



Archiv. Estomatol. Pinaréña

ISSN: 1990-7990

## FILIAL DE ESTOMATOLOGIA

### PINAR DEL RÍO

#### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON ANOMALÍAS DE OCLUSIÓN EN DENTICIÓN TEMPORAL: CÍRCULO XI FESTIVAL 2012

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ANOMALIES IN THE TEMPORAL TEETH: "11<sup>NO</sup>  
FESTIVAL" DAY CARE CENTER, 2012

**Mallen Martínez Rodríguez <sup>1</sup> Alejandro Pérez Martínez <sup>2</sup>, Dra Rosalina Vinent  
González <sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Alumna de quinto año de la carrera de Estomatología E – mail:  
[idaniamh@princesa.pri.sld.cu](mailto:idaniamh@princesa.pri.sld.cu)

<sup>2</sup>Alumno de cuarto año de la carrera de Estomatología <sup>3</sup>Profesora auxiliar de La Carrera  
de Estomatología.

## RESUMEN

Las alteraciones de las características normales de la oclusión suelen comenzar en edades tempranas, lo que da una idea de la magnitud del problema, y es por eso que consideramos que nuestro esfuerzo principal como profesional debe estar encaminado a reducir las alteraciones de la oclusión mediante un incremento de las acciones preventivas-interceptivas. **Método:** Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal en niños de 3 a 5 años de edad del círculo infantil Onceno Festival de la provincia de Pinar del Río, en el período comprendido entre enero y marzo del 2012. **Objetivo:** Determinar la presencia de factores de riesgo que puedan provocar anomalías de la oclusión en dichos niños. Para ello se realizó un examen clínico- bucal donde se recogieron todos los datos de interés en una planilla de recolección de información y una encuesta a los padres para determinar la presencia de hábitos bucales deformantes de los niños. Los datos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva. **Resultados:** Se determinó que el plano terminal recto fue el más frecuente, la anomalía dentomaxilofacial que más prevaleció fue la mordida abierta, el espacio primate superior fue el más predominante respecto al inferior. **Conclusión:** Las alteraciones de la oclusión en la dentición temporal deben ser seguidas muy de cerca por el estomatólogo general para evitar o detectar tempranamente la aparición de maloclusiones.

**DeCS:** Oclusión dental, Diastema, Hábitos.

## ABSTRACT

Alterations of the normal characteristics of occlusion usually start at early ages, giving the idea of the magnitude of this problem; therefore the main effort of a professional should be aimed at reducing the alterations of the occlusion through the increase of prevention-interception actions. **Method:** an observational, descriptive, cross-sectional study was conducted with children from 3 to 5 years old at "11<sup>no</sup> Festival" Day Care Center, Pinar del Rio province during January-March 2012. **Objective:** to determine the presence of risk factors that can provoke occlusion anomalies in this group of children. A clinical-oral examination was performed collecting all data of interest on a sheet of information and a survey applied to parents to determine the presence of oral deforming habits in children. Data were processed using descriptive statistics. **Results:** it was determined that terminal straight plane was the most frequent, opened bite was the prevailing dentomaxillofacial anomaly, superior primate area prevailed with respect to the inferior. **Conclusion:** occlusion alterations in temporal teeth should be closely followed by comprehensive dentists to avoid the onset of malocclusions.

**DeCS:** Dental occlusion, Diastema, Habits.

## INTRODUCCIÓN

La oclusión "normal" se usa por lo general para expresar un patrón de referencia o situación óptima en las relaciones oclusales, y aunque no es lo que con más frecuencia se encuentra en los pacientes, se considera el patrón más adecuado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en armonía con el sistema estomatognático <sup>1</sup>. La divergencia entre investigadores en cuanto al criterio de la normalidad de la oclusión hizo que a los estudios que se realizaban sistemáticamente se le añadieran los criterios sobre las características morfológicas de ésta. En la literatura especializada se describen diversos índices epidemiológicos de maloclusión o índices de prioridades de tratamiento, para identificar el nivel de necesidad en grupos poblacionales. Se pueden citar los de Grainger, Salzmann, índice de estética dental de Jenny, Cons, y Kohout, el de la Asociación Iberoamericana de Ortodoncia, así como el de la OMS; este último muy eficaz para conocer la prevalencia en grupos numerosos, pero sin especificar anomalías <sup>2,3</sup>.

La experiencia ha demostrado que el tratamiento de las maloclusiones en edades tempranas es eficiente y con resultados más estables que en edades más avanzadas. <sup>4,5</sup>

La oclusión se establece como resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales. Sin embargo, estas limitaciones están dadas por las variaciones individuales de cada sujeto, entre las cuales deben ser consideradas las características de la dentición temporal. Atributos tales como: planos terminales, tipo de arcada, vulnerabilidad de la dentición temporal a la caries dental, presencia de hábitos bucales perniciosos, ausencia de diastemas interincisivos, son factores de riesgos capaces de desencadenar maloclusiones <sup>6,7</sup>.

En Estados Unidos de Norteamérica se publicaron 2 estudios en la década de los 70, que sostenían que el 75 % de los niños y jóvenes norteamericanos tienen cierto grado de desarmonía oclusal. En Venezuela se encontró que el 77 % de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. En un estudio epidemiológico realizado en 2 zonas rurales venezolanas se encontró que el 62,28 % de las maloclusiones podían ser clasificadas como clase I, el 9,9 % como clase II y el 1,2 % como clase III.

En Cuba, por estudios realizados en esta década, la cifra de afectados oscila entre el 27 y el 66%. En los niños y niñas de 5 años de edad existió el 29% afectado, el sexo más afectado fue el femenino <sup>8</sup>.

Dada la importancia que reviste el conocimiento de los factores de riesgo que pudieran actuar en los infantes desde edades tempranas y su influencia en la aparición de anomalías de la oclusión, se procedió a realizar el presente estudio, para de esta forma ayudar a los estomatólogos generales integrales a prevenir las mismas mediante un

incremento de las acciones preventivas unidas al diagnóstico temprano, con el consiguiente ahorro de recursos materiales que se pueden utilizar en niños y niñas que presentan anomalías más severas, mediante la aplicación de medidas preventivas eficaces de acuerdo con el programa de atención a círculos infantiles y escuelas primarias del municipio de Pinar del Río.

De esta forma se contribuirá a mejorar la calidad de vida de nuestros niños y niñas y a reducir el costo y complejidad del tratamiento, así como a evitar los daños psicológicos que traen consigo las anomalías dentomaxilofaciales.

El **problema fundamental** a estudiar sería: ¿cómo se comportan los factores de riesgo en relación con la aparición de anomalías de la oclusión en la dentición temporal? Por lo que se realizó la investigación con el objetivo de determinar el comportamiento de factores de riesgo que puedan provocar anomalías de la oclusión en niños de 3 a 5 años.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en niños de 3 a 5 años de edad del círculo Onceno Festival del municipio de Pinar del Río en el período de enero a febrero del 2012. El universo estuvo constituido por 162 niños, lo que abarca el total de niños de 3-5 años pertenecientes a dicho círculo. La muestra estuvo constituida por 99 niños, la selección de la muestra de estudio se realizó mediante un muestreo no probabilístico por criterios.

*Criterios de inclusión:* Se incluyeron a todos los niños de 3 a 5 años de edad pertenecientes a este círculo.

*Criterios de exclusión:* Se excluyeron de este estudio los que perdieron algún diente temporal por exfoliación, caries o trauma, a aquellos que se encontraban en período de dentición mixta y a los que no estaban presentes en el momento de las visitas para la recolección de los datos.

Se consideraron normales aquellos niños que presentaron 20 dientes, espaciamiento incisivo y espacios de primate, una relación molar de plano terminal recto o escalón mesial, relación vertical de incisivos desde borde a borde hasta corona completa, coincidencia de las líneas medias, y un resalte posterior en el que las cúspides vestibulares de los molares superiores cubrían las vestibulares de los inferiores. Se consideraron con alteraciones aquellos niños que presentaron ausencia de dientes por oligodoncia, dientes supernumerarios, arcadas alineadas sin espaciamiento incisivo ni espacios de primate o apiñados, escalón distal en molares, mordida abierta, cruzada o cubierta, desviaciones de la línea media e interferencias oclusales.

## **Métodos y procedimientos empleados:**

**Nivel teórico:** Procedimientos de análisis – síntesis, inducción – deducción, abstracción.

**Nivel empírico:** Encuesta (Anexo 2)

**Técnica de recogida de la información:** Se realizó un examen clínico- bucal a cada niño y se confeccionó una planilla de recolección de información. (Anexo 1)

Las variables fueron las siguientes: Edad, sexo, relación de oclusión de los segundos molares temporales en la dimensión de plano terminal recto, escalón mesial o distal, espacios de desarrollo con las categorías espacios de primates y diastemas interincisivos, medida de Bogué con las dimensiones normal, disminuida o aumentada, hábitos bucales en las categorías de lengua protráctil, respiración bucal y succión digital, anomalías de número de la fórmula dentaria en la escala de diente supernumerario y oligodoncia, y por último la presencia de anomalías dentomáxilofaciales en niños con hábitos bucales.

### **Consideraciones Bioéticas:**

Previamente se solicitó a la directora de la Institución, y padres o tutores de los niños participantes en dicha investigación mediante consentimiento informado (Anexo3) su autorización para utilizar la información recolectada para confeccionar este trabajo, con el compromiso de que los resultados obtenidos se utilizarían con fines estrictamente científicos , y sólo serían publicados en eventos y revistas científicas capacitadas para divulgar dichos resultados.

## **RESULTADOS**

En cuanto a la relación molar, se observó la mayor proporción con plano terminal recto en 52 niños, para el 52,5% del total, lo cual significa que la mayoría tenía una relación molar adecuada, seguido de escalón mesial en 31 niños para un 31,3%. Ver tabla I.

**Tabla I.** Relación de oclusión de los segundos molares temporales

<b>Relación de oclusión</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Plano terminal recto	52	52,5
Escalón mesial	31	31,3
Escalón distal	16	16,2
Total	99	100

Fuente: Ficha de recolección de información.

Se encontró que de 99 niños examinados, 65 niños, representando un 65,6%, presentaron los espacios interincisivos, predominando en el sexo femenino. Ver tabla II

**Tabla II.** Porcentaje de niños con espacios interincisivos en dentición temporal según sexo del total de examinados.

Sexo	Examinados		Espacios interincisivos	
	#	%	#	%
Femenino	57	57,6	30	30,3
Masculino	42	42,4	35	35,3
Total	99	100	65	65,6

Fuente: Ficha de recolección de información.

En relación con los espacios del primate, fueron un 71,7 % más frecuentes en la arcada superior que en la inferior, superando a este último en un 15,2%, predominando a la vez en el sexo masculino. Ver tabla III.

**Tabla III.** Porcentaje de niños con espacios de primates según sexo

Sexo	Examinados		Espacio de primate superior		Espacio de primate inferior	
	#	%	#	%	#	%
Femenino	57	57,6	31	31,3	25	25,2
Masculino	42	42,4	40	40,4	31	31,3
Total	99	100	71	71,7	56	56,5

Fuente: Ficha de recolección de información.

Al observar el comportamiento de las reglas de Bogue, encontramos un predominio de niños con una medida normal, es decir, de 30 mm, para un 49,5% del total de niños examinados . Ver tabla IV.

**Tabla IV.** Comportamiento de la medida de Bogue en la muestra estudiada.

<b>Medida de Bogue</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Normal	49	49,5
Aumentada	20	20,2
Disminuida	30	30,3

Fuente: Ficha de recolección de información

En relación con las anomalías dentomaxilofaciales predominó la presencia de la mordida abierta, representada por un 20,2 %, seguida por líneas medias no coincidentes. Ver tabla V.

**Tabla V.** Anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) presentes en niños con hábitos bucales deformantes.

<b>ADMF</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Mordida abierta.	20	20,2
Mordida cruzada.	10	10,1
Líneas medias no coincidentes.	19	19,2
Labioversión de I.S	14	14,1
Apiñamiento	11	11,1

Fuente : Ficha de recolección de información.

Se observó un predominio de niños con lengua protráctil para un 36,4%, como hábito bucal deformante. Ver tabla VI.

**Tabla VI.** Presencia de hábitos bucales en los niños examinados.

<b>Hábitos(uno o más de uno)</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
Lengua protráctil	36	36,4
Succión del pulgar	28	28,4
Respiración bucal	15	15,2

Fuente : Ficha de recolección de información

En la muestra estudiada no se encontró ningún caso de oligodoncia, ni de dientes supernumerarios, por lo que no se muestra ninguna tabla con anomalías de número de la fórmula dentaria

## **DISCUSIÓN**

Es de destacar que en la población objeto de estudio en cuanto a la relación de la oclusión se observó la mayor proporción con plano terminal recto, coincidiendo con otros investigadores como Kenia M. León <sup>8</sup>, representado por un 78% en su estudio, seguido del escalón mesial, lo cual significa que la mayoría tenía una relación molar adecuada, al igual que un estudio realizado por la Delegación Iztacala <sup>9</sup>, donde el 81,9 % mostró estos planos terminales, así como también con otros autores internacionales como Medrano Luna <sup>9</sup>.

Los diastemas interinsicivos fueron uno de los factores de riesgo tenidos en cuenta en el estudio. Estuvo presente en más del 50% de los niños, coincidiendo con investigadores como, Gonzales Valdéz<sup>10</sup>, en cuanto a ello *Tomas Sánchez* y colaboradores<sup>11</sup> encontraron un número considerable de casos con diastemas íterinsicivos (52,7 %) y un número mínimo de casos con apiñamientos incisivos (9,1 %) en el espacio superior. Encontramos, en cuanto a la presencia de los espacios de primates más frecuente, el superior con respecto al inferior, coincidiendo con *González Valdés* y colaboradores<sup>10</sup> en un estudio realizado en el municipio Plaza.

Al observar el comportamiento de las reglas de Bogue se encontró un predominio de niños con valores normales, sin embargo se halló un número considerable de niños con micrognatismo transversal, es decir, con valores por debajo de 30mm. Del análisis de esta tabla se infiere que menos de la mitad de los niños ya muestran una manifestación temprana de discrepancia hueso-diente negativa. En el estudio realizado por *Morell y Díaz*<sup>12</sup>, se encontró presencia del micrognatismo en el 71 % de los niños. *Santiago Cepero y Díaz*<sup>1</sup> observaron el 64,25 % de los niños con un índice de Bogue inferior a la norma de 30 mm.

Las anomalías dentomaxilofaciales encontradas se reflejan en la tabla 4. La adaquia fue la más frecuente, siendo menos frecuentes las mordidas cruzadas, lo cual coincide con los planteamientos realizados por Podadera Valdez y Ruiz Núñez<sup>13</sup> en su investigación.

Sin embargo, algunos autores plantean en sus investigaciones que la incidencia de la mordida cruzada anterior en la dentición primaria es relativamente alta. Para Sim, uno de cada veinte niños la presentaría. Fergusson ha encontrado que el 2% de 386 niños examinados entre las edades de 3-6 años presentaban una mordida cruzada anterior en una serie de una población española. La evolución clínica de este tipo de patología, cuando no se corrige tempranamente, conduce a la producción de abrasiones en la corona clínica de los incisivos superiores e inferiores, inflamación y daño de los tejidos



periodontales y de soporte, e incluso pérdida de espacio por migración de los dientes adyacentes. Por ello, una vez establecido el diagnóstico correcto y causa de la mordida cruzada, debe instaurarse un tratamiento inmediato que solucione el problema en fase de dentición mixta.<sup>14</sup>.

Un gran número de las maloclusiones que llegan a las clínicas de ortodoncia se hubieran podido interceptar con un esfuerzo mínimo por parte del profesional, evitando la aparición de una futura maloclusión o al menos contrarrestarla en gran medida. Varios autores señalan como anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes la adaquia y el prognatismo dentoalveolar, lo cual coincide con esta investigación a pesar de que no incluimos la segunda variable en la misma, lo que evidencia que dichas anomalías tienen vínculo patogénico con los hábitos deformantes más frecuentes. La succión digital y la respiración bucal guardan estrecha relación con la mordida abierta, la cual tiene como características distintivas su asimetría y su forma más circunferencial que la producida por interposición lingual, la cual es más alargada y simétrica. La reducción total de esta anomalía es muy frecuente, siempre que sea eliminado el hábito de succión digital en edad temprana.

Es por ello que los hábitos bucales constituyen importantes factores de riesgo en desencadenar anomalías dentomaxilofaxiales. En este estudio se constató que la lengua protráctil fue lo más frecuente, seguido de la succión digital y la respiración bucal, resultados que coinciden con autores como Podadera Valdez y Ruiz Núñez<sup>13</sup>

En la deglución anormal, la lengua se apoya entre ambos grupos incisivos, originando generalmente una mordida abierta anterior y protrusión de estos dientes, creando también una disfunción muscular en la deglución, porque la actividad no será ya de maseteros y temporales, sino de la musculatura perioral, exactamente lo contrario que en la deglución adulta. Esto se debe a la necesidad de crear un cierre bucal anterior. La succión de los dedos se presenta en una gran variedad de formas en cuanto a intensidad y frecuencia, pero además en cuanto al número de dedos involucrados, aunque el más frecuente es el pulgar. Este es presionado sobre la parte anterior del paladar, y provoca mordida abierta anterior con protrusión dentoalveolar superior y retrusión del sector incisivo inferior. En la respiración bucal, la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo de aire, lo cual provoca falta de crecimiento transversal del maxilar superior y un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de la altura facial inferior.<sup>13, 15</sup>

Sin lugar a dudas, es en estos factores de riesgo donde recae la mayor responsabilidad en la aparición de las alteraciones de la oclusión en la dentición temporal y en el posterior desarrollo de maloclusiones en la dentición permanente, por lo que eliminarlos o restringir su influencia es tarea de todos los que actuamos en esta área de la salud.

## CONCLUSIONES

- Los diastemas interincisivos estuvieron presente en más de la mitad de la muestra estudiada, y el espacio primate superior resultó predominante respecto al inferior.
- La lengua protáctil fue el hábito más frecuente en la muestra estudiada, contituyendo un factor de riesgo predominante para la aparición de anomalías de la oclusión.
- La regla de Bogue se comportó con los valores normales en la mayoría de los niños, seguida de valores por debajo de 30mm con presencia de micrognatismo transversal.
- La relación molar en el plano terminal fue la predominante, seguida del escalón mesial, y se presentaron pocos con un escalón distal, lo que constituiría un riesgo de aparición de alguna anomalía de la oclusión.
- La anomalía dentomaxilofacial que más prevaleció en la muestra estudiada fue la mordida abierta, siendo las mordidas cruzadas menos frecuentes, no encontrándose oligodoncia ni dientes supernumerarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santiago Cepero A, Torres Ulloa M, Álvarez Curbelo M, Cubero González R, López Martín D. **Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal.** Clínica Estomatológica Docente de Ciego de Ávila. [Internet]. 2010 [Citado Agosto 15, 2011]; 16(Supl.1). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16\\_supl1\\_10/rev/t-17.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/rev/t-17.html)
2. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
3. Martín Cid C, Barbería Leache E, González Sanz A, Rioboó García R. Prevalencia de maloclusiones en niños de la Comunidad Autónoma de Madrid según el índice estético dental. **Rev Española Ortod.** [Internet]. 2009 [citado 12 Oct 2011]; 39(2): [Aprox. 11p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3037719>
4. Bedoya N, Chacón A. Tratamiento temprano de maloclusiones clase II tratado con activador abierto elástico de Klammt (AAEK). Reporte de caso. Rev Estomat. [Internet]. 2009 [citado 12 Oct 2011]; 17(1): [Aprox. 6p.]: [Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/handle/10893/2385>
5. Escobar F, Werner A. Mordida cruzada anterior en dentición temporal. Rev Mexicana Odont Clín. [Internet]. 2009 [citado 12 Oct 2011]; 3(5): [Aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=63138>

6. Gutiérrez D, Díaz R, Villalba E. Asociación de apiñamiento anteroinferior con la presencia de los terceros molares. Rev Mex Odontol Clín. [Internet]. 2009 [citado 10 Feb 2012]; 2(11): [Aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59503>
7. Murrieta Pruneda JF, Cruz Díaz PA, López Aguilar J, Marques Dos Santos MJ, Zurita Murillo V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes. MEXICANOS Y SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO. [Internet]. 2007 [citado 24 Ene 2012]; 45(1): [Aprox. 7p.]. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones\\_dentales.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/1/maloclusiones_dentales.asp)
8. León Caballero K M, Maya Hernández B, Vega Galindo M, Mora Pérez. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2007 [citado 24 Ene 2012]; 44(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es&tlng=es)
9. Luna JE, Galindo C, Socorro L, Murrieta Pruneda JF. Prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de la oclusión. Rev ADM. [Internet] jul.-ago. 2002. [Citado 24 Ene 2012]; 59(4): [Aprox. 5p.]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-349631>
10. González Valdés D, González Fernández M, Marín Manso G. Prevalencia de diastemas en la dentición temporal. Rev cuba ortod. [Internet] ene.-jun.1999 [citado 24 Ene 2012]; 14(1): [Aprox. 4p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14\\_1\\_99/ord05199.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol14_1_99/ord05199.htm)
11. Tomas Sánchez R, Álvarez Román CI, Machado Martínez M, Castillo Hernández R, Grau Ávalo R. Características morfológicas de la dentición temporal en niños del municipio de Santa Clara. Rev Cubana Ortod. [Internet] 2001 [Citado 4 de enero de 2012]; 16(2): [Aprox. 5p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16\\_2\\_01/ord09201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_2_01/ord09201.htm)
12. Morell José A, Díaz Brito R. Estudio de la dentición temporal en niños de 2 a 4 años de edad. Rev Cubana Ortod. 2001;16(2):11.
13. Podadera Valdés RZ, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. Clínica Estomatológica Docente "Ormani Arenado", Pinar del Río. Rev Cubana Estomatol. 2003 [Citado 4 de enero de 2012]; 40(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_2\\_04/est04204.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est04204.htm)

14. Guinot Jimeno F. Mordida cruzada anterior: a propósito de un caso. Universitat Internacional de Catalunya. Departamento de Odontopediatría. Hospital General de Catalunya Gomera, s/n.08190 Sant Cugat del Vallès Barcelona,01 de diciembre de 2011[ fecha de acceso 4 de enero de 2012]; Disponible en [http://www.nexusediciones.com/pdf/de2005\\_2/den-2-05-002.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/de2005_2/den-2-05-002.pdf)

15. Barrios L, Puente M, Castillo A, Rodríguez M, Duque M. Hábito de respiración bucal en niños. Clínica Estomatológica Docente Artemisa, La Habana. Rev Cubana Ortod. 2001;16(1):47-53.

### **ANEXO1.FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.**

1-Edad-----

2-Sexo-----

3-Relación de oclusión: Plano terminal recto ----- Escalón mesial ----- Escalón distal ---  
--

4-Espacios interncisivos presentes ----- Espacios de primates inferior y superior  
presentes -----

5-Medida de Bogue: Normal ----- Aumentada ----- Disminuida -----

6- Anomalías DMF: Mordida abierta ----- Labioversión ----- Apiñamiento dentario -----  
Líneas medias no coincidentes ---- Mordida cruzada -----

7-Anomalías de número: oligodoncia ----- Supernumerario-----

8- Hábitos Bucales: Lengua Protáctil---- Respirador bucal---- Succión digital ----

### **ANEXO 2**

#### **Encuesta sobre malos hábitos orales a padres de niños examinados.**

#### **Estimado compañero(a):**

Le invitamos a que complete la presente encuesta, que tiene como objetivo conocer la presencia de hábitos bucales presentes en su hijo. La misma es anónima. Muchas gracias

## **-Datos Generales**

-----Edad del niño

-----Sexo

**1-Su hijo se chupa el dedo?**    Sí -----    No -----

Ocasión: ---- Cuando está aburrido    -----Al dormir    -----Todo el día

**2-Su hijo respira por la boca?**    Sí -----    No -----

**3-Su hijo permanece con la boca abierta?**    Sí -----    No -----

Ocasión:    -----Durante el día.    -----Durante la noche.

## **ANEXO 3: CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.**

### **PLANILLA DE CONCENTIMIENTO INFORMADO.**

Yo \_\_\_\_\_ me comprometo a participar en una investigación que estudia diversos aspectos sobre la presencia de factores de riesgo que puedan provocar anomalías de la oclusión en niños de 3 a 5 años. El estudio es completamente confidencial y anónimo, con el compromiso de que los resultados obtenidos se utilizarían con fines estrictamente científicos y solo serían publicados en eventos y revistas científicas capacitadas para divulgar dichos resultados. Si deseo salir de la misma, puedo hacerlo en cualquier momento.

Niño: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Recibido: 15 de noviembre de 2012.

Aprobado: 23 de noviembre de 2012.