

Contexto

Las maloclusiones dentales transversales y verticales no representan un riesgo vital en el paciente, pero implican un problema de interés en salud pública por su alta prevalencia, lo que hace determinante el correcto diagnóstico y tratamiento de las mismas. Es por esto que es crucial en las tasas de éxito y cumplimiento de los objetivos terapéuticos, realizar un diagnóstico integral que identifique y asigne características propias de un tipo de maloclusión, y que también tenga en cuenta los diferentes factores individuales del paciente que influyeron en el estado oclusal, como lo son los hábitos orales.

Objetivo

Conocer la prevalencia y los indicadores de riesgo de las maloclusiones verticales y transversales en pacientes de 6 a 12 años de edad que asistieron a la clínica de ortodoncia y ortopedia maxilar durante los 2011-2013 de UNICOC sede centro Bogotá, Colombia.

Método

Diseño observacional descriptivo de corte transversal.

Empleó como muestra 113 historias clínicas, calculada con una confianza del 95% como una potencia del 90% y un error del 4%.

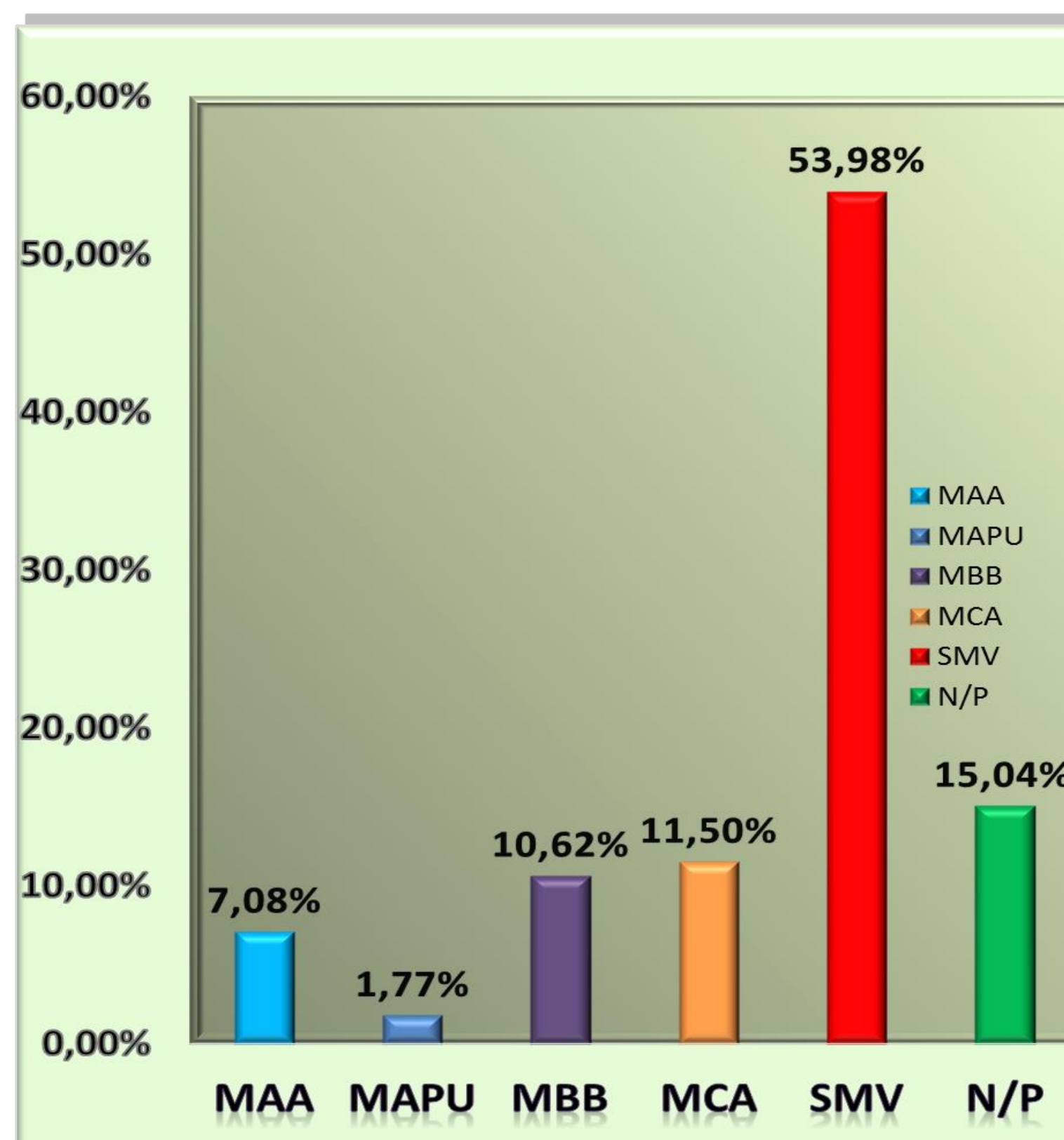
Las variables se relacionaron con el tipo de maloclusión transversal y vertical, y los indicadores de riesgo relacionados con los hábitos parafuncionales: Empuje lingual, succión de labio, succión digital, interposición lingual, deglución atípica, respiración oral, onicofagia.

Previo aval del comité de investigación, se solicitó autorización para la revisión de las historias clínicas, y según criterios de selección, se realizó el filtro y escogencia de los records descritos para la medición.

La consignación de la información se realizó en Excel 2013.

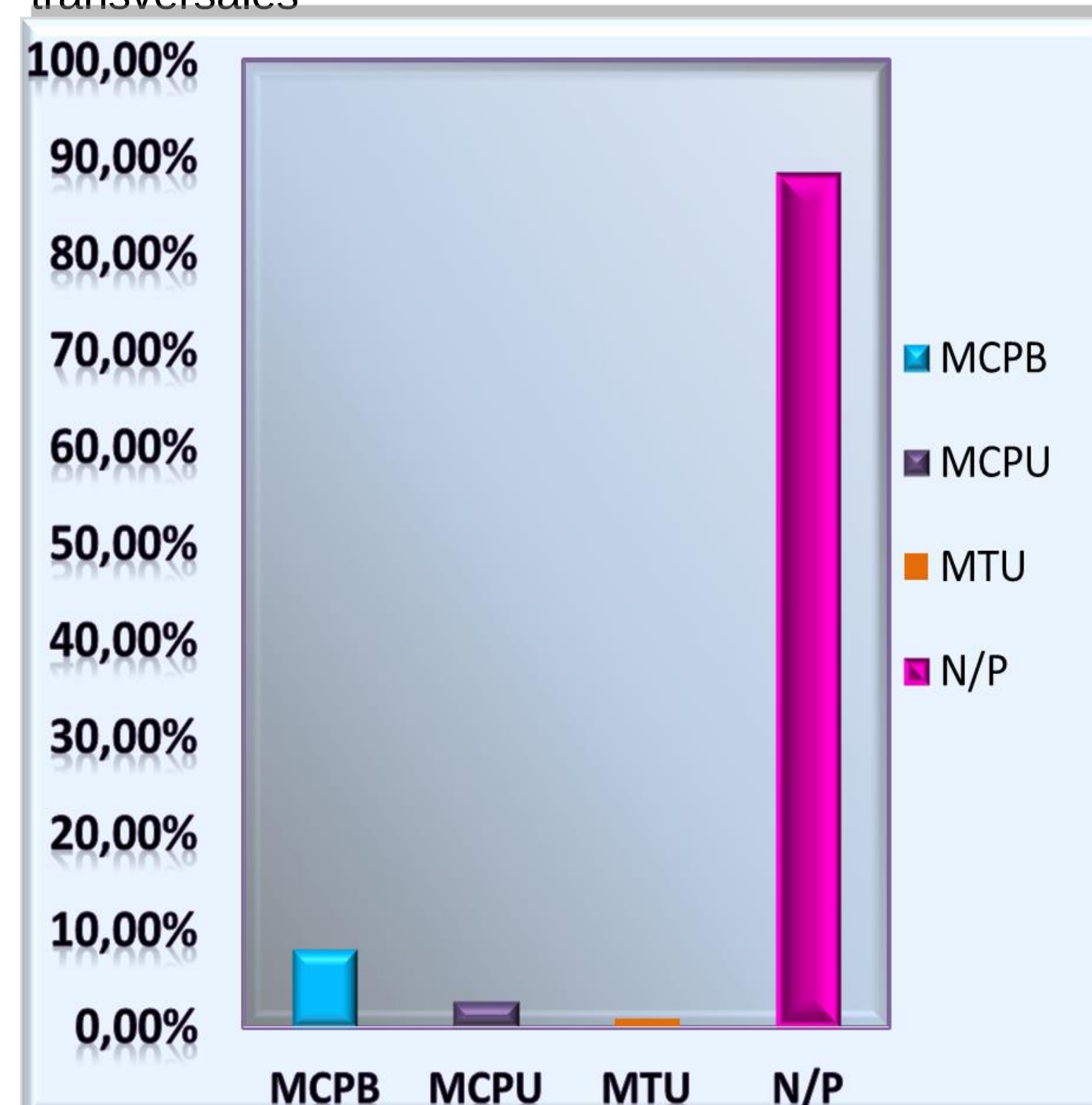
Finalmente se realizó el análisis estadístico (Análisis exploratorio de datos, Prueba exacta de Fischer y Test de Shapiro Wills) con el software libre R V3.3.1 y Real Statistics V. 4.9.

Gráfico 1. Prevalencia maloclusiones verticales



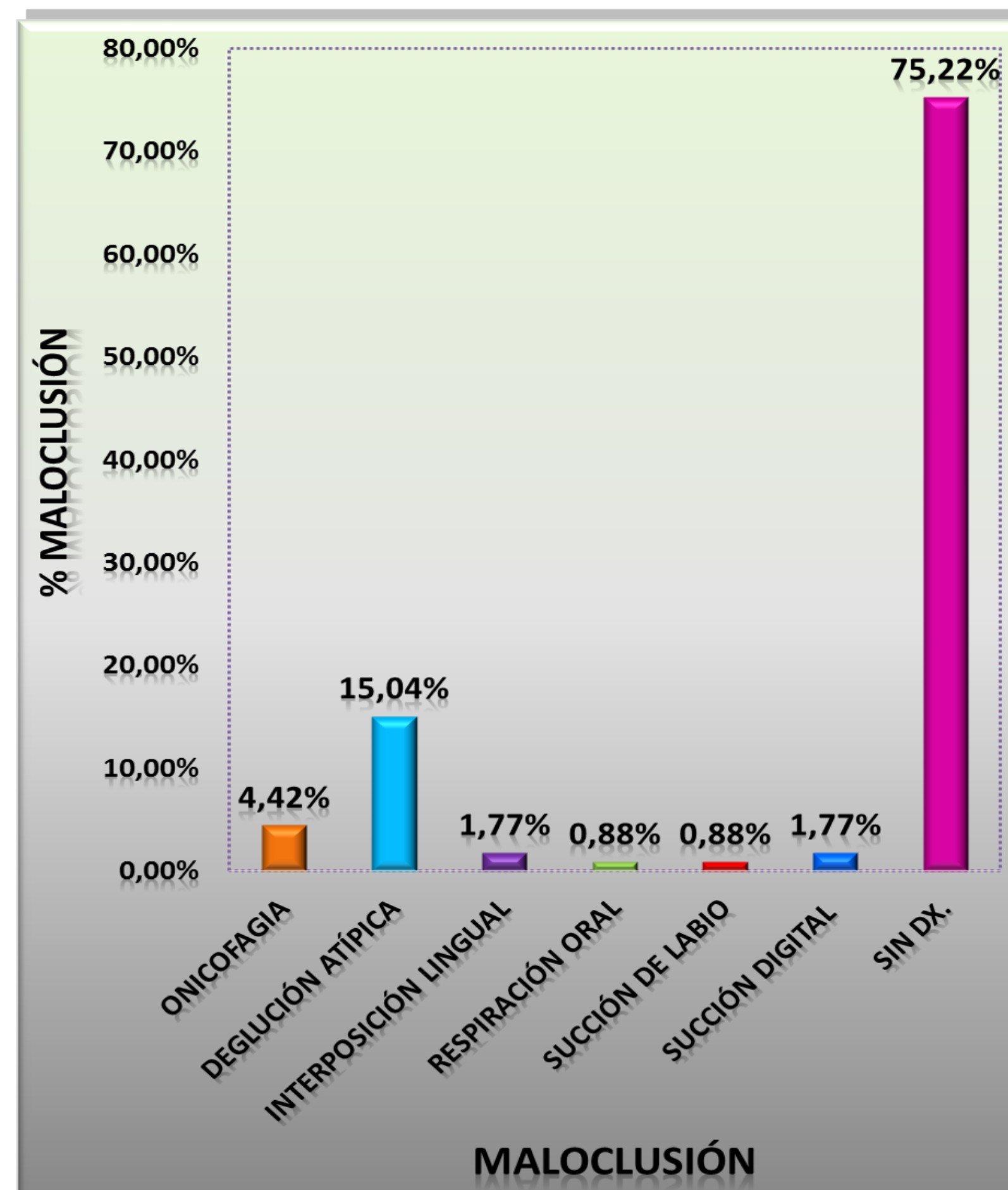
MAA: Mordida Abierta Anterior, MAPU: Mordida Abierta Posterior Unilateral, MBB: Mordida Borde a Borde, MCA: Mordida Cruzada Anterior, SMV: Sobre Mordida Vertical, N/P: No presenta.

Gráfico 2. Prevalencia de maloclusiones transversales



MCPB: Mordida Cruzada Posterior Bilateral, MCPU: Mordida Cruzada Posterior Unilateral, MTU: Mordida en Tijera Unilateral, N/P: No Presenta .

Gráfico 3. Prevalencia indicadores de riesgo



Resultados

Distribución homogénea según el género, siendo un 50.4 % mujeres y un 49.5 % hombres, teniendo además un promedio en edad de 8.7 y 8.9 años.

Se encontró que en sentido vertical, la sobremordida vertical (SMV) se presentó con mayor frecuencia, con una prevalencia de 53.98%, seguida por la mordida cruzada anterior con un 11.5 %. Sin embargo cabe mencionar que en un 15.0 % la muestra no presentó (N/P) alteraciones (Gráfico 1).

El 88.5% de la muestra no presentó alteraciones transversales, siendo la mordida cruzada posterior bilateral la de mayor frecuencia entre los diagnosticados con un 7.9 % (Gráfico 2).

En 75.2 % de la muestra, los hábitos no fueron reportados en las historias clínicas.

Sin embargo, la deglución atípica y la onicofagia fueron los hábitos reportados con mayor frecuencia en los registros clínicos, en un 15,0 % y un 4,4 % respectivamente ($p < 0,05$) (Gráfico 3).

Conclusiones

- La prevalencia de las maloclusiones en sentido vertical fue mayor que en sentido transversal, con un 53.98% de sobremordida vertical.
- El 88.5% no presentaron maloclusiones en sentido transversal.
- Los hábitos parafuncionales no se relacionaron como indicadores de riesgo en el desarrollo de maloclusiones en sentido vertical o transversal.
- Medidas correspondientes a Micrognatismo transversal a nivel de 16-26 se reflejan de igual manera en las medidas a nivel de 14-24 y 15-25, según índice de Mayoral.

Referencias

- Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur [Internet]. 2016 [citado 2016 Nov 26]; 14(2): 143-153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000200008&lng=es.
- Ministerio de Salud. Estudio Nacional en Salud Bucal (ENSAB IV). Bogotá: Ministerio de Salud y Centro Nacional de Consultoría CNC; 2012.
- León KM, Maya B, Vega M, Mora C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en detención temporal. Rev Cubana Estomatol; 2007; 44(4).
- Podadera Z, Rezk A, Flores L, Ramírez M. Caracterización de las anomalías dentomaxilofaciales en niños de 6 a 12 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2013 [citado 2016 Nov 26]; 17(5): 97-108. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000500010&lng=es.
- Peña M, Rojas M del P, Tirado A, Benavides B, Hurtado M, Ruiz A. Prevalencia de la maloclusión en tres planos del espacio en pacientes diagnosticados con defectos del habla en la clínica de la especialización de ortopedia funcional y ortodoncia de la Universidad Cooperativa de Colombia Prev. Rev. estomatol. 2014; 22(1):26-32.
- Buitrago A, Gómez J, Salazar S, Morón L, Perilla J, Barrera J. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Revista Colombiana de Investigación en Odontología, 2013; 4(10): 43-55.
- Zapata-Dávalos H, Lavado-Torres A, Anchelia-Ramírez S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Lima, Perú. KIRU. 2014;11(1):16-24.
- Mendoza L, Meléndez A, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia 2014;2(4): 220-227.