

POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE  
"BELKIS SOTOMAYOR ÁLVAREZ"  
CIEGO DE ÁVILA

## **Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal** **Risk factors of malocclusions in children of 5 years with temporary dentition**

Yadira Estrada Guerra (1), Yelec Estrada Guerra (2), Raúl Cubero González (3), Dayamí López Martín (3).

### **RESUMEN**

**Introducción:** Las maloclusiones, según la Organización Mundial de Salud, ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal, aunque no son un riesgo para la vida son consideradas como problemas de salud pública.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo preestablecidos en niños de 5 años con dentición temporal.

**Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo, donde el universo estuvo constituido por 61 infantes y la muestra quedó conformada por 52 niños (21 varones y 31 hembras) que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó el método de observación directa y como medidas se utilizaron la frecuencia relativa y el resumen de la información en porcentos.

**Resultados y Discusión:** El 3.8% de los niños examinados presentaban un escalón distal, un espacio de crecimiento ausente en un 42.3% y el espacio de primate ausente en un 63.5%. El índice de bogue menor de 30 en un 48.1% y se encontraron 16 niños con caries para un 30.8%. El 78.8% de los niños examinados practican hábitos deformantes. Esto da la posibilidad de predecir el tipo de oclusión que se puede establecer en estos niños en la dentición permanente y así poder trabajar para evitar las maloclusiones desde edades tempranas.

**Conclusiones:** Aunque existen programas de atención al menor de 19 años, la atención al grupo de los menores de 5 años no es suficiente, por lo que en esta población es necesario realizar tratamientos preventivos y curativos para disminuir la incidencia de las maloclusiones y elevar la calidad de vida del individuo

**Palabras clave:** MALOCLUSIÓN, DENTICION, FACTORES DE RIESGO

1. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor.
2. Esp. 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología. Profesor Instructor.
3. Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente.

### **INTRODUCCIÓN**

Las maloclusiones según la OMS ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal. La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son riesgos para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, son considerados como problemas de salud pública (1). Se originan por desequilibrios entre los sistemas en desarrollo que forman el complejo cráneo facial, desequilibrios a los cuales la cara en crecimiento no puede hacer frente. La entidad clínica nombrada maloclusión es el resultado de la interacción de muchos factores que afectan un sistema en desarrollo que tienen su propio patrón de crecimiento (2).

Una vez que se han identificado y cuantificado los factores de riesgo es posible estimar la probabilidad de que en cierto grupo de personas ocurra un daño a la salud (3). Esto plantea la necesidad de aplicar todas las medidas preventivas adecuadas en cada momento; para ello es necesario conocer la etiopatogenia de las maloclusiones y recordar que existen una serie de factores que se escapan a veces de la actuación profesional. Sin embargo, la mayoría de esta puede ser influenciada por una adecuada intervención (4). Los actuales conocimientos establecen que muchas maloclusiones son producidas por causas que actúan y están presentes en edades tempranas, producen alteraciones manifiestas ya en los primeros años de vida (5).

La función del odontopediatra debe enfocarse primordialmente a la promoción, prevención, detención e intervención temprana de las alteraciones que puedan afectar el desarrollo del sistema estomatognático en el paciente infantil (6).

Entonces educar, promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo de las principales enfermedades bucales, será la meta a alcanzar por los profesionales de la salud, mediante un nuevo modelo de atención estomatológica que responde al concepto de la Estomatología General Integral (EGI).

Debido a la naturaleza transicional de la dentición del niño, al origen multicausal de las maloclusiones; las cuales son analizadas con mayor frecuencia en niños con dentición permanente y al elevado porcentaje de alteraciones de la oclusión en edades tempranas, es que se motiva la realización este trabajo, con el propósito de determinar algunas características de la dentición temporal que existen en niños de 5 años, que constituyen factores de riesgos en la aparición de maloclusiones, se considera que este grupo representa a la población, en la cual se pueden desarrollar acciones con el objetivo de guiar los dientes hacia una oclusión normal.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en niños de 5 años de edad, de círculos infantiles pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez del municipio Ciego de Ávila, durante el curso escolar 2012-2013, donde se evaluaron algunas características de la dentición temporal como: relación de molares, presencia o no de espacios de crecimiento y de primates, distancia transversal entre las caras palatinas de los segundos molares temporales superiores (índice de Bogue), presencia de caries proximales, así como, de hábitos bucales deformantes; considerados todos como factores de riesgo para el desarrollo de maloclusiones.

El universo de estudio estuvo constituido por 61 infantes, de dos círculos infantiles pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Belkis Sotomayor Álvarez del municipio Ciego de Ávila.

La muestra quedó conformada por 52 niños (85%); de ellos 21 varones y 31 hembras.

Fueron incluidos niños de 5 años de edad, que presentaron dentición temporal completa y con el consentimiento escrito para participar en el estudio por parte del padre o tutor del niño.

Quedaron excluidos los niños que habían perdido dientes por exfoliación u otra causa y los niños que tuvieran dentición mixta temprana.

Fueron analizadas las siguientes variables:

- Sexo
- Relación Plano Terminal
- Espacios de Crecimiento
- Espacios de Primates
- Índice de Bogue
- Caries Proximales
- Hábitos
- Tipo de Hábito

Se establecieron las coordinaciones pertinentes con la dirección del centro de estudio, donde se obtuvo la autorización para la ejecución del trabajo investigativo, se explicó a los maestros, educadores, padres o tutores y niños, las características del trabajo y con el consentimiento de ellos se siguieron los pasos para ejecutar el mismo.

La recolección de la información se realizó a través de un formulario validado por estudios anteriores y aplicado por el autor de la investigación, acorde a los objetivos propuestos, para evitar riesgos de apreciación en el examen. Para el procesamiento se creó una base de datos en Excel a través del paquete estadístico SPSS versión 10.0, mediante el cual se calcularon las medidas de resumen y porcentaje. La información se resumió en tablas para su mejor comprensión.

## **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

La relación de los planos terminales en la dentición temporal, se muestra en la Tabla No. 1, donde predomina el plano terminal recto con un 86.6%, es más común en el sexo femenino, le sigue el escalón mesial con 9.6%. Ambos son considerados normales en esta dentición, coincide con los estudios realizados por Medrano y otros autores, quienes muestran un predominio del plano terminal recto (7-9).

El escalón distal estuvo presente en un niño de cada sexo para un 3.8%, lo que es patognomónico de futura relación de clase II entre los arcos en la dentición permanente, se parecía un bajo riesgo con respecto al escalón distal similar a lo planteado por otros autores (10).

Al realizar nuestro estudio no encontramos niños con escalón mesial extremo, lo que coincide con lo reportado por algunos estudios anteriores (10) y es diferente en otros que se encuentran en un 13.33% de escalón mesial extremo; potencial clase III (8).

Al analizar la Tabla No. 2, se aprecia la ausencia de los espacios de crecimiento en el 42.3% del total de los niños examinados, el más afectado es el sexo femenino, por lo que se infiere, que la población que no presenta espacios de crecimiento, tiene más posibilidades de presentar riesgos de maloclusión.

Entre los estudios que muestran la ausencia de los espacios de crecimiento, coinciden con los resultados de esta investigación, los realizados por otros autores acerca de la prevalencia de diastemas en dentición temporal en los cuales reportan 50% y 46% de ausencia de estos espacios respectivamente. Pérez refiere resultados similares y Sánchez sobre las características morfológicas de la dentición temporal del municipio Santa Clara, el cual describe un 47.3% en la arcada superior y un 54.0% en la inferior de ausencia de espacios de crecimiento (10-11).

En la Tabla No. 3 se observa la ausencia de los espacios de primate en el sexo femenino en un 40.4% y en el masculino en un 23.1%. Es importante tener presente que en la medida que se produce el recambio dentario, este espacio es ocupado por los dientes permanentes, que son más anchos mesio-distalmente y esta ausencia indica la posible existencia futura de anomalías de posición y dirección de los dientes, lo que en este estudio, tiene una cifra muy superior a los resultados registrados en la bibliografía revisada (8-9).

En la Tabla No. 4 se muestra que el 48.1% de los niños examinados presenta un índice de Bogue inferior a la norma. Es decir casi la mitad de los encuestados ya muestran una manifestación temprana de micrognatismo transversal superior, lo que puede ser el resultado de la filogenia, la herencia y los hábitos bucales deformantes, lo que posibilita alterar o impedir el estímulo normal al desarrollo de los maxilares. El 25.0% presentó un índice mayor de 30 mm, lo que propicia el desarrollo del macrognatismo transversal superior. El estudio realizado por García A, en Ciego de Ávila, muestra resultados similares a los nuestros. Sánchez T, en Santa Clara describe valores aproximados, menores de 30 mm (10, 12).

Barrios al estudiar el hábito de respiración bucal en niños, en la clínica de Artemisa reporta una prevalencia de micrognatismo transversal de un 86.5% (13).

En la Tabla No. 5, la presencia de caries proximales se observa en 16 niños para un 30.8%, 9 de ellos femeninos y 7 masculinos.

Al respecto, en la bibliografía se exhiben resultados disímiles, lo que coincide con los de esta investigación, Medrano J, en España y Wyne A, en Arabia Saudita; ambos en preescolares, estos refieren que la tercera parte de la población presenta lesiones cariosas (5,14). Estudios realizados en Venezuela, Navarra y Andalucía (España), muestran que las caries en dientes primarios afectan aproximadamente al 41% de la población infantil (8, 15-16).

En un estudio nacional de salud bucal en Colombia en el año 2000 se registra una prevalencia de caries de 54.8% a los 5 años de edad (17).

Del estudio hecho a preescolares de 5 a 6 años de edad sobre la pérdida dental y los patrones de caries de una comunidad de Campeche, se observa que las tres cuartas partes de la población examinada (75.2%), presenta caries. Dato similar al que reporta López L. al analizar la prevalencia de caries en dientes desiguales, en niños de una comunidad rural de Puerto Rico (18-19).

En la Tabla No. 6 del total de la población en estudio, el 78.8% presenta hábitos bucales deformantes.

Cahuanna A en una población catalana entre 3 y 7 años de edad reporta un 84% de hábitos deformantes, resultado similar a este estudio (20).

Diferentes estudios no coinciden con esta investigación, porque muestran en los niños examinados una prevalencia de hábitos bucales deformantes en un rango entre el 62 y 70% (8, 21-23).

Bosnjak observa un 33.37%, siendo muy inferior al encontrado en este estudio (24).

La Tabla No.7 muestra la distribución de los hábitos bucales deformantes de acuerdo con el tipo. El hábito bucal de mayor frecuencia fue la succión del biberón, presente en 42 niños y en segundo lugar encontramos el empuje lingual en 13 niños. En la bibliografía revisada, solo Fernández T y Maya H encuentran una mayor frecuencia del hábito de succión del biberón (22, 25).

Con respecto al empuje lingual, Podadera V. describe resultados similares al de este estudio (21).

En el estudio se observó un promedio de más de un mal hábito deformante por niños. La prevalencia de más de uno de éstos, hace que sean más difíciles de eliminar y por lo tanto, que la deformación dentomaxilar puede ser más grave y el tratamiento más complejo, resultados que coinciden con la bibliografía revisada (8).

Aproximadamente la mitad de los niños presentaron casi la totalidad de los factores de riesgo de maloclusión analizados, son estos muy frecuentes en la dentición temporal, lo que confirma lo encontrado en la bibliografía revisada (6-8, 26-29), lo que da la posibilidad de predecir el tipo de oclusión que se puede establecer en estos niños, en la dentición permanente.

Del análisis del mismo se infiere que aunque existen programas de atención al menor de 19 años, la atención al grupo de los menores de 5 años no es suficiente, por lo que en esta población es necesario realizar tratamientos preventivos y curativos para disminuir la incidencia de las maloclusiones y elevar la calidad de vida del individuo.

## CONCLUSIONES

En los niños examinados predominó el sexo femenino. El escalón distal se encontró con baja frecuencia y el extremadamente mesial no se observó. Los espacios de crecimiento y primates estuvieron ausentes en aproximadamente la mitad de la muestra examinada. El micrognatismo transversal superior se presentó con mayor frecuencia. La caries proximal se encontró en la tercera parte de los niños examinados. Los hábitos bucales deformantes estaban presentes en la mayoría de los niños examinados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Malocclusions, according to the World Health Organization, rank third as oral health problem, although they are not a risk to life are considered as public health problems.

**Objective:** To determine the risk factors preset in children of 5 years with temporary dentition.

**Method:** An observational descriptive study was carried out. The universe was constituted by 61 infants and the sample was conformed by 52 children (21 males and 31 females) who met the inclusion criteria. The direct observation method was used and the relative frequency and summary of the information on the percent were used as measures.

**Results and discussion:** 3.8% of the examined children showed a distal step, an area of absent growth in a 42.3% and space of absent primate in a 63.5%. The bogue index under 30 in a 48.1% and 16 children were found with tooth decay to a 30.8%. The 78.8% of the examined children practice disfiguring habits. This gives the possibility to predict the type of occlusion which can be set to these children in the permanent dentition and this way we can work to prevent malocclusions from an early age.

**Conclusions:** Although there are attention programmes to less than 19 years, the attention to the group of children under 5 years is not enough, so in this population is preventive and curative treatments needed to decreasing the incidence of malocclusions and raise the quality of life of the individual

**Key words:** MALOCCLUSIONS, DENTITION, RISK FACTORS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Godoy D, Haller W, Casamayor M. Prevención de las dignacias desde el nacimiento. ¿Es posible? Ortop Dento Maxilo Facial. 1999; 12 (2): 12.

2. Santiso Cepero A, Díaz Camacho E. diagnóstico ortodóncico en niños del área de salud Florencia. *Rev Cubana Ortod.* 1998; 12(2): 11-13.
3. Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 3 ed. Argentina: Mundi SAIC; 1986.
4. Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Madrid: Avances Médico Dentales; 2000.
6. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgos en atención materno infantil. Brasil: OMS; 2009.
7. Martínez González KK, Treviño Hernández G. Casos clínicos, tratamiento ortodóncico y periodontal en pacientes pediátricos [Internet]. 2002 [citado 1 Jul 2013]. Disponible en: [http://www.dentalccor.com./es/noticias/c-clínicos/arti010-ninos/hojas\\_001.htm](http://www.dentalccor.com./es/noticias/c-clínicos/arti010-ninos/hojas_001.htm)
8. Medrano Luna E, Cedillo Galindo LS, Murrieta Pruneda JF. Prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de la oclusión. *ADM* [Internet]. 2002 [citado 12 Sep 2013]; LIX(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=5455>
9. Quirós Álvarez O. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 2009 [citado 12 Sep 2013]; [aprox. 28 pantallas]. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/oscar\\_quiros/caracteristicas\\_oclusion.asp](http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/caracteristicas_oclusion.asp)
10. Contreras Bulnes R, Carrazana AF, López González S. Observaciones clínicas de oclusión en la dentición temporal de preescolares de la ciudad de Toluca, Estado de México [Internet]. México: UAEM; 2013 [citado 12 Sep 2013] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: [http://www.odontologia.com.mx /noticias/viii\\_encuentro/p01.htm](http://www.odontologia.com.mx /noticias/viii_encuentro/p01.htm)
11. Sánchez Torres R, Álvarez Román CI, Machado Martínez M, Castillo Hernández R, Grau Abálo R. Características morfológicas de la dentición temporal en niños del municipio de Santa Clara. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2001 [citado 12 Sep 2013]; 16(2):129-24. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16\\_2\\_01/ord09201.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_2_01/ord09201.htm)
12. Pérez Navarro N, Chelotti A, Piloto ME, Mirabal J. Estudio longitudinal de la dimensión vertical de la oclusión, en niños cubanos, de 5 a 7 años de edad. *Rev Cubana Ortod.* 2001; 16(1): 54-8. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16\\_1\\_01/ord08101.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord08101.htm)
13. García Alonso N. Estudio de la dentición temporal en niños de cinco años de edad de las escuelas primarias del municipio Ciego de Ávila [tesis]. Ciego de Ávila: Clínica Estomatológica Docente; 1994.
14. Barrios L, Puente M, Castillo A, Rodríguez M, Duque M. Hábito de respiración bucal en niños. Clínica Estomatológica Docente Artemisa, La Habana. *Rev Cubana Ortod.* 2007; 16(1): 47-53.
15. Wyne A, Dawish S, Adenubi J, Batata S, Khann. The prevalence and pattern of nursing caries in saudi preschool children. *International J Pediat Dentist* [Internet]. 2010 [citado 12 Sep 2013]; 12(5):361. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0960-7439.2001.00291.x/full>
16. Cortés J. La caries dental de los escolares navarros según su medio de residencia y su nivel socio-económico. Evolución en el período 1987-1997 [Internet]. 2013 [citado 1 Jul 2013]. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.cfnavarrra.es/salud/analisis/vol22/suple3/suple3>
17. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Estudio epidemiológico [Internet]. Portal de Salud; 2001 [citado 27 May 2013]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2002000200003&script=sci\\_arttext&lng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2002000200003&script=sci_arttext&lng=e)
18. III Estudio Nacional de Salud Bucal – EnsabIII. Tomado de SIVIGILA. Informe Ejecutivo Semanal No. 8 del 2000. Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud [Internet]. 2013 [citado 27 May 2013] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud46/informe.htm>
19. Medida Solís CE, Herrera M, Rosado Vila G, Minaya Sánchez M, Vallejos Sánchez AA, Casanova Rosado JF. Pérdida dental y patrones de caries en preescolares de una comunidad suburbana de Campeche. *Acta Odontol* [Internet]. 2005 [citado 5 Ago 2013]; 42(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/handle/123456789/12060>
20. López L, Weistein P. The prevalence and pattern of caries in the deciduous teeth of children from a rural community in Puerto Rico. *J Dent Res* [Internet]. 2002; 81: Abstract. 2126. [https://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract\\_13198.htm](https://iadr.confex.com/iadr/2002SanDiego/techprogram/abstract_13198.htm)
21. Cahuana A, Moncunill J, Roca J, Valero C. Hàbits de succió no nutritiva en edat preescolar i la

- seva relació amb les maloclusions. Estudi prospectiu de 200 nens. *Pediatr Catalana*. 1998; 58: 332-7.
22. Podadera Valdés ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de Hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. *Clínica Estomatológica Docente "Ormani Arenado". Pinar del Río. Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2003 [citado 1 Jul 2013]; 40(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_2\\_04/est04204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est04204.htm)
  23. Fernández Torres CM, Acosta Coutín A. Hábitos deformantes en escolares de primaria. *Rev Cubana Ortod*. 2007; 12(2):79-83.
  24. Paredes Gallardo U, Paredes Cencillo C. Prevalencia de los hábitos y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *Saud Públ [Internet]*. 2004 [citado 22 Mar 2013]; 20(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltex?pid=1307182>
  25. Bosnjak A, Vucicevic-Boras V, Miletic I, Bozic D, Vukelja M. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. *J Oral Rehabil*. 2009; 29:902-5.
  26. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos bucales incorrectos. *Clínica Infantil "Raúl González Sánchez". Cienfuegos. Rev Cubana Ort [Internet]*. 2010 [citado 12 Feb 2014]; 15(2):66-70. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15\\_2\\_00/ord04200.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/ord04200.htm)
  27. Fernández Torres CM. Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentofaciales. *Rev Cubana Ortod [Internet]*. 2000 [citado 4 Sep 2013]; 15(1):33-8. Disponible en: [http://www.sld.cu/revistas/ord/vol15\\_1\\_00/ord03100.pdf](http://www.sld.cu/revistas/ord/vol15_1_00/ord03100.pdf)
  28. Salas MT, Aguilar F, Arguello M, Coto JC, Montero A, Sanabria M, et al. Prevalencia de maloclusiones del gran área metropolitana: análisis de los modelos [Internet]. 2013 [citado 12 Sep 2013] [aprox. 8 pantallas]. Disponible en: <http://www.odontocaica.htm>
  29. Wolford LM. Identifying the functional and esthetic factors associated with dentofacial deformities. *Tex Dent J*. 2012; 119(10):1034-43.
  30. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A, Coutin Marie G, González García N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. *Rev Cubana Estomatol [Internet]*. 2012 [citado 9 Oct 2013]; 41(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000100002&lng=)

## ANEXOS

Tabla No. 1. Relación del plano terminal de los segundos molares temporales. n=52

Relación Plano Terminal	%	M	%	Total	%
Plano recto	50	19	36.5	45	86.6
Escalón mesial	7.7	1	1.9	5	9.6
Escalón distal	1.9	1	1.9	2	3.8

Tabla No. 2. Espacios de crecimiento en dentición temporal en ambas arcadas. n=52

Espacios de Crecimiento	%	M	%	Total	%
Presentes	30.8	14	26.9	30	57.7
Ausentes	28.8	7	13.5	22	42.3

Tabla No. 3. Espacios de primates en dentición temporal en ambas arcadas. n=52

Espacios de Primates	%	M	%	Total	%
Presentes	19.2	9	17.3	19	36.5
Ausentes	40.4	12	23.1	33	63.5

Tabla No. 4. Comportamiento del diámetro transverso (índice de Bogue), n=52

Índice de Bogue	%	M	%	Total	%
Con 30mm	15.4	6	11.5	14	26.9
Mayor de 30mm	15.4	5	9.6	13	25.0
Menor de 30mm	28.9	10	19.2	25	48.1

Tabla No. 5. Presencia de caries proximales. n=52

Caries Proximales	%	M	%	Total	%
Con caries	17.3	7	13.5	16	30.8
Sin caries	42.3	14	26.9	36	69.2

Tabla No. 6. Presencia de hábitos bucales deformantes. n=52

Hábitos	F	%	M	%	Total	%
Con hábitos	25	48.1	16	30.8	41	78.8
Sin hábitos	6	11.5	5	9.6	11	21.2

Tabla No. 7. Distribución de los hábitos bucales deformantes según tipo. n=52

Hábitos						
Tipo de Hábito	F	%	M	%	Total	%
Succión digital	6	11.5	4	7.7	10	19.2
Respiración bucal	1	1.9	1	1.9	2	3.8
Empuje lingual	7	13.5	6	11.5	13	25
Biberón	25	48.1	17	32.7	42	80.8
Tete	2	3.8	1	1.9	3	5.8
Onicofagia	3	5.8	3	5.8	6	11.5

Nota: Un niño puede tener más de un hábito.