

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGIA
GUANTANAMO**

**AFECCIONES BUCOMAXILOFACIALES
EN NIÑOS.**

Dra. Deysi Suárez Zafra¹, Dra. Magdalena Cueria Basalto¹, Dra. Nuvia Rodríguez Rivera², Dra. Mercedes Suárez Rousseaux¹, Dra. Yissel González-Longoria Ramírez.³

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar las alteraciones bucomaxilofaciales más frecuentes en los niños de la Escuela Especial "Alfredo Gómez", desde diciembre 2003 hasta marzo 2005. El universo está constituido por 88 niños, entre 7 y 16 años de edad, los cuales estaban diagnosticados como niños con retardo en el desarrollo psíquico y retraso mental leve y moderado. La información fue recogida a través de la aplicación de una encuesta de salud bucodental de la OMS, de la cual se escogieron los datos de interés. Se realiza un examen físico extraoral e intraoral, donde se obtuvieron como principales resultados: periodontopatías, caries y maloclusión, necesidad de tratamiento estomatológico en todas las edades, con predominio en el grupo de 12-16 años, así como prevalencia de los tratamientos periodontal, conservador y ortodóncico como los de mayor necesidad.

Palabras clave: SALUD BUCAL; ODONTOLOGIA PREVENTIVA; SERVICIOS DE SALUD DENTAL.

INTRODUCCION

El conocimiento del retraso mental data de la más remota antigüedad. Se conocen descripciones en Grecia como la de Alemaron de Soto (año 500 a.n.e), el que puede considerarse como el médico que colocó el primer peldaño en este estudio. Este griego planteó que el órgano del cuerpo donde se captaban las sensaciones, se generaban las ideas y se permitía el conocimiento, era el cerebro.

¹ *Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.*

² *Especialista de I Grado en Ortodoncia.*

³ *Residente de Estomatología General Integral.*

Esta idea fue tomada posteriormente por Hipócrates, el Padre de la Medicina (460-377 a.n.e); en su opinión, los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades del cerebro e intentó clasificarlos, constituyendo éstos unos de sus méritos principales.¹ En el Renacimiento se destaca Platter y Wellis, los cuales denominaron al retraso mental como imbecilidad; además, orientaron su tratamiento.

A partir de entonces comienza un acelerado desarrollo que tiene, desde el punto de vista clínico, un momento importante en los estudios de Kroepelin, el cual introduce el retraso mental en su monumental clasificación, designándolo como oligofrenia, y enuncia algunos aspectos relacionados con la terapéutica y la rehabilitación.²

La Asociación Americana sobre Retraso Mental (AARM) fundada en 1876 y de gran prestigio en el mundo de la discapacidad, con más de un siglo de trabajo en tareas de investigación relacionadas con el retraso mental, se ha preocupado, dentro de sus múltiples tareas, en consignar una delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con retraso mental.

Con esta historia, se llega a la novena y actual edición del manual en la que se hace referencia a limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente, y se caracteriza por un funcionamiento intelectual, significativamente inferior a la media, junto con limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas:³

1. Comunicación
2. Cuidado personal
3. Vida en el hogar
4. Habilidades sociales
5. Utilización de la comunidad
6. Autogobierno
7. Salud y seguridad
8. Habilidades académicas funcionales
9. Ocio
10. Trabajo

Estudios recientes sobre discapacitados en Cuba arrojan que existe un total de 366 864 discapacitados, de ellos, 140 489 son retrasados mentales para una tasa de 1.25 x 100 habitantes, equivalente dentro de los parámetros de países desarrollados.⁴⁻⁶

La atención estomatológica es una de las estrategias priorizadas por el Ministerio de Salud Pública, con una alta implicación en el estado de salud de la población y en el orden político y social. Constituye el conjunto de actividades de organización, funcionamiento y control a seguir por diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud en su red de instituciones estomatológicas, encaminadas a mejorar la salud bucal y general de la población y su satisfacción.⁷

El objetivo de la atención estomatológica a los discapacitados está dirigido a elevar el nivel de salud bucal, promoviendo salud y previniendo las enfermedades bucodentales, así como garantizando su curación y total recuperación.

La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad.

En nuestro país, la incidencia de caries en estos pacientes es muy elevada. La presencia de hábitos nocivos es habitual. La enfermedad periodontal está en gran medida condicionada por el nivel de higiene oral, la edad del paciente, el grado de retraso mental y el régimen de institucionalización.

A pesar de que recientemente se realiza en nuestro país un estudio genético a pacientes retrasados mentales y discapacitados, y teniendo en cuenta la existencia de pocos trabajos relacionados con este tema en el campo de la estomatología, nos vimos motivados a realizar este estudio.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal para determinar el estado de salud bucal en los niños con retardo del desarrollo psíquico y retrasos mentales de la Escuela Especial "Alfredo Gómez" de la ciudad de Santiago de Cuba, durante el período comprendido desde diciembre de 2003 hasta marzo de 2005.

El universo está constituido por los 88 niños matriculados en esta institución, con edades comprendidas entre 7 y 16 años, los cuales están diagnosticados psicológicamente como retardo en el desarrollo psíquico (RDP) y retrasos mentales leves y moderados, y que reciben atención en el servicio de estomatología del Hospital General de Santiago de Cuba.

Se efectúa el examen clínico de los escolares en el sillón dental con luz artificial, utilizando instrumental de diagnóstico (pinza para algodón, espejo y explorador) y sonda periodontal de la OMS, auxiliándose de la jeringa de aire y obteniendo datos relacionados con el estado de salud bucal. Se empleó la encuesta de salud bucal de la OMS⁸, a la cual se le hicieron modificaciones (Anexo) teniendo en cuenta las características del grupo de estudio.

Se consideran las siguientes variables:

Edad: La selección de los grupos etarios se realizó según características psicológicas de estos niños e indicadores de interés desde el punto de vista estomatológico.

7 - 11 años: En esta etapa el niño transita por una dentición mixta.

12 - 16 años: Etapa en la que todos los dientes permanentes están brotados con excepción de los terceros molares, además, el primer molar permanente lleva más de 6 años en la cavidad bucal. Es una etapa importante para evaluar los indicadores de las periodontopatías en los adolescentes.

Sexo: Se clasificó en sus dos categorías biológicas: femenino y masculino.

Categoría diagnóstica: Para ello se tuvo en cuenta el diagnóstico psicológico y pedagógico adjunto en su expediente docente. Se clasificaron en:

a) Niños con retardo en el desarrollo psíquico (RDP):⁹

Niños con determinadas características nerviosas y psíquicas en los cuales se origina una situación docente específica, que no les permite cumplir con los requisitos que se les exigen en escuelas primarias, lo que produce una diferencia en el proceso de adquisición de conocimientos, donde están presentes los indicios de una diferencia orgánica o funcional cerebral, observable en la disminución de ritmo de su desarrollo psíquico y en la calidad del trabajo intelectual que realiza. Son niños que se quedan atrás en las escuelas primarias.

b) Niños con retraso mental (RM):⁹

Estos niños presentan un desarrollo anormal de los procesos psíquicos fundamentales: los cognoscitivos superiores, o sea, defectos estables y firmes de su actividad cognoscitiva: la percepción, el pensamiento lógico

verbal, el lenguaje y otros, como consecuencia de una lesión orgánica cerebral.

Según la profundidad del defecto, la inadaptación social y el coeficiente de inteligencia (CI) se clasifican en:

1. Retraso mental leve (RML): CI 70-50 %
 - Realizan actividades de tipo social con un mínimo de independencia.
 - Insuficiente desarrollo de la actividad cognoscitiva.
 - Necesitan mucha atención individual.

2. Retraso mental moderado (RMM): CI 49-35 %
 - Pueden integrarse y convivir en instituciones protegidas.
 - Realizan tareas simples.
 - Tienen cierta autonomía social.
 - Considerable retraso de las funciones psíquicas superiores.
 - Necesitan clases especiales, estimulación y atención individual más reforzada que los leves.

Estado de la dentición: Se utilizan los criterios utilizados por la OMS¹⁰ en 1997. Estas categorías se registraron con una codificación numérica para el diente permanente y alfabético para los temporales, donde se consideran:

- Dientes sanos: Cuando no muestran signos clínicos de caries tratadas o sin tratar, o cuando se presentan puntos blancos con aspecto de yeso, decolorado, fosas y fisuras manchadas que retienen el explorador, pero que no se detecta fondo reblandecido.

- Diente cariado: Todas aquellas lesiones en fosas, fisuras y superficies lisas con pisos o paredes reblandecidas y socavadas u obturaciones temporales.

- Diente obturado: Cuando está presente una o más obturaciones permanentes o cuando existe una corona instalada a causa de caries previas.

- Diente obturado con recidiva: Cuando presenta características de un diente obturado, además de caries en los bordes de la obturación.

- Diente perdido por caries: Cuando está ausente el diente temporal o

permanente por caries. Para la dentición temporal se registra con este código si el sujeto tiene una edad en que la exfoliación normal no es explicación suficiente para su ausencia.

- Diente perdido por otra causa: Diente permanente ausente por razones genéticas, por indicación de ortodoncia, periodontopatías y/o traumas.
- Extracción indicada: Por movilidad dental o cuando la destrucción coronaria no permita tratamiento conservador.
- Trauma: Si existe algún diente con evidencia clínica de trauma dental.
- No se registra: Se utiliza para cualquier diente permanente tratado que por algún motivo no se pueda analizar. Ejemplo: bandas de ortodoncia, hipoplasia intensa.

Basados en esta información se procede a determinar el estado de la dentición mediante el cálculo del índice coe-d y COP-D.

$$\text{coe-d} = \frac{\text{cariados} + \text{obturados} + \text{extraídos}}{\text{Total de pacientes examinados}}$$

$$\text{COP-D} = \frac{\text{Cariados} + \text{Obturados} + \text{Perdidos}}{\text{Total de pacientes examinados}}$$

Necesidad de tratamiento: Existen varios tipos, descritas como sigue:

- Necesidad de tratamiento conservador: Se utilizan los datos obtenidos en el examen clínico, incluyendo todas las personas con caries, recidivas, traumas que necesitan reconstrucción y tratamientos endodónticos.
- Necesidad de tratamiento no conservador: Exodoncia, destrucción coronaria parcial o total, que no admita tratamiento conservador.
- Necesidad de tratamiento periodontal: Se emplea el INTPC y se incluyen aquellos que presentan, por lo menos, algunos de los indicadores del estado

periodontal utilizado en esta evaluación (sangramiento, cálculos y bolsas de 4-5 mm), se toma siempre el de mayor valor.¹¹

- Necesidad de tratamiento ortodóncico: Se incluyen todos los niños con maloclusión; ya fueran leves, moderadas o severas; cuando al menos uno de los maxilares esté afectado, se toma la alteración de mayor severidad.
- Necesidad de tratamiento maxilofacial: Se incluyen enfermedades que necesitan tratamiento en esta especialidad, por ejemplo: labio y paladar fisurado, tratamiento para la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), entre otros.

RESULTADOS Y DISCUSION

Por definición, la persona incapacitada tiene un alto riesgo y requiere una revisión continua del estado de salud, debido a la mayor incidencia de enfermedades y a su reducida capacidad de tratamiento.¹²

Al hacer un análisis de las categorías diagnósticas según grupos de edades se encontró predominio, de forma general, de los niños con RML (48.9 %), seguido por el grupo de niños con RDP (34.1 %); sólo el 17 % de los niños se encontró en el grupo de RMM (Tabla 1). Al realizar el análisis de cada una de las categorías por grupos de edades, el comportamiento no fue similar, ya que en el grupo etario 7-11 predominaron los niños con RDP (19.3 %), sin embargo, en el grupo de 12-16 años predominaron los niños con RML (30.7 %).

El COP-D en los niños de 7-11 y 12-16 fue de 1.9 y 5.1, respectivamente. En estudios desarrollados por Alea (Tesis no publicada), el COP-D fue mayor en la población de 7-11 (2.9) y relativamente similar en la población de 12-16 años; sin embargo, en una investigación realizada en niños retrasados mentales en Granma¹³, el índice COP-D fue de 0.56 (Tabla 2).

Estos datos revelan que aunque la carie dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia se ha notado tendencia a la disminución en estudios realizados en los últimos años, fundamentalmente, en la población menor de 15 años¹⁴, resultados que se obtienen en el país, gracias al sistema social donde se ha logrado la institucionalización de estos niños. Esto significa que además de las acciones concretas que se realizan en la atención a los niños con necesidades especiales en las escuelas, se exige la participación activa de la familia y la comunidad, y también se estimula el desarrollo de acciones

conjuntas con el Ministerio de Salud Pública y las organizaciones sociales y de masas¹⁵ para lograr, de esta manera, una atención integral y priorizada a sus problemas de salud.

Las principales afecciones del complejo bucomaxilofacial se muestran en la Tabla 3, se observó que el 81.8 % de los niños tenía afecciones periodontales, el 51.1 % estaba afectado por caries y el 42.1 % por maloclusión. El trauma bucal sólo se presentó en 4 pacientes (4.5 %).

Las disfunciones de la ATM pueden contemplar desde un chasquido hasta una anquilosis, donde los ruidos articulares es uno de los trastornos más habituales que se han informado, tanto en niños preescolares como en adolescentes y adultos¹⁶; sólo 7 niños presentaron trastornos de la ATM (7.9 %).

Lo descrito en esta tabla refleja que existe un gran número de casos afectados por enfermedades bucales. Como plantea Elías¹⁷: "...éstos hallazgos sugieren la necesidad de enfatizar cuidado dental preventivo en los pacientes incapacitados para optimizar su salud dental...."

La prevalencia y severidad de caries y la enfermedad periodontal se incrementan significativamente en la población discapacitada, atribuibles a factores de riesgo que lo justifican: alto consumo de azúcar, elevados niveles de microorganismos cariogénicos, previa experiencia de caries, situación socioeconómica, pobre higiene bucal, patrones familiares y otros, que hacen considerar a esta población como de alto riesgo.¹⁷

Dentro de la gran variedad de enfermedades bucodentarias que existe en este colectivo, la enfermedad periodontal, además, de la placa bacteriana, se ve influenciada por otros muchos factores tanto sistémicos como locales.¹⁸

Al realizar un análisis de la necesidad de tratamiento por grupos de edades (Tabla 4), se observó que, en el grupo de 7-11 años, el 73.3 % necesita tratamiento periodontal, seguido con una diferencia marcada de los que necesitan tratamiento conservador y de ortodoncia, éstos dos últimos detectados en el 42.1 % de los casos. Sin embargo, en el grupo de 12-16 años el orden de necesidad de tratamiento se comportó de manera similar pero con mayor prevalencia, es decir, el 88 % de los niños necesitan tratamiento periodontal, el 58 % tratamiento conservador y el 23.9 %, tratamiento de ortodoncia.

Ya en la relación de las categorías diagnósticas con la necesidad de tratamiento (Tabla 5), vemos que tanto para el tratamiento periodontal como para el de ortodoncia, el grupo más necesitado fue el de RML con el 45.8 y 46.0 %, respectivamente, y para el tratamiento conservador, maxilofacial y no conservador, el grupo más necesitado fue el de RDP con el 48.9, 57.1 y 42.8 %, en ese mismo orden.

En muchos países del mundo los minusválidos psíquicos y sobre todo aquellos de menor coeficiente de inteligencia, son " olvidados " por sus familiares en centros o instituciones, quedando sometidos al más completo abandono.¹⁹

En Cuba desde el triunfo revolucionario, se comenzaron a optar medidas concretas para el amparo de los discapacitados, se constituyeron las escuelas especiales que más que una enseñanza representa una política y, paralelo a ello, se instaura un Programa Nacional de Estomatología, donde los retrasados mentales constituyen un grupo priorizado y cuyo objetivo principal es elevar el nivel de salud bucal de éstos.

Es importante saber que desde una discapacidad se puede reorganizar un estilo de vida satisfactorio, sólo se necesita tener la mente abierta y la voluntad para saber que nada está perdido y que desde cualquier situación desventajosa se pueden potenciar capacidades innatas²⁰.

CONCLUSIONES

En los niños estudiados predominó la categoría diagnóstica de retraso mental leve. Las enfermedades bucales más frecuentes fueron las periodontopatías y las caries, lo cual condiciona, de hecho, las principales necesidades de tratamiento, que serían tratamiento periodontal y tratamiento conservador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alexander Ft, Silesnieck. Historia de la Psiquiatría. Barcelona: Ed Espox 1974:9.
2. Zamski JS. Historia de la Oligofrenopedagogía. La Habana: Editorial Pueblo y Educación 1979:13.
3. Verdugo MA, Linaro C. Retraso Mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo. Madrid: Ed Alianza 1997:14.
4. Bell RR, López MR. Convocados por la diversidad. La Habana: Editorial Pueblo y Educación 2002:1-40.

5. Ravaglia C. El problema de salud bucodental de los pacientes discapacitados y especiales en América Latina. *Rev Fola Oral* 1997; 3(9):162-5.
6. Cobas Ruíz M. Una proeza para la vida. Mesa redonda. 2003.
7. Sosa Rosales M, Salas Adam MR. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:493-516.
8. OMS. Planificación de una encuesta básica de salud bucodental. En: *Encuesta de salud bucodental. Métodos básicos 4ed*. Ginebra: OMS 1997: 21-52.
9. Trujillo Aldama L, Areas Beaton G, Torres González M, Cardona Speech G. Niños con retardo en el desarrollo psíquico. En: *Fundamentos de Defectología*. La Habana: Editorial de libros para la educación 1980:129-36.
10. OMS. Formulación de evaluación. En: *Encuestas de Salud bucodental. Métodos básicos 4ed*. Ginebra: OMS 1997:21-52.
11. Del Valle MC. Temas de Periodoncia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación 1991; 1:91 - 100.
12. Legón Padilla N. Cardoso Ramos L. Algunas consideraciones sobre el niño impedido físico y mental en la práctica estomatológica. *Rev Cubana Estomatología* 1989; 26(4): 255-67.
13. Martín Gomar J, Andrés Poveda M, Fong Borges M, Días Rodríguez O. Estado de salud bucal de los niños retrasados mentales de la escuela especial Félix Varela. Bayazo, *Clínica de Especialidades Estomatológicas Docente*, 1998.
14. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Valido J, *et al*. Guías prácticas clínicas de caries dental. En: *Guías Prácticas de Estomatología*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2003:24.
15. Bell Rodríguez R, Chakout T, Cobas Ochoa C, Santaballa Figueredo A, Pérez Guerra A, Llorens Treviño V, *et al*. Educación especial: sublime profesión de amor. La Habana: Editorial Pueblo y Educación 1996:20.
16. García López E, Domínguez Fleites LM, Denis Alfonso IA, De la Torre A. Caracterización de los sonidos de la ATM. *Rev Cubana de Ortodoncia* 1997; 12(2):84-90.
17. Elías R, Hernández Enciso ML, Elías C. Necesidades odontológicas en niños especiales. *Revista Fola Oral* 2001; 7(19):38-41.
18. Tan Castañeda N. Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. *Rev. Cubana de estomatología* 2001; 38(3):181-91.

19. Bullón Fernández P. Odontología en pacientes especiales. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Barcelona: Trigo 1998; 3:3225-45.
20. Qué es discapacidad [http:// www. Geocities.com/ anclarparadiscapitados/DISCAPACIDAD. htm](http://www.Geocities.com/anclarparadiscapitados/DISCAPACIDAD.htm) > [consulta: 17 Mar 2002]

TABLA 1. CATEGORIIA DIAGNOSTICA Y EDAD.

EDAD	CATEGORIA DIAGNOSTICA							
	RDP		RML		RMM		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
7 – 11	17	19.3	16	18.2	5	5.7	38	43.2
12 – 16	13	14.8	27	30,7	10	11.3	50	50.8
TOTAL	30	34.1	43	48.9	15	17.0	88	100

TABLA 2. INDICE COP-D SEGUN EDAD Y COMPONENTES.

EDAD	COMPONENTES						COP- D
	C		O		P		
	No.	%	No.	%	No.	%	
7 – 11	17	23.3	53	72.6	3	4.1	1.9
12 - 16	63	24.7	148	58.0	44	17.3	5.1

TABLA 3. AFECCIONES BUCOMAXILOFACIALES Y EDAD.

AFECCIONES BUCOMAXILOFACIALES	EDAD				TOTAL	
	7 – 11		12 – 16		No.	%
	No.	%	No.	%		
Caries	16	18.1	29	32.9	45	51.1
Afecciones periodontales	28	31.8	44	50.0	72	81.8
Maloclusión	16	18.2	21	23.9	37	42.0
Trauma	1	1.1	3	3.4	4	4.5
Trastorno ATM	2	2.3	5	5.7	7	7.9

TABLA 4. NECESIDAD DE TRATAMIENTO SEGUN EDAD.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO	EDAD			
	7 - 11		12 - 16	
	No.	%	No.	%
Ortodoncia	16	42.1	21	23.9
Periodoncia	28	73.7	44	88.0
Conservador	16	42.1	29	58.0
Maxilofacial	2	5.3	5	10.0
No conservador	1	2.6	6	12.0

TABLA 5. NECESIDAD DE TRATAMIENTO SEGUN CATEGORIA DIAGNOSTICA.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO	CATEGORIA DIAGNOSTICA							
	RDP		RML		RMM		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ortodoncia	11	29.7	17	46.0	9	24.3	37	100.0
Periodoncia	28	38.9	33	45.8	11	15.3	72	100.0
Conservador	22	48.9	18	40.0	5	11.1	45	100.0
Maxilofacial	4	57.1	2	28.6	1	14.3	7	100.0
No conservador	3	42.8	2	28.6	2	28.6	7	100.0

ANEXO

ENCUESTA DE SALUD BUCAL

(Encuesta de la OMS de 1997 modificada, adaptada por la autora)

Información General.

Número _____

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____/años Sexo: (M =1) (F= 2) _____/

Evaluación Clínica _____/ Evaluación Psicológica _____/

Examen Extraoral _____/

1- RDP

2- RML

3- RMM

0. Apariencia extraoral normal
1. Anomalías en piel y mucosa de cabeza y cuello
2. Nódulos linfáticos agrandados.
3. No se registra

Examen de la ATM

Síntomas D _____/ I _____/

0. No
1. Chasquido articular
2. Dolor a la palpación
3. Dificultad movimiento apertura y cierre de 30 mm

Signos: D _____/ I _____/

0. No
1. Chasquido, sonido audible
2. Contractura maseterina
3. Reducida apertura bucal menor

Índice Periodontal de la comunidad INTPC

- | | | | | |
|--------------------|----|---|----|----|
| 0. Normal | 16 | / | 11 | 26 |
| 1. Sangramiento | 46 | | 31 | 46 |
| 2. Cálculos | | | | |
| 3. Bolsa 4 - 5 mm | | | | |
| (*) No se registra | | | | |

Oclusión _____/

0. Sin alteración
1. Leve
2. Moderada o Severa
- (*) No se registra

Estado de dentición

Temporal	Total de Dientes	Permanente	Total de Dientes
A- Sano	()	0- Sano	()
B- Cariado	()	1- Cariado	()
C- Obturado c/ recidiva	()	2- Obturado c/ recidiva	()
D- Obturado	()	3- Obturado	()
E- Extraído por caries	()	4- Extraído por caries	()
F- Trauma	()	5- Trauma	()
(*) No se registra	()	(*) No se registra	()
Sano ()	Saneado ()	Afectado ()	

Hábitos Deformantes: Sí () No ()

1. Succión digital
2. Empuje Lingual
3. Respirador Bucal
4. Otros

Necesidad de tratamiento estomatológico

0. No necesita ()
1. Ortodoncia ()
2. Periodoncia ()
3. Conservador ()
4. No conservador ()
5. Otros ()