

Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos
Clínica Estomatológica “Dr. Pedro Celestino Aguilera”
Palma Soriano, Santiago de Cuba.

MALOCLUSIONES DENTARIAS EN ESCOLARES DE PRIMARIA DE 6 A 9 AÑOS DEL MUNICIPIO PALMA SORIANO

Autora: Dra. Aymara Roldan Olivares

Tutora: Dra. Tatiana Guzman Ortega

**Trabajo de terminación para optar por el Título de Especialista de Primer Grado
en Estomatología General Integral.**

2025

“Año 67 de La Revolución”



Initium

“... y la medicina tendrá que convertirse en una ciencia que sirva para prevenir enfermedades, que sirva para orientar a todo el pueblo hacia todos sus deberes médicos y que solamente deba intervenir en caso de extrema urgencia para realizar algo que escapa a las características de esta nueva sociedad...”

Che

Dedicatoria

Toda la obra humana encarna sacrificios, por estos sacrificios a veces se desmarcan del límite personal, incluyendo en ellos a personas que con sus actitudes y ejemplos nos impulsan a seguir adelante y a enfrentar los retos que el destino nos impone. Dedico toda mi obra a mi familia que día a día velan por los resultados y logros de mis sueños y a mi hermana y mi esposa querida que en todo momento están a mi lado. Gracias a su fidelidad, amistad sincera y cariño abrigo las fuerzas para continuar con mi empeño.

Agradecimiento

A mi tutora Dra. Tatiana Guzmán Ortega por su apoyo incondicional, quienes estuvieron siempre dispuestas a resolver conmigo las dificultades encontradas en este trabajo.

A los alumnos y profesores del colegio, así como el resto de los trabajadores, por su colaboración para el desarrollo de nuestro estudio.

Si bien es muy difícil mencionarlos a todos, considero justo reconocer mi agradecimiento más sincero a todas aquellas personas que me ayudaron en el transcurso de la residencia, y en la realización de este trabajo

Muchas Gracias.

RESUMEN

Introducción: Las maloclusiones son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes, fundamentalmente niños, adolescentes y jóvenes, acuden a la consulta de ortodoncia y estomatología. **Objetivo:** Caracterizar los escolares de 6 a 9 años de la escuela primaria “Juan Sigas Baró” con maloclusiones dentarias según variables epidemiológicas y clínicas en el periodo comprendido de noviembre de 2022 hasta mayo de 2023. **Método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en 90 niños con maloclusiones a quienes se les efectuó un examen clínico, bucal, facial y funcional. Los datos obtenidos se vaciaron en una planilla de recolección de datos y los datos fueron procesados por métodos computadorizados utilizando como sistema el Epiinfo. **Resultados:** Predominaron los escolares con maloclusiones dentarias del sexo femenino (57.8%) y el grupo de edad de 6 a 7 años (55.5%), así como el síndrome de clase I (75.6%). El hábito predisponente fue la onicofagia (14.4%); las disfunciones neuromusculares, la disfunción labial. La pérdida prematura de dientes temporales constituyó el mayor factor predisponente y la maloclusión más frecuente fue la vestibuloversión. **Conclusiones:** Estos resultados resaltan la importancia de realizar diagnósticos tempranos y emplear tratamientos personalizados que respondan a las necesidades específicas de cada paciente, contribuyendo al desarrollo óptimo de la salud bucal.

Palabras clave: factor predisponente, hábitos deformantes, maloclusiones.

INTRODUCCIÓN

La cara del ser humano conjuntamente con su dentición, funcionan armónicamente como un espejo de expresión de emociones y tiene una importancia fundamental en la forma y en la capacidad de comunicación de las personas. Por esta razón, el tratamiento temprano de las maloclusiones es de vital importancia, y debería formar parte de los servicios de atención de Salud Pública. Se ha demostrado además que las maloclusiones pueden causar efectos psicológicos perjudiciales, como la baja autoestima y la enajenación social.¹

Las maloclusiones son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes, fundamentalmente niños, adolescentes y jóvenes, acuden a la consulta de ortodoncia y estomatología. Los humanos como seres sociales se comunican a través del rostro y el principal sello de identidad personal es la cara, es decir, lo que define como individuos en los contactos interpersonales.²

Por otra parte, la cara en crecimiento es una estructura maravillosamente compleja, cuyo desarrollo, mucho más que un mero incremento de tamaño, deviene un proceso equilibrado, que gradualmente modela y da nueva forma al rostro del niño hasta convertirse en el del adulto. El área craneofacial, objeto principal del estudio, es una encrucijada anatómica expuesta a múltiples factores que pueden modificar su crecimiento y desarrollo.^{3,4} El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción; sin embargo, este vocablo no solo designa al contacto de las arcadas de una interface oclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal. Cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites normales se denomina maloclusión.^{5,6}

La maloclusión ocupa el primer y segundo lugar entre las afectaciones de la cavidad bucal infantil. Al respecto, su vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño, así como el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal y mixta, favorecen la existencia de una población infantil y adulta joven con una oclusión adecuada. Aunque

no todas las maloclusiones pueden prevenirse o detenerse, sí es posible reducir su número y condición en la niñez.⁷

Las anomalías dentomaxilofaciales son estados que constituyen un riesgo para el mantenimiento de la salud bucal e interfieren en el bienestar del niño, afectando no solo la estética, sino también la función mandibular y el lenguaje.⁸ Desde tiempos remotos se afirmaba que los problemas de oclusión encontrados en la dentición primaria, probablemente perpetuarían en la dentición permanente, donde pudieran alcanzar un grado más elevado. Por lo tanto, es esencial el conocimiento de los problemas desde edades tempranas para que puedan tomarse las precauciones y recomendaciones necesarias que permitan preservar la dentición primaria en condiciones favorables, pues esto desempeña un importante papel para el desarrollo de la oclusión permanente.⁹

Alrededor de los 6 años de edad, comienza la dentición mixta temprana, donde será escenario de cambios adaptativos hacia la fase mixta tardía. En esta dentición se produce el mayor crecimiento. Es un período de particular importancia en la causa de las anomalías de la oclusión, puesto que durante estos años deben realizarse una serie de complicados procesos que conduzcan al cambio de los dientes temporales por los permanentes y se establezca la oclusión normal definitiva.⁷

La oclusión puede definirse como la manera en que los dientes, maxilares y mandibulares se articulan, involucrando dientes y músculos masticatorios, estructuras esqueléticas y la articulación temporomandibular (ATM).¹⁰ Estas características pueden verse alteradas por distintos factores, así pues, las maloclusiones son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, no siendo así unicausal, sino hay muchos factores que interactúan, entre ellos encontramos: las predisposiciones genéticas y factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial.

11,12

Las maloclusiones se definen como una alteración de las piezas dentales y huesos maxilares, tanto en sus relaciones estáticas y dinámicas con las piezas dentales contiguas y con los antagonistas lo que conlleva que las relaciones oclusales no sean apropiadas entre las arcadas, el período de la infancia es principalmente el más afectado y los hábitos bucales deformantes constituyen la causa más usual de su

aparición, dando lugar a modificaciones en la posición de los dientes como apiñamiento, mordidas abiertas y cruzadas entre otras.¹³

El estudio de las maloclusiones cobra importancia por los efectos secundarios que generan al sistema estomatognático y consecuentemente en la limitación de ciertas funciones como la deglución, masticación y el habla, produciendo incluso alteraciones temporomandibulares y afectando la estética facial.¹⁴

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.¹⁵

Esta alteración ha sido tradicionalmente menospreciada como problema médico, puesto que no ocasiona mortalidad directa, cuando en realidad su elevada incidencia afecta a más del 90% de la población y se considera factor de riesgo de alteraciones en el área del lenguaje, musculatura, estética, gingivitis, periodontitis, caries dental, disfunciones de la ATM y alteraciones óseas.^{9,11}

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan la tercera posición entre las enfermedades bucales¹⁶. Cano y cols¹¹. determinaron que el comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 a 75%, con diferencias en el sexo y la edad.

Se estima que entre 20 y 30 millones de niños de América Latina sufren de algún tipo de anomalía dentomaxilofacial.¹⁷

Diferentes estudios realizados en el ámbito nacional y extranjero reflejan una frecuencia del 70 al 80% de la población. En Estados Unidos entre el 40 y el 60% de los adolescentes presentan claros signos de maloclusión, y por ende están necesitados de tratamiento.^{18,19}

En Chile la tercera afección odontológica relevante son las anomalías dentomaxilofaciales y la causa de su aparición se debe a múltiples factores entre los que se destacan los malos hábitos.²⁰

En investigaciones recientes realizadas en Colombia, se comprobó que, de 4724 niños de 6 a 17 años de edad, el 88% presentó algún tipo de anomalía de la oclusión.^{21,22}

Además se ha reportado por Quirós²³ apiñamiento en el maxilar inferior de 36.6% a los 12 años.

En Venezuela, se encontró que el 77 % de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión.²²

En diferentes estudios en Cuba, se mencionan la gran prevalencia de maloclusiones en la dentición mixta, el límite de prevalencia es de 21,3 a 63.5%, siendo significativamente más alta en niñas que en niños.^{24,25} Coincidiendo con estudios de la provincia de Santiago de Cuba donde se reflejaron valores similares al del país.^{26,27}

El desarrollo del ser humano ocurre en muchas dimensiones, morfológicas y estructurales en todo el organismo, y particularmente en la cara. Las condiciones morfológicas de la oclusión son inicialmente determinadas por la genética y posteriormente sufren la influencia de factores exógenos o ambientales, como los hábitos deformantes (succión digital, uso prolongado del chupete, etcétera), tipo de alimentación, traumatismos, o pérdidas prematuras de las piezas dentarias que actúan desde el nacimiento y repercuten en el proceso evolutivo de la dentición, así como los desequilibrios musculares afectan las estructuras óseas, la posición de los dientes y la forma de las arcadas los cuales constituyen factores de riesgo.²⁸

Los factores de riesgo o criterios de riesgo es toda característica y circunstancia determinada, ligada a una persona, a un grupo de personas o a una población, de la cual se sabe que está asociada con un riesgo de enfermedad, de la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a tal proceso. Son aquellas características y atributos que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado; ellos no son necesariamente las causas (o la etiología necesaria), solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas en la prevención individual, si como en grupos poblacionales.

Los factores de riesgo no actúan de forma aislada, sino en conjunto, interrelacionadamente, lo que con frecuencia fortalece en gran medida su nocivo efecto para la salud. Tener el factor de riesgo no implica que se está enfermo, pero sí tener más susceptibilidad y aumentar la probabilidad de enfermarse.²⁹

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia, realizado regular y automáticamente, puede ser considerado un comportamiento obtenido sobre los

que el sujeto tiene poco control voluntario.³⁰ Son considerados patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y, al repetirse, llegan a convertirse en inconscientes. Estos pueden ser beneficiosos (cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación) o perjudiciales (cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales). Entre estos casos se destacan la succión digital y del tete, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal.³¹

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas que ocupan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal; pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático causando un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales conllevando a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. Cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse lo cual puede modificar la posición de los dientes y la relación que guardan las arcadas dentarias que cada persona desarrolla.³²

Existen algunas discusiones sobre hasta qué edad son considerados los hábitos orales como normales. De acuerdo a la edad del paciente, duración, intensidad y frecuencia con que se realice el hábito así serán las anomalías dentales y esqueléticas que se presenten. Se han encontrado estudios en donde establecen que existe relación entre los hábitos orales, compresiones del maxilar y mordidas abiertas. Son sin duda factores predisponentes en el desarrollo de maloclusiones, alteraciones dentomaxilofaciales, además de provocar alteraciones en el lenguaje y desarrollo emocional del niño.

Los hábitos bucales parafuncionales no detectados y corregidos a tiempo modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. El profesional de la salud debe identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos, evitando en lo posible el desarrollo de las maloclusiones.¹⁵

La detección de estos factores desde edades tempranas es esencial para que puedan tomarse las precauciones y recomendaciones necesarias que permitan preservar la

dentición primaria en condiciones favorables, pues esto desempeña un importante papel para el desarrollo de la oclusión permanente.

El reconocimiento de la etiología de las maloclusiones es la clave del plan de tratamiento ortodóncico, puesto que éste debe ser etiológico y no sintomático. El diagnóstico de las maloclusiones debe tratar de identificar el agente causal, el protagonismo de la herencia y la multiplicidad de las causas que intervienen, en los distintos momentos del desarrollo y con diferente intensidad.

Desde los tiempos de Hipócrates, fue establecido que es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para su prevención es imprescindible conocer bien los factores y las condiciones del surgimiento de las enfermedades más difundidas y peligrosas.³³

La prevención es la piedra angular de la atención médica en el mundo actual, razón por la cual, la estomatología debe ser cada vez más preventiva y educativa, nuestra atención debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, siendo esta privilegiada con respecto a otros grupos de edades, dada esta situación, surge ante nosotros un abanico de posibilidades para desarrollar no solamente el trabajo clínico, sino también el educativo, con el objetivo de mejorar sus condiciones de salud individuales y comunitarias.

Es importante, que el estomatólogo aproveche cada contacto con el paciente para profundizar y mejorar los conocimientos de este sobre salud bucodental, lo cual redundaría en el mantenimiento de su estado de salud, en la prevención y control de las enfermedades, en cambios positivos de actitudes y estilos de vida.

Hoy se plantea mantener, consolidar lo alcanzado y desarrollar una nueva etapa en la cual se priorizan las estrategias poblacionales de intervención dirigidas a transformar los estilos de vida, donde las acciones de promoción y prevención ocupan el centro de la atención.³⁴

La labor del estomatólogo como la de todo profesional de la salud está encaminada a la prevención por lo que el presente estudio, se plateó como problema científico: ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de los escolares de 6 a 9 años con maloclusiones dentarias de la escuela primaria “Juan Sigas Baró” del municipio Palma Soriano; Santiago de Cuba?

OBJETIVOS

General

Caracterizar los escolares de la escuela primaria “Juan Sigas Baró” con maloclusiones dentarias según variables epidemiológicas y clínicas.

Específicos

1. Caracterizar los escolares con maloclusiones según sexo y grupo de edad.
2. Clasificar las maloclusiones de acuerdo a la relación de Angle.
3. Identificar hábitos deformantes y disfunciones neuromusculares.
4. Determinar tipos de anomalías y factores predisponentes.

MARCO TEÓRICO

Las anomalías dentomaxilofaciales son una de las afecciones estomatológicas que afectan a la población infantil, alcanza en el país cifras que oscilan entre 27-66%.³⁵

El periodo de la infancia y adolescencia está marcado por continuos cambios en la dentición. Estos cambios pueden progresar normalmente, o pueden ser afectados por influencias genéticas, factores ambientales y funcionales que desempeñan un papel principal en el desarrollo dental y en la formación de la oclusión. Los cambios que ocurren en el arco dentario son de gran interés en los tratamientos de los niños, estos se deben interceptar en periodos tempranos del desarrollo de la oclusión, es decir antes de la erupción de todos los dientes permanentes.³⁶

Los hábitos bucales son causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. El tratamiento estomatológico debe estar ligado al psicológico por todas sus manifestaciones. El diagnóstico de estos hábitos se realiza a través del interrogatorio a padres y familiares, del examen clínico facial, bucal y funcional.³⁷

Los hábitos orales no fisiológicos o no funcionales son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo, la deglución atípica, la onicofagia, entre otros.

Estudios epidemiológicos han mostrado que los hábitos deformantes bucales se presentan con tasas de prevalencia muy altas, ya que más del 60 % de la población puede presentarlos. En Cuba y en la provincia Cienfuegos en particular los hábitos bucales deformantes también han aumentado su prevalencia e incidencia, al convertirse en un problema de salud en la población pediátrica.³⁸

La presencia de anomalías dentomaxilofaciales está motivada, fundamentalmente, por la influencia de algunos factores que actúan en etapas tempranas del desarrollo y posibilitan la aparición de esas anomalías.³⁶

Oclusión

El término oclusión tiene por significado el cierre, por lo que la oclusión dental se refiere al cierre de dientes opuestos en el sentido estricto y etimológico del término; Pero la variedad de tipos de oclusión, junto con las marcadas diferencias individuales de los diferentes patrones de oclusión, ha llevado al desarrollo del concepto de oclusión dental, aquel esta dado desde una idea puramente estática de contacto entre dientes hasta un concepto dinámico en el que los dientes, el maxilar superior, el maxilar inferior, la articulación temporomandibular (ATM) y los músculos permanecen en un equilibrio dinámico, lo que garantiza el estado funcional y correcto del sistema estomatognático.

39

En odontología, con el término "oclusión" se hace referencia a la relación de los dientes maxilares y mandibulares que están en contacto funcional durante los movimientos de la mandíbula. En primer lugar, como en cualquier otra rama de la medicina, a la hora de tratar a un paciente, es debido conocer y tener siempre presente cuál es el problema, el esquema ideal con el que se puede comparar su caso para un correcto diagnóstico de anomalías y así también que ayude como una referencia para establecer un objetivo terapéutico específico en el paciente.

La oclusión de los dientes maxilares y mandibulares que se da de una manera precisa y exacta no ayuda en encontrar la longitud de la arcada que se tiene cuando la línea que empieza en la superficie distal del tercer molar, se extiende en sentido mesial por todas las áreas de contacto proximales de toda la arcada y termina en la superficie distal del tercer molar del lado opuesto.

Ambas arcadas dentales tanto el maxilar como la mandíbula tienen aproximadamente la misma longitud, pero el maxilar inferior o mandíbula siempre es un poco más pequeño (arco maxilar, 128 mm; arco mandibular, 126 mm). Esta pequeña diferencia se debe al hecho de que la distancia mesiodistal de los dientes en la mandíbula inferior es más estrecha que la de los dientes superiores.

El ancho del arco de la mandíbula o arco mandibular es menor que el arco maxilar; así, cuando los arcos están en oclusión, cada diente maxilar tiene una posición más facial

que los dientes mandibulares correspondientes en la oclusión entre sí, el ancho del arco es la distancia que lo atraviesa.³⁹

Normoclusión

“La oclusión ideal es el tipo de oclusión más equilibrada para cumplir con la función masticatoria y preservar la integridad de las piezas dentales a lo largo de la vida, esta oclusión debe producirse en relación céntrica condilea y permitiendo las funciones fisiológicas”.

Para Canut la oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto.³⁸

Maloclusión

Las anomalías dentomaxilares (ADMs) o maloclusiones corresponden a un grupo de patologías caracterizadas, tanto por una alteración del crecimiento y desarrollo de los maxilares, como por alteraciones a nivel dentario, que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático.

En 1889 Guiltford definió tradicionalmente a la maloclusión como cualquier desviación de la oclusión ideal y en 1899, según Angle, es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.

La maloclusión constituye la mal posición dentaria y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es una entidad patológica que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales.³⁸

Etiología de las maloclusiones

De acuerdo a Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

A.- Factores generales:

- Herencia
- Defectos congénitos
- Medio ambiente
- Problemas nutricionales
- Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales
- Postura
- Trauma y accidentes

B.- Factores locales:

- Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas

- Anomalías en el tamaño de dientes
- Anomalías en la forma de los dientes
- Frenillo labial anormal, barreras mucosas
- Pérdida prematura de dientes
- Retención prolongada de dientes
- Brote tardío de los dientes

Clasificación de las maloclusiones:

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.³⁸

Maloclusiones anteroposteriores:

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 maloclusión fueron divididas en I, II, III (en números romanos).

CLASE I

Maloclusiones caracterizada por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestiular de la primera molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior.^{38, 40}

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco vestibular del 1er molar inferior.

En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior, la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. En un gran porcentaje de casos de maloclusión, los arcos dentarios están más o menos contraídos

y como resultado encontramos dientes apiñados y fuera de arco. Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados.

Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.³⁸

CLASE II

La maloclusión se caracteriza por la relación sagital anómala de los primeros molares: el surco vestibular del molar permanente inferior está por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior.^{38, 40} Toda la arcada maxilar está anteriormente desplazada o la arcada mandibular retruida con respecto a la superior. En general, los pacientes clasificados en eses grupo presentan perfil facial convexo.

Las maloclusiones Clase II fueron separadas en dos divisiones: la división 1 y la división 2.

CLASE II división 1

Maloclusión caracterizada por la posición de los incisivos en protrusión, y aumentando el resalte. Pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulo lingual de los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste antero posterior es llamado resalte u “overjet”. El perfil facial es generalmente convexo.

Asociada a mordida profunda, mordida abierta, problemas de espacio, mordida cruzada y malposiciones dentarias individuales.³⁸

CLASE II división 2

Maloclusión caracterizada por la posición de los incisivos superiores, estando los incisivos centrales superiores en retroinclinación, y los incisivos laterales con una marcada inclinación vestibular, existe una disminución del resalte y aumento de la sobremordida interincisiva.

Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulo lingual de los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste antero posterior es llamado resalte u “overjet”. El perfil facial de estos pacientes es, en general, convexo.³⁸

CLASE III

El surco vestibular del primer molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. La arcada dentaria mandibular está adelantada, o la maxila retruida, con respecto al antagonista.^{38, 40}

El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura está, en general, desequilibrada. Los cruzamientos de mordida anterior o posterior son frecuentes.

Relación canina

Esta relación es importante ya que junto a los posteriores participa en el cierre de una oclusión mutuamente protegida. “Este contacto también actúa como una guía que produce la centralización de los arcos dentarios guiando la mandíbula hacia los contactos posteriores que consolidarán la posición de cierre. Angle diferencia tres tipos de relaciones interdentales: Clase I, II y III, de acuerdo con la posición de la cúspide del canino superior y el canino inferior y primer premolar”

1. Clase I: La cúspide del canino superior ocluye entre el canino inferior y el primer premolar inferior.
2. Clase II: El canino superior ocluye entre el canino inferior y el incisivo lateral inferior.
3. Clase III: El canino superior ocluye muy distal al canino inferior.³⁸

Maloclusión dentaria transversal:

Son aquellas alteraciones de la oclusión que se presentan en el plano horizontal o transversal, en la cual las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares superiores e inferiores.

Es resultado de las alteraciones genéticas o ambientales, las anomalías transversales están presentes en un alto porcentaje de jóvenes. Este índice tiende a crecer en las grandes ciudades, en donde la alta frecuencia de problemas respiratorios y la consecuente respiración bucal llevan a una atresia del arco dentario superior.³⁸

Mordida cruzada posterior

La mordida cruzada posterior es aquella situación en que las cúspides vestibulares de molares y premolares superiores ocluyen en las fosas de molares y premolares inferiores. Las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores. Esto puede darse de forma unilateral o bilateral.

Las mordidas cruzadas posteriores afectan a ambas hemiarcadas son anomalías muy frecuentes en ortodoncia y está asociado a un paladar estrecho y profundo. Cabe

destacar que no todas las mordidas cruzadas tienen paladar ojival y no todo paladar ojival se acompaña de mordida cruzada.

Se encuentra relaciones a los hábitos orales no fisiológicos como la respiración oral, deglución infantil y la succión anómala.

La mordida cruzada unilateral se debe a veces a una inclinación dentaria anómala de los dientes superiores hacia palatino o de los inferiores hacia vestibular.³⁸

Mordida en tijera

Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores.

Son mucho menos frecuente que las mordidas cruzadas. Hay tres tipos distintos: la bilateral o Síndrome de Brodie (es la mordida en tijera bilateral donde la arcada superior cubre totalmente a la inferior), la unilateral, o la de una sola pieza (la más frecuente, casi siempre de origen dental). Pueden ser de ambas hemiarcadas o una sola hemiarcada.

Maloclusión vertical

Son ocasionadas por alteraciones en el crecimiento máxilomandibular y presentan un patrón esquelético anormal. Como mecanismo de compensación de ésta displasia esquelética pueden aparecer distintas modificaciones dentoalveolares. Es decir, las maloclusiones verticales son producidas por una alteración en la dimensión vertical. Son originados mayormente en niños por hábitos orales no fisiológicos o deletéreos (succión del dedo, posicionamiento de la lengua, respiración bucal). Estos problemas pueden ser alteraciones, como las mordidas abiertas o profundas, o alteraciones en el patrón del crecimiento del individuo.

Mordida abierta

Kim describía la mordida abierta como una maloclusión en la que los dientes anteriores maxilares y mandibulares no tenían contacto debido a dos planos oclusales divergentes acompañados de la angulación mesial de todos los dientes.

La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores que se manifiesta a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de la arcada. Está relacionado a los hábitos de succión, deglución atípica y a la respiración oral.³⁸

Etiología de la mordida abierta

La mordida abierta se desarrolla por la interacción de varios factores etiológicos, entre ellos se encuentran: variaciones en la erupción dental y en el crecimiento alveolar, desproporción en el crecimiento muscular o incluso, una función neuromuscular aberrante relacionada con disfunciones linguales, hábitos orales o ambas. Es decir, la presencia de un patrón hiperdivergente, más una posición lingual anormal (frecuentemente asociada con problemas en las vías aéreas) o hábitos de succión digital, son factores de riesgo para su desarrollo. El papel de la herencia como factor etiológico de la maloclusión no se ha podido determinar en la actualidad. Se ha podido establecer una heredabilidad alta en las dimensiones craneofaciales y relativamente baja en las variaciones de los arcos dentarios, pero sigue sin conocerse el impacto que ella pueda tener en la etiología de las maloclusiones que presentan componentes esqueléticos y dentales.³⁸

Clasificación de la mordida abierta

Según la zona dónde se asiente la anomalía, la mordida se clasifica en:

1. Mordida abierta anterior o simple, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva.
2. Mordida abierta posterior, si afecta a los segmentos bucales que están en infraerupción y dejan una brecha abierta entre las superficies oclusales.
3. Mordida abierta completa, si el contacto sólo se realiza a nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior. Está presente en los pacientes que poseen hábitos inadecuados, ya sea debido a la interposición de la lengua, a la succión digital o al chupón (chupete).

Según la causa la mordida abierta se clasifica en:

1. Mordida abierta dental; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta a las bases óseas
2. la mordida abierta es esquelética; si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario.³⁸

Características generales de la mordida abierta

- Tendencia a una Maloclusión Clase II
- Deficiencia mandibular
- Apiñamiento en el arco inferior

- Maxila atresica
- Aumento de la altura facial
- Rama ascendente corta

Mordida profunda

Para Okeson la sobremordida vertical es la distancia existente entre los bordes incisivos de los dientes anteriores antagonistas, indicando que en la oclusión normal existe una sobremordida aproximada de 3 a 5 mm. Considerando que el rango promedio de los incisivos inferiores es de 9mm, él considera una mordida profunda cuando más del 50% de la pieza inferior se encuentra cubierta por su antagonista.

El termino sobremordía profunda para Strang hace referencia a la forma exagerada en que los incisivos superiores cubren verticalmente los incisivos inferiores.

Graber, por otro lado, define a la mordida profunda como un estado de sobremordida vertical aumentada en la que la dimensión entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva.

Chaconas lo considera en porcentaje y menciona que existe una sobremordida vertical normal, cuando cerca del 20 % de la superficie labial de los incisivos inferiores está cubierta por los incisivos superiores.

Etiología de la mordida profunda

La etiología de la maloclusión puede estar asociada a alteraciones de crecimiento en la mandíbula o en la maxila, modificaciones en la función de labio y lengua y principalmente alteraciones dento alveolares.

Las mordidas profundas dentales, muestran la supraoclusión de los incisivos, la infraoclusión de los molares, o una combinación de ambos. Una sobremordida vertical esquelética o dental es causada por factores genéticos o ambientales, o por una combinación de ambos.³⁸

Tipos de mordida profunda:

DENTARIA: Se presenta un tipo de maloclusión Clase I o Clase II de Angle y los incisivos centrales superiores e inferiores están fuera de sus bases óseas. En este tipo de mordida profunda se presentan los ángulos del plano palatino e IMPA disminuidos.

Dentoalveolar: Es cuando todo el conjunto dentoalveolar presenta una alteración de crecimiento y desarrollo. Se presenta retroclinación y retrusión de las piezas dentarias

anterosuperiores y anteroinferiores, siendo el origen de la maloclusión la posición adelantada del maxilar y la posición retrasada de la mandíbula.

Esquelética: Se presenta una mordida profunda esquelética cuando la altura facial anterior es menor que la altura facial posterior y las bases maxilares convergen entre sí. O cuando se presenta un maxilar ancho con una mandíbula estrecha (alteraciones del ancho transversal).

Características generales de la mordida profunda

-Características Clínicas y faciales:

-Braquicefálicos

-Clase II esquelética.

-Perfil convexo

-Dimensión vertical disminuida

-Overbite aumentado

-Tensión muscular excesiva y alteración de la ATM

-Crecimiento hipodivergente

-Enfermedad periodontal.

-Plano oclusal disminuido

Sobremordida:

Suele darse en cualquier clase de Angle pero es típica de patrones braquicefálicos y característica de la clase II/2. Será sobremordida cuando hablemos de un entrecruzamiento de más de 2.5mm.

La mordida borde a borde o BIS A BIS:

Se da cuando hay sobremordida igual a cero y existe contacto entre los bordes de los incisivos. Se ve en los casos de mordidas abiertas que alcanzan a compensarse y en denticiones desgastadas. ³⁸

La clasificación de Lischer está basada en la de E. Angle. En 1911 el divide la oclusión patológica en:

- Malposición de los dientes
- Relaciones anormales de las arcadas
- Malposición de los maxilares
- Malposición de la mandíbula

Malposición dentaria: La denomina de forma individualizada y añade el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvió, de la siguiente manera:

1. Mesioversión. El diente está mesializado en relación a su posición normal.
2. Distoversión. Distalización del diente en relación a su posición ideal.
3. Vestibuloversión o labioversión. El diente presenta su corona vestibularizada en relación a su posición normal.
4. Linguoversión. La corona dentaria esta lingualizada en relación a su posición ideal.
5. Infraversión. El diente presenta su cara oclusal o incisal sin alcanzar el plano oclusal.
6. Suppraversión. El diente esta con la cara oclusal, o borde incisal, sobrepasando el plano de oclusión.
6. Giroversión. Indica una rotación del diente alrededor de su eje longitudinal.
7. Axioversión. Hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
8. Transversión. El diente sufrió una transposición, es decir, cambio su posicionamiento en el arco dentario.
9. Perversión. Indica la impactación del diente, en general, por falta de espacio en el arco.

Los términos creados por Lisher pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosuppraversión.³⁸

Relaciones anormales de las arcadas:

Lischer adopta la siguiente terminología:

- Neutro-oclusión: relación mesiodistal normal
- Disto-oclusión: relación distal de los molares y las arcadas (Clase II de Angle).
- Mesio-oclusión: relación mesial de las mismas (Clase III de Angle)

Malposición de los maxilares: Adopta el radical “gnatismo” y las divide en:

- Macrognatismo
- Micrognatismo

Malposición de la mandíbula: Establece:

- Ante-versión mandibular, que representa el avance de la mandíbula
- Retro-versión mandibular, que representan el retroceso de toda la mandíbula.

Clasificación etiológica de las maloclusiones

De la autoría de Robert Myers, esta clasificación sugiere distinguir las maloclusiones de acuerdo con su origen etiológica. El autor reconoce que la gran mayoría de las deformidades son consecuencias de alteraciones tanto en los dientes como en el hueso y en la musculatura, pero busca por este sistema destacar el principal factor causal.

1. Maloclusión de origen dentario

Caben en este grupo las maloclusiones cuya principal alteración está en los dientes y en el hueso alveolar. Moyers incluye aquí las malposiciones dentarias individuales y las anomalías de forma, tamaño y número de dientes.

2. Maloclusión de origen muscular

Son las anomalías cuya causa principal es un desvío de la función normal de la musculatura.

3. Maloclusión de origen ósea

En esta categoría están las displasias óseas, involucrando los problemas de tamaño, forma, posición, proporción o crecimiento anormales de cualquier hueso del cráneo o de la cara.³⁸

Relación entre un Mal Hábito y una Mala Oclusión

La clasificación de las maloclusiones es una herramienta de sumamente importancia ya que en el diagnóstico de un paciente esta lleva a enumerar y diagnosticar alguno de los problemas del mismo y trazar un plan de tratamiento correcto. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal, pues la maloclusión afecta no solo a los dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistemas neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.³⁹

El grado y tipo de cambio de la oclusión por hábitos del niño varía en función de la intensidad, frecuencia y duración del hábito a esto se lo conoce como la “tríada de Graber”, así como de las características biotipológicas del paciente. En la gran mayoría de artículos se mencionan la tríada como uno de los factores que se encuentran relacionados con el hábito y en si este es importante para la aparición de problemas. Sin embargo, no consideran estos principios en su investigación, ya que pocos investigan la frecuencia y duración del hábito.

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos más importantes porque dan lugar a desalineaciones o deformidades del dento esqueleto, que ocupan el tercer lugar después de la caries y la periodontitis. Estos a su vez pueden ocasionar una alteración en el desarrollo normal del sistema estomatognático y por ende provocar un desequilibrio entre las fuerzas musculares orales y periorales, dando como resultado una deformidad ósea que tiene menos o más efectos según la edad a la que se inicia el hábito. Cuanto más joven es, mayor es el daño, ya que el hueso está más moldeable.

Los hábitos bucales en los niños pueden ser considerados de primer interés por los odontólogos, y pediatras ya que son posibles causas de una presión desequilibrada de los músculos sobre los rebordes alveolares extremadamente flexibles e inmaduros, además de provocar cambios en la posición de los dientes y en la oclusión si su acción dura mucho tiempo. ³⁹

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para caracterizar a los escolares de primaria con maloclusiones dentarias según variables epidemiológicas y clínicas de la escuela primaria “Juan Sigas Baró” del municipio Palma Soriano.

Población y muestra

Estuvo constituido por los 90 escolares, de ambos sexos que se diagnosticaron con maloclusiones dentarias, comprendidos entre 6 a 9 años de edad de la escuela primaria perteneciente al Municipio Palma Soriano cuyos padres o tutores dieron el consentimiento informado para participar en el estudio, en el período de noviembre del 2022 a mayo del 2023.

Criterios de exclusión:

- Escolares entre 6 a 9 años diagnosticados con maloclusiones dentarias de otras escuelas primarias perteneciente al Municipio Palma Soriano.

Métodos

Teóricos.

Histórico- lógico: permitió buscar la historia y antecedentes del problema que determina las maloclusiones.

Análisis y síntesis: fueron utilizados durante toda la etapa de investigación, para poder establecer nexos, comparar resultados, determinar enfoques comunes y aspectos distintivos en los enfoques metodológicos estudiados y obtener conclusiones.

Métodos empíricos.

Análisis de documentos: permitió profundizar en los antecedentes históricos y los resultados de las intervenciones realizadas con anterioridad. Para la obtención de los datos se realizó revisión documental de las historias clínicas individuales, de los escolares seleccionados realizando el examen clínico bucal.

Método estadístico matemático.

Se empleará la estadística descriptiva

Técnicas y procedimientos de la información.

La medición como método, el análisis documental como técnica o procedimiento y la Historia clínica como instrumento.

Fueron examinados por el estomatólogo en la consulta estomatológica, realizándoles una correcta anamnesis y examen físico.

Se procedió a llenar la historia clínica, donde serán incluidos todos los datos requeridos para dar cumplimiento a los diferentes objetivos específicos de la investigación, para lo cual se utilizó el set de clasificación que consta de espejo bucal, pinza para algodón y explorador, así como una buena fuente de luz.

Para el cumplimiento de los objetivos se utilizaron diferentes variables con su correspondiente operacionalización.

Variable	Tipo de variable	Operacionalización		Indicador
		Descripción	Escala	
Edad	Cuantitativa discreta	Según último año cumplido por el número de carnet de identidad.	1.6-7 años 2.8-9 años	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según género biológico.	1.Masculino 2.Femenino	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Clasificación de las Maloclusiones	Cualitativa ordinal	Clasificación sindrómica de Moyer ⁴⁰	1.Síndrome de Clase I. 2.Síndrome de Clase II. (Clase II división 1 y Clase II división 2). 3.Síndrome de Clase III.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Hábitos deformantes	Cualitativa nominal politómica	Costumbre o práctica adquirida por la repetición constante de un mismo acto.	1.Onicofagia. 2.Succión del pulgar. 3.Queilofagia. 4.Succión del chupete.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Disfunción neuromuscular	Cualitativa nominal politómica	Incapacidad en la tonicidad muscular que causa	1.Disfunción labial. 2.Disfunción lingual. 3.Respiración bucal.	Frecuencia absoluta y porcentaje.

		debilidad o atrofia.		
Tipo de anomalías dentarias	Cualitativa nominal politómica		1. Vestibuloversión: inclinación de los dientes hacia vestibular. 2. Mordida Abierta: Es la falta de contacto dentario al unir los arcos maxilares. 3. Mordida Profunda: cuando los incisivos superiores cubren media corona o más a los incisivos inferiores. 4. Mordida Cruzada: cuando se invierte la relación típica de desbordamiento de los dientes superiores por fuera de los inferiores. (anterior o posterior). 5. Apiñamiento: posición incorrecta de los dientes en el plano oclusal.	Frecuencia absoluta y porcentaje.
Factores predisponentes	Cualitativa nominal politómica	Presencia de factores que hacen vulnerables al	1. Succión digital: introducción y succión de cualquier dedo, en la cavidad	Frecuencia absoluta y porcentaje.

		paciente para padecer una enfermedad bucodental. 2.Succión del chupete: consiste en el uso del chupete. 3.Queilofagia: mordedura y/o succión del labio o el carrillo. 4.Onicofagia: morderse las uñas. 5.Hábitos posturales: Son llamadas así las posiciones inadecuadas que generan presiones anormales sobre los maxilares al dormir o al sentarse. 6.Disfunción lingual: Interposición lingual durante el acto de deglución. 7.Respiración bucal: Cuando la respiración se efectúa a través de la boca. 8.Pérdida prematura de dientes temporales: pérdida de un diente temporal antes de su exfoliación fisiológica sin la colocación de	
--	--	--	--

			mantenedores de espacio. 9.Pérdida prematura de dientes permanentes: pérdida de un diente permanente ya sea por trauma, por caries dental u otra causa. 10.Caries proximales de dientes temporales: cavidad patológica en caras proximales. 11.Restauraciones deficientes de contornos proximales: Constituye la presencia de alguna restauración proximal deficiente. 12.Erupción ectópica de dientes: diente erupcionado fuera de la arcada dentaria. 13.Estado no fisiológico de la musculatura bucal: a) Alteración del orbicular de los labios: Cuando existe mal funcionamiento de los músculos orbiculares de los labios, se manifiesta	
--	--	--	--	--

			por falta de cierre de los labios, generalmente incompetencia del labio superior. b) Alteración de los pterigoideos laterales: Esta anomalía se diagnostica al observar pacientes con perfiles muy convexos.	
--	--	--	---	--

Procesamiento y análisis de la información.

Una vez recogida la información se procesó en una computadora a través del sistema o programa estadístico SPSS versión 15,0 a través del cual se hicieron los cálculos de los distintos parámetros y pruebas estadísticas, así como su análisis. La información obtenida fue plasmada en tablas y gráficos. Como medida resumen se empleó las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Los resultados se compararon con los de otros estudios llevados a cabo por diferentes autores. Esto nos permitió elaborar las conclusiones y emitir las recomendaciones pertinentes.

Consideraciones éticas

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas como, el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), el Dictamen del Comité de Ética (Anexo 2), la Declaración Jurada del Tutor (Anexo 3) y Aval del Consejo Científico (Anexo 4). A los pacientes objeto de estudio se les solicitó previamente su consentimiento informado o al tutor a cargo, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistió el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización (Anexo 5). Además, se constató con la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 6). Limitaciones del estudio: tuvo carácter local.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que el sexo femenino fue el más afectado con 52 niñas para un 57.8% y el grupo de edad de 6 a 7 años aportó el mayor porcentaje de escolares con maloclusión (55.5 %).

Tabla 1. Distribución de escolares con maloclusiones dentarias de la Escuela primaria “Juan Sigas Baró” según grupos de edades y sexo, pertenecientes al municipio Palma Soriano en el periodo de noviembre del 2022 a mayo del 2023.

Grupo de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
6 – 7 años	28	31.1	22	24.4	50	55.5
8 – 9 años	24	26.7	16	17.8	40	44.5
Total	52	57.8	38	42.2	90	100

Fuente: Historia clínica individual

Se aprecia en la tabla 2 que predominó la maloclusión del Síndrome de Clase I para un 75.6% con un ligero predominio del grupo de 6 a 7 años con un 40%.

Tabla 2. Escolares con maloclusiones dentarias según grupos de edades y la clasificación sindrómica de Moyer.

Clasificación sindrómica de Moyer	Grupo de edades					
	6 – 7 años (n=50)		8 – 9 años (n=40)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Síndrome Clase I	36	40	32	35.6	68	75.6
Síndrome Clase II	11	12.2	6	6.7	17	18.9
Síndrome Clase III	3	3.3	2	2.2	5	5.5
Total	50	55.5	40	44.5	90	100

Fuente: Historia clínica individual

El 14.4% de los escolares presentaron onicofagia como hábitos deformantes seguido por la succión digital para un 8.9% afectando en mayor proporción al grupo de 6 a 7 años de edad como refleja la tabla 3.

Tabla 3. Escolares con maloclusiones dentarias según grupos de edades y hábitos deformantes.

Hábitos deformantes	Grupo de edades					
	6 – 7 años (n=50)		8 – 9 años (n=40)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Onicofagia	9	18	4	10	13	14.4
Succión del pulgar	5	10	3	7.5	8	8.9
Queilofagia	2	4	1	2.5	3	3.3
Succión del chupete	2	4	-	-	2	2.2
Total	18	20	8	8.9	26	28.9

Fuente: Historia clínica individual

En la tabla 4 se muestra la distribución de pacientes con maloclusiones según sexo y hábitos deformantes, donde se aprecia que prevalecieron las niñas para un 20% mientras que los niños en 8.9%, siendo en mayor cuantía el hábito de onicofagia y succión digital con un 14.4% y 8.9% respectivamente.

Tabla 4. Escolares examinados con maloclusiones según sexo y hábitos deformantes.

Hábitos deformantes	Sexo					
	Femenino (n=52)		Masculino (n=38)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Onicofagia	9	17.3	4	10.5	13	14.4
Succión del pulgar	5	9.6	3	7.9	8	8.9
Queilofagia	2	3.8	1	2.6	3	3.3
Succión del chupete	2	3.8	-	-	2	2.2
Total	18	20	8	8.9	26	28.9

Fuente: Historia clínica individual

En relación a las alteración neuromusculares abundaron la disfunción labial y la disfunción lingual para un 28.9% y 21.1% respectivamente siendo el más afectado el grupo de 6 a 7 años como refleja la tabla 5.

Tabla 5. Escolares examinados con maloclusiones según grupos de edades y disfunciones neuromusculares.

Disfunciones neuromusculares	Grupo de edades					
	6 – 7 años (n=50)		8 – 9 años (n=40)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Disfunción Labial	15	30	11	27.5	26	28.9
Disfunción Lingual	13	26	6	15	19	21.1
Respiración Bucal	5	10	2	5	7	7.8
Total	33	36.7	19	21.1	52	57.8

Fuente: Historia clínica individual

El 36.7% de las féminas presentó algún tipo de disfunción neuromuscular predominando la disfunciones labial y lingual para un 30.8% y 23.1% respectivamente como muestra la tabla 6.

Tabla 6. Escolares examinados con maloclusiones según sexo y disfunciones neuromusculares.

Disfunciones neuromusculares	Sexo					
	Femenino (n=52)		Masculino (n=38)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Disfunción Labial	16	30.8	10	26.3	26	28.9
Disfunción Lingual	12	23.1	7	18.4	19	21.1
Respiración Bucal	5	9.6	2	5.3	7	7.8
Total	33	36.7	19	21.1	52	57.8

Fuente: Historia clínica individual

El 53.3% de los pacientes diagnosticados con maloclusiones presentaron algún factor predisponente, predominando la pérdida prematura de dientes temporales para un 25.6% siendo el grupo de 8-9 años el más afectado para un 32.5% como muestra la tabla 7.

Tabla 7. Escolares examinados con maloclusiones según grupos de edades y factores predisponentes.

Factores predisponentes	Grupo de edades					
	6 – 7 años (n=50)		8 – 9 años (n=40)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pérdida prematura dientes temporales	10	20	13	32.5	23	25.6
Caries interproximales	6	12	8	20	14	15.6
Restauraciones deficientes	6	12	5	12.5	11	12.2
Total	22	24.4	26	28.9	48	53.3

Fuente: Historia clínica individual

El 53.3% de los pacientes diagnosticados con maloclusiones presentaron algún factor predisponente, predominando el sexo masculino para un 33.3% mientras que el femenino en un 20% siendo la pérdida prematura de dientes temporales la más significativa como refleja la tabla 8.

Tabla 8. Escolares examinados con maloclusiones según sexo y factores predisponentes.

Factores predisponentes	Sexo					
	Femenino (n=52)		Masculino (n=38)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pérdida prematura dientes temporales	8	15.4	15	39.5	23	25.6
Caries interproximales	5	9.6	9	23.7	14	15.6
Restauraciones deficientes	5	9.6	6	15.8	11	12.2
Total	18	20	30	33.3	48	53.3

Fuente: Historia clínica individual

Con respecto a las anomalías dentomaxilofaciales, predominó la clase I con vestibuloversión para un 58.9%, también fue notable el apiñamiento y la mordida abierta en todas las clases de Moyer como muestra la tabla 9.

Tabla 9. Escolares examinados con maloclusiones dentarias según tipo de anomalía y la clasificación sindrómica de Moyer.

Tipo de anomalias	Clasificación sindrómica de Moyer							
	Síndrome clase I (n=68)		Síndrome clase II (n=17)		Síndrome clase III (n=5)		Total (n=90)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Vestibuloversión	40	58.9	7	41.2	3	60	50	55.6
Apiñamiento	14	20.6	5	29.4	2	40	21	23.3
Mordida abierta	9	13.2	3	17.6	-	-	12	13.3
Mordida profunda	4	5.9	2	11.8	-	-	6	6.7
Mordida cruzada	1	1,5	-	-	-	-	1	1.1

Fuente: Historia clínica individual

DISCUSIÓN

Las maloclusiones dentales son anomalías en la alineación de los dientes y las arcadas dentales que pueden afectar la oclusión y por ende, la función masticatoria y la estética dental. Estas condiciones son comunes en la población pediátrica y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los niños. Siendo importante entender la prevalencia de las maloclusiones dentales en pacientes pediátricos de 6 a 12 años para identificar las necesidades de tratamiento y planificar intervenciones preventivas y correctivas adecuadas, evitando problemas a futuro desde lo funcional hasta lo psicológico.³¹

Las maloclusiones son más prevalentes en el sexo femenino según estudios realizados por Rodríguez et al²⁸, Canchari y colaboradores⁴¹, resultados que concuerdan con la investigación.

La O Martel y colaboradores⁴² obtuvieron un predominio del sexo femenino resultados que coinciden con el estudio, y difieren en cuanto al grupo de 8 a 9 años de edad.

Gutiérrez et al⁴³, evidenciaron que el sexo masculino fue el más preponderante, resultado que difieren de la investigación y coinciden en relación a la clasificación sindrómica de Clase I de Angle.

Un predominio del síndrome de Clase I y la onicofagia como hábito deformante, mostraron La O Martel y colaboradores⁴², resultados que coinciden con la investigación.

La tasa de prevalencia de maloclusiones en niños de la Escuela Primaria “Ángel Bello Vega” fue alta, fundamentalmente las de Clase I de Angle, asociada estadísticamente con la práctica de hábitos bucales deformantes, resultados obtenidos por Rodríguez et al²⁸ los que coinciden con este estudio.

Según la clasificación de Angle, se observó que existe una alta prevalencia de maloclusión dentaria de Clase I, resultados mostrados por Queque y Arias⁴⁴ quienes coinciden con la investigación.

Salas y colaboradores⁴⁵ encontraron que la relación sagital molar más frecuente es la Clase II o distoclusión, resultados que difieren del estudio.

En estudios realizados por Amiot et al⁴⁶, el hábito de protracción lingual fue el que más predominó, resultado que no coinciden con este estudio.

Brossard⁴⁷ mostró que el hábito deformante más frecuente fue la succión digital, resultado que no coincide con la investigación.

Acosta et al⁴⁸, reportan la succión digital como el principal hábito deformante encontrado, resultados que difieren de los encontrados en la investigación, además explica que en la medida en que la edad aumenta y el desarrollo psicológico y la personalidad del niño se desarrollan los hábitos disminuyen.

Considero que predomina la presencia de hábitos bucales deformantes en el sexo femenino por causa de los estereotipos de masculinidad y feminidad que se les transmite a los niños con una gran carga de sexismo y en los prejuicios que se expresan de manera abierta, con frases como “los varones no se chupan el dedo”. Esto provoca que los niños se vean obligados a reprimir sus emociones, ya que serían sinónimos de debilidad.

La autora reflexiona que los hábitos son patrones neuromusculares que se aprenden y es importante desde edades muy tempranas diagnosticarlos y tratarlos con el fin de evitar maloclusiones. Además, interfieren en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras dentomaxilofaciales, su grado de alteración depende de la edad de inicio, duración, intensidad y frecuencia con que se practique, demostrándose en la mayoría de los estudios su fuerte influencia como factor de riesgo a desarrollar maloclusiones.

Está científicamente demostrado que los hábitos deformantes son uno de los factores etiológicos más comunes de las maloclusiones, alterando el desarrollo normal del sistema estomatognático y logrando causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y las fuerzas musculares periorales lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, duración e intensidad del mismo.^{47, 49}

Las maloclusiones pueden originarse de múltiples consecuencias, no solo en los dientes sino en el periodonto, la articulación temporomandibular (ATM), coronas y puentes que pueden fracturarse. Recesiones gingivales y a fracciones pueden ser exacerbadas por una mala mordida. Signos clínicos en la ATM como chasquidos, crepitaciones, trabazón y dolor articular pueden llevar a espasmos musculares que se traducen en dolor de cabeza, fatiga, dolor de senos paranasales e incluso espalda.^{50,51}

La O Martel y colaboradores⁴² obtuvieron un predominio de la disfunción lingual el factor predisponente fue las caries interproximales, resultados que no coinciden con el estudio.

La mayoría de los niños en la revisión clínica presentaron caries proximales en un estudio realizado por Gutiérrez y colaboradores⁴³, resultados que difieren de la investigación.

Meza et al⁵², mostraron que el apiñamiento dentario y la mordida abierta fueron las anomalías dentomaxilofaciales predominantes, resultados que no concuerdan con el estudio.

Es opinión de la autora que en la actualidad el gran número de pacientes afectados por las maloclusiones se debe a la presencia de varios factores etiológicos como lo son la mala higiene bucal, las caries dentales, herencias de maloclusiones, pérdida prematura de dientes temporales, hábitos deformantes entre otras.

La prevención de las maloclusiones es básica puesto que si los hábitos y las diversas entidades de maloclusión que se encuentran asociadas son tratadas a temprana edad se evitarán malformaciones óseas y dentales, que con el tiempo estropean la salud buco-dental, la función, la estética e incluso el aspecto y la seguridad emocional de la persona. Por lo que la función del estomatólogo debe enfocarse primordialmente en la promoción, prevención, detección e intervención temprana de las alteraciones que pueden afectar el desarrollo del sistema estomatognático en el paciente pediátrico, fundamentalmente en la dentición mixta.

La intervención ortodóncica temprana permite promover el desarrollo favorable de la oclusión y suprimir los cambios desfavorables. La ortodoncia interceptiva puede eliminar o reducir la severidad de una maloclusión, y disminuye la necesidad de tratamiento ortodóncico complejo y su costo total. También mejora la autoestima de los pacientes y la satisfacción de los padres. La detección temprana y la referencia oportuna de los casos que requieran tratamiento de ortodoncia interceptiva son de suma importancia. Para esto debe aumentar el nivel de conciencia al respecto en los profesionales de la salud ya que ha sido descrito que la mayoría de las maloclusiones⁶². La autora opina que la implementación de programas de prevención de maloclusiones y de tratamiento temprano por medio de ortodoncia interceptiva, permiten promover el desarrollo armónico de la oclusión, reducir la severidad de maloclusiones en desarrollo y restaurar la oclusión normal; disminuyendo la necesidad de tratamientos ortodóncicos correctivos complejos.

Es responsabilidad de los profesionales que laboran en la atención primaria de salud no solo el tratamiento de las maloclusiones que nos corresponden, también dirigir el trabajo hacia el cumplimiento de las labores preventivas e interceptivas como está implementado en los programas nacionales de Estomatología en Cuba, para estar en condiciones de mejorar los resultados en futuras investigaciones.

CONCLUSIÓN

En los escolares con maloclusiones dentarias de la Escuela primaria “Juan Sigas Baró”, predominó el sexo femenino y el grupo de edad de 6 a 7 años, así como el síndrome de clase I. Los hábitos predisponentes fueron la onicofagia y la succión del pulgar y en relación a las disfunciones neuromusculares, abundó la disfunción labial. La pérdida prematura de dientes temporales fue el mayor factor predisponente y la maloclusión más frecuente, la vestibuloversión. Por ello, la promoción de la salud bucal y la prevención de esta entidad son pilares imprescindibles a considerar para disminuir su incidencia en la población infantil, evitar secuelas y deformidades futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Huachorunto W. Relación entre maloclusiones y hábitos bucales en estudiantes de primer grado de la Institución Educativa Villa Limatambo-Lima. [Tesis]. Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2024. Disponible en: <http://www.repositorio.upla.edu.pe>
2. Monte Álvarez I, Segura Martínez N, Ricardo Díaz LE. Características de la dentición temporal en niños de 3 a 5 años. Círculo infantil "Los Sandinitos". Holguín. 2020. Revista Científica Estudiantil UNIMED [Internet]. 2021 [citado 2023 Jun 18];3(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revunimed.sld.cu>
3. Palacios León C, Cárdenas Flores C. prevalencia de anomalías de tamaño y forma, en pacientes pediátricos de 6 a 17 años de la ciudad de Huánuco, 2019-2022. Revista Científica Odontológica. [Internet]. 2023 [citado 2023 Oct 14];11(4):e171. Disponible en: <http://pmc.ncbi.nlm.nih.gov>
4. Sánchez Fuentes RM. Onicofagia o morderse las uñas: causas y tratamiento. Las consecuencias de la onicofagia- morderse las uñas, van desde infecciones en dedos, uñas y encías hasta úlceras. Mente y Ciencia, 2021. Disponible en: <http://www.menteyciencia.com>
5. Hernández Mingui S, García Speck EL, Hernández Rodríguez A. factores de riesgo del maloclusión dentaria en adolescentes. Gaceta Medica Estudiantil [Internet]. 2021 [citado 2023 Feb 20];2(2):e120. Disponible en: <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu>
6. World Health Organization. Releases new reports global problem of oral diseases. Geneva: WHO; 2023. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2023/pr15/en/>
7. González Gómez YA. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Internet]. 2015 [citado 2023 Ene 20];19(1):66-76. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>
8. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia Contemporánea. 4ta. ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 16-22.
9. Isper A, Saliba C, Pantaleão M, Elaine P. Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres, Brasil. Rev Cubana Estomatol. [Internet]. 2020 [citado 2022 Jun 14];44(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072020000100004&lng=es.

10. Botero P, Vélez N, Cuesta D, Gómez E, González P, Cossio M, Santos E. Perfil epidemiológico de oclusión dental en niños que consultan a la Universidad Cooperativa de Colombia. *Rev CES Odont*. 2019;22(1):9-13.
11. Cabrera Ortiz VA, Romero Sánchez GG. Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 9 a 11 años en la institución educativa Felix Tello-2023. [Tesis]. Perú: Universidad Señor de Sipán; 2025. Disponible en: <http://www.repositorio.uss.edu.cu>
12. Aliaga A, Mattos M, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de aseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. *Rev. Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;28(1): 87-91.
13. Ministerio de salud pública del Ecuador. Protocolos odontológicos. In.: Dirección nacional de normatización.; 2021. p. 179-198.
14. Martínez Ramos MR, George Valles Y, López Milanés Y, Pérez Vidal B, Bosch Marrero L. Características de la oclusión dentaria en niños de 4 y 5 años. *Medisan*. [Internet]. 2017 [citado 2023 Dic 16];21(11):3221-6. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>
15. Boj JR. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. En: Catalá M. *Odontopediatría*. Primera Edición. Barcelona: MASSON, S.A; 2014. p.379-409.
16. Medina C. prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. *Acta odontológica venezolana*. [Internet]. 2010 [citado 2023 Dic 16];48(1):94-99. Disponible en: <http://www.ve.scielo.org>
17. Luján-Rojas W. Prevalencia, Severidad y necesidad de tratamiento ortodóncico de maloclusiones en escolares del distrito de Laredo-Trujillo. 2013. Tesis para optar el grado de bachiller en estomatología. 2013: 7-9.
18. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breast feeding: results of a who systematic review. *Indian Pediatric* 2020;38:565-7.
19. B Siddibhavi M. Oral health status of handicapped children attending various special schools in Belgaum City Karnataka. *Webmed Central Epidemiology* [Internet]. 2022 [cited 2023 Ene 20];3(2):[aprox. 9 p.]. Available from: http://www.webmedcentral.com/article_view/3061

20. Borzabad Farahani A, Eslamipour F, Asgari I. Association between orthodontic treatment need and caries experience. *Acta Odontol Scand* 2021; 69(1):2-11.
21. Viltres Pedraza GR, Herrero Solano Y, Arias Molina Y, González José LM, Saumell Naranjo Y. Factores de riesgos asociados a la pérdida de la longitud del arco en niños. *Multimed*. [Internet]. 2020 [citado 2023 Oct 7];24(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en <http://revmultimed.sld.cu>
22. Ramírez Herrera CG. Lactancia materna, hábitos orales y maloclusiones en niños de 2 a 6 años. [Tesis]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2022. Disponible en <http://www.dspace.unachedu.ec>
23. Macías Gil R, Macías Calás C, Quesada Oliva L, Paneque Gamboa M. Características de la oclusión en niñas y niños malienses, cubanos y venezolanos de 5 a 9 años: estudio descriptivo. *Medwave*. [Internet]. 2014 [citado 2023 Jul 23];14(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.pesquisa.bvsalud.org>
24. González Ramos RM, Ochoa González DA, Silva Fors C, Cruz Ledesma I. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. *Rev Haban Cienc Méd*. [Internet]. 2023 [citado 2023 Oct 2];11(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/img/revistas/rhcm/v11n4/t0206412>
25. González Guerra M, Guerra Sánchez M, Pancorbo Madrigal JP. Comportamiento de la maloclusión funcional e interferencias oclusales en niños con dentición mixta. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2023 [citado 2023 Oct 15];45(1):83-97. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/>
26. Más García MJ, Mora Pérez CC, López Fernández R. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. *Medisur* [Internet]. 2021 [citado 2021 Dic 17];7(1 Especial):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/527/81>.
27. Riesgo Cosme Y, Costa Montané D, Rodríguez Fernández S, Crespo Mafrán M S, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado 30 de Noviembre. *MEDISAN* [Internet]. 2023 [citado 2023 Dic 17];14(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san01110.htm.
28. Rodríguez Villafañe AW, de los Reyes Rodríguez A. Prevalencia de maloclusiones en niños de la Escuela Primaria “Ángel Bello Vega”. *Revista Científica Estudiantil*

- UNIMED [Internet]. 2022 [citado 2023 Jul 20];4(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revunimed.sld.cu>
- 29.Montaño CA, Gómez Rivadeneira A, Garzón FG, Muñoz Escobar A, Ruget MA. Hacia la atención en salud basada en el valor: Revisión de la literatura. Revista Médica Sanitas. [Internet]. 2017 [citado 2023 Jul 17];20:164-73. Disponible en: <http://www.researchgate.net>
- 30.Vellini Ferreira F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. En: Milton Hecht. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica. 2da ed. Sao Paulo: Artes Médicas; 2021. p. 253-79.
- 31.Álvarez Cervantes JE, de Santiago Tovar JR, Monjaras Ávila AJ. Maloclusiones. Problema de Salud Bucodental. Revisión Narrativa. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado Hidalgo [Internet]. 2023 [citado 2023 Jul 20];12(23):79-86. Disponible en: <http://www.repositorio.uaeh.edu.mx>
- 32.Lima Illescas MV, Rodríguez Soto A, García González B. Maloclusiones dentarias y su relación con hábitos bucales lesivos. Revista Cubana de Estomatología. [Internet]. 2019 [citado 2024 Jun 17];59(2):[aprox. 10 p.] Disponible en: <http://www.mediagraphic.com>
- 33.Rodríguez Lugo GA. Manejo clínico en niños con pérdida prematura de caninos temporarios. [Tesis]. Ecuador: Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí Facultad de Ciencias de la Salud; 2022. Disponible en: <http://www.repositorio.uleam.edu.ec>
- 34.Alemán Sánchez PC, González Valdez D, Concepción Acosta RB. Anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo. Rev habana cienc med [Internet]. 2015 [citado 2024 Jun 17];14(2):179-87. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu>
- 35.Sánchez González L. Pérdida prematura de dientes temporales en escuela primaria José Antonio Echevarría, Aguada 2020. [Tesis]. Cuba: Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2021.
- 36.Valdés Alvares R, Montero del Castillo ME, Valdés García P. ortodoncia en Odontopediatría. En: Valdés Álvarez R. Manual de Odontopediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014.p.210-273.

37. Pacheco-Morffi PM, Hernández-Millán AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. *Oral*. 2019;20(62):1698-1704.
38. Martínez Mesa I. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños de 6 a 11 años de la escuela primaria “Luis Augusto Turcios Lima”, San Fernando de Camarones, 2021-2023. [Tesis]. Cuba: Universidad de las Ciencias Médicas de Cienfuegos; 2023.
39. Figueroa Cayetano MD. Hábitos bucales y maloclusión dentaria [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil Facultad de Odontología; 2020.
40. Moyer R. Tratado de Ortodoncia. La Habana: Edición Revolucionaria; 1966. p.163-186.
41. Canchari Pereyra TP, Rojas Arze JR, Arnez Torrico RE, Ríos Vargas DM. Caracterización de maloclusiones en pacientes de 6 a 10 años. *Revista Científica de Odontología UNITEPC*. 2024;3(2):23-30.
42. La O Martel R, Guzmán Ortega T, Vico Felipe N, Byshco Trujillo N, Chevalier Iglesias L, Arias Gutiérrez JM. Maloclusiones dentarias en niños de la escuela primaria “Paquito González Cueto” del municipio Palma Soriano. I Jornada Virtual de Estomatología 2022 Ciego de Ávila.
43. Gutiérrez-Diéguez YD, Quesada-Oliva LM, Meriño-Pompa Y, Naranjo-Vázquez SY, Sánchez-Pacheco L. Factores de riesgo de maloclusión en escolares de primer grado de la escuela “Adalberto Pessant”. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 20];28(2024):e6343. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6343>
44. Queque-Coaquira FO, Arias-Lazart GC. Prevalencia de maloclusiones dentarias, según Angle, en niños de 6 a 12 años. *Revista Odontológica Basadrina*. [Internet]. 2024 [citado 2025 Jul 24];8(2):23-29. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.33326/26644649.2024.8.2.1965>
45. Salas Soto M, Sciaraffia Rubio P, Guiñez Maciel J, Dóez Muñoz A. Prevalencia de maloclusiones en población escolar de Rapa Nui, Chile: Estudio descriptivo. *Int. J. Odontostomat*. 2024;18(2):170-75.
46. Amiot Mora Y, Noa Deyá Y, Ramírez Quevedo Y. Modificación de conocimientos sobre hábitos bucales deformantes para la prevención de maloclusiones en

escolares de primaria. I Congreso Internacional. Odontosantiago2023. Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas. Capítulo de Santiago de Cuba. Disponible en: www.odontosantiago2023.sld.cu

47. Brossard Fresneda L. Prevalencia de maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares de 6 a 12 años. I Congreso Internacional. Odontosantiago2023. Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas. Capítulo de Santiago de Cuba. Disponible en: www.odontosantiago2023.sld.cu
48. Acosta Andrade A, González Pazmiño LJ, Cevallos Delgado IV, Cobeña Zambrano K, Zevallos Espinel VM. Malformaciones dentales y su relación con la succión no nutritiva en niños. Rev Journal GESTAR [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 24];4(7):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/23/40>
49. Borja-Figueroa JA, Cleonares-Borbor M. Hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de 6 a 12 años. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. SALUD Y VIDA. [Internet]. 2023 [citado 2025 Jul 24];8(1):2045-51. Disponible en: <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i1.4085>
50. Alcívar Mejía K, Moreira Campuzano T. Hábitos bucales y mal oclusiones en niños de 4 a 12 años de edad. EOUG [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 24];3(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/55>
51. Baskaradoss JK, Geevarghese A, Alsaadi W, Alema H, Alghaihab A, Almutairi AS, et al. The impact of malocclusion on the oral health related quality of life of 11-14-year-old children. BMC pediatrics [Internet]. 2022 [citado 2025 Jul 24];22(1):91. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03127-2>
52. Meza EY, Olivera PB, Rosende MN, Peláez AN. Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2021 [citado 2025 Jul 24];109:171-76. Disponible en: <https://doi.org/10.52979/raoa.1151>

ANEXOS

Anexo 1.

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____,
hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de
institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:
_____,
de los autores: _____

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del
centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito obtener
resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del
proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2.

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Nombre de la Institución: _____

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución _____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de los autores _____

_____ y

encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐

18.Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐

19.El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐

20.La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐

21.La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

_____ Aprobarlo sin modificaciones

_____ Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

_____ Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

_____ No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ de 200__.

Nombre del Evaluador	Cargo en el CEI	Firma

Anexo 3

DECLARACIÓN JURADA DEL TUTOR

Yo: _____, con
categoría docente _____.

Certifico como tutor(a) del trabajo titulado:

_____, que asumo el cumplimiento y desarrollo de la investigación así como el
asesoramiento científico metodológico al o los estudiantes.

Autores:

Nombre y Apellidos	Año Académico

Y para que así conste firma la presente:

Nombres y Apellidos del tutor.

Firma y Cuño

Anexo 4.

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y
discutir el proyecto titulado

presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha

decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____
quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una
metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con
las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente documento Yo _____

Con número de CI _____ Autorizo que mi hijo(a) participe en el trabajo de investigación

titulado: _____

Firmo este documento como prueba de mi aceptación bajo el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del problema y no se divulgue en el orden personal, habiendo sido antes informado que ningún procedimiento a utilizarse pondrá el riesgo la salud y bienestar de mi persona ni la de mi hijo(a). Además de haberseme aclarado que no hare ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica por mi participación

Firma del padre o tutor _____

Firma del estomatólogo a cargo de la investigación _____

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

MOD. 4702-4		HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGIA		FECHA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA				No DE H. CLINICA:
UNIDAD:	CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCION:				
EDAD:	SEXO: MASC. () FEM. ()	ESCOLARIDAD:		
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL				
ANTECEDENTES				
PATOLOGICOS				
(Personal - Familiar)				
Hemorragicos (reac-				
ción a Medicamentos,				
HABITOS				
Succión Lengua				
Proctati, Cepillado				
Bruxismo, Tabaquismo				
Café, Alcohol y otros.				
EXAMEN BUCAL				
(Señalar Afectaciones)				
EXAMEN FISICO				
General				
(Piel y Mucosas,				
Hábito Externo)				

[illegible]