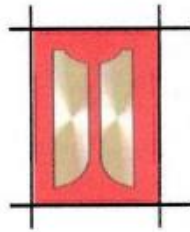


Prevalencia de maloclusiones relacionadas con hábitos orales en niños de 7 a 11 años en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano Sede Santiago de Cali 2005.



*Colegio Odontológico Colombiano
Sede Santiago de Cali*

Autores:

Varela V., Catherine

Echeverry C., Ivette

Arellano E., Tatiana

Zapata R., Emilse

Ospina V., Shirley

Giraldo R., Carmen

Asesores Científico y metodológico

Bravo Valenzuela, Sonia

Asesor estadístico

Mueses Marín, Héctor Fabio

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de profesional en Odontología.

Institución Universitaria Colegios de Colombia

Colegio odontológico colombiano - COC

Sede Santiago de Cali.

2005-10-30

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES RELACIONADAS CON HABITOS ORALES EN NIÑOS DE 7 A 11 AÑOS EN LA CLINICA DE ODONTOPEDIATRIA DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO SEDE SANTIAGO DE CALI 2005

Varela V. Katherine^{1,2}, Echeverry C. Ivette,² Arellano E. Tatiana,² Zapata R. Emilse,² Ospina V. Shirley,² Giraldo R. Carmen,² Bravo Sonia OD, Msc³ Mueses M. Héctor Est.⁴ ¹Investigador principal, ²Estudiantes de décimo semestre del Colegio Odontológico Colombiano Extensión Santiago de Cali, ³Asesor metodológico, ⁴Asesor estadístico.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de las maloclusiones relacionado con hábitos orales nocivos en niños de 7 a 11 años de edad que asisten a la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano (COC) sede Santiago de Cali.

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional de corte transversal, la muestra fue 101 niños la cual se calculó a través de un muestreo aleatorio simple que garantizó una significancia de 95% lo que permitió asegurar una adecuada representatividad.

RESULTADOS: La prevalencia de maloclusiones fue 50.5%, del total de la población se encontró que el 57% que presentaba maloclusiones correspondía el género femenino y la edad más frecuente fue a los 7 años con un 33.3%. La prevalencia de los hábitos fue de 79.2% a la edad de 7 años con un 32.9% y se presentó con mayor frecuencia en el género femenino (53%).

CONCLUSIONES: Se determinó que las maloclusiones tienen relación con los hábitos orales, que hubo predominio por el género femenino tanto en maloclusiones como en hábitos orales, la mordida abierta anterior fue la maloclusión que más se presentó y el hábito más frecuente fue el lingual y deglutorio.

PALABRAS CLAVES: Maloclusión, hábitos linguales, succión de dedo, mordida abierta.

SUMMARY

OBJECTIVE: Identify the prevalence of the bad occlusions related with dangerous oral habits in children between 7 and 11 years old; that go to the Colegio Odontológico Colombiano of odontopediatrics clinic at Santiago de Cali.

MATERIALS AND METHODS: observations study of transversal cur, the sample was of 101 childrens; it was calculated through an aleatory sample wich guaranteed a significance of 95%. It allows to ensure an accurate representativeness.

RESULTS: The prevalence of bad occlusions was of 50.5% of the total population. It was founded that the 57% that was presenting bad-occlusions belonged to the female gender and the age most often was at the 7 years with a 33.3%. The

prevalence of habits was of 79.2% at the age of 7 years with a 32.9% and it presented a higher frequency in the female gender.

CONCLUSIONS: It was determined that bad-occlusions have relation with the oral habits. There was more often in the female gender; in both bad-occlusions and oral habits. The anterior open-bite was the more often bad occlusion and the habit of higher frequency was the lingual and the deglutory,

KEY WORDS: Malocclusion, tongue habits, finger sucking, open bite.

INTRODUCCIÓN

Maloclusión se denomina cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites normales¹ y las alteraciones de la oclusión suele aparecer a edades muy tempranas lo que da una idea de la magnitud del problema. Entre las más importantes de las maloclusiones está la mordida cruzada posterior que puede ser generalizada o localizada¹, asociada con frecuencia al hábito de succión de dedo. La mordida cruzada anterior es el resultado de los gérmenes de los dientes permanentes superiores erupcionados en dirección lingual de los dientes primarios. Cuando el espacio es insuficiente, se fuerza a los incisivos a brotar en el lado lingual de la arcada. El overbite y overjet aumentados son en esencia mordidas abiertas o maloclusión de mordida profunda² causadas la mayoría de las veces por hábitos, Las maloclusiones representan el 70% de las afecciones de la cavidad bucal y que el diagnóstico oportuno de los hábitos orales-orofaciales permiten realizar un tratamiento temprano del mismo previniendo de este modo el desarrollo de maloclusiones futuras. Los hábitos que es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en principio se hace de forma consciente y luego inconsciente,³ son considerados: 1. Fisiológicos o funcionales tales como: respiración nasal, masticación, fonarticulación, deglución, 2. Los no funcionales como: succión de dedo, chupete, respiración bucal y el hábito lingual y deglutorio.⁵ El hábito de succión de dedo activo impide la correcta erupción de los dientes anteriores, y puede alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático

produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas e internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea⁶.

Este hábito es la causa más importante de maloclusiones pero la posibilidad de que desvíe el desarrollo de los dientes depende expresamente de la función muscular⁵. Se evalúa según frecuencia, duración, intensidad y dirección.⁶

El hábito lingual y deglutorio es uno de los hábitos bucales más controvertidos, existiendo una amplia diversidad de opiniones entre pediatras, foniatras, odontopediatras y ortodoncistas. Algunos la consideran como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la madura, mientras otros la señalan como causa de maloclusiones.⁷⁻⁸

La posición anómala de la lengua y su desviación del movimiento normal durante la deglución se asocian a mordida abierta anterior y a protrusión de los incisivos superiores según Proffit, la posición anterior de la lengua también denominada tracción lingual o deglución desviada⁹.

Luego está la respiración bucal que es la inhabilidad de respirar solamente por los pasajes nasales. Las causas más frecuentes podrían ser hipertrofia de la mucosa nasal y desviación del septum, o simplemente hábito. Hay además estrechez de las aperturas nasales,¹⁰ causando ronquidos y agitación durante el sueño.

Los hábitos también han sido causa de muchas consultas y de una amplia cobertura tanto en la investigación especializada como en los medios de comunicación masiva. Es muy posible que el interés no sea solo por los efectos que estas actividades puedan tener sobre los arcos dentales o el temor de deformaciones esqueléticas sino porque un niño con hábito persistente y visible, representa un signo intranquilizador e impreciso de algo que no marcha como es debido¹¹. Según Graber (1972) los hábitos atribuyen su presencia a factores psicológicos relacionados con fallas en la alimentación materna del recién nacido y sugiere que la prevención de hábitos orales anormales, se inicia con una adecuada alimentación por parte de la madre, en la cual el bebé pueda quedar satisfecho y gratificado.¹²

Basándose en el estudio nacional de salud bucal, se puede decir que en niños de 12 años de edad las maloclusiones con mayor prevalencia son la

sobremordida horizontal con un 37%, mordida abierta anterior con un 7.4% encontrándose mayor predilección en mujeres con 11.7%, la sobremordida vertical¹.

Y se encontró la sobremordida vertical como más frecuencia en niñas con un 11.7%.

El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de las maloclusiones relacionadas con los hábitos orales nocivos en los niños según género, edad y estrato socioeconómico, que asisten a consulta odontológica en la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, e identificar si las maloclusiones están relacionadas con la presencia de hábitos nocivos, determinar qué otros factores pueden estar relacionados con las maloclusiones.

Considerando que del adecuado procedimiento por parte del odontólogo, padres y profesores alrededor de la fuente del problema depende la persistencia o resolución de estos hábitos.

La realización de esta investigación puede ayudar a la detección de problemas de maloclusiones y la relación que esta tiene con los hábitos orales, adquirir mayor conocimiento sobre los mismos y solucionarlos tempranamente para el bien de los niños y sus familias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, la población objetivo fue 258 niños de 7 a 11 años que asistieron a la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano, la muestra fue de 101 niños la cual se calculo a través de un muestreo aleatorio simple. Como criterios de elegibilidad se incluyeron pacientes de 7 a 11 años de edad que asistieran a las clínicas de odontopediatría en el primer periodo de 2005. La variable dependiente fueron las maloclusiones como, mordida abierta anterior, mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, sobremordida vertical y horizontal aumentada y las independientes fueron la edad, sexo, estrato socioeconómico y hábitos orales como respiración oral, succión de dedo y hábito lingual y deglutorio. Se controló el sesgo de mala clasificación por falta de criterios clínicos al diagnosticar inadecuadamente los pacientes, el cual se controló haciendo estandarización de criterios y prueba piloto, sesgo de reporte en torno a hábito de succión de dedo ya que puede negarlo, se controló manifestándole al acudiente que así

sea pocos minutos que el niño lo haga se considera un hábito y sesgo de información el cual se controló realizando un muestreo aleatorio simple y haciendo caso omiso a la información de las historias clínicas. Se realizó estandarización de criterios y prueba piloto las cuales se realizaron el mismo día en las clínicas de odontopediatría del COC. Fueron citados 8 niños que presentaban maloclusiones, los cuales llegaron en compañía de sus padres o acudientes. La estandarización de criterios se llevó a cabo con la Asesora Metodológica, la cual evaluó a cada investigador mediante una prueba teórica basada en el documento de recolección de información, donde se obtuvo un índice de Kappa del 95%, posteriormente se realizó el examen clínico. posteriormente se realizó la prueba piloto con la asesoría del odontopediatra, el cual realizó el diagnóstico previo a los 8 pacientes y posterior cada investigador dio su diagnóstico según sus criterios. Las encuestas realizadas por cada investigador fueron puestas en un sobre selladas. Inicialmente se pidió al acudiente el consentimiento por escrito para participar en este proceso, cada niño fue pasado para hacer el examen clínico y luego se tomaron las impresiones superior e inferior en alginato con cubetas plásticas pediátricas, el vaciado se realizó con yeso tipo III.

El trabajo de campo se llevó a cabo en las clínicas de odontopediatría del COC durante cuatro semanas, inicialmente se procedía a identificar los niños seleccionados en la muestra, posteriormente se pedía la aprobación por medio de su firma a través del consentimiento informado a los padres o acudientes e iniciar la recolección de información, después se realizaba el examen clínico el cual se hizo con guantes, retracción de tejidos blandos manualmente, espejo numero 5 para observar el paladar. Las maloclusiones se diagnosticaron así: mordida abierta anterior que es la falta de contacto de los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión; mordida cruzada anterior donde al ocluir los dientes se observa que los incisivos superiores se encuentran por lingual de los incisivos inferiores, mordida cruzada posterior donde al ocluir los dientes los posteriores inferiores se encuentran hacia vestibular de los superiores; overjet y overbite aumentado se diagnosticó cuando estos presentaban más de 3 mm de espacio y los hábitos respiración oral sin que fuera perceptible por el paciente se evaluaron durante 10 min para ver si el niño respira por la boca también se evaluó la postura del niño; la succión digital se evaluó de acuerdo a lo que cada acudiente respondió en la encuesta, y se observaron presencia de callosidades en los dedos; y el hábito lingual y

deglutorio se pide al niño que trague saliva y se observa si la posición de la lengua al deglutir está adelantada. Luego se diligenciaron los hallazgos en la encuesta.

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Colegio Odontológico Colombiano, según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Nacional, el riesgo al que esta expuesta la población seleccionada se clasifica como riesgo mínimo.

ANALISIS ESTADISTICO:

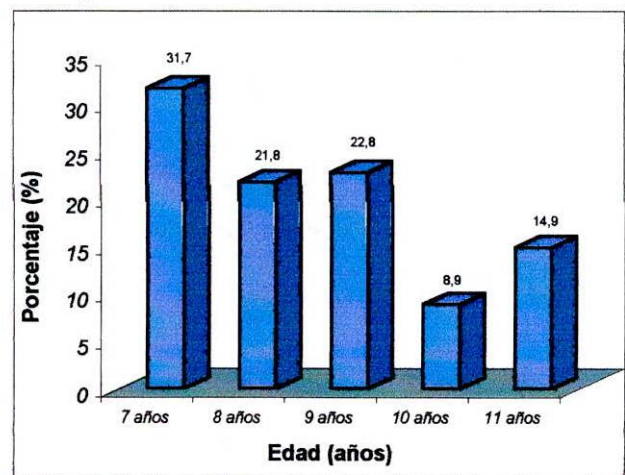
Se utilizó el paquete estadístico Epi info 2004, del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) Se utilizaron pruebas estadísticas chi², gráficos en barra, pastel y tablas, se realizó un análisis univariado y bivariado.

RESULTADOS

Se revisaron 101 pacientes entre las edades de 7 a 11 años que fueron escogidos aleatoriamente y asistían a la clínica de odontopediatría del Colegio Odontológico Colombiano extensión Santiago de Cali desde en el primer semestre del 2005.

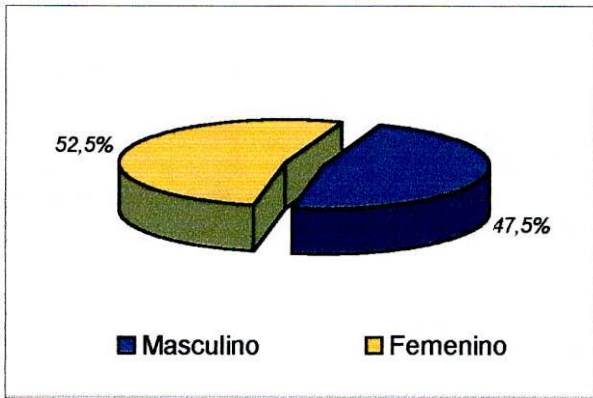
La edad más frecuente en el estudio fue los 7 años con un 31.7% (ver gráfica 1).

Gráfico 1. Distribución de edades de los niños de 7 a 11 años de edad que asisten a las clínicas de odontopediatría del COC en el 2005.



El género que predominó fue el femenino con un 52.5%. (ver gráfica 2)

Gráfico 2. Prevalencia de género de los niños de 7 a 11 años de edad que asisten a las clínicas de odontopediatría del COC en el 2005.



El 98% de los niños examinados pertenecía a estratos 1 y 2 y el porcentaje restante a los estratos 5 y 6.

Al evaluar los antecedentes médicos, el 73.3% de los niños no presentó ninguno.

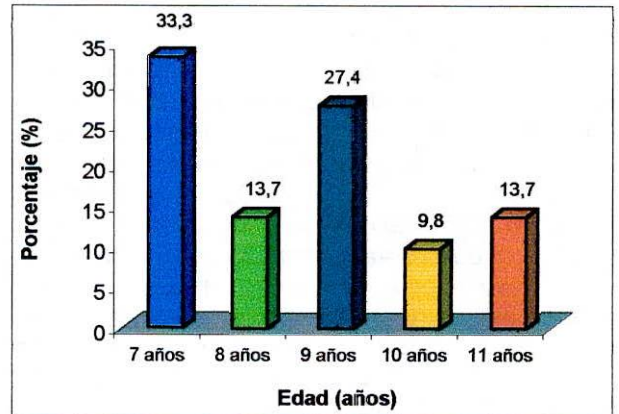
La prevalencia de la maloclusión fue de 50.5% dentro de las cuales la más alta fue mordida abierta anterior con un 27% y la más baja fue sobremordida vertical con el 1% (ver tabla 1).

Tabla 1. Maloclusiones presentes en el estudio

Maloclusión	%
Mordida abierta anterior	26,7
Sobremordida horizontal	4,0
Sobremordida vertical	1,0
Mordida cruzada posterior	4,0
Mordida cruzada anterior	6,9
Sobremordida horizontal y vertical	1,0
Mordida abierta anterior y cruzada anterior	3,0
Mordida cruzada posterior y anterior	2,0
Mordida abierta anterior y cruzada posterior	2,0
Ninguna maloclusión	49,5

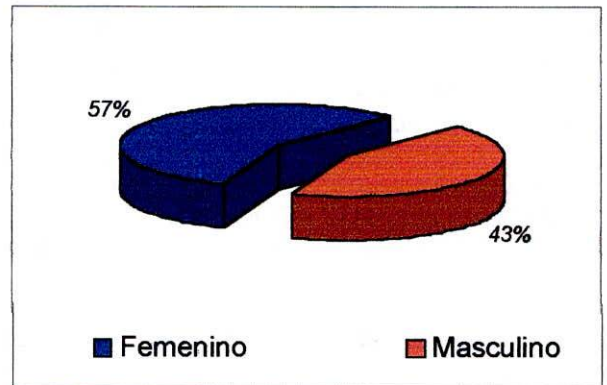
Se observó que la edad más frecuente de maloclusiones fue a los 7 años con un 33.3% y en la edad que menos se presentó fue a los 10 años con un 9.8% (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Prevalencia de maloclusión relacionado con edad



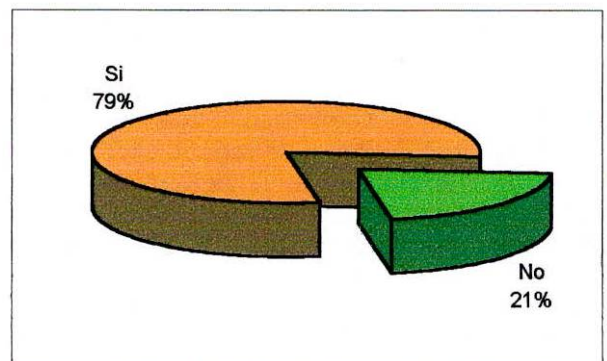
Del total de la población estudiada se encontró que el 57% que presentaba maloclusiones corresponde al género femenino (ver gráfico 4).

Gráfico 4. Relación de maloclusiones con género



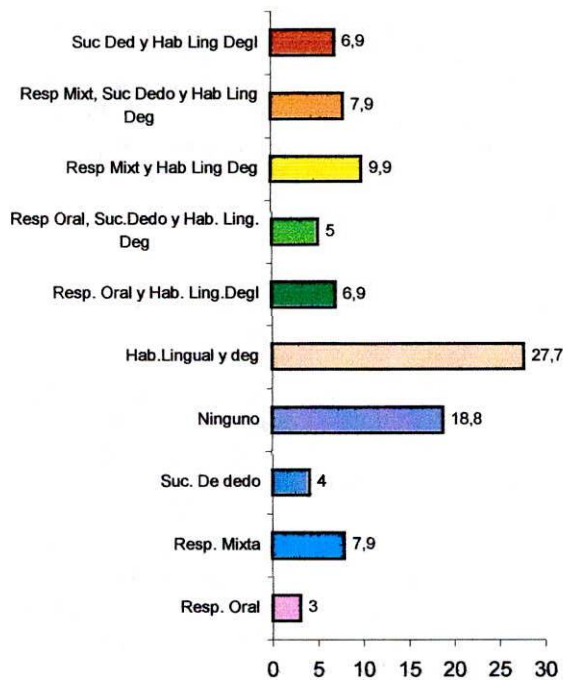
En general, se dio una prevalencia de hábitos de 79.2%, como se muestra en la gráfica 5.

Gráfico 5. Prevalencia de hábitos de los niños de 7 a 11 años de edad que asisten a las clínicas de odontopediatría del COC en el 2005.



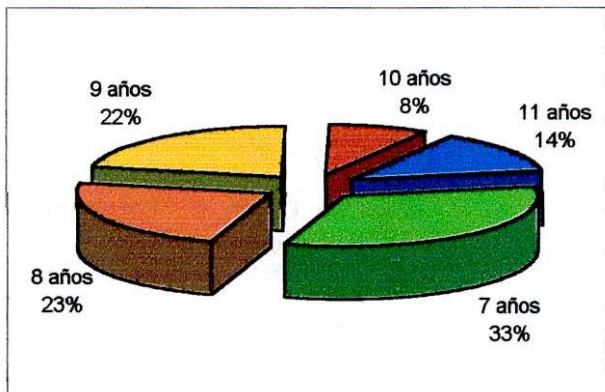
El hábito más frecuente fue hábito lingual y deglutorio transicional con un 27.7%. (Ver gráfico 6)

Gráfico 6. Hábito más frecuente de los niños de 7 a 11 años de edad que asisten a las clínicas de odontopediatría del COC en el 2005.



Se presentó con mayor frecuencia hábitos a la edad de 7 años con un 32.9% y la que menos se presentó fue a los 10 años con un 8.2% (ver gráfico 7).

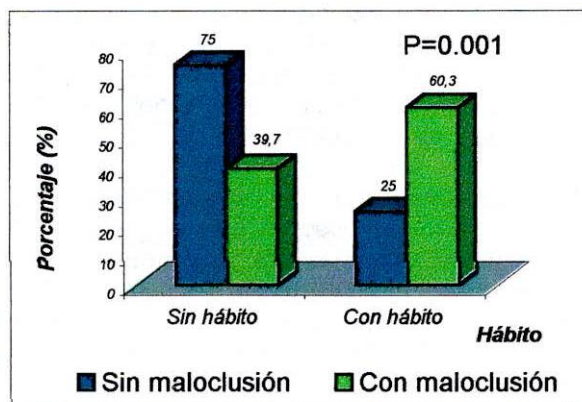
Gráfico 7. Prevalencia de hábito relacionado con edad.



El género femenino presentó mayor prevalencia en hábitos orales con un 53%.

Se encontró que existe una asociación estadística significativa ($p = 0.001$) entre las maloclusiones y los hábitos, donde el 60.3% presentó hábito y maloclusión. (Ver gráfico 8)

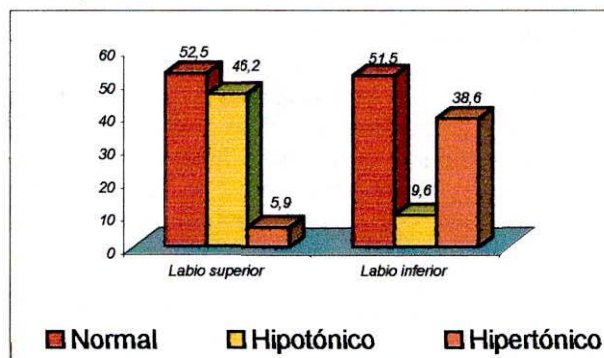
Gráfico 8. Asociación de maloclusión con hábitos



No presentó significancia estadística ($p = 0.8$) el consumo de biberón y lactancia materna con las maloclusiones.

La forma de paladar más frecuente fue en U con un 44%, se encontró que la mayoría de ellos presentan labios normales con un 52.5% en el superior y 51.5% en el inferior (ver gráfica 9).

Gráfico 9. Tonicidad de los labios en niños de 7 a 11 años de edad que asisten a las clínicas de odontopediatría del COC en el 2005.



DISCUSIÓN

Se encontró que hay una relación entre los hábitos orales nocivos y las maloclusiones tal como lo reportan otros autores.^{7,10}

Agurto y Cols, en un estudio realizado encontraron que el hábito más prevalente fue el de succión

digital con un 62%, a diferencia de este estudio se encontró que el hábito más prevalente fue el lingual y deglutorio con un 27.7% y en donde el de succión digital tan solo un 4%. La prevalencia tan alta de este hábito se explica posiblemente a que es más frecuente a los 7 años donde algunos autores lo consideran como una etapa transitoria, de cambio funcional entre la deglución infantil y la madura mientras diversas opiniones entre foniatras, odontopediatras y ortodoncistas la señalan algunas veces como causa de maloclusiones.^{14,15}

El grupo de edades más afectado fue a los 7 años. En este estudio se observó que el género más afectado fue el femenino, afirmación que coincide con otros estudios como el de Rodríguez Peña y Cols. Dentro de las maloclusiones encontramos que la mordida abierta anterior fue la más prevalente con un 26.7% al igual que en el estudio realizado por Cádiz y Cols 1999, donde se obtuvo un 38%.

Una de las fortalezas de este estudio es la validez externa debido al tamaño de la muestra, y la selección aleatoria de los pacientes; lo cual minimiza los sesgos de selección. En segundo lugar la excelente estandarización de criterios que garantiza la validez de los resultados.

Una limitación de esta investigación es que los resultados se aplican predominantemente a los estratos socioeconómicos bajos y el diagnóstico dado no es definitivo.

CONCLUSIONES

Se determinó que las maloclusiones tienen relación con los hábitos orales, teniendo predilección por el género femenino. La edad más frecuente de maloclusión y hábitos fue a los 7 años encontrándose con mayor frecuencia la mordida abierta anterior.

El hábito más frecuente fue el lingual y deglutorio, presentándose con mayor frecuencia en el género femenino.

RECOMENDACIONES

Una de las recomendaciones es realizar estudios que evalúen una población de todos los estratos, de igual manera que estos sean realizados por un equipo multidisciplinario para dar diagnósticos definitivos.

Se debe hacer un seguimiento temprano de los niños para diagnosticar hábitos orales nocivos; implementar estrategias que logren que entre pacientes y odontólogos se corrijan o eviten los mismos y evitar la presencia de maloclusiones en años posteriores, esto puede lograrse realizando un diagnóstico oportuno.

Siguiendo esta directriz, puede realizarse otra investigación a largo plazo para evaluar el aumento o no de las maloclusiones, lo cual se evaluará con la elaboración de un protocolo que unifique criterios de medición de los hábitos y detectar también por qué estos se presentan con mayor frecuencia en las niñas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno, Barrial; PONCE, Juan; Fernández, Zaida; SOLIS, Lina. Retardo en el brote dentario en el niño de bajo peso. Revista Cubana Ortod. 1988; 13(2): 94-98.
2. Cepero A, Diaz R, García N, Blanco AM. Estudio de la dentición temporal en niños de 5 años de edad. Dental Word. (En línea) 1997 (01/02/04) p 1 - 4. disponible en: www.dentalw.com
3. Pinkham JR. Tratamiento Odontoncico en la dentición primaria. Odontología pediátrica. 3ra Ed. Ed. México: McGraw Hill. Interamericana. 2000. P436.
4. Pinkham JR. Planeación terapéutica y tratamiento2 de problemas ortodóncicos. Odontología pediátrica. 3ra Ed. México: McGraw Hill. Interamericana; 2000. P 617.
5. Pinkham JR. Planeación terapéutica y tratamiento2 de problemas ortodóncicos. Odontología pediátrica. 3ra Ed. México: McGraw Hill. Interamericana; 2000. P 621.
6. Agurto P, Diaz R, Cadiz O; Bobenrieh F. Frecuencia de malos hábitos bucales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 anos del área oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría. 1999; Vol 70: Pag 1.
7. Rodriguez N; Cabrera N; Correa B; Suáres R. Anomalías de la oclusión y trastornos en la articulación de la palabra. Rev Cubana Ortod 2000; 15(2): 86 - 93.

8. Etiología de las maloclusiones. Dentinatur (En línea) 2001 (10/10/2000); P 1-9 Disponible en: www.dentinatur.net
9. García C; Gómez J; Borrero L; García C. Correlación de la fuerza lingual. Odontólogos Coomeva.com (En línea) 2000 (17/12/03); P 1 – 4. disponible en: www.odontólogos.coomeva.com
10. Agurto P, Diaz R, Cadiz O; Bobenrieh F. Frecuencia de malos hábitos bucales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría. 1999; Vol 70: Pag 6.
11. Succión digital como factor etiológico de Maloclusion. Odontología pediátrica. 1993; 2:85-91.
12. Escobar, F. Ortodoncia Preventiva e intercepiva en odontología pediátrica. Odontología Pediátrica. 2da Ed. Caracas: Amolca. 2004. P. 450 – 451
13. Trotman A, Martínez N; Elsbach H. Oclusal disharmonies in the primary dentitions of black and white children. Journal of dentistry for children. Sept – oct 1999. P 335.
14. Escobar, F. Ortodoncia Preventiva e intercepiva en odontología pediátrica. Odontología Pediátrica. 2da Ed. Caracas: Amolca. 2004. P. 455
15. Trotman A, Martínez N; Elsbach H. Oclusal disharmonies in the primary dentitions of black and white children. Journal of dentistry for children. Sept – oct 1999. P 332.