

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PÉRDIDA

**Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a)
de 5 a 10 años. Revisión sistemática de la literatura 2013-2020.**



Trabajo de grado para optar al título de Odontólogo

Diego Alejandro Aristizabal Sánchez

Natalia Alejandra Barbosa Saiz

Asesor

Adriana Lucia Flórez Cubides

Profesor asistente

Línea de investigación

Crecimiento y desarrollo

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Odontología

2020

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Nota de aceptación

Firma coordinador Odontología

Firma jurado

Firma jurado

Ibagué, Noviembre 2020

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Carta de aceptación del asesor temático trabajo de grado



Carta de aceptación asesor temático

En carácter de asesora temática del trabajo titulado " **MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PÉRDIDA PREMATURA DENTAL Y Hábitos Orales en Niños(A) de 5 a 10 años. Revisión Sistemática de la Literatura 2013-2020**" Elaborado por los estudiantes Diego Alejandro Aristizabal Sánchez identificado con cedula de ciudadanía 1.110.586.127; Natalia Alejandra Barbosa Saiz identificada con cedula de ciudadanía 1.110.598.167 de la Facultad de Odontología

Considero que este cumple con los requisitos y lineamientos de aprobación de acuerdo a los requisitos exigidos por la Universidad Antonio Nariño sede Ibagué para el proceso de entrega del documento de trabajo de grado final.

En la ciudad de Ibagué departamento del Tolima a los 11 días del mes de Octubre del año dos mil veinte (2020)

A black and white photograph of a handwritten signature. The signature is written in dark ink on a light-colored surface. It appears to be 'Adriana Lucia Flórez Cubides' written in a cursive, somewhat stylized script. The signature is enclosed within a faint, hand-drawn oval border.

Adriana Lucia Flórez Cubides

Asesora Temática

Agradecimientos

A Dios por todas las bendiciones recibidas a lo largo de nuestra existencia y etapa académica, ha sido el apoyo y fortaleza en momentos de dificultad y tristeza y continua siempre presente en nuestras vidas sirviendo de motivación para salir adelante.

A nuestros padres Viviana Sánchez, Orlando Aristizabal, la abuelita Mercedes Álvarez, la tía Pilar Sánchez y Martha Saiz, Humberto Barbosa, por estar siempre presentes a lo largo de nuestra carrera; por formarnos como seres humanos y profesionales íntegros, con ganas de ser cada día mejores.

A todos los docentes que han estado en nuestra formación académica, porque ellos nos motivan para que nuestras aspiraciones crezcan cada vez más; estos agradecimientos van dirigidos a nuestras asesoras metodológicas Jacqueline Roys Rubio y Alicia Fernández, y a nuestra asesora temática Adriana Flórez quienes nos han aportado el conocimiento suficiente para culminar nuestro trabajo de grado.

Diego Alejandro Aristizabal Sánchez
Natalia Alejandra Barbosa Saiz

Dedicatoria

A Dios por protegernos y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda nuestra formación profesional, de igual forma dedicamos este trabajo a personas que enriquecen y fortalecen cada minuto de nuestras vidas: nuestros padres Viviana Sánchez, Orlando Aristizabal y Martha Saiz, Humberto Barbosa, por habernos depositado su confianza, darnos la vida y enseñado con mucho amor y dedicación el valor de la perseverancia, responsabilidad y de la honestidad.

A nuestra familia en general porque nos brindó su apoyo incondicional estando a nuestro lado en todo momento. Y gracias a todas las personas que nos apoyaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Diego Alejandro Aristizabal Sánchez
Natalia Alejandra Barbosa Saiz

Índice**Capítulo I 23**

- 1. Planteamiento de la investigación 23
- 1.1. Justificación de la investigación 25
- 1.2 Propósito 24
- 1.3 Objetivo general 25
- 1.4 Objetivos específicos 25
- 1.5 Alcances y limitaciones 25
- 1.6 Hipótesis 26
- 1.7 Antecedentes y estado actual del tema 26

Capítulo II 32

- 2. Marco teórico 32
- 2.1 Maloclusiones 32
- 2.1.1 Maloclusiones esqueléticas 33
- 2.1.2 Maloclusiones dentales en dientes permanentes 35
- 2.1.3 Maloclusiones dentales en dientes temporales 39
- 2.1.4 Maloclusiones dento alveolares 40
- 2.2. Consecuencias de las maloclusiones 41
- 2.3. Pérdidas prematuras dentales 42

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

2.3.1 Etiología 42

2.3.2 Tipos de pérdida prematura dental 43

2.3.3 Caries 46

2.4 Síndromes 47

2.4.1 Síndrome de Kostmann 48

2.4.2 Síndrome de Down 48

2.5 Consecuencias de la pérdida prematura de dientes temporales 48

2.6 Tratamiento 49

2.7 Hábitos orales 50

2.7.1 Clasificación de los hábitos 51

2.7.2 Clasificación de los hábitos orales 53

Capítulo III 57

3. Metodología 57

3.1. Diseño de la investigación 57

3.2. Pregunta de investigación 58

3.3. Recolección de la información 59

3.4 Criterios de inclusión y exclusión 59

3.4.1 Criterios de inclusión 59

3.4.2 Criterios de exclusión 60

3.5 Selección de estudios 60

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

3.6 Interpretación de datos 61

3.7 Aspectos y consideraciones éticas 61

Capítulo IV 62

4. Resultados 62

Capítulo V 66

5. Conclusiones 66

5.1 Recomendaciones 68

Capítulo VI 68

6. Referencias bibliográficas 68

Índice de tablas

Tabla N°1 Análisis picot 58

Tabla N°2 Preguntas generadoras u orientadoras 58

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama de flujo con el proceso de recolección y selección de artículos 61

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice

Apéndice A. Fichaje de artículos seleccionados 73

Apéndice B. (Dibujo clase I, E Angle) 84

Apéndice C. (Dibujo clase II, E Angle) 85

Apéndice D. (Dibujo clase III, E Angle) 85

Apéndice E. (Dibujo clase I, D Angle) 86

Apéndice F. (Dibujo clase II, D Angle) 86

Apéndice G. (Dibujo clase III, D Angle) 86

Apéndice H. (Dibujo infracción del esmalte, Andreasen) 87

Apéndice I. (Dibujo fractura del esmalte, Andreasen) 87

Apéndice J. (Dibujo fractura no complicada de la corona, Andreasen) 88

Apéndice K. (Dibujo fractura complicada de la corona, Andreasen) 88

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice L. (Dibujo fractura corona radicular no complicada) 89

Apéndice M. (Dibujo fractura radicular, Andreasen) 89

Apéndice N. (Dibujo fractura alveolar, Andreasen) 90

Apéndice Ñ. (Dibujo concusión, subluxación, luxación y avulsión, Andreasen) 90

Apéndice O. (Dibujo caries de infancia temprana) 90

Apéndice P. (Dibujo hábitos orales) 90

Apéndice Q. Carta comité de ética 91

Apéndice R. Carta asesor temático anteproyecto 92

Apéndice S. Carta asesor metodológico anteproyecto 93

Apéndice T. Carta asesor temático proyecto de grado 94

Apéndice U. Carta asesor metodológico proyecto de grado 95

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice V. Carta asesor metodológico trabajo de grado 96

Apéndice W. Formato de asesorías de asesor temático 97

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Glosario

Bruxismo: Es una parafunción mandibular persistente que se conoce comúnmente como rechinar de los dientes. Éste se puede producir durante el día o por la noche.

Cefalometria: Nombre que se da a las medidas que se obtienen del cráneo humano, por lo general realizadas por radiografías.

Deglución: Es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago. Los alimentos masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva, se convierten en el bolo alimenticio.

Dislalia: Trastorno del lenguaje que se manifiesta con una dificultad de articular las palabras y que es debido a malformaciones o defectos en los órganos que intervienen en el habla.

Exfoliación: Es un proceso fisiológico que debe darse sin mayores complicaciones, de manera tal que la extracción del diente de leche es más una caída o pérdida gracias a la rizólisis. El diente de leche pierde su raíz y no tiene soporte para mantenerse en la cavidad oral.

Hábitos orales: Son prácticas que consisten en la repetición frecuente de una misma actividad que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente.

Hipofosfatasia: Enfermedad rara del metabolismo mineral óseo causada por un déficit de actividad de la fosfatasa alcalina.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Maloclusión dental: Es el mal alineamiento de los dientes que se produce desde la erupción dentaria o que se pueden ir desarrollando a lo largo del tiempo.

Neutropenia: Presencia de niveles bajos de glóbulos blancos (denominados "neutrófilos") en el organismo.

Oclusión: Alineamiento de los dientes y la forma como se ajustan los dientes superiores e inferiores.

Respiración oral: Es un hábito que suele comenzar a corta edad relacionado en respirar por la boca.

Retrognatismo: Alteración potencialmente deformante de la cara donde la mandíbula es muy pequeña o le falta proyección.

Retrusión: Es cuando los dientes hacen mordida hacia atrás de los dientes inferiores, se corrige con ortodoncia.

Síndrome: Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Trastorno: Cambio o alteración que se produce en la esencia o las características permanentes que conforman una cosa o en el desarrollo normal de un proceso.

Tratamiento: Es el conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades.

Resumen

Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años. Revisión sistemática de la literatura 2013-2020.

Introducción. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar con respecto a la prevalencia de enfermedades bucales después de la caries y la enfermedad periodontal. (Suami González Rodríguez, 2017) Clasificadas como alteraciones producidas por factores externos como las pérdidas prematuras y hábitos orales presentes durante el crecimiento craneofacial que traen consigo, múltiples consecuencias asociadas con el desarrollo. La maloclusión dental está relacionada con la presencia de pérdidas prematuras ya que el diente temporal guarda un espacio en la arcada y cumple diferentes funciones fisiológicas; al perderse este equilibrio se presentarán cambios posicionales en un corto tiempo, trayendo consigo consecuencias en el desarrollo orofacial. Los hábitos orales son una indudable causa sobre las maloclusiones dentales ya que intervienen en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o re direccionando el crecimiento en ciertas estructuras. **Objetivo.** Asociar las maloclusiones dentales con la pérdida prematura dental y los hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años. Revisión sistemática de la literatura. 2013-2020. **Método.** Revisión sistemática de la literatura, mediante un análisis documental de tipo cualitativo en estudios realizados durante el período 2013-2020, utilizando datos relevantes sobre maloclusiones dentales asociadas a hábitos orales y pérdidas prematuras. **Resultados.** La maloclusión más habitual fue la clase I de Angle en dientes permanentes con un porcentaje de 73.2 %, seguido de la Clase III con el 17 % y la clase II con el 9.8 %. En la dentición temporal plano terminal recto

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

fue de 83.9%, Seguido de maloclusiones del plano vertical como mordida abierta anterior y mordida profunda. **Conclusiones.** Se identificó que las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales tienen una estrecha relación con las maloclusiones en el rango de edad de 5 a 10 años, coincidiendo con los resultados, los cuales concluyen que la presencia de hábitos orales parafuncionales y pérdidas prematuras dentales desarrollan varios tipos de maloclusión dental en los niños(a), comprometiendo el correcto crecimiento y desarrollo craneofacial.

Palabras clave: Maloclusión dental, hábitos orales, pérdida prematura dental, niños, oclusión

Abstract**Dental malocclusions associated with premature teeth loss and oral habits in children between 5 to 10 years old. Systematic review of the literature 2013-2020.**

Introduction. According to the World Health Organization (OMS), malocclusions rank third in the prevalence of oral diseases after caries and periodontal disease. (Suami González Rodríguez, 2017) Classified as alterations produced by external factors such as premature losses and oral habits during craniofacial growth that carry with them, multiple consequences associated with the development. Dental malocclusion is related to the presence of premature losses because the temporary tooth keeps a space in the arch and has different physiological functions; when this balance is lost, positional changes will occur in a short time, bringing with it consequences in the orofacial development. Oral habits are an unquestionable cause of dental malocclusions since they intervene in the normal development of the alveolar processes, stimulating or redirecting the growth in certain structures. **Objective.** To associate dental malocclusions with premature teeth loss and oral habits in children between 5 to 10 years old. Systematic review of the literature. 2013-2020. **Method.** Systematic review of the literature, through a qualitative documentary analysis in studies done during the period 2013-2020, using relevant data on dental malocclusions associated with oral habits and premature loss. **Results.** The most common malocclusion was Angle class I in permanent teeth with a percentage of 73.2 %, followed by class III with 17 % and class II with 9.8 %. In the temporary dentition straight terminal plane was 83.9%, followed by malocclusions of the vertical plane as open bite and deep bite. **Conclusions.** It was identified that dental premature losses and oral habits have a close relationship with malocclusions in the age range of 5 to 10 years, matching with the results, which conclude that

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

the presence of parafunctional oral habits and dental premature losses develop several types of dental malocclusion in children, compromising the correct growth and craniofacial development.

Keywords: Dental malocclusion, oral habits, premature tooth loss, children, occlusion.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar con respecto a la prevalencia de enfermedades bucales después de la caries y la enfermedad periodontal. (Suami González Rodríguez, 2017) Están clasificadas como alteraciones producidas por factores externos como las pérdidas prematuras y hábitos orales presentes durante el crecimiento craneofacial que traen consigo, múltiples consecuencias asociadas con el desarrollo.

Se considera como el alineamiento inadecuado de los dientes que se hace evidente en la etapa de crecimiento, especialmente desde la erupción dentaria, que juega un papel fundamental en el desarrollo, por lo tanto, es de vital importancia conocer su etiología para la determinación de un tratamiento satisfactorio.

Están clasificadas según Angle en dos grandes grupos (el primero abarca dentales, dentoalveolares, esqueléticas y el segundo, clase I, II y III), las que están relacionadas con factores etiológicos como trastornos hereditarios y desencadenantes; entre ellos, hábitos, pérdidas prematuras o factores sindrómicos asociados, identificados, con un correcto diligenciamiento de historia clínica y ayudas diagnósticas como radiografías y modelos. (déu, 2019).

La maloclusión dental está relacionada con la presencia de pérdidas prematuras ya que el diente temporal guarda un espacio en la arcada y cumple diferentes funciones fisiológicas; al perderse este equilibrio se presentaran cambios posicionales en un corto tiempo, trayendo consigo consecuencias en el desarrollo orofacial que de no ser tratadas de manera oportuna,

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

generarán complicaciones y son ocasionadas frecuentemente por caries dental, periodontitis (periodontosis, periodontitis juvenil), resorciones radicales atípicas, traumatismos presentes en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que afecta en mayor medida (50%) a los dientes anterosuperiores. Vale la pena resaltar que dentro de estas causas también se encuentran los factores intencionales clasificados como: lesiones personales culposas, eventos de hechos dolorosos, fenómenos de maltrato (violencia intrafamiliar), asaltos, riñas (Paloma Planells del pozo, 2018). Otro factor relevante desencadenante de las maloclusiones dentales son los hábitos que consisten en la repetición frecuente de una misma actividad que se realiza en un principio de manera consciente y luego de manera inconsciente, se pueden presentar a cualquier edad y están relacionados con la alimentación, la comunicación y el placer que pueden venir de episodios de ansiedad y depresión. (Garcia, 2012).

Los hábitos orales son una indudable causa sobre las maloclusiones dentales ya que intervienen en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o re direccionando el crecimiento en ciertas estructuras; están clasificados en fisiológicos y no fisiológicos y presentan diferentes grados de severidad medidos por su intensidad, frecuencia y duración, por lo que es importante una intervención oportuna. (Carmen Iugo, 2011). La metodología de este estudio consistió en la búsqueda de artículos en español, inglés y portugués en diferentes bases de datos como PubMed, Scielo, Google académico y Medigraphic usando descriptores booleanos, posterior a esto se ejecutó la fase de recolección y análisis de artículos mediante el título, abstract, año de publicación y criterios de inclusión. El objetivo general es asociar las maloclusiones dentales con la pérdida prematura dental y hábitos orales en niños de 5 a 10 años mediante una revisión sistémica de la literatura.

Capítulo I

1. Planteamiento de la investigación

Las maloclusiones, constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico. Según la organización mundial de la salud (OMS), estas alteraciones son consideradas como una enfermedad, que ocupa el tercer lugar con respecto a la prevalencia en enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal. (Suami González Rodríguez, 2017).

En la práctica odontológica es muy frecuente encontrar pacientes de todas las edades con diferentes tipos de maloclusión. Se ha demostrado que los hábitos no fisiológicos y las pérdidas prematuras dentales son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusión o deformaciones dentó esqueléticas, que alteran el desarrollo normal del sistema estomatognático y causan un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales. (Khatherine & Lizeth, 2019). Es importante que el odontólogo, el padre de familia y/o acudiente estén informados, debido a que en conjunto podría resolverse esta problemática tan común en la población infantil. Esta revisión sistemática de la literatura pretende el análisis de la información sobre la asociación de la maloclusión dental con pérdidas prematuras dentales y hábitos orales en la población infantil, así como brindar información pertinente que sirva de apoyo para padres, acudientes y profesionales en odontología en la prevención y resolución de estos casos. (Khatherine & Lizeth, 2019).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

1.1 Justificación de la investigación

Se conoce el complejo maxilofacial como la unión de tres sistemas: muscular, esquelético y dentario, que al funcionar en conjunto de una manera correcta, se obtiene la oclusión funcional y equilibrada; pero si los hábitos orales y pérdidas prematuras persisten se convierten en obstáculos que bloquean la funcionalidad adecuada de estos sistemas que generan maloclusiones dentarias. (Elizabeth, 2017). La presente revisión sistemática tiene valor profesional y social ya que brinda información clara y pertinente a odontólogos, padres y estudiantes acerca de la asociación entre pérdidas dentales, hábitos orales y maloclusión. De esta manera se busca identificar, e incentivar la implementación de odontología preventiva, para así generar una intervención de manera oportuna en la población infantil con un tratamiento adecuado, y de esta forma minimizar consecuencias generadas por estas alteraciones. (Elizabeth, 2017).

1.2 Propósito

El estudio fue desarrollado con el fin de determinar maloclusiones dentales asociada a pérdidas prematuras y hábitos orales, buscando si existe una correlación significativa entre éstos, con el único propósito de ampliar conocimientos y resaltar el valor de un tratamiento oportuno para reducir consecuencias que pueden llegar afectar el desarrollo maxilar del niño(a). Por otro lado dar a conocer esta información a los padres de familia acerca de las posibles complicaciones que representa un hábito oral, una pérdida prematura o una maloclusión dental en edad temprana,

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

de manera que ellos sean conscientes de la gravedad y puedan actuar a tiempo para el bienestar del mismo.

1.3 Objetivo general

Asociar las maloclusiones dentales con la pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años. Revisión sistemática de la literatura 2013-2020

1.4 Objetivos específicos

Identificar información sobre maloclusiones dentales, pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años.

Analizar la información encontrada sobre maloclusiones dentales, tipos de pérdidas dentales y hábitos orales en los niños(a) de 5 a 10 años.

Determinar la asociación de las maloclusiones dentales con las pérdidas prematuras dentales y hábitos orales en los niños(a) de 5 a 10 años.

1.5 Alcances y limitaciones

Alcances

Realizar una revisión sistemática de literatura a través de bases de datos PubMed, Google escolar y SciELO sobre la asociación de maloclusiones dentales, pérdidas prematuras y hábitos orales. Además servir de guía de información a estudiantes y odontólogos sobre la importancia del tratamiento oportuno y las consecuencias que pueden traer este tipo de alteraciones.

Limitaciones

El hallazgo de mucha bibliografía desactualizada y de artículos no indexados referente al tema de maloclusiones dentales asociada a pérdidas prematuras y hábitos orales en niños de 5 a 10 años. También es importante mencionar el déficit de tiempo adquirido y la dificultad del desarrollo de una fase de campo por pandemia del virus COVID-19, que además impidió el acceso a literatura de la biblioteca de la Universidad Antonio Nariño sede Ibagué.

1.6 Hipótesis

- **H₀:** No existe asociación entre maloclusiones, hábitos orales y pérdida prematura de dientes.
- **H₁:** Existe asociación entre maloclusiones, hábitos orales y pérdida prematura de dientes.

1.7 Antecedentes y estado actual del tema

Monty Duggal en Nabina Bhujel, julio de 2013 en la universidad de Leeds; realizó el primer estudio de casos y controles del Reino Unido para evaluar el impacto de las extracciones en dentición primaria en desarrollo de maloclusión en dentición permanente. Buscando ver el aumento de gravedad que tiene la extracción de un diente primario con la necesidad de ortodoncia a largo plazo en una población con altos niveles de caries dental. Se revisó el número

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

total de dientes primarios extraídos prematuramente que fue asociado significativamente con una mayor necesidad de ortodoncia. Cada diente primario extraído prematuramente condujo a un aumento del 18% en la necesidad de ortodoncia en la dentición permanente, y los niños con extracción prematura de los primeros molares permanentes fueron excluidos de este estudio ya que esta es una variable de confusión. La extracción de los primeros molares permanentes inferiores está asociada con problemas dentro del arco, en consecuencia, estos problemas permanentes llevan a la necesidad de ortodoncia a largo plazo. Por eso cuando sea apropiado y factible, los odontólogos deben minimizar la cantidad de dientes primarios extraídos. (Nabina Bhujel, 2013).

Laura Mendoza Oropeza, Arcelia F. Meléndez Ocampo y cols plantearon en 2014, determinan la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de 2 a 15 años que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM, cuyos padres firmaron previamente un formulario de consentimiento para participar en este estudio, la encuesta contenía una sección con preguntas directas para los niños de manera personal, y otra sección dirigida a los padres para identificar la presencia de hábitos orales. Finalmente, variables epidemiológicas como respiración oral, competencia de labios, incompetencia o mordeduras; se obtuvo onicofagia y presencia de callos causados por la succión del pulgar.

Se determinaron variables como la succión del pulgar, la respiración oral, la deglución atípica, la onicofagia, el bruxismo, la automutilación de los labios o las mejillas, la succión de los labios y el uso prolongado del biberón. Forma del arco, overjet, presencia o ausencia de mordida

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

de borde a borde tras la oclusión, apiñamiento anterior superior e inferior, relación molar clase I, II y III, según Clasificación de Angle, en dentición mixta temprana y dentición permanente completa; así como los planos terminales en los casos en que no se pudo registrar la clase molar o en los casos en que los primeros molares no erupcionaron. Para los dientes permanentes, la maloclusión se determinó por la posición del primer molar superior con respecto al primer molar inferior como Clase I, II (div. I y II) y III. Los datos obtenidos se presentaron como distribución porcentual, promedios y se calculó si existía una relación entre los hábitos orales y las maloclusiones mediante Chi 2 (χ^2), para un resultado del 48,2% pertenecía al género masculino y el 51,7% femenino. La edad promedio fue de 8 años, presentando una edad mínima de 2 y un máximo de 15.

Con respecto a la prevalencia de hábitos orales perniciosos, se determinó que era del 96,6% para analizar la frecuencia por edad y género se observó que la prevalencia de hábitos orales es mayor en hombres que en mujeres y más frecuente a los 4 años y de 6 a 11 años, cuando están en la dentición mixta. Los hábitos orales perniciosos más frecuentes fueron el empuje de la lengua con un 66,2%, 49,3% de succión de labios, 41,9% y 31,8% de onicofagia y respiración oral. En una proporción menor, la postura inadecuada fue del 25.7% y la succión del pulgar del 23.6%, mientras que sólo el 2.0% informó haber usado el biberón. El mismo paciente era susceptible de presentar más de un hábito oral, del total de la muestra de la encuesta (147 niños), 114 niños se encontraron en esta situación, lo que significa que de un 100%, el 77,5% lo mostró. (Laura Mendoza Oropeza, 2014).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Davide Giugliano, Fabrizia d'Apuzzo y demás colaboradores, universidad de Nápoles Italia departamento de ortodoncia publicado en la revista science publications año 2015, evaluó la asociación entre malos hábitos, respiración bucal y maloclusión mediante la aplicación del índice ROMA en una muestra de escolares (3017 niños) que ya participan en un estudio epidemiológico en el momento del tratamiento de ortodoncia. Se utilizaron variables de ortodoncia y hábitos, incluyendo respiración bucal y el patrón de deglución incluido; pulgar, dedo y labio succión; las maloclusiones fueron revisadas en función de los grados de riesgo de ortodoncia determinados por el índice. Morderse las uñas fue encontrado ser el hábito más común (65.5%) seguido por succión labial (42.7%), respiración oral (28.6%), y succión del pulgar (13.2%). Los resultados mostraron que un aumento en el grado del índice aumenta la prevalencia de malos hábitos y respiración bucal, lo que significa que estos factores están asociados con maloclusiones más graves. Además, encontramos una asociación significativa de malos hábitos con un aumento de la sobrecarga y maloclusiones como mordida abierta, mientras que no se encontró asociación con la mordida cruzada. Se descubrió que la respiración bucal está estrechamente relacionada con el aumento de overjet, overjet reducido, mordida cruzada anterior o posterior, mordida abierta y desplazamiento de puntos de contacto. Por eso nos indica que es necesario intervenir temprano en estos factores etiológicos de maloclusión para evitar su desarrollo o empeoramiento y, si ya está desarrollado, corregirlo mediante un tratamiento de ortodoncia temprano para promover el crecimiento esquelético eugénico. (Davide Giugliano, 2015).

En la tesis doctoral presentada por Alberto Adanero Velasco de 2018 en la Universidad Complutense de Madrid facultad de Odontología propone evaluar la efectividad del uso de

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

prótesis fija con coronas pediátricas para la reposición de la pérdida prematura de dientes temporales anterosuperiores. El diseño de este estudio observacional, analítico, longitudinal y retrospectivo. Se realiza una revisión de historias clínicas de pacientes portadores de prótesis fija sobre molares temporales con coronas metálicas para la reposición de incisivos superiores la muestra total de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión fue de 123.

En resultados la etiología con mayor presencia fue la del trauma dental, con 112 pacientes del total. La mayoría de las prótesis que se habían colocado (52%), reponían un solo diente y el pilar de elección en la mayoría de los casos, fue sobre los primeros molares temporales (87%). El estudio mostró que la gran mayoría de pérdidas dentarias fueron debidas a traumatismos dentales, con más de un 90% de los casos (un 91,1% exactamente), seguido por la caries, con un 7,3% del total y, con un porcentaje menor, la presencia de maloclusiones y anomalías dentales, con un 0,8% en ambos casos. Tras analizar el número de dientes restituidos, encontramos que, en más de la mitad (51,2%) de los casos la restitución protésica se realizó para suplir un sólo diente perdido. En un 30,1%, la restitución fue de dos dientes. Con el porcentaje más bajo encontramos la restitución de tres dientes (8,9%), siendo superada mínimamente por la restitución de los cuatro incisivos superiores (9,8%).

Para el tipo de diente restituido hemos obtenido en nuestra muestra dos grupos: incisivos centrales e incisivos centrales y laterales. Los incisivos centrales son 96, un 78% de la muestra, siendo 27 incisivos centrales y laterales, lo que conlleva un 22% de la muestra, los dientes más afectados por la pérdida prematura parece que son los incisivos centrales temporales, dato que coincide en varios estudios con el publicado. (Paloma Planells del pozo, 2018).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

En estudio realizado por Paolantonio, N. Ludovici, del Instituto Dental y Maxilofacial, Cabeza y Cuello Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma, Italia plantea en 2019 un estudio transversal que se realizó para evaluar la prevalencia de maloclusión y factores asociados en preescolares con el objetivo de evaluar la existencia de una asociación entre hábitos orales y respiración oral con las maloclusiones con una muestra de 1616 niños de 3–6 años aplicando el índice Baby ROMA, un índice de necesidad de tratamiento de ortodoncia para la edad preescolar. Aplicando Chi-cuadrado y pruebas de Fischer para verificar la significación estadística de la asociación entre las variables los datos muestran que el 38% de la muestra necesita tratamiento de ortodoncia y 46% tienen signos de maloclusión que requieren una estrecha vigilancia y la eliminación de los factores de riesgo para que puedan mejorar espontáneamente con crecimiento.

Por otra parte, la prevalencia de hábitos orales y la respiración bucal aumentan con la severidad creciente de la maloclusión y los hábitos de succión y la respiración oral son ambos estrechamente relacionados con mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y mayor overjet. Ya en maloclusiones muestra la prevalencia de 46% de la muestra tiene grado 2 con signos tempranos de maloclusión en asociación con la respiración oral y hábitos orales, los ítems de índice más comunes fueron desplazamiento (22%), aumento sobremordida (20%), caries y pérdida decidua temprana (18%), pobre higiene oral (18%), mordida cruzada con desplazamiento lateral (15%), mordida abierta (12%). La prevalencia de los hábitos de succión no nutritivos fue del 22%, mientras que la prevalencia de la respiración oral fue del 23% los hábitos de succión se asociaron con overjet > 6 mm, mordida cruzada sin desplazamiento lateral y mordida abierta. La

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

respiración oral se asoció con overjet 3–6 mm, mordida cruzada, desplazamiento > 2 mm y mordida abierta moderada y severa. Estas asociaciones fueron estadísticamente significativas después de Chi Square y Fischer. (EG Paolantonio, 2019)

Capítulo II

2 Marco teórico

Entre las enfermedades bucodentales con más prevalencia, se encuentran las maloclusiones dentales, las cuales están producidas por hábitos orales y pérdidas prematuras, que desencadenan diferentes tipos de trastornos a nivel esquelético y dental. Son analizados los hábitos orales y las pérdidas prematuras dentales, como las principales bases etiológicas en la formación de diversos tipos de maloclusiones dentales en la edad de desarrollo de los niños de 5 a 10 años.

2.1 Maloclusiones

Es el mal alineamiento de los dientes que se produce desde la erupción dentaria o que se pueden ir desarrollando a lo largo del tiempo. Las maloclusiones dentales juegan un papel muy importante en el desarrollo del niño y es necesario conocer su etiología para encaminar un plan de tratamiento satisfactorio.

Existen distintos factores etiológicos como la herencia que se evidencia frecuentemente en el examen clínico ya que se han podido observar mal posiciones dentales repetitivas en determinadas familias, además que hay factores desencadenantes que se adquieren con el tiempo como los hábitos que son perjudiciales para la oclusión dental, ya que dependiendo de duración,

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

frecuencia y fuerza se haga más nocivo y podría presentar mordidas abiertas y profundas.

Algunas causas locales como la pérdida prematura dental que ocasionan la mesialización de los dientes y además una perversión en la erupción dentaria de los permanentes al no guardarle el espacio adecuado pueden producir problemas de espacio en las arcadas. Además de factores genéticos y sindrómicos que comprometen el desarrollo de la pieza dentaria, provocando agenesias dentales. Es posible prevenir la presencia de algún tipo de maloclusión conociendo los antecedentes familiares, hábitos y seguido de un buen diagnóstico por un profesional en el área de la salud oral incluyendo la historia clínica y la exploración del paciente ya sea con radiografías, modelos entre otros. (déu, 2019).

Según el ENSAB IV determina las características oclusales de cada individuo por medio de mediciones clínicas. Se encuentra que un 53,1% de niños de 5 años presenta normalidad oclusal 18.0% presenta al menos una alteración oclusal, y un 28.9% presenta al menos dos características inadecuadas (IV, 2012).

Existen tipos de maloclusiones clasificadas en esqueléticas, dentales y dentoalveolares entre ellas tenemos:

2.1.1 Maloclusiones esqueléticas. Estas maloclusiones se clasifican en:

- Clase I: (posición ideal de los maxilares) La oclusión dentaria normal es un complejo estructural compuesto de dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, hueso basal y músculos. Los llamados planos inclinados que forman las caras oclusales de las cúspides y

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

bordes incisales de todos y cada uno de los dientes deben guardar unas relaciones recíprocas definidas. Cada uno de los dientes considerados individualmente tienen una posición correcta y en equilibrio con las bases óseas sobre las que están implantados y con el resto de las estructuras óseas cráneo-faciales. Las relaciones proximales de cada uno de los dientes con sus vecinos y sus inclinaciones axiales deben ser correctas para que podamos hablar de una oclusión normal. Un crecimiento y desarrollo favorable de los maxilares, dentro de una localización en armonía con el resto de las estructuras, son condiciones esenciales para que el aparato masticatorio tenga una oclusión dentaria normal (Di Santi de Modano, 2003).

- Clase II: (Crecimiento excesivo del maxilar o falta de crecimiento de la mandíbula) Es producida por la desproporción anteroposterior severa en tamaño o en posición de los maxilares. Los hallazgos pueden variar entre: prognatismo maxilar, macrognatismo maxilar, retrognatismo mandibular, micrognatismo mandibular y combinación de estas entidades. El buen diagnóstico será importante para ejecutar un excelente plan de tratamiento. (Colombia c. n., 2016)

Clase II división I, características esqueléticas: Prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular o combinación de los 2, maxilar superior de tamaño grande o normal y/o mandíbula de tamaño pequeño o normal, o una combinación de ambas condiciones. (Colombia c. n., 2016).

Clase II división II, Características esqueléticas: Prognatismo maxilar o retrognatismo mandibular o combinación de los 2, macrognatismo maxilar o normal y/o micrognatismo mandibular o normal, mentón normal o aumentado, patrón vertical hipo divergente, ángulo goniaco disminuido. (Colombia c. n., 2016).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Tratamiento: el tratamiento de la corrección de la discrepancia esquelética debe realizarse en períodos de crecimiento activo, el mejor momento para tratar dichas maloclusiones es en el brote de crecimiento prepuberal donde hay una mayor tasa de crecimiento por unidad de tiempo, es importante utilizar las herramientas adecuadas como radiografías, modelos y cefalometrías. Realizar el aparato ortopédico lo antes posible y empezar una corrección acertada con diferentes tipos de aparatología fija y removible, re direccionar el crecimiento de los huesos y garantizar al paciente un desarrollo óptimo.

- Clase III (falta de crecimiento del maxilar superior y/o crecimiento excesivo de la mandíbula): Una de las maloclusiones más complejas de diagnosticar y de tratar es la maloclusión clase III. Se caracteriza por una alteración en la relación sagital de los maxilares, ya sea por una deficiencia o retrusión maxilar o por un prognatismo o macrognatismo mandibular, o bien sea una combinación de las anteriores. La etiología es multifactorial y es debida a una interacción de factores hereditarios y ambientales.

Tratamiento: aparatología ortopédica durante el período de crecimiento pre puberal, para lograr así, equilibrar el crecimiento maxilomandibular. Uno de los aspectos clínicos más complicados del manejo ortopédico de la maloclusión clase III es la recidiva después del período de tratamiento activo, por lo cual se recomienda mantener la oclusión cuando ya se ha conseguido (Álzate-J, 2014).

2.1.2 Maloclusiones dentales en dientes permanentes. Según Angle son las siguientes:

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

- Clase I: Relación molar normal. En el observamos como la cúspide del primer molar superior cae en el surco vestibular del primer molar inferior. Las maloclusiones de la clase I suelen ser dentarias, las relaciones basales óseas son normales. Podemos encontrar diferentes posiciones dentarias en esta clasificación. Apiñamientos, espaciamientos, mordidas cruzadas y mordidas abiertas.
- Clase II: Relaciones dentales de clase II aisladas que no se acompañan de componentes dento alveolares o esqueléticos. Sus factores etiológicos incluyen la pérdida prematura de dientes temporales, anomalías de la erupción de primeros molares superiores, migración mesial, anomalías de forma y agenesias dentales. Los hallazgos clínicos son: perfil facial ortognático, relación molar Clase II uní o bilateral: En la relación molar es Clase II la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye mesial al surco mesiovestibular del primer molar inferior. Relaciones Caninas Clase I o clase II: Los caninos se encuentran en relación de Clase II cuando la cúspide del canino superior se encuentra en posición mesial con relación al espacio interdental de canino inferior y primer premolar inferior. (Cortez, 2016).

Tratamiento: garantizar la relación canina y molar Clase I en dentición permanente, o plano terminal recto o escalón mesial leve en temporal, mediante guía de la erupción o aparatos que garanticen mantener o corregir las relaciones molares y caninas (Colombia c. n., 2016).

- Clase III: Se puede presentar una relación molar de Clase III uni o bilateral, relacionada con la pérdida prematura de molares temporales, anomalías de la erupción de primeros molares superiores, migración mesial, anomalías de forma y agenesias dentales. Relaciones Caninas Clase I o clase III los caninos se encuentran en relación de Clase III cuando la cúspide del canino

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

superior se encuentra en posición distal con relación al espacio interdental de canino inferior y primer premolar inferior. Como Tratamiento se pretende mejorar la discrepancia esquelética, mantener un ambiente favorable para el crecimiento futuro de los maxilares, mejorar la función oclusal, obtener una estética más favorable para favorecer el desarrollo psicosocial del niño, y minimizar la posibilidad de generarse una alteración esquelética de clase III severa con requerimiento de cirugía ortognática. (Colombia u. n., 2016).

Las maloclusiones también se clasifican de acuerdo a los siguientes planos:

- Plano Transversal

Mordida cruzada posterior: hablamos de mordida cruzada posterior cuando los dientes posteriores de un lado o de los dos lados del maxilar superior ocluyen por dentro de los dientes de la mandíbula.

Mordida tijera o Mordida telescópica: se produce cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores, no existe una oclusión cúspide-fosa. (Vieria).

Apiñamiento: Discrepancia entre los dientes y el tamaño de los maxilares, los dientes están montados unos encima de otros, ya que existe una diferencia entre el tamaño de las piezas y el espacio que hace falta para que estén alineados. (William Lao Gallardo, 2017).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

- Plano sagital:

Mordida cruzada anterior: la mordida cruzada anterior es en la cual los incisivos y caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a los incisivos inferiores (Fuenmayor, 2012).

Mordida borde a borde: Sucede cuando los bordes incisales de los dientes anteriores superiores quedan en contacto con los bordes incisales de los dientes anteriores inferiores.

Sobremordida horizontal: Es la distancia horizontal que existe entre los bordes incisales de los incisivos centrales superior e inferior.

- Plano Vertical:

Mordida profunda: sobre mordido aumentado donde los dientes superiores sobrepasan más de lo normal a los inferiores. Sobrepasa la superficie vestibular que puede ser un tercio de los incisivos inferiores cubierta por los incisivos superiores.

Mordida abierta: una persona tiene mordida abierta cuando uno o varios dientes no logran contactar con sus antagonistas (dientes inferiores) y no existe contacto entre las piezas dentales superiores y las inferiores. De esta manera, la persona no puede llegar a cerrar completamente la boca con todos sus dientes. Y se puede observar un espacio entre ellos.

2.1.3 Maloclusiones dentales en dientes temporales. Están clasificadas en:

- Plano terminal recto: la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario ocluye en la cúspide mesiovestibular del segundo molar inferior primario, haciendo que las caras distales de ambos molares formen una línea recta. El 85% de los niños terminan en una clase I de Angle y un 12% a una clase II (Ruiz, 2007).
- Plano terminal con escalón mesial: cuando el plano del segundo molar inferior primario está por delante del segundo molar superior primario formando un escalón hacia mesial. Es decir, la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario ocluye en el surco principal bucal del segundo molar inferior primario. El 80% de los niños termina en una oclusión clase I de Angle y un 20% en clase III de Angle. (Ruiz, 2007).
- Plano terminal con escalón distal: cuando el plano del molar inferior primario está por detrás del segundo molar superior primario formando un escalón hacia distal. Casi el 100% de los niños terminan en clase II de Angle (Ruiz, 2007).
- Plano terminal con escalón mesial exagerado: Este plano se refiere a que la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario cae por detrás del surco central del segundo

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

molar inferior primario, esto trae como consecuencia que los primeros molares permanentes sean guiados a una severa maloclusión Clase III o prognatismo (Ruiz, 2007).

2.1.4 Maloclusiones dento alveolares. Se dividen en:

- Clase I: La oclusión dentaria normal es un complejo estructural compuesto de dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, hueso basal y músculos. Los llamados planos inclinados que forman las caras oclusales de las cúspides y bordes incisales de todos y cada uno de los dientes deben guardar unas relaciones recíprocas definidas. Cada uno de los dientes considerados individualmente tienen una posición correcta y en equilibrio con las bases óseas sobre las que están implantados y con el resto de las estructuras óseas craneofaciales. Las relaciones proximales de cada uno de los dientes con sus vecinos y sus inclinaciones axiales deben ser correctas para que podamos hablar de una oclusión normal. Un crecimiento y desarrollo favorable de los maxilares, dentro de una localización en armonía con el resto de las estructuras, son condiciones esenciales para que el aparato masticatorio tenga una oclusión dentaria normal. (Di Santi de Modano, 2003).

- Clase II: Las Maloclusiones Clase II dentoalveolares tienen relación distal de los dientes inferiores en relación con la de los dientes maxilares de más de la mitad de la anchura de una cúspide. Las relaciones molares y caninas son clase II y se acompañan de alteraciones de la inclinación de los dientes anteriores superiores e inferiores, las cuales pueden variar entre protrusión dentoalveolar superior, retrusión dentoalveolar inferior o su combinación. Los

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

maxilares se encuentran bien posicionados en sentido sagital por lo cual se encuentra un perfil ortognático con posibles alteraciones en los labios superior y/o inferior de acuerdo a su etiología (Colombia c. n., 2016).

- Clase III: Las Maloclusiones Clase III dentoalveolares tienen relación mesial de los dientes inferiores en relación con la de los dientes maxilares de más de la mitad de la anchura de una cúspide. Las relaciones molares y caninas son clase III y se acompañan de alteraciones de la inclinación de los dientes anteriores superiores e inferiores, las cuales pueden variar entre retrusión dentoalveolar superior, protrusión dentoalveolar inferior o su combinación. (Ruiz, 2007).

2.2 Consecuencias de las maloclusiones

Las consecuencias que pueden llegar a traer las maloclusiones dentales son variadas, ya que no solo se enfocan en la cavidad oral, también comprometen músculos y huesos que conforman todo el sistema estomatognático, pudiendo generar contracciones musculares o dolores sin explicación. Conducen a problemas psicológicos producidos por no tener una estética adecuada. Se pueden presentar múltiples consecuencias, tales como: cefaleas, dolor en el cuello y espalda, problemas de bruxismo que conlleva el desgaste de las coronas de los dientes, caries y gingivitis generada por la mala posición de los dientes que dificulta el cepillado, mareos, problemas para dormir, zumbidos en el oído, fatiga muscular y dolor articular en la parte de la mandíbula. (Florescu, 2019).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Estas alteraciones podrían ser desencadenantes de una dislalia de tipo orgánica, que son producidas por trastornos de la articulación, originados por malformaciones anatómicas. La dislalia es conocida como una alteración en la pronunciación que se define como un trastorno en la articulación de los fonemas, resultado de la incapacidad para pronunciar o formar correctamente ciertos grupos de fonemas. (Vázquez-Reyes, 2014).

2.3 Pérdidas prematuras dentales

El diente siempre guarda un espacio en la arcada y realiza diferentes acciones y funciones, entre ellas están las fuerzas oclusales que le permiten mantenerse de forma alineada en el arco. Si este equilibrio se pierde por la aparición de hábitos o pérdida prematura de dientes temporales antes de su exfoliación fisiológica van a presentarse cambios en los espacios en corto tiempo. Podría ser en las primeras semanas y seguir evolucionando a lo largo del tiempo trayendo consigo consecuencias en el desarrollo oro facial de la persona que con el pasar del tiempo van a ser más difíciles de tratar o corregir. (Paloma Planells del pozo, 2018).

2.3.1 Etiología: Existe una gran variedad de sucesos causantes relacionados con la pérdida de dientes temporales antes de su exfoliación natural, las más frecuentes son: caries dental, periodontitis (periodontosis, periodontitis juvenil), resorciones radiculares atípicas. Más del 50% de los traumatismos se presentan en cabeza y cuello (caídas, accidentes automovilísticos), que afecta en mayor medida a los dientes anterosuperiores.

Entre estas causas también se encuentran los factores intencionales, que están clasificados como: lesiones personales culposas, eventos de hechos dolorosos, fenómenos de maltrato (violencia intrafamiliar), asaltos, riñas. (Ortiz Mónica, 2009).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Los hábitos orales también son un factor importante involucrado en la pérdida prematura dental, entre los cuales se encuentran: sacar la lengua, succión del dedo gordo y morder el labio inferior, que pueden traer como consecuencia movilidad dentaria y rizólisis temprana de sus raíces, causando pérdida del órgano dental antes de la fecha esperada. También existen enfermedades que provocan cambios a nivel de la cavidad oral en el futuro como macroglosia y micrognatia. (Ortiz Mónica, 2009).

La iatrogenia en el procedimiento odontológico: por perforación del piso pulpar, perforación de la furca, fractura de la raíz durante la endodoncia por lo fino de sus raíces. Por impericia del profesional o del estudiante de odontología. (Ortiz Mónica, 2009).

Tipos de pérdida prematura dental. Que se presentan en diferentes formas:

- **2.3.2 Traumatismos dentales:** Los traumatismos dentales pueden ocurrir a cualquier edad siendo una experiencia marcada y negativa para el niño, durante la etapa infantil entre los 18 y los 30 meses son frecuentes las caídas y los traumas. Esto pasa por la inestabilidad. La falta de coordinación está aliada a la incapacidad para reconocer los peligros. Las lesiones traumáticas dentales han sido clasificadas de acuerdo a una gran variedad de factores, como son, etiológicos, anatómicos, patológicos, de consideraciones terapéuticas y del grado de severidad. La siguiente clasificación se basa en un sistema adoptado por la Organización Mundial de la Salud OMS, el cual se aplica en la Clasificación Internacional de las Enfermedades en Odontología y Estomatología. Sin embargo, con el fin de incluir otras entidades no incluidas en la clasificación de la OMS, Andreasen y colaboradores realizaron modificaciones que incluyen las lesiones de

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

los dientes, de las estructuras de soporte, de la encía y mucosas orales y es aplicable tanto para la dentición temporal como permanente. Entre estas podemos encontrar lesiones de los Tejidos Duros y de la Pulpa Dental tales como:

- Infracción del esmalte: Fractura superficial en cualquier sentido y sin pérdida de estructura dentaria.
- Fractura de Esmalte: Fractura profunda con pérdida de estructura dentaria de solo esmalte.
- Fractura No Complicada de la Corona: Afecta esmalte y dentina sin exposición pulpar.
- Fractura Complicada de la Corona: Afecta esmalte y dentina con exposición pulpar.
- Fractura Corono-Radicular No Complicada: Envuelve esmalte, dentina y cemento sin exponer la pulpa.
- Fractura Corono-Radicular Complicada: Envuelve esmalte, dentina y cemento exponiendo la pulpa.
- Fractura Radicular: Afecta dentina, cemento y pulpa. Se clasifican de acuerdo a su localización y al desplazamiento del fragmento coronal.

Igualmente se puede presentar lesiones a los tejidos periodontales como:

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

- **Concusión:** Lesión menor de los tejidos periodontales, sin cambio de posición o movilidad dentaria pero con sensibilidad a la percusión. El suministro sanguíneo a la pulpa generalmente no se afecta.
- **Subluxación:** Lesión a los tejidos periodontales con aflojamiento o incremento en la movilidad y altamente sensible a la percusión pero sin desplazamiento. El suministro sanguíneo puede estar afectado.
- **Luxación Intrusiva:** Desplazamiento hacia apical del diente dentro del hueso alveolar, generalmente acompañada por fractura del hueso alveolar. (Dislocación central).
- **Luxación Extrusiva:** (Dislocación periférica o avulsión parcial) Desplazamiento coronal parcial del diente. Existe una separación parcial del ligamento periodontal y a menudo infracciones del alveolo.
- **Luxación Lateral:** Desplazamiento del diente en una dirección diferente a la axial. En la más frecuente la corona se dirige a palatino y la parte apical de la raíz hacia vestibular. Se acompaña de fractura del hueso alveolar y el ligamento periodontal está dañado en forma parcial.
- **Avulsión:** (Exarticulación) Desplazamiento completo del diente fuera de su alveolo.

También pueden ocurrir Lesiones del Hueso de Soporte como:

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

- **Fractura Conminuta del Alveolo:** Aplastamiento y compresión del alveolo en maxilar superior o en la mandíbula, es común en la luxación intrusiva y lateral.
- **Fractura simple de la Pared Alveolar:** Está limitada a la pared vestibular o lingual del alveolo.
- **Fractura del Proceso Alveolar:** Fractura del proceso alveolar que puede o no involucrar al diente.
- **Fractura de la Mandíbula o del Maxilar:** Fractura extensa del hueso basal y/o de la rama mandibular y puede o no estar involucrado el hueso alveolar. (Copenhague, 2020).

2.3.3 Caries. La caries dental es el problema de salud bucodental en la mayoría de los países, es una enfermedad dinámica crónica que se desencadena en la estructura dentaria que está en permanente contacto con los depósitos microbianos y por el desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, lo que ocasiona una pérdida del mineral de la superficie dental (esmalte). Se considera una enfermedad multifactorial por sus complicaciones biológicas, sociales, económicas, culturales y ambientales. Su formación y desarrollo está condicionada por el modo y estilo de vida de las personas.

Esta enfermedad afecta tanto la corona como la raíz del diente y la falta de atención podrían causar la pérdida de este, además de constituir un foco de infección para el organismo.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Está producida por la mala higiene bucal, apiñamiento dentario y factores sociales como los bajos niveles de instrucción y de conocimientos en educación para la salud y alguna experiencia anterior con la caries.

Según datos de la organización mundial de la salud (OMS) unas 50000 personas padecen caries dental, lo que equivale aproximadamente al 80% de la población mundial (Jiménez, 2016).

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define la caries de la infancia temprana (CIT) como la presencia de uno o más dientes cariados (cavitados o no), ausentes (debido a caries), o restaurados en la dentición primaria, en niños de edad preescolar, comienza poco después de la erupción dental, se desarrolla en las superficies dentales lisas, progresa rápidamente y tiene un impacto perjudicial en la dentición. A diferencia de la caries en dientes permanentes, la CIT afecta por lo general a los dientes superiores primarios. Hace años se le conocía como caries de biberón, ya que se le asociaba a la utilización de éste; sin embargo, se ha demostrado que no sólo se debe al uso frecuente del biberón, ya que puede aparecer con la presencia de cualquier líquido azucarado (natural o artificial) como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos. (Noriega, 2009).

2.4 Síndromes

Se considera que algunos síndromes están relacionados con la pérdida prematura dental o en la formación dental inadecuada que son los siguientes:

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

2.4.1 Síndrome de Kostmann Es una neutropenia congénita grave, la cual se presenta cuando la sangre no tiene la cantidad suficiente de un tipo de glóbulos blancos llamados neutrófilos. Dentro del cuadro clínico se presentan: cuadros febriles, fatiga, úlceras orales, impétigo, aumento de ganglios linfáticos, periodontitis, estomatitis. Lo que conlleva a la pérdida prematura de varios dental. (Carlsson, 2006)

2.4.2 Síndrome de Down El síndrome de Down también llamado trisomía 21. Esta copia extra cambia la manera en que se desarrollan el cuerpo y el cerebro del bebé, lo que puede causarle tanto problemas mentales como físicos. Presenta facies mongoloide, cara plana, ojos oblicuos y pequeños, subdesarrollo sexual, anomalías cardíacas, macroglosia, dientes malformados, hipoplasia del esmalte y con frecuencia ausencia de órganos dentarios. (Mendoza Hernandez, 2019).

2.5 Consecuencias de la pérdida prematura de dientes temporales.

La dentición temporal, debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio ya que mantienen el espacio que necesitarán los dientes permanentes para su adecuada erupción. De lo contrario se verán alteraciones dentales en los arcos por falta de espacio o interposición de los dientes, la pérdida prematura de dientes temporales ocasiona en el futuro distalización del diente anterior al espacio edéntulo, mesialización de los primeros molares permanentes, la extrusión del diente antagonista, se presenten problemas en la ATM, tratamientos protésicos tempranos, vicios perniciosos con la lengua y el sistema estomatognático sufre un desequilibrio, reflejado en maloclusiones. (Ortiz Mónica, 2009).

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

2.6 Tratamiento: El tratamiento adecuado para la pérdida prematura dental está en la fabricación de mantenedores de espacio fijos o removible que tienen el fin de guardarle el espacio a los dientes permanentes que van a erupción para evitar desórdenes en la oclusión.

Se define como mantenedor de espacio aquel tipo de aparatología intraoral usado para preservar la longitud de arco, después de la pérdida prematura de dientes deciduos. Antes de colocar un mantenedor de espacio tenemos que tener en cuenta: el cierre de los espacios se produce durante los primeros seis meses después de la extracción, por lo tanto, es necesario considerar poner los mantenedores de espacio tan pronto como se presenta la pérdida del diente deciduo. La pérdida de espacio se debe principalmente a un movimiento de inclinación de los dientes (mesial o distal), el arco superior la pérdida de espacio es el resultado de un movimiento de rotación de los molares sobre su raíz palatina junto con migración mesial.

El estado general de salud del paciente puede contraindicar cierto tipo de mantenedores de espacio (aparatos removibles, por ejemplo). La higiene oral del paciente es un factor importante para la instalación de un mantenedor de espacio, por esto se recomienda antes de la colocación de algún mantenedor limpiar y rehabilitar el sector o la arcada que se va a intervenir para no perjudicar al paciente si es el caso de un mantenedor fijo o semifijos.

Los tipos de mantenedores de espacio se clasifican según su anclaje al diente: La restauración proximal es el mantenedor de espacio más simple y más efectivos. Debe hacerse tan pronto como se haga el diagnóstico de caries interproximales, los mantenedores removibles, los aparatos de tipo unilateral o bilateral se constituyen con una base de acrílico y con o sin ganchos

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

para anclaje, en algunos casos se pueden adicionar dientes para ayudar a restablecer la función masticatoria y fonética o preservar la estética del paciente, estos se utilizan en pacientes colaboradores. Sus ventajas pueden ser la facilidad de limpiar, establece límites de la lengua, facilita la exploración dental ya que se quitan fácilmente, es un aparato que se puede implementar recuperador de espacios.

Su desventaja es la irritación de los tejidos blandos, se rompen fácilmente y es muy posible que el paciente no lo use con constancia. Los mantenedores fijos solo los puede retirar el odontólogo, son indicados en casos de pérdida de un solo molar, cuando haya indicación de corona en el diente que vamos a usar como pilar, se recomienda en pacientes poco colaboradores ya que estos pacientes los mantenedores removibles se los van a quitar y no los usaran, las desventajas es que no son funcionales por qué no mantienen una superficie masticatoria, son estéticamente diferentes. (Celi, 2013).

2.7 Hábitos orales

Son prácticas que consisten en la repetición frecuente de una misma actividad que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente, se pueden presentar en cualquier edad, se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer. Pueden venir de episodios de ansiedad, depresión. (García, 2012). Los hábitos bucales son de indudable causa de maloclusiones o malformaciones dentomaxilares que pueden ser ocasionadas por episodios de estrés o que los niños quieran llamar la atención de los padres. Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en problemas ortopédicos y ortodónticos. Al interferir en el normal

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar: Mordidas abiertas anteriores y o laterales, Protrusiones dentarias, Protrusiones dentoalveolares, Inhibición en la erupción de uno o varios dientes vestibulo o linguoversiones, etc. (Medina, 2009).

Se resaltan los factores que pueden modificar la acción de un hábito:

Duración infantil (hasta los 2 años) puede ser parte del patrón normal del comportamiento del infante, preescolar de (2 a 5 años) si la succión es ocasionada no tendrá efectos nocivos sobre la dentición y escolar de (6 a 12 años) que incluyen malposiciones dentarias y malformaciones dento esqueléticas. Además, se considera la frecuencia que puede ser intermitentes (diurnos) o continuos y (nocturnos). Igualmente se debe tener en cuenta la intensidad, que es baja cuando la inserción del dedo es pasiva o el hábito es realizado de forma pasiva, e intensa cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

2.7.1 Clasificación de los hábitos. Los hábitos se clasifican en:

- Hábitos Fisiológicos: Son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución.
- Hábitos No Fisiológicos: Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales en estos se encuentran la succión digital, succión lingual entre otros. (Carmen Lugo, 2011).

Otro dato importante a resaltar es la edad, en que este se inicia de tal forma que mientras más antes comience este mal hábito, mayor será el daño. En general, lo que es el hábito de succión del pulgar durante los primeros 18 meses no implica ningún riesgo para la dentición y debería considerarse casi fisiológica. Entre los 18 meses y los 3 años el daño se limita al segmento anterior, lo que es una modalidad de succión atípica; los dientes sobresalen ligeramente y la mordida se abre. Si el niño tiene un patrón de crecimiento normal y no inciden otros factores, como, por ejemplo, una respiración oral por obstrucción crónica de las vías respiratorias superiores, lo más probable es que, al interrumpirse el hábito precozmente, la oclusión se normalice.

Cuando el hábito persiste más allá de los 3 años y medio con una intensidad y frecuencia significativa e intensa los incisivos inferiores empiezan a retro inclinarse, el labio inferior se interpone entre ellos y los superiores, y la lengua se introduce a su vez entre las dos arcadas, manteniendo mordida abierta. Estos cambios no responden exclusivamente a la presión directa del dedo, sino que son secundarios también a la alteración en las presiones en reposo de labios y mejillas, el descenso de la lengua durante la succión y el incremento en la acción de los buccinadores.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Como se ha podido decir al principio, las consecuencias de estos hábitos dependen, no sólo de la cronología y duración a que hemos hecho referencia, sino también y en gran medida de su intensidad (la fuerza con que el niño se chupa el dedo) o dicho de otra manera la fuerza con la que el niño realiza el hábito y su frecuencia (no es lo mismo si el niño se chupa el dedo sólo un rato antes de dormir que si lo hace incluso durante el día). Ahora, quizá el factor más importante sea el patrón de crecimiento. Un hábito de succión con idénticas características de intensidad, frecuencia y duración puede tener grandes repercusiones en un niño con un patrón de crecimiento muy vertical o con una tendencia al retrognatismo y carecer de efectos cuando el patrón de crecimiento es más favorable.

2.7.2 Clasificación de los hábitos orales. Estos hábitos orales se clasifican en:

Hábitos de deglución tenemos:

Deglución normal: En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual ni una postura adelantada de la lengua.

Deglución atípica: Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil (Lugo, 2011).

Hábito de succión: inicia en el primer año de vida y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad, hasta la adolescencia y adultez, donde existen diferentes tipos de succión. Succión digital que puede ser de uno y hasta dos dedos. Las succiones digitales dependen de la duración,

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

frecuencia e intensidad del hábito (si realiza succión fuerte o no, y qué músculos están involucrados), si es en el día o en la noche, del número de dedos que usa, y de la posición en que se introduzcan en la boca.

La Succión digital es la acción de llevar uno o más dedos a la boca y ejercer presión sobre él, igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifiestan o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético entre estos la succión del pulgar que consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral y la succión de otros dedos que consiste de igual forma en introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En diferentes estudios los niños que succionan su pulgar tienen más probabilidades de desarrollar un sobremordida vertical ya que la succión del pulgar conduce a pro inclinar los incisivos superiores y retro inclinar los incisivos inferiores que conducen a un aumento sobre mordida vertical mientras que los niños que chupan más de un dedo mostraron una ligera disminución en la mordida profunda que significa que hay tendencia a formar una mordida abierta anterior porque genera la pro inclinación de ambas arcadas (Jabur, 2007).

Succión lingual: Consiste en realizar una fuerte succión con la punta lingual contra el paladar duro, de tal manera que la lengua queda succionada hacia atrás en forma de sobre, pudiendo llegar a producir ensanchamiento lingual. La succión de chupete o biberón es una

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

necesidad del bebé a través de la alimentación materna, y ayuda a estimular todos los músculos faciales y favorece el crecimiento de la cara. (García, 2012).

Succión labial: Es el acto repetitivo que consiste en morder o succionar los labios o los carrillos ejerciendo una presión constante sobre los dientes.

Empuje lingual: Es el movimiento y presión hacia adelante que realiza la lengua entre los cuadrantes I y II, durante la deglución. De acuerdo con Fletcher, Casteel y Bradley mostraron una incidencia proporcional de empuje lingual que disminuye con la edad y clasificaron como simple que es cuando se ejerce un fuerte enrojecimiento de los labios, mentonianos y elevadores, la lengua está en protrusión y las piezas posteriores en oclusión. Los dientes se encuentran en máxima intercuspidadación y complejo cuando la lengua va hacia adelante y las piezas dentarias se encuentran con diastemas, los músculos de los labios, mentón y de la cara están contraídos, los músculos elevadores mandibulares no tienen contracción y los dientes no ocluyen en su totalidad. (Parra, 2013).

- Hábitos de mordedura.

Onicofagia es el mal hábito de morderse las uñas debido a situaciones de estrés, puede ocasionar atrición o gingivitis.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

- Hábito parafuncional.

El Bruxismo se conoce comúnmente como rechinar de los dientes. Éste se puede producir durante el día o por la noche, el más frecuente es el relacionado con el sueño, también el más difícil de controlar. Las personas que tienen bruxismo aprietan fuertemente los dientes superiores con los inferiores y los mueven de atrás y a delante y viceversa, la mayoría de las veces de forma inconsciente produciendo el desgaste de los dientes.

- Hábitos de respiración oral. Entre ellos podemos encontrar:

Respiradores orales por obstrucción de las vías aéreas, los cuales presentan alteraciones a nivel de las narinas, desviaciones del tabique, hipertrofia de cornetes, secreciones nasales abundantes, hipertrofia de adenoides, atresia o estenosis de coanas, hipertrofia severa de amígdalas, rinitis alérgica, procesos inflamatorios, tumores, pólipos (Andrade, 2015).

Respiradores orales por mal hábito respiratorio son pacientes que tuvieron algún factor obstructivo a nivel nasal, que se acostumbraron a este tipo de respiración, y la continuaron practicando a través del tiempo.

Falsos respiradores orales son pacientes que tienen la boca abierta, pero respiran por la nariz, algunos tienen interposición lingual entre las arcadas dentarias.

Existe una prueba que se realiza en la parte clínica para observar si la respiración del paciente es realizada de manera oral, Se llama prueba de Rosenthal que consta de tres pasos, es importante que al momento de hacer la prueba el paciente no presente ningún tipo de resfriados o

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

alergias. El primer paso es indicarle al niño que permanezca con la boca cerrada, para observar sus movimientos respiratorios y se contarán sus movimientos torácicos, contamos 20 respiraciones completas, es importante que el paciente no evidencie la cuenta de estas respiraciones porque automáticamente cambiará su ritmo respiratorio.

En el segundo paso se le pedirá al paciente que con su índice derecho presione su fosa nasal derecha de manera suave y se vuelven a contar 20 respiraciones, el tercer paso es que haga exactamente lo mismo que el paso anterior, pero con su fosa nasal izquierda y contamos nuevamente 20 respiraciones, el resultado de esta prueba es obtener un total de 60 respiraciones completas y así tendremos la certeza que el paciente tiene un pasaje aéreo suficiente. Si llegase a presentar algún tipo de obstrucción considerable, no podrá completar la prueba y acelerará su ritmo respiratorio hasta abrir la boca.

Capítulo III

3 Metodología

3.1 Diseño de la investigación

Diseño de investigación de tipo revisión sistemática de la literatura, para realizar un análisis documental de tipo cualitativo en estudios realizados, utilizando los datos relevantes obtenidos por otros investigadores, donde se estudió la evidencia disponible, se abordó lo referente a la asociación entre maloclusiones dentales, pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años.

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

3.3 Pregunta de investigación

Se escogió el tema de investigación a tratar especificando el planteamiento del problema donde resalta la importancia de describir el contenido del presente estudio, de esta manera se formularon preguntas orientadoras bajo la estrategia PICOT (paciente, intervención, comparación, resultados, tiempo) las cuales permiten enfocar la investigación en un tema específico.

Tabla N° 1. Análisis picot

P (paciente):	Niños(a) de 5 a 10 años
I (intervención):	Niños(a) que presentan pérdidas prematuras dentales, hábitos orales y maloclusiones dentales
C (comparación):	Diferentes estudios encontrados en la literatura
O (resultados):	Asociación entre maloclusiones dentales con pérdidas prematuras y hábitos orales
T (tiempo):	2013 - 2020

Tabla N° 2. Preguntas orientadoras

N°	Preguntas
1	¿Qué tipo de maloclusiones dentales están asociadas a la pérdida prematura dental y
2	hábitos orales?
3	¿Cuáles son las maloclusiones más prevalentes en pacientes que presentan pérdidas prematuras dentales y hábitos orales?
4	¿Cuál es el rango de edad donde es más común evidenciar la pérdida prematura dental, hábitos orales y por qué?
5	¿Cuáles son los hábitos orales más comunes en niños(a) de 5 a 10 años y que consecuencias podrían traer?
5	¿Cuál es el género donde más predominan las maloclusiones dentales, pérdidas prematuras y hábitos orales?

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

3.4 Recolección de la información

La selección de los artículos se realizó de acuerdo a la relevancia y pertinencia de estos, se tuvo en cuenta que pertenecieran a fuentes de información indexada y actualizada, junto con revisión en detalle de su título y de resultados. Recolección, identificación y determinación de información encontrada sobre maloclusiones dentales, pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años, teniendo en cuenta la búsqueda en las bases de datos Google académico, Medigraphic, Scielo, y PubMed.

Los términos empleados para la búsqueda fueron en su totalidad descriptores en ciencias de la salud, Dees-MeSH con operadores booleanos and/or/not, en sus combinaciones:

- Maloclusión/ Malocclusion/ Máloclusão
- Hábitos orales/ Oral habits/ Hábitos orais
- Pérdidas prematuras dentales/ Premature tooth loss/ Perdas dentes prematuros

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión. Se establecieron una serie de criterios referentes al documento (idioma, año de publicación), estudios que se encuentren en los años 2013 a 2020 donde se considere que contesten a la pregunta del estudio.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

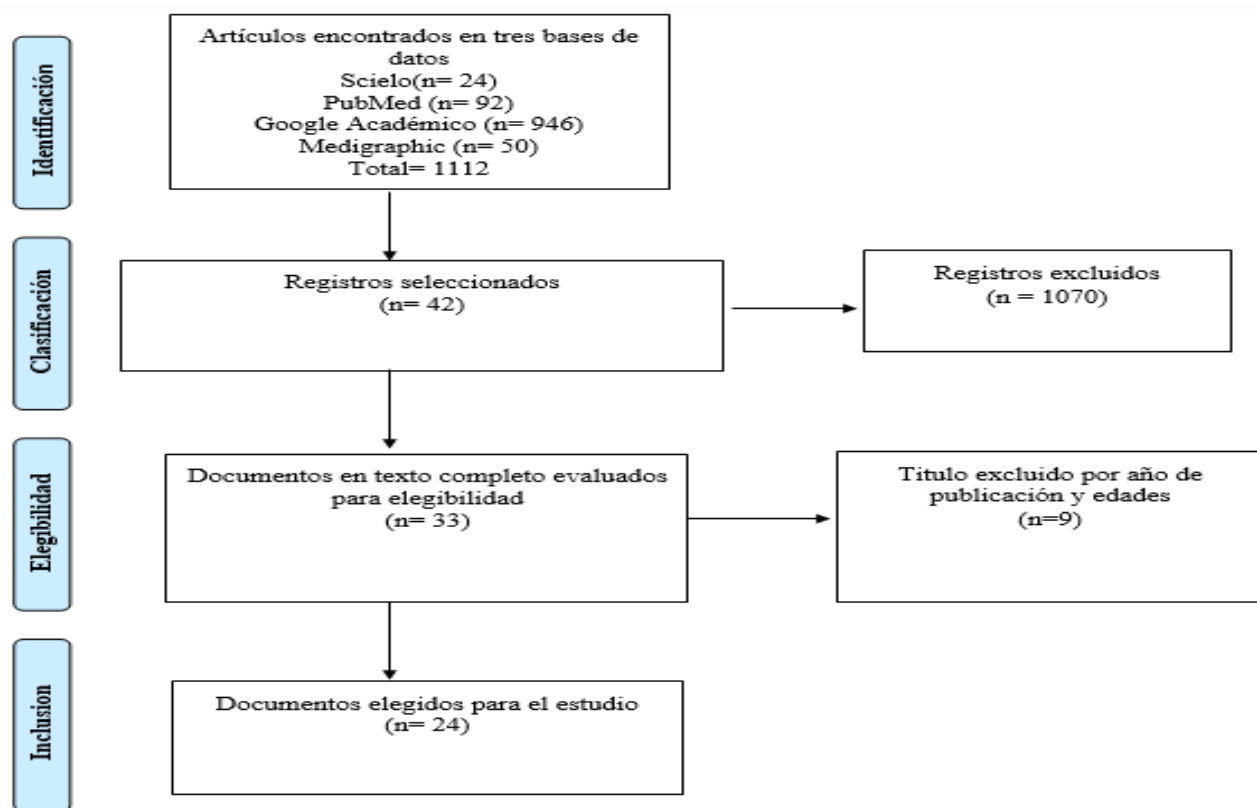
3.4.2 Criterios de exclusión. Información que no tenga soporte científico, estudios realizados en adultos, estudios desactualizados, estudios que no estén indexados.

3.5 Selección de estudios

Este proceso se llevó a cabo en cuatro fases: 1) identificación de los artículos por medio de las bases de datos; 2) selección mediante la revisión del título, resumen, objetivos, palabras claves, año de publicación de cada artículo y resultados ; 3) elegibilidad, realizado por revisiones independientes de los dos investigadores quienes identificaron artículos considerados como sólidos, evaluando el cumplimiento de las preguntas generadoras y la pertinencia según el objetivo de la investigación; 4) inclusión de artículos elegibles en la revisión sistemática de la literatura.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Figura 1. Diagrama de flujo de prima con el proceso de recolección y selección de artículos



3.6 Interpretación de datos

Se revisaron los artículos de diferentes países, autores, títulos, años, tipo de estudio, edad, resultados, conclusiones y parte del contenido de cada uno de los documentos adquiridos; con base en los criterios de los investigadores se seleccionaron únicamente artículos que nos permitieron desarrollar el trabajo.

3.7 Aspectos y consideraciones éticas

Este trabajo de grado, por tratarse de recolección de información, en el cual no se realizó ninguna intervención de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales está clasificado

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

en la categoría sin riesgo, según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del ministerio de salud de la república de Colombia.

Para referenciar la información se utilizó citas bibliográficas correctamente mencionadas y escritas de acuerdo a las normas APA sexta edición.

Capítulo IV

4 Resultados

Mediante el análisis de los estudios seleccionados se determinó que la edad donde se realizaron más investigaciones acerca de maloclusiones dentales asociadas a pérdidas prematuras y hábitos orales fue entre el intervalo de 6 a 12 años, siendo Italia el país que arrojó la mayor cantidad de estudios pertinentes, en el año 2019, y el tipo de estudio que más se presentó fue el de tipo transversal.

Mónica Zapata Dávalos y cols, Lima, Perú en el año 2013 indicó que la maloclusión más habitual fue la clase I de Angle en dientes permanentes con un porcentaje de 73.2 %, seguido de la Clase III con el 17 % y la clase II con el 9.8 %. En la dentición temporal según Xinhua Zhou, et al. Shanghai (China) año 2017 plantea que el plano terminal recto fue de 83.9%, seguido de maloclusiones del plano vertical como mordida abierta anterior y mordida profunda.

Anderson Juan Inca Sánchez en Perú año 2019 demostró que las maloclusiones dentales son más prevalentes en el género masculino con el 61.0 %; y según la edad la mayor prevalencia se da entre 6 y 9 años con el 41.4 %.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Cristina Grippaudo, y cols. Realizaron un estudio en el año 2016 en Roma, Italia, donde determinaron que las pérdidas prematuras dentales conllevan en un futuro a maloclusiones dentarias y esqueléticas, dado que se pierde el espacio establecido produciendo apiñamientos o espaciamientos que perjudican la erupción de los dientes permanentes y el desarrollo correcto de los maxilares.

Kantiana Martinez, Ecuador 2020 demostró que el género femenino presentó mayor prevalencia en presentar pérdidas prematuras dentales con un 52% y 48%. En el género masculino, la causa principal de pérdidas prematuras dentales fueron las caries dentales con un 70%, la segunda causa fueron los traumatismos dentoalveolares en el que se encontraron 13% de niños, mientras tanto el rango de edad que presentó mayor incidencia de pérdida fue 9 años con el 30%, seguida de 8 años con 24% y 7 años con el 23%.

Nicolás Arostica y cols. En Chile año 2016, reportan que las maloclusiones más prevalentes fueron el apiñamiento (35,61%), seguido de la sobremordida (30,30%) y la mordida cruzada (10,61%). Respecto a la relación distal de los segundos molares temporales, se encuentra el escalón mesial bilateral (72,83%). En cuanto a la relación sagital de los caninos temporales esta la clase I bilateral (48,91%).

Gallardo honores y cols, año 2020 en Ecuador demostró que el factor de riesgo principal que indujo la pérdida prematura de molares temporales fue la caries dental con un 74% , trayendo como consecuencia exodoncias realizadas prematuramente siendo más frecuente la ausencia del segundo molar temporal inferior izquierdo (16.82%) en la arcada dentaria, generado

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

porque los infantes en edades tempranas no adquieren la habilidad y el acompañamiento adecuado de los padres para una higiene bucal aceptable, lo que conlleva a la acumulación de placa bacteriana produciendo la destrucción de los tejidos del diente, trayendo como consecuencia la disminución del espacio en el arco dentario, que a futuro conllevaría alteraciones dentarias y esqueléticas debido a la pérdida de espacio para la erupción de los permanentes y el desarrollo correcto de los maxilares.

Cotrina Sánchez en Perú año 2019 demuestra que las agenesias dentales son más frecuentes en la mandíbula en un 11.8% y menos frecuentes en el maxilar superior 4.3%. Por otro lado Antonio LT et al en Italia año 2017 dice que los dientes perdidos congénitamente más comunes son los segundos premolares mandibulares (18,1%) seguidos de los incisivos laterales superiores (17,7%) y los segundos premolares superiores (6,3%).

En China año 2013 Syed Shaheed y cols, en su estudio demostró que las pérdidas prematuras dentales tuvieron mayor incidencia a los 8 años de edad (5,08%) producida por caries dental.

En el estudio realizado por Ana Karen Garibay y cols. Asunción año 2018. Demostró que la pérdida prematura dental por traumatismo fue de un 14%. Y en cuanto al género se encontró en las mujeres en un 9.9%, y hombres en un 12%.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Según Cristina Grippaudo, y cols en el año 2016 Roma, Italia , investigaron el tipo de maloclusión dental en niños en relación a los hábitos orales, donde se encontró que los hábitos de succión no nutritiva, asociado con el empuje lingual y la deglución atípica están relacionados con la mordida cruzada posterior.

Kolawole et al, en Nigeria en el año 2019 indico que la maloclusión que más se presenta con respecto a los hábitos orales en el plano transversal es la mordida cruzada posterior, en el plano vertical mordida profunda y mordida abierta, diferente a las pérdidas prematuras donde las alteraciones que más se presentaron son del plano transversal que fueron el apiñamiento y el espaciamiento dental.

En un estudio realizado por Cristina Grippaudo, y cols en el año 2016 Roma, Italia determinaron una asociación significativa de los hábitos parafuncionales con la mordida profunda y mordida abierta, estos daños biológicos producidos por los hábitos orales dependen de muchos factores como la edad de inicio, intensidad, frecuencia y duración.

Tircio Franco y cols, Ecuador año 2019 mencionó que la mayoría de los pacientes que presentan maloclusiones están acompañados de algún hábito (48%), y existe un bajo porcentaje de pacientes con hábitos que no presenta maloclusiones (4%).

Laura Mendoza Oropeza y cols, México 2015 evaluó la prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96.6%. El mayor número de casos se presenta a la edad de 4 y de 6 a 11 años durante la dentición mixta. El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual:

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%.

Según el análisis realizado por Mónica Josefina Zapata en Lima-Perú año 2013 de hábitos orales, la onicofagia es la más frecuente con un (25.3%), seguido de la succión digital (18.2%) y el bruxismo en tercer lugar (12.3%). En porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración oral, que desencadenan consecuencias en el desarrollo de maloclusiones como mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.

Tircio Franco y cols. En Ecuador año 2019 menciono que los 6 años de edad, tuvieron una estrecha relación con las maloclusiones dentales y hábitos orales, ya que durante el periodo de 5 a 6 años, se producen con más frecuencia hábitos nocivos como el uso sostenido del chupete, hábito de succión digital e interposición lingual que generan las maloclusiones dentales.

Capítulo V

5. Conclusiones

La recolección de la literatura incluida identificó que las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales tienen una estrecha relación con las maloclusiones en el rango de edad de 5 a 10 años, coincidiendo con los resultados de Tircio Franco y cols, Ecuador en el año 2019 concluyeron que la presencia de hábitos orales parafuncionales y pérdidas prematuras dentales desarrollan varios tipos de maloclusión dental en los niños(a), que compromete el correcto crecimiento y desarrollo craneofacial.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

La relación de las maloclusiones dentales, con respecto a pérdidas prematuras y hábitos orales confirma la presencia de al menos una maloclusión (73.2%) en la población infantil, donde el apiñamiento y el espaciamento fueron las principales maloclusiones relacionadas con las pérdidas prematuras dentales. Y la onicofagia (25.3%) el hábito más frecuente asociado a las maloclusiones dentales.

Se determinó que las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales tienen una asociación significativa con las maloclusiones dentales, en cuanto al desarrollo y crecimiento de los maxilares, además del incorrecto posicionamiento de los dientes, comprometiendo el espacio en las arcadas dentarias. Se concluyó, que la clase I de Angle es la más frecuente en la dentición permanente en un (73.2%), seguido de la mordida abierta, profunda y apiñamiento. Así mismo, en dentición temporal el plano terminal recto (83.9%).

En cuanto a las pérdidas prematuras dentales, se concluyó que la causa principal es la caries dental (74%), debido a exodoncias realizadas antes del momento de su exfoliación natural. Siendo el segundo molar temporal inferior izquierdo el diente frecuentemente ausente (16,82%) por consecuencia de la poca higiene oral, seguido de traumas dentales (14%) y agenesia dental (11.8%) en los 8 años de edad (5,08%).

De acuerdo a los resultados de la revisión sistemática se concluyó que la mayoría de los pacientes que presentan maloclusiones dentales están acompañados de algún hábito y se evidenció que son pocos los pacientes que presentan hábitos orales sin presentar maloclusiones, los hábitos más frecuentes en el intervalo de edades de 5 a 10 años fueron los hábitos de succión,

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

onicofagia e interposición lingual; y se encontró que el género masculino representa en un mayor porcentaje (61%) estos tipos de alteraciones.

5.1 Recomendaciones

Realizar más estudios de pérdidas prematuras dentales producidas por traumas o agenesias, ya que el número de estudios encontrados corresponden en una mayor medida a la caries dental y es considerado, el factor etiológico de mayor prevalencia en cuanto a pérdida prematura dental y maloclusiones. Además de motivar la concientización en los padres de familia acerca de los problemas que acarrearán las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales a largo plazo, para que de esta manera presten la atención adecuada a sus hijos y recalcar las visitas al odontólogo periódicamente, con el fin de determinar a tiempo las alteraciones producidas en los niños(a) y garantizar un excelente estado de salud.

Por último se sugiere llevar a cabo la realización de este proyecto en colegios o instituciones de bajos recursos en la ciudad de Ibagué, con el fin de conocer las maloclusiones dentales, producidas por pérdidas prematuras y hábitos orales en la población infantil local.

Capítulo VI

6. Referencias bibliográficas

1. Andrade, Simoes N. (2015). Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Latinoamericana de ortodoncia y ortopedia.

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

2. Aróstica, N., & Carrillo, G. (2016). Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares de establecimientos municipales de Viña del Mar (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).
3. C. Grippaudo, Cols. (2016). Asociación entre hábitos orales, respiración bucal y malocclusion. *Acta otorhinolaryngologica italica*.
4. II, C. GUIA DE ATENCIÓN EN MALOCCLUSIONES.
5. Caruso, S., Nota, A., Darvizeh, A., Severino, M., Gatto, R., & Tecco, S. (2019). Poor oral habits and malocclusions after usage of orthodontic pacifiers: an observational study on 3-5 years old children. *BMC pediatrics*, 19(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1668-3>.
6. Carlsson, G., Wahlin, Y.- B., Johansson, A., Olsson, A., Eriksson, T., Claesson, R., Hånström, L. y Henter, J.- I. (2006), Enfermedad periodontal en pacientes de la familia Kostmann original con neutropenia congénita grave. *Revista de periodontología*, 77: 744-751. doi: 10.1902 / jop.2006.050191
7. Di Santi, M. J., & Vázquez, V. B. (2006). Maloclusión clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. Venezuela. [Sitio en Internet].
7. Dr. Fouad, Saba J, Cols. (2007). El efecto de los malos hábitos orales en las maloclusiones y su relación con la edad, el género y el tipo de Alimentación. *MDJ*.
8. Franco, Tircio M. A. (2019). Prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 12 años de la Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.).

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

9. Gracco, A., Zanatta, S., Forin Valvecchi, F., Bignotti, D., Perri, A., & Baciliero, F. (2017). Prevalence of dental agenesis in a sample of Italian orthodontic patients: an epidemiological study. *Progress in orthodontics*, 18(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40510-017-0186-9>.
10. González, G., Fuenmayor, L. M. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revisión Bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [Internet].
11. Giugliano Davide ,Cols.(2015).Relación entre malocclusion y hábitos orales.Investigación actual en odontología.Documento de investigación original.
12. Gil Lemus, J. K., Moreno Escarpeta, L. K., & Vargas Montenegro, K. J. (2019). Hábitos orales y maloclusión en un grupo de niños de 7 a 12 años del colegio Alberto Lleras Camargo–Villavicencio 2018.
13. González Rodríguez, S., Llanes Rodríguez, M., & Pedroso Ramos, L. (2017). Modificaciones de la oclusión dentaria y su relación con la postura corporal en Ortodoncia. Revisión bibliográfica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 16(3), 371-386.
14. Gallardo Honores, F. V., & García González, Y. D. L. Á. (2020). Pérdida prematura de molares temporarios en infantes de 5 a 9 años (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
15. Inca Sanchez, A. J. (2019). Prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de odontología del Hospital la Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, Año 2018.
16. Kolawole, K. A., Folayan, M. O., Agbaje, H. O., Oyedele, T. A., Onyejaka, N. K., & Oziegbe, E. O. (2019). Oral habits and malocclusion in children resident in Ile-Ife Nigeria. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 20(3), 257-265.

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

17. Kasparaviciene, K., Sidlauskas, A., Zasciurinskiene, E., Vasiliauskas, A., Juodzbals, G., Sidlauskas, M., & Marmait, U. (2014). The prevalence of malocclusion and oral habits among 5-7-year-old children. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 20, 2036–2042. <https://doi.org/10.12659/MSM.890885>.
18. Lao Gallardo, William, Araya Rodríguez, Huberth, & Mena Camacho, Dylana. (2019). Prevalencia de apiñamiento dental en la población costarricense que consulta los servicios de odontología de la CCSS, 2017. *Odontología Vital*, (30), 39-44. Retrieved September 14, 2020, from. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000100039&lng=en&tlng=es.
19. Molina, I., & Elizabeth, J. (2017). Prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Pastocalle de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga, en el periodo de junio a julio del 2017 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
20. Mejía, Alcivar K. J. (2019). Hábitos bucales y mal oclusiones en niños de 4 a 12 años de edad (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
21. Miño, M., & Brigitte, K. (2020). Factores que producen la pérdida prematura dental, niños de 5 a 10 años, clínica odontológica semestre B 2019 UCSG.
22. Martínez, A. K. G., Bermeo, N. L. R., Martínez, C. T. H., Quiroz, L. J. G., Contreras, G. P., Gayosso, S. I. J., & Solís, C. E. M. (2018). Traumatismo dental en pacientes pediátricos que acuden a una clínica universitaria de odontopediatría: un análisis retrospectivo de historias clínicas. *Pediatría (Asunción): Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 45(3), 206.
23. Mendoza-Hernández, C., Sosa-Velasco, T. A., Sánchez-Sánchez, M., & Hernández-Antonio, A. Agnesia dental, alteración del desarrollo dental y síndromes relacionados.

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

24. Navas, C Fonoaudióloga con entrenamiento en Deglución y Terapia Mio-funcional, Hábitos Orales.
25. Nabina,B.(july 2013).The impact of premature extraction of primary teeth on the subsequent need for orthodontic treatment. The University of Leeds Leeds Dental Institute.
26. Oropeza, L. M., Ocampo, A. F. M., Sánchez, R. O., & López, A. F. (2014). Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Revista Mexicana de ortodoncia*, 2(4), 220-227.
27. Paolantonio, E. G., Ludovici, N., Saccomanno, S., La, G. T., & Grippaudo, C. (2019). Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. *European journal of paediatric dentistry*, 20(3), 204-208.
28. Raja, S. M., Mohan, M., & Jeevanandan, G. (2018). Premature loss of primary teeth and developing malocclusion: A review. *J. Pharm. Res*, 12, 190-193.
29. Sáenz, Estrella A. (2011). Asociación de hábitos orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
30. Sánchez Cotrina, i. g. (2019). Prevalencia de agenesia de dientes permanentes en pacientes de 4 a 7 años atendidos en la clínica odontológica de la universidad de Huánuco–2018.
31. Velasco, A. A. (2017). Pérdida prematura de dientes temporales en sector anterosuperior: Estudio de la eficacia de prótesis fija sobre coronas preformadas y satisfacción de los padres (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
32. Zhou, X., Zhang, Y., Wang, Y., Zhang, H., Chen, L., & Liu, Y. (2017). Prevalence of Malocclusion in 3- to 5-Year-Old Children in Shanghai, China. *International journal of environmental research and public health*, 14(3), 328. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030328>

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

33. Zapata-Dávalos, M. (2015). Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Revista Kiru, 11(1).

Apéndices

Apéndice A. Cuadro de fichaje de artículos seleccionados

País	Autores	Título	Año	Tipo de estudio	Edad	Resultados	Conclusiones
Roma-Italia	Cristina Grippaudo, E.G. Paolantonio, G. Antonini, R. Saulle, La Torre, y R. Deli.	Asociación entre hábitos bucales, respiración bucal y maloclusión	2016	Transversal	7 y 13 años	Los autores encontraron que la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior se asociaron con hábitos de 36 meses o más. Los hábitos de uso sostenido del chupete, incluidos los de 24 a 47 meses, se asociaron con mordida abierta anterior y relaciones molares de Clase II, mientras que los hábitos de los dedos se asociaron con mordida abierta anterior cuando se mantuvieron durante 60 meses o más. Los hábitos de succión no nutritivos se asocian con un patrón de deglución atípico y con el empuje de la lengua, lo que puede estar relacionado con el desarrollo de maloclusiones como mordida cruzada posterior. Encontramos una asociación significativa de malos hábitos con aumento de resalte y mordida abierta. De lo contrario, no se encontró asociación con mordida cruzada anterior o posterior. Esto puede deberse a que los daños biológicos provocados por los malos hábitos dependen de muchos factores: edad de inicio, duración, intensidad y tipo y, sobre todo, características biológicas y genéticas individuales. El hábito de succionar en dentición mixta se asocia con un aumento de la dimensión vertical, significativamente con un déficit transversal del maxilar, con diámetros estrechos del	La comunidad científica reconoce que los malos hábitos y la respiración bucal tienen un papel en la etiopatogenia de las maloclusiones, y aquí se confirma su asociación. La respiración bucal y los malos hábitos pueden considerarse factores de riesgo de maloclusión porque modifican el equilibrio fisiológico del crecimiento. Sin embargo, mientras que la respiración bucal siempre se asocia significativamente con todos los problemas oclusales examinados

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

						maxilar superior y mayor prevalencia de mordida cruzada posterior. La respiración por la boca debido a la obstrucción de la vía aérea conduce a cambios posturales como incompetencia de los labios, posición baja de la lengua en el piso de la boca y aumento de la altura facial vertical para la rotación de la mandíbula en el sentido de las agujas del reloj. Los niños con respiración bucal presentan rasgos faciales típicos: cara alargada, ojeras, fosas nasales estrechas, contracción transversal del maxilar superior, paladar alto arqueado y sonrisa gingival asociada a maloclusión de clase II o, en ocasiones, clase III, con alta prevalencia de mordida cruzada y mordida abierta anterior, los niños que respiran por la boca y que rotan la mandíbula en una dirección posterior e inferior desarrollan una maloclusión de Clase II y un perfil de Clase II esquelético con mayor resalte. Para finalizar "malos hábitos" (2w) y "respiración por la boca" (2x) se relacionaron con aumento de resalte, reducción de resalte, mordida cruzada, mordida abierta, desplazamiento.	
Lima-Perú	Mónica Josefina zapata Dávalos	prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los educadores	2013	descriptivo, prospectivo, transversal y clínico	6 y 12 años	Se observa mayor prevalencia de hábito de onicofagia (25.3%), como segundo hábito más frecuente la succión digital (18.2%) y el bruxismo en tercer lugar (12.3%). En porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración oral. Se observa una alta prevalencia de maloclusión dentaria Clase I (71.4 %). De 154 pacientes, se pudo observar que la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, luego la clase III con un 7.8 % y la clase II división	Si existe relación entre hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores. De 154 niños evaluados se pudo observar que la maloclusión dentaria que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6 % y la clase III con un 7.8%. De los 154 niños evaluados solo el 4.5 % presentó mordida abierta anterior y el 29.9% presentó mordida profunda. De 154 niños evaluados se pudo observar que la maloclusión dentaria que

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

						2 con un 0.6 % De un total de 154 estudiantes examinados se observa que hay mayor prevalencia de mordida profunda en un 29.9 % y en menor porcentaje la mordida abierta anterior con un 4.5 % La prevalencia de mordida abierta anterior es de 4.5% presente en los estudiantes de 06 a 12 años. La prevalencia de mordida profunda es de 29.9% presente en los estudiantes de 06 a 12 años. No se encontró prevalencia de mordida cruzada posterior. La prevalencia de mordida en tijera unilateral es de 0.6 % en niños de 06 a 12 años. Se observa que hay un mayor porcentaje en los que presentan Succión digital relacionado con maloclusión dentaria Clase II. Se observó que la deglución atípica y la succión digital se relaciona con la mordida abierta anterior	predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6 % y la clase III con un 7.8%. De los 154 niños evaluados solo el 4.5 % presentó mordida abierta anterior y el 29.9% presentó mordida profunda.
Chile	Nicolás Aróstica A. Gabriela Carrillo L.	Prevalencia de Maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares de establecimientos municipales de viña del mar	2016	Estudio descriptivo de prevalencia.	4 a 6	Las maloclusiones más prevalentes fueron el apiñamiento (35,61%), seguido de la sobremordida (30,30%) y la mordida cruzada (10,61%). Respecto a la relación distal de los segundos molares temporales, de los 184 pre-escolares evaluados, la mayoría de los alumnos fueron portadores de escalón mesial bilateral (72,83%). En cuanto a la relación sagital de los caninos temporales, de los 184 preescolares evaluados, la mayoría de los alumnos fueron portadores de clase I bilateral (48,91%). De los 184 pre-escolares evaluados, 175 (95,11%) fueron portadores de hábitos orales disfuncionales y 9 (4,89%) carecieron de ellos. De un total de 410 hábitos orales disfuncionales, los más prevalentes fueron la interposición lingual (38,29%), seguida de la	La prevalencia de maloclusiones encontrada fue de un 54,35%, (IC 95% [47,04% - 61,47%]), siendo la cantidad más frecuente hallada en preescolares de 5 años, de género masculino, de las 132 anomalías dentomaxilares encontradas, la mayoría correspondió a maloclusiones transversales, siendo el apiñamiento la más frecuente

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

						onicofagia (16,10%) y la interposición de objetos (13,90%).	
México	Laura Mendoza Oropeza, Arcelia F Meléndez Ocampo, Ricardo Ortiz Sánchez, Antonio Fernández López	Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos	2014	tipo transversal	2 a 15	La prevalencia de los hábitos bucales nocivos fue del 96.6%. El mayor número de casos se presentó a la edad de 4 y de 6 a 11 años durante la dentición mixta. Se presentó indistintamente de acuerdo con el género. El hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%. En cuanto a las maloclusiones: mordida abierta, 35.1%; apiñamiento anteroinferior, 26.4%; apiñamiento anterosuperior, 19.6%, y mordida cruzada posterior, 12.8%. Se encontró asociación del hábito de interposición lingual y mordida abierta ($p < 0.000$), respiración bucal con mordida cruzada posterior ($p < 0.012$) y la clase II de Angle ($p < 0.008$).	La población infantil presenta mayor susceptibilidad a desarrollar maloclusiones durante el crecimiento, por lo que se deben tomar medidas preventivas durante esta etapa.
Lima	Mónica Zapata Dávalos ana lavado-torres shilla anchelia-ramírez	hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años	2015	descriptivo, prospectivo, transversal y clínico	6 a 12	El hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25,3 %). la maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). no hubo relación entre los hábitos bucales y el sexo, sin embargo, se encontró una relación significativa de la deglución atípica y succión digital con la mordida abierta anterior.	Existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior.
Inglaterra	Nabina Bhujel Monty Duggal Teresa Munyomwe	El efecto de la extracción prematura de dientes temporales en el necesidad posterior de tratamiento de ortodoncia	2014	casos y controles	12	De los 366 niños encuestados, 116 niños habían accedido al local SDS históricamente. Significativamente más niños de minorías étnicas, nivel socioeconómico bajo En la SDS se observaron antecedentes y una alta tasa de caries ($p < 0,001$). Para los 107 niños que	Este estudio de casos y controles es el primero en el Reino Unido en evaluar el impacto de las extracciones en dentición temporal sobre el desarrollo de maloclusiones en la dentición permanente. en un población con altos niveles de caries dental, el número total de dientes temporales extraídos Prematuramente se asoció significativamente con una mayor necesidad de

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

						acceso a SDS, un aumento en el número total de extracciones de dientes temporales fue asociado con la necesidad de ortodoncia	ortodoncia. Cada diente temporal extraído prematuramente condujo a un aumento del 18% en la necesidad de ortodoncia en la dentición permanente. Cuando sea apropiado y factible, los dentistas deben minimizar el número de dientes temporales extraídos.
Nigeria	KA Kolawole , MO Folayan , HO Agbaje , TA Oyedele , NK Onyejaka y EO Oziegbe	Hábitos orales y maloclusión en niños residentes en Ile-Ife Nigeria	2019	transversal	6 a 12	Ciento treinta (13,1%) participantes del estudio tenían 142 hábitos orales. El hábito oral más común fue chuparse los dedos. Los rasgos de maloclusión más comunes fueron espaciamento (29,9%), apiñamiento (21,7%) y mayor resalte (16,4%). Las puntuaciones de DAI fueron significativamente más altas en los participantes con hábitos de empujar la lengua ($p < 0,001$) y bruxismo ($p = 0,01$) en comparación con los participantes sin los hábitos. Entre los 67 participantes con hábitos orales, 54 (80,6%) no tuvieron necesidad de tratamiento, 9 (13,4%) necesitaron tratamiento electivo y el tratamiento fue obligatorio para 4 (6,0%) participantes.	La succión de dedos fue el hábito oral más practicado en la población de estudio. El empuje de la lengua y el bruxismo se asociaron significativamente con una mayor gravedad de la maloclusión en niños de 6 a 12 años en comparación con sus compañeros que no tenían hábitos. La mayoría de los niños con hábitos bucales no necesitaban tratamiento.
Italia	Paolantonio, E. G., Ludovici, N., Saccomanno	Asociación entre hábitos bucales, respiración bucal y maloclusión en preescolares italianos	2019	transversal	3 a 6	Los datos muestran que el 38% de la muestra necesita tratamiento de ortodoncia y el 46% presenta signos de maloclusión de grado menos severo que requieren un seguimiento cercano y la eliminación de factores de riesgo para que puedan mejorar espontáneamente con el crecimiento. Además, la prevalencia de los malos hábitos y la respiración oral aumenta con el aumento de la gravedad de la maloclusión, y los hábitos de succión y la respiración oral están estrechamente relacionados con la mordida abierta anterior, la mordida cruzada posterior y el resalte superior.	En el contexto de la prevención y el tratamiento temprano de los trastornos del crecimiento craneofacial, los malos hábitos y la respiración bucal, siendo factores de riesgo de maloclusión, deben ser interceptados y corregidos de manera temprana para prevenir el desarrollo de maloclusiones o el agravamiento de las existentes.

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Ecuador	Iza Molina Jessica Elizabeth	Prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Pastocalle de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga, en el periodo de junio a julio del 2017	2017	Transversal y observacional.	5 a 9	El hábito más predominante es la succión de objetos con un 50% de 154 niños que participaron en el estudio y en menor porcentaje la succión labial con un 5.8% del total. La prevalencia de maloclusión dentaria en el sector anterior se evidenció en niños 5 de 9 años de la Unidad Educativa “Pastocalle” con un 9.7% para mordidas abiertas, 4.5% para mordidas cruzadas y 20.1% en sobremordidas. En cuanto al sector posterior se presentó 9.1% en mordidas cruzadas y 1.3% en mordidas en tijera, por tanto se concluye que los porcentajes de maloclusiones fueron lo suficientemente representativas para ser consideradas un problema de salud oral.	Si existe significancia estadística entre la presencia de hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones dentarias, en niños de 5 a 9 años de edad de la Unidad Educativa “Pastocalle”. Al realizar la prueba estadística de Chicuadrado, se ha obtenido un p-valor menor a $\alpha < 0.05$, esto indica que el tipo de hábito oral, si está relacionada con maloclusiones anteriores y posteriores
Guayaquil	Alcívar Mejía Katherine Jazmina	Hábitos bucales y mal oclusiones en niños de 4 a 12 años de edad	2019	Descriptivo, no experimental	4 a 12	la Maloclusión más predominante fue la Clase I molar, la cual se presentó con un 67% mientras que la Clase II con un 17% y la Clase III con un 6%, la Clase III que está en relación con el hábito de succión labial representando el 34% con más valor, de igual manera dicho hábito mencionado sigue en relación con la Clase II representando el 27% y la Clase I el 4%, la mal oclusión, que está dado por la Clase II molar representa el 76% y las edades que más predominan en relación a la clase que más prevalece, son las comprendidas entre 10-12 años.	Respiración bucal representó el 31%. Por otro lado, la maloclusión más predominante es la Clase I molar, la Clase II que está relacionada con el hábito de succión labial que representa el 34%, con valor mayor, la respiración bucal y la respiración buconasal son los hábitos con mayor problema en nuestro estudio para tratar es necesario que el especialista intervenga y diseñe un plan de tratamiento ideal para cada paciente.
Villavicencio	Gil lemus july khatherine moreno escarpeta lizeth katherine vargas montenegro karen julieth	Hábitos orales y maloclusion en un grupo de niños de 7 a 12 años del colegio alberto lleras camargo – villavicencio 2018	2019	descriptivo de corte transversal	7 a 12	En relación a la oclusión se encontró que la molar y canina Clase I fue la más frecuente (43%) seguida de clase II (20%) siendo la clase III la de menor prevalencia (2%), lo que concuerda con el estudio de México en el año 2013, quienes reportaron que el 20% de niños y niñas de 8 a 12 años, tenía relación molar de Clase II y el 5% Clase III, siendo la clase I la de mayor prevalencia también 25%.	A través de esta investigación se pudo determinar que el 61% de los niños y niñas examinados presentaban algún tipo de hábito oral; la deglución atípica y onicofagia fueron las de mayor prevalencia con un 31% cada una; el 6% de los niños reportó succión digital, el 2% succión de labios, el 7% reportó rechinamiento de dientes, 9% Interposición labial, el 1% fueron respiradores orales y el

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

							17% presentaron respiración mixta.
Perú	Anderson juan inca sanchez	Prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de odontología del hospital La Caleta, del distrito de Chimbote, provincia Del Santa, región Áncash, año 2018	2019	retrospectivo, transversal y observacional, nivel descriptivo y de diseño epidemiológico	6 a 18	La prevalencia de maloclusión dentaria es del 82 %, según la clasificación de Angle se presenta con mayor prevalencia en la Clase I con el 73.2 %, seguido de la Clase II con el 9.8 % y la Clase III con el 17 %; según género se presenta una mayor prevalencia en el género masculino con el 61.0 %; según la edad la mayor prevalencia se da en las edades comprendidas entre 6 a 9 años con el 41.4 %. Concluyendo que la prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de Odontología del Hospital La Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, año 2018, fue de 82.0 %, se presenta mayor prevalencia en la Clase I con el 73.2 %, sexo masculino con el 61.0 % y entre las edades de 6 a 9 años.	La prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el Servicio de Odontología del Hospital La Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia la Santa, Región Áncash, año 2018, es del 82 %.
Ecuador	Tircio franco Mirian Alejandra	Prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 12 años de la clínica de odontopediatría de la facultad piloto de odontología	2019	Descriptivo, transversal	6 a 12	El estudio se realizó en pacientes de 6 a 12 años, la edad que presentó más maloclusiones fueron los 8 años. La maloclusión más frecuente fue el apiñamiento dentario, y la menos frecuente fue la oclusión cúspide a cúspide. De la muestra estudiada el 52% de los pacientes presentaron hábitos, y el 48% no. El hábito más frecuente fue la onicofagia. La mayoría de los pacientes con maloclusiones están acompañados de algún hábito (48%), sin embargo existe un bajo porcentaje de pacientes con hábitos pero sin maloclusiones (4%).	Después de haber realizado este estudio y analizar los resultados, se puede concluir que en la clínica de odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil, aproximadamente 7 de cada 10 niños presenta algún tipo de maloclusiones (70%), y solamente el 30% de los niños tenían una oclusión normal
Ecuador	Gallardo honores Fabiola Vanessa García González yerlayni	Pérdida prematura de molares temporarios en infantes de 5 a 9 años	2020	Descriptivo o observacional y transversal	5 a 9	El factor de riesgo principal que indujo la pérdida prematura de molares temporarios fue la caries dental con un 74% sobre los infantes estudiados en ambas escuelas, esto fue originado	Se concluye que el género masculino es el que presentó mayor índice de pérdida prematura y la edad más susceptible en edades de 5 a 9 años fue de 7 años. Por este motivo se recomienda la

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

	de los ángeles					debido a que los infantes en edades tempranas aun no adquieren la habilidad adecuada para una buena higiene bucal lo que conlleva a la acumulación de placa bacteriana produciendo la destrucción de los tejidos dentarios del diente. La principal consecuencia que ocasionó la pérdida prematura fue la disminución de espacio en el arco dentario, lo que a futuro conllevaría a una alteración dentaria y esquelética, dado a que se pierde el espacio establecido para la erupción de los permanentes y el desarrollo correcto de los maxilares. En la arcada inferior se evidenció mayor frecuencia de pérdida de molares temporarios con un 64% de porcentaje total. El molar que presentó mayor pérdida prematura fue el primer molar inferior izquierdo (P#74) con un porcentaje total del 26%	colocación de un tratamiento preventivo ante una pérdida prematura de molares temporarios para conservar la armonía y funcionalidad del sistema estomatognático.
Ecuador	Martínez miño Kantiana Brigithe	Factores que producen la pérdida prematura dental, niños de 5 a 10 años, clínica odontológica semestre b 2019 ucsg	2020	descriptivo, observacional y transversal	5 a 10	El género femenino presentó mayor prevalencia en presentar pérdidas prematuras dentales con un 52% y 48%. En el género masculino, la causa principal de pérdidas prematuras dentales fueron las caries dentales con un 70%, la segunda causa fue por reabsorción radicular atípica de las raíces con un 18% de niños que sufrieron pérdidas prematuras, la tercera causa que presentaron pérdidas fueron los traumatismos dentoalveolares en el que se encontraron 13% de niños, mientras tanto el rango de edad que presentó mayor incidencia de pérdida fue 9 años con el 30%, seguida de 8 años con 24% y 7 años con el 23%.	Las caries dentales siguen siendo la principal causa de sufrir pérdidas prematuras debido a que en la gran mayoría de los casos están no son tratadas, por lo tanto, actúan progresivamente lo que conllevan a tener como consecuencia pérdidas prematuras dentales, pérdida del perímetro del arco, desviaciones de la línea media, siendo así los principales factores que favorecen a las maloclusiones a tempranas edades.
India	S Syed Shaheed Ahamed V enugopal N Reddy , R	Prevalencia de la pérdida temprana de dientes temporales en escolares de 5 a 10 años de edad	2012	Transversal	5 a 10	Los resultados mostraron que el 16.5% de la muestra tuvo pérdida temprana de dientes temporales, pero no se observaron diferencias entre géneros ($P > 0.05$). La mayor	Se puede concluir que la prevalencia de pérdida temprana fue alta y que los molares temporales inferiores fueron los dientes ausentes con mayor

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

	Krishnakumar, Muthu G Mohan, Durai K Sugumaran, Arun P Rao	en la ciudad de Chidambaram				prevalencia se encontró entre los niños de 8 años (5,08%), y los dientes ausentes con mayor frecuencia fueron los primeros molares temporales inferiores derechos (16,82%).	frecuencia en el presente estudio.
Lituania	Kristina Kasparavičiūtė 1, Antanas Sidlauskas 2, Egle Zasciurinskienė 1, Arūnas Vasiliauskas	Prevalencia de maloclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 7 años	2014	Descriptivo, observacional, y transversal	5 a 7	El estudio demostró que el 71,4% de los niños presentaba 1 o más atributos de maloclusión y el 16,9% tenían hábitos bucales. La mala relación vertical y sagital de los incisivos, así como el espaciamento, fueron las características predominantes. Este estudio mostró que las ventosas de los dedos tienen una mayor incidencia de mordida abierta anterior ($P = 0.013$) y mordida cruzada posterior ($P = 0.005$). El tipo de deglución infantil demostró una fuerte asociación ($P = 0,001$) con la mordida abierta anterior.	Los hábitos de succión no nutritiva y la deglución por empuje lingual son factores de riesgo significativos para el desarrollo de mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior en niños en edad preescolar.
Italia	Silvia Caruso, Alessandro Nota, Atanaz Darvizeh, Marco Severino, Roberto Gatto, Simona Tecco	Malos hábitos bucales y maloclusiones después del uso de chupetes de ortodoncia: un estudio observacional en niños de 3-5 años	2019	Observacional	3 a 5	La mayoría de los niños (79,79%) habían comenzado a usar el chupete de ortodoncia dentro de los primeros 3 meses de vida y el 43,49% de ellos continuó usándolo durante un período de 2 años. El porcentaje registrado para aquellos que lo habían usado durante el sueño fue del 89,39%. Se informó que el 36,04% de los niños respiraba por la boca durante la noche. La deglución por empuje lingual afectó al 16,16% de la muestra. El 5,56% de los datos indicó la presencia de hábito de chuparse el dedo / chuparse el dedo. Los porcentajes observados para los niños en cuanto morderse los labios, interposición lingual, dientes en reposo y los que se muerden las uñas, fueron 5,56, 12,63 y 15,15%, respectivamente. La regresión reveló una contribución significativa entre el inicio temprano del uso de un chupete de ortodoncia y la prevalencia de chuparse el	El chupete de ortodoncia no favorece el desarrollo de malos hábitos bucales, incluso si se ha utilizado durante un período de 2 años en niños con dentición temporal. Los niños que comienzan a usar el chupete de ortodoncia entre los 0 y 3 meses, tienen menos probabilidades de adquirir el hábito de chuparse el dedo o el pulgar. El uso de un chupete de ortodoncia parece no estar correlacionado con la prevalencia de maloclusión en la dentición temporal, a diferencia de lo expresado en la literatura sobre el tipo de chupete convencional.

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

						dedo / chuparse el dedo (OR 0,13, IC del 95%: 0,04 a 0,47, p = 0,0004)	
Yemen	Sakhr A Murshid , Mohammed A Al-Labani , Khalid A Aldhorae , Omar MM Rodis	Prevalencia de dientes temporales perdidos prematuramente en niños de 5 a 10 años en la ciudad de Thamar, Yemen: un estudio transversal	2016	Transversal	5 a 10	Observamos una prevalencia del 40,54% de pérdida prematura de dientes temporales sin diferencia estadísticamente significativa entre sexos. El segundo molar temporal inferior izquierdo fue el diente ausente con más frecuencia en la arcada dentaria (13,5%).	El estado de pérdida prematura de dientes temporales fue alto en el grupo de estudio. La implementación de programas educativos y preventivos eficientes para promover la salud bucal ayudaría a los niños a mantener una dentición primaria saludable y eventualmente evitaría las alteraciones en el desarrollo futuro de la oclusión normal. La detección temprana y el manejo de los problemas de espacio asociados con la pérdida temprana de los dientes temporales ayudarían a reducir los problemas de maloclusión
China	Xinhua Zhou , Ying Zhang , Yan Wang , Hao Zhang , Li Chen , y Yuehua Liu	Prevalencia de maloclusión en niños de 3 a 5 años en Shanghai, China	2017	transversal	3 a 5	La prevalencia de maloclusión en dentición temporal en Shanghai fue del 83,9% y no se encontraron diferencias significativas entre sexos. Los datos mostraron que la prevalencia de sobremordida profunda (63,7%) fue la más alta en los niños con maloclusión, seguida de la sobremordida horizontal profunda (33,9%), desviación de la línea media (26,9%). 6%), mordida cruzada anterior (8,0%) y apiñamiento anterior (6,5%). Los resultados revelaron una alta prevalencia de maloclusión en dentición temporal en niños de 3-5 años de Shanghai, especialmente en anomalías verticales	El presente estudio ofrece evidencia de que la maloclusión es un problema notable en los niños en edad preescolar de Shanghai. La prevalencia de maloclusión fue alta entre los niños analizados y aumentó significativamente en los últimos 17 años, lo que sugiere que la maloclusión es un problema de salud pública digno de mención en la población china.
Peru	Mendoza-Hernández C, Sosa-Velasco TA, Sánchez-Sánchez M, Hernández-Antonio A.	Agnesia dental, alteración del desarrollo dental y síndromes relacionados.	2019	Descriptivo	-	El factor hereditario es una de las posibilidades etiológicas con más crédito, ya que estudios efectuados en familias y gemelos muestran generaciones sucesivas con la misma condición. La anodoncia se ha asociado a un gen autosómico dominante.	La ausencia de los dientes primarios, conlleva a la ausencia de los dientes permanentes entre un 0.1% y 0.7%; pero la presencia de los dientes primarios no asegura la presencia de los dientes permanentes. Esta anomalía afecta de diferentes formas la estructura maxilar y/o mandibular, y los síndromes pueden estar asociados a estas afecciones porque se identifican alteraciones en el desarrollo función craneofacial.

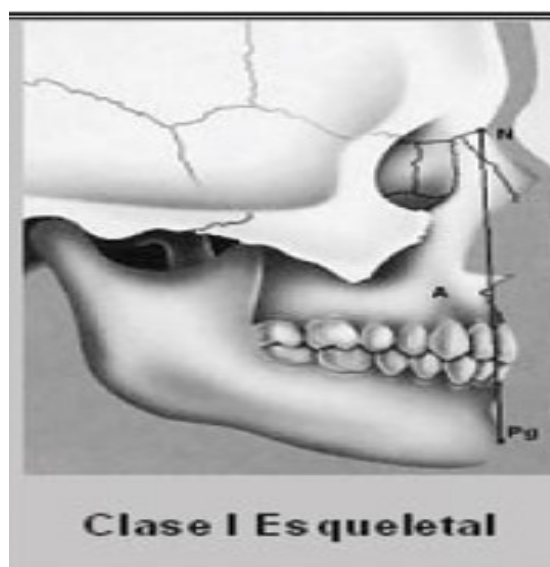
MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Asunción	Ana Karen Garibay-Martínez , Norma Leticia Robles-Bermeo , Cesar Tadeo Hernández 1,2 1 1 Martínez ,	Traumatismo dental en pacientes pediátricos que acuden a una clínica universitaria de odontopediatría: un análisis retrospectivo de historias clínicas	2018	diseño observacional, transversal , retrolectivo	2 a 12 años	La prevalencia de traumatismo dental en esta muestra de niños fue de 12%. No se observó diferencia por sexo. Los más pequeños presentaron más traumatismo dental que los mayores. El presente estudio aportó datos sobre la prevalencia de traumatismos en los pacientes pediátricos que acuden a una clínica especializada en odontopediatría. Es necesario realizar más estudios con mejor diseño para monitorear el comportamiento de los traumas dentales en otras comunidades de México, identificar factores de riesgo y proponer protocolos para su prevención y tratamiento.	El promedio de edad fue de 5.71 ± 2.43 años y el 50.8% fueron hombres. La prevalencia de traumatismo dental previo al estudio fue de 12.0% (IC 95% = 8.3 – 15.6). En el análisis bi variado, a pesar de que los varones presentaron una prevalencia de traumatismo dental de 14.0% y entre las mujeres fue de 9.9%, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0.262$). Se observó que los niños con traumatismo dental fueron más pequeños (promedio de edad = 4.74 ± 1.86) que los que no presentaron traumatismo dental (promedio de edad = 5.84 ± 2.47) ($p=0.0166$). Al realizar la prueba de tendencia no paramétrica se notó que la disminución de la prevalencia de traumatismo dental fue significativa ($p=0.026$).
Peru	Cotrina Sanchez	Prevalencia de agenesia de dientes permanentes en pacientes de 4 a 7 años atendidos en la clínica Odontológica de la Universidad de Huánuco – 2018	2019	Observacional, Retrospectivo, Transversal y Descriptivo	4 a 7	El estudio nos muestra que de un total de 95 radiografías panorámicas (100%), 14 casos presentaron imágenes compatibles con agenesia de dientes permanentes lo cual corresponde a un 15.1%. En la muestra analizada, las agenesias son más frecuentes en las mujeres hallándose 11 casos (68.7%) frente a 3 casos (21.4) en hombres. En relación con la edad, los pacientes que con mayor frecuencia presentaron ausencias dentarias fueron los de 7 años registrándose 8 casos (57.14%). En cuanto a la localización de las agenesias, éstas son más frecuentes en la mandíbula en un 11.8% y en menos frecuencia el maxilar superior 4.3%. El diente que con mayor frecuencia está ausente en nuestra muestra, fue la pieza 3.2, incisivo lateral inferior concretamente en un total de 9 casos, lo que representa un 54.0%. En el análisis de agenesia dentaria según hemiarcada, se determinó que en el cuadrante 3 se encontró la mayor	Con un nivel de confianza del 95%, La prevalencia de agenesia de dientes permanentes en pacientes de 4 a 7 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad de Huánuco 2018 fue de 15.1%. En el total de la muestra, conformada por 95 radiografías de pacientes, se hallaron un total de 14 casos de agenesia.

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

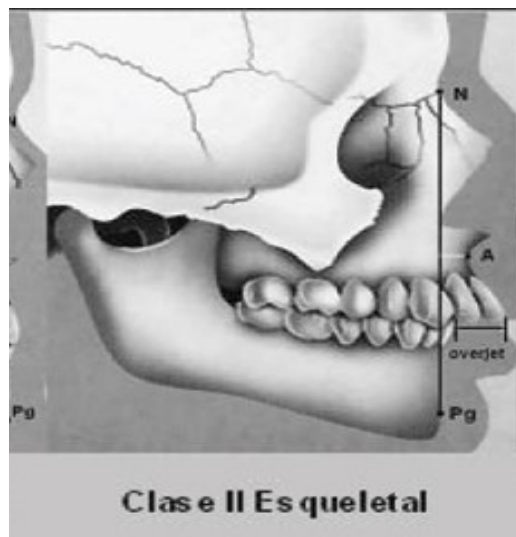
						cantidad de agenesia con 66.0%	
Italia	Antonio LT Gracco , S erena Zanatta ,Fi lippo Forin Valvecchi ,Denis Bignotti , Alessandr o Perri , y Fr ancesco Baciliero	Prevalencia de agenesia dental en una muestra de pacientes ortodónticos italianos: un estudio epidemiológico	2017	Descriptiv o,observac ional y transversal	9 y 16	La prevalencia de agenesia dental fue del 9% (9,1% para mujeres y 8,7% para hombres). Los dientes perdidos congénitamente más comunes fueron los segundos premolares mandibulares (20,3 y 18,1%) seguidos de los incisivos laterales superiores (17,8 y 17,7%) y los segundos premolares superiores (7,4 y 6,3%). La ausencia de un diente a cinco dientes se observó en 344 pacientes (8,6%), mientras que 15 pacientes mostraron falta de seis a nueve dientes (0,4%). El análisis mostró 363 casos de agenesia en el arco superior (0,64%) y 339 en el arco inferior (0,60%). La agenesia unilateral (4,6%) y bilateral (4,4%) mostraron una frecuencia similar. Los dientes perdidos bilaterales más frecuentes fueron los segundos premolares mandibulares (1,9%) y los incisivos laterales superiores (1,6%).	Los resultados de este estudio observaron una mayor prevalencia de hipodoncia en comparación con estudios previos realizados en la población italiana. Por lo tanto, un examen radiográfico detallado y cuidadoso fue importante para diagnosticar uno o más dientes faltantes. Esto podría ayudar a planificar los mejores tratamientos posibles, tanto estética como funcionalmente, para estos pacientes.

Apéndice B. (Dibujo clase I, E Angle)

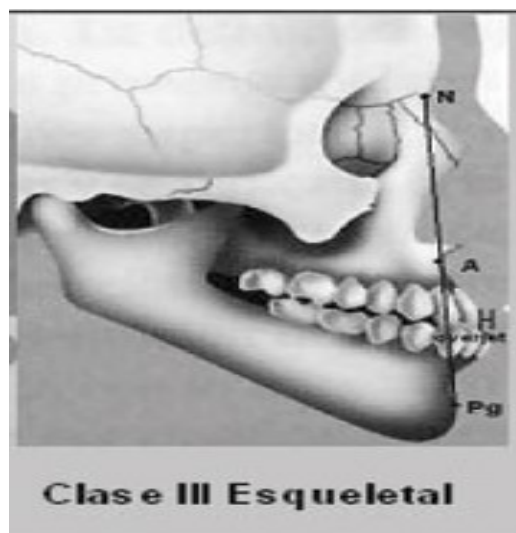


MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice C. (Dibujo clase II, E Angle)



Apéndice D. (Dibujo clase III, E Angle)



Apéndice E. (Dibujo clase I, Angle)

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

**Clase I**

Apéndice F. (Dibujo clase II, D Angle)

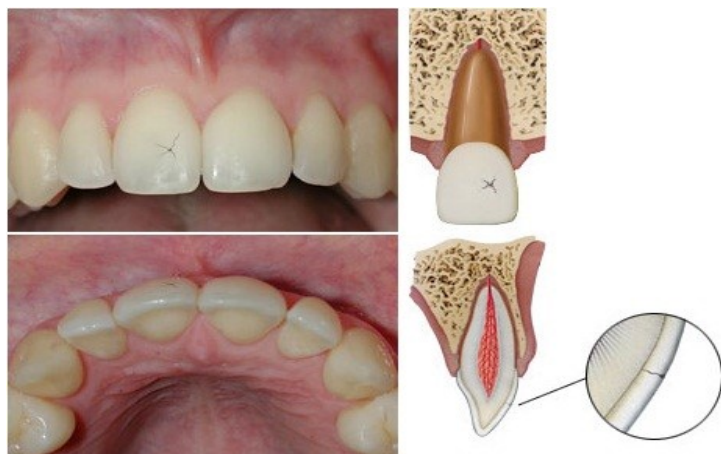
**Clase II**

Apéndice G. (Dibujo clase III, D Angle)

**Clase III**

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice H. (Dibujo infracción del esmalte, Andreasen)



Apéndice I. (Dibujo fractura del esmalte, Andreasen)



Apéndice J. (Dibujo fractura no complicada de la corona, Andreasen)

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

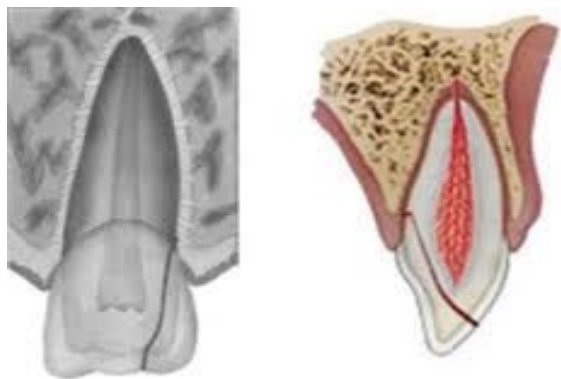


Apéndice K. (Dibujo fractura complicada de la corona, Andreasen)



Apéndice L. (Dibujo fractura corona radicular no complicada)

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA



Apéndice M. (Dibujo fractura radicular, Andreasen)



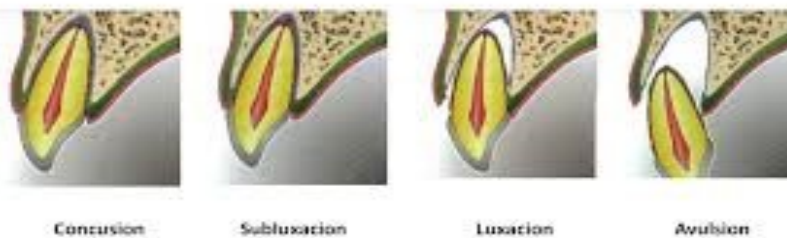
Apéndice N. (Dibujo fractura alveolar, Andreasen)



Apéndice Ñ. (Dibujo concusión, subluxación, luxación y avulsión, Andreasen)

MALOCCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

CLASIFICACION DE TRAUMA DENTOALVEOLAR



Apéndice O. (Dibujo caries de infancia temprana)



Apéndice P. (Dibujo hábitos orales)



MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice Q. Carta comité de ética



Ibagué, octubre 23 de 2018

Estudiantes

ALEJANDRO ARISTIZÁBAL SÁNCHEZ

NATALIA BARBOSA SAIZ

Universidad Antonio Nariño

Facultad de Odontología

Sede Ibagué

Por medio del presente el Comité de Ética de la Facultad de Odontología Sede Ibagué emite el concepto de VIABILIDAD de la investigación titulada "Correlación entre mal oclusiones Clase I, pérdida prematura y hábitos orales en niños de 2 a 5 años en el Jardín Mundo de Maravillas de Ibagué 2020", la cual se clasificó en la categoría de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud Título II, capítulo I, artículo 11.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Solano', is positioned above the printed name of the signatory.

CARLOS E. SOLANO ACONCHA

Comité de Ética

Facultad de Odontología

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apendice R. Carta asesor tematico anteproyecto

Ibagué, 25 de octubre de 2019

Doctores

COMITÉ TRABAJO DE GRADO

Facultad de Odontología

Sede Ibagué

Universidad Antonio Nariño

La ciudad.

Asunto: Carta de visto bueno de asesor temático para registro de anteproyecto ante el CTG.

Reciban un cordial saludo y el deseo de éxitos en sus labores.

La presente es para informar que la propuesta titulada CORRELACION ENTRE MALOCLUSIONES, PERDIDA PREMATURA Y HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DEL COLEGIO LOS SAGRADOS CORAZONES IBAGUÉ, 2020^o a cargo de los estudiantes NATALIA ALEJANDRA BARBOSA SAIZ Y DIEGO ALEJANDRO ARISTIZABAL SANCHEZ, se le realizó la revisión del documento y cumple con los lineamientos temáticos para su registro como anteproyecto de trabajo de grado.

Sin otro particular, agradezco de antemano su evaluación y queda a consideración para la aprobación definitiva.

Universitariamente,

Katherine

Diana Katherine Alzate Garcia

DIANA KATHERINE ALZATE GARCIA

Docente

Trabajo de grado I

Facultad de Odontología

Sede Ibagué

Universidad Antonio Nariño

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice S. Carta asesor metodológico anteproyecto

Ibagué, 04 de noviembre de 2019

Doctores
COMITÉ TRABAJO DE GRADO
Facultad de Odontología
Sede Ibagué
Universidad Antonio Nariño
La ciudad.

Asunto: Carta de visto bueno de asesor metodológico para registro de anteproyecto ante el CTG.

Reciban un cordial saludo y el deseo de éxitos en sus labores.

La presente es para informar que la propuesta titulada "Correlación entre maloclusiones, pérdida prematura y hábitos orales en niños del colegio Los sagrados corazones. Ibagué, 2020" a cargo de los estudiantes Natalia Alejandra Barbosa Saiz y Diego Alejandro Aristizábal Sánchez, se le realizó la revisión del documento y cumple con los lineamientos metodológicos para su registro como anteproyecto de trabajo de grado.

Sin otro particular, agradezco de antemano su evaluación y queda a consideración para la aprobación definitiva.

Universitariamente,


GUISELLE NEGOVER BRÍÑEZ VÁSQUEZ
Docente catedrática
Trabajo de grado I
Facultad de Odontología
Universidad Antonio Nariño
Sede Ibagué
gbrinez@uan.edu.co

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apendice T. Carta asesor tematico proyecto de grado

Carta de aceptación asesor temático

En carácter de asesor temático del trabajo titulado **PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADA A PERDIDA PREMATURA DENTAL Y HÁBITOS ORALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE 5 A 10 AÑOS DEL COLEGIO LOS SAGRADOS CORAZONES. IBAGUÉ, 2020** Elaborado por los estudiantes Diego Alejandro Aristizabal Sánchez identificado con cedula de ciudadanía 1.110.586.127; Natalia Alejandra Barbosa Saiz identificada con cedula de ciudadanía 1.110.598.167 de la Facultad de Odontología

Considero que este cumple con los requisitos y lineamientos de aprobación de acuerdo a los requisitos exigidos por la Universidad Antonio Narino sede Ibagué para el proceso de entrega del documento de trabajo de grado.

En la ciudad de Ibagué departamento del Tolima a los 18 días del mes de Mayo del año dos mil veinte (2020)



Edgar Eduardo Erazo

Asesor Temático

Esp. Odontopediatra

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice U. Carta asesor metodológico proyecto de grado



Ibagué, Mayo 20 de 2020

Asunto: Carta de aceptación asesor temático trabajo de grado II

En carácter de asesor metodológico del trabajo titulado **“Prevalencia de las maloclusiones dentales asociada a perdida prematura dental y hábitos orales en pacientes pediátricos de 5 a 10 años del colegio los sagrados corazones. Ibagué 2020.”** Elaborado por los estudiantes Diego Alejandro Aristizabal Sánchez identificada con cedula de ciudadanía 1.110.586.127; Natalia Alejandra Barbosa Saiz identificada con cedula de ciudadanía 1.110.598.167 de la Facultad de Odontología.

Considero que este cumple con los requisitos y lineamientos de aprobación de acuerdo a los requisitos exigidos por la Universidad Antonio Nariño sede Ibagué para el proceso de entrega del documento de trabajo de grado II

Universitariamente,

A handwritten signature in dark ink, which appears to read 'Jacqueline Roys Rubio', is shown on a light-colored background.

PhD Jacqueline Roys Rubio

Asesor metodológico

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice V. Carta asesor metodológico trabajo de grado



Ibagué, octubre 13 de 2020

Asunto: Carta de aceptación asesor temático trabajo de grado

En carácter de asesor metodológico del trabajo titulado **“Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años. Revisión sistemática de la literatura 2013-2020.”** Elaborado por los estudiantes Diego Alejandro Aristizabal Sánchez identificada con cedula de ciudadanía 1.110.586.127; Natalia Alejandra Barbosa Saiz identificada con cedula de ciudadanía 1.110.598.167 de la Facultad de Odontología.

Considero que este cumple con los requisitos y lineamientos de aprobación de acuerdo a los requisitos exigidos por la Universidad Antonio Nariño sede Ibagué para el proceso de entrega del documento de trabajo de grado final.

Universitariamente,

A handwritten signature in dark ink, reading 'Jacqueline Roys Rubio', is shown on a light-colored rectangular background.

PhD Jacqueline Roys Rubio

Asesor metodológico

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

Apéndice W. Formato de asesorías de asesor temático

**FORMATO DE ASESORIAS
TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

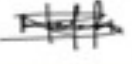
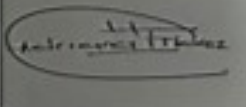
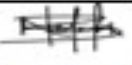
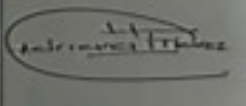
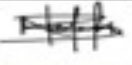
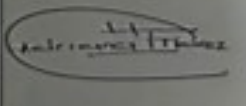
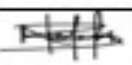
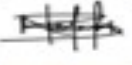
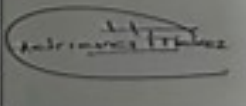
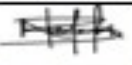
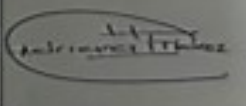


TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO:	Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años. Revisión sistemática de la literatura 2013-2020
Asesor: Adriana Lucia Flórez Cubides	
Teléfono: 3214499815	Correo electrónico: adri.florez@uan.edu.co
Estudiantes: Diego Alejandro Aristizabal Sánchez Natalia Alejandra Barbosa Saiz	Códigos: 20571614743 20571618361
Teléfonos: 3202294775 3156169905	Correo electrónico: daristizabal05@uan.edu.co nbarbosa92@uan.edu.co
Programa: Odontología	Sede: Ibagué



Fecha	Temas Tratados	Tareas Asignadas	Próximo encuentro	Firma estudiante	Firma asesor
25-Agos-2020	Preguntas orientadoras	Corregir preguntas orientadoras, y modificar objetivos y títulos	31-Agos-2020		
31-Agos-2020	Modificación del título, objetivos, preguntas generadoras	Buscar artículos, correcciones en redacción del trabajo en general	7-Sep-2020		

MALOCLUSIONES DENTALES ASOCIADAS A PERDIDA

FORMATO DE ASESORIAS TRABAJO DE GRADO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA					
7-Sep-2020	Metodología, redacción, revisión de artículos	Búsqueda de artículos	14-sep-2020	 	
14-Sep-2020	Revisión de artículos	Selección de artículos para el fichaje	21-Sep-2020	 	
21-Sep-2020	Selección de artículos para fichaje	Realizar fichaje	28-sep-2020	 	
28-Sep-2020	Fichaje terminado	Realizar resultados, conclusiones y recomendaciones	5-Oct-2020	 	
5-Oct-2020	Resultados, conclusiones y recomendaciones	Corrección de resultados, conclusiones, recomendaciones y realizar resumen e introducción	9-Oct-2020	 	
9-Oct-2020	Resultados, conclusiones, recomendaciones y resumen e introducción	Corrección del trabajo en general		 	

Udci.



Título

Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años. Revisión sistemática de la literatura 2013-2020.

Dental malocclusions associated with premature tooth loss and oral habits in children aged 5 to 10. Systematic review of the literature 2013-2020.

Palabras claves

Maloclusión dental

Hábitos orales

Pérdida prematura dental

Niños

Oclusión

Keywords

Dental Malocclusion

Oral habits

Premature tooth loss

Children

Occlusion

Antecedentes

Laura Mendoza Oropeza, Arcelia F. Meléndez Ocampo y CIs plantearon en 2014, determinan la prevalencia de las maloclusiones y su asociación con factores de riesgo, como hábitos bucales nocivos en la población infantil de 2 a 15 años que solicitaron atención dental en la clínica Periférica Venustiano Carranza de la UNAM, cuyos padres firmaron previamente un formulario de consentimiento para participar en este estudio, la encuesta contenía una sección con preguntas directas para los niños de manera personal, y otra sección dirigida a los padres para identificar la presencia de hábitos orales. Finalmente, variables epidemiológicas como respiración oral, competencia de labios, incompetencia o mordeduras; se obtuvo onicofagia y presencia de callos causados por la succión del pulgar.

En estudio realizado por Paolantonio, N. Ludovici, del Instituto Dental y Maxilofacial, Cabeza y Cuello Universidad Católica del Sagrado Corazón, Roma, Italia plantea en 2019 un estudio transversal que se realizó para evaluar la prevalencia de maloclusión y factores asociados en preescolares con el objetivo de evaluar la existencia de una asociación entre hábitos orales y respiración oral con las maloclusiones con una muestra de 1616 niños de 3–6 años aplicando el índice Baby ROMA, un índice de necesidad de tratamiento de ortodoncia para la edad preescolar. Aplicando Chi-cuadrado y pruebas de Fischer para verificar la significación estadística de la asociación entre las variables los datos muestran que el 38% de la muestra necesita tratamiento de ortodoncia y 46% tienen signos de maloclusión que requieren una estrecha vigilancia y la eliminación de los factores de riesgo para que puedan mejorar espontáneamente con crecimiento.

Laura Mendoza Oropeza, Arcelia F. Melendez Ocampo and CIs proposed in 2014, determined the prevalence of malocclusions and its association with risk factors, such as noxious oral habits in the population of children between 2-15 years who requested dental care at the clinic Periférica

Venustiano Carranza of the UNAM, whose parents previously signed a consent form to participate in this study, the survey had a section with direct questions to children personally, and another section addressed to parents to identify the presence of oral habits. Finally, epidemiological variables such as oral respiration, lip competition, incompetence or biting; onicophagia and presence of calluses caused by thumb sucking were obtained.

In a study carried out by Paolantonio, N. Ludovici, from the Dental and Maxillofacial Institute, Head and Neck Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italy, in 2019, a cross-sectional study was done to evaluate the prevalence of malocclusion and associated factors in preschoolers with the goal of testing the existence of an association between oral habits and oral breathing with malocclusions with a sample of 1616 children from 3 to 6 years old applying the Baby ROMA index, a rate of need for orthodontic treatment for preschool age. Applying Chi-square and Fischer tests to verify the statistical significance of the association between the variables the data shows that 38% of the sample needs orthodontic treatment and 46% have signs of malocclusion that require close monitoring and elimination of risk factors so that they can spontaneously improve with growing.

Objetivo

Asociar las maloclusiones dentales con la pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años.

To relate dental malocclusions to premature teeth loss and oral habits in children between 5 to 10 years old.

Metodología

Revisión sistemática de la literatura, dirigida a realizar un análisis documental de tipo cualitativo en estudios realizados, utilizando los datos relevantes obtenidos por otros investigadores, donde se estudió la evidencia disponible, se abordó lo referente a la asociación entre maloclusiones dentales, pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años.

Al escoger el tema de investigación a tratar, especificando el planteamiento del problema donde se resalta la importancia de describir el contenido de este estudio, se formularon preguntas orientadoras bajo la estrategia PICOT (paciente, intervención, comparación, resultados, tiempo) las cuales permiten enfocar la investigación en un tema específico.

La selección de los artículos se realizó de acuerdo a la relevancia y pertinencia de estos, se tuvo en cuenta que pertenecieran a fuentes de información indexada y actualizada, junto con revisión en detalle de su título y de resultados. Recolección, identificación y determinación de información encontrada sobre maloclusiones dentales, pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años, teniendo en cuenta la búsqueda en las bases de datos Google académico, Medigraphic, Scielo, y PubMed. Los términos empleados para la búsqueda fueron en su totalidad descriptores en ciencias de la salud, Dees-MeSH con operadores booleanos and/or/not, en sus combinaciones: Malocclusion/ Malocclusion/ Máloclusão, Hábitos orales/ Oral habits/ Hábitos orais, Pérdidas prematuras dentales/ Premature tooth loss/ Perdas dentes prematuros.

Systematic review of the literature, addressed to perform a qualitative documentary analysis in studies, using relevant data obtained by other researchers, where the available evidence was studied, it was addressed the association between dental malocclusions, premature dental loss and oral habits in children from 5 to 10 years old.

Selecting the research topic to be dealt with, specifying the approach to the problem where the importance of describing the content of this study is highlighted, guiding questions were formulated under the PICOT strategy (patient, intervention, comparison, results, time) that allows the research to be focused on a specific topic.

The selection of the articles was made according to their relevance and pertinence, it was taken into account that they belonged to indexed and updated information sources, along with a detailed review of their title and results. Collection, identification and determination of information found on dental malocclusions, premature dental loss and oral habits in children from 5 to 10 years old, taking into consideration the search in google academic, Medigraphic, Scielo, and PubMed databases. The terms used for the search were all health science descriptors, Dees-MeSH with Boolean operators and/or/not, in their combinations: Malocclusion/ Malocclusion/ Máloclusão, Hábitos orales/ Oral habits/ Hábitos orais, Premature tooth loss/ Perdas dentes prematuros.

Resultados

La maloclusión más habitual fue la clase I de Angle en dientes permanentes con un porcentaje de 73.2 %, seguido de la Clase III con el 17 % y la clase II con el 9.8 %. En la dentición temporal según Xinhua Zhou, et al. Shanghai (China) año 2017 plantea que el plano terminal recto fue de 83.9%, seguido de maloclusiones del plano vertical como mordida abierta anterior y mordida profunda.

The most usual malocclusion was Angle class I in permanent teeth with a percentage of 73.2 %, followed by class III with 17 % and class II with 9.8 %. In the temporary dentition according to Xinhua Zhou, et al. Shanghai (China) year 2017 states that the straight terminal plane was 83.9%, followed by malocclusions of the vertical plane as anterior open bite and deep bite.

Conclusiones

Se identificó que las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales tienen una estrecha relación con las maloclusiones en el rango de edad de 5 a 10 años, coincidiendo con los resultados que concluyen que el desarrollo de varios tipos de maloclusión dental en los niños(a), compromete el correcto crecimiento y desarrollo craneofacial.

It was identified that premature dental loss and oral habits are closely related to malocclusions in the age range of 5 to 10 years, according to the results, which conclude that the presence of parafunctional oral habits and premature dental loss develop several types of dental malocclusion in children, involving the appropriate growth and craniofacial development.

*Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y hábitos
orales en niños(a).*

Roys-Rubio J*, Fernández A**, Florez A***, Aristizabal-Sanchez D****, Barbosa-Saiz
N****.

nbarbosa92@uan.edu.co

Resumen

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar con respecto a la prevalencia de enfermedades bucales después de la caries y la enfermedad periodontal. (Suami González Rodríguez, 2017) Clasificadas como alteraciones producidas por factores externos como las pérdidas prematuras y hábitos orales presentes durante el crecimiento craneofacial que traen consigo, múltiples consecuencias asociadas con el desarrollo. La maloclusión dental está relacionada con la presencia de pérdidas prematuras ya que el diente temporal guarda un espacio en la arcada y cumple diferentes funciones fisiológicas; al perderse este equilibrio se presentarían cambios posicionales en un corto tiempo, trayendo consigo consecuencias en el desarrollo orofacial, los hábitos orales son una indudable causa sobre las maloclusiones dentales ya que intervienen en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o re direccionando el crecimiento en ciertas estructuras. **Objetivo:** Asociar las maloclusiones dentales con la pérdida prematura dental y los hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años. **Metodología.** Revisión sistemática de la literatura, mediante un análisis documental de tipo cualitativo en estudios realizados durante el periodo 2013-2020, utilizando datos relevantes sobre maloclusiones dentales asociadas a hábitos orales y pérdidas prematuras. **Resultados:** La maloclusión más habitual fue la clase I de Angle en dientes permanentes con un porcentaje de 73.2 %, seguido de la Clase III con el 17 % y la clase II con el 9.8 %. En la dentición temporal plano terminal recto fue de 83.9%, Seguido de maloclusiones

Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y

del plano vertical como mordida abierta anterior y mordida profunda. **Conclusiones:** Se identificó que las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales tienen una estrecha relación con las maloclusiones en el rango de edad de 5 a 10 años, coincidiendo con los resultados, que identifican el inicio de varios tipos de maloclusión dental en los niños(a), comprometiendo el correcto crecimiento y desarrollo craneofacial.

Palabras clave: Maloclusión dental, hábitos orales, pérdida prematura dental, niños, oclusión

Abstract

Dental malocclusions associated with premature teeth loss and oral habits in children between 5 to 10 years old. Systematic review of the literature 2013-2020.

Introduction. According to the World Health Organization (WHO), malocclusions rank third in the prevalence of oral diseases after caries and periodontal disease. (Suami González Rodríguez, 2017) Classified as alterations produced by external factors such as premature losses and oral habits during craniofacial growth that carry with them, multiple consequences associated with the development. Dental malocclusion is related to the presence of premature losses because the temporary tooth keeps a space in the arch and has different physiological functions; when this balance is lost, positional changes will occur in a short time, bringing with it consequences in the orofacial development. Oral habits are an unquestionable cause of dental malocclusions since they intervene in the normal development of the alveolar processes, stimulating or redirecting the growth in certain structures. **Objective.** To associate dental malocclusions with premature teeth loss and oral habits in children between 5 to 10 years old. Systematic review of the literature. 2013-2020. **Method.** Systematic review of the literature, through a qualitative documentary analysis in studies done during the period 2013-2020, using relevant data on dental malocclusions associated with oral habits and premature loss. **Results.** The most common malocclusion was Angle class I in permanent teeth with a percentage of 73.2 %, followed by class III with 17 % and class II with 9.8 %. In the temporary dentition straight terminal plane was 83.9%, followed by malocclusions of the vertical plane as open bite and deep bite. **Conclusions.** It was identified that dental premature losses and oral habits have a close relationship with malocclusions in the age range of 5 to 10 years, matching with the results, which conclude that the presence of parafunctional oral habits and dental

Maloclusiones dentales asociadas a pérdida prematura dental y

premature losses develop several types of dental malocclusion in children, compromising the correct growth and craniofacial development.

Keywords: Dental malocclusion, oral habits, premature tooth loss, children, occlusion.

Introducción

Las maloclusiones, constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico. Según la organización mundial de la salud (OMS), las maloclusiones son consideradas como una enfermedad, que ocupa el tercer lugar con respecto a la prevalencia en enfermedades bucales, después de caries y enfermedad periodontal. (Suami González Rodríguez, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar con respecto a la prevalencia de enfermedades bucales después de la caries y la enfermedad periodontal. (Suami González Rodríguez, 2017) Están clasificadas como alteraciones producidas por factores externos como las pérdidas prematuras y hábitos orales presentes durante el crecimiento craneofacial que traen consigo, múltiples consecuencias asociadas con el desarrollo.

Están clasificadas según Angle en dos grandes grupos (el primero abarca dentales, dentoalveolares, esqueléticas y el segundo, clase I, II y III), las que están relacionadas con factores etiológicos como trastornos hereditarios y desencadenantes; entre ellos, hábitos, pérdidas prematuras o factores sindrómicos asociados, identificados, con un correcto diligenciamiento de historia clínica y ayudas diagnósticas como radiografías y modelos. (Déu, 2019). Por lo tanto este estudio pretende asociar las maloclusiones dentales con la pérdida prematura dental y hábitos orales en niños de 5 a 10 años mediante una revisión sistémica de la literatura.

Método

Revisión sistemática de la literatura, dirigida a realizar un análisis documental de tipo

cualitativo en estudios realizados, utilizando los datos relevantes obtenidos por otros investigadores, donde se estudiara la evidencia disponible, se abordara lo referente a la asociación entre maloclusiones dentales, pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años.

Al escoger el tema de investigación a tratar, especificando el planteamiento del problema donde se resalta la importancia de describir el contenido de este estudio, se formularon preguntas orientadoras bajo la estrategia PICOT (paciente, intervención, comparación, resultados, tiempo) las cuales permiten enfocar la investigación en un tema específico.

La selección de los artículos se realizó de acuerdo a la relevancia y pertinencia de estos, se tuvo en cuenta que pertenecieran a fuentes de información indexada y actualizada, junto con revisión en detalle de su título y de resultados. Recolección, identificación y determinación de información encontrada sobre maloclusiones dentales, pérdida prematura dental y hábitos orales en niños(a) de 5 a 10 años, teniendo en cuenta la búsqueda en las bases de datos google académico, Medigraphic, Scielo, y PubMed. Los términos empleados para la búsqueda fueron en su totalidad descriptores en ciencias de la salud, Dees-MeSH con operadores booleanos and/or/not, en sus combinaciones: Malocclusion/ Malocclusion/ Máloclusão, Hábitos orales/ Oral habits/ Hábitos orais, Pérdidas prematuras dentales/ Premature tooth loss/ Perdas dentes prematuros.

Este proceso se llevó a cabo en cuatro fases: 1) identificación de los artículos por medio de las bases de datos; 2) selección mediante la revisión del título, resumen, objetivos,

palabras claves, año de publicación de cada artículo y resultados ; 3) elegibilidad, realizado por revisiones independientes de los dos investigadores quienes identificaron artículos considerados como sólidos, evaluando el cumplimiento de las preguntas generadoras y la pertinencia según el objetivo de la investigación; 4) inclusión de artículos elegibles en la revisión sistemática de la literatura.

Resultados

Mónica Zapata Dávalos et al, Lima, Perú en el año 2013 indico que la maloclusion más habitual fue la clase I de Angle en dientes permanentes con un porcentaje de 73.2 %, seguido de la Clase III con el 17 % y la clase II con el 9.8 %. En la dentición temporal según Xinhua Zhou, et al. Shanghai (China) año 2017 plantea que el plano terminal recto fue de 83.9%, Seguido de maloclusiones del plano vertical como mordida abierta anterior y mordida profunda.

Anderson Juan Inca Sánchez en Perú año 2019 demostró que las maloclusiones dentales son más prevalentes en el género masculino con el 61.0 %; y según la edad la mayor prevalencia se da entre 6 y 9 años con el 41.4%.

Cristina Grippaudo, et al. Realizaron un estudio en el año 2016 en Roma, Italia, donde determinaron que las pérdidas prematuras dentales conllevan en un futuro a maloclusiones dentarias y esqueléticas, dado que se pierde el espacio establecido produciendo apiñamientos o espaciamientos que perjudican la erupción de los dientes permanentes y el desarrollo correcto de los maxilares.

Cotrina Sanchez en Perú año 2019 demuestra que las agenesias dentales son más frecuentes

en la mandíbula en un 11.8% y menos frecuentes en el maxilar superior 4.3%. Por otro lado Antonio LT et al en Italia año 2017 dice que los dientes perdidos congénitamente más comunes son los segundos premolares mandibulares (18,1%) seguidos de los incisivos laterales superiores (17,7%) y los segundos premolares superiores (6,3%).

En el estudio realizado por Ana Karen Garibay et al. Asunción año 2018. Demostró que la perdida prematura dental por traumatismo fue de un 14%. Y en cuanto al género se encontró en las mujeres en un 9.9%, y hombres en un 12%.

Según Cristina Grippaudo, et al en el año 2016 Roma, Italia, investigaron el tipo de maloclusion dental en niños en relación a los hábitos orales, donde se encontró que los hábitos de succión no nutritiva, asociado con el empuje lingual y la deglución atípica están relacionados con la mordida cruzada posterior.

Según el análisis realizado por Mónica Josefina Zapata en Lima-Perú año 2013 de hábitos orales, la onicofagia es las más frecuente con un (25.3%), seguido de la succión digital (18.2%) y el bruxismo en tercer lugar (12.3%). En porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración oral, que desencadenan consecuencias en el desarrollo de maloclusiones como mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.

Tircio Franco et al. En Ecuador año 2019 menciono que los 6 años de edad, tuvieron una estrecha relación con las maloclusiones dentales y hábitos orales, ya que durante el periodo de 5 a 6 años, se producen con más frecuencia hábitos nocivos como el uso

sostenido del chupete, hábito de succión digital e interposición lingual que generan las maloclusiones dentales

Conclusiones

La recolección de la literatura incluida identificó que las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales tienen una estrecha relación con las maloclusiones en el rango de edad de 5 a 10 años, coincidiendo con los resultados, los cuales concluyen que la presencia de hábitos orales parafuncionales y pérdidas prematuras dentales desarrollan varios tipos de maloclusión dental en los niños(a), comprometiendo el correcto crecimiento y desarrollo craneofacial.

En esta revisión, se encontró una asociación significativa entre las maloclusiones dentales, con respecto a las pérdidas prematuras y hábitos orales. En ambas variables se confirma la presencia de al menos una maloclusión (73.2%) en la población infantil, donde el apiñamiento y el espaciamiento fueron las principales maloclusiones relacionadas con las pérdidas prematuras dentales. Y la onicofagia (25.3%) el hábito más frecuente asociado a las maloclusiones dentales.

Se determinó que las pérdidas prematuras dentales y los hábitos orales tienen una asociación significativa con las maloclusiones dentales, en cuanto al desarrollo y crecimiento de los maxilares, además del incorrecto posicionamiento de los dientes, que compromete el espacio en las arcadas dentarias. Se concluyó, que la clase I de Angle es la más frecuente en la dentición permanente en un (73.2%), seguido de la mordida abierta, profunda y apiñamiento. Así mismo, en dentición temporal el plano terminal recto (83.9%).

En cuanto a las pérdidas prematuras dentales, se concluyó que la causa principal es la caries dental (74%), debido a exodoncias realizadas antes del momento de su exfoliación natural. Siendo el segundo molar temporal inferior izquierdo el diente frecuentemente ausente (16,82%) por consecuencia de la poca higiene oral, seguido de otras causas como los traumas dentales (14%) y agenesia dental (11.8%) en los 8 años de edad (5,08%).

De acuerdo a los resultados de la revisión sistemática se concluyó que la mayoría de los pacientes que presentan maloclusiones dentales están acompañados de algún hábito y se evidencio que son pocos los pacientes que presentan hábitos orales sin presentar maloclusiones, los hábitos más frecuentes en el intervalo de edades de 5 a 10 años fueron los hábitos de succión, onicofagia e interposición lingual; y se encontró que el género masculino representa en un mayor porcentaje (61%) estos tipos de alteraciones.

Recomendaciones

Realizar más estudios de pérdidas prematuras dentales producidas por traumas o agenesias, ya que el número de estudios encontrados corresponden en una mayor medida a la caries dental y es considerado, el factor etiológico de mayor prevalencia en cuanto a pérdida prematura dental y maloclusiones.

Llevar a cabo la realización de este proyecto en colegios o instituciones de bajos recursos en la ciudad de Ibagué, con el fin de conocer las maloclusiones dentales, producidas por pérdidas prematuras y hábitos orales en la población infantil local.

Agradecimientos

A la universidad Antonio Nariño y a todos los docentes que revisaron este artículo, y ser guías y apoyo en este camino.

Referencias Bibliográficas

1. Estrella Sáenz, A. (2011). Asociación de hábitos orales con maloclusiones dentomaxilares en niños de edad preescolar (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
2. González, G., Fuenmayor, L. M. (2012). Mordida Cruzada Anterior. Revisión Bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet].
3. Navas, C Fonoaudióloga con entrenamiento en Deglución y Terapia Mio-funcional, Hábitos Orales.
4. Simoes Andrade, N. (2015). Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Latinoamericana de ortodoncia y ortopedia.
5. Velasco, A. A. (2017). Pérdida prematura de dientes temporales en sector anterosuperior: Estudio de la eficacia de prótesis fija sobre coronas preformadas y satisfacción de los padres (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
6. Zapata-Dávalos, M. (2015). Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Revista Kiru, 11(1).
7. Nabina, B. (July 2013). The impact of premature extraction of primary teeth on the subsequent need for orthodontic treatment. The University of Leeds Leeds Dental Institute.
8. C. Grippaudo, Cols. (2016). Asociación entre hábitos orales, respiración bucal y malocclusion. Acta otorhinolaryngologica italica.
9. Davide Giugliano, Cols. (2015). Relación entre malocclusion y hábitos orales. Investigación actual en odontología. Documento de investigación original.
10. Kolawole, K. A., Folayan, M. O., Agbaje, H. O., Oyedele, T. A., Onyejaka, N. K., & Oziegbe, E. O. (2019). Oral habits and malocclusion in children resident in Ile-Ife Nigeria. European Archives of Paediatric Dentistry, 20(3), 257-265.
11. Oropeza, L. M., Ocampo, A. F. M., Sánchez, R. O., & López, A. F. (2014). Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de ortodoncia, 2(4), 220-227.
12. Raja, S. M., Mohan, M., & Jeevanandan, G. (2018). Premature loss of primary teeth and developing malocclusion: A review. J. Pharm. Res, 12, 190-193.
13. Dr. Saba Fouad, J, Cols. (2007). El efecto de los malos hábitos orales en las maloclusiones y su relación con la edad, el género y el tipo de Alimentación. MDJ.
14. Paolantonio, E. G., Ludovici, N., Saccomanno, S., La, G. T., & Grippaudo, C. (2019). Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. European journal of paediatric dentistry, 20(3), 204-208.
15. II, C. GUIA DE ATENCIÓN EN MALOCLUSIONES.
16. Molina, I., & Elizabeth, J. (2017). Prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Pastocalle de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga,

en el periodo de junio a julio del 2017 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

17. Alcívar Mejía, K. J. (2019). Hábitos bucales y mal oclusiones en niños de 4 a 12 años de edad (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).

18. Gil Lemus, J. K., Moreno Escarpeta, L. K., & Vargas Montenegro, K. J. (2019). Hábitos orales y maloclusión en un grupo de niños de 7 a 12 años del colegio Alberto Lleras Camargo–Villavicencio 2018.

19. González Rodríguez, S., Llanes Rodríguez, M., & Pedroso Ramos, L. (2017). Modificaciones de la oclusión dentaria y su relación con la postura corporal en Ortodoncia. Revisión bibliográfica. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 16(3), 371-386.

20. Gallardo Honores, F. V., & García González, Y. D. L. Á. (2020). Pérdida prematura de molares temporarios en infantes de 5 a 9 años (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).

21. Aróstica, N., & Carrillo, G. (2016). Prevalencia de maloclusiones y hábitos orales disfuncionales en pre-escolares de establecimientos municipales de Viña del Mar (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).

22. Inca Sanchez, A. J. (2019). Prevalencia de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 18 años de edad atendidos en el servicio de odontología del Hospital la Caleta, del Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Región Áncash, Año 2018.

23. Tircio Franco, M. A. (2019). Prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 12 años de la

Clínica de Odontopediatría de la Facultad Piloto de Odontología (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología.).

24. Miño, M., & Brigitte, K. (2020). Factores que producen la pérdida prematura dental, niños de 5 a 10 años, clínica odontológica semestre B 2019 UCSG.

25. Kasparaviciene, K., Sidlauskas, A., Zasciurinskiene, E., Vasiliauskas, A., Juodzbalsys, G., Sidlauskas, M., & Marmaitė, U. (2014). The prevalence of malocclusion and oral habits among 5-7-year-old children. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research, 20, 2036–2042. <https://doi.org/10.12659/MSM.890885>

26. Caruso, S., Nota, A., Darvizeh, A., Severino, M., Gatto, R., & Tecco, S. (2019). Poor oral habits and malocclusions after usage of orthodontic pacifiers: an observational study on 3-5 years old children. BMC pediatrics, 19(1), 294. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1668-3>.

27. Zhou, X., Zhang, Y., Wang, Y., Zhang, H., Chen, L., & Liu, Y. (2017). Prevalence of Malocclusion in 3- to 5-Year-Old Children in Shanghai, China. International journal of environmental research and public health, 14(3), 328. <https://doi.org/10.3390/ijerph14030328>

28. Lao Gallardo, William, Araya Rodríguez, Huberth, & Mena Camacho, Dylana. (2019). Prevalencia de apiñamiento dental en la población costarricense que consulta los servicios de odontología de la CCSS, 2017. Odontología Vital, (30), 39-44. Retrieved September 14, 2020, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000100039&lng=en&tlng=es.

29. Mendoza-Hernández, C., Sosa-Velasco, T. A., Sánchez-Sánchez, M., & Hernández-Antonio, A. Agenesia dental, alteración del desarrollo dental y síndromes relacionados.
30. Martínez, A. K. G., Bermeo, N. L. R., Martínez, C. T. H., Quiroz, L. J. G., Contreras, G. P., Gayosso, S. I. J., & Solís, C. E. M. (2018). Traumatismo dental en pacientes pediátricos que acuden a una clínica universitaria de odontopediatría: un análisis retrospectivo de historias clínicas. *Pediatría (Asunción): Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 45(3), 206- 211.
31. Sánchez Cotrina, i. g. (2019). Prevalencia de agenesia de dientes permanentes en pacientes de 4 a 7 años atendidos en la clínica odontológica de la universidad de Huánuco—2018.
32. Gracco, A., Zanatta, S., Forin Valvecchi, F., Bignotti, D., Perri, A., & Baciliero, F. (2017). Prevalence of dental agenesis in a sample of Italian orthodontic patients: an epidemiological study. *Progress in orthodontics*, 18(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s40510-017-0186-9>.