

XXVII JORNADAS DE JOVENS PESQUISADORES

A ciência e a tecnologia na produção de inovação e transformação social

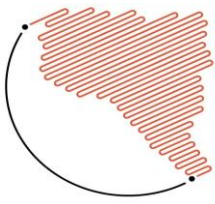
23 A 25 DE OUTUBRO DE 2019

UFSCar | Brasil | 2019

ISBN: 978-85-94099-11-2



Asociación de Universidades
GRUPO MONTEVIDEO



25. Atención primaria de la salud

Maloclusiones funcionales y su asociación con hábitos orales en niños con dentición mixta.

Autor: Meza, Edna Yohana; yohanameza.2@gmail.com

Orientador: Pelaez, Alina; anpelaez@odn.unne.edu.ar

Facultad de odontología

Universidad Nacional del Nordeste

Resumen

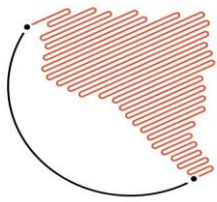
El objetivo del trabajo fue determinar la prevalencia de maloclusiones funcionales y su asociación con hábitos orales en niños con dentición mixta. La muestra estuvo constituida por 61 pacientes que asistieron a la Clínica del Módulo Atención Integral del Niño y Adolescente de la Facultad de Odontología de la UNNE. A los cuales se evaluó la presencia de maloclusiones funcionales como mordidas abiertas y cruzadas, líneas medias desviadas, apiñamiento dentario, resalte maxilar. Como hábitos orales se consideró la succión, interposición lingual y deglución atípica, interposición de labios y objetos, respiración bucal, onicofagia. Se realizó un análisis descriptivo empleando el Software estadístico InfoStat Versión 2016 y para conocer la asociación entre las maloclusiones funcionales y hábitos orales se emplearon pruebas de Chi cuadrado (nivel de significación $p \leq 0,05$). Se determinó la presencia de maloclusiones funcionales en un 64% siendo el apiñamiento dentario el de mayor predominio en un 61% y la prevalencia de hábitos orales en un 66%, la interposición labial y de objetos fue la que se observó con mayor frecuencia en un 39%. La asociación entre maloclusiones funcionales y hábitos orales fue estadísticamente significativa con un $p=0.0130$. En conclusión se identificó una alta prevalencia de maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta, asociadas a hábitos orales.

Palabras claves: Niños; Desarmonía oclusal; Hábitos nocivos.

Introducción

La dentición mixta (transicional) es la fase de formación dental en la que existen dientes primarios y permanentes en la boca (Cabrera Sanchez Teresa Virginia, 2015).

Por lo general termina a los 12 ó 13 años con la salida de los segundos molares permanentes o los segundos premolares permanentes en cada arco (Montiel Jaime, 2004). Durante la dentición mixta o de transición hasta la dentición permanente,



ocurre una secuencia de hechos de manera ordenada y regulada en el tiempo. Estos sucesos dan como resultado una oclusión funcional, estética y estable. Cuando la secuencia se altera surgen problemas que pueden afectar el estado final de la oclusión en la dentición permanente. (Dimberga, Lennartssonb, Arrrupc, & Bondemarkd, 2015).

Un problema frecuente en la dentición infantil son los hábitos orales que pueden generar maloclusiones funcionales tales como mordidas abiertas anteriores, desviaciones de la línea media, apiñamiento dentario, mordidas cruzadas anteriores y posteriores con la posible alteración de la articulación temporomandibular (Espinosa Quintana & Martinez Brito, 2010). Los hábitos bucales incorrectos, son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional. Todos los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí (Medina, 2010). El manejo de los hábitos orales se debe iniciar en el momento en que se diagnostica, y preferiblemente en edades tempranas con el fin de tratarlas en el nivel primario de prevención, y de esta forma, no llegar a tratamientos complejos (Vanda Urzal, 2013). La oclusión funcional debe ser tomada en cuenta desde la misma dentición infantil, con ello podrán ser prevenidas alteraciones que posteriormente causarían

serios problemas oclusales en el adulto, ya que la dentición en estas edades, además de permitir la respiración, fonación y la alimentación del niño, servirá de guía en la erupción de los dientes permanentes, permitiendo el correcto desarrollo de las arcadas dentarias (Baber, 2007). Por lo antes expuesto, el presente trabajo tiene como objetivo principal, determinar la prevalencia de maloclusiones funcionales y su asociación con hábitos orales en niños con dentición mixta.

Objetivo general:

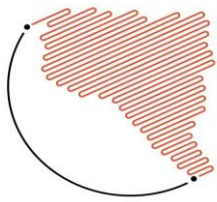
- Determinar la prevalencia de maloclusiones funcionales y su asociación con hábitos orales en niños con dentición mixta.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta.
- Determinar la prevalencia de hábitos orales en niños con dentición mixta.
- Determinar la asociación entre maloclusiones funcionales y hábitos orales en niños con dentición mixta.

Materiales Y Métodos:

En función a los objetivos planteados, se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.



La Población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes que asistieron a la Clínica del Módulo Atención Integral del Niño y Adolescente de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, para su atención, sobre los cuales se aplicaron Criterios de Inclusión y de Exclusión que se detallan a continuación.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con dentición mixta.
- Pacientes entre 6 y 12 años de edad.
- Pacientes, padres y tutores que aceptaron formar parte del estudio, disponiendo de su consentimiento para la utilización de los datos de exploración.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que presentaron alguna patología sistémica significativa con deficiencia motriz o neurológica.
- Pacientes que han recibido en el pasado, o estaban recibiendo en ese momento cualquier tipo de tratamiento ortopédico u ortodóntico.

En base a estos criterios se conformó la Población Objeto; quedando constituida por 203 pacientes entre los que se seleccionaron pacientes mediante un Muestreo al Azar Sistemático, estableciendo una muestra del 30% de la población en

estudio. La muestra quedó constituida por 61 pacientes.

Método de examen: El examen clínico de los pacientes se llevó a cabo en las Clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Se les presentó una hoja informativa a los pacientes, padres y/o tutores de los procedimientos y objetivos del trabajo, posteriormente firmaron un consentimiento informado, en los casos en que aceptaron formar parte del estudio.

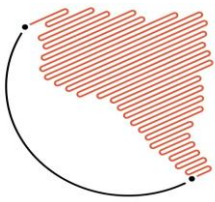
El examen clínico se realizó en sillones dentales, con un instrumento validado para tomar las medidas de maloclusión una sonda periodontal y una regla milimetrada, los cuales fueron efectuados por un único examinador entrenado a tal efecto. A todos los pacientes que conformaron la muestra se evaluó la presencia de maloclusiones funcionales y de hábitos orales.

Evaluación clínica de Maloclusiones

Funcionales: Se consideraron las siguientes manifestaciones clínicas:

1. **Mordida abierta anterior:** Situación de oclusión en la cual uno o más dientes anteriores no alcanzaron el plano de oclusión para hacer contacto con sus antagonistas, determinando con regla milimetrada:

- Menor o igual 3 mm: Mordida abierta moderada.
- más de 3 mm: Mordida abierta severa.



2. Mordida cruzada anterior: se establece cuando los incisivos superiores ocluyen por lingual de los incisivos inferiores.

- En presencia. (se especifico con regla milimetrada la distancia en milímetros).

3. Mordida cruzada posterior: (puede ser unilateral o bilateral) cuando las cúspides vestibulares de premolares o molares inferiores estaban más hacia vestibular que las cúspides bucales de los superiores.

- En presencia. (se especifico el número de dientes afectados).

4. Líneas medias desviadas: cuando el punto de contacto mesial de incisivos centrales en la arcada superior, inferior o de ambas se alejaba a la derecha o izquierda del plano sagital medio.

- En presencia. (se especifico la arcada dentaria afectada, superior/inferior o ambas).

5. Apiñamiento dentario: se consideraron a las rotaciones y/o desplazamientos de las piezas dentarias fuera de la línea de arcada.

- En presencia. (se especifico el número de dientes afectados y arcada dentaria afectada, superior/inferior o ambas).

6. Resalte maxilar: con los maxilares en cierre, se midió en milímetros considerando la distancia entre la superficie vestibular del incisivo inferior al borde incisal del incisivo superior más inclinado. Si los incisivos superiores e inferiores se encuentran en una

relación borde a borde, la puntuación será de cero.

- Menor o igual 2 mm Resalte maxilar normal.
- de 3 a 4 mm: Resalte maxilar moderado.
- de 5 mm o más: Resalte maxilar severo.

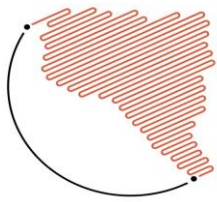
Evaluación clínica de hábitos orales se consideraron las siguientes manifestaciones clínicas:

1. Hábito de succión: succión del dedo o chupete. La lengua en posición baja y no se encuentra adosada al paladar.

2. Interposición lingual y deglución atípica: interposición de la lengua en el sector anterior o posterior, en momentos de reposo o función durante la deglución o fonación.

3. Interposición de labios y objetos: se consideró cuando el labio inferior se interponía entre los dientes, presentando una irritación roja y/o agrietada. En el caso de la interposición de objetos se preguntó al paciente y al padre o tutor si acostumbraba poner objetos entre las arcadas dentarias. En caso afirmativo que especifico el objeto y su ubicación frecuente.

4. Respiración bucal se observó si presenta obstrucción nasal por una desviación del tabique nasal, adenoides, rinitis o falta de aseo nasal. A nivel bucal, se consideró la falta de cierre bucal, labio



superior corto, y compresión de los maxilares.

5. Onicofagia: Se observó a nivel bucal la presencia de desgastes dentarios y se constató las uñas del paciente.

Los valores obtenidos fueron volcados en fichas previamente confeccionadas para su posterior evaluación estadística.

Análisis estadístico: Se procedió a realizar un estudio descriptivo de la muestra empleando el Software estadístico InfoStat Versión 2016. Se elaboraron tablas de contingencia entre las variables estudiadas y técnicas gráficas de análisis exploratorio de datos, calculando las frecuencias y porcentajes para cada variable diagnosticada. Para conocer la asociación entre las maloclusiones funcionales y hábitos orales se emplearon pruebas de Chi cuadrado (nivel de significación $p \leq 0,05$).

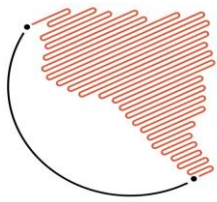
Resultados Y Discusión:

El total de la muestra quedó conformada por 61 pacientes, el rango de edad fue de 6 a 11 años, el promedio de edad de los mismos fue de 7,31. Se determinó la presencia de maloclusiones funcionales en un 64% de la muestra, valores similares fueron hallados por Moreira Hernández H en un estudio clínico, en Costa Rica en el cual 88 de 195 niños presentaban algún tipo de maloclusión mostrando una prevalencia de un 45.12% de maloclusión. (Arroyo- Araya & Morera- Hernández, 2012)

Las mordidas abiertas anteriores se hallaron en un 20%, Se observó un 23% de mordidas cruzadas, en cuanto a su localización el 64% presentó mordida cruzada anterior y un 36% posterior; A su vez la ubicación más prevalente de mordidas cruzadas fue la unilateral en un 86%.

En el estudio de García VJ en niños entre 6 y 14 años de Cataluña la desviación de la línea media fue de un 30,5% que concuerda con el 28% hallado en este estudio, donde se determinó mayor desviación de línea media hacia el lado derecho en un 59% y hacia el lado izquierdo en un 41%, (García García V.J., 2011)

La variable de mayor prevalencia fue el apiñamiento dentario en un 61% de los casos, con un predominio del 83% en el maxilar inferior. Además se observó la prevalencia de hábitos orales en un 66%. Dentro de las variables estudiadas en hábitos orales, la de mayor prevalencia fue la interposición labial y de objetos en un 39%, seguida por la onicofagia con un 21%, en tercer lugar la respiración bucal en un 16%, en menor medida el hábito de succión con un 15% y por último la interposición lingual en un 13% de los casos. Muy diferente a lo hallado por Mendoza Oropeza L. en un estudio sobre 147 niños de 2 a 15 años de edad en México, en el cual el hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual en un 66.2%; en segundo lugar, succión labial con un 49.3%; en tercer lugar,



onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%. (Mendoza Oropeza, Ocampo, Sánchez, & Fernández López, 2014)

Conclusión:

En el presente estudio se identificó una alta prevalencia de maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta, asociadas a hábitos orales. La intervención oportuna de atención durante el período de recambio dentario evitará que estas alteraciones se conviertan en un problema de salud en la dentición permanente.

Referências Bibliográficas

Arroyo- Araya, Y., & Morera- Hernández, H. (2012). MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS Y LA PERCEPCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA. *Revista Científica Odontológica*, vol. 8, núm. 2, 19-24. Obtenido de Revista Científica Odontológica:
<https://www.redalyc.org/pdf/3242/324227916004.pdf>

Baber, T. (2007). *The concept of preventive Orthodontics*. *J Dent Chile*. Obtenido de
[http://www.bus.sld.cu/revistas/ord/12\(2\)/ord/01297.htm](http://www.bus.sld.cu/revistas/ord/12(2)/ord/01297.htm)

Cabrera Sanchez Teresa Virginia, R. M. (2015). *Interferencias oclusales en niños con dentición temporal y mixta temprana*. Obtenido de MEDISAN:

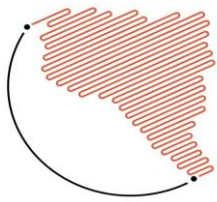
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medisana/mds-2015/mds153e.pdf>

Dimberga, L., Lennartsson, B., Arnrup, K., & Bondemark, L. (septiembre de 2015). *The Angle Orthodontist*. Obtenido de Prevalence and change of malocclusions from primary to early permanent dentition: A longitudinal study:
<https://www.angle.org/doi/10.2319/080414-542.1>

Espinosa Quintana, M. T., & Martínez Brito, I. (2010). *Interferencias oclusales y su relación con las maloclusiones funcionales en niños con dentición mixta*. Obtenido de Revista Médica Electrónica:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000200002

García García V.J., U. T. (2011). *Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona*. Obtenido de Avances en Odontología, 27(2),:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003&lng=es&tlng=es

Medina, C. (2010). *Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos*. Obtenido



de Acta Odontologica Venezolana:
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art-10/>

Mendoza Oropeza, L., Ocampo, A. F., Sánchez, R. O., & Fernández López, A. (octubre-diciembre de 2014). *Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos*. Obtenido de Revista Mexicana de Ortodoncia: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516300381>

Montiel Jaime, M. E. (2004). Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población

de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Revista ADM*, 209-214. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>

Vanda Urzal, A. C. (marzo de 2013). *The prevalence of anterior open bite in Portuguese children during deciduous and mixed dentition*. Obtenido de International Orthodontics: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761722712001076>