

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores de riesgo de maloclusiones en adultos. Risk factors of bad occlusions in adults.

Daysi Cruz Estupiñán,^I Lizandra Collado Ortega,^{II} Irma Fernández Maderos,^{III} Belsis Díaz Rondón.^{IV}

- ^I Especialista de II Grado en Ortodoncia, Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- ^{II} Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Clínica G y 19. La Habana, Cuba.
- ^{III} Especialista de II Grado en Bioestadística. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.
- ^{IV} Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica, Doctora en Ciencias Médicas. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. La cara es el centro de la comunicación del individuo, es por eso que cada vez acuden más pacientes adultos por requerir correcciones ortodóncicas y estéticas en el país, teniendo en cuenta que más del 35% de los pacientes ortodóncicos del mundo de hoy son adultos. Las maloclusiones constituyen uno de los tres problemas de salud bucal que más afectan a la población y están asociados en su mayoría a la práctica de hábitos bucales deformantes. Métodos. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en población adulta de 20 a 35 años de edad en el municipio Plaza de la Revolución, en el período comprendido de septiembre del 2010 a septiembre del 2011. La muestra quedó conformada por 104 pacientes adultos. Los datos se plasmaron en un formulario, empleando las variables: presencia de maloclusión según la Clasificación de Angle, hábitos bucodeformantes, la caries dental, la pérdida de dientes y la disfunción neuromuscular. Resultados. Los resultados obtenidos demuestran que la Clase I de Angle fue la más frecuente en un 66,3%. La pérdida de dientes y el bruxismo fueron los factores que se presentaron con mayor frecuencia en la muestra estudiada con 50,0% y 46,2% respectivamente. Todos los pacientes con maloclusiones presentaron algún factor de riesgo, con asociaciones significativas, excepto la onicofagia. Conclusiones. Entre los factores de riesgo predominaron el bruxismo, la pérdida dentaria, la onicofagia y la respiración bucal. Palabras clave: maloclusiones, factores de riesgo.

ABSTRACT

Introduction. The face is the center of communication in human beings. Therefore, there are more adult patients that come to consulting rooms in order to correct orthodontic and esthetic problems in the country. The bad occlusions are one of the three mouth health problems that affect people the most. The majority of bad occlusions are associated to inappropriate habits that damage the buccal health. Methods: In this research, a descriptive study of transversal cutting has been accomplished in Revolution Square, from September/2010 to September/2011. People from 20 to 35 years old were examined. The study analyzes 104 adult patients. The information was organized taking into account several variables like sex and bad occlusions following the Angle Classification, habits that may jeopardize the buccal

health, dental caries, teeth lost, and neuromuscular dysfunctions. **Results:** The results indicate that the First Class of Angle was the most frequent, in a 63.3%. Significant associations between sex and type of bad occlusion were not found. **Conclusions:** The most common risk's factors were bruxism, dental lost, onycofagia, and buccal breathing. Key words: bad occlusions , risk factors.

INTRODUCCIÓN

La adultez es una etapa de equilibrio funcional donde el crecimiento ha terminado y el individuo alcanza su mayor desarrollo físico e intelectual.¹

En los últimos cincuenta años se ha renovado el interés por la clínica del adulto partiendo de un hecho fundamental que fue madurando con el tiempo hasta ser comprobado: es posible mover el diente del adulto, de forma controlada y bajo ciertas condiciones, sin riesgo y con garantías para la supervivencia de la dentición.²

La importancia de las maloclusiones se establece no sólo por el número de personas que la presentan, sino además, por los efectos nocivos que pueden generar en la cavidad oral.³

Los estudios epidemiológicos de salud bucodental relacionados con factores de riesgo y severidad de las maloclusiones, constituyen un instrumento básico en la planificación de los programas de promoción, prevención y curación, en el estudio de las alteraciones estéticas y de las funciones masticación, deglución, fonación y respiración. Las maloclusiones hacen a los individuos susceptibles a traumas dentarios, caries, enfermedades gingivales, periodontales, disfunciones musculares y articulares.⁴

La identificación de factores de riesgo de maloclusiones constituye un paso obligatorio para la prevención primaria,⁵ con el fin de encaminar programas preventivos que permitan disminuir su incidencia.⁶

Muchos factores de riesgo conocidos, ejercen su influencia en la dentición como son la respiración bucal, que puede tener importancia en el crecimiento de los huesos faciales y la disfunción neuromuscular, ambas pueden ser la causa o al menos un cofactor en el desarrollo de las maloclusiones.⁷

Otros factores de riesgos, como la caries dentales y la pérdidas de dientes, juegan un papel importante en el acortamiento de la longitud del arco dentario y por consiguiente, alteraciones de la oclusión y la presencia de hábitos deletéreos asociados al estrés y trastornos psicoafectivos, como pueden ser la onicofagia y el bruxismo.⁸

Debido a la magnitud de los problemas planteados, referentes a la necesidad de conocer los factores de riesgo de maloclusiones, en el paciente adulto, se determinó realizar un estudio representativo en la población cubana, para obtener valores propios, que permitan elaborar programas preventivos concretos, dirigidos a disminuir en una buena medida, la aparición de estos disturbios de la oclusión en la edad adulta.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en pacientes adultos de ambos sexos, de 20 a 35 años de edad, atendidos por consulta estomatológica en un centro estomatológico del municipio Plaza de la Revolución, en el periodo comprendido de septiembre del 2010 a septiembre del 2011.

Se estudiaron 104 pacientes, 47 del sexo femenino y 57 del sexo masculino, con un promedio de edad de $26,7 \pm 3,8$ años.

Se estudiaron las variables: presencia de maloclusión y hábitos bucodeformantes, como: la onicofagia, el bruxismo, la respiración bucal e interposición lingual en reposo, la caries dental, la disfunción neuromuscular y la pérdida dentaria.

Para determinar la presencia de maloclusiones, se utilizó la Clasificación de Angle,⁹ tomando como referencia los parámetros establecidos por Moyers¹⁰ como el perfil, la relación molar y la presencia de disfunción neuromuscular.

La evaluación estadística, fue realizada con el programa SPSS 13.0, para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizó la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y el porcentaje para las cualitativas.

En el análisis de las relaciones entre dos variables cualitativas , se empleó el método de tablas de contingencia , con la aplicación de la prueba de probabilidad exacta de Fisher. Se declaró significación estadística con $p < 0.05$.

RESULTADOS

El número de personas con maloclusiones fue de 90 (86,5%). (Gráfico 1)

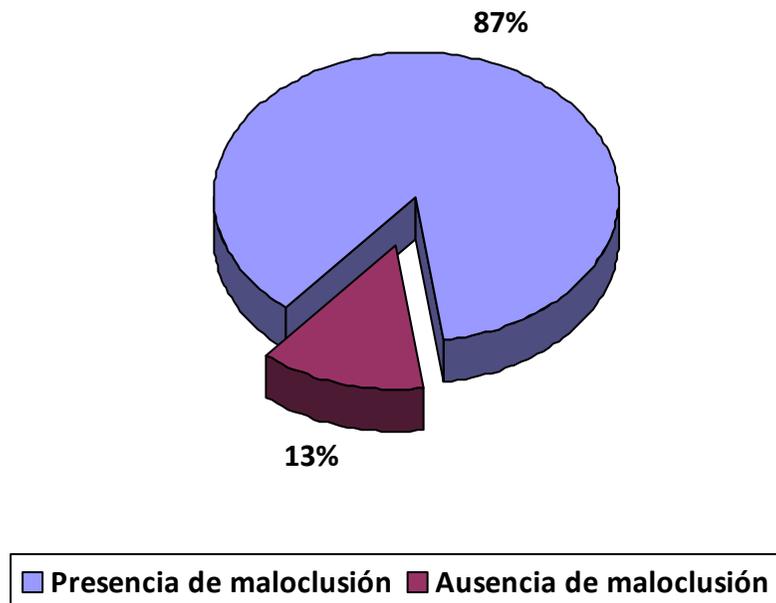


Gráfico 1. Presencia de maloclusiones .

Predominó la clase I de la clasificación de Angle (66,3%). (Gráfico 2)

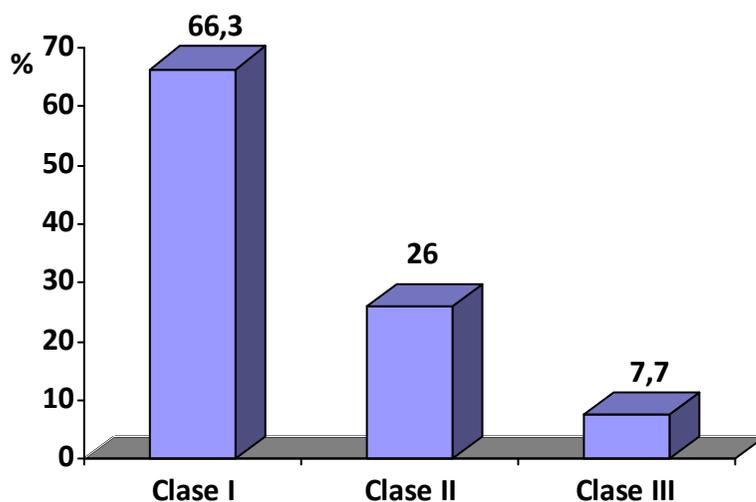


Gráfico 2. Distribución de maloclusiones según clasificación de Angle.

La pérdida de dientes y el bruxismo fueron los factores que se presentaron con mayor frecuencia en la muestra estudiada con 50,0% y 46,2% respectivamente. (Gráfico 3)

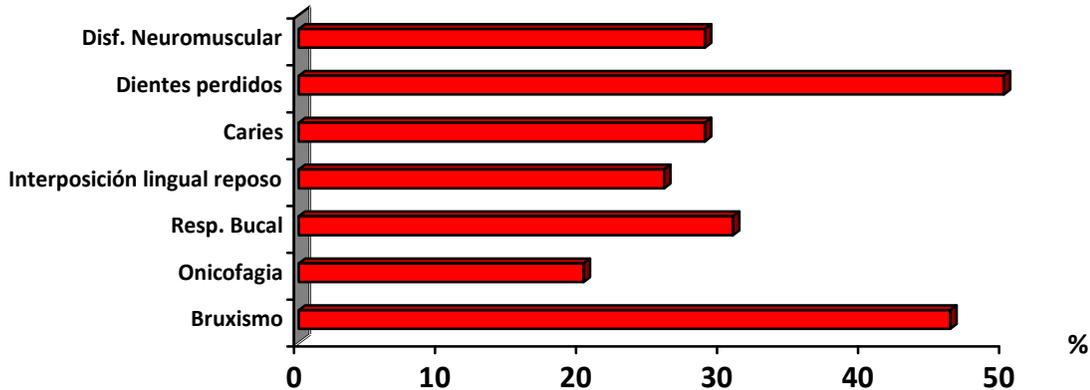


Gráfico 3. Distribución de factores de riesgo .

Todos los pacientes con maloclusiones , presentaron algún factor de riesgo asociado . Se puede observar que de los pacientes que tenían maloclusión, 52 que representa un 57,8%, tenían pérdida dentaria. El bruxismo estuvo presente en un 52,2% de los pacientes con maloclusiones y solo un paciente sin maloclusión presentó bruxismo. La respiración oral se presentó en 32 pacientes (35,6%), seguido de la caries dental y disfunción neuromuscular con 30 pacientes (33,3%) respectivamente Todas las asociaciones resultaron significativas, excepto la onicofagia, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo según maloclusiones .

Factores de riesgo	Maloclusiones				p
	Con maloclusiones n=90		Sin maloclusiones n=14		
	Nº.	%	Nº.	%	
Bruxismo	47	52,2	1	7,1	0.002
Onicofagia	21	23,3	0	0	0.067
Respiración bucal	32	35,6	0	0	0.004
Interposición lingual en reposo	27	30,0	0	0	0.018
Caries Dental	30	33,3	0	0	0.009
Dientes perdidos	52	57,8	0	0	0.002
Disfunción neuromuscular	30	33,3	0	0	0.009

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo, son aquellas características y atributos que confieren al individuo un grado variable de susceptibilidad para contraer enfermedad o alterar la salud.¹¹ Esta teoría, es uno de los destacados logros de la medicina contemporánea, ya que permite controlar aquellos elementos o procesos que inciden negativamente y obstaculizan el ulterior fortalecimiento de la salud de la población.¹¹ No actúan aisladamente, sino en conjunto, fortaleciendo su nocivo efecto para la salud.¹² La identificación de factores de riesgo es paso obligatorio para la prevención primaria.¹³

Se observó que la mayoría de los pacientes que presentaron maloclusiones tenían algún factor de riesgo asociado.

Algunos investigadores han planteado, que la pérdida de dientes y la caries dental conllevan al acortamiento de la longitud del arco y motiva irregularidades en las posiciones dentarias. Al perderse un diente permanente, la integridad del arco dentario se modifica, la maloclusión que se produce da lugar a trastornos periodontales por trauma durante la masticación, afectándose además la estética y la fonética. Se plantea que la caries dental, es una enfermedad ampliamente

extendida en el mundo, sin embargo en los últimos años, varios países han logrado declinar su prevalencia, debido a la aplicación de estrategias preventivas.^{14,15}

Teniendo en cuenta, que la población estudiada refirió estar sometida a altos niveles de estrés por sus características de trabajo, fue frecuente detectar hábitos orales como el bruxismo y la onicofagia, los cuales se plantean, son vías de desfogue emocional y de estados de ansiedad.¹⁶ Estos resultados, coincidieron con autores como Sari y Sonmez¹⁷, quienes encontraron relación entre el bruxismo y la maloclusión en la dentición permanente.

En cuanto a la respiración oral, el resultado resultó similar al reportado por Navarro Monte¹⁸ en el ámbito rural 33% y por Urrieta¹⁹ 30,95%.

Con respecto a la interposición lingual en reposo, es un hábito que deforma las estructuras y predispone a la aparición de diversas maloclusiones. En el Colegio Dental de Tokyo, Japón, se realizó un trabajo para conocer los factores que causan maloclusiones, siendo la posición anormal de la lengua, uno de los que con más frecuencia, causó maloclusiones.²⁰

La disfunción de los labios, como lo demuestran diferentes estudios, es considerado un factor de riesgo significativo en el desarrollo de las maloclusiones.²¹ Los músculos son las fuerzas naturales más importantes del complejo maxilofacial y desempeñan su papel principal en el estado estático y dinámico del equilibrio bucal y es tan estrecha e íntima la relación de oclusión normal y fuerzas musculares equilibradas, que la posición de los dientes está sujeta a las influencias musculares, que ejercen su acción alrededor y dentro de la boca. A tal extremo, que cuando existe un desequilibrio muscular se afectan a su vez las estructuras óseas, la posición de los dientes y la forma de las arcadas entre otras.²¹

La onicofagia fue el hábito que se presentó con menor frecuencia en la muestra estudiada, resultado que no coincide con lo reportado por otros autores.²²

Muchos autores han discutido los factores etiológicos de las maloclusiones exponiendo el aspecto multifactorial de estos, ya que para un disturbo de la normalidad participan conjuntamente diferentes causas; entre ellas, y de suma importancia, se encuentran los hábitos bucales deformantes.²²

En conclusión, se observó una estrecha relación entre los factores de riesgo y la presencia de maloclusiones, predominando la pérdida dentaria y el bruxismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Temas de Ortodoncia Estomatología Infantil. 2^{da} parte .La Habana, Cuba: Texto básico; 1982. p. 47.*
2. *Canut Brusola JA, Llamas Carreras JM. Tratamiento de adultos. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 637-47.*
3. *Silva RG, Kang DS. Prevalence of malocclusion among Latino adolescents. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2000;119(3):313-5.*
4. *Bocanegra Ornelas A, Osorio Andrade LE, Rodrigues Yáñez EE, Casasa Araujo R. Tratamiento de las maloclusiones Clase I. Home Ediciones (publicación periódica en línea) 2009 (citado 10 Mar 2010). Disponible en: URL: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/> .*
5. *Escobar F. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericana, 2ed. Caracas: C.A; 2004.*
6. *Sakkal R. Importancia de la interacción genética -ambiente en la etiología de las maloclusiones. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr (página en Internet) 2006 (citado 15 May 2011); (aprox. 18 p.). Disponible en:
URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Rev+Latinoam+Ortod+Odontopediatr&cmd> .*
7. *Parra Y. El Paciente Respirador Bucal una propuesta para el estado de Nueva Es parta 1996-2001 (publicación en línea) (citado 13 May 2010). Acta Odontológica Venezolana 2004; 42(2). Disponible en: URL: <http://www.odont.ucv.ve/>.*
8. *Murillo A, Guerra M. Etiología de las maloclusiones en la población menor de 15 años. Rev Multimed (página en Internet) 2001 (citado 15 Jul 2010); (aprox. 2 p.). Disponible en: URL: <http://www.ortodoncia.ws/>.*
9. *Angle EH. Classification of malocclusion. Dental Cosmos.1899; 41(18):248-63.*
10. *Moyer RE. Manuel de Ortodoncia. Paragu ay: Mondi SAJC; 1985. p. 242.*
11. *Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. MINSAP .Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009: p. 198 – 210.*
12. *Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003: p. 261-340.*
13. *Valdés A. Factores de Riesgo para Anomalías Dentomaxilofaciales en niños de 12 a 14 años. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Ortodoncia] . Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez ", Ciudad de La Habana , 2005.*
14. *Duque de Estrada Y, Rodríguez A, Coutin G, González N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol (publicación seriada en Internet) 2004 (citado 10 Mar 2010); 41(1): (aprox. 8 p.). Disponible en: URL: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>*
15. *Barrachina C. Etiopatogenia factores locales. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 221 -42.*

16. Sari S, Sonmez H. *The relationship between occlusal factors and bruxism in permanent and mixed dentition in Turkish children. J Clin Pediatr Dent. 2001;25(3):191-4.*
17. Bedani MH, Esperante CI. *Repercusiones esqueléticas de la obstrucción nasal. Gaceta Dental. 2008; 188: 132-45.*
18. Urrieta E, López I, Quirós O, Farias M, Rondón S, Lerner H. *Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A años 2006-2007 (citada 12 Mar. 2010) 2008. Disponible en: URL: [http:// www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).*
19. Yamaguchi HS. *Malocclusion associated with abnormal posture. Bull Tokyo Coll. 2003;44(2):43-54.*
20. Garbin JA, Garbin CA, Pantaleón MR, Gonçalves PE. *Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres, Brasil. Rev Cubana de Estom. 2007; 44(1):23-28.*
21. Pellitero Reyes BL, García Rodríguez B, Díaz JE, Torres EM. *Caries, maloclusiones y hábitos bucales deformantes. Correo Científico Médico de Holguín 2003; 7(3). (citado 14 sept 2009). Disponible en: URL: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/ind73.htm> .*
22. Martín Daza F, Pérez Bilbao J. *Factores psicosociales: metodología de evaluación (publicado en internet) 2005 (citado 20 ene 2010): (aprox. 25 p). Disponible en: URL: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_443.htm .*

Recibido: 2 de enero del 2012

Aceptado: 11 de mayo del 2012

Daysi Cruz Estupiñán. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, 216 y 11 B, Siboney, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: daysicruzes@infomed.sld.cu