

Características de la oclusión dentaria en niños de 4 y 5 años

Characteristic of the occlusion in 4 and 5 years children

Dra. Maira Raquel Martínez Ramos, Dra. Yaimel George Valles, Dra. Yainelis Llópiz Milanés, Dra. Beatriz Pérez Vidal y Dra. Liliana Bosch Marrero

Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires del Moncada", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los 86 niños de 4 y 5 años de edad, pertenecientes al quinto y sexto años de vida del Círculo Infantil "Ana de Quesada" de Santiago de Cuba, de octubre del 2015 a marzo del 2016, a fin de caracterizarles en cuanto a la oclusión dentaria. En la serie se obtuvo que al menos 17,4 % de los niños examinados presentaban alteración en la oclusión permanente respecto a la relación de los molares temporales, con más frecuencia del sobrepase de media corona (31,4 %) y menos reiteración de la oclusión de los dientes de borde a borde (con solo 9 niños). Por último, pudo concluirse que 46,6 % de los párvulos presentó una oclusión anómala.

Palabras clave: ortodoncia interceptiva, ortodoncia preventiva, dentición temporal, oclusión dentaria, relación de oclusión, guarderías infantiles.

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional study of the 86 4 and 5 years old children, belonging to the fifth and sixth years from "Ana de Quesada" child day care center in Santiago de Cuba was carried out from October, 2015 to March, 2016, in order to characterize them as for their occlusions. In the series it was obtained that at least 17,4% of the examined children presented changes in the permanent occlusion regarding the relationship of the temporary molars, with more frequency of the overbite of half crown (31,4%) and less reiteration of the occlusion of border to border teeth (just in 9 children). Lastly, it could be concluded that 46,6% of the children presented an anomalous occlusion.

Key words: interceptive orthodontics, preventive orthodontics, temporary dentition, occlusion, occlusion relation, child day care centers.

INTRODUCCIÓN

La práctica estomatológica en Cuba en las últimas décadas ha tenido un giro importante, pues por la política del Estado y la dirección del Ministerio de Salud Pública se ha transitado del ejercicio eminentemente curativo al desarrollo de una atención preventivo-curativa. Se trata de trabajar en función de evitar que la población se enferme,

manteniéndola sana gracias a la identificación temprana de factores de riesgo y a la aplicación de medidas oportunas que minimicen la aparición de la enfermedad o su agravamiento.

Este concepto para la práctica ortodóncica es de gran connotación, porque además de prevenir la aparición de maloclusiones, lo que se traduce en mejor calidad de vida para la población, constituye un ahorro importante de recursos.¹

Al respecto, se define la ortodoncia preventiva (lo que se considera como prevención en ortodoncia) como la acción ejercida para conservar la integridad de lo que parece ser la oclusión normal en determinado momento.

Igualmente se concibe la prevención en ortodoncia como la rama de esta que estudia los procesos y las medidas destinados a evitar la aparición y difusión de cuadros de maloclusiones. En esta concepción la prevención en ortodoncia no es exclusiva de los especialistas de esta rama, pues el estomatólogo general básico y el estomatólogo general integral desempeñan funciones principales, al ser los primeros en recibir al paciente. De ellos es la responsabilidad en primer término del diagnóstico y el tratamiento oportunos, así como de la remisión cuando corresponda.²

Con el encabezado de ortodoncia preventiva están aquellos procedimientos que intentan evitar los "ataques" indeseables del medio ambiente o de cualquier cosa que pudiera cambiar el curso normal de los acontecimientos, la corrección oportuna de lesiones cariosas que pudieran alterar el perímetro de las arcadas, el reconocimiento oportuno de hábitos y la eliminación de estos, y la colocación de mantenedores de espacio para conservar las posiciones correctas de los dientes contiguos.³

La ortodoncia preventiva se aplica cuando aún no está presente la enfermedad y desde el momento en que los dientes comienzan a brotar hasta que se produce el recambio dentario. Además contempla todas las medidas de tipo preventivo y enumera las siguientes: enseñanza de la técnica de cepillado, selladores de puntos y fisuras, aplicaciones tópicas de flúor e introducción de buenos hábitos alimentarios.

Por su parte, la ortodoncia interceptiva comprende las acciones que pueden tomarse cuando aparecen los primeros signos de enfermedad: eliminación de dientes retenidos, de supernumerarios y de caries dental; la reconstrucción adecuada del diente; la aplicación de mantenedores de espacio ante daño del perímetro del arco; la erradicación de hábitos nocivos; el tratamiento temprano de mordidas cruzadas; la detección y corrección de problemas respiratorios; la eliminación de frenillos de inserción patológica; el tratamiento de las alteraciones de tamaño o forma de los dientes; la corrección de disfunciones musculares; la detección y el tratamiento de enfermedades sistémicas, desnutrición, hipovitaminosis y de afecciones y trastornos constitucionales, como alergias y anemias; y la detección del funcionamiento anormal de las glándulas endocrinas. En realidad, todas las opciones mencionadas forman parte de las consideraciones para una conducta preventiva, a fin de evitar el desarrollo de las maloclusiones.⁴

Otra consideración importante es que la prevención en su ejercicio es una sola: la suma total de esfuerzos por promover, mantener y/o restaurar la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y/o la restitución de la salud bucal. Entre estos esfuerzos se encuentran los que garantizan una oclusión funcional y estética adecuada.⁵

Las alteraciones de la oclusión suelen comenzar en edades tempranas, lo cual da una idea de la magnitud del problema; por ello el esfuerzo principal del estomatólogo debe

estar encaminado a reducir las mediante un incremento de las acciones preventivas unido al diagnóstico temprano. El odontopediatra y el estomatólogo general tienen la ventaja de examinar las arcadas dentarias de los niños a muy temprana edad, lo que favorece la corrección rápida de estas alteraciones.⁶ Asimismo se ha referido cerca de 50 % de maloclusiones en la dentición temporal.

Sobre la base de los planteamientos anteriores, surgió la motivación de efectuar este trabajo, con el cual se persiguió detectar tempranamente cualquier alteración que pueda conducir al desarrollo de una maloclusión, para aplicar medidas preventivas eficaces de manera precoz.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de niños de 4 y 5 años de edad, que asistían al Círculo Infantil "Ana de Quesada" de Santiago de Cuba, de octubre 2015 a marzo de 2016, a fin de caracterizarles en cuanto a su oclusión dentaria.

El universo estuvo comprendido por todos los niños (86) que cursaban el quinto y sexto años de vida durante ese período, quienes fueron examinados en el mismo centro educacional mediante la observación clínica directa con el auxilio de la luz natural o artificial y un depresor lingual, lo cual es un procedimiento no invasivo en estas edades.

Entre las variables de interés figuraron el sexo, la edad biológica, la relación de arcadas en oclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior (resalte, relación de caninos temporales, relación de segundos molares temporales, relación de primeros molares permanentes), transversal (coincidencia de líneas medias, resalte posterior) y vertical (sobrepase); así como los parámetros de normalidad de la oclusión: oclusión fisiológica y oclusión patológica.

Toda la información necesaria fue recogida por los autores en una planilla de vaciamiento diseñada a tal efecto; luego fue procesada de modo computarizado y expresada en porcentaje como medida de resumen para datos cualitativos.

RESULTADOS

De los 86 niños examinados, 39 eran hembras y 47 varones, de los cuales 45 presentaron dentición temporal (52,3 %) y 41 dentición mixta temprana (47,7 %).

En cuanto a la relación de oclusión de los primeros molares permanentes, se encontró que 4 niños la presentaron en neutroclusión y otros 4 niños en distoclusión, para 4,6 %, respectivamente; sin embargo, ninguno poseía relación de mesioclusión.

Según el plano terminal de los segundos molares temporales, 17,4 % presentó escalón distal (14 niños), 44,2 % plano terminal recto (38 niños), que proporcionará que al brotar los primeros molares permanentes estos tengan una relación de cúspide a cúspide, los que luego por el corrimiento mesial tardío adquirirán una relación de neutroclusión; 38,4 % presentaron escalón mesial (33 niños), que facilitará una relación de neutroclusión de los primeros molares permanentes desde su brote.

Al analizar la relación de los caninos temporales en la oclusión, existieron 59 niños con relación de neutroclusión (68,6 %), 14 con la de mesioclusión y 13 de distocclusión, para 16,3 y 15,1 %, respectivamente.

Se obtuvo 14 niños con resalte aumentado (16,3 %), considerando que en la dentición temporal el resalte normal es de 0 mm, debido a la práctica de hábitos perjudiciales como la succión digital y disfunción lingual; además, 3 de los examinados (3,5 %) presentaron oclusión invertida anterior como consecuencia de interferencias dentarias. Cuarenta niños poseían resalte normal (46,5 %).

En la descripción de la relación transversal en el total de niños examinados, 79 (91,9 %) no presentaron anomalías en la coincidencia de las líneas medias en la relación transversal y solo 2 niños no poseían resalte posterior (2,3 %).

Respecto a la relación vertical en la oclusión, existió gran variabilidad que puede encontrarse en los niños con dentición temporal en cuanto al sobrepase, aunque todas son reconocidas como normal. Fue más frecuente encontrar sobrepase de media corona, con 31,4 % del total, y fue menos usual hallar dientes que ocluyeran borde a borde, solo 9 pacientes.

En general, según parámetros de normalidad, la oclusión preponderante en los niños examinados fue la fisiológica, con 53,5 %; no obstante, es muy importante destacar que 46,6 % presentó anomalías.

DISCUSIÓN

Las anomalías dentomaxilofaciales son afecciones del desarrollo que, en la mayoría de los casos, no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del crecimiento normal; estas dañan a gran parte de la población mundial y son consideradas como una alteración de alta prevalencia, al ocupar el tercer lugar como factor de riesgo para la salud bucal, según un grupo de consultores⁷ reunidos por la Organización Mundial de la Salud.

Al respecto, las maloclusiones se presentan desde edades muy tempranas en cualquiera de sus modalidades. Su vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño y el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal y mixta temprana, 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.

El escalón distal en los molares temporales provocaría una relación de distocclusión en los primeros molares permanentes desde su propio brote, de manera que se coincidió con Alpizar Quintana *et al*⁸ en que la elevada prevalencia de anomalías oclusales pudiera deberse al hecho de que estos niños se encontraban en período de dentición mixta, que es cuando se produce el mayor número de tales alteraciones, debido a las características de esa etapa transicional de la dentición.

Considerando que en la dentición temporal el resalte normal es de 0 mm, el resalte en algunos niños se mostró aumentado; estos resultados se relacionaron con los obtenidos por Emmerich *et al*⁹ en preescolares brasileños, en quienes el resalte aumentado fue la alteración más frecuente, y también por Franco *et al*¹⁰ en niños con dentición mixta.

En la relación transversal la mordida cruzada posterior era causada por interferencia dentaria. En la Universidad Médica de Georgia, Estados Unidos, se realizó un estudio donde se halló que algunos hábitos pueden causar efectos negativos en la oclusión, tales como el resalte aumentado, el sobrepase aumentado, la mordida cruzada posterior y los demás cambios esqueléticos.¹¹

La identificación temprana de estas alteraciones favorecerá la intercepción de maloclusiones dentarias de origen funcional, por lo que se debe tomar una actitud más responsable en la observación y el tratamiento de la dentición temporal, partiendo de que de esta depende el futuro de la oclusión adulta.

Según Cabrera Sánchez *et al*¹² las interferencias oclusales, que devienen un problema habitual en las denticiones temporal y mixta, se asocian a maloclusiones funcionales, como mordidas cruzadas anteriores y posteriores, anomalías faciales y afectaciones de la articulación temporomandibular. De hecho, obstaculizan las relaciones que se establecen entre los arcos dentarios, pues impiden el trayecto armonioso de la mandíbula desde la posición postural hasta los movimientos de la dinámica mandibular.¹³

Pudo concluirse que en los niños de este estudio primó la oclusión fisiológica. Tales hallazgos pueden indicar, además, que debe incrementarse la atención preventivo-interceptiva desde edades tempranas, y alertan sobre la importancia de la correcta y oportuna realización de actividades profilácticas para disminuir su incidencia, puesto que las maloclusiones tienden a empeorar progresivamente a lo largo de la vida si no son tratadas a tiempo.¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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 25 Dic 2016]; 20(3): 321-7.
2. Vieira D. Características esenciales de la oclusión temporal ideal. Propdental. 2014 [citado 25 Dic 2016]; 18(2):1-5.
3. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea. 4 ed. Madrid: Elsevier; 2009.
4. Otaño Lugo R, Massón Barceló RM, Fernández Ysla R, Llanes Rodríguez M, Cruz Rivas Y, Delgado Carrera L, et al. Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.
5. Linares Hernández L, Linares Hernández O. Generalidades de la Odontología preventiva [citado 25 Dic 2016].
6. Gill DS, Naini FB. Ortodoncia: Principios y práctica. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno; 2013.
7. Sonis S. Dental secrets. 4 ed. Cambridge: Elsevier; 2015.

8. Alpízar Quintana R, Moraguez Perelló G, Seguén Hernández Y, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. MEDISAN. 2009 [citado 25 Dic 2016]; 13(6).
9. Emmerich A, Fonseca L, Elias AM, Vieira Medeiros U. Relação entre hábitos bucais, alterações oronasofaringianas e mal-oclusões em pré-escolares de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004 [citado 25 Dic 2016]; 20(3): 689-97.
10. Franco AL, Ferrarezi de Andrade M, Martins Segalla JC, de Godoi Gonçalves DA, Camparis CM. New approaches to dental occlusion: a literature update. Cranio. 2012; 30(2):136-43.
11. Alemán Sánchez P, González Valdés D, Concepción Acosta RB. Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. Rev Haban Cienc Méd. 2015 [citado 25 Dic 2016]; 14(2): 179-87.
12. Cabrera Sánchez TV, Martínez Ramos MR, Comas Mirabent R, González Esplanger L, Perú Seguí Y. Interferencias oclusales en niños con dentición temporal y mixta temprana. MEDISAN. 2015 [citado 25 Dic 2016]; 19(3): 321-7.
13. Montero Parrilla JM, Morais Chipombela LC, Semykina O. La oclusión dentaria en interacción con la postura corporal. Rev Cubana Estomatol. 2014 [citado 24 Dic 2016]; 51(1): 15-23.

Recibido: 4 de febrero de 2017.

Aprobado: 1 de septiembre de 2017.

Maira Raquel Martínez Ramos. Clínica Estomatológica Provincial Docente "Mártires del Moncada", Moncada y avenida "Victoriano Garzón", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: maira.raquel@infomed.sld.cu