



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**Prevalencia de mordida profunda, pacientes Clínica  
Ortodoncia Instituto de Capacitación de la Federación  
Odontológica Ecuatoriana, Guayaquil 2014–2015**

**AUTORA:**

**Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de  
ODONTÓLOGA**

**TUTORA:**

**Dra. Amado Schneider Adriana Rocío**

**Guayaquil, Ecuador**

**9 de marzo del 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**, como requerimiento para la obtención del Título de **Odontóloga**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Amado Schneider Adriana Rocio**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Luzardo Jurado Geoconda María**

**Guayaquil, a los 9 días del mes de marzo del año 2017**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**

### DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de mordida profunda, pacientes Clínica Ortodoncia Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana, Guayaquil 2014–2015** previo a la obtención del Título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 9 días del mes de marzo del año 2017**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

## AUTORIZACIÓN

Yo, **Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de mordida profunda, pacientes Clínica Ortodoncia Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana, Guayaquil 2014–2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 9 días del mes de marzo del año 2017**

**LA AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_  
**Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, le agradezco de manera infinita por colmarme de tantas bendiciones, por llenarme de fortaleza en todo momento y por permitirme compartir este logro con las personas que más amo.

A mi madre Sonia Zapata Espinoza, por sus grandes consejos que me han ayudado en el transcurso de mi vida y mi carrera universitaria, por ser mi ejemplo a seguir porque crecí de la mano de la mejor mujer del mundo, gracias madre, por enseñarme a no dejar de luchar nunca por mis sueños.

A mi padre Edilberto Perdomo Uzho por compartir conmigo sus conocimientos, por confiar en mí en cada paso que doy, por educarme con valores y enseñarme a mantener siempre mi corazón humilde, gracias papá por darme lo mejor de ti y por siempre anhelar lo mejor para mi vida.

Ustedes que son mi regalo más grande les agradezco con toda mi alma por ustedes este hermoso momento hoy es posible.

A mi hermano Eddy Perdomo Zapata, por darme siempre su apoyo incondicional, porque como hermano mayor ha sabido guiarme, cuidarme, protegerme e impulsarme a ser mejor persona cada día.

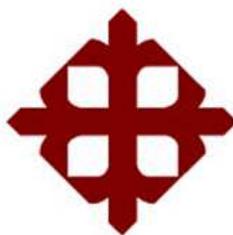
A mi tutora Adriana Amado Schneider, por ayudarme a realizar mi trabajo de titulación, por brindarme su apoyo en cada dificultad.

Lizbeth Alexandra Perdomo Zapata

## **DEDICATORIA**

A mis seres amados, quienes estuvieron conmigo en cada paso alentándome a ser mejor y a quienes fueron mi modelo a seguir, mis padres Sonia Zapata Espinoza y Edilberto Perdomo Uzho, mi hermano Eddy Perdomo Zapata y mi abuelita Rosario Uzho Luna. Para ustedes con todo mi amor y esfuerzo.

Lizbeth Alexandra Perdomo Zapata



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DRA. AMADO SCHNEIDER ADRIANA ROCÍO**  
TUTORA

f. \_\_\_\_\_

**DRA. LUZARDO JURADO GEOCONDA MARÍA**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**DR. PINO LARREA JOSÉ FERNANDO**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

# PREVALENCIA DE MORDIDA PROFUNDA, PACIENTES CLÍNICA DE ORTODONCIA INSTITUTO DE CAPACITACIÓN DE LA FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA ECUATORIANA, GUAYAQUIL 2014–2015

PREVALENCE OF DEEP BITE IN PATIENTS TREATED AT THE INSTITUTE OF THE ECUADORIAN DENTAL FEDERATION ORTHODONTICS CLINIC, GUAYAQUIL 2014 – 2015

PREVALÊNCIA DA MORDIDA PROFUNDA, PACIENTES DA CLÍNICA DE ORTODONTIA INSTITUTO DE CAPACITAÇÃO DA FEDERAÇÃO ODONTOLÓGICA ECUATORIANA, GUAYAQUIL 2014-2015

**LIZBETH PERDOMO ZAPATA<sup>1</sup>, ADRIANA AMADO SCHNEIDER<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil-Ecuador.

## Resumen

**Antecedentes:** La prevalencia de mordida profunda ha sido evaluada en diversas partes del mundo y se encuentra presente del 10% al 88%, se desconoce estos datos de prevalencia en la ciudad de Guayaquil por tal razón existe la necesidad de identificar esta maloclusión en la población ecuatoriana. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de mordida profunda en los pacientes de la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE situado en la ciudad de Guayaquil, años 2014- 2015. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo, se analizaron 107 historias clínicas, se aplicó el Análisis Cefalométrico y Vert según Ricketts para la determinación del biotipo facial y el Análisis de tejidos blandos. Se determinó el género y el rango de edad más frecuente con la presencia de mordida profunda y se identificó la prevalencia de hábitos bucales. El análisis estadístico de las variables se realizó en porcentajes. **Resultados:** La prevalencia de mordida profunda fue del 22% de los casos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la relación de hábitos bucales y la maloclusión (P=0,157). El biotipo más frecuente fue el dolicofacial, el tipo de arco fue el ovoide y el perfil facial el convexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el rango de edad (P=0,129) y el género (P=0,131). **Conclusión:** Se determinó una escasa prevalencia de mordida profunda en la población guayaquileña de la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE.

**PALABRAS CLAVE:** mordida profunda, mordida cubierta, sobremordida, hábitos bucales, prevalencia, biotipo facial.

## Abstract

**Background:** Prevalence of deep bite has been evaluated in several parts of the world and is present from 10% to 88%, it is unknown these prevalence data in the city of Guayaquil for this reason there is a need to identify this malocclusion in the population Ecuadorian. **Objectives:** The objective of this study is to determine the prevalence of deep bite in patients of the INCAFOE Orthodontic Clinic located in the city of Guayaquil, from 2014 to 2015. **Materials and Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was carried out, 107 clinical records were analyzed, and the Cephalometric and Vert Analysis according to Ricketts was used for the determination of facial biotype and Soft tissue analysis. The gender and the most frequent age range were determined with the presence of deep bite and the prevalence of oral habits was identified. Statistical analysis of the variables was done in percentages. **Results:** The prevalence of deep bite was 22% of cases. No statistically significant differences were found in the relationship between oral habits and malocclusion (P = 0.157). The most frequent biotype was the dolichofacial, the type of arch was the ovoid and the convex facial profile. No statistically significant differences were found in the age range (P = 0.129) and gender (P = 0.131). **Conclusions:** A low prevalence of deep bite was determined.

**KEY WORDS:** deep bite, covered bite, overbite, oral habits, prevalence, facial biotype.

## Resumo

**Antecedentes:** A prevalência da mordida profunda foi avaliada em várias partes do mundo e está presente desde o 10% até 88%, são desconhecidos os dados de prevalência na cidade de Guayaquil, por tanto existe a necessidade de identificar a maloclusão na população equatoriana. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é determinar a prevalência da mordida profunda nos pacientes da Clínica de Ortodontia de INCAFOE localizada na cidade de Guayaquil, anos 2014- 2015. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo descriptivo transversal retrospectivo, foram analisadas 107 histórias clínicas, aplicando a Análise Cefalométrica e Vert de acordo com Ricketts para a determinação do biótipo facial e a Análise de tecidos moles. Determinou-se o gênero e a faixa etária mais frequente com a presença de mordida profunda e foi identificada a prevalência de hábitos bucais. A análise estatística das variáveis foi realizado em porcentagens. **Resultados:** A prevalência de mordida profunda foi de 22% dos casos. Não houve diferenças estatisticamente significativas na relação entre hábitos bucais e a maloclusão (P=0,157). O biótipo mais comum foi o dolicofacial, o tipo de arco foi o ovóide e o perfil facial convexo. Não houve diferenças estatisticamente significativas na faixa etária (P=0,129) nem no gênero (P=0,131). **Conclusão:** Determinou-se uma baixa prevalência de mordida profunda na população de Guayaquil da Clínica de Ortodontia de INCAFOE.

**PALAVRAS CHAVE:** mordida profunda, mordida coberta, sobremordida, hábitos bucais, prevalência, biótipo facial.

## INTRODUCCIÓN

La mordida profunda es una de las maloclusiones más comunes en la sociedad, se presenta como una discrepancia dentaria la cual se la identifica según el porcentaje de longitud coronal inferior que se encuentre oculta por el grupo incisivo superior, esto nos dará a una mordida profunda o mordida cubierta.<sup>1-3</sup> Se define a la mordida profunda cuando existe un overjet o sobresalencia horizontal que sobrepasa la norma de 2.5mm y un overbite o sobresalencia vertical aumentado que igualmente sobrepase la norma de 2.5mm, mientras que una mordida cubierta hace referencia únicamente a la presencia de un overbite aumentado y un overjet en 0mm, en ambas anomalías se observaran a los incisivos superiores que cubren parcialmente o completamente las caras vestibulares de los incisivos inferiores.<sup>4-8</sup>

La presencia de mordida profunda en un paciente puede provocar diferentes anomalías como problemas funcionales en la articulación temporo-mandibular reflejado en la limitación de movimientos de lateralidad de la mandíbula provocando que el paciente se convierta en masticador vertical lo que predispone al sujeto a la presencia de enfermedad periodontal debido a las cargas excesivas en las fuerzas oclusales por tensión o trauma y al apiñamiento dentario que comúnmente se presenta en este tipo de anomalías.<sup>2,31,36,37</sup> Las mordidas profundas también se presentan con discrepancias maxilo-mandibulares como prognatismo maxilar y retrognatismo mandibular, esta anomalía dependerá del crecimiento y desarrollo cráneo-facial del paciente lo que podría generar un tipo de arcada anormal produciendo defectos en la fonación o la presencia de pocos contactos oclusales de los órganos dentales tanto superiores como inferiores afectando a la masticación

de alimentos, también involucra cambios en el perfil facial del sujeto comprometiendo la estética.<sup>2,11,6,3</sup>

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de mordida profunda en los pacientes de la Clínica de Ortodoncia del Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana situado en la ciudad de Guayaquil, la prevalencia se realizó con las historias clínicas de los pacientes que acudieron en los años 2014 y 2015. Para tal fin se buscó determinar la presencia y el tipo de hábitos bucales relacionados a la mordida profunda, el género, el rango de edad, el biotipo facial, el perfil facial y su tipo de arcada más prevalente.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo transversal retrospectivo, realizado en el Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana (INCAFOE) en

la ciudad de Guayaquil en el periodo de Octubre del 2016 a Febrero del 2017, previo al inicio de la investigación, se solicitó el permiso del establecimiento Odontológico. Se revisaron 150 historias clínicas de sujetos que acudieron al Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana INCAFOE en los años 2014 y 2015 para tratamiento de ortodoncia por presentar problemas de maloclusión, de los cuales tras haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión fueron seleccionadas un total 107 historias clínicas que formaron la muestra.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: historias clínicas de pacientes que hayan acudido a la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE, Guayaquil en los años 2014 y 2015, que se encuentren en dentición mixta y permanente, que tengan las historias clínicas de ortodoncia completas es decir que contengan diagnóstico, radiografía cefalométrica, fotos pre-tratamiento extraorales e intraorales y

modelos de estudio pre-tratamiento, la presencia del consentimiento informado del paciente autorizando su atención en el año respectivo (2014 - 2015).

Se elaboró una ficha de recolección de datos en la cual se adjuntó la información obtenida de las historias clínicas de los pacientes, esta ficha estuvo constituida por diferentes variables como: género, rango de edad, tipo de hábito bucal, tipo de biotipo facial, tipo de perfil facial y tipo de forma de arco maxilar.

En las 107 historias clínicas se analizaron dos hábitos bucales que están relacionados a la presencia de mordida profunda, el hábito de proyección frontal de la lengua y el hábito de succión labial inferior y se buscó determinar el hábito más prevalente.

Para la determinación del biotipo facial se realizaron trazados cefalométricos; se utilizaron las cefalometrías de cada

paciente, los negatoscopios de la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE, lápiz de mina, hojas de acetato para poder calcar las estructuras anatómicas y los perfiles blandos, las reglas necesarias para realizar los trazados y planos cefalométricos, se utilizó el Análisis según Ricketts, posteriormente a la obtención de los ángulos del paciente, se realizó el Vert de Ricketts en el cual se analizaron los siguientes parámetros: el eje facial, la profundidad facial, el ángulo del plano mandibular, la altura facial inferior y el arco mandibular, los cuales nos permitieron observar la cantidad de crecimiento vertical de cada paciente y el biotipo facial al que pertenezca ya sea dolicofacial, mesofacial, braquifacial.

Se observó también el tipo de perfil facial que presentaba cada uno de los pacientes y luego se verificó con sus fotos extraorales de perfil, para poder obtener el resultado se realizó el análisis de tejidos blandos. En sus fotos de perfil se tomó tres puntos de referencia, el punto glabella,

el punto subnasal y el punto mentón, una vez que fue ubicado cada punto se trazó una línea uniéndolos. Los que presentan una convergencia anterior serán los perfiles convexos, una convergencia posterior los perfiles cóncavos y los que no presenten convergencia alguna los de perfiles rectos.

Se observaron las fotos intraorales de las arcadas maxilares y se buscó determinar el tipo de arcada que presentaba cada paciente, se la clasificó según su forma, para su interpretación fue tomada de la siguiente manera, la arcada ovoide cuando el sector anterior correspondiente a los incisivos y caninos junto con el sector posterior de premolares y molares se encuentran ligeramente redondeados o arqueados y por lo general es relacionado con caras medias, el arco cuadrangular cuando el sector anterior de la arcada que incluye a los incisivos y los caninos se encuentra de forma recta y el sector posterior de premolares y molares

paralelos entre sí, este arco está relacionado a caras anchas y cortas, el arco triangular donde sector anterior de incisivos y caninos es angosto y el sector posterior de premolares y molares es divergente o abierto en sentido distal, por lo general se presenta con un paladar profundo y relacionado con caras alargadas o angostas.

Para el análisis estadístico se utilizó la información obtenida de las variables dentro de las fichas realizadas para la recolección de datos. La edición del trabajo se realizó con el uso de Microsoft Word y la información se llevó a una tabla madre para su procesamiento y se presentaron en gráficos y tablas con el uso de Microsoft Excel y se utilizó el porcentaje como medida de resumen de los datos.

## **RESULTADOS**

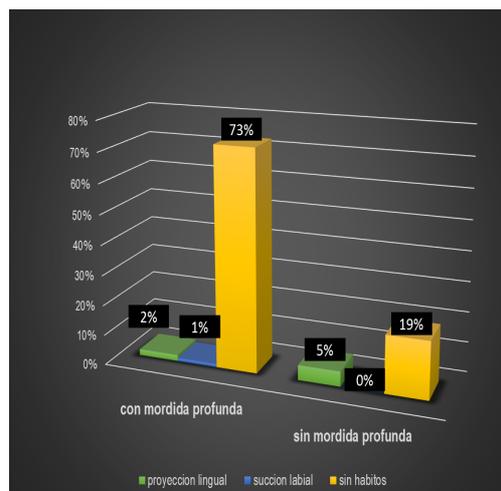
La muestra obtenida tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión fueron de

107 historias clínicas de las cuales 48 (44.86%) fueron del género masculino y 59 (55.14%) del género femenino, el rango de edad estudiada en la población fue de 6-12 años con 28 casos (26.17%), 13-17 años con 40 casos (37.38%) y 18 años y más, con 39 casos (36.45%). Sobre los objetivos del estudio se realizó el análisis de los datos. Las tablas y gráficos que se presentan a continuación describen los resultados obtenidos.

	n	%
<b>Total</b>	107	100 %
<b>Género</b>		
<b>Masculino</b>	48	44.86 %
<b>Femenino</b>	59	55.14 %
<b>Rango de edad</b>		
<b>6 a 12</b>	28	26.17 %
<b>13 a 17</b>	40	37.38 %
<b>18 y +</b>	39	36.45 %

**Tabla 1.** Datos demográficos de la muestra  
**Fuente:** Autor

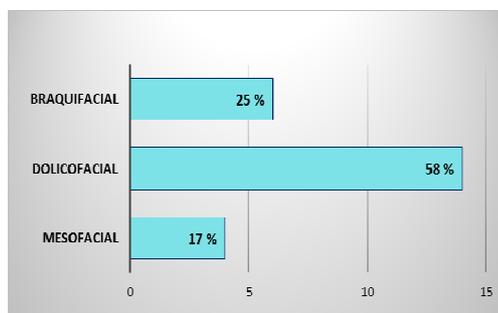
De las 107 historias clínicas de los pacientes que acudieron al INCAFOE en los años 2014 y 2015, solamente 24 pacientes presentaron mordida profunda, es decir un 22% del total de la muestra y 83 pacientes no presentaron mordida profunda lo que equivale a un 78% de la muestra.



**Gráfico 1.** Hábitos bucales en pacientes de la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE Guayaquil, años 2014 - 2015.

Al analizar los hábitos bucales entre los 107 pacientes se obtuvo como resultado que 99 pacientes no presentaron hábitos bucales los que corresponden al 93% de la muestra, registrando solamente 8 pacientes con hábitos bucales que representan el 7% de la muestra. En el gráfico 1 se observa que el hábito más prevalente dentro de los pacientes que si presentaron mordida profunda fue el hábito de proyección frontal de la lengua encontrado en 2 pacientes lo que representan el 2%, seguido por el hábito de succión labial inferior encontrado en 1 paciente representando el 1% de la

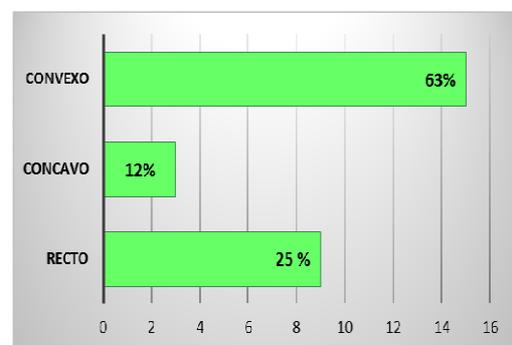
muestra. Al analizar el grupo que no presentó mordida profunda existe una prevalencia de proyección frontal de la lengua encontrada en 5 pacientes lo que representó el 5% y el hábito de succión labial inferior no se encontró en este grupo de paciente. En la prevalencia de hábitos bucales entre pacientes con mordida profunda y sin mordida profunda no se encontró diferencia estadísticamente significativa. ( $p=0,157$ ).



**Gráfico 2.** Biotipo facial en pacientes con mordida profunda en la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE Guayaquil, años 2014 - 2015.

En el gráfico 2 se puede observar que el biotipo facial más prevalente entre los 24 pacientes que presentaron mordida profunda que acudieron al INCAFOE en los años 2014 y 2015 fue el biotipo

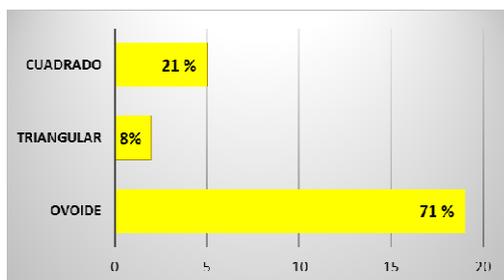
dolicofacial encontrado en 14 pacientes que equivalen al 58% de la muestra, seguido por el biotipo braquifacial encontrado en 6 pacientes que representan el 25% y por último el biotipo mesofacial encontrado en 4 pacientes que equivalen al 17% de la muestra total.



**Gráfico 3.** Perfil facial en pacientes con mordida profunda en la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE Guayaquil, años 2014 - 2015.

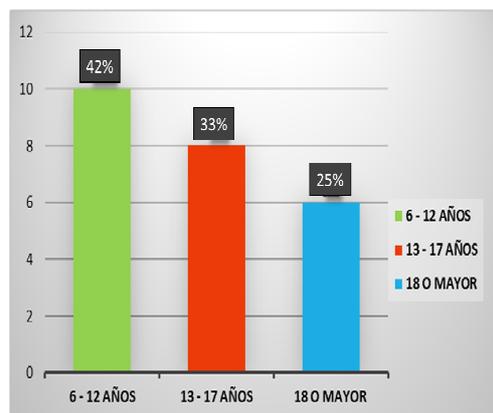
En el gráfico 3 se analizaron los perfiles faciales existentes entre los pacientes con mordida profunda, encontrando que el perfil facial más prevalente fue el convexo encontrado en 15 pacientes que representan el 63%, seguido por el perfil facial recto encontrado en 6 pacientes que representan el 25% de la muestra y en último lugar el perfil facial cóncavo

encontrado en 3 pacientes que representan el 12% de la muestra.



**Gráfico 4.** Forma de arco maxilar en los pacientes con mordida profunda en la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE Guayaquil, años 2014 - 2015.

En el gráfico 4 podemos observar que al analizar la forma de arco maxilar entre los pacientes con mordida profunda la más prevalente fue la forma de arco ovoide encontrada en 17 pacientes que representan el 71% de la muestra, seguido por la forma de arco cuadrada encontrada en 5 pacientes que representan el 21% y por último la forma de arco menos representativa fue la forma de arco triangular encontrada en 2 pacientes lo que equivale al 8% de la muestra.



**Gráfico 5.** Rango de edad más prevalente en los pacientes con mordida profunda en la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE, Guayaquil, años 2014 - 2015.

En el gráfico 5 al analizar la muestra de pacientes con mordida profunda por edad se observa que el mayor número de pacientes encontrado estaba dentro del rango de edad entre 6-12 años encontrado en 10 pacientes representando un 42% de la muestra, seguido por el rango de edad comprendido entre 13-17 años encontrado en 8 pacientes que equivalen al 33% por último el rango de edad de mayores de 18 años encontrado en 6 pacientes que representaron un 25% de la muestra. Al analizar la muestra de pacientes con mordida profunda por los rangos de edad no se encontró diferencia estadísticamente ( $p=0,129$ ).

Al analizar la muestra de pacientes con mordida profunda por género se observa que 14 pacientes pertenecían al género masculino los que equivalen al 59% de la muestra, seguido por 10 pacientes del género femenino que equivalen al 41% de la muestra. No se encontró diferencias estadísticamente significativas por género ( $p=0,131$ ).

## DISCUSIÓN

La prevalencia de mordida profunda en la población de Guayaquil, Ecuador atendida en la clínica de Ortodoncia del INCAFOE es de un 22%, siendo los resultados obtenidos menores a los encontrados en el estudio realizado por Zhifei Zhou (2016) en Xi'an, China que reporta una prevalencia del 38%.

Peña M. (2014) relaciono la mordida profunda con el género en un estudio realizado en las Clínicas de la Especialización de Ortopedia Funcional y

Ortodoncia de la Universidad Cooperativa de Colombia reportando que la prevalencia mayor fue para el género masculino siendo del 68% y el género femenino fue del 35%. En el presente estudio también se encontró mayor prevalencia de mordida profunda en el género masculino con un 59% y en el género femenino se encontró una prevalencia del 41%, resultados que no fueron estadísticamente significativos porque se obtuvo un valor de  $p=0.131$ .<sup>7</sup>

Campos F. (2013) al realizar un estudio de prevalencia de hábitos bucales dentro en la escuela del distrito Tacares, Grecia obtuvo una prevalencia del 10,2% de niños que presentaban lengua protráctil, mientras que en este estudio se obtuvo entre los pacientes con mordida profunda una prevalencia del 1.87% de proyección de lengua, resultado que no fue estadísticamente significativos por obtenerse un valor de  $p=0,157$ .<sup>15</sup>

## **CONCLUSIONES**

**Y**

## **RECOMENDACIONES**

Luego de terminar el proceso de investigación, se llegó a las siguientes conclusiones: la prevalencia de la mordida profunda fue del 22%, se determinó que los hábitos bucales no fueron un factor de riesgo para la presencia de la maloclusión, el biotipo facial más frecuente fue el dolicofacial con un 58%, el perfil facial que se presentó con más frecuencia fue el convexo con un 63% y el tipo de arco maxilar fue el ovoide con un 71%, el grupo de 6 a 12 años fue el más representativo con un 42% y el género más frecuente fue el masculino con un 59%.

Se recomienda a los futuros profesionales, realizar estudios de prevalencia de mordida profunda en una muestra mayor de pacientes en dentición mixta temprana y analizar el tratamiento, para interceptar los hábitos bucales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zamudio C. Tavira S. Intrusión del segmento anterior superior con miniimplantes para eliminar la mordida profunda anterior en maloclusión clase II con compromiso periodontal. Reporte de un caso. Rev. Mexicana de Ortodoncia. 2014. 2 (2): 107-113.
2. Alarcón A. Etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de la mordida profunda revisión de la literatura. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2014. Pg1-30.
3. Kovacs A. Gurrola B. Casasa A. Mordida profunda severa, en paciente clase II esquelética, patrón muscular braquifacial, caso clínico. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2014. Pg 1-18.
4. Natera A, Gasca V, Rodriguez E, Casasa R. El Tratamiento De La Mordida Profunda - (Caso Clínico). Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2005. Pg 1-10.
5. Cruz B. Muñoz C. Orthodontic treatment of Deep bite. Rev. Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2011. 23 (1):158-173.
6. Gallardo W. Terreros MA. Clasificación de maloclusión. Libro básico de Ortodoncia Tomo 2. 2006. Pg. 280-290.
7. Peña M. Prevalencia de la maloclusión en tres planos del espacio en pacientes diagnosticados con defectos del habla en las clínicas de la especialización de ortopedia funcional y ortodoncia de la Universidad Cooperativa de Colombia. Rev. Estomatol. 2014. 22(1): 26-32.
8. Sandoval P. Elementos Básicos Para El Diagnostico Manual De Ortodoncia Interceptiva. Unidad de Ortodoncia Ufro.
9. García A, Téllez T, Machado F, Rodríguez M. Characteristics of patients with malocclusions treated in "3 de Octubre" Teaching Dental Office. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016. 41 (4).
10. Kunihiro Nagayamaa, Hiroshi Tomonaria, Fumiaki Kitashimab, Shouichi Miyawakic. Extraction treatment of a Class II division 2 malocclusion with mandibular posterior discrepancy and changes in stomatognathic function. Angle Orthodontist. 2015. 85 (2).
11. Lillemor Dimberga, Bertil Lennartssonb, Kristina Anrupc, Lars Bondemarkd. Prevalence and change of malocclusions from primary to early

- permanent dentition: A longitudinal study. *Angle Orthodontist*. 2015. 85 (5): 728-734.
12. Zhifei Zhou, Fen Liu, Shuning Shen, Linjuan Shang, Lei Shang, Xiaojing Wang. Prevalence of and factors affecting malocclusion in primary dentition among children in Xi'an, China. Zhou et al. *BMC Oral Health*. 2016. 16:91.
  13. Safiya Sana, Abhishek Bansal, Laique Sami, Roopali Tapashetti. Shashank Gaikwad. Anterior Deep Bite Malocclusion Treated with Connecticut Intrusion Arch: Biomechanical Consideration. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014. 8 (5).
  14. Mendoza P, Gutierrez J. Forma de arco dental en Ortodoncia. *Rev. Tamé*. 2015. 3 (9): 327-333.
  15. Campos F. Prevalence of Malocclusion in the schools of the District of Tacaes, Grecia 2011. *Publicación Científica Facultad de Odontología. UCR*. 2013. 15: 31-38.
  16. Farronato G, Giannini L, Galbiati G, Stabilini S. A., Maspero C. Orthodontic-surgical treatment: neuromuscular evaluation in open and deep skeletal bite patients. *Progress in Orthodontics* 2013, 14:41.
  17. Shrinivas Basavaraddi, Narayan H. Gandedkar, Anup Belludi, Anand Patil. Correction of an adult Class II division 2 individual using fixed functional appliance: A noncompliance approach. *Contemporary Clinical Dentistry*. 2016. 7 (1)
  18. Retna Kumari Narayanan, Jeseem, Anupam Kumar. Prevalence of Malocclusion among 10–12-year-old Schoolchildren in Kozhikode District, Kerala: An Epidemiological Study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2016. 9(1): 50-55.
  19. Muppa R, Bhupathiraju P, Duddu MK, Dandempally A, Karre DL. Prevalence and determinant factors of malocclusion in population with special needs in South India. *Journal of indian society of pedodontics and preventive dentistry*. 2013. 2 (31): 87-90.
  20. Fattahi H, Pakshir H, Afzali N, Shashian S. Skeletal and Dentoalveolar Features in Patients with Deep Overbite Malocclusion. *Journal of Dentistry, Tehran University of Medical Sciences*. 2014. 11 (6): 629-638.
  21. Xue-Dong W, Jie-Ni Z, Da-Wei L, Fei-fei L, Yan-Heng Z. Nonsurgical correction of a severe anterior deep overbite accompanied by a gummy smile and posterior scissor bite using a miniscrew-assisted straight-wire technique in an adult high-angle case. *The Korean*

- Journal of Case Report Orthodontics. 2016. 46 (4): 253-265.
22. Greg J, Steven B, Ambre A. Et al. Stability of deep-bite correction: A systematic review. World Fed Orthod. 2012. 1 (3): 89–86.
  23. Carvajal J, Carvajal C, Escudero E, Romero M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, 2012. U. Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. 2014. 221-232.
  24. González M. F, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2012.
  25. Pithona M, Nery I, Oliveira I. Photos vs silhouettes for evaluation of profile esthetics between white and black evaluators. Angle Orthodontist. 2014. 84 (2): 231-238.
  26. Bergmana R, Waschakb J, Borzabadi-Farahanic A, Murphyd N. Longitudinal study of cephalometric soft tissue profile traits between the ages of 6 and 18 years. Angle Orthodontist. 2014. 84 (1): 48-55.
  27. Rongoa R, Saswat J, Yi Xin Limc, Diasd G, Vallettae R, Farellaf M. Three-dimensional evaluation of the relationship between jaw divergence and facial soft tissue dimensions. Angle Orthodontist. 2014. 84 (5): 788-794.
  28. Rosas L, Carpio K, Gonzaga L, Gonc,alvesd M, Gonc,alves J. Photographic assessment of cephalometric measurements. Angle Orthodontist. 2013. 83 (6): 1049-1058.
  29. Yua X, Liub B, Peic Y, Xud T. Evaluation of facial attractiveness for patients with malocclusion A machine-learning technique employing Procrustes. Angle Orthodontist. 2014. 84 (3): 410-416.
  30. Saltajia H, Flores-Mirb C, Majorc P, Youssefd M. The relationship between vertical facial morphology and overjet in untreated Class II subjects. Angle Orthodontist. 2012. 82 (3): 432-440.
  31. Modaraia F, Donaldsonb J.C, NainicThe F.B. Influence of lower lip position on the perceived attractiveness of chin prominence. Angle Orthodontist. 2013. 83 (5): 795-800.
  32. Gonzalez M.F, Guida G, Herrera D, Quirós O. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, habito de

- deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2012. Pg 1-12.
33. Kamman M, Quiroz O. Análisis facial en Ortodoncia Interceptiva. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2013. Pg 1-9.
34. Chumi T, Cordero L. Prevalencia de anomalías Dentomaxilares en adolescentes del colegio "Miguel Cordero Crespo". *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2015. Pg 1-8.
35. Alarcón A, Zapata I, Casasa A. Tratamiento extracciones de segundos molares superiores y distalización en paciente con mordida profunda anterior (Caso Clínico). *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2016. Pg 1-15.
36. Morán V, Orlenis Z. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2013. Pg 1-19.
37. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2011. Pg 1-17.
38. Reyes D, Etcheverry E, Antón S, Muñoz G. Asociación de maloclusiones clase I, II, III y su tratamiento en población infantil en la Ciudad de Puebla, México. *Rev. Tamé*. 2014. 2 (6): 175-179.
39. Cueto A, Fernández R, Pérez M. Efectividad del equiplán en el tratamiento de la mordida profunda. Presentación de un caso. *Rev. Cubana de Tecnología*. 2014. Pg 1-9.
40. Saldarriaga J, Alvarez E, Botero P. Treatments for skeletal Class II malocclusion combined. *Revista CES Odontología*. 2013. 26(2): 145-159.



## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**, con C.C: # **0926950395** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de mordida profunda, pacientes Clínica Ortodoncia Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana, Guayaquil 2014–2015**, previo a la obtención del título de **Odontóloga** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 9 de Marzo del 2017

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Perdomo Zapata Lizbeth Alexandra**

C.C: **0926950395**



## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Prevalencia de mordida profunda, pacientes Clínica Ortodoncia Instituto de Capacitación de la Federación Odontológica Ecuatoriana, Guayaquil 2014–2015		
<b>AUTOR(ES)</b>	Lizbeth Alexandra, Perdomo Zapata		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Adriana Rocío, Amado Schneider		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Odontología		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Odontóloga		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	9 de Marzo de 2017	<b>No. PÁGINAS:</b>	14
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Ortodoncia, Odontopediatría, Imagenología		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Mordida Profunda, Mordida Cubierta, Sobremordida, Hábitos Bucales, Prevalencia, Biotipo Facial		

**RESUMEN/ABSTRACT: Antecedentes:** La prevalencia de mordida profunda ha sido evaluada en diversas partes del mundo y se encuentra presente del 10% al 88%, se desconoce estos datos de prevalencia en la ciudad de Guayaquil por tal razón existe la necesidad de identificar esta maloclusión en la población ecuatoriana. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de mordida profunda en los pacientes de la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE situado en la ciudad de Guayaquil, años 2014- 2015. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo, se analizaron 107 historias clínicas, se aplicó el Análisis Cefalométrico y Vert según Ricketts para la determinación del biotipo facial y el Análisis de tejidos blandos. Se determinó el género y el rango de edad más frecuente con la presencia de mordida profunda y se identificó la prevalencia de hábitos bucales. El análisis estadístico de las variables se realizó en porcentajes. **Resultados:** La prevalencia de mordida profunda fue del 22% de los casos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la relación de hábitos bucales y la maloclusión ( $P=0,157$ ). El biotipo más frecuente fue el dolicofacial, el tipo de arco fue el ovoide y el perfil facial el convexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el rango de edad ( $P=0,129$ ) y el género ( $P=0,131$ ). **Conclusión:** Se determinó una escasa prevalencia de mordida profunda en la población guayaquileña de la Clínica de Ortodoncia de INCAFOE.



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593986208107	E-mail: liz_perdomo10@hotmail.com
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> Pino Larrea, José Fernando.	
	<b>Teléfono:</b> +593993682000	
	<b>E-mail:</b> jose.pino@cu.ucsg.edu.ec	
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>		
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>		
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>		
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		