



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE
4 y 5 AÑOS DE EDAD, ESCUELA VICTOR MERCANTE DE LA
CIUDAD DE PALPALA – PROV. DE JUJUY”**

ESPECIALIZANDO:

OD. CALLE, MERCEDES SOLEDAD

DIRECTOR:

DRA. SILVIA BEATRIZ VILLALVA

CO-DIRECTOR:

PROF. DRA. MABEL BRUNOTTO

CÓRDOBA, 2016



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA



ESCUELA DE POSTGRADO – FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARRERA DE ESPECIALIZACION DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO-MÁXILO-FACIAL

**“PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN
NIÑOS DE 4 y 5 AÑOS DE EDAD, ESCUELA VICTOR
MERCANTE DE LA CIUDAD DE PALPALA – PROV DE
JUJUY-”**

Presenta:

OD. CALLE, MERCEDES SOLEDAD

Directoras:

DRA. VILLALBA, SILVINA BEATRIZ

DRA. BRUNOTTO, MABEL

AÑO 2016

Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 4 y 5 años de edad

Agradecimientos a las Autoridades y al personal de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Especialmente a los Directores de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilo-Facial, Prof. Dr. Bass Puer Alfredo y Prof. Dra. Varela de Villalba Teresa, y a todo el equipo docente por transmitirme todos sus conocimientos

A la Tutora de este estudio Dra. Villalba, Silvina B. por su ayuda incondicional.

A La Dra. Brunotto, Mabel por su ayuda permanente y consejos.

A la Sra. Directora Marcial, Julia Griselda, por su buena predisposición.

A mi madre y hermanos, quienes me apoyaron en todo momento e hicieron posible la culminación de esta carrera de especialización.

A mi prometido, por su paciencia y apoyo incondicional en todo momento.

INDICE

Indice.....	2
Introducción.....	3
I. OBJETIVOS.....	12
II. MATERIALES Y METODOS.....	14
III. RESULTADOS.....	16
IV. RESUMEN..... -	26
V. DISCUSION.....	27
VI. CONCLUSIONES.....	31
VII. ANEXOS.....	32
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	39

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucal, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal.

Los diferentes estudios internacionales y nacionales reflejan la prevalencia de maloclusiones en un porcentaje de 70% a 80% (1).

En Latinoamérica según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existen altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 80% de la población siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas dentales (1).

La maloclusión como hoy la conocemos, es la protagonista del tratamiento Ortodóntico Y Ortopédico (2).

La oclusión dentaria normal tiene características comunes en la mayoría de los seres humanos.

En la evolución de la dentición a lo largo de la vida, se desarrolla la dentición temporaria, mixta y permanente.

Desde que se inicia la erupción de los incisivos inferiores temporarios alrededor de los 6 y hasta los 42 meses de vida aproximadamente, es el tiempo durante el cual se completa la erupción, acompañado por el crecimiento de los maxilares y la evolución de las funciones. Cada uno de los grupos dentarios desempeña una labor diferente, ya sea cortando, desgarrando o triturando. De ahí la importancia de mantener la integridad de ellos (3, 4 , 5).

En la dentición temporaria encontramos diez piezas dentarias en cada maxilar en posición de máxima intercuspidad, en posición de cierre. Cada pieza dentaria articula con dos antagonistas, excepto los incisivos centrales inferiores y el segundo molar superior que articulan solamente con su pieza antagonista. Ambos arcos dentarios presentan forma semicircular, posición vertical de los elementos

dentarios perpendiculares al plano oclusal, leve sobremordida y resalte, espacios primates, pre canino en maxilar sup y post canino en mandíbula relación canina clase I, plano terminal recto (fig. 1) (5).



Fig 1. Oclusión temporaria normal

La erupción de la dentición temporaria se completa alrededor de los 3 años de vida. Las maloclusiones y los hábitos disfuncionales, si se encuentran establecidos en niños mayores de 3 años, con el tiempo dan origen a maloclusiones en la dentición permanente. (3, 4, 6).

Al erupcionar los dientes temporarios, tratan de ubicarse en su posición correcta llamada alineación tridimensional, a la que podríamos definir, como la mejor posición de los dientes en los tres planos del espacio para absorber las fuerzas que generan los diferentes grupos musculares y cumplir con los dos principios fundamentales fisiológicos del sistema:

- **El principio de axialidad** y estabilidad de las fuerzas de cierre.
- **El principio de la desoclusión**, que será cumplido cuando erupcione el canino y calcifique su ápice.

Desde el punto de vista de la oclusión, la aparición de los incisivos conforman un trípode oclusal dado por los dientes anteriores y ambas articulaciones temporo-mandibulares (ATM), manifestándose por el desarrollo del tubérculo cigomático ante la función masticatoria adquirida (7).

El primer contacto dentario entre los incisivos centrales inferiores y superiores establece un arco de cierre repetitivo, una dimensión vertical anterior tentativa y una inducción hacia la céntrica. Todo esto se produce por que los dientes se convierten en dictatoriales en las posiciones mandibulares. Por primera vez aparece el principio de centricidad mandibular (7).

En cuanto a la etiología de las maloclusiones, Graber dividió los factores etiológicos en generales y locales. Esto ayudó a reunir los factores que hacen más fácil el entendimiento.

Factores generales:

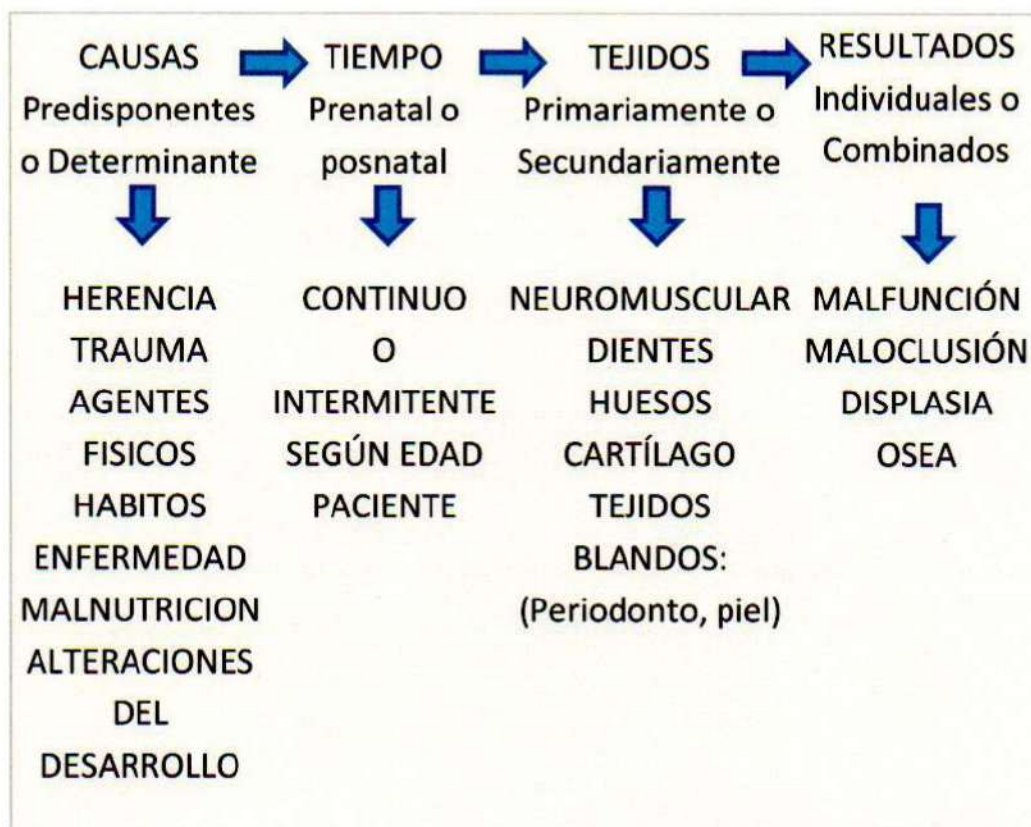
- Herencia.
- Defectos congénitos.
- Medio ambiente.
- Problemas nutricionales.
- Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales.
- Postura.
- Trauma y accidentes.

Factores locales:

- Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias
- congénitas.
- Anomalías en el tamaño de dientes.
- Anomalías en la forma de los dientes.
- Frenillo labial anormal, barreras mucosas.
- Pérdida prematura de dientes.
- Retención prolongada de dientes.
- Brote tardío de los dientes.
- Vía de brote anormal.
- Anquilosis.
- Caries dental.
- Restauraciones dentales inadecuadas (8).

Otras clasificaciones, según Moyers.

TABLA 1: Ecuación Ortodóntica de Dockrell



La importancia en detectar la causa tempranamente es beneficiosa, debido a que si se puede eliminar la misma, puede continuar con un crecimiento equilibrado.

Un factor muy importante para prevención de la maloclusión es la lactancia materna, ya que en el desarrollo de la oclusión, además de proveer beneficios desde el punto de vista inmunológico, nutritivo, afectivo, y psicológico, permite un crecimiento y desarrollo adecuado del sistema estomatognático. Se demostró que estimula favorablemente la acción muscular a través del trabajo mecánico que ejerce el bebé para succionar y deglutir la leche. También proporciona el medio adecuado para un desarrollo apropiado de la oclusión dental evitando la deformación de las arcadas dentarias y previniendo la caries (9).

La sincronización de las funciones del sistema estomatognático (succión, deglución, respiración, masticación y fonación) se ven favorecidas con la lactancia materna. Un tiempo mayor de 6 meses de lactancia materna contribuye a prevenir las maloclusiones, o al menos disminuir su gravedad (9).

Otro factor frecuente en transcurso de la dentición temporaria son los hábitos orales que pueden ser favorables o desfavorables, los hábitos son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad emocional.

Los hábitos orales de succión, chupete o mamadera, pueden modificar el desarrollo orofacial normal, originando deformaciones dentoalveolares, además de problemas psicológicos, emocionales, de aprendizaje y de otros aparatos y sistemas (respiratorio, digestivo, entre otros) (10).

La presencia de un hábito oral puede tener, o no, un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño (10).

Anomalías de la oclusión

Clasificación de acuerdo a los planos del espacio

-**Maloclusión en sentido transversal** (horizontal): Desviaciones en los segmentos maxilares, mordidas cruzadas unilateral o bilateral, compresión del maxilar, mordida en tijera poco frecuente en con respecto plano medio sagital.

-**Maloclusión en sentido vertical**: Sobre mordidas, mordidas abiertas y borde a borde con respecto al plano oclusal.

- **Maloclusión en sentido sagital**: Relaciones anteros posteriores de ambas arcadas. Mesioclusión y distoclusión.

Maloclusión en sentido transversal

En oclusión normal los molares superiores deben sobrepasar en una cúspide (en la mitad de su diámetro) a los inferiores, es decir las piezas dentales superiores están más hacia el exterior (hacia mejilla y labios) que las inferiores.

Denominamos **mordida cruzada** cuando la relación entre los elementos dentarios está invertida, es decir, molares inferior hacia vestibular, y molares superiores hacia palatino, puede ser unilateral o bilateral.

Maloclusion en sentido vertical

En normo oclusión los incisivos superiores tapan 1/3 de los incisivos inferiores.

Si los superiores sobrepasan más de lo expresado, se denomina **sobremordida** (Fig 2).



Fig. 2. Sobremordida

Si los incisivos superiores no tapan a los incisivos inferiores, lo denominamos **mordida abierta** (Fig. 3).



Fig 3. Mordida abierta anterior

Maloclusion en sentido sagital

En el sector anterior se considera normal que los incisivos superiores avanzados ligeramente respecto a los inferiores pero debe existir contacto entre ellos.

Hablamos de **Overjet positivo o resalte** cuando el maxilar a superior está más avanzado que el inferior sin haber contacto entre ellos.

Denominamos **Overjet negativo u Oclusión invertida**. Cuando el maxilar inferior o mandíbula está por delante del superior (Fig. 4).



Fig 4. Mordida invertida anterior

Otra entidad que no se refleja en el esquema es la **mordida borde a borde**. La observamos cuando los bordes incisales de los incisivos superiores e inferiores contactan.

En el sector posterior se evalúa la relación en sentido sagital, en relación del plano terminal.

Las relaciones oclusales de los primeros molares permanentes dependerá del plano terminal recto, mesial o distal que presenten los segundo molares temporales y del posible aprovechamiento del espacio libre.

1. Plano terminal recto, cuando ambos planos están en un mismo nivel formando una línea recta. En este caso un porcentaje del 85% se ira a una relación de los primeros molares permanentes clase I y un porcentaje del 15% se ira a una relación clase II (borde a borde) de los primeros molares permanentes.

2. Plano terminal con escalón mesial, cuando el plano del molar inferior está por delante del superior formando un escalón hacia mesial. En este caso la relación de los primeros molares permanentes puede irse hacia una relación oclusal clase I en un porcentaje de 80% y en un 20% hacia una relación clase III, sobre todo en aquellos casos en los cuales existe información genética de prognatismo.

3. Plano terminal con escalón distal, cuando el plano del molar inferior esta por detrás del superior formando un escalón hacia distal. En este caso el porcentaje de que la relación de los primeros molares permanentes sea de una clase II es casi del 100% (11).

La pérdida prematura de elementos temporales por caries o traumatismos, es un factor condicionante de posibles maloclusiones a futuro, las exodoncias realizadas por caries constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población, siendo la caries uno de los principales problemas bucales de la población (12).

En la actualidad, a pesar de los múltiples avances de la tecnología, las telecomunicaciones, los diferentes medios informativos impresos; persiste la ignorancia por muchas personas acerca de la importancia de los dientes primarios, y su permanencia en la cavidad bucal hasta el recambio dentario fisiológico, es muy cotidiano escuchar a padres referirse a estos dientes como innecesarios ya que vienen otros dientes, siendo la caries dental y la pérdida prematura de piezas dentarias algunas de las principales causas de maloclusiones en los niños a temprana edad (Fig. 5) (1).



Fig. 5. *Caries y exodoncia en niños de jardín de infantes*

Los factores principales requeridos para el desarrollo de la caries dental son el agente (microorganismo), el Medio Ambiente (sustrato) y el huésped susceptible (diente). Posteriormente, se ha agregado un cuarto factor: el tiempo, lo cual significa que, para que se produzca una caries, no sólo los otros tres factores deben estar en funcionamiento simultáneamente, sino que, el tiempo mismo constituye un factor de desarrollo de la caries dental (1).

Con un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado las maloclusiones pueden disminuir o desaparecer. El sistema de salud no las incluye como patología que se puedan tratar en el sistema primario de salud por lo cual quedan exentas del tratamiento temprano.

Por lo tanto el propósito de este trabajo de investigación, que es determinar la prevalencia de maloclusiones en niños de 4 y 5 años de edad de la Escuela Víctor Mercante de la Ciudad de Palpalá (Provincia de Jujuy), es un primer paso para poner en conocimiento de las autoridades de salud y planificar planes preventivos de detección de maloclusiones.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer la prevalencia de las maloclusiones en los niños del Jardín de infantes de la Escuela Víctor Mercante, con edades de 4 y 5 años.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de los tipos de maloclusiones según sexo de la población de estudio.
- Determinar la prevalencia y tipo de hábitos disfuncionales presentes en alumnos en la población bajo estudio.
- Determinar la prevalencia de caries y exodoncias en dentición temporaria y mixta según el sexo en alumnos de Jardín de Infantes.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo transversal a una población de niños (n=75) de ambos géneros que concurren a la escuela Víctor Mercante N° 144 de la ciudad de Palpalá, Prov. de Jujuy. Los alumnos se distribuyen en 3 salas de 25 niños cada uno, de los cuales solo 40 de ellos que fueron los que sus tutores dieron el consentimiento para participar de la investigación fueron incluidos en este estudio.

Se excluyeron de este estudio:

- Niños menores de 4 años y mayores de 5 años y 11 meses.
- Alumnos que no asistieron con el consentimiento del padre o tutor.

Infraestructura: Salita "A" del Jardín de infantes de la Escuela Víctor Mercante N° 144.

El examen clínico odontológico y ficha clínica fueron realizados por la Od. Calle, Mercedes.

La examinación intraoral se realizó con luz artificial y visión directa, empleando elementos de exploración odontológicos (espejo y pinza de algodón) para secar los elementos dentarios, se utilizó rollos de algodón.

Se confeccionó la ficha ad hoc de maloclusiones y del odontograma donde se registró los datos completos del paciente como la edad y el género y las observaciones correspondientes.

Criterios para la medición de variables cualitativas

1) Maloclusión en sentido transversal

a) En oclusión normal los molares superiores deben sobrepasar en una cúspide (en la mitad de su diámetro) al inferior.

b) Mordida cruzada: cuando el molar inferior está situado más hacia el exterior que el superior.

2) Maloclusión en sentido vertical

a) En normoclusión: los incisivos superiores han de tapar $\frac{1}{3}$ de los inferiores.

b) Sobremordida: los incisivos superiores tapan más de $\frac{1}{3}$ tercio a los elementos inferiores.

c) Mordida abierta: los incisivos superiores no tapan a los inferiores.

d) Borde a borde: los incisivos superiores contactan con las bordes incisales inferiores.

3) Maloclusión en sentido sagital:

a) Mesioclusión

b) Distoclusión

También se realizó una examinación extraoral para localizar indicios de algún hábito disfuncional, se observó las manos también buscando indicios de onicofagia o succión digital.

ESTADISTICA

Análisis Estadísticos

Los datos fueron descriptos por sus frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes.

RESULTADOS

El promedio de edad de los niños observados es de 5 años y 3 meses. Siendo el de menor edad, de 4 años y 2 meses; y el de mayor, edad de 5 años y 11 meses.

De los niños observados 100% (n=40), el 52,5% (n=21) no presentaron maloclusión, y el 47,5% (n=19) presentaron maloclusión (Figura 6).

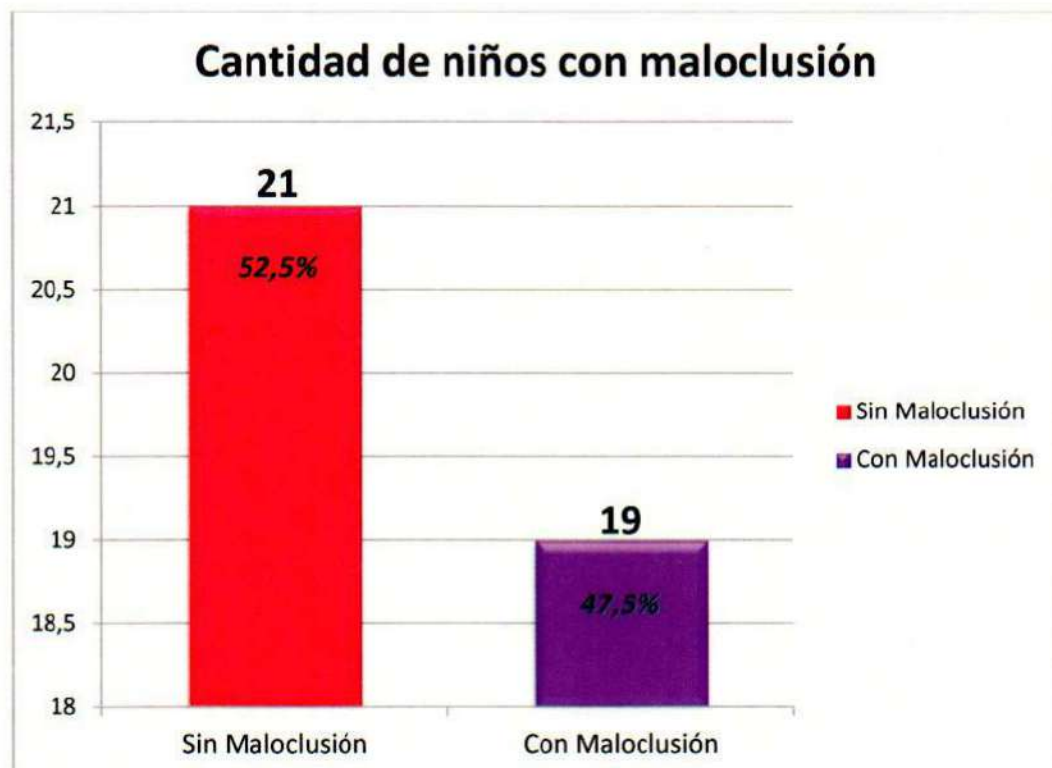


Figura 6. Frecuencia absoluta y relativa de niños con maloclusión

Porcentaje de niños según sexo

Se observó que en el total de niños 100% (n= 40), el 60% (n=24) son varones y el 40% (n=16) son mujeres (Figura 7).

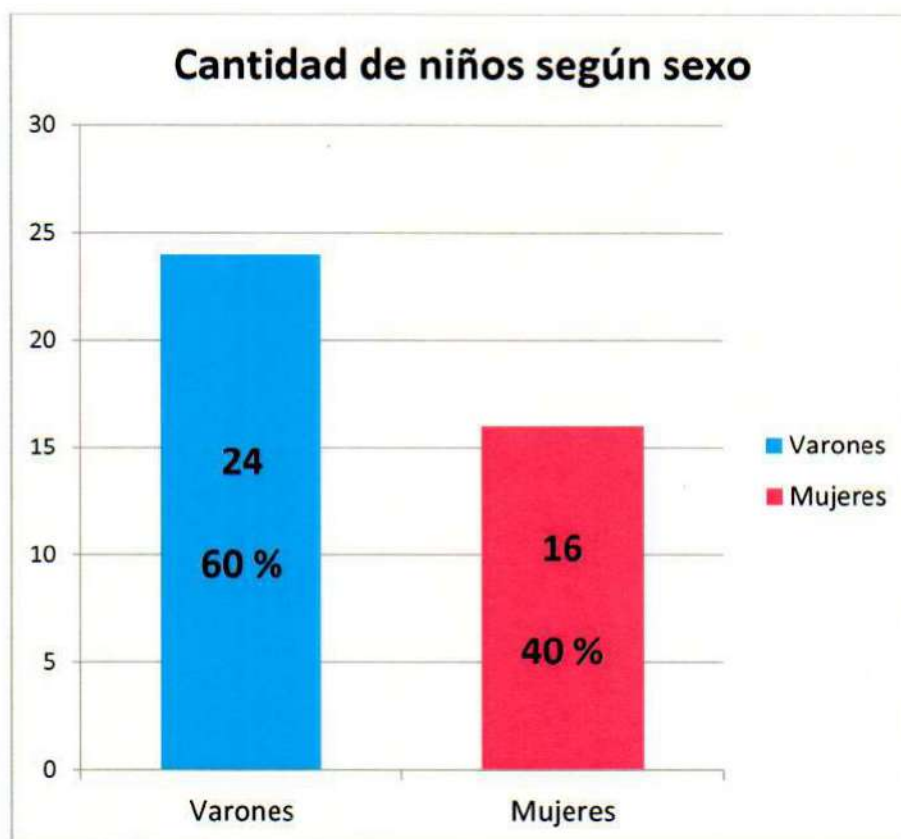


Figura 7. Frecuencia absoluta y relativa en porcentaje de niños según sexo

Porcentaje de niños con maloclusiones según sexo

Según se observa en el Figura N° 8, el número de varones que presentaban maloclusión fue mayor al número de niñas, total de 100% (n=19) un 63% (n=12) fueron varones y 37% (n=7) fueron mujeres.

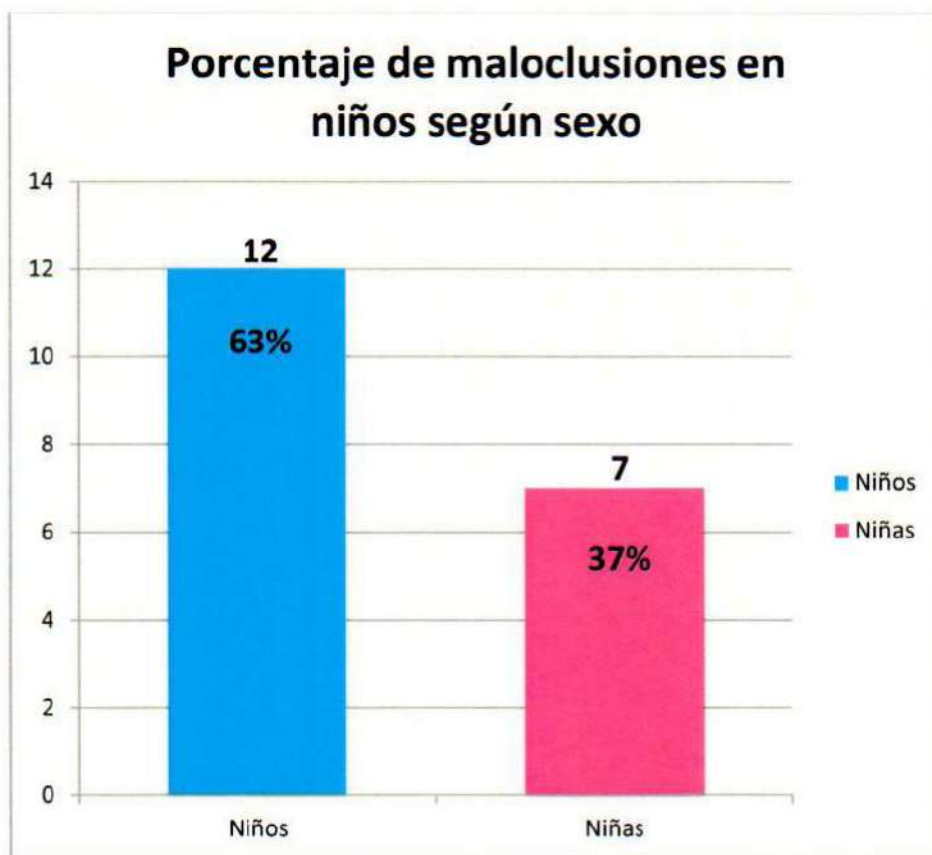


Figura 8. Frecuencia absoluta y relativa en porcentaje de niños con maloclusion según el sexo

Porcentaje de maloclusiones

Al plasmar la frecuencia de maloclusiones en porcentajes nos da como resultado que del 100% (n=27), un 36% (n=9) corresponde a sobremordidas, 20% (n=5) mordida cruzada anterior, 20% (n=5) plano terminal distal, 12% (n=3) mordida abierta anterior, 12% (n=3) corresponden a plano terminal mesial. Como se observa en la Figura N° 9.

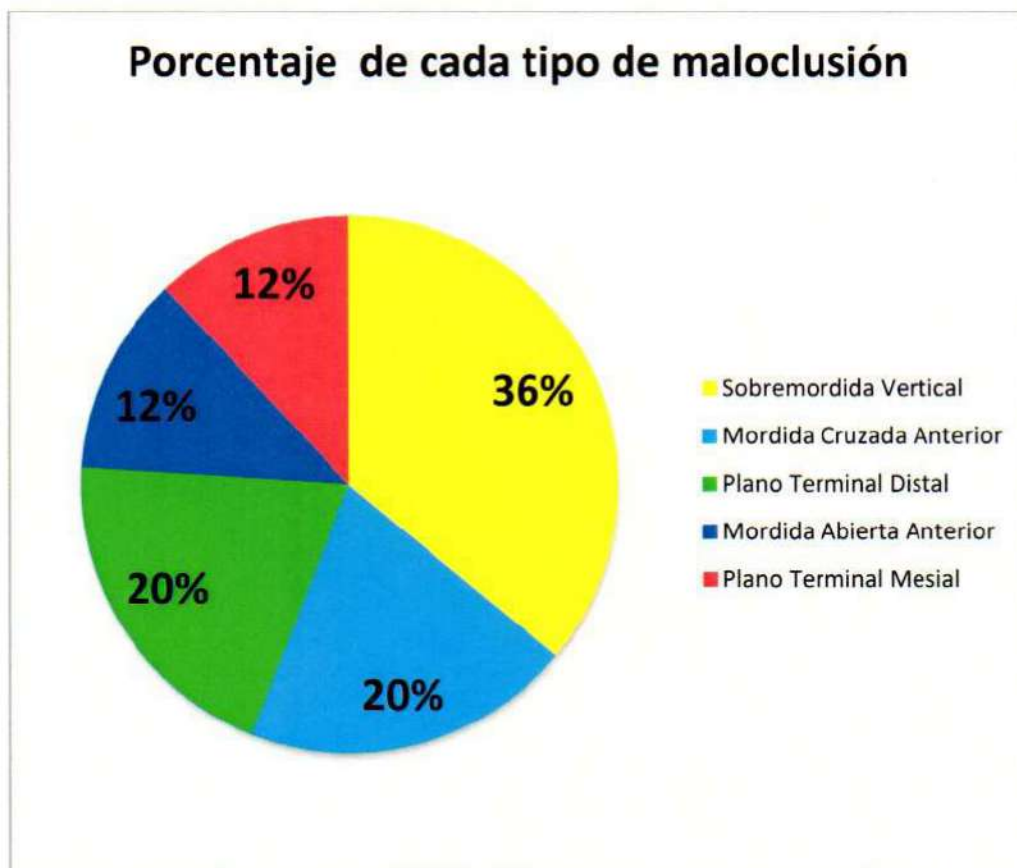


Figura N° 9. Frecuencia de maloclusiones en porcentajes de niños del jardín de infantes

Hábitos disfuncionales

Con la ayuda de la inspección de manos y el interrogatorio, se pudo diagnosticar que el hábito más frecuente fue la succión digital presente en 4 niños.

Se observó al niño mientras hablaba y deglutía para diagnosticar interposición lingual.

La onicofagia se observó en 2 niños con la inspección de las manos, uñas irregulares, el interrogatorio y la observación de faceta de desgaste en las piezas dentarias anteriores temporarias.

Presentaron hábitos disfuncionales el 20% (n=8) de los niños, de los cuales el 10% (n=4) correspondieron a succión digital, el 5% (n=2) a interposición lingual, y el 5% (n =2) a onicofagia. Se observa en la Figura N° 10.

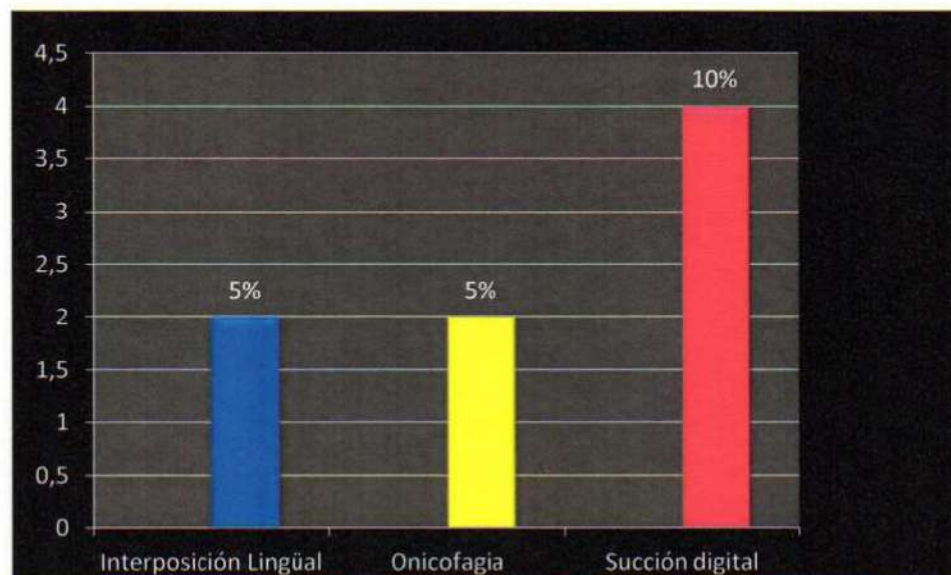


Figura N° 10. Frecuencia de hábitos disfuncionales en porcentajes en niños del jardín

Presencia de elementos dentarios con caries en los niños

La presencia de caries en niños ocasiona una serie de secuelas, que al no ser tratadas a tiempo produce: problemas estéticos, dificultades para la alimentación, alteraciones del lenguaje y aparición de maloclusiones y hábitos orales, además de repercusiones médicas.

En el estudio realizado, se observó que del total de niños 100% (n=40), el 85% (n=34) presentaban caries, siendo sólo un 15 % (n=6) los que no tenían caries, como se observa en la Figura N° 11.

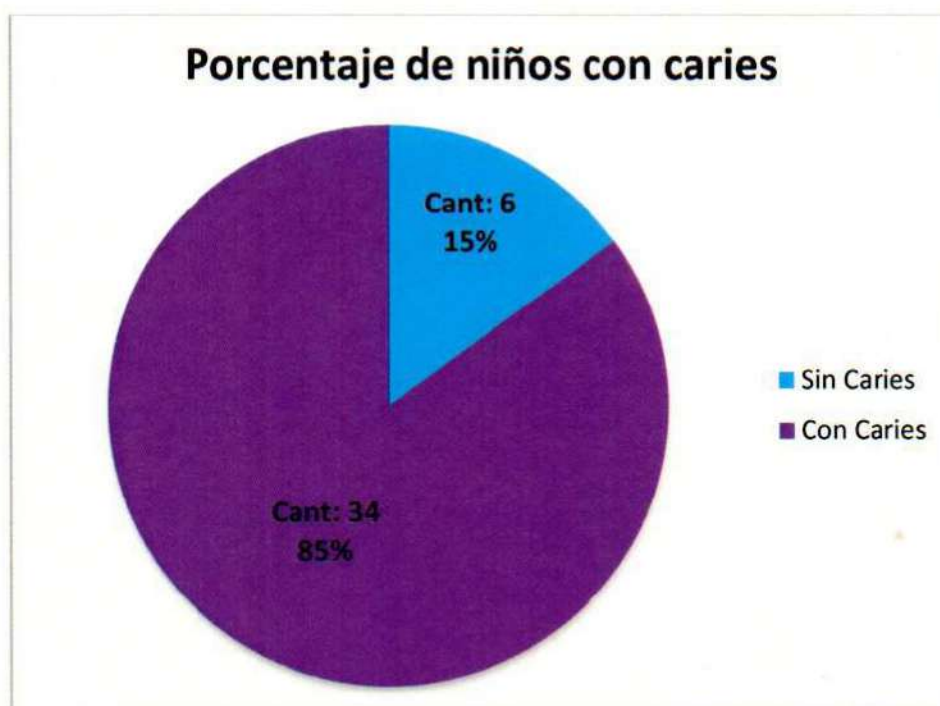


Figura N° 11. Frecuencia absoluta y relativa en porcentaje de niños con y sin caries

Porcentaje de caries según el sexo

Se observó en un total de niños con caries 100% (n=34), varones 62% (n=21) y mujeres 38% (n=13). Como se observa en el Figura N° 12.

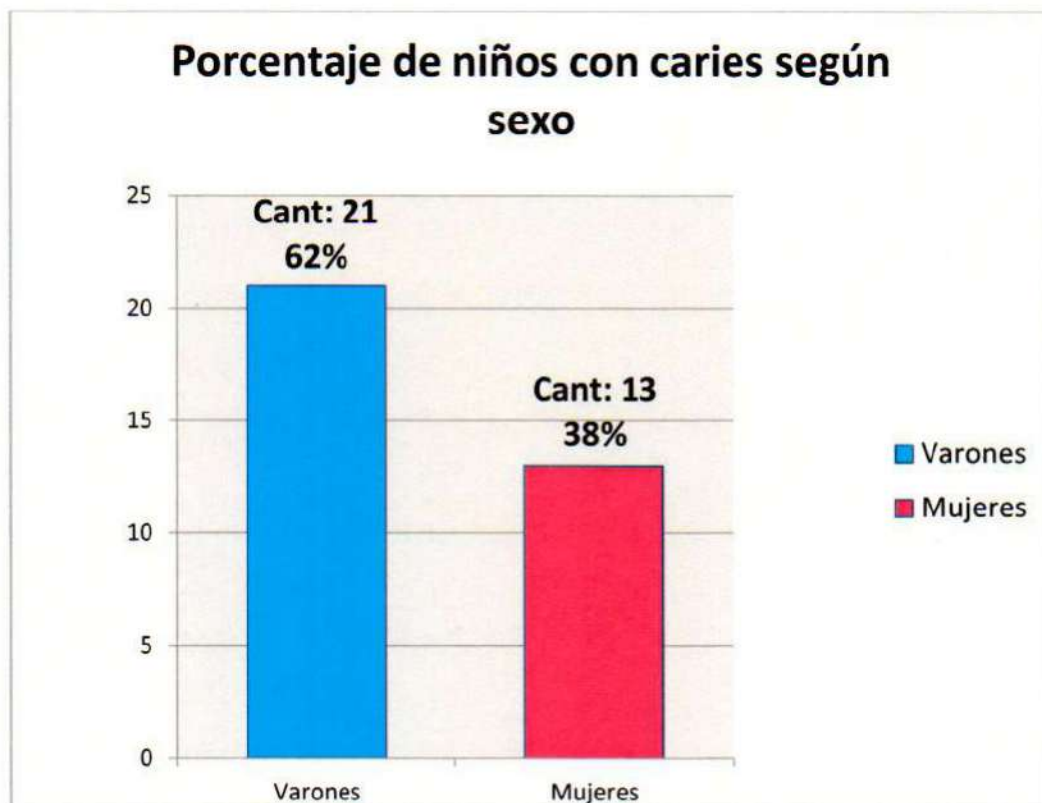


Figura N° 12. Frecuencia relativa y absoluta en porcentaje de niños con caries según el sexo.

Tipos de dentición

Los elementos permanentes empiezan su erupción a los 6 años +/- 6 meses de vida, siendo los incisivos centrales inferiores temporarios los primeros en erupcionar.

En la Figura N° 13 se observó que del total de niños 100% (n=40), un 87% (n=35) presentan dentición temporaria, y un 13% (n=5) dentición mixta.

De los niños que presentaron dentición mixta 100% (n=5), un 60% (n=3) fueron mujeres, y un 40% (n=2) del sexo masculino.

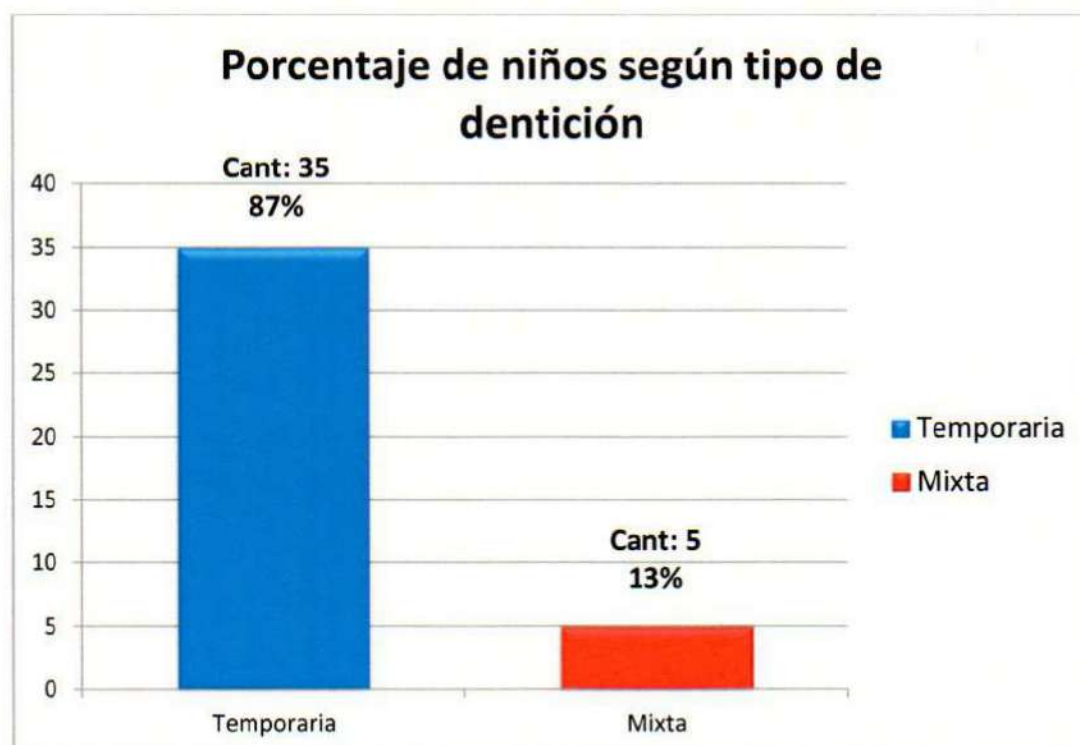


Figura N° 13. Frecuencia relativa y absoluta en porcentaje de denticiones

Presencia de exodoncia

La falta de piezas dentarias, disminuye el perímetro del arco, la falta de contactos produce la mesialización de piezas dentarias ocupando espacios evitando así la normal erupción de dientes permanentes, de esto la importancia de saber si el paciente presentó exodoncias realizadas.

Del total de niños 100% (n=40), el 92 % (n=37) no se le realizaron exodoncias y solo 8 % (n=3) se le habían realizado. Como se observa en la Figura N° 14.

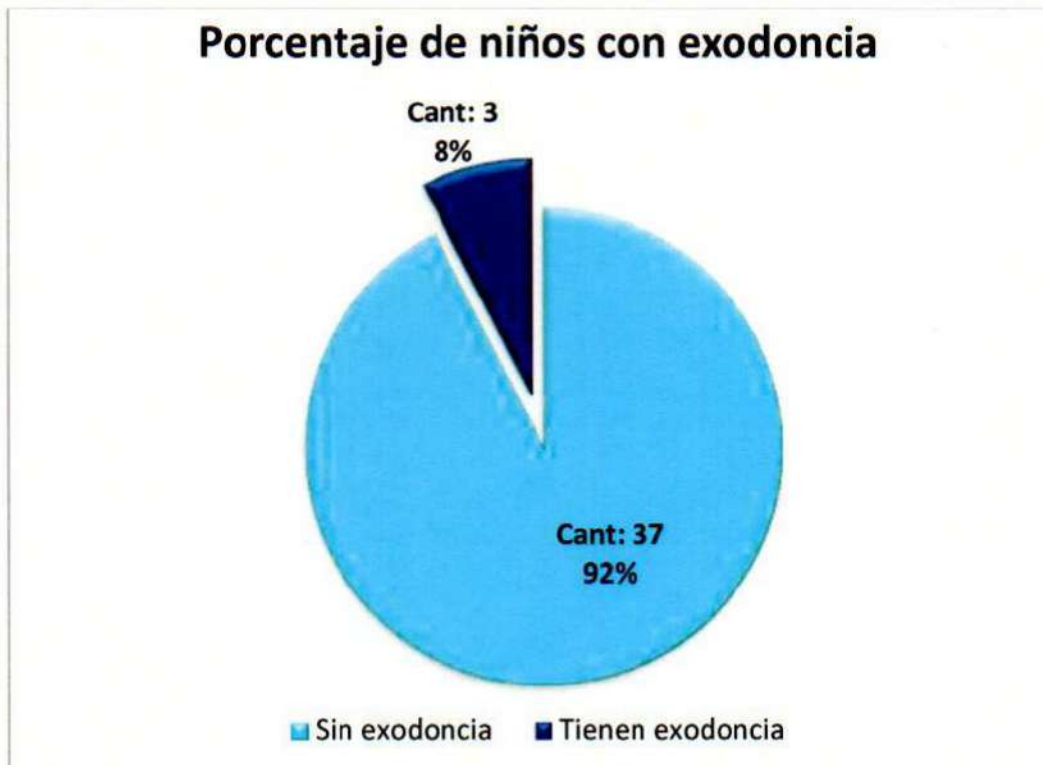


Figura N° 14. Frecuencia relativa y absoluta en porcentaje de exodoncias realizadas.

RESUMEN

Problema: Las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucal.

Objetivo: Establecer la prevalencia de las maloclusiones en los niños del Jardín de infantes de la Escuela Víctor Mercante, con edades de 4 y 5 años.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, en la cual se realizó observación extra e intraoral del niño. La recolección de datos se realizó con una ficha ad-hoc y odontograma.

Resultados: De los niños que participaron en este estudio, el 52,5% presentaron normoclusión, y el 47,5% maloclusion. De este último, un 63% fueron varones y 37% fueron mujeres.

Con respecto a la frecuencia de maloclusiones, 36% presentaron sobremordidas, 20% mordida cruzada anterior, 20% plano terminal distal, 12% mordida abierta anterior, 12% corresponden a plano terminal mesial.

Del total de niños, el 20% presentaron hábitos disfuncionales, de este último, un 10% correspondió a succión digital, 5% interposición lingual, 5% onicofagia.

El 85% de los niños presentaban caries, siendo 62% varones y 38% mujeres. Se observó que un 87%, presentaron dentición temporaria y un 13% dentición mixta. De este último, un 60% fueron mujeres, y un 40 % varones, y sólo el 8% presentaron exodoncias.

Discusión

Si bien existen numerosos trabajos de investigación sobre la prevalencia de maloclusiones, nuestros resultados son difíciles de comparar ya que la muestra que estudiamos es significativamente menor y no es representativa.

Cualquier alteración en la oclusión normal temporaria constituye un signo de alarma para el diagnóstico temprano de la maloclusión, siendo ésta una variación clínicamente significativa del crecimiento y desarrollo normal, dando como resultado una desarmonía que se manifiesta sobre los huesos maxilares, elementos dentarios y musculatura orofacial, teniendo su expresión final en la morfología oclusal.

El trabajo realizado en la Escuela Víctor Mercante N° 144 de la Ciudad de Palpalá de la Provincia de Jujuy, se observó que de 40 niños entre 4 años -5 Y 11 meses, que fueron analizados el 47,5% presentaron maloclusiones y 52,5 % no presentaron maloclusiones.

En relación a los hábitos disfuncionales presentes se encontró que el 20% presentaron hábitos, siendo la succión digital la más frecuente 10% interposición lingual 5%, onicofagia 5%.

Muñiz presentó en el 1979 otra investigación realizada en la Ciudad de La Plata, Argentina, con una muestra de 256 niños, de los cuales 110 tenían dentición temporaria, el 50% presentó oclusión normal, hallazgo similar al nuestro. Los cuales no coinciden con los resultados de Quirós (2000) el cual encuentra un 80% de maloclusiones en niños venezolanos de 4 a 6 años de edad (13).

Larsson (1985), Quirós (1996), Báez (2001) expresan que un 75% de la muestra estudiada presentaba hábitos orales disfuncionales, correspondiendo mayor porcentaje a la insuficiencia respiratoria nasal, seguidos de hábitos de deglución atípica y succión digital; datos que no coinciden con nuestros resultados ya que sólo el 20% de los niños presentó hábitos orales disfuncionales (14, 15).

En la tesis realizada por la Dra. Lescano de Ferrer en el 2001, observó oclusión normal y maloclusiones en niños de 5 años de la

ciudad de Córdoba, observó que presentaron oclusión normal 53,3% maloclusiones 46,7%. Hábitos orales disfuncionales, 38,8% ningún hábito, 20,8% interposición lingual, 11,5% succión digital. Conclusiones similares a las encontradas en nuestra investigación (9).

Artênio Isper y col. en el 2007, evaluaron la condición de oclusión de niños de 5 años examinados por el Proyecto Salud Bucal Brasil en el municipio de Cáceres. La muestra abarcó 170 preescolares de 20 escuelas participantes en el proyecto. lo que establece criterios según la severidad de la maloclusión. En los resultados se observó que el 31,18 % de los niños presentaron problemas de oclusión leves y el 2,35 % moderados/severos , datos que concuerdan con nuestro trabajo (16).

En el estudio realizado en la Escuela Víctor Mercante N° 144 observamos en cuanto a la frecuencia de maloclusiones: 36% sobremordida, 20% mordida cruzada anterior, 20% plano terminal distal, mordida abierta anterior y 12% plano terminal mesial.

Baume en 1950 detectó que un 76% presentaban plano terminal recto y un 14% escalón mesial, y un 10% escalón distal (17).

En 1993, Päivi Paunio encontró en 1.018 niños a los 3 años de edad, que un 35,5% presentaban maloclusión, siendo la más frecuente, la mordida abierta anterior, seguida por la mordida cruzada lateral 8,3% , datos que no son coincidentes con nuestro resultados (18).

Chaud en 1995 también obtuvo valores similares, 84% plano terminal recto y 6% de escalón mesial (19).

Dra. Lescano de Ferrer en el año 2001 investigó sobre Prevalencia de maloclusion en niños de 5 años, dando como resultado maloclusion el 55,2% , mordida abierta el 11,7% sobremordida 20,9%, mordida cruzada lateral 9,1% mordida cruzada anterior 3,1%, datos similares a los obtenidos en el trabajo realizado (6).

Carvalho AC. y Col en el 2011 hicieron un estudio transversal sobre la prevalencia de maloclusiones en dentición primaria el cual se llevó a cabo en Belo Horizonte, Brasil, involucrando a 1.069 niños en edad preescolar de ambos sexos entre 60 a 71 meses de edad, la prevalencia de la maloclusión fue de 46,2%. La mordida profunda fue la alteración más frecuente (19,7%) siguiendo la mordida cruzada posterior diagnosticada en el 13,1% de los niños, en el 10,5% de los casos había acentuado resalte, el 7,9% tenían mordida abierta anterior, y un 6,7% tenían mordida cruzada anterior. En cuanto a la alteración más frecuente, no coincide con nuestro trabajo, pero si hay coincidencia con los demás valores (20).

Cano C. y col. realizaron un estudio sobre Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del Estado Guárico periodo 2007-2008 los hábitos observados en orden de frecuencia la onicofagia, succión digital, deglución atípica, respirador bucal y bruxismo. Son coincidentes con nuestro trabajo en cuanto a las más frecuentes, en nuestro estudio no estuvo contemplados la respiración bucal y bruxismo (21).

En nuestro trabajo de investigación observamos que de los varones que participaron del estudio, el 50% presentaron maloclusiones y un 50% no presentaron.

De las mujeres que participaron en el estudio, un 44% presenta maloclusiones y un 56% no presenta.

Se determinó en cuanto al género que el más afectado por alguna maloclusión, fue el sexo masculino con 63% y 37% el sexo femenino.

Carvalho AC. y Col en el 2011 observo sobremordida vertical aumentada se presentó en 57% de los niños y 55% de las niñas, datos coincidentes con nuestro estudio (20).

En nuestro trabajo de investigación se observó en cuanto a la frecuencia de caries total de los niños el 85 % presentaban caries, siendo de sexo masculino 62% y en sexo femenino 38%.

Alvarado Anicama, Renato en el 2005 la prevalencia de caries dental y necesidad de tratamiento para ésta, para lo cual se examinaron 350 niños de edades comprendidas entre los 6 y 12 años, dividiéndolos por edad y por sexo, pertenecientes al centro educativo Reina de España 7053 del distrito de Barranco. Los resultados mostraron que los escolares libres de caries solo representaban el 2% del total y los escolares afectados por caries fue de un 98%, considerándose a la población de escolares de alta prevalencia. Estos datos son similares a los encontrados en nuestro estudio (22).

Guzmán, David (2016) determinó que los escolares de 5 a 10 años examinados la prevalencia de caries fue del 67,4% del total de la muestra, las mujeres tiene un porcentaje mayor que es del 50,77% sobre los hombres que fue de 49,22% del total. Datos similares a los obtenidos en nuestro trabajo con respecto a la prevalencia de caries, no así en el porcentaje de hombres y mujeres que presentaron caries (23).

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de la población mundial con maloclusiones tanto en países desarrollados y sub-desarrollados, sin distinguir estrato social, ni raza, y su complejidad aumenta con la edad. Las maloclusiones al ser tratadas en su mayoría tardíamente cuando la dentición permanente ha terminado su erupción y el proceso de crecimiento y desarrollo ha concluido, son menores las posibilidades de llegar a una normoclusión.

Con este trabajo de investigación nos permitió tener conocimiento de la prevalencia de maloclusiones y de hábitos orales, la importancia como especialista de ortodoncia y ortopedia, radica en tener vigilancia y control desde la alimentación del niño, brote de dientes, oclusión durante la dentición temporal y mixta para así valorar si llegará a una oclusión normal en dentición permanente, si diagnosticamos que no llegará a una oclusión normal tenemos que tratar al paciente, a temprana edad para evitar maloclusiones severas. Muchos de estos problemas pueden ser tratados en edades tempranas con procedimientos sencillos y económicos. Los programas de salud oral del Ministerio de Salud de la Nación, van dirigidos a la prevención de la caries dental, quedando las maloclusiones dentales excluidas de éstos. En la actualidad no existe un programa dirigido a la ortodoncia preventiva e interceptiva.

Anexos

Anexos

INFORMACION Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE DEL ESTUDIO

Título del Estudio:

**“PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 4 y 5
AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA VICTOR MERCANTE DE LA CIUDAD DE
PALPALA- PROVINCIA DE JUJUY”**

Investigadora responsable del estudio: OD. MERCEDES SOLEDAD, CALLE

Número de teléfono: 0388-4270745

Se lo invita a participar de un estudio de investigación. Este formulario describe el estudio para ayudarlo a que decida si desea participar. Antes de decidir si desea participar en el estudio, es importante que entienda por qué se realiza la investigación, cómo se utilizará la información obtenida, los posibles beneficios, e inconvenientes que implica. Lea atentamente la información de este cuestionario.

¿CUALES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DEL ESTUDIO?

Antecedentes. Las maloclusiones dentales tratadas en temprana edad pueden ser solucionadas de forma total o parcial dependiendo de la intensidad de la maloclusión y del tipo. El objetivo de este estudio es recabar información que permita establecer el conjunto de variables que pueden diagnosticar con mayor exactitud o tempranamente la enfermedad y permitir que se establezcan las pautas adecuadas de tratamiento (protocolos de atención), que conduzcan a mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por estas patologías. Este estudio no está relacionado directamente, ni afecta, al tratamiento o diagnóstico que haga su odontólogo, sólo recogerá datos y se revisará con un espejo odontológico (método indoloro).

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo/a participe en el estudio. Acepto permitir que el personal del estudio recopile, use y comparta los datos de salud según se especifica en este formulario.

Nombre del paciente

Fecha y Hora

Firma del padre/madre/tutor legal

| -----

Nombre del padre/madre/tutor legal

DNI madre padre o tutor

Ficha introductoria para ser entregada a los padres o tutores de los niños que concurren al jardín de infantes

Sres padres

Soy la Dra. Mercedes Soledad Calle, Odontóloga MP 3077, actualmente estoy cursando el tercer año de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia dento maxilo facial de Universidad Nacional de Córdoba, como trabajo final quiero realizar un estudio en los niños que concurren en el Jardín de Infantes de la Escuela Víctor Mercante sobre maloclusiones (problemas que puedan tener los niños en sus bocas), que éstas, tratadas tempranamente, pueden desaparecer o disminuir.

El estudio no es invasivo, solo con la observación se puede diagnosticar. Los niños NO van a necesitar ningún tipo de anestesia o turbina para este estudio.

Este estudio se va a realizar en el jardín, en horario de la escuela, no hay que llevarlo a ningún establecimiento odontológico.

Una vez firmada la autorización, se le informará el día que se realizará el estudio. Desde ya, muchas gracias.

Me interesa realizarlo en la Ciudad de Palpalá y en la Escuela Víctor Mercante ya que en este establecimiento hice mi jardín de infantes.

Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 4 y 5 años de edad

"PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN ALUMNOS DE 4-5 AÑOS DEL JARDIN DE INFANTES DE LA ESCUELA VICTOR MERCANTE N 144"

No. _____ FECHA. _____

EDAD. _____ SEXO. _____

NOMBRE _____

INSPECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS.

OBSERVACIONES.





















































TIPO DE MORDIDA	0 (NO)	1 (SI)
OCLUSION NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALOCLUSION EN SENTIDO TRANSVERSAL		
MORDIDA CRUZADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORDIDA EN TIJERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALOCLUSION SENTIDO VERTICAL		
SOBREMORDIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MORDIDA ABIERTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BORDE A BORDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALOCLUSION SENTIDO SAGITAL		
MESIOCLUSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISTOCLUSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABITOS ORALES DISFUNCIONALES		
INTERPOSICIÓN LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ONICOFAGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUCCION DIGITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 4 y 5 años de edad

ODONTOGRAMA

FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
															
															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
															
															
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

OBSERVACIONES:

ASENTIMIENTO INFORMADO

Para ser completado por los pacientes niño y niñas.

Lugar y Fecha

El/la que
suscribe.....DNI.....

con domicilio
en.....

Se me ha explicado que revisarán mi boca, utilizando un espejo pequeño, que contarán mis dientes y me tomarán fotografías comunes. Todo esto no me causará dolor ni molestias. También conozco que puedo retirarme de este estudio si lo deseo.

Por eso, estoy conforme que mi boca sea revisada por la Odontóloga Calle, Mercedes Soledad

Todas mis preguntas han sido respondidas, por lo que estoy completamente de acuerdo con ellas. Acepto también que toda la información obtenida sea utilizada para enseñar, ser presentada en congresos y escribir en libros y/o revistas de ciencias, sin que se mencione quien soy.

Estoy de acuerdo

Estoy de acuerdo

No estoy de



(Hacer un círculo donde corresponda)

.....

Firma del Paciente
Principal

.....

Firma del Investigador
sello y aclaracion

Aclaración

Bibliografía

1. Zambrano de Ceballos OR, Oliveira del Río JA, Rivera Velázquez LE, Añez YC, Finol de García AM. Prácticas de cuidado bucal en infancia temprana. Su asociación con caries dental y maloclusiones. Maracaibo, Venezuela: Universidad del Zulia. Rev Ciencia Odontol. 2013; 10(1): 24-35.
2. Añez Y. Funciones básicas del sistema estomatognático y su asociación con la oclusión dentaria en la infancia temprana. [Tesis Doctoral]. Maracaibo, Venezuela: Facultad de Odontología, La Universidad del Zulia; 2012.
3. Villalba S, Villalba T. Estudio descriptivo de la oclusión dentaria en niños a los 30 y 42 meses de edad en la ciudad de Córdoba, Argentina. Bol Asoc Arg Odontol Niños. 2004; 33(2): 25-26.
4. Koch G, Poulsen S. Desarrollo oclusal, ortodoncia preventiva e intercentiva. Odontopediatría Abordaje clínico. 2ª ed. Argentina: Editorial Amolca; 2011. p. 212-231.
5. Lescano de Ferrer A, Varela de Villalba T, Sabulski J. Estudio descriptivo de la oclusión temporaria en niños de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Rev Ortodon. 2002; 66(131): 8-18.
6. Lescano de Ferrer A. Epidemiología de la oclusión en dentición temporaria Influencia del tipo de alimentación en su desarrollo. [Tesis Doctoral]. Córdoba: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba; 2001.
7. Alonso AA, Albertini JS, Bechelli AH. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. 1ª ed. 3ª reimp. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2004.
8. Moyers R, Riolo M. Tratamiento temprano. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. pp. 342-431.

9. Lescano de Ferrer A; Varela de Villalba T. Importancia de la lactancia materna en el desarrollo de la oclusión. Rev Claves Odontol. 2001; 7(46): 9-13.
10. Varela de Villalba T, Lescano de Ferrer A. Epidemiología de las anomalías dentomaxilofaciales. Rev Fac Odontol UNC. 1991-1992; 19-20(1.2): 41-58.
11. BoJ J, Catalá M, García Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría La evolución del niño al adulto joven. Madrid, España: Editorial Médica Ripano; 2011.
12. Squassi A, Bordoni M. La salud bucal del niño en los escenarios sanitarios futuros: revisitando el primer nivel de atención. Bol Asoc Arg Odontol Niños. 2007; 36(1-2): 21-27.
13. Quirós O. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2000 [citado 15 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/oscar_quiros/caracteristicas_clusion.asp
14. Larsson EF, Dahlin KG. The prevalence and the etiology of the initial dummy-and-finger-sucking habit. Am J Orthod. 1985; 87: 1-4.
15. Báez J, Rojas R. Prevalencia de malos hábitos orales y respiración bucal en niños de 5 y 17 años del área de Santiago Centro. Rev Fac Odontol Univ Chile. 2001; 19(1): 9-19.
16. Ispier A, Saliba C, Pantaleão M, Gonçalves P. Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres, Brasil. Rev Cubana Estomatol. 2007; 45: 1.
17. Baume, LJ. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion Part I. The biogenetic course of deciduous dentition. J Dent Res. 1950; 29: 123-132.

18. Päivi P, Päivi R, Matti S, Olli K. Dental health habits of 3-year-old finnish children. *Comm Dent Oral Epid.* 1993; 21(1): 4-7.
19. Chaud A, Martinez, Di Carlo E. Patrones morfológicos de las arcadas dentarias primarias. *Rev Fac Odontol Córdoba.* 1995; 23: 17-34.
20. Carvalho AC, col. Prevalence of malocclusion in primary dentition in a population-based sample of Brazilian preschool children. *Eur J Paediatr Dent.* 2011; 12(2): 107-11.
21. Cano C, Gutiérrez N, Velásquez Y, Godoy S, Quiros O, Farias M, et al. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del Estado Guárico periodo 2007-2008. *Rev Latinoameric Ortodonc Odontoped [Internet].* 2008 [publicado 1 de Julio de 2008]. Disponible en:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art7.asp>
22. Alvarado RN. Prevalencia y necesidad de tratamiento de caries dental en la Institución Educativa Reina de España N° 7053 Barranco – Lima 2005. [Tesis]. Lima, Perú: Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005.
23. Guzmán Cáceres DM. Prevalencia de caries asociada a higiene bucal, escolares 5-10 años. [Tesis]. Guayaquil, Ecuador: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
24. Villalba S. Erupción y oclusión dentaria temporaria, su asociación con factores funcionales en una cohorte de niños de la ciudad de Córdoba (Argentina). [Tesis Doctoral]. Córdoba: Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba; 2005.
25. Pascual L, Rubial M, Lescano de Ferrer A, Varela de Villalba T. Etapas de maduración y erupción de incisivos y molares permanentes en la dentición mixta. *Bol Asoc Arg Odontol Niñ.* 2007; 36(112): 4-7.

26. Lescano de Ferrer A, Varela de Villalba T. Tipo y duración de la lactancia y sus consecuencias oclusales. *Rev Iberoameric Ortodon.* 2000; 19(1): 21-2.
27. Graber T, Vanarsdall R. Guía Interceptiva de la Oclusión con énfasis en el diagnóstico Dale Jack. *Ortodoncia Principios Generales y Técnicas.* 2ª ed. Bs. As. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1997.
28. Ciola, E. *Ortodoncia Manual práctico para el odontopediatra y el odontólogo general.* Rosario, Argentina: Editorial Talleres Maple; 2007.
29. Escobar Muñoz, F. *Odontología Pediátrica.* 2ª ed. Caracas, Venezuela: Editorial Amolca; 2004.
30. Guedes Pinto A y col. Recursos protésicos en odontopediatría. *Rehabilitación bucal en Odontopediatría Atención integral.* Colombia: Editorial Amolca; 2003. pp. 229-268.
31. Rakosi T, Irmtrud, J. *Atlas de Ortopedia Maxilar Diagnóstico.* Barcelona, España: Editorial Masson-Salvat; 1992.
32. Bordoni N, Escobar Rojas A, Castillo Mercado R. Manejo temprano de los problemas frecuentes de oclusión en niños. *Odontología Pediátrica.* Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2010. pp. 637-656.
33. León K, Maya B, Vega M, Mora C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. *Rev Cubana Estomatol.* 2006; 44: 4-7.
34. Serna C, Silva R. Características de la oclusión en niños con dentición primaria de la Ciudad de México. *Rev ADM Investigacion.* Marzo-Abril 2005; 62(2): 45-51.
35. Bhayya DP, Shyagali TR. Gender influence on occlusal characteristics of primary dentition in 4 to 6 year old children of Bagalkot City, India. *Oral Health Prev Dent.* 2011; 9(1): 17-27.

Pálpala, 15 de abril del 2016.

Escuela Victor Mercante J. I.M.N 4

Autorizo por medio de la presente a la Od. Calle, Mercedes Soledad . MAT . PROV 3077 a realizar el trabajo de investigación sobre maloclusiones en niños que concurren a la Escuela Victor Mercante N 144 , turno mañana , de la Ciudad de Palpala.




Mercedes Soledad
DIRECTORA
J.I.N. N° 4
Esc. 257 - Sac. 144

Ref. "PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 4 y 5 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA VICTOR MERCANTE DE LA CIUDAD DE PALPALA- PROVINCIA DE JUJUY"

San Salvador de Jujuy, 03/11/2016

Previo análisis y evaluación de los criterios metodológicos y éticos del Protocolo de Investigación presentado por la Dra. Mercedes Soledad Calle, se informa que se **APRUEBA** el protocolo de referencia titulado "*PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES DENTALES EN NIÑOS DE 4 y 5 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA VICTOR MERCANTE DE LA CIUDAD DE PALPALA- PROVINCIA DE JUJUY*" por considerarse un estudio de bajo riesgo que consta de un instrumento adecuado de consentimiento informado, al que deberá agregarse la siguiente leyenda:

"Ante cualquier duda o inquietud, pueden comunicarse antes, durante o después de su participación en esta investigación, con el Comité de Ética de la Investigación de la Salud del Ministerio de Salud de Jujuy (tel 4311855, correo investigacion.msjujuy@gmail.com, Av. Italia esq. Independencia. Ciudad de San Salvador de Jujuy)".

El Estudio se adecúa a la Resolución 1480/11, Guía para Investigaciones con Seres Humanos a la que la Provincia de Jujuy adhiere según Resoluciones N° 1039-S-13 y N° 3-DGIS-12.

Desde el punto de vista metodológico, este Comité observa que se podrían mejorar los antecedentes y marco teórico, responsabilidad que delega en la ESCUELA DE POSTGRADO – FACULTAD DE ODONTOLOGIA, CARRERA DE ESPECIALIZACION DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MAXILO FACIAL.

Por la presente se deja constancia de que la investigadora debe presentar a este Comité los resultados del Estudio finalizado el mismo, en las dependencias de la Coordinación de Investigación de este Ministerio de Salud de Jujuy. No han existido conflictos de intereses.



M.SC. ANA INES SORUCO

Coordinadora del Comité de Ética de la Investigación en Salud

Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy