

Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil

Clinical details of dental occlusion in children of a day-care center

Dra. Grethel Cisneros Dominguez y Lic. Irene Cruz Martínez

Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 122 niños del Círculo Infantil "Espiguita", pertenecientes al área de salud del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, desde febrero hasta marzo de 2017, con vistas a mostrar detalles clínicos de la oclusión dentaria en estos menores, según variables seleccionadas. A los afectados se les realizó el examen clínico bucal y facial; además, se confeccionó la historia clínica individual y se utilizó el porcentaje como medida de resumen. En la serie predominaron los niños de 4 años de edad, el sexo femenino y las maloclusiones; en tanto, la succión digital y la disfunción lingual fueron los hábitos fundamentales. Asimismo, se obtuvo una primacía de la mordida abierta como característica de la maloclusión.

Palabras clave: niño, oclusión dental, maloclusión, hábito bucal, espacio de primate, relación molar temporal.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 122 children of "Espiguita" Day-Care Center belonging to the health area of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching Clinical Surgical Hospital was carried out from February to March, 2017 in Santiago de Cuba, aimed at showing clinical details of dental occlusion in these children, according to selected variables. The oral and facial clinical examination was carried out to those affected minors; also, the individual medical record was made and the percentage as summary measure was used. In the series there was a prevalence of 4 years children, female sex and malocclusions; as long as, the digital suction and the lingual dysfunction were the fundamental habits. Also, a primacy of the open bite was obtained as characteristic of malocclusion.

Key words: child, dental occlusion, malocclusion, oral habit, primate space, temporary molar relationship.

INTRODUCCIÓN

La oclusión dental se refiere a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto, tanto en céntrica como en protrusión o movimientos laterales. Es considerado el fenómeno más dinámico que se observa en la boca. Sus características durante el proceso de dentición primaria se consideran precursoras de la oclusión de la dentición permanente.¹

Ahora bien, la finalidad de la oclusión es la masticación, conocida como la suma de ciclos o movimientos masticatorios necesarios y suficientes para reducir todo alimento

a un tamaño, consistencia y forma adecuada. Así pues, la masticación posibilita la alimentación que, a través de degluciones sucesivas, se completa totalmente.^{1,2} En la dentición temporal, las superficies dentales cambian para adquirir una eficacia masticatoria, pues así lo requiere el período de crecimiento notable en el que se encuentra el infante.¹⁻³

Cabe destacar que aunque es sumamente difícil encontrar oclusiones en la dentición temporal que reúnan todas las características ideales, es importante establecer un control de su desarrollo para conseguir una función masticatoria eficiente o, al menos, lograrlo con la oclusión permanente.

El alineamiento y la buena oclusión dependerán de las bases óseas y de la posición adecuada de las piezas dentarias, primero los temporales y posteriormente los permanentes, razón por la cual se debe controlar su erupción, secuencia y las posibles alteraciones que pueda presentar el mantenimiento de los tejidos de la cavidad bucal y principalmente de los dientes.^{2,3}

Los problemas de oclusión dental son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores causales, lo cual trae consigo la insatisfacción estética, alteraciones en la masticación, la deglución, el habla, las disfunciones temporomandibulares y el dolor orofacial.^{1,4,5}

En la mayoría de los casos son varios los factores causales que interactúan y se superponen unos sobre otros; sin embargo, se pueden definir 2 componentes principales en su patogenia: la predisposición genética y los factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial.¹

Uno de los factores de riesgo de origen ambiental es la persistencia de hábitos bucales parafuncionales, tales como succión digital, de objetos y protrusión lingual, los cuales favorecen un crecimiento y desarrollo anormal del complejo dentofacial y producen estrechez transversal del arco maxilar, mordidas cruzadas o abiertas, protrusión de incisivos superiores, así como aumento del resalte horizontal.⁶⁻¹⁰

De hecho, las maloclusiones comienzan a manifestarse en las primeras etapas de la vida. Los estudios epidemiológicos de salud bucodental encaminados a conocer la prevalencia y severidad de dichas maloclusiones constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación tan importantes para el control de los problemas que pueden ocasionar alteraciones estéticas y funcionales del aparato estomatognático.¹⁰⁻¹³

En la presente investigación se muestran los detalles clínicos de la oclusión dentaria en niños de 4 a 6 años pertenecientes a un círculo infantil, cuyos resultados permitirán actuar tempranamente en aras de corregir las afectaciones detectadas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 122 niños del Círculo Infantil "Espigueta", perteneciente al área de salud del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", desde febrero hasta marzo de 2017, a fin de mostrar los detalles clínicos de la oclusión dentaria en niños de 4-6 años según variables seleccionadas. Para llevar a cabo la investigación se solicitó el autorizo a la dirección de la institución escolar a través del convenio MINED-MINSAP, en el que se

establecieron compromisos para efectuar el estudio. A todos los niños se les realizó el examen clínico, bucal y facial.

Fueron incluidos los niños con dentición temporal y mixta tempranas, quienes tuvieran 4-6 años de edad, con maloclusiones o sin ellas y cuyos padres dieron su consentimiento para su participación en el estudio. Se excluyeron aquellos que no reunieron los criterios antes mencionados.

Se analizaron las siguientes variables clínicas: presencia de apiñamiento, hábitos bucales, tipo de oclusión, tipo de mordida, presencia de espacios de primate superior e inferior, relación del molar temporal y relación del canino temporal.

RESULTADOS

La mayoría de los niños examinados tenían 4 años de edad (47,5 %), siendo a su vez el sexo femenino en el que más incidió con 29,5 % (tabla 1).

Tabla 1. Niños examinados según edad y sexo

Edad (en años cumplidos)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
4	22	18,0	36	29,5	58	47,5
5	20	16,4	29	23,8	49	40,2
6	5	4,1	10	8,2	15	12,3
Total	47	38,5	75	61,5	122	100,0

La tabla 2 muestra que 64,7 % de los pacientes examinados presentaban espacios de primate, y su mayor incidencia fue en los de 4 años de edad (39 para 32,0 %).

Tabla 2. Pacientes según la presencia de espacios de primate y la edad

Edad (en años cumplidos)	Presencia de espacios de primate				Total	
	Si		No			
	No.	%	No.	%	No.	%
4	39	32,0	19	15,6	58	47,5
5	33	27,0	16	13,1	49	40,2
6	7	5,7	8	6,5	15	12,3
Total	79	64,7	43	35,2	122	100,0

Como se observa en la tabla 3 existió un predominio del escalón mesial, tanto derecho como izquierdo (47 para 38,5 %), siendo en los afectados de 4 años de edad donde más se visualizó. En menor cuantía estuvieron los escalones distal derecho (22,9 %) e izquierdo (24,5 %) y hubo menor cantidad de niños a los 6 años de edad con primacia del plano terminal recto.

Tabla 3. Niños examinados según la relación del molar temporal y la edad

Relación de molar temporal	Edad (en años cumplidos)				
	4	5	6	Total	
				No.	%
Plano terminal recto derecho	17	19	9	45	36,8
Plano terminal recto izquierdo	17	17	9	43	35,2
Escalón mesial derecho	25	19	3	47	38,5
Escalón mesial izquierdo	25	19	3	47	38,5
Escalón distal derecho	16	9	3	28	22,9
Escalón distal izquierdo	16	11	3	30	24,5

En cuanto a la relación del canino temporal y la edad (tabla 4) se obtuvo un predominio de la neutroclusión (clase I) en 86 niños para 70,4 % y de esta denominación, la derecha en 38 pacientes fue la más significativa, principalmente en los niños de 5 años de edad.

Tabla 4. Niños según la relación canina temporal y la edad

Edad (en años cumplidos)	Relación canina temporal					
	Neutroclusión (Clase I)		Distoclusión (Clase II)		Mesioclusión (Clase III)	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
4	36	35	10	10	12	11
5	38	36	8	4	2	3
6	12	12	2	2	1	1
Total	86	83	20	16	15	15
%	70,4	68	16,3	13,1	12,2	12,2

Al analizar la presencia de hábitos bucales se encontró que 89 niños examinados (72,9 %) presentaron algún hábito, lo cual significa que en un niño existió más de un hábito. Los más frecuentes fueron la disfunción lingual y la succión digital en 25 y 20 niños respectivamente, para 20,4 y 16,5 % del total de la muestra, con primacía en los niños de 4 años de edad.

La presencia de algunas anomalías de la oclusión se pudo observar en 73,7 % de los integrantes de la casuística, aunque hubo niños con más de una de estas anomalías y la más frecuente fue la mordida abierta en 17 para 13,9 %. En cuanto a la edad, prevalecieron los menores de 4 años (tabla 5).

Tabla 5. Niños examinados según edad y anomalías de la oclusión

Anomalía de la oclusión		Edad (en años cumplidos)			Total	
		4	5	6	No.	%
Apiñamiento	Primario	6	7	2	15	12,3
	Secundario	3	4	2	9	13,3
Mordida abierta		8	7	2	17	13,9
Oclusión invertida	Anterior	4	5	1	10	8,1
	Posterior	2	1		3	2,4
Borde a borde		6			6	4,9
Total		29	24	7	60	49,2

DISCUSIÓN

Los niños necesitan una mayor oclusión ideal y perfectamente funcional que los adultos. El hecho está determinado por las exigencias nutritivas y calóricas durante esta etapa de gran crecimiento y desarrollo, pues precisan de un correcto funcionamiento de los dientes y de la cavidad bucal en general. De modo tal, que es de vital importancia conservar en perfecto estado todos y cada uno de los dientes de la dentición temporal, para así desarrollar una correcta función masticatoria.¹

Al respecto, los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los de León *et al*¹⁰ pues en su serie predominaron los niños de 4 años de edad, pero difieren de los encontrados por otros autores,^{9,12,13} quienes hallaron una prevalencia de los escolares de 5 a 11 años de edad. No se muestran diferencias en cuanto al sexo.

Los espacios de primate tienen especial importancia en el cambio de la dentición, puesto que permiten amortiguar la diferencia de tamaño entre la dentición temporal y la permanente; además, facilitan la colocación de los dientes en posición normal de oclusión. Los resultados de esta casuística no se corresponden con los descritos por Cañete *et al*¹¹ en cuyo estudio hubo ausencia de estos espacios en los pacientes estudiados.

En cuanto a la relación del molar temporal existió un predominio del escalón mesial, tanto derecho como izquierdo. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Cañete *et al*,¹¹ pues en su estudio predominaron los niños con una relación molar temporal en el plano terminal recto. No fue tomado en cuenta el primer molar permanente puesto que en los pocos casos que se observó estaba en fase eruptiva, sin haber completado su emergencia.

Dichos resultados son muy importantes para este estudio, debido a que los molares permanentes, al erupcionar, son guiados hacia su oclusión por las superficies distales de los segundos molares primarios y la relación entre ambos depende íntegramente de las posiciones previamente ocupadas por estos, es decir, de su relación anteroposterior y también de las dimensiones mesiodistales de sus coronas, especialmente del inferior; así, si esas dimensiones son más o menos iguales, la relación sagital en sus correspondientes superficies distales será similar y habrá un plano terminal recto, que resulta una relación molar de cúspide a cúspide. En cambio, si el molar mandibular, como suele suceder, es considerablemente más grande se formará un escalón mesial y como consecuencia la oclusión molar resultante será directamente de normocclusión, lo que se considera la opción más favorable.

Por otra parte, en cuanto a la relación canina temporal por edad se observó similitud con la investigación realizada por Travieso *et al*,¹⁴ quienes notificaron el más alto porcentaje de neutroclusión.

A partir del 2015, el Sistema Nacional de Salud en Cuba estuvo dirigido a fomentar acciones encaminadas a la salud bucal, con el objetivo de desarrollar el porcentaje de población infantil y adolescente sin maloclusiones.

En esta investigación se observó la presencia de algún hábito en los niños, a pesar de que varios de ellos tenían más de uno. Los más frecuentes fueron la disfunción lingual y la succión digital. Estos ocupan un lugar destacado entre los hábitos bucales deformantes o disfuncionales, por ser los más frecuentes en el niño, debido a las grandes deformaciones que producen en el área facial y por la implicación psíquica que de ello se deriva. Estos resultados coinciden con los obtenidos por varios autores de la bibliografía consultada.^{4-6,9,10,13}

Al analizar las anomalías de la oclusión se halló que la más frecuente fue la mordida abierta, resultados que concuerdan con los obtenidos por Cabrera *et al*.¹² Con cierta frecuencia se observa la presencia de mordida abierta anterior en los niños pequeños, lo cual está dado por varios aspectos, entre ellos la presencia de hábitos, siendo estos uno de los agentes causales más frecuentes y que más daño producen sobre el sistema estomatognático en un niño vulnerable durante su crecimiento y desarrollo, lo que trae consigo alteraciones de índole funcional y morfológica.

Los resultados obtenidos demuestran la necesidad de realizar programas preventivos desde edades tempranas, que permitan dar solución a los problemas de salud de la comunidad con deformidades bucofaciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Grau León I, Marín Manso GM, Masson Barceló RM, et al. Guías prácticas clínicas de oclusión. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
2. Carbó Ayala JE. Masticación. Movimientos masticatorios. En: Anatomía dental y de la oclusión. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
3. Tomás 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 Ortodl. 2001; 16(2):119-24.
4. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN. 2016 [citado 7 Abr 2017]; 20(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192_01600_0400002&lng=es
5. Díaz Méndez HT, Ochoa Fernández B, Paz Quiñones L, Casanova Sales K, Coca García Y. Prevalencia de maloclusiones en niños de la escuela Carlos Cuquejo del municipio Puerto Padre, Las Tunas. Medisur. 2015 [citado 7 Abr 2017]; 13(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400005&lng=es

6. Lazo Amador Y, Peñalver Soa S, Casamayor Laime Z. Necesidad de tratamiento ortodóncico en estudiantes de preuniversitario. Rev Cub Med Mil. 2014 [citado 7 Abr 2017]; 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100002&lng=es
7. Peguero Morejón H, Núñez Pérez B. La belleza a través de la historia y su relación con la estomatología. Rev haban cienc méd. 2009 [citado 10 Abr 2017]; 8(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400022&lng=es
8. García Peláez SY, Martín Zaldivar L, Lage Ugarte M, Altunaga Carbonel A. El mantenedor de espacio en la prevención de maloclusiones. AMC. 2014 [citado 10 Abr 2017]; 18(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000200005&lng=es
9. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN. 2014 [citado 10 Abr 2017]; 18(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es
10. León Alfonso J, Carvajal Roque J, Pérez Hermida N, Rodríguez Martín O. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. MEDICIEGO. 2014 [citado 10 Abr 2017]; 20(2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_no2_14/pdf/T8.pdf
11. Cañete Vázquez RA, Frías Gutiérrez OA, Osoria Machado BE. Alteraciones en la oclusión de niños en edades de 3 a 5 años. Multimed. 2013; 17(2):140-52.
12. Cabrera Sánchez TV, George Valls Y, Martínez Ramos MR, Ramírez Quevedo Y, González Esplanger L. Estado de la oclusión y tratamiento selectivo en niños con dentición temporal y mixta temprana. MEDISAN. 2016 [citado 7 Abr 2017]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000300003&lng=es
13. Vergara Terrado RO, Barrueco Botiel LB, Díaz del Mazo L, Pérez Aguirre E, Sánchez Ochoa T. Influencia de la lactancia materna sobre la aparición de maloclusiones en escolares de 5 a 6 años. MEDISAN. 2014 [citado 10 Abr 2017]; 18(8). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800005&lng=es
14. Travieso Gutiérrez Y, Díaz Gómez SM, Espeso Nápoles N, Fernández Carmenates N, Posada Beceiro C. Examen de la oclusión en adolescentes del consultorio 39: área de salud oeste. AMC. 2007 [citado 10 Abr 2017]; 11(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000500002

Recibido: 12 de mayo de 2017.

Aprobado: 21 de junio de 2017.

Grethel Cisneros Dominguez. Universidad de Ciencias Médicas, avenida de las Américas, entre calles I y E, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: grethel.cisneros@infomed.sld.cu