

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE
“BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”

TÍTULO:
FACTORES DE RIESGO DE MALOCLUSIONES EN DENTICIÓN
TEMPORAL.

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL

CIEGO DE ÁVILA
2013

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
“DR. JOSÉ ASSEF YARA”

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE
“BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ”

TÍTULO:
FACTORES DE RIESGO DE MALOCLUSIONES EN DENTICIÓN
TEMPORAL.

AUTORA:
DRA. YADIRA ESTRADA GUERRA.
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE EGI

TUTOR:
MSC. DR. RAÚL CUBERO GONZÁLEZ
ESPECIALISTA DE ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL
PROFESOR ASISTENTE
MÁSTER EN URGENCIAS ESTOMATOLÓGICAS

TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL

CIEGO DE ÁVILA
2013

*“La mejor medicina
no es la que cura,
si nó, la que precave”*

José Martí

Dedicatoria:

A mi sobrina

A mi hermana

A mis padres

A mi abuela

A mi novio

AGRADECIMIENTOS:

A la Doctora Dayamí López Martín por su gran ayuda y entrega total de conocimientos.

A mi hermana por dedicar parte de su tiempo a la revisión de este trabajo.

A todos los amigos, que de una forma u otra prestaron su ayuda para la realización de este examen.

RESUMEN:

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de determinar los factores de riesgo preestablecidos en niños de 5 años de edad con dentición temporal. El universo de estudio estuvo constituido por 61 infantes y la muestra quedó conformada por 52 niños; de ellos 21 varones y 31 hembras que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó el método de observación directa y como medidas se utilizaron la frecuencia relativa y el resumen de la información en por cientos. Se expusieron tablas a partir de los resultados obtenidos, según la metodología establecida. Se comprobó que un 3.8% de los niños examinados presentaban un escalón distal, un espacio de crecimiento ausente en un 42.3% y el espacio de primate ausente en un 63.5%. El índice de Bogue menor de 30 en un 48.1% y se encontraron 16 niños con caries para un 30.8%. El 78.8% de los niños examinados practican hábitos deformantes. Esto nos da la posibilidad de predecir el tipo de oclusión que se puede establecer en estos niños en la dentición permanente y así poder trabajar para evitar las maloclusiones desde edades tempranas.

ÍNDICE:

| | |
|--|-----------|
| Introducción..... | 1 |
| Objetivos..... | 5 |
| Marco teórico..... | 6 |
| Método..... | 10 |
| Resultados y discusión..... | 15 |
| Conclusiones..... | 23 |
| Recomendaciones..... | 24 |
| Referencias bibliográficas..... | 25 |

INTRODUCCIÓN:

Las maloclusiones según la OMS ocupan el 3er lugar como problema de salud bucal. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son riesgos de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son considerado problemas de Salud Pública (1). Se originan por desequilibrios entre los sistemas en desarrollo que forman el complejo cráneo facial, desequilibrios a los cuales la cara en crecimiento no puede hacer frente (2)

Muy pocas maloclusiones tienen una causa aislada. Por ejemplo no hay un virus que produzca la clase II, división 1, ni un microorganismo que cause específicamente la mordida cruzada; aun la succión del pulgar no siempre produce la misma maloclusión. La entidad clínica que llamamos maloclusión es el resultado de la interacción de muchos factores que afectan un sistema en desarrollo que tienen su propio patrón de crecimiento (2).

La OMS señala que “un programa eficaz de salud debe basarse en una clara comprensión del papel de diferentes factores que juegan en el desarrollo y mantenimiento de un determinado estilo de vida, salud y factores que influyen sobre la habilidad para cambiar una determinada forma de vida que lleve más a la salud. Consideraciones similares se aplican a las necesidades de una buena información entre el ambiente y la salud” (3).

La importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor del riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenir (4).

Una vez que se han identificado y cuantificado los factores de riesgo es posible estimar la probabilidad de que en cierto grupo de personas ocurra un daño ala salud (5). Esto nos plantea la necesidad de aplicar todas las medidas preventivas adecuadas en cada momento; para ello es necesario conocer la etiopatogenia de

las maloclusiones y recordar que existen una serie de factores que se escapan a veces de nuestra actuación profesional. Sin embargo, la mayoría de esta puede ser influenciada por nuestra adecuada intervención. (6).

Los actuales conocimientos establecen que muchas maloclusiones son producidas por causas que actúan y están presentes en edades tempranas, produciendo alteraciones manifiestas ya en los primeros años de vida (7).

Las causas de las anomalías dentomaxiales son múltiples y complejas(8). Según Barber parece razonable esperar que no todas las alteraciones oclusales puedan prevenirse, ni de hecho puedan interceptarse; pero los factores ambientales y funcionales pueden y así ocurre, modificar el factor genético. Por tanto, la prevención descansa enteramente en la confianza de que la cantidad y calidad de estas alteraciones, pueden llegar a reducirse en la población infantil (9).

La función del odontopediatra debe enfocarse primordialmente a la promoción, prevención, detención e intervención temprana de las alteraciones que puedan afectar el desarrollo del sistema estomatognático en el paciente infantil (10).

Entonces educar, promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar por los profesionales de la salud, mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que responde al concepto de la Estomatología General Integral (EGI), siguiendo la política de salud llevada a cabo en el país, la cuál tiene un enfoque esencialmente preventivo, donde se ve al hombre como producto de su interacción con el medio y donde la educación médica no solamente se ocupa del enfermo, sino, que estudia la influencia que ejerce el medio en que se desenvuelve, con la finalidad de modificarlo; no sólo para prevenir caries y educarlos en la higiene bucal, sino para eliminar las causas locales que afectan el buen desarrollo del complejo dentomaxilofacial.

Debido a la naturaleza transicional de la dentición del niño, al origen multicausal de las maloclusiones; las cuales son analizadas con mayor frecuencia en niños con dentición permanente y al elevado porcentaje de alteraciones de la oclusión en edades tempranas, es que nos hemos motivado para realizar este trabajo, con el propósito de determinar algunas características de la dentición temporal que existen en niños de 5 años, que constituyen factores de riesgos en la aparición de maloclusiones, considerando que este grupo representa a la población, en la cual podemos desarrollar acciones con el objetivo de guiar los dientes hacia una oclusión normal.

JUSTIFICACIÓN:

Una vez que se han identificado y cuantificado los factores de riesgo es posible estimar la probabilidad de que en cierto grupo de personas ocurra un daño a la salud. (5). Esto nos motivó a realizar esta investigación para lograr identificar los factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal de los niños de círculos infantiles sobre los cuales se deben aplicar todas las medidas preventivas adecuadas en cada momento y de esta manera lograr en nuestros niños una sonrisa más sana.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

La presencia de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal de los niños de los círculos infantiles pertenecientes al Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez.

RESULTADOS ESPERADOS:

Conocer los factores de riesgos de maloclusiones en dentición temporal en niños de círculos infantiles.

HIPÓTESIS:

Existen factores de riesgo en la dentición temporal de los niños de 5 años de los círculos infantiles que permiten predecir la existencia de maloclusiones en la dentición permanente.

OBJETIVOS:

Determinar los factores de riesgo preestablecidos de maloclusiones en la dentición temporal, en niños de 5 años de edad.

Específicos:

1. Determinar la presencia de los siguientes factores de riesgo en los niños en estudio:
 - 1.1 Caracterizar los niños examinados según el sexo.
 - 1.2 Presencia del escalón distal y/o extremadamente mesial.
 - 1.3 Ausencia de espacios de crecimiento y de primates.
 - 1.4 Alteración de la distancia transversal de las caras palatinas de los segundos molares temporales superiores.
 - 1.5 Presencia de caries proximales.
 - 1.6 Presencia de hábitos bucales deformantes.

MARCO TEÓRICO:

La dentición temporal comienza a calcificarse al cuarto o quinto mes de vida intrauterina, aparece clínicamente alrededor de los siete meses hasta los seis años de edad, entre sus funciones permite la masticación, la estética, la fonación y como mantenedor de espacio; en condiciones normales, presenta una serie de características morfológicas que condicionan el desarrollo de una dentición permanente con una oclusión armoniosa, funcional y estéticamente aceptable(11).

La oclusión dentaria comprende no sólo la relación y la interdigitación de los dientes, sino también la relación de éstos con los tejidos blandos y duros que los rodean y la que existe entre las dos bases apicales y los huesos del cráneo, y a través de ellos con el resto del esqueleto humano (12).

La oclusión puede ser alterada por distintos factores genéticos, ambientales y de comportamiento; que actúan desde el momento del nacimiento. Se presentan en mayor o menor intensidad de acuerdo con las variaciones individuales de cada sujeto y repercuten durante el proceso evolutivo de las denticiones mixtas y permanentes, contribuyendo al desarrollo de maloclusiones (13-15).

Los mecanismos genéticos son predominantes durante la morfogénesis embriológica craneofacial y el medio ambiente tiene influencia en la morfología dentofacial postnatal, particularmente durante el crecimiento facial; por lo que el fenotipo es inevitablemente el resultado genético unido a factores ambientales incidentes. Es por eso que la clave de la etiología de las maloclusiones y su tratamiento correcto está en la habilidad de diferenciar el efecto de los genes y del medio ambiente sobre el esqueleto craneofacial de un individuo en particular(16-18).

La maloclusión, es la desviación del patrón deseado en la dentición, macizo facial, la musculatura buco-facial, los maxilares y las articulaciones témporo-mandibulares. Por su prevalencia e incidencia constituyen un problema real de salud pública, con el que nos enfrentamos en la práctica clínica diaria, ocupa el tercer lugar entre los problemas de salud estomatogn tica (19-21).

Los factores de riesgo son toda característica y circunstancia determinada, ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, la cual sabemos que está asociada a un riesgo de enfermedad, la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso (17).

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, sino en conjunto, interrelacion ndose, por lo que con frecuencia fortalecen en gran medida su nocivo efecto para la salud. Si no se conocen cómo se comportan, no se podrán poner en práctica programas preventivos efectivos que nos permitan actuar de forma precisa en la prevención (21).

También se ha determinado que el efecto sobre las relaciones oclusales puede ser directo por los cambios en la dirección del crecimiento predominante o la pérdida de un diente, o indirectos, mediante variaciones en la ubicación de los dientes para las funciones oclusales (22-26).

Por ello es válido señalar el efecto de determinados factores sobre el desarrollo craneofacial, principalmente los que actúan en la época postnatal, como son los agentes físicos de origen dentario y los hábitos. Otro factor determinante es, el desconocimiento y la poca importancia que le conceden los padres a la dentición primaria, pues esto ocasiona que dicha dentición no reciba el cuidado adecuado y sólo se acuda a la consulta estomatológica cuando el tratamiento curativo es evidente o está presente el dolor (26).

Dentro de la dentición temporal encontramos variables que son consideradas de mayor influencia para el desarrollo de alteraciones de la oclusión. En esta dentición, se manifiestan tempranamente, grandes anomalías esqueléticas como los Síndromes de Clase (II) y Clase (III), los cuales podemos diagnosticar si analizamos la relación del plano terminal (27,28). Tanto el recto como el mesial, pueden orientar la dentición permanente a una neutroclusión; el escalón distal ocasionaría una maloclusión Clase II y el extremadamente mesial orienta a una maloclusión Clase III (15, 23, 29).

Los Espacios de crecimiento se definen como los espacios localizados entre los incisivos temporales y los Espacios de primates se localizan en el maxilar; entre el lateral y el canino y en la mandíbula, entre el canino y el primer molar temporal (llamados así por su semejanza con los existentes en los antropoides) (11).

Los diastemas, tan antiestéticos en la dentición permanente, son normales e importantes en la dentición temporal. Estudios realizados por Baume, Neumam, Ruchenbad, sobre el desarrollo de los arcos dentarios, comprobaron la frecuencia de anomalías de posición y dirección de los dientes permanentes cuando no hay espacios interincisivos en la dentición temporal. Por tanto, la colocación en contacto proximal de los incisivos temporales, la falta de diastemas y de los espacios de primates, se deben tener en cuenta en el diagnóstico precoz de anomalías de los dientes permanentes (11,30).

La dentición temporal tiene una alta vulnerabilidad ante el ataque de la caries dental, siendo una enfermedad crónica, infecciosa y multifactorial; es muy prevalente durante la infancia y constituye la enfermedad más común del ser humano. Se describe como una secuencia de procesos de destrucción, localizado en los tejidos dentarios que evoluciona en forma progresiva e irreversible y comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad (30-32).

Puede propiciar la pérdida de espacios cuando las lesiones son amplias y se encuentran ubicadas interproximalmente, además, ocasiona la pérdida prematura de los dientes temporales, genera un efecto negativo en el desarrollo de la oclusión, al suponer una disminución del espacio reservado para el sucesor permanente, debido a la migración de los dientes posteriores y la consiguiente pérdida de la longitud del arco dental (21,30 -32).

El comportamiento de diámetro transversal se conoce como Índice de Bogue y es la distancia transversal entre las caras palatinas de los segundos molares temporales superiores (10).

Diversos autores, reflejan el vínculo estrecho existente entre los hábitos deformantes y las maloclusiones. La prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal que contribuye a la función adecuada(22).

Los hábitos bucales deformantes constituyen una causa primaria o secundaria de las maloclusiones,son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes, pueden ser causas de anomalías dentomaxilofaciales (20), suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento; además aparecen por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional; interfiriendo en el normal desarrollo de los procesos alveolares; estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras dentomaxilofaciales. El grado de alteración producida dependerá de la edad, duración, intensidad y frecuencia del hábito (10,33-37).

MÉTODO:

Tipo de diseño. Período y lugar de la investigación

Se realizó un estudio observacional descriptivo en niños de 5 años de edad, de círculos infantiles pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez del municipio Ciego de Ávila, durante el curso escolar 2012-2013, donde se evaluaron algunas características de la dentición temporal como: relación de molares, presencia o no de espacios de crecimiento y de primates, distancia transversal entre las caras palatinas de los segundos molares temporales superiores (índice de Bogue), presencia de caries proximales, así como, de hábitos bucales deformantes; considerados todos como factores de riesgo para el desarrollo de maloclusiones.

Universo y muestra

El universo de estudio estuvo constituido por 61 infantes, de dos círculos infantiles pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez del municipio Ciego de Ávila.

La muestra quedó conformada por 52 niños; de ellos 21 varones y 31 hembras.

Criterios de inclusión

- Niños de 5 años de edad.
- Niños que presentaron dentición temporal completa.
- Consentimiento escrito para participar en el estudio por parte del padre o tutor del niño. **(Anexo 1)**

Criterios de exclusión

- Niños que habían perdido dientes por exfoliación u otra causa.
- Niños que tuvieran dentición mixta temprana.

Recolección de datos

La recolección de datos se efectuó mediante un formulario elaborado por el autor.

(Anexo 2)

Procedimientos

Se establecieron las coordinaciones pertinentes con la dirección del centro de estudio, donde se obtuvo la autorización para la ejecución del trabajo investigativo, se explicó a los maestros, educadores, padres o tutores y niños, las características del trabajo y con el consentimiento de ellos se siguieron los pasos para ejecutar el mismo.

Los exámenes clínicos se realizaron en el aula, en una silla escolar, auxiliándose de la luz natural, espejo bucal plano del No. 5, depresores Linguales, Pie de Rey y solución esterilizante. Mediante el método de observación directa, se examinaron las arcadas dentarias por separado y en oclusión céntrica, determinando la presencia de espacios de crecimiento y de primates. Se midió la distancia transversal entre las caras palatinas de los segundos molares temporales superiores (Índice de Bogue), la presencia de caries proximales.

Se analizó la relación de oclusión de los segundos molares temporales y además, la presencia de hábitos bucales deformantes, señalando el tipo. Se consideraron sin riesgo todos aquellos niños que presentaron plano terminal recto o escalón mesial, espacios de crecimiento y de primates, además, en los que la distancia transversal entre las caras palatinas de los segundos molares temporales superiores sea normal según Bogue y que tengan las demás variables ausentes, y con riesgo, aquellos niños que presenten alteraciones de las características normales de la dentición temporal como: escalón distal extremadamente mesial, ausencia de espacios de crecimiento y de primates, alteración en la distancia entre las caras palatinas de los segundos molares temporales superiores; presencia de caries proximales y de hábitos bucales deformantes.

Se utilizó el término de alteración y no de mal oclusión, pues algunas variaciones de las características normales no pueden ser consideradas como tal, aunque si pueden constituir un indicio digno de tenerse en cuenta en el diagnóstico precoz de anomalías dentomaxilofaciales.

Definiciones y criterios de evaluación y diagnóstico

Factor de Riesgo: Toda característica y circunstancia determinada, ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, la cual sabemos que está asociada con un riesgo de enfermedad, la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso (15).

Espacios de crecimiento: Son los espacios localizados entre los incisivos temporales (11).

Espacios de primates: Se localizan en el maxilar; entre el lateral y el canino y en la mandíbula, entre el canino y el primer molar temporal. (Llamados así por su semejanza con los existentes en los antropoides) (11).

Hábitos bucales deformantes: Son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes, pueden ser causas de anomalías dentomaxilofaciales (20).

Operacionalización de las variables

| Variable | Tipo | Escala de clasificación | Definición | Indicadores |
|-------------------------|--------------------------------|---|--|---|
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica | Femenino Masculino | Según la validación del formulario(*) | Por ciento de femeninos y de masculinos. |
| Relación Plano Terminal | Cualitativa Nominal Politómica | Plano recto Escalón mesial Escalón distal | Según la validación del formulario(*) | Por ciento de niños con cada uno de los planos terminales. |
| Espacios de Crecimiento | Cualitativa Nominal Dicotómica | Presentes Ausentes | Según la validación del formulario(*) | Por ciento de espacios de crecimiento en dentición temporal |
| Espacios de Primates | Cualitativa Nominal Dicotómica | Presentes Ausentes | Según la validación del formulario(*) | Por ciento de Espacios de primates en dentición temporal. |
| Índice de Bogue | Cuantitativa continua | Con 30mm Mayor de 30mm Menor de 30mm | Se señala si es >30 mm, de 30 mm o <30 mm. | Resultado del comportamiento del diámetro transversal. |
| Caries Proximales | Cualitativa Nominal Dicotómica | Con caries Sin caries | Según la validación del formulario(*) | Presencia de caries proximales. |
| Hábitos | Cualitativa Nominal dicotómica | Con hábitos Sin hábitos | Según la validación del formulario(*) | Presencia de hábitos bucales deformantes. |
| Tipo de Hábito | Cualitativa Nominal politómica | Succión digital Respiración bucal Empuje lingual Biberón Tete Onicofagia | Según la validación del formulario(*) | Hábitos bucales deformantes según tipo. |

Aspectos éticos

Los niños estudiados, así como, sus padres, tutores y trabajadores de los círculos infantiles recibieron una información pormenorizada de todos los aspectos relacionados con el estudio que se realizó y la ventaja del mismo con posibilidades de evitar las maloclusiones en dentición permanente.

Proceder estadístico

La técnica de procesamiento de datos se hizo manual con el método de los palotes, luego se realizó la revisión, validación y computación de los mismos, se utilizó la estadística descriptiva y como medida de resumen la frecuencia relativa y los números absolutos utilizando porcentos para la descripción de los resultados.

La recolección de la información se realizó a través de un formulario confeccionado al efecto y aplicado por el autor de la investigación, acorde a los objetivos propuestos, (Anexo 2) para evitar riesgos de apreciación en el examen, los resultados se expusieron en tablas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla 1

Factores de riesgo de maloclusiones en dentición temporal. Preescolar de círculos Infantiles pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez. Curso escolar 2012-2013.

Relación del plano terminal de los segundos molares temporales. n=52

| Relación Plano Terminal | | | | | | |
|-------------------------|----|-----|----|------|-------|------|
| | F | % | M | % | Total | % |
| Plano recto | 26 | 50 | 19 | 36.5 | 45 | 86.6 |
| Escalón mesial | 4 | 7.7 | 1 | 1.9 | 5 | 9.6 |
| Escalón distal | 1 | 1.9 | 1 | 1.9 | 2 | 3.8 |

La relación de los planos terminales en la dentición temporal, se muestra en la Tabla no.1, donde predomina el plano terminal recto con un 86.6%, siendo más común en el sexo femenino, le sigue el escalón mesial con 9.6%. Ambos son considerados normales en esta dentición, coincidiendo con los estudios realizados por Medrano J, Guiros A, Contreras B, quienes observaron un predominio del plano terminal recto (15, 23, 38).

García A. (39) y Oteyemi O. (40) reportan características similares, describiendo que 8 de cada 10 niños muestran esta condición, considerada de bajo riesgo para el desarrollo de una maloclusión.

El escalón distal estuvo presente en un niño de cada sexo para un 3.8%, lo que es patognomónico de futura relación de Clase II entre los arcos en la dentición

permanente, apreciándose un bajo riesgo con respecto al escalón distal encontrado por Guiros A, Pamela T y Sánchez T (23, 41, 42).

Al realizar nuestro estudio no encontramos niños con escalón mesial extremo, coincidiendo con lo reportado por Sánchez T (42). Guiros A(23) difiere, al encontrar un 13.33% de escalón mesial extremo; potencial Clase III.

Tabla 2

Espacios de crecimiento en dentición temporal en ambas arcadas.
n=52

| Espacios de Crecimiento | | | | | | |
|-------------------------|----|------|----|------|-------|------|
| | F | % | M | % | Total | % |
| Presentes | 16 | 30.8 | 14 | 26.9 | 30 | 57.7 |
| Ausentes | 15 | 28.8 | 7 | 13.5 | 22 | 42.3 |

Al analizar la Tabla no.2, se aprecia la ausencia de los espacios de crecimiento en el 42.3 % del total de los niños examinados, siendo el más afectado el sexo femenino, por lo que inferimos, que la población que no presenta espacios de crecimiento, tiene más posibilidades de presentar riesgos de maloclusión.

Entre los estudios que muestran la ausencia de los espacios de crecimiento coinciden con nuestros resultados, el realizado por: González V acerca de la prevalencia de diastemas en dentición temporal en los municipios Plaza y Playa (Ciudad de La Habana), el cual reportó 50% y 46% de ausencia de estos espacios respectivamente. Machado M y Pérez Nrefieren resultados similares y Sánchez T sobre las características morfológicas de la dentición temporal del municipio

Santa Clara, el cual encontró un 47.3% en la arcada superior y un 54.0% en la inferior de ausencia de espacios de crecimiento (42-45).

García A difiere en sus resultados al reportar un 25.5% de ausencia de estos espacios (39).

Tabla 3

Espacios de primates en dentición temporal en ambas arcadas. n=52

| Espacios de Primates | | | | | | |
|----------------------|----|------|----|------|-------|------|
| | F | % | M | % | Total | % |
| Presentes | 10 | 19.2 | 9 | 17.3 | 19 | 36.5 |
| Ausentes | 21 | 40.4 | 12 | 23.1 | 33 | 63.5 |

En la Tabla no.3 se observa la ausencia de los espacios de primate en el sexo femenino en un 40.4% y en el masculino en un 23.1%. Es importante tener presente que en la medida que se produce el recambio dentario, este espacio es ocupado por los dientes permanentes, que son más anchos mesio-distalmente y esta ausencia indica la posible existencia futura de anomalías de posición y dirección de los dientes, lo que en nuestro estudio, tiene una cifra muy superior a los resultados registrados en la bibliografía revisada (23, 38, 39,43).

Tabla 4

Comportamiento del diámetro transverso (índice de Bogue), n=52

| Índice de Bogue | | | | | | |
|-----------------|----|------|----|------|-------|------|
| | F | % | M | % | Total | % |
| Con 30mm | 8 | 15.4 | 6 | 11.5 | 14 | 26.9 |
| Mayor de 30mm | 8 | 15.4 | 5 | 9.6 | 13 | 25.0 |
| Menor de 30mm | 15 | 28.9 | 10 | 19.2 | 25 | 48.1 |

En la tabla no.4 se muestra que el 48.1% de los niños examinados presenta un índice de Bogue inferior a la norma. Es decir casi la mitad de los encuestados ya muestran una manifestación temprana de micrognatismo transversal superior, lo que puede ser el resultado de la filogenia, la herencia y los hábitos bucales deformantes, posibilitando alterar o impedir el estímulo normal al desarrollo de los maxilares.

El 25.0% presentó un índice mayor de 30 mm, lo que propicia el desarrollo del macrognatismo transversal superior.

El estudio realizado por García A, en nuestra provincia, mostró resultados similares a los nuestros. Sánchez T, en Santa Clara encontró valores aproximados, menores de 30 mm (39, 42).

Barrios Lal estudiar el hábito de respiración bucal en niños, en la clínica de Artemisa reportó una prevalencia de micrognatismo transversal de un 86.5% (46).

Tabla 5

Presencia de caries proximales. n=52

| Caries Proximales | | | | | | |
|-------------------|----|------|----|------|-------|------|
| | F | % | M | % | Total | % |
| Con caries | 9 | 17.3 | 7 | 13.5 | 16 | 30.8 |
| Sin caries | 22 | 42.3 | 14 | 26.9 | 36 | 69.2 |

En la Tabla no.5, la presencia de caries proximales se observa en 16 niños para un 30.8%, 9 de ellos femeninos y 7 masculinos.

Al respecto, en la bibliografía se exhiben resultados disímiles, coincidiendo con los nuestros Medrano J, en España y Wyne A, en Arabia Saudita; ambos en preescolares, estos refieren que la tercera parte de la población presenta lesiones cariosas (15, 47).

Estudios realizados en Venezuela, Navarra y Andalucía (España), arrojaron que las caries en dientes primarios afectan aproximadamente al 41% de la población infantil (23, 48, 49).

En un estudio nacional de salud bucal en Colombia en el año 2000 se registró una prevalencia de caries de 54.8% a los 5 años de edad (50).

En las zonas rurales del municipio Antolín del Campo, en Venezuela se observó la presencia de caries, en un rango del 62 al 75%, en niños con dentición mixta (51).

Del estudio hecho a preescolares de 5 a 6 años de edad sobre la pérdida dental y los patrones de caries de una comunidad de Campeche, se observó que las tres cuartas partes de la población examinada (75.2%), presentó caries. Dato similar al

reportado por López L al analizar la prevalencia de caries en dientes desiguos, en niños de una comunidad rural de Puerto Rico (30, 52).

Irigoyen en los escolares de 6 años del distrito federal de Cuernavaca, y Tsai en niños taiwaneses, encontraron una prevalencia mayor de caries en dentición temporal (53, 54).

Tabla 6

Presencia de hábitos bucales deformantes. n=52

| Hábitos | | | | | | |
|-------------|----|------|----|------|-------|------|
| | F | % | M | % | Total | % |
| Con hábitos | 25 | 48.1 | 16 | 30.8 | 41 | 78.8 |
| Sin hábitos | 6 | 11.5 | 5 | 9.6 | 11 | 21.2 |

En la tabla no.6 del total de la población en estudio, el 78.8% presentó hábitos bucales deformantes.

Cahuanna A en una población catalana entre 3 y 7 años de edad reportó un 84% de hábitos deformantes, resultado similar al nuestro (55).

Guiros A, Podadera V, Pamela A, Fernández T y Paredes G no coinciden con nosotros, porque encontraron en los niños examinados una prevalencia de hábitos bucales deformantes en un rango entre el 62 y 70% (23, 34, 41, 56, 57).

Bosnjak observó un 33.37%, siendo muy inferior al encontrado en nuestro estudio (58).

Tabla 7

Distribución de los hábitos bucales deformantes según tipo. n=52

| Hábitos | | | | | | |
|-------------------|----|------|----|------|-------|------|
| Tipo de Hábito | F | % | M | % | Total | % |
| Succión digital | 6 | 11.5 | 4 | 7.7 | 10 | 19.2 |
| Respiración bucal | 1 | 1.9 | 1 | 1.9 | 2 | 3.8 |
| Empuje lingual | 7 | 13.5 | 6 | 11.5 | 13 | 25 |
| Biberón | 25 | 48.1 | 17 | 32.7 | 42 | 80.8 |
| Tete | 2 | 3.8 | 1 | 1.9 | 3 | 5.8 |
| Onicofagia | 3 | 5.8 | 3 | 5.8 | 6 | 11.5 |

Nota: Un niño puede tener más de un hábito.

La tabla no.7 muestra la distribución de los hábitos bucales deformantes de acuerdo con el tipo.

El hábito bucal de mayor frecuencia fue la succión del biberón, presente en 42 niños y en segundo lugar encontramos el empuje lingual en 13 niños.

En la bibliografía revisada, solo Pamela A, Fernández T y Maya H encontraron una mayor frecuencia del hábito de succión del biberón (41, 56, 59).

Con respecto al empuje lingual, Podadera V encontró resultados similares al nuestro (34).

En nuestro estudio observamos un promedio de más de un mal hábito deformante por niños. La prevalencia de más de uno de éstos, hace que sean más difíciles de eliminar y por lo tanto, que la deformación dentomaxilar puede ser más grave y el

tratamiento más complejo, resultados que coinciden con la bibliografía revisada (23, 41).

Aproximadamente la mitad de los niños presentan casi la totalidad de los factores de riesgo de maloclusión analizados, siendo estos muy frecuentes en la dentición temporal, confirmando lo encontrado en la bibliografía revisada (10,15, 23, 24, 37), lo que nos da la posibilidad de predecir el tipo de oclusión que se puede establecer en estos niños, en la dentición permanente.

Del análisis del mismo se infiere que aunque existen programas de atención al menor de 19 años, la atención al grupo de los menores de 5 años, no es suficiente, por lo que en esta población es necesario realizar tratamientos preventivos y curativos para disminuir la incidencia de las maloclusiones y elevar la calidad de vida del individuo.

CONCLUSIONES:

- En los niños examinados predominó el sexo femenino.
- El escalón distal se encontró con baja frecuencia y el extremadamente mesial no se observó.
- Los espacios de crecimiento y primates estuvieron ausentes en aproximadamente la mitad de la muestra examinada.
- El micrognatismo transversal superior se presentó con mayor frecuencia.
- La caries proximal se encontró en la tercera parte de los niños examinados.
- Los hábitos bucales deformantes estaban presentes en la mayoría de los niños examinados.

RECOMENDACIONES:

Teniendo en cuenta los resultados alcanzados en esta investigación considero oportuno recomendar a todo el personal de estomatología y de salud en general:

- Promover actividades de educación para la salud, motivando a la población responsable de la atención al niño, sobre la importancia del cuidado y conservación de la dentición temporal.
- Incrementar las acciones de promoción y prevención, en los niños con factores de riesgo de maloclusiones, partiendo del conocimiento de la etiología de éstas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Godoy D, Haller W, Casamayor M. Prevención de las dignacias desde el nacimiento. ¿Es posible?.OrtopDentomaxilo Facial. 1999; 12 (2): 12.
2. SantisoCepero A, Díaz Camacho E. Diagnóstico Ortodóncico en niños del área de salud Florencia. Rev Cubana Ortod. 1998; 12 (2): 11-13.
3. Bratos Calvo E, Rodríguez Vázquez MA. Prevención de las maloclusiones. Odontología Preventiva Comunitaria. En: Bascones Martínez A, editor. Tratado de Odontología. Madrid: Smithkine Beechm;2008. p. 2277-2288.
4. Katz MC, Stookey D. Odontología preventiva en acción. 3 th ed. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica;2004.
5. Moyers Robert E. Manual de Ortodoncia. 3th ed. Argentina:Mundi S.A.I.C; 1986.
6. Domínguez Rojas V, Goiriena De Gandorios J. Epidemiología. En: Bascones Martínez A, editor. Tratado de Odontología. Madrid: SmithkineBeechm; 1998.
7. Organización Panamericana de la Salud. Manual Sobre el enfoque de riesgos en atención materno infantil. Brasil: OMS; 2009.
8. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol.2007; 34 (1): 40-49.
9. Barber T. The concept of preventive orthodontics. J Dent Child. 1966;33 (1):75-86.
- 10.Martínez Gonzáles KK, Treviño Hernández G. Casos clínicos, Tratamiento Ortodóncico y Periodontal en pacientes pediátricos [Internet] .Abril 2002 [citado 1 Jul 2013]. Disponible en: http://www_dentalaccor.com./es/noticias/c-clínicos/arti010-ninos/hojas_001.htm.
- 11.Mayoral J, Mayoral B, Mayoral P. Ortodoncia: Principios fundamentales en la práctica diaria. La Habana: Científico Técnica; 1984.

12. Salas MT, Aguilar F, Arguello M, Coto JC, Montero A, Sanabria M, et al. Prevalencia de maloclusiones del gran área Metropolitana: Análisis de los modelos [Internet]. 2013 [citado 12 Sep 2013]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.odontocaica.Htm>.
13. Hotz R. Ortodoncia en la práctica diaria: Sus posibilidades y límites. 2 nd ed. La Habana: Científico Técnica; 1984.
14. Wolford LM. Identifying the functional and esthetic factors associated with dentofacial deformities. *Tex Dent J*. 2012;119(10):1034-43.
15. Medrano Luna E, Cedillo Galindo LS, Murrieta Pruneda JF. Prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de la oclusión. *ADM* [Internet]. 2013 [citado 12 Sep 2013]; LIX(4). Disponible en: <http://www.medigraphiccs.meadm>.
16. Ramírez Rodríguez Y, Santiso Cepero A, Díaz Brito RJ. Influencia de algunos agentes físicos sobre la oclusión dentaria [Tesis]. Ciego de Ávila: Clínica Estomatológica Docente; 2003.
17. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2012 Abr [citado 9 Oct 2013];41(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=
18. Lauc T. Orofacial analysis on the Adriatic islands: an epidemiological study of malocclusions on Hvar Island. *Eur J Orthod*. 2011;25(3):273-8.
19. Milosevic A. Occlusion: I. Terms, mandibular movement and the factors of occlusion. *Dent Update*. 2011; 30(7):359-61.
20. Otano Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Grau León I, Marín Manso GM. Guías prácticas clínicas de oclusión. En: Sosa Rosales MC, editores. *Guías prácticas de estomatología*. La Habana: Ciencias Médicas; 2008. p.261-326.
21. Duque de Estrada Riverón Y, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, Riveron Herrera F. Factores de riesgos asociados con la enfermedad caries

- dental en niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2003 [citado 9 Oct 2013]; 40(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200001&lng=es.
22. Katz CR, Rosenblatt A, Gondim PP. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. Am J Orthod Dentofacial Ortho. 2010 Jul;126(1):53-7.
23. Guiros Álvarez O. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones científicas IVIC. [Internet]. 2013 [fcitado 12 Jul 2013].[aprox. 12 pantallas]. Disponible en: <http://www.actaodontológica.com/Oscar-Guiros/13.asp>.
24. Fernández Torres CM. Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentofaciales. Rev Cubana Ortod[Internet]. 2000[[citado 4 Sep 2013]; 15(1): 33-8. Disponible en: http://www.sld.cu/revistas/ord/vol15_1_00/ord03100.pdf
25. Figueredo Triana O, Santiso Cepero A, Díaz Brito RJ. Comportamiento de los agentes físicos post-natales en la oclusión dentaria [Tesis]. Ciego de Ávila: Clínica Estomatológica Docente; 2000.
26. Bello A, Machado M, Castillo R, Barreto E. Relación entre las dimensiones craneofaciales y la malnutrición fetal. Rev Cubana Ortod 1998; 13(2): 99-106.
27. Elías Modesta MC. Caries dentales [Internet]. 2002 [fcitado 1 Jul 2013]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.gestión.com.pe/cm/archivo/2002/dic/15/1Odon.HTM>.
28. Infante P. Malocclusion in deciduous dentition in white, black and Apache Indian children. Angle Orthod. 2010;45 :213.
29. Di Santi de Modano J, Vázquez VB. Maloclusión Clase I: Definición, Clasificación, Características Clínicas y Tratamiento[Internet]. 2010[citado 16 sep 2013].[aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/26.asp>.
30. Medida-Solís CE, Herrera M, Rosado Vila G, Minaya Sánchez M, Vallejos-

Sánchez AA, Casanova-Rosado JF. Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de campeche. Acta Odontol[Internet]. 2004 [citado 5 Ago 2013; 42(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en:http://www.Actaodontologica.com/42_3_2004/V42_Nº_3_/2004.

31. Andlaw RJ, Rock WP. Manual de odontopediatría. 4 th ed. México: McGraw. Hill Interamericana; 2009.
32. Barrancos Money J. Operatoria Dental. 3ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1999.
33. Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales mas frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de iztacala al diplomado de ortopedia maxilar[Internet].2003[citado 1 Ago 2013]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>.
34. Podadera Valdés ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de Hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. Clínica Estomatológica Docente "Ormani Arenado". Pinar del Río. Rev Cubana Estomatol[Internet].2003[citado 1 Jul 2013];40(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est04204.htm
35. Yamaguchi H, Sueishi K. Malocclusion associated with abnormal posture. Bull Tokyo Dent Coll. 2008;44(2):43-54.
36. Emmerich A, FonsecaL, Elías AM, Vieira de Medeiros U. The relationship between oral habits, oronasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitória, Espírito Santo, Brazil. Cad Saúde Pública. 2008;20:3.
37. Grosfeld OM. Interception of malocclusion in the deciduous dentition. Am J Orthod. 1978; 73:73.
38. Contreras Bulnes R, Carrazana AF, López González S. Observaciones Clínicas de Oclusión en la dentición temporal de preescolares de la Ciudad de Toluca, Estado de México. Centro de Investigación y Estudios avanzados. Facultad de Odontología. UAEM [Internet]. 2013 [citado 12 sep

2013]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: http://www.odontologia.com.mx/noticias/viii_encuentro/p01.htm.

39. García Alonso N. Estudio de la dentición temporal en niños de cinco años de edad de las escuelas primarias del municipio Ciego de Ávila [Tesis]. Ciego de Ávila: Clínica Estomatológica Docente; 1994.
40. Otuyemi O, Sote E, Isiekme-MC, Jones-SP. Occlusal relationships and spacing or crowding of teeth in the dentitions of 5-4 year-old Nigerian children. Department Nigerian-J-Paediatr-Dent. Nigeria. 1997;7(3): 155-60.
41. Pamela AV, Rodrigo Díaz M, Cádiz DO, Bobenruth 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 Chil Pediatr. 1999;70:6.
42. Sánchez Torres R, Álvarez Román CI, Machado Martínez M, Castillo Hernández R, Grau Abalo R. Características morfológicas de la dentición temporal en niños del municipio de Santa Clara. Rev Cubana Estomatol. 2009;16(2):129-24.
43. González Valdés D, González Fernández M, Marín Manso G. Prevalencia de diastemas en la dentición temporal. Rev Cubana Ortod. 1999;14 (1):22-6.
44. Machado Martínez M, Hernández JM, Grau Avalos. Influencia sexual en la morfología y función de la oclusión temporal. Rev Cubana Ortod. 1997;12(1):36-44.
45. Pérez Navarro N, Chelotti A, Piloto ME, Mirabal J. Estudio longitudinal de la dimensión vertical de la oclusión, en niños cubanos, de 5 a 7 años de edad. Clínica Estomatológica "Orlando Carvo", La Habana. Rev cubana Ortod. 2001; 16 (1): 54-8.
46. Barrios L, Puente M, Castillo A, Rodríguez M, Duque M. Hábito de respiración bucal en niños. Clínica Estomatológica Docente Artemisa, La Habana. Rev Cubana Ortod. 2007; 16 (1): 47-53.

47. Wyne A, Dawish S, Adenubi J, Batata S, Khann. The prevalence and pattern of nursing caries in Saudi preschool children. *International J Pediatr Dentist* 2010;12(5):361.
48. Cortés J. La caries dental de los escolares navarros según su medio de residencia y su nivel socio-económico. Evolución en el período 1987-1997 [Internet]. 2013 [citado 1 Jul 2013]. Disponible en: <http://WWW.CFNavarra.es/salud/analisis/vol 22/suple 3/suple 23>.
49. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Estudio epidemiológico. Portal de Salud [Internet]. 2001 [citado 27 May 2013]. Disponible en: <http://wwwJunta de andalucía.es/salud/principal/ documentos. Asp 2?pagina=te-ayudamos-cuidardientes>.
50. III Estudio Nacional de Salud Bucal – Ensab III. Tomado de SIVIGILA. Informe Ejecutivo Semanal No. 8 del 2000. Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud. [Internet]. 2013 [citado 27 May 2013]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/ informe.htm>.
51. Mendes Goncalves DD, Caricote Lovera N. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela. (2002-2003). *Rev Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria* "Ortodoncia. Edición electrónica; Diciembre 2003.
52. López L, Weinstein P. The prevalence and pattern of caries in the deciduous teeth of children from a rural community in Puerto Rico. *J Dent Res*. 2012;81: Abstract.2126.
53. Irrigoren-Camacho ME. Caries dental en escolares del distrito federal. *Salud Pública Mex*. 1997;39(2):133-136.
54. Tsai HH. Maximum bite force and related dental status in children with deciduous dentition. Department of Pedodontics, School of Dentistry, China Medical College, 91 Hsueh Shih Road, Taichung 404, Taiwan: *J Clin Pediatr Dent*. 2004;28(2):139-42.

55. Cahuana A, Moncunill J, Roca J, Valero C. Hàbits de succió no nutritiva en edat preescolar i la seva relació amb les maloclusions. Estudi prospectiu de 200 nens. *Pediatr Catalana*. 1998;58: 332-7.
56. Fernández Torres CM, Acosta Coutín A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. *Rev Cubana Ortod*. 2007;12(2):79-83.
57. Paredes Gallardo U, Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *Saude Pública [Internet]*. 2004 [citado 22 Mar 2013];20(3):[aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pidet=1307182>
58. Bosnjak A, Vucicevic-Boras V, Miletic I, Bozic D, Vukelja M. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. *J Oral Rehabil*. 2009;29:902-5.
59. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Clínica Infantil "Raúl González Sánchez"*. Cienfuegos. *Rev Cubana Ort*. 2010;15(2):66-70.

ANEXO 1

Consentimiento de participación

El que suscribe, _____ padre o tutor del niño
_____ está de acuerdo en participar en la Investigación:
Prevalencia de factores de riesgo de maloclusiones en dentición temporal.

Estoy de acuerdo en que examinen la cavidad bucal del infante. Para dar mi consentimiento he recibido una explicación detallada de la Dra. Yadira Estrada Guerra quien me ha informado que:

- 1.- Las afecciones en dientes temporales pueden ser factores de riesgo para tener maloclusiones en la dentición permanente.
- 2.- El consentimiento de participar en la investigación es absolutamente voluntario y el hecho de no aceptar no tendría ninguna consecuencia.

Y para que conste y por mi libre voluntad, firmo el presente consentimiento, junto con el médico que me ha dado las explicaciones a los ____ días del mes _____ del 20__.

Firma del paciente _____

Firma del médico _____

Anexo2

Formulario



No. _____

Institución _____

Fecha _____

Nombres y Apellidos _____

1 Edad _____ Sexo _____

2 Relación molar

2.1 Plano terminal recto _____

2.2 Escalón mesial _____

2.3 Escalón distal _____

2.4 Escalón mesial extremo _____

3 Espacios de crecimiento

3.1 Superior si _____ no _____

3.2 Inferior si _____ no _____

4 Espacios de primates

4.1 Superior si _____ no _____

4.2 Inferior si _____ no _____

5 Índice de Bogue

5.1 De 30 mm _____

5.2 Mayor de 30 mm _____

5.3 Menor de 30 mm _____

6 Caries proximales

Si _____ no _____

7 Presencia de hábitos bucales deformantes

Si _____ no _____

8 Tipo de hábito

9.1 Succión digital _____

9.4 Biberón _____

9.2 Respiración bucal _____

9.5 Tete _____

9.3 Empuje lingual _____

9.6 Onicofagia _____

9 Observaciones _____

Confeccionado por:

Nombres y Apellidos _____

Firma _____

