

Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III

Risk factors associated with occlusion anomalies in temporary dentition. Area III

Dra. Kenia María León Caballero^I; Dra. Bernardina Maya Hernández^{II}; Dra. Mabel Vega Galindo^{III}; Dra. Clotilde Mora Pérez^{IV}

^I Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Instructora.

^{II} Especialista de I Grado en Ortodoncia. Asistente.

^{III} Especialista de I Grado en Bioestadística. Instructora.

^{IV} Especialista de II Grado en Ortodoncia. Profesor Auxiliar. Máster en Educación Superior.

RESUMEN

Algunos factores de riesgo se encuentran presentes durante el crecimiento del niño y ejercen su influencia en el desarrollo de los maxilares y la dentición. Con el objetivo de determinar factores de riesgo asociados con anomalías de la oclusión, se realizó un estudio descriptivo transversal correlacional, desde mayo del 2005 hasta mayo del 2006. El universo estuvo constituido por 635 niños de 2 a 5 años de edad pertenecientes al área III de salud del municipio Cienfuegos. Se obtuvo una muestra representativa por un método de muestreo probabilística estratificado aleatorio del que resultaron 209 niños a examinar. Se observaron resultados significativos en la presencia de los hábitos deformantes en el 76,1 % de los casos, seguido de la ausencia de diastemas interincisivos con el 42,6 %, micrognatismo transversal en el 37,3 %, espacio del primate superior ausente (35,9 %), la herencia en el 23,8 %, así como malnutrición y escalón distal en el 3,8 % de los pacientes. Se corroboró la importancia que reviste para los estomatólogos generales integrales conocer y detectar los factores de riesgo presentes desde edades tempranas para evitar anomalías de la oclusión.

Palabras clave: anomalías de la oclusión, diastemas interincisivos, espacio del primate, micrognatismo transversal del maxilar, hábitos, pérdida prematura de dientes temporales, relación de oclusión.

ABSTRACT

Some risk factors are present during the growth of children and exert their influence on the development of the maxillaries and dentition. In order to determine the risk factors associated with occlusion anomalies, a descriptive cross-sectional correlational study was conducted from May 2005 to May 2006. The study group was made up of 635 children aged 2-5 from the health area III of Cienfuegos municipality. A representative sample was obtained by a randomized stratified probabilistic sampling method from which 209 children were examined. Significant results were observed in the presence of deforming habits in 76.1 % of the cases, followed by the absence of interincisive diastemas with 42.6 %, transversal micrognathism in 37.3 %, absence of the space of the upper primate (35,9 %), inheritance in 23,8 %, as well as malnutrition and distal step in 3.8 % of the patients. It was confirmed how important it is for the comprehensive general stomatologists to know and detect the risk factors appearing at early ages to prevent occlusion anomalies.

Key words: Occlusion anomalies, interincisive diastemas, primate space, transversal micrognathism of the maxillary, habits, early loss of the temporary teeth, occlusion ratio.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones, no son riesgo para la vida, pero por su prevaencia e incidencia, son consideradas problemas de salud y ocupan el tercer lugar como problema bucal. (Tema de ortodoncia: estomatología infantil. 1ra. parte. La Habana: s.n; 1982. p.7).¹

La maloclusión no tiene una causa única; involucra muchos factores diferentes, incluyendo factores genéticos y ambientales. Los niños que se chupan el pulgar o los dedos después de cumplir los 5 años tienen más probabilidades de desarrollar maloclusión. Los niños con muy poco espacio entre los dientes primarios (dientes de leche) corren el riesgo de tener problemas de maloclusión cuando aparezcan sus dientes permanentes, puesto que estos últimos son más grandes y necesitan más espacio. Según los Institutos Nacionales de la Salud (*NIH*, por su sigla en inglés), son muy pocas las personas que tienen una oclusión perfecta. Sin embargo, la mayoría de las anomalías de oclusión son tan leves que no requieren tratamiento.²

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 al 75 % con diferencias en cuanto a sexo y edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente, que se presenta entre el 40 y 85 %.³

En Estados Unidos de Norteamérica, se publicaron 2 estudios en la década de los 70 que sostenían que el 75 % de los niños y jóvenes norteamericanos tienen cierto grado de desarmonía oclusal.⁴ En Venezuela, se encontró que el 77 % de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. En un estudio epidemiológico realizado en 2 zonas rurales venezolanas, se encontró que el 62,28 % de las maloclusiones podían ser clasificadas como clase I, el 9,9 % como clase II y el 1,2 % como clase III.⁵

En Cuba, por estudios realizados en esta década, la cifra de afectados oscila entre el 27 y 66 %. En los niños y niñas de 5 años de edad existió el 29 % afectado, el sexo más afectado fue el femenino. Con el propósito de mejorar el estado de salud de la población se plantea en el Programa Nacional de atención primaria de salud estomatológica, la ejecución de acciones que tienen, entre sus múltiples objetivos específicos, la definición de la morbilidad de las enfermedades estomatológicas, y uno de ellos son las anomalías dentomaxilofaciales.⁶ Los diastemas, tan antiestéticos en la dentición permanente, son normales e importantes en la dentición temporal. La falta de diastemas interincisivos o del primate (puede deberse al micrognatismo transversal del maxilar o menos frecuentemente a macrodoncia de dientes temporales), será un signo que nos permitirá un diagnóstico precoz de futuras anomalías de los dientes permanentes.⁷

La observación clínica de los pacientes, de sus hermanos, de sus progenitores, conduce a la idea de que la herencia desempeña un papel importante en la estructura craneofacial y dental de las maloclusiones.⁸

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas, al no ejercer su presión normal, permite que la otra, que mantiene su intensidad habitual, produzcan una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, alteraciones todas que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

Una parte importante de la prevención de la maloclusión es el manejo adecuado de los espacios creados por la pérdida de los dientes temporales. Aunque actualmente el criterio de conservación de los dientes temporales en las arcadas es más aceptado, desgraciadamente algunos padres y estomatólogos no le prestan la atención necesaria a este problema, incurriendo en la culpabilidad de contribuir a una maloclusión de por sí prevenible. Esta negligencia se debe quizás a que en ocasiones los niños son más difíciles de manejar, o peor aún, pensando que no merita conservar un diente que fisiológicamente va a ser exfoliado.⁹

Habitualmente el plano de la dentadura primaria termina en forma recta, esto trae una relación cúspide a cúspide en los primeros molares permanentes, los que luego alcanzan una relación de clase I.

Mediante el proceso de nutrición los organismos obtienen lo necesario para vivir, crecer y reproducirse, por lo tanto, podemos inferir la importancia de una nutrición adecuada e inadecuada y sus posibles consecuencias. La malnutrición influye desfavorablemente durante los primeros años de la vida.¹⁰

Motivados por la importancia que reviste el conocimiento de los factores de riesgo que pudieran actuar en nuestros infantes desde edades tempranas y su influencia en la aparición de anomalías de la oclusión, nos dedicamos a realizar el presente estudio, para de esta forma ayudar a nuestros estomatólogos generales integrales a prevenir las mismas, con ahorro de recursos materiales que se pueden utilizar en niños y niñas que presentan anomalías más severas. En este sentido, contribuimos a mejorar la calidad de vida de nuestros niños y niñas, así como evitamos los daños psicológicos que traen consigo las anomalías dentomaxilofaciales.

Nuestro problema fundamental a estudiar sería: *¿cómo se comportan los factores de riesgo en relación con la aparición de anomalías de la oclusión?*

Objetivos

General:

Determinar los factores de riesgo que puedan provocar anomalías de la oclusión.

Específicos:

- Determinar la ausencia de diastemas interincisivos y espacios del primate.
- Analizar la presencia de micrognatismo transversal del maxilar, así como la herencia en la población objeto de estudio.
- Identificar la presencia de algunos hábitos bucales deformantes que puedan actuar en la aparición de anomalías de la oclusión.
- Determinar la pérdida prematura de los dientes primarios en la población objeto de estudio.
- Establecer la relación de oclusión de los segundos molares primarios en la población objeto de estudio.
- Evaluar el crecimiento físico del niño con relación a la aparición de anomalías de la oclusión.

MÉTODOS

Se realizó un estudio con diseño descriptivo-transversal-correlacional en niños de 2 a 5 años del área III de salud del municipio Cienfuegos, en el periodo comprendido entre mayo del 2005 a mayo del 2006.

El universo estuvo constituido por 635 niños y niñas pertenecientes a los círculos infantiles que se atienden en la clínica estomatológica "Leonardo Fernández", así como en el grado preescolar de las escuelas primarias del área III del municipio Cienfuegos. Se seleccionó una muestra representativa por el método de muestreo probabilístico estratificado aleatorio, que dio como resultado un total de 209 niños a examinar.

Se aplicó una encuesta a los niños en la que usaron como técnicas para la recolección de la información la observación y la entrevista. Las variables se recogieron en un formulario, y se realizó una encuesta a los padres para confirmar la información recolectada en la encuesta aplicada a los niños, para lo cual se confeccionó otro formulario. Se obtuvo el consentimiento informado de padres, niños y del personal autorizado de estas instituciones.

Las encuestasse realizaron por el método de visitas múltiples, en este caso a las instituciones infantiles y escuelas primarias.

Se determinaron los factores de riesgo en la dentición primaria que pudieran actuar en la aparición de anomalías de la oclusión, dentro de los cuales tuvimos en cuenta la ausencia de diastemas interincisivos y espacios del primate, la presencia del micrognatismo transversal del maxilar, la pérdida prematura de dientes primarios, el crecimiento físico del niño y niñas según peso y talla, hábitos deformantes más

frecuentes como: succión digital, succión de tete y biberón, deglución atípica y respiración bucal, así como la relación de los segundos molares primarios y la herencia.

Estadística

Una vez recogida la información, esta se procesó de forma mecánica empleando una computadora personal con el programa estadístico SPSS.

En la elaboración de la información empleamos como medidas matemáticas para el análisis de variables cualitativas el porcentaje, para las variables cuantitativas como medida de tendencia central la media aritmética, y para conocer la variabilidad la desviación estándar. También en caso de variables cualitativas usamos la moda como medida de tendencia central.

Consideramos necesario realizar el análisis del comportamiento de las variables estudiadas con relación a la aparición de anomalías de la oclusión, para lo cual se aplico un modelo de regresión logística para determinar el *Odds ratio* con una confiabilidad del 95 % .

Como técnica estadística empleamos las técnicas no paramétricas por tratarse de una muestra pequeña y no tener supuestos sobre la distribución de las variables ni los parámetros; en este caso, la prueba Chi cuadrado, que es para muestras independientes, variables cualitativas y dicotómicas, y la Chi cuadrado de independencia para las variables más que dicotómicas, utilizando el programa de computación EPIINFO, donde se aceptó como máximo un error del 5 %.

Los resultados se presentan en forma de tablas y gráficos, cuyo análisis nos permitió arribar a las conclusiones esperadas.

RESULTADOS

Se estudió un total de 209 niños de los círculos infantiles del área III del municipio de Cienfuegos, donde están representados todos los años de vida de dichos círculos y preescolar de las escuelas primarias. El mayor porcentaje de niños se encontró en la edad pre-escolar (70 niños que representan el 33,5 %), seguidos de los de 5to. año de vida (47 niños para el 22,5 %), y en tercer lugar los de 4to. año para el 21,5 %. El año de vida donde se agrupan menos niños es el segundo con 14, para el 6,7 %. En cuanto al sexo, hay un ligero predominio del femenino con 107 niños, para el 51,2 %.

Entre los factores de riesgo detectados en nuestra investigación podemos señalar en los 209 niños estudiados, en primer lugar, la presencia de hábitos en 159 de estos (76,1 %), seguido de ausencia de diastemas interincisivo en 89 niños (42,6 %), y en tercer lugar el espacio del primate inferior en 88 (42,1 %), seguido del micrognatismo transversal presente en 78 infantes, para el 37,3 %. Otro riesgo que encontramos fue el espacio primate superior ausente en 75 niños (35,9 %), y por último podemos citar la pérdida prematura de dientes temporales en 6, que representa el 2,9 % ([tabla 1](#)).

Investigar los hábitos deformantes en los niños fue uno de nuestros principales objetivos. Se observó que de los 209 niños examinados, 159 presentaban algún tipo de hábito, para el 76,1 % y solo 50 no tenían hábitos (23,9 %). Esta información aportada por los niños se confirmó con el interrogatorio realizado a los padres y la información brindada por las asistentes de cada niño en particular.

Los diastemas interinsicivos fue uno de los factores de riesgo que tuvimos en cuenta en nuestro estudio, que estuvo presente en 120 niños, para el 57,4 % y 89 niños lo tenían ausente, para el 42,6 %.

El espacio del primate del sector superior estuvo presente en 134 niños (64,1 %) y ausente en los restantes 75 (35,9 %). El espacio del primate del sector inferior estuvo presente en 121 niños (57,9 %) y ausente en los restantes 88 niños (42,1 %).

El micrognatismo transversal estuvo presente en 78 de los niños estudiados, que representan el 37,3 %. Del análisis de esta tabla inferimos que menos de la mitad de los niños ya muestran una manifestación temprana de discrepancia hueso-diente negativa. Al observar el comportamiento de las reglas de Bogué, el valor mínimo encontrado fue de 22 mm y el máximo fue de 35 mm. El valor medio fue de 29 mm, con una desviación estándar de 2,7 mm, la cual es muy cercana a los 30 mm que plantea *Bogué* como valor promedio.

La herencia fue uno de los factores que investigamos en los niños, y mostró que solo en 50 niños de los 209 examinados estaba presente este aspecto, para el 23,9 %, mientras que la mayoría 159 niños que representaron el 76,1% negaban este antecedente, según encuesta realizada a los padres para confirmar dicho factor riesgo.

En cuanto a la relación molar, se observó la mayor proporción con plano terminal recto en 163 niños, para el 78 %, lo cual significa que la mayoría tenía una relación molar adecuada, seguido de escalón mesial en 38 para el 18,2 % y en tercer lugar el escalón distal con 8, para el 3,8 %. El plano terminal recto resultó ser la medida de tendencia central al calcular la *Moda* en esta distribución de frecuencia.

En este estudio solo el 3,8 % de los niños presentó una desnutrición crónica, lo que significa la incidencia de factores negativos mantenidos en el tiempo, aspecto que prevaleció en el 3er. año (12,5) y en 2do. (7,1), y no se observó en ningún caso en el 4to. y 5to. años.

En relación con la pérdida prematura de dientes temporales en los niños, se observó solo en 6, para el 2,9 %, los 203 restantes (97,1 %) no la presentaban, por lo que la *Moda* de esta distribución fue la ausencia de pérdida prematura de dientes temporales. Debe destacarse que al realizar la recogida de información nos percatamos que la pérdida prematura en los niños fue producida en todos los casos por traumatismo en el sector anterior, no existiendo pérdida prematura por caries, lo cual se debe a la atención que realizamos por el programa de atención al menor de 19 años y que se ha incrementado los conocimientos sobre salud bucal por parte de niños y padres.

Un mejor análisis de los aspectos antes señalados se puede observar en la [tabla 2](#). En la misma se ajustan, mediante un modelo de regresión logística, la influencia de los factores de riesgo asociados con anomalías de la oclusión. Se aprecia que las variables que influyen de manera significativa son los hábitos deformantes, la pérdida prematura y el escalón distal, lo que significó la probabilidad de riesgo de enfermar en presencia de estos factores de riesgo considerados, que permite establecer un sistema de vigilancia epidemiológica al respecto.

La influencia de los factores de riesgo en la aparición de anomalías de la oclusión lo pudimos confirmar en nuestros resultados, pues de los 209 niños y niñas estudiados, encontramos que 14 (6,6 %) ya estaban afectados por alguna anomalía

de la oclusión. Las anomalías observadas fueron mordida abierta anterior y 2 niños que presentaban mordida cruzada producida por interferencia.

DISCUSIÓN

Han sido numerosos los estudios realizados relacionados con los hábitos deformantes. En un estudio realizado en Matanzas, en el período comprendido del año 2000-2002, se reafirmo lo anteriormente expuesto, pues encontraron como factor de riesgo predominante los hábitos bucales deformantes (40 %).¹¹

En un estudio realizado por *Podadera* y colaboradores,¹² observaron una alta presencia de niños portadores de hábito deformante (64,4 %), lo cual se acerca a nuestros resultados.

Otro estudio realizado en Chile¹³ mostró el 66 % de los niños con malos hábitos.

Según *Del Monte*,¹⁴ en niños de la provincia Camagüey los hábitos bucales deformantes presentan una alta frecuencia.

Realizando un análisis de la ausencia de los diastemas interinsicivos, nuestros resultados se acercan a otro realizado en la provincia Granma, donde se observó ausencia de los diastemas interinsicivos por encima del 60 % de los niños estudiados.

Tomas Sánchez y colaboradores,¹⁵ encontraron un número considerable de casos con diastemas interinsicivos (52,7 %) y un número mínimo de casos con apiñamientos incisivos (9,1 %) en el espacio superior. En Ciudad de La Habana, fueron examinados 530 niños, en los que se observó que los espacios interinsicivos estaban ausentes en más del 50 %, lo que se acerca a nuestros resultados.¹⁶

Santiago Cepero y colaboradores¹⁷ encontraron ausencia de diastemas interinsicivo el 25,75 %, inferior a nuestro resultado.

Nuestros resultados no coinciden con otros estudios similares donde más del 80 % de los niños presentaron ausencia del espacio de primate superior.

En un estudio realizado por *González Valdés* y colaboradores,¹⁸ encontraron más frecuentes los espacios del primate superior, al igual que en nuestro trabajo.

La presencia de micrognatismo transversal del maxilar es un factor que influye en la aparición de anomalías de la oclusión, resultados similares muestra un estudio realizado en nuestro país.¹⁹

En estudio realizado por *Morell* y *Díaz*,²⁰ encontraron presencia del micrognatismo en el 71 % de los niños.

Santiago Cepero y *Díaz*¹⁷ observaron el 64,25 % de los niños con un índice de Bogue inferior a la norma de 30 mm.

Proffit plantea que en la actualidad se ha podido establecer la heredabilidad relativamente alta de las dimensiones craneofaciales y la heredabilidad relativamente baja de las variaciones del arco dental, pero sigue sin conocerse el impacto que esto puede tener en la etiología de las maloclusiones.⁸

Estudiando la relación de oclusión, nuestros resultados se corresponden con estudios realizados en una localidad de México, donde el 81,9 % mostró planos terminales recto y escalón mesial²³, los cuales son favorable para que cuando comience el cambio de la dentición, la relación sea de neutroclusión.

En el estudio realizado en 193 preescolares de la Delegación Iztacala, el 81,9 % mostró planos terminales rectos y mesial.²¹

El bajo peso en los niños constituye un factor de riesgo asociado con las anomalías en un estudio realizado por *Quiñones y Ferro*,²² donde se observaron en niños desnutridos y bajo peso, anomalías de la oclusión en el 62,6 % y 84,6 %, respectivamente.

Conclusiones

- En el grupo de niños y niñas estudiados el sexo femenino y la edad de 5 años resultaron los predominantes.
- Se determinó que los diastemas interincisivos y espacios del primate estaban ausentes en menos de la mitad de los niños y niñas participantes en nuestro estudio.
- El micrognatismo transversal del maxilar estudiado según las reglas de Bogue en la dentición temporal se comportó con un bajo porcentaje, encontrando relación estadísticamente muy significativa entre los diastemas interincisivos y los espacios del primate.
- Los hábitos bucales deformantes constituyeron el factor de riesgo de mayor frecuencia en los niños y niñas, en los cuales pudimos identificar el uso del biberón como el hábito que más practican, seguido de la succión del pulgar y la respiración bucal.
- Con el seguimiento del programa de atención al menor de 19 años, se ha podido lograr una reducción de pérdida prematura, lo cual se corroboró en nuestro estudio con la presencia de porcentajes bajos.
- La relación molar en el plano terminal fue la más predominante, seguido del escalón mesial y se presentaron pocos con un escalón distal, que constituiría un riesgo de aparición de alguna anomalía de la oclusión.
- Encontramos un bajo porcentaje de niños que presentaban desnutrición crónica asociada con factores de riesgo, que pudieran desencadenar un futura maloclusión.
- Al aplicar un modelo de regresión logística, se encontró una alta asociación de las variables: hábito deformantes, pérdida prematura de dientes temporales y escalón distal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mayoral I, Mayoral G. Ortodoncia: principios fundamentales y prácticos. 2 ed. Barcelona: Labor; 1971. pp. 81-3.

2. Moyer RE. Manual de ortodoncia. 4 ed. México, DF: Editora Médica Panamericana; 1995. pp. 112-3.
3. Gaber TM. Ortodoncia: teoría y práctica. 3 ed. Barcelona: Editorial internacional; 1991. pp. 42-7.
4. Barber T. The concept of preventive ortodontisc. I Dent Child 1966;33(1):37-86.
5. Canut BJA. Ortodoncia clínica y terapeutica. 2 ed. Barcelona: Mason; 2000.
6. Katz McDonald S. Odontología preventiva en acción. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1982. p. 328.
7. Willian R, Proffit H, Fields W,Jr. Ortodoncia contemporánea: teoría y práctica. 3 ed. Barcelona: Ediciones Harcourt, SA; 2001. p. 2800.
8. Factor de riesgo asociado con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(1) [en línea] [fecha de acceso 4 de maryo de 2006] ; URL disponible en http://brs.sld.cu//Esto/vol.41-01-04/estrum_104.htm
9. Guías prácticas estomatológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p.203.
10. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 4 a 6 años. Rev Ort 2004;1(4):209-21.
11. Medrano LJE, Cedillo GLS, Murrieta PJF. Prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de la oclusión. Revista ADM 2002;59(4): 128.
- 12.Podadera Valdés ZR, Ruiz Muñoz A, Tamargo Barbeito T, et al. Factores de riesgo que influyen en el retardo del brote de la dentición temporal. Policlínico «Turcios Lima», 2000-2003. Rev Cubana Estomatol 2004;41(1).
13. Augusto VP, et al. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chil Pediatr 2001;70(6):470-82.
- 14.Del Monte Morell JE, Fariñas Cordón MM, Pelletero Reyes BL, Álvarez Infantes E. La respiración bucal y su efecto sobre la morfología dentomaxilofacial. Corr Med Cient Holg 2005;9(1):34-5.
15. Tomas Sánchez R, Álvarez Román CI, Machado Martínez M, Castillo Hernández R, Grau Ávalo R. Características morfológicas de la dentición temporal en niños del municipio de Santa Clara. Rev Cubana Ortod [en línea] 2001;16(2) [fecha de acceso 4 de mayo de 2006]; URL disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/ort/ 16 2 01/ord09201html#_cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/16_2_01/ord09201html#_cargo).
- 16.Gómez Ávila R, Arias Araluca MM, López Méndez Y, González Valdez D. Disyunción maxilar rápida con tornillo *Hyrax* modificado. Rev Cubana Ortod 2002:34-5.
- 17.Santiago Cepero A, Díaz Brito R. Estudio de la dentición temporal en niños de 5 años de edad. Rev Cubana Ortod 2001:16(2):11.

18. González Valdés D, González Fernández M. Prevalencia de diastemas en dentición temporal. Rev Cubana Ortod [en línea] 2001 [fecha de acceso 4 de mayo de 2006]; 16(2). URL disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/ort/14_2_01/ord09201html# cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/14_2_01/ord09201html#cargo).
19. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad, 2002-2003. Rev Cubana Estomatol [on line] 2004; 41(2) [citado 03 junio 2006].. Disponible en la World Wide Web: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-7507.
20. Morell José A, Díaz Brito R. Estudio de la dentición temporal en niños de 2 a 4 años de edad. Rev Cubana Ortod 2001; 16(2):11.
21. Gómez Quetzia C, Fernández Vallejo G. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 12 años de edad de la Clínica Odontológica Iztacala. http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXVI/contenido/indice_cartel_archivos/TRAB%20COMPL%20COLOQ%20CARTEL/HTML/1358PP.htm
22. Quiñonez Ibarra O, Ferro Benítez R. Características de la oclusión de los niños del jardín de la infancia "Beatriz de Roche" del Instituto de Investigaciones de Venezuela IVIC. 2002; 16(2) [en línea] [fecha de acceso 4 de mayo de 2006]; URL disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/ort/14_2_01/ord09201html# cargo](http://bvs.sld.cu/revistas/ort/14_2_01/ord09201html#cargo).

Recibido: 19 de julio de 2007.
Aprobado: 20 de agosto de 2007.

Dra. *Kenia María León Caballero*. Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.
Facultad de Ciencias Médicas Cienfuegos "Raúl Dorticós Torrado". CUBA

Tabla 1. Comportamiento de factores de riesgo en niños de círculos infantiles y escuelas primarias.

Área III. Cienfuegos, 2005

Factores de riesgo	No.	%
Hábitos bucales deformantes	159	76,1
Ausencia de diastemas interincisivos	89	42,6
Espacio del primate inferior ausente	88	42,1
Presencia de micrognatismo	78	37,3
Espacio del primate superior ausente	75	35,9
Herencia	50	23,9
Escalón distal	8	3,8
Crecimiento físico del niño	8	3,8
Pérdida prematura	6	2,9

Fuente: formulario de datos.

Porcentaje del total de niños estudiados n=209 (un niño tiene más de un factor).

Tabla 2. Análisis multivariado en la presencia de anomalías de la oclusión en niños de 2 a 5 años.

Área III. Cienfuegos, 2005

Factores de riesgo	OR	IC 95 % Lim.inf/Lim sup
Presencia de hábitos vs. hábitos	5,933	4,31-5,54
Pérdida prematura	6,169	3,75-8,58
Relación escalón distal	3,190	2,04-4,76
Herencia	2,769	1,57-5,73
Espacio del primate superior	2,667	0,69-4,63
Índice de masa corporal	2,769	1,42-3,68
Micrognatismo	1,424	0,45-2,39
Diastemas interincisivos	1,906	1,49-2,32

Fuente: formulario de datos.