

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



PROGRAMA DE TITULACIÓN PROFESIONAL

ÁREA DE ESTUDIO : ODONTOPEDIATRÍA

TÍTULO : PREVENCIÓN DE MALOCLUSIONES EN
ODONTOPEDIATRÍA DESDE EL
NACIMIENTO

AUTOR : BACHILLER ALIAGA PARIONA JOHN ULISES

ASESOR : DR. FIGUEROA CERVANTES CARLOS

LIMA – PERÚ 2017

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por ser mi guía diaria, a mi familia por su incondicional amor y a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega quien es la base de conocimiento en la cual me formé.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	vi
1. GENERALIDADES.....	9
1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES ORALES EN BEBES.....	9
1.1.1 MICROGNATISMO MAXILAR.....	9
1.1.2 PSEUDORETROGNATISMO MANDIBULAR.....	9
1.2 DENTICIÓN PRIMARIA:.....	9
1.2.1 DEFINICIÓN DE DENTICIÓN TEMPORAL.....	9
1.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA DENTICIÓN TEMPORAL.....	10
1.2.2.1 ESPACIAMIENTOS FISIOLÓGICOS.....	10
1.2.2.2 ESPACIO PRIMATE.....	11
1.2.2.3 LÍNEA MEDIA DENTARIA.....	12
1.2.2.4 OCLUSIÓN EN DIENTES TEMPORALES (PLANOS TERMINALES).....	12
1.2.2.4.1 PLANO TERMINAL RECTO.....	13
1.2.2.4.2 PLANO TERMINAL ESCALÓN MESIAL.....	13
1.2.2.4.3 PLANO TERMINAL ESCALÓN DISTAL.....	14
1.2.2.5 RELACIÓN CANINA.....	15
1.2.2.6 SOBREMORDIDA HORIZONTAL (OVERJET).....	17
1.2.2.7 SOBREMORDIDA VERTICAL (OVERBITE).....	17
1.2.2.8 CARACTERÍSTICAS NORMALES DE LA DENTICIÓN DECIDUA.....	18

2. OCLUSIÓN Y MALOCLUSIONES	18
2.1 DEFINICIÓN DE OCLUSIÓN	18
2.2 DEFINICIÓN DE MALOCLUSIÓN.....	20
2.2.1 FACTORES DE RIESGO DE MALOCLUSIONES EN LA DENTICIÓN TEMPORAL:	22
2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES	23
2.2.2.1 CLASE I DE ANGLE:	23
2.2.2.2 CLASE II DE ANGLE	25
2.2.2.3 CLASE III DE ANGLE	30
2.2.3 ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES	31
2.2.3.1 FACTORES GENÉTICOS.....	32
2.2.3.2 FACTORES AMBIENTALES	32
2.2.4 FACTORES DE RIESGO.....	34
3. PREVENCIÓN	36
3.1 DEFINICIÓN.....	36
3.2 NIVELES DE PREVENCIÓN EN LAS MALOCLUSIONES	37
3.2.1 PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN	38
3.2.1.1 HERENCIA	38
3.2.1.2 DESPUÉS DEL NACIMIENTO	38
3.2.2 SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN	39

3.2.2.1 ALIMENTACIÓN.....	39
3.2.2.2 CARIES DENTAL Y FRACTURAS.....	40
3.2.2.3 MANTENIMIENTO DEL ESPACIO Y LA LONGITUD DE ARCADA.....	43
3.2.2.4 HÁBITOS.....	45
3.2.3 TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN.....	52
3.2.3.1 ORTODONCIA INTERCEPTIVA.....	54
3.2.4 CUARTO Y QUINTO NIVEL DE PREVENCIÓN	57
3.2.5 MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN LA EDAD	57
3.2.6 DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS MALOCLUSIONES.....	58
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA.....	64

RESUMEN

Las maloclusiones se consideran como un problema de salud pública desde el punto de vista estomatológico, ya que van a afectar a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido solo de la caries dental, se puede definir el término maloclusión como la inadecuada relación de las estructuras del sistema masticatorio, que va a provocar efectos negativos en la vida personal y social de quien padece estas alteraciones, es un factor de riesgo de enfermedades periodontales, caries y trastornos temporomandibulares. Es un problema que debe ser abordado desde edades tempranas, pero en muchas ocasiones por el desconocimiento de los padres, los niños son diagnosticados con problemas de maloclusión en edades adultas, en donde será el tratamiento a realizar mucho más complejo y costoso. Debido a todo lo antes mencionado, se debe su estudio y conocimiento enfocado en la prevención. En el campo de la Estomatología se ha debido pasar de una práctica centrada en remediar el daño de la salud bucal a un enfoque preventivo que posibilita su conservación, para ello debemos de emplear todas las herramientas que estén a nuestro alcance, dadas en distintas etapas de desarrollo del niño, como promoción de lactancia materna, alimentación, control de caries y fracturas dentarias, mantenimiento del espacio y longitud de arcada, control de hábitos deletéreos, ortodoncia interceptiva y extracción precoz de anomalías dentarias. A la hora de la prevención, hemos de considerar el momento en el que el niño es diagnosticado como posible candidato a una futura maloclusión, con lo que se propone conseguir en el niño un desarrollo del aparato estomatognático en óptimas condiciones, con medidas rápidas y fáciles de aplicar, es importante la formación del odontólogo general en el diagnóstico y prevención de maloclusiones.

PALABRAS CLAVE: Prevención, maloclusiones, ortodoncia interceptiva, odontopediatría, diagnóstico.

ABSTRACT

Malocclusions are considered as a public health problem from the stomatological point of view, since they will affect the soft and hard tissues of the oral cavity, being reported worldwide that for the pediatric population this entity occupies the second place in prevalence, preceded only by dental caries, the term malocclusion can be defined as the inadequate relation of structures of the masticatory system, which will have negative effects on the personal and social life of those who suffer from these alterations, is a risk factor for diseases periodontal, caries and temporomandibular disorders. It is a problem that must be approached from an early age, but on many occasions by the parents' ignorance, children are diagnosed with malocclusion problems in adult ages, where the treatment will be much more complex and expensive. Due to all of the above, we owe their study and knowledge focused on prevention. In the field of Stomatology, it has been necessary to move from a practice focused on remedying the damage of oral health to a preventive approach that makes it possible to preserve it, for this we must use all the tools that are available to us, given in different stages of development of the child, such as promotion of breastfeeding, feeding, caries and dental fracture control, space maintenance and arch length, control of deleterious habits, interceptive orthodontics and early extraction of dental anomalies. At the time of prevention, we must consider the moment in which the child is diagnosed as a possible candidate for a future malocclusion, which aims to achieve in the child a development of the stomatognathic apparatus in optimal conditions, with fast and easy measures of applying, it is important the training of the general dentist in the diagnosis and prevention of malocclusions.

KEY WORDS: Prevention, malocclusion, interceptive orthodontics, pediatric dentistry, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la enfermedad no solo es un estado no saludable, sino la carencia de bienestar físico, psicológico y sociológico, por lo tanto diríamos que las maloclusiones son una enfermedad y una deformidad; así también ocupan el 2do lugar de prevalencia e incidencia de las patologías orales de la comunidad pediátrica.

Son consideradas como factores de riesgo de enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis), caries y disfunción de la articulación temporomandibular, altera la estética y la función que conlleva. Debido a los conceptos existentes y las consecuencias decimos que la prevención juega un papel muy importante en la odontología actual, es nuestro deber aplicar todas las medidas preventivas adecuadas en cada momento, desde el nacimiento con la correcta lactancia materna para un buen desarrollo de las estructuras estomatológicas en crecimiento así como en las distintas etapas de vida del niño.

La Importancia del conocimiento en la evaluación de la oclusión de forma adecuada nos permitirá hacer predicciones acertadas respecto a su futuro, conocer las características de normalidad de la oclusión en dentición primaria y mixta así como los mecanismos que irán transformándola en una oclusión permanente adecuada.

En el presente trabajo de investigación daremos a conocer lo que corresponde a una oclusión normal, es así que veremos aquellos factores intrínsecos y extrínsecos que pueden afectar el equilibrio en que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas desencadenando las maloclusiones, como los niveles de prevención existentes en cada etapa de vida del niño.

1. GENERALIDADES

1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES ORALES EN BEBES

Durante los primeros meses de vida, los maxilares tienen un importante crecimiento tridimensional y sutural, estableciendo espacios adecuados para el correcto alineamiento de los dientes deciduos, las características que corresponden a esta etapa son: el micrognatismo maxilar y el pseudoretrognatismo mandibular.¹

1.1.1 MICROGNATISMO MAXILAR

Los maxilares son pequeños para albergar los dientes primarios y en los seis primeros meses de vida va a producirse un intenso crecimiento para permitir la erupción y ubicación correcta de los incisivos, siendo el crecimiento por unidad de tiempo el máximo que se va a producir en el desarrollo maxilar a lo largo de la vida.

1.1.2 PSEUDORETROGNATISMO MANDIBULAR

El niño nace con la mandíbula en una posición retrusiva con respecto al maxilar y hay una relación distal de la base mandibular con respecto a la del maxilar.²

1.2 DENTICIÓN PRIMARIA:

1.2.1 DEFINICIÓN DE DENTICIÓN TEMPORAL

Constituida por un total de 20 dientes distribuidos en la arcada superior e inferior, podemos encontrar cuatro caninos, cuatro incisivos y cuatro molares. Presenta coronas anchas en sentido mesiodistal y cortas en sentido gingivooclusal, exceptuando la corona del incisivo lateral superior. Presenta raíces alargadas y delgadas en los dientes, sus cámaras pulpares

son amplias. Comienzan su erupción a los 6 meses aproximadamente hasta los dos años de edad.³



Figura 01: Dentición temporal completa en la arcada superior. ⁸

1.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA DENTICIÓN TEMPORAL

SENTIDO TRANSVERSAL

1.2.2.1 ESPACIAMIENTOS FISIOLÓGICOS

El estudio exhaustivo de los llamados "espacios de crecimiento", fueron denominados por Baume, como "espacios fisiológicos", y estableció que existen dos tipos de disposición de los dientes primarios: Tipo I o espaciada, (mostraban espacios intersticiales) Tipo II o cerrada (los que no mostraban espacios intersticiales) y describió características propias para cada grupo.²

⁴ Evidentemente la ausencia de espacios no siempre se debió solo a una anchura mayor de los anteriores primarios sino también a la falta de crecimiento alveolar suficiente o a una combinación de ambos. Así la mayoría de los casos del Tipo II pueden caer bajo la maloclusión Clase I de Angle.²



Figura 02: Niño con Arcada Baume tipo I con espacios primates y fisiológicos.²



Figura 03: Niña con Arcada Baume tipo II, sin espacios primates ni fisiológicos.²

Las arcadas sin este grupo de espacios tienden a producir apiñamiento. Baume, observó que alrededor de los 4 años, hasta la erupción de los molares permanentes, las dimensiones sagitales de los arcos dentales se mantienen especialmente inalterados y en la dimensión transversal existen modificaciones mínimas durante el periodo de los 3½ a los 6 años. Canut, enfatizó que es fisiológico que existan diastemas entre los incisivos de la primera dentición, que compensan el déficit de espacio. La suma total del espacio sobrante asciende a 4 mm en la arcada superior y 3 mm en la arcada inferior. ²

1.2.2.2 ESPACIO PRIMATE

Muy frecuentemente, se producía dos diastemas consistentes en el tipo de dentadura primaria espaciada, en el arco superior localizada entre el incisivo lateral y el canino primario maxilar, y en el arco inferior su localización es entre el canino y el primer molar primario mandibular, ambos espacios deberán medir más de 0.5 mm para considerarlos presentes. (Estos

diastemas están presentes en la boca de todos los demás primates. Por eso cuando ocurre en seres humanos, se les describe como espacios primates). ^{2 y 4}



Figura 04: Espacio primate; espacio entre el canino y el primer molar primario en el arco inferior y entre incisivo lateral y el canino primario en el arco superior. ⁸

1.2.2.3 LÍNEA MEDIA DENTARIA

Es una línea imaginaria verticalmente, en el área de contacto de los dos incisivos centrales, línea media dental superior y línea media dental inferior, esta línea idealmente deben coincidir entre sí y con la línea media facial, nos confiere simetría, armonía y estética. Normalmente cuando no coinciden entre sí se debe a una maloclusión dental, que puede englobar apiñamiento, diastemas, desgaste de los dientes y ausencias dentarias.^{1 y 5}

SENTIDO SAGITAL

1.2.2.4 OCLUSIÓN EN DIENTES TEMPORALES (PLANOS TERMINALES)

La oclusión de los segundos molares temporales se define por la relación de las caras distales que, en la mayoría de casos, están en el mismo plano vertical. Hay gran variación

interindividual en la oclusión de molares temporales. Existen también 2 tipos principales de terminaciones distales en la oclusión de los arcos. Muy frecuentemente hay un plano terminal recto tangente a la cara distal de las segundas molares tanto superior como inferior y aproximadamente un sexto de los niños presentan arcos terminando en escalón mesial. En muy pocos casos puede haber terminación en escalón distal, y además diferentes combinaciones de planos terminales con presencia o ausencia de espacios.

1.2.2.4.1 PLANO TERMINAL RECTO

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua superior está en el mismo plano vertical que la superficie distal de la segunda molar decidua inferior.

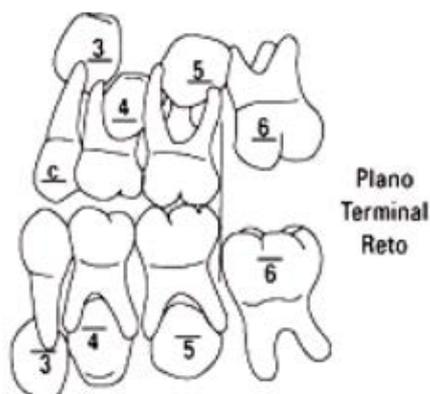


Figura 05 y 06: Plano terminal recto, se observa las molares permanentes en el alveolo.⁶

Y una imagen plano terminal recto visto clínicamente.²

1.2.2.4.2 PLANO TERMINAL ESCALÓN MESIAL

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.

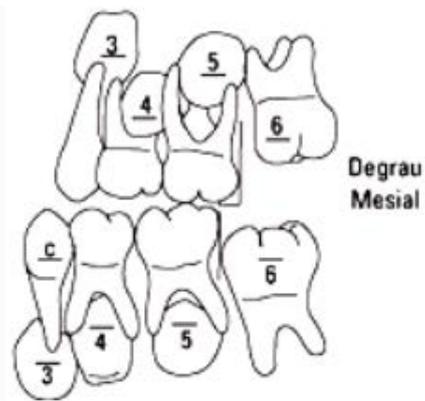


Figura 07 y 08: Plano terminal mesial, se observa las molares permanentes en el alveolo.⁶

Y una imagen de un escalón mesial exagerado visto clínicamente.²

1.2.2.4.3 PLANO TERMINAL ESCALÓN DISTAL

Cuando la superficie distal de la segunda molar decidua inferior se encuentra por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior. ⁶

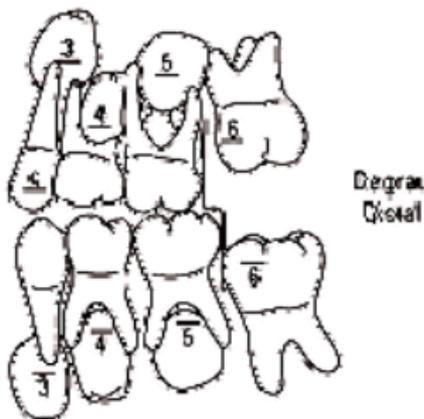


Figura 09 y 10: Plano terminal distal, se observa las molares permanentes en el alveolo.⁶

Y una imagen de un escalón distal visto clínicamente.²

Las relaciones oclusales de los primeros molares permanentes dependerá del plano terminal o distal que presenten los segundo molares temporales y del posible aprovechamiento del

espacio libre. La cara distal de los segundos molares no presenta un plano recto presenta escalón mesial o distal, lo que llevará a una relación molar directa de clase I, clase II o clase III:

1. Escalón distal: El primer molar erupcionará en relación clase II.

2. Plano terminal recto: El primer molar erupcionará cúspide a cúspide y aprovechando los espacios dentales ocluirá en clase I o bien desviarse a clase II al no aprovecharse el espacio de deriva inferior (cuando se ocupa el espacio de nance por el corrimiento mesial de los primeros molares permanentes).

3. Escalón mesial corto: El primer molar erupcionará en relación clase I o desviarse a clase III al aprovecharse tan solo el espacio de deriva de inferior.

4. Escalón mesial largo: El primer molar erupcionará en relación clase III. ⁷

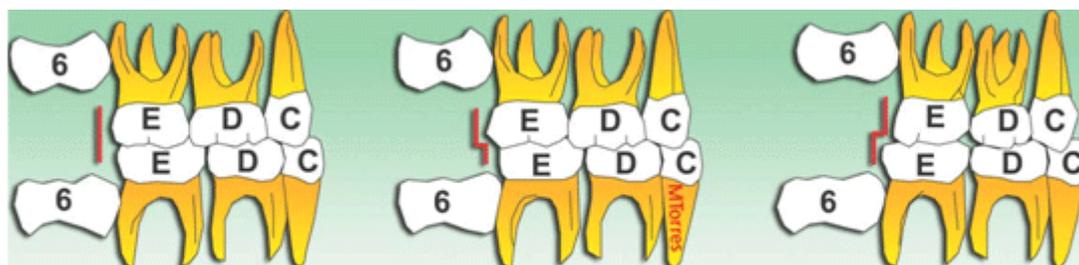


Figura 11: Esquematización de los planos terminales.¹²

1.2.2.5 RELACIÓN CANINA

El vértice cúspide del canino superior ocluye sagitalmente a nivel del punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior deciduo de forma análoga a lo que se observa en la normoclusión de la dentición permanente. Existen espacios abiertos en la zona de los caninos que fueron descritos por Lewis y Lehman como espacios de antropoides o de primates, por

estar presentes de forma normal en estos 8 animales: estos espacios suelen estar localizados en mesial de los caninos superiores y en distal de los inferiores.⁶

RELACIÓN CANINA CLASE I

Cuando el vértice de la cúspide del canino superior ocluye en la embrazadura formada entre el canino inferior y el primer molar deciduo inferior.^{1 y 6}

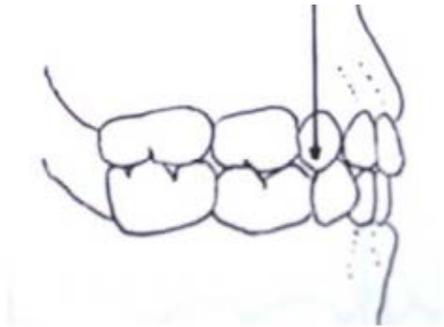


Figura 12: Relación canina clase I. ¹

RELACIÓN CANINA CLASE II

Cuando el vértice de la cúspide del canino superior ocluye por delante de la embrazadura formada entre el canino inferior y el primer molar deciduo inferior.^{1 y 6}

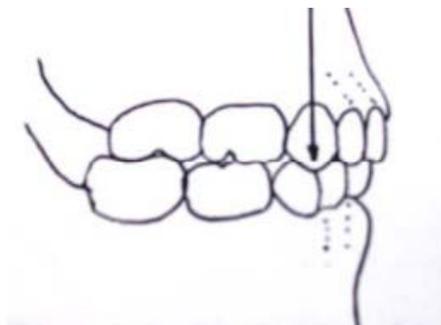


Figura 13: Relación canina clase II. ¹

RELACIÓN CANINA CLASE III

Cuando el vértice de la cúspide del canino superior ocluye por detrás la embradura formada entre el canino inferior y el primer molar deciduo inferior.^{1 y 6}

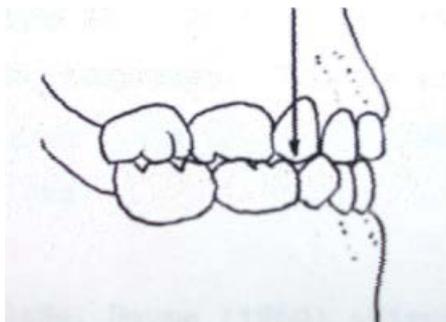


Figura 14: Relación canina clase III. ¹

1.2.2.6 SOBREMORDIDA HORIZONTAL (OVERJET)

Es la distancia en milímetros que existe entre la cara vestibular del incisivo central inferior y el borde incisal del incisivo central superior se considera normal de 0 a 3 mm, disminuye con la edad. Puede ser positiva, si los incisivos centrales superiores están ubicados por vestibular en relación con los incisivos centrales inferiores. Negativa si los incisivos centrales superiores se encuentran por lingual con respecto a los incisivos centrales inferiores, en casos de mordida cruzada anterior. Nula o borde a borde si los incisivos centrales superiores e inferiores están en un mismo plano (mordida bis a bis).¹

SENTIDO VERTICAL

1.2.2.7 SOBREMORDIDA VERTICAL (OVERBITE)

Es la distancia que va desde el borde incisal de los incisivos superiores al borde incisal de los incisivos inferiores. Los incisivos temporales hacen erupción con un overbite bastante profundo

siendo normal, sin embargo las variaciones individuales son grandes, tiende a disminuir hasta los 5 - 6 años de edad. Si los bordes cortantes de los incisivos superiores se encuentran al mismo nivel se describe como borde a borde, si no hay superposición o entrecruzamiento se denomina mordida abierta anterior.¹

1.2.2.8 CARACTERÍSTICAS NORMALES DE LA DENTICIÓN DECIDUA

Una vez que ha hecho erupción toda la dentición decidua, se establece la oclusión, que tiene unos rasgos morfológicos distintos a los de la oclusión permanente. A los 30 meses de edad, la oclusión de las 20 piezas deciduas se distingue por que presenta las siguientes características:

- Diastemas.
- Espacios primates.
- Leve sobremordida y resalte.
- Plano terminal recto y escalón mesial.
- Relación canina de clase I.
- Inclinação casi vertical de los dientes anteriores.
- Forma ovoide del arco.^{6 y 8}

2. OCLUSIÓN Y MALOCLUSIONES

2.1 DEFINICIÓN DE OCLUSIÓN

El vocablo oclusión significa cerrar hacia arriba oc: arriba, cludere: cerrar. El concepto original se refiere a una acción ejecutada literalmente u acercamiento anatómico a una descripción de como se encuentra los dientes cuando están en contacto. Antony utilizó la palabra articulación para representar las múltiples correlaciones funcionales entre las superficies oclusales de los dientes reservado la palabra oclusión para referirse a estas superficies de contacto de manera

estática, Gregory empleó la palabra oclusión en sentido lato indicando no solo las relaciones de contacto entre los dientes antagonistas, sino las relaciones entre estos dientes durante el acto de cierre de la boca.

Modernamente el concepto de oclusión dentaria evolucionó de una idea puramente estática de contacto entre los dientes a un concepto dinámico incluyendo dientes y estructuras vecinas con especial énfasis en la dinámica del aparato estomatognático.⁹

Una oclusión ideal es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articulación bien de las palabras entre otras funciones y que le dé un aspecto uniforme. La oclusión comprende no solo la relación y la interdigitación de los dientes, sino también las relaciones de estos con los tejidos blandos y duros que los rodean, de ser lo contrario se dice que se está en presencia de maloclusiones. También incluye los factores dinámicos que se asocian con el crecimiento y el desarrollo, y los componentes funcionales derivados de la contracción de los músculos asociados y los movimientos de la articulación temporomandibular. Finalmente, deben considerarse los factores estéticos resultantes de las relaciones de las distintas partes del aparato masticatorio entre sí y con la cara como conjunto.

Se puede considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas se tiene una oclusión funcionalmente equilibrada.^{2 y 10}



Figura 15: Vista de una oclusión normal, donde se puede observar la correcta relación dentaria y un aspecto saludable de la encía traducida por su coloración rosada y buena adherencia.⁹

2.2 DEFINICIÓN DE MALOCLUSIÓN

Según la OMS, las maloclusiones se consideran como un problema de salud pública desde el punto de vista estomatológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido solo de la caries dental y ocupa el tercer lugar por su prevalencia e incidencia en la población adulta y es un factor de riesgo de enfermedades periodontales, caries y trastornos temporomandibulares.^{11 y 12} Estas están presentes desde el origen del individuo, o bien se instalan durante las primeras etapas de vida, cobrando magnitudes diferentes al paso del tiempo. La dentición temporal ha demostrado su importancia para el futuro desarrollo de la dentición permanente, por lo que hay que vigilar su crecimiento y desarrollo así como la influencia sobre la misma de factores de riesgo que van modificando notablemente la morfología cráneo facial, que provoca desde edades tempranas relaciones oclusales inadecuadas.

Se define como una mal posición dentaria cuando uno o varias piezas dentarias superiores e inferiores no articulen, engranen con normalidad. Según Guiltford la maloclusión es la desviación de la oclusión ideal.

Las maloclusiones son alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. Es una variación genética y efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara, de los dientes y maxilares.

Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares.¹³ La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son riesgos para la vida. La entidad clínica nombrada maloclusión es el resultado de la interacción de muchos factores que afectan un sistema en desarrollo que tienen su propio patrón de crecimiento.¹⁴ Ocurren en todo el mundo y, bajo cierto punto de vista, presentan una solución más difícil que la propia caries dental, que con los modernos métodos de prevención como la adición de flúor en el agua de abastecimiento, existe la posibilidad de reducirla significativamente. Aquella, en función de su naturaleza morfogenética, en la mayoría de los casos continúa exigiendo cuidados y estudios.⁹ Esta alteración consistente en la desarmonía de los segmentos dentarios, se inicia en las primeras etapas de vida del individuo y, con el paso de los años evoluciona en diversos grados debido a varios factores; las alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas que provoca la convierten en un problema de salud, en que se reflejan aspectos sociales importantes, como la equidad, la promoción y la prevención de salud, la calidad de la atención y cuestiones éticas relativas a estos.

Estudios desarrollados en diversos contextos sociales demuestran las altas tasas de prevalencia e incidencia de maloclusiones en la población y apuntan la importancia de determinados factores de riesgo en su desarrollo.¹²

Así podríamos definir la maloclusión como una alteración del equilibrio de cualquier componente del aparato estomatognático: dientes, huesos y el factor neuromuscular.

En el diagnóstico ortodóncico es necesario partir del concepto de oclusión normal para una población y de la descripción de lo que pudiera llamarse la oclusión ideal.

La oclusión ideal es en la práctica un objetivo teórico inalcanzable; se usa como marco de referencia para dirigir el tratamiento y no como punto de partida que separa lo normal de lo anormal. ¹⁵



Figura 16: Distintos tipos de maloclusiones, como: mordida cruzada anterior, mordida abierta anterior entre otros.²¹

2.2.1 FACTORES DE RIESGO DE MALOCLUSIONES EN LA DENTICIÓN TEMPORAL:

- Existencia de escalón mesial aumentado o inferior en la relación de molares o plano terminal (factor predictivo de mesoclusión clase III).
- Existencia de escalón distal o superior en la relación de molares o plano terminal (factor predictivo de distoclusión o maloclusión clase II).

- Falta de diastemas interincisivos o de espacios primate (se puede deber al micrognatismo transversal del maxilar o, aunque menos frecuentemente, a macrodoncia de la dentición temporal).¹²

2.2.2 CLASIFICACIÓN DE LAS MALOCLUSIONES

Los primeros intentos de clasificar las maloclusiones provienen de Fox, que basaba su clasificación en las relaciones de los incisivos. Tras Fox, muchos autores han propuesto multitud de clasificaciones. Sin embargo, fue Angle el que aportó una clasificación que por su simplicidad ha quedado consagrada por el uso, es universalmente aceptada y conocida por todos.¹⁴ Angle, en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones. El autor supuso que el primer molar permanente superior ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él. Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusiones fueron divididas en I, II, III (en números romanos).⁹

La clasificación de las clases dentales están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión.¹⁶

2.2.2.1 CLASE I DE ANGLE:

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar.⁹

Conocido también como neutroclusión, Vellini añade que hay una relación anteroposterior entre los arcos superior e inferior, denominó llave molar a la oclusión correcta entre los molares

permanentes superior e inferior, en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

En los pacientes portadores de Clase I de Angle es frecuente la presencia de un perfil facial recto y equilibrado en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.¹⁶

La maloclusión consiste en las malposiciones individuales de los dientes, la anomalía en las relaciones verticales, transversales o la desviación sagital de los incisivos.¹⁷ Los problemas oclusales que pueden ocurrir aisladamente o combinados, son normalmente debidos a la presencia de falta de espacio en el arco dentario (apiñamiento), excesos de espacio en el arco (diastemas), malposiciones dentarias individuales, mordida abierta, mordida profunda o sobremordida y cruzamiento de mordida o hasta protrusión dentaria simultánea de los dientes superiores e inferiores (biprotrusión). En general, en los casos de mordida abierta o de biprotrusión, el perfil facial se torna convexo.⁹

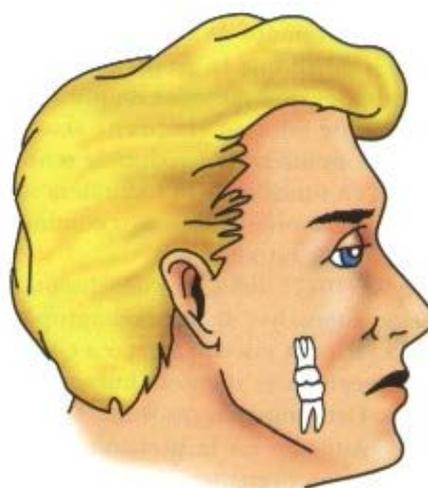
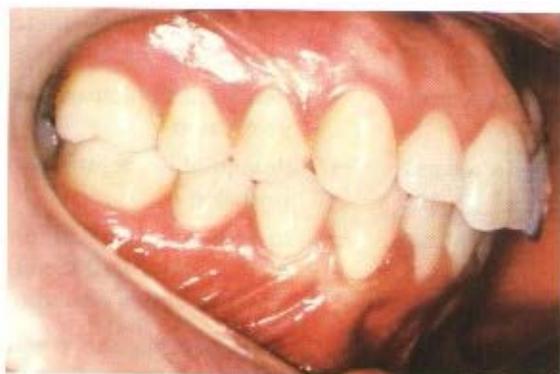


Figura 17: Maloclusión clase I. ¹⁶



Figura 18: Paciente con maloclusión clase I, y mordida abierta.¹⁷

2.2.2.2 CLASE II DE ANGLE

Conocido también como distoclusión, Vellini define a la clase II de Angle cuando el primer molar permanente inferior se sitúa distalmente con relación al primer molar superior o el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide de mesiovestibular.

Esta distoclusión puede estar asociada a una mandíbula retrógnata, de un maxilar que se encuentra demasiado hacia delante o una combinación de ambas.

En general, los pacientes clasificados en este grupo presentan perfil facial convexo. Las maloclusiones clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2 (escritas en números arábigos).¹⁶

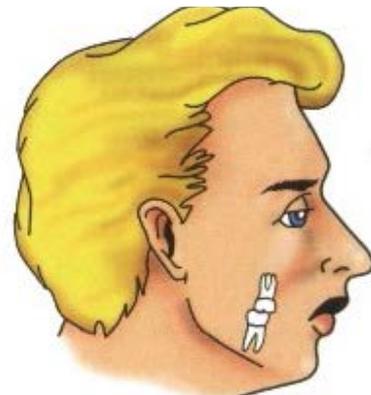


Figura 19: Maloclusión clase II.¹⁶

CLASE II DIVISIÓN 1

Rodríguez explica que en algunos casos, la relación molar clase II ocurre solo en uno de los lados y a este se lo denomina Clase II división 1, y se denomina subdivisión izquierda o derecha dependiendo el lado que se encuentre la maloclusión.

Vellini explica que existe una inclinación vestibular de los incisivos superiores, esto se relaciona con problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. El perfil facial por lo general es convexo. ¹⁶

La Clase II división 1, puede presentar:



Figura 20: Maloclusión clase II división 1 (inclinación vestibular de los incisivos centrales superiores).¹⁶

MORDIDA PROFUNDA

Graber explica que la mordida profunda es un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva.

Rodríguez añade que en la mordida profunda son frecuentes los problemas funcionales que afectan a los músculos temporales, maseteros y pterigoideos laterales, por consecuencia, el cóndilo se desplaza hacia atrás y hacia arriba en la fosa articular debido a la erupción lingualizada de los incisivos centrales los cuales fuerzan a una distalización mandibular y de los cóndilos más allá de la relación céntrica.

Por lo que el paciente puede presentar una patología de la articulación temporomandibular. ¹⁸



Figura 21: Paciente con mordida profunda.⁴¹

MORDIDA ABIERTA

Asociados a los hábitos inadecuados, debido por la interposición de la lengua, a la succión digital o al chupón. La mordida abierta presenta una falta de contacto entre las piezas superiores e inferiores que se encuentra a nivel de los incisivos, también es frecuente que se manifieste en la región posterior o una combinación de ambas.

Es común observar después de los tres años de edad, pero existe mayor incidencia en edades de 8 y 10 años. ¹⁸



Figura 22: Paciente con mordida abierta anterior.⁴²

INCOMPETENCIA LABIAL

Es la distancia en milímetros entre los labios superior e inferior, se produce cuando los labios no contactan entre sí, una hendidura interlabial de más de 4 mm se considera incompetencia labial por lo cual estimula la proinclinación de los incisivos superiores debido al desequilibrio en la presión labial y lingual sobre los dientes. ¹⁸



Figura 23: Paciente con incompetencia labial.⁹

MORDIDA CRUZADA

Vellini explica que la lengua tiende a proyectarse anteriormente durante las funciones de deglución y fonación, manteniéndose asentada en el piso bucal durante el reposo, por lo tanto

este desequilibrio favorece la palatinización de los premolares y molares superiores, pudiendo generar mordidas cruzadas.

A este tipo de maloclusión la podemos dividir en: Mordida cruzada de tipo sagital o mordida cruzada anterior y Mordida cruzada de tipo transversal o mordida cruzada posterior.⁹



Figura 24: Paciente con mordida cruzada posterior unilateral.⁴²

CLASE II DIVISIÓN 2

La Clase II puede presentarse en uno de los dos lados, lo cual denominamos subdivisión derecha e izquierda respectivamente. Vellini engloba las maloclusiones que presentan relación molar clase II sin resalte de los incisivos superiores, ya sean palatinizados o verticalizados.

Según Morales la clase II se caracteriza por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, determinada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en lugar de protrusión de los incisivos superiores.

Se caracteriza por un sellado normal, la función de los labios normal, y un perfil recto levemente convexo, presenta sobremordida vertical anormal resultado de los incisivos

superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo. Vellini menciona que la Clase II, división 2, podemos encontrarla asociada con una mordida profunda anterior.⁹



Figura 25: Maloclusión clase II división 2 (incisivos superiores palatinizados).⁹

2.2.2.3 CLASE III DE ANGLE

También se denomina mesioclusión, Angle explicó que el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior.

Según Morales la clase III de Angle se caracteriza por la oclusión mesial del arco dental inferior, es común encontrar apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el maxilar superior.¹⁹

Según Vellini la clase III de Angle se presenta asociada a un perfil cóncavo, musculatura desequilibrada y en usualmente está acompañada de cruzamiento de mordida anterior o posterior, mordida abierta o mordida profunda, problemas de espacio y malposiciones dentarias.⁹

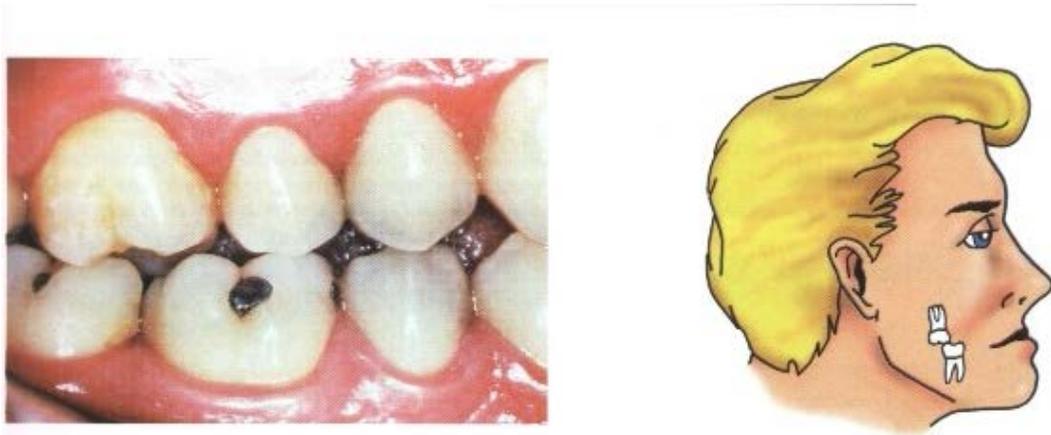


Figura 26: Maloclusión clase III.¹⁶

2.2.3 ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

La maloclusión presenta una etiología poligénica y multifactorial, siendo consecuencia de la suma de una variación genética y de los efectos de factores ambientales generales y locales.^{3y}

¹⁵ En la mayor parte de los casos la maloclusión se da cuando hay varios factores desencadenantes y no solo por un único factor causal.

Una maloclusión puede desarrollarse como resultado de factores genéticos o ambientales o de ambos. Factores ambientales como hábitos orales, hipertrofia amigdalara y adenoidea, traumas dentales, pérdida precoz de dientes temporales y enfermedades crónicas severas durante la niñez (artritis reumatoidea juvenil de la articulación temporomandibular) pueden favorecer el desarrollo de la maloclusión.

El mecanismo compensador dentoalveolar actúa reduciendo los efectos de la relación anómala entre los maxilares. En casos menos extremos el mecanismo compensador dentoalveolar puede tener éxito en mantener las relaciones oclusales normales a despecho de las relaciones intermaxilares cambiantes, pero muchas veces, sin embargo, a expensas del deterioro de las condiciones del espacio. En niños con desviación extrema de las relaciones intermaxilares el mecanismo compensador dentoalveolar puede tornarse insuficiente y permanecer la

maloclusión “esquelética”. La presencia de apiñamiento primario, anormalidades en la erupción, migración dental, hábitos orales, respiración bucal y postura anormal de la lengua pueden perjudicar al mecanismo compensador dentoalveolar y llevar de ese modo al desarrollo de maloclusión.¹⁵

2.2.3.1 FACTORES GENÉTICOS

Estudios realizados han demostrado que las maloclusiones también se deben a herencia familiar, la influencia genética heredada se hace evidente en los rasgos faciales como perfil de la mandíbula, forma de sonreír.

Las investigaciones realizadas han demostrado que determinados tipos de maloclusiones se heredan como por ejemplo la mandíbula prognática de la familia real europea.²⁰

2.2.3.2 FACTORES AMBIENTALES

Principalmente son fuerzas y presiones producidas de la acción fisiológica, que actúan cuando está en desarrollo y crecimiento los maxilares, dientes y cara. El efecto de una influencia ambiental que altera el ambiente de equilibrio depende principalmente de la duración y no de la intensidad.¹

Estudios realizados describen que la presión ejercida de la lengua, labios y mejillas en descanso influyen en la posición dental. Cuando el labio y la lengua contactan con los dientes en el habla y deglución, no producen impacto sobre la posición de los dientes, ya que es una presión intermitente y de corta duración. Entre los factores ambientales se pueden mencionar los siguientes.²⁰ Presencia de hábitos bucales nocivos, mismos que pueden influir en el desarrollo de una maloclusión dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad durante el crecimiento y desarrollo, lo que genera cambios específicos en la oclusión, tejidos óseos y faciales.²¹

RESPIRACIÓN ORAL

La respiración es una actividad importante para el crecimiento, desarrollo de la dentición. Cuando la función respiratoria normal se altera, puede modificar la postura de la lengua, maxilares y cabeza.

En la respiración oral hay un cambio en la postura craneocervical para facilitar la respiración, produciendo flexión posterior de la cabeza y la mandíbula rota hacia atrás, la lengua desciende no contacta con el paladar. Si el hábito de respiración oral es prolongado, el cambio que produce en la postura de la lengua, mandíbula y cabeza puede llevar a un desequilibrio en la armonía de los maxilares y dientes. ¹

POSICIÓN LINGUAL

Es la posición de la lengua entre los incisivos en el momento de la deglución, los niños realizan una protrusión lingual en la deglución como parte de la fase de transición a una deglución madura. Si la posición de reposo no es normal y las presiones de reposo al tragar están alteradas se puede considerar a la lengua como un factor etiológico en el desarrollo de maloclusión.

FUNCIÓN MASTICATORIA

Pueden producir maloclusiones dependiendo de la fuerza de masticación, si existe poco uso de los maxilares puede producir apiñamiento dentario, los arcos dentales tiene poco desarrollo, baja fuerza masticatoria, produciendo alteraciones dentales, alterando la estética facial, por el contrario si se produce un mayor uso de los maxilares con mayor fuerza de masticación y que sean extensas podrían desarrollar las dimensiones de los maxilares y arcos dentales.²²

HÁBITOS DE SUCCIÓN

La succión es un reflejo que se presenta en casi todos los lactantes y niños. Pero a veces no se satisface del todo con la lactancia materna o artificial, encontrando satisfacción en la succión del dedo o un chupón. Si se prolonga por un tiempo alterará el equilibrio esquelético y dental produciendo anomalías en la oclusión esto dependerá del número de horas y no de la magnitud del hábito. El hábito puede desaparecer espontáneamente en la dentición temporal pero si este persiste en dentición mixta puede alterar la oclusión y producir mordida abierta anterior, comprensión maxilar, vestibularizar los incisivos superiores, los incisivos inferiores inclinarse hacia lingual.¹

2.2.4 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo (o criterios de riesgo) son aquellas características y atributos (variables) que se presentan relacionados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado, ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están relacionadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en los grupos y la población total.²³ La oclusión dental hace referencia a la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo, sin embargo se encuentra determinada por factores como el tamaño, forma, cronología de erupción, forma de las arcadas dentarias y al patrón de crecimiento craneofacial. Estas variaciones en la dentición son resultado de interacciones de factores ambientales, genéticos, que influyen desde el desarrollo prenatal, así como en el postnatal. Pilonieta, menciona la importancia de la lactancia materna para la formación correcta y desarrollo de los maxilares, ya que el estímulo realizado por la succión sirve como estímulo positivo. Existe la creencia común de que las maloclusiones han ido en aumento a través del tiempo, lo que significaría que en la

actualidad se presentan más casos de maloclusiones que en generaciones anteriores como en la de nuestros padres, y hasta en la de nuestros abuelos, sin embargo es probable que de existir este aumento, no se haya presentado en un período tan corto de tiempo, es decir, que quizá en las últimas décadas siempre ha existido este dominio de las maloclusiones en la población, solo que en años anteriores no se consideraba la salud, y sobre todo, la estética oral del individuo una necesidad básica como en las sociedades actuales. Zerón, reporta que la maloclusión es un trastorno que si es transmitido de los padres a los hijos en un 79%, ya que las enfermedades presentan una base genética evidente. Un factor de riesgo es la presencia de asma, Vázquez, la define como enfermedad crónica caracterizada por ataques recurrentes de falta de dificultad para respirar, la cual varía su severidad de persona a persona. Según la OMS el asma es la enfermedad crónica respiratoria más popular en los niños. García, define que la Insuficiencia Respiratoria Nasal es una condición patológica que se presenta con relativa frecuencia en los pacientes que acuden a consulta odontológica y de otorrinolaringología. Estos pacientes adquieren una postura adaptativa de las estructuras de la cabeza y la región cervical, que afectan la relación de los maxilares y el desarrollo normal de la oclusión. El paciente con Insuficiencia Respiratoria Nasal se ve en la obligación de buscar nuevas vías para poder respirar. Obviamente utiliza la boca como entrada opcional de aire cuando las vías aéreas nasales se encuentran colapsadas. Cuando esto ocurre, la lengua adopta una posición descendida para que el flujo del aire sea más fácil y cómodo por esta vía, ocasionando alteraciones clínicas importantes. Varios autores coinciden que estas alteraciones tienen tal magnitud que la disposición dentoalveolar de estos pacientes es característica: poseen generalmente paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas, mordidas cruzadas, abiertas, o muy profundas y presencia de hábitos parafuncionales como la deglución atípica, entre otras. Se recomienda evaluar a los niños con hábitos perniciosos en edades tempranas, debido a que

es clave para detectar alteraciones del sistema estomatognático y tratarlas de manera temprana.²

3. PREVENCIÓN

3.1 DEFINICIÓN

Desde la época de Hipócrates se conoce que resulta más fácil prevenir las enfermedades que curarlas. La prevención requiere el conocimiento exacto de los factores y condiciones que propician la aparición de las enfermedades, aspecto de suma importancia sobre todo en los casos de dolencias graves y de amplia distribución geográfica.

En el campo de la Estomatología se ha debido pasar de una visión reduccionista de la ciencia a una científica y tecnológica, de una práctica centrada en remediar el daño de la salud bucal a un enfoque preventivo que posibilita su conservación. Aunque la labor preventiva de los estomatólogos parte de la identificación de las causas de las enfermedades, existe una importante laguna de conocimiento porque no se reconocen los factores que generan esas causas en el contexto social; sin embargo, es posible mejorar el trabajo comunitario preventivo de los especialistas en Estomatología si se enfoca desde el punto de vista interdisciplinar propio de los estudios de ciencia, tecnología y sociedad.¹² La Odontopediatría, se encarga del cuidado de los dientes debe comenzar tempranamente. La dentición en los seres humanos se desarrollan en dos formas, la temporal, decidua o primaria y la permanente o secundaria. La dentición temporal, debe conservarse íntegra hasta el momento del recambio, Mantiene el espacio que necesitaran los dientes permanentes para hacer erupción. Más frecuente y grave es la pérdida prematura de dientes temporales, reflejado en un futuro en maloclusiones.²⁴

La dentición temporal, al igual que la dentición mixta, está sujeta a grandes modificaciones. Por eso, el control periódico sobre estas denticiones permite prevenir e interceptar alteraciones

como la disminución del ancho de las arcadas dentarias, malposiciones dentarias, y algunos hábitos deformantes que pueden provocar anomalías de la oclusión que, de no ser tratadas, afectarían la función y la estética del paciente.²⁵

El estudio de los principales factores de riesgo de las anomalías dentomaxilofaciales en edades tempranas, la profundización y actualización de esta temática tanto a nivel nacional como internacional nos permite asumir posteriormente una dirección adecuada al elaborar programas preventivos concretos dirigidos al control de los mismos, con vistas a disminuir en una buena medida la aparición de disturbios en el desarrollo de nuestros niños, y elevar así su nivel de salud. La prevención desempeña un papel fundamental destinado a evitar las maloclusiones, teniendo un objetivo fundamentalmente profiláctico. Comprende el control de hábitos nocivos para el desarrollo estomatognático; el empleo de mantenedores de espacio en casos de pérdida prematura de dientes temporales; la extracción de supernumerarios o cualquier otro factor que altere el patrón eruptivo de las piezas permanentes u otra medida de carácter mecánico o quirúrgico que prevenga la maloclusión.²³

3.2 NIVELES DE PREVENCIÓN EN LAS MALOCLUSIONES

Clásicamente se describen 5 niveles de prevención:

- Primer nivel: Promoción de la salud. Es un nivel inespecífico. Comprende aquellas medidas destinadas a mejorar la salud de la población en general.
- Segundo nivel: Protección específica. Son las dirigidas a prevenir una enfermedad en particular.
- Tercer nivel: Diagnóstico y tratamiento precoz.
- Cuarto y quinto nivel: Su fin es limitar el grado de incapacidad producida por la enfermedad. Tratamiento ortodóncico convencional y rehabilitador.¹⁵

3.2.1 PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN

3.2.1.1 HERENCIA

La carga genética influye de una forma decisiva en la mayoría de las maloclusiones junto con una constelación de factores ambientales que matizan su expresión final en la morfología oclusal. La evaluación de la etiología de las maloclusiones, es la llave del plan de tratamiento ortodóncico, puesto que el tratamiento debe ser más etiológico que sintomático. La etiología de las maloclusiones son difíciles de establecer, puesto que esta es de origen "multifactorial"; sin embargo, actualmente se sabe que está determinada por dos factores: "Herencia" y "Ambiente", y que de la interacción recíproca de estos, dependerá el desarrollo de una maloclusión.²⁶ Sobre este factor sólo podemos actuar con la detección precoz y el consejo genético, aunque en un futuro próximo y según los recientes descubrimientos del genoma humano, sea posible influir directamente a nivel genético para prevenir las maloclusiones a este nivel.¹⁵

3.2.1.2 DESPUÉS DEL NACIMIENTO

Daremos consejos preventivos de carácter inespecífico:

- Ejercicio físico, aconsejable porque el estímulo nasal ayuda al desarrollo del tercio medio de la cara, además de que disminuye el riesgo de alergias, infecciones y respiración oral.
- Prevenir carencias nutricionales y vitamínicas favorece también el desarrollo normal de las estructuras dentofaciales.
- Tratar precozmente problemas metabólicos y endocrinos, tales como el gigantismo hipofisario, acromegalia y el enanismo hipofisario (clase II, microdoncia, birretrusión de los maxilares).¹⁵

Pero sin duda alguna, una de las medidas más eficaces en esta etapa para evitar las maloclusiones, es el promover la “lactancia materna”. La lactancia materna constituye uno de los pilares fundamentales de la promoción de salud y la prevención de múltiples enfermedades. Los estímulos del amamantamiento son imprescindibles para el buen desarrollo de las estructuras neuromusculares, de los maxilares y demás elementos que componen las matrices funcionales del sistema estomatognático, y estos estímulos no son posibles de establecer con ningún otro tipo de alimentación que no sea lactancia materna, ^{15, 27 y 28} también favorece todo el desarrollo armónico de la musculatura perioral y de mandíbula, cosa que no ocurre con la lactancia artificial que va íntimamente ligada a la deglución atípica por persistencia de la forma visceral de deglución, que debe ser normal en el niño sin dientes (interponiendo la lengua entre los rebordes alveolares), pero que debe cambiarse a deglución somática con la aparición de los dientes (colocando la punta de la lengua en el tercio anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores).

Hoy en día se han desarrollado tetinas artificiales que imitan en lo posible el pezón materno, para que el lactante pueda efectuar los movimientos musculares normales.¹⁵

3.2.2 SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN

Los factores de riesgo que encontramos en este nivel son causas específicas y desencadenantes de forma directa de la maloclusión, sobre todo en la etapa del desarrollo evolutivo del niño, sin olvidar nunca la alimentación como causa general. Las causas que dan origen a la maloclusión son:

3.2.2.1 ALIMENTACIÓN

Cuando erupcionan los primeros molares temporales y se produce el primer contacto oclusal (fosa - cúspide), el niño ya es capaz de masticar. En este momento es importante cambiar la

alimentación a una dieta sólida. Si el niño continúa tomando una alimentación blanda se produce una masticación con empleo del músculo temporal en lugar de masticar con los músculos maseteros. Así pues, la masticación posibilita la alimentación que, a través de degluciones sucesivas, se completa totalmente. En la dentición temporal, las superficies dentales cambian para adquirir una eficacia masticatoria, pues así lo requiere el período de crecimiento notable en el que se encuentra el infante.¹⁵ y ²⁹ La sobrecarga funcional desfavorable del músculo temporal altera el desarrollo de las estructuras óseas y del propio desarrollo y crecimiento del maxilar.

Las características de la masticación con los maseteros serían las siguientes:

- Gran sobrecarga funcional con aparato óseo potente.
- Molido de la alimentación.
- Abrasión de los dientes temporales.
- Colocación favorable del primer molar.
- Ausencia de sobremordida frontal bloqueante.

Las características del acto masticatorio con el músculo temporal serían las siguientes:

- Estímulos funcionales débiles con escaso desarrollo del aparato óseo.
- Masticación superficial de los alimentos
- Abrasión mínima o nula de la dentición temporal.
- Colocación desfavorable del primer molar.¹⁵

3.2.2.2 CARIES DENTAL Y FRACTURAS

En este nivel la prevención de la caries será con todos los medios a nuestro alcance, flúor, selladores, control de placa bacteriana, entre otros, nos será de gran importancia.

Las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población, siendo la caries uno de los principales problemas bucales de la población y posiblemente un causante de la pérdida temprana de los dientes deciduos, ocasionando posibles maloclusiones a futuro.

En la actualidad a pesar de los múltiples avances de la tecnología, las telecomunicaciones, los diferentes medios informativos impresos; persiste la ignorancia por muchas personas acerca de la importancia de los dientes primarios, y su permanencia en la cavidad bucal hasta el recambio dentario fisiológico, es muy cotidiano escuchar a padres referirse a estos dientes como innecesarios ya que vienen otros dientes, siendo la caries dental y la pérdida prematura de piezas dentarias algunas de las principales causas de maloclusiones en los niños a temprana edad.³⁰



Figura 27: Caries dental generalizada en dentición decidua.³⁰

Hay que seleccionar un cepillo de dientes con contorno y tamaño adecuado para satisfacer las necesidades del niño; se recomiendan las cerdas suaves. El empleo de tabletas o soluciones reveladoras de placa facilita la evaluación de la limpieza por parte de los padres y del niño; se

debe efectuar al menos cada semana, siempre bajo supervisión paterna para instruir al niño sobre las modificaciones en el cepillado para eliminar esta placa.

Durante esta época el niño tiene malestar bucal provocado por el recambio dentario, sus encías están sensibles e inflamadas; hay que instruirle para que realice una limpieza suave de la zona afectada y conservar sanos los tejidos. Ya que la principal causa que corrigiéndola nos puede evitar llegar a una oclusión anormal es la caries dental. Debido a que si una caries se extiende y no es detectada nos puede guiar a una extracción del diente y como consecuencia los demás dientes se desplazarán en la arcada para ocupar el espacio que quedó vacío.³¹

A esta edad el niño tiene la suficiente destreza para aprender a utilizar el hilo dental, por lo que igualmente hay que enseñar al niño cómo realizar un correcto uso del hilo de seda.

Existen múltiples razones por las cuáles se pueden perder dientes deciduos unas de las más frecuentes son las fracturas y avulsiones dentarias, con respecto a su prevención es importante la precoz reducción de las mismas y, especialmente, la confección de protectores bucales bien adaptados para la práctica de deportes de alto riesgo.^{15 y 30}



Figura 28: Incisivo central superior incluido, causado por un trauma sobre el incisivo central superior deciduo.³⁰

3.2.2.3 MANTENIMIENTO DEL ESPACIO Y LA LONGITUD DE ARCADA

Durante el crecimiento y desarrollo cráneo-facial ocurre un cambio continuo en la dentición del niño, los dientes deciduos hacen erupción y con ello estimulan la formación de hueso alveolar. Debido a la naturaleza transicional de esta dentición, se hace necesaria una vigilancia muy estrecha para intervenir en cuanto se haga aparente cualquier cambio perjudicial; con el objetivo de guiar los dientes hacia una correcta posición, y por tanto, hacia una oclusión normal. Una parte importante dentro de la prevención de las maloclusiones, lo constituye el manejo adecuado de los espacios creados por la pérdida prematura de los dientes deciduos pues además de la resultante migración de los dientes adyacentes y antagonistas podrían instaurarse hábitos deletéreos, lo que impediría que se establezca una correcta oclusión. Al perderse un diente se verán afectadas funciones tales como la masticación y la fonación. La estética por su parte estaría comprometida si la pérdida ocurriese en el sector anterior.

Los mantenedores de espacio, son aditamentos diseñados con el objetivo de evitar cada uno de estos sucesos donde se logra que se instaure una oclusión funcional.

Aunque en la actualidad el criterio de la conservación de los dientes deciduos en las arcadas es cada vez más aceptado, algunos padres y estomatólogos no le dan la importancia necesaria a este problema y contribuyen a la instauración de una maloclusión de por sí prevenible. Esta negligencia se debe quizás a que, en ocasiones, los niños son más difíciles de manejar, o peor aún, el pensar que no amerita conservar un diente que de manera fisiológica va a ser exfoliado. La disminución de la longitud del arco es la consecuencia más observada cuando ocurre la pérdida prematura de un diente deciduo, problema este que plantea la necesidad de preservar el lugar al diente subyacente. Siempre que se pierda un diente temporal antes del tiempo en que esto debiera ocurrir en condiciones normales y que predisponga al paciente a una maloclusión, deberá colocarse el mantenedor de espacio.³²

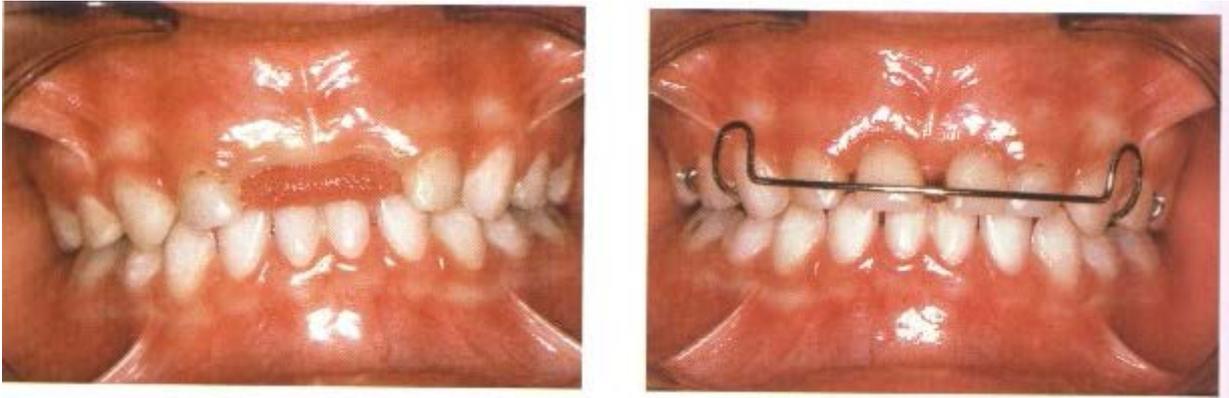


Figura 29: Pérdida prematura de los incisivos centrales superiores deciduos, utilización de un mantenedor de espacio, que también ofrece estética al paciente.³²

Cuando se produzca la pérdida de una o varias piezas antes de su exfoliación natural, es preciso mantener el espacio y la longitud de arcada. Para ello nos valemos de estos aditamentos antes mencionados que se elegirán de acuerdo con las circunstancias particulares de cada paciente y entre los cuales tenemos una gran variedad de aparatos simples: placas removibles, casquete cefálico, “paragolpes” labial, arco lingual, mantenedor de espacio con asa de alambre.

Cuando se planifica un mantenedor de espacio hay que tener en cuenta los siguientes factores:

- Debe mantener el espacio para el sucesor permanente.
- Debe permitir el normal desarrollo de los dientes y las apófisis alveolares.
- Debe detener la elongación de antagonistas.
- No debe perjudicar la función.
- Tiene que ser construido con mínimo de daño a los tejidos.
- Debe satisfacer las demandas higiénicas y cosméticas.¹⁵

3.2.2.4 HÁBITOS

Los hábitos bucales son precisamente actos repetitivos realizados, la mayoría de las veces instintivamente. El tratamiento del hábito requiere en primer lugar la cooperación del niño y de los padres. Otras veces, en la mayoría de los casos, será necesario la colocación de un aparato corrector del hábito.

- RESPIRACIÓN ORAL

El hábito de respiración bucal es considerado como un factor etiológico de maloclusión. La respiración es el proceso metabólico de respiración celular, indispensable para la vida de los organismos aeróbicos; los objetivos de la respiración son suministrar oxígeno a los tejidos y eliminar el dióxido de carbono del organismo. La respiración normal, también llamada respiración nasal, es aquella donde el aire ingresa libremente por la nariz con cierre simultáneo de la cavidad bucal, creando así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración; la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua adopta una posición descendente para permitir el paso del flujo del aire. En la respiración bucal, durante la inspiración y expiración el aire pasa por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea bucal. El paladar se moldea y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico (de cara larga o facie adenoidea). La gran dificultad del diagnóstico de respiración bucal se debe a que no existen herramientas precisas para determinar los porcentajes exactos de respiración bucal y nasal.³³

Se han descrito diversos métodos para tratar de corregir este hábito:

Motivar al paciente a que realice a diario ejercicios de respiración profunda a través de la nariz aumentando su duración progresivamente hasta que pueda respirar media hora seguida por esta vía esto le daría seguridad de que puede respirar bien y no necesita abrir la boca, al mismo tiempo que se tonifican los músculos torácicos que intervienen en la respiración.³⁴



Figura 30: Paciente con respiración oral (facie adenoidea).³⁴

Indicar el uso de aparatología como la pantalla vestibular para forzar la respiración nasal sobre todo cuando el paciente duerme y puede respirar por la boca inconscientemente; antes de indicarla debemos asegurarnos que la anomalía es debida al hábito y no por interferencias respiratorias superiores, por lo que es necesaria la realización de una interconsulta con el otorrinolaringólogo. Igualmente pueden utilizarse los aparatos llamados Trainer, específicamente los de flancos altos para impedir el paso de aire por la boca al mismo tiempo que va corrigiendo problemas relacionados con la oclusión y proporciona activación muscular.

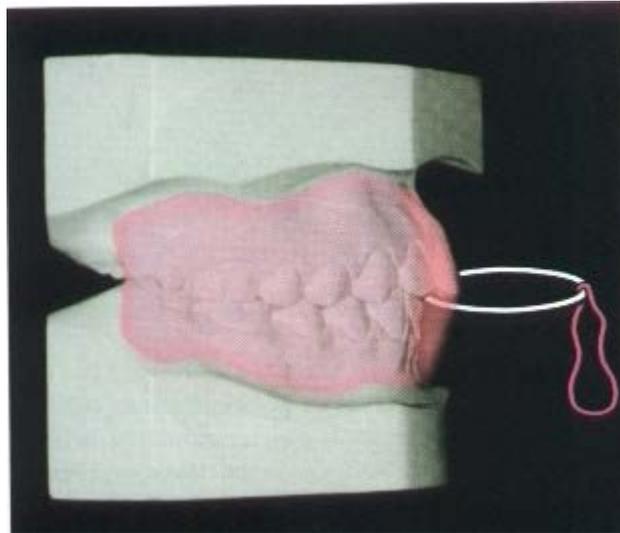


Figura 31: Vista del escudo vestibular confeccionado en modelos en oclusión.³⁴

Terapia Miofuncional Orofacial: Se deberá rehabilitar la musculatura por medio de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos peribucales para que los labios se mantengan juntos, los ejercicios recomendados son:

- Trozo de tela: El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela (o papel), sin apretarlos. La lengua debe estar en posición correcta (contra la papila palatina). Debemos estar seguros que la tela esté sostenida con los labios y no con los dientes.
- Pitillo: Succionar fuertemente algún líquido, usar un pitillo de diámetro pequeño. El paciente deberá sostener con los labios sólo 4mm del pitillo al realizar el ejercicio. Se debe eliminar la causa y una vez eliminada podemos realizar mioterapia funcional, ejercicios para aumentar al tono de los músculos periorales: por ejemplo, tirar con los labios de un botón enhebrado, sostener una moneda con los labios.^{15 y 34}

- SUCCIÓN DIGITAL

Debemos evitar este hábito, para ello, al principio se le debe dar una oportunidad al niño para que suspenda el hábito de manera voluntaria antes de que erupcionen sus dientes

permanentes. Si esto no ocurre se tratará de suspender este hábito empleando distintas técnicas entre los 4 y 6 años.

Se aconsejan tres métodos distintos para el tratamiento, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito:

Terapéutica de recuerdo: para los que quieren suspender el hábito y necesitan ayuda para interrumpirlo por completo. Por ejemplo, podemos utilizar una cinta adhesiva alrededor del dedo causal, acompañado de actividades que sean incompatibles con el hábito, como dibujar o realizar juegos de manos.

Tratamiento con aparatología: si el niño después de realizar las técnicas anteriores continúa con el hábito, debemos colocar un dispositivo en la boca que físicamente desaliente el hábito porque complique la succión digital. Este aparato no es un castigo, sino un recordatorio para no colocar el dedo en la boca. La aparatología más utilizada para corregir este hábito son el “Quad helix con reja” y la “reja lingual”. El “Quad helix” es fijo y se emplea para la expansión palatina. La reja lingual sirve para recordar al niño que no debe colocar el dedo en boca. Es versátil porque puede corregir una mordida cruzada posterior y al mismo tiempo el hábito digital.¹⁵



Figura 32: Mordida abierta causado por succión digital, utilización de rejilla lingual.¹⁵

La “reja lingual” interfiere en la colocación del dedo e impide la satisfacción derivada de la succión; por lo general se emplea en casos sin mordida cruzada posterior.

Los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer seis meses en boca.¹⁵

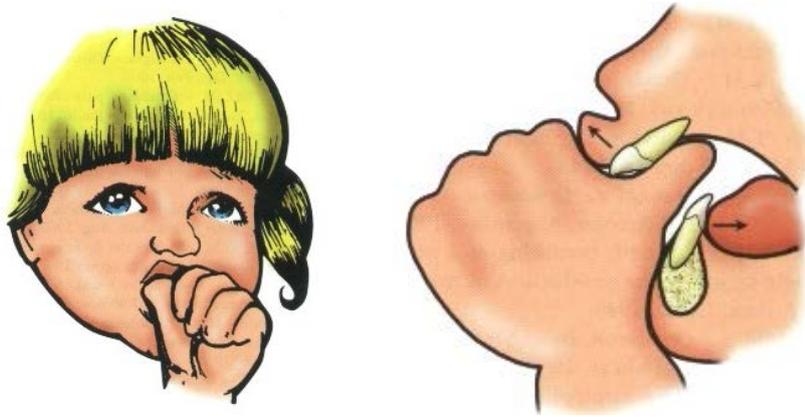


Figura 33: Succión digital.⁹

- SUCCIÓN LABIAL

Es recomendable como terapia concienciar al paciente del problema y sugerir ejercicios labiales. También se recomienda tocar instrumentos musicales de viento.



Figura 34: Paciente con succión labial.¹⁵

En casos rebeldes podemos colocar pantallas orales o el “lip bumper” también llamado bompetera labial: su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.^{9 y 15}



Figura 35: Placa labioactiva o lip bumper encajadas en bandas de las molares inferiores.¹⁵

- ONICOFAGIA

Se utilizarán técnicas psicológicas.

- DEGLUCIÓN ATÍPICA INFANTIL

Para tratar este problema y evitar las consecuencias dañinas debemos enseñar al niño a deglutir mediante mioterapia funcional, el objetivo principal de la terapia miofuncional es la creación de una función muscular orofacial normal, y así, ayudar al crecimiento y desarrollo de la oclusión normal. No es incrementar el tamaño o la fuerza de los músculos, que a menudo es el principal propósito de los ejercicios musculares de otras partes del cuerpo. La principal razón de ser de los ejercicios mioterapéuticos es lograr la correcta coordinación de la musculatura orofacial: ^{15 y 35} son ejercicios a base de gomas situadas en la punta de la lengua, se le dice al niño que trague y si éste lo hace bien la goma no se caerá. También la interposición de la lengua, se puede lograr con aparatología removible, que sirve como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina. El

paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada deglución coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado de tal manera que con esa señal el niño sepa donde tiene que posicionar la lengua (en la papila interincisiva tras los incisivos superiores).²² También podemos usar una rejilla lingual. Estos tratamientos son más efectivos en dentición mixta.¹⁵



Figura 36: Deglución atípica con interposición lingual.²²



Figura 37: Aparato reeducador del posicionamiento lingual.²²

- USO PROLONGADO DEL CHUPETE

Tiene una alta incidencia en la población infantil hasta los 5 años y que con mucha facilidad se convierte en un hábito. Sin embargo, no todos los niños que han usado chupete presentan alteraciones a nivel oral.

De aparecer efectos, estos pueden ser muy variados, influyendo notablemente en los mismos la forma y el tamaño de la tetina. Si la tetina no es anatómica, favorecerá una posición baja de la lengua que se verá aumentada cuanto mayor sea el tamaño de la misma. La baja posición de la lengua ocasiona el desarrollo de un paladar estrecho y alto por una falta de presión sobre el mismo. El maxilar estrecho a su vez, es causante de una mordida cruzada posterior. Se debe instruir a los padres para que mantengan limpio el chupete y no lo embadurnen de miel o cualquier sustancia dulce, para prevenir la aparición de caries.³⁶

Para quitar el hábito del chupete podemos recurrir a medidas poco suaves, como sabores desagradables, e incluso coserle hilos.

El hábito debe ser considerado como un patrón de naturaleza multifactorial que, si bien no responde siempre a afectaciones psicológicas importantes, una interrupción brusca del mismo podría causar traumas en el niño.

3.2.3 TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN

Comprende el diagnóstico y tratamiento precoz de las anomalías que nos originan la maloclusión establecida. El momento de intervención a este nivel abarca todo el proceso de crecimiento y desarrollo de la cavidad oral, aunque la fase de dentición mixta constituirá el periodo idóneo para este tercer nivel.

El tratamiento precoz de los factores determinantes de la maloclusión puede llevarse a cabo mediante técnicas ortodóncicas sencillas (ortodoncia interceptiva), o mediante otras técnicas odontológicas (cirugía, prótesis) que revierten todas ellas en la recuperación del desarrollo armónico oclusal.

Debemos de tener en cuenta, desde nuestro enfoque preventivo, que en este nivel el obstáculo ya ha establecido un desequilibrio oclusal, y la persistencia en el tiempo junto con la interferencia en la época de crecimiento nos van a originar una estabilidad y un agravamiento de la alteración oclusal previamente establecida.¹⁵

En la ortodoncia precoz (ortodoncia interceptiva), se realiza en niños. En general, estos movimientos están limitados a pocos dientes y en aquellos casos en que la alteración sólo es dentoalveolar.

La orientación en sí de la ortodoncia interceptiva es contribuir al desarrollo de una dentición permanente que sea armoniosa, funcional y estética.³⁷ Los procesos que podremos controlar desde nuestro enfoque preventivo comprenderán:

- Alteraciones de la secuencia de erupción: Las extracciones seriadas pueden ser usadas en ciertos casos concretos en los que se prevé una falta de espacio importante en la arcada y siempre deberán ir precedidas por un minucioso estudio ortodóncico del paciente.
- Anomalías del número y tamaño dentario: La extracción precoz de los dientes supernumerarios y odontomas nos evitarán alteraciones eruptivas, desviaciones de dientes adyacentes, diastemas, reabsorciones radiculares e incluso formaciones quísticas. El manejo adecuado del espacio en los casos de agenesia nos facilitará una adecuada oclusión sin migraciones, ni inclinaciones axiales incorrectas de los dientes contiguos. Los mantenedores de espacios y los recuperadores serán imprescindibles para el uso futuro de prótesis o implantes. Los excesos de tamaño dentario, los defectos y otras anomalías también deben ser tenidos en cuenta a la hora de conseguir una correcta intercuspidad dentaria de forma precoz.¹⁵

- Frenillos hipertróficos: Cuando en una fase precoz nos encontramos una hipertrofia del frenillo labial superior y además prevemos una persistencia del diastema en el futuro, la exéresis quirúrgica del frenillo con técnica convencional (frenectomía) es una técnica sencilla, rápida y cómoda, nos va a facilitar el cierre espontáneo del diastema.³⁸



Figura 38: Presencia de un diastema entre incisivos causado por la inserción baja del frenillo labial.³⁸

- Interferencias oclusales: El tallado selectivo de los contactos prematuros buscando siempre una relación céntrica de la mandíbula y previo al montaje en articulador, si es preciso, deberá ser la prevención precoz y eficaz del problema. En la dentición decidua, si la interferencia no es susceptible de corrección con el tallado solamente, podemos recurrir a la extracción del diente temporal o el movimiento ortodóncico de éste.¹⁵

3.2.3.1 ORTODONCIA INTERCEPTIVA

Realizar un tratamiento interceptivo, previene la progresión de las alteraciones y ayuda a disminuir el impacto negativo en el autoestima de los niños. Por tanto, la prevención e intercepción oportuna, se considera conveniente en algunos tipos de maloclusiones, para disminuir sus efectos y aprovechar la capacidad de adaptación de los componentes tisulares del sistema estomatognático.³⁹ En esta monografía vamos a referirnos de forma concisa a

técnicas ortodóncicas muy sencillas, que nos van a permitir solucionar problemas en evolución y aún no conformados de forma estable:

- CORRECCIÓN DE ANOMALÍAS SAGITALES, VERTICALES Y TRANSVERSALES

La ortodoncia interceptiva con planos inclinados en los dientes con mordida cruzada anterior (planos de material compuesto, depresores de lengua, etc.) o una sencilla placa de acrílico con planos inclinados y resortes puede ser útil tanto en inclinaciones axiales incorrectas de los dientes como en desviaciones funcionales de la mandíbula, dejando las clases III verdaderas para una planificación ortodóncica más compleja, con el uso de mentoneras y máscaras faciales de tracción maxilar, el diagnóstico y el tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior son importantes para el desarrollo de las relaciones intermaxilares de los pacientes en crecimiento, esta debe ser corregida tan pronto se diagnostique y se obtenga la colaboración del niño, así mismo prevenir la disfunción de la articulación temporomandibular, ya que en este tipo de maloclusión los cóndilos adquieren una posición más anterior en la cavidad glenoidea; igualmente la traba que ejercen los dientes anteroinferiores inhibe el crecimiento adecuado del maxilar superior.⁴⁰

En el caso de sobremordida y resalte aumentados, el empleo de un aparato bionator que permite la erupción de los dientes posteroinferiores y bloquear la de los incisivos y dientes posterosuperiores: reduce estos problemas sin afectar el patrón normal de crecimiento ni la morfología facial.⁴¹



Figura 39: Aparato de bionator para mordida profunda.⁴¹

- COMPRESIONES DEL MAXILAR SUPERIOR

Las mordidas cruzadas posteriores deben tratarse de forma oportuna, de preferencia inmediatamente al ser diagnosticadas. Si estas se establecen de manera permanente van a producir una serie de patologías en el desarrollo dental y facial. Su tratamiento puede ser realizado bien con aparatología fija, como aparatología removible. Cuando nos encontramos una mordida cruzada con desviación funcional mandibular en un paciente en el cual aún no han erupcionado los primeros molares, el tratamiento de elección es un aparato fijo tipo Quad helix anclado en los segundos molares temporales.

Dentro del grupo de la aparatología removible podemos utilizar la placa simple de Schwarz. Ésta es una placa de acrílico con ganchos en Adams a nivel de los primeros molares superiores, arco vestibular, ganchos en bola y tornillo de expansión. No lleva ningún tipo de levante de acrílico o levante de mordida. Esta placa la podemos utilizar en los casos en los cuales la compresión maxilar se acompaña de un ligero apiñamiento en la arcada inferior. Al producir la expansión en la arcada superior y contactar las superficies oclusales con las inferiores se va a producir, por un mecanismo de transmisión de la expansión, un cierto aumento de longitud transversal en la arcada inferior. Sin embargo, esta expansión secundaria en la arcada inferior a menudo es muy recidivante.

Creemos que en la mayoría de los casos, la utilización del Quad helix está mucho más indicada que la utilización de la aparatología removible, debido fundamentalmente a la amplia posibilidad terapéutica que tiene este aparato y a la rapidez de su efecto, unido a la fácil adaptación del paciente. Si con el pasar del tiempo se deja sin tratamiento a estas anomalías las consecuencias podrían desencadenar en un patrón desviado de cierre, asimetría facial, alteraciones de la función muscular, disfunción de la articulación temporomandibular y desviación de los vectores del crecimiento.^{42 y 43}

3.2.4 CUARTO Y QUINTO NIVEL DE PREVENCIÓN

Es el periodo de rehabilitación en el cual no se aplican los anteriores niveles, ya que la limitación del daño y la rehabilitación de la función perdida entran de lleno en el campo de la ortodoncia convencional o cirugía.

3.2.5 MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN LA EDAD

En última instancia, las medidas preventivas están indicadas para cada caso en particular, de modo que hay que establecer una estrategia individualizada en función de la edad cronológica y mental del infante:

- NIÑO DE 6 MESES A 3 AÑOS

Son los padres los únicos responsables de la correcta salud dental del niño. Se debe concienciar y transmitir a los padres la gran importancia que tienen los dientes temporales para su correcto desarrollo: son fundamentales en la masticación, estética, pronunciación de algunos fonemas, y la aparición de caries es, aparte de una de las causas de mayor dolor en el niño, origen de pérdidas de espacio que pueden llevar a alteraciones de la oclusión temporal y permanente. El objetivo global será acostumar al niño a una alimentación pobre en azúcares,

manteniendo una higiene adecuada¹⁵. Ya que la práctica de la odontología en los bebés es muy importante para prevenir enfermedades orales como caries dental, enfermedad periodontal y también las maloclusiones, que pueden presentarse en la fase temprana de la dentición temporal, una vez que los dientes anterosuperiores y anteroinferiores erupcionan en boca.⁴⁴ Difícilmente se tolera un tratamiento antes de los 4 años, aunque la deformidad pueda estar presente. A esa edad es obligado controlar debidamente los hábitos de succión que ocasionan un alto porcentaje de protrusiones infantiles; la succión digital, labial, del chupete o de otros objetos debe eliminarse con la ayuda de la familia.⁴⁵

- NIÑO DE 3 A 6 AÑOS (ETAPA PREESCOLAR)

Suele apreciarse un incremento en el consumo de hidratos de carbono, por lo que es precisa una mayor higiene, educando al niño en su práctica. Si es necesario se puede aplicar flúor tópico. Las revisiones deben ser periódicas.

- NIÑO DE 6 A 12 AÑOS

Los padres tienen que seguir controlando el programa de remoción de placa, siendo útil el uso de reveladores de placa. El niño tiene edad suficiente para aprender a usar la seda dental. La administración de flúor tópico debe seguir de forma regular, y se valorará la necesidad de colocar selladores de fisuras y de restaurar los dientes afectados. En esta etapa, suceden los mayores cambios en la oclusión, por lo que es necesario valorar la conveniencia de tratamiento ortodóncico precoz.

3.2.6 DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS MALOCLUSIONES

A la hora de la prevención, hemos de considerar el momento en el que el niño es diagnosticado como posible candidato a una futura maloclusión.

Según distintos autores, es preciso concienciar a las autoridades de la necesidad de incluir en los programas de salud bucodental la ortodoncia preventiva e interceptiva, dentro de las posibilidades de la asistencia primaria, dado que el beneficio es, a corto plazo, totalmente eficaz. Realizando ortodoncia preventiva en los centros de salud, y dentro del programa de Salud Bucodental de la población infantil, se propone conseguir en el niño un desarrollo del aparato estomatognático en óptimas condiciones, con medidas rápidas y fáciles de aplicar, es importante la formación del odontólogo general en el diagnóstico y prevención de maloclusiones.¹⁵

CONCLUSIONES

1. Es importante que la dentición decidua se desarrolle de la forma más óptima posible, para tratar de obtener una oclusión aceptable en la dentición permanente. Sin embargo existen factores de carácter hereditario y ambiental que pueden ocasionar una maloclusión.
2. Los espaciamientos en la dentición decidua son importantes para la erupción de los dientes permanentes, ya que habrá una diferencia en el ancho mesiodistal de las coronas siendo mayor a la de los dientes permanentes.
3. Primer Nivel de prevención: educación sobre higiene y salud oral a las madres, información, promover la lactancia materna.
4. Segundo Nivel de prevención: mejorar la atención en la etapa de dentición temporal, con control de la dieta y la higiene. Extender entre los pediatras y odontólogos generales la necesidad de actuar sobre hábitos, parafunciones y caries.
5. Tercer Nivel de prevención: Limitar el daño en lo posible, realizando extracción de supernumerarios, tallados selectivo. Aconsejando la necesidad de una ortodoncia interceptiva siempre que limite el daño e incluso evite la necesidad de tratamientos complejos.
6. Dentro de los factores de riesgo existentes los hábitos bucales deformantes tienen un papel predominante en la aparición de anomalías dentomaxilofaciales, ya que modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.
7. Los hábitos orales a temprana edad empiezan a presentar anomalías en la oclusión, pero necesitan prevalecer por más tiempo o ser más intensos para provocar maloclusiones posteriores.

8. El papel del odontólogo son básicos en la prevención de las maloclusiones, ya que si el hábito es retirado tempranamente se evitarán transformaciones óseas y dentarias, la detección precoz de las manifestaciones orales de estos hábitos, es básico para garantizar un buen pronóstico al paciente.
9. La interrelación de los pediatras, odontopediatras, ortodoncistas, otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos, psicólogos es decisiva en la promoción y mantenimiento de la salud oral de los pacientes pediátricos.
10. El total desconocimiento de los tratamientos odontológicos disponibles o falta de interés de los familiares de los niños con maloclusiones son problemas que surgen con gran frecuencia en la sociedad, no permitiendo que los niños reciban un tratamiento adecuado a temprana edad.

RECOMENDACIONES

1. La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, es fundamental como medida preventiva en la no instalación de hábitos nocivos de succión digital, chupón y uso prolongado de biberón.
2. Establecer programas preventivos en las instituciones educativas, con la finalidad de generar conocimiento en los padres sobre las maloclusiones que son un problema de salud pública.
3. La aplicación de programas educativos y terapéuticos debe estar enfocado en un tema importante que son los hábitos bucales, para controlar este factor de riesgo que provoca maloclusiones.
4. Ante la consulta odontológica pediátrica, realizar un estudio minucioso de la cavidad oral y sus anexos para poder determinar factores de riesgo de tal manera poder explicar a los padres la afección que su niño pueda tener en un futuro.
5. Generar conocimiento a través de la difusión mediante campañas de prevención de maloclusiones a los centros poblados de menor alcance.
6. El programa propuesto para la prevención de las maloclusiones debe aplicarse conjuntamente con programas preventivos de caries y enfermedades periodontales para facilitar la máxima eficacia y reducir los gastos.
7. Es importante que en las universidades los alumnos en formación odontológica den charlas a sus pacientes dentro de las clínicas acerca de los problemas de salud bucodental que con más prevalencia se presentan.
8. Los profesionales odontólogos de consulta pública y privada deben lograr en los pacientes atendidos, la capacidad de reconocer de una manera clara las patologías que padecen y así adquieran la necesidad de acudir a las consultas odontológicas con más frecuencia y buscar tratamientos más efectivos y eficaces.

9. Realizar mayores investigaciones, con el fin de tener mayor información y una visión clara del estado de salud bucal de los pacientes con maloclusiones y la percepción de los padres de familia de la necesidad de una interconsulta con el especialista a temprana edad.
10. Se recomienda hacer guías y protocolos de prevención de maloclusiones generadas por hábitos deletéreos, así como publicar folletos instructivos para las madres de familia sobre la prevención e intercepción temprana y oportuna de hábitos deletéreos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escola MA. Alteraciones en la oclusión en niños de 3 a 5 años y su asociación con hábitos bucales parafuncionales. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2017.
2. Pedroni G. Características oclusales, craneométricas y biotipo facial en una población de niños mestizos preescolares de la ciudad de Chihuahua. México: Universidad Autónoma de Chihuahua; 2012.
3. Maoreira MA. Prevalencia de maloclusión en niños. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2016.
4. Reyes CA. Asociación de la oclusión de los primeros molares permanentes con los planos terminales, de la primera dentición en una población de niños del posgrado de Odontopediatría. México: Universidad Autónoma de Nueva León. 2012
5. Cabello SV. Percepción de la desviación de la línea media de la sonrisa por individuos no relacionados a la Odontología y por especialistas en Ortodoncia. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
6. Santos ML. Características en dentición decidua: prevalencia de los tipos de arcos y su repercusión en la dentición permanente. Lima Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009.
7. Estrella A. Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2011.
8. Torres M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [Internet]. 2009 [citado 15 Jun 2017]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>
9. Vellini F. Ortodoncia Diagnóstico y planificación clínica. Edición 2004. Sao Paulo: Artes Médicas; 2004.

10. Carvajal J, Carvajal C, Escudero E, Romero M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre. *Ciencias de la Salud*. 2014; pp. 221-232.
11. Cañete RA, Frías O, Osoria BE. Alteraciones en la oclusión de niños en edades de 3 a 5 años. *Multimed* [Internet]. 2013 [citado 13 Jun 2017]; 17(2). Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul132l.pdf>
12. López D, Cubero R, Estrada Y, Estrada Y, Concepción K, Machado S. Valor social de la prevención de factores de riesgo de maloclusiones en la dentición temporal. *Mediciego* [Internet]. 2016 [citado 10 Jun 2017]; 23(1): pp. 49-55. Disponible desde: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/pdf/t17.pdf
13. Maldonado JA, Lombard L, Gutierrez C, Canseco JF, Cuaiván V. Evaluación de dos técnicas para el registro de relación céntrica mandibular: arco gótico versus céntrica de poder. *Revista Odontológica Mexicana*. 2015; 19(1): pp. 15-26.
14. Estrada Y, Estrada Y, Cubero R, López D. Factores de riesgo de maloclusiones en niños de 5 años con dentición temporal. *Mediciego* [Internet]. 2015 [citado 15 Jun 2017]; 21(1). Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2015/mdc151m.pdf>
15. Fernández FJ, López JM, Vallejo E. Prevención de maloclusiones. *Gaceta dental* [Internet]. Abril 2009 [citado 15 Jun 2017]; Disponible desde: <https://www.gacetadental.com/2009/04/prevencion-de-las-maloclusiones-31045/>
16. Okeson JP. *Tratamiento de Oclusión y Afecciones Temporomandibulares*. 7th ed. Barcelona: El Sevier; 2013.
17. Jaimes L, Mendoza A, Carrillo S. Maloclusión de Angle clase I, con el perfil recto en jóvenes universitarios. *Revista Senderos Universitarios*. 2015; (3): pp. 32-35.

18. Nanda R. Biomecánicas Y Estética: Estrategias En Ortodoncia Clínica. 1st ed. Buenos Aires: Amolca; 2007.
19. López DF, Corral CM. Abordaje terapéutico de la maloclusión de pseudoclase III. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. Octubre-Diciembre 2015 [citado 19 Jun 2017]; 3(4): pp. 249-256. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2015/mo154f.pdf>
20. Profitt W, Fields H, Sarver D. Ortodoncia Contemporánea. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
21. Mendoza L, Melendez A, Ortiz R, Fernández A. Prevalencia de las maloclusiones asociados con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2014 [citado 20 Jun 2017]; 2(4): pp. 220-227. Disponible desde: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516300381>
22. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2011 [citado 21 Jun 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/#>
23. Alemán PC, Gonzáles D, Concepción RB. Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2015; 14(2): pp. 179-187.
24. Ortiz M, Godoy S, Farias M, Mata M. Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatría de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2009 [citado 22 Jun 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-17/#>

25. Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. *Medisur*. Abr 2016; 14(2): pp. 143-153.
26. Sakkal R. Importancia de la interacción Genética-Ambiente en la Etiología de las Maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [Internet]. 2004 [citado 01 Julio 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art-4/>
27. Fuguet J, Betancourt AI, Ochoa L, Gonzalez M, Crespo A, Viera D. Influencia de la lactancia materna en la prevención de hábitos bucales deformantes. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2014 [citado 03 de Julio 2017]; 36(5). Disponible desde: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema04.htm>
28. Acero L, Aysanoa P. Efecto de la lactancia materna en la prevención de hábitos nocivos de succión y de maloclusión en niños de 3 a 5 años de edad. Lima- Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009.
29. Cisneros G, Cruz I. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. *MEDISAN* [Internet]. 2017 [citado 10 de Julio 2017]; 21(7). Disponible desde : <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1506/pdf>
30. Hernández J, Montiel L, Velásquez J, Djuriscic A, Quirós A, Molero L, et al. Influencia de la pérdida prematura de dientes primarios por caries dental, como causa de Maloclusiones en los pacientes de 7 a 10 años que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Atención Integral de Salud Francisco de Miranda. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [Internet]. 2010 [citado 15 Julio 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-22/>

31. Loor LC. Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 – 8 años de la Escuela Apóstol Santiago. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2016.
32. García SY, Zaldivar LM, Lage M, Altunaga A. El mantenedor de espacio en la prevención de maloclusiones. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2014 [citado 10 Julio 2017]; 18(2). Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000200005
33. Silva GA, Bulnes RM, Rodríguez LV. Prevalencia de hábito de respiración oral como factor etiológico de maloclusión en escolares del Centro, Tabasco. Revista ADM [Internet]. 2014 [citado 11 Julio 2017]; 71 (6): 285-289. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2014/od146e.pdf>
34. Andrade NS. Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2015 [citado 01 Julio 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/#>
35. Jiménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Odontología Sanmarquina. 2016; 19(2): 41–44.
36. Arroyo AI. Hábitos orales en la infancia, importancia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones tempranas. España: Universidad de Sevilla; 2016.
37. Santiesteban F, Alvarado E. Ortodoncia Interceptiva - Revisión Bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2015 [citado 20 Julio 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-37/>
38. Jaramillo WE. Frenectomía labial superior. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2016.
39. BURGOS, D. Prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes de 6 a 15 años en Frutillar, Chile. Int. J. Odontostomat., 8(1):13-19, 2014.

40. González G, Marrero L. Mordida Cruzada Anterior. Revisión Bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2012 [citado 25 Jun 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-18/>
41. Alarcón A, Andrea M. Etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de la mordida profunda - Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2014 [citado 26 Jun 2017]. Disponible desde: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-2/>
42. Suque AE. "Maloclusiones sagitales y transversales (mordida cruzada anterior y posterior) en preescolares de 4 y 5 años: Análisis comparativo de los niños que han lactado de forma natural y artificial, en las Escuelas Fiscales del Comité del Pueblo-Quito, en el año 2016. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2016.
43. Castañer A. Ortodoncia interceptiva: Necesidad de diagnóstico y tratamiento temprano en las mordidas cruzadas transversales. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía bucal [Internet]. 2006 [citado 26 Jun 2017]. Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-69462006000200022#f1
44. Moreira MA., Guimarães Y. Ortodoncia preventiva a una edad temprana. Dental Tribune. 2013; 10(8): pp 22-24.
45. SICCHA LM. Comparación de la percepción entre madres e hijos con respecto a maloclusiones dentarias. Trujillo – Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.