

Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana

Malocclusions and deforming oral habits in school children with early mixed teething

Dra. Alina Arocha Arzuaga,^I Lic. María Silvia Aranda Godínez,^{II} Dra. Yisel Pérez Pérez^I y Lic. Ana Elena Granados Hormigó^I

^I Facultad de Estomatología, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires del Moncada", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 150 escolares de 6 y 7 años de edad con maloclusiones y hábitos bucales deformantes, correspondientes al segundo grado de la Escuela Primaria "Nguyen Van Troi" de Santiago de Cuba, atendidos durante 2013, para caracterizarlos según variables seleccionadas. La información primaria se obtuvo mediante el interrogatorio y el examen físico efectuado a cada paciente. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas. Entre los principales resultados predominaron el sexo masculino (52,0 %), las maloclusiones en este mismo sexo (59,3 %) y el uso del biberón como hábito deformante (41,1 %). Se concluye que en la mayoría de los niños, las disfunciones bucales deformantes estuvieron relacionadas con la presencia de maloclusiones dentarias.

Palabras clave: niño, maloclusión, hábitos bucales deformantes, oclusión, dentición mixta temprana.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 150 scholars aged 6 to 7 with malocclusions and oral deforming habits who were in the second grade of "Nguyen Van Troi" Primary School in Santiago de Cuba, assisted during 2013 was carried out to characterize them according to selected variables. The primary information was obtained by means of the interrogation and the physical exam made to each patient. Among the main results the male sex (52.0%), malocclusions in this same sex (59.3%) and the use of baby bottle as deforming habit (41.1%) prevailed. It is concluded that in most of the children, deforming oral dysfunctions were related to the presence of teething malocclusions.

Key words: child, malocclusion, deforming habit, occlusion, early mixed teething.

INTRODUCCIÓN

Los humanos como seres sociales se comunican a través del rostro y el principal sello de identidad personal es la caral, es decir, lo que define como individuos en los contactos interpersonales.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 el del adulto. El área craneofacial, objeto principal del estudio, es una "encrucijada" anatómica expuesta a múltiples actores que pueden modificar su crecimiento y desarrollo.^{2,3}

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.^{4,5}

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.⁶⁻⁸

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,² así como el primero y segundo entre las afectaciones de la cavidad bucal infantil.⁹

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.¹⁰

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.⁸

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 complicados procesos que conduzcan al cambio de los dientes temporales por los permanentes y se establezca la oclusión normal definitiva.^{8,11}

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 del tete, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal.^{11,12}

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

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 150 escolares de 6 y 7 años de edad, de la Escuela Primaria "Nguyen Van Troi" de Santiago de Cuba, atendidos durante 2013, para caracterizarles según variables seleccionadas.

El universo de estudio estuvo constituido por todos los estudiantes que cursaban el segundo grado en el curso escolar 2012 - 2013 y que tuvieran brotados 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 a los efectos y se utilizó el porcentaje como medida de resumen para variables cualitativas.

RESULTADOS

Del total de pacientes (tabla 1) predominaron el sexo masculino con 78 niños y la presencia de maloclusiones (60,7%), fundamentalmente en los varones (54, para 59,3 %).

Tabla 1. Escolares según oclusión y sexo

| Tipo de oclusión | Sexo | | | | Total | |
|------------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | Masculino | | Femenino | | No. | % |
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Normal | 24 | 40,7 | 35 | 59,3 | 59 | 39,3 |
| Maloclusión | 54 | 59,3 | 37 | 40,7 | 91 | 60,7 |
| Total | 78 | 100,0 | 72 | 100,0 | 150 | 100,0 |

En la tabla 2 se muestra que de los 91 niños con maloclusiones, la gran mayoría practicaba dichos hábitos (80, para 87,9 %).

Tabla 2. Escolares según tipo de oclusión y hábitos deformantes

| Tipo de oclusión | No. de pacientes | Hábitos y disfunciones deformantes | | | |
|------------------|------------------|------------------------------------|------|-----|------|
| | | Sí | | No | |
| | | No. | % | No. | % |
| Normal | 59 | 44 | 74,6 | 15 | 25,4 |
| Maloclusión | 91 | 80 | 87,9 | 11 | 12,1 |
| Total | 150 | 124 | 82,7 | 26 | 17,8 |

En cuanto a los hábitos bucales y disfunciones deformantes en la tabla 3 se observa que 51 niños usaban el biberón (41,1 %), con una ligera diferencia entre ambos sexos (21,8 y 19,4 %, para el femenino y masculino, respectivamente), seguido por la onicofagia (28,2 %) y por el empuje lingual (21,0 %). Por otra parte, prevalecieron los varones en la práctica de 3 de estos hábitos y disfunciones: lengua protráctil (12,1 %), respirador bucal (11,3 %) y succión digital (10,5 %). Solo el uso del biberón y la onicofagia lo practicaron más las niñas (21,8 y 16,2 % en ese orden).

Tabla 3. Escolares con hábitos bucales y disfunciones deformantes según tipo y sexo

| Hábitos y disfunciones | Sexo | | | | | |
|------------------------|----------|------|-----------|------|-------|------|
| | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | No. | %* | No. | %* | No. | %* |
| Biberón | 27 | 21,8 | 24 | 19,4 | 51 | 41,1 |
| Onicofagia | 20 | 16,2 | 15 | 12,1 | 35 | 28,2 |
| Lengua protráctil | 11 | 8,9 | 15 | 12,1 | 26 | 21,0 |
| Succión digital | 11 | 8,9 | 13 | 10,5 | 24 | 19,3 |
| Respirador bucal | 8 | 6,4 | 14 | 11,3 | 22 | 17,7 |

* Porcentajes calculados sobre la base del total de niños (124) con hábitos deformantes.

DISCUSIÓN

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.¹³

En esta casuística predominaron los varones con maloclusión, lo cual fue inferior a lo obtenido por Alpizar *et al*¹ (69,3 %) y superior a lo de Santiso *et al*¹⁰ (27,9%), quienes demostraron que no existen diferencias significativas entre ambos sexos. Por su parte, López Montes⁸ corroboró la preponderancia de este mismo sexo (51,0 %); mientras que 39,3 % correspondió a niños con oclusión normal.

En general, la tendencia de esta enfermedad es a aumentar 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.¹⁵⁻¹⁹

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.¹⁵

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 y, de hecho, con la aparición de esta enfermedad.¹⁷ Al respecto, Alpízar *et al*,¹ y Murrieta *et al*,¹³ encontraron que los hábitos deformantes constituyeron el factor prevaleciente, presentes en 58,8 y 68,2 %, respectivamente; hallazgo similar también refirieron otros autores,^{14,15} dado por 86,1 y 34,7 %, en ese orden.

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.¹⁸

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 tomarse 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 Cienfuegos en niños de 5 – 8 años,¹⁶ 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.¹⁴

Con referencia a lo anterior, hallazgos similares fueron encontrados en la ciudad de Carabobo, pero con diferencias en cuanto al orden de aparición, pues se obtuvo mayor incidencia de la onicofagia (58 %) seguido por el uso del biberón (26 %); mientras que en otras investigaciones^{14,18} primó el empuje lingual (78,2 y 25,3 %, respectivamente).

Se plantea que estos hábitos comienzan en la niñez e influyen en el origen de las anomalías dentomaxilofaciales,¹⁹ 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 2014]; 13(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san11609.htm
2. 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
3. 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>
4. 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
5. World Health Organization. Releases new reports global problem of oral diseases. Geneva: WHO [citado 6 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/en/>
6. 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.
7. Etiología de las maloclusiones. Factores genéticos [citado 25 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.odontologiapreventiva.com/ortodoncia/ambientales.htm>
8. 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.
9. Ribeiro Pena C, Medeiros de Britto, Pereira M, Mandelbaum Gonçalves Bianchini E. Características do tipo de alimentação e da fala de crianças com e sem apinhamento dentário. Rev CEFAC. 2008 [citado 25 Ago 2014]; 10(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462008000100009
10. Santiso Cepero A, Díaz Camacho E, Martínez Domínguez AA, Díaz Brito RJ. Diagnóstico ortodóntico en niños del área de salud Florencia. Rev Cubana Ortod. 1997 [citado 25 Ago 2014]; 12(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord05297.htm
11. Santiso Cepero A, Torres Ulloa M, Álvarez Curbelo M, Cubero González R, López Martín D. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal. MediCiego. 2010 [citado 28 Ago 2014]; 16 (Supl. 1). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=68402&id_seccion=3716&id_ejemplar=6856&id_revista=226

12. Silva A. Hábitos que dañan [citado 19 Jul 2014]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/saludvida/bucodental/temas.php?idv=18908>
13. Murrieta Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez López LA, Linares Vieyra C. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011 [citado 30 Mar 2015]; 68(1). Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-1
14. Buitrago López AM, Gómez Mancilla JR, Salazar Sandoval S, Morón Cotes L, Perilla Reyes JC, Barrera Chaparro JP. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Rev Colombiana Invest Odontol. 2013 [citado 30 Mar 2015]; 10(4). Disponible en:
<http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/236>
15. Medina AC, Crespo O, Da Silva L. Factores de riesgo asociados a maloclusiones en pacientes pediátricos. Acta Odontol Venezolana. 2010; 48(2):22-5.
16. Maya Hernández B. Efectividad de la persuasión como terapia para la eliminación de hábitos deformantes. Rev Cubana Ortod. 2000;15(2): 66-70.
17. Carrillo Toro AC, Catarí Rodríguez PC Sarvance Pérez SE, Pérez M. Hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños que asisten a la consulta de odontopediatría. Universidad de Carabobo [citado 30 Mar 2015]. Disponible en:
<http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2626/1/anpa.pdf>
18. Álvarez González MC, Perez Lauzurique A, Martinez Brito I, Garcia Nodar M, Suarez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Méd Electron. 2014 [citado 30 Mar 2015]; 36(4). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema02.htm>
19. Suárez E, Salas W, Villalobos G, Villalobos K, Quirós O. Estudio de las maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población "añu" de la escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr. 2012 [citado 30 Mar 2015]; 26. Disponible en:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art26.asp>

Recibido: 12 de febrero de 2016.

Aprobado: 27 de febrero de 2016.

Alina Arocha Arzuaga. Facultad de Estomatología. Sánchez Hechavarría, esquina Plácido s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
alina.arzuaga@sierra.scu.sld.cu