



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Odontopediatría

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de la
Especialidad en Odontopediatría

Presenta:

C.D. Mitzi Quintanilla Nieto

Dirigido por:

C.D.E.O. Mónica Clarisa Ortiz Villagómez

SINODALES

C.D.E.O. Mónica Clarisa Ortiz Villagómez
Presidente

C.D.E.O. Myriam Pérez Torres
Secretario

M en C Guadalupe del Rocío Guerrero Lara
Vocal

C.D.E.O. Alejandro Alcocer Maldonado
Suplente

M en O Guillermo Ortiz Villagómez
Suplente

Med. Esp. Benjamín R. Moreno Pérez
Director de la Facultad de Medicina
Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro
Agosto, 2007
MÉXICO

RESUMEN

El desarrollo de la dentición temporal contribuye al establecimiento de una dentición permanente con una oclusión armoniosa, funcional y estéticamente aceptable. Un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno de las maloclusiones en la dentición temporal pueden prevenir alteraciones que posteriormente causarían serios problemas oclusales en el paciente adulto. El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia del tipo de oclusión anterior en niños con primera dentición. Es un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal realizado en la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro, de Enero a Octubre del 2005. Se revisaron 204 niños de 3 a 5 años de edad con dentición temporal completa.

Los datos obtenidos se analizaron a través de una estadística descriptiva, encontrándose que: El 50% fueron del sexo masculino y el 50% del sexo femenino. En cuanto a la prevalencia del tipo de oclusión anterior se obtuvo que el 22% presentó leve sobremordida horizontal y vertical, el 19% sobremordida horizontal, 17% sobremordida vertical, 11% mordida anterior borde a borde, 11% mordida cruzada anterior, 11% sobremordida horizontal y vertical, 9% mordida abierta anterior. La prevalencia de los diferentes tipos de oclusión en relación a la edad, presentó diferencias estadísticamente significativas en la mordida anterior borde a borde ya que se presentó con mayor frecuencia a los 5 años de edad en 20 niños (27%) y en la leve sobremordida horizontal y vertical, la cual se encontró con mayor frecuencia a los 3 años en 18 niños (28%) y a los 4 años en 19 niños (28%). Se encontró que del total de la población estudiada el 28% presentó una oclusión ideal y el 72% maloclusión.

PALABRAS CLAVE: Oclusión, Maloclusión, Prevalencia.

SUMMARY

The development of primary dentition contributes to the establishment of permanent dentition with harmonious occlusion which is both functionally and aesthetically acceptable. An early diagnosis and timely treatment of malocclusions in primary dentition can prevent alterations that would later cause serious occlusion problems in the adult patient. The objective of this research was to determine the prevalence of the type of anterior occlusion in children with primary dentition. The study is observational, descriptive, prospective and transversal and was carried out in the Postgraduate Clinic of Pediatric Dentistry of the Autonomous University of Queretaro from January to October, 2005. 204 children from 3 to 5 years of age with complete primary dentition were examined. Data was analyzed using a descriptive statistic, and the findings were the following: 50% were male and 50% were female. Regarding the prevalence of the type of anterior occlusion, 22% presented a slight horizontal and vertical overbite, 19% horizontal overbite, 17% vertical overbite, 11% border to border anterior bite, 11% anterior cross-bite, 11% horizontal and vertical overbite and 9% anterior open bite. The prevalence of different types of occlusion related to age showed statistically significant differences in the border to border anterior bite, since this was more common at age 5 in 20 children (27%) and in slight horizontal and vertical overbite, which was found most frequently at age 3 in 18 children (28%) and age 4 in 19 children (28%). We found that of the total of the sampling studied, 28% had ideal occlusion and 72%, malocclusion.

KEY WORDS: Occlusion, Malocclusion, Prevalence.

DEDICATORIAS

A Dios por darme la oportunidad de ver terminada esta meta.

A mis padres por su apoyo incondicional, paciencia y comprensión.

A mis hermanos por su apoyo.

A mis maestros por compartir sus conocimientos.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Mónica Ortiz Villagómez, por su apoyo incondicional para la elaboración de esta tesis.

A todos mis profesores, por haberme apoyado con sus conocimientos para que este trabajo se realizara de la mejor manera.

Al Posgrado de Odontopediatría, ya que fue pieza fundamental para la realización de la tesis.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	i
SUMMARY.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE CUADROS.....	vi
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	3
Conceptos de oclusión.....	3
Etiología de la maloclusión.....	5
Características de la dentición temporal.....	8
Prevalencia de oclusión anterior en dentición temporal.....	15
III. METODOLOGÍA.....	18
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES.....	31
LITERATURA CITADA.....	32
ANEXO.....	36

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO		PÁGINA
4.1	Distribución de la muestra estudiada por edad y género.....	21
4.2	Prevalencia del tipo de oclusión anterior en niños y niñas.....	22
4.3	Distribución del tipo de oclusión anterior de acuerdo al género.....	24
4.4	Distribución del tipo de oclusión anterior por edad.....	25
4.5	Prevalencia del tipo de oclusión anterior en la primera dentición.....	27
4.6	Prevalencia del tipo de oclusión anterior en la primera dentición.....	28

INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA	PÁGINA
4.1 Distribución de la muestra estudiada por edad y género.....	21
4.2 Prevalencia del tipo de oclusión anterior en niños y niñas.....	23
4.3 Distribución del tipo de oclusión anterior por edad.....	26
4.4 Prevalencia del tipo de oclusión anterior en la primera dentición.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA		PÁGINA
2.1	Dentición temporal.....	11
2.2	Oclusión anterior.....	12
2.3	Sobremordida vertical.....	13
2.4	Mordida abierta anterior.....	14

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad al encontrarse más controlada la presencia de caries, se ha dado prioridad a estudios relacionados con el desarrollo normal de la Oclusión y patologías por las que puede verse afectada; en los que se ha encontrado que la atención a problemas de maloclusión ocupa el 3er lugar de atención dentro de las patologías estomatológicas.

Las maloclusiones se producen por la interacción entre los factores ambientales y la herencia; éstos actúan sobre todo en el periodo de la infancia, que está enmarcada por continuos cambios en la dentición.

El carácter multicausal de las maloclusiones así como su aparición desde edades tempranas condiciona la necesidad de realizar programas preventivos con el objetivo de disminuir su incidencia.

Al no haberse encontrado estudios realizados sobre la prevalencia del tipo de oclusión anterior en primera dentición, se decidió realizar esta investigación; que fue llevada a cabo en la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro de Enero a Octubre 2005

La condición normal de la oclusión anterior en dentición permanente, depende de las relaciones de las piezas anteriores infantiles.

La dentición infantil además de permitir la fonación y la alimentación del niño, servirá de guía de la erupción de los dientes permanente, permitiendo el desarrollo de las arcadas dentarias.

Existen pocos estudios que analizan la prevalencia del tipo de oclusión anterior en dentición decidua y los pocos que existen no estudian todos los tipos de oclusión anterior que se pueden presentar en ésta dentición, ya que en ellos estudian otras características de la dentición decidua y solo algunos tipos de oclusión anterior.

El diagnóstico oportuno de la oclusión, permite actuar de una manera temprana logrando evitar maloclusiones dentales.

Al tener conocimiento de la armonía funcional de la dentición infantil podremos prevenir alteraciones que posteriormente causarían serios problemas oclusales en el paciente adulto.

Los objetivos específicos en este estudio fueron los siguientes:

- 1.- Identificar el tipo de oclusión anterior según el género de los niños con dentición temporal que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UAQ.
- 2.- Identificar el tipo de oclusión anterior según la edad de los niños con dentición temporal que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UAQ.
- 3.- Identificar mordida anterior ideal (*la dentición primaria debe presentar leve sobremordida horizontal y vertical antes de los 5 años. A los 5 años la oclusión ideal anterior es la oclusión borde a borde*), en niños con primera dentición.
- 4.- Identificar sobremordida horizontal excesiva que presentan los niños con primera dentición.
- 5.- Identificar sobremordida vertical excesiva que presentan los niños con primera dentición.
- 6.- Identificar la mordida abierta anterior que presentan los niños con primera dentición.
- 7.- Identificar mordida cruzada anterior que presentan los niños con primera dentición.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Conceptos de oclusión

A lo largo del tiempo se han realizado una diversidad de estudios, en los que se ha observado interés por los principales factores asociados a la maloclusión infantil; éstos factores se consideran causales y de riesgo, siendo factor causal aquel que al modificar su nivel de presencia o intensidad, causa una prevalencia de la enfermedad, y el factor de riesgo, es aquel que aumenta la susceptibilidad del individuo al ataque del factor causal, contribuyendo de esta manera a la aparición de la enfermedad (*Jhonson, 1995*).

Cuando la caries era más frecuente, se intentaba atenderla en primer lugar y se planificaba su tratamiento, por lo cual, en ocasiones, se pasaban por alto otros problemas importantes. En la actualidad la caries está más controlada, por lo que se le da prioridad al desarrollo de la oclusión. Las irregularidades en la oclusión son frecuentes en niños en edad preescolar, en los que están en fase de dentición temporal, mixta, y en adolescentes y jóvenes hasta los 20 años (*Mc Donald, 1993*).

La oclusión representa un pilar fundamental en el desarrollo del complejo orofacial, constituye una unidad morfofuncional dinámica y cambiante que se va adaptando a las necesidades del individuo con características en las que las formas que son normales en una etapa de desarrollo pueden no serlo en otra, es la resultante de factores morfogenéticos de crecimiento y desarrollo y factores ambientales en relación con el equilibrio neuromuscular y la articulación temporomandibular (*Segura, 2004*).

Oclusión: es la relación de contacto entre las áreas masticatorias de los dientes opuestos superiores e inferiores. La oclusión se ha considerado como un fenómeno dinámico y cambiante, desde el nacimiento, por los procesos de crecimiento y desarrollo; los cuales con el tiempo se van adaptando a la funcionalidad del individuo (*Moses, 1989; Friedenthal, 1996*).

Maloclusión: es una alteración del equilibrio entre los sistemas en desarrollo que forman el complejo orofacial y que puede afectar a los dientes, maxilares, articulación temporomandibular y musculatura (*Segura, 2004*).

Maloclusión es una condición patológica caracterizada por no darse una relación normal de los órganos dentarios con las demás del mismo arco y con las del arco antagonista (*Friedenthal, 1996*).

La guía de la erupción y desarrollo de la dentición primaria contribuye al desarrollo de una dentición permanente con una oclusión armoniosa, funcional y estéticamente aceptable. Un diagnóstico temprano y un tratamiento exitoso del desarrollo de las maloclusiones pueden tener beneficios a corto y a largo plazo. Ya que es importante que las condiciones que predisponen al desarrollo de una maloclusión en la dentición permanente, sean detectadas tempranamente en la dentición primaria.

La condición normal de la oclusión anterior en dentición permanente, depende de las relaciones de las piezas anteriores infantiles.

Al tener conocimiento de la armonía funcional de la dentición infantil podremos prevenir alteraciones que posteriormente causarían serios problemas oclusales en el paciente adulto.

La dentición infantil además de permitir la fonación y la alimentación del niño servirá de guía de la erupción de los dientes permanentes, permitiendo el desarrollo de las arcadas dentarias.

Etiología de la maloclusión

La etiología de las maloclusiones son difíciles de establecer, puesto que esta es de origen “multifactorial”; sin embargo, actualmente se sabe que esta determinada por dos factores “Herencia” y “Ambiente”, y que de la interacción recíproca de estos, dependerá el desarrollo de una maloclusión.

Los factores ambientales son factores externos que pueden afectar la situación de equilibrio en la que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas.

El posible efecto que el ambiente ha tenido sobre el sistema estomatognático con el paso del tiempo, es observado cuando se compara la prevalencia de maloclusiones en la actualidad con la de poblaciones primitivas sin un estilo de vida de sociedad urbana industrializada (*Sakkal, 2003*).

La alimentación civilizada (biberones, papillas, hamburguesas, etc) satisface las necesidades nutritivas del niño o del adulto, pero no produce excitación neural paratípico al aparato masticatorio, necesario para obtener el desarrollo previsto genéticamente; así cuando la segunda dentición intenta hacer erupción no encuentra el espacio necesario (solo una excitación normal desde el momento del nacimiento lo hubiera proporcionado) y aparecen mal posiciones dentarias.

Si la dentición decidua empieza a atrofiarse dejando de funcionar equilibradamente , por impedimentos (puntas caninas altas), mal posiciones, caries, falta de tono muscular, masticación atípica con movimientos únicamente de apertura y cierre, alimentación blanda, hábitos etc, el cambio a la segunda dentición se hará en estas condiciones y se establecerá un plano oclusal patológico con erupciones dentarias que impedirán los movimientos de lateralidad mandibular y por ese motivo no serán excitadas las articulaciones temporomandibular. El esmalte no se desgastará tal como estaba previsto por la naturaleza y no habrá auto limpieza, estos dientes tendrán un soporte débil y fácilmente susceptibles a lesiones (*Carranza, 2004*).

No toda maloclusión está determinada genéticamente. Hay niños que tienen una configuración genética normal y sin embargo pueden hacer maloclusiones. Lo que sucede en estos casos es que el potencial genético no puede expresarse armoniosamente debido a que, en algún lugar del curso del crecimiento y el desarrollo, se interpusieron bloqueos locales o ambientales que impidieron la operación de las fuerzas normales del crecimiento.

Estos factores ambientales de la maloclusión pueden y deben prevenirse. El primer paso es saber cuáles son y cómo tratarlos.

La mayoría de las maloclusiones se origina de la falta de armonía entre el tamaño de los dientes y la cantidad de espacio óseo necesario para disponerlos de una manera estética y funcionalmente aceptable.

Algunos factores genéticos que desempeñan un papel en la maloclusión son aquellos que controlan el desarrollo de nuestro patrón muscular. Ejemplos: déficit en la longitud labial, el tamaño lingual excesivo o deficiente y el tono muscular anormal. Todos estos procesos alteran tanto el equilibrio dinámico bien balanceado que controla la posición de los dientes como la forma, estructura y/o la función de los huesos que los soportan.

Algunos problemas musculares como falta de tono en los labios o un patrón de deglución atípico, pueden ser controlados, o por lo menos disminuidos, con una fisioterapia adecuada (*Katz, 1993*).

La aparición de ciertos hábitos probablemente serán factores causales del desarrollo de determinadas maloclusiones donde el crecimiento óseo y el desarrollo dentario pueden estar influidos, si bien su desviación se producirá ante la persistencia de estos hábitos, pudiendo estar esta desviación potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo (*Barbería, 2002*).

El hábito de succión digital puede ocasionar protrusión de los incisivos superiores, cuando los dientes son empujados labialmente, el maxilar superior se angosta y la lengua es mantenida contra el maxilar; de igual manera, el hábito de succión digital puede ocasionar protrusión superior, como resultado de la interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos (*Barber, 1982; Jhonson, 1995; Moyers, 1998*).

La deglución anómala o infantil por la interposición lingual que presenta provoca mordida abierta anterior, al igual que el hábito de succión, ya sea de un objeto (chupete o biberón) o digital, trayendo consigo el desarrollo de mordida abierta asociada con una interposición lingual que contribuye a su persistencia.

En otro orden –más como enfermedad que como hábito- la respiración bucal, el incremento de tejido adenoideo y la hipertrofia amigdalal crean problemas obstructivos nasofaríngeos que alteran la función respiratoria y obligan a la lengua a desplazarse hacia adelante, situándola entre los incisivos y oponiéndose a su erupción.

La mordida abierta es, a veces, consecuencia del problema respiratorio por la disfunción lingual. También puede ser ocasionada por presentar contactos prematuros en los caninos temporales (*Pinkham, 1996; Barbería, 2002; García, 2005*).

La mordida cruzada anterior afecta los cuatro incisivos superiores, teniendo como causa una posición baja de la lengua, contacto prematuro de los caninos temporales no desgastados que atrapan al maxilar o necesidad de avanzar la mandíbula para establecer un máximo de contactos dentarios. La mordida cruzada anterior dentaria o funcional debe ser tratada desde el momento en que es detectada, sin importar el periodo de dentición en el que se encuentre, ya que su persistencia puede ocasionar mayor estímulo del crecimiento de la mandíbula u oclusión traumática que afecte posteriormente la ATM o los tejidos de sostén del diente (*Barbería, 2002; García, 2005*).

La corrección temprana de estos hábitos impedirá o amortiguará su efecto nocivo sobre la oclusión, por lo que un gran número de maloclusiones podrían ser evitadas.

Pero cuando esto no ocurre así, el tratamiento temprano no actuará solamente sobre los factores etiológicos o causales, sino también sobre la misma maloclusión en desarrollo, en cuyo caso, entendemos el ***tratamiento temprano*** como una guía activa de los problemas oclusales que se presentan durante la etapa de desarrollo y recambio dentario, tratando de controlar la dirección del crecimiento aberrante en determinados casos y los problemas de disarmonías oclusales en los tres planos del espacio (*Barbería, 2002*).

Características de la dentición temporal

Para la comprensión de la oclusión normal y de la maloclusión necesariamente debe estar basada en un conocimiento amplio de la normooclusión en la dentición primaria.

Una vez que ha hecho erupción toda la dentición primaria, se establece la oclusión, que tiene rasgos morfológicos distintos a los de la oclusión permanente

(*Mc Donald, 1993; Moyers, 1998; Canut, 2000*).

Desarrollo de la dentición primaria

La formación de la dentición primaria, comienza después de los cuatro o cinco meses de vida intrauterina. Los primeros dientes erupcionan por lo regular seis o siete meses después del nacimiento y todos los dientes primarios generalmente se encuentran en boca alrededor de los dos y medio o tres años de edad.

Al establecerse la dentición temporal se producirá un incremento de crecimiento en todas las direcciones, tanto en sentido sagital como transversal y vertical, por lo que la cara sufre un gran cambio entre los 3 y los 6 años. A nivel esquelético el maxilar y la mandíbula se desarrollan con gran velocidad de crecimiento sostenido, mientras que la articulación temporomandibular presenta un cóndilo redondeado y una cavidad glenoidea poco profunda con escaso desarrollo de la eminencia articular.

En este mismo periodo se ha pasado de una función de succión del neonato a otra función completamente nueva con la aparición de la dentición temporal, como es la masticación.

El ciclo masticatorio madurará durante este periodo gracias al desarrollo del sistema neuroregulador, estableciéndose con la erupción de los incisivos una nueva referencia de posición mandibular más anterior, a la vez que los contactos oclusales posteriores condicionarán un nuevo patrón de cierre que evitará las interferencias oclusales.

Esta oclusión se caracteriza por escasa sobremordida incisiva y resalte, siendo el canino superior el que con su apoyo triodontal (con el canino inferior y el primer molar) establece la llave de la oclusión temporal, ya que los segundos molares temporales deben relacionarse mediante un plano terminal recto o vertical.

Otra de las características de esta dentición es la implantación casi perpendicular de sus dientes respecto a sus bases óseas, lo que le confiere dos características importantes:

- 1.- Un plano oclusal plano, tanto en sentido anteroposterior (curva de Spee) como en el transversal (curva de Wilson).
- 2.- Escasa inclinación vestibular de los incisivos, lo que conduce a una forma de arcada semicircular.

Durante este periodo de dentición temporal existen varios tipos de espacios que permiten un correcto establecimiento de la oclusión en la dentición temporal:

- 1.-Espacios Fisiológicos o de Desarrollo: Pequeños espacios entre diente y diente que se presentan de forma generalizada, estando situados frecuentemente en la zona incisiva. Su ausencia hará pensar en problemas de espacio.
- 2.- Espacios Primates: Espacio localizado por distal de los caninos temporales inferiores y mesial de los superiores (*Katz, 1993; Barbería, 2002*).

Las características dentales de los niños de 3 a 5 años son:

- a) Erupción de los 20 dientes temporales.
- b) Escasa Intercuspidación.
- c) Leve sobremordida horizontal y vertical.
- d) Plano Terminal recto o mesial.
- e) Forma ovoide del arco dental.
- f) Presencia de espacios primates y fisiológicos

(*Katz, 1993; Pinkham, 1996; Moyers, 1998*).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente y especificando que la oclusión es considerada un fenómeno dinámico y cambiante, el cual se va adaptando a la funcionalidad del individuo. Es importante conocer que la boca experimenta un desarrollo constante a través del tiempo, gracias a una función equilibrada y un desgaste fisiológico adecuado.

Una vez que han completado su erupción los dientes primarios (3 años de edad) hay una serie de cambios, hasta la erupción del primer molar permanente (6 años de edad), las funciones maduran y también se pueden observar alteraciones que pueden afectar el desarrollo normal (*Friedenthal, 1996*).

La mandíbula inicia los movimientos de lateralidad para poder realizar las funciones de presión y corte. La masticación con el cambio de dieta blanda a sólida, ayuda a la producción de estímulos de crecimiento; pasando de una masticación temporal de “abrir” y “cerrar”, a una masticación maseterina. Implicando de esta manera la incorporación de los músculos maseterinos y pterigoideos horizontales, que hacen posible los movimientos de circunducción, remodelando así, las cavidades articulares (*López, 1997*).

Cuando entran en oclusión los segundos molares primarios, se da inicio a la etapa de *utilización y desgaste* de la dentición primaria. Durante esta etapa hay movimientos de lateralidad que al ocasionar frotamiento va desgastando las superficies oclusales y los bordes incisales hasta que los molares poseen caras casi planas y los incisivos se hayan gastado hasta la mitad sus coronas (*López, 1997; Canut, 2000*).

La atrición dentaria es otro fenómeno importante en la dentición infantil así como el desgaste adamantino, propio de los dientes de leche debido a su menor mineralización comparada con la del esmalte de los dientes permanentes, esto provoca un aumento de los espacios, lo cual se aprecia en algunos niños de los 5 a los 6 años de edad, esto debido a la atrición funcional de los bordes incisales que acortan la dimensión mesiodistal y agrandan los diastemas. También hay una disminución del grado de sobremordida al acortarse el tamaño vertical de la corona de los incisivos por la abrasión fisiológica (*Jhonson, 1995; Canut, 2000*).

La atrición dentaria comienza en cuanto los dientes entran en oclusión, acentuándose a partir de los 3 años de edad, principalmente en las caras oclusales y proximales (*Salete, 1998*).

Este desgaste provoca que en el último periodo de la dentición temporal sea frecuente observar una relación de borde a borde de los incisivos y de las caras oclusales lisas en las que desaparece el relieve cuspídeo favoreciendo de ésta forma a una correcta transición para una dentición mixta.

Cronología de la dentición

A los dos años de edad, un gran número de niños poseen 20 dientes clínicamente presentes y funcionando. Los segundos molares deciduos se encuentran en proceso de erupción o lo harán dentro de los siguientes meses.

La formación de la raíz de los incisivos deciduos, está terminada y la de los caninos y primeros molares se acerca a su culminación.

A los dos años y medio la dentición primaria, generalmente está completa y funcionando en su totalidad.

A los tres años de edad, las raíces de los dientes infantiles están completas. Las coronas de los primeros molares permanentes se encuentran totalmente desarrolladas y las raíces comienzan a formarse

(García, 2005).

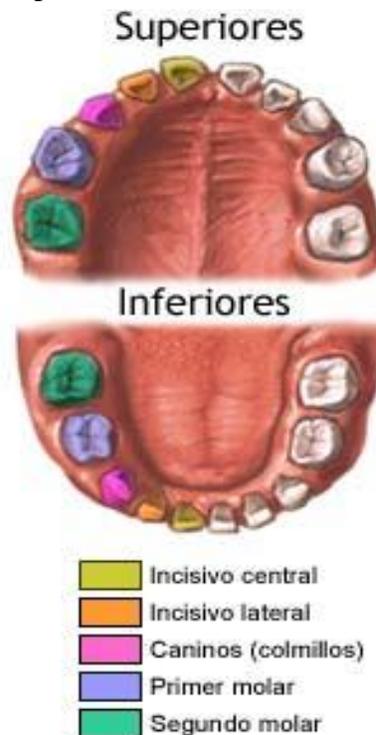


Fig 2.1 Dentición Temporal

Condiciones de oclusión anterior

Relación normal de la oclusión anterior primaria

Es con una ***ligera sobremordida*** de un tercio o un cuarto de la cara bucal de los dientes inferiores.

O bien en una ***posición borde a borde*** de los dientes superiores con respecto a los inferiores, esto si se presenta una oclusión dental infantil con desgastes fisiológicos en las cúspides.

Mordida borde a borde anterior

La mordida borde a borde, se considera, como una parte del crecimiento en la dentición primaria, apareciendo la oclusión baja, a causa de la atrición que aparece ocasionalmente en las piezas anteriores de ambas arcadas.

Oclusión donde los incisivos superiores e inferiores ocluyen en el mismo plano.

La dentición primaria debe presentar leve sobremordida horizontal y vertical antes de los 5 años. A los 5 años la oclusión ideal anterior es la oclusión borde a borde

(Jhonson, 1995; Machado, 1996; López, 1997; Moyers, 1998; Canut, 2000).

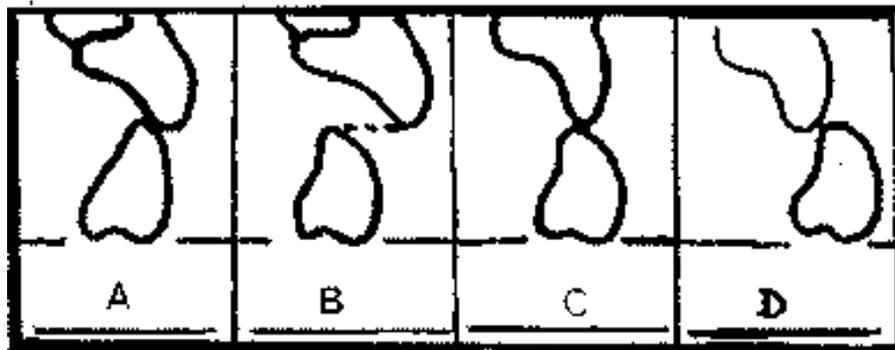


Fig. 2.2 Oclusión Anterior a) leve sobremordida horizontal y vertical;
b) sobremordida horizontal; c) borde a borde; d) cruzada anterior.

Sobremordida horizontal

Es el traslape horizontal de los incisivos centrales superior e inferior, y se mide desde el punto más anterior de las superficies vestibulares de estos dientes. (*Pinkham, 1996*)

Una sobremordida horizontal normal en la dentición temporal es de 2 o 3mm

(*Alonso, 2003; Segura, 2004*).

Sobremordida vertical

Es el traslape vertical de los incisivos y se mide desde el borde incisal de un incisivo con el otro. Se puede registrar en milímetros o como un porcentaje de traslape de la longitud total del incisivo mandibular, y es de 2 o 3mm en la dentición primaria.

La mordida profunda corresponde a un traslape vertical completo o casi completo de los incisivos primarios (*Pinkham, 1996; Alonso, 2003*).



Fig. 2.3 Sobremordida vertical

Mordida abierta anterior

Oclusión donde no existe contacto entre dientes anteriores superiores e inferiores, existiendo por lo tanto entre ellos un espacio.

Es la ausencia de traslape vertical; señala a menudo un hábito de succión.

Es muy frecuente en edades tempranas y durante el proceso de recambio dentario

(*Pinkham, 1996; Barberia, 2002; García, 2005*).



Fig. 2.4 Mordida abierta anterior

Mordida cruzada anterior

Oclusión invertida a nivel anterior, donde los incisivos superiores se sitúan por lingual de los inferiores.

La mordida cruzada anterior, también es observada ocasionalmente en la dentición primaria. Es considerada como una relación patológica

Puede afectar uno o varios dientes de forma aislada o la totalidad de ellos

(Barbería, 2002; García, 2005).

Un tratamiento temprano sería la solución de la mayoría de las maloclusiones y por ende se trataría de un tratamiento *sencillo*, donde el odontopediatra, al encontrarse más próximo al paciente infantil, tendría un papel preponderante en este tipo de tratamiento.

El tratamiento temprano requiere un correcto diagnóstico cuando, además, se ha de realizar una previsión de lo que va a acontecer, dado que el diagnóstico precoz es más tentativo que cuando el crecimiento ha disminuido y los rasgos que definen la maloclusión son más evidentes, en cuyo caso el diagnóstico sería mucho más certero.

Realizar un diagnóstico correcto nos ayudará a identificar aquellos problemas que son susceptibles de ser tratados en una etapa temprana y diferenciarlos de aquellos que, por su complejidad y falta de predicción, necesiten un tratamiento correctivo más tardío.

El odontopediatra ha de conservar la integridad de los dientes temporales o permanentes ya erupcionados mediante la odontología conservadora o restauradora, tanto cuando el diente ha sido afectado por caries, como cuando ha sufrido pérdida de su integridad por traumatismo.

El uso de la odontología restauradora en la conservación del diámetro mesiodistal de los dientes -especialmente en los molares temporales por caries interproximales- o la conservación del espacio ante la pérdida de éstos, mediante mantenedores de espacio, mantendrá una correcta guía oclusal y prevendrá problemas de maloclusión

(Barbería, 2002).

Prevalencia de oclusión anterior en dentición temporal

La maloclusión se sitúa inmediatamente por detrás de la caries y de la enfermedad periodontal en términos de cantidad de gente afectada. Según Gallagan el 20% de los niños norteamericanos tiene graves estados ortodónticos y otro 60% presenta maloclusiones bucales lo suficientemente importantes como para requerir su corrección

(Katz, 1993).

Los estudios epidemiológicos sobre la dentición decidua revelan que todas las maloclusiones reconocidas en la dentición permanente, también son diagnosticadas en la dentición decidua (Jhonson, 1995; Salete, 1998; Canut, 2000).

Las maloclusiones más comunes son: mordida abierta anterior, cruzada posterior y profunda anterior, en este orden (Salete, 1998).

Se realizó un estudio en Brasil en 310 niños sobre la relación antero-posterior de los arcos dentarios deciduos en niños Japoneses y Brasileños de 2 a 6 años de edad. Se encontró que la leve sobremordida horizontal y vertical se presentó en el 71.3% de la población estudiada, la sobremordida horizontal en el 14.2%, mordida cruzada anterior 7.4%, y la mordida borde a borde 7.1% (Yamada, 2006).

Otros estudios realizados por Farsi y Salama encontraron que la leve sobremordida horizontal y vertical se presentó en un 76% (Farsi, 1996).

Otuyemi realizó un estudio en niños nigerianos de 3 a 4 años de edad; encontrando una leve sobremordida horizontal y vertical en un 68.8%, sobremordida horizontal 14.7%, mordida cruzada anterior 7%, mordida borde a borde 9.7% (*Otuyemi, 1997*).

Sin embargo Foster y Hamilton estudiaron niños ingleses de 2 a 3 años de edad y observaron que la leve sobremordida horizontal y vertical se presentó en el 25% de su población, la sobremordida horizontal en el 72%, mordida cruzada anterior 1%, mordida borde a borde 2% (*Foster, 1969*).

Un estudio realizado en Venezuela en 45 niños analizó las características de la oclusión de niños de 4 a 6 años de edad y reportó que el 80% de la población estudiada presentó maloclusiones; la sobremordida vertical se presentó en 19 niños, seguida de la mordida abierta en 7 niños, la mordida cruzada en 3 niños al igual que la mordida borde a borde (3 niños) (*Quirós, 2005*).

En el Estado de México realizaron un estudio sobre la oclusión en la dentición infantil en 200 niños y encontraron que la sobremordida horizontal se presentó en un 84%, sobremordida vertical 63%, mordida borde a borde 7% y la mordida cruzada anterior en un 6% (*Contreras, 2005*).

Se realizó un estudio en 112 niños; sobre la prevalencia de maloclusiones en niños Brasileños de 4 a 6 años de edad en el año 2003; el cual reportó que la prevalencia de maloclusión fue del 75.8% (85 niños) y que la maloclusión fue más alta en las niñas (44.6%) que en los niños (31.2%).

En las niñas la maloclusión más frecuente fue mordida abierta anterior 18.7% (21 niñas), mordida cruzada posterior 6.3% (7 niñas) y mordida cruzada anterior 4.5% (5 niñas), sobremordida vertical 3.6% (4 niñas); mientras que en los niños la más frecuente fue mordida abierta anterior 12.4% (14 niños), sobremordida vertical 7.2% (8 niños), mordida cruzada posterior 4.5% (5 niños) y mordida cruzada anterior 2.7% (3 niños) (*Alonso, 2003*).

En un estudio realizado en Cuba en 576 niños sobre prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años se encontró que el 44.10% presentó maloclusión y el 55.90% una oclusión normal. También se encontró que la mordida cruzada anterior se presentó en un 11% (22 niños) (*Podadera, 2004*).

En Chile se realizó un estudio en 1110 niños sobre la frecuencia de hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años; en el cual la mordida abierta anterior se presentó en el 38% (253 niños) y la mordida cruzada anterior en un 28% (187 niños) (*Agurto, 1999*).

III. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal realizado en la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro.

El universo estuvo constituido por 204 niños de 3 a 5 años de edad con dentición primaria que acudieron a la *Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro* de Enero a Octubre del 2005.

Se excluyeron del estudio:

- * Niños con caries rampante sin rehabilitar.
- * Niños con pérdida dental.
- * Niños que padezcan algún tipo de síndrome.
- * Niños con labio y paladar hendido.
- * Niños de 3 años de edad sin segundo molar temporal en oclusión.
- * Niños de 5 años de edad con incisivos permanentes o primer molar permanente en proceso de erupción.

Se realizó una exploración clínica de los niños y se llenó un formato (Anexo 1) en donde se registraron los datos de identificación y la información sobre el tipo de oclusión anterior que presentaron los niños.

Posteriormente los datos fueron registrados en una hoja de cálculo del programa EXCEL, donde se hizo el concentrado de las variables en estudio, lo que facilitó la medición de las mismas.

A través del método estadístico descriptivo se permitió conocer la frecuencia de las variables mencionadas.

Los resultados fueron presentados en gráficas correspondientes a la información obtenida durante la investigación; facilitando de esta manera un análisis estadístico completo.

IV. RESULTADOS

El presente estudio analizó la prevalencia del tipo de oclusión anterior en 204 niños con primera dentición que acudieron al Posgrado de Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Querétaro durante el periodo de Enero a Octubre del 2005.

De los 204 niños el 50% de los sujetos de la muestra (n=103) fueron del sexo masculino y el 50% restante (n=101) del sexo femenino (*Cuadro y Gráfica 4.1*).

La muestra se compuso de niños de 3 a 5 años de edad, con una media de 4.04 ± 0.82 , con una media de 4.01 en las mujeres y 4.06 para los hombres. Al utilizar prueba de t, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre géneros ($P > 0.05$) (*Cuadro y Gráfica 4.1*).

En el total de la muestra estudiada la prevalencia del tipo de oclusión encontrada fue: En 46 niños (22%) presentaron una leve sobremordida horizontal y vertical, 22 niños (11%) mordida anterior borde a borde, 39 niños (19%) se encontró una sobremordida horizontal, en 35 niños (17%) se observó sobremordida vertical, en 18 de los niños (9%) mordida abierta anterior, en 22 niños (11%) mordida cruzada anterior. Se encontró en 22 niños (11%) combinación de sobremordida horizontal y vertical (*Cuadro y Gráfica 4.2*).

Con respecto a la prevalencia de los diferentes tipos de oclusión anterior en relación al género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, al utilizar X^2 ($P > 0.05$) (*Cuadro 4.3*).

La prevalencia de los diferentes tipos de oclusión con respecto a la edad tuvo diferencias estadísticamente significativas al utilizar X^2 , ya que la mordida anterior borde a borde se presentó con mayor frecuencia en los 5 años de edad, mientras que este tipo de mordida no se presentó en los niños de 3 años ($P < 0.01$). Lo mismo sucedió con la leve sobremordida horizontal y vertical, donde en los niños de 5 años de edad se presentó con menor frecuencia que en los niños de 3 y 4 años de edad ($P < 0.05$) (*Cuadro 4.4 y Gráfica 4.3*).

En los otros tipos de oclusión anterior no hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a la edad (*Cuadro 4.4 y Gráfica 4.3*).

Al saber que a los 3 y 4 años de edad la oclusión anterior ideal es con una leve sobremordida horizontal y vertical y a los 5 años de edad una oclusión borde a borde.

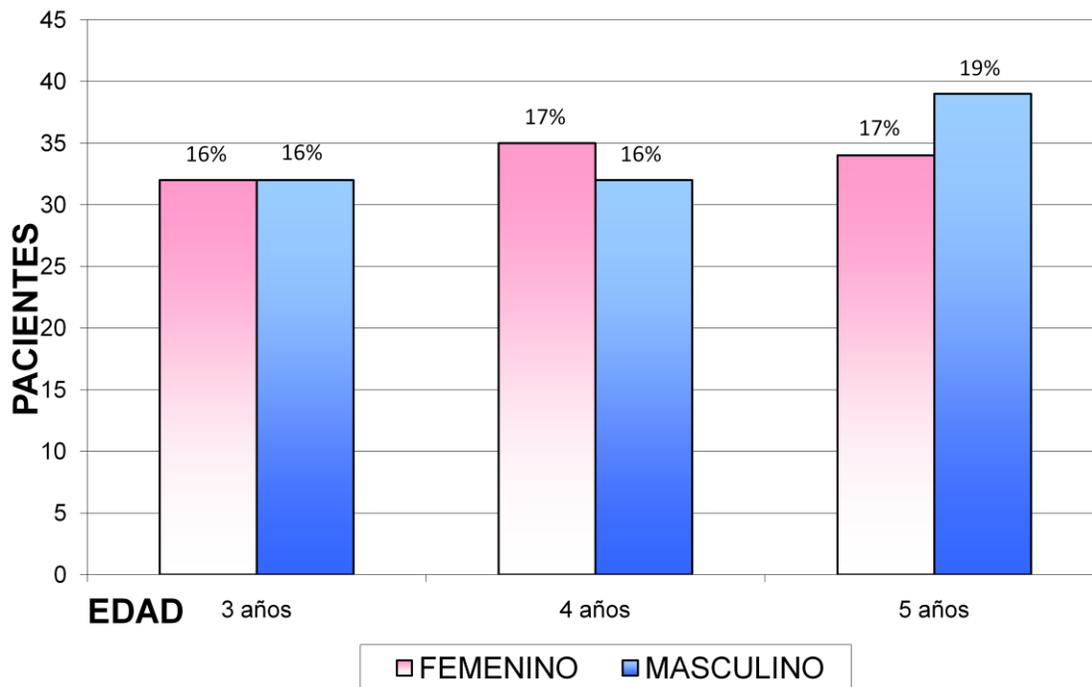
Se encontró que del total de la población estudiada el 28% presenta una oclusión ideal y el 72% maloclusión (*Cuadro 4.5 y 4.6; Gráfica 4.4*).

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Cuadro 4.1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA POR EDAD Y GÉNERO

EDAD	NÚMERO DE NIÑOS		PORCENTAJE	
	femenino	masculino	femenino	masculino
3 años	32	32	16%	16%
4 años	35	32	17%	16%
5 años	34	39	17%	19%
	101	103	50%	50%
Total	204		100%	

Gráfica 4.1 DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA POR EDAD Y GÉNERO



n= 204 niños

FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UAQ Enero-Octubre 2005”

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Cuadro 4.2 PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN NIÑOS Y NIÑAS

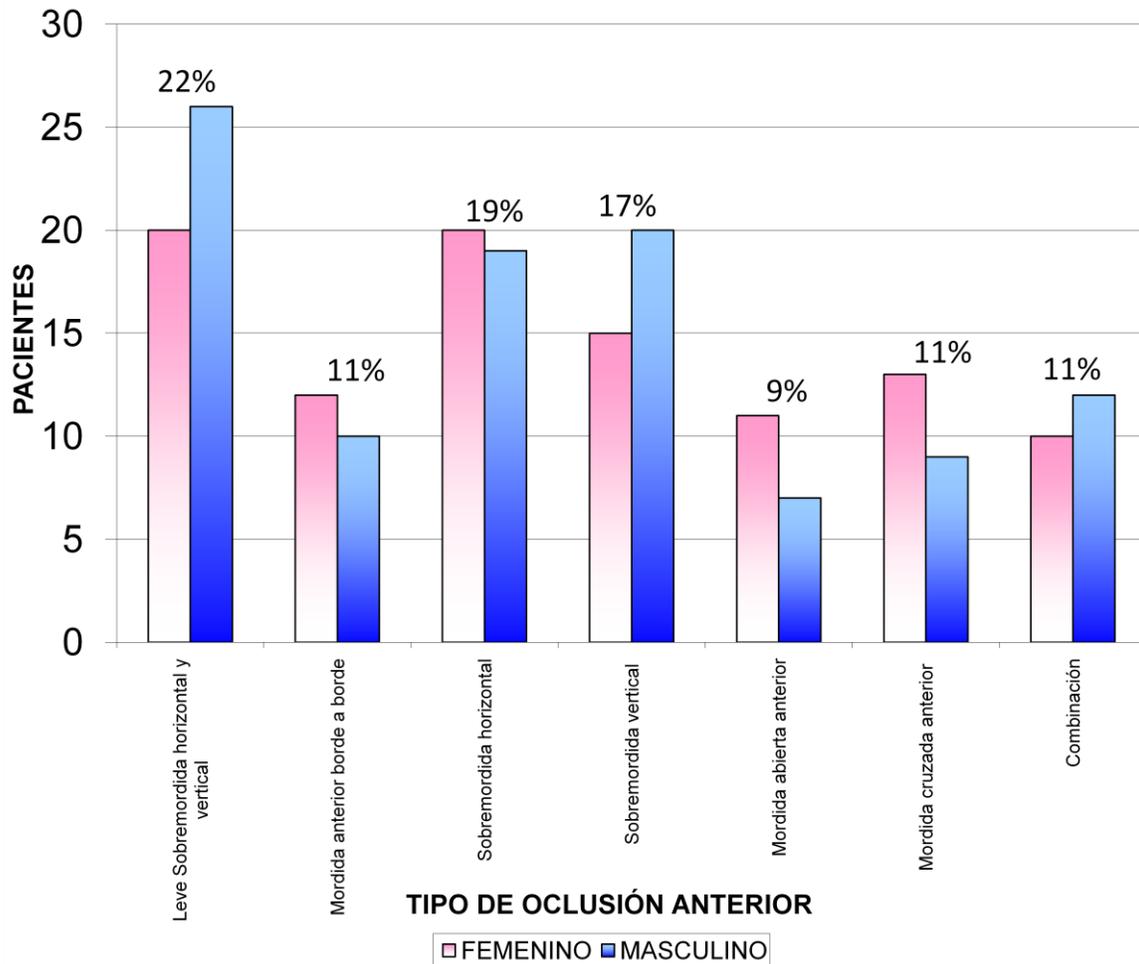
TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR	NÚMERO DE NIÑOS		TOTAL	
	femenino	masculino		
Leve Sobremordida horizontal y vertical	20	26	46 niños	22%
Mordida anterior borde a borde	12	10	22 niños	11%
Sobremordida horizontal	20	19	39 niños	19%
Sobremordida vertical	15	20	35 niños	17%
Mordida abierta anterior	11	7	18 niños	9%
Mordida cruzada anterior	13	9	22 niños	11%
Combinación	10	12	22 niños	11%
	101	103	204 niños	100%

n= 204 niños

FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UAQ Enero-Octubre 2005”

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Gráfica 4.2 PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN NIÑOS Y NIÑAS



n= 204 niños

FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatria de la UAQ Enero-Octubre 2005”

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Cuadro 4.3 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR DE ACUERDO AL GÉNERO							
	Femenino		Masculino		OR	X ²	P
	Frecuencia	%	Frecuencia	%			
Leve sobremordida vertical y horizontal	20	19.8%	26	25.2%	1.37	0.86	0.35
Mordida anterior borde a borde	12	11.9%	10	9.7%	0.80	0.25	0.61
Sobremordida horizontal	20	19.8%	19	18.4%	0.96	0.01	0.91
Sobremordida vertical	15	14.9%	20	19.4%	1.38	0.38	0.38
Mordida anterior abierta	11	10.9%	7	6.8%	0.60	1.06	0.30
Mordida cruzada anterior	13	12.9%	9	8.7%	0.65	0.90	0.34
Combinación	10	9.9%	12	11.7%	1.20	0.16	0.68
Total	101	100.0%	103	100.0%			

n= 204 niños

FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UAQ Enero-Octubre 2005”

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Cuadro 4.4 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR POR EDAD

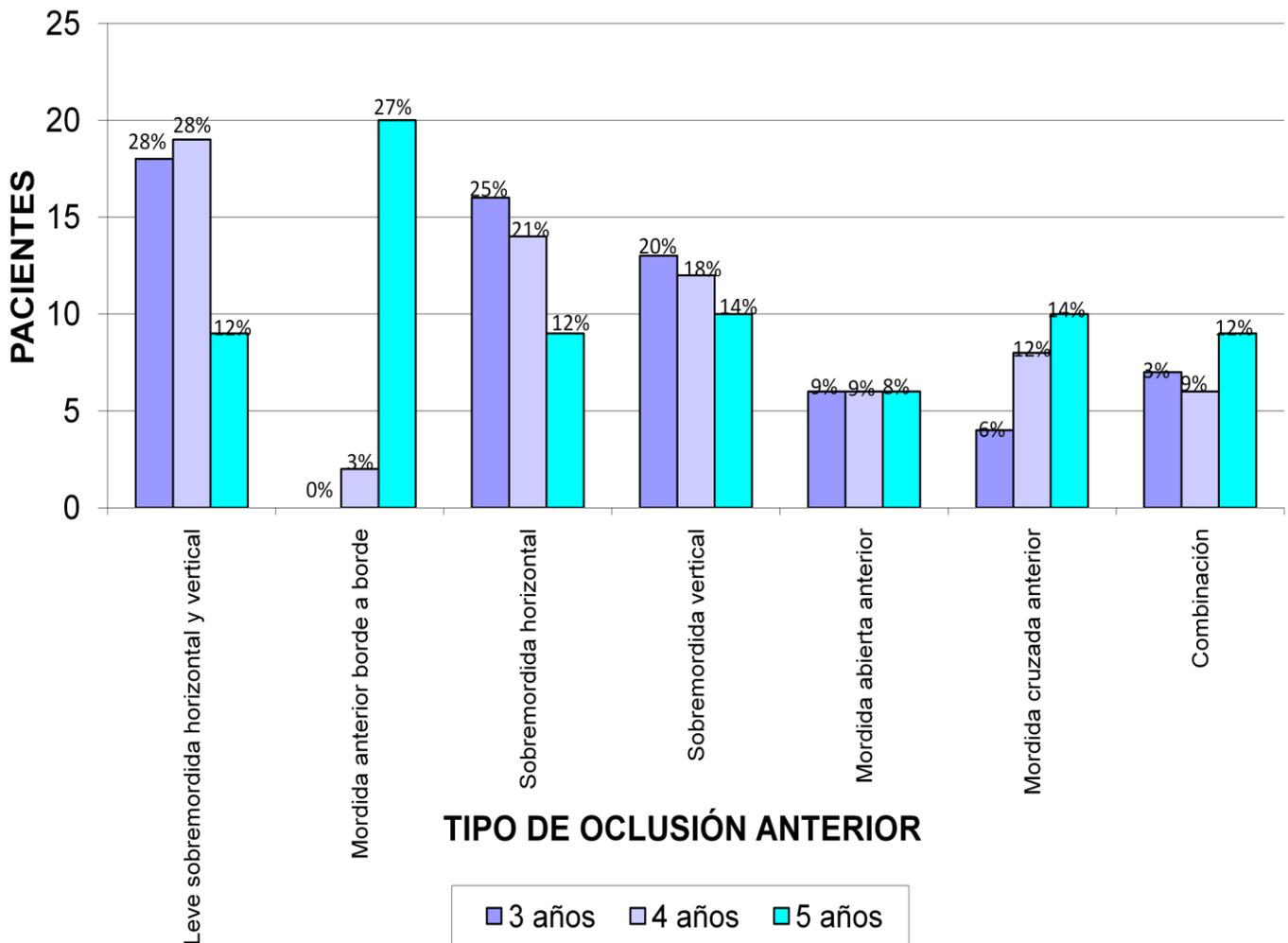
TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR	NÚMERO DE NIÑOS			PORCENTAJE		
	3 años	4 años	5 años	3 años	4 años	5 años
Leve sobremordida horizontal y vertical	18	19	9	28%	28%	12%
Mordida anterior borde a borde	0	2	20	0%	3%	27%
Sobremordida horizontal	16	14	9	25%	21%	12%
Sobremordida vertical	13	12	10	20%	18%	14%
Mordida abierta anterior	6	6	6	9%	9%	8%
Mordida cruzada anterior	4	8	10	6%	12%	14%
Combinación	7	6	9	3%	9%	12%
Total	64	67	73	100%	100%	100%
		204				

n= 204 niños

FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UAQ Enero-Octubre 2005”

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Gráfica 4.3 DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR POR EDAD



n= 204 niños

FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatria de la UAQ Enero-Octubre 2005”

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Cuadro 4.5 PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN

TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR	No. NIÑOS POR EDAD			OCLUSIÓN IDEAL	
	3 años	4 años	5 años	NIÑOS	%
Leve sobremordida horizontal y vertical	18	19	9	37	18%
Mordida anterior borde a borde	0	2	20	20	10%
Total				57	28%
TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR	No. NIÑOS POR EDAD			MALOCLUSIÓN	
				NIÑOS	%
Leve sobremordida horizontal y vertical	18	19	9	9	4%
Mordida anterior borde a borde	0	2	20	2	1%
Sobremordida horizontal	16	14	9	39	19%
Sobremordida vertical	13	12	10	35	17%
Mordida abierta anterior	6	6	6	18	9%
Mordida cruzada anterior	4	8	10	22	11%
Combinación	7	6	9	22	11%
Total				147	72%

n= 204 niños

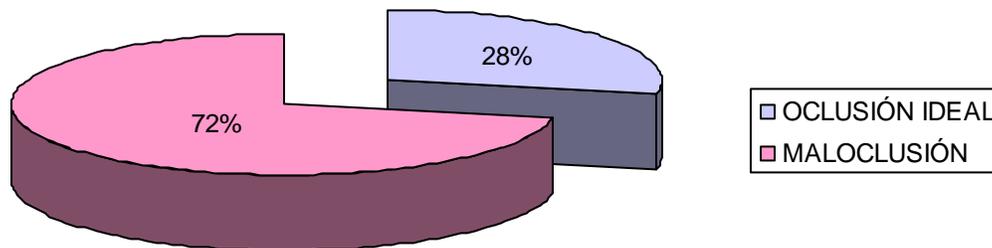
FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatria de la UAQ Enero-Octubre 2005”

“PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL POSGRADO DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO DEL MES DE ENERO A OCTUBRE 2005”

Cuadro 4.6 PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN

	NÚMERO DE NIÑOS	
	NÚMERO DE NIÑOS	PORCENTAJE
OCLUSIÓN IDEAL	57	28%
MALOCLUSIÓN	147	72%
Total	204	100%

Gráfica 4.4 PREVALENCIA DEL TIPO DE OCLUSIÓN ANTERIOR EN LA PRIMERA DENTICIÓN



n= 204 niños

FUENTE: “Niños con primera dentición que acuden a la clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UAQ Enero-Octubre 2005”

IV. DISCUSIÓN

De los 204 niños que se estudiaron 103 (50%) fueron del sexo masculino y 101 (50%) del sexo femenino.

En cuanto a la prevalencia del tipo de oclusión anterior se obtuvo que el 22% presentaron leve sobremordida horizontal y vertical, el 19% presentó sobremordida horizontal, 17% sobremordida vertical, 11% mordida anterior borde a borde, 11% mordida cruzada anterior, 11% sobremordida horizontal y vertical, 9% mordida abierta anterior.

Los resultados obtenidos en este estudio en cuanto a la prevalencia del tipo de oclusión anterior concuerdan con los estudios realizados por Yamada 2006, Otuyemi 1997 donde mencionan que la leve sobremordida horizontal y vertical fue la más frecuente, seguida de la sobremordida horizontal y en menor frecuencia la mordida cruzada anterior y la mordida borde a borde. Sin embargo, existe una diferencia altamente significativa en cuanto a la cantidad de niños afectados, tal vez porque su universo fue mayor (310 niños).

En nuestro estudio encontramos un 11% de la población con mordida cruzada anterior, la cual es igual a la encontrada por Podadera 2004 encontrándola en un 11%; sin embargo es mucho más baja comparándola con el estudio realizado por Agurto 1999 ya que en este se encontró en un 28%.

Nosotros encontramos que la mordida abierta anterior se presentó en un 9%; a diferencia del estudio realizado por Agurto 1999 donde se presentó en un 38% .

Con respecto a la prevalencia de los diferentes tipos de oclusión en relación al género, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas; a diferencia de Alonso 2003 el cual encontró que la prevalencia fue más alta en las niñas que en los niños.

En este mismo estudio el tipo de oclusión más frecuente en las niñas fue:

mordida abierta anterior 21 niñas (18.7%), mordida cruzada anterior 5 niñas (4.5%), sobremordida vertical 4 niñas (3.6%); mientras que en los niños la más frecuente fue mordida abierta anterior 14 niños (12.4%), sobremordida vertical 8 niños (7.2%) y mordida cruzada anterior 3 niños (2.7%).

Lo cual difiere con los resultados de nuestro estudio en el que se puede observar que la mordida abierta anterior y mordida cruzada anterior se presentaron con menor frecuencia en ambos sexos.

La prevalencia de los diferentes tipos de oclusión con respecto a la edad presentó diferencias estadísticamente significativas, ya que la mordida anterior borde a borde se presentó con mayor frecuencia en los 5 años de edad en 20 niños (27%) y no se presentó a los 3 años de edad. La leve sobremordida horizontal y vertical, se presentó con mayor frecuencia a los 3 y 4 años de edad. A los 3 años en 18 niños (28%), a los 4 años en 19 niños (28%) y en menor frecuencia a los 5 años en 9 niños (12%). Esto concuerda con lo mencionado por Machado, 1996; López, 1997; Moyers, 1998; Canut, 2000.

La dentición primaria debe presentar leve sobremordida horizontal y vertical antes de los 5 años. A los 5 años la oclusión ideal anterior es la oclusión borde a borde

En los otros tipos de oclusión anterior con respecto a la edad no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Se encontró que el 28% presenta una oclusión ideal y el 72% maloclusión; Similar a lo encontrado por Alonso 2003 encontrando maloclusión en un 75.8%. Sin embargo Podadera 2004 encontró una oclusión normal en un 55.90% y maloclusión 44.10%.

No existen estudios iguales a este con los cuales poder discutir todos los resultados obtenidos, ya que la mayoría de los estudios realizados sobre maloclusiones se han realizado en dentición mixta o permanente y los que se han realizado en dentición primaria analizan otras características de la misma y no incluyen en sus estudios todos los tipos de oclusión anterior de la primera dentición.

CONCLUSIONES

El estudio realizado y los datos obtenidos nos han ayudado a establecer que:

- a) El 28% presentó una oclusión ideal. 37 niños de 3 y 4 años de edad presentaron leve sobremordida horizontal y vertical. 20 niños de 5 años presentaron mordida anterior borde a borde.
- b) La prevalencia de maloclusión en la dentición temporal fue del 72% del total de niños estudiados.
- c) El tipo de oclusión que se presentó en la mayoría de los niños fue leve sobremordida horizontal y vertical con 22%.
- d) El tipo de oclusión anterior que se presentó con menor prevalencia fue mordida abierta anterior con 9%.

Con lo anterior se puede concluir que la prevalencia de maloclusiones en la dentición temporal es significativa por lo cual estas deben de ser detectadas tempranamente para poder proporcionar un tratamiento oportuno y evitar que el problema pase a la dentición permanente.

Esto se puede lograr educando al odontólogo para que sepa detectar alteraciones a edades tempranas y/o proporcionar tratamientos oportunos como orientación masticatoria bilateral con alimentación fibrosa y evitar las interferencias oclusales, que pueden llevar a un ciclo patológico de masticación unilateral y causar maloclusión.

BIBLIOGRAFÍA

Agurto P. 1999. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área de Oriente de Santiago.

Revista Chilena Pediátrica. 70: 6. <http://www.scielo.cl/scielo.php>

Alonso A. 2003. Prevalence of malocclusion in 4-6 year old Brazilian children. Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 27: 81-85.

Barbería E. 2002. Crecimiento y Desarrollo Normal de las Arcadas Dentarias. En: Odontopediatría. 2ª Ed. Editorial Masson. Barcelona España; pp 341-343.

Barbería E. 2002. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. En: Odontopediatría. 2ª Ed. Editorial Masson. Barcelona España; pp 369-403.

Barber T. 1982. Problemas Ortodónticos Comunes. En: Odontología Pediátrica. 3ª Ed. Editorial Manual Moderno. D.F. México; pp 244-275.

Canut J. 2000. Desarrollo de la Oclusión. En: Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2ª Ed. Editorial Masson. Barcelona España; pp 43-68.

Canut J. 2000. Oclusión Normal y Malaoclusión. En: Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2ª Ed. Editorial Masson. Barcelona España. pp 95-104.

Carranza M. 2004. La Ortopedia y su importancia en la prevención de maloclusiones. Revisado el 22 Enero 2007. www.mundodental.com/Editoriales/Work0005/work0005.

Contreras R. Observaciones clínicas de oclusión en la dentición temporal de preescolares de la ciudad de Toluca, Estado de México. Facultad de Odontología UAEM. Revisado el 11 Noviembre 2005. http://www.odontologia.com.mx/noticias/viii_encuentro/p01.htm.

Farsi N. 1996. Characteristics of primary dentition occlusion in a group of Saudi children. *Int J Paediatric Dent*, Oxford. 6, No. 4: 253-259.

Foster T. 1969. Occlusion in the primary dentition. *Br Dent J*, London. 126: 76-79.

Friedenthal. 1996. *Diccionario de Odontología*. 2ª Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina; pp 68, 69, 439, 440, 612-615, 656-658.

García L. Ajuste Oclusal en niños. Revisado el 11 Noviembre 2005.
<http://www.odonto.unam.mx/occlusion/ajusolodon.htm>

Jhonson D. 1995. Alteraciones del desarrollo y aplicación de servicios dentales. En: *Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Atención Dental en Preescolares*. 2ª Ed. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana. D.F. México; pp 209-216.

Jhonson D. 1995. Hábitos que afectan el crecimiento y el desarrollo dentales y maxilofaciales. En: *Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Atención Dental en Preescolares*. 2ª Ed. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana. D.F. México; pp 861-869.

Katz, Mc Donald. 1993. Control de la Maloclusión. En: *Odontología Preventiva en Acción*. 3ª Ed. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina; pp 328-341.

López J. 1997. Desarrollo Morfológico y Funcional de la Oclusión: Control y Mantenimiento del equilibrio Oclusal. En: *Manual de Odontopediatría*. 2ª Ed. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana. D.F. México; pp 93-102.

Machado M. 1996. Estudio Clínico de Atrición Dentaria en la Oclusión Temporal. *Revista Cubana de Ortodoncia* Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, Facultad de Estomatología. 1-8.

Mc Donald, Avery. 1993. Crecimiento de la cara y de las arcadas dentarias. En: Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina; pp 615-636.

Mc Donald, Avery. 1993. Diagnóstico y corrección de irregularidades menores en la dentición en desarrollo. En: Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ª Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina; pp 698-737.

Moses D. 1989. Colocación de los Dientes y Oclusión. En: Anatomía Dental. 2ª Ed. Editorial Oteha. Barcelona España; pp 218-220.

Moyers. 1998. Desarrollo de la Dentición y Oclusión. En: Manual de Ortodoncia. 4ª Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina; pp 109-115; 541-549.

Otuyemi O. 1997. Occlusal relationships and spacing or crowding of teeth in the dentitions of 3-4 year-old Nigerian children. *Int J Paediatr Dent.* 7: 155-160.

Pinkham J. 1996. Los Años de la Dentición Primaria: De los Tres a los seis años. En: Odontología Pediátrica. 2ª Ed. Editorial Interamericana. D.F. México; pp 251-259.

Podadera Z. 2004. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños de 3 a 6 años de edad. *Revista Cubana de Estomatología.* 41: 2
<http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

Quirós O. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. Revisado el 11 Noviembre 2005.
http://www.actaodontologica.com/ascar_quirós/13.as.

Sakkal R. 2003. Importancia de la interacción genética-ambiente en la etiología de las maloclusiones. Revisado el 11 de noviembre 2005.

http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/interacción_genética_ambiente_etiología_maloclusiones.asp.

Salete N. 1998. Indicaciones de la Oclusión Decidua Normal. En: Odontopediatría en la Primera Infancia. 1ª Ed. Editorial Santos. Sao Paulo Brasil; pp 108.

Salete N. 1998. Maloclusión en la Dentición Decidua. En: Odontopediatría en la Primera Infancia. 1ª Ed. Editorial Santos. Sao Paulo Brasil; pp 109.

Segura N. 2004. Frecuencia de Maloclusión en niños de 3 a 5 años de edad, Policlínica “Pedro Díaz Coello”. Revisado el 11 Noviembre 2005.

<http://www.cocmed.sld.cu/no101/n101ori4.htm>.

Yamada D. 2006, Estudio de la relación antero-posterior entre los arcos dentarios deciduos de niños Japoneses y Brasileños de 2 a 6 años de edad. Revista Dental Press de Ortodoncia y Ortopedia Facial. 11:5. <http://www.scielo.br/scielo.php>.

ANEXO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE _____

FOLIO _____

FECHA _____ SEXO F () M ()

EDAD _____

I MORDIDA ANTERIOR IDEAL

Leve Sobremordida Horizontal y Vertical Sí () No ()

Mordida Anterior Borde a Borde Sí () No ()

II SOBRE MORDIDA HORIZONTAL

Sí () No ()

III SOBREMORDIDA VERTICAL

Sí () No ()

IV MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

Sí () No ()

V MORDIDA CRUZADA ANTERIOR

Sí () No ()