

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA MALOCLUSIÓN

Para optar: El título profesional de Cirujano Dentista

Autor: CUEVA ROJAS RAUL

Asesor: Mg. Calderon Fernandez Jorge Miguel

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación de la Escuela profesional: Investigación Clínica
y Patológica

Lugar o Institución De Investigación: Clínica Dental

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora. los amo con mi vida

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. A nuestros padres que durante estos largos 5 años nos apoyaron en todo sentido tanto en la parte económica como emocional, gracias por motivarnos día a día y por creer en nosotras desde el principio.

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA MALOCLUSIÓN

Cuyo autor (es) : CUEVA ROJAS RAUL
Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional : ODONTOLOGIA
Asesor (a) : MG. CALDERON FERNANDEZ JORGE MIGUEL

Que fue presentado con fecha: 23/03/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 24/03/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 26%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

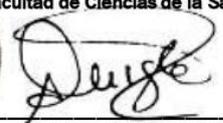
Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 24 de marzo de 2023



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud


Ph.D. EDITH ANCCO GOMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 124 – DUI – FCS – UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjchp

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.3.2. Bases Teóricas o Científicos	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	23
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	24
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	33
--------------------------	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	35

RESUMEN

Las maloclusiones son alteraciones del desarrollo en lo que la deformidad dentofacial no se da a procesos patológicos sino a la distorsión moderada del desarrollo normal, siendo frecuente este problema a causa del desarrollo y el crecimiento en las que se describe los factores etiológicos. Este problema se a dado en los cambios de vida moderna en las que se da el aparato masticatorio debido a mayor blandura de los alimentos.

En el caso clínico presentado muestra que un paciente de sexo masculino de 9 años y 6 meses de edad, ABEG, LOTEPE, dolicocefalo, braquifacial, simétrico, perfil convexo e hiperdivergente presenta: mal oclusión clase I, por un problema de espacio, arco superior ovalado y alineado; arco inferior ovalado y apiñado en 5 mm, ausencia clínica de la pieza 1.2, remanente radicular de la pieza 74, RM derecha Clase I, RM izquierda Clase I; RC derecha Clase I; RC izquierda Clase I, OJ: 1mm; OB: 33.3%; línea media desviada 2 mm a la derecha.

Palabra clave: maloclusión, relación molar, problema esquelético.

ABSTRACT

Malocclusions are developmental alterations in which the dentofacial deformity is not due to pathological processes but rather to the moderate distortion of normal development, this problem being frequent due to development and growth in which the etiological factors are described. This problem has occurred in the changes of modern life in which the masticatory apparatus occurs due to greater softness of food.

The clinical case presented shows that a male patient aged 9 years and 6 months, ABEG, LOTEF, dolichocephalic, brachifacial, symmetrical, with a convex and hyperdivergent profile, presents: class I malocclusion, due to a space problem, upper arch oval and lined; Lower arch oval and crowded to 5 mm, clinical absence of tooth 1.2, root remnant of tooth 74, right MRI Class I, left MRI Class I; Right CR Class I; Left CR Class I, OJ: 1mm; OB: 33.3%; midline shifted 2 mm to the right.

Key word: malocclusion, molar relationship, skeletal problem.

INTRODUCCIÓN

La dentición temporal, como la dentición mixta está sujeta a modificaciones, en cuanto al control periódico de las denticiones evitando las alteraciones como la disminución del ancho de las arcadas dentarias, maloclusiones y hábitos de deformaciones o anomalías de maloclusiones que se trata y afecta la función de la estética.

Las maloclusiones afectan en edades tempranas con factores tales como: herencia, ausencia de diastemas, interincisivos, ausencia de espacio, micrognatismo y escalón distal, no actuando sobre los grupos de factores, siendo considerado en la dentición primaria, en las que se crean acciones de promoción y prevención logrando una comunidad saludable, la dentición temporal se da de manera normal el diastema y espacio entre los incisivos considerándose como el espacio de crecimiento, en las que se van a sustituir por áreas suficientes para su correcta colocación. (1)

Los tratamientos interoceptivos evitan la progresión de las alteraciones que disminuyen el impacto negativo en la autoestima, en la que la prevalencia oportuna se considera en algunos tipos de maloclusiones para disminuir sus consecuencias en la capacidad de adaptación de los componentes del sistema estomatognático. A nivel mundial se ha estudiado que la prevalencia de maloclusiones varía de acuerdo al grupo étnico, rango etario o criterio diagnóstico. (2)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud la maloclusión es una enfermedad de oral con una mayor prevalencia en el mundo, ya que es considerada en el tercer lugar solo por detrás de las caries y las lesiones periodontales, ante es esto la maloclusión también es considerado con problema de salud social. A nivel de Latinoamérica, según la OPS la maloclusión tiene una prevalencia e incidencia del 85 % de habitantes de esta zona del mundo, por parte a nivel del Perú entre las 3 regiones demográficas, las regiones de la costa y de la selva también presentan un mayor índice de maloclusión con un 83 y 78% respectivamente, lo que alerta al personal odontológico por tan alarmante situación. (3)

Los servicios de odontología muy apropiados en cualquier población requieren una evaluación de la complejidad y la necesidad de tratamiento. Hoy en día, existe una creciente preferencia por el uso de criterios numéricos o índices de las maloclusiones a fin de determinar sus grados de dificultad y evaluar los resultados del tratamiento. Estos índices han sido exitosos y utilizados en varios países, proporcionaron información valiosa sobre la necesidad de tratamiento de ortodoncia. (4)

Las maloclusiones tienen un gran impacto negativo a nivel psicológico ya que muchas de estas personas que las padecen sufren un cambio estético en la región oral y facial, es por eso que genera un problema social e influye mucho en el bienestar de la persona. Según algunos estudios se han evidenciado que las personas con alteraciones dentoalveolares como la maloclusión presenta una baja autoestima por una estética facial relativamente baja, además esto afectará mucho al problema de relacionarse con los demás. (3)

2.2. OBJETIVOS

- Corregir la DAD superior e inferior.
- Extraer el supernumerario
- Corregir la posición.

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Vicente N. y col. en el 2022 en su artículo de investigación relacionados con los hábitos bucodeformantes y las alteraciones dentales y periodontales en niños en la ciudad de Lima, con el fin de determinar la relación entre las variables mencionadas. La metodología conto con 149 historias clínicas observadas de los niños con las edades de 7 hasta los 12 años que acudieron al centro clínico de una Universidad privada de Lima. Los resultados mostraron que el casi el 39% de los casos clínicos mostraba una habito no funcional, de las cuales el 21% presento una deglución atípica seguido de la interposición labial y los respiradores bucales; con respecto a las maloclusiones el 58% de ellos fue maloclusion I, clase II con 24% y ultimo la clase III con 17%. Concluyeron que el hábito más predominante fue la deglución atípica mientras en los problemas dentoalveolares fue la desviación de la línea media y la maloclusion. (5)

Navarrete N. y col. en el 2020 en su trabajo de investigación sobre causas de las maloclusiones en una pequeña población con el propósito de establecer los factores o causantes de los problemas de oclusión en niños de una edad determinada. Para la metodología se necesitaron 400 menores de edad entre las edades de 3 a 9 años, estos niños habían acudido a la clínica de una Universidad de Ecuador para ser atendidos, se evaluó a cada niño con examen clínico oral para determinar alguna alteración dentoalveolar, además se encuestó a cada

padre de familia para extraer algunos datos. Los resultados evidenciaron que del total de niños el 77% de ellos presentaban maloclusion, pero no se asociaban a las variables de lactancia, nivel socioeconómico o maloclusion en los padres, los que si guardaban relación era entre las interferencias oclusales con las mordidas cruzadas. Finalmente concluyeron, la prevalencia de maloclusion fue alta además los factores propuestos para generar una maloclusión en general no guardan una relación. (6)

Parra F. en el 2020 en su trabajo de tesis sobre las maloclusiones y su prevalencia en pacientes niños y adolescentes con el propósito de mencionar la prevalencia de esta patología oral en dicha población. Para su metodología se muestreo un total de 779 niños de una institución educativa en la ciudad de Cajamarca entre las edades de 8 a 15 años de los cuales todos pasaron por un examen clínico oral donde los primeros molares fueron base para el estudio. Los resultados obtenidos mostraron que la Clase I de Angle predominó con casi un 67%, seguido de la Clase II con un 22% y finalmente la última clase con un 11%, además se puso inferir que las niñas tienen más prevalencia en la clase I y los niños en las demás clases de Angle. Concluyó que la prevalencia de la clase I fue mayor en todos los pacientes y el sexo femenino fue el más afectado. (7)

Arteaga S. y col. en el 2019 en su artículo sobre la relación y los hábitos dañinos, con el fin de evaluar la relación entre estas dos variables. La metodología del estudio fue de tipo observacional a través de la exploración, la muestra fue de 65 niños con un cierto límite de edad, a cada uno se le realizo un examen clínico general y regional (bucal). Los resultados obtenidos demostraron que del total de los niños el 7% de ellos presentaron una

maloclusión clase II, seguido de la Clase III y por último una clase I con un 73%. Finalmente concluyeron que tanto la relación canina y molar clase I fue las predominante. (8)

Cruzado C. en el 2018 en su trabajo de investigación sobre la relación de los hábitos bucodeformante y el problema de oclusión en niños de una localidad de Bambamarca, con el propósito de ver si existe una relación entre las variables mencionadas. La metodología fue de tipo observacional y transversal en 50 niños cajamarquinos de una institución educativa de la misma localidad, a todos los niños entre las edades de 10 y 11 se les aplico una encuesta y examen clínico oral. Los resultados evidenciaron que el hábito más dominante en el estudio fue la succión de objetos de las cuales el 68% de estos evidencian una maloclusión clase I, otro hábito que tiene más casos fue el de succión digital de los cuales el 58% de ellos presentan clase I y el resto clase II. Concluyó que los dos hábitos no funcionales con más porcentaje si guardan una relación la maloclusion clase I y II. (9)

Díaz D. en el 2017 en su trabajo de investigación sobre causantes de riesgo para un hallazgo de maloclusion en pacientes niños con el fin de evaluar los factores para generar una maloclusion en pacientes pediátricos. Su metodología fue de tipo observacional, se encuestó a un total de 185 pacientes mediante un interrogatorio y examen clínico oral. Los resultados obtenidos mostraron que el 31.9% de los encuestados poseen una mordida abierta anterior, además el hábito que obtuvo un mayor porcentaje fue los pacientes respiradores orales seguido de la lengua protráctil 32% y 31% respectivamente. Concluyendo el autor, que la mordida anterior fue el de más dominio junto a los hábitos bucodeformantes como la respiración bucal y lengua protráctil. (10)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Maloclusiones

Son desordenes dentarios de su oclusión ideal, en la que varía según los factores genéticos y ambientales de cada persona, siendo así esqueléticas que se manifiestan en una alteración de forma, tamaño y posición en ambos maxilares.

Las oclusiones son anomalías en el desarrollo de los maxilares como problemas funcionales y estéticos como las causas es la herencia, desarrollo ontogénico y condiciones funcionales adquiridas. (11)

Erupción dental

Es el proceso del sistema dentario como un tema amplio que ha efectuado en diversos estudios con la finalidad de conocer la erupción dentaria.

Siendo así el proceso donde aparecen los dientes en el arco suponiendo el movimiento de la pieza dentaria en dirección axial de su posición original del maxilar hasta su posición en la cavidad bucal. Con el sistema dentario se da entre los seis y ocho años, en las que existen los arcos dentarios primarios y permanentes.

Secuencia de erupción

Permite el desarrollo de la oclusión en el maxilar como la secuencia de erupción de los dientes permanentes desde la primera molar, la emergencia de los incisivos centrales, laterales, premolares, segunda premolar y la erupción del canino y segunda molar.

En el maxilar inferior se da la erupción el primer molar, incisivo central y lateral, posteriormente canino, primer premolar, segunda premolar y segunda molar. (11)

Desarrollo de hábitos en los niños

Hay dos tipos de hábitos:

- **Fisiológicos:**

Se forma en el embarazo en el vientre de la madre y nacen con ello, teniendo así mecanismo de succión, movimientos corporales y respiración nasal.

- **No fisiológicos:**

Los malos hábitos bucales son repetidamente ejerciendo la fuerza contra el sistema estomatognático, así como los hábitos bucales. Los causantes de la maloclusión son hábitos bucales, con la frecuencia en el tiempo de los hábitos, siendo mas severa la maloclusión. (9)

Consecuencia

- Mordida abierta
- Protrusión
- Protrusión dento alveolar
- Lingoversiones

Factores que modifican el habito

Duración: se puede clasificar en:

- Infantil: (hasta 2 años) en la etapa de la vida es el patrón normal de comportamiento infantil, con reglas generales que no tienen efectos dañinos.
- Pre escolar: (2 a 5 años) el habito de succión, no tiene efecto nocivo en la dentición, por el contrario, continua con el intenso de producir malposiciones dentarias en los dientes primarios.
- Escolar (6 a 12 años) se realiza el análisis mas profundo de la etiología del habito que puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueletales.

Frecuencia: es de manera intermitente o continuo.

Intensidad: es clasificado en dos:

- Poca intensa: con poca actividad muscular en especial los buccinadores en el caso de succión del dedo.
- Intensa: es cuando la contracción del musculo es apreciable. (12)

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- **DATOS DE FILIACIÓN**

- ✓ **Paciente:** A.C.M.
- ✓ **Edad:** 9 años
- ✓ **Sexo:** masculino
- ✓ **Lugar de nacimiento:** Junín
- ✓ **Fecha de nacimiento:** 06-08-2013
- ✓ **Lugar de procedencia:** Huancayo
- ✓ **Religión:** católica

- **ENFERMEDAD ACTUAL**

- **Motivo de consulta:** “Quiero que le arreglen los dientes porque están chuecos”

- **ANTECEDENTES**

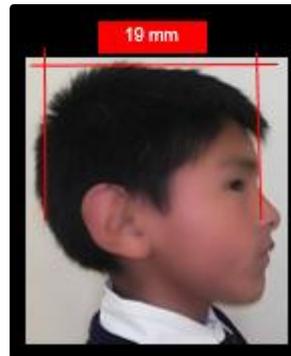
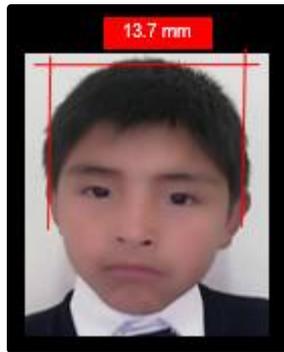
- ✓ **Antecedentes Médicos:** Madre refiere que el niño sufrió una caída de cabeza.
- ✓ **Antecedentes Odontológicos:** Madre refiere que hace 4 año acudió al odontólogo donde le extrajeron los 2 incisivos centrales de leche superiores.
- ✓ **Antecedentes Familiares:** No refiere.

3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL

- **Examen estomatológico extraoral**

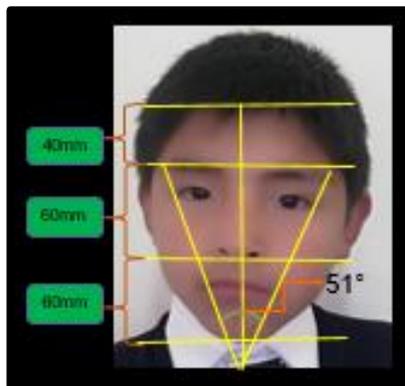
- ✓ **Dolicocéfalo**

• Forma del cráneo: $\frac{13.7}{19} \cdot 100 = 72\%$

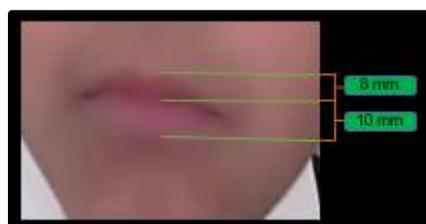
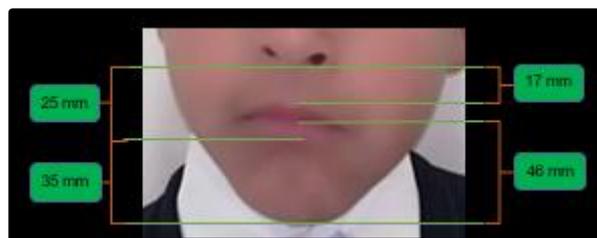


✓ Valoración frontal:

Simetría: Simétrico
Proporción: Tercio inferior normal

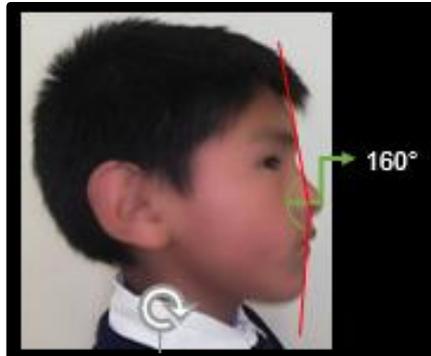


✓ Tercio inferior



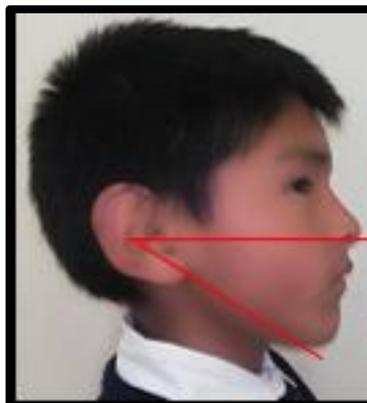
✓ **Valoración antero – posterior:**

- Perfil Antero Posterior: Convexo

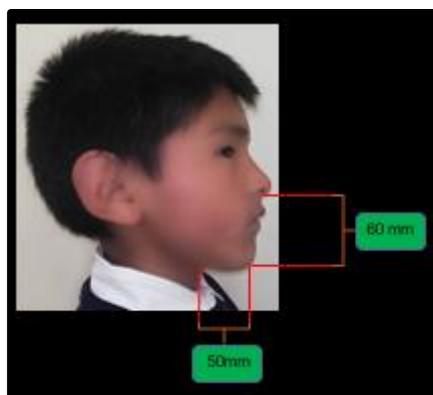


✓ **Valoración vertical:**

- Perfil vertical: Hiperdivergente



✓ **Valoración de perfil:**



- Examen estomatológico intraoral

✓ **Tejidos blandos:**

- Labios: SAE
- Vestíbulo: SAE
- Frenillos: Superior (inserción media)
Inferior (inserción baja).
- Paladar: SAE
- Orofaringe: SAE
- Lengua: Inserción media
- Piso De Boca: SAE

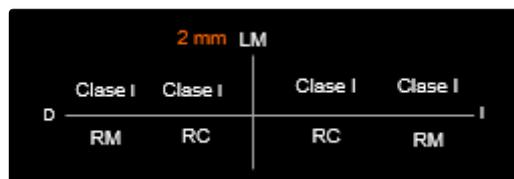
✓ **Tejidos duros:**

X	X	1.6	5.5	5.4	5.3	X	1.1	2.1	2.2	6.3	6.4	6.5	2.6	X	X
X	X	4.6	8.5	8.4	8.3	4.2	4.1	3.1	3.2	7.3	3.4	7.5	3.6	X	X

Arco dentario:

- SUPERIOR: Forma ovalada y tipo alineado.
- INFERIOR: Forma ovalada y tipo apiñado de 5 mm
- CURVA DE SPEE: Recto

Relación intermaxilar:



FOTOGRAFIA EXTRAORAL



FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



3.4.
PRONOSTICO



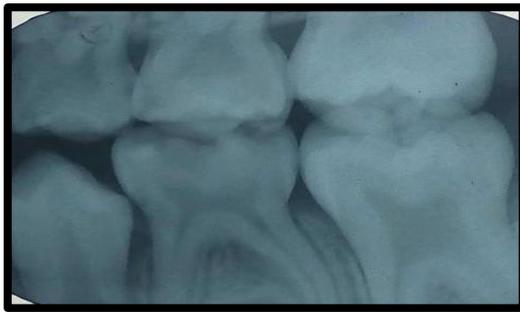
DIAGNÓSTICO Y

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**
 - ✓ Paciente de sexo masculino de 9 años y 6 meses de edad, ABEG, LOTEF, dolicocefalo, braquifacial, simétrico, perfil convexo e hiperdivergente presenta:
 - ✓ Mal oclusión clase I, por un problema de espacio.

- ✓ Arco superior ovalado y alineado; arco inferior ovalado y apiñado en 5 mm.
- ✓ Ausencia clínica de la pieza 1.2
- ✓ Remanente radicular de la pieza 74
- ✓ RM derecha Clase I, RM izquierda Clase I; RC derecha Clase I; RC izquierda Clase I.
- ✓ OJ: 1mm; OB: 33.3%; línea media desviada 2 mm a la derecha.

EXÁMENES AUXILIARES

- **Radiografía periapical**



Informe radiográfico:

- Pieza 11 (relación 2) : Corona: 10mm - Raíz: 5mm
- Pieza 21 (relación 1.8) : Corona: 6mm - Raíz: 11mm
- Pieza 22 (relación 1.6) : Corona: 7mm - Raíz: 12mm
- Pieza 32 (relación 1.5): Corona: 9mm - Raíz: 13.5mm
- Pieza 31 (relación 1.3) : Corona: 7mm- Raíz: 10mm
- Pieza 41 (relación 1.4) : Corona: 7 mm - Raíz: 11 mm
- Pieza 42 (relación 1.4) : Corona: 7mm - Raíz: 11 mm
- **Radiografía panorámica**



Informe radiográfico:

- Vías aéreas permeables, estructuras óseas A. N.
- En el estadio 1 se encuentra la pieza 48
- En el estadio 2 se encuentran las piezas 18, 28
- En el estadio 5 se encuentran las piezas 17,15, 27, 35, 37, 44, 45.
- En el estadio 6 se encuentran las piezas 47
- En el estadio 8 se encuentran las piezas 22,24
- En el estadio 9 se encuentran las piezas 11,21, 36, 46
- En el estadio 10 se encuentran las piezas 16,26
- Reabsorción fisiológica de 2/3 apical de la pieza 55,54
- Imagen radiolúcida compatible con caries de la pieza 84

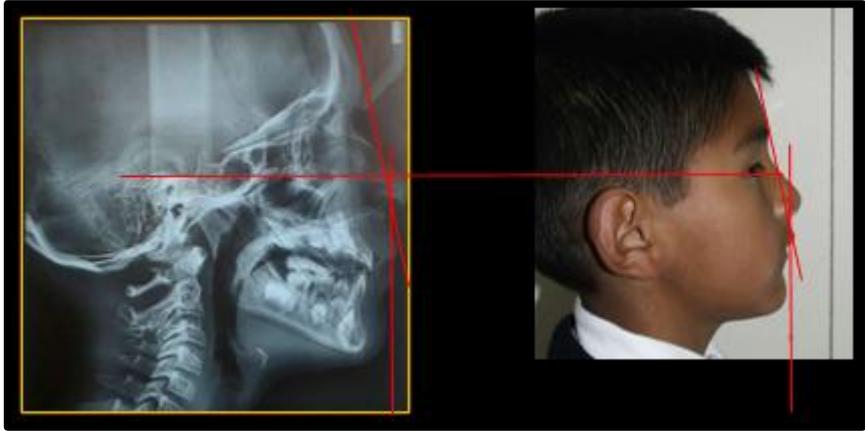
PROCEDIMIENTO

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO



Factor	V/Promedio	02/10/18
LBC:	69-71	65
SNA:	82 +/- 3	79
SNB:	80 +/- 3	77
ANB:	2 +/- 3	3
A-Nperp:	0/1	-3
Pg-Nperp:	-8a-6/-2a+4	-8
CoA:		82
CoGn:	101-104	102
AFAi:	58-59	53
F.SN:	8	11
SN.MGo:	32 +/-5	40
Eje Y:	60 +/-3	58
F-Mand:	26+/-4	27

Relación Esquelética Clase I con retrusión maxilar.
 Tercio inferior disminuido y crecimiento hiperdivergente.
 Incisivos sup. palatinizados y retruídos; incisivos inf.
 lingualizados y retruídos



RELACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS



Factor	V/Promedio	02/10/18
ANL:	102+/-8	120
LS-NPerp:	14+/- 8	20
H-NB:	9-11	12

Spradley		
Factor	V.N	02/10/2018
LS	2-4 mm	5
LI	0-2 mm	2
Pg blando	-4-0 mm	-2

RELACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS

Labio superior protruso y de perfil convexo

ANÁLISIS DE ESPACIO



ARCO DENTARIO SUPERIOR:

ESPACIO DISPONIBLE: 45,0 mm

ESPACIO REQUERIDO: 48,4 mm

DAD: - 3,4 mm



ARCO DENTARIO INFERIOR:

ESPACIO DISPONIBLE: 45.0 mm

ESPACIO REQUERIDO: 47.0 mm

DAD: -2.0 mm

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

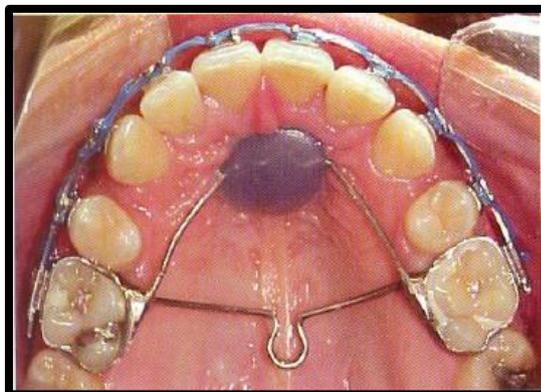
- Paciente de sexo masculino de 9 años y 6 meses de edad, ABEG, LOTEPE, dolicocefalo, braquifacial, simétrico, perfil convexo e hiperdivergente presenta:
- Mal oclusión clase I, por DAD inferior de -2.0mm y el superior -3,4mm, con relación esquelética Clase I con retrusión maxilar.
- Tercio inferior disminuido, de perfil vertical hiperdivergente.
- Incisivos superiores palatinizado y retruídos; incisivos inferiores lingualizados y retruídos.
- Labio superior protuido.
- Arco superior ovalado y alineado; arco inferior ovalado y apiñado de 2 mm.
- Ausencia clínica de la pieza 1.2
- Pieza supernumeraria.
- Remanente radicular de a pieza 74.
- RM derecha Clase I, RM izquierda Clase I; RC derecha Clase I; RC izquierda Clase I.
- OJ: 1mm; OB: 33.3%; línea media desviada 2 mm
- Lesiones cariosa múltiples.

CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

Maxilar superior:

- Extracción: SI (supernumerario).
- Bandas: 1.6, 2.6
- Anclaje: moderado (Tranpalanance)
 - ✓ Es elaborado con un alambre de 0.36”.
 - ✓ Pequeña almohadilla acrílica (1cm de diámetro), estará a nivel de las rugosidades palatinas.
 - ✓ En la parte mas anterior superior y media del paladar.
 - ✓ Transpalatino en la porción dentosoportada.



Maxilar inferior:

- Extracción: SI (RR de la 7.4).
- Bandas: 3.6, 4.6
- Desgaste de las segundas molares deciduos por mesial.
- Anclaje: moderado (Arco Lingual)
 - ✓ Se confecciona con acero inoxidable .036“.
 - ✓ Se retira cuando las segundas molares permanentes alcanzan la oclusión.
 - ✓ Va desde primera molar a primera molar permanente y puede ir con ansa vertical.
 - ✓ Tendrá contactos sobre los cúngulos de los incisivos inferiores, para darle estabilidad al arco e impedir la mesialización de los molares.



- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRÁCTICA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACIÓN DOCENTE-ASISTENCIAL.

NOMBRE DEL PACIENTE: Manuel Alejandro Mera Palencia
 FECHA: 25/05/11 CLÍNICA: II PRECLÍNICA:

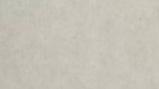
- Yo, Manuel Alejandro Mera Palencia identificado con DNI N° 80025111, por medio del presente documento, en mi calidad de paciente, en pleno y normal uso de las facultades mentales, otorgo en forma libre, mi consentimiento al Docente para que por intermedio y con el concurso del estudiante sometidos a su dirección así como los asistentes que él dirige o asiste, y los demás profesionales de la salud que se requieran me practique la siguiente intervención quirúrgica y/o realice el siguiente procedimiento: extracción de el tercer molar.
- El Docente en mención queda autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya autorizados en el punto anterior cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.
- El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos; generales y específicos imprevistos que por sus mismas características no se pueden advertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se puedan producir.
- El consentimiento y autorización que anteceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho al docente y estudiante del área responsable con el objeto de identificar las condiciones clínico patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respeto a los riesgos previstos y consecuencias que puedan derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he recibido amplias y satisfactorias explicaciones sobre sus alcances y que han sido aclaradas las dudas que he tenido y manifestado al respecto.
- Se me ha explicado que existen riesgos de imposible o difícil prevención, los cuales por esta razón, no puede ser advertido y en consecuencia, declaro expresamente que los asumo, por haber entendido bien que la odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscará para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.
- Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse, sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso comporta la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.

- He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revocado o dejado sin efecto por la simple declaración del suscrito tomada antes de la intervención realizada del tratamiento.
- Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto es desarrollada conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y asumo las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.
- Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizadas con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.


 FIRMA DEL PACIENTE
 DNI N° 80025111


 FIRMA DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA


 FIRMA DEL ESTUDIANTE

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En los trabajos realizados las maloclusiones son problemas que alteran a las piezas dentarias y hueso

Burgos D. menciona que las maloclusiones son parte de diversas clasificaciones, diversos grupos etareos evaluados y el objetivo de cada uno permite implementar los futuros estudios como el índice de necesidad ortodóntica o el índice estético dental que permite homologar los resultados de otras publicaciones que aumentan la validez externa del estudio y sugerir el estudio de los modelos de yeso en la realización de estudios. (2)

Así mismo Diaz H. et al. concluye que las maloclusiones afectaron mayormente a las niñas de edades entre 7 y 9 años, y que se encontraron la vestibuloversion, el apiñamiento, la mordida abierta anterior y las rotaciones dentarias, como tipos principales de maloclusiones, en los cuales los factores de riesgo mas frecuentes son los hábitos, la herencia y los traumas. (11)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Se concluye que hay asociados entre la succión digital y la prevalencia de maloclusión dentaria en los pacientes pediátricos.
- También se concluye que los niños tienden a tener problemas de maloclusión desde estada temprana.
- Así mismo los problemas de maloclusión pueden ser de tipo dentario o esqueletal.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar un diagnostico correcto ya que la presencia de hábitos bucales para prevenir las maloclusiones brinda una atención integral al niño.

- Así mismo se recomienda tomar en cuenta la dentición primaria para evitar complicaciones en las dentición mixta y permanente.
- También se recomienda conocer los antecedentes del paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervencion educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur. 2016 Abril ; 14(2).
2. Burgos D. Prevalencia de Maloclusiones en niños y adolescentes de 6 a 15 años de Frutillar Chile. Int. J. Odontostomat. 2014; 8(1).

3. Reyner A. Relación entre hábitos bucales y maloclusión en pacientes pediátricos atendidos en una clínica estomatológica universitaria de Piura. Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista. Piura : Universidad César Vallejo ; 2020.
4. Delgado I, Caballero M. Necesidad de tratamiento ortodóntico y prevalencia de maloclusiones en niños de una institución educativa de Huancayo. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Huancayo: Universidad Peruana los Andes ; 2021.
5. Vicente N, Esteves J, León R. Frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 7 a 12 años de edad en un centro dental docente de Lima-Perú. *odonto. peditr.*. 2022 Enero - Mayo ; 1(12).
6. Navarrete N, Pita M. Factores relacionados con maloclusiones en niños ecuatorianos de 3-9 años de edad.. *Rev. Cuban. de Estomat.*. 2020; 57(2).
7. Parra F. Prevalencia de maloclusiones en niños de 8 a 15 años en el colegio “Señor de Huamantanga” de la ciudad de Jaén. Tesis para optar el título de segunda especialidad en ortodoncia y ortopedia maxilar. Chiclayo : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2020.
8. Arteaga S, Chusino E, Carrasco M, Bravo D. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. *Rev. Arbitrar. interdisc.de Cien. de la Sal.*. 2019 Julio - Diciembre ; 3(6).
9. Cruzado C. Relación entre hábitos bucales y maloclusión en niños de 10 y 11 años de la IEP N° 82668, San Juan de Lacamarca, Hualgayoc Bambamarca. Tesis para optar el título profesional. Universidad Alas Peruanas ; 2018.

10. Díaz D. Factores de riesgo y Diagnóstico de maloclusiones en niños de 5 a 11 años. Rev. Polo del Conocimiento. 2017. Pol. Con.. 2017 Octubre - Diciembre ; 2(12).
11. Perez J. Maloclusiones y hábitos orales en niños de cinco a doce años de edad de la Institucion Educativa Particular Manuel Antonio Rivas 2019. Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en ortodoncia y ortopedia maxilar. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2021.
12. Zapata M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los Educadores. Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista. Lima : Universidad San Martín de Porras ; 2013.
13. Díaz H, Ochoa B, Paz L, Casanova K, Coca Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre Las Tunas. Medisur. 2015 Septiembre ; 13(4).