



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

**TEMA:**

**“MALOCLUSIONES QUE SE PRESENTAN EN  
PACIENTES DE 7 A 10 AÑOS POR PÉRDIDA  
PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS QUE ASISTAN  
A LA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE  
GUAYAQUIL”**

**Previo a la obtención del título de:**

**ODONTOLOGO (A)**

**ELABORADO POR:**

**CARRIÓN ACOSTA MARÍA BELÉN**

**Guayaquil, Septiembre de 2012**

## **Agradecimiento**

A mí familia por su comprensión y estímulo constante, además de su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A mi Asesora: Dra. Astrid Daher, quien me brindó su valiosa y desinteresada orientación y guía en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Y a todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo.

*A mis padres, por la semilla de superación que han sembrado en mí, a mi hermano,  
a mi esposo e hija, por su apoyo emocional y estímulo.*

## RESUMEN

*El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general Identificar las maloclusiones presentes en los pacientes de 7 a 10 años que acuden a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; como objetivos específicos determinar la incidencia de maloclusión por edad y sexo, Reconocer cuál es la maloclusión más frecuente por pérdida prematura de dientes primarios, determinar las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes primarios y establecer la relación entre la pieza temporal perdida y el tipo de maloclusión en los pacientes evaluados en dicha clínica antes mencionada en el periodo junio –julio 2012.*

*De la población estudiada de niños entre 7 y 10 años el mayor porcentaje de niños tenían 7 y 9 años seguidos de los de 8 años.*

*El tipo de maloclusión que se observó en mayor porcentaje fue la Clase I tipo 5 en un 36 %. La mayoría de los niños en esta investigación habían perdido uno o dos dientes prematuramente lo que desvió la formación normal de su arcada dentaria. En esta investigación la mayor frecuencia de pérdida prematura de los dientes es debido a la caries dental trayendo como consecuencia maloclusiones en la gran mayoría Clase I tipo 5 y Clase II.*

***Palabras clave:*** *pérdida prematura, dientes primarios, maloclusión.*

# ÍNDICE GENERAL

|  |    |
|--|----|
| Introducción .....   | 1  |
| Justificación .....  | 2  |
| Planteamiento del problema .....   | 3  |
| Formulación del problema.....  | 3  |
| Objetivos.....   | 4  |
| Capítulo I.- Generalidades de la dentición.....  | 5  |
| 1.1.Erupción y su cronología.....  | 5  |
| Capítulo II.- exámenes de diagnóstico clínico y complementarios para determinar las maloclusiones.....                                     | 8  |
| 2.1. Examen bucodental.....  | 9  |
| 2.2. Materiales para realizar los modelos de estudio.....  | 11 |
| Capítulo III.- Oclusión.....   | 14 |
| 3.5.- Evolución de la oclusión temporal a la permanente.....   | 14 |
| 3.6. Características de la oclusión ideal.....   | 17 |
| Capítulo IV.- Maloclusiones.....   | 18 |
| 4.1. Etiopatogenia de las maloclusiones.....   | 18 |
| 4.2.- Epidemiología de las maloclusiones.....  | 19 |
| 4.3.- Clasificación de las maloclusiones.....  | 20 |
| 4.4.- Forma de efectuar la clasificación en la práctica.....   | 25 |
| 4.5. Secuelas desfavorables de las maloclusiones.....  | 25 |
| Capítulo V.- Pérdida prematura de dientes deciduos.....  | 27 |
| 5.1. Pérdida prematura.....  | 28 |
| 5.2. Pérdida temprana.....   | 28 |
| 5.3.- Factores etiológicos locales de pérdida prematura.....   | 29 |
| 5.4.- Consecuencia de la pérdida prematura de dientes primarios.....   | 31 |
| 5.5.- Biodinámica de la erupción dentaria en los sectores laterales de las arcadas y biopatogenia de las caries en dientes temporales..... | 33 |
| 5.6. Reganadores de espacio.....   | 35 |
| Capítulo VI.- Materiales y métodos.....  | 37 |
| 7.1. Diseño.....   | 37 |

|   |    |
|---|----|
| 7.2. Población.....                                       | 37 |
| 7.3. Procedimiento de recolección de datos.....           | 38 |
| Capítulo VII.- Análisis y presentación de resultados..... | 41 |
| Conclusiones.....   | 52 |
| Recomendaciones.....                                      | 53 |
| Anexos.....   | 54 |
| Referencias bibliográficas.....                           | 80 |

## **INTRODUCCIÓN**

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad por su efecto sobre la calidad de vida de la población siendo algunos de estos causantes de la pérdida temprana de los dientes temporales, ocasionando posibles maloclusiones a futuro.

En la actualidad a pesar de los múltiples avances de la tecnología, las telecomunicaciones, los diversos medios informativos; persiste la ignorancia por muchas personas acerca de la importancia de los dientes primarios, y su permanencia en la cavidad bucal hasta el recambio dentario fisiológico, es muy común escuchar a los padres referirse a estos dientes como innecesarios ya que vienen otros dientes, siendo la pérdida prematura de piezas dentarias algunas de las principales causas de maloclusiones en los niños a temprana edad.

Por lo tanto el objetivo general de esta investigación consiste en, relacionar la pérdida prematura de dientes primarios con las maloclusiones presentes en los pacientes entre 7 y 10 años de edad, que acuden a la clínica de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Los tipos de maloclusiones o problemas dentarios observados con mayor frecuencia en estos pacientes son mesialización del primer molar permanente lo que conlleva a una maloclusión Clase I tipo 5.

Como técnica para la recolección de datos se utilizó una ficha clínica de ortopedia, fotografías, rx panorámica y modelos de estudio.

La presente investigación es un diseño de campo de tipo descriptivo donde se identificó las maloclusiones presentes a causa de la pérdida prematura de dientes primarios.

## **JUSTIFICACIÓN**

En la Clínica se observa a diario niños con diversas patologías que ameritan la extracción prematura de dientes primarios; a través del tiempo la mayoría de estos pacientes acuden luego a la consulta presentando diversos tipos de maloclusiones o problemas dentarios como mesialización del primer molar permanente, falta de espacio en la arcada dentaria para erupción de dientes permanentes.

En la clínica Odontológica de nuestra Universidad se observa que existe desconocimiento por parte de los padres de los niños que acuden a dicha consulta acerca de la importancia que tienen los dientes primarios en la salud integral de un niño; por ello surge la necesidad de investigar la relación de dientes primarios perdidos y maloclusiones en niños que acuden a esta clínica para poder presentarles a estos padres un trabajo con sustentación científica sobre las consecuencias que originan estas pérdidas prematuras y así comprendan cual es la función y porque es necesario conservar en buen estado la salud bucal de sus hijos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el servicio de odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil se observa a niños con caries dentales que ameritan la extracción prematura de dientes primarios; a través del tiempo la mayoría de estos pacientes acuden luego a la consulta presentando diversos tipos de maloclusiones o problemas dentarios como mesialización del primer molar permanente, falta de espacio en la arcada dentaria para erupción de dientes permanentes y otros.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En relación a lo anteriormente expuesto en el planteamiento del problema se presenta la necesidad de relacionar la pérdida prematura de dientes primarios con las maloclusiones encontradas en los pacientes que asisten al servicio de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

## **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar las maloclusiones presentes a causa de la pérdida prematura de dientes primarios en los pacientes de 7 a 10 años que acuden a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar que incidencia existe de maloclusiones por edad y sexo.
- Establecer la relación entre la pieza temporal perdida y el tipo de maloclusión.
- Determinar las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes primarios.
- Reconocer cuál es la maloclusión más frecuente por pérdida prematura de dientes primarios.

## **CAPÍTULO I.-GENERALIDADES DE LA DENTICIÓN**

La dentición decidua consta de 20 piezas, que son: 4 incisivos centrales, 4 incisivos laterales, 4 caninos y 8 molares. El primer diente erupciona a los 6 meses de vida y el último a los 24 meses. A partir de los 6 años comienza el recambio dental y erupciona el primer molar permanente. Esta dentición mixta, termina aproximadamente a los 12 años, en los que la dentición será ya la permanente. La dentición permanente consta de 32 piezas dentales, teniendo: 4 incisivos centrales, 4 incisivos laterales, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.

### **1.1.- ERUPCIÓN Y SU CRONOLOGÍA**

La erupción de los primeros dientes primarios comienza a los 6 meses y termina aproximadamente a los 24 meses. La edad promedio de erupción de los dientes temporales y permanentes se muestra en la tabla No 1. Los primeros dientes permanentes en erupcionar son los primeros molares a los 6 años de edad completándose a los 18 años o más con la erupción de los terceros molares (1).

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

| <b>Dentición temporal</b>   |   |
|-----------------------------|---|
| -                           | Incisivos centrales inferiores: 6-7 meses.          |
| -                           | Incisivos centrales superiores: 8 meses.            |
| -                           | Incisivos laterales inferiores: 9 meses.            |
| -                           | Incisivos laterales superiores: 10 meses.           |
| -                           | Primeros molares inferiores: 12 meses               |
| -                           | Primeros molares superiores: 14 meses.              |
| -                           | Caninos superiores e inferiores: 18 meses.          |
| -                           | Segundos molares superiores e inferiores: 24 meses. |
| <b>Dentición definitiva</b> |   |
| -                           | Primeros molares superiores e inferiores: 6 años    |
| -                           | Incisivos superiores e inferiores: 7-8 años         |
| -                           | Caninos inferiores: 9 años                          |
| -                           | Primeros premolares superiores: 9 años              |
| -                           | Primeros premolares inferiores: 10 años.            |
| -                           | Segundos premolares superiores: 10 años.            |
| -                           | Segundos premolares inferiores: 11 años             |
| -                           | Caninos superiores: 11 años.                        |
| -                           | Segundos molares superiores e inferiores: 12 años.  |
| -                           | Terceros molares: 18 años o más (1).                |

**Tabla No 1: Cronología eruptiva de la dentición**

**Fuente:** Ustrell Torrenr, Josep M. et al. ORTODONCIA: Crecimiento craneofacial, etiopatogenia de las maloclusiones. Ediciones de la Universidad de Barcelona. 2002; 47.



**CAPITULO II.- EXAMENES DE DIAGNÓSTICO  
CLÍNICO Y COMPLEMENTARIOS PARA  
DETERMINAR LAS MALOCLUSIONES**

El diagnóstico ortodóntico comprende, básicamente los aspectos clínicos y radiográficos. El estudio clínico es realizado de forma directa e indirecta. Los métodos directos son aquellos realizados con la presencia del niño y sus representantes tales como la anamnesis, palpación manual y examen visual. Para los métodos indirectos son necesarios los exámenes complementarios como radiografías, modelos y fotografías.

## **2.1.- EXAMEN BUCODENTAL**

El examen bucodental del niño comprende dos aspectos principales.

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <b>Examen Clínico</b>           | Examen intraoral              |
| <b>Exámenes complementarios</b> | radiografías                  |
|                                 | Modelos                       |
|                                 | Fotografías intrabucales (2). |

### **2.1.1. EXAMEN CLÍNICO**

Evaluación de la salud de los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, verificando si hay presencia de alteraciones patológicas de etiologías locales o sistémicas, que deberían ser controladas. El odontopediatra debe considerar el examen de los dientes, el tejido blando y periodontal (2).

### **2.1.2. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

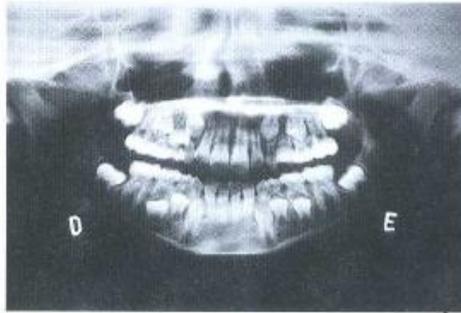
Son un conjunto de estudios que aportan valiosa información al examen clínico, ya sea para confirmar o dar mayor certeza al diagnóstico de una patología.

#### **2.1.2.1 EXAMEN RADIOGRÁFICO**

##### **2.1.2.1.1. Radiografía Panorámica**

La Radiografía panorámica posibilita una visión integral de la arcada superior e inferior y de sus respectivos elementos dentarios así como de la estructura ósea. En odontopediatría, se utiliza con la finalidad de realizar un examen radiográfico simultáneo de dientes deciduos y permanentes y realizar análisis de la relación existente entre denticiones de acuerdo a sus respectivos estadios de desarrollo (3).

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

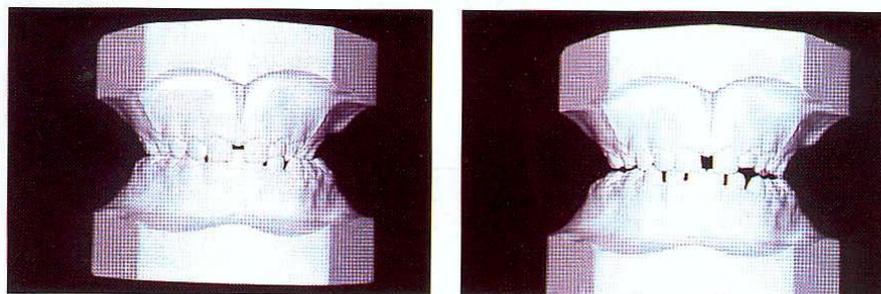


**Fig. No. 2. Radiografía panorámica**

Fuente: Antonio Carlos Guedes. **REHABILITACIÓN BUCAL EN ODONTOPEDIATRIA ATENCIÓN INTEGRAL**. Amolca. 2003; 15

### **2.1.2.2. ESTUDIO DE MODELOS**

El estudio de los modelos permite un análisis estático de los arcos superior e inferior, nos permite identificar el tipo de maloclusión que presenta el paciente (2).



**Fig. No. 3. Estudio de modelos**

Fuente: Rodriguez, Raquel. **ORTODONCIA ¿COMO DIAGNOSTICAR LAS MORDIDAS CRUZADAS POSTERIORES?** DigitalCef, 2010.

## **2.2. MATERIALES PARA REALIZAR LOS MODELOS DE ESTUDIO**

### **2.2.1. MATERIALES DE IMPRESIÓN**

La fabricación de un modelo o vaciado es un paso importante en muchos procedimientos dentales. A partir de productos del yeso se pueden obtener distintos tipos de vaciados y modelos utilizando una impresión o negativo que reproduce una estructura dental (4). Los materiales utilizados para producir réplicas adecuadas de los tejidos intraorales y extraorales deben reunir las siguientes características para obtener una impresión exacta:

- 1.- deben ser lo suficientemente fluidos para adaptarse a los tejidos orales.
- 2.- deben ser lo suficientemente viscosos para mantenerse en la cubeta que va a ser llevada a la boca.
- 3.- mientras estén en boca deben transformarse (fragar) en un sólido rígido o gomoso en un tiempo razonable. Idealmente el tiempo de fraguado total no debe exceder los 7 minutos.
- 4.- la impresión fraguada no debe deformarse ni desgarrarse al retirarla de la boca.
- 5.- las impresiones tomadas con estos materiales deben permanecer dimensionalmente estables al menos hasta su vaciado.
- 6.- la impresión debe mantener su estabilidad dimensional tras retirar el modelo, de manera que pueda volver a ser vaciado una o dos veces más.
- 7.- el material debe ser biocompatible
- 8.- los materiales, equipamiento necesario y tiempo del proceso tienen que ser rentables (3).

#### **2.2.1.1. Hidrocoloides irreversibles: Alginato**

El uso general de los hidrocoloides irreversibles es mucho más amplio que el de otros materiales de impresión de los que disponemos en la actualidad. Los factores principales responsables del éxito de este tipo de material

estriban en que es fácil de manipular, cómodo para el paciente y relativamente barato puesto que no precisa de un equipamiento complicado (4).

## **2.2.2. YESOS**

Los productos derivados del yeso se usan en odontología en la preparación de modelos de estudios para estructuras orales y maxilofaciales, así como materiales auxiliares importantes para los procesos de fabricación de prótesis dentales en el laboratorio (3).

### **2.2.2.1. Yeso para modelos**

#### **2.2.2.1.1. Tiempo de mezclado (TM)**

Se define el tiempo de mezclado como el que transcurre desde la adición del polvo al agua hasta que se completa la mezcla. La mezcla mecánica de los yesos piedra y los yesos para modelos se completa en 20 – 30 segundos. Si el espatulado es manual, se necesita al menos un minuto para obtener una mezcla sin grumos (4).

#### **2.2.2.1.2. Tiempo de trabajo (TT)**

El tiempo de trabajo es el tiempo disponible para utilizar una mezcla manipulable y que mantenga una consistencia uniforme para poder emplearla para una o dos utilidades. Se mide desde el comienzo de la mezcla hasta el momento en que la consistencia ya no cumple el propósito para el que se preparó. Por lo general, un tiempo de trabajo de 3 minutos es adecuado (3).

#### **2.2.2.1.3. Tiempo de fraguado (TF)**

La reacción 2 requiere un tiempo definido para reproducirse. Al mezclar el polvo con el agua, el tiempo que transcurre desde el principio de la mezcla hasta que el material endurece se conoce como tiempo de fraguado (3).

#### **2.2.2.1.4. Proporción agua/polvo**

Cuanto más agua se utilice para la mezcla, menos núcleos habrá por unidad de volumen. En consecuencia, el tiempo de fraguado se prolongará (4).

### **2.2.3. VACIADO DE LAS IMPRESIONES**

El primer paso en el vaciado de las impresiones es llenar el área ocupada por la lengua en la impresión mandibular. Esto se puede realizar colocando un pedazo de toalla humedecida en el espacio de la lengua. Se mezcla una medida de alginato a una consistencia normal y se coloca en el área que normalmente es ocupada por la lengua (5).

Las impresiones se vacían utilizando yeso ortodóncico blanco. La impresión debe enjuagarse previamente, no sólo para eliminar los residuos del desinfectante, sino también para eliminar restos de saliva que pueden afectar la integridad de la superficie terminada del yeso. Este se mezcla en una máquina para eliminar las burbujas que, de otra forma quedarían incluidas. El yeso se vacía primero en la porción dental de la impresión utilizando un vibrador, así como un instrumento de encerado o una espátula. Se añade yeso adicional con una espátula para completar la porción anatómica de la impresión (4).

La cubeta se retira del yeso piedra cuando éste ha fraguado. Generalmente, el yeso atraviesa un período en el cual se produce calor durante el fraguado. Ordinariamente, es adecuado esperar 30 a 60 minutos después que se inicia este proceso para asegurarse que el yeso está completamente fraguado. Deberá tenerse cuidado al retirar la cubeta del yeso, para que los dientes (particularmente los incisivos superiores e inferiores) no se fracturen durante esta remoción (5).

## **CAPITULO III.- OCLUSIÓN**

Se denomina oclusión dentaria la relación que guardan las piezas dentarias superiores a las inferiores en el punto final del trayecto de cierre mandibular.

### **3.1. EVOLUCIÓN DE LA OCLUSIÓN TEMPORAL A LA PERMANENTE**

Para poder comprender la oclusión normal y la maloclusión, debemos necesariamente conocer cómo se desarrollan las piezas dentarias tanto pre como postnatalmente y cuál es la situación de normalidad oclusal en los primeros años de vida (6).

Una vez que han hecho erupción los veinte dientes temporales se establece una oclusión con rasgos morfológicos distintos a los de la oclusión permanente, que se caracteriza por:

- Los incisivos están más verticales sobre la base maxilar y el ángulo Interincisivo está más abierto que en la dentición permanente. La sobremordida vertical está aumentada. Hay diastemas interdentes fisiológicos entre los incisivos.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

- El vértice cuspídeo de los caninos superiores ocluye sagitalmente en el punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior. Existen espacios abiertos en la zona de canino, descritos por Lewis y Lehman como espacios de antropoides o de primates. Estos espacios suelen estar situados en mesial de los caninos superiores y en distal de los caninos inferiores. Las relaciones oclusales de la dentición temporal son similares a los de la dentición permanente, pero los términos empleados para su descripción son diferentes. Una relación normal entre molares temporales es la de Plano Terminal Recto. El equivalente a la Clase II de Angle en la dentición primaria es el Escalón Distal, mientras que la Clase I corresponde al Escalón Mesial. La Clase III no suele observarse en la dentición primaria gracias al patrón normal de crecimiento craneofacial en que la mandíbula queda retrasada con respecto al maxilar superior (7).

A partir de los seis años, la dentición temporal va siendo sustituida por la dentición permanente, siendo los primeros molares inferiores los primeros que hacen erupción. La relación anteroposterior entre los dos primeros molares permanentes depende de sus posiciones en los maxilares, la relación sagital entre el maxilar y la mandíbula y los promedios de las dimensiones mesiodistales de las coronas de los molares deciduos, tanto maxilares como mandibulares (8).

Los premolares son más pequeños que los dientes primarios que reemplazan. Por término medio, el segundo molar inferior primario es 2 mm mayor que el segundo premolar; mientras que en el arco maxilar, el segundo molar primario es 1,5 mm mayor. El primer molar primario es solo algo mayor que el primer premolar, pero deja libre 0,5 mm más en la mandíbula (6).

Por su parte Graber y Swain describen la situación de los primeros molares de la siguiente manera:

- En pacientes con dentición temporal espaciada y plano recto de los molares temporales, los primeros molares permanentes inferiores erupcionan y se mueven hacia mesial los molares temporales, cierran el espacio distal a los caninos temporarios (espacios primates), convierten el plano terminal recto en una relación de escalón mesial, reducen la longitud de arco en la dentición inferior y permiten

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

que los molares permanentes superiores erupcionen en una relación molar de Clase I. Esto se denominó Traslación Mesial Temprana (8).

- En pacientes con dentición temporal cerrada y plano terminal recto, los primeros molares permanentes superiores e inferiores erupcionan en una relación cúspide a cúspide, simplemente porque no hay espacios a cerrar. Con la exfoliación de los segundos molares temporales, los primeros molares inferiores permanentes migran mesialmente en el espacio libre sobrante, se reduce la longitud de arco, y el plano terminal recto se convierte en Clase I. Esto se denominó Traslación Mesial Tardía (8).

- Si los primeros molares superiores permanentes erupcionan antes que los inferiores ocurrirá una relación mesial de Clase II con reducción de la longitud de la arcada superior (6).

- Si se permite el desarrollo de caries interproximales en el maxilar superior, ocurrirá una situación similar en la relación molar y la longitud de la arcada, además de apiñamiento (6).

- La erupción ectópica de los primeros molares superiores permanentes da por resultado la exfoliación prematura de los segundos molares temporales y la pérdida de la longitud de arco.

- Si la secuencia de exfoliación de los segundos molares es invertida y los molares superiores se pierden antes que los inferiores, resultará una relación de los primeros molares permanentes de Clase II, disminución de longitud de arcada y apiñamiento en el maxilar superior.

- Si los segundos molares inferiores temporales se pierden tempranamente, la longitud de la arcada inferior se reducirá en grado tal que el espacio de deriva será excedido y ocurrirá apiñamiento (7).

### **3.2. CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN IDEAL**

- La línea media de la arcada superior coincide con la línea media de la arcada inferior.
- Cada diente ocluya con dos dientes antagonistas (excepto para el incisivo central inferior y el último molar).
- Cada diente debe tener un contacto proximal (mesial y distal) con sus dientes vecinos, excepto el último molar (sólo en mesial).
- Los bordes incisales de incivos y caninos, y las cúspides vestibulares de premolares y molares superiores deben desbordar verticalmente y horizontalmente a los dientes de la arcada inferior.
- Las cúspides mesiopalatinas de los molares superiores ocluyen en la fosa central de los molares inferiores (9).

## **CAPITULO IV.- MALOCLUSIONES**

El atractivo facial tiene una profunda influencia en la vida de cada persona. Los niños pequeños están sometidos de forma temprana a estereotipos que aparecen en los dibujos que muestran a personas con características de atontados dibujados con maloclusiones de Clase II, personas con maloclusiones de Clase III estos representan a gente enfadada, mezquina o con otros comportamientos sociales inaceptables.

### **4.1.- ETIOPATOGENIA DE LAS MALOCLUSIONES**

Una maloclusión es el mal alineamiento de los dientes o la forma en que los dientes superiores o inferiores encajan entre sí. Este concepto no sólo incluye la relación de los dientes entre sí o la falta de espacio para su ubicación en el arco

dentario sino también su relación funcional con la musculatura que los rodea, los movimientos del maxilar inferior y el esqueleto de la cabeza y el cuello (10).

Uno de los factores importantes en la prevención de maloclusiones es la conservación de la dentición primaria (dientes de leche) hasta el momento de su caída normal, ya que si se extraen de manera precoz, generalmente por caries no tratadas, pueden producirse diferentes problemas en el desarrollo de la dentición permanente, uno de ellos es el cierre de espacios para la ubicación de los dientes que erupcionarán. En casos que la extracción resulte inevitable, hay que valorar la posibilidad de colocar mantenedores de espacio, analizando con radiografías el estado de erupción de los dientes permanentes. Se trata de un primer nivel de prevención de maloclusiones: proteger la dentición frente a situaciones que puedan modificar el crecimiento y desarrollo normal (9).

#### **4.2.- EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES**

Las causas de maloclusión están habitualmente agrupadas porque no suelen ser específicas y nuestro conocimiento a menudo es impreciso, La caries es una causa significativa de algunas maloclusiones resultantes de la pérdida prematura de dientes primarios y del corrimiento y erupción precoz de dientes permanentes (11).

No se pueden aislar ni identificar todas las causas originales de la maloclusión para facilidad en el estudio de Dockreel las ha agrupado de la siguiente manera:

- Herencia.
  
- Causa de desarrollo de origen desconocido.
  
- Trauma.

- Agentes físicos.
  
- Hábitos.
  
- Enfermedad.
  
- Malnutrición (11).

### **4.3.- CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES**

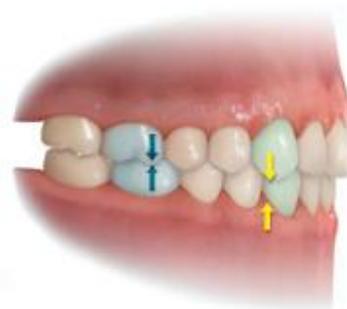
#### **4.3.1.- ANGLE:**

Angle, basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión que fueron adoptados, inicialmente, por los protesistas. El consideraba que lo fundamental era la oclusión dentaria y que los huesos, músculos y ATM se adaptaban a la posición y relación oclusiva (6).

considerando a los primeros molares superiores como inamovibles, clasifica las maloclusiones en:

- Clase I
- Clase II
- Clase III

**4.3.1.1. Clase I:** la cúspide mesio – vestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesial del primer molar inferior, (1) cuando las arcadas están en la posición de máxima intercuspidadación. Según Angle, en estos casos la relación de la mandíbula con respecto al cráneo es la correcta (12).



Clase I

Fig. No. 4. Clase I de Angle

Fuente: 16.- E. Solano Reina, A. Campos Peña. MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA. 2002; 54

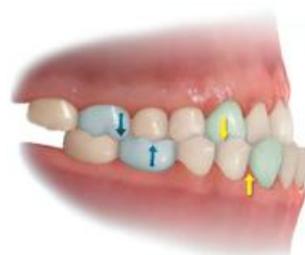
**4.3.1.2. Clase II:** El surco mesio – vestibular del primer molar inferior se encuentra distal a la cúspide mesio-vestibular del superior. De aquí el nombre de Distoclusión. En este tipo de maloclusión, la mandíbula se encontraría en relación distal con respecto a todo el conjunto maxilo-cráneo-facial (12).



Fig. No. 5. Clase II de Angle

Fuente: 16.- E. Solano Reina, A. Campos Peña. MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA. 2002; 54

**4.3.1.3. Clase III:** La cúspide mesio-vestibular del primer molar superior está por distal del surco mesial del primer molar inferior. Frecuentemente encontramos clase III canina y mordida cruzada anterior o borde a borde. Puede tratarse de un problema unilateral, siendo entonces una clase III subdivisión derecha o izquierda (13). En consecuencia, la mandíbula se situaría mesialmente con respecto al cráneo, por lo que se la denomina también Mesioclusión (12).



Clase III

Fig. No.6. Clase III de Angle

Fuente: 16.- E. Solano Reina, A. Campos Peña. MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA. 2002; 54

### 4.3.2.- CLASIFICACIÓN DE DEWEY

Para completar la clasificación de Angle, Dewey distinguió cinco tipos en la Clase I y tres en la III (2).

#### 4.3.2.1. Clase I.

**4.3.2.1.1. Tipo I.** Incisivos superiores y caninos en labioversión, infralabioversión o linguoversión. (5). Dientes superiores e inferiores apiñados o caninos en labioversión, infralabioversión o linguoversión (14).



Fig. No.7. Clase I tipo 1

Fuente: E. Solano Reina, A. Campos Peña. MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA. 2002; 56.

**4.3.2.1.2. Tipo 2.** Incisivos superiores en vestibulo versión o agresión. Los dientes superiores se encuentran, en cambio, en relación normal mesio-distal. Los incisivos superiores se encuentran más hacia bucal que los inferiores, por lo que se parece esta zona a una Clase II, División 1 (2). Los hábitos orales inadecuados son los responsables de este tipo de Maloclusión. (6).

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*



**Fig. No.8. Clase I tipo 2**

**Fuente:** E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002; 56.

**4.3.2.1.3. Tipo 3.** Uno o más de los incisivos superiores se encuentran en linguoclusión con respecto a los inferiores (2). 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 (6).



**Fig. No.9. Clase I tipo 1**

**Fuente:** E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002; 57.

**4.3.2.1.4. Tipo 4.** Molares solamente o molares y premolares en buco o linguoversión. Los incisivos suelen encontrarse favorablemente alineados (6).



**Fig. No.10. Clase I tipo 1**

**Fuente:** E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002; 57.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**4.3.2.1.5. Tipo 5.** Gresión de molares hacia mesial por pérdida prematura de los dientes temporales. A veces puede semejar una Clase II molar (7).

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 (6).



**Fig. No.11. Clase I tipo 1**

**Fuente:** E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002; 58.

### **4.3.2.2. Clase III**

#### **4.3.2.2.1. Tipo 1. Incisivos borde a borde.**



**Fig. No.12. Clase I tipo 1**

**Fuente:** E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002; 60.

#### **4.3.2.2.2. Tipo 2. Incisivos superiores por delante de los inferiores.**



**Fig. No.13. Clase I tipo 1**

**Fuente:** E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002;60.

**4.3.2.2.3. Tipo 3.** Incisivos inferiores por delante de los superiores (2).



**Fig. No.14.** Clase I tipo 1

**Fuente:** E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002; 61.

#### **4.4.- FORMA DE EFECTUAR LA CLASIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA**

1.- Marcar con un lápiz muy fino el eje de la cúspide mesioclusal del primer molar superior derecho e izquierdo.

2.- marcar igualmente el surco mesiobucal del molar inferior derecho e izquierdo.

3.- colocar los modelos en oclusión.

- si la raya inferior coincide con la superior, es Clase I

- si la raya inferior está por detrás de la superior, es una Clase II.

- si la raya inferior está por delante de la superior, es una Clase III (15).

#### **4.5. SECUELAS DESFAVORABLES DE LAS MALOCLUSIONES**

- Secuelas sociales y psicológicas.
- Mala apariencia.
- Interferencia con el crecimiento y desarrollos normales.
- Mordidas cruzadas que producen asimetría facial.
- Sobremordida horizontal y vertical.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asisten a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

- Función muscular incorrecta o anormal.
- Actividad muscular compensatoria.
- Hipo o hiperactividad de músculos.
- Hábitos musculares asociados: labios, uñas, dedos, lengua, bruxismo.
- Deglución incorrecta.
- Respiración bucal.
- Masticación incorrecta. (14).

## **CAPÍTULO V.- PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS**

Los primeros dientes que erupcionan en la boca cuando apenas se es un niño son los dientes primarios; erupcionan entre los 6 y 7 meses, completándose la dentición a los 24 o 30 meses de edad.

Los dientes primarios son los responsables de guardar los espacios para los dientes permanentes, que iniciaran su proceso de erupción a partir de los 6 años y ayudan en el desarrollo de los maxilares y del cráneo; su presencia en boca evita problemas inmediatos como la dificultad para masticar adecuadamente los alimentos y problemas a largo plazo como serían, según Barrios (2004), cambios en el perímetro del arco dental, alteraciones en la cronología y secuencia de erupción, desarrollo de hábitos bucales perjudiciales, trastornos de fonación, maloclusión, además de las alteraciones psicológicas y de comportamiento que una deficiente imagen física puede causar (17).

Davis, Law, y Lewis (1981), señalan que cuando los padres empiezan a preocuparse por la salud de sus hijos, en muchas ocasiones ya el niño presenta una

afección de los dientes tan severa, que no es posible aplicar ninguna técnica terapéutica conservadora, siendo el único tratamiento viable la exodoncia de las piezas afectadas, perdiéndose estos dientes primarios y en ocasiones mucho antes del tiempo correspondiente para que sean reemplazados por los dientes permanentes (17).

Se considera prematura la pérdida de cualquier diente temporal cuando su sucesor permanente se encuentra con su formación en el estadio 6 de Nolla (corona completa). En estas condiciones, una nueva formación ósea sobre el germen permanente ocurrirá, dificultando de esa forma su erupción. (18).

### **5.1. PÉRDIDA PREMATURA**

Se refiere a la pérdida tan temprana de los dientes primarios que puede llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco y por ende la erupción del diente sucedáneo (19).

### **5.2. PÉRDIDA TEMPRANA**

Se refiere a la pérdida de dientes primarios antes de la época esperada pero sin llegar a comprometer el mantenimiento natural del perímetro o longitud de arco (14).

La gran preocupación que sobreviene a la pérdida precoz es la falta de espacio para los dientes permanentes, resultante de la migración de los dientes adyacentes (18).

Además de ocasionar la pérdida de perímetro del arco puede provocar:

- apiñamiento dental (consecuencia de la falta de espacio)
- supraerupción de los dientes antagonistas
- impacto de dientes permanentes sucesores o desviación en la trayectoria de erupción (debido a la falta de guía para erupcionar)

- disminución de la dimensión vertical
- instalación de hábitos bucales (deglución atípica e interposición lingual)
- baja autoestima y problemas psicológicos (18).

Cuando los dientes deciduos se exfolian tempranamente, se producen alteraciones en los patrones de crecimiento y desarrollo normales y los efectos de esta pérdida temprana dependen del estado de desarrollo oclusal en el momento de la exfoliación (20).

Si se pierde un molar deciduo durante el período de erupción activa del primer permanente, se producirá una gran fuerza con dirección mesial que hará migrar el molar y originará así pérdida de longitud de arco (20).

### **5.3.- FACTORES ETIOLÓGICOS LOCALES DE PÉRDIDA PREMATURA.**

Las causas más frecuentes de pérdida prematura, por orden de mayor a menor frecuencia, son:

1. caries.
2. erupción precoz del permanente.
3. Traumatismos.
4. Exfoliación de compromiso (discrepancia local).
5. Iatrogenia (extracción inadecuadas) (21).

#### **5.3.1.- CARIES**

**Caries**, palabra de origen latino, significa degradación. Expresa la degradación o ruptura de los dientes. La pérdida de sustancia dental comienza en forma característica por un reblandecimiento de estos tejidos, originada por la disolución parcial del tejido mineralizado, y seguida por la destrucción total del tejido (22).

**5.3.1.1. Caries en el sector anterior:** los vectores de mesialización, de los sectores laterales, quedarán contenidos por el músculo orbicular. Por tanto, no habrá pérdida de espacio en sentido antero-posterior (21).

**5.3.1.2. Pérdida de dientes en el sector incisivo:** se colapsa transversalmente la arcada, creándose una mordida cruzada unilateral o bilateral (2).

**5.3.1.3. Caries en el sector lateral:** el vector de mesialización se hace efectivo y la longitud de arcada se reduce (aumentará la discrepancia óseo-dentaria) (2).

**5.3.1.4. Caries y pérdida prematura de dientes temporales en el sector lateral:** se produce la mesialización de los dientes y, por tanto, la pérdida de la longitud de arcada (21).

### **5.3.2.- ERUPCIÓN PRECOZ DEL DIENTE PERMANENTE**

la erupción prematura de los dientes permanentes suele ser una consecuencia de la pérdida de los dientes temporales precedentes. Esto se pone de manifiesto fácilmente cuando se ha perdido prematuramente un único diente temporal (23).

### **5.3.3.- PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE TEMPORAL POR TRAUMATISMO.**

Los traumatismos los clasificamos en:

#### **5.3.3.1. Traumatismos en primera intención:**

- Extra-alveolar: fractura coronaria del diente temporal.
- Intra-alveolar: luxación y avulsión del diente temporal.

#### **5.3.3.2. Traumatismos en segunda intención:**

- Sobre el diente temporal: fractura radicular del diente temporal y osteolisis periapical que provoca una erupción ectópica del diente permanente.
- Sobre el diente permanente: desplazamiento coronario del diente permanente y lesión a nivel del desarrollo radicular del diente permanente (21).

#### **5.3.4.- PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE TEMPORAL POR EXFOLIACIÓN DE COMPROMISO (DISCREPANCIA LOCAL).**

- Una intensa discrepancia óseo-dentaria provoca la exfoliación precoz de los caninos temporales, al erupcionar los incisivos permanentes.
- Una exfoliación temporal producirá una asimetría en la arcada dentaria.
- Una exfoliación bilateral producirá simetría en la arcada (21).

Repercusión de la exfoliación precoz de los caninos temporales sobre la biodinámica de erupción de los sectores laterales:

- En arcada inferior: la exfoliación precoz del (-C) comportará la mesialización de (-D) (-E) (-6) y, por tanto, la pérdida inmediata del espacio de deriva, apareciendo una intensa discrepancia óseo-dentaria en los sectores laterales (4).
- En arcada superior: la pérdida precoz del (+C) favorecerá la mesialización del (+D) (+E) (+6) y la pérdida del espacio de deriva. Como consecuencia se producirá un intenso apiñamiento de (+3) (+4) (+5) (21).

#### **5.3.5.- PÉRDIDA PREMATURA DE UN DIENTE TEMPORAL POR IATROGENIA – EXTRACCIÓN**

Si se exodoncia prematuramente el (-E) tendremos como resultado:

1. La mesioversión del (-6)
2. La impactación del (-5) por falta de espacio.
3. La extrucción de las cúspides distales del (-6) (debido a la mesioversión) (21).

#### **5.4. CONSECUENCIAS DE LA PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS.**

La pérdida prematura de dientes primarios está asociada con la instalación de maloclusiones Clase I en sus distintos tipos (27).

La **inclinación** y **migración** de los dientes vecinos ya que disponen de mayor tiempo para moverse de su posición original, lo que trae consigo la

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

disminución del espacio para el sucesor permanente, el acortamiento del perímetro del arco, malposiciones dentarias, apiñamientos, diastemas y alteraciones de oclusión; que dependen del sitio, del maxilar y del número de dientes afectados (28).

Al perderse un diente su antagonista continúa el proceso de erupción hasta extruirse y producir alteración en el plano oclusal, y pérdida de la dimensión vertical. Muchos casos se presentan erupción ectópica de algunos dientes permanentes (29).

La pérdida prematura de un **incisivo primario** compromete la estética puede producir alteraciones en el desarrollo fonético cuando el niño está comenzando a desarrollar el habla, debido a que hay muchos sonidos que requieren que la lengua toque la cara palatina de los incisivos superiores (27).

En los casos de pérdida unilateral de un **canino primario**, los incisivos tienden a desplazarse lateralmente hacia su espacio produciendo desviaciones de la línea media y asimetría dental (27).

El perímetro del arco mandibular puede acortarse desde el frente debido a la presión que ejercen los labios o una actividad anormal del músculo mentoniano se pueden inclinar los incisivos permanentes hacia lingual, haciéndoles perder sus topes y aumentando el resalte y la sobremordida (28).

En la pérdida del **primer molar primario** es poco probable que se pierda el espacio, debido al movimiento mesial de los posteriores, pero especialmente en la mandíbula los caninos temporales e incisivos temporales o permanentes se pueden desplazar distalmente para producir asimetría en el arco dental (27).

## **5.5.- BIODINÁMICA DE LA ERUPCIÓN DENTARIA EN LOS SECTORES LATERALES DE LAS ARCADAS Y BIOPATOGENIA DE LAS CARIES EN DIENTES TEMPORALES.**

La pérdida de un diente temporal 6 meses antes de la erupción del permanente acelera su erupción (25).

Los dientes mantienen su posición oclusal debido a la acción de fuerzas individuales. Cuando un diente se pierde, se produce una pérdida de este equilibrio, perdiéndose el espacio en los seis primeros meses, empezando a los pocos días o semanas (1).

La pérdida precoz de un diente temporal retarda la erupción del diente permanente adjunto (29).

### **Secuencia (-3 4 5):**

La pérdida precoz del (-D) acorta el tiempo para la mesialización de (-E) y (-6).

La pérdida precoz del (-E) favorece la inmediata mesialización del (-6), aumenta el tiempo de espera para la erupción del (-5) y se pierde espacio para el (-5).

### **Secuencia (-4 3 5):**

La pérdida precoz del (-D) casi no tiene repercusión en la pérdida de espacio

La pérdida precoz del (-E) favorece la inmediata mesialización del (-6), largo tiempo para el cierre de espacio del (-5) y pérdida de espacio para el (-5).

### **Secuencia (-5 4 3):**

La pérdida precoz del (-D) produce la mesialización del (-5) en erupción y favorece también la mesialización del (-6). Pérdida de espacio para el (-4).

La pérdida precoz del (-E) provocará una pérdida moderada de espacio para el (-5) que dependerá del tiempo de espera para la erupción del (-5).

**Secuencia (-5 3 4):**

Con la pérdida precoz del (-D) existe un prolongado de tiempo de mesialización de (-E) y (-6) e intensa pérdida de espacio para el (-4).

La pérdida precoz del (-E) provocará una pérdida moderada de espacio para el (-5) que dependerá del tiempo de espera para la erupción del (-5).

**Secuencia (-3 5 4):**

Con la pérdida precoz del (-D) existe un prolongado tiempo de mesialización de (-E) y (-6) e intensa pérdida de espacio para el (-4).

La pérdida precoz del (-E) provocará una pérdida moderada de espacio para el (-5) que dependerá del tiempo de espera para la erupción del (-5).

**Secuencia (-3 5 4):**

La pérdida precoz del (-C) favorece el alineamiento del sector incisivo.

La pérdida precoz del (-E) produce la pérdida del espacio de deriva y la falta de espacio para el (-4).

**Secuencia (+4 5 3):**

La pérdida precoz del (+D) favorece la inmediata erupción del (+4) sin pérdida de espacio.

La pérdida precoz del (+E) provocará la inmediata migración mesial del (+6) y una moderada pérdida de espacio para el (+5).

**Secuencia (+5 4 3):**

La pérdida precoz del (+D) produce la mesialización de (+E) y (+6) y pérdida de espacio para el (+4).

Con la pérdida precoz del (+E) erupcionaría prontamente el (+5) y se mesializaría moderadamente el (+6).

**Secuencia (+3 4 5):**

La pérdida precoz del (+D) produce la mesialización del (+E) y (+6) y pérdida de espacio para el (+4).

La pérdida precoz del (+E) provocaría la inmediata migración mesial del (+6), larga espera para la erupción del (+5), y una intensa pérdida de espacio para el (+5).

**Secuencia (+3 5 4):**

La pérdida precoz del (-D) produce la mesialización de (+E) y (+6) y pérdida de espacio para el (+4).

La pérdida precoz del (+E) provocaría la inmediata migración mesial del (+6), larga espera para la erupción del (+5) y una intensa pérdida de espacio para el (+5).

**Secuencia (+4 3 5):**

Con la pérdida precoz del (+D) erupcionaría inmediatamente el (+4) sin pérdida de espacio.

La pérdida precoz del (+E) provocará la inmediata migración mesial del (+6) larga espera para la erupción del (+5), y una intensa pérdida de espacio para el (+5).

**Secuencia (+5 3 4):**

La pérdida precoz del (+D) produce la mesialización de (+E) y (+6) y pérdida de espacio para el (+4).

La pérdida precoz del (+E) favorecerá la inmediata erupción del (+5) con la mínima pérdida de espacio (4).

## **5.6. RECUPERADORES DE ESPACIO.**

Cuando la pérdida de algún diente no es tratada a tiempo, puede perderse sólo parcialmente el espacio correspondiente, en estos casos se requiere del uso de recuperador de espacio para recuperar el espacio perdido, siempre que la pérdida sea por inclinación de los dientes vecinos, ya que si ha producido un movimiento en masa, será muy difícil recuperarlo, al menos utilizando aparatos sencillos. Para el efecto, existen numerosos diseños, fijos y removibles. Fijos con resortes, placas activas, placas con resortes, placas con tornillos expansores etc. (26).

Un reganador removible, con tornillos apropiadamente orientado funciona muy bien cuando no ha erupcionado el segundo molar permanente. También se puede utilizar exitosamente un escudo antilabial que hace presión distalmente sobre los molares bajo la acción del músculo mentoniano (30).

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*



**Fig. No. 15. Recuperador de espacio**

**Fuente:** Luz ' D Escriván De Saturno. **ORTODONCIA EN DENTICIÓN MIXTA.** Amolca. 2007; 431

## **CAPÍTULO VI.- MATERIALES Y MÉTODOS**

### **6.1. DISEÑO**

El presente estudio es de campo, este diseño de investigación permite no sólo observar, sino recolectar los datos directamente de la realidad objeto de estudio, para posteriormente analizar e interpretar los resultados obtenidos.

Es descriptiva y transversal ya que se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado. En la investigación se recolectaron datos en un período de tiempo y luego se analizaron para corroborar la relación de las variables expuestas en la presente investigación.

### **6.2. POBLACIÓN**

En la presente investigación se analizaron 25 pacientes cuyas características son niños y niñas en edades entre 7 y 10 años de edad, que acudieron al servicio de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, ubicado en la Ciudad de Guayaquil, en el periodo de Junio - Julio del 2012 a los cuáles se estableció los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**Criterios de Inclusión:**

- Pacientes de 7 a 10 años de ambos sexos.
- Pacientes con dentición mixta.

**Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con dentición decidua.
- Pacientes con dentición permanente.
- Pacientes con aparato de ortodoncia.
- Pacientes con hábitos orales. (succión digital, uso de chupón, etc)
- Pacientes con discapacidades.
- Pacientes y padres no colaboradores.

**6.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se utilizaron instrumentos y técnicas de recolección de la información con el fin de lograr los objetivos propuestos, primeramente se hizo firmar el consentimiento informado por parte de los padres (anexo 1), se procedió a llenar la ficha clínica de ortopedia (anexo 2) , se realizó el examen clínico visual, se tomaron fotografías extra e intraorales y se tomaron impresiones para realizar los modelos de estudio con el fin de determinar las piezas ausentes y el tipo de maloclusión que presentó el paciente, a cada uno de ellos se tomó radiografías panorámicas.

**6.3.1. MATERIALES**

Los materiales usados en esta investigación fueron los siguientes:

- Cámara fotográfica
- Espejos intra y extraorales
- Guantes de látex no estériles
- Mascarilla
- Materiales de impresión y vaciado.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

- Instrumental de Diagnóstico
- Pluma
- Historia clínica de ortopedia
- Hoja de consentimiento informado

### **6.3.2. MÉTODOS**

- Se realizó un examen clínico, estudio fotográfico, radiográfico y de modelos de estudio para observar las maloclusiones que se presentan en niños de 7 a 10 años que acudieron a la clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
- Una vez seleccionada la muestra se procedió a realizar la ficha clínica de ortopedia previo consentimiento informado por parte de los padres, se procedió a tomar las fotografías extra e intraorales, se tomo rx panorámicas, luego se tomaron las impresiones para la confección de los modelos de estudio los cuales fueron analizados para determinar el tipo de maloclusión basándome en la maloclusión de Angle modificación de Dewey que presentaban los paciente.

## Operacionalización de las variables

### Objetivo General

Identificar las maloclusiones presentes a causa de la pérdida prematura de dientes primarios en los pacientes de 7 a 10 años que acuden a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

| <b>Objetivos específicos</b>   | <b>Variables</b>                           | <b>Definición conceptual</b>                               | <b>Dimensiones</b>           | <b>Indicadores</b>                           |
|--|--|--|------------------------------|--|
| Determinar que incidencia existe de maloclusiones por edad y sexo.                         | Edad y sexo                                | Edad y sexo de pacientes.                                  | Niños y niñas de 7 a 10 años | Datos generales de la ficha clínica          |
| Determinar las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes primarios.            | Causas más frecuentes de pérdida prematura | Pieza dentaria con pérdida antes de su exfoliación natural | Caries y traumatismo.        | Datos de la ficha clínica                    |
| Reconocer cuál es la maloclusión más frecuente por pérdida prematura de dientes primarios. | maloclusión                                | oclusión   | Maloclusión de Dewey         | Primer molar superior primer molar inferior. |

## **CAPITULO VII.- ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

Los datos obtendios fueron tabulados y procesados en el programa Microsoft Excel de Windows XP, obteniendo frecuencias y porcentajes, luego fueron graficados y presentados en barras relacionando las variables, y realizando el análisis de los resultados.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Resultados**

| # p. | Edad | Género | # P. ext. prematuramente | Causa  | Maloclusión de Dewey |
|------|------|--------|--------------------------|--------|----------------------|
| 1    | 8    | F      | 74, 84                   | Caries | Clase I tipo 5       |
| 2    | 10   | F      | 65                       | Caries | Clase II             |
| 3    | 7    | M      | 54                       | Caries | Clase II             |
| 4    | 7    | F      | 55, 65, 75, 85           | Caries | Clase I tipo 5       |
| 5    | 9    | M      | 75, 85                   | Caries | Clase I tipo 2       |
| 6    | 8    | F      | 63                       | Caries | Clase II             |
| 7    | 9    | M      | 85                       | Caries | Clase III tipo 1     |
| 8    | 9    | M      | 54, 55, 65, 75, 85       | Caries | Clase I tipo 5       |
| 9    | 7    | F      | 53, 55, 63               | Caries | Clase II             |
| 10   | 7    | F      | 85                       | Caries | Clase I tipo 5       |
| 11   | 9    | F      | 75, 85                   | Caries | Clase III tipo 2     |
| 12   | 7    | F      | 75                       | Caries | Clase III tipo 1     |
| 13   | 9    | F      | 85                       | Caries | Clase I tipo 1       |
| 14   | 7    | M      | 74                       | Caries | Clase II             |
| 15   | 9    | M      | 74, 84, 55               | Caries | Clase II             |
| 16   | 9    | M      | 55, 74, 84               | Caries | Clase I tipo 5       |
| 17   | 7    | F      | 74, 85                   | Caries | Clase I tipo 5       |
| 18   | 8    | F      | 64                       | Caries | Clase III tipo 2     |
| 19   | 9    | M      | 55, 84                   | Caries | Clase I tipo 5       |
| 20   | 7    | M      | 54, 75, 53, 73           | Caries | Clase II             |
| 21   | 9    | M      | 74                       | Caries | Clase I tipo 2       |
| 22   | 8    | F      | 64                       | Caries | Clase I tipo 2       |
| 23   | 7    | F      | 74                       | Caries | Clase I tipo 5       |
| 24   | 8    | F      | 75                       | Caries | Clase I tipo 5       |
| 25   | 8    | M      | 53, 63                   | Caries | Clase III tipo 2     |

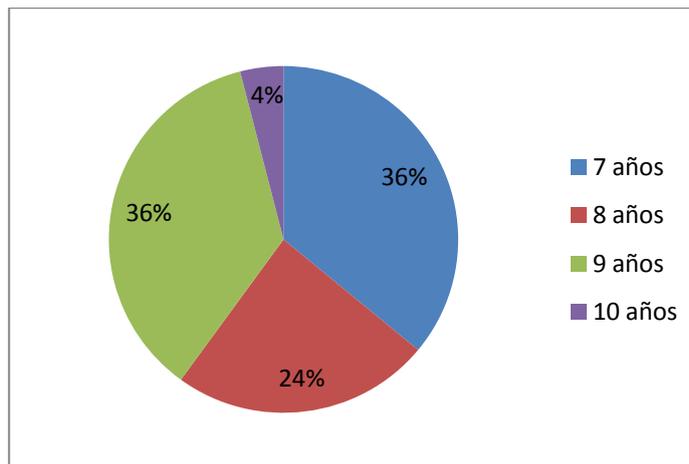
**Tabla 1**

**Distribución de la población estudiada por edad**

| <b>Edad</b>  | <b>Número de niños</b> |
|--------------|------------------------|
| 7            | 9                      |
| 8            | 6                      |
| 9            | 9                      |
| 10           | 1                      |
| <b>total</b> | <b>25</b>              |

**Gráfica 1**

**Distribución de la población estudiada por edad**



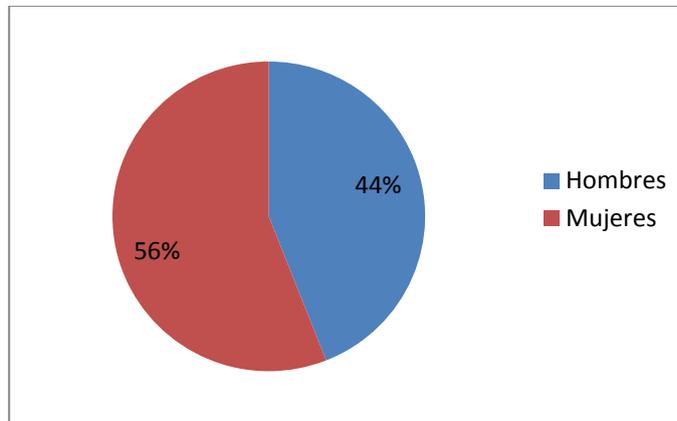
Del total de la población estudiada de 25 pacientes en edades comprendidas de 7 a 10 años el mayor porcentaje de niños de este estudio tenían 7 y 9 años representando el 36% para cada uno, seguido por los niños de 8 años con un 24% y por último los niños de 10 años con un 4%.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Tabla 2**  
**Distribución de la población estudiada por género**

| Género       | Número de niños |
|--------------|-----------------|
| Hombres      | 11              |
| Mujeres      | 14              |
| <b>Total</b> | <b>25</b>       |

**Gráfica 2**  
**Distribución de la población estudiada por género**



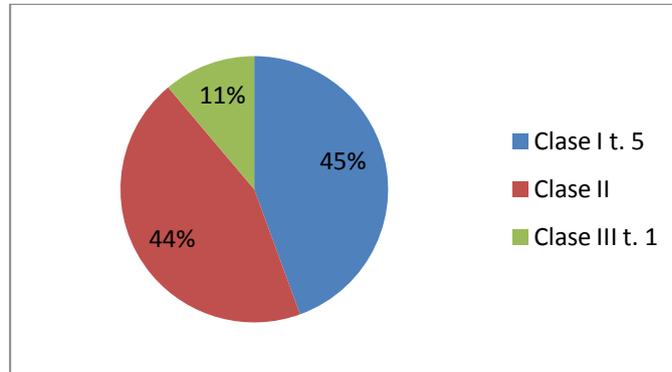
Del total de los 25 pacientes entre edades comprendidas de 7 a 10 años el mayor porcentaje fue 56 % mujeres y un 44% hombres.

**Tabla 3**  
**Incidencia de maloclusiones por edad**

| Edad         | Clase I tipo 1 | Clase I tipo 2 | Clase I tipo 5 | Clase II | Clase III tipo 1 | Clase III tipo 2 |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------|------------------|------------------|
| 7            |                |                | 4              | 4        | 1                |                  |
| 8            |                | 1              | 2              | 1        |                  | 2                |
| 9            | 1              | 2              | 3              | 1        | 1                | 1                |
| 10           |                |                |                | 1        |                  |                  |
| <b>Total</b> | <b>1</b>       | <b>3</b>       | <b>9</b>       | <b>7</b> | <b>2</b>         | <b>3</b>         |

**Gráfica 3**

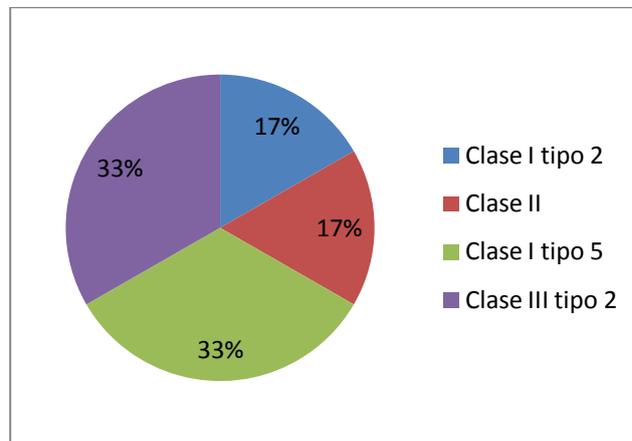
**Incidencia de maloclusiones en niños de 7 años**



En la Gráfica No. 3 se puede observar que la maloclusión que más se observó en los niños de 7 años fueron la maloclusión Clase I tipo 5 con un 45% seguida de la Clase II con un 44% y por último la Clase III tipo 1 con un 11%.

**Grafica 4**

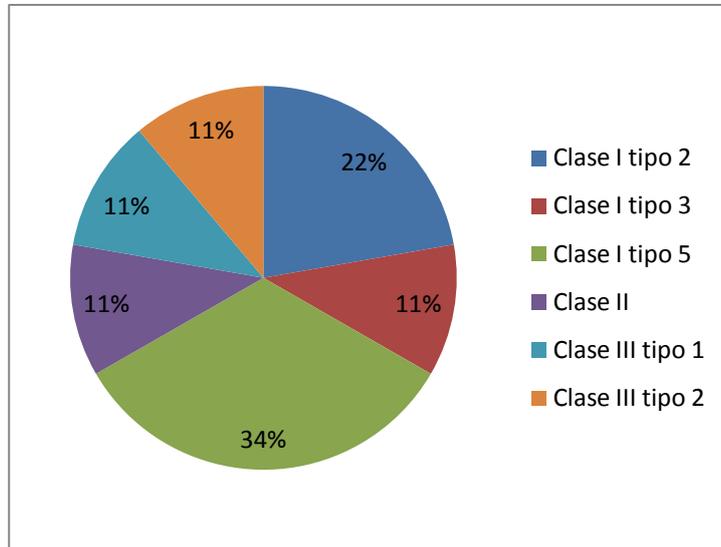
**Incidencia de maloclusiones en niños de 8 años**



En la gráfica No. 4 observamos que la maloclusión que más se observó en niños de 8 años fue la Clase I tipo 5 y la Clase III tipo 2 las dos con un 33%, seguido de la Clase I tipo 2 y la maloclusión Clase II cada una con un 17%.

**Gráfica 5**

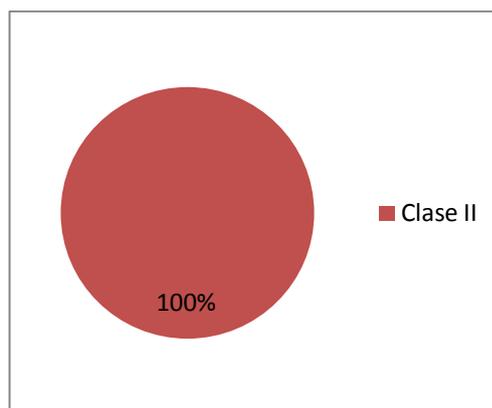
**Incidencia de maloclusiones en niños de 9 años**



En la gráfica No. 5 se observa que la maloclusión más frecuente que se presentó en niños de 9 años fue la Clase I tipo 5 con un 34% seguida de la Clase I tipo 2 con un 22%.

**Gráfica 6**

**Incidencia de maloclusiones en niños de 10 años**



Gráfica No. 6: en la edad de 10 años solo se presentó 1 caso el cual tuvo maloclusión Clase II.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

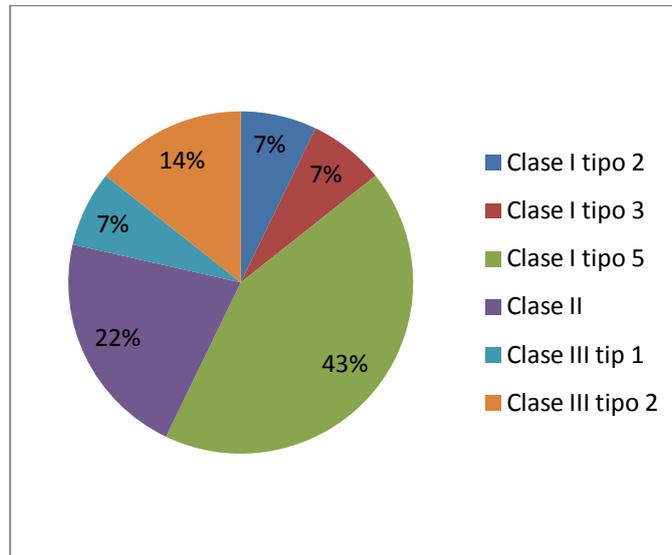
**Tabla 4**

**Incidencia de Maloclusiones por género**

| <b>Género</b> | <b>Clase I tipo 1</b> | <b>Clase I tipo 2</b> | <b>Clase I tipo 5</b> | <b>Clase II</b> | <b>Clase III tipo 1</b> | <b>Clase III tipo 2</b> | <b>total</b> |
|---------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>F</b>      | 1                     | 1                     | 6                     | 3               | 1                       | 2                       | <b>14</b>    |
| <b>M</b>      |                       | 2                     | 3                     | 3               | 1                       | 1                       | <b>11</b>    |

**Gráfica 7**

**Incidencia de maloclusiones en el género femenino**

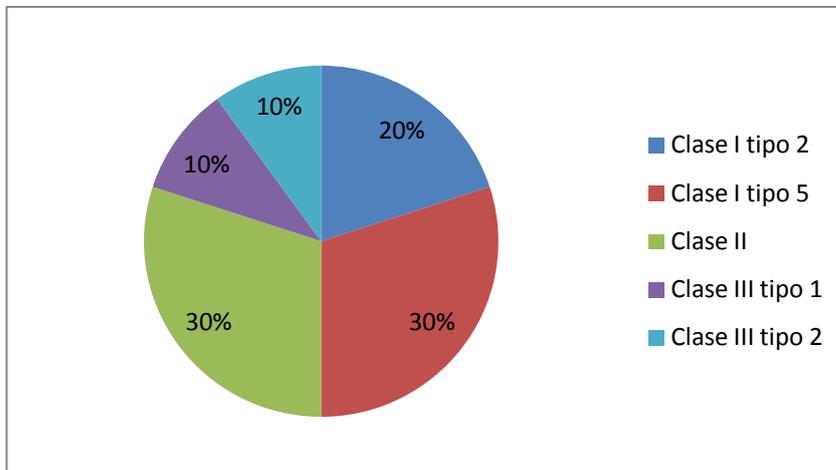


En la gráfica No. 7 observamos que la maloclusión más frecuente en las mujeres fue la Clase I tipo 5 con un 43% seguida de la maloclusión Clase II con un 22%

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Gráfica 7**

**Incidencia de maloclusiones en el género masculino**



En la gráfica N° 8 podemos observar que la maloclusión más frecuente en los hombres es la Clase I tipo 5 y la Clase II con 30% cada una seguida de la maloclusión Clase I tipo 2.

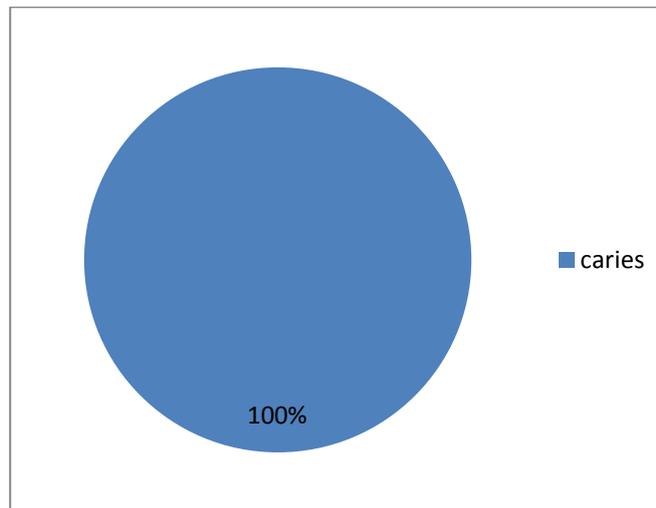
**Tabla 5**

**Distribución de las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes deciduos**

| <b>Causa</b> | <b>Número de niños</b> |
|--------------|------------------------|
| Caries       | 25                     |
| <b>Total</b> | <b>25</b>              |

**Gráfica 8**

**Distribución de las causas más frecuentes de pérdida prematura de dientes deciduos**



La causa más frecuente de pérdidas prematuras en los pacientes de la muestra estudiada fue la caries con un 100%

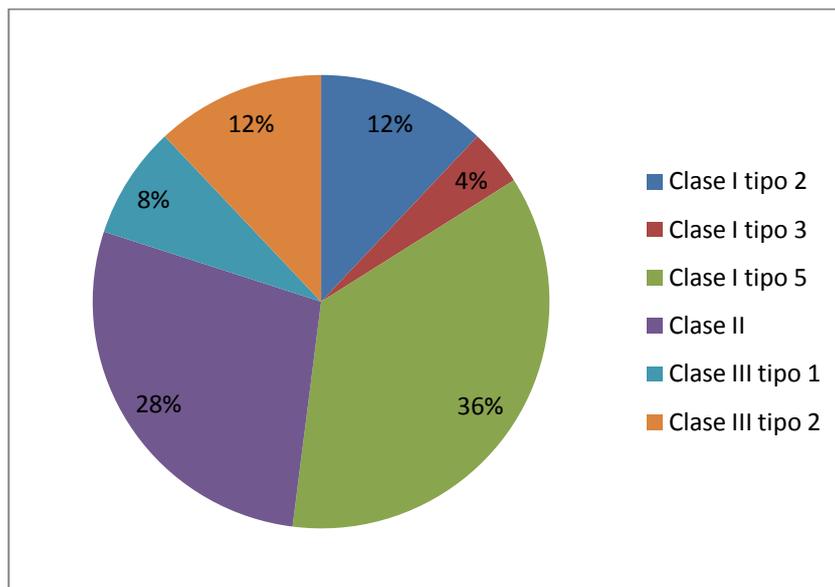
**Tabla 6**

**Distribución de frecuencia de maloclusiones presentes a causa de la pérdida prematura de dientes primarios en los pacientes de 7 a 10 años que acuden a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.**

| <b>Maloclusiones presentes</b> | <b>cantidad</b> |
|--------------------------------|-----------------|
| Clase I tipo 1                 | 1               |
| Clase I tipo 2                 | 3               |
| Clase I tipo 5                 | 9               |
| Clase II                       | 7               |
| Clase III tipo 1               | 2               |
| Clase III tipo 2               | 3               |
| <b>Total</b>                   | <b>25</b>       |

**Gráfica 9**

**Distribución de frecuencia de maloclusiones presentes a causa de la pérdida prematura de dientes primarios en los pacientes de 7 a 10 años que acuden a la Clínica de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.**



En la Gráfica N° 9 observamos que la maloclusión más frecuente en los 25 niños estudiados fue la maloclusión Clase I tipo 5 de Dewey con un 36% seguida de la maloclusión Clase II con un 28%, Clase III tipo 2 y Clase I tipo 2 con 12 %, Clase III tipo 1 con 8% y por último la Clase I tipo 1 con un 4%. Deduciéndose que la pérdida prematura de dientes primarios causaron maloclusiones en los pacientes evaluados.

### **Relación entre la pieza temporal perdida y el tipo de maloclusión**

- **Pérdida de dientes en el sector posterior:** Si se pierde un molar deciduo durante el período de erupción activa del primer permanente, se producirá una gran fuerza con dirección mesial que hará migrar el molar y originará así pérdida de longitud de arco, y una maloclusión Clase I tipo 5.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

- **Pérdida de dientes en el sector incisivo:** se colapsa transversalmente la arcada, creándose una mordida cruzada unilateral o bilateral.
- **Pérdida prematura de dientes temporales en el sector lateral:** se produce la mesialización de los dientes y, por tanto, la pérdida de la longitud de arcada y pérdida de la línea media.

**Análisis general en base a los resultados en función de los objetivos correspondientes:**

Los resultados obtenidos en la presente investigación En cuanto a las edades de los pacientes comprendidas entre 7 a 10 años, el mayor porcentaje de niños tenían 7 y 9 años de edad seguidos de los niños con 8 años de edad.

La maloclusión que se observó en mayor porcentaje fue la Clase I tipo 5 con un 36%, seguido por la Clase II.

La mayoría de los pacientes de esta investigación habían perdido uno o dos dientes prematuramente lo que desvió la formación normal de su arcada dentaria.

## **CONCLUSIONES**

- 1.- Después de haber realizado esta investigación y discutido los resultados he concluido que la mayor frecuencia de pérdida prematura de los dientes es debido a la caries dental, trayendo como consecuencias maloclusiones en la gran mayoría Clase I tipo 5 y Clase II.
- 2.- La causa más frecuente de pérdidas prematuras en los pacientes de la muestra estudiada fue la caries con un 100%.
- 3.- Siendo la caries una enfermedad multifactorial, transmisibles; pudiéramos de alguna manera tratar de evitar su presencia siguiendo un simple patrón de conductas e higiene bucal, orientadas en una buena técnica del cepillado, disminuir la ingesta de azúcar y carbohidratos, visitar al Odontólogo por lo menos dos veces al año; en los bebés evitar el tiempo prolongado del biberón con sustancias azucaradas sobre todo en las noches.

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- Debemos considerar reducir la frecuencia de la caries dental mediante incremento de las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, donde desempeña una relevante función la educación para la salud, específicamente la salud, por cuanto influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, grupos y colectividades.
- 2.- Instruir tanto a los niños y niñas como a los padres y representantes acerca de la importancia de los dientes temporarios y su permanencia en boca hasta su exfoliación fisiológica, ya que no por ser temporales son de menor importancia.
- 3.- Debemos fomentar el uso de mantenedores de espacio inmediatamente después de la extracción prematura de una pieza temporal.
- 4.- Asistir al odontólogo a edades tempranas que permitan determinar y tratar a tiempo algún tipo de enfermedad o maloclusión.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

## **ANEXOS**

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 1**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 8 años de edad de sexo femenino presenta pérdida prematura de piezas 74, 84 por caries dental. Presenta maloclusión Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 2**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 10 años de edad, de sexo femenino presenta pérdida prematura de la pieza 65. Presenta maloclusión Clase II.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 3**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años de edad, de sexo masculino presenta pérdida prematura de la pieza 54 por caries dental, presenta maloclusión Clase II.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 4**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años de edad, de sexo femenino, presenta pérdida prematura de las piezas # 55, 65, 75, 85 por caries dental. Presenta maloclusión Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 5**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años de edad, sexo masculino, presenta pérdida prematura de las piezas 75 y 85 por caries, como consecuencia tiene extrucción de las piezas antagonistas.

Presenta maloclusión Clase I tipo 2.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 6**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 8 años de edad, de sexo femenino presenta pérdida de la pieza 63 por caries dental, presenta maloclusión Clase II.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 7**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Pacientes de 9 años, de sexo masculino presenta pérdida prematura de la pieza 85 por caries dental, presenta una maloclusión Clase III tipo 1.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 8**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años, sexo masculino, presenta pérdida de las piezas 54, 55, 65, 75, 85, a consecuencia de la caries dental. Presenta maloclusión Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 9**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años, sexo femenino, presenta pérdida prematura de las piezas # 53, 55, 63 por caries dental, presenta maloclusión Clase II.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 10**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años, sexo femenino, presenta pérdida prematura de pieza 85, presenta maloclusión Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 11**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años de edad, sexo femenino, presenta pérdida prematura de la pieza 75, 85 por caries dental, presenta maloclusión Clase III tipo 2.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 12**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años, sexo femenino, presenta pérdida prematura de la pieza # 75, presenta presenta maloclusión Clase III tipo 1.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 13**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años, sexo femenino, presenta pérdida prematura de las piezas # 85. Presenta maloclusión Clase I tipo 1.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 14**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años de edad, sexo masculino, presenta pérdida prematura de la pieza 74 por caries dental, presenta maloclusión Clase II.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 15**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años, sexo masculino, presenta pérdida prematura de las piezas #55, 74, 84 por caries dental, tiene maloclusión Clase II.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 16**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años de edad, sexo masculino, se observa pérdida prematura de la pieza # 55, 74, 84, por caries dental. Presenta maloclusión Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 17**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años, sexo femenino, se observa pérdida prematura de las piezas 74, 85, por caries dental, presenta maloclusión Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 18**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 8 años de edad, sexo femenino, se observa pérdida prematura de la pieza 64. Presenta maloclusión Clase III tipo 2.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 19**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años de edad, sexo masculino, se observa pérdida prematura de 55, 84

Presenta maloclusion Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 20**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años, sexo masculino, se observa pérdida prematura de las piezas # 53, 54, 73, 75. Presenta maloclusion Clase II.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 21**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 9 años de edad, sexo masculino, se observa pérdida prematura de la pieza # 74. Presenta maloclusión Clase I tipo 2.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 22**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 8 años, sexo femenino, presenta pérdida prematura de la pieza 64. Posee maloclusión Clase I tipo 2.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 23**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 7 años, sexo femenino, se observa pérdida prematura de la pieza # 74, presenta maloclusión Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 24**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 8 años de edad, sexo femenino, se observa pérdida prematura de la pieza # 75 por caries. Presenta maloclusion Clase I tipo 5.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

**Paciente N° 25**

**Fotografías extraorales**



**Fotografías intraorales**

**Oclusión**

**derecha**

**izquierda**



**arcada superior**

**arcada inferior**



**modelos**

**radiografía**



Paciente de 8 años de edad, sexo masculino se observa pérdida prematura de la pieza #53, 54, 63, Presenta maloclusion Clase III tipo 2.

Fuente: pacientes de la clínica de Odontología de la U.C.S.G

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1.- Jimenez Romera, Ma. Amelia. **ODONTOPEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA**. Editorial Vértice, 2012; 202 - 203.
- 2.- Selma Sana Suga, et al. **CUADERNO DE ODONTOPEDIATRÍA ORTODONCIA EN LA DENTICIÓN DECIDUA DIAGNÓSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO, Y CONTROL**. Amolca. 2004; 1-11.
- 3.- Antonio Carlos Guedes. **REHABILITACIÓN BUCAL EN ODONTOPEDIATRÍA ATENCIÓN INTEGRAL**. Amolca. 2003; 15.
- 4.- Phillips. **CIENCIA DE LOS MATERIALES DENTALES**. Elsevier. 2004; 239-244.
- 5.- James A. Mcnamara, William L. Brundon. **TRATAMIENTO ORTODÓNCICO Y ORTOPÉDICO EN LA DENTICIÓN MIXTA**. Needham Press . 1995; 97 -121, 353
- 6.- Di Santi de Modano, Juana, Vázquez, Victoria Blanca. **REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA MALOCLUSIÓN CLASE I: DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO**, publicaciones 2003.
- 7.- José Antonio Canut Brusola. **ORTODONCIA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA**. 2da Edición, 2005; 125.
- 8.- Major M. Ash, Sigurd Ramfjard. **OCCLUSION**. Interamericana editores. 1996; 205.
- 9.- Felix De Carlos Villafranca, et al. **MANUAL DEL TÉCNICO SUÉRIOR EN HIGIENE BUCODENTAL**. 1Era Edición. 2005; 65
- 10.- Enrique D. Berner. **HIJOS ADOLESCENTES EL DESAFIO Y LA OPORTUNIDAD DE AYUDARLOS A CRECER**. Web: <http://books.google.com.ec/books?id=9VSTICfv08C&pg=PT33&dq=malocclusion+por+perdida+de+dientes/>, 2011; 5.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

- 11.- Laura Aguirre. **ETIOLOGIA DE LA MALOCLUSIÓN, Universidad Autónoma de baja California** 2011; 32
- 12.- E. Solano Reina, A. Campos Peña. **MANUAL TEÓRICO PRÁCTICO DE ORTODONCIA.** 2002; 54
- 13.- Ustrell Torrent, Josep M., et al. **ORTODONCIA.** Ediciones de la Universidad de Barcelona. 2002; 47 – 51.
- 14.- Marc Saadia, Jeffrey H. Ahlin. **ATLAS DE ORTOPEdia DENTOFACIAL DURANTE EL CRECIMIENTO.** Publicaciones médicas. 2000; 25- 192.
- 15.- Uribe Restrepo, Gonzalo Alonso. **ORTODONCIA TEORIA Y PRÁCTICA.** Editorial CIB. 2004. Pg.374.
- 16.- Silverrtone Im. **CARIES DENTAL, ETIOLOGÍA Y PATOLOGÍA Y PREVENCIÓN.** Ediciones Moderno.2006; 46.
- 17.- Eslava Schmalbach, Javier, et al. **SEMIOLOGÍA QUIRÚRGICA.** Universidad Nacional de Colombia. 2006; 27.
- 18.- Regezi, Sciubba. **PATOLOGÍA BUCAL CORRELACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS.** McGraw-Hill Interamericana. 2007; 464.
- 19.- Velayos Santana. **ANATOMIA DE LA CABEZA PARA EL ODONTÓLOGO.** 2007;124.
- 20.- Jaramillo Cardenas. **ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA.** Fondo Editorial CIB. 2003;318.
- 21.- Victor Smith Agreda, et al. **ANATOMIA TOPOGRAFICA Y ACTUACIÓN DE URGENCIA.** 2005; 498 – 500.
- 22.- Harfin, Julia F. **TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN EL ADULTO.** Médica Panamericana. 2005; 89.
- 23.- J. Philip Sapp, et al. **PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL CONTEMPORÁNEA, SEGUNDA EDICIÓN.** Elsevier. 2006; 5.
- 24.- Luz ‘ D Escriván De Saturno. **ORTODONCIA EN DENTICIÓN MIXTA.** Amolca. 2007; 431-489.

*Maloclusiones que se presentan en pacientes de 7 a 10 años por pérdida prematura de dientes primarios que asistan a la clínica de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil.*

- 25.- Bordoni, Noemi, et al. **ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA: la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Médica Panamericana. 2010; 8.**
- 26.- Graber, Varnarsdall. **ORTODONCIA principios y técnicas actuales. ELSEVIER. 2006; 543-471.**
- 27.- María Fernanda García. **PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL SEXO EN PREESCOLARES REVISTA ODONTOLÓGICA DE LOS ANDES. 2007; 12**
- 28.- Martínez, Gutiérrez, Ochoa. **PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES TEMPORALES Y MALOCLUSIÓN EN ESCOLARES. Corr Med Cient Holg. 2005; 9.**
- 29.- Wheeler, **ANATOMÍA, FISIOLOGÍA Y OCLUSIÓN DENTAL. Elsevier. 2004; 41-42.**
- 30.- Rodriguez Raquel, **PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA MALOCLUSIÓN. Web:<http://digitalcef.com.ar/blog/articulos-de-ortodoncia/prevencion-primaria-de-la-maloclusion/#>. 2012; 20.**