrepancias óseas cada vez mayores, consecuencia que una parte del esqueleto sufre un exceso o un déficit de crecimiento, mientras el resto sigue en desarrollo normal. Cuando estas anomalías del desarrollo afectan al maxilar y/o a la mandíbula, se puede concluir que la alteración facial, más o menos importante, irá acompañada de una alteración oclusal.

Provocadas por la atrofia de los maxilares, secundaria al edentulismo: la pérdida precoz de piezas provocadas a medio plazo, y como consecuencia de la ley de Wolf, una atrofia progresiva de las bases esqueléticas, condiciona también una alteración de la armonía facial.

3.2 . ETIOPATOGENIA

Es importante saber la etiología para hacer nuestro plan de tratamiento. Este es más etiológico que sintomático. Al principio se creía que las maloclusiones se producían por efecto del ambiente, hoy se ha descubierto que es debido a una interacción entre los factores ambientales y la herencia. Muchas veces la etiología de estas alteraciones es difícil de identificar y es multifactorial. Esa interacción puede fortalecer, calmar, camuflar e inclusive mitigar una maloclusión. (2)

Enfoque evolutivo:

Durante la historia del hombre, se ha visto, una disminución del esqueleto facial donde se ubican los dientes y también una reducción del número de dientes. (3)

1° La reducción del tamaño y número de dientes ha ocurrido a través de la evolución del hombre, donde se aprecia una disminución del tejido dentario, que se refiere tanto al número de dientes como al tamaño de ellos. A pesar que la producción del tejido dentario y óseo tuvo lugar al mismo tiempo en el proceso evolutivo, no se produjeron a la par, siendo más acelerada la disminución del tejido óseo. Como consecuencia de esto, hay un exceso de tejido dentario sobre el hueso de soporte.

Parecería que el mecanismo genético de la herencia del tamaño dentario y de los maxilares fuera independiente.

2° Reducción de la longitud antero- posterior del arco dentario. Respecto a la reducción del esqueleto facial, esto ha sido en todo sentido, es así como al comparar el cráneo del hombre contemporáneo con el cráneo de los homínidos, se verán características diferenciadas.

Si analizamos el cráneo del antropoide con el de un humano, se aprecia:

- a) En general hay una disminución en todo sentido del esqueleto facial relacionado con el sistema estomatognático y un aumento craneal relacionado con el encéfalo.
- b) Existe reducción de la longitud antero- posterior del hueso basal, tanto de la maxila como de la mandíbula y del hueso alveolar.
- c) El arco dentario y su correspondiente hueso alveolar están situados más hacia atrás en el hueso basal de la mandíbula y de la maxila.

- d) El borde posterior de la rama mandibular en el humano, no presenta la prominencia que se observa en la rama mandibular de los antropoides.
- e) En la mandíbula del hombre, existe mentón, no así en la de los simios.
- f) En la maxila del hombre, la espina nasal anterior es una remanencia de las estructuras dento- alveolares en receso.

Por ello, la primera causa evolutiva es el cambio producido a nivel de los músculos oro- faciales a causa del desarrollo del lenguaje y al uso más intenso de los músculos de expresión facial. Hay una relación directa entre la evolución antropológica, cultural, costumbres, hábitos, posición bípeda, etc. Y los cambios morfo- funcionales del esqueleto de los tejidos blandos.

HERENCIA

MEDIO AMBIENTE Y SEXO

Diversas teorías sostienen que se hereda el tipo esquelético (tipos esqueléticos de Sassouni), la forma y el tamaño de los maxilares y la forma y tamaño de los dientes.

Una razón es la “herencia cruzada” en que la Deformación Dentomaxilofacial es producto de una madre con maxilares pequeños y padre con dientes de gran tamaño o viceversa. Los fenotipos, son transmitidos a la descendencia por un sistema multifactorial de genes, influenciados por el medio ambiente. Si queremos representar porcentualmente la influencia genética y ambiental en el desarrollo de los maxilares, podríamos exponer arbitrariamente que:

- a) En el desarrollo de los maxilares: hay una influencia genética de un 40% y el 60% restante es ambiental. Es por ello tiene una enorme influencia la nutrición pre y post natal en el desarrollo de los maxilares.
- b) En el desarrollo de los dientes, hay una influencia genética de un 80% y un 20% de influencia ambiental. Es muy probable heredar el tamaño de los dientes de uno de los padres y el tamaño de los maxilares del otro.
- c) El sexo, es otro factor que se relaciona en el tamaño y forma de los dientes. El Dr. Moorres ha investigado este aspecto en niño de ambos sexos entre los 3 y los 18 años, llegando a la conclusión que los dientes en los

varones son más anchos y que en las mujeres, siendo más acentuada esta diferencia en los dientes definitivos. El canino es el que muestra importante diferencia de ancho.

En algunos casos existe variación en el tamaño de los dientes dentro de un mismo individuo. A veces un incisivo lateral superior es de tamaño normal mientras que el otro es pequeño. Esto también es observable en la zona de premolares inferiores.

Además, se puede ver en ocasiones, diferencias de tamaño entre los grupos dentarios del arco superior con el inferior, lo que implica una desarmonía “dentodentaria”.

Según E. Bauer sólo se hereda la predisposición, significa, solo la forma de reacción genotípica, que según el medio ambiente originará el fenotipo.

3.3 DEFORMIDADES DENTOFACIALES CLASE II Y CLASE III

CLASIFICACIÓN:

La OMS en 1975 hizo una clasificación prestando atención, además de la forma y el tamaño de los huesos faciales, la distribución de las piezas dentarias en las arcadas.

Deformidades que afectan al maxilar superior.

En dirección vertical:

- Por exceso de crecimiento: Síndrome de cara larga.
- Por defecto de crecimiento: Síndrome de cara corta.

En dirección horizontal:

- Por exceso de crecimiento: Prognasia

Por defecto de crecimiento: Retrognasia

Mixtas:

- Mordida abierta
- Asimetrías

Deformidades que afectan a la mandíbula.

En dirección vertical:

- Por exceso crecimiento: Síndrome de cara larga.
- Por defecto de crecimiento: Síndrome de cara corta.

En dirección horizontal:

- Por exceso de crecimiento: Prognatismo
Promentonismo.
- Por defecto de crecimiento: Retrognatismo
Retromentonismo

Mixtas: Asimetrías.

3.3.1 DEFORMIDADES QUE AFECTAN EL MAXILAR SUPERIOR

3.3.1.1 EN DIRECCIÓN VERTICAL

SÍNDROME DE CARA LARGA:

Visto también como exceso maxilar, correspondería a un crecimiento exagerado del maxilar superior en dirección vertical, apreciándose clínicamente con una exposición gingival excesiva (sonrisa gingival). La exposición de los incisivos superiores con los labios en reposo debe estar entre 0 y 3 mm. Porque exposiciones superiores producirán con la sonrisa forzada una imagen poco estética. Los labios suelen ser incompetentes produciendo al cerrar los mismos un fruncimiento de la piel del mentón al hipercontraer la musculatura propia del mismo. La nariz suele ser estrecha,

no obstante con el dorso prominente y el ángulo nasolabial, puede ser normal o levemente obtuso. El mentón suele mostrarse retruido.

Cefalométricamente, se observa un aumento de la longitud facial a expensas de su tercio inferior, un ángulo goniaco aumentado. La oclusión suele ser clase II, pudiendo presentar mordida abierta con tendencia a una deficiencia maxilar transversal con la consiguiente mordida cruzada posterior.

SÍNDROME DE CARA CORTA

Deficiencia maxilar vertical, sería el contrapunto del exceso maxilar al haber tenido éste un escaso desarrollo en sentido vertical, lo que se traduce en un acortamiento del tercio inferior facial, con disminución del espacio interlabial. La cara tiende a ser de aspecto cuadrado con musculatura masticatoria potente, el grupo dentario superior apenas se expone, incluso con la sonrisa forzada, dando una imagen de vejez prematura. La punta nasal suele ser caída, presentando un ángulo nasolabial muy obtuso.

Cefalométricamente, se aprecia una disminución de la longitud facial a expensas de su tercio inferior, un ángulo goniaco disminuido, pudiendo ser la oclusión clase I o tender a la clase III.

3.3.1.2 EN DIRECCIÓN HORIZONTAL

COMPRESIÓN DE LOS MAXILARES

Se denomina compresión de los maxilares en dirección horizontal a aquellas maloclusiones caracterizadas por una falta de desarrollo transversal de los maxilares. Las distancias transversales están disminuidas en las arcadas dentarias, lo que implica la pérdida del espacio necesario para la ubicación y alineación dentaria. Las anomalías por compresión son alteraciones de la oclusión en el plano horizontal, independiente de la relación dental y esquelética clase I, II o III y con un grado normal de

sobremordida, sobremordida profunda o mordida abierta. En general, se encuentra más afectado el maxilar superior que el inferior, debido a que está formado por hueso más esponjoso y lábil a la acción de las fuerzas musculares, también hay mayor incidencia en el arco dentario anterior que en el posterior, ya que esta última zona se encuentra relativamente más protegida por los arcos cigomáticos, que refuerzan esta zona al servir de pilares. La mandíbula se ve menos afectado por ser el hueso más compacto; además se encuentra bajo la acción muscular de la lengua. (4)

Las compresiones son formas anormales de los maxilares; en los sectores laterales de las arcadas están demasiado cerca de la línea media. Las alteraciones se pueden manifestar tanto en las zonas laterales como anterior.

Las alteraciones de compresión son las más frecuentes de las anomalías de las arcadas, cualquiera sea la estadística que se tome, ya sea en dentadura temporal o permanente. Es una anomalía de carácter progresivo, sin un tratamiento preciso hace que esta se vaya agravando y estabilizando a medida que se avanza en las etapas de la evolución dentaria. La compresión puede presentarse en forma única o asociadas a otras anomalías. (5)

Las distancias transversales están disminuidas, los sectores de la arcada están demasiado cerca de la línea media lo que implica la pérdida del espacio necesario para la correcta ubicación y alineación dentaria. Las manifestaciones se pueden presentar tanto en las zonas

COMPRESIÓN EN ZONA ANTERIOR COMPRESIÓN CON

APIÑAMIENTO FRONTAL:

Puede darse en dentadura temporal pero es más frecuente en el periodo de cambio de esta a la permanente. Cuando hacen erupción de los incisivos permanentes se produce un crecimiento transversal y anterior que crea el espacio necesario, ya que estos son más anchos que los temporales. Si esto no se produce y además hay giroversión de los en permanentes, tenemos apiñamiento. Antes se pensaba que era un cuadro clínico, exclusivo de los dientes posteriores al cambio, ya que los incisivos permanentes, más

anchos no entran en un maxilar muy angosto. Pero también existen casos de falta de espacio en la zona anterior en los dientes temporales. Incluso se ha observado que existe una compresión innata en arcos de recién nacidos que no tienen la típica forma semicircular sino que son elípticos.

(4)

COMPRESIÓN POR PROTRUSIÓN:

- a. Apiñada
- b. Espaciada

COMPRESIÓN POR PROTRUSIÓN APIÑADA:

- Oclusión de frente en punta. Hay predominio de las fuerzas compresivas. La protrusión es dentoalveolar y los dientes anteriores se encuentran en íntimo contacto unos con otros. Las raíces están desviadas hacia adelante, en la misma forma que las coronas (protrusión alveolar). La mandíbula presenta apiñamiento inferior o retrusión del frente.

COMPRESIÓN CON PROTRUSIÓN ESPACIADA:

- A la fuerza de protrusión se le suman otras fuerzas como la succión del dedo, u otros cuerpos extraños. También se da en la succión cuando se ejerce más presión que succión. La inclinación de los ejes mayores de los dientes anterosuperiores, también nos muestra en parte la formación de la anomalía. Existe un volcamiento hacia delante de las coronas (protrusión coronaria); además hay en general, una base apical frontal muy poco desarrollada. En la mandíbula los dientes antero- inferiores pueden estar en posición normal, apiñados e incluso vestibularizados(5).

A. Los maxilares superiores pueden tener diversas morfologías, según la zona de mayor estrechamiento lateral:

- a. Maxilares en punta, hay una mayor compresión a nivel de caninos.
- b. Maxilares en omega: hay una mayor compresión a nivel de PMs.
- c. Maxilares en “U”: hay mayor compresión a nivel molar.

El desplazamiento del sector de la arcada es una consecuencia mecánica directa del estrechamiento lateral. La maxila comprimida por influencia del medio ambiente presenta una bóveda palatina alta, provocada por la

verticalización de los procesos alveolares, acercados unos con otros y la escasa expansión del piso de las fosas nasales. Las anomalías de compresión con protrusión frontal que se encuentran desarrolladas en la dentición temporal, pasan con todos sus rasgos a la dentadura permanente.

COMPRESIÓN DE LAS ZONAS LATERALES:

- **MORDIDA CRUZADA:**

Se produce cuando las cúspides vestibular de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores. La mordida cruzada (MC) posterior puede afectar ambas hemiarcadas.

- MC posterior bilateral. Si afecta a una hemiarcada.
- MC posterior unilateral, derecha o izquierda.
 - a. MC cruzada bilateral: Se debe generalmente a una compresión simétrica del maxilar (rara vez por una expansión de la mandíbula). Es menos frecuente que la unilateral y se caracteriza por presentar un paladar estrecho y profundo.
 - b. MC cruzada unilateral: Puede deberse a una inclinación dentaria anómala de los dientes superior hacia palatino, o inferiores hacia vestibular (origen dental), por falta de crecimiento del maxilar superior o por una asimetría en la forma mandibular con laterognacia. El maxilar es demasiado angosto. Generalmente la mandíbula está rotada hacia el lado de la mordida cruzada.

En la compresión maxilar lateral que produce un contacto cúspide- cúspide de caninos temporales o dientes posteriores, la mandíbula se desvía hacia uno de los lados para obtener un buen engranaje oclusal.

- **MORDIDA VIS A VIS:**

Es la situación intermedia entra la oclusión normal y la mordida cruzada. Es la oclusión cúspide- cúspide y se considera una MC incompleta.

- **PROGNASIA**

Desarrollo excesivo del maxilar superior en conjunto o limitado a la premaxila. Causa una convexidad facial aumentada así como un

adelantamiento de su tercio medio. El paladar suele ser hendido, a veces asociado con una mordida abierta anterior y protrusión de los incisivos superiores con la consiguiente disminución de la distancia intercanina y apiñamiento dentario. En dirección transversal hay una discrepancia con la arcada dentaria inferior con mordida cruzada posterior. Generalmente la oclusión es II.

- **RETROGNASIA**

Defecto de desarrollo del maxilar en dirección horizontal, produciendo una retrusión clínica del tercio medio facial, yendo acompañada de hipoplasia de los malares con aumento de la concavidad facial, el ángulo nasolabial se agudiza con valores inferiores a 90° . Oclusalmente se produce una clase III con mordida borde a borde o cruzada anterior e interferencias oclusa

3.3.1.3. MIXTAS

- **MORDIDA ABIERTA:**

Es la falta de contacto entre las piezas dentarias de las dos arcadas, bien en zona anterior o posterior, siendo ésta menos frecuente. Relacionada a malos hábitos en la infancia, como el uso prolongado del chupete o la succión del dedo pulgar, así como la insuficiencia respiratoria nasal.

La deformidad se ve acentuada si no se corrige con métodos ortopédicos por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias.

- **ASIMETRÍAS:**

No existe una cara completamente simétrica dependiendo del grado de falta de simetría puede hacerse patente a la observación o no. La asimetría se manifiesta con una desproporción en el tamaño y forma de los huesos de la cara con relación a planos en el espacio, en sentido vertical, horizontal o sagital.

3.3.2 DEFORMIDADES MANDIBULARES:

3.3.2.1 DEFORMIDADES MANDIBULARES EN DIRECCIÓN VERTICAL

- SINDROME DE CARA LARGA
- SINDROME DE CARA CORTA

3.3.2.2 DEFORMIDADES MANDIBULARES EN DIRECCIÓN HORIZONTAL

- POR EXCESO DE CRECIMIENTO

PROGNATISMO

Etimológicamente significa “mandíbula prominente”, designándose así a la deformidad del tercio inferior de la cara, resultado de un crecimiento mandibular excesivo. La deformidad se acentúa con las arcadas en oclusión al producirse rotación anterior de la mandíbula, disminuyendo al abrir la boca. Se verá afectada la fonación, masticación y deglución de los alimentos. Psicoafectivamente estos individuos tienden al retraimiento, al igual que en el resto de las deformidades faciales.

Oclusalmente se aprecia una clase III pura con mordida cruzada anterior y falta de congruencia en las arcadas, con un maxilar comprimido, a veces hipoplásico.

Los incisivos inferiores pueden estar lingualizados y los superiores vestibulizados en un intento fisiológico de encontrarse oclusalmente.

PROMENTONISMO

Hay aumento de tamaño del mentón, no necesariamente acompañado del cuerpo mandibular. Puede darse en dirección horizontal o vertical y de forma simétrica o asimétrica, condicionando el tipo de corrección quirúrgica a realizar.

- POR DEFECTO DE CRECIMIENTO

RETROGNATISMO

Crecimiento deficiente de la mandíbula, provocando un perfil convexo, (“cara de pájaro o bird face síndrome”). Es congénito, cuando hay un mal desarrollo del primer arco branquial y del segundo arco hioideo. En

ocasiones está asociado a síndromes como el de Treacher- Collins, Pierre Robin, Microsomías, etc. Si es adquirida, es a causa de lesión que se puedan dar en la articulación temporomandibular, como el uso de fórceps en el parto, traumatismos a temprana edad, artritis reumática, mastoiditis que se propague a la articulación, pérdida de hueso por accidente, radioterapia, etc. La obstrucción de las vías respiratorias nasales por adenoides puede causar retrognatismo al tener que respirar por la boca y así adoptar la mandíbula una posición hacia atrás y bajo.

La oclusión se encuentra alterada con resalte positivo interincisal y clase II de Angle. (Anomalía Dentomaxilar en sentido sagital, en la cual existe una relación esquelética y/o dentaria distal de la mandíbula respecto a la maxila como característica común).

Las piezas pueden estar ordenadas pero en vestibuloversión y supraerupción de los incisivos o pueden, por el contrario, estar los incisivos centrales inclinados hacia el paladar y los laterales hacia vestibulo.

La rama mandibular se encuentra disminuida cuando ha existido un traumatismo mandibular previo y el ángulo goniaco es obtuso. Los labios son incompetentes, viéndose alterada la fonación.

RETROMENTONISMO

Deformidad limitada a la sínfisis mentoniana con un desarrollo deficiente de la misma. Se manifiesta con un ángulo mentolabial muy abierto con o sin contractura de la musculatura del mentón.

3.3.2.3 DEFORMIDADES MANDIBULARES MIXTAS:

- **ASIMETRÍA MANDIBULAR:**

Desviación del mentón a un lado de la línea media de la cara. Causada por una persistencia de crecimiento en el núcleo condíleo.

La oclusión será de acuerdo al crecimiento asimétrico, causando alterar el maxilar superior, requiriendo en estos casos una corrección quirúrgica bimaxilar. El tratamiento es recomendado cuando se para el crecimiento o

con técnicas que interrumpan el mismo, en este sentido se aplicarán condilectomías altas para bloquear el núcleo de crecimiento condíleo(6).

3.4 TRATAMIENTO DE LAS COMPRESIONES MAXILARES Y MANDIBULARES.

IMPORTANCIA DE LOS MÉTODOS PREVENTIVOS E INTERCEPTIVOS.

Como anomalía progresiva es fundamental tomar medidas terapéuticas a tiempo, para no interrumpir el normal desarrollo del maxilar.

Esquema terapéutico de la compresión maxilar.

a) PREVENTIVO:

1. Nutrición adecuada.
2. Eliminación de malos hábitos.
3. Recuperación de la permeabilidad nasofaríngea.

b) INTERCEPTIVO:

1. Eliminación de interferencias cuspídeas a nivel de los caninos y molares temporales.

CORRECTIVO OPORTUNO:

Expansión transversal

- Lenta
- Rápida (disyunción)

CORRECTIVO TARDÍO

-Extracciones dentarias.

-Nutrición: Es muy importante que esta sea adecuada ya desde el periodo de la gestación, también desde que el niño nace para evitar alteraciones óseas y dentarias.

2. Control de hábitos: Es el único tratamiento que se recomienda en la dentición temporal y como coadyudante, para evitar la recidiva en la mayoría de los casos.

Para tratar de establecer una adecuada función o posición lingual puede realizarse:

- Enseñando al niño a deglutir sin interponer la lengua.
- Mecánicamente con el uso de algún aparato que impida que la lengua se interponga entre los incisivos y se apoye en el paladar (rejilla superior), lo que también se puede usar para evitar la succión digital. Para convertir una respiración oral en nasal necesitamos muchas veces la colaboración de otros profesionales, y una vez desobstruidas las vías aéreas altas hay situaciones que se corrigen espontáneamente, especialmente en edades tempranas. Si la respiración bucal persiste se recomendará ejercicios respiratorios.

-Expansión maxilar: Será una expansión lenta se pretende aumentar la distancia transversal entre los dientes de ambas hemiarquadas por transformación de la base apical en cambio la disyunción rápida pretende el mismo fin pero a base de la separación de ambas hemiarquadas a la altura de la sutura media del paladar con lo que secundariamente aumenta la base apical y el espacio disponible para los dientes.

3.4.1 MORDIDA ABIERTA (M.A)

Deformidad dentomaxilar en dirección vertical, y existe cuando uno o más dientes ya sea superior o inferior no llegan a la línea de oclusión, no llegando a un entrecruzamiento con su o sus antagonistas, cuando las arcadas se encuentran en oclusión.

3.4.1.1. CLASIFICACIÓN DE LAS MORDIDAS ABIERTAS SEGÚN SU ETIOLOGÍA Y SEGÚN SU UBICACIÓN.

Según ETIOLOGÍA:

a) HEREDITARIO

Esqueletal

b) ADQUIRIDA

Esqueletal Raquíptico carencial

Hipotiroidismo dentoalveolar.

Anquilosis.

Malos hábitos.

Según UBICACIÓN:

La compresión maxilar puede ser:

a) Anterior.

b) Lateral.

c) Mixta.

3.4.1.2 MORDIDA ABIERTA ADQUIRIDA DENTOALVEOLAR:

1. a. MORDIDA ABIERTA ADQUIRIDA DENTOALVEOLAR POR ANQUILOSIS DENTARIA:

Al examen intraoral se observa pieza temporal anquilosada causando la erupción dentaria y disminución de desarrollo vertical alveolar.

Al examen extra oral las características son de normalidad.

1. b. MORDIDA ABIERTA ADQUIRIDA DENTOALVEOLAR POR HÁBITO:

En primer lugar se muestran como alteraciones exclusivamente del proceso dentoalveolar y no por una alteración del patrón esqueletal, no causando alteraciones en los tres tercios del rostro.

Las piezas dentarias y sus alvéolos están entre dos fuerzas en equilibrio.

Mientras existan hábitos beneficiosos como son la correcta respiración, deglución, fonación, etc. El equilibrio de las fuerzas se conserva. Si hay hábitos permisivos dicho equilibrio se rompe y se verán desplazadas en el sentido de la fuerza mayor las piezas dentarias comprometidas.

POR SUCCIÓN:

Anomalía típica de la dentadura temporal; consecuencia de una forma de succión, en la cual la componente de presión es mayor que la componente de succión. A consecuencia se entreabren los sectores anteriores de las hileras dentarias, por lo cual el maxilar superior resulta más damnificado que el inferior. Si se elimina a tiempo el hábito de la succión, no se transmite la mordida abierta a la dentadura permanente.

También podemos constatar desviaciones sagitales, los dientes del sector lateral del lado de succión son llevados hacia mesial y nos impresionan como una distocclusión de ese lado.

La succión digital es una relación sensomotora resultado de un estímulo respuesta, como parte de un reflejo normal.

A los seis meses de vida, la succión es una actividad preponderante.

De los cuatro a los diez meses de edad la boca y los labios están comprometidos en explotación ambiental.

La succión digital persiste en el niño preescolar (2-5 años de edad) bajo diferentes condiciones específicas (aburrimiento, sueño, fatiga) siendo una adaptación del individuo a su ambiente.

Dependerá de la función muscular bucal que un hábito de esta naturaleza desvie el desarrollo de los dientes. Así esta es básicamente normal, las consecuencias son poco importantes o inaparentes; por el contrario, cuando hay irregularidades en tonicidad muscular y postura labial estas deformidades, están sometidos a cuatro factores: frecuencia, duración, intensidad y dirección de la fuerza de succión.

La succión por acción muscular determina un vacío intrabucal, que puede comprimir transversalmente los maxilares, especialmente el superior que tienen una estructura menos compacta, el momento en que aparece la mordida abierta y la magnitud que ésta puede alcanzar, dependerá si el tejido óseo sea más o menos resistente a las presiones musculares, del

tiempo que use el chupete, o del fuerza con que lo succione o apriete, y será más fácil que se desarrolle la anomalía si hay un patrón esquelético favorable. Las alteraciones de mordida abierta causadas por succión de dedo serán similares a las del chupete o mamadera, agregándose un desplazamiento hacia vestibular (protrusión) de los incisivos superiores y una inclinación hacia distal (retrusión) de los incisivos inferiores, debido a la fuerza directa del dedo succionado sobre estas piezas dentarias.

EXTRAORAL:

- Se hace notar poco, excepto por:
Posición abierta de la boca
Dedo succionado enrojecido, limpio y posiblemente deforme.

INTRAORAL:

- Protrusión de incisivos superiores (por apoyo dedo)
- Retrusión de incisivos inferiores (por apoyo dedo)
- Compresión transversal de maxilar superior (por vacío succional)
- Deformación palatina (apoyo dedo)
- Según el sitio donde se ponga el dedo, la mordida abierta resulta simétrica o asimétrica.

POR INTERPOSICIÓN:

Un hábito es la deglución infantil, que es la mantención de la deglución del lactante en el período de dentición temporal o mixta. La lengua que en una deglución normal debería poner su punta cerca del borde gingival de los incisivos superiores y desde esa posición iniciar un movimiento ondulatorio hacia atrás, se introduce en los incisivos para efectuar la deglución. Esa fuerza entre los dientes causa una MORDIDA ABIERTA anterior.

Es posible que también presente una protrusión incisiva superior o inferior. Consecuencias similares se verán en algunas alteraciones de fonación, como la incorrecta pronunciación de los fonemas D, T, S, en los que la lengua se interpone entre los incisivos. Tendrán consecuencias según el lugar y dirección en que actúan las fuerzas que dichos malos hábitos generen.

EXTRAORAL: Normal.

INTRAORAL:

- Protrusión incisiva superior e inferior (empuje anterior de la lengua)
- Mordida abierta dentoalveolar.
- Diastemas múltiples.

3.4.1.3 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAL ENTRE LOS DISTINTOS

TIPOS DE MORDIDA ABIERTA.

- **MORDIDA ABIERTA POR HÁBITO:**

Afección a nivel dentoalveolar, sin compromiso del hueso bucal. Entonces la dimensión vertical es normal.

Existe un hábito pernicioso, ya sea de succión o interposición.

- **MORDIDA ABIERTA TIPO ESQUELETAL:**

Hay alteración hueso basal, presenta dimensión vertical aumentada.

- **MORDIDA ABIERTA POR RAQUITISMO:**

Por déficit de calcio, hipoplasias, erupción tardía y trastornos a nivel del esqueleto en general.

- **MORDIDA ABIERTA POR HIPOTIROIDISMO:**

3.4.1.4 OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO EN LOS DIFERENTES TIPOS DE MORDIDA ABIERTA SEGÚN LAS DISTINTAS ETAPAS DE DENTICIÓN.

ETAPA DE DENTICIÓN TEMPORAL Y MIXTA:

En la mordida abierta por hábito tanto succión como interposición deben ser oportuno para aprovechar el potencial de crecimiento en sentido vertical porque es favorable para una fácil solución de la mordida abierta, si el tratamiento es tardío se hace bastante complejo y difícil. En la mordida abierta de tipo esquelético se puede atenuar tratándolo también precozmente en la dentadura temporal y evitando cualquier mal hábito que complicará

aún más la anomalía, se bloquea el desarrollo vertical de las zonas molares y permitir el desarrollo vertical de la zona incisiva con dispositivos que impidan la interposición de la lengua o labio en la zona de mordida abierta en la dentadura permanente (adulto) en la mayoría de los casos será quirúrgica. (4)

La mordida abierta por raquitismo o por hipotiroidismo como tratamiento preventivo se recomienda una alimentación equilibrada (Calcio, Vitamina y demás Nutrientes).

En relación al hipotiroidismo con diagnósticos y derivación precoz al pediatra se podrá prevenir.

3.4.1.5 PRONÓSTICO SEGÚN EDAD DEL PACIENTE

TIPO DE MORDIDA ABIERTA Y MAGNITUD DE LA ANOMALÍA.

EDAD DEL PACIENTE:

Con un diagnóstico y tratamiento temprano es favorable. Esto es válido para los diferentes tipos de mordida abierta, exceptuando la etapa quirúrgica de la mordida abierta esquelética, hay que esperar que termine de cerrar la sincondrosis esenooccipital.

ETIOLOGÍA:

El pronóstico de la mordida abierta dentoalveolar (por malos hábitos: succión, interposición; por anquilosis de pieza temporal) es favorable, pero para la mordida abierta esquelética en general es malo.

3.4.2 FORMAS PROGÉNICAS

3.4.2.1 DEFINICIÓN:

Son todas aquellas anomalías dentomaxilares en sentido sagital o anteroposterior, y así compromete estructuras basales y/o dentoalveolares. Como signo común la “mordida invertida anterior”, sin embargo en este concepto se incluyen anomalías dentomaxilares.

Las formas Progénicas empiezan en la dentadura temporal y mayormente se repiten en la dentadura permanente.

La progresividad de estas anomalías podemos evitarlas o atenuarlas si hacemos un diagnóstico precoz y un buen tratamiento interceptivo.

Por una suma progresiva de factores no favorales al crecimiento y desarrollo maxilar superior y favorable al crecimiento y desarrollo de la mandíbula van aumentando de forma gradual síntomas y hasta en anomalías complejas, de difícil tratamiento y dudoso pronóstico. La oclusión se normalizará rápidamente si la alteración es producto solo de una interferencia funcional, aunque si ha existido una adaptación de las estructuras dentomaxilares a la función alterada se verá afectado el crecimiento haciéndose cada vez más complejo su tratamiento de la afección.

3.4.2.2 CLASIFICACIÓN:

3.4.2.2.1 Clasificación de Angle:

Dentro del sistema de clasificación de Angle, las Formas Progénicas se agrupan dentro de la Clase III, en la cual existe una relación mesial esquelética y/o dentaria del maxilar inferior respecto al superior, sin embargo, no todas las Formas Progénicas tendrán como signo característico la relación de mesioclusión, en la cual el surco mesial del primer molar permanente inferior articula mesialmente a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior.

3.4.2.2.2 Clasificación Biogénica Modificada:

Se agrupan como Formas Progénicas, anomalías que por su etiología, tratamiento y pronóstico difieren entre sí.

- MORDIDA INVERTIDA ANTERIOR SIMPLE.

Etiología:

Puede deberse a:

- Hereditaria: Los gérmenes dentarios tienen una posición palatina determinada genéticamente (vertical).

- Un incisivo temporal mortificado no siempre sufre la reabsorción en su raíz para la correcta erupción del permanente respectivo, el cual se puede deslizar por la cara palatina del diente temporal que permanece intacto (también procesos periapicales suelen producir desviaciones).
- Traumática: La pérdida prematura de incisivos temporales por traumatismo o extracciones puede dejar como secuela un tejido óseo de neoformación muy duro y un tejido gingival fibroso que pudiera desviar la erupción del incisivo hacia palatino.
- Mecánica: Dirección de erupción por palatino del diente temporal que presenta un proceso periapical.
- Un diente supernumerario puede desplazar al incisivo hacia palatino.
- Vestíbulo posición de incisivos inferiores actúan en la misma forma desviando al superior que hace erupción.(7)

Características Clínicas:

- a) Examen Extraoral: Normal.
- b) Examen Intraoral:

Maxilar superior normal.

Maxilar inferior normal.

Neutroclusión molar.

Mordida invertida anterior de 1 o más incisivos.

- c) Examen Funcional:

Se evalúa si la o las piezas dentarias en mordida invertida llegan o no al Vis a Vis y la magnitud de la inoclusión lateral que se produce.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de mordida invertida por desviación del germen superior a palatino, es el odontopediatra o el odontólogo general que atiende niños quien debe diagnosticar el problema lo antes posible y evitar que este se complique.

Antes de realizar un tratamiento hay que tener en cuenta:

1. Rx previa de la zona para ver:
 - a. La existencia supernumerarios.

- b. Nivel de reabsorción radicular de la pieza dentaria temporal y nivel de formación radicular de la pieza permanente.
 2. Si la pieza dentaria que está en palatino tiene suficiente espacio la arcada dentaria para su correcta ubicación.
 3. Grado de desviación hacia palatino, si más lejos está el arco dentario, más precaución debemos tomar en su tratamiento.
 4. Valor del grado de entrecruzamiento: el que no sea excesivo 2-3 mm, nos permitirá una contención natural. Si es mayor o menor nos obliga a trabajar en forma más cuidadosa.
- a) La progresividad de estas anomalías podemos evitarlas o atenuarlas si hacemos un diagnóstico precoz y un buen tratamiento interceptivo.
Tratamiento Interceptivo:
Cuando la pieza se encuentra en vías de erupción, la medida terapéutica consiste en indicar el uso de una paleta de mordida, ejerciendo presión controlada sobre la pieza dentaria para mejorar su dirección de erupción. Puede usar presión digital (falta de crecimiento radicular facilita el crecimiento)
 - b) Tratamiento Correctivo: la pieza dentaria se encuentra en mordida invertida, se usa una placa con planos laterales de altura y resortes en “S”. Debe haber el espacio necesario para la ubicación del incisivo. Luego de corregir la mala posición dental, los planos de altura laterales se pueden ir desgastando en forma lenta, evitando que durante la masticación, haga una oclusión traumática en el grupo incisivo. La contención es más segura.
 - c) Pronóstico: Bueno.

-MORDIDA INVERTIDA POR ACOMODACIÓN SIN ALTERACIONES SECUNDARIAS:

Se halla con una mordida invertida de todo o parte del grupo incisivo con desplazamiento de la mandíbula hacia adelante, como consecuencia

existirá cambios en el perfil, alteración del equilibrio muscular peribucal y lingual durante la oclusión.

FACTORES ETIOLÓGICOS:

Oclusión progénica forzada, porque las interferencias cuspidas de caninos temporales especialmente y que pueden ser también interferencias de molares temporales y piezas dentarias permanentes, hacen de guía obligando a la mandíbula a desplazarse hacia adelante y se establece una mordida invertida anterior(5). Esta anomalía se presenta en la dentadura temporal y al producirse los primeros cambios de piezas dentarias (primera fase de la dentadura mixta). Puede deberse también a la erupción de uno o ambos incisivos centrales superiores, temporales o permanentes, con una inclinación ligera hacia palatino, pero suficiente para causar la acomodación anterior de la mandíbula durante la oclusión.(4)

TRATAMIENTO:

- **Tratamiento Preventivo:** Es recomendable tratar esta anomalía lo más precozmente posible, porque es una anomalía deforme y progresiva que puede consolidarse y transformarse en una mordida invertida anterior con alteraciones secundarias. Es aquí donde tiene un papel importante odontólogos generales y odontopediatras que son los primeros que están en contacto con los niños, son ellos los que una vez diagnosticada esta anomalía en su estado incipiente podrá realizar el tratamiento en la dentadura temporal.
- **Tratamiento Interceptivo:** Efectuar el desgaste de las interferencias que provocan el desplazamiento mandibular anterior. El desgaste se hará hasta obtener una oclusión lateral y una relación de los incisivos normal o vis a vis. Una mentonera puede ayudar a eliminar el hábito de llevar la mandíbula hacia adelante y redirigir su crecimiento.
- **Tratamiento Correctivo:** Descruzar las piezas que se encuentran en mordida invertida, con placa con planos de altura lateral y resortes en “S”,

uso de casquetes y mentonera que asegure la retrusión mandibular. El uso constante de la placa, aun para comer, más la fuerza nocturna de una mentonera, favorecerá la pronta solución de la mordida invertida anterior. Lograda esta etapa, se bajan lentamente los planos de altura laterales hasta tener un entrecruzamiento incisivo que permita una contención natural. También debemos eliminar el hábito postural de la lengua, para evitar que la anomalía siga evolucionando.

CONTENCIÓN: Natural. La mordida invertida anterior por acomodación puede ser también un signo de una manifestación precoz de una pro genie auténtica o verdadera. Esta anomalía es a veces difícil de diferenciar en esta etapa, pero en todo caso dada la precocidad del diagnóstico, la actitud será la misma. Eliminar interferencias y poner mentonera hasta obtener una relación anterior normal. En estos casos, si al cabo de tres meses máximo, no hay una respuesta clara, el paciente debe ser enviado al especialista.

PRONÓSTICO: Favorable.

-MORDIDA INVERTIDA POR ACOMODACIÓN CON ALTERACIONES SECUNDARIAS:

Ésta anomalía se establece al no tratar la anterior, nos encontramos con alteraciones esqueléticas y un perfil anteinclinado en oclusión y reposo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

a) Examen Extraoral:

- Perfil anteinclinado (en reposo y oclusión)
- Falta de desarrollo del tercio medio.
- Retrusión del labio superior.
- Mentón adelantado (protruido)

b) Examen Intraoral:

Maxilar Superior:

- Compresión transversal.
- Retrusión incisiva (con apiñamiento)
- Crecimiento disminuido en la zona anterior.

Maxilar Inferior:

- Protrusión incisiva (con diastemas)
- Crecimiento aumentado (más desarrollado)

En Oclusión:

- Mesioclusión molar uni o bilateral.
- Mordida cruzada uni o bilateral.

c) Examen Funcional:

No se puede llegar al vis a vis o se llega con mucha dificultad. Labio inferior prominente, lengua descendida en reposo fisiológico.

TRATAMIENTO:

Se debe estimular el desarrollo sagital y transversal del maxilar superior si es necesario, y frenar el desarrollo mandibular.

El tipo de aparato a usar dependerá de las características del caso: placa con tornillo medio y asa bimaxilar, planos de altura lateral, activador de progenie con escudillos, todos estos casos asociados al uso de casquete y mentonera.

Si se deja sin tratamiento, los resultados pueden ser tan graves como una progenie verdadera, incluso el diagnóstico diferencial con una progenie con características esqueléticas hereditarias puede resultar difícil.

PRONÓSTICO: Favorable (tratado tempranamente).

CONTENCIÓN: Mediante aparatos adecuados a la anomalía (intraorales o extraorales) y por el tiempo que considere necesario el especialista.

-FORMA PROGÉNICA VERDADERA O PROGÉNICA HEREDITARIA.

DEFINICIÓN

Es hereditaria, compromete estructuras esqueléticas y dentoalveolares. El factor hereditario es la principal causa.

Es la más compleja de las formas Progénicas, en la cual se observa un desarrollo aumentado de la mandíbula en sentido sagital y transversal.

-RETROGNASIA (FALSA PROGENIE):

Hay falta de desarrollo sagital del maxilar superior generalmente en neutroclusión, con falta de crecimiento en sentido anteroposterior o sagital, generalmente se presenta en neutroclusión. Es posible tratamiento precoz(7).

3.4.3 DISTOCLUSIÓN

DISTOCLUSIONES POR ALTERACIONES DENTARIAS.

Causados por una migración de segmentos laterales y con ellos una relación de disto siendo que si no hubiese estos factores, no existiría alteración en la posición de los maxilares.

Causas:

- Caries proximales especialmente en el maxilar superior.

- Extracciones prematuras de piezas dentarias superiores.
- Erupción ectópica de primeros molares permanentes superiores.
- Agenesia.

Hay una relación de distoclusión dentarias por migración de segmentos laterales sin afectar la parte esquelética.

Se puede decir que dos componentes principales en su etiología, que son la predisposición genética, y los factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial.

Características esqueléticas, el origen de una distoclusión puede ser esquelética, neuromuscular o dentaria, para su determinación es de utilidad el análisis cefalométrico, que permite reconocer las estructuras alteradas.

(8)

4. HIPÓTESIS

Si el sexo femenino tiene mayor tendencia a sufrir Deformidades Dentomaxilofaciales, entonces la prevalencia de Deformidades Dentomaxilofaciales en el sexo femenino del Hospital Militar de Arequipa entre 2016 y 2017 será significativamente mayor que la del sexo masculino.

5. REVISIÓN DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, ETIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE RECIÉN NACIDOS CON DEFECTOS CONGÉNITOS CRANEOFACIALES, ATENDIDOS EN HOSPITALES II GOYENECHE Y III REGIONAL HONORIO DELGADO. AÑOS 2008-2014. AREQUIPA 2015.”

La presente investigación tiene como finalidad conocer la prevalencia de anomalías congénitas craneofaciales en recién nacidos, así como las características clínicas, epidemiológicas y etiológicas que presentan los afectados. Con tal objeto, se revisaron historias clínicas de recién nacidos entre los años 2008 y 2014; se encontró 165 casos clínicos de pacientes afectados con dichas anomalías. Los resultados resalta una frecuencia decreciente de casos de recién nacidos con anomalías congénitas craneofaciales, la anomalía congénita cráneo-facial encontrada en mayor porcentaje fue el Labio Leporino y Paladar Hendido con un 57.3% del total, en comparación con otros registrados en los últimos ocho años en los hospitales Goyeneche y Honorio Delgado, siendo el sexo masculino el más afectado.(9)

“ANOMALÍAS DENTOMAXILARES, MALOS HÁBITOS ORALES Y ALTERACIONES FONOARTICULATORIAS EN LA POBLACIÓN ENDOGÁMICA DEL ARCHIPIÉLAGO DE JUAN FERNÁNDEZ”

El crecimiento y desarrollo de los maxilares y por ende la oclusión, pueden verse alterados por múltiples factores que determinan la aparición de anomalías. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y correlaciones existentes entre ADM, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en los niños de la población endogámica de Juan Fernández; además de la búsqueda de marcadores morfológicos dentarios, para su utilización como herramienta de caracterización poblacional. Para esto, se estudiaron 128 niños preescolares y escolares entre 3 y 15 años, residentes en el archipiélago. Los resultados mostraron una alta frecuencia de tubérculo de Carabelli (61,7%), dando cuenta del origen europeo de la población. La prevalencia de anomalías intra e intermaxilares alcanzó un 62,5% y 53,9% respectivamente; similar a lo encontrado en poblaciones no endogámicas. Las alteraciones funcionales en la respiración y/o deglución se relacionaron con mayor frecuencia de ADM. En

cambio, malos hábitos de succión e interposición practicados en forma intermitente, no presentaron esta asociación. En conclusión, la persistencia de malos hábitos, especialmente aquellos que involucran alteraciones en las funciones del SE, contribuyen a la génesis de ADM que condicionan alteraciones fonoarticulatorias en los niños que las presentan. (10)

“OCURRENCIA DE MALOCLUSIONES ESQUELÉTICAS EN PACIENTES BRASILEÑOS CON DEFORMIDADES DENTOFACIALES”

Se revisaron los cuadros clínicos de 381 pacientes con deformidades dentoesequeléticas, que se sometieron a un tratamiento combinado de ortodoncia quirúrgica en el período comprendido entre 2000 y 2006. Después de la selección de la muestra (método de conveniencia), en base a los datos de la documentación previa y posterior a la cirugía, el número de pacientes se redujo a 171. Para la clasificación de la encuesta, la discrepancia anteroposterior (Clase I, II y III), raza, edad, sexo, ausencia o presencia de asimetría, exceso vertical maxilar y biprotrusión maxilar fueron considerados, además de determinar en qué base ósea se realizó el procedimiento quirúrgico. La documentación de los pacientes fue analizada por un examinador previamente calibrado por repetición del proceso hasta que el método se consideró adecuado (coeficiente de correlación intraclassa > 0,94). La edad promedio de los pacientes fue de 23.59 (SD 6.93) años, la mayoría (102 pacientes) eran mujeres y caucásicos (160 pacientes). La maloclusión clase III fue la más prevalente (81 pacientes). La asimetría, el exceso maxilar vertical y la biprotrusión estuvieron presentes en 54, 33 y 7 pacientes, respectivamente. La mayoría de las cirugías para la corrección de las deformidades dentoesequeléticas se combinaron, involucrando el maxilar y la mandíbula. En conclusión, la Clase III fue la deformidad esquelética más prevalente y la Clase I fue la menos prevalente; en general, la prevalencia de deformidades esqueléticas fue mayor en las mujeres; en la mayoría de los pacientes con maloclusiones esqueléticas hubo una combinación de problemas maxilares y mandibulares, que interfiere directamente en la decisión con respecto al plan de tratamiento más adecuado, y se observó una mayor incidencia de asimetría en la clase III del esqueleto; el exceso vertical ocurrió de manera similar en las clases II y III y hubo una baja incidencia de biprotrusión entre las maloclusiones evaluadas.(11)

“FRECUENCIA DE LOS MALOS HÁBITOS BUCALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL DESARROLLO DE ANOMALÍAS DENTOMAXILARES EN NIÑOS DE 7 A 10 AÑOS”

Los tejidos de la articulación temporomandibular, así como las demás partes del sistema estomatognático se encuentran normalmente protegidos por reflejos nerviosos y por el control neuromuscular a través de la coordinación de las fuerzas musculares. El objetivo de esta investigación es realizar un estudio de la frecuencia de los malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilar. El universo son 15 niños de las edades escolares con dentición mixta. Se observaron los siguientes resultados: succión digital 62% repartidos en de mamadera 55%, dedo 23% y chupete 15%; respirador bucal 23% y la interposición lingual 15%. Las anomalías más frecuentes son: mordida abierta 38%, mordida cruzada 28% y distocclusion 16%. (12)

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.



II TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

3.4.2 Técnicas.

En el presente Trabajo de Investigación se utilizó la Técnica de Observación.

3.4.3 Procedimiento.

El presente Trabajo de Investigación consistió en la revisión de Historias Clínicas de Pacientes de 14 años a más en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Militar (unidades de estudio).

Primeramente pedimos las respectivas autorizaciones para acceder a las Historias Clínicas del Hospital Militar del Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial al director del Hospital Militar.

Se revisaron las Historias Clínicas en formato computarizado de pacientes mayores de 14 años de edad, en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital Militar.

La técnica que empleamos fue la observación de las Historias Clínicas cuyos diagnósticos definitivos fueron relacionados a Deformidades Dentomaxilofaciales.

Las Historias Clínicas escogidas fueron aquellas que presentaban como diagnóstico definitivo una o ambas Deformidades Dentomaxilofaciales, de las cuales 49 cumplían con este requisito.

3.4.4 Instrumentos.

3.4.4.1 Instrumentos documentales:

En relación al uso de técnicas se tomó en cuenta los siguientes instrumentos de recolección de datos:

Ficha de Observación.

3.4.4.2 Instrumentos mecánicos

- Computador.
- Historias Clínicas.

3.4.5

Materiales.

- Bolígrafos.
- Anillados y encuadernados

a. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

i. Ubicación Espacial.

Nuestra investigación se realizó en el ámbito general de la ciudad de Arequipa y en el ámbito específico del Departamento de Odontología del Hospital Militar, caracterizado por un ámbito del tipo institucional.

ii. Ubicación Temporal.

Es un trabajo retrospectivo debido a que la información fue obtenida de las Historias Clínicas de los años 2016 al 2017.

iii. Unidades de Estudio.

La investigación se realizó en una muestra total de 49 Historias Clínicas de pacientes mayores de 14 años de edad atendidos en el Hospital Militar en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial.

3.4.5.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes diagnosticados con Deformidades Dentomaxilofaciales.
- Pacientes de 14 años a más.

3.4.5.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes que sean del Servicio de Cirugía Maxilofacial y no tengan este tipo de alteraciones.

iv. Temporalidad.

Esta investigación es de tipo Transversal ya que se realizó la recolección del universo en un único momento.

b. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN.

i. Organización.

Antes de la aplicación del Instrumento se coordinó ciertas acciones previas:

- Obtención de la autorización del Director del Hospital Militar.
- Coordinación con el personal encargado de las Historias Clínicas del Hospital Militar en el Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial.

ii. Recursos.

a) Recursos humanos

Investigadora: Brigitte Pierina Baldárrago Ochoa

Asesor: Dr. Willmer José Baldárrago Salas.

b) Recursos físicos.

Ambiente particular de trabajo personal y computadora.

c) Recursos institucionales.

Local del Hospital Militar de Arequipa.

d) Recursos financieros.

El trabajo será autofinanciado por el autor de la tesis.

c. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ficha del paciente.

d. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

i. Ordenamiento

El ordenamiento de los datos será Electrónico mediante el uso del programa SPSS/Excel.

ii. Tratamiento de la información.

CUADRO DE TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Variable	Indicadores	Escalas de medición	Análisis y medición
Deformidades dentomaxilofaciales	Deformidades dentomaxilofaciales en hombres.	<ul style="list-style-type: none"> Nominales 	<ul style="list-style-type: none"> Apreciación crítica. Prueba de Chi cuadrado.
	Deformidades dentomaxilofaciales en mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> Nominales 	<ul style="list-style-type: none"> Apreciación crítica. Prueba de Chi cuadrado.

e. **Tablas y gráficas.**

El ordenamiento se realizará en tablas de distribución de frecuencias con las gráficas correspondientes.

Tablas simples para cada variable.

Tablas de doble entrada para la relación de variable.

f. **Estudio de la información.**

Para el análisis de la información apelará a la apreciación crítica de la información.





CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1 PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA 2016- 2017

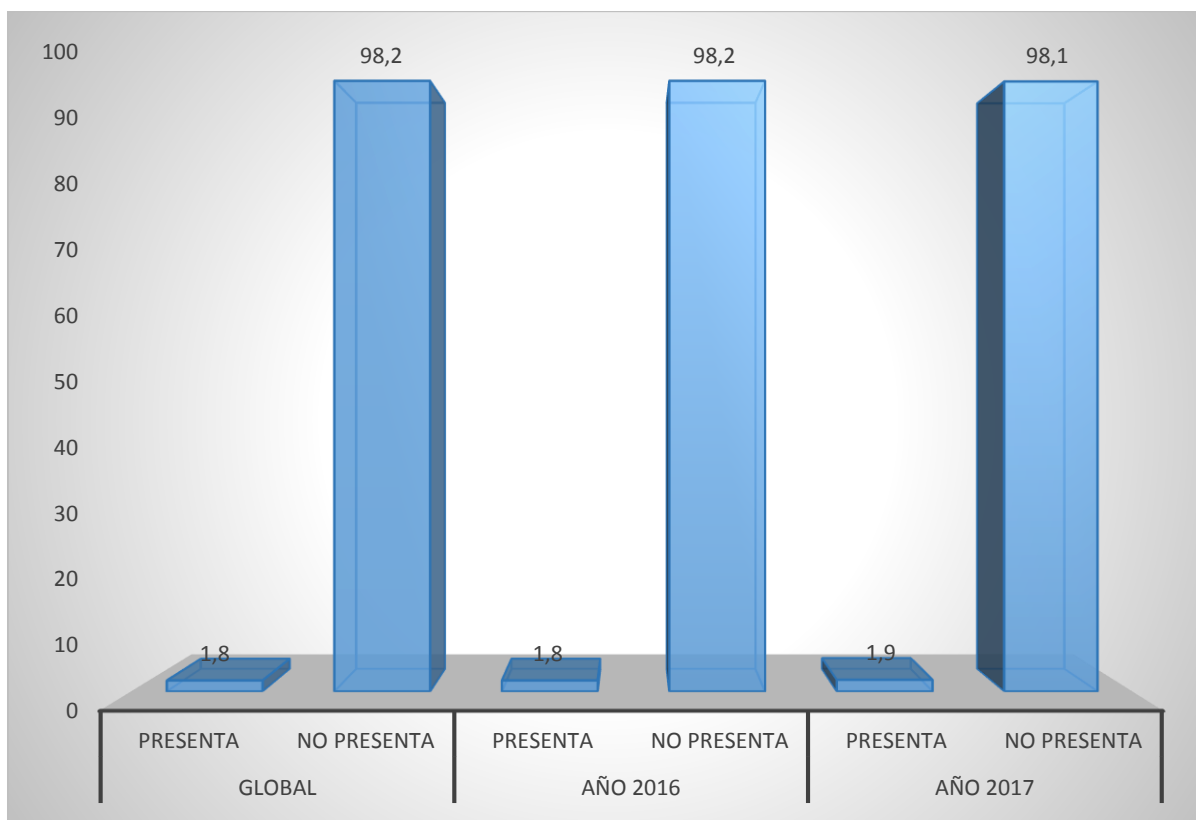
PREVALENCIA	N°	%
GLOBAL		
Presenta	49	1.8
No presenta	2636	98.2
Total	2685	100.0
AÑO 2016		
Presenta	32	1.8
No presenta	1758	98.2
Total	1790	100.0
AÑO 2017		
Presenta	17	1.9
No presenta	878	98.1
Total	895	100.0

FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

INTERPRETACIÓN:

Observamos que la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales durante el periodo de estudio, es ligeramente mayor en el año 2017 (1.9 %) que los pacientes del 2016 (1.8 %).

Grafico 1 PREVALENCIA DE DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA 2016- 2017



FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

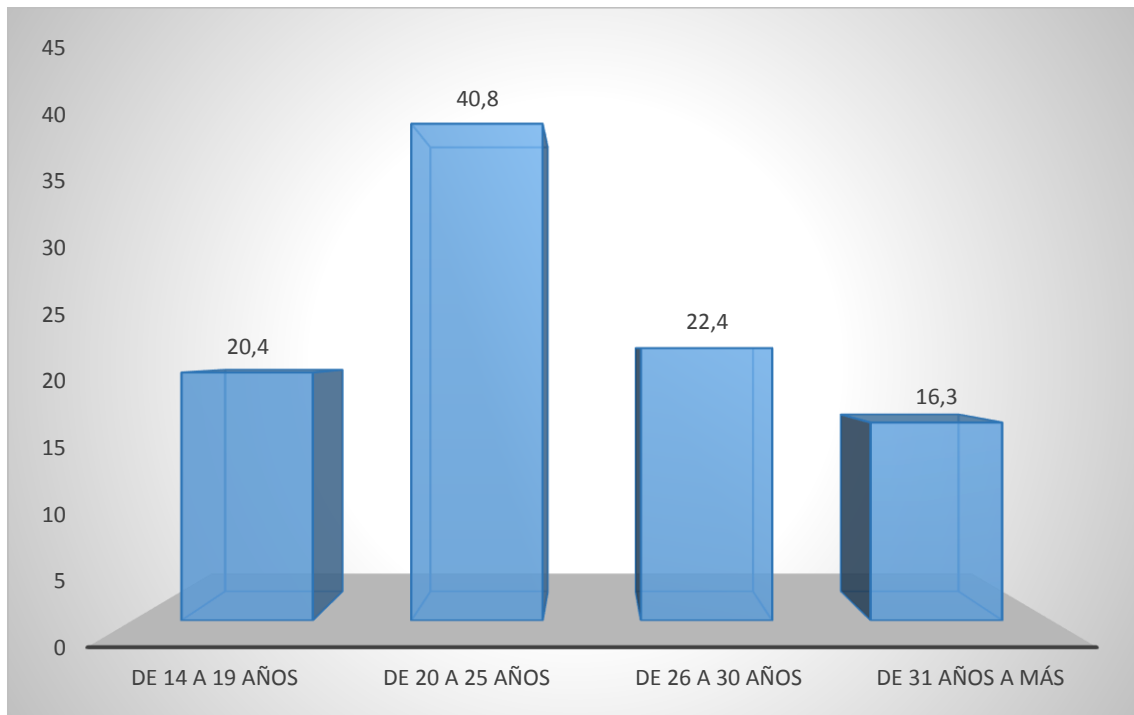
Tabla 2 PREVALENCIA SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES, CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.

EDAD	N°	%
De 14 a 19 años	10	20.4
De 20 a 25 años	20	40.8
De 26 a 30 años	11	22.4
De 31 años a más	8	16.3
Media Aritmética (Promedio)	24.63	
Desviación Estándar	6.37	
Edad Mínima	14	
Edad Máxima	47	
Total	49	100.0

FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

Se puede ver en el presente cuadro, que la mayor prevalencia se dio en el grupo de edad entre 20 a 25 años de edad de 40.8%, mientras que el grupo de menor prevalencia fue de edad entre 31 años a más.

Grafico 2 PREVALENCIA SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES, CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.



FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

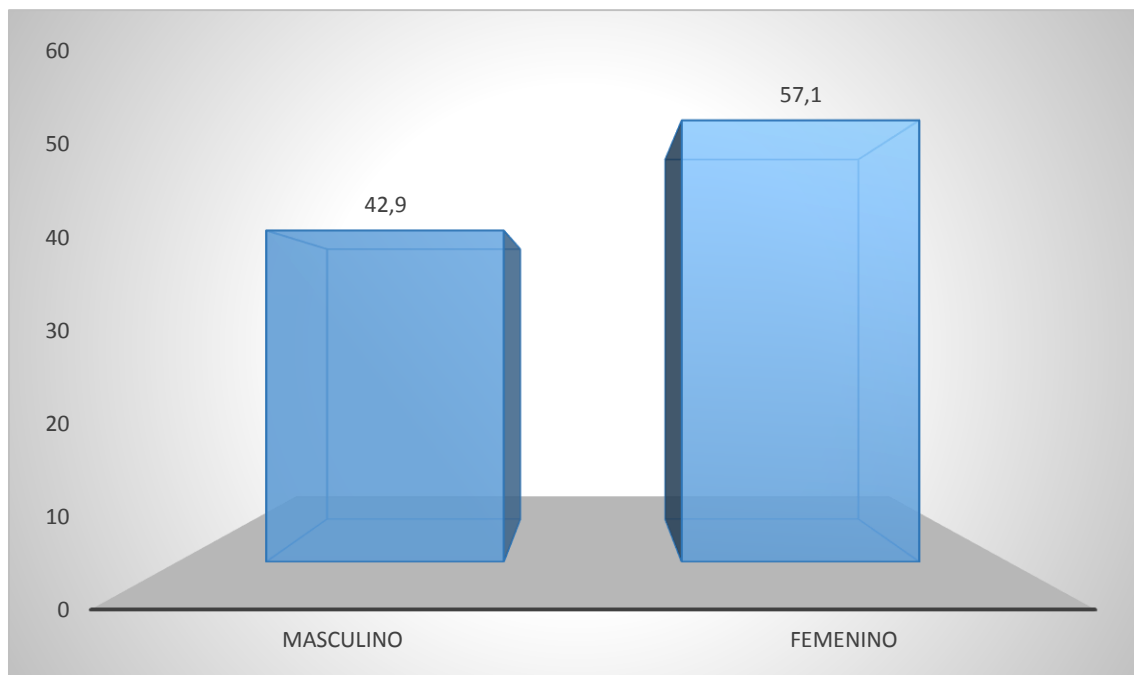
Tabla 3 PREVALENCIA SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.

SEXO	N°	%
Masculino	21	42.9
Femenino	28	57.1
Total	49	100.0

FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

Observamos que en mujeres la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales fue mayor (57.1 %) que en los pacientes varones (42.9%)

Grafico 3 PREVALENCIA SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.



FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

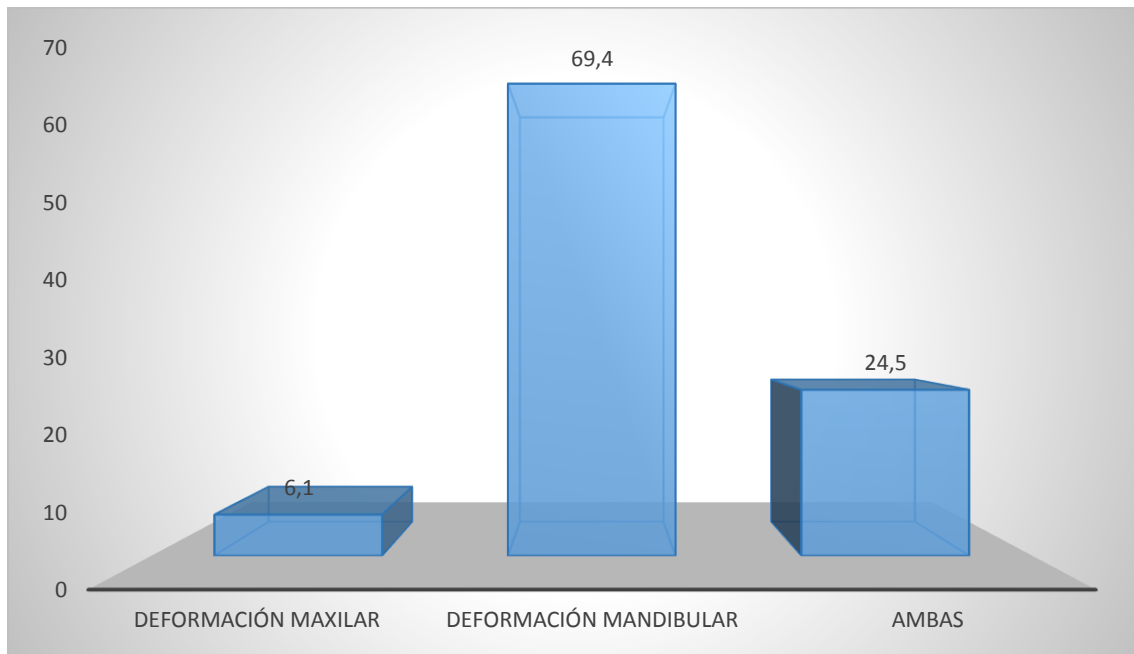
Tabla 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.

DEFORMACIÓN	N°	%
Deformación maxilar	3	6.1
Deformación mandibular	34	69.4
Ambas	12	24.5
Total	49	100.0

FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

Vemos que en pacientes de ambos sexos las deformidades dentomaxilofaciales de mayor prevalencia fue la deformación mandibular 69.4 %.

Grafico 4 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.



FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

Tabla 5 RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.

Edad	Deformación						Total	
	Deformación maxilar		Deformación mandibular		Ambas		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De 14 a 19 años	1	10.0	5	50.0	4	40.0	10	100.0
De 20 a 25 años	1	5.0	15	75.0	4	20.0	20	100.0
De 26 a 30 años	0	0.0	7	63.6	4	36.4	11	100.0
De 31 años a más	1	12.5	7	87.5	0	0.0	8	100.0
Total	3	6.1	34	69.4	12	24.5	49	100.0

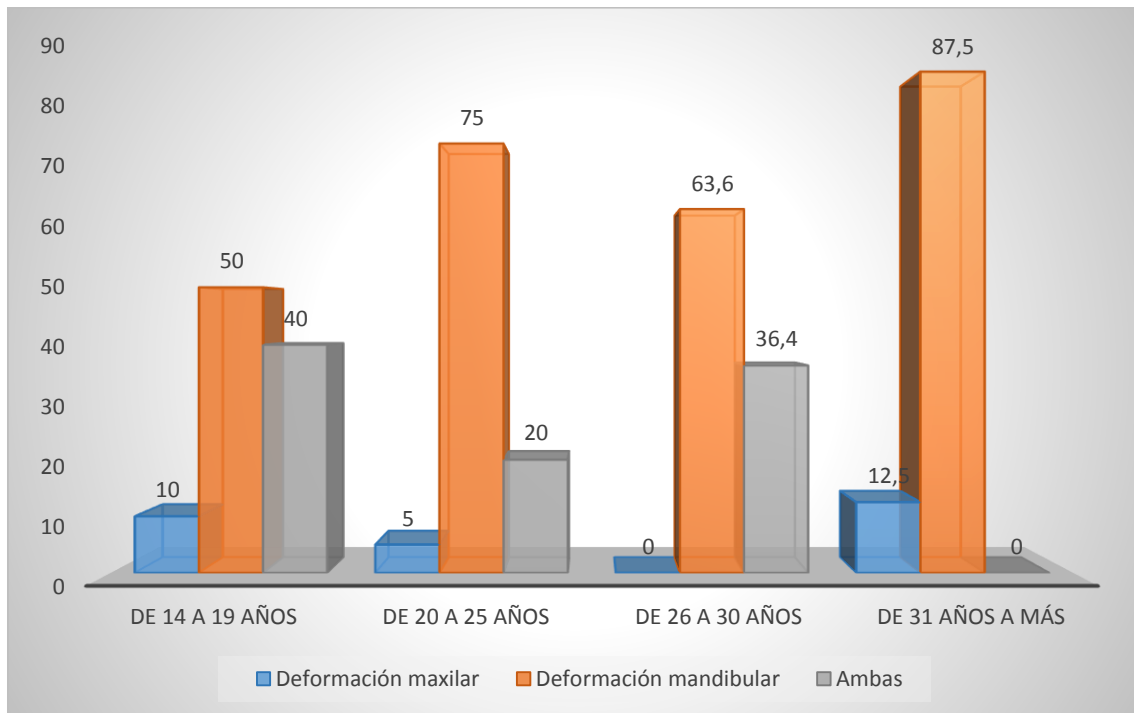
FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

P = 0.734 (P ≥ 0.05) N.S.

Observamos que los pacientes de 14 a 19 años en el 50 % de ellos tenía deformidad en la mandíbula, en aquellos cuyas edades estaban entre los 20 a 25 años también en su mayoría (75%) presentarían deformidad mandibular, esta tendencia también se observa en los de 26 a 30 años (63.6 %) y en los de 31 a más (87.5 %).

Según la prueba estadística aplicada, no existe relación significativa entre estas dos variables, es decir la edad no se asocia con el tipo de deformidad.

Grafico 5 RELACIÓN ENTRE EDAD Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.



FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017 $P = 0.734 (P \geq 0.05) N.S.$

Tabla 6 RELACIÓN ENTRE SEXO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.

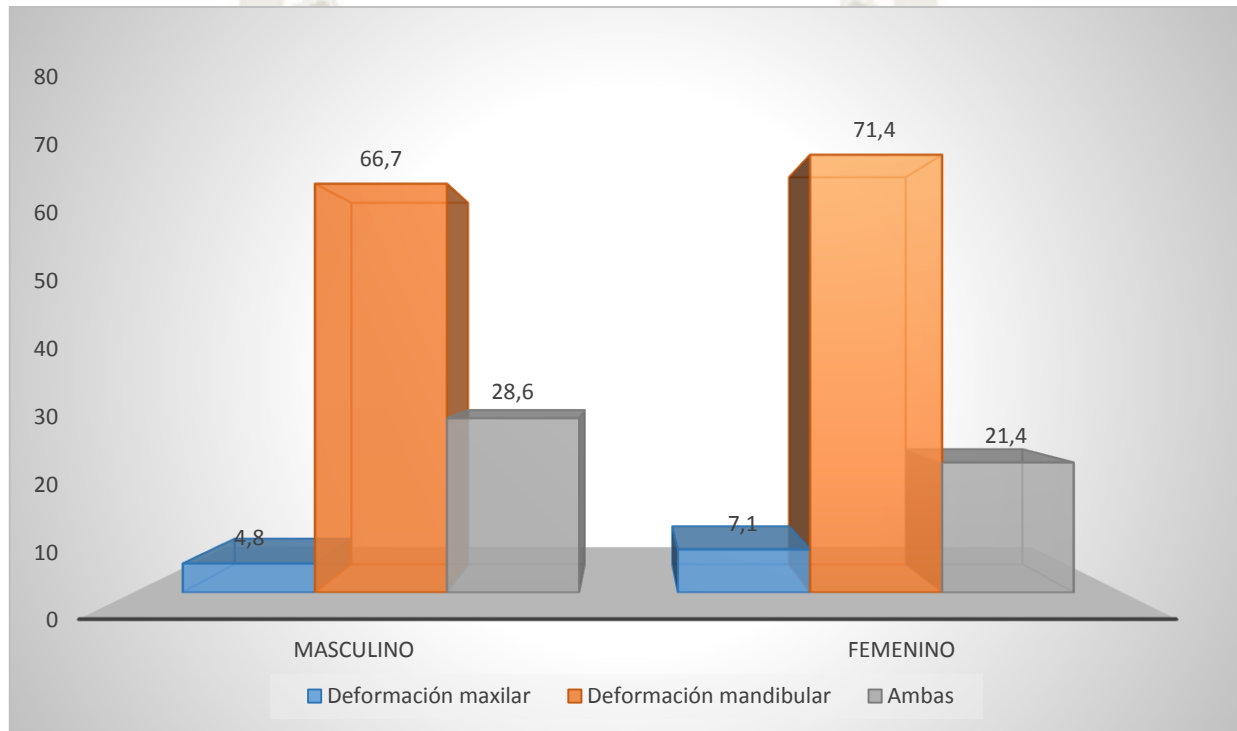
Sexo	Deformación						Total	
	Deformación maxilar		Deformación mandibular		Ambas		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	1	4.8	14	66.7	6	28.6	21	100.0
Femenino	2	7.1	20	71.4	6	21.4	28	100.0
Total	3	6.1	34	69.4	12	24.5	49	100.0

FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017 P = 0.819 (P ≥ 0.05) N.S.

Vemos que en pacientes mujeres en el 71.4 % de ellas tenían deformidad mandibular, en el grupo de pacientes varones también en su mayoría el 66.7 % presentarán deformidad mandibular.

Según la prueba estadística aplicada, no existe relación significativa entre estas dos variables, es decir el sexo no se asocia con el tipo de deformidad.

Grafico 6 RELACIÓN ENTRE SEXO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.



FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

$P = 0.819 (P \geq 0.05) N.S.$

Tabla 7 RELACIÓN ENTRE AÑO DEL REGISTRO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.

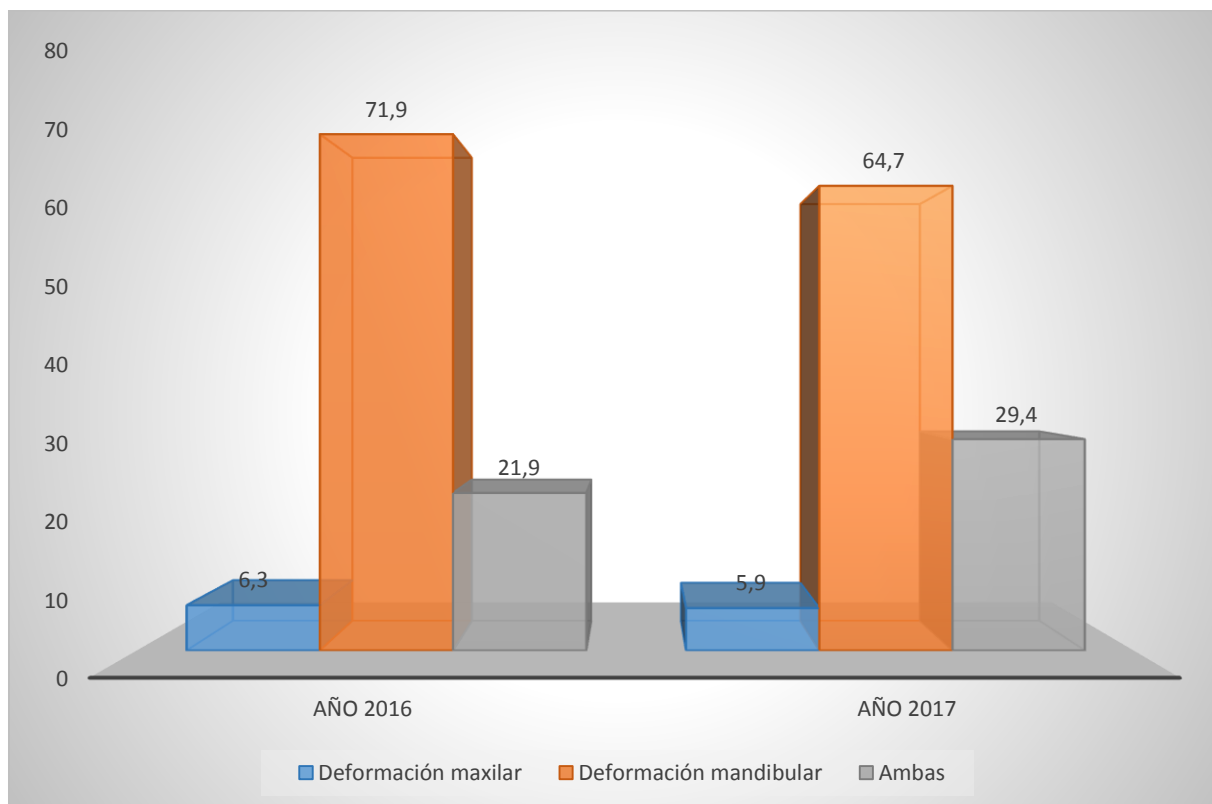
Año	Deformación						Total	
	Deformación maxilar		Deformación mandibular		Ambas		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Año 2016	2	6.3	23	71.9	7	21.9	32	100.0
Año 2017	1	5.9	11	64.7	5	29.4	17	100.0
Total	3	6.1	34	69.4	12	24.5	49	100.0

FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017 P = 0.843 (P ≥ 0.05) N.S.

En el año 2016 el 71.9 % en pacientes de ambos sexos la deformidad mandibular fue la de mayor prevalencia mientras que el estudio realizado en el 2017 fue de 64.7 %.

Según la prueba estadística aplicada, no existe relación significativa entre estas dos variables, es decir el año no se asocia con el tipo de deformidad.

Grafico 7 RELACIÓN ENTRE AÑO DEL REGISTRO Y DEFORMIDAD DENTOMAXILOFACIAL EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL MILITAR AREQUIPA.



FUENTE: Matriz de datos. Año 2016 -2017

$P = 0.843 (P \geq 0.05) N.S.$

DISCUSIÓN

En el estudio realizado sobre la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales en el servicio de cirugía bucal del hospital militar, en los años 2016 y 2017, logramos identificar la mayor prevalencia se encuentra en el género femenino sobre el género masculino.

Otro estudios realizados tenemos la tesis; “Características epidemiológicas, etiológicas y clínicas de recién nacidos con defectos congénitos craneofaciales, atendidos en hospitales Goyeneche y Honorio Años 2008- 2014” en este estudio se reportó al labio leporino y paladar hendido como la deformidad dentomaxilofacial mas prevalente con un 57.3 % en el sexo masculino. En nuestro estudio la deformidad dentomaxilofacial más prevalente fue la deformidad mandibular con un 69.4 % en el sexo femenino.

Según el estudio del artículo de “Anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández” los malos hábitos son la mayor causa de la presencia de las deformidades dentomaxilofaciales , por ende la presencia de malos hábitos va a ser un factor que va ocasionar la presencia de éstas deformidades por lo que un diagnóstico y tratamiento a tiempo sería lo ideal, mientras que el aislamiento geográfico, la disminución de la variabilidad genética y la relativa alta consanguinidad en cambio, no fueron determinantes en el desarrollo de anomalías. Coincide con nuestro estudio donde se reporta los mismos agentes etiológicos.

En el estudio “Prevalencia de anomalías dentomaxilares en adolescentes del colegio Miguel Cordero Crespo de 12 a 14 años en el Canton Cuenca- Ecuador, año 2014” se concluirá lo mismo que el anterior estudio que existe una alta prevalencia de anomalías dentó-maxilares en estrecha relación con hábitos deformantes. En nuestro estudio también se reporta pacientes de esa edad, con deformidades dentomaxilofaciales.

CONCLUSIONES

1. Primero se observó que la prevalencia de deformidades dentomaxilofaciales del hospital militar de Arequipa fue mayor en el género femenino con un 57.1 % y menor en el género masculino con un 42.9%.
2. Segundo que el género masculino se encontró que la deformidad de mayor prevalencia fue la deformidad mandibular con un 66.7 % seguido de una deformidad combinada 28.6% y con deformidad maxilar del 4.8%.
3. Tercero obtuvimos el género femenino se encontró que la Deformidad de mayor prevalencia fue la deformidad mandibular con un 71.4% seguida de una deformidad combinada con un 21.4 % y con Deformidad Maxilar de 7.1%.
4. Si se observó que la diferencia de prevalencia de las deformidades Dentomaxilofaciales fue mayor en el género femenino, podemos decir entonces que se confirmó la hipótesis.



RECOMENDACIONES

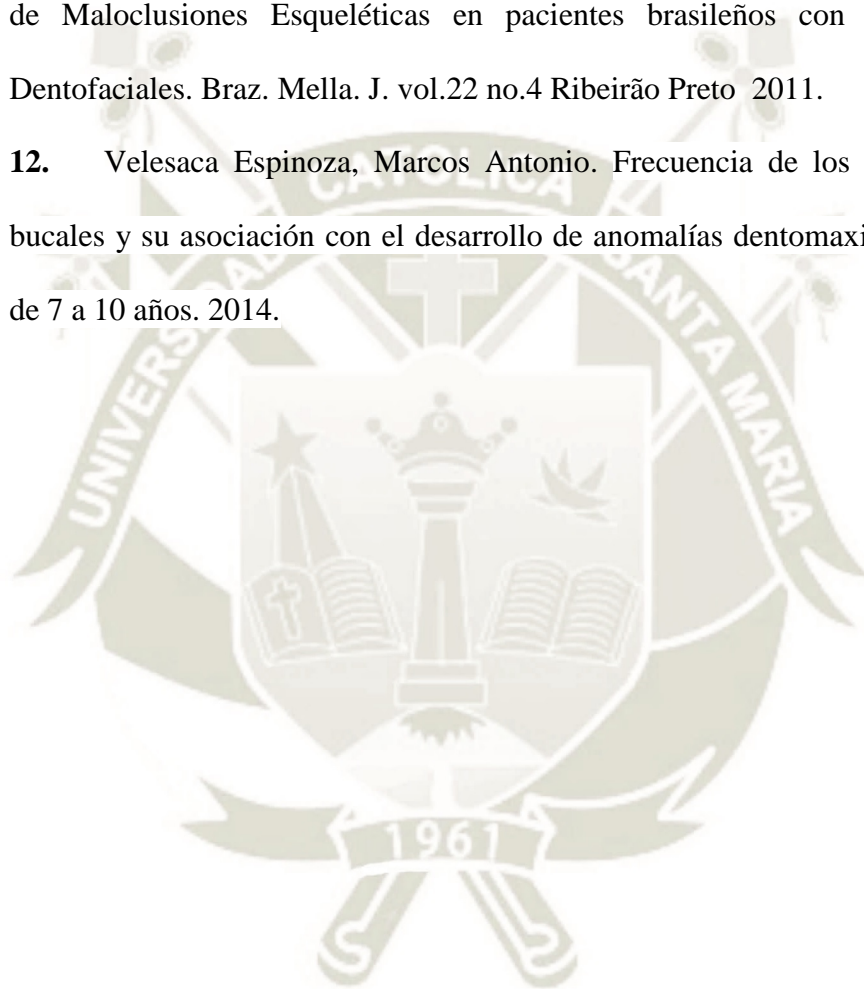
Se sugiere capacitar a nuestros profesionales en el manejo de este tipo de deformidades porque muchas veces no llegamos al diagnóstico final, unos por desconocimiento y otra porque en la localidad no contamos con muchos ortodoncistas especialistas en este tema, y otros se limitan a dar diagnósticos tardíos, por lo tanto dentro de mis recomendaciones está:

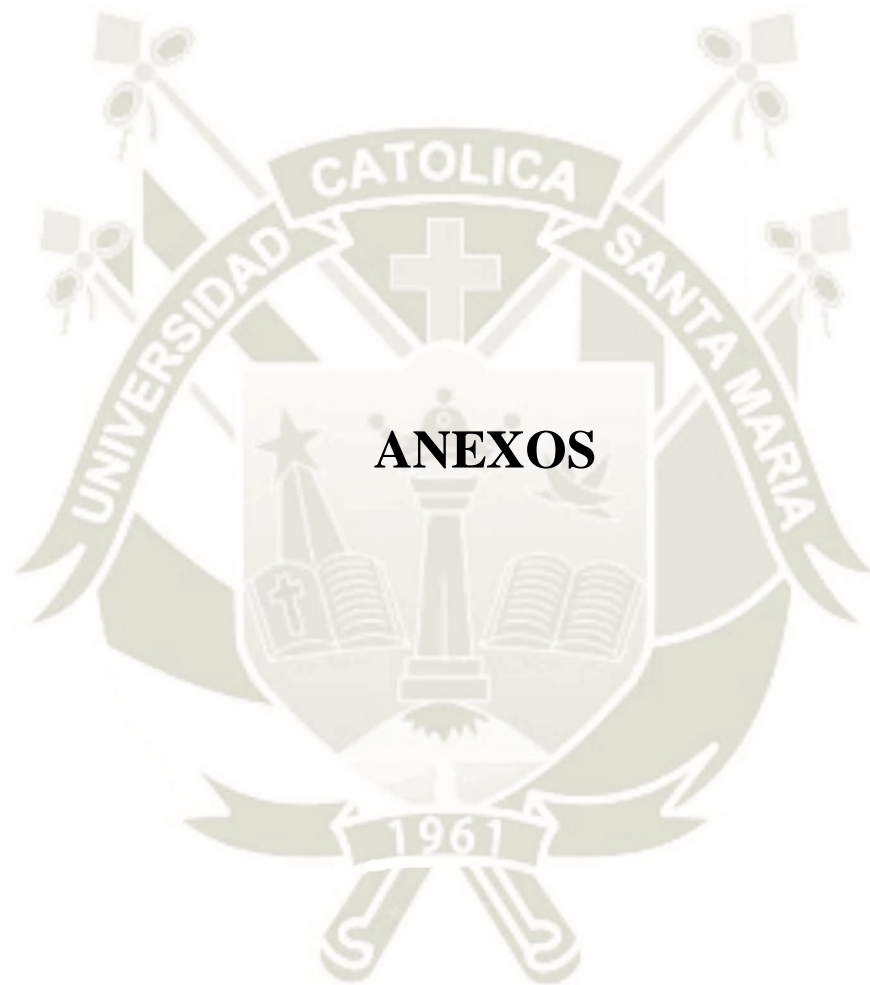
1. Promover el trabajo multidisciplinario del cirujano maxilofacial y ortodoncista dependiendo del especialista que lo diagnostique, para el mejor manejo de estos Pacientes.
2. Realizar más estudios de este tipo en otras instituciones para poder tener un mejor panorama de la presencia de este tipo de deformidades dentomaxilofaciales en nuestra población.
3. Incentivar más a los alumnos y egresados a realizar estudios de este tipo en pacientes que encuentren alteraciones dentomaxilofaciales, para concientizar más a los profesionales sobre la importancia, que tiene un correcto diagnóstico y manejo en el futuro de estos pacientes.
4. Llevar un correcto protocolo de tratamiento para cada alteración y derivarlo a un ortodoncista especialista para su correcto diagnóstico y plan de tratamiento.
5. Tener un empadronamiento y seguimiento de estos pacientes que acuden a la Consulta para llegar a tener un exitoso final, porque hay casos que tienen recidiva, porque abandonan su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia contemporánea teoría y práctica. 3 ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2001. pp. 2-20.
2. Fernández Ysla R, Dago Farah S, Marín Manso G, Coutin MG, Cruz García A. Factores de riesgo para anomalías dentomaxilofaciales en niños de 12 a 14 años. Ciudad de La Habana: Congreso de Estomatología; 2005.
3. Campos Olivera S. Desarrollo y posición de terceras molares inferiores en personas de 12 a 17 años atendidas en el servicio de cirugía buco maxilo facial del Instituto de Salud de Niño, Perú 2005- 2009. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. 2012.
4. Cosme Gay Escoda, Leonardo Berini Aytes. Cirugía Bucal tomo 2. Oceano 2008; 355:2.
5. Navarro Vila C, Garcia Marin F, Ochandiano Caicoya S. Tratado de Cirugía Oral y Maxiolo facial. Aran Ediciones S.L 2004; 3:3
6. Navarro Vila, Tratado de CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL, 2004, Arán Ediciones 797:47
7. Radi Londoño, Jose Nayib. Aspectos claves tercer molar. CIB 2013; 1:2.
8. CANUT, J. A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2ª edición Ed Masson, Madrid. 2001.
9. Terumy Natalia Gómez Apaza. Características epidemiológicas, etiológicas y clínicas de recién nacidos con defectos congénitos craneofaciales, atendidos en hospitales II Goyeneche y III Regional Honorio Delgado. Años 2008-2014. AREQUIPA 2015. Tesis para optar el título de Cirujana Dentista. 2016

10. Herrero Correa, Carolina. Anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonarticulatorias en la población endogámica del Archipiélago de Juan Fernández. Tesis para optar el título de Cirujana Dentista. 2003
11. Eloísa Marcantonio Boeck ; Nádia Lunardi ; Ary dos Santos Pinto ; Karina Eiras Dela Coletta Pizzol ; Rodolfo Jorge Boeck Neto. Ocurrencia de Maloclusiones Esqueléticas en pacientes brasileños con Deformidades Dentofaciales. Braz. Mella. J. vol.22 no.4 Ribeirão Preto 2011.
12. Velesaca Espinoza, Marcos Antonio. Frecuencia de los malos hábitos bucales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 7 a 10 años. 2014.





SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR
ESTUDIO DE TESIS EN EL
HOSPITAL MILITAR III DE
AREQUIPA

SEÑOR CRL DE ARTILLERIA:

JULIO ARTURO RIVERA RODRÍGUEZ

DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR III DE- AREQUIPA.

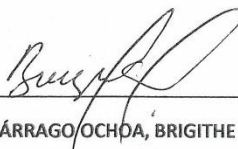
Yo, **BALDÁRRAGO OCHOA BRIGITHE
PIERINA**, Bachiller de la Escuela
Profesional de Odontología con código
N°2013600022, ante Ud. respetuosamente
me presento y expongo:

Que por estar elaborando mi Proyecto de Tesis titulado: **PREVALENCIA DE DEFORMIDADES
DENTOMAXILOFACIALES SEGÚN GÉNERO DEL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA ENTRE LOS
AÑOS 2016 Y 2017** es que solicito a usted se me otorgue el permiso para hacer uso de las
Instalaciones del Hospital Militar III DE- AREQUIPA

POR LO EXPUESTO

Pido a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa, 14 de marzo del 2018



BALDÁRRAGO OCHOA, BRIGITHE PIERINA

CÓDIGO N° 2013600022



MATRIZ DE DATOS



Pacientes	Edad	Sexo	Deformación	Fecha
1	24	Masculino	2	2017
2	27	Femenino	2	2017
3	24	Femenino	2	2016
4	28	Femenino	2	2016
5	19	Femenino	2	2016
6	22	Masculino	3	2017
7	22	Femenino	2	2016
8	21	Masculino	3	2017
9	18	Masculino	3	2017
10	19	Masculino	3	2017
11	22	Masculino	2	2017
12	30	Masculino	2	2016
13	22	Femenino	2	2017
14	19	Masculino	2	2017
15	20	Femenino	2	2016
16	27	Femenino	3	2017
17	19	Femenino	2	2017
18	22	Femenino	2	2017
19	40	Masculino	2	2017

20	47	Masculino	2	2016
21	23	Masculino	3	2016
22	20	Femenino	2	2017
23	22	Masculino	2	2017
24	23	Masculino	2	2016
25	23	Masculino	2	2016
26	31	Femenino	2	2016
27	27	Femenino	2	2016
28	18	Masculino	3	2016
29	19	Femenino	3	2016
30	37	Femenino	2	2016
31	27	Femenino	3	2016
32	26	Femenino	3	2016
33	20	Femenino	2	2016
34	31	Femenino	2	2016
35	14	Masculino	1	2017
36	21	Femenino	3	2016
37	21	Femenino	1	2016
38	37	Femenino	1	2016

39	17	Masculino	2	2016
40	22	Masculino	2	2016
41	29	Femenino	3	2017
42	22	Masculino	2	2016
43	27	Masculino	2	2016
44	23	Masculino	2	2017
45	32	Femenino	2	2016
46	18	Femenino	2	2016
47	28	Femenino	2	2016
48	26	Femenino	2	2016
49	31	Femenino	2	2016

1=Deformidad 2=

Maxilar. Deformidad

Mandibular 3= Ambas

FICHA DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Deformidad: