



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

“Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes
en niños de 5 a 11 años”

AUTOR:

Pedro José Alay Baque

TUTORA:

Dra. Cindy Rivera Guerrero

Guayaquil, julio del 2014

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutor del trabajo de titulación

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de odontólogo

El trabajo de titulación se refiere a:

“Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños de 5 a 11 años”

Presentado por:

Alay Baque Pedro José

C.I 0928328194

TUTORES

Dra. Cindy Rivera Guerrero
TUTOR CIENTÍFICO

Dr. Marco Ruíz P MS.C
TUTOR METODOLÓGICO

DR. Miguel Álvarez Avilés
DECANO (e)

Guayaquil, julio del 2014

AUTORÍA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual
del autor:

PEDRO JOSÉ ALAY BAQUE

0928328194

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades día a día, sin desfallecer en el intento.

A mi familia en especial a mis padres: María Baque Burgos y José Alay Cedeño, a mis abuelos León Baque López y Flora Burgos por ser los pilares fundamentales, que brindándome su comprensión, amor, apoyo y motivación estuvieron conmigo siempre adelante.

A la Universidad de Guayaquil, Facultad piloto de Odontología por darme la oportunidad de formarme académicamente.

A todas aquellas personas que colaboraron y formaron parte de este trabajo de investigación al MS.c. Jerry Landívar Zambrano, al Dr. Luis Villanueva Suarez y especialmente a Lcda. Gina García, Directora de la Escuela #331 Esperanza Caputi Olvera.

Y por último un especial agradecimiento por el apoyo incondicional a mi tutora; Dra. María Angélica Terreros de Huc. MS.c por su generosidad y por brindarme la oportunidad de recurrir a su experiencia profesional y científica.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia, en especial a mis padres y abuelos, por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	pág.
Caratula	I
Carta de aceptación de tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Índice de cuadros	VI
Índice de gráficos	VII
Índice de figuras	VIII
Resumen	XI
Abstract	XII
Introducción	1
CAPÍTULO I	4
EL PROBLEMA	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Descripción del problema	4
1.3 Formulación del problema	4
1.4 Delimitación del problema	4
1.5 Preguntas de investigación	5
1.6 Formulación de objetivos	5
1.6.1 objetivo general	5
	VI

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	pág.
1.6.2 objetivos específicos	5
1.7 Justificación de la investigación	6
1.8 Valoración crítica de la investigación	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
Bases teóricas	9
2.2 Fisiología sistema estomatognático	9
2.2.1 Fisiología de la fonación	9
2.2.2 Fisiología de la deglución	10
2.2.3 Fisiología de la respiración	14
2.2.4 Fisiología de la masticación	15
2.2.5 Hábitos bucales: signos y síntomas	16
2.2.6.1 Hábito de respiración bucal	20
2.2.7.1 Hábito de deglución infantil o atípica	23
2.2.8.1 Hábito de succión labial	25
2.2.9 Factores para que un hábito sea considerado deformante	26
2.3 Marco conceptual	33
2.3.1 Terapia miofuncional	33
2.3.2 Sistema estomatognático	33

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	pág.
2.3.3 Onicofagia	34
2.3.4 Incompetencia labial	34
2.3.6 Facies adenoidea	34
2.3.7 Macroglosia	34
2.4 Marco legal	34
2.5 Elaboración de hipótesis	37
2.6 Identificación de las variables	37
2.7 Operacionalización de las variables	38
CAPÍTULO III	40
MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 Nivel de investigación	40
3.2 Diseño de la investigación	40
3.3 Instrumentos de recolección de información	41
3.4 Población y muestra	41
3.5 Fases metodológicas	41
4.- Análisis de resultados	44
5. Conclusiones	54
6. Recomendaciones	55
Bibliografía	56
Anexos	58

ÍNDICE DE CUADROS

Contenidos	pág.
Cuadro 1: Tabla de distribución del grupo de estudio por edad y sexo.	45
Cuadro 2: Tabla de frecuencia de hábitos por sexo.	46
Cuadro 3: Identificación de anomalías dentoalveolares más frecuentes asociadas a hábitos deformantes, succión labial, deglución atípica y succión digital.	47
Cuadro 4: Identificación de anomalías dentoalveolares más frecuentes asociadas a hábitos de respiración bucal y a la onicofagia.	48
Cuadro 5: Identificación de la presencia de hábitos deformantes según el sexo.	49
Cuadro 6: Prevalencia del hábito de onicofagia por edad y sexo.	50
Cuadro 7: Prevalencia del hábito de succión digital por edad y sexo.	51
Cuadro 8: Prevalencia del hábito de succión labial por edad y sexo.	52
Cuadro 9: Prevalencia del hábito de respiración bucal por edad y sexo.	53
Cuadro 10: Prevalencia del hábito de deglución atípica por edad y sexo	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenidos	pág.
Gráfico 1: Distribución del grupo de estudio por edad y sexo.	45
Gráfico 2: Frecuencia de hábitos por sexo.	46
Gráfico 3: Identificación de anomalías dentoalveolares más frecuentes asociadas a hábitos deformantes, succión labial, deglución atípica y succión digital.	47
Gráfico 4: Identificación de anomalías dentoalveolares más frecuentes asociadas a hábitos de respiración bucal y a la onicofagia.	48
Gráfico 5: Identificación de la presencia de hábitos deformantes según el sexo.	49
Gráfico 6: Prevalencia del hábito de onicofagia por edad y sexo.	50
Gráfico 7: Prevalencia del hábito de succión digital por edad y sexo.	51
Gráfico 8: Prevalencia del hábito de succión labial por edad y sexo.	52
Gráfico 9: Prevalencia del hábito de respiración bucal por edad y sexo.	53
Gráfico 10: Prevalencia del hábito de deglución atípica por edad y sexo.	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Contenidos	pág.
Figura 1: Conjunto del aparato fonador y respiratorio	10
Figura 2: Deglución. Fase de recogida	11
Figura 3: Deglución: Fase de transporte, primer movimiento	11
Figura 4: Deglución: Fase de transporte, segundo movimiento parcial	12
Figura 5: Deglución: Fase de transporte, tercer movimiento	12
Figura 6: Deglución: Fase faríngea	13
Figura 7: Deglución: Fase esofágica	13
Figura 8: Deglución: Fin del acto de la deglución	14
Figura 9: Respiración normal esquemática	15
Figura 10: Mordida abierta anterior	19
Figura 11: Síndrome de la cara larga	22
Figura 12: Paladar alto y estrecho, respiración bucal	22
Figura 13: Mordida profunda, succión labial	25
Figura 14: Aparatología removible, rejilla lingual	30
Figura 15: Aparatología removible, perla de Tucat	31
Figura 16: Ejercicio miofuncional para el cierre labial	32
Figura 17: Aparatología removible, retenedor tipo Hawley	32
Figura 18: Sistema Trainer, para reeducar la respiración	33

RESUMEN

Las maloclusiones dentales asociadas a hábitos deformantes, son un problema que ha ido aumentando en la actualidad y que afecta a la mayor parte de la población. Resulta oportuno conocer su frecuencia de acuerdo a edad y medidas preventivas para interceptarlos y erradicarlos a tiempo. Los objetivos del presente trabajo son Determinar la frecuencia según el sexo y edad de los diferentes hábitos bucales que aparecen durante la edad de la niñez y analizar y evaluar los planes preventivos para el tratamiento de los hábitos bucales. Los hábitos bucales afectan al sistema estomatognático ocasionando anomalías estéticas y funcionales, provocando desde desplazamientos dentales, incompetencia labial, mordidas abiertas anteriores, mordidas cruzadas posteriores. Cabe agregar que hay factores que pueden estar asociados al desarrollo de estas maloclusiones, entre los cuales tenemos: la herencia, el medio ambiente, defectos congénitos y los hábitos que adoptan los niños, entre los cuales tenemos: la succión digital, respiración bucal, succión labial, onicofagia, deglución atípica, considerados no fisiológicos. Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal en la escuela Esperanza Caputi Olvera, en el grupo de niños de 5 a 11 años de edad, donde se presentó que el hábito de onicofagia tuvo mayor prevalencia en niñas de 7 años, el hábito de succión digital se presentó con mayor frecuencia en niños de 8 y 9 años, el hábito de succión labial tuvo mayor prevalencia en niños de 7 años, la deglución atípica se presentó con mayor frecuencia en niños de 9 años y por último el hábito de respiración bucal se presentó con mayor frecuencia en niños de 7 años y niñas de 11 años respectivamente, como recomendaciones se sugiere el estudio sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos junto al tratamiento ortodóntico o en su defecto efectividad del tratamiento miofuncional y psicológico en relación al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Maloclusión, Hábitos bucales, Succión digital.

ABSTRAC

Dental malocclusions associated with deforming habits are a problem that has been increasing and now affects most of the population. It is appropriate to know the frequency according to age and preventive measures to intercept and eradicate time. The objectives of this study are to determine the frequency according to sex and age of the various oral habits that appear during the age of childhood and analyze and evaluate preventive treatment plans for oral habits. The oral habits affect the stomatognathic system causing aesthetic and functional abnormalities resulting from dental movements, lip incompetence, anterior open bite, and posterior cross-bites. It should be added that there are factors that may be associated with the development of these malocclusions, among which are: heredity, environment, birth defects and habits that adopt children, among which are: thumb sucking, mouth breathing, sucking lipstick, nail biting, atypical swallowing, not considered physiological. A descriptive cross-sectional study was conducted in school Esperanza Caputi Olvera, in the group of children aged 5 to 11 years old, which was presented to the habit of nail biting it was more prevalent in girls 7 years, the habit of thumb sucking occurred more frequently in children 8 and 9 years, the habit of lip sucking it was more prevalent in children 7 years old, atypical swallowing occurred more frequently in children 9 years and finally the habit of mouth breathing was presented most often in children 7 years and girls 11 years respectively.

KEYWORDS: Malocclusion, Oral Habits, Finger Sucking.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación trata sobre las maloclusiones dentales asociadas a hábitos deformantes, las cuales son un problema que ha ido aumentando en la actualidad y que afecta a la mayor parte de la población. Resulta oportuno conocer su frecuencia de acuerdo a edad y medidas preventivas para interceptarlos y erradicarlos a tiempo.

Un hábito puede ser descrito como la práctica obtenida por la repetición habitual de un mismo acto, al comienzo se hace de una forma consciente y luego de modo inconsciente. Cabe agregar que hay factores que pueden estar asociados al desarrollo de estas maloclusiones, entre los cuales tenemos: la herencia, el medio ambiente, defectos congénitos y los hábitos que adoptan los niños, entre los cuales tenemos: la succión digital, respiración bucal, succión labial, onicofagia, deglución atípica, considerados no fisiológicos. (Suarez Elizabeth, 2012)

Después de lo anterior expuesto cabe recalcar que los hábitos bucales son considerados principales factores etiológicos causantes de deformaciones dento-esqueléticas, los cuales alteran el desarrollo habitual del sistema estomatognático, que va a tener mayor o menor magnitud según la edad que inicia el hábito. (Gonzales, 2012)

Ante la situación planteada, si procedemos de manera oportuna tendremos mayores posibilidades de modificar el patrón de desarrollo de los maxilares y de los arcos dentarios, al igual que si erradicamos el hábito deformante con antelación a los 3 años de edad.

Las deformaciones dento-esqueléticas provocadas por el mal hábito dependerán fundamentalmente de los siguientes factores:

La edad en que el mal hábito inicia, de tal manera va a tener mayor o menor magnitud sobre el desarrollo del sistema estomatognático.

El tiempo que dura el hábito (minutos u horas)

La frecuencia, cuyo indicador está dado por el número de repeticiones al día que se practica el mal hábito. (Aguilar Martha, 2009)

Suarez Elizabeth en un estudio en la población Añu en el Estado de Zulia, Venezuela 2012, la anomalía dentoalveolar de mayor prevalencia representada por el (44,1%) de la población examinada fue la mordida abierta.(Suarez Elizabeth, 2012)

Maureen G. realizó un estudio en Cuba, Cienfuegos 2006, donde la población estudiada fue de 176 niños el (60.2%) presento hábitos deformantes.(Clotilde M, 2006)

Sáenz A, realizó un estudio en México 2010, donde encontró que la mordida profunda como anomalía dentoalveolar asociada al hábito de respiración bucal tuvo mayor prevalencia en un (57%).(Montes, 2011)

Aguilar M, realizó un estudio en España 2009, sobre la prevalencia de hábitos orales, el hábito de mayor prevalencia fue la onicofagia en un (44%).(Aguilar Roldan, 2011)

Villaizán Pérez, realizó un estudio en 1220 niños donde el hábito de onicofagia estuvo presente en un (44%) de la población de estudio, siendo la edad de 7 años la más afectada.(Aguilar Roldan, 2011)

Urrieta E, López I realizaron un estudio en la universidad Gran Mariscal de Ayacucho 2006, el hábito de succión labial estaba presente en el (2,3% de la población femenina.(Urrieta E, 2008)

Aguilar M, Sánchez Nieto en Barcelona 2009, el hábito de succión digital tuvo una prevalencia del (3,9%) de la población estudiada. (Aguilar Roldan, 2011)

Ponce y Hernández estudiaron la Frecuencia y Distribución de Maloclusión en una población de 6 años de edad en San Luis Potosí México en el 2009. Estudiaron 1,489 niños y les dio como resultado que el 62% tiene desviaciones del patrón de normalidad, hubo hábitos en las maloclusiones diagnosticadas: más frecuente el de succión digital (28%) y de chupón en (17%), succión labial (8%) y respiración bucal y deglución atípica ambas en un (5%).(Ponce, 2009)

En un estudio de Prevalencia de Hábitos deformantes y Anomalías dentomaxilares en niños de 3-6 años realizado por Podadera y Ruiz en el 2003. Concluyeron que (55.9%) tenía oclusión normal y (44.1%) maloclusión. Los niños de 4 años presentaban mayormente hábitos y anomalías de deglución atípica en (47.9%), succión Digital (28.9%) y respiración bucal en (8.3%).(D, 2003)

Morgad Serafín realizó un estudio entre 2004 y 2005 de hábitos Bucales deformantes y maloclusiones en niños de 3 años de edad. Determinó que del 64.8% de los niños con hábitos 62% presentaba maloclusión. Concluyó que esta maloclusión se daba en niños con hábitos de succión digital y empuje lingual.(D, 2003)

Con estos antecedentes el propósito de este estudio es detallar y prevenir las diferentes anomalías como impacto de los hábitos nocivos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los hábitos bucales afectan al sistema estomatognático ocasionando anomalías estéticas y funcionales, provocando desde desplazamientos dentales, incompetencia labial, mordidas abiertas anteriores, movimientos de los incisivos superiores; así como también colapso maxilar, mordidas cruzadas posteriores, factores que afectan al equilibrio dentoalveolar del individuo.

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La influencia de la genética, los factores ambientales, y la presencia de hábitos deformantes, son factores que afectan el equilibrio en que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas y por consiguiente alteran el patrón de crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo prevenir las diferentes anomalías dentoalveolares producidas por hábitos deformantes, y cuáles serían las medidas para interceptarlos y erradicarlos a tiempo?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños de 5 a 11 años.

Objeto de estudio: hábitos disfuncionales, anomalías de partes blandas, anomalías dentoalveolares, anomalías de oclusión.

Campo de acción: sistema estomatognático de pacientes en crecimiento y desarrollo.

Área: pregrado

Periodo: 2013-2014

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

En base a lo expuesto se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son los hábitos causantes de deformaciones dentoalveolares?

¿Cuáles son los hábitos más frecuentes que presentan los niños?

¿Qué factores inciden para que un hábito sea deformante?

¿Cuáles son los defectos óseos y dentales producidos por hábitos deformantes?

¿Qué tipos de tratamientos son recomendados para la corrección de hábitos deformantes?

1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y características de hábitos bucales en niños de 5 a 11 años y su incidencia como factor de riesgo de anomalías dentoalveolares.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Enumerar los factores para que un hábito bucal sea considerado deformante en la niñez (5-11 años)

Detallar los signos y síntomas producidos por los diferentes hábitos bucales en la niñez (5-11 años)

Determinar la frecuencia según el sexo y edad de los diferentes hábitos bucales que aparecen durante la edad de la niñez (5-11 años)

Analizar y evaluar los planes preventivos para el tratamiento de los hábitos bucales en la edad de la niñez.

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Conveniencia.- mediante la implementación de programas es menester evaluar en qué circunstancias un hábito es causante de una anomalía dentomaxilofacial con el fin de socializar procedimientos preventivos.

Relevancia social.- en la Facultad Piloto de Odontología, de la Universidad de Guayaquil, diariamente frecuentan pacientes en busca de soluciones odontológicas estéticas y funcionales referente a maloclusiones relacionada a hábitos bucales.

Implicaciones prácticas.- proponer a los pacientes nuevos programas de prevención y promoción de salud para el control de factores de riesgo y así erradicar e interceptar la prevalencia de maloclusiones a tiempo.

Valor teórico.- con la investigación realizada se establece que cada uno de los hábitos de acuerdo a su frecuencia, intensidad y duración son capaces de afectar las estructuras del sistema estomatognático. Se sugiere el estudio sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos junto al tratamiento ortodóncico.

Utilidad metodológica.- mediante el estudio bibliográfico permitió el establecimiento de hipótesis, desglose de variables, operacionalización de las variables que nos permitieron el diseño de la hoja de registro de datos para el cumplimiento de nuestros objetivos.

1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitado.- Los hábitos bucales afectan al sistema estomatognático según su intensidad, frecuencia y duración, ocasionando anomalías estéticas y funcionales, provocando desplazamientos dentales, mordidas

abiertas anteriores, colapso maxilar, mordidas cruzadas posteriores, factores que afectan al equilibrio dentoalveolar del individuo

Concreto.- las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes alteran el desarrollo normal del sistema estomatognático y al mismo tiempo la armonía en que se encuentran las piezas dentales

Relevante.- la finalidad de esta investigación es brindar a la comunidad odontológica conocimientos para poder abordar adecuadamente los problemas de hábitos deformantes, su causa y efecto.

Original.- El motivo por el cual se decidió realizar el siguiente trabajo de investigación es para conocer más ampliamente la prevalencia de las maloclusiones asociadas a hábitos y poder así determinar en qué edades es más frecuente, para su detección temprana para poder realizar un adecuado tratamiento y sobre todo crear conciencia sobre la prevención odontológica temprana.

Factible.- es importante la vigilancia y control desde la alimentación del niño, erupción de las piezas dentales, oclusión durante la dentición temporal y mixta y valorar si llegará a una oclusión normal en dentición permanente de lo contrario se deberá actuar lo más pronto posible para evitar maloclusiones severas.

Identifica los productos esperados.- es de vital importancia el conocimiento de la prevención de maloclusiones que presenta nuestra población, con el fin de erradicarlas y prevenirlas a tiempo mediante la implementación de programas con el fin de socializar procedimientos preventivos. Se sugiere el tratamiento psicológico junto al tratamiento ortodóncico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Las maloclusiones han sido un problema para muchas personas y los intentos para corregir el mismo, han venido desde culturas como la egipcia, griega y etrusca.

En el año 3.000 a.C, básicamente aparecen los primeros registros de intento de corrección de apiñamiento y protrusión en momias en Egipto con bandas de oro que rodeaban a las piezas dentales.

Siglo I.- El primer registro para la corrección de maloclusiones dentarias fue descrito por Celso (25 a.C.-50 d.C.) planteaba que cuando erupciona un diente permanente en un niño en crecimiento, y el diente temporal no ha sido exfoliado, hay que extraer el mismo y empujar con el dedo el diente permanente para que el mismo se posicione de manera correcta.

Con el avance de la odontología en los siglos XVIII Y XIX, en el año de 1850 aparecen los primeros registros sobre Ortodoncia, fundamentalmente los estudios sobre el desarrollo y crecimiento maxilar y mandibular. Básicamente desde entonces la ortodoncia es aplicada, tanto a correcciones ortopédicas, alineamiento y equilibrio de las piezas dentales para mantener el equilibrio y desarrollo habitual del sistema estomatognático. Después de lo anterior expuesto el concepto descrito por Angle sobre la oclusión dentaria marcó un hito en la historia de la odontología, al puntualizar un concepto exclusivo para la corrección ortodóntica. (Yanez, 2007)

BASES TEÓRICAS

2.2 FISIOLÓGÍA SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

2.2.1 FISIOLÓGÍA DE LA FONACIÓN

El aparato fonético está formado por un conjunto de aparatos que intervienen en la articulación de palabras y la formación del sonido.

Después de lo anterior expuesto, podríamos decir que el aparato fonético se divide en 3 partes:

Órganos de respiración: los pulmones, los bronquios y tráquea.

Órganos de la fonación: laringe, cuerdas vocales y los resonadores nasal, bucal y faríngeo.

Órganos de articulación: lengua, paladar, dientes, labios y la glotis.

El mecanismo sonoro inicial es el que hace posible la vibración del borde libre de las cuerdas vocales, que posteriormente pasara por el filtro que se encuentra en la faringe y de la cavidad bucal para posteriormente transformarse en vocales y consonantes. (Y, 2006)

Durante la etapa prefonatoria de preparación, los cartílagos y músculos de la laringe aproximan las cuerdas vocales entre sí, lo que posteriormente producirá un estrechamiento del conducto respiratorio. Entonces, el aire de los pulmones es impulsado a través de las cuerdas vocales por medio de una espiración activa. Cabe recalcar que gracias a la estructura laminar de las cuerdas vocales estas posibilitan la vibración de la mucosa para que al mismo tiempo se formen los llamados sonidos sonoros. (Lugo C, 2011)

Resulta oportuno mencionar que la laringe y, las cuerdas vocales son los principales dispositivos que participan en la producción de la voz.

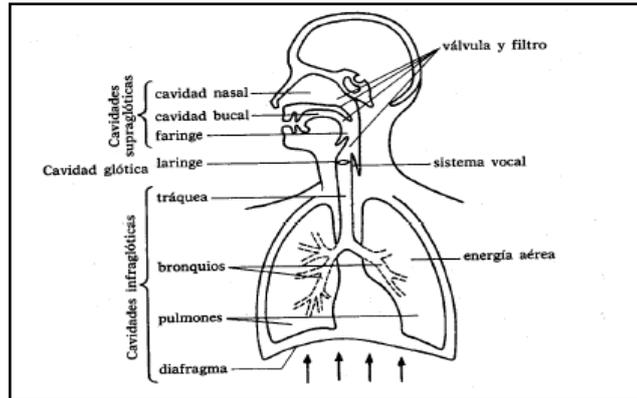


Fig. 1.- Conjunto del aparato fonador y respiratorio
 Imagen tomada de E. Martínez Celdrán (1984:76)

2.2.2 FISIOLÓGÍA DE LA DEGLUCIÓN

La deglución es un proceso muscular complejo, en el que actúan los músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal cuyo principal objetivo es el transporte del bolo alimenticio, al mismo tiempo que la limpieza del tracto respiratorio. Resulta oportuno mencionar que la deglución está presente desde la octava semana de la gestación, siendo una función de vital importancia, pues es necesaria para garantizar la supervivencia del individuo.

Cabe agregar que los niños degluten menos que los adultos, siendo su promedio de 700 a 1.000 veces por día, cuando los adultos degluten de 2.300 a 2.500 veces al día. (Aguilar Martha, 2009)

En este proceso fisiológico intervienen estructuras anatómicas diversas como son, la faringe, la laringe, el esófago y la cavidad bucal. Consta de cuatro etapas o fases diferentes, las dos primeras fases; de recogida y de transporte se realizan de forma voluntaria, mientras que las dos últimas se realizan de forma inconsciente y se encuentran bajo control automático y son la fase faríngea y esofágica. (Aguilar Martha, 2009)

2.2.2.1 FASE DE RECOGIDA

La comida se deposita en la parte anterior de la cavidad bucal, o en el dorso de la lengua que esta retraída, esto depende de la textura y tamaño de los alimentos digeridos. A continuación la parte posterior del dorso de la lengua se pone en contacto con el paladar blando, por consiguiente en esta fase los labios y los dientes no se contactan. (Jonas, 1992)



Fig. 2.- deglución: fase de recogida. Tomado de: Rakosi T. Jonas. Atlas de ortopedia maxilar. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.

2.2.2.2 FASE DE TRANSPORTE

1º Movimiento parcial

Básicamente en esta etapa, la lengua comienza con un movimiento de la punta hacia arriba y el segmento anterior del dorso de la lengua hacia abajo. En este proceso fisiológico intervienen estructuras anatómicas diversas como son, la faringe, la laringe, el esófago y la cavidad bucal.

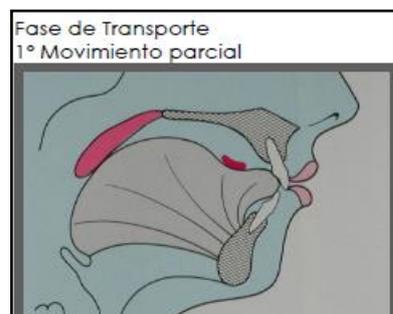


Fig. 3.- deglución: fase de transporte, 1º movimiento parcial. Tomado de: Rakosi T. Jonas. Atlas de ortopedia maxilar. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.

2º Movimiento parcial

La porción anterior de la lengua sube, y aparece una depresión en el segmento intermedio del dorso de la lengua, lo que permite la continuidad de la alimentación por el movimiento peristáltico de la lengua.

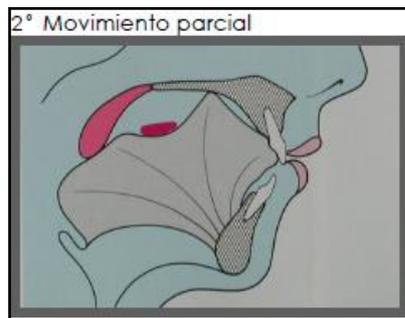


Fig. 4.- deglución: fase de transporte, 2º movimiento parcial. Tomado de: Rakosi T. Jonas. Atlas de ortopedia maxilar. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.

3º Movimiento parcial

Para finalizar la etapa de transporte, el paladar blando se eleva y se mueve hacia atrás. Al mismo tiempo los músculos labiales se contraen y los labios se cierran. La mandíbula sube y ocurre el contacto entre las piezas dentales.(Jonas, 1992)

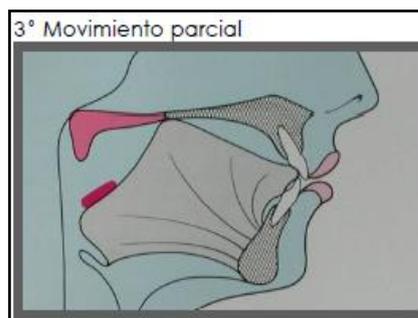


Fig. 5.- deglución: fase de transporte, 3º movimiento parcial. Tomado de: Rakosi T. Jonas. Atlas de ortopedia maxilar. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.

2.2.2.3 FASE FARÍNGEA

Durante este proceso el dorso de la lengua se deprime aun mas, para que los alimentos puedan pasar, la porción anterior de la lengua va en contra del paladar duro para empujar los alimentos. Cabe agregar que la nasofaringe se cierra, y las piezas dentales entran en oclusión céntrica y se produce por consiguiente el cerrado labial.

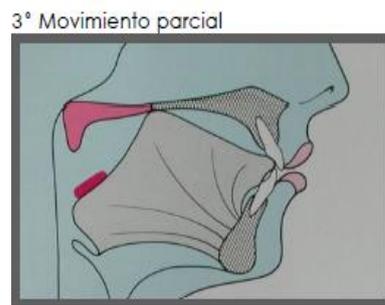


Fig. 6.- deglución: fase faríngea. Tomado de: Rakosi T. Jonas. Atlas de ortopedia maxilar. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.

2.2.2.4 FASE ESOFÁGICA.

En esta fase el bolo alimenticio comienza su paso a través de la parte superior del esfínter esofágico. Durante este proceso el esfínter esofágico inferior se abre, y esto otorga el paso del bolo alimenticio al estomago, al actuar como una válvula muscular. Al mismo tiempo que el dorso de la lengua sigue subiendo y va en contra del paladar blando, para comprimir el resto de los alimentos y hacerlos pasar al espacio orofaríngeo.

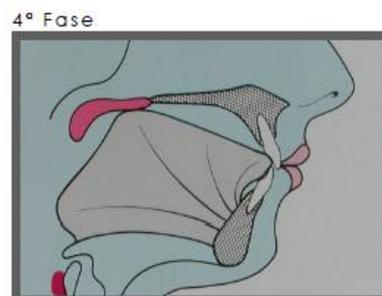


Fig. 7.- deglución: fase esofágica. Tomado de: Rakosi T. Jonas. Atlas de ortopedia maxilar. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.

Fin del acto de la deglución.

Una vez que termina el acto de la deglución, la mandíbula vuelve a la posición de descanso y las piezas dentales entran en oclusión céntrica.



Fig. 8.- deglución: Fin del acto de la deglución. Tomado de: Rakosi T. Jonas. Atlas de ortopedia maxilar. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.

Por lo tanto la deglución normal se produce por la constricción de los músculos elevadores y los músculos de la mandíbula (principalmente el masetero). (Jonas, 1992)

2.2.3 FISIOLÓGIA DE LA RESPIRACIÓN

La respiración es una actividad funcional muy importante porque influye notablemente en el desarrollo de la dentición y del crecimiento de la cara.

La respiración nasal es un proceso que consiste en la entrada del aire a través de las narinas, al mismo tiempo que sigue por la faringe, laringe, tráquea, bronquios y llega hasta los pulmones, en donde entra el oxígeno y posteriormente, se produce su salida o espiración, donde se efectúa la eliminación de dióxido de Carbono, este procedimiento es semiautomático. Durante el intercambio gaseoso, el aire rico en oxígeno llega a los alvéolos pulmonares, cabe mencionar que las paredes de los alvéolos son tan finas y elásticas que permiten el intercambio de gases. (Katya, 2013)

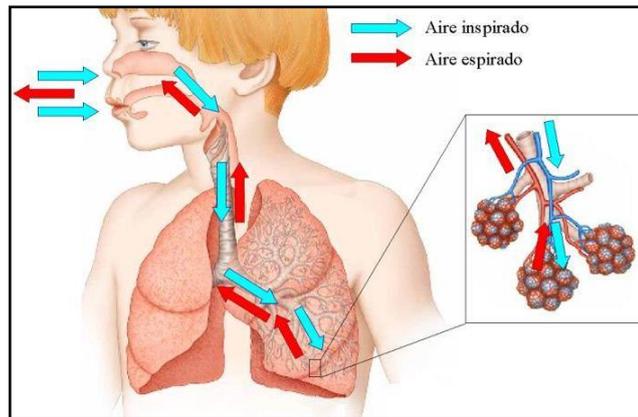


Fig. 9.- Respiración normal esquemática. Tomada de: Cabanilla Katia: proyecto integrador de saberes, enfermería. Accesado el 12/05/2014. Disponible en: http://pisenfermeriaamanualdigital.blogspot.com/2013_04_01_archive.html

2.2.4 FISIOLÓGÍA DE LA MASTICACIÓN

El conjunto de movimientos musculares semivoluntarios realizados por los maxilares, lengua y mejillas, tienen como objetivo generar la fuerza suficiente para triturar los alimentos en conjunto con las piezas dentales, disgregarlos posteriormente mezclarlos con las secreciones salivales, para producir el bolo alimenticio, para que este pueda ser fácilmente impulsada hacia el estómago, mediante el proceso de la deglución.

2.2.4.1 COMPONENTES DEL PROCESO MASTICATORIO

Maxilar Superior e Inferior, Piezas dentales, Músculos, Lengua y Mejillas.
La musculatura está dividida en grupos funcionales, tenemos:

Músculos elevadores y propulsores: Masetero y Pterigoideo interno

Músculo elevador y retractor: Temporal

Músculo para el descenso mandibular y propulsor: Pterigoideo interno

Músculos para el descenso mandibular y retractores: Milohioideo, Genihioideo y Digástrico.

Este grupo muscular esta bajo el control nervioso parasimpático del trigémino e hipogloso mayor. Resulta oportuno mencionar que durante la masticación existen patrones de movimiento, estos son:

Movimiento de apertura y cierre

Movimiento protrusivo

Movimiento de lateralidad derecha

Movimiento de lateralidad izquierda.(Da Silva Filho, 2004)

Las etapas del reflejo vertical son las siguientes:

Apertura voluntaria de la boca

Incisión

Corte y trituración de las grandes partículas

Molimiento final y preparación para la deglución. (Da Silva Filho, 2004)

Significado funcional del proceso masticatorio

En la primera etapa; etapa predigestiva se produce la disgregación de los alimentos, una vez triturados los alimentos se mezclan con las segregaciones salivales, cuanto mayor dure este proceso, mayor será la disgregación de los alimentos. El resultado final del procedimiento masticatorio es la formación de una masa fluida, de consistencia homogénea de nutrientes denominado bolo alimenticio, el cual se encuentra apto para ser llevado hacia el estomago mediante el proceso de la deglución.(Da Silva Filho, 2004)

2.2.5 HÁBITOS BUCALES: SIGNOS Y SÍNTOMAS

2.2.5.1 Hábito de succión digital

El hábito de succión digital está considerado como normal en la etapa de desarrollo, por lo general el hábito tiende a desaparecer a los 3 o 4 años

de vida. Sin embargo si el hábito persiste hasta los 6 o 7 años las alteraciones dentoalveolares ocasionaran retrognatismo del maxilar inferior, prognatismo dentoalveolar en el maxilar superior y mordida abierta anterior. La interposición impide directamente la erupción de los incisivos, al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y, como resultado, la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias normales.

Debido a la geometría de los maxilares, 1mm de elongación posterior abre la mordida anteriormente 2mm, lo cual contribuye notablemente el desarrollo de una mordida abierta. El grado de desplazamiento de las piezas dentales dependerá de la presión ejercida sobre ellos, de acuerdo a la intensidad el tiempo y la frecuencia del mismo. (Aguilar Roldan, 2011)

La succión podría explicarse en tres etapas

Etapa I.- (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):

Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.

Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II.- (Succión del pulgar clínicamente significativo):

De los 3 años a los 6 ó 7 años de edad.

Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.

Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

Definir programas de corrección.

Etapa III.- (Succión del pulgar no tratada):

Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión. Requiere tratamientos ortodónticos y psicológico. (Aguilar Martha, 2009)

2.2.5.2 Tipos de hábitos de succión

Succión del pulgar

Los músculos activos en este hábito (ptérigoideo externo) tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Al contraerse los músculos de los labios impiden que se rompa el vacío formado por el paso del aire.

Succión del dedo índice

Puede producir mordida abierta unilateral, y protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio

Puede producir una mordida abierta, y la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y anular

Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de incisivos o caninos, y retro inclinación de los incisivos centrales inferiores.

Succión de varios dedos

Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión. (Da Silva Filho, 2004)

2.2.5.3 Efectos bucales del hábito de succión digital

Protrusión de los incisivos superiores

Diastemas

Retroinclinación de los incisivos inferiores.

Mordida abierta anterior. (fig.10)

Mordida cruzada posterior.

Dimensión vertical aumentada

Prognatismo alveolar superior.

Estrechamiento, de la arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador). (Gonzales, 2012)



Fig. 10.- Mordida abierta anterior

Fuente: Alay B.P

2.2.6.1 Hábito de respiración bucal

La respiración nasal consiste en la entrada y salida del aire a través de las Fosas nasales o narinas, sigue por la faringe, laringe, tráquea, bronquios y llega hasta los pulmones, donde se produce el intercambio de gases.

Las alteraciones que produce la respiración bucal se dividen en dos tipos:

Por obstrucción funcional: en efecto existe la presencia de un obstáculo que impide la entrada o el flujo normal de aire a través de las fosas nasales. Por ejemplo, la presencia de adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones.

Hábitos bucales no funcionales: tenemos la deglución atípica, interposición lingual, y succión del pulgar. (Gonzales, 2012)

2.2.6.2 Métodos diagnósticos.

Examen de la función respiratoria.

Para poder emitir un buen diagnóstico y evaluar si un paciente es respirador bucal o no, debemos estar atentos desde el momento en el que el paciente ingresa a nuestro consultorio, para empezar debemos estar atentos a su manera de hablar, de expresarse, sus rasgos y características faciales, y si mantiene los labios cerrados o abiertos cuando está en reposo. En primer lugar procedemos a la anamnesis y al interrogatorio clínico de sus padres. Hecha la observación anterior debemos evaluar clínicamente la presencia de mal oclusiones, la posición de la lengua, la forma del paladar, si posee incompetencia labial, que son parte de las características que poseen los pacientes respiradores bucales. Al momento de realizar el examen clínico es importante tomar en cuenta el fenómeno del "Ciclo Nasal", el cual es un esquema donde la corriente de aire es alternada, entre una cavidad y la otra. Dicho fenómeno ocurre entre el 73% a 85% de los individuos, y normalmente se requieren de tres

a cuatro horas para completarlo. Durante este ciclo el flujo de aire nasal total permanece constante por lo que se refleja como un proceso fisiológico.(Barrios, 2001)

El reflejo nasal de Gudin.

El paciente deberá mantener la boca cerrada, el operador comprime las alas de la nariz durante 20 a 30 segundos, soltándolas rápidamente; la respuesta refleja será una dilatación inmediata de las narinas, en pacientes respiradores bucales la dilatación será muy poca o inexistente y por regla general tienden a auxiliarse abriendo ligeramente la boca para inspirar.

El espejo de Glatzel.

Colocamos un espejo bajo la nariz del paciente y le indicamos que inspire y espire. El espejo se empañara simétricamente, si el espejo no se empaña de alguno de los dos lados puede haber una obstrucción nasal respiratoria.

En los dos últimos test: El espejo de Glatzel y el reflejo de Gudin, debemos estar atentos al ciclo nasal. Estos estudios diagnósticos no son definitivos, la respuesta definitiva de si existe o no una obstrucción respiratoria nos la va a dar el otorrinolaringólogo quien hace pruebas con instrumentos especiales. Sin embargo es nuestro deber como odontólogos, reconocer este hábito para poder referirlo oportunamente, y así poder aplicar el tratamiento indicado, una vez eliminado el factor causal.(Barrios, 2001)

2.2.6.3 Características faciales y dentarias de la respiración bucal

Síndrome de la cara larga. (fig.11).

Mordida cruzada posterior.

Retrognatismo del maxilar inferior.

Labio superior corto e hipotónico

Labios agrietados y resecos.

Paladar profundo y estrecho. (fig.12)

Arcada superior en forma triangular.

Vestibuloversión de incisivos superiores...

Apiñamiento

Encías hipertróficas y sangrantes.(Castillo Claudia, 2012)



Fig.- 11.- Síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, mejillas flácidas y apariencia de ojeras.

Fuente: Alay B.P



Fig.-12.- Paladar alto y estrecho, asociado a las características propias del respirador bucal.

Fuente: Alay B.P

2.2.7.1 Hábito de deglución infantil o atípica

La deglución infantil o atípica, llamada también interposición lingual, se produce cuando el patrón de deglución infantil persiste luego de la erupción de los dientes anteriores. Así mismo por el desequilibrio entre la musculatura peribucal, respiración bucal, hábito de succión digital. Se caracteriza por la contracción labial en el momento de la deglución y por la presencia de mordida abierta anterior, que normalmente acompaña esta disfunción. En ocasiones, se puede afirmar también, que la deglución infantil se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior. Es evidente entonces que si no existiera una mordida abierta anterior, la lengua no obstruiría ese hueco para lograr el correcto sellado durante la deglución. (Blanco Vanessa, 2013)

Etiología del hábito de deglución atípica:

La alimentación artificial por medio del biberón.

Amígdalas inflamadas.

Desequilibrio del control nervioso.

Macroglosia.

Anquiloglosia.

Perdida temprana de las piezas anteriores y presencia de diastemas.

Factores ambientales como la respiración bucal, hábito de succión digital.

Tipos de deglución atípica:

Con presión atípica del labio. (Interposición labial)

Con presión atípica de lengua. (Interposición lingual)

A continuación será detallada cada uno de los diferentes hábitos de deglución atípica.

2.2.7.2 Deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial)

Esta anomalía ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, el sellado de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se va a interponer entre los incisivos superiores e inferiores. Ante la situación planteada los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose y vestibularizándose. El labio superior adquiere un aspecto de labio corto (hipotónico). Al mismo tiempo el labio inferior se torna cada vez más hipertónico así como los músculos del mentón. (Gonzales, 2012)

2.2.7.3 Deglución con presión atípica de la lengua.

En el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose en ocasiones entre premolares y molares. Al mismo tiempo la contracción de los labios y comisuras provoca un estrechamiento del arco, de caninos y del musculo mentoniano. (Aguilar Martha, 2009)

La deglución con presión atípica de la lengua se clasifica en:

TIPO I: No causa deformación.

TIPO II: Con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son: mordida abierta anterior, vestibuloversión, mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordía cruzada posterior.

TIPO III: Con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares. Las deformaciones resultantes son: mordida abierta lateral, y mordida cruzada.

TIPO IV: Con presión lingual anterior y lateral: Las maloclusiones resultantes son: mordida abierta anterior y lateral, mordía abierta anterior

lateral con vestibuloversión, mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior. (Blanco Vanessa, 2013)

2.2.8.1 Hábito de succión labial

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet. (Gonzales, 2012)

2.2.8.2 Efectos bucofaciales de la interposición labial

Protrusión dentoalveolar superior.

Retroinclinación de incisivos inferiores.

Labio superior hipotónico.

Labio inferior hipertónico.

Incompetencia labial.

Hipertrofia del musculo mentoniano.

Mordida profunda.

Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.

Retrognatismo mandibular.(Gonzales, 2012)



Fig.-13.- Mordida profunda, asociada al hábito de succión labial

Fuente: Alay B.P

2.2.9 FACTORES PARA QUE UN HÁBITO SEA CONSIDERADO DEFORMANTE

2.2.9.1 Factores ambientales

Según Proffit, existen factores externos que pueden afectar el equilibrio en el que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas. El efecto de una fuerza ambiental que altere este equilibrio depende fundamentalmente de su duración, frecuencia y no de su intensidad. Esto significa que cualquier tipo de fuerza que no actúe de forma constante por un mínimo de 6-7 horas, sea cual sea la magnitud de la fuerza, no tendrá implicación alguna sobre las estructuras dentales y esqueléticas porque no alterará el equilibrio en que se encuentran las piezas dentales (Bodorni, 2010)

2.2.9.2 Alteraciones musculares

La alteración de los músculos faciales producirá alteraciones en la armonía en que se encuentran las piezas dentales. El desequilibrio muscular juega un papel importante en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático. La importancia de un correcto balance muscular y su función ha sido reconocida durante muchos años ya que los patrones anormales y hábitos nocivos contribuyen a favorecer, provocar o recidivar maloclusiones dentales.

Las características de los músculos y los patrones de acción pueden ser heredados genéticamente. Sin embargo también plantean que las fuerzas genéticas pueden ser modificadas por las circunstancias ambientales, modificando así el crecimiento y desarrollo. Diversas investigaciones plantean que la falta de función altera la forma y relacionan esto directamente a la alta prevalencia de desequilibrio muscular y adquisición de hábitos viciosos en pacientes que no recibieron alimentación materna o que solo lo hicieron por un período corto. Después de lo anterior expuesto, un ejemplo de ello es la respiración bucal, que altera por la ruptura del

equilibrio intermuscular e interdentario el orbicular de los labios, que es el único músculo que cierra la boca por delante, mantiene la curva de las arcadas dentarias y como sostén de las fuerzas internas de la boca, al encontrarse separados el tono muscular disminuye, se rompe el equilibrio linguo- vestibular y los dientes se van poco a poco vestibularizando.

Resulta oportuno mencionar que la fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia adelante en el hábito de la protracción lingual puede producir mordida abierta anterior pues la patología puede ser tan dañina que involucran a los tejidos de soporte. (Beatriz, 2006)

2.2.9.3 Problemas nutricionales

El problema a través de recientes estudios científicos que los niños con bajo peso al nacer y problemas de malnutrición, presentan retardos en el brote dentario, durante el período de dentición mixta temprana; estos trastornos en la erupción dentaria pueden causar anomalías en la posición de los dientes, provocando maloclusiones dentarias. Sobre la base de las consideraciones anteriores el perímetro del arco también se ve afectado en los niños de bajo peso al nacer y con problemas en la nutrición, lo cual es un factor predisponente en las maloclusiones futuras por una mayor tendencia a la discrepancia hueso diente negativa.

La desnutrición tiene sus consecuencias en el sistema estomatognático; donde se han podido diagnosticar déficit en la calidad y textura del tejido hecha la observación anterior tenemos las siguientes anomalías: hipoplasia del esmalte, caries dental, hipodoncia, secuencia de erupción alterada, mayor incidencia de maloclusiones, retardo en el cierre apical, mordida abierta anterior acompañada de apiñamiento, y síndrome de insuficiencia nasal respiratoria. (Suarez, 2005)

A manera de resumen final asociado a la desnutrición puede existir un baja ingesta de nutrientes, como vitaminas (A, B, C, D), zinc, hierro, entre

otros. La desnutrición afecta la calidad de los tejidos de formación y los índices de calcificación con secuelas en los maxilares y piezas dentales:

Uno de los factores más importantes relacionados con la nutrición es el ambiente socioeconómico que rodea al individuo, y al cual se quiere evaluar su estado nutricional. Algunos pacientes sufren de malnutrición por dificultades en la adquisición de alimentos, por distorsiones de la vida familiar, desempleo, drogadicción, etc., El análisis de la situación social familiar permite identificar los factores que pueden ser la causa de un alterado estado nutricional de los niños. (Blanco Cedres, 2005)

2.2.9.4 Factores psicológicos

Las personas que manifiestan cualquier tipo de hábitos son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación. Cabe recalcar que en aquellos hogares donde existen tensiones entre los padres, situaciones anormales rivalidades, los niños tienden a manifestar este tipo de comportamiento.

Un ejemplo de ello es el hábito de la onicofagia, este hábito generalmente es impulsado por razones psicológicas, resaltando sentimientos como la ansiedad, el miedo, la angustia, el nerviosismo, el estrés, la frustración, el aburrimiento, entre muchos otros.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar. Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables; mientras que una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo.

Una familia donde se abuse física, psicológicamente o simplemente por negligencia, no cumple de manera óptima con sus funciones básicas y se convierte en fuente de insatisfacciones y malestar y es capaz de generar conductas que rompen el equilibrio, biológico, psicológico y social que debe tener todo individuo para su desarrollo saludable, siendo unas de las conductas adoptadas el hábito de succión digital.(Bustamante, 2011)

2.2.9.5 Planes de prevención

Terapia miofuncional:

“Es el conjunto de procedimientos y técnicas para reeducar patrones musculares inadecuados”...“Con referencia a los problemas que se tratan es de resaltar que es un sistema terapéutico que ha sido desarrollado para corregir una musculatura desequilibrada y hábitos de tragar anormales”(Bernard, 2000:12)

El método de corrección para el desequilibrio bucofacial, se basa en tres aspectos fundamentales:

La motivación por parte del paciente y de los padres es la clave para el éxito terapéutico

El éxito del régimen de tratamiento debe envolver las áreas de la función muscular que se desarrolla de manera anormal.

La nueva conducta aprendida como patrón de los músculos bucofaciales debe estar firmemente establecida como parte normal de la función individual.

El objetivo principal de la Terapia miofuncional es la creación de una adecuada coordinación de la musculatura orofacial, y de esta manera, ayudar al crecimiento y desarrollo de una oclusión normal.

Estas técnicas nos ayudan a:

Equilibrar las estructuras dentoalveolares implicadas y las estructuras musculares a nivel orofacial.

Crear nuevos patrones neuromotores de comportamiento

Ejercicios miofuncionales recomendados para el hábito de deglución infantil

Reeducación de la posición lingual.- usar una pastilla de menta, en donde se le indica al niño que mantenga la misma con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras se mantiene así a la menta, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir. Tonifica los músculos de la base de la lengua, contrae los músculos de la masticación, estimula los impulsos propioceptivos de la deglución.

Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos: Los retractoros.- que poseen como objetivo principal el evitar, que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: tenemos rejillas o trampa lingual removible.(Taborda, 2011)



Fig. 14.- Aparatología removible, rejilla lingual. Tomada de: Laboratorio de Ortodoncia Ortosol. Madrid. Accesado el 2/06/2014 en: <http://www.ortodonciaortosol.es/placa-expansion-con-reja/>

Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.

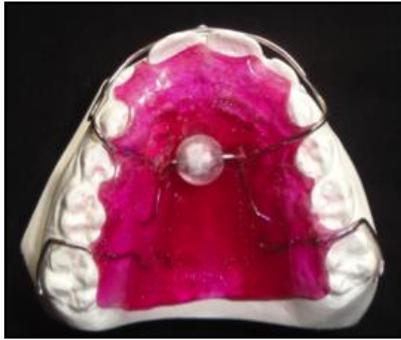


Fig. 15.- Aparatología removable, Perla de Tucac en un retenedor tipo Hawley. Tomada de: Blog de complementación de Laboratorio de Ortodoncia, Consultado el 2/06/2014 en:http://ortodoncia-openlab-2012.blogspot.com/2012_11_01_archive.html

Ejercicios miofuncionales recomendados para el hábito de succión digital.

Tratamientos psicológicos: como principal objetivo se debe explicar al niño mediante modelos de yeso y láminas ilustrativas en presencia de sus padres, las consecuencias que produce el hábito de la succión digital. Se les deberá explicar de forma clara y precisa los problemas estéticos que ocasiona, en cada una de las visitas, se refuerza y se le felicita de alguna manera si ha mejorado: (Beatriz, 2006)

Ejercicios miofuncionales recomendados:

Cierre labial: Se deberá mantener el cepillo dental en sube y baja por aproximadamente 5 minutos , con una frecuencia de una vez al día manteniéndola arriba durante 5 segundos. Este procedimiento estimula los orbiculares y contrae el mentoniano. (Urrieta E, 2008)

A.- Ejercicio miofuncional y aparatología removible



Fig. 16.- Ejercicio miofuncional para producir el cierre labial. Tomada de: Carmen T. Medina A, Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria, 2010.

Entre la aparatología removible tenemos: el arco de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.



Fig. 17.- Aparatología removible, retenedor tipo Hawley con rejilla palatina y tornillo de expansión. Paola Taborda, Patrones de aparatología. Accesado el 2/06/2014 en: <http://aportodoncia.blogspot.com/2011/08/placa-de-hawley-con-tornillos-y-planos.html>

Ejercicios miofuncionales recomendados para el hábito de respiración bucal.

El tratamiento de la respiración bucal requiere un equipo multidisciplinario. Se recomienda referir al paciente con un otorrinolaringólogo, una vez eliminado el factor causal, es necesario rehabilitar los músculos por medio de terapia miofuncional para promover el cierre labial, y posteriormente el uso de una placa vestibular o Trainer las cuales impedirán el paso del aire a través de la cavidad bucal. (Beatriz, 2006)



Fig. 17.- Sistema Trainer, para reeducar la respiración. Tomada de: Jorge Pavic, clínicas Pavic, técnicas en aparatos correctivos, 2013. Accesado el 2/06/2014 en: <http://ortodonciapavic.cl/especialidades/tecnicas-en-aparatos-correctivos-frenillos/>

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 TERAPIA MIOFUNCIONAL.-disciplina que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir disfunciones orofaciales, mediante la creación de nuevos patrones musculares.(Beatriz, 2006)

2.3.2 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.- unidad funcional de órganos y tejidos que permiten comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir y se encuentra ubicado en la cavidad oral, abarcando parte también del cráneo, la cara y el cuello (Morán Vanessa, 2013)

2.3.3 ONICOFAGIA.-es el hábito de comerse las uñas, es una patología de carácter psicológico, este hábito puede modificar las arcadas, generando una mordida “bis a bis”(Aguilar Martha, 2009)

2.3.4 INCOMPETENCIA LABIAL.-se refiere a la falta de sellado de los labios; al no haber un sellado labial se produce una pérdida de tonicidad del labio superior que se hace hipotónico, mientras que el labio inferior tratando de alcanzar al antagonista se vuelve hipertónico(Martinez Hector, 2011)

2.3.5 MORDIDA PROFUNDA.-se produce cuando los dientes del segmento anterior inferior ocluyen por detrás y por dentro de los dientes del segmento dentoalveolar superior, contactando profundamente con los dientes superiores.(Y, 2006)

2.3.6 FACIES ADENOIDEA.- se presenta por lo general en los niños que sufren de vegetaciones adenoideas o de otras causas de obstrucción de la nasofaringe. El aspecto característico de la cara consiste en expresión de desinterés, boca entreabierta, cara alargada.(Y, 2006)

2.3.7 MACROGLOSIA.-es un trastorno en que la lengua es más grande de lo normal, causado por un aumento en la cantidad de tejido de la lengua, y no debido a un crecimiento como sería en el caso de un tumor.(Martinez Hector, 2011)

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, “...para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad,

rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados”.

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude.

Esos resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

Los elementos apuntados evidencian la importancia de este momento en la vida académica estudiantil, que debe ser acogido por estudiantes, tutores y el claustro en general, como el momento cumbre que lleve a todos a la culminación del proceso educativo pedagógico que han vivido juntos.

2.5 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Los hábitos disfuncionales constituyen factores de riesgo de anomalías dentomaxilares en el sistema estomatognático de paciente en crecimiento y desarrollo.

2.6 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Sistema estomatognático de pacientes en crecimiento y desarrollo.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Hábitos disfuncionales, anomalías de partes blandas anomalías dentoalveolares, anomalías de oclusión. Succión labial, Succión digital, Respiración bucal, Deglución atípica, Onicofagia.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Variable Dependiente: Sistema estomatognático de pacientes en crecimiento y desarrollo	Conjunto de órganos y tejidos que permiten comer, hablar, pronunciar, masticar, deglutir Se encuentra ubicado en la cavidad oral, abarcando parte también del cráneo, la cara y el cuello.		
Variable Independiente: Hábitos disfuncionales	Es la práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que afecta tanto la estética como la función, provocando desde desplazamientos dentales, colapso de los maxilares y por consiguiente mordidas abiertas.	Esta variable se medirá a través de las siguientes dimensiones	
		Por la presencia de hábitos de succión digital	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Por la presencia de hábitos de respiración bucal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Por la presencia de hábitos de succión labial,	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Por la presencia de hábitos de onicofagia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES
Variable independiente: Anomalías de partes blandas	El desequilibrio muscular juega un papel importante en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático.	Labio superior Labio inferior Sellado labial Dilatación narinas Respiración	Normal <input type="checkbox"/> Hipotonico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipertonico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Bucal <input type="checkbox"/>
Anomalías dentoalveolares	Son aquellas alteraciones en la oclusión, que se interpretan como deformaciones que afectan la estética y la función.	Mordida abierta Protrusión dentoalveolar Retrusión dentoalveolar Mordida profunda Mordida cruzada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Anomalías de oclusión	Son aquellas alteraciones producidas por la desarmonización de las piezas dentales.	Relación Molar derecha e izquierda Guía canina derecha e izquierda Plano terminal	Clase I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Clase I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Recto <input type="checkbox"/> Mesial <input type="checkbox"/> Distal <input type="checkbox"/>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. En él se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas y procedimientos que fueron utilizadas para llevar a cabo dicha investigación.

Los autores clasifican los tipos de investigación en tres: estudios exploratorios, descriptivos y explicativos (por ejemplo, Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1965; y Babbie, 1979). Sin embargo, para evitar algunas confusiones, en este libro se adoptará la clasificación de Dankhe (1986), quien los divide en: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

Esta clasificación es muy importante, debido a que según el tipo de estudio de que se trate varía la estrategia de investigación. El diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo y otros componentes del proceso de investigación son distintos en estudios exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. En la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro clases de investigación

3.1 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de tipo transversal realizada en niños de la escuela Esperanza Caputi Olvera en edades comprendidas entre 5 y 11 años de edad.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación clínica, descriptiva y exploratoria. Porque se realizó examen clínico a los niños, con el objetivo de determinar la frecuencia de las anomalías dentoalveolares asociadas a hábitos deformantes durante la niñez.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Hoja de datos diseñada para el efecto (anexo 1)

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 200 niños/as de 5 a 11 años de la escuela primaria Esperanza Caputti Olvera.

La muestra estuvo constituida por 200 niños/as que se encontraban dentro del grupo de edad del objeto de estudio.

Criterios de inclusión:

Todos lo que aceptaron participar en nuestra investigación.

Todos los niños que se encontraban dentro del grupo de edad

Criterios de exclusión:

Los pacientes que no estaban comprendidos entre las edades de 5 a 11 años.

Todos los que no estuvieron de acuerdo a participar en nuestro estudio.

3.5 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La fase conceptual de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos

del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado

La formulación de la pregunta de investigación.- En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que presenta a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación

Descripción de marco de referencia de nuestro estudio. Desde que perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación. Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

La **fase metodológica** es una fase de diseño en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el “traje” que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea original. Sin una conceptualización adecuada del problema de investigación en la fase anterior, resulta muy difícil poder concretar las partes que forman parte de nuestro diseño.

Elección del diseño de investigación. ¿Qué diseño se adapta mejor al objeto de estudio? ¿Queremos describir la realidad o queremos ponerla a prueba? ¿Qué metodología nos permitirá encontrar unos resultados mas ricos y que se ajusten mas a nuestro tema de investigación?

Definición de los sujetos del estudio. ¿Quién es nuestra población de estudio? ¿Cómo debo muestrearla? ¿Quiénes deben resultar excluidos de la investigación?

Descripción de las variables de investigación. Acercamiento conceptual y operativo a nuestro objeto de la investigación. ¿Qué se entiende por cada una de las partes del objeto de estudio? ¿Cómo se va a medirlas?

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos. ¿Desde qué perspectiva se aborda la investigación? ¿Que herramientas son las más adecuadas para recoger los datos de la investigación? Este es el momento en el que decidimos si resulta más conveniente pasar una encuesta o “hacer un grupo de discusión” si debemos construir una escala o realizar entrevistas en profundidad. Y debemos explicar además como vamos analizarlos datos que recojamos en nuestro estudio.

La última fase, **la fase empírica** es sin duda la que nos resulta más atractiva.

Recogida de datos.- En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente.

Análisis de los datos.- los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Interpretación de resultados.- Un análisis meramente descriptivo de los datos puede resultar poco interesante tanto para el investigador como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tiene lugar y analizarlos a la luz de trabajos anteriores enriquece sin duda el estudio llevado a cabo.

Difusión de los resultados.- una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad aparte de la satisfacción personal de haberla llevado a cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigador.

4.- ANALISIS DE RESULTADOS

Cuadro N°1

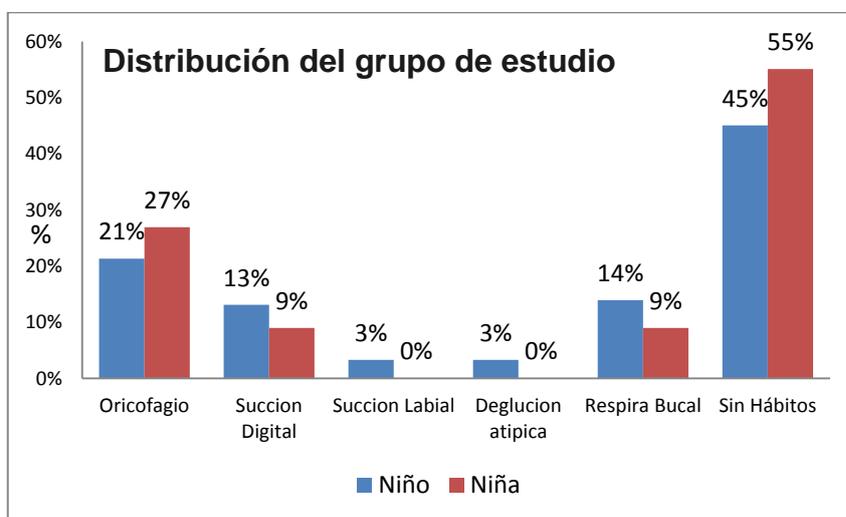
Tabla de distribución del grupo de estudio por edad y sexo.

Distribución del grupo de estudio				
Años	Niños		Niñas	
5	6	5%	7	9%
6	14	14%	13	17%
7	31	25%	16	21%
8	15	12%	16	21%
9	12	10%	8	10%
10	21	17%	11	14%
11	23	19%	7	9%
Total	122	100%	78	100%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.-la presente tabla evidencia el grupo total de pacientes dividido por edad y sexo, con su respectivo porcentaje. Siendo el grupo de edad de 7 años el de mayor porcentaje (25%) de la población de estudio. Mientras que en el estudio realizado en Venezuela en el año 2012 por Suarez E y Salas W, el universo estuvo constituido por 120 pacientes, siendo el grupo de edad de 10 y 11 años el de mayor porcentaje con un (48,3%).

Gráfico N°1



Cuadro N°2

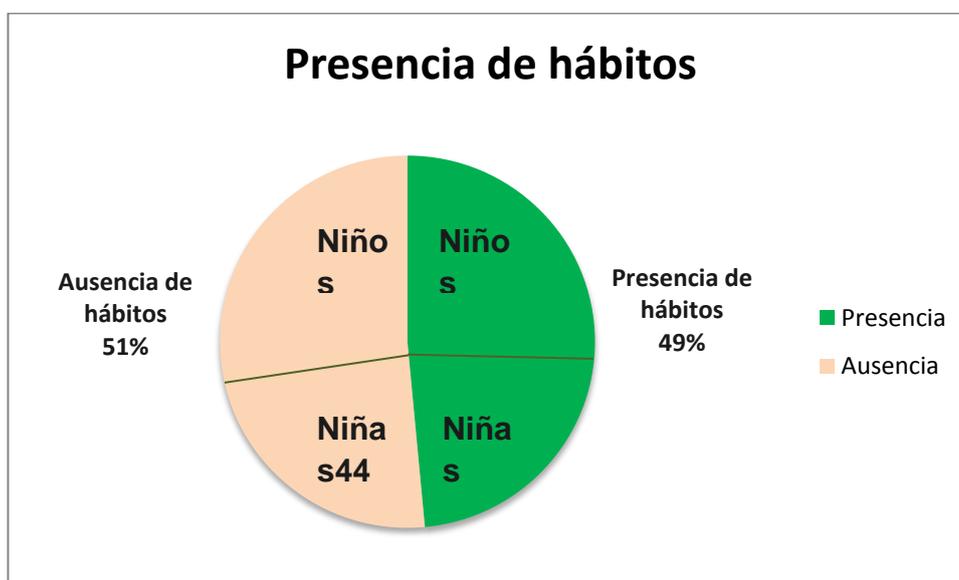
Tabla de frecuencia de hábitos por sexo.

Presencia de hábitos					
	SI			NO	
Niños	67	55%		55	56%
Niñas	55	45%		43	44%
Total	122	Global	49%	98	Global 51%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.-la presente tabla indica el universo de estudio dividido en pacientes portadores de hábitos (49%) y no portadores de hábitos (51%).A diferencia de un estudio realizado por Maureen G. y Clotilde M, en Cienfuegos, Cuba, 2006, donde la población estudiada fue de 176 niños, el (60,2%) presento hábitos deformantes. Y el (39,8%) no.

Gráfico N°2



Cuadro N°3

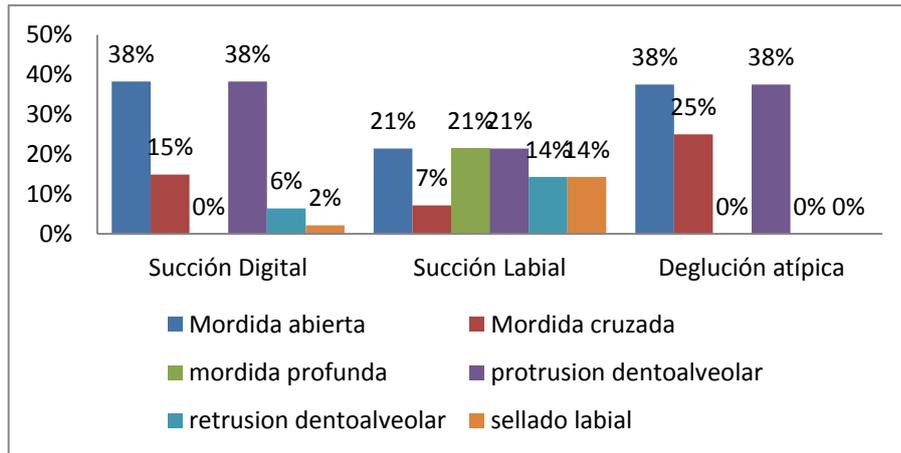
Identificación de anomalías dentoalveolares más frecuentes asociadas a hábitos deformantes, succión labial, deglución atípica y succión digital

Mal Oclusiones	Succión Digital		Succión Labial		Deglución atípica	
Mordida abierta	18	38%	3	21%	3	38%
Mordida cruzada	7	15%	1	7%	2	25%
mordida profunda	0	0%	3	21%	0	0%
Protrusión dentoalveolar	18	38%	3	21%	3	38%
Retrusión dentoalveolar	3	6%	2	14%	0	0%
Sellado labial	1	2%	2	14%	0	0%
Total	47	100%	14	100%	8	100%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.- la protrusión dentoalveolar y mordida abierta se presentó en un (38%) c/u, son las anomalías dentoalveolares de mayor prevalencia en el grupo de pacientes que presento hábitos de succión digital, succión labial y deglución atípica. Del mismo modo que en el estudio realizado por Suarez E y Salas W, en Venezuela en el año 2012, la anomalía dentoalveolar de mayor prevalencia representada por el (44.1%) de la población examinada, es la mordida abierta

Gráfico N°3



Cuadro N°4

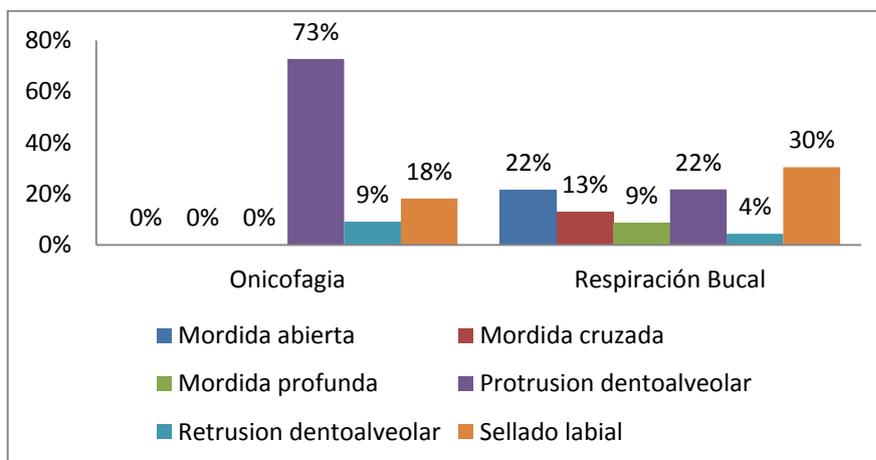
Identificación de anomalías dentoalveolares más frecuentes asociadas a hábitos de respiración bucal y a la onicofagia.

Mal Oclusiones	Onicofagia		Respiración Bucal	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Mordida abierta	0	0%	5	22%
Mordida cruzada	0	0%	3	13%
Mordida profunda	0	0%	2	9%
Protrusión dentoalveolar	8	73%	5	22%
Retrusión dentoalveolar	1	9%	1	4%
Incompetencia labial	2	18%	7	30%
Total	11	100%	23	100%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.-la presente tabla indica que la protrusión dentoalveolar en un (73%) es la anomalía de mayor prevalencia en pacientes que presentaron onicofagia, y la incompetencia labial asociada a anomalías dentoalveolares en pacientes respiradores bucales en un (30%). En el estudio realizado por Sáenz A, en México, 2010, la mordida profunda como anomalía dentoalveolar asociada al hábito de respiración bucal tuvo mayor prevalencia (57.1%).

Gráfico N°4



Cuadro N°5

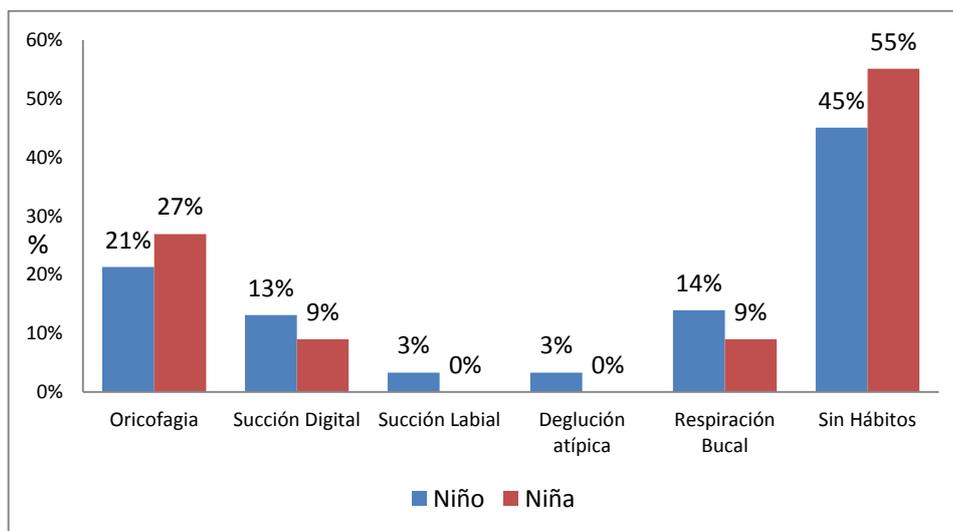
Identificación de la presencia de hábitos deformantes según el sexo.

Hábitos	Niño		Niña	
Onicofagia	26	21%	21	27%
Succión Digital	16	13%	7	9%
Succión Labial	4	3%	0	0%
Deglución atípica	4	3%	0	0%
Respiración Bucal	17	14%	7	9%
Sin Hábitos	55	45%	43	55%
total	122	100%	78	100%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.-la presente tabla evidencia que el hábito de onicofagia se presentó como el hábito de mayor prevalencia en niños en un (21%), al igual que las niñas en un (27%). En un estudio realizado por Aguilar M, en España, el hábito de mayor prevalencia fue la onicofagia en un (44.4%), los niños en un (40.3%) y las niñas en un (49%) respectivamente

Gráfico N°5



Cuadro N°6

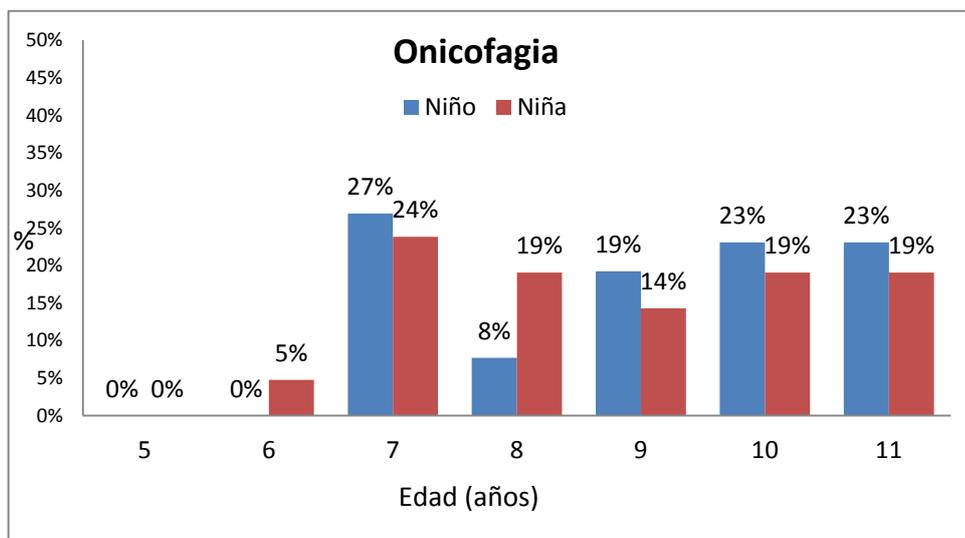
Prevalencia del hábito de onicofagia por edad y sexo.

Onicofagia				
Años	Niño		Niña	
5	0	0%	0	0%
6	0	0%	1	5%
7	7	27%	5	24%
8	2	8%	4	19%
9	5	19%	3	14%
10	6	23%	4	19%
11	6	23%	4	19%
Total	26	100%	21	100%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.- la presente tabla indica que el hábito de onicofagia se presentó con mayor prevalencia en niños de 7 años en un (27%), al igual que las niñas en un (24%) a la misma edad. En un estudio realizado por Aguilar M, en España, la onicofagia estaba presente en el 44,4% de los alumnos estudiados, con un (38,6%) a los 6 años, un (42,3%) a los 8-9 y un (51,65) a los 11 años, encontrándose diferencias al comparar niños con un (40,3%) y las niñas (47%) respectivamente.

Gráfico N°6



Cuadro N°7

Prevalencia del hábito de succión digital por edad y sexo.

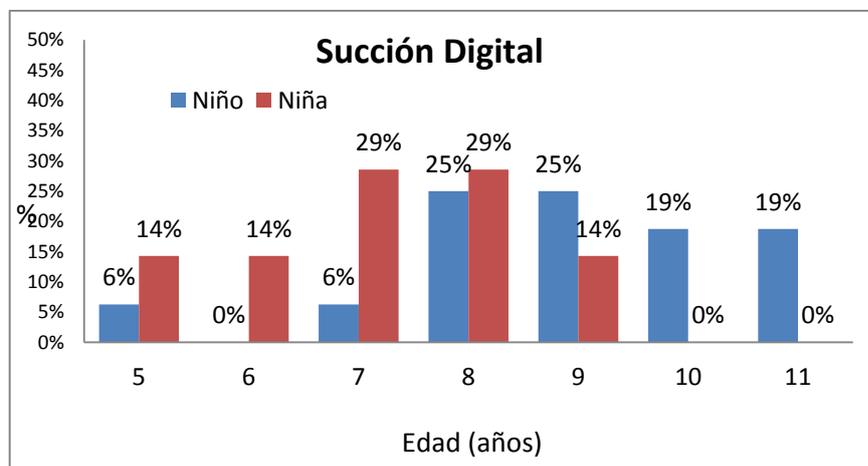
Succión Digital				
Años	Niño		Niña	
5	1	6%	1	14%
6	0	0%	1	14%
7	1	6%	2	29%
8	4	25%	2	29%
9	4	25%	1	14%
10	3	19%	0	0%
11	3	19%	0	0%
Total	16	100%	8	100%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.- la presente tabla evidencia que el hábito de succión digital se presentó con mayor prevalencia en niños de 8 y 9 años en un (25%) respectivamente, y en las niñas en un (29%) a la edad de 7 y 8 años del total de la población estudiada. Mientras que en un estudio realizado por Aguilar M, en España, del total de los alumnos, el (3,9 %) mantenía la succión digital en el momento del estudio, siendo la distribución por edad la siguiente: (7,9%) a los 6 años, (3,6% a los 8-9, y

(0,9%) a los 11 años. La prevalencia del hábito de succión digital es similar a la recogida por Bishara, un (4%) a la edad de 8 años.

Gráfico N°7



Cuadro N°8

Prevalencia del hábito de succión labial por edad y sexo.

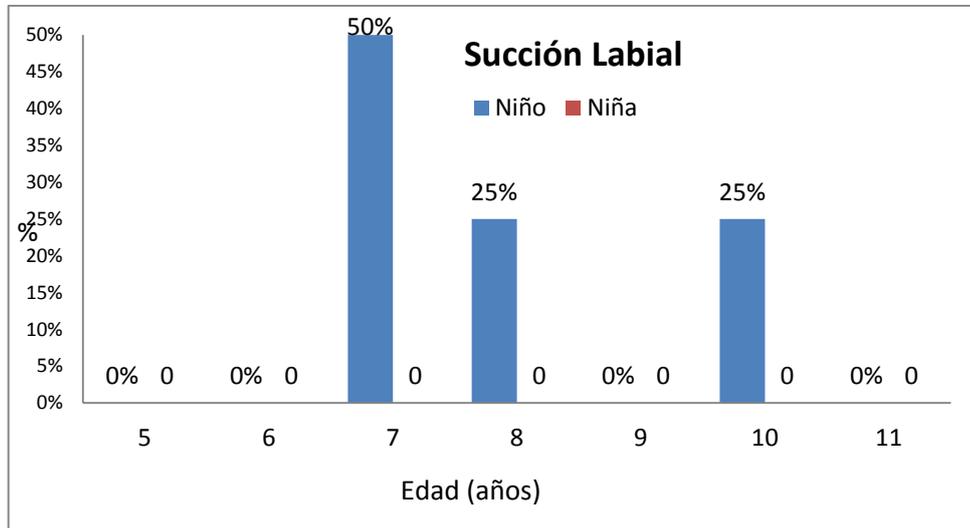
Succión Labial				
Años	Niño		Niña	
5	0	0%	0	0%
6	0	0%	0	0%
7	2	50%	0	0%
8	1	25%	0	0%
9	0	0%	0	0%
10	1	25%	0	0%
11	0	0%	0	0%
Total	4	100%	0	0%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.-la presente tabla indica que el hábito de succión labial se presentó con mayor prevalencia en niños de 7 años en un (50%), no presentándose el hábito en el género femenino. Mientras que en un estudio realizado por Urrieta E y López I, en la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho en el período de Julio a Diciembre de 2006, el hábito de

succión labial estaba presente en el (2,38%) en el género femenino a la edad de 8 años, no encontrándose casos en el género masculino.

Gráfico N°8



Cuadro N°9

Prevalencia del hábito de respiración bucal por edad y sexo.

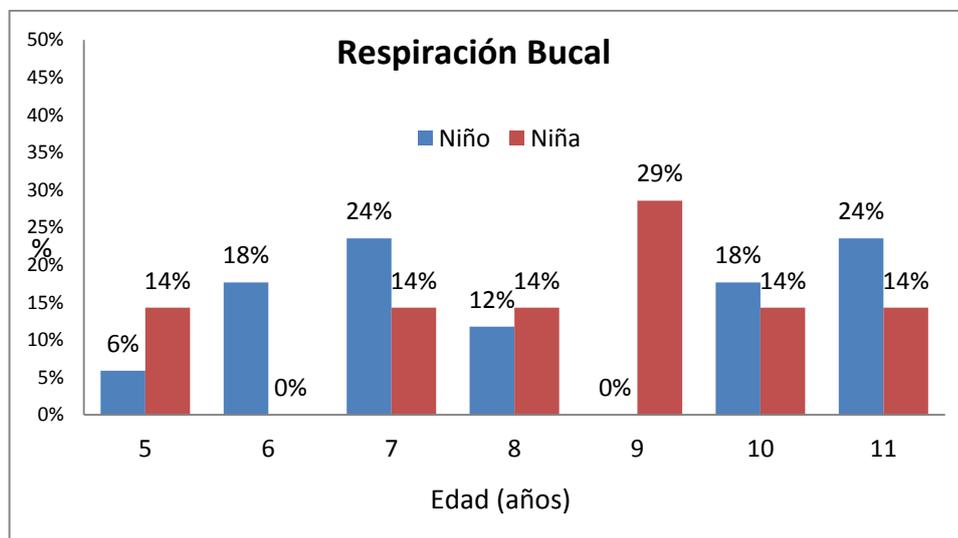
Respiración Bucal				
Años	Niño		Niña	
5	1	6%	1	14%
6	3	18%	0	0%
7	4	24%	1	14%
8	2	12%	1	14%
9	0	0%	2	29%
10	3	18%	1	14%
11	4	24%	1	14%
Total	17	100%	7	100%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.-la presente tabla evidencia que el hábito de respiración bucal tuvo mayor prevalencia en niños de 7 y 11 años en un (24%) c/u, y en las niñas en un (29%) a la edad de 9 años. En un estudio realizado por Aguilar M, en España, del total de los alumnos, que presentaban respiración oral no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas al comparar niños y niñas entre sí (40%) a la edad de 8 años y (34,4%) entre 7 y 9 años respectivamente.

Gráfico N°9



Cuadro N°10

Prevalencia del hábito de deglución atípica por edad y sexo.

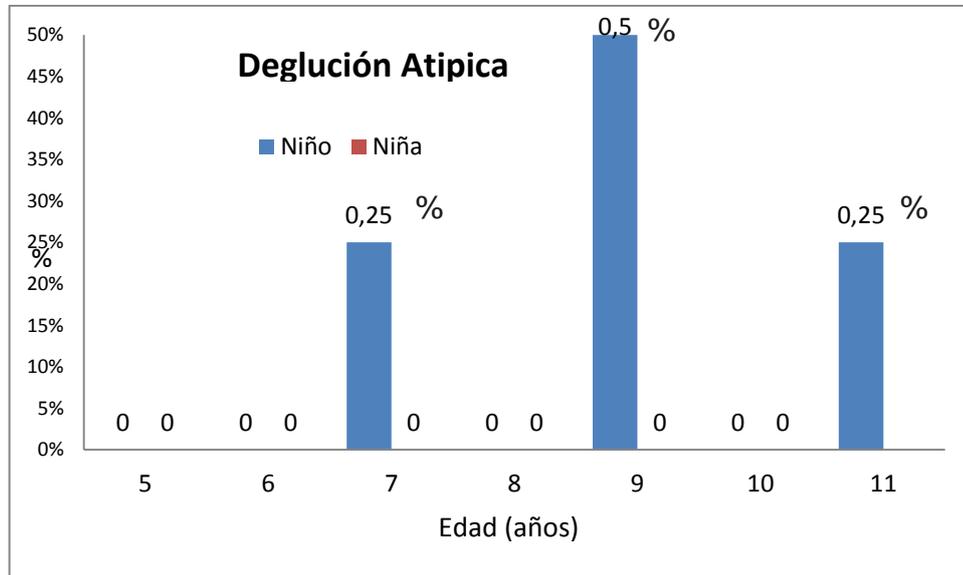
Deglución atípica				
Años	Niño		Niña	
5	0	0%	0	0%
6	0	0%	0	0%
7	1	25%	0	0%
8	0	0%	0	0%
9	2	50%	0	0%
10	0	0%	0	0%
11	1	25%	0	0%
Total	4	100%	0	0%

Fuente: Alay B.P

Análisis y discusión.-la presente tabla indica que el hábito de deglución atípica se presentó con mayor prevalencia en niños de 9 años en un (50%), no presentándose el hábito en el género femenino. Mientras que en el estudio realizado por Suarez E Y Salas W, en Venezuela en el año 2012, el hábito de deglución atípica se presentó con mayor prevalencia en

niños y niñas de 5 a 9 años en un (50%) del total de la población estudiada.

Gráfico N°10



5. CONCLUSIONES

Se establece que cada uno de los hábitos como: succión digital, succión labial, deglución atípica, respiración bucal y onicofagia, de acuerdo a su frecuencia, intensidad y duración son capaces de afectar las estructuras del sistema estomatognático.

A través de este estudio se puede señalar que la protrusión dentoalveolar y mordida abierta son las anomalías dentoalveolares de mayor prevalencia producidas por los diferentes hábitos bucales.

Considerando la frecuencia de los hábitos de acuerdo al sexo y edad este estudio realizado en la escuela Esperanza Caputi Olvera, realizado en el grupo de niños de 5 a 11 años de edad presenta que el hábito de onicofagia tuvo mayor prevalencia en niñas de 7 años, el hábito de succión digital se presentó con mayor frecuencia en niños de 8 y 9 años, el hábito de succión labial tuvo mayor prevalencia en niños de 7 años, la

deglución atípica se presentó con mayor frecuencia en niños de 9 años y por último el hábito de respiración bucal se presentó con mayor frecuencia en niños de 7 años y niñas de 11 años respectivamente.

A través de estudio bibliográfico de tratamientos preventivos en relación a la aparición de estos hábitos se registra la terapia miofuncional que ayuda a equilibrar las estructuras musculares y dentoalveolares ; los tratamientos psicológicos que brindan al niño la autoconfianza debida y los dispositivos ortodóncicos relictos del hábito tipo trampa o recordatorios terapéuticos.

6. RECOMENDACIONES

Si bien este trabajo relaciona las anomalías dentomaxilofaciales que ocasionadas por los hábitos, se sugiere el estudio sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos junto al tratamiento ortodóncico o en su defecto efectividad del tratamiento miofuncional y psicológico en relación al tratamiento.

Diseñar e implementar programas de prevención y promoción de salud de conjunto con la comunidad para controlar factores de riesgo y así disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones desde edades tempranas

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Aguilar Martha, V. C. (2009). Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* , 2-4.
- 2.-Aguilar Roldan, S. N. (2011). Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de ortodoncia. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría* , 6-9.
- 3.-Barrios, P. C. (2001). Hábito de respiración bucal en niños. *Revista cubana de ortodoncia* , 47-53.
- 4.-Beatriz, G. (2006). Mioterapia funcional. *Revista CERON* , 8.
- 5.-Blanco Cedres, G. (2005). Lactancia materna en la prevención de hábitos orales viciosos de succión y deglución. *Acta Odontológica Venezolana* , 7-14.
- 6.-Blanco Vanessa, Q. O. (2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. *Scielo* , 2-4.

- 7.-Bodorni, R. (2010). Odontología pediátrica: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. *Médica panamericana* , 5-8.
- 8.-Bustamante. (2011). Reeducción de hábitos orales en el paciente pediátrico. *Clinica al día* , 7.
- 9.-Castillo Claudia, R. D. (2012). Frecuencia de mordida abierta anterior en escolares del primero al noveno grado y sus factores asociados. *Scielo* , 2.
- 10.-Da Silva Filho, S. E. (2004). Hábitos de succión y maloclusión: epidemiología en la dentadura temporal. *Scielo* , 2-7.
- 11.-Garcia Jenny, D. A. (2010). Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante terapias miofuncionales. *revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria* , 3-12.
- 12.-Gonzales, M. (2012). Maloclusiones asociadas a hábitos de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria* , 1-4.
- 13.-Jonas, R. T. (1992). *Atlas de ortopedia maxilar*. Barcelona: Masson-Salvat.
- 14.-Katya, C. (1 de Abril de 2013). *Proyecto integrador de saberes*. Recuperado el 15 de Mayo de 2014, de Proyecto integrador de saberes: <http://pisenfemeriaamanualdigital.blogspot.com/20130401archive.html>
- 15.-Lugo C, T. I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las maloclusiones. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria* , 3-7.
- 16.-Martinez Hector, G. G. (2011). Hábitos orales: succión de dedo, chupón o mamila. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria* , 3-4.
- 17.-Morán Vanessa, Z. O. (2013). Tipos de maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salías. *Scielo* , 5-8.
- 18.-Suarez Elizabeth, S. W. (2012). Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños de 5 a 11 años de edad de la población Añu de la escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria* , 5-7.

- 19.-Suarez, L. (2005). Fundamentos de nutrición normal. *Editorial Atenea*, 12-26.
- 20.-Taborda, P. (septiembre de 2011). *Patrones de aparatología*. Recuperado el 2 de Junio de 2014, de <http://aportodoncia.blogspot.com/2011/08/placa-de-hawley-con-tornillos-y-planos.html>
- 21.-Urrieta E, Q. (2 de Julio de 2008). *Hábitos bucales y maloclusiones presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva*. Recuperado el 1 de Junio de 2014, de Ortodoncia ws: www.ortodoncia.ws.
- 22.-Y, P. (2006). El paciente respirador bucal una propuesta para el estado Nueva Esparta. *Acta odontológica Venezolana*, 2.
- 23.-Yanez, R. (2007). *1001 tips en ortodoncia y sus secretos*. Venezuela: Amolca.

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA

ALUMNO: PEDRO JOSÉ ALAY BAQUE

FICHA N°:

TUTORA: MARÍA ANGÉLICA TERREROS DE HUC. MS.c

FECHA DEL EXAMEN CLÍNICO:

1.- FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: AÑOS

2.- SEXO: MASCULINO FEMENINO

3.-EXAMEN CLÍNICO

LABIO SUPERIOR: NORMAL HIPOTÓNICO

LABIO INFERIOR: NORMAL HIPERTÓNICO

SELLADO LABIAL: SI NO

DILATACIÓN NARINAS: SI NO

RESPIRACIÓN: NASAL BUCAL

HÁBITOS: SUCCIÓN DIGITAL RESPIRACIÓN BUCAL SUCCIÓN LABIAL

DEGLUCIÓN ATÍPICA ONICOFAGIA

4.- EXAMEN CLÍNICO DE LAS ARCADAS DENTARIAS.

GRUPO INCISIVO.

INCISIVOS SUPERIORES: NORMAL PROTRUSIÓN RETRUSIÓN

INCISIVOS INFERIORES: NORMAL PROTRUSIÓN RETRUSIÓN

OVERBITE:.....mm

OVERJET:.....mm

5.- ARCO MAXILAR: CUADRADA NORMAL ELÍPTICO

6.- ARCO MANDIBULAR: CUADRADA NORMAL ELÍPTICO

7.- SEGMENTO DENTOALVEOLAR SUPERIOR: PROTRUSIÓN RETRUSIÓN

8.- SEGMENTO DENTOALVEOLAR INFERIOR: PROTRUSIÓN RETRUSIÓN

9.- EN OCLUSIÓN, POSICIÓN DE PRIMEROS MOLARES Y CANINOS.

DERECHA	PLANO TERMINAL	IZQUIERDA	PLANO TERMINAL
MOLARES I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	RECTO <input type="checkbox"/>	MOLARES I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	RECTO <input type="checkbox"/>
CANINOS I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	MESIAL <input type="checkbox"/>	CANINOS I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	MESIAL <input type="checkbox"/>
	DISTAL <input type="checkbox"/>		DISTAL <input type="checkbox"/>

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del estudio: “estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños de 5 a 11 años de edad”

Guayaquil, mayo del 2014

Escuela Esperanza Caputi Olvera

Investigador responsable del estudio: Pedro José Alay Baque

Certifico que estoy de acuerdo en participar en el estudio” estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños de 5 a 11 años de edad” en la escuela Esperanza Caputi Olvera, doy mi consentimiento para el llenado de historia clínica y la toma de fotografías.

Se me ha explicado la importancia de este estudio, que consiste en implementar programas y promoción de salud para controlar factores de riesgo y así disminuir la frecuencia e incidencia de las maloclusiones desde temprana edad.

Que la participación es voluntaria y de no aceptar me retirare del estudio cuando yo lo considere y que los resultados individuales no serán divulgados por ninguno de los participantes de la investigación.

Igualmente estoy consciente que los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito, Pedro José Alay Baque es la persona que tengo que buscar si tengo alguna pregunta acerca de mi representado y lo puedo localizar en el siguiente número telefónico: 0991665835-0980100638

Firma del paciente o representante:.....

Periodo de la investigación: mayo del 2014

ANEXO 3

CUADRO DE CODIFICACIÓN DE DATOS					
SEXO	MASCULINO		FEMENINO		
LABIO SUPERIOR	NORMAL(1)		HIPOTÓNICO(2)		
LABIO INFERIOR	NORMAL(1)		HIPERTÓNICO(2)		
SELLADO LABIAL	SI(1)		NO(2)		
DILATACIÓN DE NARINAS	SI(1)		NO(2)		
RESPIRACIÓN	NASAL(1)		BUCAL(2)		
HÁBITOS	SUCCIÓN DIGITAL(1)	SUCCIÓN LABIAL(2)	RESPIRACIÓN BUCAL(3)	DEGLUCIÓN ATÍPICA(4)	ONICOFAGIA(5)
INCISIVOS SUPERIORES	NORMAL(1)	PROTRUSIÓN(2)	RETRUSIÓN(3)		
INCISIVOS INFERIORES	NORMAL(1)	PROTRUSIÓN(2)	RETRUSIÓN(3)		
DIMENSIÓN VERTICAL	NORMAL(1)	AUMENTADA(2)	DISMINUIDA(3)		
DIMENSIÓN HORIZONTAL	NORMAL(1)	AUMENTADA(2)	DISMINUIDA(3)		
ARCO MAXILAR	CUADRADO(1)	NORMAL(2)	ELÍPTICO(3)		
ARCO MANDIBULAR	CUADRADO(1)	NORMAL(2)	ELÍPTICO(3)		
SEGMENTO DENTOALVEOLAR SUPERIOR	NORMAL(1)	PROTRUSIÓN(2)	RETRUSIÓN(3)		
SEGMENTO DENTOALVEOLAR SUPERIOR	NORMAL(1)	PROTRUSIÓN(2)	RETRUSIÓN(3)		
RELACIÓN MOLAR	CLASE I(1)	CLASE II(2)	CLASE III(3)		
RELACION CANINA	CLASE I(1)	CLASE II(2)	CLASE III(3)		
PLANO TERMINAL	RECTO(1)	MESIAL(2)	DISTAL(3)		

CUADRO DE TABULACIÓN DE DATOS

Paciente	Sexo	Edad	Labio Superior	Labio Inferior	Sellado Labial	Dilatación Narinas	Respiración	Incisivos superiores	Incisivos inferiores	Dimensión Vertical	Dimensión Horizontal	Arco maxilar	Arco Mandibular	Segmento Dentoalveolar Superior	Segmento Dentoalveolar Inferior	Relación Molar		Guía Canina		Plano Terminal		Hábitos
																Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecho	Izquierda	
1	F	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1			5
2	M	10	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1			5
3	F	11	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2		1			
4	F	10	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	2					
5	F	10	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1					1
6	F	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1					5
7	M	11	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2			
8	M	11	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2					1
9	M	11	1	1	1	1	1	3	3	3	1	2	2	2	1	1	1		1			5
10	M	11	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1			
11	M	11	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1				5
12	F	10	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2					1
13	M	11	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1			5
14	M	11	1	1	1	1	1	2	3	2	3	2	2	2	3	1	1		1			5
15	M	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2		1			
16	M	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
17	F	10	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1			5
18	M	10	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1		1			2
19	M	10	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1					1
20	M	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
21	M	11	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	3	2	1	1	2		1			3
22	F	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1			
23	M	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1			5
24	M	11	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1					
25	M	11	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2		1			5
26	M	11	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1			5
27	M	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
28	F	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1			
29	F	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1			5
30	F	11	1	1	2	2	2	2	1	2	1	3	1	2	1	2	1					3
31	F	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1		1			

CUADRO DE TABULACIÓN DE DATOS

Paciente	Sexo	Edad	Labio Superior	Labio Inferior	Sellado Labial	Dilatación Narinas	Respiración	Incisivos superiores	Incisivos inferiores	Dimensión Vertical	Dimensión Horizontal	Arco maxilar	Arco Mandibular	Segmento Dentoalveolar Superior	Segmento Dentoalveolar Inferior	Relación Molar		Guía Canina		Plano Terminal		Hábitos	
																Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecho	Izquierda		
#																							
32	F	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1		1				
33	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1					5
34	F	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1				5
35	F	9	1	1	2	2	2			2	1	2	2	2	1	1	1						3
36	M	7	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	3	2	2	1	1				2
37	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1				5
38	M	9	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1						
39	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1		1				4
40	M	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1					5
41	M	8	1	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2	2	1	2	1						3
42	M	10	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	3	2			1				2
43	M	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1		1				5
44	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1				
45	M	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1		1				5
46	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1						5
47	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1				5
48	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1					
49	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	3	3	2	2	1	1	2		1				4
50	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1					
51	F	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2						5
52	M	10	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1		1				
53	F	10	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1						1
54	M	9	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1						5
55	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	2		
56	F	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1		1				
57	F	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1		1				
58	F	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1					5
59	M	10	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	2	2	1	2	1		1				3
60	M	7	1	2	2	2	2	1	1	1	1	3	2	1	1		1	1	1	2			3
61	M	7	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	1	3			1	1	2	1		
62	M	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	2	1	1	2		1				1

CUADRO DE TABULACIÓN DE DATOS

Paciente	Sexo	Edad	Labio Superior	Labio Inferior	Sellado Labial	Dilatación Narinas	Respiración	Incisivos superiores	Incisivos inferiores	Dimensión Vertical	Dimensión Horizontal	Arco maxilar	Arco Mandibular	Segmento Dentoalveolar Superior	Segmento Dentoalveolar Inferior	Relación Molar		Guía Canina		Plano Terminal		Hábitos
																Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecho	Izquierda	
63	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1		1			
64	F	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1				
65	M	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1			
66	F	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1					1
67	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1		1	1		1	5
68	F	7	1	1	2	1	2	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1		1			3
69	M	8	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1		1			
70	M	7	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1				1
71	M	8	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2		1			5
72	F	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1					5
73	M	7	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	3	1	1	1	1			
74	F	8	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1		1			
75	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2		1	1	1		
76	M	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1		1			
77	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1		1	1	1	2		
78	F	8	1	1	1	2	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1		1			3
79	M	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1		1	1	1	2		
80	F	8	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1		1			5
81	M	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	2	1	1	1					1
82	F	8	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	1	1				
83	F	8	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
84	M	8	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1		
85	M	7	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1		1	1		2	
86	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
87	M	8	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	2	1	3	1	1		1			
88	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1		1	1	1	2		5
89	M	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1		1			3
90	M	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1		1	1		2	
91	M	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1			
92	M	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1			1	1	2	2	
93	M	10	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1		1			

CUADRO DE TABULACIÓN DE DATOS

Paciente	Sexo	Edad	Labio Superior	Labio Inferior	Sellado Labial	Dilatación Narinas	Respiración	Incisivos superiores	Incisivos inferiores	Dimensión Vertical	Dimensión Horizontal	Arco maxilar	Arco Mandibular	Segmento Dentoalveolar Superior	Segmento Dentoalveolar Inferior	Relación Molar		Guía Canina		Plano Terminal		Hábitos
																Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecho	Izquierda	
94	F	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1				
95	M	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1		1			5
96	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1					5
97	F	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1					5
98	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1				
99	M	9	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	2	1	1	1	1					5
100	F	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	2	2		1			
101	F	9	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1				5
102	M	9	1	1	2	2	2	1	3	1	3	3	2	1	1	1	1		1			3
103	F	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1					
104	F	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1		1			5
105	F	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1					1
106	M	9	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1				5
107	M	9	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1		1			5
108	M	8	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1				5
109	M	9	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1		1			3
110	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1					
111	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1				
112	M	8	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1			3
113	M	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1			
114	M	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1		1		
115	M	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1			
116	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1		1			1
117	F	7	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1		
118	M	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1			
119	F	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1				3
120	F	8	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2					
121	F	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1		1			
122	M	7	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1			1
123	M	7	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1			
124	M	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1			1	1	2	1	

CUADRO DE TABULACIÓN DE DATOS

Paciente	Sexo	Edad	Labio Superior	Labio Inferior	Sellado Labial	Dilatación Narinas	Respiración	Incisivos superiores	Incisivos inferiores	Dimensión Vertical	Dimensión Horizontal	Arco maxilar	Arco Mandibular	Segmento Dentoalveolar Superior	Segmento Dentoalveolar Inferior	Relación Molar		Guía Canina		Plano Terminal		Hábitos	
																Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecho	Izquierda		
#																							
125	M	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1			1	1	2	1		
126	M	6	1	1	1	1	1	1	1			2	3						1	1	1		
127	M	6	1	1	1	1	1	1	1														
128	M	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1			1	1	1	1		
129	M	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1			1	1	1	1		
130	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1		1	1			1	
131	M	6	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	1	1			1	1	2	2		
132	M	6	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	1			1	1	1	1		
133	M	6	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	1	1			1	1	1	2		
134	M	5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1			1	1	2	2		
135	M	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1			1	1	2	2		
136	M	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	1	1		
137	M	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1			1	1	2	2		
138	M	5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1			1	1	2	2	1	
139	M	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1			1	1	1	1		
140	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1			1	1	2	2		
141	F	7	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1				
142	F	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	1	2	1	1			1
143	F	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2		
144	F	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2		
145	F	8	1	1	1	1	1					2	3		1	1	1	1	1				
146	F	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1			1	1	2	2		
147	F	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2		
148	F	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1			1	1	2	2		
149	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1		1	1		2	5	
150	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1				
151	F	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1			1	1	1	2		
152	F	5	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1			1	1	2	2		
153	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1				
154	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1				5
155	F	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1			1	1	2	2		

CUADRO DE TABULACIÓN DE DATOS

Paciente	Sexo	Edad	Labio Superior	Labio Inferior	Sellado Labial	Dilatación Narinas	Respiración	Incisivos superiores	Incisivos inferiores	Dimensión Vertical	Dimensión Horizontal	Arco maxilar	Arco Mandibular	Segmento Dentoalveolar Superior	Segmento Dentoalveolar Inferior	Relación Molar		Guía Canina		Plano Terminal		Hábitos
																Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecho	Izquierda	
156	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1					
157	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2	
158	M	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1			1	1	2	2	
159	F	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1			1	1	1	1	
160	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1		2			5
161	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1				5
162	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
163	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1			5
164	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
165	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
166	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1			
167	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2	
168	F	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1			1	1	2	2	5
169	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1			
170	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	1	2	
171	F	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1			1
172	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	1	1	
173	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2	
174	F	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2	5
175	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1			1	1	2	1	
176	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	1	1	
177	F	8	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1			1
178	M	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1			1	1	2	2	
179	M	7	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	3	2	1	1	1	1	1			3
180	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	3	1	1	1	1			4
181	F	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1			1	1	2	2	1
182	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1			1	1	2	2	
183	F	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1			1	1	2	2	
184	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
185	F	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1			5
186	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	2	1	1	1			

CUADRO DE TABULACIÓN DE DATOS

Paciente	Sexo	Edad	Labio Superior	Labio Inferior	Sellado Labial	Dilatación Narinas	Respiración	Incisivos superiores	Incisivos inferiores	Dimensión Vertical	Dimensión Horizontal	Arco maxilar	Arco Mandibular	Segmento Dentoalveolar Superior	Segmento Dentoalveolar Inferior	Relación Molar		Guía Canina		Plano Terminal		Hábitos
																Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda	Derecho	Izquierda	
187	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1			
188	F	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1		1			
189	M	7	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1			
190	M	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1			
191	M	6	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1			1	1	2	2	
192	M	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1			
193	M	7	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1			3
194	M	7	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1			
195	F	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1					
196	F	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1		1			
197	F	9	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1			
198	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1					
199	M	9	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	1	1	1	1		1			
200	M	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1		1		1			

ANEXO 4

PACIENTE: 001		EDAD: 9 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 002		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACION MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 5

PACIENTE: 003		EDAD: 10 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 004		EDAD: 9 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 6

PACIENTE: 005		EDAD: 8 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
<p>FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA</p>					

PACIENTE: 006		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
<p>FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA</p>					

ANEXO 7

PACIENTE: 007		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 008		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 8

PACIENTE: 009		EDAD: 9 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL	ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR
					
		RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACION MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 010		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL	ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR
					
		RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACION MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 9

PACIENTE: 011		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 012		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 10

PACIENTE: 013		EDAD: 9 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 014		EDAD: 8 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 11

PACIENTE: 015		EDAD: 10 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA		RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA	
					
<p>FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA</p>					

PACIENTE: 016		EDAD: 10 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA		RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA	
					
<p>FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA</p>					

ANEXO 12

PACIENTE: 017		EDAD: 6 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR		ARCADA INFERIOR		RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 018		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR		ARCADA INFERIOR		RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 13

PACIENTE: 019		EDAD: 8 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

PACIENTE: 020		EDAD: 8 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA		
					
FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA					

ANEXO 14

PACIENTE: 021		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: FEMENINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACIÓN MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA		RELACION MOLAR Y GUIA CANINA IZQUIERDA	
					
<p>FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA</p>					

PACIENTE: 022		EDAD: 11 AÑOS		SEXO: MASCULINO	
VISTA FRONTAL, LABIO EN REPOSO	VISTA LATERAL, PERFIL	ARCADA DENTARIAS VISTA FRONTAL	ARCADA DENTARIA VISTA PERFIL		
					
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIOR	RELACION MOLAR Y GUIA CANINA DERECHA		GUIA CANINA IZQUIERDA	
					
<p>FUENTE: ALAY.B.P. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA</p>					



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 02 de Octubre del 2013

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, **Pedro Jose Alay Baque** con **C.I. N° 0928328194** estudiante del **Quinto año** paralelo **2** del periodo lectivo 2013-2014, solicito a usted muy respetuosamente y por su digno intermedio a quien corresponda se me asigne el nombre del **TUTOR** para mi **TRABAJO DE GRADUACION** en la materia de **ORTODONCIA** como requisito previo a mi incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

Pedro Jose Alay Baque
C.I. N° 0928328194

Se le ha asignado al Dr(a). *Monica Angelica Torres*, para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.

Dr. Washington Escudero Doltz
DECANO

Oct 4/2013

[Handwritten signature]

Ma. Amelice Torres

UNIVERSIDAD DE GUAYAMA
ESPECIALIDAD - NIVEL PREGRADO
Guayama, 02 de Octubre del 2013



Doctor
Washington Escudero Dolz
DECANO DE LA FACULTAD BIOTO DE ODONTOLOGIA
Ciudad

De mis consideraciones:

Yo, Pedro José Aiyá Badue con C.I. No. 0928328194 estudiante del Quinto año paralelo 2 del periodo lectivo 2013-2014, solicito a usted muy respetuosamente y por su digno intermedio a quien corresponde se me asigne el nombre del TUTOR para mi TRABAJO DE GRADUACION en la materia de ORTODONCIA como requisito previo a mi inscripción.

Por la atencion que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.



Atentamente,

[Handwritten signature]
Pedro Jose Aiyá Badue
C.I. No. 0928328194

Se le ha asignado al Dr(a) _____ para que colabore con usted en la realizacion de su trabajo final.

[Handwritten signature]
Dr. Washington Escudero Dolz
DECANO