

AUTOREPORTE DE MALOCLUSIONES DENTALES EN ESCOLARES DE 12 AÑOS DE UN CANTÓN RURAL EN ECUADOR

Fausto Eder Mieles Cárdenas¹, Verónica Ivanova Verdugo Tinitana², Sandra Priscila Cevallos Romero¹.

- (1) Odontólogo Rural del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ecuador.
(2) Docente de Radiología de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca. Ecuador.

RESUMEN: El objetivo principal de esta investigación fue calcular la prevalencia de maloclusiones autoreportadas en escolares de 12 años en el Cantón San Fernando, Azuay – Ecuador, 2016 – 2017. **materiales y métodos:** Los materiales que se usaron en esta investigación fueron el espejo bucal y explorador. La metodología que se aplicó fue de tipo documental, observacional y retrospectiva, en la cual se realizó la revisión de las fichas obtenidas antes en el trabajo de campo, las cuales fueron ingresadas en el programa Epi Info 7.2, posteriormente se tabularon los datos y se obtuvieron los resultados finales. **resultados:** se estudió 39 niñas con un porcentaje del 56% y 31 niños con un porcentaje del 44% con una prevalencia de maloclusiones autoreportadas, según el grado de necesidad de tratamiento de 11,4%, de los cuales el grado moderado tuvo un 8,6% y el grado severo 2,9%. **conclusión:** Según este estudio de los 70 estudiantes encuestados 62 manifestaron percibirse sin necesidad de tratamiento y 8 señalaron que necesitaban tratamiento, reportando una prevalencia de maloclusiones autoreportadas en el Cantón San Fernando de 11.4%.

Palabras Clave: Prevalencia, Maloclusión, Autoimagen .

ABSTRACT: The main objective of this investigation was to calculate the prevalence of self-reported malocclusions in schoolchildren of 12 years in San Fernando Canton, Azuay - Ecuador, 2016 - 2017. **materials and methods:** The materials used in this research were the existing files in the archives of the Research Unit of the Catholic University of Cuenca to more than oral mirror and explorer. The methodology that was applied was documentary, observational and retrospective, in which the review of the files obtained before in the fieldwork was made, which were entered in the Epi Info 7.2 program, later data was tabulated and obtained the final results. **results:** 39 girls were studied with a percentage of 56% and 31 children with a percentage of 44% with a prevalence of self-reported malocclusions according to the degree of need for treatment of 11.4%, of which the moderate degree had an 8, 6% and the severe grade 2.9%. **conclusion:** According to this study of the 70 students surveyed, 62 reported that they perceived themselves without needing treatment and 8 indicated that they needed treatment, reporting a prevalence of self-reported malocclusions in the San Fernando Canton of 11.4%.

Keywords: Prevalence, Malocclusion, Self Concept.

INTRODUCCION

Las maloclusiones son definidas como alteraciones dentales que pueden ser de carácter funcional, o estético y pueden tener una íntima relación con factores hereditarios que intervienen en el crecimiento de los tejidos de la cavidad bucal ⁽¹⁾. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) esta patología ocupa el tercer lugar como problemas de salud bucal, y recomienda que esta enfermedad sea valorada en pacientes de 6, 12 y 18 años de edad, por lo tanto, la presente investigación va enfocada a los pacientes de 12 años. ^(1,2,3)

El concepto de oclusión se define como “la relación morfológica y funcional dinámica entre todos los componentes del sistema estomatognático, incluyendo las piezas dentarias, los tejidos de soporte, las articulaciones temporomandibulares y el sistema neuromuscular, incluyendo el sistema músculo esquelético cráneo facial” ⁽¹⁾. La oclusión interviene también en algunas funciones como: la masticación, deglución, hábitos de trituración y otros movimientos normales de la mandíbula. ⁽²⁾

Las maloclusiones son modificaciones de tipo funcional, hereditario y traumático que ocurren a nivel dentario y óseo, es cualquier tipo de variación de las piezas dentaria, pudiendo ser apiñamiento, rotación o giroversión. ^(2,4) La mala alineación de las piezas dentales, anomalías de posición y tamaño tanto de los maxilares como de los dientes, los tipos de relaciones oclusales, también forman parte de las maloclusiones, ^(5,6) lo cual va a alterar el funcionamiento del sistema estomatognático ⁽³⁾ y generan una problemática en la competencia social de la persona que trae consigo alteraciones psicológicas dado que las personas se pueden sentir inseguras al momento de socializar en la vida cotidiana, sin embargo también generan problemas de tipo funcional ya que una maloclusión trae problemas de deglución, fonación y problemas temporoparticulares ⁽⁴⁾.

Las maloclusiones también son consideradas como factores asociados a otras patologías orales como, la gingivitis, periodontitis, caries dental, y problemas con la articulación temporomandibular, por eso la necesidad de integrar al medio formas preventivas para solucionar este problema. ^(4,7)

La autopercepción que tiene una persona sobre su oclusión influyen en la receptividad que tiene sobre la necesidad de tratamiento de ortodoncia, para este fin se desarrollaron varias escalas de autopercepción, la más usada es la de Brook y Shaw y col.

Correspondencia:

Sandra Priscila Cevallos Romero
Av. Las Américas y Av. Humbolt s/n, Cuenca-Ecuador
E-mail: sandryce@hotmail.com

Denominado Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (IONT)⁽⁶⁾ Estudios muestran que una persona que tiene baja autoestima subestima su aspecto dental en comparación con una persona que tiene una autoestima elevada la cual a pesar de poseer una maloclusión, ésta no le afecta en su vida cotidiana^(9,10).

La presente investigación dio a conocer sobre la autopercepción que tienen los escolares acerca de sus dientes teniendo en cuenta que autopercepción es la manifestación de cómo ellos se ven a sí mismos y cómo se sienten al relacionarse con las demás personas tomando en cuenta que no es lo mismo la autopercepción en un escolar de 12 años que la de un adulto puesto que los niños a esta edad comienzan más a relacionarse con el medio y le dan importancia a su aspecto estético⁽¹¹⁾.

En el presente estudio se tuvieron como variables a la Autopercepción de la necesidad de tratamiento ortodóntico y el sexo.

Según estudios realizados anteriormente en Europa en la Ciudad de Nis por Janosevi y cols⁽¹²⁾ se observó que existe una necesidad de tratamiento de 39,6% de los niños encuestados y el 60,4% manifiestan no tener ninguna necesidad de tratamiento, algo similar ocurre en estudios realizados en África tanto por Utomi II, Onyeaso y cols⁽¹³⁾ los cuales reportaron que el 45% de niños necesitan tratamiento y el 55% no necesitan tratamiento.

Predrag Janošević y cols⁽¹²⁾ en su estudio observó que teniendo en cuenta el componente estético del IONT, el 15,3% de los niños manifestó verse en un grado severo de necesidad (grado 8-10), 24,3% en un grado moderado (grado 5-7) y 60,4% en un grado leve o ningún tratamiento necesario (grado 1-4), al no tener información de este fenómeno en población rural de Ecuador, es que surge la idea de la presente investigación, por lo tanto el objetivo de esta investigación fue conocer la Prevalencia de autoreporte de maloclusiones en escolares de 12 años en el Cantón San Fernando, Azuay – Ecuador, 2016 – 2017.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología aplicada tiene un enfoque de tipo cuantitativo, el diseño utilizado fue descriptivo y la técnica observacional, retrospectiva. Se utilizó la ficha epidemiológica de la Universidad Católica de Cuenca, que consta de 5 partes, la primera de datos generales del paciente, la segunda de datos de índice de higiene oral, la tercera del índice de caries CPOD, la cuarta de índice de enfermedad periodontal de Russel y la quinta de maloclusiones, además de la ficha donde se registran las fotografías para realizar el IONT⁽¹⁴⁾ que se muestran a continuación.

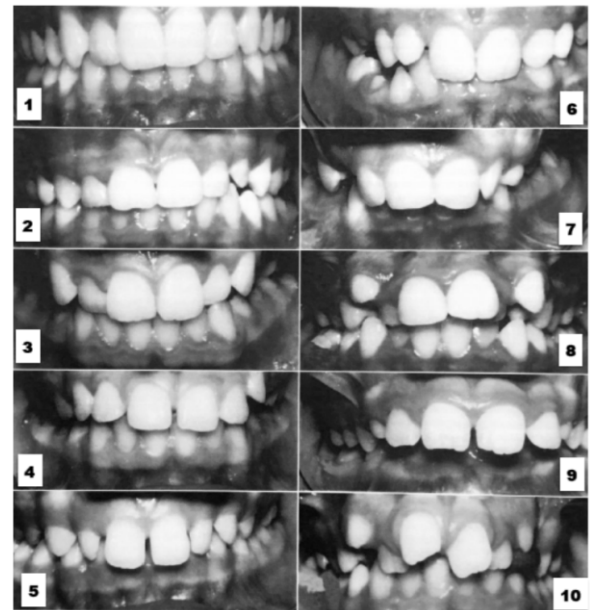
Para determinar el nivel de la necesidad de tratamiento autopercebida, se le muestra al paciente las 10 fotos de la escala y se le solicita que indique, a cuál de estas fotos cree él que se parece su sonrisa, según la foto que el paciente indique, se anota el número de foto y se la registra en la ficha epidemiológica.

Luego el número es contrastado con la tabla de niveles y en base a esto se anota el grado de necesidad que tiene el paciente, pudiendo ser (de 1 a 4 necesidad nula; de 5 a 7 necesidad moderada y finalmente mayor o igual a 8 necesidad definitiva o innegable)⁽⁸⁾.

El presente estudio analizó al total de escolares matriculados en el sistema educativo regular del cantón. Por lo tanto, la población estuvo constituida por 70 niños que tengan 12 años de edad cumplidos o que vayan a cumplir hasta el 31 de junio del 2017.

Se excluyeron de este estudio a los pacientes con enfermedades sistémicas, con problemas de locomoción, con alteraciones psicológicas, que falten el día del examen bucal y/o que no hayan aceptado el examen bucal. Finalmente se revisaron las fichas obtenidas en el trabajo de campo, las mismas que fueron ingresadas en el programa Epi Info 7.2, con esto posteriormente se tabularon los datos y se obtuvieron los resultados de estadística descriptiva e inferencial.

Fig. 1. Fotos para la autopercepción de necesidad de tratamiento índice IONT.



Fuente: Tomado de Bellot C.⁽¹³⁾ Valencia – España, 2011

RESULTADOS

Se evaluaron 70 escolares de todas las escuelas del Cantón San Fernando de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados, hubo 39 niñas que corresponde a un porcentaje del 56% y de 31 niños con un porcentaje del 44%.

La prevalencia de maloclusiones autoreportadas según el grado de necesidad de tratamiento tuvo un bajo porcentaje (11.4%), la mayoría manifestaron que no necesitaban tratamiento (Tabla1).

La frecuencia en los diferentes grados de necesidad de tratamiento ortodóntico autoreportado no mostró diferencia estadísticamente significativa de respecto al sexo (Tabla2).

Así mismo en el sexo femenino se estudiaron a 39 estudiantes de las cuales en su mayoría escogieron la foto 3, a diferencia del sexo masculino que en su mayoría escogieron la foto 2. (Tabla3).

Tabla 1. Prevalencia de maloclusiones autoreportadas según los grados de necesidad de tratamiento

GRADOS DE IONT	n°	%
NECESITA	8	11,4
MODERADO	6	8,6
SEVERO	2	2,9
NO NECESITA	62	88,6
NULO	62	88,6
Total	70	100

Tabla 2. Prevalencia de necesidad de tratamiento ortodóntico autoreportada según el sexo.

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	n°	%	n°	%	n°	%
SEVERO	1	1,4	1	1,4	2	2,8
MODERADO	1	1,4	5	7,1	6	8,5
NULO	29	41,4	33	47,1	62	88,5
TOTAL	31	44,3	39	55,7	70	100

Tabla 3. Relación entre el sexo y los grados de necesidad de tratamiento ortodóntico autoreportada.

IONT	FEMENINO		MASCULINO		Total n°	Total %
	n°	%	n°	%		
1	9	12,9	9	12,9	18	25,7
2	9	12,9	14	20,0	23	32,9
3	13	18,6	5	7,1	18	25,7
4	2	2,9	1	1,4	3	4,3
5	4	5,7	1	1,4	5	7,1
6	1	1,4	0	0,0	1	1,4
8	1	1,4	1	1,4	2	2,9
TOTAL GENERAL	39	55,7	31	44,3	70	100

DISCUSIÓN

El estudio se realizó en el cantón de San Fernando de la ciudad de Cuenca, no existen estudios previos sobre el autorreporte de maloclusiones en este cantón.

En el estudio realizado el 11,4% de niños estudiados manifestaron necesitar tratamiento y el 88,6% no necesitaban tratamiento. Dato muy parecido al reportado por Guerrero-Luzuriaga⁽⁸⁾ y cols. en una población urbana de Ecuador (18%) En Perú Luis Manuel Mancinni⁽¹⁶⁾ encontró el 11,4% y Katherine Pardo⁽¹⁵⁾ un 16,7% de necesidad de tratamiento como resultado de sus estudios, al compararlos con el presente se observó que existe una similitud en los resultados dando como validez lo realizado en este, manifestando que al ser países hermanos y de nivel social y económico similar existe también un nivel parecido de autopercepción en los niños dando lugar a la semejanza de resultados antes mencionados.

Al contrario que los anteriores, en estudios realizado en Europa en la Ciudad de Nis por Predag Janosevi y cols⁽¹²⁾

se observó que existe una necesidad de tratamiento de 39,6% de los niños encuestados y el 60,4% manifiestan no tener ninguna necesidad de tratamiento, algo similar ocurre en estudios realizados en África tanto por Utomi II, Onyeaso y cols⁽¹³⁾ los cuales arrojaron que el 45% de niños necesitan tratamiento y el 55% no perciben que necesitan tratamiento, al igual que Ajayi Eo⁽¹⁷⁾ en su estudio presentó tener resultados menores pero no muy lejanos a los anteriores descritos es así que el 27,8% manifiesta necesitar tratamiento mientras que el 72,2% revela no necesitar tratamiento; probablemente los resultados de este estudio fueron distantes ya que el nivel de vida social tanto en el Cantón San Fernando como en la ciudad de Nis y de África difieren en la autopercepción de los niños es por ello que la incidencia es mayor en las metrópolis antes estudiadas.

Los resultados del presente estudio fueron 88,6% para grado nulo (grado 1-4), 8,6% grado moderado (grado 5-7) y 2,9% grado severo (grado 8-10). Al igual los estudios realizados en Perú mostraron una alta similitud con nuestro estudio ya que Luis Manuel Mancinni⁽¹⁶⁾ mostró que el 88,6% de niños no necesitaba tratamiento ortodóntico refiriendo un grado leve (1-4), el 7,6% tenía necesidad media grado moderado (5-7), y sólo el 3,8% manifestaba encontrarse en un grado severo (8-10) y Katherine Pardo⁽¹⁵⁾ cuyos resultados fueron el 2,4% de los estudiantes se perciben en necesidad definitiva de tratamiento grado severo (8-10), 14,3% en grado moderado (5-7) y 83,3% sin necesidad grado leve (1-4).

Predrag Janošević y cols⁽¹²⁾ en su estudio reportaron que se observó que teniendo en cuenta IONTAC, el 15,3% de los niños manifestó verse en un grado severo (grado 8-10), 24,3% en un grado moderado (grado 5-7) y 60,4% en un grado leve o ningún tratamiento necesario (grado 1-4), Utomi II, Onyeaso y cols.⁽¹³⁾ manifestaron que el 55% no tenían ninguna necesidad de tratamiento grado leve (grado 1-4), el 16,7% grado moderado y el 28% grado severo, mientras que Ajayi Eo⁽¹⁷⁾ mostró resultados tales como 21,5% tenían un grado moderado de (4-5) , el 6,3% tenían un grado severo de 8-10, mientras que el 72,2% mostro un grado leve de 1 a 3; estos estudios antes mencionamos también difieren a los nuestros ya que los resultados fueron 88, 6% para grado nulo (grado 1-4), 8,6% grado moderado (grado 5-7) y 2,9% grado severo (grado 8-10).

Sin embargo, se sabe que la autopercepción no coincide con la necesidad de tratamiento diagnosticada por un profesional, en el caso de poblaciones similares, se ha determinado que la prevalencia de necesidad de tratamiento (diagnosticada) es de aproximadamente 90% como reporta Quispe-Chauca y cols.⁽¹⁰⁾, en consecuencia, aproximadamente 79% de los pacientes de este cantón rural no autoperceben una necesidad que existe, probablemente porque no afecta su calidad de vida ni sus desempeños diarios.

Este estudio aporta un primer encuentro a las necesidades de salud bucal en la población de San Fernando lo cual puede servir para proyectar la implementación de servicios de salud bucal especializada.

CONCLUSIONES

Según el presente de los 70 estudiantes encuestados 62 manifestaron percibirse sin necesidad de tratamiento y 8 señalaron que necesitaban tratamiento.

Teniendo una prevalencia de maloclusiones autoreportadas en el Cantón San Fernando de 11.4%. No existe asociación entre el sexo y la autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico.

REFERENCIAS

- [1] Di Santi de Modano J, Vázquez V. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2003. Disponible en : <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>
- [2] Montiel-Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM. 2004 Noviembre; LXI(6). Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2004/od046c.pdf>
- [3] Aguilar-Moreno NA, Taboada-Aranza O. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con problemas de postura corporal en una población escolar del Estado de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2013 Septiembre; 70(5). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v70n5/v70n5a5.pdf>
- [4] Menéndes L. Clasificación de la maloclusión según Angle en el Perú. Odontología Sanmarquina. 1998 Julio; 1(2). Disponible en : <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3665/5794>
- [5] Toledo L, Machado M, Martínez Y, Muñoz M. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. Rev Cubana Estomatol. 2004 septiembre; 41(3). Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300006
- [6] Calzada A, Mora C, Calzada A, Álvarez I, Pérez R, Rodríguez J. Necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares. Aplicación del índice de prioridad de tratamiento de Shaw. Medisur. 2014 Agosto; 12(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000400007
- [7] García V, Ustrell J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Avances en odontoestomatología. 2011; 27(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200003
- [8] Guerrero-Luzuriaga J, Villavicencio-Caparó E, González-Campoverde L. Autopercepción de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 años en la Parroquia El Sagrario del Cantón Cuenca-Ecuador. Rev. Estomatol. Herediana 2017. 27(2): 67-73. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552017000200002&lng=es
- [9] Ocampo ZM. Diagnóstico de las alteraciones verticales dento faciales. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2005. 17(2):84-97. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/3200/2976>
- [10] Quispe-Chauca L, Villavicencio-Caparó E, Cabezas-Bernhardt G. Prevalencia de Maloclusiones en escolares de un distrito de Cusco, Perú. Revista Ortodoncia Actual. 2016 Julio; 12(49). Disponible en : https://www.researchgate.net/publication/309913765_Prevalence_of_malocclusions_of_scholar_children_in_a_Cusco_district_in_Peru
- [11] Almandó AR. "Clasificación de Maloclusiones". Universidad Peruana Cayetano Heredia. Tesis de grado. 2011. Disponible en : <http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALES SANDRARITAALMANDOZCALERO.pdf>
- [12] Janošević P, Stošić M, Janošević M, Radojičić J, Filipović G, Čutović T. Index of orthodontic treatment need in children from the Niš region. Vojnosanit Pregl. 2015 January; 72(1).p. 12 - 15. Disponible en : http://www.vma.mod.gov.rs/vsp_01_2015.pdf
- [13] Utomi I, Onyeaso C. Malocclusion and orthodontic treatment need of patients attending the Lagos University Teaching Hospital, Lagos, Nigeria. Odontostomatol Trop. 2015 January; 38(150).
- [14] Bellot C, Montiel J, Paredes V, Gandía J, Almerich J. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el Dental Aesthetic Index y el Index of Orthodontic Treatment Need. Esp J Orthod. 2009; 39(4):305-312.
- [15] Pardo K. Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico en escolares del nivel de secundaria de la I.E. N° 154 "Carlos Noriega Jiménez". Universidad San Martín de Porres. Tesis de grado. 2012.
- [16] Mancini LM. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de 12 a 13 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, E. A. P de Odontología. Tesis de grado. 2011.
- [17] Ajayi E. Normative and self-perceived orthodontic treatment need in Nigerian school children. Acta Odontol Scand. 2015 July; 73(5).

Recibido el 20 de octubre del 2017 y aceptado para su publicación el 11 de diciembre del 2017

[