

FRECUENCIA DE ANOMALIAS DENTOMAXILARES
EN NIÑOS DE 4 A 5 AÑOS 11 MESES DE LA ESCUELA D-59 DEL
AREA NORTE DE LA REGION METROPOLITANA
Adscrito al proyecto: PRI 01:95003

Cuad. Méd. Soc. XL, 1, 1999/ 68-80

Dra. Pamela Agurto Veas*
Dra. Cynthia Dabed Cattán**
Dra. Angélica Espinoza***

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the *frequency of malocclusions* in children of both sexes between 4 and 5 years and 11 months old applied the *Classification of Bonn* modified. The sample was of 141 children (65 girls and 76 boys) from the D-59 República del Paraguay Public School from the north area of the Región Metropolitana.

From the total of the sample (141), 59.6% (84) showed at least 1 dentomaxilar abnormality. From a total of 112 malocclusion, the major prevalence (44.6%) was partial tissue loss (interproximal or extensive caries). In second place were the open bites and anterior cross bites with a 22.3% and 15.2% respectively. In cases of decayes and open bites, are both problems easily prevention through childhood education and their parents in the oral health care and periodic visits to the dentist. In these cases the doctors role is very important, who can teach the parents and be able to send back to the dentist at the right time.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue determinar la *frecuencia de anomalías dentomaxilares* en niños entre 4 y 5 años 11 meses aplicando la *Clasificación Biogenética de Bonn* y explicar las posibles *consecuencias* que de ellas se derivan y por ende la importancia en prevenirlas y diagnosticarlas en forma temprana.

La población objetivo estuvo constituida por un total de 141 niños (65 mujeres y 76 hombres), todos pertenecientes a la Escuela Fiscal D-59 República del Paraguay.

El 59,6% (84) presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. De un total de 112 anomalías, la mayor prevalencia (44,6%) fue por pérdida parcial de tejido (caries proximales y/o extensas). Le siguieron en frecuencia las mordidas abiertas y las mordidas invertidas con un 22,3% y un 15,2% respectivamente. En el caso de la pérdida de tejido por caries y la mordida abierta son ambas de fácil prevención a través de la educación de los niños y sus padres en los cuidados de salud oral y controles periódicos con el dentista. En esto son de vital importancia los médicos quienes pueden enseñar esto a los padres, inculcar la importancia de los controles periódicos con el dentista y ser capaces de derivar en forma oportuna.

* Cirujano Dentista, Práctica Privada.

** Cirujano Dentista, Práctica Privada.

*** Profesor Asistente del Area de Ortopedia Dentomaxilar de la Universidad de Chile

INTRODUCCION

Las patologías odontológicas más prevalentes en nuestra población son las caries, periodonciopatías y el tercer problema lo constituyen las anomalías dentomaxilares (O.M.S.), las que pueden manifestarse desde el nacimiento y progresar en el tiempo. En etapas tempranas (preescolares), las maloclusiones son relativamente sencillas de pesquisar, a la vez que su tratamiento es simple, menos costoso y más efectivo. Cuando los niños presentan dentición permanente completa (12 años aprox.) estos problemas son mucho más graves y requieren tratamientos más largos y de mayor complejidad a los cuales un bajo porcentaje de la población puede acceder a él. El problema radica en que no existe una conciencia clara sobre la necesidad de controles periódicos al dentista desde el año de vida; al contrario, la mayoría de los niños acude por primera vez a los 6 años (15). Sin embargo, los padres saben la importancia de los controles médicos desde los primeros meses de vida. De este modo es fundamental que los profesionales que controlan a los niños desde el nacimiento como lo son el médico general, especialmente el pediatra, enfermeras, etc., estén capacitados para evaluar y detectar las anomalías en niños preescolares que presentan dentición temporal completa y deriven al paciente oportunamente a un odontólogo general u odontopediatra. Al trabajar en equipo, enfermera, médicos y dentistas, se podrá prevenir y evitar que las maloclusiones se agraven con el tiempo y requieran por lo tanto de un tratamiento más complejo y por ende de la atención de un especialista ya que algunas de estas anomalías son progresivas.

Las investigaciones epidemiológicas han encontrado desde un 44,4% a un 68,3% de niños que presentan alguna anomalía dentomaxilar (3, 9, 15). La frecuencia de las distintas maloclusiones varían de una investigación a otra. En estudios internacionales (2, 6, 7, 8, 14) se ha registrado principalmente mordida invertida entre un 2 y un 5% (2, 6), mordida cruzada entre un 2 y un 16% (2, 6, 7). Sólo un estudio extranjero observó la presencia de mordida abierta en la población en estudio (4). Los estudios nacionales (1, 3, 5, 9, 15, 17) se han realizado en su mayoría en pacientes mayores de 5 años comprendiendo incluso rangos de hasta 34 años. Algunos de ellos coinciden en que la mayor prevalencia la constituyen las anomalías intramaxilares, las compresiones y las formas progénicas (1, 17). Otros trabajos consideran como primera anomalía las mordidas abiertas

(9, 15). También se han encontrado diferencias significativas en la prevalencia de maloclusiones entre hombres y mujeres (5). En las investigaciones existentes tienen grupos etarios de la muestra metodología y clasificación de las anomalías diferentes.

La Clasificación Biogenética de Bonn (4) realizada en Alemania clasifica las anomalías dentomaxilares en 16 grupos y tiene como mérito haber considerado no sólo la morfología sino también la etiología y la génesis de las anomalías dentomaxilares, por lo cual su manejo se hace complejo. El área de Ortopedia Dentomaxilar de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile utilizó esta clasificación haciéndola más sencilla principalmente con fines docentes.

La presente investigación la realizamos fundamentalmente por tres razones: 1° La mayoría de los estudios nacionales y extranjeros al respecto se han realizado en niños mayores de 5 años (3, 5, 9, 17). 2° A edades tempranas y cuando el niño presenta dentición temporal, se pueden prevenir anomalías dentomaxilares (A.D.M.) e interceptar con un correcto diagnóstico. 3° Existen pocas investigaciones (1, 11) que utilicen como parámetro de clasificación la utilizada en el área de Ortopedia de la Facultad y que es la que se enseña a los alumnos de pregrado. 4° Otras investigaciones no definen claramente como identifican las A.D.M. (2, 6, 7, 9).

El objetivo de esta investigación es realizar una aproximación preliminar de la frecuencia de anomalías dentomaxilares según la Clasificación de Bonn modificada, en niños de ambos sexos entre 4 y 5 años 11 meses y explicar las posibles consecuencias que de ellas se derivan y por ende la importancia en prevenirlas y diagnosticarlas en forma temprana.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio transversal-descriptivo en que se examinó a todos los niños de ambos sexos (81 mujeres y 89 hombres), pertenecientes a los cursos de prekinder y kinder de la Escuela fiscal D-59 República del Paraguay del área norte de Santiago, considerada de nivel socioeconómico bajo. La población objetivo estuvo constituida por niños de ambos sexos que a la fecha del examen tuvieran entre 4 años y 5 años 11 meses y 29 días de edad (hasta el día antes de cumplir los 6 años), y que fueran sanos, es decir no presentar enfermedades sistémicas ni síndromes. De este modo se

eliminaron 15 niños; 13 de ellos presentaban más de 6 años al momento del examen, uno tenía leucemia (diagnosticada por el médico y en tratamiento) y otro presentaba atrofia hemifacial. (El síndrome de esta niña fue detectado durante este estudio y diagnosticada en IRMADEMA). De esta forma la población objetivo quedó constituida finalmente por 141 niños de ambos sexos, 65 mujeres (46,1%) y 76 hombres (53,9%) entre 4 años y 5 años 11 meses. Según edad, el grupo etario de 4 a 4 años 11 meses estuvo constituido por 66 niños, lo que representa el 46,8% de la muestra y el grupo 5 a 5 años 11 meses lo conformaron 75 niños, lo que significa un 53,2%.

A estos niños se les realizó un examen clínico aplicando una ficha ad hoc en que las anomalías dentomaxilares se clasificaron en:

- I. ANOMALIAS INTERMAXILARES: aquellas que involucran a ambas arcadas en oclusión y que pueden presentarse en los tres sentidos del espacio:

1. Transversales

a) *Compresión* (esquema 1): falta de desarrollo de uno o ambos maxilares en sentido transversal. Las zonas laterales pueden presentarse normal, con mordida cruzada o vis a vis y a su vez puede afectar un solo lado (unilateral) o ambos lados (bilateral).

b) *Mordida cruzada* (foto 1) o vis a vis: se considera este signo al existir en sentido transversal una oclusión de las piezas dentarias laterales (molares) inferiores por vestibular de las piezas dentarias superiores con desviación de la mandíbula. También puede ser unilateral o afectar a ambos lados (bilateral).

2. Verticales

a) *Mordida abierta* (foto 2): falta de entrecruzamiento en sentido vertical en algún sector al estar las arcadas en oclusión. Esta anomalía se clasifica según su ubicación en el sector anterior, sectores laterales o de ambos y se observó si estaba asociada a mal hábito oral (succión de chupete, mamadera, o dedo).

b) *Mordida cubierta* (foto 3): síndrome con características esqueléticas, en el cual se presenta inclinación hacia palatino del eje longitudinal de los incisivos superiores en que éstos cubren a los incisivos inferiores (sobremordida).

ESQUEMA 1

Compresión arcada superior

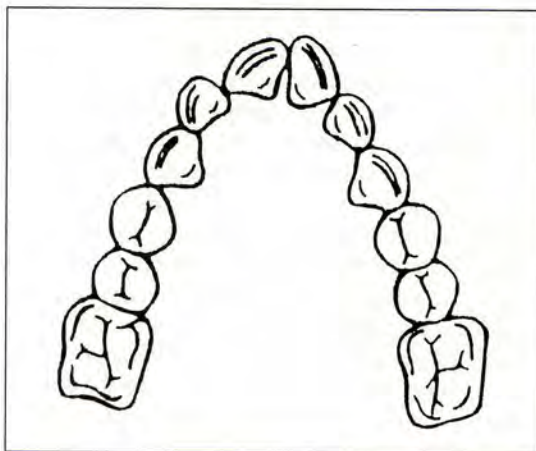


FOTO 1

Mordida cruzada unilateral izquierda.



FOTO 2

Mordida abierta anterior



FOTO 3

Mordida cubierta



3. Sagitales

a) *Formas progénicas* (foto 4): anomalías que presentan como característica común mordida invertida, es decir, los incisivos anteroinferiores se ubican por delante de los superiores. La mordida invertida puede comprometer una pieza dentaria, 2 ó 3 o todo el grupo anterior.

La interferencia se define como aquel contacto entre una piezas dentaria superior con una inferior durante el cierre de la mandíbula que desvían de su eje de cierre impidiendo una correcta oclusión de las arcadas dentarias. La falta de desgaste de las piezas dentarias temporales, especialmente de los caninos, son muchas veces la causa de una interferencia que obliga al niño a acomodar la mandíbula causando una mordida cruzada o de una mordida invertida.

FOTO 4

Forma progénica



II. ANOMALIAS INTRAMAXILARES: aquellas que involucran a una sola arcada;

Anomalías por alteración en la cantidad de tejido dentario

1. Disminución

A. Falta de tejido

- a) Falta parcial: microdoncia (dientes más pequeños).
- b) Falta total: agenesia.

B. Pérdida de tejido

- a) Pérdida parcial: caries

2. Aumento

- A. *Supernumerarios*: diente de más en presencia de su homólogo.
- B. *Macrodoncias*: dientes de tamaño mayor.

En cada una de estas maloclusiones se evaluó la relación sagital de los caninos temporales en cada uno de los segmentos laterales. La relación ideal es la neutroclusión canina y se presenta cuando la cúspide del canino temporal superior ocluye en el punto de contacto entre el canino temporal inferior y el primer molar temporal inferior (esquema 2b). Cuando el canino superior se encuentra por delante del punto de contacto entre canino y molar temporal inferior es una distocclusión (esquema 2b) y cuando se encuentra por detrás de este punto de contacto inferior es una mesiocclusión (esquema 2c).

Procedimiento de obtención y registro de la información

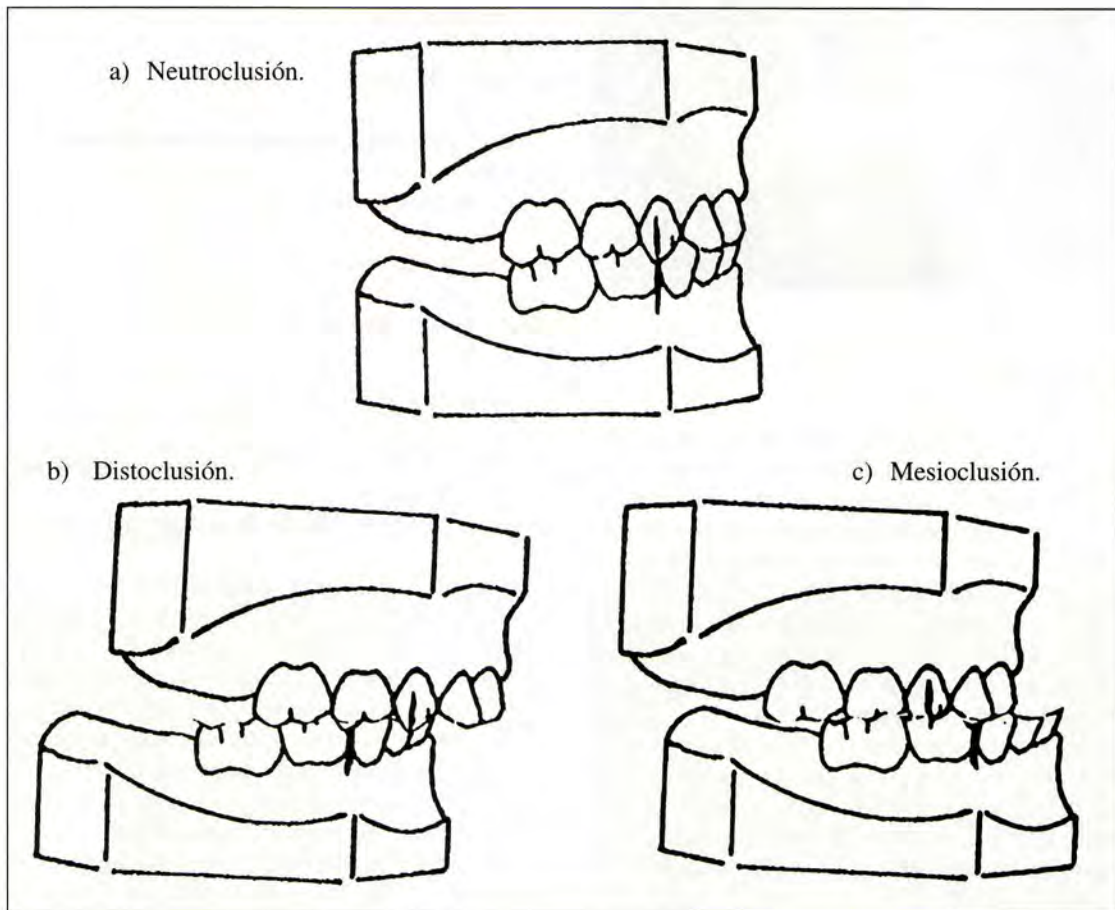
Para este estudio se utilizó una ficha clínica agrupando las anomalías dentomaxilares según Clasificación de Biogenética de Bonn modificada.

Los niños fueron examinados por un operador en la clínica de Ortopedia de la Facultad de Odontología evaluando un curso por semana y durante cinco semanas consecutivas.

Para el examen bucal se utilizó instrumental de examen (espejos bucales N° 4 y sondas de caries N° 23), los cuales fueron esterilizados en calor seco.

ESQUEMA 2

Relación sagital de caninos temporales.
La marca superior indica la cúspide del canino temporal y la marca inferior el punto de contacto entre el canino temporal y el primer molar temporal



Análisis de la información

La información obtenida fue tabulada y analizada computacionalmente a través de un Software Estadístico. Se realizó el test Chi cuadrado, para determinar si existían diferencias significativas entre sexo y edad de los niños que constituyeron la muestra o diferencias significativas entre las anomalías.

RESULTADOS

Un 59,6% (84) de los niños presentaron a lo menos una anomalía dentomaxilar mientras que un 40,4% no presentó ninguna maloclusión (Gráfico 1).

GRAFICO 1

Niños con y sin anomalías en la muestra

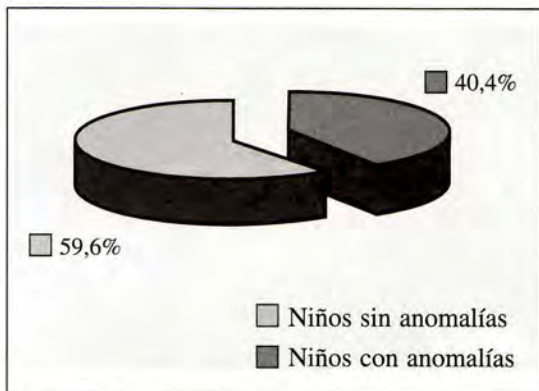
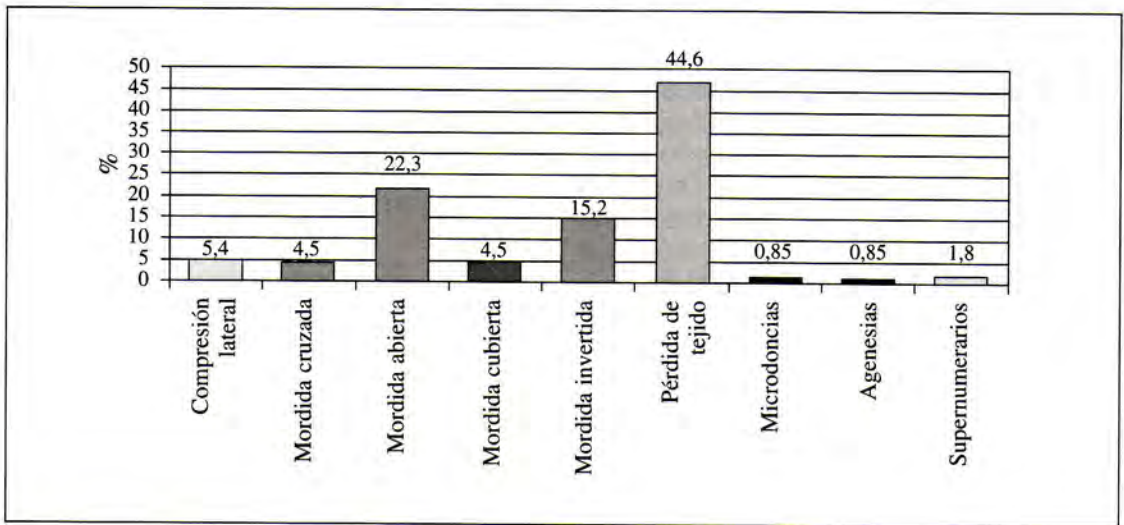


GRAFICO 2

Anomalías presentes en la muestra



Se presentaron un total de 112 anomalías. El mayor porcentaje (44,6%) correspondió a las anomalías intramaxilares por pérdida parcial de tejido, el total de ellas debido a caries proximales y/o extensas. Siguieron en frecuencia las mordidas abiertas con un 22,3% y las mordidas invertidas un 15,2%. No hubo diferencias significativas entre edad ni sexo entre las 3 anomalías más frecuentes. Las compresiones laterales se observaron en un 5,4%. Las mordidas cruzadas y las mordidas cubiertas se presentaron en igual porcentaje (4,5%). Las anomalías de menor frecuencia fueron por aumento de tejido (supernumerarios) con un 1,8% y las por pérdida de tejido, esto es, agnesias y microdoncias con un 0,85% respectivamente (Gráfico 2).

De los niños que presentaron compresión con mordida cruzada o vis a vis (corresponde al 5,4% de los niños con anomalías), el mayor porcentaje (66,7%) presentó mordida cruzada unilateral. Hubo el mismo porcentaje de casos con mordida cruzada bilateral y mordida vis a vis unilateral (16,7%). No se presentaron casos con mordida vis a vis bilateral (Tabla I).

De los niños que presentaron mordida cruzada por acomodación (4,5%), el 80% fue unilateral del lado izquierdo. No se presentaron mordidas cruzadas bilaterales (Tabla II).

Del porcentaje total de niños con mordida invertida (15,2%), el 41,2% se presentó con un compromiso de 2 a 3 piezas dentarias. Con menor porcentaje, aunque igualmente considerable, se observó un 35,3% de compromiso de 1 a 2 piezas y un 23,5% de todas las piezas dentarias (Tabla III).

TABLA I

Distribución de compresiones con mordida cruzada

Compresión	Número	%
Mordida cruzada unilateral	4	66,7
Mordida cruzada bilateral	1	16,7
Mordida vis a vis unilateral	1	16,7
Mordida vis a vis bilateral	0	0,0
Total	6	100,0

TABLA II

Distribución de mordidas cruzadas por acomodación

Mordida cruzada	Número	%
Unilateral izquierda	4	80
Unilateral derecha	1	20
Bilateral	0	0
Total	5	100

De los niños que presentaron anomalías en sentido transversal (compresiones y mordida cruzada por acomodación) el 36,3% (4 niños) presentó neutroclusión canina bilateral e igual porcentaje mesioclusión unilateral (Tabla IV).

La relación sagital de los caninos temporales en las maloclusiones en sentido vertical fue en su mayor porcentaje (53,4%, lo que representa 16 casos) de neutroclusión bilateral (Tabla V).

En el caso de mordidas invertidas el porcentaje de neutroclusión bilateral representó el 52,9% (Tabla VI).

Finalmente en las anomalías intramaxilares por pérdida de tejido 66,6% de los niños (33) registraron neutroclusión canina bilateral (Tabla VII).

TABLA III

Distribución de mordidas invertidas según piezas comprometidas

Mordida invertida	Número	%
1 a 2 piezas dentarias	6	35,3
2 a 3 piezas dentarias	7	41,2
Todas	4	23,5
Total	17	100,0

TABLA IV

Relación sagital de caninos temporales en anomalías en sentido transversal

Relación sagital de caninos temporales	Compresión con mordida cruzada	Mordida cruzada por acomodación	Total	
			Nº	%
Neutroclusión bilateral	2	2	4	36,3
Mesioclusión bilateral	1	0	1	9,2
Distocclusión bilateral	0	0	0	0,0
Mesioclusión unilateral	1	3	4	36,3
Distocclusión unilateral	2	0	2	18,2
Total	6	5	11	100,0

TABLA V

Relación sagital de los caninos temporales en anomalías en sentido vertical

Relación sagital de caninos temporales	Mordida abierta	Mordida cubierta	Total	
			Nº	%
Neutroclusión bilateral	14	2	16	53,4
Mesioclusión bilateral	1	0	1	3,3
Distocclusión bilateral	7	2	9	30,0
Mesioclusión unilateral	1	0	1	3,3
Distocclusión unilateral	2	1	3	10,0
Total	25	5	30	100,0

TABLA VI

Relación sagital de caninos temporales	Mordida invertida	
	Nº	%
Neuroclusión bilateral	9	52,9
Mesioclusión bilateral	3	17,8
Distoclusión bilateral	0	0,0
Mesioclusión unilateral	4	23,5
Distoclusión unilateral	1	5,8
Total	17	100,0

TABLA VII

Relación sagital de caninos temporales	Pérdida de tejido	
	Nº	%
Neuroclusión bilateral	33	66
Mesioclusión bilateral	3	6
Distoclusión bilateral	7	14
Mesioclusión unilateral	3	6
Distoclusión unilateral	4	8
Total	50	100

DISCUSION

Se utilizó la Clasificación Biogenética de Bonn modificada debido a que ésta es la utilizada por los docentes y alumnos de la Facultad y además existen pocos estudios de frecuencia de anomalías que apliquen esta clasificación (11).

Del total de la población en estudio (141), el 59,6% presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. El total de maloclusiones presentes fue de 112, de un total de 84 niños, lo que indica que algunos de los niños afectados (22) presentaron dos o más anomalías dentomaxilares: 18 niños presentaron 2 anomalías asociadas, otros 2 registraron 3 anomalías y en un niño se observaron 5 anomalías. Es importante destacar al respecto que al estar asociada varias anomalías el pronóstico de la patología se hace más grave.

La mayor frecuencia correspondió a anomalías intramaxilares por disminución de tejido dentario debido a pérdida parcial de éste (caries interproximales y/o extensas) con un 44,6% (50 niños). Esto es respaldado por otros estudios chilenos; Urbina y cols. (15) encontraron un mayor porcentaje de niños menores de 6 años afectados por estas anomalías (44,4%). Araya y cols. (1), Villa y col (17), aunque su grupo etario eran niños mayores de 6 años, vieron de igual modo esta anomalía como la más frecuente. Sólo Navarrete y col. (11) encontraron un bajo porcentaje de esta anomalía (8,1%), lo cual se explica en que en niños de 2 a 4 años las piezas dentarias han terminado recién de erupcionar.

Siguieron en frecuencia las mordidas abiertas (22,3%) y de ellas el 100% del sector anterior y el 85% asociadas a malos hábitos. Urbina y col. (15) y Tschill y cols. (14) también encontraron la mordida abierta como la maloclusión más frecuente (35,2%, 37,45% respectivamente). Estas investigaciones incluyeron en sus muestras a niños de 3 años de edad. En cambio Araya y cols. (1) en una muestra de niños mayores de 5 años determinaron un 6,7% de esta anomalía. Navarrete y col. (11) en niños de 2 a 4 años observaron un 55,1% de mordidas abiertas anteriores; el 100% de ellas asociadas a malos hábitos. Estas discrepancias pueden explicarse en que a los dos y tres años de edad toman aún con más frecuencia mamadera y chupan chupete, lo cual es causa de mordidas abiertas. Este hábito es menos común a medida que el niño crece y además al abandonar el hábito en edad temprana (antes de los 6 años) la anomalía desaparece espontáneamente (12, 13, 16).

La tercera frecuencia fue: mordidas invertidas con un 15,2%, de ellas el mayor porcentaje (41,2%) fue con compromiso de 3 piezas dentarias y en un 30% asociadas a interferencias. En investigaciones extranjeras se observaron menores porcentajes de mordida invertida (2% (Farsi y cols. (2) y Jones y cols. (6), 5% Kabue y cols. (7)). En esas publicaciones no se definen los criterios para determinar esta anomalía. Estudios nacionales coincidieron con los criterios para este estudio, encontrando porcentajes similares (18,4% (1), 11% (15), 22,4% (11)). Navarrete y col. (11) observaron que el 54,6% de esta anomalía era con compromiso de todo el grupo incisivo anterior (4 piezas dentarias) y un porcentaje similar al presente estudio (27,4%) asociado a interferencias.

En este estudio, hubo un 5,4% de compresiones con mordida cruzada o vis a vis y el 83,4% de ellas fueron de un solo lado. Araya (1) y Villa y col. (17) encontraron un 12 y un 27,5% de compresiones con mordidas cruzadas o vis a vis en forma respectiva. Los porcentajes de esta maloclusión en esos estudios incluyen a los niños en dentición mixta 2ª fase (presencia de incisivos y primeros molares permanentes), edades en las cuales la anomalía se manifiesta con mayor frecuencia.

Se registró un 4,5% de mordidas cruzadas por acomodación, la totalidad de ellas afectaba a un solo lado y se asociaron a interferencia de piezas dentarias temporales (100%). Navarrete y col. (11) observaron un mayor porcentaje, 26,5%, pero coinciden en que el mayor porcentaje es unilateral (93,2%) y asociadas a interferencias (93,2%). Los resultados hallados en otras investigaciones no son comparables, debido a que ellos no explican cómo definen esta anomalía (Farsi y col. (2) y Jones y cols. (6)) o bien, no especifican el porcentaje encontrado de esta maloclusión (Kutin y cols. (10)).

El porcentaje de mordidas cubiertas fue de 4,5%. Esto es cercano a los resultados de Araya y cols. (1) y Villa y col. (17) con un 2,2% y un 2,4%.

Las anomalías de menor frecuencia fueron por exceso de tejido (supernumerarios; 1,8%) y por falta parcial y total de tejido dentario (microdoncia, 0,85% y agenesia, 0,85%). Estos resultados encontrados en esta investigación sólo se basaron en el examen clínico de los pacientes y no se realizó un estudio radiográfico, lo cual podría haber aumentado estas cifras.

La relación observada en los caninos temporales en las distintas anomalías fue en mayor porcentaje de neutroclusión canina bilateral. Esto coincide con Farsi y col. (2) quienes también encontraron en niños con dentición temporal un mayor porcentaje de maloclusiones en neutroclusión. Cabe notar que de 50 niños que presentaron pérdida de tejido, el 66,6% (33) neutroclusión bilateral, esto debido a que no se produjo migración (movimiento hacia delante de los dientes al presentarse caries), pudiendo deberse a la edad temprana de ellos, ya que al persistir caries, con el tiempo produce esa migración.

Según el análisis estadístico realizado no existe diferencia estadísticamente significativa entre sexo ni grupo etario en cada una de estas anomalías. Iturriaga y col. (12) determinaron diferencias significativas entre ambos sexos en dos maloclusiones;

siendo las compresiones más frecuentes en los hombres y las anomalías en sentido sagital en las mujeres. La diferencia con los resultados de este estudio, puede radicar en el amplio rango de edades de los pacientes en esta investigación (entre 5 y 20 años), debido a lo cual anomalías como las existentes en sentido sagital son más evidentes en edades posteriores.

CONCLUSIONES

- Del total de niños que constituyeron la población objetivo (141), un 59,6% presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. Este gran porcentaje indica que aún se hace necesario intensificar la educación de los niños y sus padres en relación a temas de salud oral y la necesidad del apoyo en esta área de los médicos y equipo de salud que están en mayor contacto con los niños en edad preescolar.
- Se presentaron un total de 112 anomalías en un total de 84 niños. Esto indica que a edades tempranas ya existen niños cuyas anomalías serán más difíciles de corregir al presentarse asociadas a otra y mantenerse en el tiempo, ya que un gran número de las A.D.M son progresivas.
- La mayor frecuencia (44,6%) fueron anomalías por pérdida de tejido (caries que comprometen superficies entre dos dientes (proximales) y/o caries extensas). Parece ser que aún las madres no le dan importancia a la salud oral y sólo recurren a ella cuando ya el niño presenta dolor, haciendo la visita al dentista una experiencia traumática. El médico en el control pediátrico del preescolar debería explicar a los padres que junto con los controles médicos también son importantes los controles odontológicos, al inicio de la erupción de los primeros dientes y en forma periódica.
- En segundo lugar de prevalencia fueron la mordida abierta (22,3%) asociada en un gran porcentaje (85%) a malos hábitos. Esta maloclusión es de fácil prevención al evitar la presencia de malos hábitos orales como son la succión de chupete, mamadera o dedo que son los primeros responsables de esta maloclusión en edad preescolar. Muchas veces al solo dejar el mal hábito antes de los 5 años, la anomalía desaparece en forma espontánea sin necesidad de mayor tratamiento. En caso de persistir será necesario derivar a un especialista (ortodontista) por la complejidad del tratamiento. La

importancia es la educación de esos padres y sus niños para que conozcan su importancia y cómo se previenen.

- El tercer lugar la constituyeron las mordidas invertidas con un 15,2%. Su tratamiento puede ser más complejo y es necesario derivar, ya que esta anomalía puede ser progresiva en el tiempo.
- Las compresiones constituyeron el 5,4% de los niños afectados. Al presentarse la arcada superior con falta de desarrollo transversal, la arcada inferior se desarrolla menos y muchas veces queda atrás con respecto a la superior.
- Las mordidas cruzadas por acomodación son mal diagnosticadas por error con mayor frecuencia, debido a que el niño en estas edades no es capaz de ocluir en forma correcta sus arcadas, alterando o dando a primera vista una "aparente" maloclusión. Por ello es importante observar con detención e indicar al niño morder varias veces observando que las arcadas estén en oclusión lateral, para no dar lugar a diagnósticos incorrectos.
- Las mordidas cubiertas son las más difíciles de diagnosticar ya que siendo el niño tan pequeño el patrón esquelético de crecimiento no está completamente definido.
- De este estudio se desprende la necesidad de realizar en conjunto programas médico-odontológicos destinados a intercambiar conocimientos sobre el tema y realizar programas de prevención de anomalías dentomaxilares. Es vital la participación del médico y del equipo de salud en la educación de los niños y sus madres para reforzar la prevención en salud oral.

BIBLIOGRAFIA

1. Araya, A.; Roa, A.; Arroyo, R. "Prevalencia de las distintas anomalías dentomaxilares en el Hospital base de Los Angeles, 1993-1994". *Odontología Chilena* 43: 49-52, 1995.
2. Farsi, N.M.; Salama, F.S. "Characteristics of primary dentition occlusion in a group of Saudi children". *Int. J. Pediatr. Dent*, 6 (4): 253-259, 1996.
3. Guerrero, S.; Villa, A.; Arias, C.; Orrego, A.; Rojas, A.; Valenzuela, T.; Rodríguez, J. "Prevalencia

de anomalías dentomaxilares, caries y fluorosis en niños del área sur de la Región Metropolitana". *Revista Dental de Chile* 88 (2): 4-9, 1997.

4. Häupl, Karl. "Tratado general de Odontostomatología", Tomo V, Ed. 1958, 197-200.
5. Iturriaga, R.; Whittle, M. "Análisis de mil casos de anomalías dentomaxilares". *Revista Dental de Chile* 81 (3): 116-123, 1990.
6. Jones, M.L.; Mourino. "Evaluation of occlusion, trauma and crossbite in Africa-american children of Metropolitan Headstates programs". *J. Clin. Pediatr. Dent* 18 (1): 95-98, 1993.
7. Kabue, M.M.; Moracha, J.K.; Ng'ang'a, P.M. "Malocclusion in children aged 3-6 years in Nairobi, Kenya". *East Afr. Med.* 72 (4): 210-212, 1995.
8. Kaharbanda, O.P.; Sidhu, S.S.; Shukla, D.K.; Sundaram, K.R. "A study of the etiological factors associated with the development of malocclusion". *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry* 18 (2): 95-98, 1994.
9. Kurth, A.; Gajardo, A.; Fluxá, L. "Prevención de anomalías dentomaxilares. Estudio comparativo en dos niveles socioeconómicos diferentes." *Odontología Chilena* 111: 30-33, 1974.
10. Kutin, G.; Howes, R.R. "Posterior cross-bites in the deciduous and mixed dentitions." *Am. J. of Orthodontic*, 56 (5): 491-504, 1969.
11. Navarrete, M.; Espinoza, A. "Prevalencia de anomalías dentomaxilares y sus características en niños de 2 a 4 años". *Odont. Chilena*, 46: 27-33, 1998.
12. Reid, D.A.; Price, A.H. "Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking". *Br. J. Plast. Surg*, 37 (4): 445-452, 1984.
13. Romero, M.; Bravo, A.; Pérez, L. "Open bite due to lip sucking: a case report". *J. Clin. Pediatr. Dent*, 22 (3): 207-210, 1988.
14. Tchill, P.; Bacon, W.; Sonko, A. "Malocclusion in the deciduous dentition of Caucasian children". *European Journal of Orthodontic*, 19 (4): 361-367, 1997.
15. Urbina, T.; Ayub, M. "Morbilidad bucal y necesidades de tratamiento en preescolares y escolares del gran Santiago, Chile, 1981". *Revista Fac. de Odont. Univ. de Chile* 2 (2): 25-32, 1984.
16. Van Norman, R.A. "Digit sucking: a review of the literature, clinical observations and treatment recommendations". *Int. J. Orofacial Myology*, 23: 14-34, 1997.
17. Villa, J.J.; Salinas, E.R. "Frecuencia de las distintas anomalías dentomaxilares, Consultorio, A. Leng, 1992". *Revista Dental de Chile* 84 (1) 29-34, 1993.

ANEXO

PRESENCIA DE ANOMALIAS DENTOMAXILARES EN NIÑOS DE 4-5,9 AÑOS

Nombre _____ N° de Fichas _____
 Fecha de nacimiento _____ Edad (años meses) _____
 Procedencia _____ Fecha de examen _____

I. ANOMALIAS INTERMAXILARES

1. TRANSVERSALES

A. COMPRESION

Sí _____ No _____

- a) _____ normal
 b) _____ cruzada: _____ unilateral: _____ der _____ izq
 _____ bilateral
 c) _____ vis a vis _____ unilateral: _____ der _____ izq
 _____ bilateral

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
 Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

B. MORDIDA CRUZADA

Sí _____ No _____

- a) _____ unilateral _____ der _____ izq
 b) _____ bilateral
 c) interferencias _____ incisivos _____ der _____ izq

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
 Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

O VIS A VIS TRANSVERSAL

Sí _____ No _____

- a) _____ unilateral _____ der _____ izq
 b) _____ bilateral
 c) interferencias _____

2. VERTICALES

A. MORDIDA ABIERTA

Sí _____ No _____

- a) _____ anterior
 b) _____ unilateral
 c) _____ bilateral
 d) _____ asociada a mal hábito

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
 Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

B. MORDIDA CUBIERTA

Sí _____ No _____

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
 Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

3. SAGITALES

A. FORMAS PROGENICAS

Sí _____ No _____

- a) _____ sólo 1 pieza anterior
- b) _____ 2 ó 3 piezas anteriores
- c) _____ todo el grupo anterior
- d) _____ interferencias _____ incisivos _____ der _____ izq
 _____ caninos _____ der _____ izq

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
 Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

II. ANOMALIAS INTRAMAXILARES

ALTERACION DE LA CANTIDAD DE TEJIDO

1. DISMINUCION DE TEJIDOS

A. FALTA DE TEJIDO

a) _____ agenesias (piezas: _____) SI _____ NO _____

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
 Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

b) _____ Microdoncias (piezas _____) SI _____ NO _____

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
 Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

B. PERDIDA DE TEJIDO

a) Caries SI _____ NO _____

_____ caninos temporales _____ superiores _____ der _____ izq
 _____ inferiores _____ der _____ izq
 _____ 1^{er} molar temporal _____ superiores _____ der _____ izq
 _____ inferiores _____ der _____ izq
 _____ 2^{do} molar temporal _____ superiores _____ der _____ izq
 _____ inferiores _____ der _____ izq

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

2. AUMENTO DE TEJIDOS

A) **Supernumerarios** (piezas: _____) SI NO

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión

B) **Macrodoncias** (piezas: _____) SI NO

Oclusión derecha: _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión
Oclusión izquierda _____ neutroclusión _____ distocclusión _____ mesiocclusión