



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Odontopediatría

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE NIVEL BÁSICO DE LA ESCUELA GONZALO DE TAPIA EN LA POBLACIÓN DE SAN LUIS DE LA PAZ, GTO. EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2001.

TESIS

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

Presenta:

Ma. Guadalupe de los Milagros Arenas González

Dirigido por:

C.D.E.O Guillermo Ortiz Villagómez

SINODALES

C.D.E.O Guillermo Ortiz Villagómez
Presidente

C.D.E.O Mónica Ortiz Villagómez
Secretario

C.D.E.O Juan Enrique Castro Ogarrio
Vocal

C.D.E.E Agustín de la Isla León
Suplente

Dr. Adrián Hernández Lomelí
Suplente

Med. Esp. Jesús Vega Malagón
Director de la Facultad de Medicina

Firma
Firma
Firma
Firma
Firma
Dr. Sergio Quesada Aldana
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Gro.
Octubre del 2001
México

No Adq. H65885
No. Título TS
Clas. 617.6
A681p.
ej. 1

RESUMEN

La oclusión se refiere a las relaciones que se establecen al poner en contacto los arcos dentarios. En la maloclusión estas relaciones están alteradas, lo que provoca en el paciente diferentes trastornos que se manifiestan desde edades muy tempranas. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de maloclusiones en pacientes con dentición mixta. Se revisaron 421 niños y niñas de nivel básico de 6 a 13 años de edad de la Escuela Gonzalo de Tapia en el Municipio de San Luis de la Paz, Gto., en el período Enero-Junio del 2001. Se tomaron como variables la edad, el sexo, el tipo de maloclusión molar (clase I, clase II, clase III) y el tipo de mordida anterior (mordida abierta, borde-borde, mordida cruzada, sobremordida horizontal y sobremordida vertical). No encontramos diferencias de afectación según el sexo. El grupo de edad más afectado fue a los 9 años. La maloclusión clas II y la sobremordida horizontal fueron los problemas encontrados con más frecuencia, esto coincide con lo reportado por otros autores. Por ello se sugiere iniciar tratamientos preventivos, correctivos e interceptivos en edades tempranas para lograr que el paciente conserve su dentición permanente completa y desarrolle una oclusión adecuada.

Palabras clave: Maloclusión de Angle, Clase I, Clase II, Clase III, Mordida abierta, Borde a Borde, Mordida cruzada, Sobremordida horizontal, Sobremordida vertical.

SUMMARY

Occlusion refers to the relationship established when the dental arches are in contact. In malocclusion, these relationships are altered, causing numerous complications which are manifested at an early age. A descriptive, transverse study was carried out. The objective of this work was to determine the prevalence of malocclusions in patients with transitional dentition. 421 basic level boys and girls between the ages of 6 and 13 from the Gonzalo de Tapia School in the Municipality of San Luis de la Paz, Guanajuato, were examined during the January- June 2001, period. The variables considered were age, sex type of molar malocclusion (class I, class II, class III) and the kind of former bite (open bite, bite-bite, cross bite, horizontal overbite and vertical overbite) We found no differences based on sex. The 9 year old age group was the most affected, Class II malocclusion and horizontal overbite were the most common problems, which coincides with other authors. As a result, it is suggested that preventive, corrective and interceptive treatments begin at a young age so that the patient may preserve his/her complete permanent dentition and develop the adequate occlusion.

Key words: Angle malocclusion, Class I, Class II, Class III, open bite, bite-bite, cross bite, horizontal overbite, vertical overbite.

DEDICATORIAS

A DIOS, POR SER SIEMPRE MI FUERZA Y MI GUÍA

A MIS PADRES POR EL APOYO INCONDICIONAL, A PESAR DE LA DISTANCIA.

A MIS HIJOS Y MI ESPOSO POR SU PACIENCIA

A MIS MAESTROS POR FORMAR PARTE DE MI DESARROLLO PROFESIONAL

A MIS PACIENTES POR PERMITIRME APRENDER DE ELLOS

AGRADECIMIENTOS

A TODAS LAS PERSONAS QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

AL DR. GUILLERTMO ORTIZ POR SU ESTÍMULO PARA LA REALIZACIÓN ESTE TRABAJO.

A LA DRA. MÓNICA ORTIZ POR SUS SUGERENCIAS PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

CONTENIDO

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DÉDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
CONTENIDO	v
INDICE DE CUADROS	vi
INDICE DE FIGURAS	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	4
III. METODOLOGÍA	12
IV. RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	22
V. LITERATURA CITADA	

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1	15
CUADRO 2	16
CUADRO 3	17
CUADRO 4	18
CUADRO 5	19

INDICE DE FIGURAS

GRAFICA 1	15
GRAFICA 2	16
GRAFICA 3	17
GRAFICA 4	18
GRAFICA 5	19

I. INTRODUCCIÓN

Todo nuestro organismo se desarrolla gracias a dos factores. Uno depende del factor genético y se denomina genotipo, el otro depende de las respuestas neurales que resultan de la excitación paratípica recibida del medio ambiente, ambos factores forman el fenotipo. Somos el resultado de nuestra herencia y del medio ambiente (Alexis Carrel, Premio Nobel de medicina, 1913).

El macizo facial es la parte del organismo que necesita mayor excitación paratípica para su desarrollo. Cuando el niño nace, requiere de una gran estimulación en la cavidad bucal (estímulos paratípicos) que producen una respuesta de desarrollo en la cara. El ejercicio que se realiza con la alimentación materna proporciona movimiento mandibular hacia delante y atrás, dando como resultado el desarrollo anteroposterior de la mandíbula, la diferenciación de la articulación temporomandibular y la formación del ángulo goniaco. La amamantación crea un reflejo de deglutir y respirar, importantísimo para el desarrollo adecuado del tercio medio de la cara (el piso de la nariz es el techo del paladar).

Estos estímulos crean y activan fisiológicamente circuitos neurales que proporcionan la respuesta paratípica de desarrollo. Cuando por algún motivo estos circuitos neurales no se establecen en el momento adecuado, dan origen al desarrollo de circuitos de defensa, los cuales son patológicos y lentamente crean un problema en el desarrollo.

Existen malos hábitos (chuparse el dedo, respirar por la boca) que interfieren con el desarrollo e impiden también una función adecuada del aparato masticatorio; si estos hábitos no se corrigen en edades tempranas, aparecerán maloclusiones y malposiciones dentales.

Debido al gran número de maloclusiones dentales en niños y niñas, lo cual representa el principal motivo de consulta en la especialidad de Odontopediatría, se llevó a cabo este estudio para conocer la magnitud del problema en nuestra área de influencia y así sugerir medidas preventivas e interceptivas para impedir o detener con la oportuna intervención, de manera dinámica las atrofas anatómicas y

funcionales de las estructuras maxilares, especialmente en edad pediátrica, cuando el crecimiento y desarrollo craneofacial es manifiesto.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de maloclusiones en dentición mixta en escolares de nivel básico en la Escuela Gonzalo de Tapia de la población de San Luis de la Paz, Guanajuato; para canalizar el tratamiento de ortodoncia preventivo e interceptivo que requieran.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Determinar la frecuencia de afectación por sexo.
- II. Determinar el grupo etáreo más afectado.
- III. Determinar el tipo de maloclusión más común.
- IV. Determinar el tipo de mordida anterior más común.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en

contacto. Aceptando como posición fisiológica la relación céntrica (en que los cóndilos están en posición no forzada), el diagnóstico diferencial entre oclusión y maloclusión se establecerá analizando las relaciones de contacto entre ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal dentro de las fosas glenoideas. Si la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica puede hablarse de *maloclusión funcional* porque la función estomatognática está alterada. En la infancia y adolescencia, hay que tener en cuenta todos los mecanismos adaptativos de esa edad y separar lo que es fisiológico y está en proceso de maduración de lo realmente anormal y patológico (Canut 1998).

Aún en el caso de que al llevar la mandíbula a posición retruida coincida la oclusión máxima y habitual con la oclusión céntrica, pueden estar presentes relaciones interdientarias atípicas que se clasifican como maloclusiones (Canut 1998).

Existen diferentes factores etiológicos de la maloclusión:

Factores generales

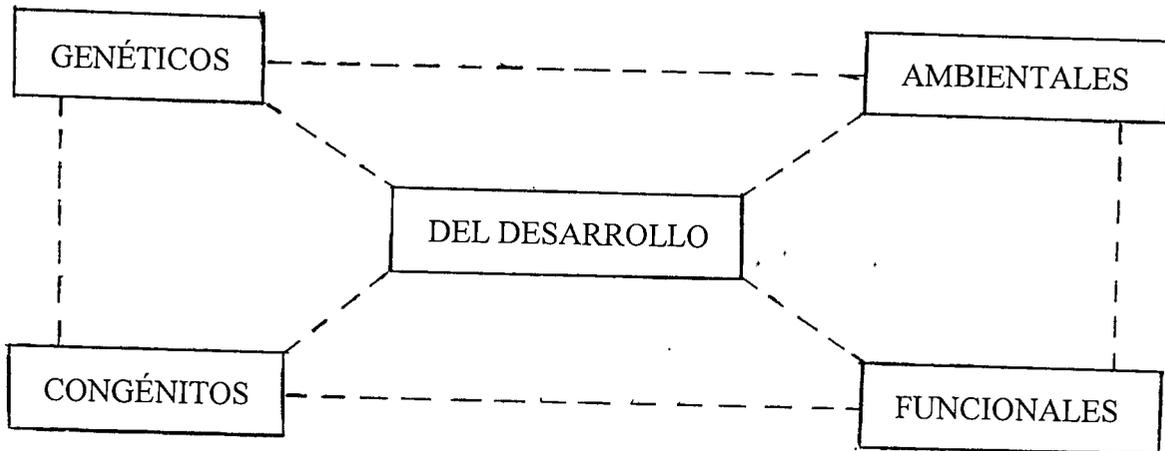
1. Herencia (patrón hereditario)
2. Defectos congénitos (paladar hendido, disostosis craneofacial)
3. Ambiente
 - Prenatal (trauma, dieta materna, metabolismo materno, varicela, etc)
 - Posnatal (lesión en el nacimiento, parálisis cerebral. Lesión de la articulación temporomandibular, etc.)
4. Ambiente metabólico predisponente y enfermedades
 - Desequilibrio endócrino
 - Trastornos metabólicos
 - Enfermedades infecciosas (poliomielitis)
5. Problemas nutricionales
6. Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales

- Lactancia anormal (postura anterior del maxilar inferior, lactancia no fisiológica, etc.)
 - Chuparse los dedos
 - Hábitos de presión lingual anormal
 - Morderse el labio
 - Onicofagia
 - Hábitos anormales de deglución
 - Defectos fonéticos
 - Anomalías respiratorias
7. Postura
 8. Trauma y accidentes

Factores locales

1. Anomalías de número
2. Anomalías en el tamaño
3. Anomalías de forma
4. Frenillo labial anormal
5. Pérdida prematura
6. Retención prologada
7. Erupción tardía de los dientes permanentes
8. Anquilosis
9. Caries dental interproximal
10. Restauraciones dentarias inadecuadas

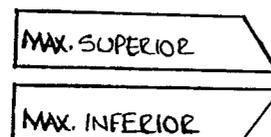
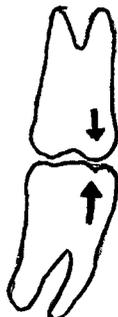
FACTORES ETIOLÓGICOS PRE Y POSNATALES DE LA MALOCLUSIÓN



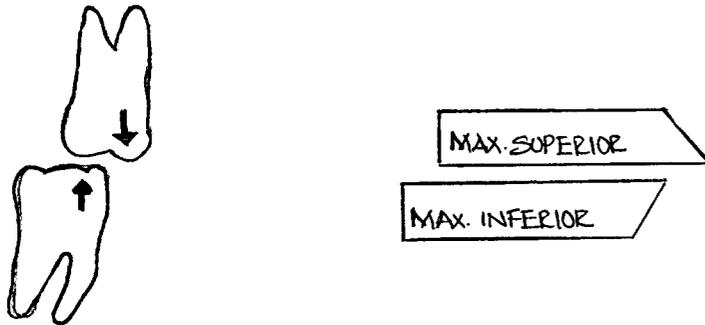
Representación diagramática de la interdependencia de los factores etiológicos de la maloclusión. La influencia puede ser directa o reflejar un ajuste homeostático (Según Salzmann, J.A. Practice of Orthodontics, J.B. Lippincott Co., 1996).

Fue Edward Angle quien, basándose en el estudio y observación de cráneos humanos e individuos vivos dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: *Clase I*, *Clase II* y *Clase III*.

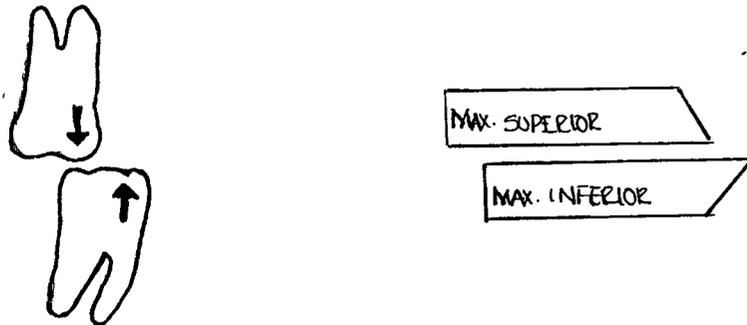
Clase I. Maloclusiones caracterizadas por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes; la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. Siendo las relaciones sagitales normales, la relación maloclusiva consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos.



Clase II. Maloclusiones caracterizadas por la relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del primer molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Toda la arcada superior está posteriormente desplazada o la arcada mandibular adelantada con respecto a la superior. Dentro de esta clase II distingue dos divisiones por la posición de los incisivos superiores. La clase II división 1 se caracteriza por estar los incisivos en protrusión y aumentado el resalte. En la clase II división 2 los incisivos centrales superiores están retroclinados, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular; existe una disminución del resalte y un aumento de la sobremordida interincisiva.



Clase III. El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada, o la maxilar retruida con respecto a la antagonista. La relación incisiva suele estar invertida con los incisivos superiores ocluyendo por lingual de los inferiores.



Las definiciones de la relación anterior o incisiva de Dewey-Anderson es la siguiente:

Oclusión normal: Cuando la cara vestibular de los incisivos inferiores está cubierta por la cara palatina de los incisivos superiores en su tercio incisal (aproximadamente 1 mm) en la relación vertical y en la sagital la separación entre las áreas será de 1 mm.



La sobremordida vertical está aumentada con el borde incisal inferior en contacto con el cingulo de los dientes superiores en el momento del cierre oclusal.



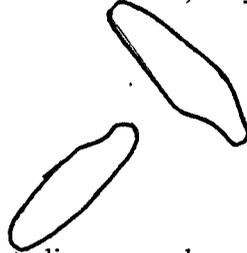
La mordida abierta será cuando no exista contacto entre el grupo incisivo en la relación vertical.



La mordida cruzada será al estar invertida la relación incisiva superior con los inferiores, ocluyendo por lingual de los inferiores.



La sobremordida horizontal se relaciona con una posición sagital aumentada entre ambos grupos incisivos (superior e inferior) mayor a 1 mm.



Se han realizado varios estudios para hacer un registro epidemiológico de la maloclusión. Myllärniemi ha registrado la frecuencia de la maloclusión en dentición mixta y permanente, distribución de la clasificación de Angle en la dentición mixta y permanente, y la frecuencia de la maloclusión en la dentición decidua. Se encontró maloclusión en 20% de la población con dentición decidua, en 39% de las denticiones mixtas y en 58% de la dentición permanente. No se observó diferencia según el sexo (Graber 1997).

El tipo más frecuente de maloclusión en la dentición decidua fue mordida anterior abierta; después seguía la clase II división 1. En las denticiones mixtas, el apiñamiento fue el problema más frecuente. En la dentición permanente, la clase II división 1 y el apiñamiento presentaban la misma distribución (Graber 1997).

De acuerdo a los resultados reportados por Cadena en 1996, referente a maloclusiones, la población infantil ha demostrado que por lo menos el 80% se encuentra afectada por algún problema bucodental; entre niños de 5 a 7 años de edad las maloclusiones están presentes en un 29%, en los niños de 8 a 13 años en 46% y en los de 14 a 15 años en el 23%. Siendo las maloclusiones la tercera en orden de importancia después de la caries y las parodontopatías, con un 78%.

El potencial de crecimiento de los seres humanos, en general, está determinado principalmente por factores genéticos. La dotación genética es el determinante principal del potencial de crecimiento. Factores intrínsecos son también aquellas situaciones y sucesos que ocurren desde la concepción hasta el nacimiento (Enlow 1999).

El grado en que una persona alcanza su potencial de crecimiento está determinado predominantemente por factores extrínsecos o ambientales como: nutrición, enfermedad, clima y ejercicio (Finn 1996).

Los factores de esencial interés para el odontólogo son los hábitos orales, caries, pérdida prematura de dientes y enfermedades metabólicas, entre otros. En ausencia de factores extrínsecos perjudiciales, el complejo dentofacial tenderá a alcanzar su máximo potencial de crecimiento (Aguila F., Enlow D. 1999).

El patrón general del desarrollo físico posnatal es una prolongación del patrón del periodo fetal final, continúa el crecimiento a gran velocidad, con un aumento relativamente constante del peso y la estatura, aunque el ritmo disminuye porcentualmente en relación con las dimensiones anteriores (Finn 1996).

Por otra parte las dietas bajas en calorías retardan el desarrollo y erupción de los dientes en ratas. La estimulación funcional durante la masticación es esencial para el crecimiento, desarrollo y mantenimiento del esqueleto orofacial. El crecimiento del cráneo y de la cara tiende a ser relativamente equivalente. Los humanos tienden a crecer con relativa uniformidad (Köning 1999).

Las partes craneofaciales que están estructuralmente relacionadas, también mantendrán una relación coherente a través de las sucesivas etapas del crecimiento después de la lactancia y primera infancia. Enlow y colaboradores en 1992 identifican los arcos dentales superior e inferior como ejemplo de una relación estructural parte-contraparte. Un patrón esquelético de clase II de Angle a los 3 años de edad será mantenido hasta la edad adulta sin terapia correctora (Graber 1997).

En las personas sanas, ambos arcos dentales tienden a aumentar de tamaño aproximadamente al mismo ritmo. De ahí, que el crecimiento equilibrado tiende a mantener las estructuras arquitectónicamente relacionadas de cualquier patrón craneofacial que este presente después de los 2 años de edad (Köning 1999).

Miyamoto y colaboradores en 1999 observaron los efectos de la pérdida temprana de caninos y de primeros y segundos molares de la dentición temporal sobre las maloclusiones de la dentición permanente, la maloclusión se evaluó con puntaje para la mala alineación y medición de apiñamiento de los dientes anteriores. La maloclusión observada se incrementó con la pérdida prematura de dientes, así mismo, la extracción prematura de molares deciduos tenía un efecto significativo sobre la alineación y se asociaba especialmente a maloclusiones en la dentición permanente.

Observaciones realizadas por Mc Donald y colaboradores en 1997, indican que el mayor cierre de espacio puede ocurrir dentro de los primeros seis meses después de la pérdida prematura de un diente temporal, por lo que puede resultar una longitud inadecuada del arco dentario y otras formas de maloclusiones en particular de la Clase II división 1. En general, es más probable que se produzca mayor pérdida de espacio si hay dientes en erupción activa adyacentes al espacio dejado por la pérdida prematura del diente temporal.

Al observar el crecimiento posnatal de la cara, se ha comprobado que no crece al mismo ritmo que el cráneo, éste se desarrolla con mayor intensidad en los primeros años y disminuye drásticamente entre los 5 y 7 años, alcanzando el 90% del volumen total, aunque el crecimiento continúa a ritmo lento hasta la adolescencia (Cadena 1996).

El crecimiento de la cara, muy intenso en el nacimiento, cae rápidamente hasta alcanzar un mínimo en la edad puberal, la intensidad de crecimiento aumenta de nuevo en la pubertad para cesar al final de la adolescencia. El crecimiento máximo de la cara está asociado con la erupción de la dentición temporal entre 1 y 3 años, y de la dentición permanente, entre 6 y 14 años (Cadena 1996).

Como ya se señaló, una repercusión en la dentición permanente en términos del retraso de su desarrollo y demora en su erupción (Alvarez et. al., 1988, 1990, 1993), trae consigo la presencia de maloclusión, debido a que el desarrollo de los arcos no se llevó a cabo en forma adecuada.

De acuerdo a los estudios estadísticos realizados por Carlsen y Maredith en 1990 y por Arya, Savara y Thomas en 1993, con relación a la incidencia de la situación del plano terminal, informan que se presentará en el 49% de los casos el plano terminal mesial, comenzando a crear en un 27% una oclusión Clase I de Angle. El plano terminal recto en el 37% de los casos, desarrollando en un 49% una oclusión borde a borde, terminando ambos planos en un 59% de Clase I; la incidencia del plano terminal distal de los temporales será aproximadamente del 14%, iniciando una oclusión Clase II de Angle y terminando en una oclusión final de 39% de Clase II. El plano terminal mesial exagerado desarrolla de inicio una oclusión Clase III en 1% y terminando la oclusión en un 3% de Clase III.

III. METODOLOGÍA

Diseño: Descriptivo y transversal.

El estudio se realizó en escolares de nivel básico del período Enero- Junio 2001 del Colegio Gonzalo de Tapia en el Municipio de San Luis de la Paz, Guanajuato. Se pidió autorización a la Dirección del Colegio para realizar esta investigación. Se envió a los padres de familia una carta, explicando el procedimiento que se realizaría en los niños y niñas y ésta fue regresada a los maestros con la respuesta y la firma de autorización (anexo 1).

Se tomaron como criterios de inclusión niños y niñas que cursaran el nivel básico, que tuvieran ente 6 y 13 años de edad y que presentaran dentición mixta. Se excluyeron niños y niñas que no estuvieran dentro del rango de edad establecido para este trabajo, que no presentaran dentición mixta y que hubieran recibido o estuvieran en tratamiento ortodóncico u ortopédico. Se eliminaron aquellos que no aceptaron entrar en el estudio.

Se revisaron 421 niños y niñas: 208 hombres y 213 mujeres entre 6 y 13 años de edad. A cada niño se le pidió abrir y cerrar la boca 10 veces para causar cansancio muscular y así obtener datos fidedignos de su oclusión, se retrajeron los carrillos con un abatelenguas para observar el tipo de oclusión molar derecho e izquierdo y se pidió mantener esta posición para observar el tipo de mordida anterior, estos datos se anotaron en la hoja de registro (anexo 2), identificando a ésta con un número arábigo según el turno en que había sido revisado. Se tomaron modelos de estudio para corroborar lo que se observó clínicamente, se midieron los portaimpresiones en boca y se colocó alginato tipo 1 introduciéndolo a la misma, una vez que el alginato gelificó, se retiró y se corrieron con yeso para ortodoncia, cuando los modelos se secaron se montaron en un articulador de Gysi y éstos también se identificaron con números arábigos. Posteriormente se compararon los datos obtenidos clínicamente con los datos obtenidos en los modelos y no se encontraron diferencias.

De los 421 niños y niñas revisados, 34 fueron excluidos: 4 presentaron dentición primaria, 2 eran mayores de 13 años, 6 no presentaban maloclusión y 22 ya estaban en tratamiento ortodóncico u ortopédico.

Todas las variables se concentraron en una hoja de recolección de datos. Posteriormente se realizaron medidas de tendencia central para obtener el resultado de cada variable. Los resultados son representados en tablas y gráficas de columnas y pastel.

IV.RESULTADOS

Se revisaron 421 alumnos, se incluyeron 387 en este trabajo, de los cuales 193 hombres (49.87 %) y 194 (50.13%) mujeres presentaron algún tipo de maloclusión (ver cuadro 2 y gráfica 2) por lo que no se encontraron diferencias en la afectación por sexo.

En lo que respecta a la edad, los niños y niñas de 9 años fueron los más afectados con un total de 77 (41 hombres y 36 mujeres) (ver cuadro 3 y gráfica 3).

El tipo de maloclusión molar más frecuente fue la clase II con un total de 244 alumnos (63.05%), seguida por la maloclusión clase I (136 alumnos que representan el 35.14%) y finalmente la maloclusión clase III que afectó a 7 alumnos (1.81%) (ver cuadro 4 y gráfica 4).

En el cuadro 5 y gráfica 5 se presentan los tipos de mordida anterior, de los cuales la sobremordida horizontal se encontró con mayor frecuencia (230 alumnos), seguida por la sobremordida vertical (176 alumnos), mordida abierta (24 alumnos), borde a borde (15 alumnos) y mordida cruzada (8 alumnos). En 66 casos se presentaron problemas combinados.

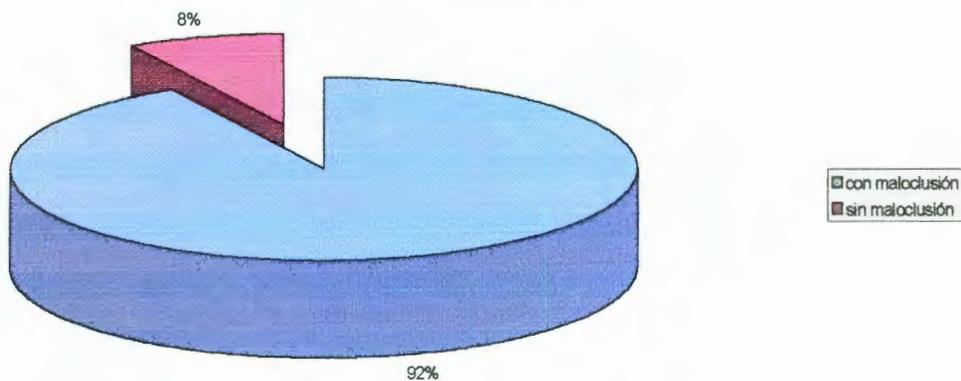
PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE NIVEL BÁSICO DE LA ESCUELA "GONZALO DE TAPIA" DE LA POBLACIÓN DE SAN LUIS DE LA PAZ, GTO. EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2001.

CUADRO 1

CON MALOCLUSIÓN	387	92%
SIN MALOCLUSIÓN	34	8%

GRÁFICA 1

PREVALENCIA DE ALUMNOS CON MALOCLUSIÓN



n= 421

Fuente: Niños y niñas de nivel básico de la Escuela "Gonzalo de Tapia" en San Luis de la Paz, Gto.

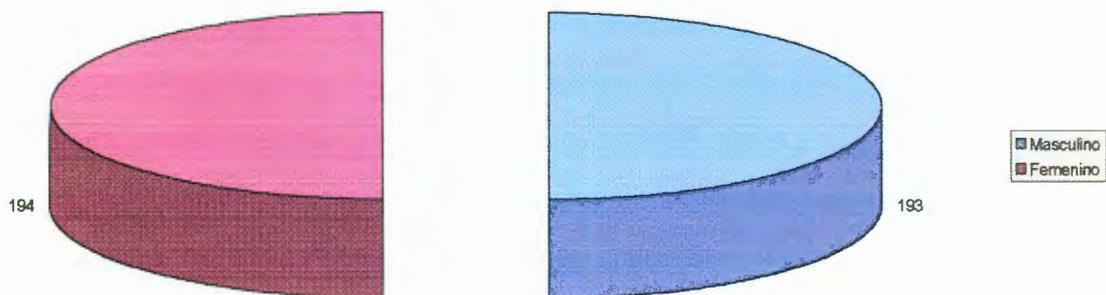
PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE NIVEL BÁSICO DE LA ESCUELA "GONZALO DE TAPIA" DE LA POBLACIÓN DE SAN LUIS DE LA PAZ, GTO. EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2001.

CUADRO 2

SEXO	No. PACIENTES
MASCULINO	193
FEMENINO	194

GRÁFICA 2

DISTRIBUCIÓN POR SEXO



n=387

Fuente: Niños y niñas de nivel básico de la Escuela "Gonzalo de Tapia" en San Luis de la Paz, Gto.

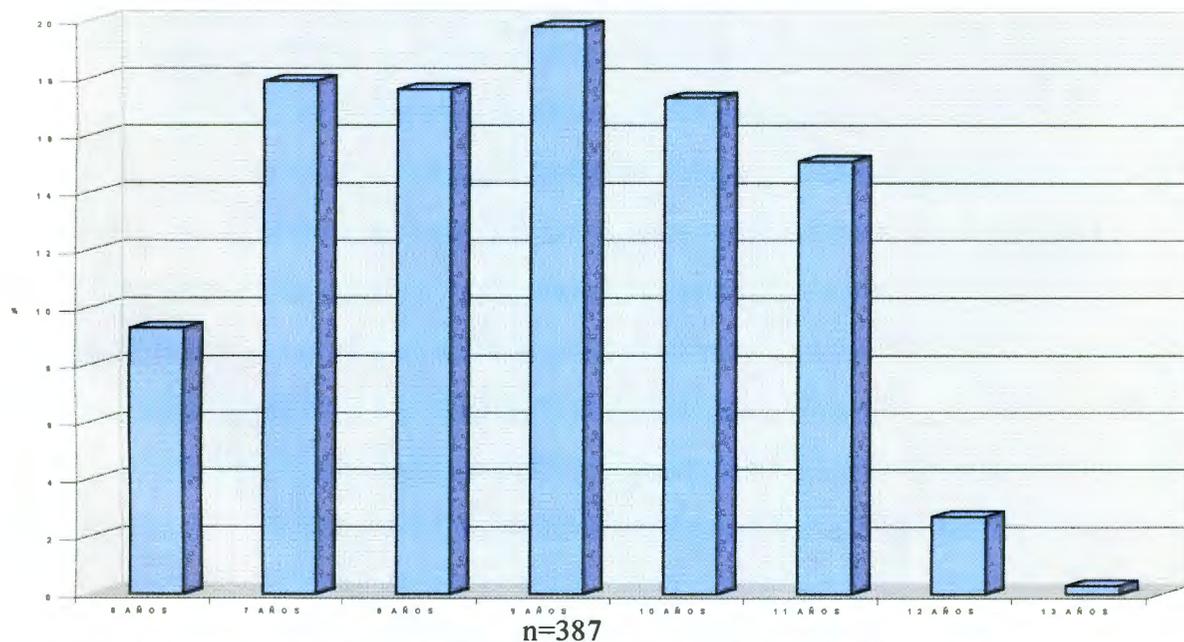
PREVALENCIA DE MALOCCLUSIONES EN ESCOLARES DE NIVEL BÁSICO DE LA ESCUELA “GONZALO DE TAPIA” DE LA POBLACIÓN DE SAN LUIS DE LA PAZ, GTO. EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2001.

CUADRO 3

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL
6 AÑOS	16	4.1	20	0.5	36
7 AÑOS	32	8.3	37	9.6	69
8 AÑOS	34	8.8	34	8.8	68
9 AÑOS	41	10.5	36	9.3	77
10 AÑOS	38	9.8	29	7.5	67
11 AÑOS	29	7.5	30	7.6	59
12 AÑOS	2	0.5	8	2.1	10
13 AÑOS	1	0.3			1
	193	49.8	194	50.2	387

GRÁFICA 3

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD



Fuente: Niños y niñas de nivel básico de la Escuela “Gonzalo de Tapia” en San Luis de la Paz, Gto.

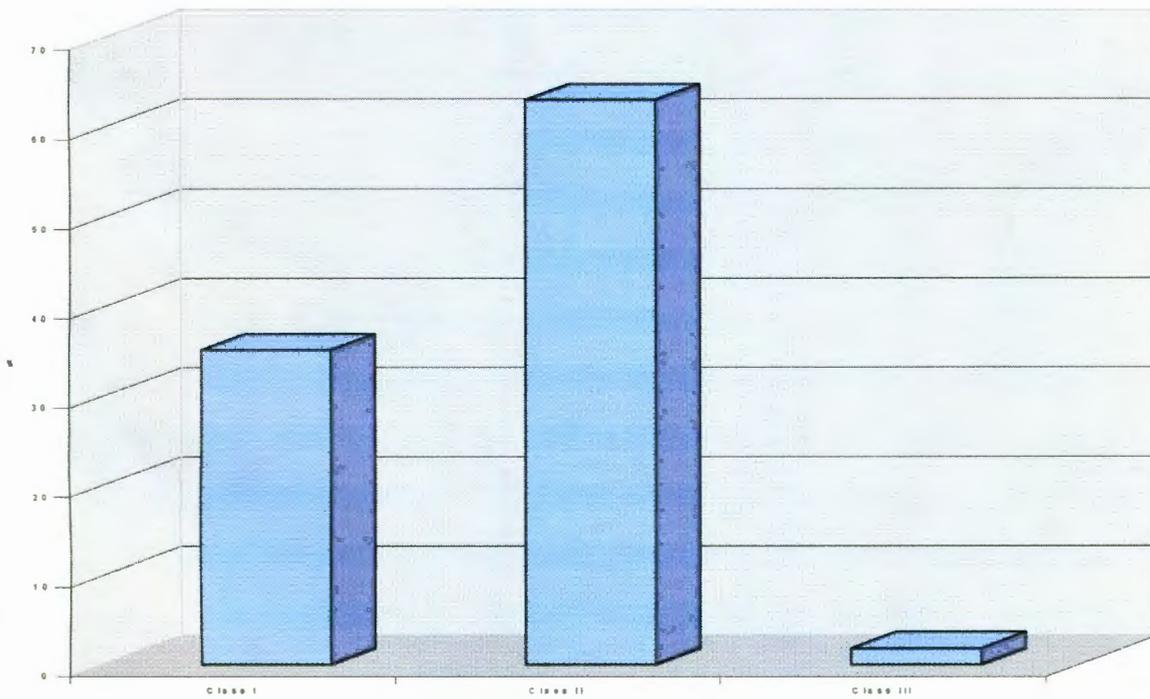
PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE NIVEL BÁSICO DE LA ESCUELA “GONZALO DE TAPIA” DE LA POBLACIÓN DE SAN LUIS DE LA PAZ, GTO. EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2001.

CUADRO 4

CLASE DE ANGLE	TOTAL	%
CLASE I	136	35.14
CLASE II	244	63.05
CLASE III	7	1.81

GRÁFICA 4

MALOCLUSIÓN DE ANGLE



n=387

Fuente: Niños y niñas de nivel básico de la Escuela “Gonzalo de Tapia” en San Luis de la Paz, Gto.

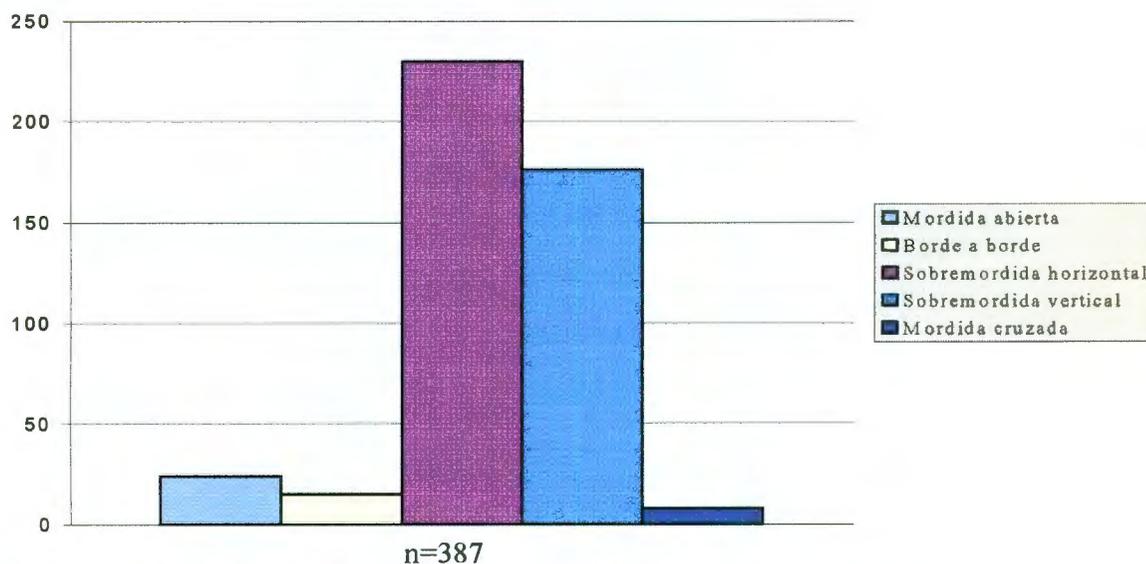
PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES EN ESCOLARES DE NIVEL BÁSICO DE LA ESCUELA "GONZALO DE TAPIA" DE LA POBLACIÓN DE SAN LUIS DE LA PAZ, GTO. EN EL PERIODO ENERO-JUNIO 2001.

CUADRO 5

TIPO DE MORDIDA ANTERIOR	TOTAL
MORDIDA ABIERTA	24
BORDE A BORDE	15
SOBREMORDIDA HORIZONTAL	230
SOBREMORDIDA VERTICAL	176
MORDIDA CRUZADA	8
TOTAL	453*

*El resultado numérico es mayor al número de alumnos revisados, ya que en algunos casos se presentaban problemas combinados.

FIGURA 5
TIPO DE MODIDA ANTERIOR



Fuente: Niños y niñas de nivel básico de la Escuela "Gonzalo de Tapia" en San Luis de la Paz, Gto.

DISCUSIÓN

Se considera a la caries dental como la principal enfermedad bucal a nivel mundial. En México, la situación epidemiológica bucodental no es muy conocida debido a que hay escasos estudios realizados a este respecto, sin embargo, existen datos obtenidos de diversas instituciones del sector salud que nos permiten plantear un panorama general respecto a la morbilidad oral, existiendo en orden de importancia las siguientes alteraciones: caries dental, parodontopatías, maloclusiones, malformaciones congénitas de labio y paladar y cáncer bucal, las cuales son consideradas desde 1954 por la Organización Mundial de la Salud como un riesgo.

Se han realizado varios estudios a nivel mundial para hacer un registro epidemiológico de la maloclusión, cabe mencionar que la mayoría de éstos reportan maloclusiones en la población adulta.

En nuestro trabajo encontramos que el 92% de la población revisada tenía algún tipo de maloclusión. En el estudio realizado por Björk y Helm, se encontró que el 75% de la población está afectada por un problema de maloclusión; Myllärniemi encontró un 39% de maloclusiones en pacientes con dentición mixta. Esto puede relacionarse con el tipo de alimentación que se consume actualmente, la cual es de consistencia muy blanda y no requiere mucho trabajo para ser triturada, lo que se manifiesta como atrofia de los maxilares y por lo tanto falta de espacio para la correcta alineación de los dientes.

No encontramos diferencias de afectación por sexo, esto coincide con los resultados reportados por Myllärniemi quien realizó una revisión en 1609 niños.

El tipo de maloclusión molar más frecuente fue la Clase II. Myllärniemi encontró que el apiñamiento es el problema más frecuente de maloclusión en niños con dentición mixta, y la retrusión del maxilar inferior (generalmente relacionada con una maloclusión Clase II molar) se presentaba en segundo término.

Björk y Helm encontraron en los daneses la mayor frecuencia de trastornos Clase II. Se mostraron pocas tendencias a la maloclusión Clase III, encontrándola sólo en

chinos y daneses, esto coincide con nuestro trabajo en donde encontramos sólo 7 alumnos con maloclusión Clase III (1.81%).

En Estados Unidos de Nortemérica se presenta con mayor frecuencia la retrusión del maxilar inferior (relacionado con Clase II molar) y existen menos casos de prognatismo mandibular (asociado a la Clase III molar).

La maloclusión Clase I se presenta en pacientes con relaciones maxilares normales pero con apiñamiento en la región incisiva. Todo indica que la mayor parte de las maloclusiones caen dentro de la clase I.

El tipo de mordida anterior más frecuentemente encontrada en nuestro trabajo fue la sobremordida horizontal, la cual se relaciona con la maloclusión molar Clase II, y que es reportada por otros autores como retrusión del maxilar inferior.

CONCLUSIONES

Derivado del presente estudio podemos establecer que:

1. Las maloclusiones afectan a gran parte de la población infantil de la Escuela Gonzalo de Tapia de la población de San Luis de la Paz, Gto.
2. No existe diferencia de afectación por sexo.
3. El grupo de edad más afectado es a los 9 años.
4. La maloclusión Clase II es la más frecuente en nuestra población.
5. La maloclusión más frecuente en la región anterior es la sobremordida horizontal, seguida por la sobremordida vertical, la mordida abierta, borde a borde y mordida cruzada,
6. Las maloclusiones en la región anterior pueden presentarse combinadas.
7. Es recomendable sugerir a los padres medidas preventivas e interceptivas cuando se detecta una maloclusión en niños, ya que esto nos asegura que el paciente tendrá una dentición permanente completa.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguila F., Enlow D. Crecimiento cráneo-facial. Ortodoncia y Ortopedia, 1ª Edición. Actualidades médico-odontológicas de Latinoamérica, 1997, Caracas, Venezuela:97,98.
2. Cadena P., Manual de Antropología física, instituto de investigaciones antropológicas UNAM, 1996, México, México:189-259.
3. Canut B. Ortodoncia Clínica, 2ª Edición. Salvat, 1998, Barcelona, España: 51-56, 95-101.
4. Enlow D. Crecimiento maxilofacial, 1ª Edición. Interamericana, 1999, México, México: 1-37.
5. Finn B. Odontología pediátrica. 4ª Edición. Interamericana, 1996, México, México: 111-123.
6. Graber T., Ortodoncia teoría y práctica, 3ª Edición. Interamericana, 1997, México, México: 191-195.
7. Köning K. Nutrition, diet and oral health. International dental journal. 1999: 44: 599-612.
8. Mc Donald R. Odontología del niño y el adolescente, 5ª Edición. Médica Panamericana, 1997, Buenos Aires, Argentina: 150-156.
9. Minoru N. Oclusal guidance in pediatric dentistry, 1ª Edición. Ishiyaku Euroamérica, 1998: 18. Tokio: 12-15.
10. Miyamoto W. Effect of premature lost of deciduos canines and molars on malocclusion of the permanent dentition, Journal dentistry restorative: 1999: 55: 584-590.
11. Ramos A., Rubio G. Prevalencia de maloclusiones en dentición temporal en niños de la provincia Ciudad de la Habana. Revista cubana de estomatología. 1997: 18: 38-42.