

ARTÍCULO 1

Maloclusión en la dentición mixta temprana en el grupo etario de 5 a 10 años de pacientes que acuden a la Clínica de Ortodoncia I

Mollo Chumacero Norma Juana ^{a*}

^a *Docente auxiliar de clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología, UAJMS, Tarija-Bolivia*

* **Correspondencia del autor:** normamollochumacero@gmail.com

Resumen

Dentro de las maloclusiones más difíciles de corregir y que causan mayor desarmonía facial, generando un impacto psicológico negativo, son las de Clase III, las mismas que se identificaron en los pacientes niños que asisten a la clínica de Ortodoncia de la Facultad de Odontología, entre las edades de 5 a 10 años. Esta maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o de la mandíbula y/o posición de los dientes que impiden una correcta función del aparato masticatorio y conlleva además, una alteración estética para el paciente.



Fig.1

Las causas de la maloclusión pueden ser por distintos factores etiológicos. La herencia cumple un importante papel, observándose con facilidad que cierto tipo de mal posición dental se repite en determinadas familias.

Por otro lado, existen otras causas locales

que pueden originar maloclusión, entre ellas la pérdida de dientes temporales prematuramente, ya sea ocasionada por caries o por traumatismos.

Otro factor de maloclusión sería la falta de piezas dentarias en la boca por ausencia de formación de éstas (agenesia), por fallo eruptivo a causa de dientes supernumerarios o por un error en la guía eruptiva del diente.

Palabras clave: Maloclusión en niños, dentición mixta temprana.

Summary

Among the most difficult malocclusions to correct and that cause greater facial disharmony, generating a negative psychological impact, are Class III, the same ones that were identified in child patients who attend the Orthodontic clinic of the Faculty of Dentistry, among ages 5 to 10 years. This malocclusion is defined as any alteration of the bone growth of the maxilla or mandible and / or position of the teeth that prevent a correct function of the masticatory apparatus and also entails an aesthetic alteration for the patient.

The causes of malocclusion by different etiological factors. Heredity plays an important role, and it is easily observed that a certain type of bad dental position is repeated in certain families.

On the other hand, there are other local causes that can cause malocclusion, including premature loss of primary teeth, either caused by caries or trauma.

Another factor of malocclusion would be the lack of teeth in the mouth due to their lack of formation (agenesis), due to eruptive failure due to supernumerary teeth or due to an error in the eruptive guide of the tooth.

Keywords: Malocclusion in children, early mixed dentition.

1. Introducción

Los humanos como seres sociales se comunican a través del rostro y el principal sello de identidad personal es la cara, es decir, lo que define como individuos en los contactos interpersonales es la cara.¹

Por otra parte, la cara en crecimiento es una estructura maravillosamente compleja, cuyo desarrollo, mucho más que un mero incremento de tamaño, deviene un proceso equilibrado, que gradualmente modela y da nueva forma al rostro del niño hasta convertirse en él, del adulto. El área craneofacial, objeto principal del estudio, es una «encrucijada» anatómica expuesta a múltiples actores que pueden modificar su crecimiento y desarrollo.^{3,7}

Cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites normales se denomina maloclusión. El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción; sin embargo, este vocablo no solo designa al contacto de las arcadas de una interfase oclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal.^{10,14}

Las maloclusiones son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual

los pacientes, fundamentalmente niños, adolescentes 6,11

Este defecto se presenta desde edades muy tempranas en cualquiera de sus modalidades y ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales consideradas problema de salud, 7 así como el primero y segundo entre las afectaciones de la cavidad bucal infantil.¹²

Al respecto, su vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño, así como 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 las maloclusiones.¹³

La oclusión puede ser alterada por distintas condiciones, tales como: tipo de alimentación, hábitos bucales deformantes, caries proximales, obturaciones defectuosas, extracciones dentarias prematuras, así como enfermedades que repercuten durante el proceso evolutivo de las denticiones mixta y permanente. Desde una perspectiva preventiva, es importante conocer las causas específicas de maloclusión porque permitirá prevenirlas, aunque solo representen una pequeña parte del conjunto.⁶

Alrededor de los 6 años de edad, comienza la dentición mixta temprana, donde será escenario de cambios adaptativos hacia la fase mixta tardía. En esta dentición se produce el mayor crecimiento. Es un período de particular importancia en la causa de las anomalías de la oclusión, puesto que durante estos años deben realizarse una serie de procesos que conduzcan al cambio de los dientes temporales por los permanentes y se establezca la oclusión normal definitiva.^{6,11}

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y al repetirse, llegan a convertirse en inconscientes. Estos pueden ser beneficiosos (cuando sirven como

estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación) o perjudiciales (cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales). Entre estos casos se destacan la succión digital y lactancia nocturna, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal.¹¹

Considerando la importancia de los trastornos de la oclusión, desde el punto de vista de la salud del aparato estomatognático, es necesario definir con claridad los aspectos que conduzcan al logro de una oclusión dentaria funcional y estable.



Detención decidua

Fig.2

Conocida también como dentición de leche, dentición temporal o dentición primaria, es el primer juego de dientes que aparecen durante la ontogenia de humanos y como en las de otros mamíferos. Se desarrollan durante el periodo embrionario y se hacen visibles (erupción dentaria) en la boca durante la infancia. Son generalmente sustituidos, tras su caída, por dientes permanentes, aunque, en ausencia de ésta, pueden conservarse y mantener su función algunos años. En todos los mamíferos, salvo algunas excepciones, se recambian solo incisivos, caninos y premolares, apareciendo los molares ya como parte de la serie dentaria definitiva; este tipo de reemplazo se

denomina hemifiodoncia.¹Kardong, K. V., Vertebrados. Anatomía comparada, función, evolución, 2.ª ed. (McGraw Hill Interamericana, 1999), p. 220.

2. Funciones de los dientes temporales

Son las siguientes:

Preparar el alimento para su digestión y asimilación en etapas en las que el niño está en máximo crecimiento.

Sirven de guía de erupción, mantienen el espacio para la dentición permanente.

Estimulan el crecimiento de los maxilares con la masticación.

Fonación, los dientes anteriores intervienen en la creación de ciertos sonidos.

3. Causas de la maloclusión

Las maloclusiones pueden ser causadas por distintos factores etiológicos. La herencia cumple un importante papel, observándose con facilidad que cierto tipo de malposición dental se repite en determinadas familias.

Existen factores adquiridos que influyen en el desarrollo de la maloclusión, dentro de los cuales destacaríamos la presencia de hábitos de succión, como por ejemplo la lactancia materna o chupete prolongado y la succión del dedo. Durante la infancia también cabe remarcar la presencia de hábitos anómalos como la deglución atípica, interposición de lengua o labio y la respiración oral asociada a una hipertrofia adenoamigdalara o rinitis alérgica.

Por otro lado, existen otras causas locales que pueden originar maloclusión, entre ellas la pérdida de dientes temporales prematuramente, ya sea ocasionada por caries o por traumatismos.

Otro factor de maloclusión sería la falta de piezas dentarias en la boca por ausencia de formación de éstas (agenesia), por fallo eruptivo a causa de dientes supernumerarios o por un error en la guía eruptiva del diente.

4. Prevención de la maloclusión

Los antecedentes familiares son importantes para detectar un diagnóstico correcto de la maloclusión del niño que deberán ser detallados en la historia clínica.

Los hábitos de succión deberían erradicarse antes



Fig.3

de los dos años para poder corregir espontáneamente la maloclusión ocasionada por éstos. En la primera infancia, la actuación del logopeda puede ser necesaria para reeducar malos hábitos oro-linguales. La intervención del otorrinolaringólogo será necesaria en casos de hipertrofia adenoides o rinitis alérgica.

El odontopediatra u ortodoncista indicará la necesidad de colocación de mantenedores de espacio en el caso de pérdida prematura de molares temporales, así como el seguimiento de los traumatismos dentales.

5. Diagnóstico de las maloclusiones

El diagnóstico debe hacerse a tiempo, en una vi-



sita que incluye historia clínica completa, exploración clínica del paciente o examen radiográfico o de modelos si así se precisa.

6. Tipos de maloclusión

Clasificación de Angle.

Fig.4

Existen tres tipos, las maloclusiones transversales que obedecen a una alteración en la anchura de los maxilares o a anomalías en las inclinaciones dentales, causantes de una mordida cruzada localizada en un lado o en ambos.

Las maloclusiones verticales se caracterizan por una ausencia de contactos de los dientes superiores e inferiores o en caso contrario, a un solapamiento excesivo de éstos.

Las maloclusiones sagitales se clasifican según las relaciones de los molares permanentes en sentido anteroposterior. Se presentan dos agrupaciones. La clase II que corresponde al molar superior adelantado con respecto al inferior, y está aso-

ciada frecuentemente a unos incisivos superiores más proinclinados, con ausencia de cierre labial. Y la clase III que se aprecia cuando el molar inferior está más adelantado que el superior, con una mordida invertida de los incisivos, caracterizada por un perfil con mentón prominente.

Cabe destacar, en la clasificación de las maloclusiones, la discrepancia dental, una de las anomalías más frecuentes. Obedece a una falta de espacio de los dientes en sus respectivas arcadas dentarias. Habitualmente está asociada a una falta de armonía entre el tamaño de las piezas dentarias y la longitud de las arcadas maxilares.

7. Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de 70 pacientes, en niños de 5 y 10 años de edad, atendidos durante 2019, para caracterizar según las variables seleccionadas.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los estudiantes que cursaban el cuarto año y que tuvieran erupcionados los primeros molares permanentes.

La información primaria se obtuvo mediante el interrogatorio y el examen físico efectuado a cada paciente. Posteriormente, los datos fueron plasmados en una hoja de cálculo elaborada y se utilizó el porcentaje como medida para variables cualitativas.

8. Resultados

Del total de pacientes (tabla 1) predominaron la maloclusión con 65% y la presencia de hábitos con 5%, en 70 niños; varones y mujeres.

En la tabla 2 se muestra que los 70 niños con maloclusiones, la gran mayoría practicaba dichos hábitos (biberón 9%, succión digital 16%, respirador bucal 27%, lengua protráctil 14%).

Información de pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia en la Facultad de Odontología de la UAJMS, origen de la información de las historias clínicas de la gestión 2019.

TIPO DE OCLUSIÓN		HÁBITOS		DIFUNCIONES MALOCLUSIÓN	
		SI		NO	
	Nº de Paciente	Nº	%	Nº	%
NORMAL	30	5	16	6	5
MALOCLUSIÓN	40	20	5	20	65
TOTAL	70	25	22	11	70

TABLA Nº 1

Distribución de población año 2019

TIPO DE MALOCLUSIÓN; HABITOS Y DIFUNCIONES DEFORMANTES

Hábitos y disfunciones	HÁBITOS		DIFUNCIONES DEFORMANTE		
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	Nº de Paciente	%	Nº de Paciente	%	
Biberón	5	7	3	6	9
Succión digital	10	14	8	11	16
Respirador bucal	5	7	14	20	27
Lengua protráctil	8	11	5	10	14

Pacientes ingresados entre varones y mujeres en el año 2019.

TABLA Nº 2

Hábitos y disfunciones

	Varones	Mujeres	Total
Braquifacial	2	4	6
Mesiofacial	3	2	5
Dolicofacial	2	3	5
Dolico facial Suave	3	4	7

TABLA Nº 3

Biotipos facial año 2019

Biotipos faciales en varones y mujeres Braquifacial, Mesiofacial y Dolicofacial y Dolicofacial suave.

9. Discusiones

Se hace el estudio de la maloclusión en pacientes que tienen problemas dentales que asistieron a la Facultad de Odontología y el objetivo es contar con datos estadísticos del mismo para contar con mayor información.

La prevalencia de maloclusiones generalmente ha constituido un problema de salud cuando se trata de evaluar su magnitud en función de las necesidades de tratamiento.⁸

En esta casuística, del total de pacientes (tabla 1) predominaron con la maloclusión el 65% y la presencia de hábitos con 5% de 70 niños.

En general, la maloclusión se agrava con la edad y esto puede disminuirse a medida que se puedan detectar precozmente interferencias u otras alteraciones que impidan el crecimiento de los maxilares, las cuales se observan mayormente en grupos con dentición mixta y coincide con el tiempo, donde es mejor intervenir y corregir hábitos con resultados muy satisfactorios.¹⁵

Los hábitos bucales son causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de que existen discrepancias sobre hasta qué edad pueden ser consideradas como normales. Así, el grado de alteración dependerá de la duración, intensidad y frecuencia de este.⁹

El resultado obtenido en cuanto al tipo de oclusión y la presencia o no de hábitos deformantes puede estar relacionado con la causa de la maloclusión. Al respecto, Alpízar et al, 1 y Murrieta et al.¹ encontraron que los hábitos deformantes constituyeron el factor prevaleciente, presentes en 58,8 y 68,2 %, respectivamente; hallazgo similar también refirieron otros autores, si los pacientes con hábitos y disfunciones deformantes no son tratados oportunamente, pueden producirse interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático y, como consecuencia, anomalías morfológicas y funcionales. Otros efectos negativos son los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.

Por otra parte, el uso del biberón resultó ser el hábito más frecuente en la presente casuística, con una ligera diferencia entre ambos sexos, lo que pudiera deberse a la falta de conocimiento de algunos padres sobre la nocividad de este hábito en el aparato estomatognático del niño; otros consideran que al quitarle el biberón dejan de tomar la leche.

Los varones prevalecieron en la práctica de hábitos y presencia de disfunciones, lo cual guarda relación con la mayor presencia de maloclusiones en el sexo masculino; resultado que coincide con lo referido en un estudio efectuado en niños de 5-10 años, donde también predominó el uso del biberón. En otros estudios se muestra la generalidad de este hábito y se señala que los padres no lo reconocen como dañino.

Se plantea que estos hábitos comienzan en el periodo intrauterino e influyen en el origen de las anomalías dentomaxilofaciales, de manera que las formas de prevenirlos en edades tempranas y de eliminarlos han sido estudiadas profundamente. Una vez más se demuestra la relación directa entre la práctica de hábitos perniciosos y la presencia de maloclusiones.

Finalmente, en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron relacionadas con la presencia de maloclusiones dentarias mixtas.

10. ETIOLOGÍA

Es un problema multifactorial como la caries, malformaciones congénitas, alteraciones en crecimiento y desarrollo, hábitos.

Es importante diagnosticar a temprana edad que nos permite controlar y evitar problemas futuros que hagan que los niños crezcan, desarrollen sus maloclusiones dentales y esqueléticas

11. Conclusiones

Las estadísticas de maloclusiones en pacientes

que asisten al servicio de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma Juan Misael Saracho - ubicado en la ciudad de Tarija; tiene como objetivos específicos reconocer o identificar las maloclusiones en la dentición mixta, con mayor frecuencia se presenta en nuestra población y con un buen diagnóstico a temprana edad nos permite controlar y evitar problemas futuros que hagan que los niños crezcan y se desarrollen con alteraciones que no solo afecta la parte física sino también psicológica.

12. BIBLIOGRÁFICA

- Alpízar Quintana R, Moraguez Perelló G, Seguén Hernández J, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. MEDISAN. 2009 [citado 6 Feb 20.14; 13(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san11609.htm
- Álvarez Gonzales MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito 2006/ Maloclusion dentarias/ Hábitos bucales deformantes. México
- Durán Ciarrochi RJ. La onicofagia y sus consecuencias [citado 6 Feb 2014. Disponible en: <http://www.directoriosalud.com.ve/index.php/clinicas/aragua/7-blog/847-la-onicofagia-causas-y-consecuencias>
- Etiología de las maloclusiones. Factores genéticos [citado 25 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.odontologiapreventiva.com/ortodoncia/ambientales.htm>
- Kadong, K.V. Vertebrados., 1999 Anatomía comparada, función evolución. Americana
- López Montes RL. Prevalencia de maloclusiones dentarias en alumnos de 9-12 años de la Escuela Primaria Federal «Ignacio Ramírez» de Tihuatlan. Veracruz: Facultad de Odontología; 2011.
- Mursulí Sosa M, Cruz Milián MC, González Fortes B, Pestana Lorenzo JO. Anomalías de forma dentaria. Gac Méd Espirituana. 2005 [citado 6 Feb 2014]; 7(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.7.%282%29_01/p1.html.
- Murieta Pruneda JF, Allendelagua Bello RI/ 2009 Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales. México
- Medina AC, Crespo O, Da Silva 2010, Factores de riesgo asociado a maloclusiones en pacientes pediátricos. Venezuela.
- Padrón F. Momento de corrección de las maloclusiones dentarias [citado 6 Feb 2014]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/3/3_5/3_5_1/fter_3/ortodonc/comienzo.jsp
- Ponce Palomares M, Hernández Molinar Y. Frecuencia y distribución de maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí. México, DF: Universidad Autónoma; 2006.
- 12. Riberio Peña C. Medeiros de Britto, Pereira M, Mandilbaum, Gonzales/ 2008 / Características y tipos de alimento. México
- 13. Santiso Cepero A, Días Camacho E, Martínez Domínguez Díaz Brito /1994/ Diagnostico ortodontico en niños/Cuba.
- 14. World Health Organization. Releases new reports global problem of oral diseases. Geneva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news>.