



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA**
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

LICENCIATURA EN ESTOMATOLOGÍA

PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES RELACIONADOS A MALOCLUSIONES
DENTALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 3 A 12 AÑOS EN LA LDC
TLÁHUAC

INFORME DEL SERVICIO SOCIAL

CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA TLÁHUAC

UAM-XOCHIMILCO

CÉSAR ALEXIS AYALA SALAZAR

2152029066

PROMOCION FEBRERO 2020- ENERO 2021

MARZO 2023

ASESOR INTERNO DRA. ANGÉLICA ARACELI CUAPIO ORTÍZ

ASESOR INTERNO DR. MIGUEL ÁNGEL MÉNDEZ GARCIA

Asesor del servicio social



DRA. Araceli Araceli Cuapio Ortiz

Número económico:20299

Directora de LCD Tláhuac

Asesor del servicio social



DR. Miguel Ángel Méndez García

Número económico:40802

Técnico Académico L.D.C Tláhuac

Servicio Social de la UAM-XOCHIMILCO



COMISIÓN DE SERVICIO SOCIAL DE ESTOMATOLOGÍA

Número económico:8799

Mtra. Sandra Compeán Dardón

RESUMEN DEL INFORME.

Resumen

Los LDC son espacios académicos diseñados para la licenciatura en Estomatología fundadas el 1 de marzo de 1976 pertenecientes a la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, existen cuatro; una en San Lorenzo Atemoaya Xochimilco, una en Tepepan, una en el centro de Tláhuac y una en Nezahualcóyotl Estado de México. El LDC Tláhuac tiene pacientes de la comunidad acuden de manera voluntaria para recibir un diagnóstico y plan de tratamiento.

Se decide realizar este trabajo de investigación debido a que los pacientes pediátricos que asisten a la LDC Tláhuac presentan en su mayoría maloclusiones dentales mismas que se investigará para saber si existe relación con algún hábito oral. El presente trabajo se realizó en el área de estomatología siendo un requisito del servicio social en LDC Tláhuac que pertenece a la UAM Xochimilco. El servicio social ha sido concluido satisfactoriamente en la promoción de febrero 2020- enero 2021

El hábito oral considerado como una para-función que interfiere en el desarrollo de las funciones del sistema estomatognático, siendo un etiológico en el desarrollo de las maloclusiones, la maloclusión anomalía en el desarrollo de los arcos dentarios que ocasiona problemas estéticos y funcionales; las causas más frecuentes son el desarrollo ontogénico, la herencia y las condiciones funcionales adquiridas.

La maloclusión dental es una desviación de los dientes de su oclusión ideal, la cual varía entre las personas de acuerdo con diferentes factores ambientales y genéticos. El principal objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de los hábitos orales más frecuentes en pacientes pediátricos de la LDC Tláhuac que generan mal oclusiones dentales.

En el presente trabajo se demostró que la prevalencia del hábito oral más frecuente es la succión digital en el sexo femenino, dentro de esta población el 21.47 % no presenta maloclusión mientras que el 20 % presento apiñamiento.

Palabras clave: hábitos orales, maloclusión, enfermedad sistémica, pacientes pediátricos.

Summary.

The LDC are academic spaces designed for the degree in Stomatology founded on March 1, 1976 belonging to the Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, there are four; one in San Lorenzo Atemoaya Xochimilco, one in Tepepan, one in the center of Tláhuac and one in Nezahualcóyotl State of Mexico. LDC Tláhuac has patients from the community come voluntarily to receive a diagnosis and treatment plan.

It was decided to carry out this research work because the pediatric patients who attend the LDC Tláhuac present mostly dental malocclusions, which are generally always associated with some oral habit. The present work was carried out in the stomatology area, being a requirement of the social service in LDC Tláhuac, which belongs to the UAM Xochimilco. The social service has been satisfactorily completed in the promotion of February 2020- January 2021

The oral habit interferes in the development of the functions of the stomatognathic system, being etiological in the development of malocclusions, the malocclusion anomaly in the development of the dental arches that causes aesthetic and functional problems; the most frequent causes are ontogenetic development, heredity, and acquired functional conditions.

Dental malocclusion is a deviation of the teeth from their ideal occlusion, which varies between people according to different environmental and genetic factors. The main objective of the work is to determine the prevalence of the most frequent oral habits in pediatric patients of the Tláhuac LDC that generate dental malocclusions.

In the present work it was demonstrated that the prevalence of the most frequent oral habit is digital suction in the female sex, within this population 21.47% did not present malocclusion while 20% presented crowding.

Keywords: oral habits, malocclusion, systemic disease, pediatric patients.

INDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN	2
Planteamiento del problema	2
Justificación	2
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
Marco teórico	3
Tipos de hábitos	5
Succión	5
Succión digital	5
Succión o mordisqueo del labio (queilofagia)	8
Uso de chupón	9
Respiración oral (bucal)	11
Enfermedades asociadas a respiración bucal	15
Onicofagia	21
Proyección lingual	22
Deglución atípica	24
Enfermedades y alteraciones asociadas a deglución atípica	29
Enfermedades asociadas al corazón	31
Oclusión	34
Clasificación de Angle	35
Tipo de maloclusiones	40
Metodología	43
Resultados	44
Discusión	53
Conclusiones	55
Referencias bibliográficas	56
CAPÍTULO III. DESCRIPCION DE LA PLAZA	60
CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO	69
CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	71
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	71
Anexos	72

Carta de autorización	72
Tabla de recolección de datos	73

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Este documento contiene el informe del servicio social que se realizó como pasante de la licenciatura de Estomatología en el Laboratorio de Diseño y Comprobación (LDC) Tláhuac ubicada en Privada de Severino Ceniceros y Av. Ignacio Allende S/N Plaza Cívica, Explanada de la Delegación Tláhuac durante el período comprendido del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2021 en el turno vespertino.

Este espacio académico pertenece a la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, la cual ofrece servicios de rehabilitación integral bucal a la comunidad en general.

Este documento está integrado en primer lugar con un trabajo de investigación denominado: Prevalencia de hábitos orales relacionados a mal oclusiones dentales en pacientes pediátricos de 3 a 12 años en la LDC Tláhuac.

Los datos se obtuvieron de expedientes del año 2018 y 2019 en donde se analizaron los hábitos, condición sistémica, edad, género y oclusión. Una vez recabados los datos se hicieron gráficas y comparación de datos para poder llegar a una conclusión.

En seguida se presenta información socio-demográfica de la Alcaldía de Tláhuac en el apartado de Antecedentes que es la zona de influencia en la cual se realizó el servicio social, haciendo énfasis en los factores que están implicados a las problemáticas de salud que presenta la población, uno de los más importantes es la carencia de servicios de salud competentes que solucionen sus necesidades, obligándolos a buscar consultorios particulares los cuales no pueden pagar ya que su nivel de ingresos no se los permite.

también se describe información de las funciones de las clínicas estomatológicas; organización, recursos, y tratamientos que ofrece a diferencia de otras instituciones, esto como solución a la problemática del déficit de servicios de salud.

Posteriormente se encuentra el informe numérico narrativo organizado en un cuadro y un concentrado de las actividades clínicas y administrativas realizadas en el servicio.

CAPÍTULO II: INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema

El presente trabajo de investigación se basa en abordar un problema frecuente en la sociedad donde vivimos en este caso, la prevalencia de hábitos orales relacionados a maloclusiones dentales en pacientes pediátricos de 3 a 12 años en la LDC Tláhuac, en donde acuden pacientes pediátricos acompañados de algún familiar de la comunidad de Tláhuac.

Existe una alta prevalencia de maloclusiones en jóvenes y adultos, que fue consecuencia de hábitos que tuvieron desarrollados en etapa temprana de crecimiento y desarrollo ocasionando así maloclusión en jóvenes y adultos, mediante esta investigación se desea determinar los hábitos específicos que llegan influir en las diversas maloclusiones, enfocándonos en niños para contribuir a su detección temprana y posterior corrección, así evitar a largo tiempo consecuencias catastróficas.

Justificación

El hábito como una costumbre o práctica que se adquiere mediante la repetición frecuente de un mismo acto que llega a generar satisfacción, en un principio se hace de una manera consciente y después inconsciente.

Los hábitos no fisiológicos son los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y provocar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales.

Muchos hábitos suelen dar origen a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menores la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse; pudiendo modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla.

Este trabajo de investigación da resultados observando diferentes maloclusiones dentarias producidas por hábitos en pacientes pediátricos de 3 a 12 años de edad, proporcionaron información útil para diversos investigadores y profesionales de odontología, y estudiantes de odontología, habiendo hincapié en odontología preventiva, identificando los hábitos frecuentes y nocivos para los niños.

Objetivo general

Determinar la prevalencia de los hábitos bucales más frecuentes en pacientes pediátricos del LDC Tláhuac que generan maloclusiones dentales.

Objetivos específicos

Identificar la edad más frecuente en la que se desencadena un hábito bucal en los pacientes pediátricos.

Determinar el género en el que es más frecuente encontrar algún hábito bucal

Identificar el tipo de mal oclusión más frecuente con relación a los hábitos bucales que afecta a los pacientes pediátricos.

Determinar si la condición sistémica de los pacientes pediátricos tiene relación con los hábitos detectados.

Marco teórico

La literatura científica define a hábito como una costumbre o práctica que se adquiere mediante la repetición frecuente de un mismo acto que llega a generar satisfacción.

En un principio un hábito puede ser consciente y luego convertirse en inconsciente; Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos:

Beneficiosos o funcionales: son aquellos cuya práctica de una función normal realizada correctamente, estimula y beneficia el desarrollo. La masticación, la deglución, la respiración, y el habla normal son ejemplos de ellos.¹⁻⁶

Existen otros que son considerados Perjudiciales o deformantes: son los que resultan de una función normal o que se adquieren por prácticas repetitivas de un acto que no es funcional ni necesario; por ejemplo: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia (succión labial), la respiración oral y la masticación de objetos y deglución atípica, entre otros, en su origen y establecimiento intervienen muchos factores que comprenden aspectos psicológicos y predisposiciones morfológicas.¹⁻⁶

La afección de las estructuras orales y faciales dependerá de la frecuencia, duración, intensidad y dirección de la fuerza aplicadas al realizar las contracciones musculares. Los hábitos orales pueden incidir en el normal desarrollo alveolar, alterando los patrones de crecimiento óseo y ocasionando mordidas abiertas anteriores y laterales o protrusiones dentarias, protrusiones dento alveolares y alteraciones en la erupción de uno o varios dientes.¹

El hábito oral interfiere en el desarrollo de las funciones del sistema estomatognático, por lo cual, son un factor etiológico en el desarrollo de las maloclusiones.²

Por otro lado, según Clark, la oclusión puede ser definida como los contactos entre los dientes superiores e inferiores en todas las posiciones y movimientos mandibulares. Una oclusión funcional es un estado en el cual las superficies oclusales no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos mandibulares y en el que existe la máxima interdigitación cuspídea en oclusión céntrica, respetando todas las reglas de fisiología, anatomía y neurofisiología humana. Cuando algunas de las características mencionadas están alteradas, se puede llegar a presentar una maloclusión.²

La maloclusión dental es una desviación de los dientes de su oclusión ideal, la cual varía entre las personas de acuerdo con diferentes factores ambientales y genéticos. Por otro lado, las maloclusiones esqueléticas se manifiestan como una alteración de forma, tamaño y posición de ambos o alguno de los maxilares.²

La maloclusión es una anomalía en el desarrollo de los arcos dentarios que ocasiona problemas estéticos y funcionales; las causas más frecuentes son el desarrollo ontogénico, la herencia y condiciones funcionales adquiridas.²

En las condiciones funcionales adquiridas, la dieta blanda, la respiración bucal y los hábitos orales nocivos están entre las principales causas, la maloclusión se clasifica según Angle en: clase I, clase II división 1 y 2, y clase III según la relación de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior con el surco vestibular del primer molar inferior.²

Cuando se va a clasificar la maloclusión, se deben tener en cuenta los componentes vertical, sagital y transversal, con lo que se clasifica la maloclusión en mordida abierta, mordida profunda, mordida borde-borde anterior, mordida cruzada anterior y mordida cruzada posterior.²

El grado y tipo de alteración en la oclusión debido a la presencia de hábitos en el niño, variará en función de la intensidad, frecuencia, y duración del hábito (tríada de Graber), así como de las características biotipológicas del paciente. Varios artículos hacen mención a la Tríada, como factores ligados al propio hábito que es importante para la ocurrencia de la maloclusión.³

En los pacientes pediátricos, las anomalías dentomaxilares tienen una prevalencia muy alta, y pueden presentarse de diferentes formas con distinta intensidad entre cada individuo (Montt, 2015), referido por (Saucedo 2016)⁹

Clasificación etiológica de los hábitos

1. Instintivos: Hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.
2. Placenteros: Succión digital o del chupón.
3. Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, entre otras, en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.
4. Hereditarios: Malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo:

inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.

5. Adquiridos: La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido.

6. Imitativos: Gestos, muecas, entre otros.¹⁸

Tipos de hábitos

Succión

Esta es la sensación más desarrollada durante la infancia, pues ayuda con la nutrición a la vez da sensación de placer, de seguridad y de euforia, aparece al nacer como reflejo innato, el primer año de vida ya que se relaciona con necesidades fisiológicas del mismo, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye.¹⁻⁴⁻⁵

Succión digital

La succión digital ocurre en el 89% de los niños.⁴ Este hábito que consiste en introducir un dedo o más dedos de una de las manos del niño dentro de la cavidad oral (por lo general el pulgar conocido también como primer dedo) este implica una contracción activa de la musculatura peri oral y que se realiza usualmente con la yema o pulpejo del dedo apoyado sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual o palatina de los incisivos superiores.¹⁻⁶ Figura 1.

La colocación del dedo entre las arcadas las mantiene separadas y la lengua se mantiene en contacto presionando durante el acto de succión, reforzando la acción de este (Cepero Sánchez et al.).⁶

Esta conducta se convierte en un hábito negativo cuando persiste después de los 3 años edad, cuando se vuelve severo o crónico y es capaz de causar daños o cuando interfiere en el desarrollo físico, social o cognoscitivo.⁴

La succión digital es uno de los hábitos bucales deformantes más frecuentes en el niño, capaz de producir grandes anomalías dentomáxilofaciales, alteraciones en la función masticatoria, en la psiquis y del estado de salud general.⁴

Las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retro inclinación de incisivos inferiores, aumento del resalte, clase II, paladar ojival y mordida cruzada., vestibuloversión de incisivos superiores con diastemas, profundización de la bóveda palatina provocada por la posición del dedo sobre ésta, sobre el proceso alveolar y sobre las caras linguales de los incisivos superiores.¹⁻⁴

Retrognatismo mandibular, mordida abierta que dependerá de los dedos succionados, micrognatismo transversal dado por la presión negativa que se produce dentro de la boca y favorecido por la acción de los buccinadores sobre los segmentos laterales de la arcada dentaria superior, labio superior hipotónico e inferior hipertónico, además puede ocasionar deformidades en el dedo o los dedos succionados.¹⁻⁴ Figura 2.

Alteraciones causadas por succión digital

Alteraciones en el plano sagital: El desplazamiento dentoalveolar, depende de la acción de palanca que ejerce el niño contra los dientes y alveolos, basada en la fuerza mecánica que genera si además de succionar, presiona contra las estructuras dentarias.¹⁴

Alteraciones en el plano transversal: Las fuerzas mecánicas resultarían beneficiosas siempre que actuaran en armonía con el plan innato de crecimiento. Si tales presiones participan oponiéndose, la región donde se presenta sufrirá una falta de crecimiento como consecuencia.¹⁴

Esta es la base del mecanismo por el cual las presiones dirigidas por el pulgar en la boca, contribuyen a un déficit en el desarrollo lateral de la arcada superior, unido a un crecimiento excesivo en dirección anterior, debiendo tener en cuenta además el desequilibrio muscular existente entre la musculatura bucal y la lingual, ya que cuando se interpone el dedo en la boca, se fuerza a la lengua que se dirija hacia abajo, lejos del paladar. El maxilar como consecuencia sufrirá un crecimiento transversal insuficiente.¹⁴

Alteraciones en el plano frontal: La causa de este tipo de maloclusión parece estar en la inhibición de la erupción normal de los dientes anteriores. Este efecto viene dado por la posición del dedo en la boca, de tal modo que, al descansar de forma directa entre los incisivos, su erupción se veía impedida, como dejando libre el sector posterior. Por tanto, se genera una “mordida abierta” de causa dentaria.¹⁴

Alteraciones en el patrón de la deglución: La masticación inadecuada es, por lo general, un factor asociado o el resultado de la maloclusión. Las anomalías dentarias con frecuencia inician un patrón particular de masticación. La mayoría de la gente favorece un lado más que otro y no suele distribuir el bolo alimenticio en forma bilateral.¹⁴

Una restauración alta o dientes faltantes o en mala posición son motivos, suficientes para la selectividad masticadora de un lado de trabajo. El segmento bucal que no recibe un estímulo adecuado puede presentar anomalías periodontales más fácilmente. Junto con la deglución inadecuada, la función anormal combinada puede agravar la maloclusión.¹⁴

A nivel externo es característica la facies que presentan estos pacientes debido a la hiper tonicidad y posición adelantada de los labios, resultando un perfil más convexo, favorecido en cierta medida por la protrusión dental.¹⁴

Las posiciones de los dientes y la relación de los tejidos de soporte son fundamentales en la fisiología del habla. Por los cambios de posición de estos tejidos duros y blandos la corriente de aire es afectada para producir el tono vocal y los sonidos normales o anormales por lo que las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla.¹⁴

La etiología puede ser: hambre, flujo de leche continuo que provoca proyección lingual para evitar ahogarse, inducción de los padres, imitación, conflictos emocionales (celos, inseguridad), patologías como amigdalitis o adenoides.¹⁵

Si se actúa de manera temprana con el fin de interceptar el hábito de succión, tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los tres años de edad.¹⁵

Tipos de hábitos de succión

Succión del pulgar: La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del dedo índice: Puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio: Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y anular: Puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos: Producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.¹⁴

Succión digital: Duración, Frecuencia e intensidad

Tiempo de duración etapa maternal (puede ser hasta 3 años), se lo observa como de una manera normal desde el punto de vista clínico: Es frecuente en los niños, y puede resolverse de manera natural.¹⁴

Etapa inicial (3 a 7 años) aquí la succión del pulgar ya se vuelve clínicamente relevante: Si es persistente e intensa puede producir mal posiciones dentarias principalmente en los dientes temporarios, de lo contrario si este hábito puede interrumpirse antes de los 6 años estas deformidades pueden llegar a ser corregibles en gran escala.¹⁴

Etapa escolar (7 a 12 años) esto se da debido a una succión del pulgar no corregida: En esta edad este tipo de succión provoca mal oclusión, deformaciones dentarias; entre otras, por lo que es primordial analizar a fondo que ocasiono este hábito.¹⁴

Tipo de frecuencia e intensidad

Frecuencia: Intermitentes (diurnos). Continuos (nocturnos).

Intensidad: Poco acentuado: se da cuando la succión del dedo es escasa y casi no implica actividad muscular, es decir se introduce el dedo en la boca en menor proporción

Acentuado: se da cuando la actividad muscular es relevante y se la puede observar a simple vista, es decir la introducción del dedo en la boca es completa. ¹⁴

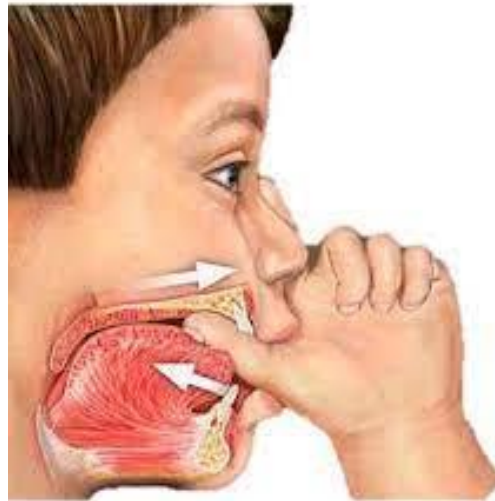


Figura 1. Succión digital apoyada en región retroincisiva superior. La succión digital y el biberón: efectos en la cavidad oral del paciente pediátrico [Imagen]. (2020). Recuperado de <http://www.redoe.com/ver.php?id=318>



Figura 2. Mordida abierta por succión digital. La succión digital y el biberón: efectos en la cavidad oral del paciente pediátrico [Imagen]. (2020). Recuperado de <http://www.redoe.com/ver.php?id=318>

Succión o mordisqueo del labio (queilofagia)

La queilofagia está definida por el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas como: hábito morboso o tic de morderse los labios (Cepero Sánchez et al.)⁶

Es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior quedando atrapado por detrás de los incisivos superiores esto genera una fuerza lingual en los incisivos inferiores y una fuerza labial en los

incisivos superiores produciendo lingualización de los primeros y protrusión de los segundos y el resultante aumento de la sobremordida horizontal (overjet).⁵⁻⁶

El labio superior es hipotónico, sumado a la fuerza muscular del labio inferior hipertónico interpuesto entre dientes superiores e inferiores, produce una contracción intensa de los músculos cuadrados del labio, en ocasiones ambos músculos se unen a través de tejido fibroso generando una falta de desarrollo anterior de la arcada inferior.⁷ Figura 3

Esta alteración anatómica produce a nivel dentoalveolar, un efecto similar al de la succión digital. Algunas de las secuelas del hábito incluyen, retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores, mordida abierta, aumento de overjet, labios secos y, a veces inflamados y úlceras labiales.⁵⁻⁷

Otras características: Surco mentolabial marcado. Cierre labial forzado. Músculos orbiculares de los labios hipertrófico.⁷



Figura 3. succión labial vista perfil (labio inferior). Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial [Image]. (2014). Recuperado de https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%a9dica/2014/2%20marzo/23-Dra.Muller.pdf

Uso de chupón

Es de conocimiento popular que los niños que usan chupete son más tranquilos, lloran menos y duermen más fácilmente, por lo que es considerado como calmante y consolador para el bebé lo cual aparece corroborado en un estudio, en que el 56,2% de los padres afirman que el principal motivo de ofrecer el chupete es para calmar o para que deje de llorar.³

Entre los reflejos que tiene el neonato, están los de succión, deglución y respiración. Estos reflejos son estimulados con otros reflejos como es el de la búsqueda. La alimentación al pecho materno, además de su papel nutritivo, permite que la mandíbula se coloque en posición adecuada, lo cual favorece el crecimiento y desarrollo del maxilar y de la mandíbula en forma armónica con otras estructuras como la lengua (su posición, los labios y los carrillos).⁷

Cabe recordar que los reflejos de succión y deglución se coordinan con la

respiración y que el neonato es respirador nasal obligado. El reflejo de succión termina entre los seis y diez meses de edad, al evolucionar los reflejos natos, la lengua cambia de posición y de encontrarse entre las apófisis alveolares se coloca detrás de los dientes.⁷

La succión, del chupón o del biberón, después del año de edad se considera un hábito nocivo que puede causar deformidad en la arcada dentaria ya que impide su crecimiento transversal y la vuelve más angosta (perfil de pajarito).⁷ Figura 4

Esto conduce a una maloclusión dentaria, debido a una larga duración y una alta frecuencia de succión del chupete, suelen producir una hiperfunción del músculo buccinador, que causa deficiencia del crecimiento transversal, la lengua permanece en el piso de la boca y no ejerce presión contra el paladar, además se puede observar paladar ojival, mordida cruzada posterior mordida abierta anterior, aumento de sobremordida horizontal y clase II canina y molar en la dentición temporal y se fomenta el patrón de respiración bucal.³⁻⁷

El uso de chupón provoca generar un paladar profundo y mordida cruzada en el sector posterior. Se considera que el uso prolongado del chupón conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador, provocan un aumento de la distancia transversal mandibular y a una disminución de la distancia transversal maxilar. La alteración en el desarrollo motor oral provocado por la lactancia artificial puede afectar negativamente la masticación, deglución, respiración y el fono articulación.³⁻⁷ Se ha asociado de manera significativa el uso de chupón y la mordida cruzada posterior, especialmente cuando el hábito se prolongó más allá de los 36 meses.⁷

Los niños succionadores, además sufren alteraciones de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que pueden presentar respiración bucal. Se recomienda que la succión de chupete cese a más tardar a los 2 años, ya que a esa edad existe una auto recuperación del daño dento esquelético provocado por este hábito.⁷



Figura 4. Uso de chupetes. *Uso de chupete* [Image]. (2019). Recuperado de <https://www.odontologiamoron.com.ar/post/uso-de-chupete>

Respiración oral (bucal)

La respiración normal, conocida como respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre inmediato de la boca, originándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración; la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo.⁷

La respiración persigue como objetivos proporcionar oxígeno a los tejidos y retirar de ellos el dióxido de carbono producto de la actividad metabólica celular. Para ello la ventilación pulmonar, consistente en el flujo de entrada y salida de aire entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares, es la primera etapa de la respiración.¹⁶

Cuando se presentan dificultades para que la ventilación se lleve a cabo por la nariz, ésta se podría sustituir por respiración bucal, aunque existen personas que respiran por la boca sin causa aparente que lo provoque.¹⁶

La vía aérea superior es una estructura compleja y multifuncional que regula diferentes actividades del organismo humano. Alternas funciones ventilatorias con las digestivas y fonatorias, además de contener los receptores del sistema olfatorio. Al respirar por la nariz se cumplen las funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire, evitando así la irritación de la mucosa faríngea.¹⁶

La respiración bucal además de introducir aire frío, seco y cargado de impurezas en la boca y faringe, reduce la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre. Los niños pueden presentar ligera anemia, hipoglobulinemia, leucocitosis, déficit de peso y a menudo tórax aplanado por la menor expansión de sus pulmones.¹⁶

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

Por obstrucción funcional o anatómica: Es la respiración oral debida por el nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación crónica de la mucosa nasal desviación del septum nasal, rinitis, pólipos, síndrome de la apnea del sueño. Por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.⁵⁻⁶⁻¹⁶⁻¹⁸

Pueden ser de 3 tipos: temporaria, en el caso de un resfriado o catarro normal; estacional, asociado con alergias naso respiratorias y crónicas, en pacientes con obstrucciones adenoideas, dando origen a un labio superior corto, con inadecuado cierre bilabial.⁶

Por hábito: El individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre. hábitos previos (como la succión digital), las maloclusiones dentarias, enfermedades neuromusculares o retraso psicomotor, la herencia o incidencia familiar.⁵⁻⁶⁻¹⁸

Etiología de la respiración bucal

Con respecto a la etiología de los problemas respiratorios tenemos que un 39% hipertrofia de amígdalas y adenoides, 34% a rinitis alérgicas, 19% a desviación del tabique nasal, 12% hipertrofia idiopática de cornetes, otros porcentajes en menor grado a pólipos, tumores, etc. Los respiradores bucales se pueden dividir en dos grupos, los cuales presentan etiologías diversas:

1. Verdaderos respiradores bucales. Los verdaderos respiradores bucales pueden presentarse como consecuencia de las siguientes causas: obstrucciones funcionales, mal hábito respiratorio, hiperlaxitud ligamentosa. Entre las de obstrucciones funcionales podemos tener:

Alteraciones a nivel de las narinas.

Desviaciones septales.

Masas intranasales

Procesos inflamatorios (infecciones).

Tumores. Entre otros.¹⁸

2. Falsos respiradores bucales. son niños que tienen la boca abierta; pero respiran por la nariz, algunos tienen proyección lingual entre las arcadas dentarias, y en otros casos se aprecia la boca abierta con la lengua apoyada sobre el paladar duro, en ambos casos son niños que tienen la boca entreabierta.¹⁸

La respiración oral constituye un síndrome, cuyo diagnóstico definitivo deberá ser realizado por el otorrinolaringólogo, el estomatólogo solo puede hacer un diagnóstico presuntivo (Cepero Sánchez et al.).⁶

Es un hábito muy común en pacientes en edad de desarrollo, cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua se ubica en una posición descendente para permitir la entrada del aire. La respiración bucal, normalmente está vinculada a pacientes con interposición lingual y del labio.¹⁻⁷

Durante la respiración bucal, el aire transita por la cavidad bucal, y como consecuencia, se desencadena un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se deforma y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico de cara larga o facie adenoidea.⁷ Figura 5

Predominio de los músculos elevadores del labio en detrimento de los músculos paranasales, que se deben insertar en la parte anterior del maxilar y favorecen el crecimiento anterior de la pre maxila, produciendo una elevación y retrusión de la espina nasal anterior.¹⁸

Características:

Labio superior corto e hipotónico

Inclinación lingual de incisivos inferiores

Inclinación vestibular de incisivos superiores

Aumento de la sobremordida horizontal

Mordida abierta anterior con o sin proyección lingual, mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral

Mordida cruzada funcional unilateral por avance mesial de uno de los cóndilos

Paladar ojival, arco superior triangular

Retroposición mandibular

Labio inferior hipertónico

Labios agrietados, resecos, con presencia de fisuras en las comisuras (queilitis angular) podría conseguirse candidiasis.

Rasgos faciales típicos de la facies adenoidea incluyen, cara estrecha y larga, hipo desarrollo de los huesos propios de la nariz, ojeras profundas, ojos caídos, boca abierta,

Narinas estrechas del lado de la deficiencia respiratoria con hipertrofia de la otra narina o las dos estrechas.

Piel pálida.

Hipertrofia del músculo borla del mentón.

Posición más enderezada de la cabeza

Gingivitis crónica.

Perfil convexo

Mejillas flácidas y apariencia de ojeras

Músculo de la borla del mentón hipertónico.

Incompetencia labial

Maloclusión Clase II División I

Halitosis

Debilidad de los músculos faciales

Predominando el biotipo dólico-facial

Opacidad e hipo desarrollo de los senos paranasales, que forman la base de la arcada dental superior. ³⁻⁵⁻¹⁸

El tercio medio de cara presenta hipo crecimiento con los pómulos hundidos por

falta de neumatización de los senos paranasales y menor crecimiento transversal del maxilar superior. ⁷⁻¹⁶⁻¹⁸

La respiración bucal en niños y jóvenes determina alteraciones posturales como: hipercifosis torácica, protrusión de hombros, elevación y abducción de las escápulas, adelantamiento de la postura cefálica con reducción de la lordosis cervical. ¹⁶

La curvatura acentuada de la columna vertebral dorsal, el adelantamiento de hombros, el ascenso y separación de los omóplatos ocasionan cambios en el balance corporal que determinan incremento de la lordosis lumbar y proyección anterior de la pelvis para compensar el desequilibrio en la postura alterada. También existe asociación de estos pacientes con la escoliosis y el pie plano. ¹⁶

La posición de la mandíbula guarda relación directa con la postura de cabeza y hombros. Al igual que la mandíbula la columna cervical tiene también su propia posición postural. ¹⁶

Los altos niveles de contaminación y los cambios climáticos que se viven actualmente están generando un incremento de las enfermedades en las vías respiratorias, éstas crean hábitos perniciosos como la respiración bucal. ¹⁷

Quienes respiran por hábito mantienen esa forma de respiración, aunque se les haya eliminado el obstáculo que los obligaba, convirtiéndose en respiradores bucales funcionales, y quienes lo hacen por razones anatómicas son aquellos cuyo labio superior corto les impide un cierre bilabial completo. ¹⁷

El hábito de respiración bucal es considerado como un factor etiológico de maloclusión. Los hábitos bucales son precisamente actos repetitivos realizados, la mayoría de las veces instintivamente. ¹⁷

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- a) La edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- b) El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
- c) La frecuencia de este, es decir el número de veces al día. ¹⁸

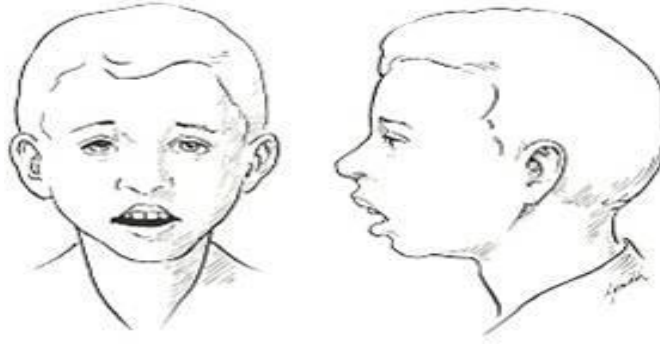


Figura 5. Respiración bucal. Síndrome de respiración bucal [Image]. (2020). Recuperado de <https://www.fisioterapiaplayamar.com/sindrome-de-respiracion-bucal/>

Enfermedades asociadas a respiración bucal

Adenoide hipertrófico

La hipertrofia de adenoides es una condición obstructiva relacionada con un aumento de tamaño de los adenoides. La condición puede ocurrir con o sin una infección aguda o crónica.²²

Los adenoides son una colección de tejido linfopitelial en la cara superior de la nasofaringe medial a los orificios de la trompa de Eustaquio. Junto con las amígdalas faciales y linguales, los adenoides forman la estructura conocida como anillo de Waldeyer, una colección de tejido linfóide asociado a la mucosa situado en la entrada del tracto aerodigestivo superior.²² Figura 6

El suministro de sangre a los adenoides incluye la arteria faríngea ascendente, con algunas contribuciones de las arterias maxilar interna y facial. “Los nervios glosofaríngeo y vago proporcionan inervación sensorial a los adenoides. El tamaño de los adenoides tiende a aumentar durante la infancia.²²

La hipertrofia de adenoides puede ocurrir debido a etiologías infecciosas y no infecciosas. Las causas infecciosas de la hipertrofia de los adenoides incluyen patógenos virales y bacterianos. “Los patógenos virales asociados con la hipertrofia de adenoides incluyen adenovirus, coronavirus, coxsackievirus, citomegalovirus (CMV), virus de Epstein-Barr (EBV), virus del herpes simple, virus de la parainfluenza y rinovirus”.²²

Muchas especies de bacterias aeróbicas se han implicado en la contribución a la hipertrofia adenoidea infecciosa, incluidas las especies de *Streptococcus hemolítico alfa*, *beta* y *gamma*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Chlamydia pneumoniae* y *Mycoplasma pneumoniae*.²²

La hipertrofia de adenoides es más común en niños que en adultos, ya que los adenoides se atrofian y retroceden naturalmente durante la adolescencia. “Un metanálisis reciente mostró que la prevalencia de hipertrofia de adenoides entre una

muestra aleatoria representativa de niños y adolescentes fue del 34,46 %” (Pereira, Monyror, & Almeida, 2018).²²



Figura 6. Hipertrofia de adenoides Adenoidectomía: consecuencias y riesgos inmunológicos [Image]. (2018). Recuperado de <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/adenoidectomia-consecuencias-y-riesgos-inmunologicos>

Cornetes hipertróficos

La obstrucción crónica de la vía aérea nasal es uno de los síntomas más frecuentes encontrados por el otorrinolaringólogo. La mayoría de estos pacientes sufren de cornetes inferiores hipertrofiados. Está bien establecido que los cornetes nasales representan el control de flujo de aire nasal primario por lo que tienen un papel significativo en el mantenimiento de la salud normal de las vías respiratorias y esto se hace principalmente por su mucosa. (Steiner W., 2006.).²³

Esta importante parte anatómica de la nariz contribuye a filtración de aire, humidificación de aire y también a calentamiento del aire inhalado (Leong & Eccles, 2015). Aunque esta condición no es una amenaza para la vida, la rinitis crónica puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes por lo que es necesario establecer rápidamente un tratamiento adecuado. Los médicos disponen de muchas técnicas para curar los cornetes agrandados.²³

Los autores (Hol & Huizing, 2016) en su estudio expresan que la mucosa nasal de los cornetes se hincha como parte del ciclo nasal, pero esta inflamación fisiológica puede agravarse por inhalación de alérgenos, infecciones, irritantes en el aire, entre otros, en ese caso, el médico le receta tratamientos al paciente como aerosoles nasales salinos, corticosteroides tópicos, aerosoles, antihistamínicos, agentes simpaticomiméticos, fármacos anticolinérgicos, solución de nitrato de plata, varios inmunoestimulantes y capsaicina como terapia de primera línea.²³

Sin embargo, estos tratamientos podrían ser inadecuados para lograr una resolución significativa de la obstrucción nasal. Es por eso que los pacientes cuya condición es resistente a la terapia médica, el paciente, puede buscar tratamiento adicional.²³ Figura 7



Figura 7. Hipertrofia de cornetes. ¿cómo prevenirla o tratarla? [Image]. (2018). Recuperado de <https://www.topdoctors.com.co/articulos-medicos/hipertrofia-de-cornetes-como-prevenirla-o-tratarla>

Desviación del septum nasal

Traumáticas: Los traumatismos nasales son la principal causa de desviaciones septales, sin embargo, en un gran número se deben a partos laboriosos. En la mayoría de los casos, se afecta el septum cartilaginoso, pero también se pueden fracturar los huesos propios de la nariz. Deben ser valorados con precisión y actuar en consecuencia; ya que, independientemente de la obstrucción que provoquen, pueden, en su crecimiento, alterar la morfología de la pirámide nasal.²⁴ Figura 8

La exploración nos ha de permitir valorar con exactitud el tipo de lesiones; ya que, de ello dependerá el tipo de tratamiento, que puede ir, desde mantener una actitud expectante, hasta realizar una cirugía de mayor o menor complejidad. Si bien, hoy en día, la cirugía septal o septopiramidal se acepta como un acto que se debe realizar para prevenir futuras complicaciones, debe ser extremadamente limitada para no alterar los centros de crecimiento.²⁴

Cuerpos extraños. A pesar de que una obstrucción nasal unilateral, sobre todo si se acompaña de rinorrea mucopurulenta y más aún si es maloliente, debe hacernos pensar inmediatamente en un cuerpo extraño, algunos de ellos son diagnosticados meses después de la obstrucción y múltiples tratamientos médico.²⁴

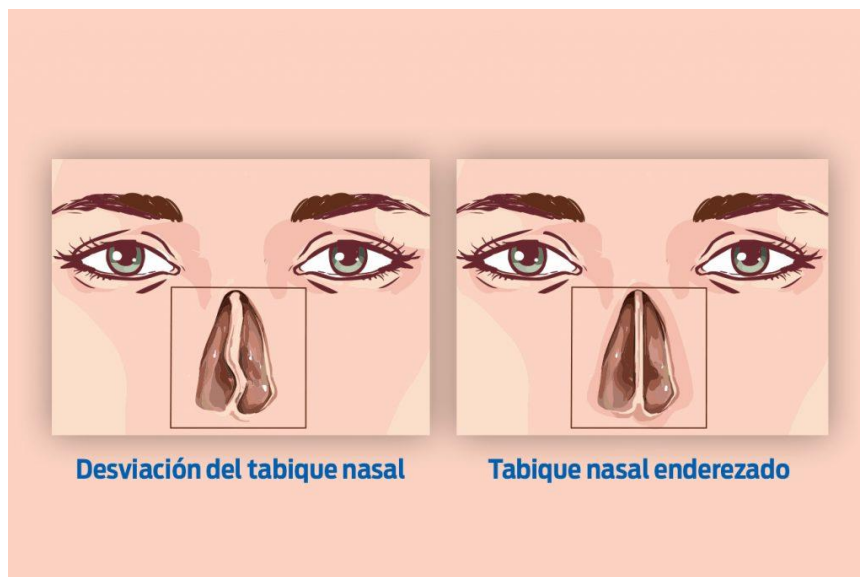


Figura 8 Desviación del tabique nasal. Tratamiento no invasivo ni doloroso para obstrucciones respiratorias [Image]. (2022). Recuperado de <https://www.sanatorioallende.com/notas/obstrucciones-respiratorias>

Rinitis

La cavidad nasal y los senos paranasales constituyen en el niño una cavidad anatómica en evolución, con una estrecha dependencia, tanto en el plano fisiológico como patológico. Se acepta como rinosinusitis crónica, aquella infección sinusal de síntomas leves cuya evolución se prolonga más de cuatro semanas.²⁴ Figura 9

A pesar de que se ha considerado durante años que el origen era infeccioso, es muy probable que el origen sea un edema de la mucosa nasal y sinusal que provoque una alteración de la ventilación, del movimiento ciliar y un enlentecimiento del transporte del moco, circunstancias que favorecerán la colonización de los senos por las cepas más frecuentes del aparato respiratorio (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moxarella catharralis*, entre otras).²⁴

Cualquier proceso que provoque una alteración del complejo osteomeatal (infecciones virales, alergia, irritantes, etc.) provoca una alteración de la ventilación y del drenaje de los senos que, a su vez, provoca una disminución de la presión parcial de oxígeno, una disminución de la presión dentro del seno y, como consecuencia, un enlentecimiento del transporte mucociliar y una alteración del pH, circunstancias que favorecen la proliferación de la flora.²⁴

Una de las causas que pueden provocar este proceso es el reflujo gastroesofágico. De difícil diagnóstico en el niño, debe descartarse cuando nos encontremos frente a una rinosinusitis crónica o recurrente, rebelde al tratamiento. Todas las enfermedades sistémicas que alteran la viscosidad del moco o la movilidad ciliar provocando una estasis del moco, pueden ser causa de afecciones sinusales recurrentes.²⁴

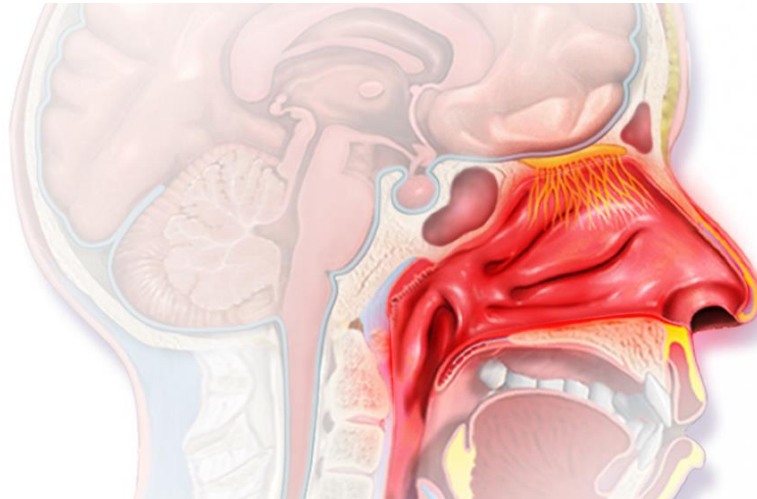


Figura 9. Rinitis. Principales factores que pueden provocar rinitis: descubre sus síntomas y tratamiento [Image]. (2021). Recuperado de <https://www.20minutos.es/salud/medicina/rinitis-causas-tratamiento-4761360/>

Polipos

Poliposis nasosinusal los pólipos son la tumoración benigna más frecuente de las fosas nasales (Fig. 2). Son neoformaciones de carácter inflamatorio que, en general, se originan en el etmoides. Pueden ser unilaterales o bilaterales. El pólipo unilateral más frecuente es el antrocoanal de Killian Pueden presentarse de forma aislada o asociados a asma bronquial, teniendo algunas de estas asociaciones connotaciones características, como la enfermedad de Widal o tríada ASA, en la que, además, hay una intolerancia a la aspirina. Producen diferentes grados de obstrucción dependiendo de su tamaño y, en algunos casos, tienen tanta fuerza que, en edades tempranas, pueden deformar la pirámide nasal en su crecimiento.²⁴

Es el caso de la poliposis nasosinusal infantil deformante o enfermedad de Woakes. Las poliposis que afectan a las fosas nasales de forma bilateral pueden ser de causa alérgica o no (la mayoría), y pueden ser la expresión local de enfermedades sistémicas más graves, como la fibrosis quística.²⁴

Tumores

Tumores benignos: en la infancia, la mayoría son de origen vascular. Hemangiomas cavernosos de septum o cornetes. Por su localización pueden provocar obstrucción; por ello, deben ser extirpados quirúrgicamente. Figura 10

Tumores malignos: son tumores raros y, al no pensar en ellos debido a la poca especificidad de su sintomatología en estados iniciales, pueden pasar desapercibidos perdiéndose posibilidades de curación.

El sarcoma más frecuente en la infancia es el rhabdomioma. Su tratamiento varía dependiendo de su tamaño y delimitación.

Si son pequeños y bien delimitados, los extirparemos completamente con márgenes de seguridad e irradiaremos.

En los grandes tumores, la única actuación quirúrgica será para hacer una biopsia. Se tratarán con quimioterapia y radioterapia asociada.²⁴

Neuroblastoma olfatorio. Son tumores que se originan en la membrana olfatoria. Forman una lesión localmente agresiva y metastatizan en el 30% de los casos en ganglios regionales, pulmón y huesos.

La supervivencia es elevada y su pronóstico depende de si sólo afecta a las fosas nasales, se extiende a los senos o de si lo hace más allá de la cavidad nasosinusal.²⁴



Figura 10. Tumores. Tumores nasales | Diagnóstico y tratamiento [Image]. (2020). Recuperado de <https://www.danilomantilla.org/post/tumores-nasales>

Síndrome de la apnea del sueño

La apnea del sueño es una afección frecuente en la que la respiración se detiene y se reinicia muchas veces durante el sueño.

Eso puede impedir que el cuerpo reciba suficiente oxígeno. Tal vez deba hablar con su proveedor de atención médica sobre la apnea del sueño si alguien le dice que ronca o respira con dificultad mientras duerme, o si tiene otros síntomas de mala calidad del sueño, como somnolencia excesiva durante el día.²⁵ Figura 11

Hay dos tipos de apnea del sueño.

La apnea obstructiva del sueño ocurre cuando las vías respiratorias superiores se bloquean muchas veces durante el sueño y eso reduce o detiene por completo el flujo de aire.

Este es el tipo más habitual de apnea del sueño. Cualquier cosa que pueda estrechar las vías respiratorias, como obesidad, amígdalas grandes o cambios en

los niveles de hormonas, puede aumentar el riesgo de apnea obstructiva del sueño.
25

La apnea central del sueño ocurre cuando el cerebro no envía las señales necesarias para respirar.

Las afecciones médicas que influyen en la forma en que el cerebro controla las vías respiratorias y los músculos torácicos pueden provocar apnea central del sueño.²⁵



Figura 11. Apnea del sueño. Qué es el Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) [Image]. (2020). Recuperado de <https://www.odosdental.com/apnea-obstructiva-del-sueno/>

Onicofagia

Se define como una costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, afectando los tejidos blandos que las rodean, tales como la cutícula y piel de los dedos pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal; según Williams, et al (2006) también se ha asociado con Disfunción témporo mandibular. Otras alteraciones dentarias resorción del esmalte dental, reabsorción de la raíz dental (produce movilidad en los dientes, maloclusiones dentales, y produce microtrauma de la ATM.^{1-6- 19}

La onicofagia se asocia comúnmente con otras afecciones psiquiátricas, como los trastornos obsesivo-compulsivos, la ansiedad, los trastornos depresivos mayores y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad.¹⁹

La onicofagia es antihigiénica, se han presentado casos de infecciones por enterobacterias (*escherichia coli*), también se ha documentado problemas estomacales causado por otros gérmenes presentes en las uñas transportados por el tubo digestivo.¹⁹

En pacientes con onicofagia se observa en el sector anterosuperior desgaste importante en los incisivos centrales superiores y mordida cruzada anterior unilateral. Clínicamente se observan cambios en la coloración de la piel que rodea la uña, inflamación y elevación de los bordes laterales de las mismas y callosidades en la zona.⁸ Figura 12

Es bastante común en niños y adultos jóvenes, sin embargo, se observa con baja frecuencia antes de los 4 años, puesto que la mayor parte de los casos ocurren entre los 4 a 6 años. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.⁶



Figura 12. Onicofagia. Por qué evitar la onicofagia y la succión digital [Image]. (2022). Recuperado de <https://www.magisnet.com/2022/04/por-que-evitar-la-onicofagia-y-la-succion-digital/>

Proyección lingual

La lengua forma una parte importante para los diferentes procesos del ser humano que utiliza para poder sobrevivir, entre ellos está la respiración, el habla, la deglución y la masticación.⁹

La proyección lingual consiste en la ubicación de la lengua durante las funciones de deglución y fono articulación entre las piezas dentarias a nivel de incisivos o entre los sectores laterales, en zona de molares. Las principales causas asociadas a este hábito son:

Uso de biberón y chupón.

Desequilibrio del control nervioso.

Macroglosia.

Perdida temprana de los dientes anteriores y presencia de un diastema Inter incisal grande.

Hábitos como la respiración bucal, succión digital, etc.⁸

La proyección lingual es la acción de empujar o proyectar la lengua hacia delante, que se produce en el momento de realizar la deglución. Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo

con sus características clínicas y etiológicas, el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.⁶

Proyección lingual simple: se caracteriza por presentar una mordida abierta anterior muy bien definida. Hay buena adaptación oclusal de ambas arcadas.⁶

Este se genera cuando la lengua es colocada en los dientes anterosuperiores, como consecuencia esta descansa entre los dientes y se aproxima hacia el labio inferior. Esto puede observarse como una adaptación fisiológica necesaria, también se puede llegar a presentar cuando el paciente va a hablar o va a tragar e inclusive cuando se encuentra en posición de descanso.⁹

En los niños la proyección lingual existe como parte de un patrón para la deglución y éste se comienza a desarrollar entre los 2 y los 4 años de edad, presentándose con mayor porcentaje en los pacientes que se encuentran entre los 10-12 años de edad y su prevalencia va disminuyendo conforme la edad del paciente va aumentando.⁹

Proyección lingual compleja: presenta una mordida abierta anterior amplia y mal delimitada, no hay contacto entre las arcadas dentarias durante la deglución y la adaptación oclusal de ambas arcadas presenta gran inestabilidad a nivel de incisivo, canino y premolares.⁶

Proyección lingual complicada: también conocida como deglución infantil conservada o persistencia de la deglución infantil. Solo hay contacto oclusal entre ambas arcadas en el estadio final de la deglución, entre los últimos molares de cada cuadrante.⁶

En ciertas ocasiones, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, se interpone entre los labios, haciendo más fácil su detección. La falta de presión lingual sobre el paladar y la presión de los buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo transversal del maxilar, acompañada de una mordida abierta anterior y una vestibuloversión de los incisivos a causa de interposición lingual; Interponer la lengua a nivel de molares da lugar a mordida abierta posterior.⁸

Los efectos de proyección lingual son una proinclinación de los incisivos, una mordida abierta anterior y una serie de problemas en el espacio interdental. En la literatura también han analizado que el empuje lingual tiene efecto sobre los tejidos blandos de la boca, lo que nos va dar como resultado una incompetencia labial, hiperactividad del músculo mentoniano, dificultad en la fonación y como ya está bien establecido dará como resultado una respiración oral, todo esto teniendo consecuencias negativas sobre la autoestima de los pacientes en crecimiento.⁹

La proyección lingual ha sido atribuida como una consecuencia y no como la causa de la mordida abierta anterior, pero si esta persiste, la mordida abierta anterior no podrá ser corregida, así que es un factor importante a considerar cuando se va a tratar a estos pacientes. Los efectos de este hábito no afectan el crecimiento lateral

del maxilar, así como tampoco tienen consecuencias sobre los centrales inferiores.
9 Figura 13

Entre otras consecuencias que se han demostrado que tiene implicaciones con el patrón de biotipo facial, debido a la mordida abierta se observan dolicofaciales y en ocasiones se ha asociado la maloclusión Clase II Subdivisión 1. 9



Figura 13. Proyección lingual. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial Oral bad habits: neuromuscular rehabilitation and their influence in craniofacial growth [Image]. (2014). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700501>

Deglución atípica

El sistema estomatognático tiene como función secundaria la deglución, que es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. En la deglución normal los dientes ocluyen en armonía, la lengua se apoya en el paladar en la zona posterior a los incisivos superiores sin contactarlos y después se establece el movimiento deglutorio. 10

La deglución es un mecanismo que se repite entre 800 y 1.000 veces por día generando fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueléticas. 10

La deglución consiste en una serie de contracciones musculares coordinadas que desplazan el bolo alimentario de la cavidad oral al estómago. La deglución normal los labios están cerrados, los dientes están en máxima intercuspidación y estabiliza la mandíbula. (deglución somática). 11

Fases de la deglución

Primera fase.

Es voluntaria, inicia con separación del alimento masticado para formar una masa (bolo), esta separación la efectúa la lengua. El bolo es colocado en el dorso de la lengua siendo presionado contra el paladar duro. Labios cerrados, dientes unidos. Figura 14

La presencia del bolo en el paladar empieza una onda de contracción refleja en la lengua que empuja el bolo adelante y atrás, cuando el bolo llega a la parte posterior de la lengua es trasladado a la faringe.¹¹

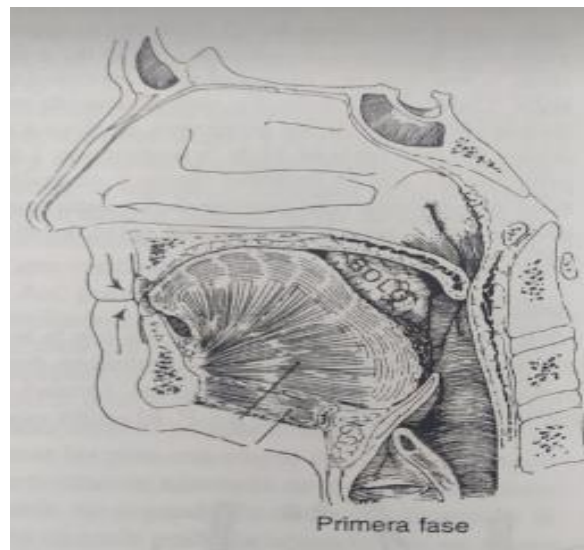


Figura 14. Primera fase de deglución Figura 14. Tercera fase de deglución Neuroanatomía funcional y fisiología del sistema masticatorio. P Okeson. J. Capítulo 2: Quinta edición. Editorial Elsevier. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares

Segunda fase

Cuando el bolo a alcanzado la faringe, una onda peristáltica causada por la contracción de los músculos contractores faríngeos le hacen descender hasta el esófago, el paladar blando se eleva hasta tocar la pared posterior de la faringe cerrando las vías nasales. Figura 15

La epiglotis ocluye la vía aérea faríngea hacia la tráquea y mantiene el alimento en el esófago.¹¹

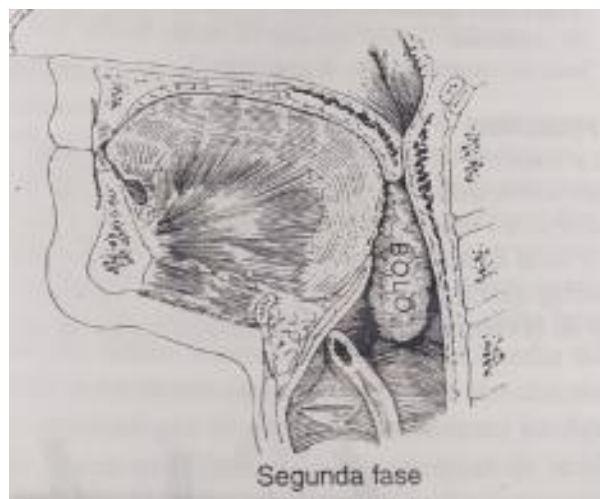


Figura 15. Segunda fase de deglución Neuroanatomía funcional y fisiología del sistema masticatorio. P Okeson. J. Capítulo 2: Quinta edición. Editorial Elsevier. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares

Tercera fase

Consiste en el paso del bolo por todo el proyecto esofágico. Las ondas peristálticas hacen descender el bolo por el esófago, tarde de 6 a 7 segundos. Cuando el bolo se aproxima al esfínter de cardias este se relaja y permite su paso al estómago. ¹¹ Figura 16.

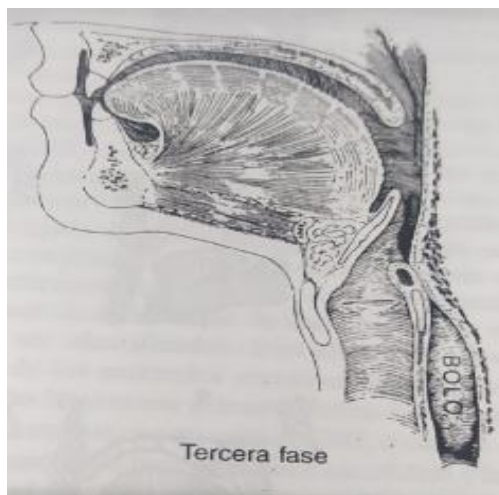


Figura 16. Tercera fase de deglución Neuroanatomía funcional y fisiología del sistema masticatorio. P Okeson. J. Capítulo 2: Quinta edición. Editorial Elsevier. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares

La deglución atípica es un hábito no fisiológico que se pueden dar en momentos de estrés, fatiga, falta de atención de los padres o tensiones en el entorno familiar, en este hábito existe proyección de la lengua hacia la cara palatina de los dientes anteriores, o también se puede generar por interposición de los labios, en el cual el labio inferior se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Al inicio de la fase deglutoria la lengua se sitúa entre los incisivos, contactando con el labio inferior.¹⁰

La deglución atípica consiste en el uso inadecuado de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias". La lengua se posiciona entre los incisivos o contra su cara posterior y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución. ¹⁰

Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Las fuerzas que se generan durante esta función, en pacientes con hábitos orales de interposición lingual y deglución atípica, son suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueléticas. ¹⁰

Esta interferencia estimula o modifica la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, lo que puede incidir en la génesis de mordidas abiertas y cruzadas anteriores y / o laterales, inhibición de la erupción de uno o varios dientes, vestíbulo

o linguoversiones y protrusión dentoalveolar. Posición atípica de la lengua, falta de contracción de sus músculos maseteros, Participación de la musculatura peribucal con presión del labio y movimientos con la cabeza, tamaño y tonicidad de la lengua, existencia de babeo nocturno. dificultad de ingerir alimentos sólidos, alteraciones en la fonación, con dificultad para pronunciar los fonemas /d, t, s, h, y/, y, acumulación de saliva al hablar. ¹⁰

Entre las atipias de deglución más frecuentes, se encuentran:

Deglución con presión atípica de la lengua o con interposición lingual entre los incisivos superiores e inferiores, que provoca mordidas abiertas anteriores con protrusión de los incisivos. Figura 17

Clasificación de la deglución con presión atípica de la lengua:

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.

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco dental, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes de ambos arcos dentales, superior e inferior.



Figura 17. Deglución atípica con proyección lingual *Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial* [Image]. (2014). Recuperado de https://www.researchgate.net/figure/Paciente-con-interposicion-de-lengua-que-muestra-la-mordida-abierta-anterior-con-la_fig2_276481932

Deglución con presión atípica del labio inferior o con interposición del labio inferior contra los incisivos inferiores, está relacionada con la Clase II dentaria, división 1 y mordida abierta anterior, ya que se ha comprobado que las personas con este tipo de maloclusión degluten con más frecuencia. ¹⁰

Deglución con contracción comisural, es una deglución en la cual se observa la producción de hoyos cerca de las comisuras de la boca. Se trata de la contracción de los músculos risorios. En estos casos se puede observar una endognatia (maxilar

hacia dentro), de los maxilares a nivel de los caninos, sumada a la endognatia total a causa de la ausencia de la lengua en el paladar al momento de deglutir, y de esta manera no estimula a éste transversalmente. ¹⁰

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica: labios hipotónicos, lengua descansando entre los dientes, tendencia a la respiración bucal, maxilar superior o inferior avanzado o retrasado. No realiza una deglución limpia porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores: quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal, saca alimentos fuera de la boca, y realiza movimientos excesivos como elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar. ¹⁰

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica: labios hipotónicos, lengua descansando entre los dientes, tendencia a la respiración bucal, maxilar superior o inferior avanzado o retrasado. No realiza una deglución limpia porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores: quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal, saca alimentos fuera de la boca, y realiza movimientos excesivos como elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar. ¹⁰

Puede haber múltiples factores que favorecen a la deglución atípica, como lo son:

Factores que han incidido sobre la evolución de las prácticas estomatológicas durante la infancia, impidiendo la maduración adecuada y la adquisición de patrones musculares adultos de tipo hereditario, que responden a patrones de tipo óseo y/o a patrones de conducta heredados.

Factores relacionados con una malnutrición, con dificultades para abandonar la alimentación materna, o en el cambio de líquidos a sólidos.

Falta de maduración a nivel orofacial; la persistencia de hábitos perniciosos o para funciones son fácilmente observables en niños que siguen succionando objetos (el dedo, los labios, entre otros), y, que, además, han utilizado el tetero hasta edades avanzadas.

Respiración bucal, frenillos linguales y/o labiales cortos y amígdalas hipertróficas o inflamadas.

Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores y presencia de diastemas interincisales grandes, estos hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

El tipo de maloclusión más frecuente en los respiradores bucales es la clase II.

Macroglosia, es poco frecuente y ocurre generalmente ¹⁰

Enfermedades y alteraciones asociadas a deglución atípica

Amígdalas hipertróficas o inflamadas

La hipertrofia amigdalina es el aumento del volumen de las amígdalas que se acompaña con síntomas de obstrucción de vía aérea.

La hiperplasia amigdalina obstructiva es el aumento de tamaño de las amígdalas, debido a que sus células han aumentado en número. Se caracteriza porque el ronquido y la respiración forzada, aparecen en el niño tanto dormido (sobre todo en decúbito supino) como despierto, pudiéndose asociar con disfagia para sólidos, enuresis nocturna, disminución del rendimiento escolar y cambios de voz.²⁶ Figura 18

La función de las amígdalas siempre ha sido discutida, debido a la localización de linfocitos en el tejido superficial de las mismas, se ha planteado un papel inmunológico, con actividad linfocitaria de defensa. Su función básica es producir anticuerpos para mediar la protección inmunitaria y el mecanismo de defensa contra la infección. Por su localización anatómica representan la primera zona de contacto a microorganismos y sustancias antigénicas existentes en el alimento y en el aire inhalado; además, son la primera línea de defensa contra agresores exógenos.²⁶

Las amígdalas palatinas se consideran el componente linfoide de mayor tamaño que constituye el anillo de Waldeyer, aunque al nacimiento estas son pequeñas, y comienzan su crecimiento entre el año y los cuatro años, pueden seguir creciendo hasta los 10 años.

Es a partir de esta edad cuando comienza su reducción de tamaño siendo aún más significativa llegados a los 20 años, conociéndose este proceso como involución fisiológica.

De todos los componentes de este anillo, las amígdalas palatinas son las únicas que contiene una cápsula que las envuelve, a su vez cubierta por un epitelio estratificado de queratinocitos, que se introduce y ramifica en el espesor de la amígdala, dando la apariencia superficial de criptas.

Además, dichos queratinocitos modificados llamados células M o de membrana, células mononucleares, macrófagos y células dendríticas foliculares, pasa a denominarse epitelio linforeticulado o criptoreticular.²⁶

Según la clasificación de Brodsky, la cual se basa en la observación de la medida del radio comprendido entre la tonsila y la orofaringe, sin sacar la lengua, los grados de las amígdalas pueden ser:

Grado 0: Las amígdalas palatinas se encuentran en el lecho amigdalino.

Grado 1: Menor de 25 % de la luz faríngea, no sobrepasa pilar posterior.

Grado 2: Entre 25 y 50 % de la luz faríngea, hasta el pilar posterior o lo sobrepasa levemente.

Grado 3: Hipertrofia amigdalina entre 50 a 75 % de la luz faríngea, sobrepasa pilar posterior.

Grado 4: Se contactan en la línea media.²⁶

En todos los pacientes se debe evaluar la presencia de síntomas sugerentes de obstrucción de vía aérea superior tales como: ronquidos nocturnos, respiración ruidosa durante el día, respiración bucal permanente o intermitente, presencia de pausas respiratorias durante el sueño, dificultad en la deglución de alimentos sólidos. En el examen físico se debe valorar: voz gangosa, respiración bucal, labios y boca seca; amígdalas hipertróficas grado 3 y 4.²⁶



Figura 18. Amigdalitis Amigdalitis [Image]. (2019). Recuperado de <https://www.institutoorl-iom.com/amigdalitis-2/>

Respiración bucal: Es un hábito común en pacientes en edad de desarrollo, cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua se ubica en una posición descendente para permitir la entrada del aire. La respiración bucal, normalmente está vinculada a pacientes con interposición lingual y del labio. otros hábitos como interposición lingual, succión digital.¹⁻⁷

Frenillos linguales corto

El frenillo lingual es el ligamento que conecta la parte ventral de la lengua con el piso de la boca. La anquiloglosia es una anomalía del desarrollo lingual que resulta en un frenillo anormalmente corto o grueso. La longitud del frenillo, la elasticidad y el punto de inserción en la lengua influirán en el grado de restricción de los movimientos linguales.²⁷ Figura 19

La prevalencia es del 4 al 10% de los recién nacidos vivos. Es más frecuente en varones (relación 2,5:1). Puede formar parte de un síndrome, pero lo más común es que sea una anomalía aislada. Se han documentado casos de herencia

autosómica dominante o recesiva.²⁷

Puede ser asintomática o manifestarse con dificultades en la lactancia, trastornos en el habla y en la dentición, y problemas sociales relacionados con la limitación funcional de la lengua. Si bien es una patología frecuente y conocida, persisten controversias y diversidad de opiniones relacionadas con la indicación, el momento y el método de la corrección quirúrgica.²⁷



Figura 19. Frenillo lingual corto. Consecuencias de tener un frenillo lingual corto [Image]. (2022). Recuperado de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/prevencion-diagnostico/frenillo-lingual-corto.html>

Enfermedades asociadas al corazón

Soplo cardiaco

Un soplo cardiaco es un fenómeno acústico ocasionado por el cambio del flujo sanguíneo laminar a flujo turbulento; ocurre durante el paso de sangre a través de estructuras cardiacas o vasculares como defectos septales, válvulas o en la bifurcación de los vasos. Un soplo normal se produce en ausencia de cardiopatía y de manifestaciones clínicas. Se debe al incremento de velocidad del flujo sanguíneo o al cambio en el diámetro de las estructuras cardiacas. Aunque se prefiere usar el término normal también es conocido como soplo inocente, inorgánico o fisiológico.²⁹

Hasta 80% de los recién nacidos y cerca de 60% de los niños escolares pueden presentar soplos. De hecho, se considera que todos los niños presentarán algún soplo durante su desarrollo normal.²⁹

Tipos de soplo normal más comunes

En un corazón normal el paso de la sangre a través de válvulas y vasos sanguíneos produce un flujo laminar y no genera soplos. Sin embargo, existen zonas denominadas "conexiones desproporcionadas de tamaño"² donde la disminución súbita del diámetro en las estructuras vasculares (por ejemplo, la conexión de ventrículo izquierdo a aorta) produce aceleración del flujo y vibraciones que causan flujo turbulento y contribuyen a la formación de un soplo.²⁹

Soplo de Still o vibratorio: Se produce en la conexión del ventrículo izquierdo con la aorta. Es un soplo de tono musical común en pacientes entre los tres años y la adolescencia. Se ausculta en el mesocardio y en el ápex, se inicia poco después del primer ruido y ocupa la primera mitad de la sístole, es de baja intensidad (grado I o II) y no borra los ruidos normales; se intensifica en decúbito dorsal y desaparece o disminuye con los cambios de posición. El diagnóstico diferencial es con el soplo de la comunicación ventricular que se irradia a la derecha del esternón y oscurece el primer ruido cardíaco, puede durar parte o toda la sístole.²⁹

Soplo pulmonar: Se debe al paso de sangre del ventrículo derecho a la arteria pulmonar. Es el soplo más frecuente en la edad pediátrica, particularmente común en adolescentes y en pacientes con tórax excavado. Se ausculta en el foco pulmonar durante la primera mitad de la sístole y puede irradiar de forma vertical. Se incrementa con el ejercicio, la fiebre y otros estados hipercinéticos. Disminuye o desaparece con la inspiración profunda y con la maniobra de Valsalva. El diagnóstico diferencial es con el soplo de la comunicación interauricular que se acompaña de un segundo ruido desdoblado constantemente en el foco pulmonar o con el soplo de estenosis pulmonar, que será de cualidad áspera y puede acompañar frémito palpable también en el foco pulmonar.²⁹

Zumbido venoso yugular: Se origina en la unión de la vena yugular, la subclavia o la innominada a la vena cava superior.² Es frecuente entre los 3 y los 8 años de edad. Es el único soplo normal que es continuo y se acentúa en la diástole. Frecuentemente se ausculta en el trayecto de la vena yugular derecha, aunque puede ser bilateral; se identifica mejor con el paciente de pie; aumenta con el ejercicio, la fiebre y la anemia; desaparece en el decúbito y con la maniobra de Valsalva, lo que ayuda a diferenciarlo del soplo del conducto arterioso permeable que no desaparece con el decúbito y se atenúa en la diástole.²⁹

Soplo sistólico carotídeo o soplo de flujos sistémicos: Es producido en la conexión de la aorta con los vasos supraópticos. Se ausculta en el trayecto de la carótida derecha principalmente, aunque puede ser bilateral. Se escucha durante la mitad sístole, con inicio y fin súbito, es poco audible en el foco aórtico y más intenso en el trayecto de la carótida, lo que ayuda a diferenciarlo del soplo de estenosis aórtica que es sistólico con máxima auscultación en el foco aórtico, precedido de un clic de eyección, puede irradiarse a cuello y acompañarse de frémito, además el componente aórtico del segundo ruido puede estar disminuido o ausente, por lo que el segundo ruido puede ser único.²⁹

Estenosis pulmonar periférica del neonato: Se origina en la bifurcación del tronco de la arteria pulmonar. Se considera propia del neonato, principalmente en prematuros.

Su principal sitio de auscultación es el borde esternal izquierdo, con irradiación a las regiones infraclaviculares, axila y espalda. Desaparece durante el primer año. Inicia poco después del primer ruido y no ocupa la totalidad de la diástole.²⁹ Figura 20

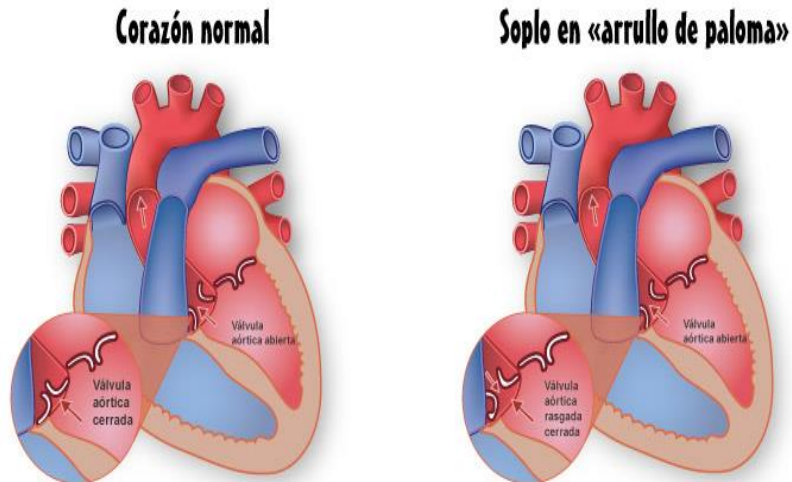


Figura 20. Soplo en corazón. SÍNTOMAS DE UN SOPLO CARDÍACO: [Image]. (2015). Recuperado de <https://www.micolchon.com/blog/7-sintomas-de-un-soplo-cardiaco-conocelos/>

Taquicardia

Taquicardia sinusal fisiológica: Se define a la taquicardia sinusal fisiológica (TS) como el incremento en la frecuencia de disparo del nodo sinusal a > 100 latidos por minuto (lpm) como respuesta a un factor de estrés físico, emocional, patológico o farmacológico y que tiene como característica no ser paroxística.³⁰

Dentro de la etiología de la TS se encuentran las siguientes causas: Fisiológicas: Ejercicio. Patológicas: Pirexia, hipovolemia, anemia, hipertiroidismo, etc. Farmacológicas: Cafeína, etanol, cocaína, nicotina, dopamina, atropina, doxorubicina, etc. El tratamiento inicial de la TS consiste en identificar la causa primaria y corregirla. Se recomienda el uso de betabloqueadores (metoprolol o propranolol) en pacientes con TS sintomática asociada a trastorno de ansiedad o estrés emocional, así como en tirotoxicosis (asociado a metimazol o propiltiouracilo).

En aquellos pacientes en quienes este contraindicado el uso de betabloqueadores una segunda alternativa serían los calcioantagonistas no dihidropiridínicos como diltiazem o verapamilo.³⁰

Taquicardia sinusal inapropiada: La taquicardia sinusal inapropiada (TSI) es un incremento en la frecuencia de disparo del nodo sinusal a > 100 pm sin relación con un factor de estrés físico, emocional, patológico o farmacológico o bien como consecuencia a una respuesta desproporcionada a dichos estímulos.

Generalmente la TSI se presenta en pacientes jóvenes < 40 años y predominantemente en mujeres (90%).³⁰

Aunque la literatura considera un origen multifactorial de la arritmia, en general se sugieren dos mecanismos causales de TSI: Aumento de la automaticidad del nodo sinusal. Regulación autonómica anormal del nodo sinusal con predominio del sistema simpático sobre el parasimpático. Se recomienda como primera línea el uso de metoprolol o propranolol solo en pacientes sintomáticos con TSI. En pacientes con contraindicación o intolerancia a betabloqueadores se recomienda el uso de calcioantagonistas no dihidropiridínicos.

En los pacientes con TSI refractaria a tratamiento médico se recomienda el envío a Se ha reportado un éxito inmediato del 76% en el procedimiento de ablación-modulación por radiofrecuencia en pacientes con TSI y a largo plazo de 32 ± 12 meses del 66 %.

Dentro de las complicaciones potenciales del procedimiento de ablación se encuentran perforación, pericarditis, fistula atrioesofágica, daño del nervio frénico, síndrome de vena cava superior o necesidad de marcapaso definitivo.³⁰

Taquicardia por reentrada en el nodo sinusal: La taquicardia por reentrada en el nodo sinusal (TRNS) surge por un circuito reentrante al nodo sinoatrial que origina la producción de una taquicardia paroxística, usualmente en ráfagas no sostenidas con ondas P similares a las del ritmo sinusal. Generalmente son de inicio y fin abrupto precipitado por un latido auricular prematuro. El origen de la TRNS se debe a una heterogeneidad en las propiedades de conducción del tejido intranodal, perinodal e incluso una porción de la crista terminalis.³⁰

Hay una alta incidencia de pacientes con TRNS que tiene enfermedad cardíaca orgánica subyacente Los pacientes pueden responder de forma variable a cualquiera de las siguientes alternativas: maniobras vagales, adenosina, betabloqueadores o calcioantagonistas no dihidropiridínicos. Se recomienda realizar estudio electrofisiológico en aquellos pacientes con TRNS con episodios frecuentes, muy sintomáticos o respuesta inadecuada a tratamiento farmacológico o en quien no es clara la naturaleza de la arritmia.³⁰

Oclusión

Oclusión es la relación entre las superficies masticatorias de los dientes de la arcada superior con la inferior al hacer contacto en el momento del cierre. Esta relación de contacto puede ser estática y dinámica.¹²

La primera se realiza sin acción muscular; es la que alcanza mayor superficie o mayor número de puntos de contacto. Algunos autores cuentan 138 pequeñas zonas que se tocan, pero se pueden identificar en mayor número, según el criterio de cada observador. A esta posición se le nombra oclusión central o céntrica.¹²

La oclusión dinámica se produce al actuar con cierta energía los músculos masticadores, que obligan a la mandíbula a ejecutar movimientos de deslizamiento. Cuando se efectúa éste, en un lado de la arcada, se produce el contacto de trabajo

mientras que el otro lado, se realiza el llamado contacto de compensación o de balance.¹²

Clasificación de Angle

La primera clasificación ortodóntica de maloclusión fue presentada por Edward Angle en 1899, la cual es importante hasta nuestros días, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere.⁷

La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión. Clasificación de la maloclusión de Angle: Existen 7 posiciones distintas de los dientes con maloclusión que pueden ocupar las cuales son:

Clase I

Clase II división 1

Clase II división 2

Clase III

Estas clases están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión.⁷

Angle consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión.⁷

Clasificación Angle clase I

Angle Clase I o neutroclusión: Se caracteriza por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco vestibular del primer molar inferior y la cúspide mesiopalatina del primer molar superior ocluye con la fosa central del primer molar inferior.¹³ Figura 21

La cúspide del canino superior ocluye entre el canino inferior y el primer molar primario o el primer premolar inferior. Las relaciones sagitales son normales y se diferencia de la oclusión normal ya que abarca mal posiciones individuales, anomalía de las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos pues los podemos encontrar rotados, con espacios, sobremordidas, mordidas abiertas, mordida cruzada posterior, o incluso mordidas cruzadas anteriores.^{13,20}

En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior, la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados. El perfil facial puede ser recto.²⁰



Figura 21. Clasificación Angle clase I Maloclusiones dentales [Image]. (2017). Recuperado de <https://www.neuroespai.com/maloclusiones-dentales/>

Anderson clasifica las maloclusiones Clase I de Angle en cinco tipos:

Tipo 1: Dientes superiores e inferiores apiñados o caninos en labioversión, infralabioversión o linguoversión. El apiñamiento dentario es el rasgo que identifica las maloclusiones Clase I. El apiñamiento es un fenómeno fisiológico y normal. Constantemente aparecen en pacientes niños, casos clínicos en los que por falta de espacio para todos los dientes se observan apiñamientos que conllevan a malposiciones dentarias y trabas, fundamentalmente en el sector anterior, en zonas laterales y/o caninas. El crecimiento de la arcada durante el período inmediatamente postnatal es suficiente para que los incisivos de la dentición temporal se alineen en ella sin apiñamiento.²⁰

Van der Linden lo clasifica en:

Apiñamiento primario: Es la consecuencia de la discrepancia entre la longitud de arcada disponible y la longitud de arcada necesaria representada por la suma de los diámetros mesiodistales de las piezas dentarias y determinada principalmente por los factores genéticos.

Apiñamiento Secundario: Es el apiñamiento causado por factores ambientales que se presentan en un individuo aislado y no en la generalidad de la población. Los factores que más contribuyen a este tipo de apiñamiento son la pérdida prematura de dientes temporales que condicionan la migración de los vecinos y acortan el espacio para la erupción de los permanentes.²⁰

Apiñamiento terciario: Se refiere al apiñamiento que ocurre durante los períodos adolescente y posadolescente. Es consecuencia de los fenómenos de compensación dentoalveolar y de los cambios por el crecimiento facial (la mandíbula

es la última en crecer); también la erupción del tercer molar ha sido citada como causa de este tipo de apiñamiento (aunque no se descarta la influencia, tampoco hay datos que evidencien el papel de los terceros molares, cuya acción podría estar combinada con otros factores). Desde el punto de vista clínico el apiñamiento dentario es la discrepancia que existe entre el espacio requerido y el espacio disponible para la alineación de los dientes y lo podemos clasificar en: apiñamiento leve cuando la discrepancia es menor de 3mm, moderado cuando está en un rango de 3 a 5mm. y severo cuando es mayor de 5mm.²⁰

Tipo 2: Incisivos superiores protruidos o espaciados. Los hábitos orales inadecuados son los responsables de este tipo de maloclusión. Hábitos como la succión digital, la interposición lingual o labial y el chupeteo pueden modificar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.²⁰

Tipo 3 :Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores. La mordida cruzada anterior presente en esta maloclusión, es una mordida cruzada del tipo dental. En estas mordidas cruzadas uno o más dientes antero-inferiores está excesivamente en protrusión, o los superiores en retrusión, pero condicionan una mordida cruzada anterior de origen exclusivamente dentario. Las bases esqueléticas están bien relacionadas entre sí y es la dentición el origen de la anomalía.²⁰

Tipo 4: Mordida cruzada posterior, los dientes anteriores pueden estar alineados. Los factores etiológicos que condicionan la existencia de una mordida cruzada posterior son:

Factores genéticos: Hipoplasia maxilar, hiperplasia mandibular o una asociación de ambas.

Hábitos: Respiración oral, deglución infantil y succión anómala.²⁰

Tipo 5: Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del primer molar, mayor de 3mm. La pérdida de espacio posterior se asocia con la pérdida prematura de dientes temporales, especialmente los segundos molares temporales; pérdida de dientes permanentes y ausencias congénitas de dientes.²⁰

Clasificación Angle clase II

Clase II o distoclusión: Se caracteriza por una relación sagital anómala de los primeros molares, donde el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. La cúspide del canino superior ocluye entre el canino e incisivo lateral inferior.¹³ Figura 22



Figura 22. Clasificación Angle clase II Maloclusiones dentales [Image]. (2017). Recuperado de <https://www.neuroespai.com/maloclusiones-dentales/>

Clase molar y canina II. La arcada maxilar se encuentra desplazada anteriormente o puede que la arcada mandibular se encuentre retraída con respecto a la superior, o combinación de ambas. Esta clase se subdivide en:

Clase II división 1: Se caracteriza por aumento del overjet y protrusión de los incisivos superiores.¹³ Figura 23

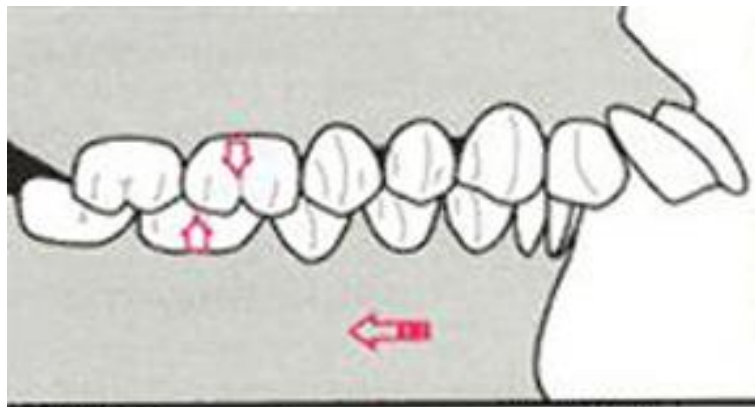


Figura 23. Clasificación de Angle II División 1 Tratamiento Maloclusión clase II [Image]. (2020). Recuperado de <https://www.propdental.es/ortodoncia/maloclusion-clase-ii/>

Clase II división 2: Se caracteriza por la retro inclinación de los incisivos centrales superiores, y los incisivos laterales vestibularizados, además se nota una clara disminución de overjet y aumento de overbite interincisivo.¹³ Figura 24

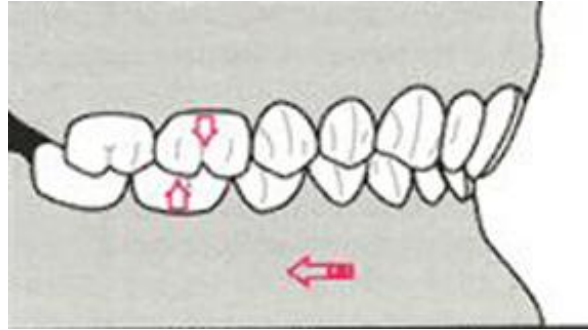


Figura 24. Clasificación de Angle II División 2 Tratamiento Maloclusión clase II [Image]. (2020). Recuperado de <https://www.propdental.es/ortodoncia/maloclusion-clase-ii/>

Clase II completa/incompleta: Se refiere completa o incompleta dependiendo de la intensidad de la desviación sagital entre los molares. La clase II completa se refiere cuando la cúspide distovestibular del primer molar superior está a nivel del surco vestibular inferior. En cambio, la clase II incompleta es cuando hay un grado menor de mala relación en el cual las caras mesiales de ambos primeros molares están en el mismo plano vertical.¹³

Clase II unilateral/bilateral: La clase II puede afectar a las dos hemiarquadas o sólo a la izquierda o a la derecha, por lo que en este caso podemos nombrarla clase II subdivisión derecha o izquierda, cualquiera sea el caso.¹³

Clasificación angle clase III

Clase III o mesioclusión Se da cuando el surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La relación incisiva puede estar invertida, es decir, los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores. La cúspide del canino superior ocluye muy distal al canino inferior. Además la arcada dentaria mandibular se encuentra adelantada o la arcada dentaria maxilar se encuentra retraída con respecto a la inferior. Al igual que clase II, también podemos denominar clase III subdivisión derecha o izquierda, dependiendo de la situación.¹³ Figura 25

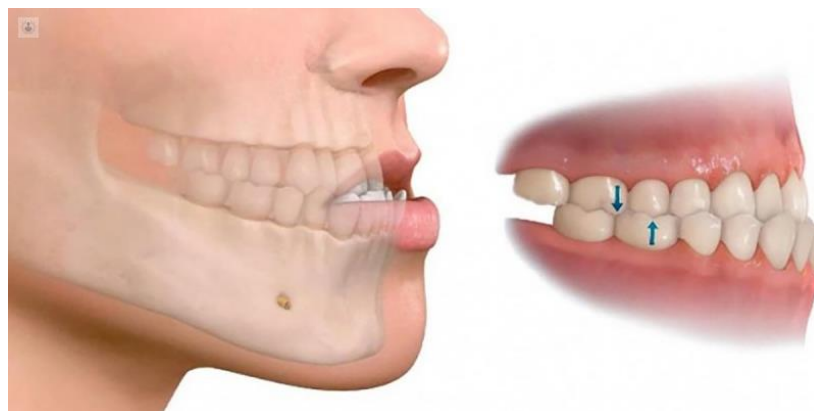


Figura 25. Clasificación Angle clase I Maloclusiones dentales [Image]. (2017). Recuperado de <https://www.neuroespai.com/maloclusiones-dentales/>

Tipo de maloclusiones

Maloclusiones en sentido transversal

Mordida cruzada posterior: Normalmente, los molares maxilares sobrepasan en la mitad de su diámetro, es decir en una cúspide a los molares inferiores, por lo que los molares superiores se encuentran más hacia el exterior que las inferiores. La mordida cruzada sucede cuando las cúspides bucales maxilares ocluyen con el área de la fosa central de los dientes mandibulares, ya sea como consecuencia de las diferencias de tamaño de las arcadas óseas o de los patrones de erupción dentaria. Esta puede ser unilateral o bilateral. ¹³ Figura 26

A continuación, se menciona la clasificación de la mordida cruzada posterior:

La mordida cruzada esquelética es el resultado de una discrepancia en la estructura ósea mandibular o maxilar superior, pudiéndose identificar por una discrepancia básica en el ancho de las arcadas.²¹

La mordida cruzada dental es el resultado de un patrón de erupción deficiente; en donde es posible que no haya irregularidad del hueso basal.

La mordida cruzada funcional es el resultado del desplazamiento de la mandíbula a una posición anormal, pero a menudo más confortable. ²¹



Figura 26. Mordida cruzada posterior Mordida Cruzada Posterior [Image]. (2022). Recuperado de <https://www.ortodonciagranada.com/la-ortodoncia/maloclusiones/mordida-cruzada-posterior/>

Mordida borde a borde: También llamada mordida cruzada incompleta, las cúspides bucales de los molares superiores ocluyen con las cúspides bucales de los molares inferiores. (Singh, 2008) El overjet y overbite es O.¹³ Figura 27



Figura 27. Mordida borde a borde Camuflaje de un Caso Clase III, en desplazamiento anterior mandibular - Caso Clínico [Image]. (2010). Recuperado de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-31/>

Mordida en tijera: Las cúspides palatinas de los molares superiores ocluyen con las cúspides bucales de los molares inferiores. Cuando esta es bilateral se la denomina síndrome de Brodie.¹³ Figura 28

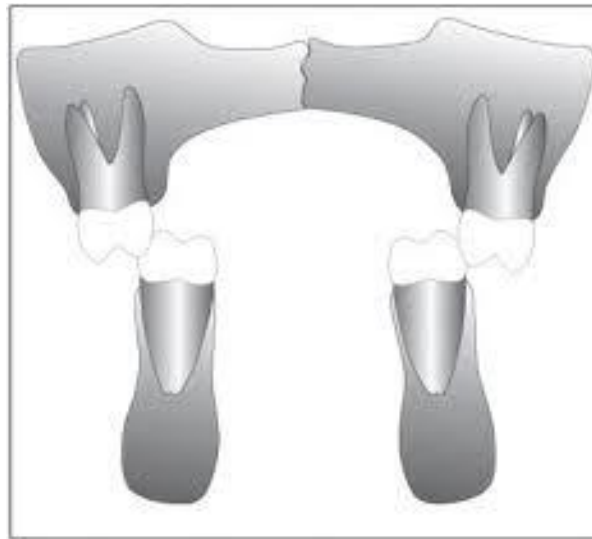


Figura 28. Mordida en tijera Facultad de Odontología de la Universidad de Chile entre los años 2013 - 2015 [Image]. (2016). Recuperado de <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/147230/Frecuencia-de-pacientes-con-mordida-cruzada-derivados-al-Programa-conducente-al-titulo-profesional.pdf?sequence=1>

Maloclusiones en sentido vertical

Mordida abierta posterior: Se refiere a la separación vertical de los dientes posteriores, es decir no llegan a contactar. ¹³ Figura 29



Figura 29. Mordida abierta posterior. Mordida abierta posterior [Image]. (2020). Recuperado de <https://support.clearcorrect.com/hc/es-es/articles/4402315286679-Mordida-abierta-posterior>

Mordida abierta anterior pueden clasificarse como dentoalveolares y esqueléticas.

Las dentoalveolares son aquellas que presentan alteraciones en los procesos alveolares, acompañados de alteración de posición dental; en general, el origen es por hábitos que no están acompañados de alteraciones en las estructuras óseas del cráneo.²¹

Las mordidas abiertas clasificadas como esqueléticas presentan una asociación de dirección de crecimiento óseo de la cara y del cráneo en sentido vertical con predominancia de la altura facial anterior, con relación a la altura facial posterior.

El plano mandibular presenta una gran divergencia en relación con el plano palatino y en relación con la base craneana anterior, lo que en una condición de mordida abierta actúa acentuándose.²¹

Mordida profunda: Se considera una mordida profunda, cuando los dientes anteriores superiores cubren hasta más de 40% de los dientes anteriores inferiores, es decir su overbite es más de 4mm.¹³

Plano terminal

El plano terminal es la relación de la superficie distal del segundo molar temporal superior e inferior. Baume clasificó a los planos terminales en: Plano

Recto: La superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada y por lo tanto, situada en el mismo plano vertical.

Escalón mesial: La superficie distal del molar inferior es más mesial que la superior.

Escalón distal: La superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores.

La posición de los molares primarios permitirá establecer suposiciones predictivas de las posiciones de la futura oclusión de los primeros molares permanentes.²⁸

Figura 30

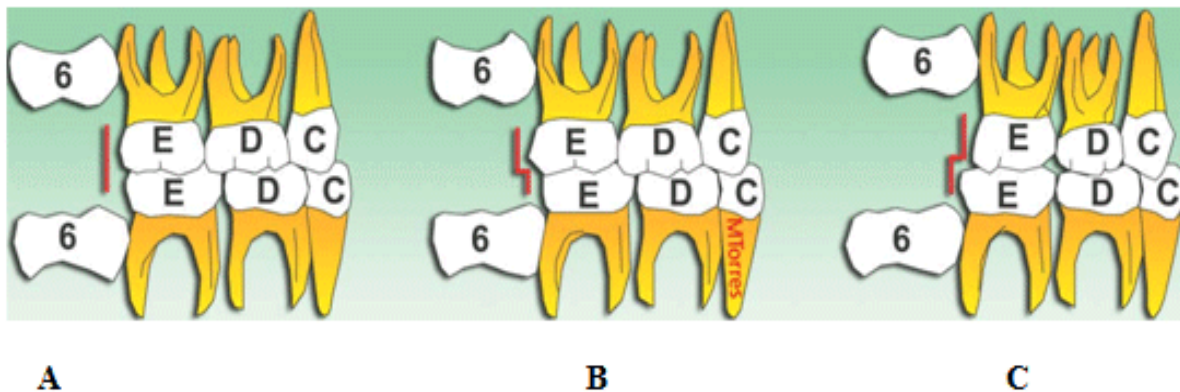


Figura 30. Plano terminal Desarrollo de la dentición. La dentición primaria [Image]. (2009). Recuperado de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>

Metodología

Se realizó un tipo de investigación, descriptivo, transversal en una población de estudio de 475 pacientes pediátricos con un rango de edad de 3-12 años que acuden a la LDC de Tláhuac.

La información obtenida fue a través de revisión de expedientes clínicos en la historia clínica dental de ambos turnos. Se requirió de una carta permiso de revisión de expedientes.

Como material se necesitó de un equipo de cómputo, formato (tabla) para recabar información en un documento de Word, que posteriormente fue basada a un documento Excel, se requirieron 475 expedientes clínicos de la LCD Tláhuac.

Para la obtención de los resultados con respecto a los objetivos de esta investigación, la información recaudada se importó en el programa llamado SPSS para la obtención de resultados por porcentaje en cada una de nuestras variables; se realizaron gráficos en barra y en pastel para expresar los resultados representados de manera visual, de igual manera se realizaron tablas para resumir y analizar resultados de la investigación, que permite ver comparaciones.

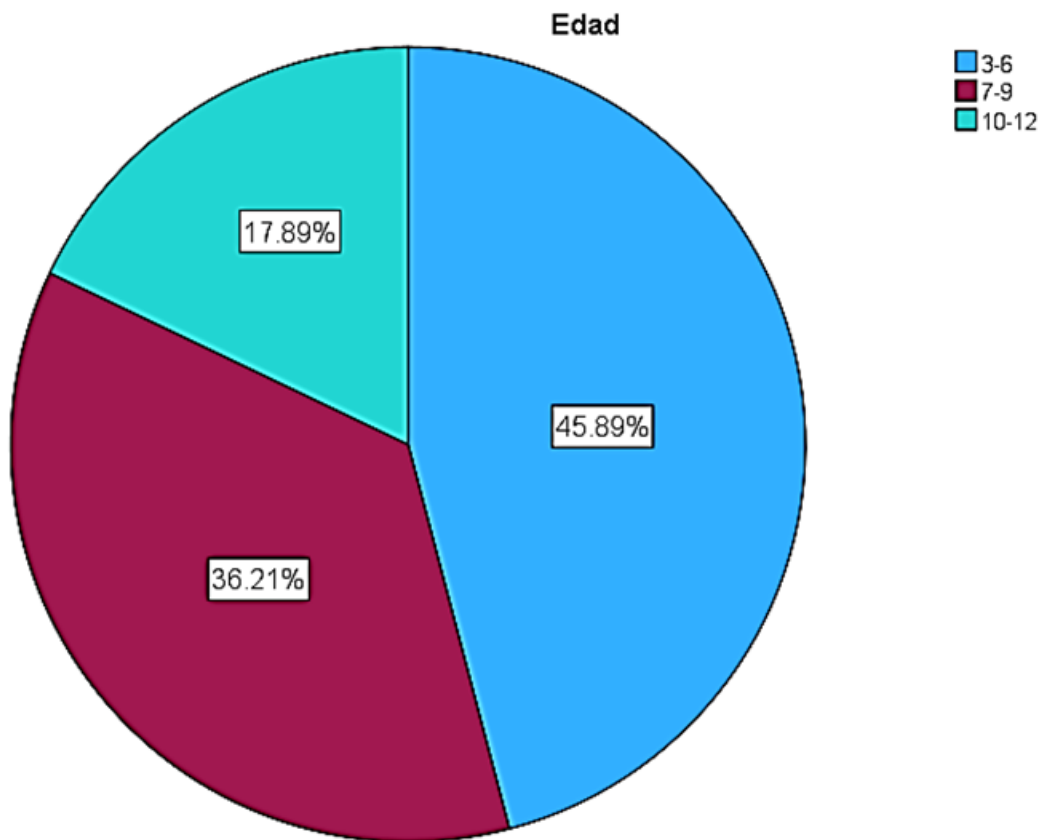
Así mismo se realizaron correlaciones entre las variables establecida para la obtención de resultados, con ayuda de gráficos de barra, porcentaje y tablas que nos permiten visualizar datos estadísticos obtenidos.

Resultados

Las siguientes variables (edad, sexo, condición sistémica, hábito oral y maloclusión) son las establecidas para poder llevar a cabo los objetivos del trabajo de investigación, por lo que fueron estudiadas de manera individual en la población de estudio.

Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3-6	218	45.9	45.9	45.9
	7-9	172	36.2	36.2	82.1
	10-12	85	17.9	17.9	100.0
	Total	475	100.0	100.0	

Tabla 1. Edad distribuida en rangos

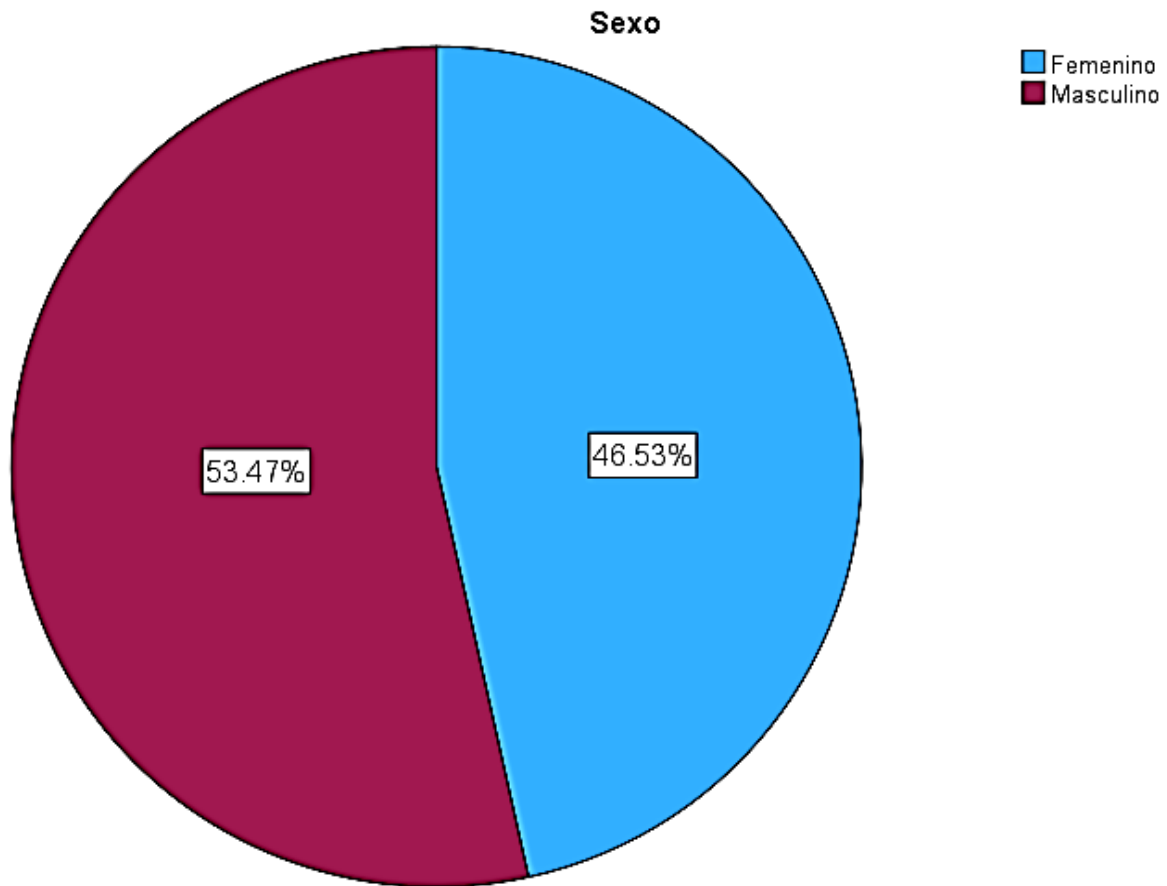


Gráfica 1.

Se observa la distribución en rangos de la edad (3-6, 7-9, 10-12) y en porcentaje, en la cual tenemos que prevalece en la población de estudio el rango de 10 a 12 años.

		Sexo			Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	
	Femenino	221	46.5	46.5	46.5
	Masculino	254	53.4	53.4	100.0
	Total	475	100.0	100.0	

Tabla 2. Sexo

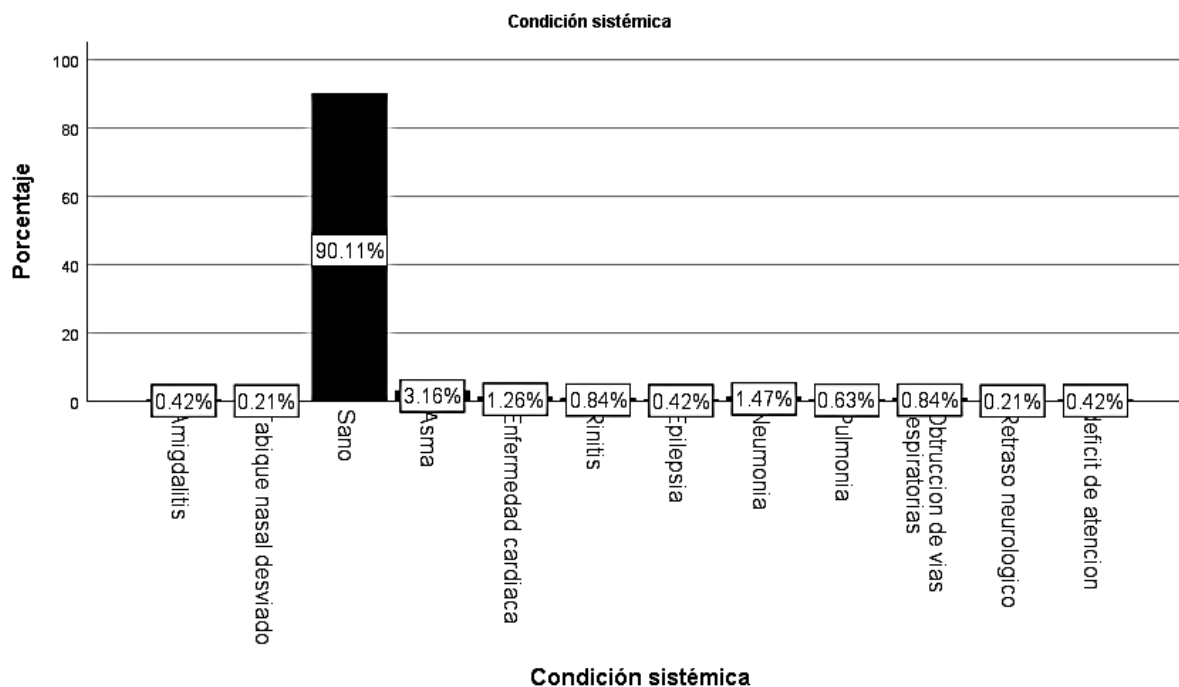


Grafica 2.

Se observa la distribución de sexo (genero), la cual nos indica que de nuestra población de estudio el que más prevalece es el sexo masculino.

		Condición sistémica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amigdalitis	2	.4	.4	.4
	Tabique nasal desviado	1	.2	.2	.6
	Sano	428	90.1	90.1	90.7
	Asma	15	3.2	3.2	93.9
	Enfermedad cardiaca	6	1.3	1.3	95.2
	Rinitis	4	.8	.8	96.0
	Epilepsia	2	.4	.4	96.4
	Neumonía	7	1.5	1.5	97.9
	Pulmonía	3	.6	.6	98.5
	Obstrucción de vías respiratorias	4	.8	.8	99.4
	Retraso neurologico	1	.2	.2	99.6
	deficit de atencion	2	.4	.4	100.0
	Total	475	100.0	100.0	

Tabla 3. Condición sistémica

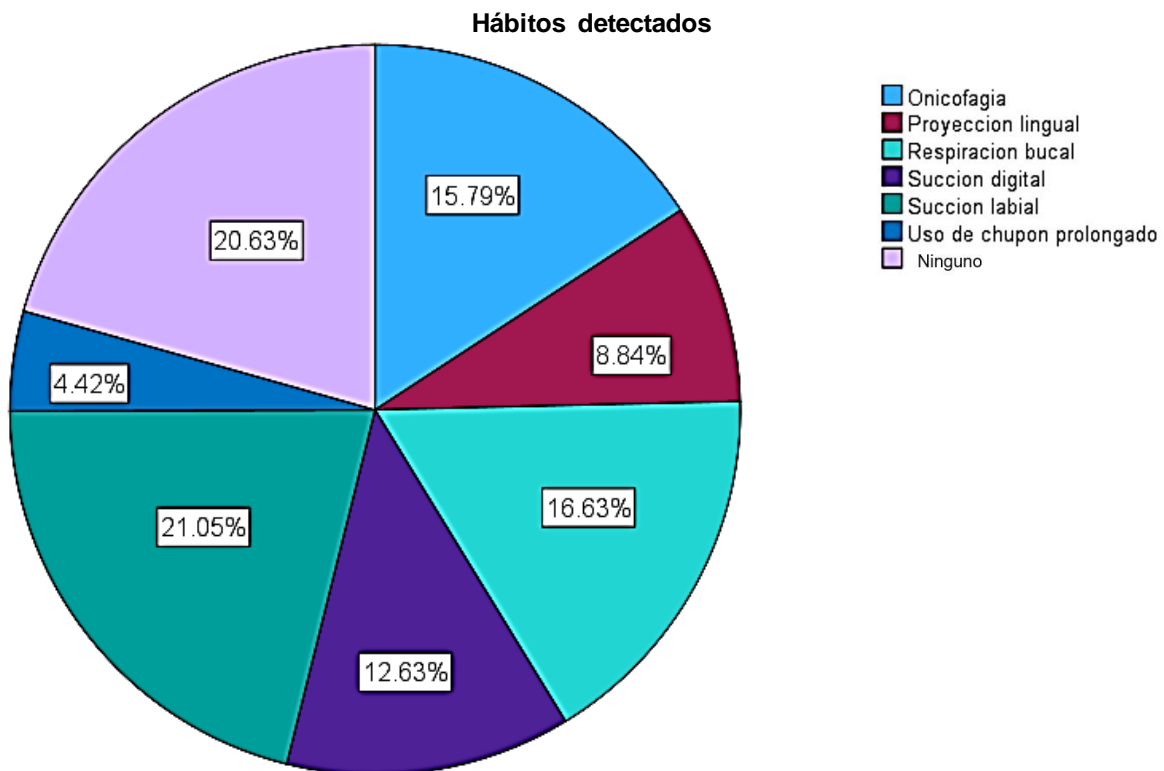


Grafica 3

Podemos observar la distribución de la condición sistémica que la mayor parte de la población de estudio está en condición sana, sin embargo, la que le prevalece en seguida es asma, y como menor prevalencia tenemos a tabique nasal desviado y retraso neurológico.

		Hábitos detectados		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Onicofagia	75	15.8	15.8	15.8
	Proyección lingual	42	8.8	8.8	24.6
	Respiración bucal	79	16.6	16.6	41.3
	Succión digital	60	12.6	12.6	53.9
	Succión labial	100	21.1	21.1	74.9
	Uso de chupón prolongado	21	4.4	4.4	79.4
	Ninguno	98	20.6	20.6	100.0
	Total	475	100.0	100.0	

Tabla 4. Hábitos detectados



Grafica 4

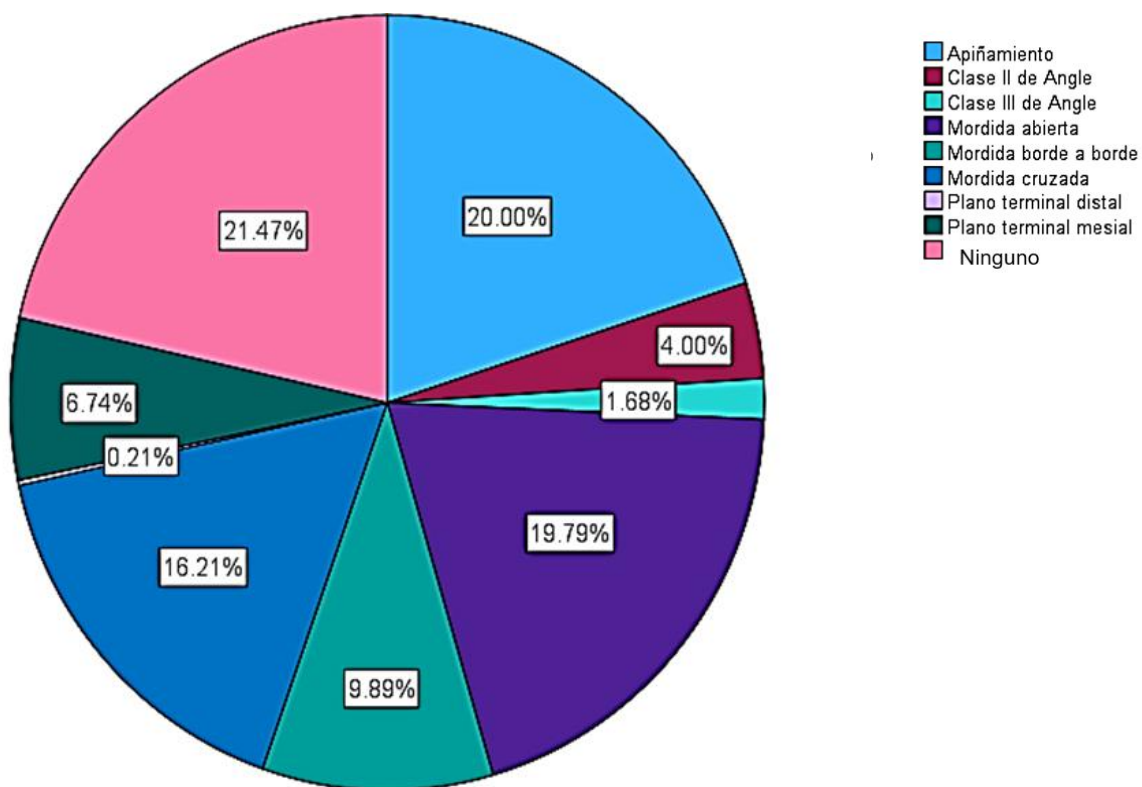
En la presente grafica podemos observar la distribución en la población de estudio más prevalente es la succión labial con el 21.1% y el menos prevalente el uso de chupón con el 4.4%.

Maloclusión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Apiñamiento	95	20.0	20.0	20.0
	Clase II de Angle	19	4.0	4.0	24.0
	Clase III de Angle	8	1.7	1.7	25.7
	Mordida abierta	94	19.8	19.8	45.5
	Mordida borde a borde	47	9.9	9.9	55.4
	Mordida cruzada	77	16.2	16.2	71.6
	Plano terminal distal	1	.2	.2	71.8
	Plano terminal mesial	32	6.7	6.7	78.5
	Ninguno	102	21.5	21.5	100.0
	Total	475	100.0	100.0	

Tabla 5. Maloclusión

Maloclusión



Grafica 5

Podemos observar la distribución de maloclusiones que prevalecen en la población de estudio, en la cual tenemos como resultado según la gráfica nos muestras con mayor prevalencia pacientes que no presentan alteración en la oclusión, en seguida tenemos apiñamiento y con menor prevalencia plano terminal distal.

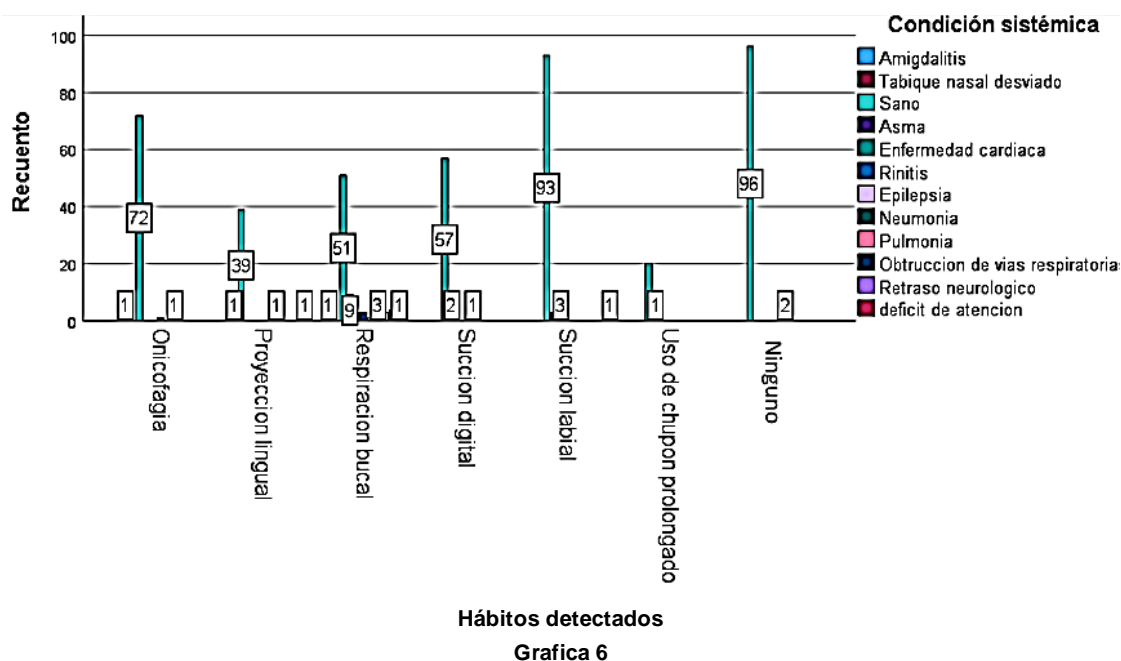
Correlaciones condición sistémica con hábitos detectados

		Condición sistémica	Habito oral detectado
Condición sistémica	Correlación de Pearson	1	-.084
	Sig. (bilateral)		.067
	N	475	475
Hábitos detectados	Correlación de Pearson	-.084	1
	Sig. (bilateral)	.067	
	N	475	475

tabla 6. Condición sistémica con hábitos detectados

De acuerdo a la tabla 6 de resultados en correlación con Pearson $-.084$ existe una correlación negativa considerable y según la significancia (bilateral) $.67$ no existe significancia entre ambas variables

Barra agrupada a recuento de hábitos detectados por condición sistémica



Podemos observar la distribución de las variables condición sistémica con respecto a los hábitos detectados en la población de estudio, los resultados de la gráfica son condición sistémica más prevalente (condición sana) sin embargo el habito detectado de succión labial y uso de chupón prolongado son prominentes en la investigación.

Correlaciones edad con hábitos detectados

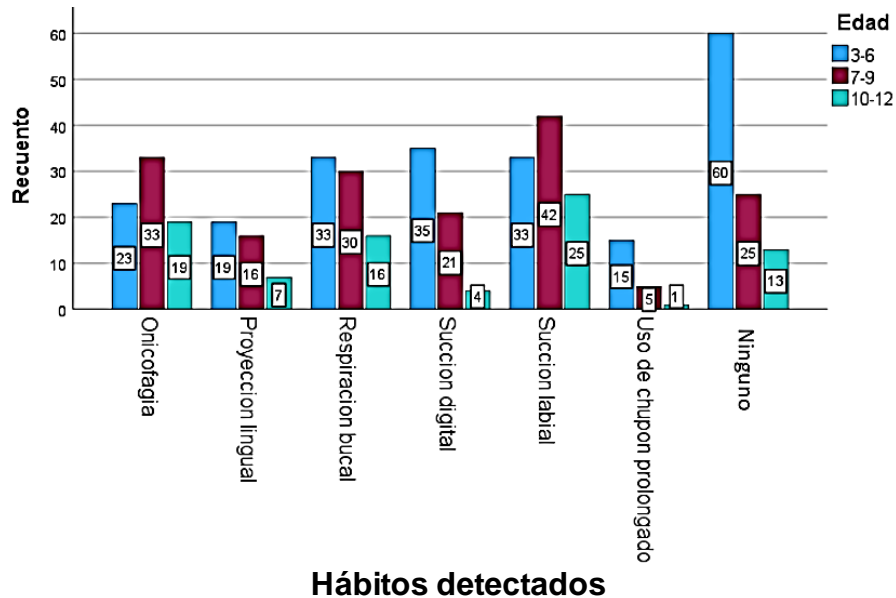
		Edad	Habito oral detectado
Edad	Correlación de Pearson	1	-.152**
	Sig. (bilateral)		<.001
	N	475	475
Hábitos detectados	Correlación de Pearson	-.152**	1
	Sig. (bilateral)	<.001	
	N	475	475

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 7. Edad con hábitos detectados

De acuerdo a la tabla 7 de resultados en correlación con Pearson -152 existe una correlación negativa debil y según la significancia(bilateral) .001 existe una relación muy significativa entre ambas variables.

Barras agrupadas recuento de hábitos detectados por edad



Grafica 7.

En esta grafica podemos observar la distribución de las variables de edad y hábitos detectados. Los números sobre las barras representan el valor del porcentaje obtenido en cada uno de los tipos de hábitos detectados para cada rango de edad. Siendo la más frecuente de acuerdo a los resultados obtenido en la gráfica con respecto a el rango de edad de 3-6, no presentan habito oral y con menor

prevalencia tenemos de igual manera el rango de 3-6 con respecto a uso de chupón prolongado.

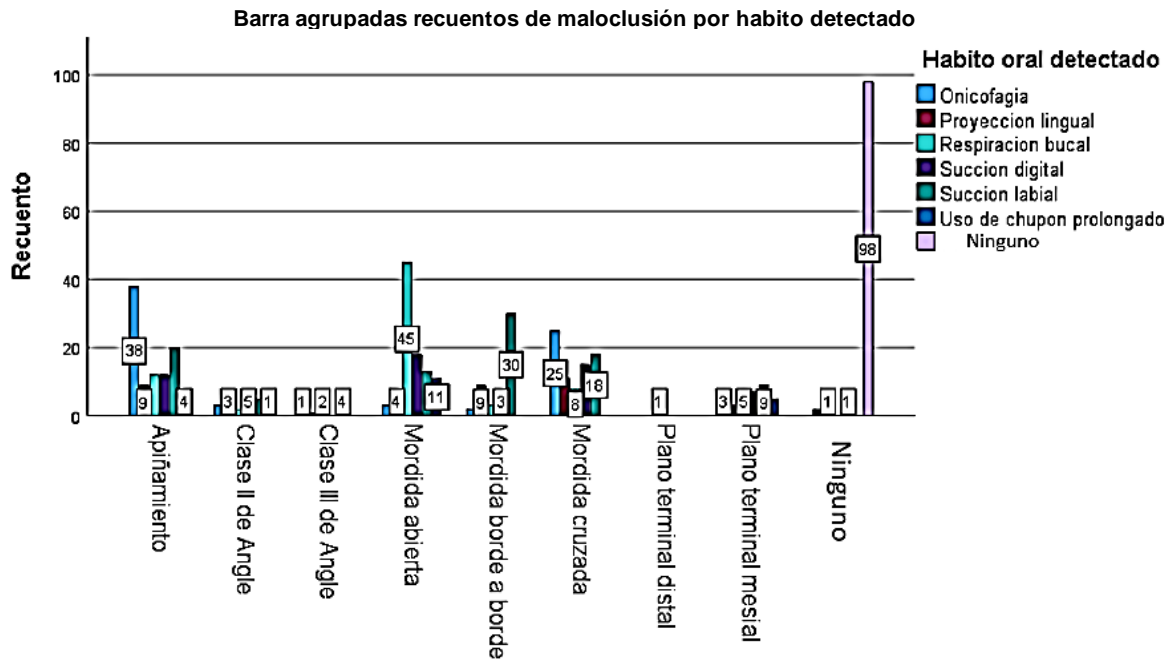
Correlaciones hábitos detectados

		Hábitos detectados	Maloclusión
Hábitos detectados	Correlación de Pearson	1	.579**
	Sig. (bilateral)		<.001
	N	475	475
Maloclusión	Correlación de Pearson	.579**	1
	Sig. (bilateral)	<.001	
	N	475	475

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 8. Hábitos detectados y maloclusión

De acuerdo a la tabla 8 de resultados en correlación con Pearson 579 existe una correlación positiva media y según la significancia(bilateral) .001 existe una relación muy significativa entre ambas variables.



Grafica 8

En esta grafica podemos observar la distribución de las variables de maloclusión y hábitos detectados. Los números sobre las barras representan el valor del

Ar
Ve

porcentaje obtenido en cada uno de los tipos de maloclusión con respecto a hábito oral detectado podemos ver los resultados de la gráfica arrojan que la prevalencia en maloclusión corresponde a pacientes que no presentan ninguna alteración en la oclusión dental (NO), sin embargo, suelen presentar como hábitos detectados de mayor prevalencia la succión digital, seguido de mordida abierta con respecto al hábito de respiración bucal

Correlaciones de sexo, hábitos detectados y maloclusión

		Sexo	Hábitos detectados	Maloclusión
Sexo	Correlación de Pearson	1	.019	.079
	Sig. (bilateral)		.675	.087
	N	475	475	475
Hábitos detectados	Correlación de Pearson	.019	1	.579**
	Sig. (bilateral)	.675		<.001
	N	475	475	475
Maloclusión	Correlación de Pearson	.079	.579**	1
	Sig. (bilateral)	.087	<.001	
	N	475	475	475

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 9. Sexo, hábitos detectados y maloclusión

De acuerdo a la tabla 9 de resultados en correlación con Pearson existe una correlación positiva perfecta y según la significancia(bilateral) .001 existe una relación muy significativa entre ambas variables.

Barras agrupadas de maloclusión por hábitos detectados y sexo

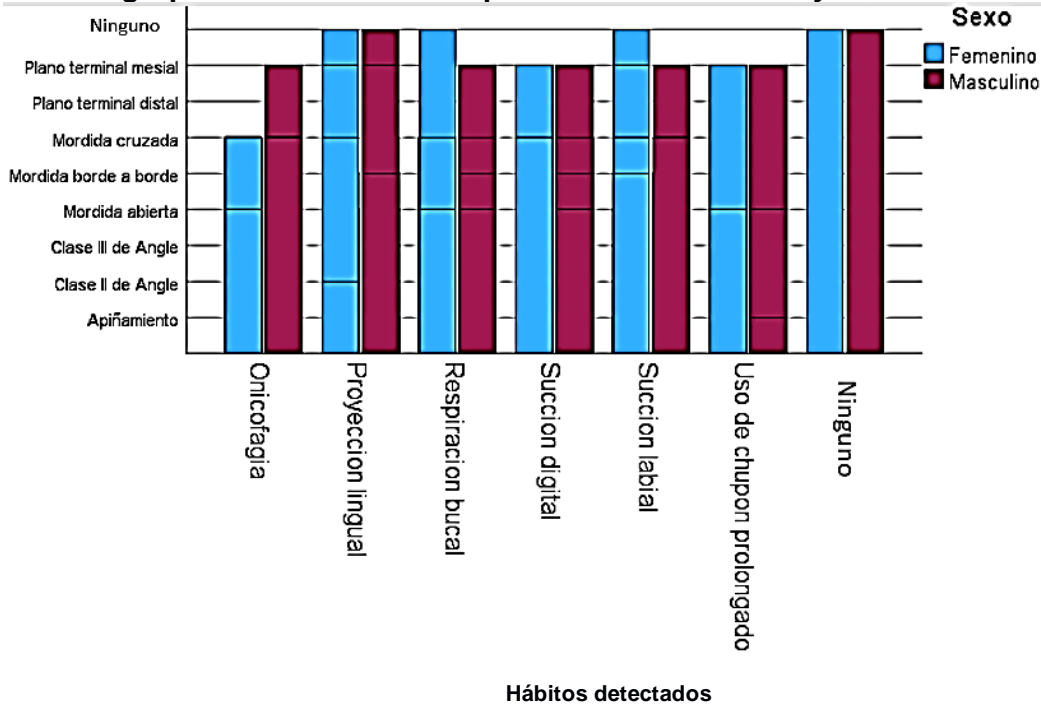


Gráfico 10

Podemos observar en la presente grafica de las variables de sexo, maloclusión y hábitos detectados. Los números sobre las barras representan el valor del porcentaje obtenido en cada uno de los tipos de maloclusión con respecto a hábitos detectados y el sexo que mayor prevalencia está presente en la población de estudio, seguido de igualmente sexo femenino con plano terminal mesial.

Por lo que los resultados de la gráfica demuestran que la mayor parte de la población de estudio no presenta mal oclusión dental y son de sexo femenino, además que la succión labial es la que tienen mayor prevalencia.

Discusión

La mayoría de los artículos revisados hacen referencia a la relación que existe entre los hábitos deformantes orales y las maloclusiones, siendo considerados estos uno de los principales factores etiológicos que provocan las maloclusiones.⁶

Los hábitos orales deteriorante a menudo se llaman dañinos o parafuncionales e incluyen: succión del pulgar, alimentación con biberón, empuje lingual, onicofagia, mordimiento de los labios y respiración bucal. Estos hábitos tienen una influencia directa en la calidad de vida y pueden afectar el sistema estomatognático.²

Al comparar los estudios reportados en la literatura, es importante tener en cuenta las diferencias existentes en el tipo de muestra, como la edad o la ubicación geográfica, las cuales pueden tener algunos aspectos sociodemográficos e influir en los resultados presentados.²

Los hábitos orales parafuncionales, han sido ampliamente estudiados, ya que intervienen en el desarrollo del Sistema Estomatognático. Son considerados como toda actividad que se caracteriza por una serie de movimientos sin un objetivo funcional, por lo que constituyen una fuente de fuerzas traumáticas que en ocasiones se presentan con intensidad excesiva, frecuencia y duración.

Entre los hábitos más comúnmente estudiados y que además se analizaron en este estudio, están la onicofagia, interposición lingual, labios y uso de chupón.⁸

En este estudio se registraron niños con edades comprendidas entre los 3 a 12 años; otros estudios con objetivos similares han sido descritos, tal como el estudio realizado por Murrieta Pruneda (2011), quien analizó niños con edades entre los 3 y los 5 años de edad, los cuales al igual que este estudio también era más frecuente el género masculino comparado con el femenino.

Otro estudio similar fue desarrollado por Esis Villaroel y cols. (2013), quienes evaluaron pacientes con edades entre los 3 y los 9 años, sin embargo, su población en su mayoría estaba comprendida por sujetos del género femenino, de igual manera que en el presente trabajo de investigación.

Con respecto a la edad Murrieta (2009) observó que en edades comprendidas entre los cuatro y cinco años presentaron con mayor frecuencia la presencia de succión digital, succión labial y la onicofagia, contrario a los datos arrojados por este estudio, ya que la mayor prevalencia se hizo evidente en los niños entre los 6 y 9 años de edad para la onicofagia y la mordedura de objetos.

En un estudio realizado por Cortesea y Biondia (2011) se identificaron los hábitos parafuncionales en el 96% de la población estudiada, dato comparable con los resultados arrojados por este estudio ya que más de la mitad presentaban hábitos en un 80,2%, diferente al estudio realizado por Murrieta-Puneda y colaboradores que encontraron una prevalencia de hábitos en solo un 68,1%, sin embargo, superando la mitad de su población. Adicionalmente los autores anteriores describieron que la interposición lingual fue el hábito más frecuente, sin embargo, en el en la población de estudio del presente trabajo de investigación se obtuvo con más frecuencia la succión labial con el 21.05% de la población.⁸

Esis Villaroel, menciona que el más frecuente fue la succión labial seguido por la respiración bucal de igual manera en el presente trabajo el hábito oral más frecuente fue la succión labial.⁸

Zapata Dávalos, describe que la mayor prevalencia la tuvo el hábito de onicofagia, como segundo hábito más frecuente la succión digital y el bruxismo. En porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración oral, dato que se acerca más a los resultados de este estudio.⁸

De acuerdo con el género, en el estudio de Murrieta, el género masculino mostró un mayor porcentaje de casos de hábitos bucales parafuncionales en comparación con el femenino sin diferencias significativas, comparable con la población de este estudio, donde el género masculino predominó. En relación con los hábitos, la mordedura de objetos y la respiración oral, fueron más prevalente en niños que en niñas, similar a este estudio.⁸

Conclusiones

De acuerdo los rangos establecidos en la edad con más prevalencia están los pacientes de 3-6 años de acuerdo a la población de estudio de la presente investigación. Según el sexo tenemos mayor población masculina que femenina en base a la población estudiada.

Mientras que la maloclusión más persistente es el apiñamiento dental de los pacientes pediátricos de la LDC Tláhuac.

El hábito con mayor prevalencia en la población fue succión labial, y la de menor prevalencia fue uso de chupón prolongado

Según los rangos de edad, los hábitos fueron más frecuentes entre los 3-6 años de edad no presentan hábito oral, de 7-9 años el hábito más frecuente es succión labial al igual que en pacientes de 10 a 12 años y menos frecuentes entre los 10 y los 12 años de edad.

Según el sexo, los hábitos más representativos respiración bucal causando mordida abierta, seguido de onicofagia generando apiñamiento, succión labial generando mordida borde a borde, succión digital con mordida abierta, proyección lingual con mordida cruzada, respiración bucal con apiñamiento, uso de chupón prolongado con apiñamiento. Según los resultados de graficas y correlaciones existe una correlación de person positiva al igual que una significancia buena

De acuerdo con la condición sistémica y el hábito detectado gran parte de los pacientes está sano y no presenta hábito oral, enseguida de condición asmática con el hábito de respiración bucal, neumonía con respiración bucal, enfermedad cardiaca con succión labial siendo las que más destacan. De acuerdo con los grafica y las correlaciones se demostró que no existe correlación con person ni significación entre estas variables

Referencias bibliográficas

1_ Chamorro, A. F., García, C., Mejía, E., Viveros, E., Llanos, L. S., Triana, F. E., & Valencia, C. (2016). Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. *CES odontología*, 29(2), 4. [citado 2022 Nov 28] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>

2_ Arias A., A., Espinal B., G., Ponce P., M., Posada L., A., Nava C., J., & Salcedo O., B. (2017). Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín –Colombia, 2016. *Revista nacional de odontología*, 14(26). [citado 2022 Nov 28] <https://doi.org/10.16925/od.v13i26.1814>

3_ Illescas, M. V. L., Soto, A. R., & González, B. G. (2019). Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. *Revista cubana de estomatología*, 56(2), 187–197. [citado 2022 Nov 28] <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1395>

4_ De la Caridad Páez Torres Dra. Y. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. (2015) Máster en Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica Docente “Andrés Ortiz Junco”. Güines, Mayabeque. Cuba. *Revista de ciencias médicas. La Habana*. 21(2)

5_ Cárdenas Jaramillo D. (2014) Capítulo 4. Tratamiento temprano en dentición decidua y mixta. Gonzalo alonso Uribe restrepo. Darío Cárdenas Jaramillo. *Fundamentos de odontología. Temprano no, a tiempo, tratamientos de primera fase. Odontopediatría- Ortodoncia*. Primera edición, Medellín Colombia

6_ Parra-Iraola, S. S., & Zambrano-Mendoza, A. G. (2018). Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *International Journal of Odontostomatology*, 12(2), 188–193. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2018000200188>

7_ Silva, U., & Dorian, A. (2021). Prevalencia de hábitos orales asociados a maloclusiones. <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/handle/123456789/25895>

8_ Díaz Fuentes K.J, Duarte Ballén L.P y Plata Rodríguez C. (2016). Descripción de hábitos orales parafuncionales en niños atendidos en las clínicas del niño de la Universidad Santo Tomás. Universidad Santo Tomás, Bucaramanga División de Ciencias de la Salud Facultad de Odontología [citado 2022 Nov 28] Disponible en <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9357/DiazFuentesKareldJoh>

anaDuarteBallenLizethPaolaPlataRodriguezCristian2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9_ Ortiz Saucedo I.P. (2016) Prevalencia de mordida abierta y distribución de malos hábitos orales en diferentes estratos socioeconómicos. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Odontología. Como requisito parcial para obtener el Grado de Maestría en Ciencias Odontológicas en el Área de Odontopediatría

10_ Moreira Campuzano T. Zurita Calderón T. Neira Tircio C, (2018) Deglución atípica considerada como factor predisponente para la maloclusión presente en niños con dentición temporal o mixta. Revista Científica “Especialidades Odontológicas UG”. Órgano oficial de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil. [citado 2022 Nov 28] <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/17/12>

11_ P Okeson. J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Parte 1 anatomía funcional. Capítulo 2: Neuroanatomía funcional y fisiología del sistema masticatorio. Quinta edición. Editorial Elsevier.

12_ Apodaca Lugo A. Capítulo 3. Primera edición (2004) Fundamentos de la oclusión. Instituto nacional Politécnico. México. Dirección de Publicaciones Tresguerras 27, 06040, México, DF ISBN: 970-36-0166-9 Impreso en México/Printed in México. Oclusión dental.

13_ Palacios Hidalgo L.A. (2013) Prevalencia de maloclusiones de Angle en niños de 9 a 13 años. Tesis de pregrado presentada como requisito para la obtención de título de Odontólogo general. Quito, Universidad San Francisco de Quito [citado 2022 Nov 28]. Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2462/1/10>

14_ Arias Ladines J, Cortez Pilco.D”. (2019) El hábito de la succión digital como primer factor influyente en la maloclusión y fonación inadecuada. Revista Científica “Especialidades Odontológicas UG.2.1 Órgano oficial de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil [citado 2022 Nov 28] <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/24>

15_ Borrego Méndez D, Díaz Ortega L, Delgado Díaz Y, González Valdés D, Alemán Sánchez P.C (2019). Intervención educativa sobre succión digital en escolares. San De los Baños A. Rev haban cienc mes [Internet]. 2021 abr [citado 2022 Nov 28]; 20(2): e3162. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2021000200015&Ing=es. Epub 10-Mayo-2021

16_ May. (O) Enrique Rotemberg Wilf a Dra. Smaisik Frydman k. (2014) Respiración bucal en niños y adolescentes. Escuela de Especialidades de la Armada. Artículo original. Recuperado en 04 de marzo de 2023 https://www.dnsffaa.gub.uy/media/images/3_-respiracion-bucal-salud-militar_12-11-14-

1.pdf?timestamp=20180425162458#:~:text=La%20respiraci%C3%B3n%20bucal%20en%20ni%C3%B1os,la%20lordosis%20cervical%20(12).

17_ Orozco Cuanalo L, Castillo González L.M, Bribiesca García M.E, González de la Fuente M.V. (2016) Maloclusiones dentales y su relación con la respiración bucal en una población infantil al oriente de la Ciudad de México. Reporte de caso. Revista Especializada en Ciencias de la Salud 19(1): 43-47, Recuperado en 04 de marzo de 2023, <https://www.medigraphic.com/pdfs/vertientes/vre-2016/vre161f.pdf>

18_ Durán Menéndez. L, Vera Bolaños D. (2018.) Respiración bucal como factor etiológico de protrusión dental, paladar profundo e incompetencia labial. Revista Científica “Especialidades Odontológicas UG”. 1.1 Órgano oficial de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil Recuperado en 04 de marzo de 2023
<https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/11>

19_ Mendoza Farfán C.L. (2019) Onicofagia y su relación con la severidad de la maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóncico en adolescentes independencia Tesis. Facultad de medicina humana y ciencias de la salud escuela académico profesional de estomatología Lima Perú 2021 Recuperado en 04 de marzo de 2023, https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/5064/Tesis_Malocclusi%C3%B3n_Tratamiento_Ortodoncico.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20_ Gálvez Intriago J, Salinas Robayo K, Eguez Triviño A, Huilcapi Albán J. (2020) Maloclusión clase i de angle: definición, clasificación, Características y tratamientos revista científica uod: universidad odontológica dominicana Rev. Cient. univ. odontol. dominic.. jul-dic vol 8 n° 2. issn: 2409-5400 departamento de investigación y posgrado. reconocimiento ccby revisión de literatura. Recuperado en 04 de marzo de 2023, <https://revistacientificauod.files.wordpress.com/2020/11/revision-4-galvez-salinas-eguez-huilcapi.pdf>

21_ Báez Reyes Lic. En ETM. A. (2015). Uso de Wedge plate tipo i modificado, en clase III con mordida abierta. Reporte de un caso” universidad autónoma del estado de México facultad de odontología centro de investigación y estudios avanzados en odontología “Dr. Keisaburo miyata” Recuperado en 04 de marzo de 2023 <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49162/proyecto%20terminal9.pdf?sequence=1>

22_ Visbal Caicedo, M. C., Macias Cedeño, Z. P., Chacha Moreira, S. P., & Suarez Tapia, R. D. (2022). Hipertrofia adenoidea. RECIMUNDO, 6(3), 62-69. Recuperado en 04 de marzo de 2023 [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.62-69](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.62-69)

23_ Parrales Vidal, I. N., Reyes Tigrero, K. T., Crespo Zamora, M. V., & Chavez Reyes, J. G. (2020). Turbinectomía en hipertrofia de cornetes nasales. *RECIAMUC*, 4(1), 29-39. Recuperado en 05 de marzo de 2023 [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.29-39](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.29-39)

24_ Ademà Alcover J.M, Esteller Moré E, E, Matió Soler R, López Diu, G. Pedemonte Sarrias, J.C. Villatoro Sologaistoa. (2013) Obstrucción crónica de la vía aérea superior Servicio de Otorrinolaringología. Hospital General de Catalunya. Sant Cugat de Vallés, Barcelona *Pediatr Integral*; XVII (5): 319-329 Recuperado en 05 de marzo de 2023, <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii05/01/319-329%20Obstruccion.pdf>.

25_ National heart lung and blood institute apnea del sueño [citado 29 Nov 2022] <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/apnea-del-sueno>

26_ Carías Díaz J.A, Díaz V, Barrientos J C., Simons Morales P, Naira.D (2021) Prevalencia, caracterización de hipertrofia amigdalina y correlación con consumo de comida chatarra. *Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello* [Internet]. [citado 29 Nov 2022]; 5 (1) Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/166>

27_ Dra. Cuestasa Giselle, Dra. Demarchia Victoria, Dra. Martínez Corvalána María Pía, Dr. Razettia Juan y Dr. Boccioa. (2014). Tratamiento quirúrgico del frenillo lingual corto en niños *Arch Argent Pediatr*; 112(6):567-570 / 567. Recuperado en 05 de marzo de 2023 <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2014/v112n6a22.pdf>

28_ Sánchez-León, Ana Silvia , Sánchez-Solís; Iris , López-De la Rosa, Geraldine ; Luna Lee-Gume, Eva Guadalupe; Lucero-Reyes, Aurora; Ortiz-Ortiz, Elvia, (2019) Prevalencia de planos terminales en pacientes de la clínica de Estomatología pediátrica de la facultad de odontología UATx Artículo original *Rev Mex Med Forense*, 4(suppl 1):109-111 Recuperado en 05 de marzo de 2023, <https://www.medigraphic.com/pdfs/forense/mmf-2019/mmfs191zk.pdf>

29_ Fonseca-Sánchez, L A, Bobadilla-Aguirre, A & Espino-Vela, J (2015). Soplo normal, inocente o inorgánico. *Acta pediátrica de México*, 36(1), 50-54. Recuperado en 05 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000100009&lng=es&tlng=es.

30_ Tratamiento de la Taquicardia Supraventricular. Guía de Práctica Clínica GPC. Evidencias y recomendaciones Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-535-12: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011 <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/535GER.pdf>

CAPÍTULO III. DESCRIPCION DE LA PLAZA

Ubicación geográfica

Tláhuac es una de las 16 alcaldías de la Ciudad de México. Se encuentra al sureste del Distrito Federal, consiste en una superficie de 83.45 km² que se extienden entre la sierra de Santa Catarina y el Teuhtli sobre la superficie drenada de los antiguos lagos de Chalco y Xochimilco. Limita al norte con la delegación Iztapalapa al oriente con los municipios mexiquenses de Valle de Chalco y Chalco; al sur con la delegación de Milpa Alta y al poniente con Xochimilco.

En Tláhuac existen siete pueblos originarios cuyas raíces se encuentran en la época prehispánica. Tres de ellos conservan zonas de chinampería que forman parte del polígono declarado Patrimonio de la Humanidad por la UNESCO. Los pueblos que conforman a Tláhuac son: Santiago Zapotitlán, San Francisco Tlaltenco, San Pedro Tláhuac, Santa Catarina Yecahuitzotl, San Andrés Mixquic, San Juan Ixtayopan y San Nicolás Tetelco.



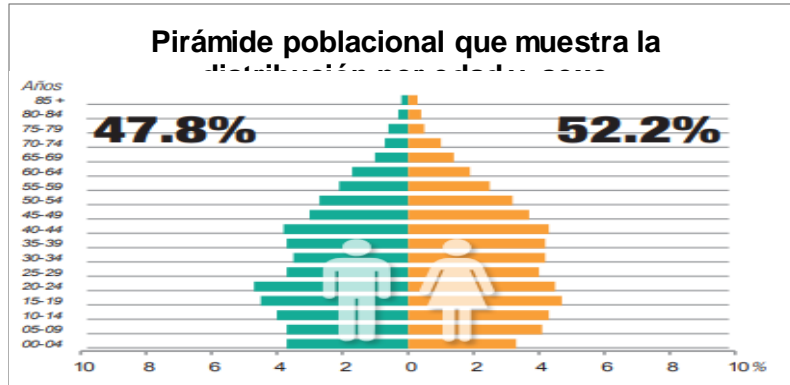
Imagen 1. Ubicación geográfica de Tláhuac. Fuente: Google Maps.¹

Aspectos demográficos

Población total: 361, 593 habitantes

Distribución de la población en Tláhuac: 4,211.9 habitantes/km²

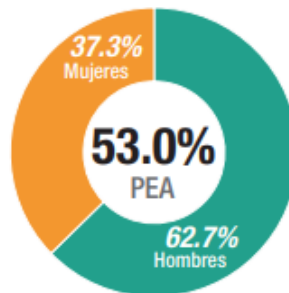
Edad mediana: La mitad de la población tiene 30 años o menos



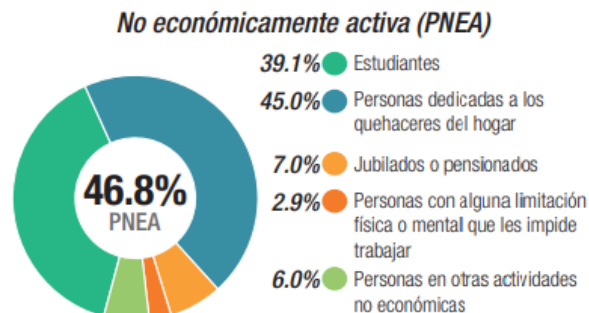
Fuente: INEGI.
Pirámide Poblacional de Tlahuac 2015 ²

Las estadísticas de población en la alcaldía de Tlahuac nos indican que existen 91 hombres para cada 100 mujeres, es por ello que poco más de la mitad de la población es del sexo femenino.

Población Económicamente Activa ocupada en Tlahuac.



Población NO Económicamente Activa.



Porcentaje de la población de 12 años y más con condición de actividad no especificada 0.2.

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. 2015 ³

Analizando las gráficas de Población económicamente activa son: 191,644.29 habitantes. El sexo que cuenta con mayor empleo es masculino con un 62.7% (120,160.9 hombres) seguido del sexo femenino con 37.3% (71,483.3 mujeres) y el resto de la población que no cuenta con empleo son: 169,225 habitantes; una gran parte se dedica al hogar seguido de estudiantes, jubilados, pensionados, y personas con discapacidad que probablemente dependan de los padres o madres de familia económicamente activos.

Nivel de ingresos.

Delegación	Hasta un salario mínimo		Más de 1 hasta 2 salarios mínimos		Más de 2 hasta 3 salarios mínimos		Más de 3 hasta 5 salarios mínimos		Más de 5 salarios mínimos		No recibe ingresos y/o no se especifica		Total
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
Pláhuac	51,966	22.18%	61,256	26.15%	28,774	12.28%	27,347	11.67%	3,733	1.59%	61,191	26.12%	234,267

<http://reporteeconomico.sedecodf.gob.mx/index.php/site/main/114> ⁴

La población económicamente activa según el reporte de SEDECO 2018 refleja lo siguiente:

26.15% (50,114.9 personas) perciben 2 salarios mínimos por día; el 22.18% (42,506.7 personas) reciben 1 salario mínimo diario y 99,022.69 personas reciben 3 o más salarios mínimos.

El salario mínimo es de \$88.36 y mensualmente \$2686.14 indicador de que es una población de clase baja, por tanto, las familias carecen de recursos para asistir a servicios odontológicos y médicos particulares y otros.

Servicios de las viviendas

La distribución de energía eléctrica corresponde desde el año 2009 a la Comisión Federal de Electricidad (CFE). El agua potable y el alcantarillado son materia de atención por parte del Sistema de Aguas de la Ciudad de México (SACM). El servicio de limpia, el alumbrado público y las redes de drenaje y de distribución de agua son responsabilidad del gobierno delegacional. Otros servicios, como el teléfono e internet, corresponden a empresas particulares.

Disponibilidad de servicios y TIC (tecnologías de la información y la comunicación)	
Indicadores	Porcentaje %
Energía eléctrica	99.8 %
Agua de la red pública	98.7 %
Drenaje	99 %
Excusado o sanitario	99.5 %
Internet	45.6 %
Computadora	42.6 %
Teléfono fijo	60.6 %
Televisión de paga	31.5 %
Teléfono celular	82.4%
Panel solar	0.4%
Calentador solar	2.8%

Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda

En relación con los servicios domiciliarios Tláhuac cuenta casi en su totalidad con los servicios de: energía eléctrica, agua, drenaje, excusado o sanitario.

En relación con servicios de paga el 60.6% cuenta con teléfono fijo, Solo el 17.6% no cuenta con teléfono celular, a su vez 15% no cuenta con internet y de las personas que pueden pagar internet el 3% no cuenta con una computadora. El 68.5 % de la población no tiene la posibilidad de contratar televisión de paga.

Aquí se ven reflejadas las limitaciones de la población a consecuencia del bajo salario que perciben.

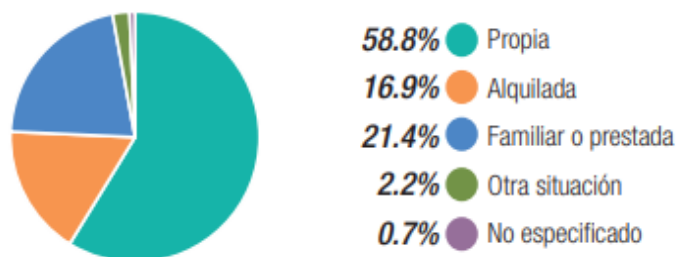
Vivienda

Total, de viviendas particulares habitadas: 94,678

Promedio de ocupantes por vivienda: 3

Promedio de ocupantes por cuanto: 1

Tenencia de la vivienda



Viviendas con materiales de construcción precarios

0.3% En paredes

1.6% en techos

0.7% piso de tierra.

Fuente: INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2015.⁶

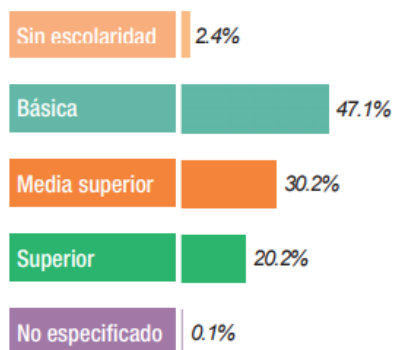
Poco más de la mitad (58.8%) de los habitantes de Tiáhuac cuentan con vivienda propia en buenas condiciones y con todos los servicios domiciliarios; Otro porcentaje (16.9%) se ve en la necesidad de rentar una vivienda o un cuarto de acuerdo con sus posibilidades económicas, el 2.6% de las casas carecen de piso de concreto, tienen techos y paredes precarias, y no cuentan con todos los servicios.

Servicios Educativos.

En Tiáhuac existen 107 planteles que forman parte del sistema educativo estatal, son operados por la Secretaría de Educación Pública (SEP). En el año 2008 había 36 jardines de niños en la delegación, más 7 centros de desarrollo infantil (Cendi) que atienden a los niños menores de tres años. La educación básica se ofrecía en 43 escuelas primarias, 17 secundarias, 1 telesecundaria y 1 secundaria para trabajadores. Para la población con discapacidades se ofrece educación especial en un centro de atención múltiple (CAM). En el nivel de la educación media superior se contaba con un plantel del Colegio de Bachilleres (Colbach), un Centro de Estudios Tecnológicos, Industriales y de Servicios (Cetis), un plantel del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (Conalep). Estas tres instituciones forman parte del sistema educativo federal. Además, el Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal (IEMS) cuenta con la Preparatoria José María Morelos y Pavón en la colonia del Mar. En el nivel superior, Tiáhuac cuenta con el Centro Nacional de Actualización Docente (CNAD) de la Dirección General de Educación Tecnológica de la SEP. Para la población en rezago educativo a través de dos plazas

comunitarias que dependen del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), las cuales atienden a la población que no cuenta con primaria o secundaria, ofreciendo cursos gratuitos a la comunidad y prestando sus espacios para la realización de eventos educativos.⁷

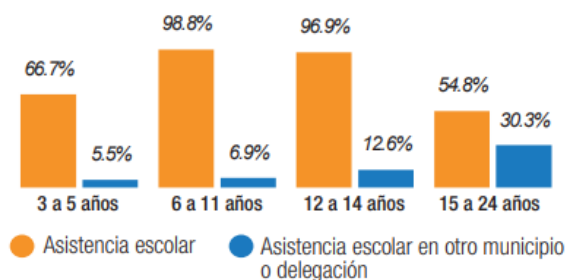
Nivel de escolaridad.



Tasa de alfabetización por grupos de edad.



Asistencia y movilidad escolar por grupos de edad



El sistema educativo en Tláhuac es regular ya que cuenta con instalaciones educativas desde preescolar hasta universidades, sin embargo, la cobertura de las universidades no alcanza para todos los que quieren ingresar, y las universidades públicas por su alta demanda de todas las localidades no son suficientes. Para ingresar a una escuela particular, el salario que perciben sus padres no es suficiente, ya que tienen que solventar otras necesidades pues su economía no se los permite orillándolos a desertar de la escuela para comenzar a trabajar, por ello el alto porcentaje de personas que solo tienen educación a nivel básica y media superior.

Servicios de salud

Según el Programa Delegacional de Desarrollo Urbano la delegación cuenta con 12 centros de salud; 6 centros de salud TI (Zapotitlán, Olivos, San José, Quiahuatla, Tetelco, San Juan Ixtayopan) 4 TII (Del Mar, Santa Catarina Yecahuitzotl, Zapotitla, Selene) 2 TIII (San Francisco Tlaltenco, Miguel Hidalgo) 1 hospital psiquiátrico , 1 hospital general, 1 hospital materno infantil, un consultorio delegacional, una clínica comunitaria en San Andrés Mixquic, y una clínica estomatológica Tláhuac perteneciente a la UAM Xochimilco.⁸

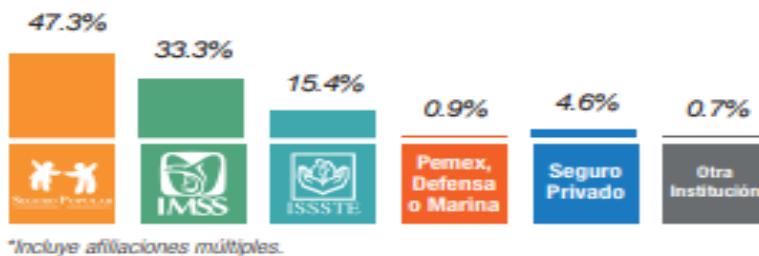
Servicios odontológicos que ofrecen:

El hospital materno infantil, y el hospital general de Tláhuac no ofrecen ningún tipo de servicio odontológico, al igual que la clínica comunitaria de Mixquic y hospital psiquiátrico.

Los centros de salud cuentan con 1 o 2 Cirujanos Dentistas, y los servicios que ofrecen son: promoción a la salud, limpiezas manuales, operatoria (amalgamas únicamente) y extracciones dentales de bajo grado de complejidad ya que no realizan cirugías de ningún tipo, no cuentan con ninguna especialidad odontológica, y brindan servicio únicamente en el turno matutino.

Afiliación a servicios de salud

Población afiliada 83.3%



Fuente: Directorio de Hospitales y Centros de Salud. INEGI

171,033.489 personas están afiliadas al seguro popular; 120,410.469 personas al IMSS, 55,685.322 personas al ISSSTE, 3,254.337 a Pemex, Defensa o Marina, 16,633.278 personas cuentan con seguro privado y 2,531.151 personas tienen servicios médicos y odontológicos de otras instituciones.

Los centros de salud y hospitales que se encuentran dentro de la delegación Tláhuac, son deficientes en cuanto a atención odontológica, ya que no cuentan con todos los servicios para solucionar las necesidades reales de sus habitantes. Al no ser suficientes estos servicios que prestan las instituciones orllan a los habitantes

a buscar servicios particulares, que muchos no pueden pagar debido a su bajo nivel de ingresos aunado a sus demás necesidades y gastos, la opción que tienen para solventar sus necesidades de tratamientos dentales es LDC Tláhuac perteneciente a la UAM Xochimilco que atiende de manera integral a los pacientes logrando la reducción de los problemas bucodentales más prevalentes, esto se lleva a cabo mediante tratamientos como limpiezas, tratamientos curativos como (amalgamas, resinas, ionómeros), extracciones dentales simples y complejas, prótesis dentales fijas, removibles y totales, incrustaciones, endopostes, coronas, cirugías de terceros molares, caninos retenidos, supernumerarios, frenilectomías, endodoncia y servicio de patología bucal para las diferentes lesiones y anomalías que se presentan en la cavidad bucal, se encuentran profesores especialistas diferentes todos los días de la semana, se ofrece servicio matutino y vespertino.

Debido a su gran función de LDC Tláhuac ha incrementado la demanda de pacientes; además los costos son muy económicos, esto permite que las personas tengan la posibilidad de atenderse de manera integral y tienen la posibilidad de atender a los demás miembros de la familia.

La información socio-demográfica y socioeconómica de la Alcaldía de Tláhuac refleja diversos problemas a los que se enfrentan sus habitantes.

Uno de los principales es la falta de atención médica y odontológica, solo existen dos hospitales un materno infantil y un hospital general; no existen hospitales con especialidades que cubran las necesidades de tratamiento que demanda la población.

Del total de la población 361, 593 habitantes, 171,033.489 personas están afiliadas al seguro popular; 120,410.469 personas al IMSS, 55,685.322 personas al ISSSTE, 3,254.337 a Pemex Defensa o Marina, 16,633.278 personas cuentan con seguro privado y 2,531.151 personas tienen servicios médicos y odontológicos de otras instituciones, sin embargo aunque la mayoría de la población cuente con servicios de salud ya sea institucional o privado no es suficiente ya que no cubren las necesidades de los pacientes porque solo ofrecen tratamientos básicos como amalgamas, curaciones, extracciones y la población requiere tratamientos más complejos como endodoncias, prótesis, cirugías, tratamientos periodontales, etc; esto los ve obligados a buscar servicios en consultorios particulares los cuales no pueden pagar debido a otro problema que es el bajo salario que perciben, 26.15% de la población económicamente activa (50,114.9 personas) perciben 2 salarios mínimos por día; el 22.18% (42,506.7 personas) reciben 1 salario mínimo diario y 99,022.69 personas reciben 3 o más salarios mínimos, aunado a esto los habitantes tienen más necesidades de otros servicios como son los domiciliarios, la alimentación y gastos escolares, lo cual obliga a los demás miembros de la familia trabajar desde temprana edad, abandonando sus estudios, es por ello que casi la mitad de la población 47.1% solo cuenta con educación básica.

La solución a uno de sus problemas es asistir a LDC Tláhuac que cubre con todas las necesidades de tratamientos odontológicos pues se cuenta con casi todas las

especialidades con costos muy bajos, lo cual les permite atenderse de manera integral.

Servicios estomatológicos de la UAM Xochimilco

Los LDC son espacios académicos diseñados para la licenciatura en Estomatología fundadas el 1 de marzo de 1976 pertenecientes a la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, existen cuatro; una en San Lorenzo Atemoaya Xochimilco, una en Tepepan, una en el centro de Tláhuac y una en Nezahualcóyotl Estado de México.

Las tres primeras brindan servicio matutino y vespertino a excepción de la última que solo da atención a la comunidad en el turno matutino. Los días martes y jueves se da atención a niños; mientras que los lunes miércoles y viernes a adultos y adultos mayores. Estas clínicas en conjunto atienden alrededor de 5300 pacientes por año.

Son espacios de docencia, actividades de servicio y de investigación donde se llevan a cabo actividades clínicas complementarias de los nueve módulos que constituyen el plan de estudios de la licenciatura en Estomatología.

Las actividades clínicas se llevan a cabo en pacientes de la comunidad aledaña que acuden de manera voluntaria para recibir tratamiento. Los objetivos clínicos se cumplen en función de un diagnóstico y plan de tratamiento previo.

Los pacientes son asignados a alumnos de diferentes trimestres los cuales realizan los tratamientos según su nivel de formación y son supervisados por docentes que cuentan con diferentes especialidades.

Se atiende de manera integral a los pacientes logrando la reducción de dos de los problemas bucodentales más prevalentes, esto se lleva a cabo mediante tratamientos preventivos, restaurativos y rehabilitativos.

Los LDC cuentan en general con los siguientes recursos materiales: 19 unidades para atender a los pacientes, normalmente 3 de ellas están destinadas para procedimientos quirúrgicos, cuenta con dos equipos de radiografías periapicales, un área de cobro, un aula, recepción, una sala de espera, un laboratorio, un centro de esterilización de equipos, roseta; en la cual se encuentran los materiales dentales y algunos equipos como: cavitrones, baumanómetros digitales y manuales, estetoscopios, termómetros, amalgamador, punteadora, lámparas de fotocurado colorímetros, resinas de distintos tonos, agujas, lidocaína, epinefrina, cápsulas de amalgama, prymer, ácido grabador, silano, ionómero tipo 1 y 3, óxido de zinc, hidróxido de calcio, dycal, materiales para impresión como alginato, hules de polisulfuro, silicones pesados y ligeros, yesos de tipo I,II,III,IV, etc.

Referencias bibliográficas

1. Imagen 1. Ubicación geográfica de Tláhuac. Fuente: Google Maps.
2. Fuente: INEGI. Pirámide Poblacional de Tláhuac 2015
3. Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. 2015
4. <http://reporteeconomico.sedecodf.gob.mx/index.php/site/main/114>
5. INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2015 de servicios públicos
6. Vivienda. INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2015
7. Sistema educativo, escolaridad, alfabetización. INEGI. Censos y Conteos de Población y Vivienda 2015
8. Directorio de Hospitales y Centros de Salud. Afiliaciones

CAPÍTULO IV. INFORME NUMÉRICO NARRATIVO

Realicé mi servicio en LDC Tláhuac en el periodo comprendido de 11 de febrero del 2020 al 4 de febrero del 2020 en el turno vespertino con horario de 3 a 8 pm.

En la cual llevé a la práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de Estomatología realizando actividades de diagnóstico, preventivas, intermedias, curativas, de rehabilitación, y actividades administrativas de la clínica.

Al inicio de cada trimestre junto con mis dos compañeras pasantes recibimos pacientes de nuevo ingreso; los cuales son asignados a alumnos de diferentes trimestres según las necesidades de tratamiento de cada paciente, colaboré en la elaboración de roles de unidad, roseta, administración y urgencias; estuve a cargo de roseta junto con mis dos compañeras pasantes.

Durante ese trimestre se expandió pandemia de covid-19, por lo que se daban clases mediante la aplicación de zoom, por lo que me hice cargo de alumnos de nuevo ingreso y en alumnos de 8º trimestre, ayudando en clases a los Doctores encargados, explicando las técnicas de cepillado.

Como colocar diques de hule, colocación de selladores de fosetas y fisuras.

Durante los 3 trimestres de mi servicio social se realizaron presentaciones sobre pulpotomías, pulpectomías, coronas, fundas de celuloide, resinas, amalgamas, extracciones, técnicas de anestesia y materiales odontológicos que se usan en clínica.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO DEL 2020.

Actividades	No.
ADMINISTRATIVAS	
▪ Recepción de pacientes de nuevo ingreso	15
▪ Asignación de pacientes	15
▪ Registro y manejo de expedientes	12
▪ Rol de administración y urgencias	3
DIAGNÓSTICO	
▪ Historia Clínica	4
▪ Actualización de historia clínica y expediente	1
▪ Análisis de modelos	3
▪ Análisis radiográfico	3
▪ Urgencias	1
PREVENTIVAS	
▪ Técnica de cepillado	3
▪ Control de placa dentobacteriana	9
▪ Técnica de hilo dental	3
▪ Odontoxesis	3
▪ Profilaxis	3
▪ Aplicación de flúor	3
▪ Selladores	2
INTERMEDIAS	
▪ Anestesia	5
▪ Asistencia	4
▪ Canalizaciones	1
▪ Dique de hule	5
▪ Farmacoterapia	4
▪ Ionómero de vidrio	1
▪ Cementaciones	1
▪ Obturación provisional	2
▪ Recubrimiento pulpar indirecto	7
▪ Toma de modelos	7
CURATIVAS	
▪ Amalgamas	2
▪ Exodoncias simples	2
▪ Resinas	6
▪ Pulpectomías No. De conductos obturados	1
REHABILITACIÓN	
▪ Cirugía	1
▪ Coronas acero cromo	1

CAPÍTULO V: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

En el cuadro anterior se encuentra registrado el conteo de las actividades que realice en el mes de febrero, los datos fueron recabados de expedientes de pacientes asignados a mi cargo, y bitácora personal en la que registraba mis actividades diarias.

Analizando la información dentro de las actividades realizadas, tuvieron mayor porcentaje las actividades intermedias, curativas y de rehabilitación.

Durante el servicio social me fueron asignados 15 pacientes de los cuales se encontraban 3 preescolares, 3 escolares, 2 adolescentes, y 7 adultos. Pero por cuestiones de Pandemia COVID-19 no se terminaron las actividades en dichos pacientes

En el mes de marzo a enero del 2020 por el brote de pandemia de COVID 19, se realizaron exposiciones en zoom para alumnos de los diferentes trimestres, a mi cargo fueron alumnos de nuevo ingreso, mostrando las técnicas de cepillado, aislamientos, materiales odontológicos, barreras de protección que son muy importantes para alumnos de nuevo ingreso, mostrarles el valor y la higiene que debemos tener en clínica.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

En referencia a las actividades realizadas durante el servicio social en el periodo de Febrero del 2020 a Enero del 2021 realicé exitosamente todas las actividades requeridas y que demandaban los pacientes, entre ellas actividades de diagnóstico, preventivas, intermedias, curativas, y de rehabilitación.

Llevé a la práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de Estomatología obteniendo más experiencia en el campo laboral, en especial en el área quirúrgica en la que encontré más afinidad por mi habilidad. Con ayuda de los docentes de apoyo amplié mi conocimiento en diferentes áreas, me permitieron realizar trabajos que presentan mayor grado de dificultad, resolví dudas, y problemas que se presentan comúnmente, en un ambiente de respeto, cordialidad, ética profesional, apoyo mutuo, creando lazos de amistad, teniendo como fin común brindar atención de calidad al paciente.

Anexos

Carta de autorización



29 de Noviembre del 2022

C.D.E. Angelica Araceli Cuapio Ortiz

Directora de la clínica Tláhuac

Por medio de la presente, solicito su autorización de ingreso a laboratorio de Diseño y comprobación Tláhuac. Así como revisión de expedientes del año 2018 al 2020 de ambos turnos, con la finalidad de realizar el trabajo de investigación para titulación durante un periodo de 3 semanas, del 23 de noviembre al 9 de diciembre del 2022.

Po lo que solicito a usted, dar instrucciones para poder dejar expedientes los días, lunes, miércoles y viernes durante el T.V.

Sin más por el momento, agradezco su atención.

Atentamente.

Cesar Alexis Ayala Salazar 2152029066
ex alumno de la clínica de Estomatología Tláhuac

C.C.P a Marisol Arlen Lobato García
Jefe de Servicio Clínica Estomatología Tláhuac

Tabla de recolección de datos

No	N.º Exp.	Edad	Sexo	Condición sistémica	Habito oral detectado	Mal oclusión
1	1801-1024	5	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
2	1801-1027	5	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
3	1801-1029	3	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
4	1801-1030	5	Femenino	Sano	Succión digital	Plano terminal mesial
5	1801-1032	8	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
6	1801-1033	8	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
7	1801-1034	4	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
8	1801-1035	9	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
9	1801-1036	8	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
10	1801-1037	5	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
11	1801-1039	7	Masculino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
12	1801-1040	6	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
13	1801-1041	6	Femenino	Enfermedad cardiaca	Respiración bucal	Mordida abierta
14	1801-1042	5	Masculino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
15	1801-1043	7	Masculino	Rinitis	Respiración bucal	Apiñamiento

16	1801-1044	9	Femenino	Sano	Proyección lingual	Clase II de Angle
17	1801-1066	7	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
18	1801-1070	8	Femenino	Sano	Succión labial	Clase III de Angle
19	1801-1071	4	Masculino	Obstrucción de vías respiratorias	Respiración bucal	Mordida abierta
20	1801-1072	5	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
21	1801-1074	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
22	1801-1075	4	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
23	1801-1076	12	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
24	1801-1077	9	Masculino	Sano	Succión digital	Clase II de Angle
25	1801-1078	6	Femenino	Sano	Succión labial	Ninguno
26	1801-1079	6	Masculino	Sano	Proyección lingual	Clase II de Angle
27	1801-1085	6	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
28	1801-1110	6	Femenino	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde
29	1801-1131	12	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
30	1801-1143	7	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
31	1801-1144	12	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
32	1801-1145	8	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada

33	1801-1146	5	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
34	1801-1147	11	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
35	1801-1148	5	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
36	1801-1149	10	Masculino	Amigdalitis	Respiración bucal	Mordida abierta
37	1801-1150	12	Femenino	Sano	Proyección lingual	Clase III de Angle
38	1801-1151	7	Masculino	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
39	1801-1152	11	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
40	1801-1153	7	Femenino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
41	1801-1155	8	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
42	1801-1156	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
43	1801-1157	12	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
44	1801-1158	9	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
45	1801-1159	12	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
46	1801-1161	8	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
47	1801-1162	7	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
48	1801-1163	9	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
49	1801-1164	8	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
50	1801-1165	5	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento

51	1801-1166	4	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
52	1801-1167	8	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
53	1801-1168	8	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
54	1801-1169	12	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
55	1801-1170	8	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida cruzada
56	1801-1171	4	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
57	1801-1173	9	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
58	1801-1174	6	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
59	1801-1175	6	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
60	1801-1176	6	Masculino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
61	1801-1180	3	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
62	1801-1181	6	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
63	1801-1182	5	Femenino	Neumonía	Respiración bucal	Mordida abierta
64	1801-1183	7	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
65	1801-1184	5	Masculino	Sano	Uso prolongado de chupón	Plano terminal mesial
66	1801-1186	5	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
67	1801-1187	7	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno

68	1801-1188	6	Femenino	Sano	Uso prolongado de chupón	Apiñamiento
69	1801-1189	5	Masculino	Asma	Uso prolongado de chupón	Apiñamiento
70	1801-1190	7	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
71	1801-1191	5	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
72	1801-1192	3	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
73	1801-1197	5	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
74	1801-1203	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
75	1801-1207	11	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
76	1801-1208	7	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
77	1801-1209	9	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
78	1801-1210	11	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
79	1801-1212	10	Masculino	Sano	Succión digital	Clase II de Angle
80	1801-1213	6	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
81	1801-1214	7	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
82	1801-1215	12	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
83	1801-1216	4	Femenino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
84	1801-1218	12	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento

85	1801-1219	9	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
86	1801-1221	7	Femenino	Obstrucción de vías respiratorias	Respiración bucal	Mordida abierta
87	1801-1222	9	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida borde a borde
88	1801-1224	6	Femenino	Obstrucción de vías respiratorias	Respiración bucal	Mordida abierta
89	1801-1229	3	Masculino	Asma	Respiración bucal	Mordida abierta
90	1801-1230	11	Masculino	Obstrucción de vías respiratorias	Respiración bucal	Mordida abierta
91	1801-1232	9	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
92	1801-1233	9	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
93	1801-1235	5	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
94	1801-1236	5	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
95	1801-1237	12	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
96	1801-1238	10	Masculino	Neumonía	Respiración bucal	Mordida abierta
97	1801-1239	6	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
98	1801-1240	10	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida borde a borde
99	1801-1241	5	Masculino	Asma	Respiración bucal	Mordida abierta

100	1801-1243	7	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
101	1801-1244	5	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
102	1801-1245	5	Femenino	Sano	Succión digital	Plano terminal mesial
103	1801-1246	3	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
104	1801-1247	6	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
105	1801-1253	9	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
106	1801-1254	10	Masculino	Neumonía	Respiración bucal	Mordida abierta
107	1801-1255	9	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
108	1801-1256	9	Masculino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
109	1801-1258	8	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
110	1801-1260	8	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
111	1801-1279	3	Femenino	Sano	Proyección lingual	Ninguno
112	1801-1280	5	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
113	1801-1281	5	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
114	1801-1282	7	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida abierta
115	1801-1285	8	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
116	1801-1286	8	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
117	1801-1287	5	Femenino	Sano	Proyección lingual	Mordida abierta

118	1801-1288	10	Femenino	Enfermedad cardiaca	Succión labial	Apiñamiento
119	1801-1289	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
120	1801-1291	11	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
121	1801-1293	8	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
122	1801-1312	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
123	1801-1313	8	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
124	1801-1314	4	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida Borde a borde
125	1801-1316	5	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
126	1901-1318	5	Masculino	Sano	Respiración bucal	Plano terminal mesial
127	1901-1319	11	Femenino	Retraso Neurológico	Respiración bucal	Mordida abierta
128	1901-1324	5	Masculino	Pulmonía	Respiración bucal	Mordida abierta
129	1901-1325	10	Masculino	Sano	Succión labial	Clase III de Angle
130	1901-1327	10	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida borde a borde
131	1901-1328	5	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
132	1901-1329	10	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
133	1901-1330	9	Femenino	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
134	1901-1331	4	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento

135	1901-1332	10	Femenino	Enfermedad cardiaca	Respiración bucal	Mordida cruzada
136	1901-1333	10	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
137	1901-1339	3	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
138	1901-1340	10	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
139	1901-1341	3	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
140	1901-1342	3	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
141	1901-1345	5	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
142	1901-1346	7	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
143	1901-1347	7	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
144	1901-1348	9	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
145	1901-1349	6	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
146	1901-1352	3	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
147	1901-1353	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
148	1901-1356	6	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
149	1901-1357	7	Femenino	Sano	Succión digital	Clase II de Angle
150	1901-1358	4	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida cruzada
151	1901-1360	4	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
152	1901-1361	11	Femenino	Sano	Onicofagia	Clase II de Angle

153	1901-1362	7	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
154	1901-1379	7	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
155	1901-1380	9	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
156	1901-1381	10	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
157	1901-1382	5	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
158	1901-1383	9	Masculino	Epilepsia	Respiración bucal	Mordida abierta
159	1901-1384	5	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
160	1901-1385	8	Femenino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
161	1901-1386	7	Masculino	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
162	1901-1387	5	Masculino	Sano	Onicofagia	Plano terminal mesial
163	1901-1388	11	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
164	1901-1389	5	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
165	1901-1390	8	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
166	1901-1392	11	Masculino	Sano	Onicofagia	Clase III de Angle
167	1901-1393	6	Femenino	Pulmonía	Respiración bucal	Mordida borde a borde
168	1901-1393	9	Femenino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
169	1901-1394	5	Masculino	Sano	Succión digital	Plano terminal mesial
170	1901-1395	10	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno

17 1	1901- 1410	4	Femenin o	Sano	Ninguno	Ninguno
17 2	1901- 1411	6	Femenin o	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde
17 3	1901- 1413	7	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
17 4	1901- 1420	4	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno
17 5	1901- 1421	4	Masculin o	Sano	Succión digital	Apiñamiento
17 6	1901- 1422	9	Masculin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
17 7	1902- 1423	6	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
17 8	1902- 1424	7	Femenin o	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
17 9	1902- 1433	6	Masculin o	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
18 0	1902- 1437	10	Masculin o	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
18 1	1902- 1438	6	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno
18 2	001-18	3	Masculin o	Sano	Onicofagia	Plano terminal mesial
18 3	002-18	7	Femenin o	Sano	Succión labial	Mordida abierta
18 4	003-18	11	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno
18 5	004-18	4	Femenin o	Sano	Ninguno	Ninguno
18 6	005-18	4	Masculin o	Asma	Respiración bucal	Plano terminal mesial
18 7	006-18	7	Femenin o	Sano	Succión labial	Plano terminal mesial
18 8	007-18	6	Femenin o	Neumonía	Proyección lingual	Apiñamiento

189	008-18	5	Masculino	Enfermedad cardiaca	Succión labial	Plano terminal mesial
190	009-18	4	Femenino	Sano	Proyección lingual	Mordida abierta
191	011-18	8	Masculino	Rinitis	Respiración bucal	Mordida abierta
192	012-18	6	Masculino	Sano	Proyección lingual	Plano terminal mesial
193	013-18	5	Masculino	Sano	Proyección lingual	Plano terminal mesial
194	014-18	10	Femenino	Sano	Proyección lingual	Ninguno
195	015-18	8	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
196	016-18	6	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
197	017-18	7	Masculino	Sano	Respiración bucal	Clase II de Angle
198	019-18	7	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
199	020-18	10	Masculino	Déficit de atención	Proyección lingual	Mordida cruzada
200	021-18	3	Masculino	Sano	Proyección lingual	Plano terminal mesial
201	023-18	6	Femenino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
202	024-18	9	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
203	025-18	7	Femenino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
204	026-18	8	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
205	028-18	6	Femenino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
206	029-18	10	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada

207	030-18	7	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
208	031-18	9	Femenino	Sano	Respiración bucal	Clase III de Angle
209	032-18	6	Masculino	Rinitis	Onicofagia	Mordida cruzada
210	033-18	11	Femenino	Asma	Succión labial	Apiñamiento
211	034-18	8	Femenino	Enfermedad cardiaca	Respiración bucal	Apiñamiento
212	035-18	6	Masculino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
213	036-18	8	Masculino	Epilepsia	Succión digital	Apiñamiento
214	037-18	3	Masculino	Sano	Uso prolongado de chupón	Plano terminal mesial
215	038-18	10	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida cruzada
216	039-18	8	Femenino	Sano	Succión labial	Clase II de Angle
217	040-18	9	Masculino	Neumonía	Ninguno	Ninguno
218	041-18	4	Masculino	Sano	Succión digital	Plano terminal mesial
219	042-18	10	Masculino	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
220	044-18	7	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
221	045-18	9	Masculino	Déficit de atención	Succión labial	Clase II de Angle
222	046-18	12	Masculino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
223	047-18	8	Femenino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento

22 4	051-18	7	Masculin o	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
22 5	052-18	6	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
22 6	053-18	4	Femenin o	Sano	Succión digital	Mordida abierta
22 7	054-18	7	Femenin o	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
22 8	055-18	12	Femenin o	Asma	Respiración bucal	Clase III de Angle
22 9	056-18	12	Masculin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
23 0	057-18	8	Masculin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
23 1	058-18	3	Femenin o	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
23 2	059-18	6	Masculin o	Sano	Succión labial	Apiñamiento
23 3	060-18	7	Masculin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
23 4	061-18	3	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno
23 5	062-18	7	Masculin o	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
23 6	063-18	11	Masculin o	Sano	Succión labial	Mordida abierta
23 7	064-18	4	Femenin o	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
23 8	065-18	4	Femenin o	Sano	Proyección lingual	Plano terminal mesial
23 9	066-18	8	Femenin o	Sano	Ninguno	Ninguno
24 0	067-18	3	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno

24 1	068-18	5	Masculin o	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
24 2	069-18	10	Femenin o	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
24 3	071-18	9	Femenin o	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
24 4	072-18	3	Masculin o	Asma	Succión labial	Plano terminal mesial
24 5	073-18	7	Femenin o	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
24 6	074-18	8	Masculin o	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
24 7	075-18	10	Femenin o	Enfermedad cardíaca	Succión labial	Mordida cruzada
24 8	076-18	4	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
24 9	077-18	6	Masculin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
25 0	078-18	8	Femenin o	Sano	Ninguno	Ninguno
25 1	079-18	5	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
25 2	080-18	8	Femenin o	Sano	Succión labial	Apiñamiento
25 3	081-18	9	Femenin o	Sano	Onicofagia	Mordida abierta
25 4	081-18	10	Femenin o	Sano	Succión labial	Clase II de Angle
25 5	082-18	6	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
25 6	083-18	11	Masculin o	Sano	Succión labial	Clase III de Angle
25 7	084-18	4	Masculin o	Sano	Succión digital	Mordida cruzada

258	085-18	6	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
259	086-18	7	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
260	088-18	5	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida borde a borde
261	089-18	3	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
262	090-18	6	Masculino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
263	091-18	11	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
264	092-18	7	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
265	093-18	9	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida cruzada
266	094-18	8	Masculino	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
267	095-18	12	Femenino	Asma	Respiración bucal	Mordida abierta
268	096-18	7	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
269	097-18	8	Masculino	Amigdalitis	Onicofagia	Apiñamiento
270	098-18	10	Femenino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
271	099-18	12	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
272	100-18	4	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
273	101-18	4	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
274	102-18	4	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde

275	103-18	10	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
276	104-18	3	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
277	105-18	3	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
278	106-18	7	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
279	19-1439	7	Femenino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
280	19-1440	7	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
281	19-1441	7	Femenino	Asma	Succión digital	Clase II de Angle
282	19-1443	5	Masculino	Sano	Succión digital	Plano terminal mesial
283	19-144	10	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
284	19-1445	9	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
285	19-1446	9	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
286	19-1447	12	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
287	19-1450	9	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
288	19-1451	4	Femenino	Sano	Succión digital	Plano terminal mesial
289	19-1452	9	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
290	19-1458	3	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
291	19-1459	4	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida abierta

29 2	19-1460	4	Masculin o	Sano	Onicofagia	Plano terminal mesial
29 3	19-1461	4	Femenin o	Sano	Ninguno	Ninguno
29 4	19-1462	8	Masculin o	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
29 5	19-1463	11	Masculin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
29 6	19-1465	5	Masculin o	Sano	Uso prolongado de chupón	Plano terminal mesial
29 7	19-1466	9	Femenin o	Asma	Respiración bucal	Mordida abierta
29 8	19-1467	9	Femenin o	Sano	Succión labial	Clase II de Angle
29 9	19-1467	5	Masculin o	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
30 0	19-1468	6	Masculin o	Sano	Succión labial	Plano terminal mesial
30 1	19-1469	6	Masculin o	Sano	Succión digital	Apiñamiento
30 2	19-1470	7	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
30 3	19-1482	4	Masculin o	Sano	Succión labial	Mordida abierta
30 4	19-1483	8	Masculin o	Sano	Uso prolongado de chupón	Apiñamiento
30 5	19-1484	6	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
30 6	19-1485	5	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Mordida cruzada
30 7	19-1486	9	Masculin o	Asma	Succión labial	Clase III de Angle

308	19-1487	5	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
309	19-1498	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
310	19-1499	10	Femenino	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
311	19-1503	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
312	19-1504	10	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
313	19-1505	5	Masculino	Neumonía	Ninguno	Ninguno
314	19-1511	8	Masculino	Sano	proyección lingual	Mordida borde a borde
315	19-1513	11	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
316	19-1514	10	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
317	19-1515	7	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
318	19-1516	5	Femenino	Sano	Succión digital	Plano terminal mesial
319	19-1520	8	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
320	19-1259	10	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde
321	19-1283	4	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida abierta
322	19-1284	7	Masculino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
323	107-18	3	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
324	108-18	8	Masculino	Asma	Respiración bucal	Mordida abierta
325	109-18	5	Femenino	Asma	Respiración bucal	Apiñamiento

326	110-18	8	Femenino	Sano	Uso prolongado de chupón	Plano terminal mesial
327	111-18	4	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
328	112-18	8	Masculino	Sano	Uso prolongado de chupón	Clase II de Angle
329	113-18	8	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
330	114-18	8	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
331	115-18	3	Femenino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
332	116-18	3	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
333	117-18	8	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
334	118-18	7	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
335	120-18	10	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
336	121-18	6	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
337	122-18	7	Femenino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
338	123-18	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
339	124-18	8	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
340	125-18	7	Femenino	Sano	Succión labial	Clase II de Angle
341	126-18	10	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta

34 2	127-18	4	Femenin o	Sano	Ninguno	Ninguno
34 3	128-18	4	Femenin o	Sano	Succión labial	Plano terminal mesial
34 4	001-19	6	Masculin o	Asma	Succión digital	Mordida abierta
34 5	002-19	10	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
34 6	003-19	5	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Plano terminal distal
34 7	004-19	7	Masculin o	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
34 8	005-19	6	Femenin o	Sano	Succión labial	Plano terminal mesial
34 9	006-19	3	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Plano terminal mesial
35 0	007-19	9	Masculin o	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
35 1	008-19	12	Masculin o	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
35 2	009-19	3	Masculin o	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
35 3	010-19	5	Masculin o	Sano	Succión digital	Mordida abierta
35 4	011-19	5	Femenin o	Sano	Ninguno	Ninguno
35 5	013-19	9	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
35 6	014-19	5	Femenin o	Rinitis	Respiración bucal	Mordida abierta
35 7	016-19	4	Femenin o	Sano	Uso prolongado de chupón	Plano terminal mesial
35 8	017-19	8	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta

359	018-19	7	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
360	019-19	6	Femenino	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde
361	020-19	9	Femenino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
362	021-19	7	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
363	022-19	8	Masculino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
364	023-19	3	Masculino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
365	024-19	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
366	025-19	7	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
367	026-19	5	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
368	027-19	6	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
369	029-19	7	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
370	030-19	4	Femenino	Sano	Succión labial	Plano terminal mesial
371	031-19	5	Femenino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
372	032-19	6	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
373	033-19	4	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
374	033-19	5	Masculino	Tabique nasal desviado	Proyección lingual	Mordida borde a borde

375	034-19	4	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
376	035-19	7	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
377	036-19	9	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
378	037-19	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
379	038-19	3	Femenino	Sano	Succión digital	Apiñamiento
380	039-19	4	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
381	040-19	9	Masculino	Sano	Proyección lingual	Apiñamiento
382	041-19	6	Masculino	Sano	Proyección lingual	Plano terminal mesial
383	042-19	6	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
384	043-19	6	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
385	044-19	9	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
386	045-19	5	Femenino	Sano	Succión labial	Plano terminal mesial
387	046-19	11	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
388	047-19	5	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
389	048-19	8	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde
390	048-19	11	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
391	049-19	5	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada

392	050-19	3	Femenino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
393	051-19	12	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
394	052-19	12	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
395	053-19	3	Femenino	Sano	Succión labial	Plano terminal mesial
396	054-19	5	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
397	056-19	10	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
398	057-19	10	Femenino	Neumonía	Onicofagia	Apiñamiento
399	058-19	5	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
400	059-19	11	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
401	060-19	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
402	061-19	7	Femenino	Sano	Respiración bucal	Apiñamiento
403	062-19	8	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
404	063-19	10	Masculino	Sano	Succión digital	Clase II de Angle
405	064-19	6	Masculino	Sano	Succión labial	Apiñamiento
406	065-19	10	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida abierta
407	066-19	10	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
408	067-19	12	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno

409	067-19	3	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
410	068-19	8	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
411	069-19	6	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
412	069-19	12	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
413	070-19	3	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
414	071-19	10	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida cruzada
415	072-19	10	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
416	073-19	4	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
417	074-19	6	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
418	075-19	7	Femenino	Sano	Proyección lingual	Mordida cruzada
419	076-19	5	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
420	077-19	8	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
421	078-19	7	Femenino	Sano	Respiración bucal	Clase II de Angle
422	080-19	5	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
423	081-19	7	Femenino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
424	082-19	4	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
425	083-19	10	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
426	084-19	8	Masculino	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada

427	085-19	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
428	086-19	5	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
429	087-19	6	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
430	088-19	6	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida borde a borde
431	090-19	4	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
432	091-19	9	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
433	092-19	6	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
434	093-19	7	Masculino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
435	094-19	8	Femenino	Sano	Proyección lingual	Clase II de Angle
436	095-19	5	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
437	097-19	10	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
438	098-19	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
439	099-19	8	Masculino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
440	100-19	10	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
441	101-19	8	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde
442	102-19	5	Femenino	Sano	Respiración bucal	Mordida cruzada
443	103-19	7	Masculino	Sano	Proyección lingual	Mordida borde a borde
444	104-19	9	Femenino	Sano	Onicofagia	Clase II de Angle

445	106-19	8	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
446	107-19	4	Masculino	Sano	Uso prolongado de chupón	Mordida abierta
447	108-19	9	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
448	109-19	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
449	110-19	7	Masculino	Sano	Onicofagia	Clase II de Angle
450	111-19	3	Masculino	Asma	Respiración bucal	Mordida borde a borde
451	112-19	8	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
452	113-19	7	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
453	114-19	9	Masculino	Sano	Ninguno	Ninguno
454	115-19	6	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
455	115-19	8	Masculino	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
456	117-19	3	Femenino	Pulmonía	Respiración bucal	Mordida abierta
457	118-19	8	Femenino	Sano	Succión labial	Mordida cruzada
458	119-19	5	Masculino	Sano	Succión digital	Mordida abierta
459	120-19	8	Femenino	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
460	121-19	4	Femenino	Sano	Ninguno	Ninguno
461	122-19	7	Femenino	Sano	Onicofagia	Apiñamiento

46 2	123-19	6	Femenin o	Sano	Succión labial	Mordida abierta
46 3	124-19	7	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno
46 4	125-19	5	Masculin o	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
46 5	126-19	5	Masculin o	Sano	Respiración bucal	Mordida abierta
46 6	127-19	7	Masculin o	Sano	Onicofagia	Mordida cruzada
46 7	128-19	11	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno
46 8	129-19	8	Femenin o	Sano	Succión digital	Mordida cruzada
46 9	130-19	6	Femenin o	Sano	Onicofagia	Apiñamiento
47 0	131-19	8	Femenin o	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
47 1	135-19	5	Femenin o	Sano	Succión labial	Mordida borde a borde
47 2	136-19	7	Femenin o	Sano	Onicofagia	Mordida abierta
47 3	137-19	8	Masculin o	Sano	Succión digital	Mordida abierta
47 4	138-19	3	Masculin o	Sano	Ninguno	Ninguno
47 5	049-18	6	Masculin o	Sano	Uso prolongado de chupón	Apiñamiento



