



Universidad  
Nacional  
de Córdoba



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**“RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES DISFUNCIONALES Y  
MALOCLUSIONES DENTOALVEOLARES EN DENTINCIÓN MIXTA  
Y PERMANENTE”**

ESPECIALIZANDO:

**OD. DANIELA ALEJANDRA ORTIZ**

DIRECTOR:

**PROF. OD. CRISTINA INES ALBORNOZ**

CO-DIRECTOR:

**PROF. DRA. MABEL BRUNOTTO**

ASESOR CIENTÍFICO:

**PROF. DRA. MARTA RUGANI DE CRAVERO**

**CÓRDOBA, 2019**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



**ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA  
DENTOMAXILOFACIAL**

**“RELACIÓN ENTRE HÁBITOS BUCALES DISFUNCIONALES Y  
MALOCLUSIONES DENTOALVEOLARES EN DENTICIÓN  
MIXTA Y PERMANENTE”**

**ESPECIALIZANDO: OD. DANIELA ALEJANDRA ORTIZ**

**DIRECTOR: PROF. OD. CRISTINA INES ALBORNOZ**

**CODIRECTOR: PROF. DRA. MABEL BRUNOTTO**

**ASESOR CIENTIFICO: PROF. DRA. MARTA RUGANI DE CRAVERO**

---

## AGRADECIMIENTOS

---

Le doy las gracias a mis padres, gracias por todo el apoyo brindado a lo largo de mi vida.

A mis hermanos por ser una parte importante en mi vida, los amo con el alma.

A mis amigos por siempre estar y saber comprender.

Agradecer a mis tutoras de tesis, la Dra. Cristina Albornoz y Mabel Brunotto por su paciencia y entrega.

Agradecer a mi asesora científica la Dra. Marta Rugani de Cravero, gracias por su ayuda, orientación y por siempre motivarme.

Agradecer a todos los docentes de la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxiloFacial por su desempeño y constante preocupación. Así también a mis tutores, gracias por la preocupación entregada en la clínica.

## INDICE

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCION.....	5
3. MARCO TEORICO.....	7
3.1 NORMOOCLUSIÓN.....	8
3.2 MALOCLUSIÓN.....	9
3.2.1 ETIOLOGIA DE LAS MALOCLUSIONES.....	9
3.2.2 CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES.....	11
3.3 HABITOS.....	17
3.3.1 CLASIFICACION DE HABITOS.....	17
3.3.2 HÁBITOS DE SUCCIÓN .....	18
3.3.3 DEGLUCIÓN ÁTIPICA.....	22
3.3.4 LA RESPIRACIÓN BUCAL.....	24
4. OBJETIVOS .....	27
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
4.2 OBJETIVO ESPECIFICOS .....	27
5. MATERIALES Y MÉTODOS .....	28
5.1 VARIABLES CLINICAS Y DE HÁBITOS .....	28
6. ANÁLISIS ESTADISTICOS .....	29
7. RESULTADOS.....	30
8. DISCUSIÓN.....	41
8.1 PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES DISFUNCIONALES .....	41
8.2 FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES .....	42
8.3 ASOCIACIÓN DE HÁBITOS CON MALOCLUSIONES .....	43
9. CONCLUSIONES .....	45
10. BIBLIOGRAFIA.....	46
11. ANEXOS .....	51

## 1. RESUMEN

Los hábitos bucales no fisiológicos, son una de las principales causas que influyen en forma negativa en el crecimiento y desarrollo y pueden producir cambios específicos en los tejidos óseos y faciales. <sup>1</sup> La etiología es muy variada y obedece a factores genéticos, generales, psicológicos y ambientales que repercuten durante el proceso evolutivo de las denticiones mixta y permanente.<sup>2</sup>

Por este motivo podemos decir que el desarrollo normal de la oclusión, puede verse alterado por múltiples factores que en la mayoría de los casos, determinan la aparición de anomalías dentomaxilofaciales.<sup>3</sup>

El objetivo de esta investigación fue estudiar la asociación de los hábitos bucales disfuncionales y las maloclusiones dentoalveolares de la población en estudio y sus consecuencias. Para lograrlo se realizó un estudio retrospectivo de historias clínicas de 130 pacientes niños y adolescentes de 6 a 16 años que acudieron a la escuela de Posgrado para ser atendidos por alumnos de la 1º Cohorte de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxiloFacial de la Facultad de Odontología de la UNC.

Los resultados obtenidos en esta investigación, indican que hay relación entre hábitos bucales disfuncionales y la presencia de maloclusiones dentarias.

La diferencia que se observó entre el sexo masculino y femenino en las maloclusiones dentarias, en los tres planos del espacio (sagital, vertical y transversal), no fue estadísticamente significativa.

En los niños y adolescentes evaluados, se pudo observar que hay prevalencia de maloclusión dentaria Clase I Molar tanto en dentición mixta con un 69%, como en dentición permanente de un 69,7%, se encontró también que el 37,7% presento mordida cruzada posterior unilateral.

Se observó en mayor porcentaje el hábito de deglución atípica, seguido de la respiración bucal, y en porcentajes muy bajos el hábito de onicofagia. Los hábitos disfuncionales se presentan a edades muy tempranas y dependiendo de la duración, frecuencia e intensidad, las consecuencias en la

oclusión son mayores en los distintos planos del espacio: transversal, sagital y vertical.

En la actualidad, existen estudios que permiten conocer la incidencia de las maloclusiones en la población, por los hábitos bucales que afectan el crecimiento y desarrollo de los maxilares, lo cual nos hace pensar en la necesidad de promover programas preventivos y educativos, que permitan informar las consecuencias que generan los hábitos bucales con el fin de intervenir a tiempo y en la forma más adecuada.

**PALABRAS CLAVE:** hábitos- maloclusión-respiración- deglución.

## ABSTRACT

---

Non-physiological oral habits are one of the main causes that influence growth and development and can produce specific changes in bone and facial tissues. <sup>1</sup> For this reasons we can say that the normal development of occlusion, may be altered by multiple factors that in most cases determine the occurrence of dentomaxilofacial abnormalities.

The objective of this research was to study the association of dysfunctional oral habits and the dentoalveolar malocclusions of the population under study and their consequences. A retrospective study of medical records of 130 patients, children and adolescents aged 6 to 16 years old who attended the Post-graduate school to be attended by students of the 1st Cohort of the Specialization Career in Orthodontics and Orthopaedics Dento-Maxilo-Facial. The results obtained in this research indicate that there is a relationship between dysfunctional oral habits and the presence of tooth malocclusions, the difference observed between the male and female sex in tooth malocclusions in all there planes (sagittal, vertical and transverse), was not statistically significant.

Of all the children and adolescents evaluated it was observed that there is prevalence of Class I Molar tooth malocclusion in both mixed dentition with

69%, and in permanent dentition of 69.7%, 37,7% were also found cross bite unilateral. Atypical swallowing habit, followed by oral breathing, and in very low percentages the habit of onicophagia was observed in a greater percentage. To have subsequent dysfunctional habits occur at very young ages and depending on durations, frequency and intensity, the consequences in occlusion are greater at different planes of space: sagittal and frontal.

Currently, there are studies that allow us to know the incidence of malocclusions in the population, because of the oral habits that affect the growth and development of the jaws, which makes us think that it is necessary to promote preventive programs and informing the consequences of oral habits to be intercepted in a timely manner.

**KEY WORDS:** Habits-malocclusions-oral breathing-swallowing.



## 2. INTRODUCCION

Una de las causas más frecuentes de la alteración, disminución o pérdida de la estética facial, es la maloclusión. Los especialistas la consideran como una de las razones por la cual los pacientes niños, adolescentes y jóvenes acuden a la consulta por ortodoncia. Esta alteración se presenta desde edades muy tempranas y según la OMS, ocupan el tercer lugar entre los problemas de salud bucal, ya que según las estadísticas afectan a un amplio sector de la población mundial.<sup>1</sup> Múltiples factores pueden afectar el normal desarrollo de la oclusión y determinar la aparición de una anomalía dentomaxilo facial, dentro de los cuales se encuentran los hábitos bucales no fisiológicos, caries proximales, obturaciones defectuosas, extracciones dentarias prematuras o enfermedades que repercuten en el proceso evolutivo de las diferentes denticiones.

Los hábitos bucales no fisiológicos, son prácticas repetitivas perjudiciales que influyen en el crecimiento y desarrollo del niño y que pueden llegar a producir cambios específicos en los tejidos óseos y faciales. Se consideran como una de las principales causas en el desarrollo de una maloclusión. La detección oportuna (dependiendo de la edad, tiempo y frecuencia) es muy importante para ser interceptadas.<sup>1</sup>

En la actualidad existe una gran variedad de estudios que dan a conocer la incidencia de las maloclusiones en la población infantil y fundamentalmente sobre los hábitos bucales que afectan a la dentición a edad muy temprana, lo cual nos hace pensar que faltan programas educativos para informar sobre las causas y consecuencias de estas anomalías.<sup>1</sup>

El objetivo de este estudio es determinar si existe relación entre los hábitos bucales no fisiológicos (succión digital, deglución atípica y respiración bucal) con las maloclusiones en los tres planos del espacio vertical, sagital y transversal. Se estudiaron pacientes niños y adolescentes en edad escolar (entre 6 y 16 años), que concurrieron a atenderse con odontólogos de la 1º Cohorte de la Carrera de Especialización de Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilo-Facial en la escuela de posgrado de la UNC, en el periodo 2013-2017.

Con esta investigación se pretende conocer la asociación de los hábitos orales disfuncionales y las maloclusiones dentoalveolares en la población en estudio y sus consecuencias a futuro, con el fin de promover programas educativos e informativos sobre dichas alteraciones para estimular la conciencia en los padres y al personal de la salud, sobre la importancia de la prevención en el área de la Ortodoncia preventiva e interceptiva.

### 3. MARCO TEORICO

Investigadores realizaron estudios sobre frecuencia y etiología de las rinitis, la respiración oral, los tipos de maloclusión y trastornos orofaciales en pacientes tratados por maloclusiones sometidos a tratamiento en centro de posgrado (San Paulo Brasil). Se concluyó que la frecuencia de rinitis en pacientes con maloclusión dental fue de un 76,4 %, mientras que la frecuencia de la respiración oral fue del 62,9 %, se presentó, además, asociación significativa entre la respiración bucal y las rinitis alérgicas. <sup>2</sup>

Se realizó investigación en un grupo pediátrico de 71 respiradores orales seleccionados en el departamento de alergología pediátrica de la Universidad de Roma "La Sapiencia"(Italia). Estos niños fueron seleccionados en base a criterios de inclusión / exclusión se incluyeron niños de 6 a 12 años. Los resultados mostraron una fuerte correlación entre la respiración oral y las maloclusiones, que se manifiesta con alteraciones dentoalveolares y funcionales, que conducen a un patrón maloclusivo disfuncional. <sup>3</sup>

En esta investigación se evaluó el efecto del tipo de alimentación y la actividad de succión no nutritiva sobre la oclusión en la dentición decidua, de niños en edad preescolar (3-5 años). Se observó que el tipo de alimentación no tuvo un efecto sobre la mordida abierta, que se asoció (89% de los niños con mordida abierta) con la succión no nutritiva. La mordida cruzada posterior fue más frecuente en niños alimentados con biberón y en aquellos con actividad de succión no nutritiva. <sup>4</sup>

En este trabajo de investigación en niños de 6 años y 6 meses en un centro Otorrinolaringológico de respiración bucal de referencia se observaron los siguientes resultados: pacientes con obstrucción adenoidea/amigdalina en el 71,8% de esta muestra, la rinitis alérgica sola se encontró en el 18,7% de los niños, la respiración bucal no obstructiva se diagnosticó en el 9,5% de esta muestra. La mordida cruzada posterior se detectó en casi el 30% de los niños en dentición primaria y mixta y el 48% en dentición permanente, más del 50%

de los niños que respiraban por la boca tenían una relación normal entre arcos en los planos sagital, transversal y vertical. <sup>5</sup>

En un estudio transversal en 3017 niños. Encontraron asociación significativa de hábitos disfuncionales con un aumento de overjet y overbite, mientras que no se encontró asociación con mordida cruzada. <sup>6</sup>

Los investigadores de este estudio concluyeron en que la prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96,6%. El mayor número de casos se presentó a la edad de 6 a 11 años durante la dentición mixta. El hábito de mayor prevalencia fue 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%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta, respiración bucal con mordida cruzada posterior y Clase II de Angle. <sup>7</sup>

Estudio descriptivo y analítico correlacional donde la muestra incluyo 84 niños de 6 a 10 años, en quienes se observó que el 50% presento hábitos deformantes, con un predominio de onicofagia 47,61%, predominando overjet aumentado con 55,17 % asociado a hábitos de succión digital, succión labial e interposición lingual, y de Clase I de Angle 52,38% relacionada con hábitos como la onicofagia y bruxismo. <sup>8</sup>

### 3.1 NORMOCLUSIÓN

"Se refiere a la oclusión que se establece al poner los arcos dentarios en contacto, que implica el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes: en protrusión, en lateralidad o céntrica". <sup>9</sup>

Angle.<sup>10</sup> determinó "que los primeros molares superiores eran fundamentales en la oclusión y que los molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que la cúspide mesiobucal del primer molar superior debía ocluir en el surco bucal del primer molar inferior".

Gregoret citando a Andrews.<sup>12</sup> se refirió a la oclusión normal quien realizó estudios y formuló nuevos conceptos en el trabajo: Seis llaves para la oclusión normal.

## 3.2 MALOCLUSIÓN

Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que esta no solo afecta a los dientes, sino a todo el aparato estomatognático (sistema neuromuscular, periodontal y óseo).

La maloclusión según Angle.<sup>10</sup> "es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura". Basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión.

### 3.2.1. ETIOLOGIA DE LAS MALOCLUSIONES

La etiología es multifactorial, siendo el factor hereditario y el ambiental los de mayor importancia.

De acuerdo a Graber.<sup>11</sup> los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

#### **Factores generales:**

- Herencia
- Defectos congénitos
- Medio ambiente
- Problemas nutricionales
- Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales
- Postura
- Trauma y accidentes

#### **Factores locales:**

- Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas
- Anomalías en el tamaño de dientes
- Anomalías en la forma de los dientes
- Frenillo labial anormal, barreras mucosas
- Pérdida prematura de dientes
- Retención prolongada de dientes

- Erupción tardía
- Vía de erupción anormal
- Anquilosis
- Caries dental
- Restauraciones dentales inadecuadas <sup>11</sup>

### **Factores genéticos**

El código genético de cada ser humano depende de la herencia y de las mutaciones genéticas. Las mutaciones se caracterizan por alteraciones que se producen en el genotipo después de la fecundación, por lo tanto, no son heredadas sino transmitidas a los descendientes a partir de esa generación.

La estatura, los dientes y maxilares, se definen por la interacción de genes derivados del padre y de la madre, por consiguiente constituyen una herencia poligénica y multifactorial. En las Clases II suele existir un patrón heredado de déficit mandibular; en las Clases III existe tendencia familiar y racial con problemas de excesos verticales mandibulares.

En un futuro y según los descubrimientos del genoma humano, será posible influir a nivel genético para prevenir las maloclusiones. <sup>11</sup>

### **Factores ambientales**

Factores externos pueden afectar el equilibrio de las estructuras dentales y esqueléticas, dependen de la duración, frecuencia e intensidad de las fuerzas.<sup>11</sup> La pérdida temprana de los incisivos temporales, implica inconvenientes estéticos y funcionales relacionados con el habla y la deglución. Con la exfoliación precoz de los molares temporarios, los molares permanentes tienden a migrar en sentido mesial, lo que reduce el perímetro del arco dentario.<sup>11</sup>

Los dientes ocupan una posición de equilibrio correspondiente al lugar donde las fuerzas opuestas provenientes de la musculatura intrabucal (lengua) y extrabucal (carrillos y labios) se neutralizan. Cuando el equilibrio se rompe debido a cualquier función anormal que desempeña la musculatura bucal, la

morfología de la región dentoalveolar se modifica, y puede establecerse una maloclusión.

Una de las causas ambientales de maloclusión la constituyen los hábitos deletéreos que pueden alterar la función y equilibrio normales de dientes y maxilares.<sup>11</sup>

Canut.<sup>9</sup> revisó brevemente algunas posibles influencias de tipo ambiental:

1. Hábitos de la musculatura orofacial conocidos como etiológicos de algunas maloclusiones, que incluyen succión digital, empuje lingual, succión del labio y posturas anormales de la lengua.

2. Alteraciones nasofaríngeas y la función respiratoria perturbada, pueden producir respiración bucal y morfología craneofacial alterada.

3. La pérdida prematura de dientes primarios por caries es causa significativa de algunas maloclusiones, el corrimiento mesial y la erupción precoz de los dientes permanentes.

### 3.2.2 CLASIFICACION DE LAS MALOCLUSIONES

Las maloclusiones se pueden presentar según los distintos planos del espacio: sagital, transversal y vertical.

#### **MALOCLUSIONES ANTERO POSTERIORES O SAGITALES:**

##### **CLASE I**

Maloclusión caracterizada por una neutro oclusión molar y canina, debido a que la cúspide mesiovestibular del 1er molar maxilar ocluye en el surco mesiovestibular del 1er molar mandibular y el canino maxilar ocluye entre el canino y el 1er premolar mandibular. Las alteraciones se encuentran en el sector anterior.



**Figura 1.** Imagen tomada de historia clínica de la carrera de Especialización de Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxiloFacial UNC.

## **CLASE II**

Se caracteriza por una mesialización de los sectores laterales. El surco vestibular del molar mandibular se encuentra por distal de la cúspide mesiovestibular del molar maxilar. El canino superior está ubicado por delante del inferior. La arcada maxilar esta anteriormente desplazada o la arcada mandibular retruida o en algunos casos ambas implicadas. Se asocia a respiradores bucales, debido generalmente a obstrucción de las vías respiratorias. La CLASE II se divide en: CLASE II 1ra División y CLASE II 2da División.<sup>12</sup>

**CLASE II 1ra División:** se caracteriza por encontrarse los incisivos maxilares protruidos y el overjet aumentado. Es frecuente la presencia de un desequilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.





**Figura 2.** Imagen tomada de historia clínica de la carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxiloFacial UNC.

**CLASE II 1ra División con subdivisión:**

Presenta las mismas características de la Clase II, 1ra División, excepto que la malposición se encuentra en forma unilateral.

**CLASE II 2da División:** es cuando los incisivos centrales maxilares se encuentran en palatoversión, los laterales en vestibuloversión con gran sobremordida. Se manifiesta por ser un problema hereditario.



**Figura 3.** Imagen tomada de historias clínicas de la Especialización de Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxiloFacial Facultad de Odontología. UNC.

**CLASE II 2da División con subdivisión,** presenta las mismas características que la Clase II, 2da División, excepto que la malposición se encuentra en forma unilateral.

### **CLASE III**

La maloclusión de Clase III o mesoclusión se caracteriza por una posición mesial de la mandíbula sobre el maxilar superior, y puede tener un origen funcional o esquelético.

**Funcional:** Asociada con la presencia de contactos prematuros en el sector anterior de los arcos dentales, que ocasionan deslizamiento mandibular anterior.

Esquelética: Originada por un crecimiento mandibular excesivo, un desarrollo mandibular disminuido o una combinación de ambos factores. Es considerada una verdadera Clase III cuando en su etiología tiene un componente genético.

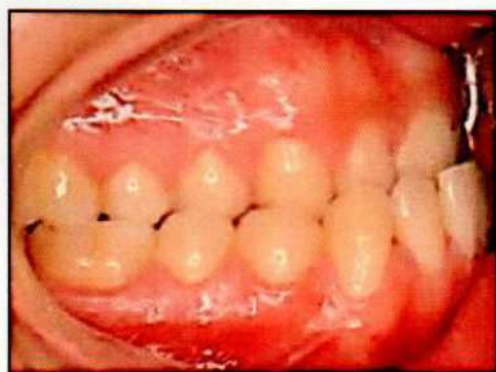
Los factores etiológicos más importantes de las maloclusiones Clase III son.

- Características genéticas , raciales y familiares
- Factores ambientales: los hábitos deletéreos de la musculatura orofacial como el empuje lingual y la respiración oral pueden ser factores asociados para maloclusiones Clase III.
- La caries es una causa significativa de maloclusiones resultantes de la pérdida prematura de dientes primarios, erupción precoz de los dientes permanentes y movimiento mesial de los mismos.

Es una maloclusión donde el surco vestibular del primer molar mandibular se encuentra por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar maxilar. Clase III Canina, el canino inferior se encuentra a más de 3 mm por delante de la cúspide del canino superior. La mandíbula puede estar adelantada, el maxilar retruido o ambos comprometidos. Puede existir apiñamiento de moderado a severo.

El perfil facial es cóncavo, la musculatura perioral se encuentra alterada. La mordida anterior generalmente es borde a borde o cruzada. <sup>13</sup>

CLASE III con subdivisión: presenta las mismas características que la Clase III y la malposición se encuentra en forma unilateral.



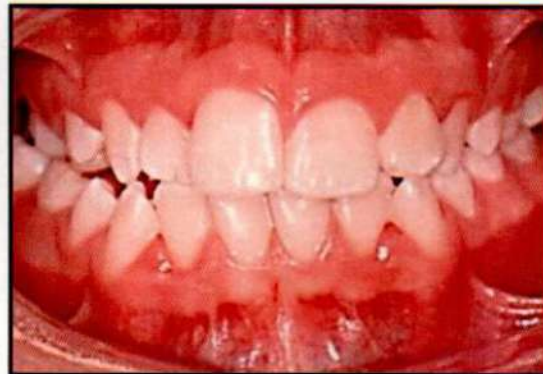
**Figura 4.** Vellini F, Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca Madrid 2002

## **MALOCLUSIONES DENTARIAS TRANSVERSALES:**

Son alteraciones de la oclusión en el plano horizontal por problemas dentales, musculares y esqueléticos como resultado de influencias genéticas o ambientales.

### **MORDIDA CRUZADA POSTERIOR**

Las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas de los molares y premolares mandibulares. Las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores. Pueden ser unilaterales o bilaterales y generalmente afectan a ambas arcadas. Son anomalías muy frecuentes en ortodoncia y están asociadas a compresiones maxilares con paladar profundo. Se relacionan con hábitos bucales no fisiológicos como la respiración oral, deglución infantil y succión anormal.



**Figura 5.** Imagen tomada de historia clínica de la Especialización de Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxiloFacial. Facultad de Odontología. UNC.

### **MORDIDA EN TIJERA**

Es aquella donde las caras palatinas de premolares y molares maxilares contactan con la cara vestibular de los dientes mandibulares. Las mordidas en tijera unilaterales son menos frecuentes y suelen ser por inclinación de estas piezas posteriores inferiores hacia lingual o por asimetría mandibular.<sup>14</sup>

## **MALOCLUSIONES DENTARIAS VERTICALES**

Son originadas mayormente en niños con hábitos bucales no fisiológicos o deletéreos (succión de dedo, posición baja de lengua, respiración bucal) Estos problemas responden a alteraciones como son las mordidas abiertas o profundas o alteraciones en el patrón de crecimiento. <sup>15</sup>

## MORDIDA ABIERTA

La mordida abierta responde a una falta de contacto entre las piezas superiores e inferiores que se manifiesta a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de la arcada.

### Tipos de mordidas abiertas

1. Mordida abierta dental: son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afectan las bases óseas.
2. Mordida abierta esquelética: el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario.

Según la zona donde se asiente la anomalía, la mordida se clasifica en:

1. Mordida abierta anterior
2. Mordida abierta posterior
3. Mordida abierta completa. <sup>14</sup>



**Figura 6.** Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca Madrid 2002

## MORDIDA PROFUNDA O SOBREMORDIDA

La sobremordida vertical es la distancia que existe entre los bordes incisales de los dientes anteriores antagonistas. En una oclusión normal hay un

entrecruzamiento aproximadamente de 3 a 4 mm, siendo considerada mordida profunda, cuando más del 50% de la pieza inferior se encuentra cubierta por su antagonista.

La etiología generalmente es hereditaria y que puede estar asociada a problemas del crecimiento de la mandíbula o de la maxila con presencia de alteraciones dentoalveolares.

TIPOS :

Pueden ser: dentarias, dentoalveolar o esqueléticas. <sup>15</sup>

### 3.3 HÁBITOS

Un hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente. Es de vital importancia evitar la aparición de hábitos bucales deletéreos para prevenir las anomalías dento-maxilo-faciales.

#### 3.3.1 CLASIFICACION DE LOS HÁBITOS

Se clasifican en dos grupos:

##### ❖ HABITOS BUCALES FISIOLÓGICOS O FUNCIONALES

Son aquellos que nacen con el individuo como la respiración nasal, dicción, masticación y deglución.

##### ❖ HABITOS BUCALES NO FISIOLÓGICOS O NO FUNCIONALES

Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o alteraciones dentoesqueléticas, dichos hábitos pueden modificar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales, lo que conlleva a una alteración ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicie el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque desequilibra el crecimiento craneofacial. Dentro de estos hábitos disfuncionales tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, y la deglución disfuncional. <sup>16</sup>

Etiología de los hábitos bucales no fisiológicos:

- **INSTINTIVOS:** el hábito de succión, que se considera funcional en las primeras etapas de vida, pero si perdura en el tiempo ocasiona problemas en la cavidad bucal.
- **PLACENTEROS:** succión digital.
- **DEFENSIVOS:** se desarrolla la respiración bucal en personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.
- **HEREDITARIOS:** malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante; ejemplo de ello son inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, etc.
- **ADQUIRIDOS:** pacientes con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente principalmente para los fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la CH.
- **IMITATIVOS:** en la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc. <sup>17</sup>

### 3.3.2 HÁBITOS DE SUCCIÓN

El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses, permitiendo al niño alimentarse. <sup>18</sup>

Se debe permitir el hábito de la succión nutritiva, desde el punto de vista psicológico, hasta los dos años de edad, se considera hábito lesivo el que persiste más allá de la dentición primaria. La justificación es que el abandono del hábito, todavía en la dentición primaria o decidua (hasta los 5 años de edad), favorece la autocorrección de una mordida abierta. <sup>19</sup>

El hambre e insatisfacción alimentaria, los celos, la falta de calor materno, así como la prolongación de la lactancia sin restricción, pueden influir en la aparición de este hábito. <sup>20</sup>

Los autores de este estudio refieren que los niños que no recibieron lactancia materna tenían un mayor riesgo de presentar alguna maloclusión que los que la recibieron. Por otra parte se encontró que cuando las madres le dan a menudo el pecho al bebe, no suelen presentar hábitos disfuncionales. <sup>21</sup>

## FACTORES QUE MODIFICAN, INTENSIFICAN O MINIMIZAN LA ACCIÓN DEL HÁBITO DE SUCCIÓN

### 1. DURACIÓN

- Infantil (hasta 2 años) Esta etapa, no se observan comportamientos perjudiciales
- Pre-escolar (2 a 5 años): Si es continúa e intensa la succión, puede producir malposiciones en la dentición primaria, si el hábito cesa antes de los seis años de edad, el cambio morfológico es reversible en un gran porcentaje.
- Escolar (6 a 12 años) En estas edades puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueletales.

### 1. FRECUENCIA

- Intermitentes (nocturnos)
- Contínuos (diurnos)

### 2. INTENSIDAD

- Menor intensidad: Cuando la succión del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los músculos buccinadores.
- Intensa: Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

## HÁBITO DE LA SUCCIÓN LABIAL

Se observa con mayor frecuencia en niños con un pronunciado resalte en la mordida por succión digital. La interposición repetida del labio inferior provoca inclinación hacia atrás de los incisivos inferiores, mientras que los superiores se desplazan en dirección vestibular.

Como resultado el resalte aumenta si hay una relación sagital normal entre los arcos dentarios (relación Clase I). Es importante diferenciar la interposición del labio inferior en pacientes con maloclusiones clase II 1ra división. Asimismo, la discordancia sagital entre los arcos dentarios Clase II exige una adaptación funcional al momento de la deglución, con el labio

interpuesto entre los incisivos superiores e inferiores para asegurar el sellado bucal. La consecuencia es que el resalte aumentado desde su origen, se agrava ahora con la influencia ambiental y se empeora la alteración morfológica, cuyo origen definió en gran parte la genética.<sup>22</sup>



**Figura 7.** Imagen tomada de historia clínica de la carrera de Especialización de Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxiloFacial UNC.

### Hábito de la succión Digital

Se define como chupar o succionar algún dedo de la mano.

La succión digital se inicia en la vida intrauterina, y suele continuar hasta los tres o cuatro años o más. La Asociación Estomatológica de los Estados Unidos considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes, si continua después de la erupción de los dientes permanentes puede dar lugar a alteraciones de la oclusión y provocar una mordida abierta anterior, asimismo, la presión que ejerce la mano y el brazo puede conducir a una mordida cruzada unilateral con desviación de la mandíbula.

Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Entre los 3 "o" 4 años de edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos y odontológicos.



### Tipos de hábitos de succión digital

1. **Succión del pulgar:** Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del músculo pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.
2. **Succión del dedo índice:** Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
3. **Succión del dedo índice y medio:** Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más dientes.
4. **Succión del dedo medio y anular:** Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.
5. **Succión de varios dedos:** Producen problemas similares, va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia e intensidad de la succión.

Los efectos bucales del hábito de succión digital son la protrusión de los incisivos superiores (con o sin diastemas), retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, estrechamiento de la arcada superior (debido principalmente a la acción del músculo buccinador) mordida cruzada posterior y dimensión vertical aumentada. Así como también callosidad en los dedos. <sup>23</sup>



**Figura 8.** Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca Madrid 2002

### 3.3.3 DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución es una consecuencia refleja de contracciones musculares ordenadas, que lleva el bolo alimenticio o los líquidos de la cavidad bucal hasta el estómago.

"Se la define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias".<sup>24</sup>

Algunos autores interpretan la deglución atípica como la persistencia del reflejo de deglución infantil. Aunque la deglución atípica no es exactamente el reflejo de succión–deglución, suele interpretarse como la persistencia de la formalización de la lengua, característica de la deglución del bebe que, más allá de los cuatro años, produce mordida abierta y relación clase II, y a nivel del habla suelen producir alteraciones en la fonación como en los fonemas bilabiales (p, b, m) linguoalveolares (t, d, n, l) y sibilantes (s).<sup>24</sup>

#### CLASIFICACIÓN DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- DEGLUCIÓN ATÍPICA CON PRESIÓN ATÍPICA DEL LABIO INFERIOR

Se produce por una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores se lingualizan apiñándose, mientras los incisivos superiores se vestibularizan. El labio superior se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto y el labio inferior, más hipertónico, así como los músculos del mentón. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.

- DEGLUCIÓN ATÍPICA CON PRESION ATÍPICA DE LA LENGUA

La lengua se aloja entre los incisivos, interponiéndose, a veces, entre premolares y molares. Se observa contracción de los labios y de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano.

Las degluciones con presión atípica de la lengua se clasifican en:

A- TIPO I No causa cambios morfológicos

B- TIPO II Con presión lingual anterior

La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las alteraciones que puede provocar son:

- Mordida abierta anterior: La presión se realiza en la región anterior y la deglución se produce con los dientes desocuidos
- Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua, además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce presión y hace que los incisivos superiores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular.
- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior: el mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uní o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos de los carrillos.

Las degluciones con presión atípica de la lengua se clasifican en:

C-TIPO III Con presión lingual lateral

La presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:

- Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares
- Mordida abierta lateral y mordida cruzada : hay mordida abierta en la región de apoyo , asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto , también ocasionada por la ruptura del equilibrio muscular de este lado.

D- TIPO IV Con presión lingual anterior y lateral

Las maloclusiones resultantes son:

-Mordida abierta anterior y lateral

-Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión

-Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior. <sup>25</sup>



**Figura 9.** Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca Madrid 2002/. Imagen tomada de historias clínicas, Especialización de Ortodoncia y Ortopedia DentoMaxilo Facial UNC.

### 3.3.4 LA RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración normal involucra la utilización adecuada del tracto nasal y nasofaríngeo <sup>26</sup>

La respiración bucal es la sustitución del funcionamiento respiratorio normal nasal por bucal, se observa más comúnmente en la obstrucción y congestión de los pasajes nasales. Entre las causas más frecuentes de obstrucción respiratoria nasal están la hipertrofia de las amígdalas palatinas y las adenoides en un 39% de los casos, seguida de rinitis alérgica en 34%, desviación del tabique nasal 19%, y rinitis vasomotora 8 %. En los momentos de mayor demanda de energía, como durante los grandes esfuerzos físicos o momentos de estrés, se establece una respiración mixta complementada por la respiración bucal. <sup>26</sup>

Cuando la persona tiene obstáculos de las vías aéreas que dificultan y resisten el paso del aire, el niño comienza a respirar por una vía alterna, la cavidad bucal. La asociación entre la respiración oral y la rinitis ha sido ampliamente documentada y se produce como resultado de la obstrucción nasal, que es uno de los síntomas más incómodos de la rinitis. Estudios a largo plazo con estos pacientes han demostrado una mayor frecuencia de alteraciones del desarrollo facial y maloclusión dental, especialmente como una posible consecuencia de la respiración bucal crónica. <sup>27</sup>

La respiración bucal está acompañada por alteraciones esqueléticas y funcionales a nivel orofacial. Las causas de la respiración bucal se clasifican como congénitas y adquiridas.

- Las congénitas comprenden: atresia coanal, atresia nasal y desviaciones del tabique nasal.
- Las adquiridas incluyen: resultados de fracturas nasales, rinofaringitis, rinitis alérgicas, poliposis nasal, sinusitis crónica, adenotonsilitis crónica, rinitis hipertrófica crónica y tumores malignos y benignos. <sup>26</sup>

Este fenómeno acarrea dos consecuencias:

1. El maxilar sufre una falta de crecimiento transversal que se manifiesta con un maxilar estrecho , elevación de la bóveda palatina y apiñamiento y/o protrusión de los dientes anteriores
2. La lengua descendida está asociada con un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de la altura facial inferior.

## CARACTERÍSTICAS DE LA RESPIRACIÓN BUCAL

Relacionado a anomalías faciales, esqueléticas y dentarias, denominadas facies adenoideas o síndrome de cara larga. El paciente presenta ojeras, tercio inferior aumentado , incompetencia labial, un paladar profundo, ya sea en forma de V o U, mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, colapso del maxilar, gingivitis, narinas estrechas, maxilar profundo, vestibulización de los incisivos superiores, retrusión maxilar, lengua en posición atípica (ubicándose en el piso de la cavidad bucal o entre los dientes) modificación de la posición de la cabeza, y predisposición a una mala pronunciación (ceceo debido a la protrusión lingual). <sup>28</sup>

Maloclusiones más frecuentes a nivel del plano Vertical

- Patrones dolicofaciales.
- Altura facial inferior aumentada.
- Extrusión de piezas dentarias.
- Mordida abierta anterior.

No está comprobado, en la extensa literatura existente, que haya una relación simple causa-efecto entre función respiratoria y desarrollo de la oclusión, ya que influyen una constelación de factores constitucionales y funcionales en la etiopatogenia de la maloclusión.

Sin embargo es razonable asumir que ante la presencia de un problema disfuncional como la respiración bucal se podría potenciar la aparición de una anomalía dentofacial si el patrón morfogenético está predispuesto a esa tendencia, es decir, si hay un patrón esquelético dolicofacial, la coexistencia de la respiración bucal potencia la mordida abierta dental y el crecimiento vertical de los maxilares, pero sin que la coparticipación de la disfunción respiratoria se convierta inexorablemente en un factor etiológico primitivo como algunos clínicos e investigadores defienden en la actualidad.<sup>29</sup>

El odontólogo como profesional de la salud, debe diagnosticar e interceptar hábitos disfuncionales, entre ellos la respiración bucal, ya que esta puede potenciar alteraciones en el desarrollo normal de la oclusión si el patrón morfogenético del paciente así lo determina.<sup>30</sup>



**Figura 10.** Ezequiel Eduardo, Rodríguez Yáñez R, Casasa Araujo A, Marcote Naterra C, 1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos PRIMERA EDICIÓN, AÑO 2007.

## 4. OJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación de los hábitos bucales disfuncionales con las maloclusiones alveolo dentarias en dentición mixta y permanente.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia y tipo de hábitos bucales disfuncionales
- Determinar la prevalencia de maloclusiones en los tres planos del espacio (sagital, vertical y transversal) según sexo y edad.
- Establecer la relación entre maloclusiones alveolodentarias y los hábitos bucales disfuncionales.

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio Retrospectivo de historias clínicas de 130 pacientes con edades comprendidas entre los 6 y 16 años de edad, de ambos sexos que acudieron a la consulta por demanda espontánea para realizarse tratamiento de Ortodoncia u Ortopedia atendidos en la primera cohorte de la carrera de Especialización de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilo Facial de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Córdoba en el periodo comprendido entre los años 2013 y 2017. Este estudio fue aprobado por el CAIS de la Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba.

### 5.1 VARIABLES CLÍNICAS Y DE HÁBITOS

Se recolectaron datos sobre hábitos bucales disfuncionales como succión digital, labial, de biberón y de chupete, deglución atípica, interposición lingual, respiración bucal, onicofagia. Edad (los años cumplidos desde el nacimiento hasta el día del estudio de 6 a 16 años) y el sexo (femenino/masculino).

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes que presentaron historias clínicas completas incluyendo estudios radiográficos (telerradiografía lateral de cráneo) y estudios cefalométricos (cefalometría de Ricketts, de Jarabak y de Mc Namara) que indiquen maloclusiones dentomaxilares y que no hayan recibido tratamiento ortodóncico ni ortopédico anteriormente.

#### **Criterios de exclusión:**

- Radiografías en las que no se pudieron observar algunos reparos anatómicos indispensables para los estudios cefalométricos e historias clínicas incompletas.

Se consideró que el paciente presentase maloclusión cuando mostraba alteración del crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula y/o posición de los dientes que impedían una correcta función del aparato masticatorio con posible alteración estética.<sup>4</sup>



Se clasifican y se definen las maloclusiones en los tres planos del espacio sagital, transversal y vertical de acuerdo al criterio de los siguientes autores (Angle E, Gregoret J, Proffit W y Canut Brusola)

Se adjuntan los siguientes anexos: Anexo 1: historia clínica, Anexo 2 ficha de recolección de datos.

En estas historias se registraron las preguntas realizadas a los padres, madres o tutores del niño, y al final de cada una ellas se encuentra el consentimiento informado y/o asentimiento informado, que fue firmado por cada uno de los pacientes o tutores.

## 6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos se describieron mediante sus frecuencias absolutas y relativas en porcentaje (variables cualitativas) y sus valores medios (mediana) o promedio (media) y de dispersión rango intercuartílico o error estándar.

La asociación se valoró mediante la Chi cuadrado, fijando un  $p$ -valor  $< 0.05$  para significación estadística.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa Infostat versión 2018.

## 7. RESULTADOS

Tabla N° 1: Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) de tipo de Hábitos bucales disfuncionales en dentición mixta y permanente de la 1 cohorte de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Dento maxilo facial.

Hábitos bucales	N	%	p/valor
<b>Succión</b>			
No presenta	79	84,95	0,0001
Presenta	14	15,05	
<b>Respiración Bucal</b>			
No presenta	42	45,16	0,3507
Presenta	51	54,84	
<b>Deglución Atípica</b>			
No presenta	38	40,86	0,0779
Presenta	55	59,14	
<b>Onicofagia</b>			
No presenta	81	87,1	0,0001
Presenta	12	12,9	

Se observó mayor prevalencia del hábito de deglución atípica (59,14%), como segundo hábito bucal disfuncional más frecuente la respiración bucal (54,84%) y la succión en tercer lugar (15,05%) y en porcentajes muy bajos el hábito de onicofagia (12,9%).

El p/valor nos dijo que el hábito bucal disfuncional de respiración bucal y deglución atípica no fue significativo, y el hábito de succión y onicofagia si fue significativo.

Tabla N° 2: Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) de maloclusiones alveolo dentarias anteroposteriores o sagitales en dentición mixta y permanente en sexo femenino.

	D MIXTA					D PERMANENTE				
	s/habito		c/hábito		p/valor	s/habito		c/hábito		p/valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Clase I Molar										
Ausencia	13/42	30,9	8/16	50	0,1773	8/16	50	13/43	30,2	0,1586
Presencia	29/42	69	8/16	50		8/16	50	30/43	69,7	
Clase II Molar										
Ausencia	28/42	66,6	11/16	68,7	0,8799	11/16	68,7	28/43	61,5	0,7932
Presencia	14/42	33,3	5/16	31,2		5/16	31,2	15/43	34,8	
Clase III Molar										
Ausencia	36/42	85,7	12/16	75	0,3343	12/16	75	37/43	86	0,3147
Presencia	6/42	14,2	4/16	25		4/16	25	6/43	14	

En la siguiente tabla, hay prevalencia de Clase I Molar en dentición mixta con un 50 % en pacientes c/hábito y de un 69,7 % en pacientes c/hábito en dentición permanente y un porcentaje menor en pacientes c/hábito de Clase III Molar de un 25 % en dentición mixta y en dentición permanente en pacientes c/hábito de un 13,9 %.

Tabla N° 3 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) de Maloclusiones dentarias Verticales según dentición mixta y permanente en sexo Femenino.

	D MIXTA					D PERMANENTE				
	s/hábito		c/hábito		p/valor	s/hábito		c/hábito		p/valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Sobremordida</b>										
Ausencia	35/44	79,5	12/16	75	0,7055	12/16	75	36/45	80	0,6749
Presencia	9/44	20,4	4/16	25		4/16	25	9/45	20	
<b>Mordida abierta</b>										
Ausencia	43/44	97,7	13/16	81,3	0,5431	16/16	100	44/45	97,7	
Presencia	1/44	2,2	3/16	18,7		0/16	0	1/45	2,2	

Se observa en esta tabla prevalencia de sobremordida en dentición mixta en pacientes c/hábito de un 25 % y de un 20 % en dentición permanente y, de un 2,2 % de mordida abierta en dentición permanente en pacientes c/hábito y en dentición mixta de un 18,7 %.

Tabla N°4 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) de maloclusiones dentarias transversales según dentición mixta y permanente en sexo femenino.

	D MIXTA					D PERMANENTE				
	s/hábito		c/hábito		p/valor	s/hábito		c/hábito		p/valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>MCP Unilateral</b>										
Ausencia	27/44	61,3	10/16	62,5	0,9362	10/16	62,5	28/45	62,2	0,9843
Presencia	17/44	38,6	6/16	37,5		6/16	37,5	17/45	37,7	
<b>MCP Bilateral</b>										
Ausencia	37/44	84	12/16	75	0,4209	12/16	75	38/45	84,4	0,3987
Presencia	7/44	15,9	4/16	25		4/16	25	7/45	15,5	
<b>M Tijera</b>										
Ausencia	41/43	95,3	13/15	86,6	0,4634	13/15	86,6	42/44	95,4	0,4838
Presencia	2/43	4,6	2/15	13,3		2/15	13,3	2/44	4,5	

En esta tabla se observa prevalencia de mordida cruzada posterior unilateral en dentición mixta en pacientes c/hábito de un 37,5 % y de un 37,7 % en dentición permanente y un menor porcentaje de un valor de 4,5 % de mordida en tijera en dentición permanente en pacientes c/hábito.

Tabla N° 5 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) de Maloclusiones dentarias Sagitales según dentición mixta y permanente en sexo masculino.

	D MIXTA					D PERMANENTE				
	s/habito		c/hábito		p/valor	s/habito		c/hábito		p/valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Clase I Molar										
Ausencia	9/19	47,3	4/11	36,3	0,5578	4/10	40	9/19	47,3	0,6263
Presencia	10/19	52,6	7/11	63,6		6/10	60	10/19	52,6	
Clase II Molar										
Ausencia	11/19	57,8	9/11	81,8	0,0757	8/9	88,8	11/19	57,8	0,2012
Presencia	8/19	42,1	1/11	10		1/9	11,1	8/19	42,1	
Clase III Molar										
Ausencia	12/19	63,1	7/11	63,6	0,9791	6/10	60	12/19	63,1	0,7309
Presencia	7/19	36,8	4/11	36,3		4/10	40	7/19	36,8	

En esta tabla se observa prevalencia de Clase I Molar en dentición mixta de un 63,6 % en pacientes c/hábito, seguido de un 52,6 % en dentición permanente c/hábito y en menor porcentaje Clase II Molar con un 10 % en dentición mixta en pacientes c/hábito.

Tabla N° 6 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) de Maloclusiones Verticales en dentición mixta y permanente según género masculino.

	D MIXTA					D PERMANENTE				
	s/hábito		c/hábito		p/valor	s/hábito		c/hábito		p/valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Sobremordida</b>										
Ausencia	17/20	85	9/11	81,8	0,8177	8/10	80	17/20	85	0,8513
Presencia	3/20	15	2/11	18,1		2/10	20	3/20	15	
<b>Mordida abierta</b>										
Ausencia	19/20	95	10/11	90,9	0,6573	9/10	90	19/20	95	0,8405
Presencia	1/20	5	1/11	9		1/10	10	1/20	5	

En esta tabla se observa prevalencia de sobremordida en dentición mixta con un 18,1 % en pacientes c/hábito, seguido con un 15 % de sobremordida en dentición permanente y un valor inferior de un 9 % de mordida abierta en dentición mixta c/hábito y un 5 % en dentición permanente en pacientes c/hábito.

Tabla N° 7 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) de Maloclusiones Transversales en dentición mixta y permanente según sexo masculino.

	D MIXTA					D PERMANENTE				
	s/hábito		c/hábito		p/valor	s/hábito		c/hábito		p/valor
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>MCP Unilateral</b>										
Ausencia	14/20	70	7/11	63,6	0,7169	7/10	70	14/20	70	0,3379
Presencia	6/20	30	4/11	36,3		3/10	30	6/20	30	
<b>MCP Bilateral</b>										
Ausencia	19/20	95	7/11	63,6	0,0231	7/10	70	19/20	95	0,0146
Presencia	1/20	5	4/11	36,3		3/10	30	1/20	5	
<b>M Tijera</b>										
Ausencia	14/17	82,3	10/11	90,9	0,6877	9/10	90	15/17	88,3	0,9324
Presencia	3/17	17,6	1/11	9,0		1/10	10	2/17	10,7	

En esta tabla hay prevalencia de mordida cruzada posterior unilateral con un valor de un 36,3 % en dentición mixta en pacientes c/hábito, seguido esto de un 30 % en dentición permanente y un valor mínimo de un 9 % de mordida tijera en dentición mixta en pacientes c/hábito.



Tabla N° 8 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) en la relación de hábitos orales disfuncionales con Maloclusiones dentarias anteroposteriores o (sagitales).

Hábitos bucales	Clase N°	Molar %	Clase N°	Molar %	Clase N°	Molar %
Deglución atípica						
No presenta	16/40	40	25/40	62,5	34/40	85
Presenta	24/40	60	15/40	37,5	6/40	15
Succión digital						
No presenta	1/8	12/5	6/8	75	8/8	100
Presenta	7/8	87,5	2/8	25	0/8	0
Respiración Bucal						
No presenta	13/33	39,3	20/33	60,6	30/33	90,9
Presenta	20/33	60,6	13/33	39,3	3/33	9,1

En esta tabla hay prevalencia de maloclusión Clase I Molar relacionada al hábito de succión digital con un 87,5 %, seguido de un 60,6 % de Clase I Molar relacionada al hábito de respiración bucal, también existe un 39,3% de Clase II Molar relacionada con el hábito de respiración bucal y de un 37,5 % con la deglución atípica y un valor de 0 % de Clase III Molar relacionado al hábito de succión digital.

Tabla N° 9 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) en la relación de hábitos bucales disfuncionales con Maloclusiones dentarias Verticales.

HABITOS BUCALES	SOBREMORDIDA		MORDIDA ABIERTA	
	N	%	N	%
<b>Deglución Atípica</b>				
Ausencia	40/41	97,5	33/41	80,4
Presencia	1/41	2,5	8/41	19,5
<b>Succión</b>				
Ausencia	9/9	100	8/9	88,8
Presencia	0/9	0	1/9	11,1
<b>Respiración Bucal</b>				
Ausencia	34/35	97,1	27/35	77,1
Presencia	1/35	2,9	8/35	22,8

En esta tabla se observa que hay prevalencia de mordida abierta con un 22,8 % relacionada al hábito de respiración bucal, seguido de 19,5 % de mordida abierta relacionada al hábito de deglución atípica , un valor de 2,5 % de sobremordida relacionada con la deglución atípica y un 0 % de sobremordida relacionada al hábito de succión.

Tabla N° 10 Frecuencias absolutas (N) y relativas (%) en la relación de hábitos bucales disfuncionales con maloclusiones transversales.

HÁBITOS BUCALES	Mordida Cruzada Posterior Unilateral					
	s/hábito			c/hábito		
	N	%	p/valor	N	%	p/valor
<b>Deglución Atípica</b>						
Ausencia	13/20	65	0,3542	25/41	60,9	0,2520
Presencia	7/20	35		16/41	39,0	
<b>Succión</b>						
Ausencia	31/52	59,6	0,5123	7/9	77,7	0,5220
Presencia	21/52	40,3		2/9	22,2	
<b>Respiración Bucal</b>						
Ausencia	16/26	61,5	0,6712	22/35	62,8	0,5190
Presencia	10/26	38,4		13/35	37,1	

En esta tabla se observa que hay un 39 % de mordida cruzada posterior unilateral relacionada al hábito de deglución atípica, un 37,1 % relacionada al hábito de respiración bucal y un porcentaje menor de un 22,2 % al hábito de succión.

HÁBITOS BUCALES	Mordida Cruzada Posterior Bilateral					
	s/hábito			c/hábito		
	N	%	p/valor	N	%	p/valor
<b>Deglución Atípica</b>						
Ausencia	16/19	84,2	0,4650	38/40	95,0	0,4803
Presencia	3/19	15,7		2/40	5,0	
<b>Succión</b>						
Ausencia	39/50	78	0,3174	8/9	88,8	0,3142
Presencia	11/50	22		1/9	11,1	
<b>Respiración Bucal</b>						
Ausencia	23/26	88,4	0,2250	38/40	95,0	0,4803
Presencia	3/26	11,5		2/40	5,0	

En esta tabla se observa prevalencia de mordida cruzada posterior bilateral con un 11,1 % relacionada al hábito de succión, y un 5,0 % de esta maloclusión relacionada al hábito de deglución atípica y de respiración bucal.

## 8. DISCUSIÓN

La presencia de un hábito bucal puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. El periodo en el que la dentición decidua es remplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establecen y es frecuente que los hábitos bucales durante este periodo sean factores de maloclusión.<sup>31</sup>

### 8.1 PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES DISFUNCIONALES

En este trabajo de investigación, con respecto a la prevalencia de los hábitos bucales disfuncionales se observó que el hábito de deglución atípica tiene un valor de 59,14 %, seguido de respiración bucal con un 54,84 % , habito de succión con 15,05 % y por último la Onicofagia con un 12,9 % de estos resultados la succión y la onicofagia presentaron valores estadísticamente significativo.

En semejanza con nuestro estudio concluyeron que el hábito bucal más frecuente fue la deglución atípica con un 39,6 % seguido por el hábito de respiración bucal con un 31,8 %, la succión de labios presento un valor estadísticamente significativo.<sup>32</sup>

Según Álvarez González et al. (33) observaron que la prevalencia de los hábitos bucales disfuncionales fue la siguiente deglución atípica 25,3 %, seguida por la respiración bucal 19,4 % y la succión digital 14,0 % lo cual se asemeja a nuestro estudio.

A diferencia de nuestro estudio, concluyeron que la succión no nutritiva fue el hábito bucal disfuncional nocivo más frecuente, presentándose en un 32,2 %, seguido de la onicofagia con un 26,4 % y la deglución atípica con un 11,9 %.<sup>34</sup>

En este trabajo a diferencia del nuestro pudieron evidenciar que el hábito bucal disfuncional más frecuente fue la onicofagia con el 59 %, seguida de la succión digital con un 18 %, queilofagia con un 16 % y respiración bucal con el 7 %.<sup>35</sup>

## 8.2 FRECUENCIA DE MALOCLUSIONES

En nuestro estudio se observó que hubo prevalencia de maloclusión Clase I Molar con un 69,7 % en dentición permanente y 69 % en dentición mixta, seguido de Clase II Molar con un 33 % en dentición mixta y en último lugar Clase III con un 9,3 % en sexo femenino.

Hay prevalencia en sexo masculino también de clase I Molar con un 63,6 % en dentición mixta, seguido de clase III Molar con un 36,8 % en dentición permanente y un 10 % de Clase II Molar en dentición mixta, todos los valores de clase I, clase II y clase III Molar no fueron estadísticamente significativos.

Estos autores encontraron que había prevalencia de Clase I Molar con un 40,4 %, Clase II Molar con un 29,2 % y en último lugar Clase III Molar con un valor de 3,2 % los cuales fueron semejante a los resultados de nuestro estudio.<sup>36</sup>

Los resultados de este estudio arrojaron que existe prevalencia de maloclusión Clase III a diferencia de los resultados de nuestro estudio, en el cual se encontraron en último lugar.<sup>37</sup>

En referencia a las maloclusiones Verticales, en nuestro estudio se observó prevalencia de sobremordida en dentición mixta y permanente con un 25 % y un porcentaje de 2,2 % en dentición mixta y permanente de mordida abierta en sexo femenino, y en sexo masculino también se observa prevalencia de sobremordida en dentición permanente con un 20 % y un 5 % de mordida abierta en dentición mixta y permanente.

Encontró en su estudio que la mordida profunda 29,3 % es más frecuente que la mordida abierta 18,3 % resultado que coincidió con el nuestro.

1

Con respecto a la prevalencia de maloclusiones transversales se observó que predomina la mordida cruzada posterior unilateral y bilateral con un 36,3% en dentición mixta, en sexo masculino y un 38,6% de mordida cruzada posterior unilateral en dentición mixta en sexo femenino, un 4,5% de mordida en tijera en dentición permanente.

Obtuvieron resultados parecidos a nuestro estudio en donde había prevalencia de mordida cruzada posterior con un 35,5 %.<sup>38</sup>

### 8.3 ASOCIACIÓN DE HÁBITOS CON MALOCLUSIÓN

En la relación de los hábitos bucales disfuncionales y las maloclusiones sagitales se observó que hubo prevalencia de clase I Molar en relación al hábito de deglución atípica con el 60 %, un 37 % de clase II Molar y un 15 % de clase III, con respecto al hábito de Succión digital un 87,5 % tiene Clase I Molar, un 25 % clase II y un 0 % clase III y referente a la respiración bucal, un 60,6 % con Clase I Molar y un 9,1 % con la Clase III.

Estos investigadores en su trabajo encontraron asociación entre el hábito de deglución atípica y la Clase II de Angle ( $p < 0,008$ ) que se asemejó a nuestro estudio.<sup>39</sup>

Con respecto a los hábitos y las maloclusiones sagitales encontraron en su estudio que predominó Clase I de Angle con 52,38 % relacionada con hábitos como la onicofagia y bruxismo, seguida de Clase II de Angle 1 división con 26,19 % relacionada con succión digital y labial lo que difirió de nuestro estudio.<sup>40</sup>

En semejanza con nuestro estudio, encontró relación entre el hábito de deglución atípica y sobremordida con un 29,3 % en una población de niños de 6 a 12 años, hecho que concordó con Flores 2018 en cuyo trabajo presentó una muestra de niños de 7 a 10 años en donde encontró una relación de un 41 % de prevalencia de mordida profunda.<sup>1</sup>

De acuerdo a los resultados del trabajo de investigación de la relación de los hábitos bucales disfuncionales y las maloclusiones transversales arrojó los siguientes resultados, la mordida cruzada posterior unilateral presentó un porcentaje de un 39 % en relación a la deglución atípica, un 37,1 % en relación a la respiración bucal y un 22,2 % con respecto a la succión.

A diferencia de otros autores que lograron establecer la asociación entre la succión digital y la mordida cruzada posterior, estableciéndose una asociación estadísticamente significativa.<sup>41</sup>

La mordida cruzada posterior bilateral con respecto al hábito de succión tiene un valor de 11,1 % y con respecto a la deglución atípica y la respiración bucal con un valor de un 0,05 % estos valores no son estadísticamente significativos.



## 9. CONCLUSIONES

- ❖ Hay relación entre hábitos bucales disfuncionales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños y adolescentes atendidos en la 1ª Cohorte de la Carrera de Especialización de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilo Facial de la UNC en los años comprendidos entre 2013 y 2017.
- ❖ La diferencia que se observó no fue estadísticamente significativa, entre el sexo masculino y femenino en la maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y transversal.
- ❖ De todos los niños y adolescentes evaluados se pudo observar que hay una prevalencia de maloclusión dentaria Clase I Molar tanto en dentición mixta con un 63,6 %, como en dentición permanente de un 69,7 %; seguida por la Clase II con un 34,8 % en dentición permanente y un 31,2 % en dentición mixta en género femenino y la Clase III molar con un 13,9 % en dentición permanente y un 25 % en dentición mixta.
- ❖ De la muestra evaluada solo el 9 % presentó mordida abierta y el 25 % presentó sobremordida en dentición mixta y un 20% de sobremordida en dentición permanente y un 5 % de mordida abierta.
- ❖ De los niños y adolescentes evaluados se encontró que el 37,7 % presentó mordida cruzada posterior unilateral, seguida de un 15 % de mordida cruzada posterior bilateral y un 4,5 % de mordida tijera en dentición permanente.
- ❖ Se observó en mayor porcentaje el hábito de deglución atípica, en segundo lugar la respiración bucal, seguido de la succión y en porcentajes muy bajos el hábito de onicofagia.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. Mallqui- Benigno JG. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6-12 años de la .I.E.P.Mater Purísima. Tesis Doctoral Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2018; 31(2):2-4 Disponible en [cybertesis.unmsm.edu.pe](http://cybertesis.unmsm.edu.pe).
2. Imbaud TC, Mallozi MC, Domingos VB, Sole D. Frecuencia de rinitis y trastornos orofaciales en pacientes con maloclusión dental. *Rev. Paul Pediatr*, 2016; 34(2); 184-8.
3. Zicari AM, Albani F, Ntrekou P, Rugiano A, Duse M, Mattei A, et al Respiración oral y maloclusiones dentales. *Eur J Paediatr Dent*. 2009; 10 (2): 59-64.
4. Viggiano D, Fasano D, Mónaco G, Strohmenger L. Lactancia, biberón y succión no nutritiva, efectos sobre la oclusión en la dentición decidua. *Arch Dis Child*. 2004; 89 (12) : 1121-3
5. Souki BQ, Pimenta GB, Souki MQ, Franco LP, Becker HM, Pinto JA. Prevalencia de maloclusion en niños que respiran por la boca: ¿las expectativas cumplen con la realidad? *Int J Pediatr Otorrinolaringol*. 2009; 73 (5):767-73.
6. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Asociación entre hábitos orales, respiración bucal y maloclusión. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2016; 36 (5):386-394.
7. Oropeza LM, Fernández López A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Rev. mexicana de Ortodoncia* 2014 ;2, (4) :220-227.
8. Ayora C, Jazmín A, Iván A, Padilla L. Perfil epidemiológico Odontológico asociado a Hábitos deformantes en niños de 6 a 10 años. *Rev. Pediatr Santiago*. 2018; 70(.6) Internet Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-4106199900060004>.
9. Canut, A. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*, Barcelona: Masson, 2000
10. Angle, E. *Treatment of malocclusion of the tech*, Philadelphia: Angle system. 1970

11. Graber T.M, Swaim B.F, Ortodoncia. Principios Generales y Técnicas. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A; 1991.
12. Gregoret J, Tuber E, Escobar LH, Matos PA, et al. Ortodoncia y Cirugía Ortográfica diagnóstico y planificación. 2nd ed. Madrid-España.2008.
13. Proffit W. Ortodoncia Teoría y Práctica. 2nd ed. Madrid-España: Mosby Doyma; 1994
14. Ezequiel Eduardo, Rodríguez Yáñez R, Casasa Araujo A, Marcote Natera C. 1001 Tips en Ortodoncia y sus secretos, 1a ed 2007.
15. Canut Brusola JA. Ortodoncia clínica y Terapéutica 2da ed Barcelona: Masson 2005.
16. Morales- Chávez MC, Stabile del Vechio RM. Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones: estudio transversal. Univ. Odontol .Internet 2014; 33(71) 4240/11634 Disponible en <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/viewFile/1>
17. Gianni E, Pistoni HO. La nueva ortognatodoncia. Ed Piccin
18. Agurto PV, Díaz RM, Cádiz OD, Bobenrieth KF. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chilena de pediatría Internet, 1999, V.7 n.6 370-410 Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41061999000600004>.
19. Moreno VI. Prevalencia de maloclusiones y su relación con hábitos bucales perniciosos en niños de 6 a 12 años de edad, 2da.ed. Tesis para obtener el diploma en la especialidad de estomatología del niño y del adolescente, México: Zaragoza, UNAM, 2000: 188-197.
20. Vallejo A, García de los Reyes, López-Arranz M, et al. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Odontoestomatología.2011; 27(.3):128-213.

21. Rodríguez-Suarez S, González-Ramos RM, Domínguez- Santana L. Maternal breastfeeding and deforming buccal habits. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2014; 20 (2):3-7.
22. Sáenz, AE. Asociación de hábitos orales con maloclusiones Dentomaxilares en niños en edad preescolar. Tesis para obtener el grado de maestría en Ciencias Odontológicas.2011 vol. (1): 36-45
23. Laboren S, Medina A, Viloría R, Viloría RC, Quirós A, Alcedo C, et al.. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. Rev latinoam de Ortod y Odontop, Internet 2010; 14(1): 16-37 Disponible en <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/deposito-legal-n:pp200102CS997-ISSN:1317-5823>.
24. Zambrana N, Dalva L. Terapia miofuncional: protocolos de observación de maloclusiones, respiración y órganos fonoarticulatorios en alumnos con trastornos orofaciales. 2000; 20 (4):208-211.
- 25 Jiménez, J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Odontol.Sanmarquina.Internet.2016; 19(2):41-44 disponible en [.http://dx.doi.org/10.15381/os.v19i2.12917](http://dx.doi.org/10.15381/os.v19i2.12917).
26. Podadera- Valdez ZR, Flores- Podadera L, Rezk- Díaz A. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. Rev. Ciencias Médicas; 2013; 17(4): 126-137
27. Fonseca X, Respirador Bucal. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2015;13(3):64-126. Disponible en: [www.escuela.med.puc.cl/paginaspublicaciones/respiradorbucal.doc](http://www.escuela.med.puc.cl/paginaspublicaciones/respiradorbucal.doc).
28. Rutz-Varela A, Cerecedo-Pastor A. Síndrome del respirador bucal. Aproximación teórica y observación experimental, Internet 2002; 2: 35-40 Disponible en <https://es.scribd.com>.
29. Rotemberg-wilf E, Smaisik-Frydman, K. Respiración bucal en niños y adolescentes; Hire the best researchers in any discipline on research Gate. 2014,17(8): 34-65.

30. Urzal V, Braga AC, Pinhao Ferreira A. The prevalence of anterior open bite in Portuguese children during deciduous and mixed dentitions .Correlations for a prevention strategy International Orthodontics. 2013 11(1): 93-103.

31. Reyes-Romagosa DE, Paneque-Gamboa MR, Almeida Muñiz y Quesada Oliva LM, Escalona-Oliva D, Torres-Nieves S. Risk factors associated with deforming oral habits in children aged 5 to 11: a case-control study. Medwave 2014; 14(2): 27-59

32. Agrawal S, Dali M, Bhagat T, Koirala B, Shrestha S, Niraula SR, Prevalence of Oral Habits of Schoolchildren in de mixed dentitions J Dent Child (Chic), 2019; 15,86(2): 88-92

33. Álvarez-González MC, Lauzurique AP, Martínez Brito I, García Nodar M, Suarez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Electrón. Matanzas 2014; .36 (.4): 55-67.

34. Salas B, Plutarco O, Yáñez V, Jessenia P. Prevalencia de hábitos bucales nocivos en niños de la escuela fiscal Angel Chiriboga del distrito metropolitano de Quito Internet 2015; 15:12-45 Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/6241>.

35. Valarezo B, Tannya L, Castillo J, Ana Katherine. Hábitos bucales deformantes en niños de tres escuelas del Barrio Motupe de la ciudad de Loja. 2016;15(3):154-272.Disponible en <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/16803>.

36. Lagaña G, Masucci C, Fabi F, Bollero P. Prevalencia de maloclusiones, hábitos orales y necesidad de tratamiento de ortodoncia en una población escolar de 7 a 15 años en Tirana. 2013; DOI: 10.1186/2196-1042-14-12

37. Mutlu E, Parlak B, Kuru S, Ostay E, Pinar-Erdem A, Sepel E. Evaluation of crossbites in relation with dental arch widths, nutritive sucking habits and respiratory factors in the early mixed. Oral Health Prev Dent, 2019; 17(5):447-455.

38. Da Costa OO, Aikins EA, Isiekwe GI, Adediran VE. Malocclusion and early orthodontic treatment requirements in the population of Nigerian. *J Orthod Sci*, 2016; 5 (3):81-6.

39. Oropeza LM, Fernández López A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de Mexicanos. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2014; 2, (4): 220-227.

40. Conforme A, Abigail J, Padilla IAL. Perfil epidemiológico Odontológicos asociado a Hábitos deformantes en niños de 6 a 10 años, repositorio. *Ug.edu.ec*, 2018; 7:271-304.

41. Meneses-Gomez EJ, Vivares.Builes AM. Perfil epidemiológico de la oclusión estática y hábitos orales en un grupo de escolares de la ciudad de Medellín, *Rev. Nacional de Odontología*, 2016; 12 (22):67-77 Disponible en <https://revistas.ucc.edu.com>

## 11. ANEXOS



## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO-MÁXILO-FACIAL

**Director:** Prof. Dr. Alfredo Bass  
**Co-Director:** Prof. Dra. Teresa Beatriz Varela  
**Jefe de Clínica:** Prof. Dra. Marta Leonor Rugani  
**Jefe de Clínica:** Prof. Dra. María Laura Irazusta

**HISTORIA CLÍNICA N°** ..... **FECHA:** ...../...../.....

**OPERADOR:** .....

**DÍA DE CLÍNICA:** .....

**FECHA INICIO DEL TRATAMIENTO:** ...../...../.....

**FECHA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO:** ...../...../.....

### DATOS DEL PACIENTE

**Apellidos y Nombres:** .....

**DNI:** ..... **Sexo:** .....

**Obra Social:** ..... **N° Afiliado:** .....

**Fecha de nacimiento:** ...../...../..... **Edad:** .....años .....meses

**Lugar de nacimiento:** .....

**Domicilio:** .....

**Localidad:** ..... **Código Postal:** .....

**Teléfono fijo:**..... **Móvil:** ..... **Alternativo:** .....

**Estudios:** Primario- Secundario- Terciario- Universitario **Cursado:**.....

**Establecimiento:** .....

**Apellido y nombre del padre:** .....

**Edad:** ..... **Ocupación:** .....

**Apellido y nombre de la madre:** .....

**Edad:** ..... **Ocupación:** .....

**Hermanos:** SI - NO ¿Cuántos? .....





### EXAMEN GENERAL

Servicio médico donde se atiende habitualmente: .....

Nombre del Médico: ..... T.E.: .....

Servicio odontológico donde se atiende habitualmente:.....

Nombre del Odontólogo: ..... T.E.: .....

Peso: ..... Talla: .....

Actitud postural: Esténico- Asténico Otros: .....

Alteraciones en la postura: .....

Desarrollo: Normal- Retrasado- Adelantado.....

Menarca (edad): ..... Fecha: .....

Embarazo: SI- NO Meses: .....

#### Antecedentes de Enfermedades:

Hereditarias: SI- NO ¿Cuáles? .....

Congénitas: SI- NO ¿Cuáles? .....

Adquiridas: SI- NO ¿Cuáles? .....

Infecciosas (Hepatitis, HIV, Sífilis, TBC): SI- NO ¿Cuáles? .....

Alérgicas (ATB, Analgésicos, Antiinflamatorios, Otros): SI- NO ¿Cuáles? .....

Respiratorias (Asma, Disnea, Bronquitis) y ORL: SI- NO ¿Cuáles? .....

Endócrino-metabólicas (Diabetes, Hipo/Hipertiroidismo): SI- NO ¿Cuáles? .....

Cardiovasculares (Hiper/Hipotensión, Arritmias, Valvulopatías): SI- NO ¿Cuáles? .....

Osteoarticulares (Dolor, Osteoporosis, Artritis): SI- NO ¿Cuáles? .....

Neurológicas (Epilepsia, Desmayos, Alt. Emocionales): SI- NO ¿Cuáles? .....

Renales (Insuficiencia renal, Diálisis): SI-NO ¿Cuáles? .....

Hematológicas (Anemias, Hemorragias, Coagulopatías): SI- NO ¿Cuáles? .....

Gastrointestinales (Gastritis, Úlcera, Insuf. Hepática, Cirrosis): SI-NO ¿Cuáles? .....

Otras patologías (Tumores, Quistes, Trasplantes, Otras): SI-NO ¿Cuáles? .....

Intervenciones quirúrgicas (ORL, Apendicitis, otras): SI- NO ¿Cuáles?.....

Accidentes: SI- NO ¿Cuáles? .....

¿Alguna vez estuvo hospitalizado? SI- NO ¿A qué edad?.....

Motivo: .....

Estilo de vida (alcohol, drogas, tabaco, otros): SI- NO ¿Qué, Cuánto? .....

¿Toma anticonceptivos orales? SI- NO.....



Enfermedad actual: .....

Medicación que recibe: .....

Tratado por Dr./a.: ..... Establecimiento: .....

Actitud frente al tratamiento médico: .....

Actitud frente al tratamiento odontológico: .....

### ANTECEDENTES DEL NIÑO

Curso del Embarazo: Normal: SI- NO  
Patológico: SI- NO  
Enfermedades: SI- NO ¿Cuáles? .....

Parto: Natural: SI- NO  
Cesárea: SI- NO

Nacimiento: A término: SI- NO  
Prematuro: SI- NO  
Inducido: SI- NO  
Fórceps: SI- NO

Lactancia : Natural: SI- NO Desde: ..... Hasta: .....

Destete: Fácil: SI-NO

Artificial: SI- NO Desde: ..... Hasta: .....

Contenido: ..... Frecuencia: .....

¿Usa o usó chupete? SI-NO Desde: ..... Hasta: .....

¿Se chupa uno o varios dedos? SI- NO

¿En qué circunstancias?.....

¿Chupa o muerde otros objetos? SI- NO

¿Se come las uñas? SI- NO

### PREVENCIÓN

¿Recibió información acerca de medidas preventivas? SI- NO

¿Usa cepillo dental? SI- NO ¿Desde qué edad?.....

Frecuencia y Momentos de cepillado: .....

¿Usa pasta dental?: ..... ¿Cuál?.....

¿Usa otros elementos de higiene bucal?..... ¿Cuáles?.....

¿Qué tipo de azúcares consume?.....

¿Desde qué edad?..... Frecuencia: .....

Momentos de azúcares: .....



Reabsorciones radiculares: SI- NO Dientes: .....  
 Lesiones periapicales: SI- NO Dientes: .....  
 Anomalías de erupción: SI- NO Dientes: .....  
 Pérdida ósea: SI- NO Dientes: .....  
 Otros hallazgos radiográficos: .....  
 Hábitos: Chupete - Mamadera - Deglución atípica - Succión digital  
 Onicofagia - Queilofagia - Respirador bucal - Otros: .....

### ANÁLISIS FUNCIONAL

Posición de la lengua: Alta – Baja  
 Frenillo lingual: Normal- Corto  
 Deglución: Normal - Atípica  
 Respiración: Nasal - Bucal - Mixta      Prueba utilizada: Rosenthal- Glatzel- Godin- Otros: .....  
 ¿Ronca de noche?    SI- NO  
 ¿Se resfría con frecuencia? SI- NO  
 Amígdalas, Vegetaciones, Otros: .....  
 ¿Ha sido evaluado o tratado por un especialista en nariz, garganta y oídos? .....  
 Dicción: Normal- Anormal    Motivo: .....  
 ¿Tuvo tratamiento fonoaudiológico? .....  
 Frenillos labiales anormales: Ninguno- Superior- Inferior  
 Masticación: Normal - Fuerte - Débil  
 ¿Hace ruido con los dientes? .....  
 ¿Presenta dificultad y/o dolor al abrir la boca, masticar, hablar o bostezar? .....  
 ¿Se le queda la mandíbula bloqueada o fija.....  
 ¿Nota ruidos en las articulaciones mandibulares? .....  
 ¿Presenta dolor de cabeza o de oídos frecuentemente? .....  
 ¿Ha recibido algún tratamiento por algún problema en la articulación? .....  
 Hiperlaxitud: SI- NO    Índice de Beighton: .....

### EXÁMEN CLÍNICO DE ATM

	PROBLEMA PRINCIPAL	DERECHA	IZQUIERDA
<b>APERTURA</b>			
<b>DEVIACION</b>			
<b>RUIDOS</b> CLICK			
CHASQUIDO			
<b>TRABAS</b>			
<b>DOLOR LOCALIZADO</b>			
DIFUSO			
ESPONTÁNEO			
INDUCIDO			
SUPERFICIAL			
PROFUNDO			

Observaciones generales de la 1ª visita:

.....

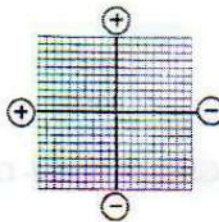
.....

**INDICADOR DE LA POSICIÓN CONDILAR**

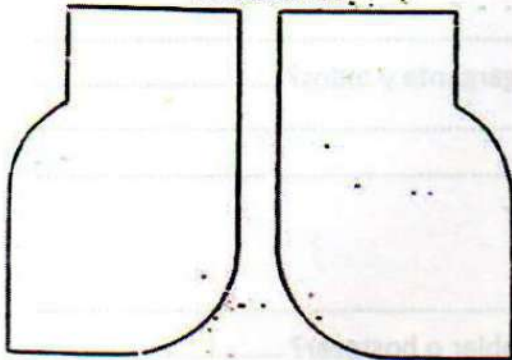
PROM. DISTRACCIÓN ANTEROPOSTERIOR: ..... mm.

PROM. DISTRACCIÓN VERTICAL: ..... mm.

Eje de bisagra en RC



**AXIOGRAFÍA**



**DERECHO**

**IZQUIERDO**

ALTURA DEL PIN EN OC: ..... mm.-

ALTURA DEL PIN EN RC: ..... mm.-

FECHA.....

**POSICIÓN VERTICAL CONDILAR**



**DERECHO**



**IZQUIERDO**

FECHA.....

**POSICIÓN VERTICAL CONDILAR**



**DERECHO**



**IZQUIERDO**

FECHA.....

**POSICIÓN VERTICAL CONDILAR**



**DERECHO**



**IZQUIERDO**

**POSICIÓN TRANS.CONDILAR**



**POSICIÓN ANTERIOR HORIZONTAL**

**POSICIÓN TRANS.CONDILAR**



**POSICIÓN ANTERIOR HORIZONTAL**

**POSICIÓN TRANS.CONDILAR**



**POSICIÓN ANTERIOR HORIZONTAL**

OCL.FUNC	DERECHA	PROBLEMA PRINCIPAL	IZQUERDA
GUÍA ANT.			
GUÍA LAT			

INICIALES DEL PACIENTE:

## ANTECEDENTES ORTODÓNCICOS

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

.....

.....

.....

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD:

.....

.....

.....

TRATAMIENTO ANTERIOR (ortodóncico u ortopédico):

.....

.....

.....

## ANÁLISIS TEJIDOS BLANDOS

### ANÁLISIS DE FRENTE

ASIMETRÍA : SI- NO Debido a: .....

.....

LINEA ½ DE LA CARA CON RESPECTO A:	LABIO SUPERIOR	LABIO INFERIOR	MENTÓN

TERCIOS FACIALES	EQUILIBRADOS	↑ INF	↓ INF	↑ SUP	↓ SUP

TERCIO INFERIOR	EQUILIBRADOS	↑ INF	↓ INF	↑ SUP	↓ SUP

CINCO QUINTOS	EQUILIBRADOS	NO EQUILIBRADOS

LABIOS	RELAJADOS	CONTRAÍDOS	GRUESOS	FINOS	NORMALES
(Superior – Inferior)					

TONO LABIAL	NORMAL	HIPERTÓNICO	HIPOTÓNICO

LABIOS EN REPOSO	BUENA EXPOSICIÓN DENTARIA	EXAGERADA	COMPETENTES	INCOMPETENTES

### SONRISA

Válida para evaluar: SI- NO      Motivo: .....

LÍNEA ½ DENTARIA SUPERIOR CON RESPECTO A LÍNEA ½ FACIAL	CORRECTA	DESVIADA DERECHA	DESVIADA IZQUIERDA	SIMÉTRICA	ASIMÉTRICA
DEBIDO A:					

EXPOSICIÓN DENTARIA EN SONRISA	CORRECTA	GINGIVAL	EXPOSICIÓN DE INC. INF.	CORREDORES BUCALES NORMALES	CORREDORES BUCALES ANORMALES
DEBIDO A:					

PLANO INCISIVO SUPERIOR	CORRECTO	INCLINADO	QUEBRADO	OTRO
DEBIDO A:				

PLANO INCISIVO INFERIOR	CORRECTO	INCLINADO	QUEBRADO	OTRO
DEBIDO A:				

<b>ALINEACIÓN DIENTES ÁNTEROSUP. EN RELACIÓN A CURVA DEL LABIO INFERIOR</b>	<b>CORRECTA</b>	<b>INCORRECTA</b>
DEBIDO A:		

### ANÁLISIS DE PERFIL

<b>TIPO DE PERFIL</b>	<b>CÓNCAVO</b>	<b>CONVEXO</b>	<b>RECTO</b>	<b>OTRO</b>
Grados				

Según: Perpendicular a Sn- Perpendicular a Na- Plano de Ricketts- GI-Sn-Pg - Otro: .....

<b>ESCALÓN LABIAL DE KORKHAUS</b>	<b>NEGATIVO</b>	<b>LIG. NEGATIVO</b>	<b>POSITIVO</b>

<b>ANGULO NASO LABIAL</b>	<b>BIEN</b>	<b>ABIERTO</b>	<b>CERRADO</b>
Grados/ Debido a:			

<b>MAX. SUPERIOR</b>	<b>PROGNATISMO</b>	<b>RETROGNATISMO</b>	<b>BIEN</b>

<b>MAX. INFERIOR</b>	<b>PROGNATISMO</b>	<b>RETROGNATISMO</b>	<b>BIEN</b>

<b>BASE MANDÍBULA</b>	<b>PLANO EMPINADO</b>	<b>POCO EMPINADO</b>	<b>RECTO</b>

<b>ARNETT</b>	<b>CONTORNO SURCO MAXILAR</b>	<b>CONTORNO SURCO MANDIBULAR</b>	<b>REBORDE ORBITARIO</b>	<b>CONTORNO DE MEJILLA</b>	
	<b>PROYECCIÓN NASAL</b>	<b>LONG. Y CONTONO DE CUELLO</b>	<b>ÁNGULO Sn- Gn- C</b>	<b>LÍNEA Sn- Pg</b>	
				<b>Labio Sup.</b>	<b>Labio Inf.</b>



ANÁLISIS DE POWELL	ÁNGULO NASOFRONTAL	ÁNGULO NASOFACIAL	ÁNGULO NASOMENTAL	ÁNGULO MENTOCERVICAL

BIOTIPO FACIAL APARENTE: .....

### RELACIONES ESQUELETALES

SAGITALES		TRANSVERSALES		VERTICALES	
I		NORMALES		NORMALES	
II		CRUZADA		MORD. AB.	
III		TIJERA		SOBREMOR.	

### RELACIONES DENTARIAS

#### ANÁLISIS TRANSVERSAL

LINEAS MEDIAS DENTARIAS RESPECTO A LÍNEA MEDIA ÓSEA			
	DERECHA	IZQUERDA	COINCIDENTES
SUPERIOR			
INFERIOR			

MORDIDA CRUZADA	
DERECHA	
IZQUIERDA	
ANTERIOR	

SIMETRÍA	
MAXILAR SUPERIOR: Lado Derecho:	
MAXILAR SUPERIOR: Lado Izquierdo:	
MAXILAR INFERIOR: Lado Derecho:	
MAXILAR INFERIOR: Lado Izquierdo:	

#### ANÁLISIS ÁNTERO POSTERIOR

PROGNATISMO DENTOALVEOLAR		RETROGNATISMO DENTOALVEOLAR	
SUPERIOR	INFERIOR	SUPERIOR	INFERIOR

RELACION CANINA DE ANGLE	
DERECHA	
IZQUIERDA	

RELACIÓN MOLAR DE ANGLE	
IZQUIERDA	
DERECHA	

CURVA DE SPEE	
PROFUNDA	
NORMAL	
INVERTIDA	

### ANÁLISIS VERTICAL

OVERJET	
OVERBITE	

SUPRAERUPCIÓN				INFRAERUPCIÓN			
UN DIENTE SUP.	GRUPO DE DTES. SUP.	UN DIENTE INF.	GRUPO DE DTES. INF.	UN DIENTE SUP.	GRUPO DE DTES. SUP.	UN DIENTE INF.	GRUPO DE DTES. INF.

### ÍNDICES DE MODELOS

#### DENTICIÓN TEMPORARIA

ÍNDICE DE LA CÁTEDRA		
<b>MEDIDAS TRANSVERSALES</b>		
	<b>NORMA</b>	<b>PACIENTE</b>
ANCHO BICANINO SUPERIOR	29,91 ± 1,73 mm	
ANCHO BICANINO INFERIOR	23,79 ± 1,74 mm	
ANCHO 1° MOLARES SUPERIORES	32,31 ± 2,10 mm	
ANCHO 1° MOLARES INFERIORES	27,12 ± 1,81 mm	
ANCHO 2° MOLARES SUPERIORES	37,91 ± 1,97 mm	
ANCHO 2° MOLARES INFERIORES	33,55 ± 2,04 mm	
<b>MEDIDAS SAGITALES</b>		
	<b>NORMA</b>	<b>PACIENTE</b>
LONGITUD TOTAL MAXILAR SUPERIOR	28,79 ± 1,81 mm	
LONGITUD TOTAL MAXILAR INFERIOR	25,37 ± 2,01 mm	

#### ÍNDICE DE BOGUE

MEDIDAS TRANSVERSALES	
ZONA ANTERIOR (sumatoria de diastemas)	mm
ZONA POSTERIOR (ancho max. sup, medido en cara lingual de 2° molares temporarios)	mm

RELACIÓN ENTRE EL MAX. SUP. E INF.		
NORMAL	BORDE A BORDE	CRUZADA O INVERTIDA

ÍNDICE DE CARREA	
MEDIDAS TRANSVERSALES	
LÍNEA PERIMÉTRICA (ecuador del 2° molar inferior temporario)	mm
ANCHO 2° MOLAR SUPERIOR O BASE (medido en CMP de 2° molar temporario)	mm
ANCHO 2° MOLAR INFERIOR O BASE (medido en CDL de 2° molar temporario)	mm
MEDIDAS SAGITALES	
LONG. LADO DERECHO SUPERIOR (CMD al punto interincisivo)	mm
LONG. LADO IZQUIERDO SUPERIOR (CMD al punto interincisivo)	mm
LONG. LADO DERECHO INFERIOR (CDL al punto interincisivo)	mm
LONG. LADO IZQUIERDO INFERIOR (CDL al punto interincisivo)	mm

## DENTICIÓN MIXTA

ÍNDICE DE MOYERS			
ARCO INFERIOR		ARCO SUPERIOR	
Suma de los 4 incisivos:		Suma de los 4 incisivos:	
Espacio Necesario:		Espacio Necesario:	
Espacio Disponible lado derecho:		Espacio Disponible lado derecho:	
Espacio Disponible lado izquierdo:		Espacio Disponible lado izquierdo:	
Espacio para ajuste molar derecho:		Espacio para ajuste molar derecho:	
Espacio para ajuste molar izquierdo:		Espacio para ajuste molar izquierdo:	

**A. Premolares y Caninos inferiores**

Varones													
21/12 = (%)	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0	25,5
95	21,6	21,8	22,0	22,2	22,4	22,6	22,8	23,0	23,2	23,5	23,7	23,9	24,2
85	20,8	21,0	21,2	21,4	21,6	21,9	22,1	22,3	22,5	22,7	23,0	23,2	23,4
75	20,4	20,6	20,8	21,0	21,2	21,4	21,6	21,9	22,1	22,3	22,5	22,8	23,0
65	20,0	20,2	20,4	20,6	20,9	21,1	21,3	21,5	21,8	22,0	22,2	22,4	22,7
50	19,5	19,7	20,0	20,2	20,4	20,6	20,9	21,1	21,3	21,5	21,7	22,0	22,2
35	19,0	19,3	19,5	19,7	20,0	20,2	20,4	20,6	20,9	21,1	21,3	21,5	21,7
25	18,7	18,9	19,1	19,4	19,6	19,8	20,1	20,3	20,5	20,7	21,0	21,2	21,4
15	18,2	18,5	18,7	18,9	19,2	19,4	19,6	19,9	20,1	20,3	20,5	20,7	20,9
5	17,5	17,7	18,0	18,2	18,5	18,7	18,9	19,2	19,4	19,6	19,8	20,0	20,2

Mujeres													
95	20,8	21,0	21,2	21,5	21,7	22,0	22,2	22,5	22,7	23,0	23,3	23,6	23,9
85	20,0	20,3	20,5	20,7	21,0	21,2	21,5	21,8	22,0	22,3	22,6	22,8	23,1
75	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,1	21,3	21,6	2,9	22,1	22,4	22,7
65	19,2	19,5	19,7	20,0	20,2	20,5	20,7	21,0	21,3	21,5	21,8	22,1	22,3
50	18,7	19,0	19,2	19,5	19,8	20,0	20,3	20,5	20,8	21,1	21,3	21,6	21,8
35	18,2	18,5	18,8	19,0	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,9	21,1	21,4
25	17,9	18,1	18,4	18,7	19,0	19,2	19,5	19,7	20,0	20,3	20,5	20,8	21,0
15	17,4	17,7	18,0	18,3	18,5	18,8	19,1	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6
5	16,7	17,0	17,2	17,5	17,8	18,1	18,3	18,6	18,9	19,1	19,3	19,6	19,8

**B. Premolares y Caninos Superiores**

Varones													
21/12 = (%)	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0	25,5
95	21,2	21,4	21,6	21,9	22,1	22,3	22,6	22,8	23,1	23,4	23,6	23,9	24,1
85	20,6	20,9	21,1	21,3	21,6	21,8	22,1	22,3	22,6	22,8	23,1	23,3	23,6
75	20,3	20,5	20,8	21,0	21,3	21,5	21,8	22,0	22,3	22,5	22,8	23,0	23,3
65	20,0	20,3	20,5	20,8	21,0	21,3	21,5	21,8	22,0	22,3	22,5	22,8	23,0
50	19,7	19,9	20,2	20,4	20,7	20,9	21,2	21,5	21,7	22,0	22,2	22,5	22,7
35	19,3	19,6	19,9	20,1	20,4	20,6	20,9	21,1	21,4	21,6	21,9	22,1	22,4
25	19,1	19,3	19,6	19,9	20,1	20,4	20,6	20,9	21,1	21,4	21,6	21,9	22,1
15	18,8	19,0	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,1	21,3	21,6	21,8
5	18,2	18,5	18,8	19,0	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,0	21,3

Mujeres													
95	21,4	21,6	21,7	21,8	21,9	22,0	22,2	22,3	22,5	22,6	22,8	22,9	23,1
85	20,8	20,9	21,0	21,1	21,3	21,4	21,5	21,7	21,8	22,0	22,1	22,3	22,4
75	20,4	20,5	20,6	20,8	20,9	21,0	21,2	21,3	21,5	21,6	21,8	21,9	22,1
65	20,1	20,2	20,3	20,5	20,6	20,7	20,9	21,0	21,2	21,3	21,4	21,6	21,7
50	19,6	19,8	19,9	20,1	20,2	20,3	20,5	20,6	20,8	20,9	21,0	21,2	21,3
35	19,2	19,4	19,5	19,7	19,8	19,9	20,1	20,2	20,4	20,5	20,6	20,8	20,9
25	18,9	19,1	19,2	19,4	19,5	19,6	19,8	19,9	20,1	20,2	20,3	20,5	20,6
15	18,5	18,7	18,8	19,0	19,1	19,3	19,4	19,6	19,7	19,8	20,0	20,1	20,2
5	17,8	18,0	18,2	18,3	18,5	18,6	18,8	18,9	19,1	19,2	19,3	19,4	19,5

## DENTICIÓN PERMANENTE

<b>ÍNDICE DE MAYORAL</b>		
<b>MEDIDAS TRANSVERSALES</b>		
	<b>NORMA</b>	<b>PACIENTE</b>
<b>ANCHO 1° PM SUPERIOR</b> (fosa central a fosa central)	35 mm	
<b>ANCHO 2° PM SUPERIOR</b> (fosa central a fosa central)	41 mm	
<b>ANCHO 1° MOLAR SUPERIOR</b> (fosa central a fosa central)	47 mm	
	<b>NORMA</b>	<b>PACIENTE</b>
<b>LONGITUD DEL ARCO INCISIVO</b>	28- 32 mm	

<b>ÍNDICE DE RICKETTS</b>		
<b>MEDIDAS TRANSVERSALES</b> (medidas desde el punto más vestibular de la corona clínica)	<b>NORMA</b>	<b>PACIENTE</b>
<b>ANCHO BICANINO SUPERIOR</b>	33 mm	
<b>ANCHO 1° PM SUPERIOR</b>	47 mm	
<b>ANCHO BIMOLAR SUPERIOR</b>	58 mm	
<b>ANCHO BICANINO INFERIOR</b>	30 ± 1,8 mm	
<b>ANCHO BICANINO INFERIOR</b> Cúspide/Cúspide	25 ± 1,6 mm	
<b>ANCHO 1° PM INFERIOR</b>	39 ± 2 mm	
<b>ANCHO 2° PM INFERIOR</b>	45 ± 2 mm	
<b>ANCHO 1° MOLAR INFERIOR</b>	54 ± 2 mm	
<b>MEDIDAS SAGITALES</b> (Punto interincisivo hasta tangente a mesial de 1° molares sup.)	<b>NORMA</b>	<b>PACIENTE</b>
<b>LONGITUD MAXILAR SUPERIOR</b>	27,5 mm	
<b>LONGITUD MAXILAR INFERIOR</b>	22,23 mm	
<b>LÍNEA DE RICKETTS</b> (Línea que une cúspide DV y MP del 1° molar sup. hacia cúspide de canino opuesto)	<b>NORMA</b>	<b>PACIENTE</b>
<b>Rotación de 1° Molar Superior Derecho</b>	0 mm	
<b>Rotación de 1° Molar Superior Izquierdo</b>	0 mm	

### ÍNDICE DE BOLTON

SUP.	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	SUP.
INF.	1M	2PM	1PM	C	IL	IC	IC	IL	C	1PM	2PM	1M	INF.

**Relación Anterior:**  $\frac{\sum 6 \text{ Mand.}}{\sum 6 \text{ Max.}} \times 100 = \text{_____} \%$

<p style="text-align: center;"><b>Relación Anterior &gt; 77,2 %</b></p> <p>6 Max. Pac.: _____ corresponde _____</p> <p>6 Mand. ideal: _____ (Tabla)</p> <p>6 Mand. Pac.: _____</p> <p>6 Mand. Ideal: _____ (Tabla) = _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Exceso Inferior</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Relación Anterior &lt; 77,2 %</b></p> <p>6 Mand. Pac.: _____ corresponde _____</p> <p>6 Max. ideal: _____ (Tabla)</p> <p>6 Max. Pac.: _____</p> <p>6 Max. Ideal: _____ (Tabla) = _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Exceso Superior</b></p>
--	--

**Relación Total:**  $\frac{\sum 12 \text{ Mand.}}{\sum 12 \text{ Max.}} \times 100 = \text{_____} \%$

<p style="text-align: center;"><b>Relación Total &gt; 91,3 %</b></p> <p>12 Max. Pac.: _____ corresponde _____</p> <p>12 Mand. ideal: _____ (Tabla)</p> <p>12 Mand. Pac.: _____</p> <p>12 Mand. Ideal: _____ (Tabla) = _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Exceso Inferior</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Relación Total &lt; 91,3 %</b></p> <p>12 Mand. Pac.: _____ corresponde _____</p> <p>12 Max. ideal: _____ (Tabla)</p> <p>12 Max. Pac.: _____</p> <p>12 Max. Ideal: _____ (Tabla) = _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Exceso Superior</b></p>
---	---

**Relación anterior**

Max. 6	Mand. 6	Max. 6	Mand. 6	Max. 6	Mand. 6
40,0	30,9	45,5	35,1	50,5	39,0
40,5	31,3	46,0	35,5	51,0	39,4
41,0	31,7	46,5	35,9	51,5	39,8
41,5	32,0	47,0	36,3	52,0	40,1
42,0	32,4	47,5	36,7	52,5	40,5
42,5	32,8	48,0	37,1	53,0	40,9
43,0	33,2	48,5	37,4	53,5	41,3
43,5	33,6	49,0	37,8	54,0	41,7
44,0	34,0	49,5	38,2	54,5	42,1
44,5	34,4	50,0	38,6	55,0	42,5
45,0	34,7				

**Relación total**

Max. 12	Mand. 12	Max. 12	Mand. 12	Max. 12	Mand. 12
85	77,6	94	85,8	103	94,0
86	78,5	95	86,7	104	95,0
87	79,4	96	87,6	105	95,9
88	80,3	97	88,6	106	96,8
89	81,3	98	89,5	107	97,8
90	82,1	99	90,4	108	98,6
91	83,1	100	91,3	109	99,5
92	84,0	101	92,2	110	100,4
93	84,9	102	93,1		

**DISCREPANCIA**

**DISCREPANCIA**

	SUPERIOR	INFERIOR
SUMA DE ANCHOS MD DE 1° MOLAR A 1° MOLAR		
PERÍMETRO DE ARCO		
DISCREPANCIA ÓSEO DENTARIA		
DISCREPANCIA CEFALOMÉTRICA		
DISCREPANCIA TOTAL		

## ESTUDIOS CEFALOMÉTRICOS

### CEFALOGRAMA LATERAL DE RICKETTS

#### CEFALOGRAMA DE RICKETTS (32 FACTORES)

EDAD DEL PACIENTE:		Edad de Cálculo de Crecimiento:					
FACTOR	NORMA	A los...	C. BIOLÓGICA (por año)	NORMA PTE.	DS	PACIENTE	
<b>Campo I- Problema dental</b>							
1	Relación Molar	-3 mm	—	—	mm	3	
2	Relación Canina	-2 mm	—	—	mm	3	
3	Overjet incisivo	2,5 mm	—	—	mm	2,5	
4	Overbite incisivo	2,5 mm	—	—	mm	2	
5	Extrusión del incisivo inferior	1,25 mm	—	—	mm	2	
6	Ángulo interincisivo	130 °	—	—	°	10	
<b>Campo II- Relación Máxilo mandibular</b>							
7	Convexidad Facial	2 mm	8,5	↓ 0,2	mm	2	
8	Altura Facial Inferior	47 °	—	—	°	4	
<b>Campo III- Dentoalveolar</b>							
9	Posición del molar superior	E + 3 mm	—	—	mm	3	
10	Protrusión del incisivo inferior	1 mm	—	—	mm	2,3	
11	Protrusión del incisivo superior	3,5 mm	—	—	mm	2,3	
12	Inclinación del incisivo inferior	22 °	—	—	°	4	
13	Inclinación del incisivo superior	28 °	—	—	°	4	
14	Plano oclusal a rama mandibular	0 mm	9,5	↓ 0,5	mm	3	
15	Inclinación del plano oclusal	22 °	8	↑ 0,5	°	4	
<b>Campo IV- Problema estético</b>							
16	Protrusión labial	-2 mm	8,5	↓ 0,2	mm	2	
17	Longitud del labio superior	24 mm	8,5	↑ 0,3	mm	2	
18	Comisura labial- Plano oclusal	-3 mm	8,5	↑ 0,1	mm	0	
<b>Campo V- Relación cráneo facial</b>							
19	Profundidad Facial	87 °	9	↑ 0,33	°	3	
20	Eje Facial	90 °	—	—	°	3	
21	Cono facial	68 °	—	—	°	3,5	
23	Profundidad Maxilar	90 °	—	—	°	3	
24	Altura maxilar	53 °	8,6	↑ 0,4	°	3	
25	Plano palatal	1 °	—	—	°	3,5	
22	Ángulo del plano mandibular	26 °	9	↓ 0,3	°	4	
<b>Campo VI- Estructural Interno</b>							
26	Deflexión Craneal	27 °	—	—	°	3	
27	Longitud Cranel Anterior	55 mm	8,5	↑ 0,8	mm	2,5	
28	Altura facial posterior	55 mm	8,5	↑ 1	mm	3,3	
29	Posición de la rama	76 °	—	—	°	3	
30	Localización del porion	-39 mm	9	↑ 0,8	mm	2,2	
31	Arco mandibular	26 °	8,5	↑ 0,5	°	4	
32	Longitud del cuerpo	65 mm	8,5	↑ 1,6	mm	2,7	
	Vestigio	60 °	—	—	°	3	

INICIALES DEL PACIENTE:



VERT					
	NORMA S/edad pac.	PACIENTE	DIFERENCIA	DESV. STAND.	DIF./DESV. STAND.
Eje Facial					
Profundidad Facial					
Ángulo Plano Mandibular					
Altura Facial Inferior					
Arco Mandibular					

Suma algebraica: /5=

TABLA PARA OBTENER EL VERT CON AJUSTE POR EDAD

Edad	Norma	Ajuste por edad						
		10	11	12	13	14	15	16
Eje facial	90°	90	90	90	90	90	90	90
Prof. facial (áng. facial)	87°	87,3	87,6	87,9	88,2	88,5	88,8	89,1
Áng. plano mandibular	26°	25,7°	25,4°	25,1	24,8	24,5	24,2	23,9
Altura facial inferior	47°	47	47	47	47	47	47	47
Arco mandibular	26°	26,5	27	27,5	28	28,5	29	29,5
VARONES y MUJERES							VARONES	

**DIAGNÓSTICO:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ORTOPANTOMOGRAMA**

ORTOPANTOMOGRAMA					
RELACIÓN DERECHA			RELACIÓN IZQUIERDA		
Gónion		Mentón	Gónion		Mentón
Cóndilo		Gónion	Cóndilo		Gónion
Escotadura		Gónion	Escotadura		Gónion
Cóndilo		Escotadura	Cóndilo		Escotadura
A. Pterigoides		Escotadura	A. Pterigoides		Escotadura
Ancho de Cuello			Ancho de Cuello		
Ancho de Cabeza			Ancho de Cabeza		

**DIAGNÓSTICO:**

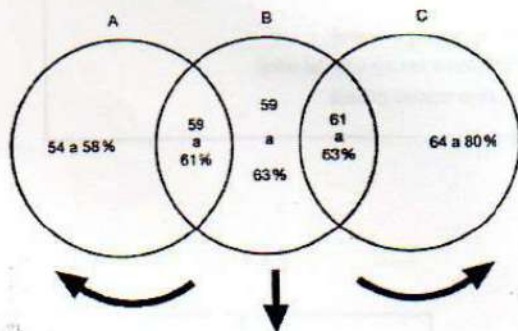
.....

.....

.....

**CEFALOGRAMA DE BJÖRK- JARABAK**

CEFALOGRAMA DE BJÖRK JARABAK				
	FECHAS			
	EDAD			
	NORMA	INICIAL	INTER	FINAL
Ángulo de Silla (Na-S-Ar)	123 ± 5			
Ángulo Articular (S-Ar-Go)	143 ± 6			
Ángulo Gonial (Ar-Go-Me)	130 ± 6			
Suma de 3 Ángulos	396 ± 6			
Ángulo Gonial Superior (Ar-Go-Na)	52 ± 2			
Ángulo Gonial Inferior (Na-Go-Me)	73 ± 3			
Base Craneal Horizontal (Na-S)	Rel 1:1			
Base Mandibular (Go-Me)	Rel 1:1			
Base Craneal Vertical (S-Ar)	Rel 3:4			
Altura de la Rama (Ar-Go)	Rel 3:4			
Altura Facial Posterior (S-Go)	77 ± 6			
Altura Facial Anterior (Na-Me)	112 ± 6			
% Alturas	63% ± 2			



**DIAGNÓSTICO:**

.....

.....

.....

.....

.....

Factores del polígono BJÖRK-JARABAK, utilizados para el estudio del crecimiento.

MEDIDA LINEAL	NORMA A LOS 11 AÑOS	ÍNDICE ANUAL DE CRECIMIENTO	
		VARONES	MUJERES
- Base craneal anterior (S. Na)	71 mm ± 3	+ 1 mm	+ 0,7 mm
- Longitud cuerpo mandibular (Go - Me)	71 mm ± 5	+ 1,1 mm	+ 0,7 mm
- Base craneal posterior (S. Ar)	32 mm ± 3	+ 0,5 mm	+ 0,4 mm
- Altura rama mandibular (Ar. Go)	44 mm ± 5	+ 1 mm	+ 0,7 mm
Relación $\frac{\text{Base craneal anterior (BCA)}}{\text{Long. cuerpo mandibular (LCM)}}$	$\frac{1}{1}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{BCA} > \text{LCM} = \text{Bajo potencial de crecimiento mandibular.} \\ \text{BCA} < \text{LCM} = \text{Alto potencial de crecimiento mandibular.} \end{array} \right.$	
Relación $\frac{\text{Base craneal posterior (BCP)}}{\text{Altura rama (HR)}}$	$\frac{3}{4}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Tendencia } 3/5 = \text{Alto potencial de crecimiento de la rama mandibular.} \\ \text{Tendencia } 3/3 = \text{Bajo potencial de crecimiento de la rama mandibular.} \end{array} \right.$	
Altura facial anterior Altura facial posterior	(Na . Me) (S . Go)	No se consideran normas longitudinales de estas medidas sino sus relaciones porcentuales.	
Relación $\frac{\text{Altura facial posterior} \times 100}{\text{Altura facial anterior}}$		<p>54 a 58 % crecimiento en sentido de las agujas del reloj.                      64 a 80 % crecimiento en sentido contrario a las agujas del reloj.                      59 a 63 % crecimiento directo hacia abajo (zonas grises).</p>	

### CEFALOGRAMA DE MC NAMARA

Punto A a Na Perpendicular: .....

Punto Po a Na Perpendicular: .....

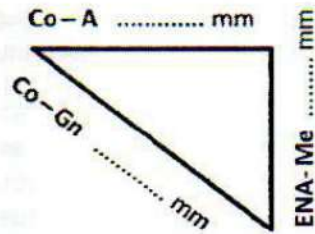
	DENTICIÓN MIXTA	ADULTO
Pto A - Vertical	0 mm	+ 1 mm
Po - Vertical	- 8 a - 6 mm	- 4 a 0 mm (hasta + 2 mm en 8)

Paciente:

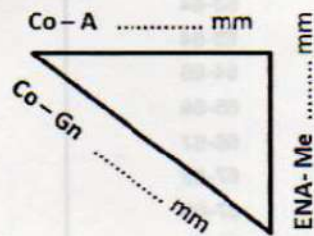
Longitud Maxilar: Co- A

Longitud Mandibular: Co- Gn

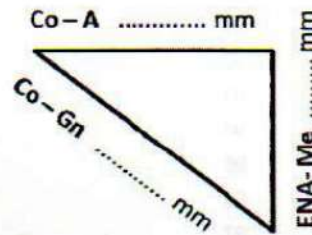
Altura Facial Anteroinferior: ENA- Me



Normas Compuestas según Edad:



Normas Compuestas según Longitud Maxilar:



DIAGNÓSTICO:

.....

.....

.....

.....

**Tabla 3. Valores cepalómicos derivados de los estándares de Bolton (N=16) para cada grupo de sexo y edad. Estandarizados con 8% de magnificación. (mm)**

	6 años		9 años		12 años		14 años		16 años		18 años	
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
<b>Mujeres</b>												
Longitud Mandibular (Co-Gn)	97.7	3.4	106.1	3.4	113.1	3.6	118.9	5.0	120.0	3.4	121.6	4.5
Longitud Maxilar (Co-Punto A)	79.8	2.2	85.0	2.3	89.6	2.4	92.1	2.7	92.7	2.3	93.6	3.2
Diferencia Maxilomandibular	17.9	8.1	21.1	2.7	23.5	3.0	26.8	4.1	27.3	3.0	28.0	3.2
Altura Facial Anteroinferior	57.9	3.7	60.0	2.9	62.6	4.5	65.6	4.9	66.1	4.3	67.2	4.7
<b>Hombres</b>												
Longitud Mandibular (Co-Gn)	99.3	3.6	107.7	3.8	114.4	4.3	120.6	4.3	126.8	4.7	131.0	4.6
Longitud Maxilar (Co-Punto A)	81.7	3.4	87.7	4.1	92.1	4.1	95.2	3.2	98.9	4.4	100.9	3.9
Diferencia Maxilomandibular	17.5	2.2	20.0	2.6	22.3	3.1	25.4	3.5	27.9	3.3	30.1	3.9
Altura Facial Anteroinferior	58.4	3.1	61.1	3.6	64.3	3.6	66.8	3.9	69.7	4.3	71.6	4.9

**NORMAS COMPUESTAS - ANÁLISIS McNAMARA**

LONGITUD MAXILAR (mm)	LONGITUD MANDIBULAR (mm)	ALTURA FACIAL ANTEROINFERIOR (mm)
80	97-100	57-58
81	99-102	57-58
82	101-104	58-59
83	103-106	58-59
84	104-107	59-60
85	105-108	60-62
86	107-110	60-62
87	109-112	61-63
88	111-114	61-63
89	112-115	62-64
90	113-116	63-64
91	115-118	63-64
92	117-120	64-65
93	119-122	65-66
94	121-124	66-67
95	122-125	67-69
96	124-127	67-69
97	126-129	68-70
98	128-131	68-70
99	129-132	69-71
100	130-133	70-74
101	132-135	71-75
102	134-137	72-76
103	136-139	73-77
104	137-140	74-78
105	138-141	75-79

**APRECIACIÓN DE WITS:**

Punto A delante de Punto B (proyectados a ..... ) en ..... mm.

Punto B delante de Punto A (proyectados a ..... ) en ..... mm.

**DIAGNÓSTICO:**

.....  
 .....

INICIALES DEL PACIENTE:

## CEFALOGRAMA FRONTAL DE RICKETTS

### CEFALOGRAMA FRONTAL DE RICKETTS

EDAD DEL PACIENTE:		Edad de Cálculo de Crecimiento:				Sexo:	
FACTOR	NORMA	A los...	C. BIOLÓGICA (por año)	Hasta los...	NORMA PTE.	DS	PACIENTE
<b>CAMPO I: Problema de Relación Oclusal</b>							
1	Relación Molar Izquierda	1,5 mm	-	-	1,5 mm	1,5	
2	Relación Molar Derecha	1,5 mm	-	-	1,5 mm	1,5	
3	Distancia intermolar inferior	54 mm	-	-	* mm	1,5	
4	Distancia intercanina inferior	22,7 mm	7	↑ 0,8	13	mm	**
5	Línea Media Dental	0 mm	-	-	0 mm	1,5	
<b>CAMPO II: Problema Esqueletal. Relación Máxilo mandibular</b>							
6	Distancia máxilo mandibular derecha	10 mm	8,5	↑ 1	14	mm	1,5
7	Distancia máxilo mandibular izquierda	10 mm	8,5	↑ 1	14	mm	1,5
8	Línea Media máxilo mandibular	0 °	-	-	0 °	2	
<b>CAMPO III: Dientes en relación al esqueleto</b>							
9	Molar mandíbula lado izquierdo	6,3 mm	8,5		6,3 mm	1,7	
10	Molar mandíbula lado derecho	6,3 mm	8,5		6,3 mm	1,7	
11	Dientes línea media máxilo mandibular	0 mm	-	-	0 mm	1,5	
12	Inclinación del plano oclusal	0 °	-	-	0 °	2	
<b>CAMPO IV: Relación cráneo facial</b>							
13	Postura Mandibular	0 °	-	-	0 °	2	
<b>CAMPO V: Problema de estructura profunda</b>							
14	Ancho nasal	25 mm	8,5	↑ 0,7	-	mm	2
21	Ancho maxilar	63,1 mm	9	↑ 0,6	-	mm	2
22	Ancho mandibular	76,1 mm	9	↑ 1,4	-	mm	2
19	Ancho facial	115,7 mm	9	↑ 2,4	-	mm	2
20	Altura nasal	44,5 mm	9	↑ 1	-	mm	3

### DIAGNÓSTICO:

\* LLENAR NORMA CON: Varones: 55 mm  
Mujeres: 54 mm

\*\* LLENAR DS CON:

7 años:	3,2
8 años:	3
9 años:	2,8
10 años:	2,6
11 años:	2,4
12 años:	2,2
13 años:	2

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## LISTADO DE PROBLEMAS Y DETERMINACIÓN DE OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## PLAN DE TRATAMIENTO

### INTERCONSULTAS

INTERCONSULTAS	MOTIVO
ORL	
Fonoaudiología	
Alergista	
Traumatología	
Fisiatría	
Otras:	

### TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS

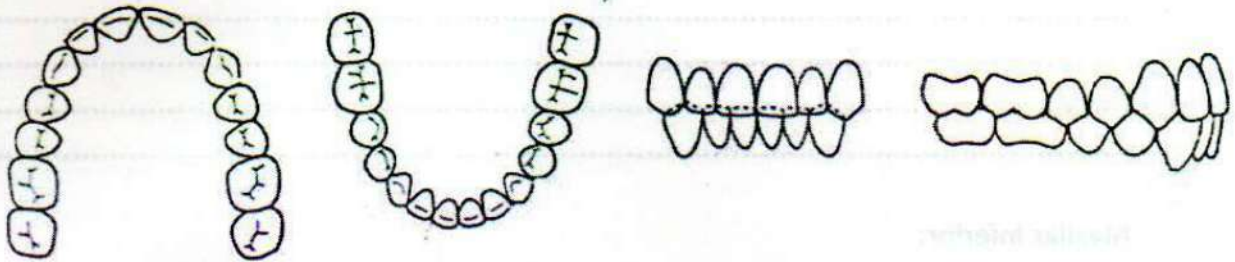
DERIVACIÓN/ INTERCONSULTA	MOTIVO
Operatoria	
Periodoncia	
Prostodoncia e Implantología	
Endodoncia	
Cirugía	
Estomatología	
Otras:	

## TIPO DE TRATAMIENTO

	Ortodoncia Interceptiva
	Ortopedia
	Ortodoncia Integral
	Ortodoncia + Cirugía Ortognática
	Otro:

## ETAPAS DEL TRATAMIENTO

### 1º ETAPA:



Maxilar Superior:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Maxilar Inferior:

.....

.....

.....

.....

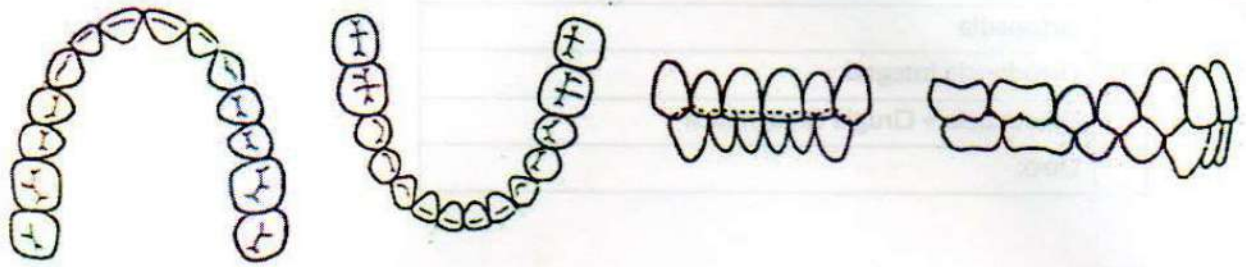
.....

.....

.....



2º ETAPA:



Maxilar Superior:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Maxilar Inferior:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

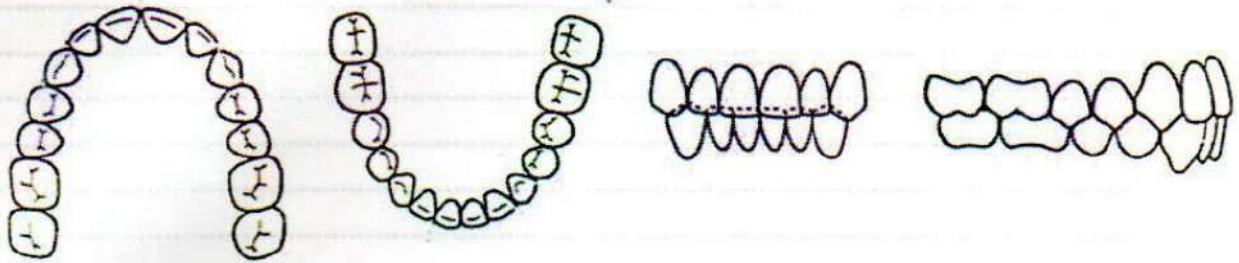
.....

.....

.....

.....

3º ETAPA:



Maxilar Superior:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Maxilar Inferior:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

---

**PRONÓSTICO**

.....

.....

.....

**DURACIÓN ESTIMADA DE TRATAMIENTO**

.....













**ASENTIMIENTO INFORMADO**

Yo.....de.....años de edad, documento (DNI)  
N°.....  
Mi domicilio es en la calle..... N°.....  
Piso/Dto..... Barrio..... de la ciudad de Córdoba, Argentina.

Acepto participar como paciente en la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia dento máxilo facial.

Me atenderá el Odontólogo: .....quien me ha brindado una pormenorizada explicación sobre el tratamiento de ortodoncia que necesito:.....

También se me ha informado sobre los cuidados que debo tener con la aparatología, las comidas que debo evitar, cómo cepillarme los dientes y los aparatos, etc.

Voluntariamente también autorizo a utilizar los datos clínicos, fotográficos y radiográficos registrados durante el diagnóstico y tratamiento, pudiendo también ser publicados con fines científicos siempre que se preserve mi identidad.

A sus efectos, sirva este de asentimiento personal.

En la ciudad de Córdoba, a los.....días del mes de .....del año.....

.....

Nombre y apellido del paciente      Tipo y N° de Documento      Firma del paciente





## **CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO-MÁXILO-FACIAL**

El tratamiento de ortodoncia requiere la máxima cooperación del paciente y sus familiares. El tratamiento no consiste en la colocación de un aparato en boca simplemente, lo más importante son los controles y activaciones periódicas de acuerdo a lo que indique el profesional.

No se puede precisar el tiempo exacto de la duración del tratamiento pero se puede afirmar que el mismo está íntimamente ligado al cumplimiento de turnos asignados y al uso y cuidado de los aparatos.

Al iniciar el tratamiento el paciente y su familia deben tomar conciencia del compromiso que asume y deberá tener muy en cuenta las recomendaciones que se detallan a continuación:

- Los dientes y los aparatos deben ser correctamente cepillados después de cada comida, la mala higiene puede ocasionar en los dientes caries o zonas blancas que perduran toda la vida.
- Evitar los dulces entre comidas, a menos que pueda cepillarse inmediatamente.
- Evitar masticar hielo, caramelos duros o pegajosos, chicles, turrone, etc.
- Avisar inmediatamente al profesional en caso que el aparato se encuentre flojo, roto o descementadas las bandas o braquets.
- El paciente debe comunicar con anticipación la imposibilidad de concurrir al turno.
- La inasistencia a la consulta durante el transcurso de los sesenta y días, hará perder todo derecho por parte del paciente a la continuación del tratamiento, deslindando al profesional de cualquier responsabilidad por lo que ocurriera en el transcurso de ese tiempo, y en lo que se considere que fue producido por falta de control.
- Los aparatos que fueran extraviados, despegados o fracturados por negligencia y/o mal uso deberán ser abonados por el paciente, el costo será fijado de acuerdo al nomenclador vigente.
- El paciente deberá mantener buena higiene y concurrir al turno con los elementos para la higiene bucal aconsejados, caso contrario no será atendido.
- Es importante que el paciente tenga un adecuado cumplimiento con el pago de las cuotas, caso contrario será dado de baja
- En caso de que por alguna de las causas establecidas anteriormente que signifiquen un atraso en el tratamiento y habiendo la carrera de especialización terminado, el equipo docente no se hace responsable de su continuidad.

El/la que suscribe ..... padre/madre del paciente  
..... establece con los profesores de la Carrera de Especialización  
en Ortodoncia y Ortopedia Dento-Máxilo-Facial.



**FICHA INSCRIPCIÓN PACIENTE N° .....**

Fecha: ...../...../20....-

ESPECIALIZACIÓN: .....

DIRECTOR DE CARRERA RESPONSABLE: .....

PROFESIONAL ALUMNO A CARGO: .....

TRATAMIENTO: .....

DURACIÓN ESTIMADA DEL TRATAMIENTO:.....

Por el presente, dejo expresamente establecido que se me ha dado una pormenorizada explicación acerca de mi estado de salud bucal y de la naturaleza del procedimiento propuesto....., sus beneficios, riesgos, complicaciones y posibles cambios del plan de tratamiento.

En tales condiciones, me someto libre y voluntariamente para que el tratamiento sea efectuado por un profesional alumno de la Especialización arriba indicada, en proceso de formación de posgrado con la supervisión de un docente responsable, comprometiéndome a cumplir las indicaciones dadas.

Entiendo y comprendo así, los riesgos que puede ocasionar el tratamiento propuesto, riesgo que asumo voluntariamente y sin reservas.

Por todo lo expuesto, autorizo para llevar a cabo el procedimiento propuesto, siendo a cargo del suscripto/a todos los insumos, materiales odontológicos y .....(tachar en caso que corresponda), necesarios para el mismo y conforme el presupuesto que se adjunta al presente y que deberá prestar conformidad, suscribiendo el mismo.

Declaro asimismo conocer que no corresponde abonar en concepto de honorarios profesionales suma alguna a favor de ningún odontólogo que realice el tratamiento antes indicado y dentro de las dependencias de la Facultad de Odontología.

En la Ciudad de Córdoba a los.....días del mes de.....de.....

NOMBRE y APELLIDO:.....

DOC. NAC. IDENTIDAD: .....

DOMICILIO: .....

TELÉFONO (Fijo o Celular): .....

ESTADO CIVIL: .....

PROFESIÓN: .....

(Completar sólo si el paciente es menor de edad) NOMBRE Y APELLIDO TUTOR: .....

CARÁCTER EN QUE LO REALIZA: .....

Firma:.....

Aclaración:.....

D.N.I. nro. ....

Autorizó ingreso de Paciente: .....

Firma de Responsable: .....

Historia Clínica Nº		
EDAD	SI (1)	NO (0)
1 HABITOS		
2 SUCCION ( labial ,digital ,chupete/ biberón )		
3 RESPIRACION BUCAL		
3.1 RESPIRACION NASAL NORMAL		
4 DEGLUCION NORMAL		
4.1 DEGLUCION ATIPICA		
5 ONICOFAGIA		
6 MALOCCLUSION CLASE I MOLAR		
6.1 MALOCCLUSION CLASE II MOLAR		
6.2 MALOCCLUSION CLASE III MOLAR		
7 CLASE I CANINA		
7.1 CLASE II CANINA		
7.2 CLASE III CANINA		
8 OVERJET AUMENTADO		
8.1 OVERJET DISMINUIDO		
8.2 OVERJET NORMA 2,5-3 mm		
9 OVERBITE AUMENTADO o SOBREMORDIDA		
9.1 OVERBITE DISMINUIDO o MORDIDA ABIERTA		
9.2 BORDE A BORDE		
9.3 OVERBITE NORMA 2,5-3 mm		
9.4 MORDIDA ABIERTA POSTERIOR		
10. MORDIDA CRUZADA		
10.1 M C ANTERIOR		
10.2 M C POSTERIOR UNILATERAL		
10.3 M C POST BILATERAL		
10.4 MORDIDA EN TIJERA		
11 GENERO FEMENINO		
11.1 GENERO MASCULINO		
12 DENTICION MIXTA		
12.1 DENTICION PERMANENTE		