

ARTÍCULO ORIGINAL

**Características de los pacientes con maloclusiones atendidos en la Clínica Dental Docente “3 de Octubre”**

**Characteristics of patients with malocclusions treated in “3 de Octubre” Teaching Dental Office**

Dra. Ana María García Jiménez\*, Dra. Trinidad Margarita Téllez Peña\*\*, Dr. Omelio Fontaine Machado\*\*\*, Dra. Maura Luisa Rodríguez Jiménez\*\*\*\*

\*Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Auxiliar. \*\*Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Máster en Urgencias Estomatológicas. Profesora Asistente. \*\*\*Especialista de Segundo Grado en Periodoncia. Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar. Clínica Estomatológica “3 de Octubre”. \*\*\*\*Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Auxiliar. Clínica Estomatológica “Héroes de Bolivia”. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Ana María García Jiménez, correo electrónico: piki@ltu.sld.cu.

Recibido: 28 de diciembre de 2015

Aprobado: 22 de febrero de 2016

**RESUMEN**

**Fundamento:** se estima que aproximadamente el 50 % de los niños tiene algún tipo de maloclusión dentaria que requiere tratamiento ortodóncico.

**Objetivo:** describir el comportamiento de las maloclusiones dentarias en pacientes atendidos en el servicio de ortodoncia de la Clínica Dental Docente “3 de Octubre” de la provincia Las Tunas, en el período comprendido de enero a diciembre de 2014.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, en el lugar y período de tiempo antes declarado. La población de estudio fueron los 139 pacientes atendidos.

**Resultados:** el sexo más afectado fue el femenino en ambos grupos de edades; en el grupo de entre 6 y 11 años más de la mitad de la muestra presentó Clase I de Angle, la relación molar decidua más común fue el escalón mesial, la maloclusión más frecuente en el plano vertical resultó el sobrepase aumentado y el apiñamiento dentario se presentó en más de la mitad de la muestra.

**Conclusiones:** se logró describir el comportamiento de las maloclusiones dentarias, la mayoría de los pacientes presentan buen balance esquelético, predominando las maloclusiones verticales y el apiñamiento.

**Palabras clave:** MALOCLUSIÓN; TRATAMIENTO ORTODÓNCICO.

**Descriptores:** MALOCLUSIÓN; ORTODONCIA CORRECTIVA.

**ABSTRACT**

**Background:** it is considered that approximately 50 % of children have some kind of dental malocclusion which requires orthodontic treatment.

**Objective:** to describe the behavior of dental malocclusions in patients treated in the orthodontic service of “3 de Octubre” teaching dental office in Las Tunas province from January to December, 2014.

**Methods:** a retrospective and descriptive study was carried out in the place and time period mentioned above. The study population comprised the 139 treated patients.

**Results:** females were the most affected ones in both age groups; in the group from 6 to 11 years old, more than half the sample presented Angle’s class I; the most common decidua molar relation was the mesial; the most frequent malocclusion in the vertical plane was the increased exceeding and dental squash was present in more than half the sample.

Citar como: García Jiménez AM, Téllez Peña TM, Fontaine Machado O, Rodríguez Jiménez ML. Características de los pacientes con maloclusiones atendidos en la clínica dental docente “3 de octubre”. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(4). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/616>.



**Conclusions:** it was possible to describe the behavior of dental malocclusions; most of the patients show good skeletal balance, prevailing vertical malocclusions and squash.

**Key words:** MALOCCCLUSIONS; ORTHODONTIC TREATMENT.

**Descriptors:** MALOCCLUSSION; ORTHODONTICS, CORRECTIVE.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano se alimenta, habla, expresa sus afectos e instintos más universales y profundos por medio de la boca, y lógicamente el estado de salud o enfermedad de sus componentes, su capacidad funcional y su estética inciden sobre su bienestar social. (1)

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al colocar los arcos dentarios en contacto, tanto en relación céntrica como en protrusión o en movimientos laterales. No comprende solamente interdigitación dentaria, sino también la relación de estos arcos con los tejidos blandos y duros que los rodean y la existente entre las dos bases apicales y el cráneo y, a través de ellos, con el resto del esqueleto humano. La oclusión normal se usa por lo general para expresar un patrón de referencia o situación óptima en las relaciones oclusales y, aunque no es lo que con más frecuencia se encuentra en los pacientes, se considera el patrón más adecuado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en armonía con el sistema estomatognático.

La maloclusión es la patología donde los controles anatómo-fisiológicos del sistema estomatognático se encuentran en desarmonía con los segmentos dentarios. (2)

Las maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de las caries dentales. (3)

Estudios epidemiológicos han mostrado que la maloclusión se presenta con tasas de prevalencia relativamente altas, ya que más del 60 % de la población puede presentarlas. (3, 4) Tienen un origen multifactorial, que comprende factores hereditarios, ambientales o la combinación de estos, y su importancia se establece no solo por el número de personas que la presentan, sino, además, por los efectos nocivos que puede generar su presencia en la cavidad oral, ya que afecta las funciones de la masticación, la deglución y el habla. Su impacto en la estética devalúa la autoestima de los sujetos y su calidad de vida, teniendo en cuenta que los dientes asimétricos o que no guardan proporción con los dientes circundantes alteran la sensación de equilibrio y armonía, esenciales para una estética ideal. (5, 6)

En Cuba la maloclusión también ha aumentado su prevalencia e incidencia convirtiéndose en un problema de salud. (7)

En la provincia existe desconocimiento de la situación actual en relación con el comportamiento de las maloclusiones y muy pocos estudios se han realizado que lo describan, aun cuando se reconoce la necesidad de registros estadísticos sobre su comportamiento, para poder implementar acciones oportunas de promoción, prevención y tratamiento.

El propósito de este estudio es describir el comportamiento de las maloclusiones dentarias en pacientes atendidos en el servicio de ortodoncia de la Clínica Dental Docente "3 de Octubre" de la provincia Las Tunas, en el período comprendido de enero a diciembre del 2014.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, para describir el comportamiento de las maloclusiones en los 139 pacientes ingresados en el servicio de Ortodoncia en la Clínica Dental Docente "3 de Octubre", provincia Las Tunas, en el período comprendido de enero a diciembre del 2014. Se establecieron dos grupos de edades, teniendo en cuenta los períodos de la dentición en que se encontraban los pacientes. De 6 a 11 años, período de dentición mixta, y de 12 años en adelante, período de dentición permanente. Se consideró la clasificación de Angle para clasificar la maloclusión.

Previa coordinación y autorización con la consulta de Ortodoncia y el Departamento de Archivo, en la referida clínica dental, se procedió a la revisión de las historias clínicas de los 139 pacientes. Con la información obtenida se confeccionó una hoja electrónica de cálculo mediante el procesador estadístico Microsoft Excel, que facilitó el procesado de los datos. Se empleó la estadística descriptiva utilizando números absolutos y porcentajes.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se detallan los resultados obtenidos. Se puede apreciar que las maloclusiones se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino y la edad más representativa fue la de 6 a 11 años (**tabla 1**).

Con relación al género, existen evidencias contradictorias de que esta variable tenga algún tipo de influencia en el desarrollo de la oclusión dental, (8) sin embargo se ha observado que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta de Ortodoncia son del sexo femenino, debido a la preocupación de las niñas por su estética.

**TABLA 1. Distribución de los pacientes con maloclusiones según grupos de edad y sexo**

Sexo	Distribución por grupos de edad				Total	
	6-11		12 y más			
	No	%	No	%	No	%
Masculino	23	16,5	15	10,8	48	34,5
Femenino	63	45,3	38	27,3	91	65,5
<b>Total</b>	86	61,9	53	38,1	139	100

Fuente: historia clínica

Aun cuando se plantea que conforme avanza la edad, la probabilidad de experimentar algún desequilibrio en la oclusión se va incrementando, (8) la mayor prevalencia de maloclusiones se encontró

en la dentición mixta, lo que difiere de un estudio realizado en niños entre 5 y 11 años de edad, (9) donde se observó similar comportamiento de las maloclusiones en todas las edades estudiadas.

**TABLA 2. Distribución de los pacientes con maloclusiones según grupos de edad y clasificación de Angle**

Grupos de edad	Clasificación de Angle							
	Clase I		Clase II		Clase III		No clasificable	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 a 11	48	34,5	26	18,7	2	1,4	10	7,2
12 y más	23	16,5	17	12,2	10	7,2	3	2,1
<b>Total</b>	71	51	43	30,9	12	8,6	13	9,3

Fuente: historia clínica; n=139

Se observa que más del 50 % de los pacientes presentó clase I de Angle, seguido de la Clase II con el 30,9 % y solo el 8,6 % presentó Clase III. La relación del primer molar permanente no fue determinada en 13 pacientes, debido a que no se encontraba totalmente erupcionado o había sido extraído (**tabla 2**).

Las maloclusiones según clasificación de Angle descritas en el presente trabajo tienen un comportamiento similar a las reportadas en la

mayoría de la literatura, (3, 10-12) y en la provincia se han obtenido resultados similares en el mismo servicio en 2012 (13) y en escolares entre 7 y 10 años de edad. (14)

El resultado encontrado evidencia que la mayoría de los pacientes con maloclusiones dentarias presentó un buen balance esquelético, lo que favorece la corrección de las mismas y permite avizorar resultados favorables desde el punto de vista del pronóstico de los casos.

**TABLA 3. Distribución de los pacientes con maloclusiones según grupos de edad y relación de segundos molares temporales**

Grupos de edad	Planos terminales					
	Recto		Mesial		Distal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 a 8	12	14	31	36	19	22,1
9 a 11	-	-	17	8,1	7	8,1
<b>Total</b>	12	29	48	55,9	26	30,2

Fuente: historia clínica; n=86

Teniendo en cuenta las edades en que se presenta la dentición mixta (**tabla 3**), se encontró que en el 55,9 % de los pacientes fue más frecuente el escalón mesial, seguido del escalón distal en el 30,2 % y en el 29 % el plano terminal recto, lo que difiere de otro estudio, que reporta un predominio del plano terminal recto con 86,6 %. (15)

El resultado encontrado coincide con lo reportado en estudios realizados en México (15) en edades entre 4

y 6 años y en Colombia, (16) donde predominó el escalón mesial en el 50,3 % de los pacientes y permite predecir el futuro establecimiento de una Clase I de Angle de manera que, promover salud y prevenir factores de riesgo en la aparición de maloclusiones durante la dentición temporal y lograr así una oclusión adecuada en dentición permanente, debe ser una prioridad y una meta en el trabajo del Estomatólogo General Integral.

**TABLA 4. Maloclusiones en el plano vertical según grupos de edad**

Grupos de edad	Maloclusiones en el plano vertical					
	Sobrepase aumentado		Mordida abierta		Normoclusión	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6 a 11	37	26,6	17	12,2	32	23
12 y más	19	13,7	6	4,3	28	20,1
<b>Total</b>	56	40,2	23	16,5	60	43,2

Fuente: historia clínica; n=139

Se presentaron con mayor frecuencia las maloclusiones en el plano vertical en los pacientes entre 6 y 11 años de edad (**tabla 4**), lo que concuerda con estudios realizados por otros autores (12, 13) y la maloclusión más frecuente resultó ser el sobrepase aumentado, resultado que ratifica los obtenidos en un estudio anterior en el mismo servicio. (13) Se ha planteado que la sobremordida

tiene una tendencia a aumentar durante la dentición mixta y que durante el crecimiento de las estructuras faciales la mandíbula puede rotar caudalmente, lo que explica por qué, al irse completando la dentición permanente, disminuye la prevalencia de esta maloclusión, (16) lo que concuerda con el resultado obtenido.

**TABLA 5. Comportamiento del apiñamiento dentario según grupos de edad**

Grupos de edad	Apiñamiento dentario			
	Presencia		Ausencia	
	Nº	%	Nº	%
6 a 11	31	22,3	55	39,6
12 y más	42	30,2	11	7,9
<b>Total</b>	73	52,5	66	47,5

Fuente: historia clínica; n=139

El motivo más frecuente por el que se solicitó tratamiento ortodóncico fue el apiñamiento dentario, comportándose su prevalencia menor a lo reportado en estudios realizados en estudiantes de preuniversitario (62,42 %) (7) y en niños entre 6 y 15 años de edad (67,4 %) (12) (**tabla 5**).

La alta prevalencia de apiñamiento dentario en los pacientes que acuden a los servicios de ortodoncia encuentra su causa en la alimentación basada en comidas blandas, lo que corrobora la tendencia evolutiva normal hacia la reducción del tamaño de los maxilares.

## CONCLUSIONES

Se logró describir el comportamiento de las maloclusiones dentarias. El sexo más representativo fue el femenino; el grupo de edad más afectado el de 6 a 11 años; más de la mitad de la muestra presentó Clase I de Angle. La relación molar decidua más común fue el escalón mesial; la maloclusión más frecuente en el plano vertical resultó el sobrepase aumentado, en las edades entre 6 y 11 años. El apiñamiento dentario se presentó en más de la mitad de la muestra.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

1. Alemán Estévez MG, Martínez Brito I, Pérez Lauzurique A. Necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares. Aplicación del índice DAI. Rev. Med. Electrón [revista en internet]. 2011, Ago [citado 2 de marzo 2016]; 33(4): 441-447. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242011000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400006&lng=es).
2. Cepero A, Ulloa M, Curbelo M, González R, Martín D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. Revisión bibliográfica. Medi Ciego [revista en internet]. 2010, Enero [citado 2 de marzo 2016]; 16(supl1): 161-11. Disponible en: MedicLatina.
3. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta odontol. venez [revista en internet]. 2010, Mar [citado 2 de marzo 2016]; 48(1): 94-99. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652010000100015&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652010000100015&lng=es).
4. Murrieta-Pruneda J, Juárez-L&oacuate;pez L, Zurita-Murillo V, García-Martínez M. Frecuencia de la maloclusión dental en una población escolar. Boletín Médico Del Hospital Infantil De México [revista en internet]. 2004, May [citado 2 de marzo 2016]; 61(3): 196-204. Disponible en: MedicLatina.
5. Murrieta Pruneda J, Arrieta Ortega C, Juárez López L, Linares Vieyra C, González Guevara M, Meléndez Ocampo A. Prevalencia de maloclusiones en un grupo de estudiantes universitarios mexicanos y su posible asociación con la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, 2009. Revista Facultad De Odontología Universidad De Antioquia [revista en internet]. 2012, Jul [citado 2 de marzo 2016]; 24(1): 121-132. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v24n1/v24n1a10>.
6. Lorenzo Uribazo A, Cabo García R, Gutiérrez Rojas Á, Grau León I, Otaño Laffite G. Comportamiento de proporciones divinas e índice de Bolton en mediciones dentales de individuos con maloclusión. Rev Cubana Estomatol [revista en internet]. 2011, Sep [citado 2 de marzo 2016]; 48(3): 230-240. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072011000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300005&lng=es).
7. Amador Y, Soa S, Laime Z. Necesidad de tratamiento ortodóncico en estudiantes de preuniversitario. Revista Cubana De Medicina Militar [revista en internet]. 2014, Enero [citado 2 de marzo 2016]; 43(1): 3-10. Disponible en: Academic Search Premier.
8. Murrieta Pruneda JF, Cruz Díaz PA, López Aguilar J, Marques Dos S, Zurita Murillo V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta odontol. venez [revista en internet]. 2007, Ene [citado 2 de marzo 2016]; 45(1): 74-78. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652007000100013&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000100013&lng=es).
9. Duque Alberro Y, García Díaz C, Ibarra Martínez L, Vinent González R. Características epidemiológicas de la oclusión dentaria en niños de 5 a 11 años. Rev Ciencias Médicas [revista en internet]. 2011, Sep [citado 2 de marzo 2016]; 15(3): 123-133. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942011000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942011000300012&lng=es).
10. Urrego-Burbano P, Jiménez-Arroyave L, Londoño-Bolívar M, Zapata-Tamayo M, Botero-Mariaca P. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. Revista De Salud Pública [revista en internet]. 2011, Dic [citado 2 de marzo 2016]; 13(6): 1010-1021. Disponible en: MedicLatina.
11. García García VJ, Ustrell Torrent JM, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av Odontostomatol [revista en internet]. 2011, Abr [citado 2 de marzo 2016]; 27(2): 75-84. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852011000200003>.
12. Burgos D. Prevalence of Malocclusion in 6 to 15-year-old Children and Adolescents in Frutillar, Chile. Int. J. Odontostomat [revista en internet]. 2014, Apr [citado 2 de marzo 2016]; 8(1): 13-19. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2014000100002&lng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100002&lng=en). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000100002>.
13. Téllez Peña TM, García Jiménez AM, Menéndez Cabrera R, Ojea Rodríguez VM, Basalo Ramos D. Hábitos bucales deformantes más comunes en pacientes de la clínica docente provincial "3 de octubre", año 2012. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2014 [citado 2 de marzo 2016]; 39(10). Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/147>.
14. De la Paz Suárez T, García Alguacil C. Caracterización de las maloclusiones en escolares atendidos en Amancio durante el primer trimestre de 2014. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta

- [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Ene 12]; 39(6): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/233>.
15. Guerra Y, Guerra Y, González R, Martín D. Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal. *Medi Ciego* [revista en internet]. 2015, Enero [citado 2 de marzo 2016]; 21(1): 94-100. Disponible en: [MedicLatina](http://www.mediclatina.com).
  16. Taboada Aranza O, Torres Zurita A, Cazares Martínez CE, Orozco Cuanalo L. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex* [revista en internet]. 2011, Dic [citado 2 de marzo 2016]; 68(6): 425-430. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462011000600004&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000600004&lng=es).

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.