

INTRODUCCIÓN

La maloclusión dentomaxilar, afecta al 70-90% de niños globalmente, con mayor prevalencia en países en desarrollo debido a factores genéticos, socio económicos y ambientales¹. En Perú, el 85.6% de niños indígenas (2-18 años) presenta maloclusiones, predominando la Clase I de Angle (59.6%)², De Ridder et al. reportan una prevalencia global de Clase I (51.9%)³. En Colombia, el ENSAB IV (2014) reportó que solo el 53.1% de niños de 5 años tiene oclusión normal, mientras el 28.9% exhibe ≥ 2 alteraciones⁴. Estas no solo impactan estéticamente: se asocian a dificultades funcionales (masticación, habla), desgaste dental, disfunción temporomandibular y problemas psicosociales (baja autoestima)⁵. Aunque las maloclusiones dentales (ej: apiñamiento) son comunes, las esqueléticas representan un reto mayor por su origen multifactorial⁶, requiriendo intervenciones tempranas y accesibles.

OBJETIVO

Identificar la frecuencia de maloclusiones y el uso de aparatología ortopédica en cada maloclusión en la clínica universitaria de ortopedia maxilar en el periodo 2020-2024.

MÉTODOS

Tipo de estudio:

Estudio observacional descriptivo de fuente secundaria. Avalado por comité de ética institucional.

Población de estudio:

La población conformada por las historias clínicas de pacientes que asistieron a la clínica universitaria de ortopedia maxilar en Cali, (2020 a 2024.)

Tamaño de muestra y muestreo:

134 historias clínicas seleccionadas por muestreo no probabilístico.

Criterios de selección:

Se incluyeron historias clínicas de pacientes de ortopedia funcional (DOF) en niños y niñas de 7 a 13 años. Se excluyeron historias con datos faltantes y que no presentarían consentimiento de uso de información con fines de investigación.

Recolección de información:

Revisión de historias clínicas de archivo activo Se incluyeron variables: Edad, sexo, estrato SE, estadio de maduración, apiñamiento, mordida cruzada, ANB, Wits, Overjet oseo, overjet, overbite. El vaciamiento de datos se realizó en hojas de cálculo en Microsoft Excel.

Análisis estadístico:

Los datos se procesaron con IBM SPSS versión 26. Análisis descriptivo: tablas de contingencia las frecuencias absolutas y relativas de las variables en estudio. Prueba chi cuadrado con un nivel de significancia del 5% para establecer relaciones entre las variables.

CONCLUSIONES

Este estudio destaca la Clase II esquelética como la maloclusión más frecuente en la población pediátrica de UNICOC, con un enfoque terapéutico centrado en ortopedia maxilar. Los resultados subrayan la importancia del diagnóstico integral (clínico-cefalométrico) y la selección de aparatología basada en evidencia optimizando resultados en pacientes en crecimiento.

REFERENCIAS

- Cepero AS, Ulloa MT, Curbelo MA, González RC, Martín DL. Factores de mayor riesgo para maloclusiones dentarias desde la dentición temporal: Revisión bibliográfica. *Mediciego*, 16(2).
- Castillo IG, Feregrino L, Rojas AR, Gutiérrez JF. Frecuencia de maloclusión en pacientes que acuden a atención ortodóncica en la zona centro de Tepic, Nayarit. *Tame*, 1(6), 16-23.
- De Ridder L, Aleksieva A, Willems G, Declerck D, Cadenas de Llano-Pérula M. Prevalence of Orthodontic Malocclusions in Healthy Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. (2022) Jun 17;19(12):7446
- García VJ, Ustrell JM, Sentís J. (2011). Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Avances en Odontoestomatología*, 27(2), 75-84.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2014). ENSAB IV: Situación de salud bucal en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.
- Urrego-Burbano, P. A., Jiménez-Arroyave, L. P., Londoño-Bolívar, M. Á., Zapata-Tamayo, M., & Botero-Mariaca, P. (2011). Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 1010-1021

RESULTADOS

Se incluyeron datos de 134 historias clínicas de personas que asistieron a consulta por especialista. El promedio de edad fue de 9.55 ± 1.90 . El 52.99% fueron mujeres; La mayoría registraban pertenecer a estratos 1 a 3 con proporciones de 13.43%, 34.33% y 41.79%, respectivamente. Predominio de perfil facial convexo (50.75%) y recto (41.79%). El 66.42% presentaba apiñamiento y solo 2.24% registraba ausencias dentales. El 19.4% tenían diagnóstico de mordida cruzada. Los tratamientos requirieron, en su mayoría 1 o 2 aparatos funcionales (1: 49.25% y 2: 38.06%).

Frecuencia de maloclusiones dentales

Lado	Clase	Hombres n=63 (%)	Mujeres n=71 (%)	Total n=134 (%)
		(%)	(%)	(%)
Derecho	N/A	2 (3,2)	2 (2,8)	4 (3,0)
	Clase I	27 (42,9)	29 (40,8)	56 (41,8)
	Clase II	23 (36,5)	33 (46,5)	56 (41,8)
	Clase III	11 (17,5)	7 (9,9)	18 (13,40)
Izquierdo	N/A	1 (1,6)	2 (2,8)	3 (2,20)
	Clase I	33 (52,4)	38 (53,5)	71 (53,0)
	Clase II	16 (25,4)	23 (32,4)	39 (29,1)
	Clase III	13 (20,60)	8 (11,3)	21 (15,7)

Frecuencia de maloclusiones esqueléticas

Maloclusión	Hombres n=63 (%)	Mujeres n=71 (%)	Total n=134 (%)
	(%)	(%)	(%)
Clase I	23 (36.5)	18 (25.4)	41 (30.0)
Clase II	38 (60.3)	50 (70.4)	88 (65.4)
Clase III	2 (3.2)	3 (4.2)	5 (3.7)

Frecuencia de uso de aparatología por clase esquelética

Categoría	Clase I n (%)	Clase II n (%)	Clase III n (%)
	n (%)	n (%)	n (%)
Maxilar	McNamara	McNamara	McNamara con máscara
	10 (40)	n=20 (51.3)	2 (50)
Mandibular	Placa de Schwartz	Placa de Schwartz	Placa de Schwartz
	6 (42.9)	10 (47.6)	2 (50)
Bimaxilar	4x2	4x2	APROMAX III
	9 (33.3)	15 (20.5)	2 (66.7)

