

COMUNICACIÓN BREVE

Caracterización de las maloclusiones en escolares atendidos en Amancio durante el primer trimestre de 2014

Characterization of malocclusions in schoolchildren treated in Amancio during the first trimester of 2014

Autores: Dr. Tomás de la Paz Suárez*, Dra. Carmen García Alguacil**

* Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente. Clínica Docente del municipio de Amancio, Las Tunas, Cuba.

** Especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. Clínica Docente del municipio de Amancio, Las Tunas, Cuba.

Correspondencia a:

Dr. Tomás de la Paz Suárez

Correo electrónico: carmendelalma@ltu.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, para caracterizar las maloclusiones en los escolares atendidos en la clínica estomatológica del policlínico "Luis Aldana Palomino", municipio de Amancio, Las Tunas, Cuba; en el período comprendido entre los meses de enero y abril de 2014. El universo estuvo constituido por 135 niños con dentición mixta entre los siete y los diez años de edad y la muestra quedó conformada por 57 infantes, a los que se les diagnosticó algún tipo de maloclusión y no tenían tratamiento para la misma o lo habían abandonado. A través del examen bucal, el interrogatorio y el examen físico se obtuvieron las principales variables estudiadas, que se recogieron en un formulario creado para este fin y que fueron las siguientes: clasificación de las maloclusiones según Angle y características clínicas de la oclusión. Se obtuvieron los siguientes resultados: predominó la clase I de Angle; el resalte aumentado y el apiñamiento dentario fueron las características clínicas más significativas en estos niños.

Palabras clave: MALOCLUSIÓN; CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA OCLUSIÓN; CLASIFICACIÓN DE ANGLE.

Descriptor: MALOCLUSIÓN DE ANGLE CLASE I.

ABSTRACT

An observational, descriptive study was carried out to characterize malocclusions in the schoolchildren treated at the dental clinic of "Luis Aldana Palomino" Polyclinics in Amancio, from January to April, 2014. The universe was constituted by 135 children with mixed dentition between 7 and 10 years old, and the sample was made up by 57 infants diagnosed with some kind malocclusion and had no treatment or had abandoned it. The buccal and physical exams and the interrogation helped obtaining the main variables, which were collected in a form made for the purpose and appeared as follows: classification of malocclusions according to Angle and the clinical characteristics of the occlusion. The results showed a prevalence of Angle's class I malocclusion, horizontal maxillary overjet and dental crowding, which were the most significant clinical characteristics in the children.

Key words: MALOCCCLUSION; CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE OCLUSION; ANGLE'S CLASSIFICATION.

Descriptor: MALOCCCLUSION, ANGLE CLASS I.



INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones o anomalías dentomaxilofaciales, son desviaciones de la oclusión en relación con la posición de los dientes, la función deficiente del sistema masticatorio y las irregularidades del crecimiento de todo el macizo facial. Tienen origen multicausal, aunque se ha comprobado que existe una interacción entre los factores ambientales y la herencia, los que actúan sobre todo en el periodo de la infancia, siendo los hábitos bucales deformantes la causa más frecuente de su aparición. (1-3)

En los Estados Unidos de Norteamérica diversos estudios sostienen que el 70% de los niños y jóvenes norteamericanos tienen cierto grado de desarmonía oclusal. En Venezuela se encontró que el 77% de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. También estudios realizados en Cuba a finales de la década de los 90 comprobaron la alta prevalencia de las anomalías dentomaxilofaciales en la población infantil y juvenil, que oscila entre un 43% y un 89%, pero que la necesidad real de tratamiento se estima en un 40%. (1, 4)

Al realizar la atención estomatológica de los escolares correspondientes a este curso, para darle cumplimiento al plan incremental, según lo establecido en el Programa Nacional de Atención Integral a la población, se obtuvo como resultado que las maloclusiones constituían el principal problema de salud de estos niños, superando a la caries dental y a la enfermedad periodontal. La mayoría de ellos no tenían tratamiento para las mismas, razón que sirvió como principal motivación para realizar este trabajo, cuya finalidad es caracterizar las maloclusiones en los niños atendidos en Amancio durante el primer trimestre del año en curso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, para caracterizar las maloclusiones en los escolares atendidos en la clínica estomatológica del policlínico "Luis Aldana Palomino", del municipio de Amancio, Las Tunas, Cuba; en los meses de enero a abril de 2014.

El universo de estudio estuvo constituido por los 135 niños procedentes de tres centros escolares del municipio, en las edades comprendidas entre siete y diez años, con presencia de dentición mixta. La muestra quedó conformada por 57 escolares, a los cuales se les diagnosticó algún tipo de maloclusión y no tenían tratamiento para la misma o habían abandonado el tratamiento con anterioridad al

examen bucal realizado por los investigadores; se excluyeron a los infantes que eran portadores de algún tipo de aparatología ortodóncica.

Para la obtención de la información se realizó una amplia revisión bibliográfica y documental sobre el contenido relacionado con el tema en estudio. El diagnóstico se realizó en la consulta de atención primaria a la luz artificial, con utilización del set de clasificación, una regla milimetrada y un pie de rey. Se estableció mediante interrogatorio y examen clínico.

Se elaboró un formulario de recogida de datos, como la identificación del paciente (nombre, fecha de nacimiento, edad, sexo, dirección, número de historia clínica) y datos del examen clínico (clasificación de la oclusión, teniendo en cuenta los tres planos, en sentido anteroposterior: el resalte incisivo y la relación molar). En sentido transversal se tuvo en cuenta la desviación de la línea media, la presencia de mordidas cruzadas y, en sentido vertical, el sobrepase incisivo y la mordida abierta. Fueron utilizadas las mediciones según Jenkins-Moyers para la discrepancia hueso diente; y las de Bogue y Mayoral para determinar el micrognatismo transversal. (2)

La clasificación de Angle se obtuvo a través de la relación de las cúspides vestibulares de los primeros molares permanentes, superiores e inferiores. Considerando como clase I, o neutroclusión, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluía en el surco vestibular del primer molar inferior; clase II, o distoclusión, si la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluía por delante del surco vestibular del primer molar inferior; clase III, o mesioclusión, cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluía por detrás del surco vestibular del primer molar inferior; y en la categoría sin clasificar se incluyeron los pacientes que habían perdido uno de los primeros molares permanentes.

Los datos se procesaron estadísticamente con la ayuda del programa Microsoft Excel en una computadora Pentium 4. Fue realizado mediante la estadística descriptiva, distribución de frecuencia y porcentaje.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al analizar las maloclusiones según la clasificación de Angle (**tabla 1**), se aprecia que predominó la clase I o neutroclusión de molares en un 50,8%, seguida de la clase II o distoclusión, con un 31,5%. Resultado que coincide con todos los autores consultados. (4-8)

TABLA 1. Clasificación de las maloclusiones según Angle

Clasificación según Angle	Nº	%
Clase I	29	50,8
Clase II	18	31,5
Clase III	8	14
Sin clasificar	2	3,5
Total	57	100

Los primeros molares permanentes erupcionan alrededor de los seis años, distalmente a los segundos molares temporales, siendo estos los encargados de guiar la erupción del molar permanente, específicamente a través de la relación que se establece en sentido anteroposterior (plano terminal) de sus caras distales, o sea, que desde la dentición temporal existe mayor probabilidad de que al brote de los primeros molares permanentes se establezca una relación de neutroclusión.

Las relaciones que se pueden dar en la dentición temporal son las siguientes: si los segundos molares temporales terminan en un plano recto, al erupcionar el primer molar temporal lo hará en una posición de borde a borde; cuando la dentición temporal es espaciada, el primer molar inferior se desplaza hacia mesial a cerrar el espacio del primar, permitiendo ocupar una posición de normoclusión; por el contrario, de no existir espaciamiento, el desplazamiento se produce al exfoliarse el segundo molar temporal, porque el segundo bicúspide que lo reemplaza es más pequeño y termina en una clase I.

Un número menor de niños presentan en la dentición temporal un escalón distal, producido, fundamentalmente, por un desequilibrio esquelético y, entonces, resulta una maloclusión clase II. En el otro caso, es cuando los molares temporales terminan en un plano mesial, que en la mayoría de los casos los molares permanentes terminan en una clase I, pero si el escalón es muy marcado se produce una clase III.

El resalte aumentado, con 49,1%, seguido del apiñamiento dentario y la discrepancia hueso-diente negativa, con 33,3%, fueron las características clínicas más frecuentes (**tabla 2**).

Iguales resultados obtuvo Alpízar Quintana; por su parte Duque Alberro en Pinar del Río halló igual predominio del resalte aumentado, seguido de las rotaciones. (6, 9) Sin embargo, estudios realizados en Brasil por Rodríguez Farias y Barbosa de Almeida encontraron el apiñamiento dentario como principal

característica clínica de la oclusión, seguidas del resalte aumentado. (1-10)

TABLA 2. Características clínicas en los niños estudiados en esta investigación*

Características clínicas	Nº	%
Resalte aumentado	28	49,1
Apiñamiento	19	33,3
Discrepancia hueso diente	19	33,3
Micrognatismo transversal	15	26,3
Desviación de la línea media	14	24,5
Sobrepase aumentado	11	19,2
Mordida abierta	6	10,5
Mordida cruzada	5	8,7

*Un mismo niño tiene más de una característica clínica.

Se considera que cuando el resalte aumentado sobrepasa los 3 mm, es producido generalmente por la acción de hábitos bucales que ejercen presiones anormales que, actuando desde edades muy tempranas, son capaces de ejercer fuerza sobre los componentes del aparato estomatognático, llevando a los dientes a diferentes alteraciones faciales, que afectan la estética del niño, crean trastornos en su personalidad y aumentan el riesgo de sufrir traumatismo en esta etapa, donde el juego ocupa un papel importante en la vida de los infantes. Es necesario destacar que todos los niños examinados practicaban algún hábito bucal deformante.

Por su parte, el apiñamiento dentario es un problema que se corresponde con la discrepancia entre la longitud del arco y el tamaño de los dientes. Si se tiene en cuenta la filogenia, desde su origen hasta el hombre actual se ha producido una disminución en el hueso basal, sin embargo, el diámetro mesiodistal de los dientes se ha mantenido más estable, además de factores causantes de la disminución de la longitud del arco en la dentición temporal, como son la pérdida prematura de dientes con la correspondiente migración hacia mesial del diente continuo, las caries interproximales, la realización de obturaciones defectuosas interproximales y no de verdaderas reconstrucciones, que devuelvan la integridad óptima a las relaciones de contacto que se establecen entre ambos dientes continuos y la falta de espacios interdentarios, para asegurar la correcta posición de los sucesores permanentes de mayor tamaño y que pueden favorecer el apiñamiento dentario.

CONCLUSIONES

Se caracterizaron las maloclusiones presentes en los escolares. Predominó la clase I de Angle; el resalte aumentado y el apiñamiento dentario fueron las características clínicas más significativas en estos niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Martínez Rodríguez M, Pérez Martínez A, Vinent González R. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal: Círculo XI Festival 2012. Rev Univ Méd Pinareña [internet]. 2012 [citado 2 mayo 2014]; 8(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-estud/rev-estud8-2/rev-estud82-6.html>.
2. Otaño Lugo R. Manual Clínico de Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 5-19.
3. Mora Pérez. Maduración ósea en pacientes con maloclusión clase II división 1 de Angle a partir del desarrollo dental. Medisur [internet]. 2012 [citado 2 mayo 2014]; 10(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1627/989>.
4. Más García MJ, Mora Pérez C, López Fernández R. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. Medisur [internet]. 2009 [citado 2 mayo 2014]; 7(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/527/815>.
5. Macías Gil R, Quesada Oliva LM, Benítez Remón B, González García AM. Frecuencia del apiñamiento dentario en adolescentes del área de salud Masó. 2008. Rev haban cienc méd [internet]. 2009 [citado 2 mayo 2014]; 8(5) supl. 5: [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500011&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
6. Alpízar Quintana R, Moráguez Perelló G, Segué Hernández J. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. Medisan [internet]. 2009 [citado 2 mayo 2014]; 13(6): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600011&nrm=iso.
7. Pupo Martínez Y, Carracedo Alejandro K, Gumila Jardines M, Fonseca del Rey S. Trauma dental. Relación con maloclusiones dentarias en la Isla de la Juventud. Rev Med Isla Juventud [internet] 2012 [citado 2 mayo 2014]; 13(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.ijv.sld.cu/Sitios/revistaWP/?p=1293>.
8. Aguilera Fernández JA, Aguilera Bauzá SM, Toledo Aguilera B, Morales Corella V. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en pacientes de Ortodoncia. Corr Cient Méd [internet] 2013 [citado 2 mayo 2014]; 1(Supl 1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/1243/284>.
9. Duque Alberro Y, Corrales León AL, Pulido Valladares Y, Rezk Díaz A. Comportamiento de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 9 a 14 años. Rev Cienc Méd Pin del Río [internet]. 2011 [citado 2 mayo 2014]; 15(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://publicaciones.pri.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/803/1509>.
10. Rodrigues Farias AC, Teixeira Cangussu MC, Alves Ferreira RF. Occlusal characteristics and orthodontic treatment need in black adolescents in Salvador/BA (Brazil): an epidemiologic study using the Dental Aesthetics Index. Dental Press J. Orthod [internet]. 2013 [citado 2 mayo 2014]; 18(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
11. Barbosa de Almeida A, Gonçalves Leite IC. Orthodontic treatment need for Brazilian schoolchildren: a study using the Dental Aesthetic Index. Dental Press J. Orthod [internet]. 2013 [citado 2 mayo 2014]; 18(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217694512013000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=en.