

Universidad de Huánuco
Facultad de Ciencias de la Salud
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

TESIS

**PREVALENCIA DE MALPOSICIONES DENTARIAS EN
PACIENTES DE 18 A 24 AÑOS QUE ACUDEN AL
HOSPITAL DE TINGO MARÍA HUÁNUCO 2017.**

**Para Optar el Título Profesional de :
CIRUJANO DENTISTA**

TESISTA

SILVA SAMPE, Víctor Fernando

ASESOR

Mg. CD. FERNANDEZ BRICEÑO, Sergio

**Huánuco - Perú
2019**

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLÓGIA
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las 11:00 A.M. del día 11 del mes de Julio del año dos mil diecinueve se reunieron en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo N° 635, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

Mg. C.D. Mardonio Apac Palomino	Presidente
Esp. C.D. Saldi Rosario Castro Martínez	Secretaria
C.D. Julio Enrique Benites Valencia	Vocal

Nombrados mediante la Resolución N° 911-2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada:

“PREVALENCIA DE MALPOSICIONES DENTARIAS EN PACIENTES DE 18 A 24 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE TINGO MARIA HUÁNUCO 2017”, presentado por el Bachiller en Odontología, el Sr. **Silva Sampe, Víctor Fernando**; para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola Aprobada por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 19 y cualitativo de excelente.

Siendo las 12:05 P.M. del día 11 del mes de Julio del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

.....
Mg. C.D. Mardonio Apac Palomino
PRÉSIDENTE

.....
Esp. C.D. Saldi Rosario Castro Martínez
SECRETARIA

.....
C.D Julio Enrique Benites Valencia
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A.P. DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA

HACE CONSTAR:

Que el Bachiller: **Sr. Silva Sampe, Víctor Fernando**; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **"PREVALENCIA DE MALPOSICIONES DENTARIAS EN PACIENTES DE 18 A 24 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE TINGO MARÍA HUÁNUCO 2017"**, para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista, realizada el día 11 de Julio del 2019 a horas 11:00 A.M. en la Sala de Conferencias de la Clínica Estomatológica del Jr. 2 de Mayo Cuadra N° 635 de esta ciudad, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide el presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 11 de Julio del 2019.



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

Mg. C.D. Márculo Apac Palomino
Mg. C.D. Márculo Apac Palomino
Director E.A.P. Odontología

Dedicatoria

Dedico este trabajo de Investigación a Nuestro Padre celestial, por haberme brindado su misericordia y haberme permitido llegar hasta aquí, así lograr mis objetivos trazados, a mis padres Victor y Kioko, por su gran amor hacia mí, a mi hermana Cecilia por darme alegrías en lo que hago y a mi hermosa Esposa Brittany y mi preciosa Hija Lilia por estar haciendo de mis días algo inmejorable. A mi familia en general que siempre me apoyaron y me dieron ánimos a salir adelante y a mis profesores por el conocimiento impartido que me convierte en un profesional capaz de afrontar nuevos retos.

A mi asesor Sergio Fernández Briceño por su ayuda, enseñanza y consejos en la elaboración de mi Tesis.

Victor Fernando Silva Sampe

RESUMEN

OBJETIVO Estimar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017. **MATERIALES Y MÉTODOS** Estudio descriptivo, de corte transversal; la población estuvo constituida de 100 pacientes de 18 a 24 años que acudieron al Hospital de Tingo María, para determinar la prevalencia de malposiciones dentarias se utilizó el índice para prevalencia y según la clasificación de Lisher. El instrumento de recolección de datos fue las fichas de observación. Los datos estadísticos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel. El procesamiento de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS v. 24 y aplicó la estadística descriptiva. **RESULTADOS** La prevalencia de las malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años, fue el 100 (100%) de los pacientes examinados. Los dientes con Giroversión se presentaron en el 100 (100%) de los pacientes, seguido por la Vestibuloversión con un 77 (77%), Linguoversión 68 (68%). Palatoversión 62 (62%), con menor porcentaje Mesioversión y Distoversión 22 (22%) y 15 (15%) respectivamente. Según la clasificación de Lisher en pacientes de 18 a 24 años, el tipo de malposición que prevaleció fue la versión en un 100%, no se reportaron casos de dientes con la condición de versión de los 100 casos examinados, el 35% de los pacientes con arcada inferior de forma parabólica prevaleció las malposiciones dentarias, seguido de forma hiperbólica con un 28%. **CONCLUSIONES** La prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco fue de un 100%.

Palabras clave: malposiciones dentarias, clasificación de Lisher, maloclusión dentaria

SUMMARY

OBJECTIVE To estimate the prevalence of dental malpositions in patients from the ages of 18 to 24 attending the Tingo Maria Huánuco Hospital 2017. **MATERIALS AND METHODS** A descriptive, cross-sectional study; the population consisted of 100 patients from 18 to 24 years old who came to the Tingo Maria Hospital, to determine the prevalence of dental malpositions, the index for prevalence and according to the Lisher classification was used. The data collection instrument was the observation card. The statistical data was tabulated in the Microsoft Excel program. The processing of the data was done in the statistical program SPSS v. 24 and applied descriptive statistics. **RESULTS** The prevalence of dental malpositions in patients aged 18 to 24 years was 100 (100%) of the patients examined. The teeth with Gyroversion were present in 100 (100%) of the patients, followed by the Vestibuloversion with 77 (77%), Lingoversion 68 (68%) %. Palatoversion 62 (62%), with lower percentage Mesioversion and Distoversion 22 (22%) and 15 (15%) respectively. According to the classification of Lisher in patients with the ages of 18 to 24 years, the type of malposition that prevailed was the version in 100% of the cases; no cases of teeth with the Gresi3n condition were reported. Of the 100 cases examined, 35 (35, 0%) of the patients with inferior paracetic arch prevailed dental malpositions, followed hyperbolically with 28%. **CONCLUSIONS** The prevalence of dental malpositions in patients aged 18 to 24 years who attend the Tingo Mar3a Huánuco Hospital was 100%.

Key words: dental malpositions, Lisher classification, dental malocclusion

ÍNDICE	Pág.
DEDICATORIA.....	II
RESUMEN.....	III
SUMARY.....	IV
INDICE.....	V
INTRODUCCION.....	VII
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Descripción del problema.....	09
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Justificación de la investigación.....	11
1.4. Objetivo General.....	12
1.5. Objetivos Específicos.....	12
1.6. Viabilidad de la investigación.....	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	13
2.2. Bases teóricas.....	21
2.3. Definición de términos.....	32
2.4. Hipótesis.....	33
2.5. variables.....	34
2.6. Operacionalización de variables.....	35
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.1.1. Nivel.....	36
3.1.2. Tipo.....	36
3.1.3. Diseño.....	37
3.2. Población y muestra.....	37
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validación de instrumentos.....	38
3.3.1. Plan de recolección de datos.....	38
3.3.2. Plan de tabulación y análisis.....	39
CAPITULO IV: RESULTADOS	
4.1. Procesamiento de datos.....	40
CAPITULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	
5.1. Discusión de resultados.....	54
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
Referencias bibliográficas.....	58
ANEXOS.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Prevalencia de las Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017...	41
Tabla 2. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo.....	42
Tabla 3. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según pérdida dentaria.....	43
Tabla 4. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según biotipo facial.....	44
Tabla 5. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según perfil facial.....	45
Tabla 6. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar izquierda.....	46
Tabla 7. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar derecha.....	47
Tabla 8. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina izquierda.....	48
Tabla 9. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina derecha.....	49
Tabla 10. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada superior.....	50
Tabla 11. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada inferior.....	51
Tabla 12. Tipos de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años..	52
Tabla 13. Malposiciones dentarias según clasificación de Lisher en pacientes de 18 a 24 años.....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1. Prevalencia de las Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco.....	41
Gráfico 2. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo.....	42
Gráfico 3. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según pérdida dentaria.....	43
Gráfico 4. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según biotipo facial.....	44
Gráfico 5. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según perfil facial.....	45
Gráfico 6. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar izquierda.....	46
Gráfico 7. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar derecha.....	47
Gráfico 8. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina izquierda.....	48
Gráfico 9. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina derecha.....	49
Gráfico 10. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada superior.....	50
Gráfico 11. Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada inferior.....	51
Gráfico 12. Tipos de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años.....	52
Gráfico 13. Malposiciones dentarias según clasificación de Lisher en pacientes de 18 a 24 años.....	53

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

OJ: Overjet

OB: Overbite

INTRODUCCIÓN

La malposición dentaria consiste en una desviación de la correcta oclusión. Una de las funciones más importantes de la boca es la masticación, para lo cual es importante que exista un adecuado contacto y alineamiento de los dientes.

La maloclusión es una manifestación de la variabilidad biológica normal. Este es un continuo que va desde una oclusión ideal hasta una desviación considerable de lo normal. Los estudios sobre la incidencia de la maloclusión en poblaciones particulares datan de principios del siglo XX.

Diferentes grupos étnicos han sido investigados; incluyendo, amerindios^{1,2}, caucásicos^{3,4}, negros no hispanos^{5,6}, blancos no hispanos⁷, e italianos⁸. El análisis de la prevalencia de rasgos oclusales en poblaciones humanas aisladas puede proporcionar información valiosa sobre la etiología de las maloclusiones y otros rasgos complejos⁹. Las incidencias reportadas varían de 30 a 93 por ciento, dejando en claro que la mayoría de las personas tienen dientes irregulares. Esta divergencia en las cifras de prevalencia puede depender de las diferencias para grupos étnicos específicos, pero también en un amplio rango en número, así como en la edad, entre los sujetos examinados. Sin embargo, las diferencias en los métodos de registro, es decir, los criterios para los elementos registrados, son probablemente los factores más importantes que explican estas diferencias¹⁰.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción del problema

La malposición dentaria conlleva a que las piezas dentarias superior e inferior no articulen, encajen o engranen. Como consecuencia de este defecto en el engranaje de las dos áreas dentales, la masticación se dificulta, ya que los dientes tienen una forma especial para que articulen de una determinada manera, además pueden aparecer un conjunto de complicaciones secundarias.

La maloclusión se puede definir como una irregularidad de los dientes o la relación incorrecta de ambos arcos más allá del rango de lo que se acepta como normal. La maloclusión es uno de los problemas orales más comunes, junto con la caries dental, la enfermedad gingival y la fluorosis¹¹.

Según la Organización Mundial de la Salud, los principales problemas dentales deben ser sometidos a encuestas epidemiológicas periódicas. El conocimiento de la situación epidemiológica de una población es vital para planificar y proporcionar servicios de prevención y tratamiento¹².

Es importante, determinar si existe malposición dentaria, ya que esta condición favorece la acumulación de placa bacteriana, difícil de retirar o limpiar, otro problema que se genera es la consecuencia estética y psicológica derivada de la malposición y de las deformidades en la sonrisa y en la cara en general, con influencia en las relaciones sociales y en el carácter.

Las razones para desarrollar una maloclusión podrían ser genéticas o ambientales, y / o una combinación de ambos factores, junto con diversos factores locales, como hábitos orales adversos, anomalías dentales y la forma y la posición de desarrollo de los dientes, pueden causar maloclusión.

La prevalencia de la maloclusión varía de país a país y entre diferentes grupos de edad y sexo¹³.

A nivel mundial, los estudios epidemiológicos sobre maloclusión muestran la prevalencia varía entre 39% y 93%¹⁰.

La alta prevalencia de maloclusión implica que se requieren esfuerzos de salud pública ya que tales condiciones afectan negativamente la calidad de vida del individuo, particularmente en el caso de niños y adolescentes, que son sensibles a su apariencia¹⁴.

La prevalencia de la maloclusión varía entre diferentes poblaciones, etnias y grupos de edad¹⁰. También se han observado variaciones dentro de la misma población, especialmente en lo que respecta al hacinamiento y la relación del arco dental sagital¹⁵.

Sin embargo, la aplicación de registro diferente los métodos de diferentes investigadores podrían influir en el resultado de tales evaluaciones, incluso cuando se hayan examinado los mismos grupos.

1.2 Formulación del problema

Problema General

¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017?

Problemas Específicos

Pe1

¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según el biotipo y perfil facial?

Pe2.

¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo?

Pe3.

¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según tipo de oclusión dentaria?

Pe4.

¿Cuál es la prevalencia de versión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María?

Pe5.

¿Cuál es la prevalencia de egresión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María?

1.3 Justificación de la investigación

Teórica:

Esta investigación será de mucha utilidad para contar con los conocimientos necesarios para poder ver la problemática de la población adulto joven ante las prevalencia de malposiciones.

La realización de este estudio es relevante ya que el mismo constituye una actualización y contextualización sobre el tema.

Práctica:

Los resultados favorecerán a la docencia y a la práctica odontológica, es importante el diagnóstico clínico para establecer medidas preventivas y de este modo evitar los problemas que estas anomalías puedan causar, como favorecer la aparición de lesiones cariosas, enfermedad periodontal, problemas en la longitud del arco dentario y en la oclusión, lo que puede influir en el plan de tratamiento.

1.4. Objetivo General

Estimar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017.

1.5. Objetivo Específicos

Oe1

Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según el biotipo facial.

Oe2.

Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo y edad.

Oe3.

Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según tipo de oclusión dentaria.

Oe4.

Determinar la prevalencia de versión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María.

Oe5.

Determinar la prevalencia de egresión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María.

1.6. Viabilidad de la investigación

Técnico

Se cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

Operativo

Se cuenta con materiales que involucra el estudio, para la operación del proyecto.

Económico

La presente investigación es viable, ya que se cuenta con los recursos humanos, económicos para ser llevada a cabo la ejecución de la investigación y el estudio será financiado en su totalidad por el investigador.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales:

De la Maza Z. Ecuador (2014). Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes con malas posiciones dentarias comprendidos entre 14 a 30 años; que acuden a la clínica de ortodoncia de la facultad de odontología de la universidad central del ecuador, durante el periodo de marzo-2014 a julio-2014. Cuyo **Objetivo** fue Investigar la autoestima y las principales patologías orales que se da en maloclusiones en las personas que se presentaron a la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador. **Metodología** el estudio se dio en pacientes que acudieron a la clínica de ortodoncia en las edades comprendidos entre los 14 a 50 años de edad, para lo cual la herramienta de trabajo fue la entrevista directa con el paciente mediante el uso de la encuesta, este proceso fue realizado a personas que colaboraron con dicha información para fines educativos. Se obtuvo una muestra de 100 pacientes los cuales llenaron su test de 20 preguntas con respuestas de sí o no. **Resultados** Del total de la población encuestada el 59% responde que NO se siente bien con aspecto físico-odontológico siendo la mayoría hombres entre 18 a 24 años de edad, y el 41% responde que SI se siente bien con su aspecto físico-odontológico siendo la mayoría mujeres entre 19 a 24 años de edad. El 62% de los pacientes encuestados responde que NO tiene problemas al comer y masticar siendo su mayoría mujeres entre 19 a 24 años de edad, y el 38% restante SI tiene problemas al comer y masticar siendo su mayoría mujeres entre 14 a 24 años de edad. **Conclusiones** En la investigación se recalcó las causas que producen la alteración de la mala posición dentaria y de la misma manera las patologías comunes que se producen en la boca como consecuencia de alteraciones dentales. Se verifico que la mala posición dentaria influye directamente en la autoestima del paciente que en un mundo moderno en donde el aspecto físico ejerce gran demanda. Con esto se llegó a la conclusión que el manejo odontológico debe ser multidisciplinario e ir de la mano lo clínico como lo psicológico mejorando la aceptación del paciente¹⁶.

Bugaighisy I. Karanth D. India 2013. La prevalencia de la maloclusión en escolares libios urbanos. El **Objetivo** de este estudio fue explorar la prevalencia de la maloclusión y su distribución entre escolares de 12-17 años de edad que viven en zonas urbanas de Libia. **Materiales y Metodos:** Se examinaron un total de 900 sujetos, de los cuales 343 cumplieron los criterios de inclusión; 169 hombres y 174 mujeres. Se registró la relación molar, Overjet (OJ), sobremordida (OB), desviación de la línea media, mordida cruzada y amontonamiento / espaciamiento. El dimorfismo sexual se exploró usando estadísticas descriptivas y las pruebas de Chi-cuadrado. **Resultados:** La prevalencia de la maloclusión fue del 95,6%. Las maloclusiones Clase I, Clase II división 1, Clase II división 2 y Clase III comprendieron 66.5%, 21.9%, 3.5% y 3.7% respectivamente de la muestra total. Se registró el porcentaje de DO del 51% (cero-3.5 mm), 48.4% (> 3.5 mm), 0.6% (\leq -3.5 mm a > cero), sin diferencias de sexo significativas ($P = 0.225$). Se observó una sobremordida normal, aumento y mordida abierta en 39.9%, 55.1% y 2.3% del grupo respectivamente sin dimorfismo sexual ($P = 0.970$). La mordida cruzada estuvo presente en el 13.1% del grupo, sin una diferencia de sexo significativa ($P = 0.469$). El apiñamiento en los arcos maxilar y mandibular se observó en 13,9% y 12,2%, respectivamente. El espaciamiento se produjo en el 9,4% y el 7,9% de los arcos maxilar y mandibular examinados, respectivamente, sin una diferencia de sexo significativa con respecto a la presencia de espacio / apiñamiento en el arco maxilar ($P > 0,05$). Los hombres, sin embargo, tuvieron significativamente más espaciamiento y menos amontonamiento en el arco mandibular ($P < 0.05$). **CONCLUSIONES:** La prevalencia de maloclusión en escolares libios se encuentra entre las más altas reportadas en la literatura. El hacinamiento es una de las manifestaciones menos reportadas de maloclusión¹⁷.

Cornejo E. Ecuador (2010). Anomalías de malposición dentaria que comprometen la estética de las alumnas del Centro Artesanal del Cantón Portoviejo período Octubre 2009 – Febrero 2010. **Objetivos:** Establecer la relación existente entre las anomalías de malposiciones dentarias y la estética, en las estudiantes del Centro Artesanal “María Auxiliadora” del cantón Portoviejo.

Metodología: El tipo de investigación de esta investigación exploratorio, descriptivo, analítico, sintético y propositivo, la técnica fue encuesta y observación. **Resultados:** De las 78 estudiantes encuestadas hay un 56% (44) que No se han realizado ninguna extracción de sus dientes permanentes, siguiendo con un 21% (16), refirieron que si se han hecho dos extracciones mientras que un 15% (12) solo han tenido una extracción y con un porcentaje menor de 8%(6), demostró que se han sacado más de tres dientes permanentes. El 59% (46) de las alumnas consideran que sus dientes si se encuentran en malposición, y el 41% (32) de las alumnas restantes señalaron que sus dientes No presentan problemas de malposición. **CONCLUSIONES** Las alteraciones bucales de mal posición dentaria, prevalecen en alto índice en las estudiantes del Centro Artesanal “María Auxiliadora”, evidenciando un alto grado de desconocimiento sobre el problema que les afecta, y el cual incide directamente en su salud oral¹⁸.

Borzabadi-Farahani A, Borzabadi-Farahani A, Eslamipour F . Reino Unido. 2009. Maloclusión y rasgos oclusales en una población iraní urbana. Un estudio epidemiológico de niños de 11 a 14 años. El **Objetivo:** De este estudio transversal fue determinar la prevalencia de maloclusiones, rasgos oclusales y su distribución de género en escolares urbanos iraníes. **Metodología:** Se examinaron quinientos y dos sujetos (253 mujeres y 249 varones, de entre 11 y 14 años). Se registró la relación molar, Overjet (OJ), Sobremordida, desviación de la línea media, mordida cruzada y amontonamiento / espaciamiento. El dimorfismo de género se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** De acuerdo con la clasificación de Angle, la prevalencia de las maloclusiones Clase I, Clase II división 1, Clase II división 2 y Clase III fue de 41.8, 24.1, 3.4 y 7.8 por ciento, respectivamente. La relación molar simétrica estuvo presente en 69.5 por ciento. Un DO de al menos 3,5 mm o más estaba presente en el 28,1 por ciento; un DO de más de 6 mm en un 3,6 por ciento y un 4,2 por ciento en OJ inverso. Se observó una sobremordida normal en 60. 4 por ciento, mientras que el 34.5 por ciento tuvo un aumento y 2.2 por ciento una sobremordida vertical muy profunda. Se observó una mordida

abierta anterior (AOB) en el 1.6 por ciento y una mordida en tijera o mordida cruzada anterior en el 2 y el 8.4 por ciento, respectivamente. Se observó una mordida cruzada posterior en el 12,4% (8,4% unilateral, 2% bilateral y 2% en asociación con una mordida cruzada anterior). La desviación de la línea media estuvo presente en el 23,7 por ciento. Se observó un apiñamiento severo ($> o = 5.1$ mm) en 16.7 y 10.8 por ciento y espaciamiento en 18.9 y 20.7 por ciento de los arcos maxilar y mandibular, respectivamente. Se encontraron diferencias de género significativas para la sobremordida ($P < 0.001$), la desviación de la línea media ($P < 0.05$) y el espaciamiento / espaciamiento del arco maxilar y mandibular ($P < 0.05$). **Conclusiones** La prevalencia de maloclusiones de clase II fue comparable con los caucásicos; sin embargo, las formas más graves de maloclusiones de clase II fueron raras en esta población iraní. La prevalencia relativa de las maloclusiones de clase III en el presente estudio fue mayor que en los caucásicos. El hacinamiento fue la anomalía dental más común en ambos arcos¹⁹.

Gelgör IE, Karaman AI, Ercan E. Turquía 2008. Prevalencia de maloclusión entre adolescentes en Anatolia central. Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de maloclusión en una población de adolescentes de Anatolia Central en relación con el sexo. **Método:** La muestra estuvo compuesta por 2329 adolescentes (1125 niños y 1204 niñas), con edades comprendidas entre 12 y 17 años (edad media: 14,6 años). Las relaciones oclusales anteroposteriores se evaluaron usando la clasificación Angle. Otras variables examinadas fueron Overjet, sobremordida, amontonamiento, diastema de línea media, mordida cruzada posterior y mordida de tijera. **Resultados:** Los resultados mostraron que aproximadamente 10.1% de los sujetos tenían oclusiones normales, 34.9% de los sujetos tenían maloclusiones de Clase I, 40.0% tenían maloclusiones de Clase II División 1, 4.7% tenían maloclusiones de Clase II División 2 y 10.3% tenían maloclusiones de Clase III. Más del 53.5% tenían sobremordidas normales, y el 18.3%, 14.4%, 5.6% y 8.2% tenían valores aumentados, reducidos, de borde a borde o mordida abierta anterior, respectivamente. La relación de Overjet fue normal en 58.9%, aumentó en 25.1%,

se revirtió en 10.4% y de borde a borde en 5.6%. Mordida cruzada posterior registrada en 9.5% y mordida en tijera en 0.3%. El hacinamiento anterior estuvo presente en el 65.2% de la muestra y la diastema en la línea media en 7.0%. No se observaron diferencias de género claras, a excepción de la sobremordida normal (más frecuente en las niñas, $P < .001$) y el aumento de la mordida (más frecuente en los niños, $P < .05$). **Conclusiones:** La maloclusión Clase II División 1 es el patrón oclusal más prevalente entre los adolescentes de Anatolia Central y los altos valores (25.1% y 18.3%) de aumento de sobremordida y sobremordida fueron un reflejo de la alta prevalencia de maloclusión Clase II²⁰

Grando G, Joven AA, Vedovello Filho M, Vedovello SA, Ramirez-Yañez GO. Brasil 2008. Prevalencia de maloclusiones en una población brasileña joven. El **Objetivo:** de este estudio fue determinar la prevalencia de maloclusiones en una población brasileña joven. La muestra incluyó a 926 niños, de 8 a 12 años de edad, que asistieron a 5 escuelas públicas en el estado de Goias, Brasil. El tipo de oclusión se determinó visualmente durante el examen oral y el análisis estadístico, prueba de Chi-cuadrado, se realizó para correlacionar la prevalencia de maloclusión con género y con la edad. 819 pacientes de los 926 pacientes tenían algún tipo de maloclusión. De ellos, 513 pacientes tenían una maloclusión clase I, 201 pacientes fueron clasificados como maloclusión clase II y 105 pacientes eran maloclusión clase III. Verticalmente, 62 pacientes mostraron una mordida profunda y 61 pacientes tuvieron una mordida abierta. Transversalmente, 40 pacientes presentaron una mordida cruzada posterior bilateral, 54 pacientes tenían una mordida cruzada posterior en el lado izquierdo, y 39 pacientes tenían una mordida cruzada posterior en el lado derecho. No se encontró una correlación significativa entre el género y las maloclusiones y el número de pacientes con maloclusiones entre niños y niñas fue similar. Considerando los tres planos espaciales, existe una alta prevalencia de maloclusiones entre la población joven brasileña. Por lo tanto, la comunidad dental debe mejorar las políticas de salud y tratar las maloclusiones antes. Considerando los tres planos espaciales, existe una alta prevalencia de

maloclusiones entre la población joven brasileña. Por lo tanto, la comunidad dental debe mejorar las políticas de salud y tratar las maloclusiones antes. Considerando los tres planos espaciales, existe una alta prevalencia de maloclusiones entre la población joven brasileña. Por lo tanto, la comunidad dental debe mejorar las políticas de salud y tratar las maloclusiones antes²¹.

Nacional

Gómez F. Chachapoyas Perú (2017). Prevalencia de apiñamiento dentario en estudiantes, Institución Educativa Emblemática Secundaria “Blas Valera Pérez” Lamud, Amazonas – 2017. Objetivo: Estimar la prevalencia de apiñamiento dentario en estudiantes de la Institución Educativa Emblemática Secundaria. **Metodología:** La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo de prevalencia; de tipo: observacional, prospectivo, transversal y de método científico hipotético – deductivo. La muestra de estudio estuvo constituida por 46 estudiantes, Para recolectar los datos se utilizó la ficha de registro de apiñamientos dentales. Para el análisis de los resultados se utilizó la estadística de frecuencias simple y la tasa de prevalencia con un 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error. **Resultados:** La tasa de prevalencia general de apiñamiento en el maxilar superior fue de 393.16 x 1000 de los estudiantes, 188.03 x 1000 fue leve, 170.94 x 1000 moderado y 34.16 x 1000 severo. En cambio, en el maxilar superior se obtuvo una prevalencia general de apiñamiento de 393,16 x 1000 en los estudiantes, de los cuales 222.22 x 1000 fue leve, 153.85 x 1000 moderado y 17.09 x 1000 fue severo. **Conclusiones:** Por último, la prevalencia general del apiñamiento en ambas arcadas en los estudiantes fue de 393.16 x 1000, 35.61 x 1000 leve, 68.67 x 1000 moderado y 12.72 x 1000 severo²².

Zeballos B. Arequipa Perú (2016). Prevalencia de malposiciones dentarias en el sector anterior en saxofonistas del conservatorio regional de música Luis Duncker Lavalle. Arequipa, 2016. Objetivos: Determinar la prevalencia de malposiciones

dentarias en el sector anterior en saxofonistas del Conservatorio Regional de Música Luis Duncker Lavalle. **Metodología:** Se tomaron como unidades de estudio a los saxofonistas del Conservatorio Regional de Música Luis Duncker Lavalle, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, en número de 22, cada uno de ellos aportó el sector dentario anterior superior e inferior, con 12 unidades de análisis cada uno, dando un total de 264 unidades de análisis en total. La técnica que se utilizó fue la observación de los modelos de estudio, la información recolectada se realizó a través de la ficha de observación de modelos. Debido a que la investigación que se realizó de nivel descriptivo, sólo se requirió para el análisis de los datos, la estadística descriptiva a través de frecuencias absolutas y relativas. **RESULTADOS** La prevalencia de versión dentaria fue de 45.45%, correspondiendo un 28.78% a vestibuloversión, 9.09% a linguoversión, a mesio y disto versión con igual porcentaje 3.79%; de rotación dentaria fue de 12.8%. **CONCLUSIONES** En general la prevalencia de malposiciones dentarias fue de 58.34% en saxofonistas del Conservatorio Regional de Música Luis Duncker Lavalle²³.

Atencio M. Puno Perú (2015). Factores intrínsecos asociados a la maloclusión dentaria en estudiantes de 12 a 16 años de edad en la institución educativa secundaria comercial n° 45. **Objetivos:** Determinar los factores intrínsecos asociados a la maloclusión dentaria, y como hipótesis se planteó: Los factores intrínsecos están directamente asociados con la maloclusión dentaria. **Metodología:** La investigación siguió un diseño correlacional con una muestra de 305 estudiantes de la edad de 12 a 16 años de una población de 1 563. Con los **Resultados:** Mencionados se llega a la siguiente conclusión principal: Según los resultados de la prueba de hipótesis general donde observamos un valor de la, F calculada =24.354 mayor al valor de la F tablas = 2.21, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna de donde concluimos que, Los factores intrínsecos están directamente asociados con la maloclusión dentaria en estudiantes de 12 a 16 años de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 Puno, 2015. A un nivel de significancia del 5% o 0.05. **CONCLUSIONES** Los factores intrínsecos están directamente asociados con la maloclusión dentaria en

estudiantes de 12 a 16 años de la Institución Educativa Secundaria Comercial N° 45 Puno, 2015, con lo que se confirma la hipótesis planteada²⁴.

Regional

No se encontró estudios similares a la investigación

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. MALPOSICIONES DENTARIA

2.2.1.1. Definición

Se refiere a las desviaciones de los dientes con respecto a la posición normal que deben ocupar en el arco dentario en sentido mesial, distal, vestibular y lingual también hacia el espesor del maxilar y hacia fuera de este. Cuando un diente no ocupa el lugar que le corresponde se dice que ha habido una gresión. Según la dirección que se ha desviado el diente de su posición normal puede haber vestibulogresión, linguogresión, mesogresión, distogresión.

Una mal posición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La mal posición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de mal oclusión dentaria. En 1889 Guilford definió a la “mal posición” como cualquier desviación de la “oclusión ideal”. Este fue solo el principio de una serie de definiciones, estudios, análisis, y debates, que condujeron a una amplia gama de clasificaciones de lo que es una norma y una mal oclusión²⁵.

Las malposiciones dentarias individuales. Estas son malposiciones de los dientes individuales respecto a los dientes adyacentes dentro del mismo arco dentario²⁶.

2.2.1.2. Clasificación de las malposiciones dentarias

En 1911, Lisher sugiere una manera de clasificar el malposicionamiento dental de forma individualizada, es decir, el autor hace uso de un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío.

Mesioversión. El diente está mesializado en relación a su posición normal. Movimiento de la corona hacia mesial

Distoversión. Distalización del diente con relación a su posición normal. Movimiento de la corona hacia distal

Vestibuloversión o Labioversión. (Sector lateral y anterior) El diente presenta su corona vestibulizada en relación a su posición normal. Movimiento de la corona hacia la zona vestibular.

Linguoversión. (Dientes inferiores) La corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal. Movimiento de la corona hacia la lengua

Palatoversión (Dientes superiores) Movimiento de la corona hacia el paladar

Infraversión. El diente presenta su cara oclusal o borde incisal sin alcanzar el plano oclusal.

Supraversión. El diente está con la cara oclusal o borde incisal por encima del plano oclusal.

Giroversión. Indica una rotación del diente sobre su eje longitudinal.

Transversión. El diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.

Perversión. Indica la impactación del diente en general, por falta de espacio en el arco^{28,29,30}.

La giroversión dental se refiere a la rotación inadecuada de un diente en su propio eje al producirse este fenómeno se pierde el

espacio necesario para que se obtenga una oclusión normal y simétrica. Esta condición se manifiesta por traumas, erupción retrasada o tardía, falla de espacio. Sin embargo Rocha et al señala que las giroversiones son más prevalentes en personas con síndrome de Down, puesto a que el resultado de su estudio en personas con esta condición, determinó que las giroversiones tiene prevalencia de un 66,67% conllevando a la pérdida de dimensión del arco unilateral o bilateral³¹.

2.2.1.3. Etiología de las malposiciones dentarias

Para Moyers las causas y entidades clínicas son clasificadas de la siguiente manera.

1. HERENCIA.- Según Moyers, el papel de la herencia en el crecimiento craneofacial y en la etiología de las deformidades dentofaciales ha sido tema de muchos estudios pero se conocen pocos detalles específicos. La herencia ha jugado un papel muy importante en la etiología de las anomalías dentofaciales, como por ejemplo tamaño y forma del maxilar y la mandíbula, tamaño y forma de los dientes³².
2. Defectos de desarrollo de origen desconocido. Sin embargo Moyers menciona que fueron originados en una falla de diferenciación en un periodo crítico en el desarrollo embriológico, con ejemplos que han sido ausencias congénitas de algunos músculos, micrognasia, hendiduras faciales y ciertos casos de oligodoncia y anodoncia³².
3. TRAUMA.-De la misma manera para Moyers, el trauma al feto se ha dado en los periodos prenatales como posnatales:
 - a) Trauma prenatal y daños de nacimientos
 - b) Causas maternas: alimentación defectuosa, enfermedades graves durante el embarazo, traumatismo.
 - c) Causas embrionarias: posición defectuosa del útero con presión localizada y desplazamiento tisular, heridas durante el

desarrollo, labio leporino y fisura palatina, traumatismo durante el nacimiento. Asimetría, una rodilla o una pierna ha podido presionar la cara, de tal manera lo que ha provocado una asimetría del crecimiento facial, o ha producido retardo del desarrollo mandibular³².

d) Trauma posnatal Los hábitos han producido “microtrauma” que opera durante un periodo prolongado. El trauma a la articulación temporomandibular ha sido mencionado como perturbador del crecimiento y la función que lleva a la asimetría y a la disfunción temporomandibular³².

4. **Agentes físicos.-** Extracción prematura de dientes primarios, pérdida de dientes permanentes, dientes ausentes o supernumerarios, frenillo labial, restauraciones dentales incorrectas traumatismos dentarios. Naturaleza del alimento³². La gente que se mantiene con una dieta fibrosa y primitiva, estimula el trabajo de sus músculos y aumentar así el peso de la función sobre los dientes. Este tipo de dieta suele producir menos caries²⁷.
5. Hábitos. Sin embargo Moyers, menciona que ciertos hábitos sirvieron como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo la acción normal del labio y la masticación, los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que han podido estar implicados en la etiología de la maloclusión, en donde los patrones habituales deletéreos de conducta muscular; a menudo estuvieron asociados con el crecimiento óseo pervertido o impedido, mal posiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, dificultades en la dicción, equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos³². Las alteraciones a

nivel de del desarrollo maxilar y dental pueden verse influenciadas por malos hábitos bucales repetitivos¹².

a) Succión del pulgar y otros dedos Según Moyers, la succión digital ha sido practicada desde el origen de la humanidad por una variedad de razones, los hábitos de succión digital han comenzado desde muy temprana edad pero han sido corregidos a la edad de 3 o 4 años³². La persistencia de la deformación de la oclusión aumenta marcadamente en los niños que continúan con este hábito después de los tres y medio años de edad²⁷ también fue cierto que la presión que ejerce el hábito de la succión digital puede ser la causa directa de la maloclusion grave. Sin embargo para²⁷, el cual menciono que esto no es totalmente debido al chupeteo lo que produce la maloclusion sino interviene la musculatura peribucal y como condiciones de esto está la frecuencia y la intensidad del hábito de chupeteo. Los hábitos de succión digital han aparecido durante las primeras semanas de vida, están típicamente relacionados con problemas de lactancia². anuncio que algunos niños han usado el hábito de succión digital para liberación de tensiones emocionales que no han podido superar, gozando regresar a un patrón de conducta infantil. Todos estos hábitos de succión digital estuvieron relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad, o hacia un deseo de llamar la atención¹¹. Aclaro que se debe recordar que el tipo de maloclusión que puede desarrollarse en el chupador de pulgar depende de una cantidad de variables, la posición del dedo, contracciones musculares orofaciales asociadas, la posición de la mandíbula durante la succión, la morfología esquelética

facial, duración de la succión. Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal han producido, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco posterior, por lo tanto, pudieron encontrarse que los chupadores de pulgar tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta²⁷. menciono que el labio superior se hace hipotónico y el labio inferior se forma hiperactivo, ya que por acción muscular debe ser elevado a una posición entre los incisivos en mal posición durante la deglución, las maloclusiones funcionales se deben tratar tan pronto como se descubran con el fin de crear un medio adecuado para el desarrollo de la dentición²⁷.

- b) Empuje lingual.- Según Moyers, las degluciones con empuje lingual que pudieron ser etiológicas de maloclusion, han sido de dos tipos: (1) la deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos, y (2) la deglución con empuje lingual complejo. El niño normalmente traga con los dientes en oclusión, los labios ligeramente cerrados, y la lengua contra el paladar, detrás de los dientes anteriores. La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución. Moyers aclaro que los empujes linguales complejos están asociados con alteraciones nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o

faringitis de manera similar La mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición más confortable³².

c) Succión del labio y mordedura del labio

Para la succión del labio pudo verse sola o con la succión del pulgar, es así que en casi todos los casos es el labio inferior el complicado, aunque también se ha observado hábitos de mordedura del labio superior. Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces la linguoversión de los incisivos inferiores³².

Postura.- Según las personas con postura corporal defectuosa, frecuentemente han mostrado una posición postural indeseable en la mandíbula³².

Ambas han podido ser expresiones de una salud general pobre, la postura corporal fue la expresión sumada de reflejos musculares y, por lo tanto, habitualmente capaz de cambio y corrección. La postura anormal de la lengua ha sido una causa frecuente de mordida abierta y no debe ser confundida con las varias formas de empuje lingual².

d) Mordedura de uñas manifestó que la mordedura de uñas es frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias. Niños nerviosos mostraron este hábito, y de su desajuste social y psicológico es de

mayor importancia. La onicofagia se ha dado en personas con estrés, ansiedad, nerviosismo, e incluso en personas carentes de autoestima³².

2.2.1.4. Patología bucal del paciente con mal posición dentaria

- a) **Placa dental y sarro.** Según mencionó que la cavidad bucal ha contado con varias superficies para colonización de una amplia gama de microorganismos, los dientes con superficies duras, sin desprendimientos, han permitido el desarrollo de extensos depósitos bacterianos los cuales han sido la causa primaria de caries dental, gingivitis, periodontitis y estomatitis³³. Es por esto que la placa bacteriana se ha considerado como un irritante principal para las afecciones gingivales causando alteraciones y dañando los tejidos de sostén del diente. Según Loe & Theilade; enfatizó que la eliminación de la placa condujo a la desaparición de los signos clínicos de esta inflamación³⁵.

De igual manera Lindhe, aludió que los odontólogos y pacientes debieron conocer que la eliminación de la placa bacteriana de forma mecánica de las superficies no descamantes constituyen el medio primario de prevención de la enfermedad. La placa dental se ha presentada supragingivalmente, es decir, en la corona clínica del diente, y también debajo del margen gingival, es decir, en el área subgingival de la hendidura o bolsa³³.

- b) **Gingivitis.**- Para Regezi & Sciubba, afirmó que la gingivitis fue el suceso inicial de una complicación periodontal que se ha desarrollado como respuesta del huésped al irritante que provocó cambios de color, forma y tono de la encía donde la hemorragia surcal fue en particular importante³⁴. De acuerdo a lo descrito en el párrafo anterior Ruiz & Herrera, clasificó a la enfermedad de la gingivitis en: leve, cuando se encontró inflamación gingival en la encía libre que no

circunda al diente. Gingivitis moderada cuando la inflamación ha rodeado al diente pero no presentó ruptura evidente de la adhesión epitelial. Gingivitis con bolsa al proceso que mostró ruptura de la adherencia epitelial pero sin haber interferido con la función masticatoria y el diente se encontró firme en su alveolo no migrado y Periodontitis avanzada al proceso que mostró dientes móviles o migrados, con sonido “apagado” a la percusión, o que se dejaron deprimir mediante presión digital³⁶.

- c) **Periodontitis**.- Según Harris & García-Godoy, anunciaron que la periodontitis se inicia cuando se ha lesionado la adherencia epitelial, si se permitió su progreso este ha originado una lesión irreversible de uno o más de lo siguiente: encía marginal, hueso alveolar, ligamento periodontal y cemento³⁷. Según Lindhe, comprobó que las reacciones inflamatorias e inmunitarias frente a la placa microbiana han constituido los rasgos predominantes de la gingivitis y la periodontitis³³.

La reacción inflamatoria fue visible microscópicamente y clínicamente en el periodonto afectado y ha representado la respuesta del huésped a la microflora de la placa y sus productos. La enfermedad periodontal ha tenido una estrecha relación con la edad, muchos niños no han padecido gingivitis a pesar de la presencia de placa dental. Durante la pubertad, hubo una susceptibilidad general a la gingivitis. Sin embargo afirmaron que la acumulación de placa dentobacteriana en el borde libre de la encía llevo al desarrollo de la lesión inicial de la enfermedad periodontal, que se caracterizó por cambios inflamatorios agudos dentro de la encía, cabe recalcar que las personas han respondido de manera diferente a la acumulación de placa³⁴.

Según, comprobó que la periodontitis aguda o absceso periodontal lateral se desarrolló como una complicación de bolsas gingivales o periodontales mientras que la periodontitis crónica ha sido un

padecimientos que se da en adultos, de progresión lenta, que ha destruido estructuras de soporte de los dientes en donde el efecto neto de la periodontitis sin tratamiento fue la destrucción gradual del periodonto al cabo de un periodo con la pérdida de piezas dentarias³⁴.

- d) **Recesión Gingival.**- Según Lindhe, Aportó que en dientes aislados o en varios dientes se ha producido recesión gingival con exposición del cemento en las caras labiales de los dientes. Muchos fueron los factores que han sido implicados en la etiología, incluidos placa, posición del diente en la arcada, cepillado dental defectuoso, oclusión traumática, frenillo o inserciones musculares altos y fallos en la dimensión de la presión de la encía y del labio³³.

Mientras que Loe & Theilade, manifestó que ha sido muy complicado evidenciar una sola causa que produzca esta patología a nivel de encía ya que se pudo dar por dos etiologías importantes: relacionado a la fisiología bucal y enfermedad periodontal y la segunda que es por factores mecánicos¹⁴.

En su estudio Lindhe, dio a conocer que la posición en que un diente erupcionó a través del hueso alveolar tuvo una influencia profunda en la cantidad de encía que se estableció alrededor del diente³³.

Cuando un diente a erupcionado cerca de la línea mucogingival, conjuntamente se pudo observar una franja mínima o ausencia total de encía por la cara labial y pudo producirse recesiones gingivales localizadas en pacientes jóvenes. Según Lindhe¹³, continuó diciendo que si un diente se encontraba hacia la cara vestibular dentro de la apófisis alveolar pudo mostrar una dehiscencia ósea con un fino recubrimiento de tejido blando por lo tanto al movimiento dentario y a la masticación con malas distribuciones de fuerzas las dimensiones gingivales labiales aumentaron produciendo así recesión.

- e) **Caries Dental.**- “Tan antigua como el ser humano, la caries es una de las enfermedades cuyos índices la ubican entre las de más alta frecuencia; al punto de haberse constituido en el más grave y

constante problema para los programas de salud oral en el mundo”. Henostroza¹⁵, Según Regezi & Sciubba, señalo que la caries dental ha sido uno de los padecimientos más frecuentes en los seres humanos. El padecimiento se manifiesto como la degradación focal de los tejidos duros del diente. Las lesiones cariosas fueron el resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo acido de aquellas bacterias capaces de fermentar a carbohidratos, en especial azucares³⁴.

Cabe recordar que Higashida, cito que la caries dental ha sido una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, constituyo una de las causas principales de perdida dental, y además pudo predisponer a otras enfermedades. La pérdida de los dientes ha podido alterar la fonación, la sonrisa, la morfología de la cara, incluso ha provocado enfermedades sistémicas como la endocarditis bacteriana subaguda³⁶.

Según Regezi & Sciubba, concluyo que la frecuencia actual de la caries ha sido la más alta en las personas que viven en países industrializados que en las que habitan países subdesarrollados esto se ha dado debido a que incremento de manera drástica cuando su dieta y patrones de vida fueron sustituidos con alimentos e influencias culturales de sociedades industrializadas por lo tanto la caries dental se relacionó de manera evidente con la civilización y mas no con la evolución³⁴.

El índice de caries en una población ha relacionado con la conversión de la dieta, de alimentos crudos y sin refinar a los muy procesados, endulzados, blandos y adherentes. Hay que recordar cuándo Henostroza, indico que la caries dental ha sido una enfermedad infecciosa que ha producido deterioro de los tejidos duros, el cual comenzó en la superficie y avanza en sentido centrípeto³⁷.

2.2.1.5. Consecuencias de la presencia de malas posiciones dentarias

Sarango mencionó que la exclusión de actividades sociales como reuniones, fiestas o comidas familiares, se produjo por falta de piezas o por tener piezas dentarias mal posicionada o mal rehabilitadas.

- ✓ Dificultad para hablar
- ✓ Dificultad para masticar, lo que genera problemas de digestión y nutrición.
- ✓ Alteraciones en la salud bucal por presencia de enfermedades
- ✓ Falta de aseo dental por mala posición dentaria
- ✓ Alteraciones en la actividad afectiva y sexual.
- ✓ Menor calidad de vida: una imagen oral deficiente genera un impacto negativo directo en la calidad de vida de los individuos.
- ✓ Menores oportunidades laborales por falta de buen aspecto³⁸.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Malposición dentaria

Una malposición dentaria es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal. La malposición dentaria conlleva que las piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, encajen o engranen con normalidad, y por tanto es causa de maloclusión³⁹.

Maloclusión dentaria

Se refiere a las desviaciones de los dientes con respecto a la posición normal que deben ocupar en el arco dentario en sentido mesial, distal, vestibular y lingual también hacia el espesor del maxilar y hacia fuera de este. Cuando un diente no ocupa el lugar que le corresponde se dice que ha habido una gresión. Según la dirección que se ha desviado el diente de su posición normal puede haber vestibulogresión, linguogresión, mesogresión, distogresión⁴⁰.

Versión

Movimiento de la corona dental, mientras el ápice permanece fijo, por tanto da lugar a un cambio en la inclinación del eje dentario³⁰.

Gresión

Desplazamiento en bloque o en “masa” del diente; es decir, tanto de la corona como de apéx, pudiendo mantener la inclinación dental original se emplean los mismos prefijos que en el caso de versión y además ingresión y egresión³⁰.

Rotación

Rotación dental axial (giro del diente alrededor de su eje longitudinal del diente) y no axial (giro del diente alrededor de su eje no central del diente)³⁰.

2.4. HIPÓTESIS.

Hipótesis Alternativa (Ha)

La prevalencia de malposiciones dentarias en los pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María es aproximadamente 45%.

Hipótesis Nula (Ho)

La prevalencia de malposiciones dentarias en los pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María no es aproximadamente 45%.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variable de estudio

- Prevalencia de malposiciones dentarias

2.5.2. Variable de caracterización

- Edad
- Sexo
- Biotipo facial
- Perfil facial
- Tipo de oclusión dentaria
- Versión dentaria
- Gresi3n dentaria

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Dimensión	Indicadores	Tipo de variable escala	Valor
Variable de estudio				
Malposiciones dentarias	Versión	<ul style="list-style-type: none"> • Vestibuloversion • Palatoversion • Linguoversión • Mesioversion • Distoversion • Giroversión • Axiversión • Transversión 	Politómica Cualitativo Nominal	1, 2,3,4,5,6,7,8
	Gresión	<ul style="list-style-type: none"> • Ingresión (intrusión) • Egresión (extrusión) 	Dicotómica Cualitativo Nominal	1,2
Variable de Caracterización				
Sexo	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Dicotómica Cualitativo Nominal	1, 2
Edad	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 24 	Politómica Cualitativo Ordinal	1, 2,3,4,5,6,7
Forma de arco	Forma de arco	<ul style="list-style-type: none"> • Redonda • Cuadrada • Arco en V • Hiperbólica • Ovoide • Parabólica 	Politómica Cualitativo Nominal	1, 2,3,4,5,6
Arco dentario	Arco dentario	<ul style="list-style-type: none"> • Superior • Inferior 	Dicotómica Cualitativo Nominal	1,2
Perdida de dientes	Perdida de dientes	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Dicotómica Cualitativo Nominal	1,2
Perfil Facial	Perfil Facial	<ul style="list-style-type: none"> • Recto • Cóncavo • Convexo 	Politómica Cualitativo Nominal	1, 2,3
Biotipo facial	Biotipo facial	<ul style="list-style-type: none"> • Mesofacial • Braquifacial • Dolicofacial 	Politómica Cualitativo Nominal	1, 2,3
Tipo de Oclusión	Tipo de Oclusión	<ul style="list-style-type: none"> • RMI • RMD • RCI • RCD 	Politómica Cualitativo Nominal	1, 2,3,4

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo investigación

3.1.1. Nivel

Descriptivo

3.1.2. Tipo

Según la finalidad del investigador:

Básica o pura.- Según Ander, es la que se realiza con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar el acervo de conocimientos de una determinada teoría⁴¹.

Según intervención del investigador:

Observacional.- No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador⁴².

Según número de mediciones de la variable de estudio:

Transversal.- Una sola medición, responden a determinados problemas sociales y que están presentes en el conjunto de las áreas curriculares⁴²

Según número de variables de interés (analíticas):

Descriptivo.- Porque el estudio propone este tipo de investigación describir de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés⁴³.

Según la planificación de las mediciones de la variable de estudio:

Prospectivo.- El investigador administra sus propias mediciones (datos primarios), la información recolectada posee el control del riesgo de medición⁴².

Método

Inductivo

3.1.3. Diseño



Dónde:

M: Representa una muestra del estudio

O: Representa la información de la muestra

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población de investigación

La población estuvo conformada por todos los pacientes que ingresaron los meses de Junio y Julio, al Hospital de Tingo María el año 2018.

3.2.2. Muestra

Se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia, siendo 100 pacientes de 18 a 25 años que serán atendidos en los meses de Junio y Julio en el Hospital de Tingo María Huánuco 2018, y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes de ambos sexo de 18 a 24 años.
- ✓ Pacientes sin tratamiento ortodontico.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con tratamiento de ortodoncia
- ✓ Pacientes menores de 18 años y mayores de 24 años

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validación de instrumentos

3.3.1. Plan de recolección de datos

- ✓ Permiso a las autoridades del Hospital de Tingo María

- ✓ Previa autorización de la dirección y administración del Hospital, se procederá a identificar a las unidades de estudio pacientes de 18 a 24 años de ambos y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.
- ✓ Se procederá a realizar el examen extra e intrabucal específicamente de las piezas dentarias para identificar las malposiciones dentarias de ambas arcadas dentarias.

3.3.2. Plan de tabulación y análisis

Para el procesamiento se utilizará un ordenador Intel Inside Core i5, se utilizará el programa estadístico Excel y SPSS V 22.0. Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva para la presentación de las variables en la población de estudio y también se utilizará la estadística inferencial para la prueba de hipótesis; por usar variables cuantitativas convertidas a cualitativas se utilizará las pruebas no paramétricas. Los resultados se presentarán en Tablas y Gráficas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

En este capítulo se describen los resultados obtenidos del análisis de los datos del presente estudio. Los datos se representan por medio de Cuadros y Gráficos en columnas, Gráficos circulares, para observar su comportamiento

En el paquete estadístico SPSS versión 23 en el cual se estimó frecuencias, porcentajes descriptivas y luego se desarrollaron las pruebas de inferencias estadísticas en este caso la prueba no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia del 5%.

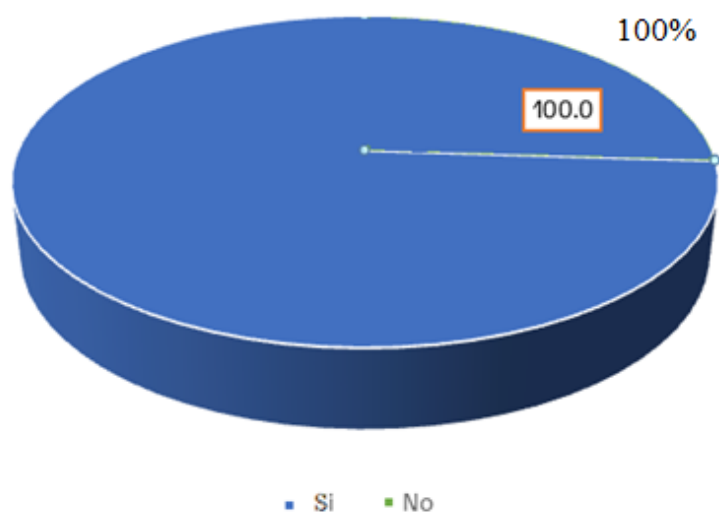
Se realizó un estudio de tipo Descriptivo, Transversal, con el propósito de determinar la prevalencia de Malposiciones Dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017, encontrándose los siguientes resultados:

Tabla 01.- Prevalencia de las Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	100	100,0	100,0
No	0	0	0
Total	100	100	100

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Cuadro 01.- Prevalencia de las Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017



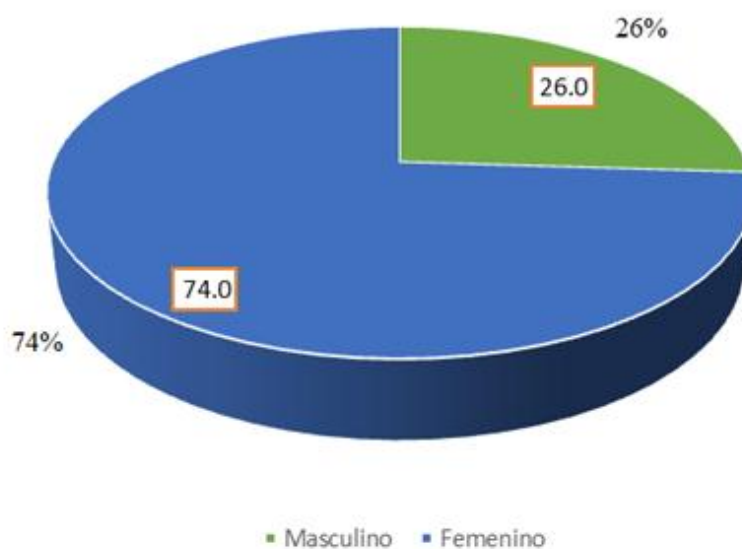
Interpretación: En la tabla y Cuadro 01, se observa la prevalencia de las malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años, obteniéndose los siguientes resultados: el 100% (100) de los pacientes presentaron malposiciones dentarias.

Tabla 02.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	26	26,0	26,0
Femenino	74	74,0	74,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 02.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo



Interpretación:

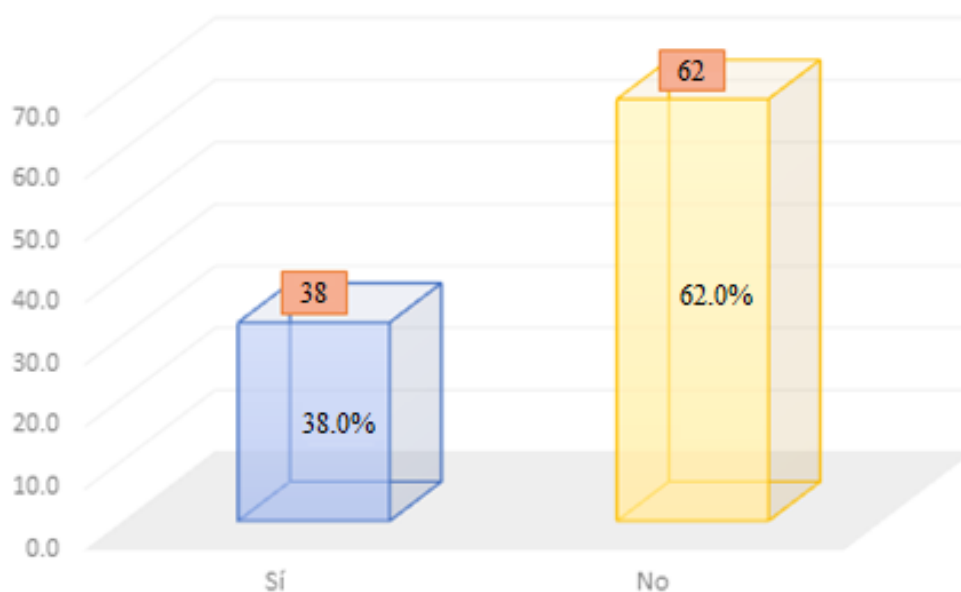
En la Tabla y Gráfico 02, se observa la distribución de los sujetos de estudio según sexo, obteniéndose los siguientes resultados: De un total de 100 (100%), 74 (74,0%) son de sexo femenino y el restante 26,0%, es decir 26 pacientes son de sexo masculino.

Tabla 03.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según pérdida dentaria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sí	38	38,0	38,0
No	62	62,0	62,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo Maria-2018

Gráfico 03.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según pérdida dentaria



Interpretación:

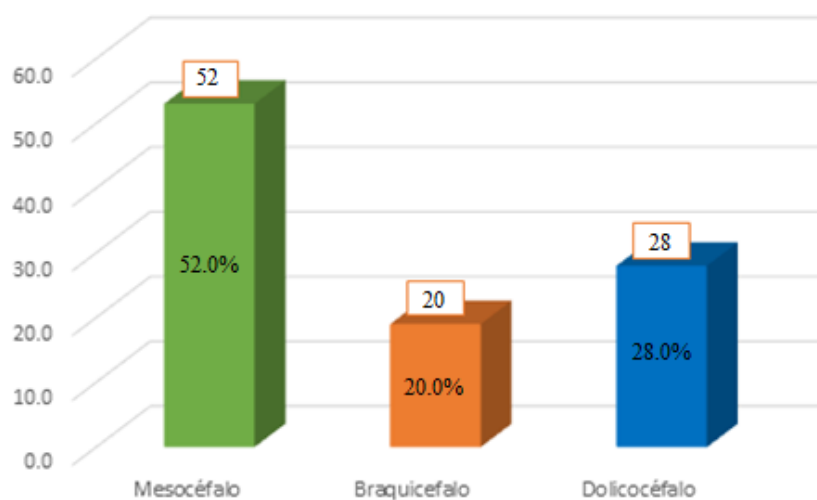
En la Tabla y Gráfico 03, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según pérdida dentaria, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 38 (38,0%) de los pacientes con pérdida dentaria presentaron malposiciones dentarias.

Tabla 04.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según biotipo facial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Mesocéfalo	52	52,0	52,0
Braquicefalo	20	20,0	20,0
Dolicocéfalo	28	28,0	28,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 04.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según biotipo facial



Interpretación:

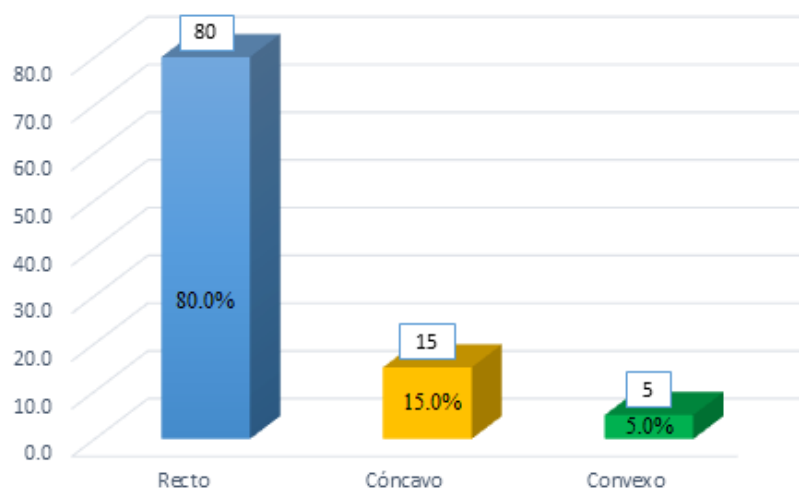
En la Tabla y Gráfico 04, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según biotipo facial, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 53 (53,0%) de los pacientes con biotipo facial mesocéfalo presentaron malposiciones dentarias, seguido de pacientes dolicocéfalo con un 28%.

Tabla 05.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según perfil facial

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Recto	80	80,0	80,0
Cóncavo	15	15,0	15,0
Convexo	5	5,0	5,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 05.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según perfil facial



Interpretación:

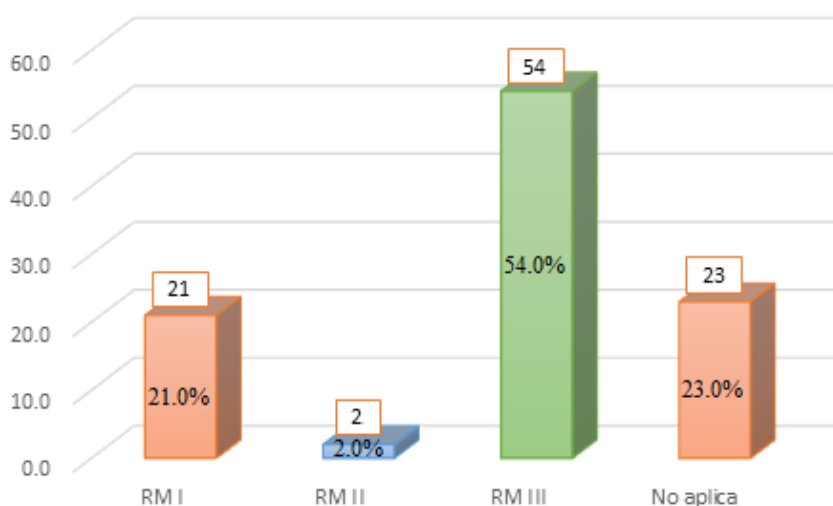
En la Tabla y Gráfico 05, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según perfil facial, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 80 (80,0%) de los pacientes con perfil facial recto presentaron malposiciones dentarias, seguido de pacientes con perfil cóncavo con un 15% y por final el restante con un 5 (5.0%) con perfil convexo.

Tabla 06.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar izquierda

RM	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
I	21	21,0	21,0
II	2	2,0	2,0
III	54	54,0	54,0
No aplica	23	23,0	23,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 06.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar izquierda



Interpretación:

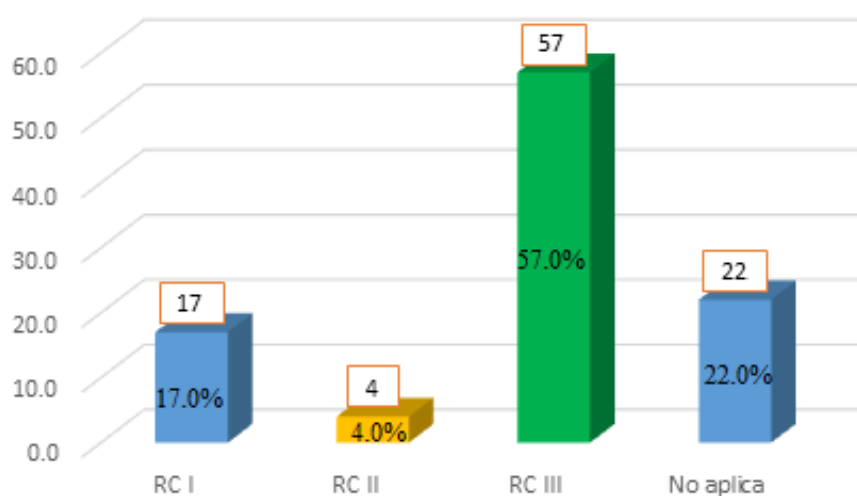
En la Tabla y Gráfico 06, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según relación molar izquierda, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 54 (54,0%) de los pacientes con relación molar III presentaron malposiciones dentarias, seguido de pacientes con relación molar I con un 21%.

Tabla 07.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar derecha

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
RM I	17	17,0	17,0
RM II	4	4,0	4,0
RM III	57	57,0	57,0
No aplica	22	22,0	22,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 07.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación molar derecha



Interpretación:

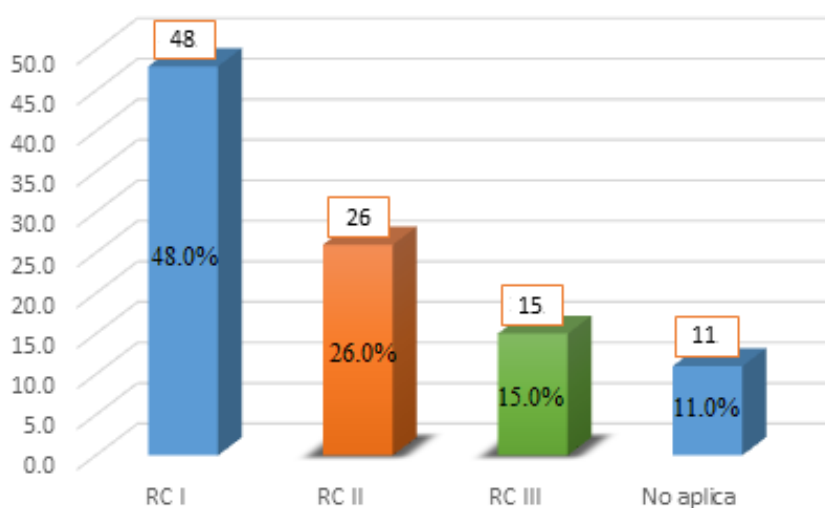
En la Tabla y Gráfico 07, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según relación molar derecha, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 57 (57,0%) de los pacientes con relación molar III presentaron malposiciones dentarias, seguido de pacientes con relación molar I con un 17%.

Tabla 08.-Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina izquierda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
RC I	48	48,0	48,0
RC II	26	26,0	26,0
RC III	15	15,0	15,0
No aplica	11	11,0	11,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 08.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina izquierda



Interpretación:

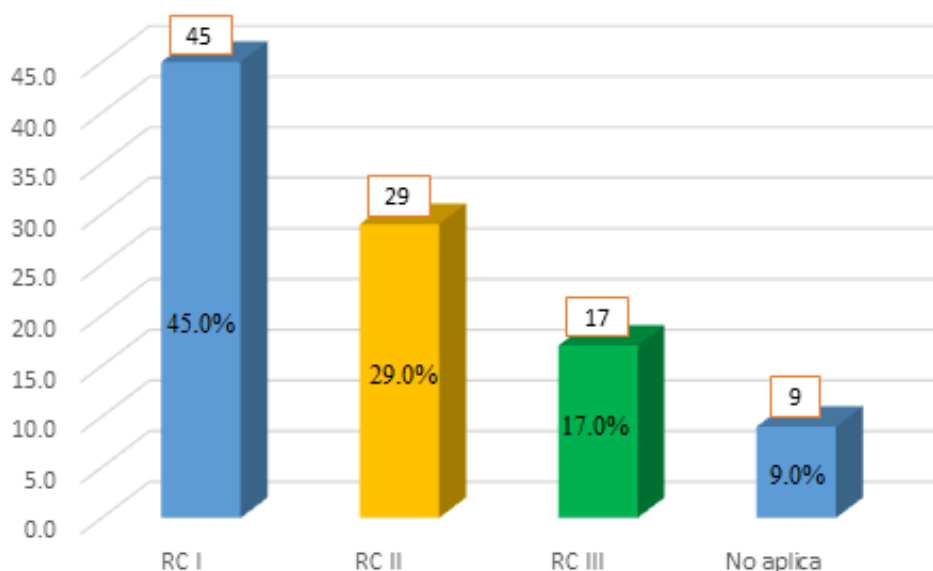
En la presente Tabla y Gráfico 08, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según relación canino izquierdo, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 48 (48,0%) de los pacientes con relación canina I presentaron malposiciones dentarias, seguido de pacientes con relación canina II con un 26%.

Tabla 09.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina derecha

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
RC I	45	45,0	45,0
RC II	29	29,0	29,0
RC III	17	17,0	17,0
No aplica	9	9,0	9,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 09.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según relación canina derecha



Interpretación:

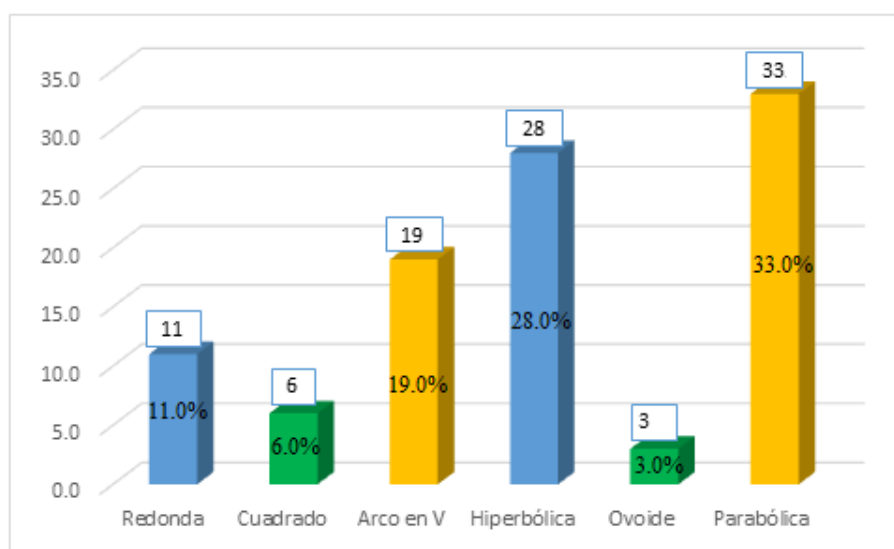
En la presente Tabla y Gráfico 09, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según relación canina derecha, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 45 (45,0%) de los pacientes con relación canina I presentaron malposiciones dentarias, seguido de pacientes con relación canina II con un 29%.

Tabla 10.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada superior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Redonda	11	11,0	11,0
Cuadrado	6	6,0	6,0
Arco en V	19	19,0	19,0
Hiperbólica	28	28,0	28,0
Ovoide	3	3,0	3,0
Parabólica	33	33,0	33,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 10.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada superior



Interpretación:

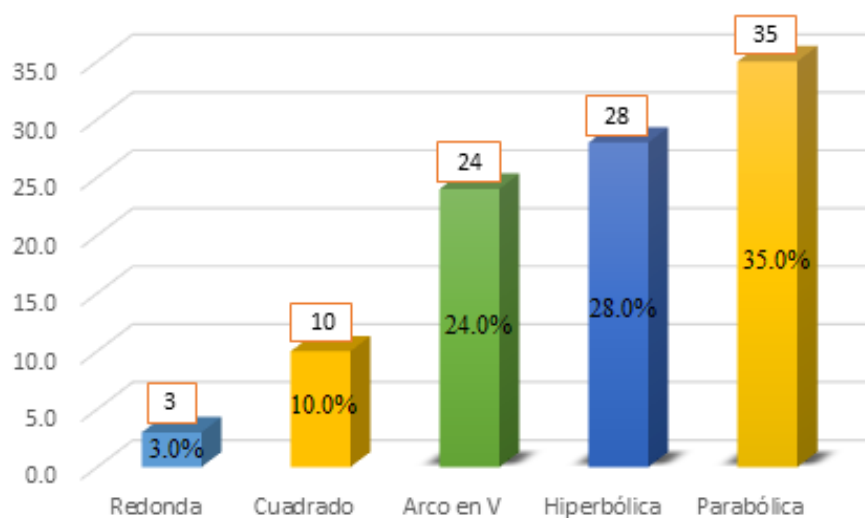
En la presente Tabla y Gráfico 10, se observa la distribución de los sujetos de estudio con malposiciones dentarias según forma de la arcada superior, obteniéndose los siguientes resultados: De los 100 casos examinados el 33 (33, 0%) de los pacientes con arcada superior de forma parabólica prevaleció las malposiciones dentarias, seguido de forma hiperbólica con un 28%.

Tabla 11.-Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada inferior

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Redonda	3	3,0	3,0
Cuadrado	10	10,0	10,0
Arco en V	24	24,0	24,0
Hiperbólica	28	28,0	28,0
Parabólica	35	35,0	35,0
Total	100	100,0	100,0

Fuente: Hospital Tingo María - 2018

Gráfico 11.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada inferior



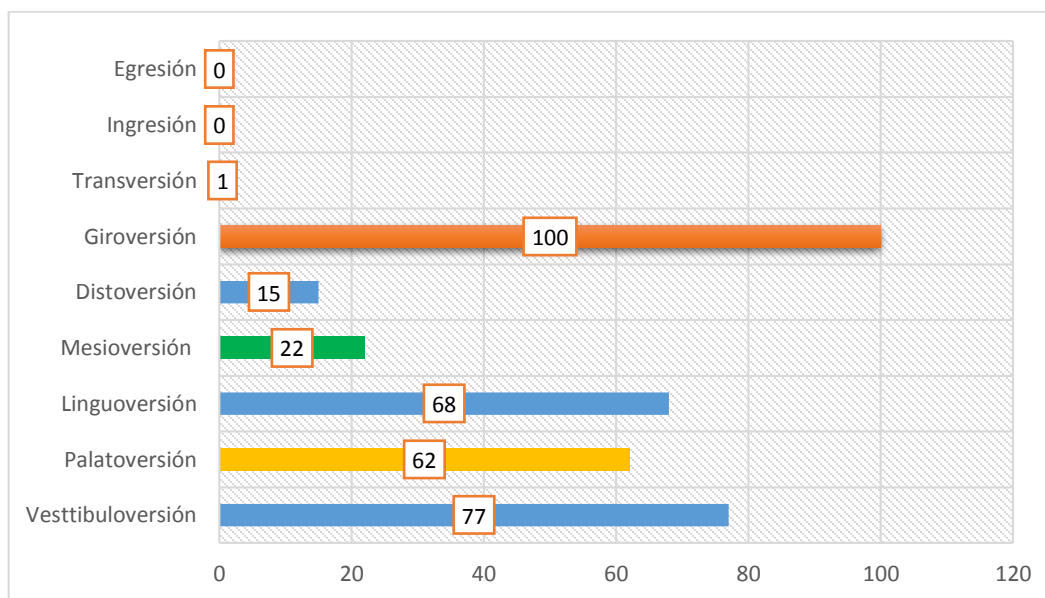
Interpretación:

En la presente Tabla y Gráfico 11, se observa las malposiciones dentarias según forma de la arcada inferior, de los 100 casos examinados el 35 (35, 0%) de los pacientes con arcada superior de forma parabólica prevaleció las malposiciones dentarias, seguido de forma hiperbólica con un 28%.

Tabla 12.- Tipos de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años

Malposiciones	SI		NO	
	f	%	f	%
Vestibuloversión	77,0	77,0	23,0	23,0
Palatoversión	62,0	62,0	38,0	38,0
Linguoversión	68,0	68,0	32,0	32,0
Mesioversión	22,0	22,0	78,00	78,00
Distoversión	15,0	15,0	85,0	85,0
Giroversión	100,0	100,0	0,0	0,0
Transversión	1,0	1,0	99,0	99,0
Ingresión	0,0	0,0	100,0	100,0
Egresión	0,0	0,0	100,0	100,0

Gráfico 12.- Malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según forma de arcada inferior



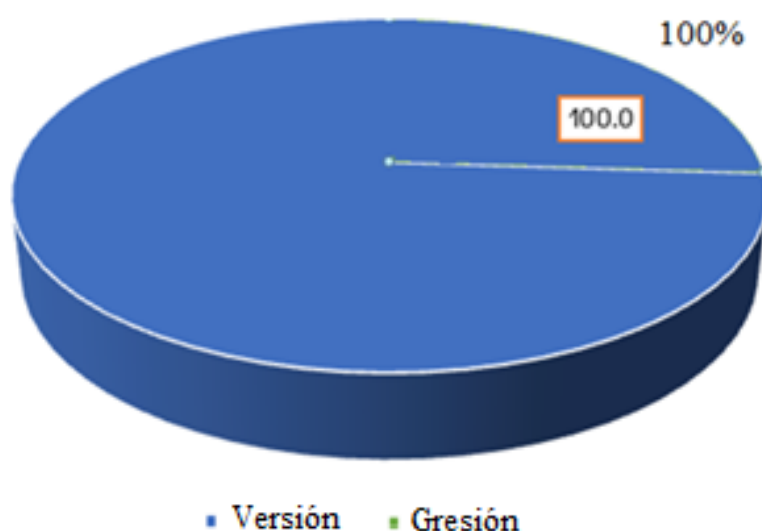
Interpretación:

En la presente Tabla y Gráfico12, se observa los tipos de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años, la giroversión se presentó en el 100% de los pacientes, seguido por la Vestibuloversión con un 77%, Linguoversión 68%. Palatoversión 62%, con menor porcentaje Mesioversión y Distoversión 22% y 15% respectivamente.

Tabla 13.-Malposiciones dentarias según clasificación de Lisher en pacientes de 18 a 24 años

Malposiciones	SI		NO	
	f	%	f	%
Versión	100,0	100,0	0,0	0,0
Gresión	0,0	0,0	0,0	0,0

Gráfico 13.-Malposiciones dentarias según clasificación de Lisher en pacientes de 18 a 24 años



Interpretación:

En la presente Tabla y Gráfico 13 se observa los tipos de malposiciones dentarias según la clasificación de Lisher en pacientes de 18 a 24 años, el tipo de malposición que prevaleció fue la versión en un 100%, no se reportaron casos de dientes con la condición de versión.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente estudio fue llevado a cabo con el fin de determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años. El 100% de los sujetos evaluados presentaron algún tipo de malposiciones dentarias. La malposición más frecuente fue la giroversión tanto para las mujeres como para los hombres.

Resultados que “coinciden” con los encontrados por Bugaighisy I. Karanth la prevalencia de malposiciones dentarias en un 95.6 % y teniendo como resultados muy parecidos con respecto a las Clase I ,II ,III con valores de 66.5%, 25.4% y 3.7% respectivamente.

De la maza(16) en su estudio verificó que la mala posición dentaria influye directamente en la autoestima del paciente que en un mundo moderno en donde el aspecto físico ejerce gran demanda, concluyó que el manejo odontológico debe ser multidisciplinario e ir de la mano lo clínico como lo psicológico mejorando la aceptación del paciente.

El origen de las maloclusiones dentarias es la malposición de los dientes en el estudio se encontró los 100 casos examinados presentaron maloclusión y el tipo de relación molar que prevaleció fue la clase III en el lado derecho e izquierdo, en la relación canina predominó la clase I para el lado derecho y el lado izquierdo clase hallazgo que no concuerda con el resultado de Zevallos debido a que la giroversion de esta 12.8% debido a que uno de los porcentajes más bajos en tal estudio.

La prevalencia de maloclusión en pacientes de 18 a 24 años se encuentra entre las más altas reportadas en la literatura y este resultado se puede atribuir a que se realizó en una misma área geográfica con respecto a la muestra estudiada.

El 32% de los pacientes estudiados presentaron pérdidas dentarias prematuras y los 32 casos presentaron malposiciones dentarias; El primer molar permanente es una de las estructuras dentarias más importantes para el desarrollo de una oclusión fisiológica y una adecuada función masticatoria, por lo que estos dientes desempeñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de una oclusión dentaria apropiada. Por lo mencionado la pérdida prematura de las piezas dentarias contribuye a las malposiciones dentarias.

Con relación al biotipo facial que prevaleció en los pacientes de 18 a 24 años fue el mesocéfalo con un 52% y el total de estos presentó malposiciones dentarias.

La forma y dimensiones de los arcos dentarios son influenciadas principalmente por la genética, aunque existen variaciones interindividuales asociadas con el género, raza, biotipo facial, erupción dental, movimiento de los dientes después de la erupción, crecimiento de los huesos de soporte, influencias ambientales como los hábitos (succión digital, respiración bucal, deglución atípica, hábito de labio) y el crecimiento individual^{44,45}.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco fue de un 100%.
2. Los 80% pacientes con perfil facial recto presentaron malposiciones dentarias.
3. La prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo fue mayor en el sexo femenino.
4. Los 52% de pacientes con biotipo facial mesocéfalo presentaron malposiciones dentarias.
5. En los pacientes la relación molar derecha e izquierda que prevaleció fue la clase III, en la totalidad de estos casos se observó malposiciones dentarias.
6. En los pacientes la relación canina derecha e izquierda que prevaleció fue la clase I, en la totalidad de estos casos se observó malposiciones dentarias.
7. La prevalencia de versión dentaria (Vestibuloversión, Palatoversión, Linguoversión, Mesioversión, Distoversión, Giroversión y Transversión) en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María fue de un 100%.
8. La prevalencia de Gresión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María fue 0%.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a los estudiantes de la Escuela de Odontología realizar estudios similares con mayor número de muestra y otros grupos etáreos.
2. Se sugiere realizar estudios de mayor nivel considerando los factores de riesgo y las consecuencias de la malposiciones dentarias en los adolescentes
3. Realizar estudios de las influencias de las malposiciones dentarias en el aspecto psicosocial en los adolescentes y adultos jóvenes.
4. Se recomienda difundir los resultados a la comunidad odontológica para dar a conocer la alta prevalencia de las malposiciones dentarias en este grupo de edades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muniz BR. Epidemiología de la maloclusión en niños argentinos. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1986; 14 : 221-224.
2. Thilander B, Peña L, Infante C, Parada SS, de Mayorga C. Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento de ortodoncia en niños y adolescentes en Bogotá, Colombia. Un estudio epidemiológico relacionado con las diferentes etapas del desarrollo dental. *Eur J Orthod.* 2001; 23 : 153-167.
3. Kerosuo H. Oclusión en las denticiones mixtas primarias primarias en un grupo de niños tanzanos y finlandeses. *Eur J Orthod.* 1990; 57 : 293-298.
4. Tschill P, Bacon W, Sonko A. Maloclusión en la dentición decidua de niños caucásicos. *Eur J Orthod.* 1997; 19 : 361-367.
5. Isiekwe MC. Maloclusión en Lagos, Nigeria. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1983; 11 : 59-62.
6. Otuyemi OD, Ogunynka A, Dosumu O, Contreras NC, Jeny J. Maloclusión y necesidad de tratamiento de ortodoncia de los estudiantes de secundaria en Nigeria de acuerdo con el Índice de Estética Dental (DAI) *Int Dent J.* 1999; 49 : 203-210.
7. Brunelle JA, Bhat M, Lipton JA. Prevalencia y distribución de características oclusales seleccionadas en la población de EE. UU., 1988-1991. *J Dent Res.* 1996; 75 : 706-713.

8. Ciuffolo F, Manzoli L, D'Attilio, Tecco S, Muratore F, Festa F, Romano F. Prevalencia y distribución por género de las características oclusales en una muestra de estudiantes italianos de escuela secundaria: un estudio transversal. *Eur J Orthod.* 2005; 27 : 601-606.
9. Rudan I, Campbell H, Rudan P. Estudios genéticos epidemiológicos de islas del este del Adriático, Croacia: objetivos y estrategias. *Coll Antropol.* 1999; 23 : 531-546.
10. Thilander B, Peña L, Infante C, Parada SS, de Mayorga C. Prevalencia de maloclusión y necesidad de tratamiento de ortodoncia en niños y adolescentes en Bogotá, Colombia. Un estudio epidemiológico relacionado con las diferentes etapas del desarrollo dental. *Eur J Orthod.* 2001; 23 : 153-167.
11. Mtaya M, Brudvik P, Astrom AN. Prevalencia de maloclusión y su relación con factores sociodemográficos, caries dental e higiene oral en escolares de Tanzania de 12-14 años. *Eur J Orthod.* 2009; 31 : 467-76.
12. Brito DI, Fernanda Dias P, Gleiser R. Prevalencia de maloclusión en niños de 9 a 12 años en la ciudad de Nova Friburgo, Río de Janeiro, Brasil. *Rev Dent Press Orthod Ortop Facial.* 2009; 14 : 118-24.
13. Shivakumar KM, Chandu GN, Subba Reddy VV, Shafiulla MD. Prevalencia de maloclusión y necesidades de tratamiento de ortodoncia entre los niños de escuela intermedia y secundaria de la ciudad de Davangere, India, mediante

- el uso de índice estético dental. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2009; 27 : 211-8.
14. Souza RA, Magnani MB, Nouer DF, Romano FL, Passos MR. Prevalencia de maloclusión en una población escolar brasileña y su relación con la pérdida temprana de dientes. *Braz J Oral Sci.* 2008; 7 : 1566-70.
15. Kerosuo H, Laine T, Nyyssonen V, Honkala E. Características oclusales en grupos de escolares urbanos tanzanos y finlandeses. *Angle Orthod.* 1991; 61 : 49-56.
16. De la maza J. Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes con malas posiciones dentarias comprendidos entre 14 a 30 años; [Tesis Pregrado]. Ecuador: facultad de odontología de la universidad central del ecuador; 2014
17. Bugaighisy I. Karanth D. La prevalencia de la maloclusión en escolares libios urbanos. *J Orthod Sci .* 2013 ; 2 (1): 1-6.
18. Cornejo E. Anomalías de malposición dentaria que comprometen la estética de las alumnas del Centro Artesanal del Cantón Portoviejo período Octubre 2009 – Febrero 2010. [Tesis Pregrado]. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador 2010.
19. Borzabadi-Farahani A, Borzabadi-Farahani A, Eslamipour F . Maloclusión y rasgos oclusales en una población iraní urbana. Un estudio epidemiológico de niños de 11 a 14 años. *Eur J Orthod.* 2009 Oct; 31 (5): 477-84.
20. Gelgör IE, Karaman AI, Ercan E. Prevalencia de maloclusión entre adolescentes en Anatolia central. *Eur J Dent.* 2008 Jul; 1 (3): 125-31.

21. Grando G, Joven AA, Vedovello Filho M, Vedovello SA, Ramirez-Yañez GO. Prevalencia de maloclusiones en una población brasileña joven. Int J Orthod Milwaukee. Verano 2008; 19 (2): 13-6.
22. Gómez F. Prevalencia de apiñamiento dentario en estudiantes, Institución Educativa Emblemática Secundaria “Blas Valera Pérez” Lamud, Amazonas. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas. Chachapoyas 2017.
23. Zeballos B. Prevalencia de malposiciones dentarias en el sector anterior en saxofonistas del conservatorio regional de música Luis Duncker Lavalle. [Tesis Pregrado]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa 2016.
24. Atencio M. Factores intrínsecos asociados a la maloclusión dentaria en estudiantes de 12 a 16 años de edad en la institución educativa secundaria comercial nº 45. [Tesis Pregrado]. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Puno 2015.
25. Escobar, F. (2004). Odontología Pediátrica. Colombia: editorial amolca.
26. Singh, G. (2009). Ortodoncia Diagnóstico y Tratamiento. Venezuela: editorial Amolca.
27. CHACONAS, SPIRO J., "Ortodoncia" México D.F editorial Manual moderno S.A. 1982
28. VELLINI, F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. Brasil: Artes Médicas 2002.
29. WHITE, E. E. Ortodoncia Contemporanea . México: Amolca 2008.

30. Ustrell J. Duran J. Ortodoncia. 2 Ed. España; Ediciones de la Universitat Barcelona: 2002
31. Rocha M, Lima K, Batista J, Aurora I, Mitsunari W, Batista M. PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES DENTÁRIAS EM PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN AVALIADOS POR MEIO DE RADIOGRAFIA PANORÂMICA. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2014; 26(2): 112-8,
32. Moyers, R. Manual de Ortodoncia. Media Panamericana. 1999.
33. Lindhe, J. Periodontología Clínica e implantología Odontológica. Médica Panamericana. 2002
34. Regezi, J., & Sciubba, J. Patología Bucal. Interamericana. 1991.
35. Loe, H., & Theilade, E. Gingivitis experimental en hombre: Jornada de Periodontología. 1995.
36. Higashida, B. Odontología Preventiva (Segunda ed.). México: McGraw Hill companies. 2009
37. Henostroza. . Caries dental. Cayetano Heredia: Universidad Peruana. 2007
38. Sarango, A. Nivel de autoestima y estado de salud oral en pacientes edéntulos parciales comprendidos entre 15-60 años, en la Fundación "REMAR" de la ciudad de Quito; Durante el período Agosto 2012 - Febrero 2013". Quito - Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología.
39. Rodríguez, Yañez, Esequiel. (2007). 1.001 tips en ortodoncia y sus secretos. Venezuela : Amolca.

40. Okeson, Jeffrey P. (2008). Tratamientos de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares. España. Elsevier Mosby. Pag 143.
41. Ander. E. Técnicas de investigación social. 24ed. Buenos Aires: Lumen, 1995.
42. Supo J. Como Empezar Una Tesis Tu Proyecto De Investigacion En Un Solo Dia. Bioestatisca Eirl. 4ta Peru 2015
43. Tamayo M. Manual de proyecto de investigación. 2 ed. Colombia: ICN; 2009.
44. Agurto P, Sandoval P. Morfología del arco maxilar y mandibular en niños de ascendencia mapuche y no mapuche. Int J Morphol. 2011; 29 (4): 1104-1108.
45. Bishara SE, Jakobsen JR, Treder J, Nowak A. Arch width changes from 6 weeks to 45 years of age. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1997; 111 (4): 401-409.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	HIPÓTESIS
Problema General	Objetivo General	Variable De Estudio	H. I.
¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017?	Estimar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María Huánuco 2017?	Prevalencia de malposiciones dentarias	La prevalencia de malposiciones dentarias en los pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María es aproximadamente 45%.
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Variable De Caracterización	H.O.
<p>Pe1 ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según el biotipo facial?</p> <p>Pe2. ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo y edad?</p> <p>Pe3. ¿Cuál es la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según tipo de oclusión dentaria?</p> <p>Pe4. ¿Cuál es la prevalencia de versión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María?</p> <p>Pe5. ¿Cuál es la prevalencia de egresión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María?</p>	<p>Oe1 Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según el biotipo facial.</p> <p>Oe2. Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según sexo y edad.</p> <p>Oe3. Determinar la prevalencia de malposiciones dentarias en pacientes de 18 a 24 años según tipo de oclusión dentaria.</p> <p>Oe4. Determinar la prevalencia de versión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María.</p> <p>Oe5. Determinar la prevalencia de egresión dentaria en pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María.</p>	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Forma de arco</p> <p>Arco dentario</p> <p>Perdida de dientes</p> <p>Biotipo facial</p> <p>Tipo de oclusión</p>	La prevalencia de malposiciones dentarias en los pacientes de 18 a 24 años que acuden al Hospital de Tingo María no es aproximadamente 45%.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....con
D.N.I. N°....., manifiesto que he sido informado(a) sobre los beneficios que podría suponer el examen clínico oral de mi persona para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado **“PREVALENCIA DE MALPOSICIONES DENTARIAS EN PACIENTES DE 18 A 24 AÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE TINGO MARÍA HUÁNUCO 2017”**. He sido también informado(a) de que mis datos personales serán protegidos. Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que este examen tenga lugar y sean utilizados para cubrir los objetivos específicos en el proyecto.

FECHA: _____

FIRMA: _____



FICHA DE OBSERVACION DE
MALPOSICIONES DENTARIAS
(Marcar con una "X")

- N° Paciente: _____
- Sexo: M F Edad: _____ años
- Malposición dentaria SUPERIOR INFERIOR
- Perdida de dientes: SI NO (ya sea ocasionada por caries o por traumatismos)
- Higiene: B R M
- Perfil: Recto Convexo Cóncavo

Tipo de oclusión		Normoclusión	Mesioclusión	Distoclusión
RELACION	IZQUIERDA			
MOLAR	DERECHA			
RELACION	IZQUIERDA			
CANINA	DERECHA			

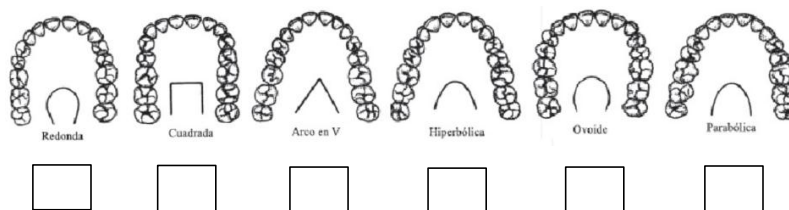
• **Sector dentario**

- Anterior superior Anterior inferior
 Posterior superior Posterior inferior

• **Arco dentario**

- Superior inferior

• **Forma de la arcada**





UDH
UNIVERSIDAD DE HUANCAYO

FICHA DE OBSERVACION DE
MALPOSICIONES DENTARIAS



18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

LEYENDA:

VERSION	Vestibuloversión	1
	Palatoversión	2
	Linguoversión	3
	Mesioversión	4
	Distoversión	5
	Giroversión	6
	Transversión	7
GRESION	Ingresión	8
	Egresión	9