

Prevalencia de maloclusiones en preescolares de los altos norte de Jalisco

Manzo-Palomera OR, Sánchez-Michel A, Medina-Agilar S, Silva-González G, Sánchez-Manzo A, Martin-Silva M, Hernández-Rivas MI, Ruvalcaba-Muñoz L.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de maloclusiones en los pre-escolares de los Altos Norte de Jalisco. **Material y métodos:** Se trató de un estudio cuantitativo de tipo observacional, descriptivo y transversal, donde se estudio una muestra estadísticamente representativa, de tipo probabilístico de 522 preescolares, los cuales fueron evaluados bucalmente para identificar la presencia de cualquier tipo de maloclusión, basados en los criterios propuestos por la OMS para estudios epidemiológicos. **Resultados:** La muestra fue homogénea, ya que estuvo constituida por 265 niños y 257 niñas. 69.16% de los preescolares no presentaron ningún tipo de maloclusión, 25.28% presentaron maloclusiones de grado leve, resultando ligeramente más afectadas las niñas (26.85%); 4.79% fue para el grado de moderado a severo, mostrando un pequeño predominio del sexo masculino (5.28%); La anomalía dentomaxilofacial más frecuente fue Isodaquia (6.51%), los hombres resultaron más afectados (7.17%) las mujeres (5.84%), continuándole la Odontoparalaxis (5.17%); la anomalía menos frecuente fue el Odontocisma (0.19%), no encontrando casos para Queilosquisis, Palatosquisis y Queilopalatosquisis. **Conclusión:** La muestra de estudio en cuanto al sexo fue homogénea, el grado de maloclusión mas prevalente fue el leve, La anomalía dentomaxilofacial mas común fue la Isodaquia y la menos frecuente el Odontocisma.

Palabras clave: prevalencia, Jalisco, maloclusión.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of malocclusions in preschool children of the Altos Norte de Jalisco. **Material and methods:** It was a quantitative study of observational, descriptive and transversal type, where a statistically representative, probabilistic sample of 522 preschool children was studied, which were evaluated orally to identify the presence of any type of malocclusion, based on the criteria proposed by the WHO for epidemiological studies. **Results:** The sample was homogeneous, since it consisted of 265 children and 257 girls. 69.16% of the preschoolers did not present any type of malocclusion, 25.28% had mild malocclusions, being slightly more affected girls (26.85%); 4.79% was for the moderate to severe degree, showing a small predominance of males (5.28%); e most frequent dentomaxillofacial anomaly was Isodachia (6.51%), men were more affected (7.17%) women (5.84%), continuing Odontoparalaxis (5.17%); the less frequent anomaly was the Odontocisma (0.19%), not finding cases for Queiloschisis, Palatoschisis and Queilopalatoschisis. **Conclusion:** The study sample in terms of sex was homogeneous, the degree of malocclusion was the most prevalent, the dentomaxillofacial anomaly was more common Isodachia and less frequent Odontocisma.

Keywords: prevalence, Jalisco, malocclusion.

Departamento de Odontología para la Preservación de la Salud. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.
Recibido: Noviembre 2017 Aceptado: Febrero 2018

Introducción

Las enfermedades bucodentales afectan a un área limitada del cuerpo humano pero sus consecuencias e impacto afectan al cuerpo de manera global. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como “la ausencia de dolor bucal o facial, de cáncer oral o de garganta, de infecciones o úlceras, de enfermedades periodontales, caries, perdida dentaria así como de otras enfermedades y alteraciones que limiten la capacidad individual de morder, masticar, reír, hablar o comprometan el bienestar psicosocial”.¹

Una boca sana y un cuerpo sano van de la mano. Por el contrario, una mala salud bucodental puede tener consecuencias desfavorables en el bienestar físico y psicosocial. Sin embargo, la alta carga de las enfermedades bucodentales ha sido un reto de salud pública subestimado por la mayoría de los países en el mundo. Las enfermedades buco-

dentales son muchas veces invisibles y ocultas o han sido aceptadas como una consecuencia inevitable de la vida y el envejecimiento. Sin embargo existe una clara evidencia de que las enfermedades bucodentales no son inevitables sino que pueden ser reducidas o prevenidas a través de métodos sencillos y efectivos, en todas las etapas de la vida y tanto a nivel individual como poblacional.¹

La salud bucal es parte integral de la salud general y es esencial para el bienestar y la calidad de vida. La boca participa en funciones vitales fisiológicas, sociales y estéticas, entre otras. También brinda protección contra las infecciones microbianas y las amenazas ambientales. Además de contar con buenos dientes, la salud bucal implica estar libre de dolor, poder alimentarse, no tener lesiones en los tejidos y tener una autoimagen que proporcione confianza en las relaciones con el medio social,

todo esto impacta positivamente la calidad de vida.²

La salud bucal es muy importante para la salud general, crecimiento y desarrollo del niño y juega un rol preponderante en la nutrición, correcto lenguaje, desarrollo normal de la mandíbula, adecuada posición de los dientes permanentes; así también influye en la apariencia y autoestima del niño. Por lo tanto, la salud bucal, contribuye significativamente en la salud general y calidad de vida del individuo³

La oclusión dental se refiere a la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo; se encuentra determinada por múltiples factores, principalmente de índole hereditaria. Sin embargo, la maloclusión dental también es consecuencia de las diferencias maxilo-mandibulares del crecimiento y de las distorsiones de la posición dental dentro de cada arcada. En ésta influyen también las alteraciones en la cronología de la erupción dentaria, la pérdida prematura de dientes y la caries dental, entre otros factores que originan que, en ocasiones, los órganos dentarios no cumplan ciertos parámetros considerados "normales" en la oclusión. Estudios epidemiológicos han mostrado que la maloclusión se presenta con tasas de prevalencia considerablemente altas, ya que más de 60% de la población la desarrolla. Las investigaciones sobre maloclusiones en niños de 4 a 5 años reportan prevalencias de 70-80%, que evolucionan hasta encontrar tasas de prevalencia de 96.4% en adolescentes.⁴

En cuanto a su distribución, la maloclusión clase I es hasta cinco veces más frecuente en comparación con las clases II y III; a pesar de que la clase I es la de menor severidad, existen cinco variaciones en su manifestación que orientan su abordaje diagnóstico y terapéutica de diferente manera.⁴

La prevalencia de las maloclusiones en los dientes temporales es aproximadamente del 20%, pero esta se incrementa hasta un 60% durante la erupción de los dientes permanentes. Estudios estadísticos internacionales muestran que la prevalencia de las maloclusiones oscila entre el 41% y el 97%.⁵

Las maloclusiones de origen dental son atribuidas a factores intrínsecos (actúan directamente sobre las estructuras bucodentarias) como anomalías de número, tamaño y/o forma, pérdida prematura de dientes, retención prolongada de dientes deciduos, erupción tardía de los dientes permanentes, vías de erupción anormal. No de menor importancia son los disturbios de crecimiento, que se reflejan en desajustes en la relación maxilomandibular y/o en deformidades congénitas: Retrognatismo, Prognatismo, Queilosquisis, Palatosquisis, y Queilopalatosquisis. Todas ellas atribuidas a factores extrínsecos (origen sistémico): herencias genéticas, deficiencias nutricionales, enfermedades predisponentes, síndromes, hábitos y presiones anormales, postura, accidentes y traumatismos. Estas al no ser prevenidas, interceptadas y/o corregidas, representan en el paciente desarmonías faciales, desgastes patológicos tanto como de órganos dentarios, estructuras de soporte, y/o de articulación temporomandibular. Ciertas mal posiciones dentales pueden excluir o dificultar la formación de las constricciones apropiadas del tracto bucal produciendo trastornos del habla.⁶

El tratamiento temprano de maloclusiones tiene las siguientes bondades: modificar tempranamente el crecimiento esquelético, mejorar la autoestima del paciente, obtener correcciones estables, disminuir la complejidad y tiempo de tratamiento, eliminar hábitos, detectar y eliminar factores etiológicos, disminuir el riesgo de trauma dentoalveolar, disminuir la probabilidad de hacer extracciones de premolares, etc.⁷

Para poder planear y evaluar los servicios de salud oral y poder enfocar los programas educativos-preventivos es necesario conocer mediante la medición de indicadores socio-dentales o índices epidemiológicos orales, cuál es la prevalencia de este padecimiento en esta población para obtener un panorama del estado de salud oral y de las necesidades de tratamiento de las mismas.⁸

Las enfermedades bucodentales pueden prevenirse o detenerse con acciones preventivas y de diagnóstico temprano, pero para que esto suceda debe tenerse primero el conocimiento de la prevalencia real, la cual se desconoce; por lo

que se considera necesario en primera instancia, medir en este grupo de población la prevalencia de las anomalías, así como obtener las necesidades de tratamiento. Y así mismo, para poder obtener un diagnóstico de maloclusiones de este grupo a investigar y poder sugerir un programa educativo-preventivo, alternativas de solución y para apoyar futuras investigaciones.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de maloclusiones en los pre-escolares de los Altos Norte de Jalisco.

Materiales y Métodos

Se trató de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, con un tamaño de la muestra estadísticamente representativa de tipo probabilístico de los preescolares de escuelas públicas y privadas de la Región Costa Norte de Jalisco; donde se evaluó la prevalencia de maloclusiones utilizando la metodología sugerida por la Organización Mundial de la Salud para estudios epidemiológicos bucales.

Primeramente se solicitó por escrito el apoyo de la Secretaría de Educación Jalisco, la cual proporcionó el número de alumnos, ubicación geográfica de las dependencias educativas de nivel preescolar, así como los permisos correspondientes para poder llevar a cabo el trabajo de campo; Insumos que permitieron la elaboración de una lista con el número suficiente de sujetos elegibles para el estudio (tamaño de muestra suficiente), auxiliados de la fórmula estadística ($n = 4pq N / (d)^2 N + pq$). Seguidamente se estandarizó y calibró a los odontólogos que participaron en la evaluación de los infantes.

A los padres de familia de los preescolares elegidos se les solicitó autorización por escrito y de forma oral se les explicó los objetivos y características del estudio, aclarándoles que no existía ningún riesgo para la salud de sus hijos. Posterior a ello se procedió a la revisión de la cavidad oral de los preescolares, registrando los datos en la cédula que propone la OMS para estudios epidemiológicos bucales. Al final de la misma se les entregó un tríptico educativo a cada madre de familia sobre los cuidados de la salud

bucal del preescolar. Al término del trabajo de campo se realizó la codificación, procesamiento y análisis estadístico de los datos totales obtenidos, por medio del programa SPSS 10.0 para Windows, de donde se obtuvieron las frecuencias, porcentajes y promedios.

Resultados

La muestra de estudio estuvo constituida por 522 pre-escolares de los cuales el 50.76% fueron niños y el 49.24% niñas. Del total de los preescolares evaluados 161 (30.84%) presentaron maloclusiones de pequeñas a severas, resultando ligeramente más afectada las niñas (31.13%) que los niños (30.56%); de las cuales 136 (26.05%) fueron maloclusiones de grado leve, siendo el género femenino levemente más afectado (26.85%) que el masculino (25.28%). 25 (4.79%) de grado moderado o severo, mostrando un pequeño predominio los niños (5.28%) en comparación con las niñas (4.28%) (Tabla 1).

La anomalía dentomaxilofacial más frecuente fue la Isodaquia (6.51%), en donde los hombres resultaron más afectados (7.17%) respecto a las mujeres (5.84%), siguiendo con la Odontoparalaxis (5.17%), afectando más al género femenino (5.84%) que al masculino (15.8%); la menos frecuente fue Odontocisma (0.19%), no encontrando casos para Queilosquisis, Palatosquisis y Queilopalatosquisis (Tabla 2).

Tabla 1. Prevalencia de maloclusiones por género en preescolares de 3 a 5 años de edad de la Región Altos Norte de Jalisco.

Grado	Hombres		Mujeres		Ambos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No existe	184	69.44	177	68.87	361	69.16
Leve	67	25.28	69	26.85	136	26.05
Moderado a Severo	14	5.28	11	4.28	25	4.79
Total	265	100	257	100	522	100

Tabla 2. Prevalencia de anomalías dentomaxilofaciales por género en preescolares de 3 a 5 años de edad de la Región Altos Norte de Jalisco.

Anomalía	Hombres		Mujeres		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Prognatismo	10	3.77	10	3.84	20	3.83
Retrognatismo	7	2.64	7	2.72	14	2.68
Queilosquisis	0	0	0	0	0	0
Palatosquisis	0	0	0	0	0	0
Queilopalatosquisis	0	0	0	0	0	0
Isodaquia	19	7.17	15	5.84	34	6.51
Odontocisma	0	0	1	.39	1	.19
Odontoparalaxis	12	4.53	15	5.84	27	5.17
Mordida Abierta	8	3.02	9	3.50	17	3.26
Mordida Cruzada	9	3.40	7	2.72	16	3.07
Mordida Profunda	6	2.26	5	1.95	11	2.11
Combinados	11	4.15	11	4.28	22	4.21
Sin anomalía	183	69.06	177	68.87	360	68.9

Discusión

Esta investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de maloclusiones en una muestra representativa de los pre-escolares de la Región de los Altos Norte del Estado de Jalisco; la cual estuvo constituida por 522 pre-escolares de los cuales el 50.76% fueron niños y el 49.24% niñas. El 26.05% presentaron maloclusiones de grado leve, 4.79% moderado a severo y los valores entre género tienen poca diferencia. La anomalía dentomaxilofacial más frecuente fue la Isodaquia con 6.51%, siguiendo con la Odontoparalaxis (5.17%), la menos frecuente fue Odontocisma (0.19%), no encontrando casos para Queilosquisis, Palatosquisis y Queilopalatosquisis.

Al comparar estos resultados con los de otras poblaciones el porcentaje de las maloclusiones leves fue superior al reportado por García en 1998, que realizaron una encuesta nacional en Cuba donde solamente el 18.9% de los preescolares presentaron maloclusiones en dicho grado, sucediendo lo contrario con las del grado moderado a severo, ya los niños cubanos superaron a los del estado de Jalisco (14.2%).⁹

Sin embargo, al comparar los resultados de nuestro estudio con los de Garbin (2007) que evaluó las condiciones de la oclusión en niños de 5 años de edad de Brasil, las cifras que representan a las alteraciones de la oclusión de tipo leve superaron a las de los preescolares jaliscienses (13.18%); pero no fue el caso para las de tipo moderado a severo, las cuales mostraron cifras inferiores a las de este estudio (2.35%).¹⁰

Por otro lado Cartes (2010) que evaluó las maloclusiones en los menores de un Liceo Intercultural de Chile, donde sus resultados superan marcadamente a los del estudio de la Región de los Altos de Jalisco, tanto en el grado severo (31.18%) como de moderado a severo (21.7%).¹¹ Igual situación sucedió con lo publicado por Morales (2011) en la Ciudad de México, quien determinó la prevalencia de maloclusiones en los menores de Netzahualcóyotl, concluyendo con cifras muy superiores a las de Jalisco como a las de las poblaciones anteriores, caracterizándose

aun más, el haber encontrado las cifras más elevadas para el grado de moderadas a severas (45.98%) en comparación a las pequeñas (33.60%).¹²

También resultaron superiores las cifras encontradas por Castillo (2011) quien estudio la prevalencia de maloclusiones en infantes de 2 a 8 años de edad de Ucayali, Perú, que determinó que el 85.6% de los evaluados presentó algún grado de maloclusión.¹³ Y Mendoza (2012) que su grupo de estudio fue de infantes de 5 a 11 años de edad del estado de Tabasco, México, que hayo que el 91% tenía alteraciones en la oclusión,¹⁴ Ninguno de ellos específico qué porcentaje correspondía para el grado leve y para el de moderadas a severas.

Referencias

1. Federación Dental Internacional (2015), El desafío de las enfermedades bucodentales, Una llamada a la acción global; Atlas de la Salud Bucodental, Segunda Edición. Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
2. Esquivel R, Jiménez J. Perfil epidemiológico de salud bucodental de estudiantes de la FES Iztacala. *Rev Odontológica Mexicana*. 2007; 11 (1): 46-52.
3. Figueiredo L. Estudio de las relaciones paciente/ambiente. In *Odontología del Bebé*. Fondo Editorial de la Universidad Inca. 2000: 36-8.
4. Taboada O, Torres A, Cazares CE, Orozco L. Prevalencia de maloclusiones y trastornos del habla en una población preescolar del oriente de la Ciudad de México. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2011; 68 (6): 425-30.
5. Espinal G, Manco H, Aguilar G, Castrillon L, Rendon J, Marin M. Estudio retrospectivo de anomalías dentales y alteraciones óseas de maxilares de cinco a catorce años de las clínicas de la facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Revista Facultad de odontología Univ, Antioquia*. 2009; 21 (1): 5-64.
6. Capelozza L. Normas para el Diagnóstico. En L. Capelozza, *Diagnóstico en Ortodoncia*. Maringá Paraná: Dental Press. 2005: 156-158.
7. Uribe G. Edad esquelética. En *Ortodoncia. Teoría y Clínica*. Bogotá: Corporación para investigaciones Biológicas. 2004: 67-80.
8. Méndez D, Caricote N. Prevalencia de Caries Dental en Escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela (2002-2003). *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*, 2003: 25-28.
9. Aguilar-Moreno N, Taboada-Aranza O. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura. *Bio Med Hospital Infantil*. 2013; 70: 364-371.
10. Duarte I. Análisis de salud Oral y su impacto en la calidad de vida de la población preescolar del municipio de Cascais, Portugal en 2012. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.
11. Cartes-Velasquez R, Araya E, Valdes C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo Intercultural. *Int J Odontostomat*. 2010; 4 (1): 65-70.
12. Montiel M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Revista ADM* 2004; LXI (6): 209-14.
13. Aliaga-Del Castillo A, Mattos-Vela M, Aliaga-Del Castillo R, Castillo-Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la amazonia de Ucayali, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011; 28 (11):87-91.
14. Ramírez-Mendoza Jeannette, Ruedas M, Morales M, Gallegos A. Prevalencia de caries dental y maloclusiones en escolares de Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*. 2012; 11 (1): 12-23.