

Artículo Original/ Original Article

## Maloclusiones y hábitos orales en niños y jóvenes del Barrio Potrero Angelito de Itacurubí de la Cordillera Paraguay- 2019

### *Malocclusions and oral habits in children and young people from the Potrero Angelito neighborhood of Itacurubí de la Cordillera Paraguay/2019*

Cabrera Gauto, G<sup>1</sup>

1. Especialista en Ortodoncia Correctiva y Ortopedia Facial, FOUNC

---

#### Cómo referenciar este artículo/ How to reference this article

**Cabrera Gauto, G** Maloclusiones y hábitos orales en niños y jóvenes del Barrio Potrero Angelito de Itacurubí de la Cordillera - 2019. *Rev. Acad. Scientia Oralis Salutem*. 2021; 2(1): 16-28.

---

#### Resumen

La propuesta de este estudio fue conocer la frecuencia de maloclusiones y hábitos orales en niños y jóvenes del Barrio Potrero Angelito de Itacurubí de la Cordillera, con el fin de ofrecer datos que puedan utilizarse para la toma de decisiones desde la Salud Pública, por lo tanto, se han considerado algunos datos de hábitos de higiene y frecuencia de consulta al odontólogo. **Material y Métodos:** Se tomó una muestra de 109 niños y jóvenes entre 2 a 18 años. El diseño de estudio fue observacional, descriptivo de corte trasversal. Se realizó las visitas casa por casa a las familias con 3 Ortodoncistas y se realizó una inspección bucal considerando las variables sexo y la edad, perfil facial, tipo de Maloclusión: Hábitos de Higiene, Hábitos orales: se le consultó la frecuencia y razones de consulta al odontólogo. **Resultados:** Se encontró maloclusiones en Clase II, seguido por clase I y Clase III. En cuanto a la frecuencia de consultas odontológicas un alto porcentaje manifestó que en la inspección bucal fue la 1era vez que participaron de una consulta odontológica. El motivo de consulta por el que se irían es por dolor y la causa de la poca frecuencia de consulta es por el costo y el miedo al odontólogo. En cuanto a los hábitos más frecuentes se encuentran de succión digital, seguido por respirador bucal y que manifiestan roncar, también hay un alto porcentaje que toma biberón. **Conclusión:** En cuanto a las maloclusiones según clasificación y subdivisiones se observó el Clase I tipo 1 como el más alto seguido por de clase II división 2, clase II división 1, distoclusión y normoclusión. Se sugiere que se considere prioridad a los estamentos oficiales a cargo a las maloclusiones y hábitos bucales estrategia de prevención.

**Palabras clave:** Maloclusiones, Hábitos Orales, Ortodoncia

---

#### SUMMARY/ ABSTRAC

The proposal of this study is to know the frequency of malocclusions and oral habits in children and young people from 2 to 18 years of age in the Potrero Angelito neighborhood of Itacurubí de la Cordillera, in order to offer data that can be used for decision-making from the Health Publish, therefore, some data on hygiene habits and frequency of consultation with the dentist have been considered. **Material and Methods:** A sample of 109 children and young people between 2 to 18 years old was taken. The study design was observational, descriptive, cross-sectional. House-to-house visits were made to families with 3 orthodontists and an oral inspection was carried out considering the variables sex and age, facial profile, type of malocclusion: Hygiene Habits, Oral Habits: the frequency and reasons for consultation were consulted. to the dentist. **Results:** Class II malocclusions were found, followed by class I and Class III. Regarding the frequency of dental consultations, a high percentage stated that the oral inspection was the 1st time they participated in a dental consultation. The reason for the consultation for which they would

\*Autor de Correspondencia: Guido Cabrera Gauto [cabreragautoguido@gmail.com](mailto:cabreragautoguido@gmail.com)  
Trabajo de TCC Presentado en la especialización de Ortodoncia Correctiva y Ortopedia Facial. (2019)

Fecha de recepción: mayo 2021. Fecha de aceptación: junio 2021



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

*leave is due to pain and the reason for the infrequency of consultation is due to the cost and fear of the dentist. As for the most frequent habits, they are finger sucking, followed by mouth respirators and those who show snoring, there is also a high percentage who drink a bottle. Conclusion: Regarding malocclusions according to classification and subdivisions, Class I type 1 was observed as the highest, followed by class II division 2, class II division 1, distocclusion and normocclusion. It is suggested that the official levels in charge of malocclusions and oral habits be considered a priority as a prevention strategy.*

**KEYWORDS:** *Malocclusions, Oral Habits, Orthodontics.*

---

## 1. Introducción

Las maloclusiones son consideradas por la OMS como el tercer evento a considerar por su prevalencia; éstas representan un problema de salud pública. Los factores de riesgo genético y ambiental, como hábitos bucales nocivos son de vital importancia, la población infantil presenta mayor susceptibilidad a desarrollar maloclusiones durante el crecimiento, por lo que se deben tomar medidas preventivas durante esta etapa. (1) Los hábitos orales se encuentran muy relacionados en la presencia de los hábitos orales. Sin embargo, las maloclusiones también se presentan acompañadas de problemas posturales. La edad es un factor importante en el proceso de intervención para la obtención de una postura ideal y una oclusión funcional (2). Conocer la prevalencia de las maloclusiones es esencial para el desarrollo de estrategias preventivas, las cuales deben basarse en las necesidades de la población. Además, hay una escases de datos para el desarrollo de toma de decisiones desde el punto de vista preventivo. (3). Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones (4)

Las maloclusiones están consideradas como la tercera patología oral de mayor prevalencia e impacto en el mundo, a pesar de esto son pocos los estudios en que abordan el tema y consideran sus

consecuencias en la calidad de vida o su relación con grupos poblacionales específicos. (5). En Paraguay el proceso de desarrollo de la prevención en el área de Odontología y Salud Pública se encuentra enfocado principalmente en la concientización y erradicación de la caries dental y disminución del sarro con el fin de que la población conserve la mayor cantidad de piezas dentarias sanas en su boca. Sin embargo, existen otros factores que también aquejan a la ciudadanía, que se encuentran relacionadas con los hábitos y la alta presencia de maloclusiones no documentadas en todas las regiones del país. En el interior del país la situación es mucho más alarmante considerando que el acceso a la salud pública es más limitado y el grado de conciencia de los habitantes es muy inferior a los que se presentan en las zonas urbanas y de la capital. Como un ejemplo de ello es el Barrio de Potrero Angelito de Itacurubí de la Cordillera, que se encuentra ubicada como una de las zonas rurales de ese Departamento.

## 2. Material y Método

El diseño fue un estudio observacional, descriptivo de corte trasversal.

La población de estudio son los habitantes del Barrio Potrero Angelito de la Ciudad de Itacurubí de la Cordillera que cuenta actualmente con alrededor de 12.000 habitantes, según proyecciones de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Siendo

el Barrio de Potrero Angelito con un nro de habitantes aproximados de 1100. Se considera que el 52% son niños y jóvenes de 2 años a 18 años.

EL Barrio Potrero Angelito se encuentra a 83km de la capital y a 4km antes de la ciudad de Itacurubí, con una población socioeconómica baja.

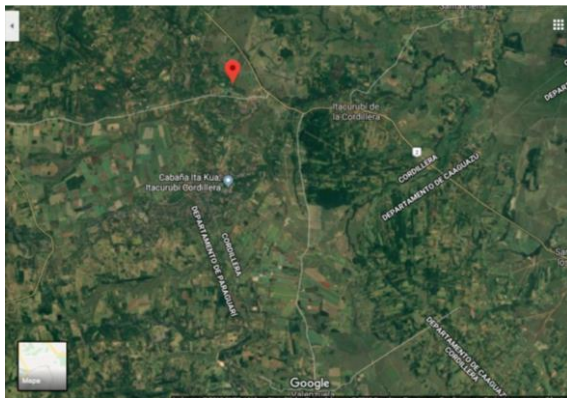


Figura 1. Mapa, vista satelital del Barrio Potrero Angelito de la Ciudad de Itacurubí de la Cordillera

La muestra se conformó finalmente de 109 participantes niños y jóvenes que representan casi al 20% de la población de ese grupo etario.

**Etapa 1.** Se presentó al Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Concepción, la Autorización para el desarrollo del estudio y el análisis de Instrumento de Recolección de Datos, el cual fue aprobado en fecha 26 de noviembre del 2018.

**Etapa 2.** Se solicitó apoyo con insumos al Club de Leones de la Ciudad de Mariano Roque Alonso y al Sistema Educativo de Excelencia para el aporte de pastas dentales con el fin de que sean

repartidos en el momento de la observación clínica a los participantes de la inspección. Al mismo tiempo se informó a los habitantes de la población, la visita odontológica y las fechas a realizarse, con la distribución de la zona, explicando la intención y el procedimiento. Siendo el mayor medio de comunicación la Capilla Sagrado Corazón de Jesús.

**Etapa 3.** Se realizó las visitas en mes de febrero y la primera semana de marzo utilizándose los fines de semana (sábados y domingos).

- Se visitó casa por casa a las familias informándoles de que se trataba la visita y solicitando autorización para la inspección oral.
- Se realizó con la presencia de 3 Ortodoncistas y un estudiante de la especialización en Ortodoncia. Todos los profesionales se encontraban familiarizados con el instrumento de recolección de datos.
- Se utilizaron, espejo sonda y luz (linterna) para la inspección (20 juegos), se tomaron en cuenta las precauciones de bioseguridad y los instrumentales fueron esterilizados en un consultorio odontológico que se encuentra en la zona. Y la utilización de descartables por participantes.



Figura 2. Esterilizadores utilizados para la los instrumentos utilizados en la inspección clínica. Ubicado en el consultorio de la zona.

### Variables Analizadas

Entre las variables estudiadas

1. Características demográficas, considerando el sexo y la edad.
2. Perfil facial: considerando, Estructura Facial Perfil Labios Relación bilabial Patrón muscular facial
3. El tipo de Maloclusion: El criterio principal para el diagnóstico dental del paciente se realizó utilizando la clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson y Saturno. Extraído del análisis de Medina, C.(21)
4. Hábitos de Higiene: considerando la observación clínica de encía y presencia de caries, sarro y en base a encuesta. Bajo el criterio de “Buena Regular Mala”
5. Hábitos orales: Se incluyeron todos los hábitos orales observables, no solo los

deformantes: Bruxismo. Respiración Bucal, Menciona que ronca, Fumador, Consume Terere durante todo el día, Interposición lingual, Toma Biberón, Succión Digital

6. Frecuencia de consulta al Odontólogo: considerando si asiste por 1era vez, 2 veces al año y + de 5 veces al año.
7. Indica motivo de consulta: fue dolor, inflamación o estética.
8. Indica las causas de la poca frecuencia de consultas: Costo, desconocimiento, miedo, falta de tiempo.

### Los criterios de inclusión fueron:

- niños de 2 años en adelante a jóvenes hasta los 18 años cumplidos.
- Habitantes del Barrio Potrero Angelito.

### Las razones para excluir

- Los habitantes fuera del rango de los criterios de inclusión
- Habitantes que no quisieron participar de la muestra.

Se confeccionó una ficha de investigación en una hoja de cálculos Excel, donde se cargaron los datos. Y se realizó el análisis en porcentajes.

El instrumento fue aprobado por el Comité de Ética, En el estudio se tuvieron en cuenta los tres principios

éticos universales de investigación tales como, beneficencia y no maleficencia, donde se ofreció entrega de diagnóstico por a los participantes y sus responsables con recomendaciones y sugerencias odontológicas de posibles tratamientos que el paciente deberá realizarse. Respeto a la autonomía. Se informó claramente cómo se realizaría el procedimiento y cuáles fueron los fines del mismo. Y justicia se consideró entregar resultados a los miembros y a los colaboradores de esta iniciativa, así como a las autoridades representantes de la comunidad.

### 3. Resultados

En cuanto a la distribución de la muestra se encuentra en un 61% del género femenino y 39% del sexo masculino.

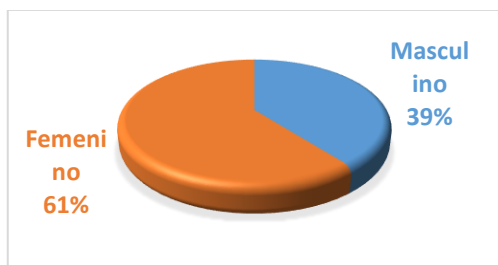


Figura 3. Distribución de la muestra por género

En cuanto a la distribución de la muestra por grupos de edades, el 35% son de 10 a 13 años, seguido por el 26% de 14 a 18 años, mientras que el 21% es de niños de 2 a 5 años y finalmente de 6 a 9 años 18%.

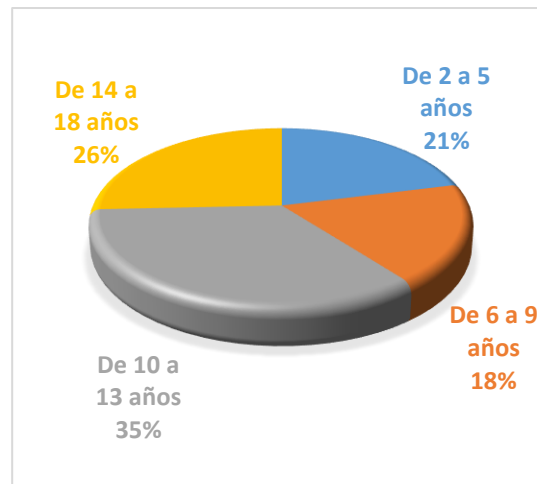


Figura 4. Distribución de la muestra por edad.

En cuanto a la estructura facial según género, se observó en el masculino un 74% de perfil simétrico y un 26% de asimétrico, en cuanto a las mujeres se observó un 71% de simétrico y 29% asimétrico.

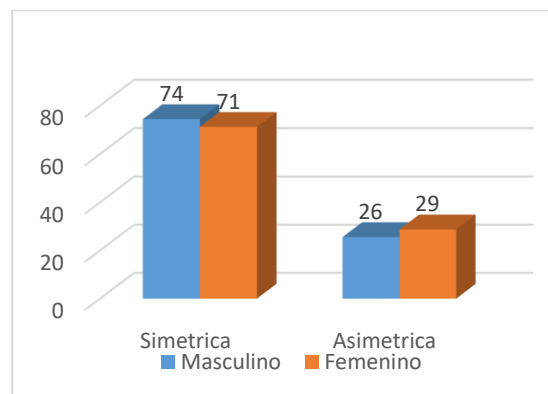


Figura 5. Estructura facial según género

En cuanto a la frecuencia de maloclusiones la Clase II fue del 50% , seguido de clase I con un 42% y 9% de Clase III

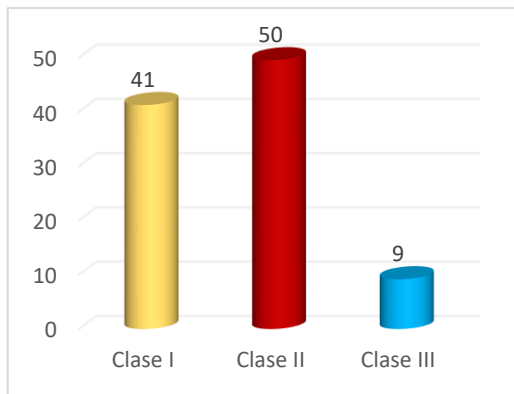


Figura 6. Frecuencia de maloclusiones

En cuanto al perfil facial se encontró en el masculino con 84% de perfil convexo, 5% retro facial y 9% de cóncavo. En el femenino se encontró un 74% de convexo, un 12% retro y 14% de cóncavo.

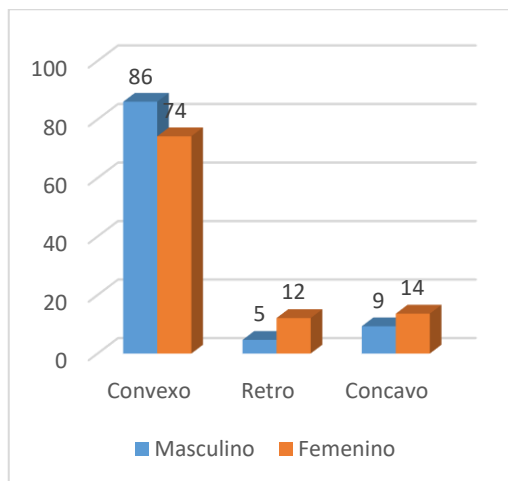


Figura 7. Perfil facial según género.

En cuanto a la presencia de maloclusiones según grupos de edades, se observó la presencia de clase II en un 22% en los grupos de 10 a 13 años, seguido por 14% en el 14 a 18 años, en cuanto a la clase I se observó más presencia en los grupos de 2 a 5 años con un 12% y la Clase III en los grupos de 14 a 18 años con un 4%.

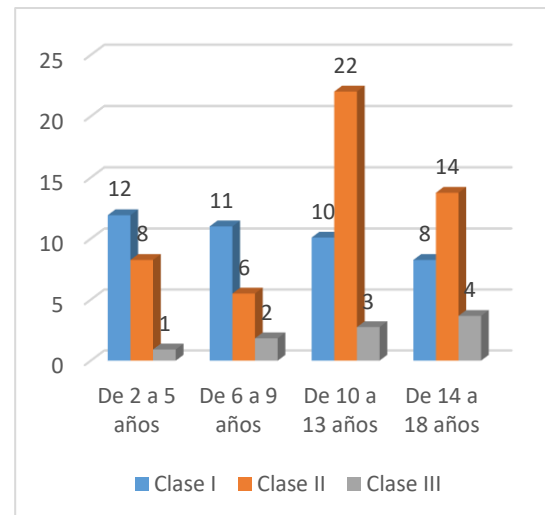


Figura 8. Presencia de Maloclusiones según grupos de edad.

En cuanto a la frecuencia de consultas odontológicas el 85% manifestó que en la inspección bucal fue la 1era vez que tienen consulta con un odontólogo. El 11% mencionó que frecuenta a la consulta odontológica más de 2 veces al año, y finalmente el 4% menciona que consulta al odontólogo más de 5 veces al año.

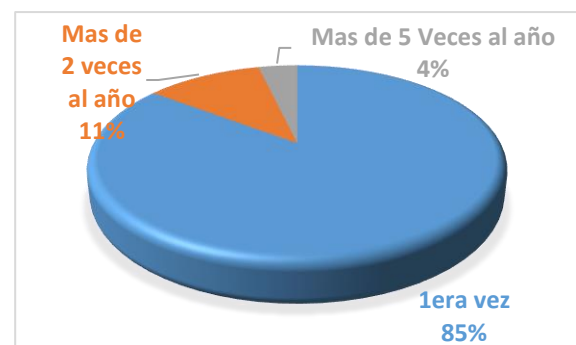


Figura. 9 frecuencia de Consulta odontológica.

En cuanto a la frecuencia de consulta y el estado de salud bucal, los que mencionaron hacer consulta vas de 5 veces al año al odontólogo el 75% tienen



higiene regular y 25% mala. Los que consultan más de 2 veces al año tiene un 42% de mala higiene haciendo poca diferencia con el grupo que ha consultado por 1era vez con un 48%

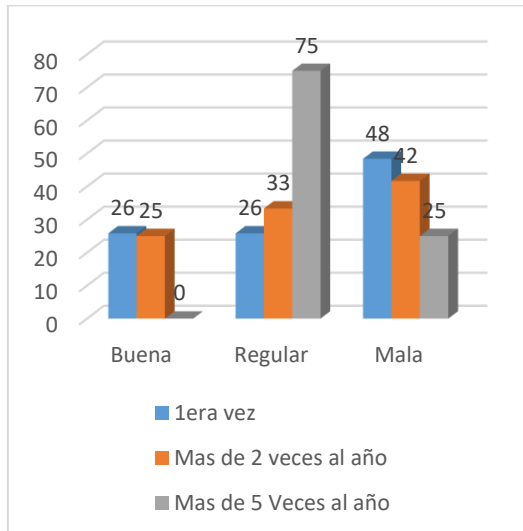


Figura 10. Frecuencia de Consulta y nivel de higiene oral.

El motivo de consulta por el que se irían en un 85% es por dolor seguido por un 15% de inflamación/ infección de 15% y nadie consultaría por estética.

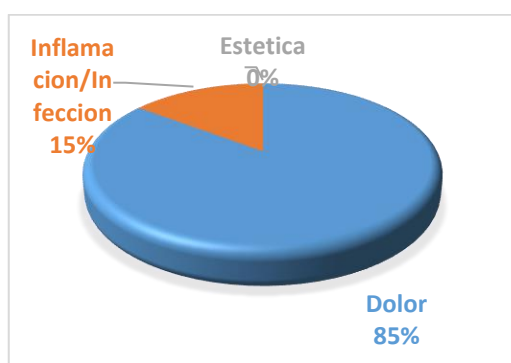


Figura 113. Motivo de Consulta

En cuanto a la causa de poca frecuencia según la percepción de los participantes fue en un 46% por el costo seguido por un 37% por miedo al odontólogo, el 13%

menciono desconocimiento y un 4% manifestó que por falta de tiempo.

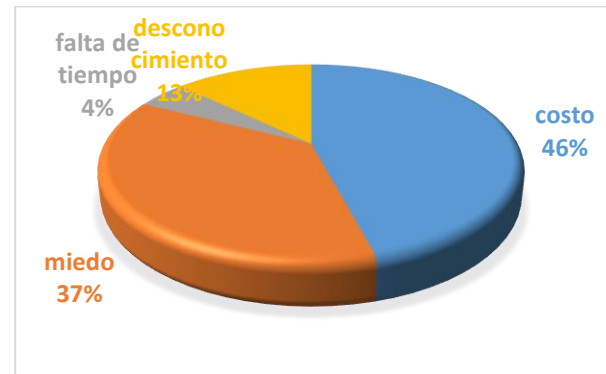


Figura 12. Causa de la poca frecuencia de consulta

En cuanto a los hábitos más frecuentes se encuentran en un 31% de succión digital, seguido por un 20% es respirador bucal, igualmente un 20% ronca, el 7% toma biberón al igual que el 7% que toma terere durante todo el día, el 2% tiene bruxismo, el 2% es fumador y 1% tiene interposición lingual. Finalmente, el 29% no presenta hábitos.

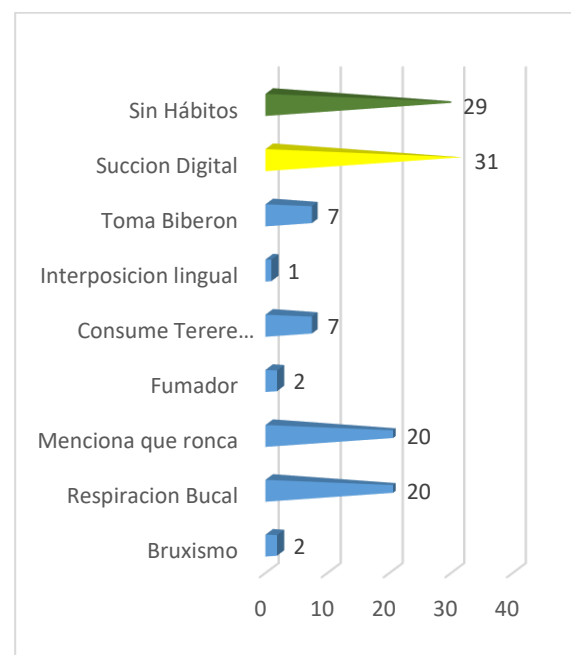


Figura 13. Presencia de hábitos bucales

Junio -2021



En cuanto a la frecuencia de maloclusiones según clasificación y subdivisiones se observó el Clase I tipo 1 del 28,4% como el más alto seguido por el 21,1% fue de clase II división 2, clase II división 1 con un 17,4%. Se observó 11% de distoclusión, 7,3 % normoclusion.

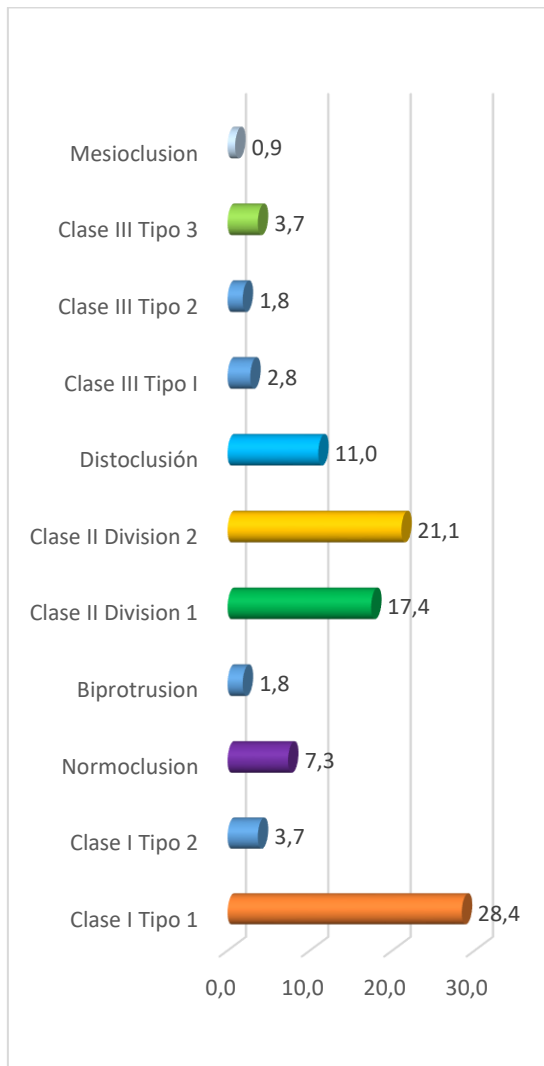


Figura 144. Frecuencia de maloclusiones según su clasificación y subdivisiones.

Considerando los grupos de edades se observó de 2 a 5 años el 35% no presentó hábitos, el 19% presenta bruxismo, 15% en succión al igual que en respiración

bucal. Entre los 6 a 9 años el 52% no manifiesta hábitos, el 19% es respirador bucal, 5% toma biberón, y 5% manifiesta interposición lingual. En las edades de 10 a 13 años el 37% presenta succión digital. Seguido por 15% de respiración bucal y 15% manifiesta roncar. De 14 a 18 años el 32 % manifiesta que ronca, el 28% es respirador bucal al igual que el consumo de terere durante todo el día con un 28%, un 8 % presenta bruxismo.

#### 4. Discusión

Se han encontrado que las maloclusiones más frecuentes son las mordidas cruzadas posteriores unilaterales, 20,58 y 44,11%, para la mordida cruzada unilateral izquierda y derecha respectivamente. La duración media de los tratamientos de ortodoncia interceptiva fue de 15,1 meses. (6). Mientras en otro estudio la clase I molar según Angle fue la más frecuente, con el 68%, seguida por la clase I II con 18%, y la clase II con 14%. (7) Otro estudio con 207 niños del sexo masculino y femenino, cuyas edades se encontraban comprendidas entre los 6 y 12 años. Los resultados señalaron que el 81.2% presentaba maloclusión clase I, el 11.1% maloclusión clase II, el 7.2% maloclusión clase III y el 0.5% presentaba oclusión aceptable. El apiñamiento dentario con 65.2% en cuanto al espaciamiento fue de 30.9%. Otro estudio revela que el 99.5% presenta algún tipo de maloclusión. (8)

Moran, Vanessa. Zamora, 2013 en un grupo de edades comprendidas de 6 a 7 años, de ambos sexos. Fueron 53 pacientes, la clase I de la clasificación de Angle es la más predominante, la clase II división 1 es la que sigue y por último la clase III tipo 1. En cuanto a los hábitos el más frecuente es la succión digital, tanto del pulgar como del dedo índice, seguidamente de morder o comerse las uñas y por último la deglución atípica. Mientras que el índice de higiene bucal de dichos pacientes es muy bajo. (9)

Un estudio de prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 2 a 18 años de edad de caseríos y comunidades nativas con 201 sujetos, 106 (52,7%) fueron mujeres, la mayoría (54,7%) tuvieron entre 6 y 12 años. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. El apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida exagerada (5,0%) y mordida abierta anterior (5,0%). (10)

El 62.50% de los niños fueron clase I del lado izquierdo, 58.83% clase I del lado derecho, 26,39% clase II izquierda, 25% clase II derecha, 11.11% clase III izquierdo, y el 6.94% clase III del lado derecho. De los 72 niños estudiados el tipo de oclusión de mayor prevalencia

fue la clase I.(11) Medina, 2007. evidencio en los 479 pacientes atendidos en el Servicio de Ortodoncia Interceptiva del Postgrado de Odontología Infantil UCV entre el 2000 y 2006, que la prevalencia de maloclusión Clase I es la mayor, seguida de la Clase II y en menor proporción la Clase III.(12)

## 5. Conclusión

1. En cuanto a la estructura facial según género, se observó en similares porcentajes mayor número de perfil simétrico y convexo. La frecuencia de maloclusiones se encuentra en Clase II, seguido por clase I y Clase III.

2. En cuanto a la presencia de maloclusiones según grupos de edades, se observó la presencia de clase II mayormente en los grupos de 10 a 13 años, en cuanto a la clase I se observó más presencia en los grupos de 2 a 5 años y la Clase III en los grupos de 14 a 18 años.

3. En cuanto a la frecuencia de consultas odontológicas un alto porcentaje manifestó que en la inspección bucal fue la 1era vez que participaron de una consulta odontológica. Los que mencionaron hacer consulta más de 5 veces al año tienen higiene regular a mala. Mientras que los que consultan más de 2 veces al año tiene mala higiene con poca diferencia entre el grupo que ha consultado por 1era vez.

4. El motivo de consulta por el que se irían es por dolor y la causa de la poca frecuencia de consulta es por el costo y el miedo al odontólogo.

5. En cuanto a los hábitos más frecuentes se encuentran de succión digital, seguido por respirador bucal y que manifiestan roncar, también hay un alto porcentaje que toma biberón

6. En cuanto a la frecuencia de maloclusiones según clasificación y subdivisiones se observó el Clase I tipo 1 del 28, 4% como el más alto seguido por el 21,1% fue de clase II división 2, clase II división 1 con un 17, 4%. Se observó 11% de distoclusión, 7,3 % normoclusion.

7. Considerando los grupos de edades se observó de 2 a 5 años mayormente presencia de succión al igual que en respiración bucal. Entre los 6 a 9 años el respirador bucal, toma biberón y presencia de interposición lingual. En las edades de 10 a 13 años se presenta succión digital Seguido por respiración bucal y De 14 a 18 años alto porcentaje manifiesta que ronca, es respirador bucal y presenta bruxismo.

## 6. Relevancia Clínica

A partir de lo estudiado es importante abocarse realizar mayores estudios de frecuencia no solo en el estado de salud o presencia de caries o sarro sino también para observar de hábitos bucales, presencias de maloclusiones

que nos permitan tomar decisiones para educar sobre los hábitos deformantes perniciosos más comunes y sus consecuencias. Al igual que sugerir la realización de ortodoncia interceptiva considerando que el costo es mucho menor y los tratamientos son menos invasivos ya que se realizan en el periodo de crecimiento óseo.

## 7. Agradecimientos

A los miembros del Club de Leones, de Mariano Roque Alonzo, apoyaron al desarrollo de este trabajo de investigación, con todos los insumos. Al igual que Al Sistema Educativo de Excelencia, a través de la Dra. Herminia Arguello quienes hicieron donaciones para la actividad de preventiva en el Barrio de Potrero Angelito de Itacuruby de la Cordillera. A mis compañeros colegas que me ayudaron en el proceso de recolección de Datos a la Dra. Elsa Quintana, Dr. Hernesto Recalde y Dr. Elvio Galeano. Y a todos los miembros de la comunidad de Potrero Arroyito, en especial a los miembros de la Capilla Sagrado Corazón de Jesús y miembros de la comunidad.

## 8. Bibliografía.

1. Oropeza LM, Meléndez Ocampo AF, Sánchez RO, López AF. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Rev Mex Ortod [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 25];2(4):220-7. Available from:

<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=52835>

2. Aguilar Moreno NA, Taboada Aranza O. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México Frequency of malocclusions in association with body posture problems in a school population from the State of Mexico [Internet]. Vol. 70, Bol Med Hosp Infant Mex 364 ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN Bol Med Hosp Infant Mex. 2013 [cited 2019 Apr 25]. Available from:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=46272>

3. Burgos D. Prevalencia de Maloclusiones en Niños y Adolescentes de 6 a 15 Años en Frutillar, Chile. Int J Odontostomatol [Internet]. 2014 Apr [cited 2019 Jan 25];8(1):13–9. Available from:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

4. Lugo DC, Toyo DI. HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 25];1–17. Available from:

<http://www.ortodoncia.wshttp://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

5. Cartes-Velásquez R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural. Int J Odontostomatol [Internet]. 2012 Apr [cited 2019 Apr 25];4(1):65–70. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2010000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2010000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

6. Paredes V, Rech C. Prevalencia de las maloclusiones en dentición mixta en una muestra de niños valencianos. Odontol pediátrica [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 25];16(1):5. Available from:

[https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/86\\_rech.pdf](https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/05/86_rech.pdf)

7. Hidalgo LP, Carrillo D. Prevalencia de maloclusiones de Angle en niños de 9 a 13. OdontoInvestigacion [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2019 Jan 25];1(2):24–31. Available from: <http://revistas.usfq.edu.ec/index.php/odontoinvestigacion/article/view/192>

8. Flores Pinedo M. Prevalencia de maloclusiones según la clasificación de Angle en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa No 50271 Horacio Zevallos Gamez de la Provincia de la convencion-Maranura 2015. Universidad Andina del Cusco; 2015.

9. Moran, Vanessa. Zamora O. Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de las E.B.N los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. miranda, Venezuela. Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 25];(6):1–19. Available from: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art4.asp>

10. Castillo AA Del, Mattos-Vela MA, Castillo RA Del, Castillo-Mendoza C Del. Malocclusions in children and adolescents from villages and native communities in the ucayali amazon region in peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2011 Mar [cited 2019 Jan 25];28(1):87–91. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342011000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

11. Plazas Román J, Martínez Bermúdez O, Castro Pacheco L, Solana García AM, Villalba Manotas LF. Prevalencia de maloclusiones en niños de una escuela en Cartagena de Indias. Cienc y Salud Virtual [Internet]. 2011 Dec 30 [cited 2019 Jan 25];3(1):2. Available from: <http://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/38>

12. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta

Odontológica Venez [Internet]. 2007 [cited 2019 Jan 25];45 no1(1):7. Available from: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art-10/>