



COMPORTAMIENTO DE LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS EN EL MUNICIPIO DE MEDIA LUNA. ENERO-DICIEMBRE 2019

Autores: Enia Cortés Silveriño¹, Beatriz Delgado Rodríguez², Marielis Enriquez Moreno³, Maite Guerra Ramírez⁴, José Luis Samaniego Hidalgo⁵.

¹ Especialista de I grado en ortodoncia,

² Especialista de I grado en EGI,

³ Especialista de I grado en EGI,

⁴ Licenciada en Atención Estomatología,

⁵ Especialista de I grado en EGI.

Policlínico Raúl Podio Saborit. Provincia Granma, País Cuba.

eniacsil@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Las maloclusiones dentales, según la OMS, ocupan el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal, ^(9,10) son la causa más frecuente de la pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes acuden a las consulta de ortodoncia. ⁽¹¹⁾ **Objetivo:** determinar el comportamiento de las maloclusiones dentarias en el municipio Media Luna, enero - diciembre de 2019. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo-prospectivo de corte transversal. El universo estuvo constituido por 245 pacientes con maloclusión dentaria. Para la obtención de la información se empleó el análisis documental a partir de las historias clínicas. En el procesamiento de la información se empleó el cálculo porcentual. **Resultados y discusión:** Predominó la maloclusión dentaria en el sexo femenino con un 57%, siendo el grupo de 6 – 12 años de edad el más afectado con un 44,1%, el apiñamiento fue el tipo de maloclusión de mayor prevalencia 43%, así como los factores de riesgo locales con un 77,3 %. **Conclusiones:** En nuestro estudio sobre maloclusión dentaria se obtuvo que el grupo de edad más afectado fue el de 6-12 años, en el sexo femenino. Predominó del apiñamiento y los factores de riesgo de mayor significación fueron los locales.

Palabras claves: maloclusión, apiñamiento, caries dental.



INTRODUCCIÓN

Muy pocas maloclusiones son prevenibles, por lo que su intercepción a temprana edad puede ser un elemento importante a considerar. Dominar la prevalencia y caracterización epidemiológica de las maloclusiones permite evaluar su magnitud para la planificación de actividades de promoción y prevención y direccionar el tratamiento curativo de estos pacientes teniendo en cuenta que los materiales y tecnologías para ello son muy costosos para el sistema nacional de salud cubano, ⁽¹⁾

En ortodoncia, se han propuesto un gran número de clasificaciones, pero ninguna ha reemplazado al sistema que presentó Edward H. Angle en 1899, ya que éste método es considerado y conocido universalmente y quizás la clasificación más utilizada en nuestros días, basándose en la posición del primer molar permanente y las llamo CLASES. La maloclusión se clasifica según Angle en: Clase I, Clase II división 1 y 2, y Clase III de acuerdo a la relación de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior con el surco vestibular del primer molar inferior. ^(2, 3, 4,5)

La maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático, caracterizado por no darse la relación normal entre las unidades dentarias con los demás dientes en el mismo arco y con los del arco antagonista creando un problema funcional (masticación, fonación y oclusión) y estético para el individuo, con un efecto psicológico perjudicial para la persona. ^(6, 7)

Para ubicar el paciente en esta categoría, examinamos la relación de los maxilares en oclusión céntrica, observando el perfil y el aspecto frontal del paciente, la relación y posición de los tejidos blandos, las asimetrías que pueden existir, debido a las bases esqueléticas o a tejidos blandos.

Se observan durante los movimientos de apertura y cierre si existen desviaciones y limitaciones, las cuales pueda deberse a alteración de la articulación temporomandibular, observar y anotar cuidadosamente para lograr un diagnóstico adecuado. ⁽⁸⁾

Las maloclusiones dentales, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupan el tercer lugar entre las enfermedades que constituyen riesgo para la salud bucal. 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 y jóvenes, acuden a las consulta de ortodoncia y estomatología. ^(9, 10 ,11)

La etiología de las maloclusiones se clasifican en:

a.) Factores predisponentes:

- Factores hereditarios (tamaño y forma de los dientes, relación basal de los maxilares, función labial y lingual).
- Influencias prenatales (causas maternas y embrionarias).

b.) Factores locales (causas postnatales):

- Grupo intrínseco (pérdida prematura de dientes temporales y permanentes, retención prolongada de dientes temporales, dientes ausentes congénitamente y supernumerarios, actividad funcional disminuida y desviada de los dientes, frenillo labial anormal, restauraciones incorrectas, desarmonía de tamaño y forma de los dientes y traumatismos dentarios). ⁽¹²⁾
- Factores circundantes o ambientales (desviaciones de procesos funcionales normales como los hábitos, anormalidades de tejidos musculares periorales, presión por defectos de posición, amígdalas hipertrofiadas, imitación, actitudes mentales). ^(12,13)
- Factores sistémicos (metabolismo defectuoso, enfermedades y trastornos constitucionales, funcionamiento anormal de las glándulas de secreción interna como la tiroides). ^(14,15)

Se realiza este estudio con el objetivo de determinar el comportamiento de las maloclusiones dentarias en los pacientes atendidos el servicio de ortodoncia del municipio Media Luna.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal de todos los pacientes que son atendidos en el servicio de ortodoncia del Policlínico Docente Raúl Podio Saborit de Media Luna con el objetivo determinar el comportamiento de las maloclusiones dentarias en el municipio Media Luna en el período de enero - diciembre de 2019.

El universo de trabajo estuvo constituido por 245 pacientes los cuales acudieron al servicio con algún tipo de maloclusión dentaria. Previo consentimiento de los pacientes.



Criterios de inclusión

- Todos los pacientes mayores de 6 años.
- Pacientes que dieron su consentimiento.
- Pacientes que acudieron a consulta y se les diagnosticó una maloclusión dentaria y recibió tratamiento.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 6 años.
- Pacientes que presentan alguna discapacidad física o mental.

Operacionalización de las variables:

Edad: La selección de las edades llamadas indicadoras se realizó según criterios del autor que contempla los cambios de dentición, erupción de los terceros molares.

- 6-12 años
- 13-18 años
- 19-25 años

Sexo: se clasificó teniendo en cuenta las dos categorías biológicas.

- Masculino
- Femenino

Para determinar el tipo de maloclusión dentaria se tuvo en cuenta la clasificación de Angle:

- Apiñamientos dentario anterior
- Los apiñamientos son cuando los dientes no caben en la arcada dentaria, en general por falta de espacio.
- Espaciamientos o separación de los segmentos incisivos
- Los espaciamientos es lo contrario de lo anterior, los dientes presentan diastemas (separaciones), por tanto no hay puntos de contacto, debido a que hay mayor longitud de arcada que material dentario
- Mordidas cruzadas anteriores y posteriores
- Las mordidas cruzadas anteriores es cuando los incisivos superiores se encuentran en PIM ocluyendo al revés, los bordes incisales superiores se apoyan en las caras linguales de los incisivos inferiores. Esto también lo vamos a ver en las maloclusiones de clase III.
- Las mordidas abiertas es cuando hay en PIM (posición de máxima intercuspidación) contactos de las piezas posteriores y no hay contactos a nivel anterior. Este tipo de mal posición dentaria no es solo típica de la maloclusión de clase I, podemos encontrarla en casos graves de maloclusiones esqueléticas. A nivel posterior podemos encontrar una mordida abierta posterior, hay contacto anterior en máxima intercuspidación y no en el segmento posterior.
- Caninos elevados.



- Los caninos elevados no es más que un apiñamiento debido a la falta de espacio y por ser los últimos en erupcionar en la arcada superior.
- Mal posición individual de una o más piezas dentarias
- La mal posición dentaria de una o más piezas puede ser muy variable, nos fijaremos siempre en la relación molar para hacer junto al estudio cefalométrico el diagnóstico de la maloclusión

Además agruparemos los factores de riesgo en generales y locales

Los factores generales son:

- Herencia: Cuando existen antecedentes familiares de maloclusión dentaria.
- Defectos congénitos
- Alteraciones musculares: Cuando al examen físico los músculos se encuentran flácidos e hipotónicos.
- Hábitos: inadecuados como succión del pulgar, lengua protráctil y respiración bucal.

Los factores locales son:

Describiremos las causas locales que conducen con más frecuencia a una maloclusión:

- Anomalías del número de dientes: agenesias y supernumerarios.
- Anomalías del tamaño de los dientes: macrodoncia y microdoncia.
- Anomalías de la forma de los dientes: conoides e hipoplasias.
- Anomalías de la erupción dentaria: ectopias, transposición, pérdida prematura, erupción avanzada, retención prolongada de los temporales.
- Presencia de frenillos de implantación anormal.
- Caries inter proximales.
- Falta de crecimiento de uno o ambos maxilares.
- Otras causas.

Técnica y recolección de la información

La recolección de la información se realizó empleando fuentes secundaria como la historia clínica de los pacientes.

Procesamiento de la información:

Los resultados fueron expresados en tablas con el uso de los números absolutos y porcentajes. Se emplearon los programas Microsoft Word y Excel pertenecientes al paquete de Office 2007 de Windows XP. Lo que permitió realizar la discusión de los resultados y llegar a conclusiones.

Aspectos éticos:

Se informó a los pacientes en qué consistía el estudio y los beneficios que podría favorecer. Se actuó siempre bajo su autonomía y el derecho a la intimidad, fidelidad



y veracidad. Se plasmó su voluntad de participación por escrito mediante el consentimiento informado de los padres.

RESULTADOS

La tabla 1 relaciona la variable edad, con un predominio del grupo etáreo entre 6 y 12 años con 108 pacientes para el 44,1%, seguido del grupo de 13 a 18 con 92 pacientes para un 37,5%, las edades entre 19 y 25 años con 45 pacientes para un 18.4%.

El sexo se distribuye en la tabla 2, predominó el sexo femenino con 140 pacientes para un 57 % y el masculino con 105 pacientes para un 43 %.

En la tabla 3 se evaluó el comportamiento de las maloclusiones siendo las más frecuentes los apiñamientos con 105 pacientes que representa el 43% seguido del espaciamiento con 59 pacientes para un 24,3%, resultando el menos significativo la mordida abierta con 8 pacientes para un 3,1%.

En la tabla 4 se puede observar que son más frecuentes los factores de riesgo locales con 189 para un 77.3%, mientras que con factores de riesgo generales estuvieron afectados 56 pacientes para un 22,7%.

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos estudiados presentaron edades comprendidas entre 6 y 12 años, resultado que se corresponde con la mayoría de las investigaciones que señalan a los niños más afectados por maloclusión dentaria presentan edades comprendidas entre 6 y 14 años de edad. Estos datos alertan sobre la necesidad de realizar acciones de prevención de las maloclusiones en grupos poblacionales que sobrepasan los 6 años de edad. ^(6, 7)

En relación al sexo los resultados del presente estudio se corresponden con los recogidos por otros autores, donde las niñas son las más afectadas por la enfermedad. , los resultados coinciden con los de Moreno Barrial que obtuvo un 50,8% de maloclusión en el sexo femenino, siendo superior al masculino en su estudio. ⁽¹⁾

Evaluamos el comportamiento de las maloclusiones siendo la más frecuente el apiñamiento coincidiendo con la Dra López Yáñez quien encontró que el 16,4% de los niños de su estudio presentaba este tipo de maloclusión, otros autores plantean que esta pudiera estar dada por la pérdida prematura de dientes temporales que



condicionan la migración de los vecinos y acortan el espacio para la erupción de los permanentes lo cual está presente en la población de estudio. ⁽³⁾

Los factores de riesgo locales predominaron sobre los generales, dentro de estos prevalecen las extracciones prematuras de dientes temporales, las caries dentarias temporales que condicionan la migración de los vecinos y acortan el espacio para la erupción de los permanentes y la persistencia de dientes de leche lo cual está relacionado con estudios realizados por otros autores y además difiere de los resultados obtenidos en otros continentes donde predomina el factor genético sobre el local. Nuestros resultados coinciden con el estudio de Peralta Navarro donde hace un profundo análisis de los factores de riesgo que propician la aparición de las maloclusiones, predominando los locales. ⁽¹²⁾

Las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, aparte de producir alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas

Las alteraciones funcionales y los hábitos orales pueden llegar a modificar la posición de los dientes, la relación de las arcadas dentarias entre si e interferir en el crecimiento normal y en la función. Un estudio epidemiológico realizado recientemente en España sobre una muestra de 1.100 escolares valoró que un 53,3% presentaba algún hábito oral .Otro ejemplo de interés que plantea la relación entre hábitos y patología, es cuando ésta última se trata de la enfermedad periodontal. Aunque no se han encontrado evidencias clínicas de que los hábitos puedan ser factores etiológicos, sí que es patente una posible relación. ⁽⁸⁾

CONCLUSIONES

En nuestro estudio sobre maloclusión dentaria se obtuvo que el grupo de edad más afectado fue el de 6-12 años, en el sexo femenino. Predominó del apiñamiento y los factores de riesgo de mayor significación fueron los locales.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.



Segundo Congreso Virtual de
Ciencias Básicas Biomédicas en Granma.
Manzanillo.



Contribución de Autoría

Enia Cortés Silveriño: gestación de la idea, elaboración del diseño, contribuyó en los resultados, discusión del estudio y en la redacción del artículo.

Beatriz Delgado Rodríguez, contribuyó en la redacción y discusión del artículo, realizó las búsquedas bibliográficas

Marielis Enriquez Moreno contribuyó en la elaboración del diseño, contribuyó en los resultados, discusión y en la aprobación de la versión final.

Maite Guerra Ramírez contribuyó en la revisión final del artículo y realizó las búsquedas bibliográficas

José Luis Samaniego Hidalgo contribuyó en la elaboración del diseño, contribuyó en los resultados y en la aprobación de la versión final.

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moreno Barrial Y, Rodríguez Paterson MC, Rodríguez Chala HE, Marrero Hernández M, González Viera R, Cruz Sánchez L. Comportamiento de maloclusiones en niños de 6 a 12 años, municipio Arroyo Naranjo. 2018. Rev cubana Tecnología de la salud [Internet]. 2019 [citado 2017 Oct 18]; 10(2): 44-52. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2019/cts192f.pdf>
2. Canut, J.A. Ortodoncia Clínica. 1ª. ed. Barcelona: Masson-Salvat Odontología; 1992.
3. López Yáñez JP. Características oclusales y prevalencia de maloclusiones en niños preescolares que acuden a centros infantiles de la ciudad de Quito, parroquia Carcelén [Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para aprobar el trabajo de titulación, para optar por el título de Especialista de Odontopediatría]. 2019 [citado 2017 Oct 18]; itado 2017 Oct 18]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/18562/1/T-UCE-0015-ODO-027-P.pdf>
4. Acurio Diaz AK. Incidencia de maloclusión dental en base a la relación molar en estudiantes de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Chimborazo [Trabajo previo a la obtención del título de Odontólogo]. 2016 [citado 2018 Mar 3].



Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3375/1/UNACH-EC-FCS-ODT-2017-0005.pdf>

5. Arias A, Espinal-Botero G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín – Colombia, 2016. Rev Nac Odont [Internet]. 2017 [citado 2017 Feb 8]; (26) Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/download/1814/2138>.
6. Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. KIRU [Internet]. 2018 abr-jun [citado 2017 Oct 18]; 15(2): 94 – 98. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1324/1069>
7. Cisneros Dominguez G, Cruz Martínez I. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. MEDISAN [Internet]. 2017 Jul [citado 2018 Mar 26]; 21(7): 781-787. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000700002&lng=es
8. Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4^a. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992
9. Carate Cabrera AK. Epidemiología de alteraciones dentales y esqueléticas en pacientes del posgrado de ortodoncia de la Universidad Central del Ecuador, período 2013 – 2017 [Trabajo de Investigación como Requisito previo a la Obtención del Grado Académico de Odontóloga]. 2019 [citado 2017 Oct 18]. Disponible en: <http://200.12.169.19/bitstream/25000/18121/1/T-UCE-0015-ODO-112.pdf>
10. Araújo Cruz JE, Leite de Souza ER, Xavier de Sousa L, de Oliveira BF, Tenório Guênes GM, Bandeira Macena MC. Mordida cruzada posterior: um enfoque à epidemiologia, etiologia, diagnóstico e tratamento. Arch Health Invest [Internet]. 2019 [citado 2017 Oct 18]; 8(3):157-163. Disponible en: <http://archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/3180/pdf>
11. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 2018 Mar 3]; 20(4): 426-432. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164b.pdf>
12. Peralta Navarro MG, Leiva Olivas JJ. Factores asociados a maloclusión en estudiantes de Odontología de la Universidad peruana Los Andes Huancayo 2015. [Tesis para optar el Título de cirujano dentista]. 2016 [citado 2018 Mar 3]. Disponible en: http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/140/Mirla_Gisella_Tesis_Cirujano_Dentista_2016.pdf?sequence=3
13. Duran Pardo GM. Influencia de la lactancia materna en la prevención de maloclusiones en niños de 3 a 5 años [Tesis para optar el Título de cirujano dentista]. 2018 [citado



- 2018 Mar 3]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3080/Cigue%F1as_re.pdf;jsessionid=B9211B59B99520F73F59797A3D93DBB8?sequence=3
14. Lima Illescas MV, Rodríguez Soto A, García González B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 2019 Dic 10]; 56(2): 1-10. Disponible en:
<http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1395/1352>
15. Proffit W, Ackerman J. Rating the characteristics of maloclusión a systematic approach for planning treatment.. Am J Orthod 64:238,1973

ANEXOS:

Tabla 1. Distribución de pacientes con maloclusión dentaria según edad. Policlínico Raúl Podio Saborit. Media Luna.

Grupo de edad	Total	%
6-12	108	44,1
13_18	92	37,5
19-25	45	18,4
Total	245	100

Fuente: Historias clínicas.



Tabla 2. Distribución de pacientes con maloclusión dentaria según sexo. Policlínico Raúl Podio Saborit. Media Luna.

Sexo	Total	%
Femenino	140	57
Masculino	105	43
Total	245	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 3. Distribución de tipos de maloclusión. Policlínico Raúl Podio Saborit. Media Luna.

Tipos de maloclusión	Total	%
Apiñamiento	105	43
Espaciamiento	59	24,3
Mordida Cruzada	30	12,2
Mordida Abierta	8	3,1
Caninos Elevados	20	8
Maloclusión individual	23	9,4
Total	245	100

Fuente: Historias clínicas



Tabla 4. Distribución de pacientes con maloclusión según factores de riesgo. Policlínico Raúl Podio Saborit. Media Luna.

Factores de riesgo	Total	%
<i>Factores Locales</i>	189	77,3
<i>Factores Generales</i>	56	22,7
Total	245	100

Fuente: Historias clínicas