

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

DOI: <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v3i6.341>

La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos **Malocclusion and its relationship with non-physiological oral habits**

Shirley Ximena Arteaga Espinoza
shirleyximena@gmail.com

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
<https://orcid.org/0000-0002-4816-6902>

Eric Dionisio Chusino Alarcón
mg.eric0963@hotmail.es

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
<https://orcid.org/0000-0003-3164-0548>

Miguel Carrasco Sierra
miguel.finca@yahoo.es

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
<https://orcid.org/0000-0002-9336-4211>

Doris María Bravo Cevallos
bravodorys@hotmail.com

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
<https://orcid.org/0000-0002-7245-4648>

Recibido: 15 de mayo de 2019

Aprobado: 10 de junio de 2019

RESUMEN

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares. En atención a ello el objetivo del presente artículo se centró en evaluar la maloclusión relacionada con los hábitos bucales no fisiológicos. La metodología utilizada fue de tipo exploratorio a través de la técnica de la observación. La población la constituyeron 65 pacientes con edades comprendidas entre 3 y 10 años que asisten a las clínicas privadas del Cantón de Manta. Durante la valoración clínica se realizaron un examen extrabucal e intrabucal.

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

Entre los resultados se pudo constatar un dominio de la maloclusión de Angle bilateral de clase I en el 73% de la población atendida y un 20% en la clase III y el menor porcentaje en la clase II con el 7% de los casos. En cuanto a sus conclusiones, se destaca el hecho en la cual existe mayor frecuencia de la clase I canina, ya sea en caninos permanentes o temporales, seguida por la clase III y la clase II respectivamente y en relación a la clase I molar y la clase I canina fueron las más frecuentes, tanto en niñas y niños.

Descriptores: Hábitos bucales; Clase molar; Maloclusiones; Odontología; Deformaciones dento-esqueléticas.

ABSTRACT

Not physiological habits are one of the Etiologic factors that cause of malocclusions or deformation dento-esqueléticas. In response to this the objective of this article focused on evaluate malocclusion related oral habits not physiological. The methodology used was of exploratory type through the technique of observation. 65 patients constituted the population aged between 3 and 10 years attending the private clinics of the Canton of blanket. Extraoral and intraoral examination were conducted during the clinical assessment. Among the results it was found a domain of the bilateral Angle class I malocclusion in 73% of the population served and 20% in class III and lower percentage in class II with 7% of the cases. As for its findings, highlights the fact in which there is increased frequency of class I canine, either temporary or permanent canines, followed by class III and class II respectively and in relation to the class I molar and canine I class were more the freq. uent, both women and men.

Descriptors: Oral habits, Molar class; Malocclusions; Odontology; Dentoskeletal deformations.

INTRODUCCIÓN

Inicialmente la odontología se limitaba a la curación de enfermedades relacionadas con los dientes. Posteriormente con el desarrollo de la ciencia odontológica, se determinó que además de poder curar, se podría prevenir ciertos procesos patológicos y rehabilitar determinados tipos de pacientes, por lo que el concepto de odontología cambió: "La odontología es la ciencia y arte que tiene por objeto el curar, prevenir y rehabilitar las enfermedades de los dientes." (Barrancos, 2007 p.77).

Es poco común que los dientes se encuentren bien interdigitados y alineados en

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

oclusión perfecta, en un estudio realizado en Estados Unidos entre 1930 y 1965 demostró una prevalencia de maloclusión entre el 35% y 95%. (Proffit, 2007) En Lima, Perú se encontró en niños de 9 a 12 años de edad, maloclusiones en el 74% de los casos, siendo la más frecuente la Clase I con 56,1%, seguida de la Clase II con 25% y Clase III con 18,9%. (Salazar, 2003). La Organización Mundial de la Salud realizó una escala de prioridades en cuanto a los problemas de salud bucal a nivel global, donde la *maloclusión* se situaba en la tercera posición, superada por la caries dental y las periodontopatías. (Isper, 2007)

Ante ello, cabe señalar que la oclusión se refiere al alineamiento de los dientes y la forma como se ajustan los dientes superiores e inferiores (mordida). Los dientes superiores deben encajar o ajustar ligeramente sobre los inferiores. Las puntas de los molares deben encajar en los surcos de los molares opuestos. Es de indicar que los dientes superiores evitan que las mejillas y los labios sean mordido, y los inferiores protegen la lengua. De allí que, la oclusión dental defectuosa es con mucha frecuencia hereditaria. Esto significa que se transmite de padres a hijos. Puede ser causada por una diferencia entre el tamaño de las mandíbulas superiores e inferiores o entre el tamaño de la mandíbula y el diente.

Para Canut (2005), cuando las dos arcadas dentarias entran en contacto en el cierre mandibular, se establece una relación oclusal de los dientes, la cual debe ser exacta y precisa. La oclusión se refiere a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contactos ya sea en relación céntrica, protusión o lateralidades. Por ello, se puede presentar un apiñamiento de los dientes o patrones de mordida anormales, en este sentido la Organización Mundial de la Salud realizó una escala de prioridades en cuanto a los problemas de salud bucal a nivel global, donde la *maloclusión* se situaba en la tercera posición, superada por la caries dental y las periodontopatías. Ante este panorama, el presente artículo se propuso evaluar la oclusión relacionada con los hábitos bucales no fisiológicos.

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

DESARROLLO

Hábitos bucales no fisiológicos

Los hábitos no fisiológicos, explica Zapata (2013), son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse; pudiendo modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla.

Por su parte Carvajal (2014), indica que la deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores, el primero de ellos es la edad en que este se inicia, de tal forma que a más temprana edad se comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que en edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable, el segundo factor es el tiempo que dura el comportamiento y el tercero es la frecuencia de este, es decir el número de veces al día, que se dedica a realizar la actividad

Según la O.M.S. las maloclusiones ocupan el 3er lugar como problema de Salud Bucal. Se sitúan inmediatamente por detrás de las caries y la enfermedad periodontal en términos de cantidad de personas afectadas. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida pero, por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud pública. La prevalencia de maloclusiones indica que aproximadamente un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como normal o casi normal, mientras que unos dos tercios tienen algún grado de maloclusión. (Borjas, 2009).

Maloclusión

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

Una maloclusión, indica Proffit (2007), refiere a la disposición de los dientes que crea un problema para el individuo, tanto estético (mal alineamiento y/o protrusión); o de salud. La maloclusión es una afección del desarrollo, la cual en muchos de los casos no son causados por procesos patológicos, sino por una distorsión moderada del desarrollo normal. Es complicado conocer una causa específica de la mayoría de maloclusiones, pero en general hay varias posibilidades que deben ser tomadas en cuenta para la planificación del tratamiento.

Entre Otras causas incluyen:

- Hábitos de la infancia como chuparse el dedo, presionar los dientes con la lengua, usar chupete después de los 3 años y tomar biberón durante mucho tiempo
- Dientes extras, impactados, perdidos o formados anormalmente
- Obturaciones, coronas, prótesis, retenedores y correctores dentales mal ajustados
- Mala alineación de fracturas de la mandíbula después de una lesión grave
- Tumores de la boca y la mandíbula

Hay diferentes categorías de oclusión dental defectuosa, entre las que se destacan:

- La oclusión dental defectuosa tipo 1 es la más común. La mordida es normal, pero los dientes superiores se superponen ligeramente sobre los dientes inferiores.
- La oclusión dental defectuosa tipo 2, llamada retrognatismo o sobremordida, se presenta cuando el maxilar y los dientes superiores se superponen de manera considerable al maxilar y dientes inferiores.

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

La oclusión dental defectuosa tipo 3, llamada prognatismo o submordida, se presenta cuando la mandíbula inferior sobresale o se proyecta hacia adelante, lo que hace que el maxilar y los dientes inferiores se superpongan al maxilar y dientes superiores.

Método de clasificación de ángulo

Edward Angle , considerado el padre de la ortodoncia moderna, fue el primero en clasificar la maloclusión. Basó sus clasificaciones en la posición relativa del primer molar maxilar. Según Angle, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior debe alinearse con el surco vestibular del primer molar mandibular. Todos los dientes deben caber en una línea de oclusión que, en el arco superior, es una curva suave a través de las fosas centrales de los dientes posteriores y el cingulo de los caninos e incisivos, y en el arco inferior, es una curva suave a través de la bucal cúspides de los dientes posteriores y bordes incisales de los dientes anteriores. Cualquier variación de esto resultó en tipos de maloclusión y también es posible tener diferentes clases de maloclusión en los lados izquierdo y derecho.

Clase I: Neutroclusión: aquí la relación molar de la oclusión es normal o como se describe para el primer molar maxilar, pero los otros dientes tienen problemas como espaciamiento, apiñamiento, erupción, etc.

Clase II: distoclusión (retrognatismo, sobrejet, sobremordida) En esta situación, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior no está alineada con el surco mesiovestibular del primer molar inferior. En cambio, es anterior a él. Por lo general, la cúspide mesiovestibular descansa entre los primeros molares mandibulares y los segundos premolares. Hay dos subtipos:

Clase II División 1: Las relaciones molares son similares a las de la Clase II y los dientes anteriores sobresalen.

Clase II División 2: Las relaciones molares son de Clase II, pero las centrales están retroclinadas y los dientes laterales se superponen a los centrales.

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

Clase III: mesioclusión (prognatismo , mordida cruzada anterior , sobrejet negativo, mordida inferior). En este caso, los molares superiores no se colocan en el surco mesiovestibular sino posteriormente. La cúspide mesiovestibular del primer molar maxilar se encuentra posterior al surco mesiovestibular del primer molar mandibular. Generalmente se ve como cuando los dientes frontales inferiores son más prominentes que los dientes frontales superiores. En este caso, el paciente a menudo tiene una mandíbula grande o un hueso maxilar corto.

METODOLOGIA

La investigación fue de tipo exploratorio dado que se utilizó la técnica de la observación para identificar los casos de maloclusion en 65 pacientes con edades comprendidas entre 3 y 10 años que asisten a las clínicas privadas del Cantón de Manta, previa autorización de sus padres, en la que se excluyeron aquellos pacientes con síndromes, retraso mental, labio y paladar fisurado y con tratamiento de ortopedia previo. Durante la valoración clínica se realizaron un examen extrabucal que contemplo el biotipo facial (mesofacial, braquifacial y dolicofacial); labios, para observar su competencia o incompetencia labial; cierre postural de labios; labio superior e inferior normal o corto y seco o humectado. Asimismo la tonicidad de los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón; las uñas y cutículas de los dedos, para verificar algún desgaste o la mordedura de las mismas, así como alguna posible inflamación o infección; los dedos, para comprobar la limpieza o la presencia de callosidades y la nariz para evaluar la forma de las aletas nasales: redondeadas o aplanadas y si al sellar manualmente los labios, la respiración se mantiene normal. También, se les realizó un examen intrabucal; para evaluar la lengua y distinguir si está colocada por detrás de los dientes superiores al tragar o por detrás de los dientes en reposo; las arcadas por separado y en oclusión.

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

RESULTADOS

Posterior a las evaluaciones realizadas a 65 pacientes niños entre edades de 3 a 10 años, se constató que el 63% eran del sexo femenino y 37% se correspondieron al sexo masculino. Las características de la dentición fue de carácter mixta; en la que el 15% de los investigados se encontraba en el primer período transicional, el 81% en el segundo, y el 4% en el tercer período.

Por otro lado, fue posible observar maloclusiones molares y caninas de Angle, además de presencia de mordida cruzada, todo ello considerando que los investigados están en un proceso de crecimiento, pudiendo variar durante este proceso, lo que daría ña posibilidad de cambiar al completar la erupción de todas las piezas dentarias.

Se indicó, un dominio de la maloclusión de Angle bilateral de clase I en el 73% de la población atendida y un 20% en la clase III y bel menor porcentaje en la clase II con el 7% de los casos.

Fue posible por hemiarcadas, en lado derecho, se obtuvo el 69% clase I, 15% clase II, 16% clase III, en el lado izquierdo, el 59% fue clase I, 22% clase II, 19% clase III.

CONCLUSIONES

Los resultados expuestos, permitieron emitir las siguientes conclusiones:

Existe mayor frecuencia de la clase I canina, ya sea en caninos permanentes o temporales, seguida por la clase III y la clase II respectivamente y en relación a la clase I molar y la clase I canina fueron las más frecuentes, tanto en niñas como en niños.

Al considerar los rangos etarios, se pudo constatar que no existe ninguna variación dado que la clase I molar y la clase I canina fueron las más prevalentes, y en su relaciona existe coincidencia, permitiendo deducir que en la mayoría de casos, la clase canina podría ser influenciada por clase molar. Es de destacar que en muy bajo porcentaje se detectaron casos de mordida cruzada.

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Barrancos, M. (2007). *Operatoria dental*. 4ta edición. Buenos Aires: Médica Panamericana.
2. Borjas, J.R. (2009) *Odontopediatría*. 1ª edición. Barcelona: Masson S.A. Ispér, A.J. et al. “Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el Municipio de Cáceres, Brasil”. Revista cubana estomatología. Vol. 45. Nº 1. 2007.
3. Canut, Brisola. (2005) *Ortodoncia clínica y terapéutica*. 2da edición. Barcelona: Ripano.
4. Carvajal J., Carvajal C., Escudero H. (2014) Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre [Documento en línea] Disponible en:http://www.ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20de%20la%20salud%20I/Ciencias%20de%20la%20Salud_T-III_ECORFAN%20Bolivia.pdf. [Citado 2015 Ago. 20]
5. Ispér, A.J. et al. “Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el Municipio de Cáceres, Brasil”. Revista cubana estomatología. Vol. 45. Nº 1. 2007.
6. Proffit, William R. (2007) *Ortodoncia contemporánea*. 4ta edición. Barcelona: Elsevier.
7. Salazar, Nadia. “Prevalencia de maloclusiones en niños escolares del Departamento de Tumbes”. Universidad Nacional de San Marcos. Facultad de Odontología. Lima 2003.
8. Zapata M. (2013) Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los educadores. [Documento en línea] Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf. [Consultado 2015 Ago. 20]

Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrasco Sierra; Doris María Bravo Cevallos

REFERENCES CONSULTED

1. Barrancos, M. (2007). Dental operation 4th edition Buenos Aires: Pan American Medical
2. Borjas, J.R. (2009) Pediatric dentistry. 1st edition Barcelona: Masson S.A. Ispere, A.J. et al. "Prevalence of malocclusion in the primary dentition in the Municipality of Cáceres, Brazil". Cuban stomatology magazine. Vol. 45. No. 1. 2007.
3. Canut, Brisola. (2005) Clinical and therapeutic orthodontics. 2nd edition. Barcelona: Ripano.
4. Carvajal J., Carvajal C., Escudero H. (2014) Prevalence of oral habits and their relationship with bad occlusions in preschoolers belonging to network 1 of the city of Sucre [Online Document] Available at: <http://www.ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20de%20la%20salud%20I/Ciencias%20de%20la%20Salud-T-III-ECORFAN%20Bolivia.pdf>. [Cited 2015 Aug. 20]
5. Ispere, A.J. et al. "Prevalence of malocclusion in the primary dentition in the Municipality of Cáceres, Brazil". Cuban stomatology magazine. Vol. 45. No. 1. 2007.
6. Proffit, William R. (2007) Contemporary orthodontics. 4th edition Barcelona: Elsevier
7. Salazar, Nadia. "Prevalence of malocclusions in school children of the Department of Tumbes." National University of San Marcos. School of Dentistry Lima 2003.
8. Zapata M. (2013) Prevalence of oral habits and their relationship with dental malocclusions in children aged 06 to 12 in the school educators. [Online document] Available at: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/732/1/zapata_mj.pdf. [Consulted 2015 Aug. 20]