

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"

Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria

Dentofacial anomalies and deforming habits in children of a primary school

Rosa María González Ramos^I, Diego Alfredo Ochoa González^{II}, Carlos Silva Fors^{III} y Isabel Cruz Ledesma^{IV}

^IEspecialista Segundo Grado Administración de Salud y Estomatología General Integral. Profesora Auxiliar. rosam.glez@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado Administración de Salud. Profesor Auxiliar. Epidemiología. Investigador auxiliar. dochoa@infomed.sld.cu

^{III}Especialista Primer Grado Ortodoncia. Profesor Auxiliar. carlos195589@yahoo.com

^{IV}Especialista Primer Grado Estomatología General Integral. Instructora. isabelcruz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los hábitos deformantes confieren susceptibilidad para las anomalías dentofaciales.

Objetivo: describir el comportamiento de estas anomalías y la asociación con estos hábitos en estudiantes de 6 a 12 años, en la escuela "Gonzalo de Quesada" del municipio Plaza de la Revolución.

Material y métodos: se estudiaron 120 niños de esa escuela para esta investigación descriptiva epidemiológica, donde se utilizaron valores absolutos, porcentajes y el ODDS ratio para cuantificar el grado de asociación, en el procesamiento de la información obtenida.

Resultados: el 60,8 % de los niños está afectado, prevaleciendo el sexo femenino con 52,5% y dentro de los signos clínicos fundamentales se halló el resalte aumentado en

24,8%, el apiñamiento en 20,4% y el sobrepase en 17.1%. El 78,3% presentó hábitos deformantes, siendo la succión digital el más significativo, seguido por la lengua protráctil y la onicofagia; los dos primeros fueron los que presentaron mayor asociación con las anomalías estudiadas.

Conclusiones: más de la mitad de la población estudiada presentó algún tipo de alteración en la oclusión, prevaleciendo el grupo de 9 a 12 años y el sexo femenino.

Palabras clave: anomalías dentofaciales, hábitos deformantes, resalte aumentado, apiñamiento, sobrepase.

ABSTRACT

Introduction: the deformant habits confer susceptibility for the dentofacial anomalies.

Objective: To make a description of these anomalies and the association with these habits in students from 6 to 12 years, in the school "Gonzalo of Quesada" of the municipality Plaza de la Revolución,

Material and methods: a descriptive study, The Universe consisted of 120 children, where absolute values were used, percentages and the ODDS ratio to quantify the association degree.

Results: being obtained 60,8% of affected children as a result, prevailing the feminine sex 52,5% and inside the fundamental clinical signs it was the one it stands out increased 24,8%, the packing 20,4% and the one surpasses 17,1%. The 78,3% presented deformant habits, being the digital suction the most significant, continued by the protráctil tongue and the onicofagia.

Conclusions: more than half of the studied population presented some alteration type in the occlusion, prevailing the group from 9 to 12 years and the feminine sex.

Key words: dentofacial anomalies, deformant habits, stand out increased, packing, surpass.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías dentofaciales denominadas por algunos autores como maloclusiones, son una alteración no patológica del crecimiento y desarrollo, presentando un desarreglo de la dentición, la ATM, las estructuras craneofaciales, las neuromusculares u otros tejidos blandos, lo cual crea un problema funcional; ocupan un lugar importante dentro de las alteraciones bucales en la población infantil.

Pueden producir alteraciones osteomusculares en distintas partes de la cavidad bucal, acompañadas de diversos signos y síntomas molestos para el paciente; producen además alteraciones en la estética y las funciones propias del sistema estomatognático: masticación, deglución, respiración y fonación.¹

Las maloclusiones representan 70 % de las afecciones de la cavidad bucal y constituyen un problema de salud bucal. Las maloclusiones, según la OMS, ocupan el 3er lugar como problema de salud bucal; por su prevalencia e incidencia son consideradas problemas de salud.²

Los factores de riesgo de las anomalías dentofaciales son determinadas características morfológicas, estructurales o funcionales que confieren a la persona la susceptibilidad para padecerlas. Debido a la compleja etiopatogénesis de estas anomalías, se hace difícil precisar los factores de riesgo involucrados en una patología específica, ya que varios pueden dar lugar a manifestaciones semejantes, aunque con variaciones, debido a que cada individuo reacciona de forma particular ante la influencia socioambiental.²

De hecho, se reconoce el carácter multifactorial de estas anomalías donde interactúan fundamentalmente factores congénitos, lesiones al nacer, enfermedades de la madre durante el embarazo, enfermedades de la garganta, nariz y oído, pérdida prematura de dientes temporales, hipotonía muscular, problemas psíquicos, lactancia o biberón prolongados, consistencia y composición de la dieta inadecuadas, traumatismos y hábitos deformantes.

La maloclusión no es una entidad, es la resultante de alteraciones en el sistema estomatognático, o sea, irregularidades en dientes, huesos, partes blandas y articulaciones temporomandibulares.^{3,4}

La prevención desempeña un papel fundamental destinado a evitar las maloclusiones, teniendo un objetivo fundamentalmente profiláctico. Comprende el control de hábitos nocivos para el desarrollo estomatognático; el empleo de mantenedores de espacio en casos de extracción prematura de dientes temporales; la extracción de supernumerarios o cualquier otro factor que altere el patrón eruptivo de las piezas permanentes y de otra medida de carácter mecánico o quirúrgico que prevenga la maloclusión.⁵

El origen multicausal de estas anomalías, 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.⁶

En los últimos años, la Estomatología ha venido experimentando una notable transformación al evolucionar de una fase mecánica a una científica, al aplicar una serie de medidas preventivas que persigue, como finalidad, la conservación anatómica y fisiológica de los tejidos, y como consecuencia, una mejor salud bucal y general.⁷

Entonces, educar para promover y proteger la salud, conociendo los factores de riesgo, será la meta a alcanzar que coloca al Hombre como un ser biosicosocial sobre el que influyen diferentes factores, como atributos que pueden actuar negativamente en la aparición y desarrollo de la enfermedad.^{8,9}

El propósito del presente estudio observacional descriptivo es identificar hábitos deformantes asociados con la presencia de anomalías de la oclusión en una población de niños de 6 a 12 años de edad, de la escuela "Gonzalo de Quesada" del municipio Plaza de la Revolución, de manera que los resultados permitan en una segunda etapa, establecer una estrategia de intervención educativa y proponer medidas de prevención y control para elevar el nivel de conocimientos en la población escolar estudiada y

adoptar estilos de vida más saludables en relación con estas patologías. El objetivo de este trabajo:

- Describir las anomalías dentofaciales en escolares de 6 a 12 años de la escuela "Gonzalo de Quesada".
- Identificar los principales hábitos bucales deformantes asociados a las anomalías dentofaciales, halladas.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional descriptiva. El universo estudiado quedó constituido por 120 niños de ambos sexos, pertenecientes a la Escuela Primaria "Gonzalo de Quesada", a los que se les examinó y confeccionó la historia clínica de Estomatología, previo consentimiento de los padres y educadores de la Institución.

Las variables estudiadas fueron: edad; sexo; presencia de anomalías dentofaciales, considerando esta cuando existe una desviación del patrón normal de oclusión; sus signos más frecuentes y hábitos bucales deformantes asociados a ellas.

La recolección de la información se realizó en dos fases: primeramente, en la propia escuela para determinar los niños con anomalías dentofaciales y, posteriormente, a los afectados se les examinó en la clínica estomatológica, previo consentimiento informado de los padres.

La fuente primaria de información fue la historia clínica estomatológica, y el examen clínico bucal se realizó conforme a las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, las cuales incluyen la utilización de luz artificial, espejo, guantes y el modelo estadístico 4702-1.

Para el análisis y discusión de los resultados se procedió a la interpretación de los datos obtenidos. Se obtuvo el ODDS ratio con el propósito de cuantificar el grado de asociación entre los factores de riesgo y las anomalías.

Se consideró la existencia de asociación si $OR > 1$; si $OR = 1$ se reflexionó como factor de protección. Como medidas de resumen se utilizaron los valores absolutos y el porcentaje. Los resultados se presentaron en tablas.

RESULTADOS

De los 120 niños examinados, 73 de ellos presentaron anomalías dentofaciales, representando 60,8%. El grupo de edad más representativo fue el de 9 a 12 años con 45,8% como puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1. Escolares examinados según grupos de edad

Clases de edades	Examinados				Total	
	Afectados		Sanos			
	No.	%	No.	%	No.	%
6 - 9	29	39,7	24	51,1	53	44,1
9-12	36	49,3	19	40,4	55	45,8
12 y más	8	10,9	4	8,5	12	10,0
Total	73	60,8	47	39,1	120	100

Se observa en la Tabla 2, la distribución según sexo; existe un predominio de las féminas en 52.5%, En los pacientes sanos, hay un predominio de los individuos del sexo masculino, representando 55,5 %, mientras que en los afectados predomina el sexo femenino en 57,5%.

Tabla 2. Escolares examinados según sexo

Escolares	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Afectados	31	42.5	42	57.5	73	60.8
Sanos	26	55.5	21	44.6	47	39.1
Total	57	47.4	63	52.5	120	100

De los signos clínicos mostrados en la Tabla 3, se pudo apreciar con la mayor representatividad el resalte aumentado en 24,8% de los afectados, seguido del apiñamiento en 20,4% y en tercer lugar el sobrepase para 15,8%; siendo las mordidas cruzadas las menos relevantes.

Tabla 3. Escolares afectados según signos más frecuente encontrados

Signos	Afectados	
	No.	%
Resalte aumentado	52	24,8
Sobrepase aumentado	33	15,8
Mordida abierta	36	17,1
Mordida cruzada ant.	7	3,3
Mordida cruzada post.	3	1,4
Apiñamiento	43	20,4
Estética facial afectada	11	5,2
Disfunción neuromuscular	25	11,9

Tabla 4. Distribución de escolares con hábitos deformantes según grupo de edad

Clases de edades	Examinados			
	Presencia		Total	
	No.	%	No.	%
6-9	46	86,7	53	44,1
9-12	39	70,9	55	45,8
Más de 12	9	69,2	13	10,8
Total	94	78,3	120	100

** El porcentaje se calculó sobre la base del total de cada niño en los grupos de edades.

Tabla 5. Distribución de los hábitos deformantes y asociación con la enfermedad

Hábitos deformantes	No.	%	OR
Uso de biberón	21	8,2	0.18
Chupeteo de tete	19	7,3	0.78
Succión digital	36	14	12.1
Lengua protráctil	47	18,2	11.3
Respirador bucal	28	10,8	0.36
Mordedura de objetos	21	8,1	0.33
Onicofagia	49	19	0.35
Quielofagia	9	3,5	0.12
Hábitos posturales	27	10,5	0.24

Se observa la asociación existente entre los factores de riesgo y la probabilidad de enfermar donde la succión digital es la más relevante, ya que es 12,1 veces más probable que los individuos que practiquen este hábito muestren maloclusión, seguidos del factor de riesgo de lengua protráctil con 11,3 de probabilidad de desarrollar la enfermedad; no se encontró asociación entre el resto de las hábitos perjudiciales y la probabilidad de enfermar.

DISCUSIÓN

Las anomalías dentofaciales luego de las caries dentales y las periodontopatías son uno de los principales problemas de salud bucal en el mundo por su alta prevalencia.

Las malocolusiones en nuestro estudio es alta; al comparar estos resultados, se observa que en América Latina 85% de la población infantil está afectada por esta enfermedad; en nuestro país existe un predominio de ellas que fluctúa entre 43% y 89% en los diferentes grupos de edades, y se plantea que uno de cada cinco niños presentan maloclusión grave.^{3,4}

Estudios epidemiológicos realizados evidencian que el estado de salud de la población mundial resulta complejo, pues más de 95% se encuentra afectada por caries dentales, 90% aproximadamente padece de enfermedades periodontales y entre 55 y 70% sufre de anomalías de la oclusión.¹⁰

Sin embargo, investigaciones realizadas en diferentes municipios en la provincia de La Habana muestran resultados superiores al del presente estudio; en ellas, aparece que 72,2% de los casos estudiados presentan maloclusión, mientras en 27,8% su oclusión está compensada.⁶

En relación con el comportamiento de las anomalías dentofaciales según el sexo, se observa un predominio del sexo femenino sobre el masculino, resultados que concuerdan con otras investigaciones nacionales.^{6,10,11}

Los principales signos clínicos de las maloclusiones encontradas fueron el resalte por más de 3 milímetros, el apiñamiento y el sobrepase aumentado en más de dos tercios de corona. Estos resultados se relacionan con los obtenidos en Brasil,¹² en los que el resalte aumentado fue la alteración más frecuente, así como también con los informados por Frazao.¹³

El estudio realizado por Alpízar¹⁴ coincide con los presentes resultados, siendo el resalte y el apiñamiento las alteraciones fundamentales, mientras que investigaciones realizadas en Chile muestran que las anomalías más frecuentes son las mordidas abiertas y cruzadas, y, por último, la distoclusión de canino.¹⁵

Los factores de riesgo son aquellas características y atributos que confiere al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad o alteración de salud que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Ellos no son necesariamente las causas o etiología, sólo sucede que están asociados con el evento. Existe una alta presencia de hábitos bucales deformantes en la población estudiada principalmente la onicofagia, la deglución atípica y la succión digital.

En correspondencia con ello, en una investigación realizada por Podedera¹⁶ muestra una alta prevalencia de maloclusiones y la presencia de hábitos deformantes, siendo la deglución atípica la más frecuente, seguida de la succión digital y la respiración bucal. Algunos autores plantean que hasta los 3 años de edad se acepta como normal la deglución atípica, si esto continúa entonces se crean mordidas abiertas.^{15,17}

La asociación existente entre los factores de riesgo y las anomalías dentofaciales es significativa para los tres factores analizados, y se evidencia una alta probabilidad de desarrollar la enfermedad en las personas que los presentan.

En un estudio epidemiológico realizado en Mangalore, India, se encontró que del total de niños examinados, 3,1% tenía el hábito de succión digital, por ciento inferior al obtenido en este estudio. En otro trabajo realizado en la Universidad de Iowa, USA, se encontró que era más frecuente en los niños con hábito de succión digital la presencia de anomalías como mordida abierta, mordida cruzada posterior, resalte aumentado y se incrementaba con la duración del mismo.^{18,19}

CONCLUSIONES

- Más de la mitad de la población estudiada presentó anomalía dentofacial; predominó el grupo de 9 a 12 años y el sexo femenino.
- Los principales hábitos deformantes identificados fueron la onicofagia, la lengua protráctil y la succión digital, teniendo estos dos últimos una asociación con la aparición de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

Diseñar una estrategia de intervención educativa, para elevar el nivel de conocimientos en la población escolar estudiada y en las familias para controlar la presencia de los hábitos bucales deformantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Martínez J, Mora Pérez C, López Fernández R. Intervención educativa y terapéutica en niños portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2009; 7 (1): 28-48.
2. Aznar Martín T, Galán González AF, Martín Castro IM, Domínguez Reyes A. Dental Arch Diameters and relationship to oral habits. Angle Orthodontist. 2005; 76(3):34-8.
3. Paredes Gallardo V, Paredes Censillo C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. An Pediatr. 2005; 62(3):261-5.
4. León Caballero KM, Maya Hernández B, Vega Galindo M, Mora Pérez C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. Rev Cubana Estomatol. 2007; 44(4):4. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol44-04-07/est03407.htm>
5. Van Maes HJ, Stökli P. Atlas de Odontología Pediátrica. Masson, Barcelona: 2002.
6. Fernández Torres, CM. Resultados del control de factores de riesgos de anomalías dentofaciales. Clínica Estomatológica H y 21. Rev Cubana Ortod. 2000; 15(1): 33-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_2_03/san03203.htm [23/05/2005].
7. Colectivo de autores. Ministerio de Salud pública. Programa Nacional de Estomatología Integral a la Población. Cuba: 2003.
8. Bravo Lorenzo D, León de la Fe I, Llorach Duch J. Intervención educativa en hábitos bucales deformantes en el círculo infantil Amores de la Patria [artículo en Internet] 2008. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol6%20/tema03.htm> [Consultado: 16 diciembre 2009].
9. Bravo Lorenzo D. Nuevas alternativas en prevención de maloclusiones dentarias utilizadas en consejería de salud bucal. Cárdenas. Rev Médica Electrónica [seriada en Internet] 2006; 28(6): 19-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864346620060002&lng=es&rm=iso [Consultado: 3 dic 2009].
10. Evolución del estado de salud bucal de la población cubana según cumplimiento de las metas de salud bucal para el 2000. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/esbparte3.pdf>

11. Pellitero Reyes BL, García Rodríguez B, Díaz Morel JE, Torres Cur EM. Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes en adolescentes. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2003; 7(3): 15-21.
12. Franca HS, Orellana B, Fronza F, Kowlaski RV. Prevalência da maloclusão em pré-escolares de uma região da cidade de Curitiba. Brasil. *Rev Odontocience*. 2003;18(42): 373-6.
13. Frazao P, Narvai PC, Latorre MR, Castellanos RA. Are several occlusal frequent in permanent than deciduous dentition? *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):247- 54.
14. Alpízar Quintana R, Moraguez Perelló G, Segué Hernández Y, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado [artículo en línea]. *MEDISAN* 2009; 13(6) http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san11609.htm [31-1-12].
15. Emmerica A, Fonseca L, Elías AM, Medeiros V. Relação entre hábitos bucais, alterações faringianas e maloclões em pré-escolares de Vitoria, Espírito Santo Brazil: *Cad Saúde Pública*; 2004; 20(3): 689-97.
16. Podadera Valdés ZR, Ruiz Núñez D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años, 2002-2003 [artículo en línea]. *Rev Cubana Estomatol*. 2003;40(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol41_2_04/est04204.htm [consulta: 12 agosto 2008].
17. Sousa R, Lima R, Florêncio FC, Lima KC, Diógenes A. Prevalência e fatores de risco da mordida aberta anterior na dentadura decídua completa em pré-escolares na cidade de Natal/RN. *Rev. dent. Press ortodon. ortopedi. Facial*. mar.-abr. 2007; 12(2):129-138.
18. Esteban Rueda N. ¿Pueden los elementos endógenos y exógenos alterar el crecimiento y desarrollo y determinar una mordida abierta anterior severa en cualquier edad? *Rev. Asoc. Argent. Ortop. Funcional Maxilares*. 2006; 35(2): 11-19.
19. Cattoni Martins D, Fernández Dreux MF, Di Francesco CR, Dias de Oliveira MR. Características do sistema estomatognático de crianças respiradoras orais: enfoque antroposcópico. *Prófono*. out.-dez. 2007; 19(4): 347-351.

Recibido: 15 de febrero de 2012.

Aprobado: 19 de julio de 2012.