

Clínica Estomatológica Provincial Docente

## **Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado**

### **Some characteristics of the occlusion state in third grade children**

**MsC. Raquel Alpizar Quintana,<sup>1</sup> MsC. Gretel Moráguez Perelló,<sup>1</sup> MsC. Jacqueline Seguén Hernández,<sup>1</sup> MsC. Ada Legna Montoya Lage,<sup>1</sup> y MsC. Zulema Chávez González<sup>1</sup>**

#### **Resumen**

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal para definir algunas características del estado de la oclusión en 257 niños de tercer grado del Centro Escolar "26 de Julio" de Santiago de Cuba desde septiembre del 2005 hasta julio del 2006. Entre los principales resultados sobresalieron los hábitos deformantes bucales, así como las maloclusiones ligeras y de la clase I de Angle, sobre todo en los varones. La alteración de la oclusión más frecuente fue el resalte aumentado y los tratamientos debieron ser aplicados por ortodoncistas en el nivel primario de atención.

Descriptores: OCLUSIÓN DENTAL; MALOCLUSIÓN/epidemiología; MALOCLUSIÓN DE ANGLE CLASE I/prevención & control; ORTODONCIA; ORTODONCIA PREVENTIVA; ORTODONCIA CORRECTIVA; SALUD BUCAL

Límites: HUMANO, NIÑO; HUMANO MASCULINO, NIÑO

#### **Abstract**

A descriptive and cross-sectional study was made to define some characteristics of the state of the occlusion in 257 third grade children of the "26 of Julio" School Center in Santiago de Cuba from September, 2005 to July, 2006. Among the main results the most outstanding were the deforming oral habits, as well as the mild malocclusions and those of the class I Angle, mainly in the males. The most frequent alteration of the occlusion was the increase prominence and the treatments should have been applied by orthodontists in the primary care level.

Subject heading: DENTAL OCCLUSION; MALOCCLUSION/epidemiology; MALOCCLUSION, ANGLE CLASS I/prevention & control; ORTHODONTICS; ORTHODONTICS, PREVENTIVE; ORTHODONTICS, CORRECTIVE; ORAL HEALTH

Limits: HUMAN, CHILD; HUMAN MALE, CHILD

La cara en crecimiento es una estructura maravillosamente compleja, cuyo desarrollo, mucho más que un mero incremento de tamaño, deviene un proceso delicadamente equilibrado, que gradualmente modela y da nueva forma al rostro del niño hasta convertirse en el del adulto. El área craneofacial, objeto principal de este estudio, es una "encrucijada" anatómica sometida a múltiples factores que pueden modificar su crecimiento y desarrollo.<sup>1,2</sup>

Barnet<sup>3</sup> plantea que la oclusión normal consiste en una determinada disposición de los dientes entre sí con respecto a los maxilares, el cráneo y la musculatura de la cabeza, que sea estéticamente aceptable y esté en armonía con la salud y función de los dientes y los tejidos que los rodean.

La palabra "normal" se usa, por lo general, para expresar un patrón de referencia o una situación óptima en las relaciones oclusales y, aunque no es lo que más frecuentemente se encuentra en los pacientes, se considera el esquema más adecuado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en consonancia con el sistema estomatognático. Esto significa que no se puede considerar la maloclusión como la antítesis de la normoclusión, sino más bien como una situación que exige un tratamiento ortodóncico.<sup>1</sup>

Existen diferentes procedimientos para clasificar los factores causales, los cuales tienen el marcado propósito de facilitar su análisis. Resulta muy práctico el método planteado por Moyers: la ecuación ortodóncica, además sugerida por Dockrell, que enumera 7 causas, entre ellas: heredadas, adquiridas, generales y locales. La ecuación indica que una causa que actúa, durante un tiempo, en un tejido, provoca un determinado resultado.

Se considera que muy pocas maloclusiones son prevenibles, pero 25 % de estas pueden ser evitadas al eliminar los factores de riesgo, en edades tempranas, para lograr la mejoría.<sup>4</sup>

Para que el odontólogo pueda detectar los factores desencadenantes de las maloclusiones, debe conocer el aspecto que presentan las alteraciones aceptables en las distintas edades y cuáles son los patrones de crecimiento y desarrollo admisibles de la oclusión, así como también divisar la oclusión y saber qué buscar, de manera sistemática.<sup>5</sup>

Este estudio persiguió determinar algunas características de la oclusión en niños de tercer grado, los cuales se encuentran en período de dentición mixta, que es cuando comienzan a aparecer los primeros signos de maloclusiones y resulta más factible actuar para disminuir sus consecuencias por medio de estrategias preventivas y curativas.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para determinar algunas características de la oclusión en niños de tercer grado del Centro Escolar "26 de Julio" de Santiago de Cuba, durante el período que abarcó desde septiembre de 2005 hasta julio de 2006.

El universo estuvo constituido por los 257 escolares que conformaban la matrícula de ese grado y tenían edades entre 8 y 9 años, a quienes se les efectuaron examen clínico e interrogatorio; también se elaboró una entrevista para los padres o tutores. Entre las variables de interés figuraron: sexo, edad y factores de riesgo como: hábitos deformantes, disfunción labial, pérdida prematura de los dientes temporales, obturaciones proximales defectuosas, caries interproximales, interferencias y maloclusión (en esto último se tuvieron en cuenta: perfil, resalte o prominencia, sobrepase, desviación de línea media, apiñamiento, así como también mordida abierta anterior y posterior).

Para especificar las maloclusiones se utilizó la clasificación de Angle; sistema que permite aglutinar los casos clínicos en 3 grupos: clase I, clase II y clase III. Se valoró el tipo de maloclusión según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, que las divide en: ligera, moderada y severa. Considerando los niveles de prevención: primario, secundario y terciario, se procedió a identificar la necesidad del tratamiento ortodóncico, mientras que la imperiosidad de atención primaria en ortodoncia, se determinó en los niños que requerían prevención primaria y secundaria; y en el caso de atención secundaria, los que demandaron prevención terciaria.

## Resultados

Al examinar a los 257 escolares, se observó un predominio de la edad de 8 años, con 212, para 82,5 %, y una ligera superioridad del sexo masculino, con 129, para 50,2 %.

Entre los factores de riesgo para las maloclusiones detectadas, se halló que los hábitos deformantes constituyeron el factor prevaleciente, los cuales se encontraron en 151 niños (58,8 %), y de ellos, el sexo masculino fue el más afectado, con 84, para 32,7 %; le siguió, en orden de frecuencia la disfunción labial, con 83 pacientes (32,3 %).

La prevalencia de maloclusiones (**tabla 1**) resultó ser de 69,3 %, y se destacó ligeramente el sexo masculino (35,4 %), mientras que 30,7 % restante correspondió a niños con oclusión normal.

Tabla 1. *Escolares según oclusión y sexo*

Oclusión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Normal	38	14,8	41	15,9	79	30,7
Maloclusión	91	35,4	87	33,8	178	69,3
Total	129	50,2	128	49,8	257	100,0

En relación con las anomalías de la oclusión (**tabla 2**), la primera fue el resalte aumentado en 94 niños, para 52,8 %; la segunda, el apiñamiento dentario, detectado en 78 (43,8 %); y la tercera, el perfil convexo en 48 (27,0 %).

Tabla 2. *Escolares con anomalías de la oclusión*

Anomalías de la oclusión	Total	
	No.	%*
Resalte aumentado	94	52,8
Apiñamiento	78	43,8
Perfil convexo	48	27,0
Desviación de línea media	44	24,7
Mordida abierta anterior	23	12,9
Mordida cruzada	13	7,3
Sobrepase aumentado	12	6,7
Perfil cóncavo	1	0,6

\* Porcentaje calculado en función del total de niños con maloclusión

Se advirtió una primacía de la clase I (**tabla 3**), la que representó 56,7 % en los escolares afectados, y se destacó el sexo masculino con 52 niños (29,2 %); le siguió, en orden descendente, la clase II, con 20,2 %.

Tabla 3. *Clasificación de maloclusiones según sexo*

Clasificación de Angle	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Clase I	52	29,2	49	22,5	101	56,7
Clase II	12	6,7	24	13,5	36	20,2
Clase III	16	8,9	7	3,9	23	12,9
No clasificable	11	6,1	7	3,9	18	10,1
Total	91	51,1	87	48,8	178	100,0

El análisis del estado de la oclusión según su severidad (**tabla 4**), determinó que la maloclusión ligera predominó en 52,3 %, seguida de la moderada y la severa, con 36,5 y 11,25 %, respectivamente.

Tabla 4. *Escolares con maloclusión según tipos y sexo*

Tipo de maloclusión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Ligera	47	26,5	46	25,8	93	52,3
Moderada	36	20,2	29	16,3	65	36,5
Severa	8	4,5	12	6,7	20	11,2
Total	91	51,1	87	48,9	178	100,0

De los 79 niños con oclusión normal, 28 practicaban, al menos, un hábito deformante, de manera que la necesidad de prevención (**tabla 5**) estuvo presente en 206 pacientes, para 80,2 %, de los cuales, 47,5 % requería la prevención secundaria, con un predominio, en sentido general, del sexo masculino.

Tabla 5. *Escolares según sexo y necesidad de prevención*

Nivel de prevención	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	17	8,2	11	5,3	28	13,5
Secundaria	52	25,2	46	22,3	98	47,5
Terciaria	39	18,9	41	19,9	80	38,8
Total	108	52,4	98	47,6	206	100,0

Al valorar la necesidad de tratamiento ortodóncico, según nivel de atención, se conoció que 61,0 % requirió terapéuticas de atención primaria.

## Discusión

Las anomalías dentofaciales son afecciones del desarrollo que, en la mayoría de los casos, no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del crecimiento y desarrollo normales; afectan a gran parte de la población mundial y son consideradas como una alteración de alta prevalencia, al ocupar el tercer lugar como factor de riesgo para la salud bucal, según un grupo de consultores reunidos por la Organización Mundial de la Salud.<sup>1</sup>

Al respecto, las maloclusiones se presentan desde edades muy tempranas en cualesquiera modalidades. Su vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño y el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal y mixta, favorecen la existencia de una población infantil y adulta joven con una oclusión adecuada. Aunque no todas las maloclusiones pueden prevenirse o detenerse, sí es posible reducir su número y condición en la niñez.<sup>6</sup>

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de las discrepancias sobre la edad a la cual suelen considerarse como normales.<sup>7</sup>

Es indiscutible la influencia de los hábitos deformantes como causa de las maloclusiones, puesto que constituyeron el factor de riesgo predominante en este estudio, dado que 58,8 % de los educandos examinados tenían, al menos, un mal hábito, como también se encontró en una investigación realizada en Chile por Augusto y Díaz,<sup>8</sup> que abarcó a 1 110 niños, en la cual 66 % presentó hábitos deformantes bucales; y en otra efectuada en escolares españoles de 4 a 11 años, donde la prevalencia de hábitos fue de 53 %, con una mayor afectación en los varones.<sup>9</sup>

La elevada prevalencia de anomalías oclusales detectadas en esta serie, pudiera obedecer al hecho de que dichos estudiantes se encuentran en periodo de dentición mixta, que es cuando se

produce el mayor número de tales alteraciones, dadas las características de esa etapa transicional de la dentición.

Estos hallazgos pueden indicar, además, que debe incrementarse la atención preventivo-interceptiva desde edades tempranas y alertar sobre la importancia de la correcta y oportuna realización de actividades profilácticas para disminuir su incidencia, puesto que las maloclusiones tienden a empeorar progresivamente a lo largo de la vida, si no son tratadas a tiempo.

Las maloclusiones predominaron en los varones de la casuística, lo cual difiere de diversas investigaciones<sup>10-12</sup> donde se demuestra que no existen diferencias significativas entre ambos sexos.

El resalte aumentado y el apiñamiento se encontraron entre las anomalías más frecuentes en este estudio, para 52,8 y 43,3 %, respectivamente. Estos resultados se relacionan con los obtenidos en Brasil por Emmerica *et al*<sup>13</sup> en preescolares, en los cuales el resalte aumentado fue la alteración más frecuente, así como también con los informados por Frazao<sup>14</sup> en niños con dentición mixta, entre los cuales hubo una alta prevalencia de apiñamiento dentario.

A pesar de sus deficiencias, la clasificación de Angle constituye el sistema más tradicional y práctico para agrupar los casos clínicos y así facilitar su comparación, atención y referencia. En esta investigación se apreció el marcado predominio de la maloclusión de clase I, lo cual se asemeja a lo encontrado por Freitas *et al*<sup>11</sup> en niños brasileños de igual edad, así como también por Oriol<sup>15</sup> en Perú y por Murrieta<sup>16</sup> en México.

La prevalencia de anomalías en la oclusión, generalmente, ha constituido un problema de salud cuando se trata de evaluar su magnitud en función de las necesidades del tratamiento.<sup>17</sup> La maloclusión ligera se presentó en mayor cuantía, seguida por la moderada, lo que coincide con la Encuesta Nacional de Salud de 1998, donde se halló una elevada prevalencia de la primera en menores de 15 años, tanto a escala nacional como en esta provincia.<sup>18</sup>

Las encuestas básicas de salud bucodental proporcionan una base sólida para estimar las necesidades actuales y futuras de asistencia de la salud bucal en las comunidades, por lo que debe trabajarse en esa dirección para ir resolviendo progresivamente los problemas sanitarios que afectan la calidad de la vida de sus integrantes.

## Referencias bibliográficas

1. Di Santi de Modazo J, Vázquez Victoria B. Maloclusión clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Rev Lat Ortod Odontop* 2005;15-9.
2. Mursulí Sosa M, Cruz Milián MC, González Fortes B, Pestana Lorenzo JO. Anomalías de forma dentaria. *Gac Méd Espirituana* 2005;7(2) <[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.\(2\)\\_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.(2)_01/p1.html)>[consulta: 12 noviembre 2008].
3. Barnett EM. Terapia oclusal en odontopediatría. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1984: 44-5.
4. Podedera Valdéz ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años, 2002-2003 [artículo en línea]. *Rev Cubana Estomatol* 2003;40(3) <[http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41\\_2\\_04/est04204.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est04204.htm)>[consulta: 12 agosto 2008].
5. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos deformantes. *Rev Cubana Ortod* 2000; 15(2): 66-70.
6. Evolución del estado de salud bucal de la población cubana desde el año 1984 hasta 1998, según cumplimiento de las metas de salud bucal para el 2000. <<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/esbparte3.pdf>>[consulta: 12 agosto 2008].
7. Miranda C, Villanueva N, Sánchez A. Hábitos orales más frecuentes en una población de 5-13 años que acude a la clínica de Iztalaca al diplomado de ortopedia maxilar 2003. <[http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum\\_y\\_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/](http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum_y_lab1/otros/ColoquioXV/contenido/oral/)> [consulta: 20 julio 2008].
8. Augusto VP, Díaz MR. Frecuencia de malos hábitos orales y su relación con el desarrollo de anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3-6 años del área Oriente de Santiago. *Rev Chil Pediatr* 1999; 70(6): 470-82.
9. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *An Pediatr* 2005;(62)3:261-5 [artículo en línea].

- <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13071842>>[consulta: 12 julio 2008].
10. Franca HS, Orellana B, Fronza F, Kowlaski RV. Prevalência da maloclusão em pré-escolares de uma região da cidade de Curitiba. Brasil. Rev Odontocience 2003;18(42): 373-6.
  11. Freitas MR, Freitas DS, Pinheiro FE. Prevalência das más oclusões em inscitos para tratamento en Faculdade da Odontología de Bauro–USP Brazil. Rev Fac Odontol Bauru 2002; 10(3):164-9.
  12. Nieto García VM, Nieto García MA, Lacalle Remigio JR. Salud oral de los escolares de Ceuta, influencias de la edad, la etnia, el género y el nivel socioeconómico. Rev Esp Salud Pública 2001;75(6):541-50.
  13. Emmerica A, Fonseca L, Elías AM, Medeiros V. Relação entre hábitos bucais, alterações faringianas e maloclões em pré-escolares de Vitoria, Espírito Santo Brazil. Cad Saúde Pública 2004; 20(3): 689-97.
  14. Frazao P, Narvai PC, Latorre MR, Castellanos RA. Are several occlusal frequent in permanent than deciduous dentition? Rev Saúde Pública 2004; 38(2):247- 54.
  15. Oriol Orellana M, Jannet Mendoza Z, Segundo Perales Z. Estudio descriptivo de todos las investigaciones sobre prevalencia de maloclusiones realizadas en la Universidad de Lima, ICA y Arequipa. Rev Odontol Sanmarq 2000 [artículo en línea] <[http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/.../estudio\\_desc.htm](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/.../estudio_desc.htm)>[consulta: 8 julio 2008].
  16. Murrieta Pruneda JF, Zimbrón Levy A, Saavedra García M. Influencias de los planos terminales y tipo de arcada en el desarrollo de la oclusión en la dentición primaria. Bol Med Hosp Infant Mex 2001; 58(1):21-9.
  17. Espinosa González L. Comportamiento de las enfermedades bucales y necesidades de tratamiento en un consultorio médico del Vedado. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(3). <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300001&lng=es&nrm=iso&flng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300001&lng=es&nrm=iso&flng=es)> [consulta: 12 agosto 2008].
  18. Zacia G, Sosa M, Mojáiber A. Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias 1998. Rev Cubana. Estomatol 2001; 38(2):90-110.

MsC. Raquel Alpízar Quintana. General Miniet No. 20 entre calles 5 y 10, reparto “30 de Noviembre”, Santiago de Cuba  
Dirección electrónica: [jseguen@medired.scu.sld.cu](mailto:jseguen@medired.scu.sld.cu)

<sup>1</sup> **Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención Comunitaria en Salud Bucal. Instructora**  
**Clínica Estomatológica Provincial Docente, Santiago de Cuba, Cuba**

Recibido: 18 de septiembre de 2008  
Aprobado: 25 de mayo del 2009

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Alpízar Quintana R, Moraguez Perelló G, Segúen Hernández Y, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado [artículo en línea]. MEDISAN 2009; 13(6) <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13\\_6\\_09/san11609.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san11609.htm)>[consulta: día/mes/año].