



Trabajo Original

Maloclusiones y hábitos deformantes en niños de 6 a 12 años de edad.

Malocclusions and deforming habits in children from 6 to 12 years of age.

Dayanis Marín Herrera¹, Digna Arias Quesada²

1. Estudiante.
2. Especialista en Ortodoncia de 1er grado.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo, con un diseño transversal para determinar el comportamiento de maloclusiones y hábitos deformantes en niños de 6 a 12 años, que iniciaron tratamiento de ortodoncia en la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spíritus en el año 2004. El universo lo constituyeron 125 pacientes que acudieron a consulta en busca de tratamiento, y la muestra estudiada resultó, ser de 50 niños que presentaron maloclusiones. Se confeccionaron tablas donde se recogieron los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes en estudio. Los objetivos propuestos fueron: analizar la distribución de los pacientes según sexo y edad, identificar hábitos y maloclusiones más frecuentes por edades en los pacientes que presentaron maloclusiones sin hábitos, y determinar la maloclusión predominante según clasificación de Angle. Se concluyó que los resultados obtenidos demostraron que la mayor cantidad de pacientes presentó vestibuloversión, siguiéndole el resalte y en tercer lugar el apiñamiento. La lengua proctátil quedó en primer lugar como hábito más frecuente y en segundo la respiración bucal.

DeCS: DeCS: Maloclusion/ clasificación .

Palabras clave: Maloclusión/ clasificación.

ABSTRACT

A descriptive observational study, with a cross-sectional design was carried out to determine the status of malocclusions and deforming habits in children from 6 to 12 years that began orthodontics treatment in the Provincial Stomatological Clinic of Sancti Spíritus in the year 2004. The universe was made up of 125 patients that came to consultation for treatment, and the studied sample turned out to be of 50 children that presented malocclusions. Charts were made where the obtained data of the clinical histories of the study patients were collected. The objectives proposed were: to analyze the distribution of patients according to sex and age, to identify habits and more frequent malocclusions by ages in the patients that presented malocclusions without habits, and to determine the predominant malocclusion according to Angle's classification. It was concluded that the results obtained demonstrated that the greatest quantity of patients presented vestibular version, followed by overjet and in third place clustering. The proctatile tongue was in the first place as the most frequent habit and in second the oral breathing.

MeSH: Malocclusion / classification .

Keywords: Malocclusion / classification .

INTRODUCCIÓN

A principios de siglo pasado se decía que las maloclusiones se producían por efecto del ambiente. Hoy en día se ha descubierto que es una interacción entre los factores ambientales y la herencia. ⁽¹⁾

La etiología de las maloclusiones es difícil de clasificar, con frecuencia es multifactorial. La interacción recíproca entre herencia y ambiente puede potenciar, aliviar, camuflar e incluso hacer desaparecer una maloclusión. ^(2; 3)

La ecuación de Dockrell explica claramente como una causa actuando en el tiempo sobre un tejido produce resultado. Estas causas son:

- Herencia
- Embriológica de origen desconocido
- Traumatismo
- Agentes físicos
- Hábitos
- Enfermedad
- Desnutrición

El tiempo es prenatal y postnatal.

Los tejidos que pueden ser afectados son: neuromuscular, diente, hueso, cartílago, tejidos blandos.

Los resultados pueden ser: esqueléticos, dentarios y funcionales. ^(2; 4; 5)

Los estudios epidemiológicos de salud bucodental para conocer prevalencia y severidad de maloclusiones, constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación, tan importantes para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y de las funciones: masticación, deglución, fonación, respiración; además, su presencia hace al individuo susceptible a traumas dentarios, caries, enfermedades gingivales, periodontales, disfunciones musculares y articulares ^(6; 7; 8)

Durante muchos años se consideró la clasificación de Angle para estos estudios ⁽⁹⁾. Hoy en día, conocemos que para estos fines no sirve por sus limitaciones, aunque ha sobrevivido en el tiempo como lenguaje de entendimiento entre los profesionales, conociéndose que dentro de ellas el mayor por ciento corresponde a las maloclusiones de Clase I (entre el 50-55%), siguiéndole las de Clase II (15-20%) y Clase III (1-3%), ^(2; 10; 11), además lo que Angle describió como una oclusión normal no estaba correlacionada con el balance facial, función o viceversa. ^(4; 12)

Las maloclusiones están directamente relacionadas al proceso de alimentación de los niños ⁽¹³⁾, así que con una orientación segura podemos modificar la misma, sin eliminar la lactancia materna, la tomada de leche sin biberón, evitar el chupete, y sobre todo familiarizar al niño con alimentos más duros para estimular precozmente el ejercicio de masticación, de succión, de deglución, fonación, que son las funciones más importantes de la cavidad oral. ^(13; 14)

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes. Pueden ser beneficiosos o perjudiciales

de acuerdo con la edad del paciente, su biotipo y la duración e intensidad con que se realice el hábito, así serán las anomalías dentomaxilofaciales que se presenten. (2; 4; 15)

La oclusión se puede ver afectada por presencia de hábitos perniciosos que generalmente se presentan de los 3 a 12 años de edad (16); Popovich y Thonson sugieren que existe una relación entre prevalencia de maloclusiones con algún tipo de hábito, así mismo señalan que mientras la duración de los hábitos aumenta, también aumenta la probabilidad de desarrollar maloclusión. (17)

La presencia de hábitos bucales ha sido asociada a fijación en la evolución de la etapa oral psicosocial según el esquema de Freud, que repercutirá a mediano plazo en un cambio problemático de procesos psicofisiológicos de la oralidad los cuales dependiendo de la intensidad, frecuencia y duración alteran las estructuras estomatognáticas.(18) Por tanto la prevención y tratamiento de los malos hábitos bucales tendrá que ser ubicado socialmente como un problema de conducta que afecta la cavidad bucal y tendrá que ser abordado multidisciplinariamente, considerando que es causado por factores familiares, sociales y ambientales.(6; 19; 20)

Es por eso, que debemos estudiar las maloclusiones y tratar de conocer sus causas desde edades tempranas para poder realizar verdadera ortodoncia profiláctica y es debido a ellos que decidimos realizar este estudio con el fin de dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los principales hábitos deformantes asociados a la maloclusiones de los pacientes atendidos en nuestra consulta de ortodoncia?

Objetivos

Objetivo General:

1-Determinar el comportamiento de maloclusiones y hábitos deformantes en niños de 6 a 12 años que iniciaron tratamiento de ortodoncia en el año 2004 en la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spiritus.

Objetivos Específicos:

1-Determinar la distribución de los niños en estudio según edad y sexo.

2-Identificar los hábitos deformantes más frecuentes según grupo de edades 6-9 años y de 10-12 años.

3-Determinar la maloclusión más frecuente según grupo de edades 6-9 años y de 10-12 años.

4-Identificar los pacientes que presentan maloclusión sin hábitos según grupo de edades de 6-9 años y de 10-12 años.

5-Determinar la maloclusión más frecuente según clasificación de Angle en los grupos de edades de 6-9 años y 10-12 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con un diseño transversal para determinar el comportamiento de maloclusiones y hábitos deformantes en niños, atendidos en las consultas ortodoncia de la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spiritus durante el año 2004.

Universo: El universo de estudio se constituyó por el total de pacientes que comenzaron tratamiento de ortodoncia en el año 2004 con edades comprendidas entre 6 y 12 años.

Muestras: La muestra fue seleccionada por muestreo aleatorio simple y finalmente quedó conformada por 50 pacientes que presentaron maloclusiones.

Variable:

1. Edad: se tuvo en cuenta la edad en años según fecha de nacimiento y para la confección de los grupos etarios el tipo de dentición mixta temprana (de 6 a 9 años) y mixta tardía (de 10 a 12 años).

Se consignaron las siguientes categorías:

- De 6 a 9 años
- De 10 a 12 años.

Sexo: se tuvo en cuenta el sexo biológico.

Se consignaron las siguientes categorías:

- Femenino
- Masculino

1. Clasificación de Angle: se tuvo en cuenta la calificación según la relación de molares.

Se consignaron las siguientes categorías:

- Clase 1..... Neutroclusión:(Cuando con respecto a la estría del 1er molar superior la cúspide mesiovestibular ocluye la estría del 1er molar inferior).
- Clase 2..... Distoclusión: (Cuando la cúspide mesiovestibular del 1er molar superior está adelantada con respecto a la estría de 1er molar inferior).
- Clase 3..... Mesioclusión: (Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior esta por detrás con respecto a la estría del primer molar inferior)

1. Maloclusiones: se tuvo en cuenta el tipo de maloclusión.

Se consignaron las siguientes categorías:

- Vestíbulo versión
- Resalte de más de 4 mm.

- Sobre pase de más de 2/3 de corona
 - Apiñamiento superior e inferior
 - Mordida cruzada anterior y posterior
 - Mordida abierta
1. Hábitos deformantes: se tuvo en cuentas todos aquellos malos hábitos que pudieran provocar maloclusiones.

Se consignaron las siguientes categorías

- Biberón
- Succión digital
- Lengua protráctil
- Queilofagia
- Onicofagia

Recogida de la información

La información se recolectó, mediante un modelo coleccionado por los autores a tales efectos (Anexo), y los datos fueron obtenidos de las historias clínicas en el departamento de archivo y estadísticas de la Clínica Estomatológica Provincial.

Procesamiento de la información

La información fue procesada de manera manual con el empleo de una calculadora obteniéndose la frecuencia absoluta y relativa en cada caso.

Forma de presentación de los resultados

Los resultados obtenidos se presentan en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa y en tablas de contingencia.

Parámetros éticos

Se tuvo en cuenta mediante la información de la realización del estudio al Comité de ética de la entidad para de esta manera poder acceder a las historias clínicas en el departamento de archivo y estadísticas.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de los niños en estudio según edad y sexo atendidos en la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spíritus en el año 2004

| Edad | Sexo | | | | Total | |
|-------|----------|----|-----------|----|-------|-----|
| | Femenino | | Masculino | | | |
| | # | % | # | % | # | % |
| 6-9 | 11 | 44 | 16 | 64 | 27 | 54 |
| 10-12 | 14 | 56 | 9 | 36 | 23 | 46 |
| Total | 25 | 50 | 25 | 50 | 50 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 2: Distribución de los niños en estudio según hábitos y grupos de edad atendidos en la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spíritus en el año 2004.

| Hábitos | EDAD | | | | TOTAL | |
|-------------------|------|----|-------|----|-------|----|
| | 6-9 | | 10-12 | | # | % |
| | # | % | # | % | | |
| Lengua Protráctil | 16 | 59 | 7 | 30 | 23 | 46 |
| Respiración Bucal | 10 | 37 | 12 | 52 | 22 | 44 |
| Biberón | 8 | 29 | 4 | 17 | 12 | 24 |
| Succión Digital | 6 | 22 | 5 | 21 | 11 | 22 |
| Onicofagia | 6 | 22 | 4 | 17 | 10 | 20 |
| Queilofagia | 6 | 22 | 2 | 8 | 8 | 16 |
| | | | | | | |

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 3: Distribución de los niños en estudio, atendidos en la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spíritus en el año 2004, según grupo de edad y maloclusión,

| Maloclusión | | Edad | | | | Total | |
|-------------------|------|------|----|-------|----|-------|----|
| | | 6-9 | | 10-12 | | # | % |
| | | # | % | # | % | | |
| Vestíbulo versión | | 18 | 66 | 9 | 39 | 27 | 54 |
| Resalte | | 6 | 22 | 9 | 39 | 15 | 30 |
| Apiñamiento | Sup | 2 | 7 | 10 | 43 | 12 | 24 |
| | Inf | 5 | 18 | 7 | 30 | 12 | 24 |
| Mordida Cruzada | Ant | 2 | 7 | 4 | 17 | 6 | 12 |
| | Post | 0 | 0 | 7 | 30 | 7 | 14 |
| Sobrepase | | 4 | 14 | 1 | 4 | 5 | 10 |
| Mordida abierta | | 4 | 14 | 0 | 0 | 4 | 8 |

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 4: Distribución de los niños en estudio según grupo de edad que presentan maloclusión sin hábitos atendidos en la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spiritus en el año 2004.

| EDAD | Pacientes con maloclusión sin hábitos. | |
|-------|--|----|
| | # | % |
| 6-9 | 2 | 7 |
| 10-12 | 3 | 13 |
| TOTAL | 5 | 10 |

Fuente: Historias Clínicas

Tabla 5: Distribución de los niños en estudio según grupo de edad y maloclusión de acuerdo con la clasificación de Angle atendidos en la Clínica Estomatológica Provincial de Sancti Spiritus en el año 2004.

| EDAD | CLASE 1 | | CLASE 2 | | CLASE 3 | | TOTAL |
|-------|---------|----|---------|----|---------|---|-------|
| | # | % | # | % | # | % | |
| 6-9 | 11 | 40 | 15 | 55 | 1 | 3 | 27 |
| 10-12 | 14 | 60 | 8 | 34 | 1 | 4 | 23 |
| TOTAL | 25 | 50 | 23 | 46 | 2 | 4 | 50 |

Fuente: Historias Clínicas

DISCUSIÓN

En la tabla # 1 se muestra la distribución de la población infantil en estudio según edad y sexo, donde se aprecia que ambos sexos tienen semejante representación, sin embargo, el grupo de edad de 6-9 años fue el más representado.

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, precisamente en la tabla # 2 se muestra la incidencia de hábitos según grupo de edad de los niños analizados, el que más predominó fue la lengua protráctil y seguida a esta la respiración bucal, la cual es debido a la mal posición de la lengua, y generalmente los niños que poseen este hábito son respiradores bucales. (15) Comparando nuestros resultados con los obtenidos por las Dra *Celís María Fernández Torres* y Dra. *América Acosta Coutin* coincidimos en cuanto a los mismos. (16)

La tabla # 3 analiza la presencia de maloclusiones según grupo de edad de la muestra escogida, resultando ser la vestibuloversión la más representada, siguiéndole el resalte y en último lugar el apiñamiento tanto superior como inferior. Comparando nuestros resultados con los obtenidos por la Dra *María Elena Montier Jaime*, diferimos en los mismos, pues en su población se manifestó una predisposición la desviación de la línea media y en segundo lugar el apiñamiento. (18)

La ausencia de hábitos deformantes en pacientes con maloclusiones se puede observar en la tabla # 4, lo cual demuestra el origen multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia y no solamente de los hábitos. (6; 16)

En la tabla # 5 se representa clasificación de Angle según grupo de edad, precisándose que la Clase I fue la que prevaleció coincidiendo con estudios realizados por la Dra. *María Elena Montier*. (18)

CONCLUSIONES

Con la realización del presente trabajo podemos concluir que la cantidad de niñas atendidas es igual a la de los niños, sin embargo en los grupos de edades de 6 a 9 años predominaron los varones y de 10 a 12 las hembras.

Los hábitos que más incidieron fueron la lengua protráctil y en segundo lugar la respiración bucal.

Entre las maloclusiones que más se presentaron fueron la vestibuloversión, seguido el resalte y en tercer lugar el apiñamiento.

Existió un bajo porcentaje de niños que presentaron maloclusión sin hábitos deformantes detectables.

De acuerdo con la clasificación de Angle, la que prevaleció fue la clase I

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabaña C.L y coautores. Temas de Ortodoncia Estomatología Infantil 1ra parte. Editorial Pueblo y Educación, 1996.
2. Guías Prácticas de Estomatología. Colectivo de autores. La Habana Editorial Ciencias Médicas; 2003.
3. Mayoral JG: Ortodoncia. Principios fundamentales y práctica. 2da. Edición. Editorial. Labor S.A. Barcelona, 1971.
4. Moyers R.: Tratado de Ortodoncia. Ed. Rev, 1966.
5. Graber T, Swain B: Ortodoncia. Conceptos y técnicas. Tomo 1 Editorial Científico Técnico, 1997; p.270.
6. Díaz FI. Programa de Ortodoncia Preventiva. Trabajo de Terminación de Residencia. La Habana 1976.
7. Proffit WR: Ortodoncia. Teoría y Práctica. 2da ed. Editorial Mosby / Doyma libros, 1994.
8. Moryers R: Manual de ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires. Editorial Mundi S.A, 1999. Pp.167-8; 200-8.
9. Dawson PE: A Classification system for oclussion that relates maximal intercuspitation to the position abad condition of the TMJ. J Prosted Dent, 1996.
10. Snawder K: Manual de Odontopeditria clínica. Ciudad de la Habana. Editorial científico técnica,1984.Pp 248-249; 252-256.
11. Perrillo L, Johnston LE, Ferro A. Permanence of skeletal changes after regulator treatment of patients whit retrusive class II malocluission. AM. J Orthod Dentofac. Orthod 1996; 110(2): 132-9.
12. Wong A.M, Rabie A.B, HaggV: The use of pendulum appliance in treatment of class 2 malocclusion Br Dent J, 1999; 187 (7): 367 –370.
13. Prevenir la maloclusiones con una alimentación adecuada. Resumen Conferencia 4ta Reunión Anual AMOM 1999 Manzanillo col 25-28 Nov.
14. Santiso CA, Díaz CE, Martínez DA, Díaz BR. Diagnóstico ortodónico en niños del área de salud de Florencia, 1997.
15. Águila RJ, Almiñaque G R, González R E, Céspedes IR. Prevalencia de hábitos bucales deformantes, en niños de 3-5 años. Rev Cubana Est 1980; 17(3):137-42.
16. Dras Fernández C.M, Acosta A: Hábitos Deformantes en escolares de primaria. Clínica Estomatológica de H Y 2, 1997.
17. Marín MG, Masson BR, Permuy FS. El examen funcional de ortodoncia. Rev. Cubana Ortod.1998; 13 (1): 37-1.
18. www.medigraphic.com/adm.
19. Águila RJ, Roselló J, Enríquez E. Prevalencia de las maloclusiones en dentición. Rev Cubana Est 1980;17(2):79-83.
20. Velíz OL, Grau AR, Pérez GL, Álvarez RC. Estudio Clínico de la difunción craneomandibular y su relación con los factores oclusales, Rev. Cubana de Ortod. 1999; 14(2): 82-8.

ANEXOS

Modelo de recolección de datos.

Datos Generales.

- Sexo: Femenino _____
Masculino _____
- Edad: _____

Variables:

- Maloclusiones: Vestibuloversión: _____
Resalte: _____
Sobrepase: _____
Mordida cruzada: Ant. _____
Post: _____
Mordida abierta: _____
Apiñamiento: Sup: _____
Inf: _____
- Hábitos: Biberón _____
Succión digital _____
Lengua protráctil: _____
Respiración bucal: _____
Queilofagia: _____
Onicofagia: _____

- Clasificación de Angle:

Clase I: Pertenecen a este grupo toda las maloclusiones que presentan neutroclusión de molares pero existen mal posición de incisivos, caninos o bicúspides.

Clase II: Aquí se agrupan las maloclusiones que presenta relación de distoclusión en los molares. Esta clase a la vez se dividen en división 1 y división 2.

La clase II división 1 son aquellas que además de presentar distoclusión de molares, los incisivos superiores están en vestibuloversión.

La clase II división 2 también presenta distoclusión de molares, pero los incisivos centrales superiores se encuentra en linguoversión y los laterales en posición normal.

Clase III: Está maloclusión está caracterizada por presentar relación de molares de mesioclusión.