

Factores de riesgo asociados al desarrollo de maloclusiones en niños de 5 a 12 años de la clínica de Ortodoncia y Odontopediatría de UNICOC (Cali).



Autores:

Gallego Varela, Yuliana Andrea
Andrade Becerra, Cindy Vanessa
Pacheco Lemos, Diana Yiceth
Toro Manrique, José Uriel
López Delgado, Carolina
Ávila, Rodolfo

Asesor científico y metodológico

Martínez Cajas, Carlos Humberto

Asesor estadístico

Mueses Marín, Héctor Fabio

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de odontólogo.

Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio odontológico colombiano - COC
Sede Santiago de Cali.
2008-10-30

Factores de riesgo asociados al desarrollo de maloclusiones en niños de 5 a 12 años de la clínica de Ortodoncia y Odontopediatría de UNICOC (Cali).

1. Yuliana Andrea Gallego Varela, 2 Cindy Vanessa Andrade Becerra, 3 Diana Yiceth Pacheco Lemos, 4 José Uriel Toro Manrique, 5 Carolina López Delgado, 6 Rodolfo Ávila.

Estudiantes de 5to. Año de Odontología

RESUMEN

INTRODUCCION: La Maloclusión en la población infantil es alta, por lo tanto, preocupa a los profesionales de esta disciplina, así mismo, la enfermedad de la caries es significativa y una seria y delicada causa de maloclusión, pero no la única, existen muchos otros factores que contribuyen a la instalación de la maloclusión **(1)**.

MATERIALES Y MÉTODOS: Este estudio está enmarcado dentro de los estudios analíticos de tipo casos y controles. La fuente de información se realizó mediante la revisión de historias clínicas de niños de 5 a 12 años de la Clínica de Ortodoncia y Odontopediatría de UNICOC atendidos el primer semestre del 2008. Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 180 historias clínicas de los niños, donde se excluyeron historias clínicas mal diligenciadas e incompletas, 90 con maloclusion y 90 sin maloclusion.

RESULTADOS: El estudio se realizo en 180 historias clínicas de niños de 5 a 12 años De los 90 casos succión digital 34.4%, respiración mixta 28.9%, y deglución atípica 16.7%, de los 90 controles succión digital 8.9%, respiración mixta 5.6%, y deglución atípica 6.7%, como factores de riesgo con mas prevalencia.

DISCUSION: Según los resultados obtenidos realizado con la revisión de historias clínicas, la mayoría de pacientes pediátricos que presentaban hábitos parafuncionales, principalmente succión digital, respiración mixta y deglución atípica, tuvieron mayor frecuencia en el desarrollo de una maloclusion, mientras que los otros hábitos parafuncionales no presentaron la misma frecuencia.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo/maloclusion/clasificación de angle

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Malocclusion in children is high, therefore, is of concern to practitioners of this discipline, also, the disease of caries is a serious and significant and sensitive because of malocclusion, but not the only, there are many others Factors contributing to the installation of the malocclusion (1).

MATERIALS AND METHODS: This study is framed within the analytical type of cases and controls. The source of information was conducted by reviewing medical records of children 5 to 12 years of Clinical Orthodontics and Pediatric Dentistry of UNICOC cared for the first half of 2008.

It was a randomly selected sample of 180 medical records of children, where medical records were excluded poorly conducted and incomplete, 90 with malocclusion and 90 without malocclusion.

RESULTS: The study was performed in 180 case stories of children 5 to 12 years Of the 90 cases suction digital 34.4%, 28.9% mixed breathing, swallowing and atypical 16.7% from the 90 suction digital controls 8.9%, 5.6% mixed breathing , And swallowing atypical 6.7%, as risk factors with more prevalence.

DISCUSSION: The results achieved with the review of medical records, the majority of pediatric patients presenting with parafunctional habits, mainly digital sucking, breathing and swallowing atypical mixed, were more often in the development of a malocclusion, while the other habits parafunctional did not present the same frequency.

CONCLUSIONS: The risk factors associated with the development of malocclusions in children aged 5 to 12 years, show three factors in the development of infant Malocclusion already mentioned.

KEY WORDS: Risk Factors / malocclusion / grading angle

INTRODUCCION

La Maloclusión en la población infantil es alta, por lo tanto, preocupa a los profesionales de esta disciplina, así mismo, la enfermedad de la caries es significativa y una seria y delicada causa de maloclusión, pero no la única, existen muchos otros factores que contribuyen a la instalación de la maloclusión, que pueden ser de origen ambiental local o funcional y congénita o hereditaria (1)

La prevalencia de maloclusiones indica que un 33 % de la población tiene una Oclusión normal o casi normal, mientras

que el 77% tienen algún grado de maloclusión. (2)

La maloclusión dental ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales de acuerdo con la Organización Mundial De la Salud [OMS], y según el estudio nacional en salud bucal ENSAB III en Colombia viéndose así afectado un amplio sector de la población, y por lo tanto, constituyendo un problema de salud pública. (3)

El origen multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, afecta la función masticatoria, la estética, e incluso

produce dificultades en la pronunciación; condición a la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos. (7)

Los factores de riesgo son aquellas características y variables que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente la causa o la etiología necesaria, solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y en la comunidad total. (6)

Las consecuencias que derivan de una maloclusión son varias y distintas; el desgaste del esmalte, la caries a causa de la mala higiene ocurrida por la posición de las piezas dentales, etc.; los cuales se pueden prevenir mediante una detección temprana. Los factores causales más frecuentes son los hábitos, la caries, la herencia, la dieta blanda y por último las extracciones prematuras y con mayor frecuencia la onicofagia, seguida de la succión digital. (2)

El propósito del estudio consistió en determinar los factores de riesgo asociados al desarrollo de las maloclusiones en niños de 5 a 12 años de la clínica de ortodoncia y Odontopediatría de UNICOC sede Santiago de Cali en la cual no se han realizado estudios que demuestren que las maloclusiones ocupan un tercer lugar y sus factores, pero existe una gran cantidad de población de Cali que acude a la clínica para tratamientos de ortopedia maxilar, problemas de oclusión, hábitos, restauraciones entre

otros y es por esto que nuestra investigación busca conocer qué factores se relacionan con la maloclusión.

En cuanto a las edades de 5 a 12 años es una etapa donde podemos prevenir una Maloclusión, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia. (4) Las alteraciones morfológicas deben ser tratadas en la dentición primaria y desde los 5 años de manera precoz para permitir el correcto desarrollo del paciente. (5) La dentición temporal ha demostrado su importancia para el futuro desarrollo de la dentición permanente. (5)

La prevalencia de estos hábitos dependerá de la edad del niño, ya que en edades entre 2-6 años, la succión digital y del chupete está ampliamente extendida, mientras que en los niños mayores de 6 años lo son la respiración oral, succión labial y la deglución atípica. (8)

Los hábitos que se presentaron con mayor frecuencia de mayor a menor fueron: deglución atípica, respiración bucal, succión digital, succión labial inferior, bruxismo y uso del chupete. (8) Las anomalías más frecuentes fueron la mordida abierta con 38%, mordida cruzada 28% y en tercer lugar la distoclusión canina 16%. (9)

El diagnóstico en la maloclusión es primordial con el fin de establecer pautas terapéuticas encaminadas a un desbloqueo progresivo de la maloclusión y nos deben llevar a unos

resultados funcionales, estéticos y estables (6)

La oclusión infantil forma parte de los parámetros que constituyen objeto de estudio para cualquier odontólogo general u Odontopediatra, no solo porque es un elemento que se maneja a diario, sino por las interrogantes que pueden surgir al respecto. (10)

Popovich y Thompson consideran que el 25% de las maloclusiones pueden ser interceptadas y que a temprana edad se pueden eliminar factores etiológicos y mejorar a los pacientes (11)

Ciertos tipos de maloclusiones producen profundos impactos psicológicos en el niño, y afectan en algunos casos el habla y su manera de comportarse socialmente, ya que su aspecto físico los hace manifestarse tímidos, retraídos, apartados o hasta agresivos. (6)

Popovich y Thompson sugieren que existe una relación entre prevalencia de maloclusiones con algún tipo de hábito, así mismo señalan que mientras la duración del hábito aumenta, también aumenta la probabilidad de desarrollar maloclusión. La prevención y tratamiento de los malos hábitos bucales tendrá que ser ubicado socialmente como un problema de conducta que afecta la cavidad bucal y tendrá que ser abordado multidisciplinariamente, considerando que este problema es influido por factores familiares, sociales y ambientales. (12)

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio está enmarcado dentro de los estudios analíticos de tipo casos y

controles. La fuente de información se realizó mediante la revisión de historias clínicas de niños de 5 a 12 años de la Clínica de Ortodoncia y Odontopediatría del Colegio Odontológico atendidos el primer semestre del 2008.

Se seleccionó aleatoriamente una muestra de 180 historias clínicas de niños de 5 a 12 años, donde se excluyeron historias clínicas mal diligenciadas e incompletas, 90 que presentaron Maloclusión y 90 que no presentaron Maloclusión, manejamos una relación de 1 a 1 para controles y casos.

Historias Clínicas mal diligenciadas por el operador, incompletas fueron excluidas del estudio para el control de sesgos de información.

Selección de casos

Los casos de Maloclusión fueron determinados según la clasificación de Angle (13) como pacientes clase II, III. Este diagnóstico fue tomado de lo consignado en las historias clínicas.

Selección de controles

Los controles fueron seleccionados entre las historias clínicas de los pacientes asistentes a la clínica de Odontopediatría y quienes fueron diagnosticados con clase I (Normoclusión). (13)

Medición de Factores de riesgo

Los factores de riesgo se analizarán de los datos arrojados por las historias clínicas si presentan o no los casos o controles el factor de riesgo (Deglución atípica, respiración oral, succión digital, mordedura de labios, respiración mixta,

onico-fagia.), para la toma de datos se contó con el apoyo de tres investigadores que desarrollaron las funciones de anotadores, y tres examinadores que fueron estandarizados por un especialista

A cada historia se le asignó un código para garantizar el anonimato del paciente.

Análisis Estadístico

Con los datos tomados de las historias clínicas se realizó la base de datos en Excel office 8.0 Windows XP, a la cual se le realizó un análisis univariado y bivariado en Epi Info 3_5; Para determinar la relación y fuerza de asociación entre los factores de riesgo y la presencia de Maloclusión, se calcularon los OR de cada factor, se tomaron como factores de riesgo que tenían cierta relación aquellos que el OR oscilaba entre 0.1000 y 0.4000.

RESULTADOS

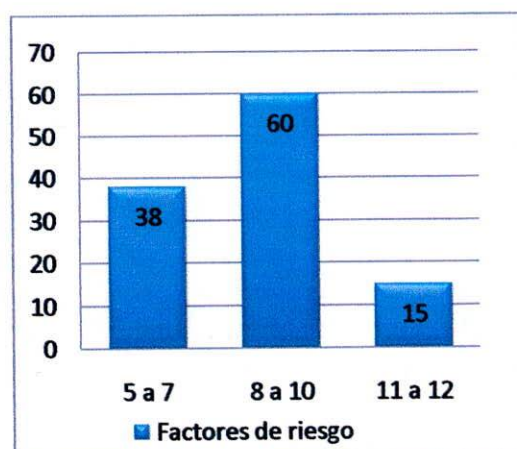
El estudio se realizó en 180 historias clínicas de niños de 5 a 12 años de las

cuales 90 eran casos con una edad promedio de 8 a 9 años y 90 controles con una edad promedio de 7 a 8 años, de los 90 casos 40(44.4%) eran sexo masculino y 50(55.5%) eran sexo femenino, de los 90 controles 44(52.4%) eran de sexo masculino y 56(47.6%) de sexo femenino. De los 90 casos se encontró que succión digital 34.4%, respiración mixta 28.9%, y deglución atípica 16.7%, como factores de riesgo con mas prevalencia en el desarrollo de las maloclusiones (graficas 1, 2 y 3), (tabla 1), De los 90 controles se encontró que succión digital 8.9%, respiración mixta 5.6%, y deglución atípica 6.7%, como factores de riesgo con mas prevalencia notándose una gran discrepancia entre casos y controles. Se encontró que factores de riesgo tales como succión labial, mordedura de lengua, mordedura de labio, mordedura de carrillo, onico-fagia, dislalias, seseo, bruxismo, posturales y chupo no presentaban una relación significativa (OR Tabla 1) con el desarrollo de las maloclusiones, El intervalo de edad con mayor prevalencia de factores de riesgo fue el de 8 a 10 años.

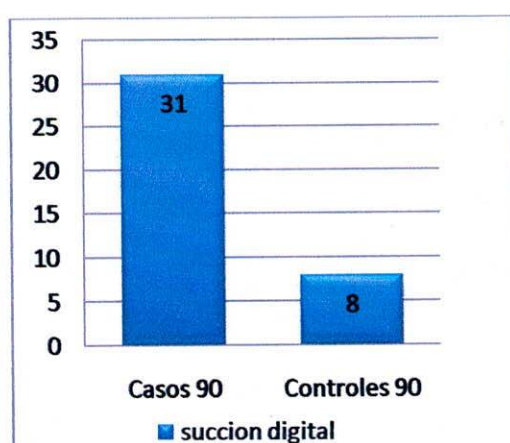
Tabla 1 Frecuencia de factores de riesgo en casos y controles

FACTORES DE RIESGO	CASOS (%)	CONTROLES (%)	OR	INTERVALO DE CONFIANZA (95)%
Deglución Atípica	15 (16.7)	6 (6.7)	0,3571	0,1318 - 0,9676
Succión de Lengua	5 (5.6)	2 (2.2)	0,3864	0,0730 - 2,0457
Succión labial	4 (4.4)	10 (11.1)	2,6875	0,8104 - 8,9126
Succión de dedo	31 (34.4)	8 (8.9)	0,1857	0,0797 - 0,4328
Respiración oral	10 (11.1)	5 (5.6)	0,4706	0,1541 - 1,4367
Respiración mixta	26 (28.9)	5 (5.6)	0,1448	0,0527 - 0,3978
Queilofagia (lingual)	0 (0.0)	7 (7.8)	Indefinido	Indefinido
Queilofagia (labial)	3 (3.3)	6 (6.7)	2,0714	0,5017 - 8,5525
Queilofagia (Carrillo)	3 (3.3)	8 (8.9)	2,8293	0,7256 - 11,0320
Onicofagia	8 (8.9)	18 (20.0)	2,5625	1,0513 - 6,2461
Dislalias	6 (6.7)	5 (5.6)	0,8235	0,2420 - 2,8022
Bruxismo	1 (1.1)	4 (4.4)	4,1395	0,4535 - 37,7838
Chupo	0 (0.0)	4 (4.4)	Indefinido	Indefinido
Otros	3 (3.3)	2 (2.2)	0,6591	95%
Total	90 (50)	90 (50)		

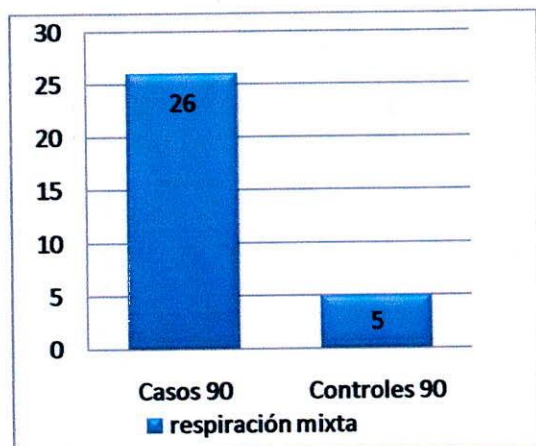
Grafica1. Distribución de factores de riesgo (descritos en la tabla 1) según edad.



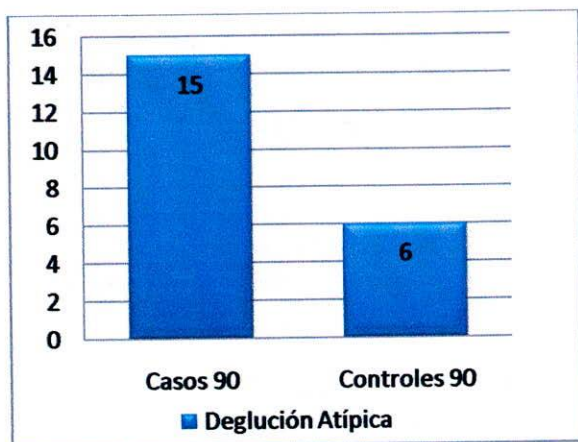
Grafica 3. Frecuencia de Succión Digital en los casos y controles



Grafica 2. Frecuencia de Respiración mixta en los casos y controles



Grafica 4. Frecuencia de Deglución Atípica en los casos y controles



DISCUSION

Según los resultados obtenidos en éste estudio realizado con la revisión de historias clínicas, la mayoría de pacientes pediátricos que presentaban hábitos parafuncionales, principalmente succión digital, respiración mixta y deglución atípica, tuvieron mayor

frecuencia en el desarrollo de una maloclusión, mientras que un bajo porcentaje de hábitos parafuncionales tales como succión labial, onicofagia, dislalias, seseo, bruxismo, posturales y el chupo no presentaron la misma frecuencia. Estos resultados demuestran aceptación con los reportados en otros estudios donde Fernández y Acosta han discutido los factores etiológicos de la maloclusiones exponiendo el aspecto multifactorial de éstos, los cuales son de suma importancia, entre ellos se encuentran los hábitos deformantes. (11) y Fernández menciona que el hábito de succión de tetero, succión digital, respiración bucal y deglución infantil tienen mayor presencia en la maloclusión. (4)

Los resultados de este estudio reportaron que el habito de succión digital fue de 34.4%, de respiración mixta 28.9% y de deglución atípica 16.7%, los cuales presentaron con mayor frecuencia el desarrollo de una maloclusión, resultados similares a los referenciados por Fernández y Acosta.

Entre las diferentes técnicas para medir el desarrollo de maloclusiones por presencia de hábitos parafuncionales, se encontraría mayor precisión realizando los estudios directamente en los pacientes pediátricos, razón por la cual es importante profundizar con esta técnica en otros estudios, con la ayuda directa de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de maloclusiones en niños en edades de 5 a los 12 años, muestran tres factores relacionados en el

desarrollo de Maloclusión infantil, los cuales son succión digital, respiración mixta y deglución atípica en su respectiva orden.

El balance de la investigación determina estos tres factores como los relacionados con la Maloclusión infantil, mientras que los otros factores no tuvieron correlación con la enfermedad.

Es necesario realizar prevención y tratamientos durante estas etapas ya que podría mejorar el desarrollo de la

dentición permanente así como la disminución en las estadísticas actuales sobre Maloclusión en pacientes de corta edad.

RECOMENDACIONES

Los hábitos que presentan mayor prevalencia de Maloclusión son succión de dedo, respiración mixta, deglución atípica y respiración oral por lo que debemos trabajar con nuevas técnicas para su eliminación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 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. Programa bebe Clínica Potosina, revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatría deposito legal n° pp200102cs997 issn: 1317-5823
2. Loo Macías LA, Meneses Hernández CL. Factores causales que intervienen en la aparición de maloclusiones en niños de 6 a 13 años de edad que asisten a la unidad de medicina familiar N° La investigación y desarrollo tecnológico en Querétaro 2006 7 ISBN 968-5402-16-7
3. Ministerio de Salud de Colombia III Estudio de Salud Bucal ENSAB III , Bogotá. 1998. tomo VII.
4. Fernández Torres CM, Acosta Coutin A. Especialistas de I Grado en Ortodoncia. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997; 12(2):79-83.
5. Gallegos López L, Complutense de Madrid, Miegimolle M. Oclusión infantil. ¿Qué tratar? ¿Cuándo tratar? ¿Cómo tratar? Revista de la facultad de odontología.
6. Duque de Estrada Riverón J, Rodríguez Calzadilla A. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol Ciudad de La Habana Mayo-ago. 2001 v.38 n.2.

7. conde Suárez HF, de león de la fe I, Rivera Lacorra . DM. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentaria en niñas de primaria. Municipio cárdenas 2002, clínica estomatologica "13 marzo".
8. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Centro de Salud Serreria. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina y Odontología de Valencia. España. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos, Martes 1 Marzo 2005. Volumen 62 - Número 03 p. 261 - 265.
9. Agurto V. P; Rodrigo Díaz M, Cádiz DO, Bobenrieth K F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago, Rev. chil. pediatr. Santiago nov. 1999. v.70 n.6
10. Herrera D, Belmonte S, y Herrera E. Alteraciones del desarrollo maxilofacial. Prevención de la maloclusión. Arch. Argent. Pediatr 2006; 104(1):75-79 / 75.
11. Fernández Torres CM, Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentofaciales. Rev Cubana Ortod 2000; 15(1)33-38
12. Montiel JME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM 2004; 61 (6): 209-214.
13. Aguilar Pereyra S, García Sánchez R, Gutiérrez Rodríguez C, Paniagua Pérez Y. Frecuencia de la deglucion atípica en niños de 5 a 14 años en pacientes que acuden a ortopedia maxilar fes Iztacala, Facultad de Estudios Superiores Iztacala