

Alteraciones Maxilodentarias en niños con deglución anormal

Dra. Mirtha de Massari *
y Lic. Norma de Ferrero **

Hospital Privado Centro Médico de Córdoba

RESUMEN

Ha sido sugerido que el proceso de deglución puede influenciar el tipo de oclusión dental. Se han estudiado 40 niños con claras evidencias de deglución atípica, cuya edad está comprendida entre 4 y 13 años, buscando el modelo de la oclusión dental. Los hallazgos están relacionados a los estadios de la dentición.

Se observó una alta prevalencia de maloclusión (80 %) y su progresivo aumento con la edad (71 % en la dentición primaria, 80 % en la dentición mixta y 100 % en la dentición permanente). La mayoría de ellos tenían una maloclusión de Angle Clase I y II. Además tenían una alta incidencia de mordida abierta anterior y mordida cruzada unilateral. Estos hallazgos son concordantes con la idea de que la deglución atípica, debida a la persistencia de hábitos orales infantiles, puede ser incriminada en la génesis de la maloclusión dental.

El reconocimiento y corrección precoz de la deglución anormal parece estar indicada en la prevención de los trastornos de la oclusión dental.

SUMMARY

It has been suggested that the deglutition process may influence the type of dental occlusion. We have studied 40 children with clear evidence of atypical deglutition, aged 4 to 13 years, looking for the pattern of dental occlusion.

The findings were related to dentition stages.

A high prevalence of malocclusion (80 %) and their progressive increase with age (71 % in primary dentition, 80 % in mixed dentition, and 100 % in permanent dentition) was observed. Most of these patients had Angle's class I and II malocclusion. They also had a high incidence of anterior open bite and of unilateral cross bite. These findings are consistent with the idea that atypical deglutition, due to persistence of infantile oral habits, may be incriminated in the genesis of dental malocclusion. Early recognition and correction of abnormal deglutition seems to be indicated in order to prevent dental occlusional disorders.

Palabras claves: Deglución atípica - maloclusiones dentales - hábitos orales inmaduros.

La deglución madura normal se caracteriza por labios juntos en forma pasiva y dientes en contacto, aunque pueden estar separados con un bolo líquido. La punta de la lengua se coloca sobre el paladar, arriba y atrás de los incisivos superiores. La mayoría de los niños alcanzan todos los rasgos de deglución madura entre los 12 y 15 meses de edad.

Se considera deglución atípica a la interposición lingual en el momento de deglutir. Los dientes no se ponen en contacto porque la lengua se aloja entre los incisivos, pudiendo a veces alojarse entre los premolares y molares. Hay contracción exagerada de los labios y el mentón y se altera la articulación de las consonantes linguo-palatales anteriores (T-D-L-N) sin alteración acústica perceptible, salvo por el "ceceo".

* Odontóloga Adjunta de la Sección Ortodoncia del Dpto. de Odontología.

** Fonoaudióloga Titular de la Sección Otorrinolaringología del Departamento de Cirugía.

Algunos autores (1,2) han llamado la atención sobre la relación existente entre la deglución y la formación de los arcos alveolares y dentarios. Esto es muy importante en el 1er. período de recambio dentario, cuando los tejidos de sostén del diente todavía inmaduros se alteran con facilidad por las fuerzas desviadas de la lengua acentuando distintos tipos de mala oclusión.

Habiendo detectado en nuestra práctica diaria niños que presentan deglución atípica en sus varias formas conjuntamente con malformaciones maxilodentarias asociadas a maloclusión, realizamos una evaluación prospectiva para detectar y definir el tipo de problema odontológico presente en niños con deglución atípica.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 40 niños de 4 a 13 años de edad, 19 niñas y 21 varones, enviados para evaluación de este trastorno. Los pacientes fueron divididos en tres grupos de acuerdo al estadio de su dentición. Grupo I: incluyó 14 niños, menores de 6 años, con dentición primaria. Grupo II: compuesto por 20 niños, de 5 a 12 años de edad con dentición mixta. El Grupo III, con dentición permanente incluyó 6 niños de 11 a 13 años de edad. La evaluación ortodóncica incluyó, además, el diagnóstico del tipo de maloclusión según la clasificación de Angle (3), descripción del tipo de mordida (abierta, cruzada, uni o bilateral) y del tipo de perfil facial (recto, cóncavo o convexo). La evaluación fonaudiológica incluyó la descripción clínica del tipo de deglución y la pesquisa de otras anomalías tales como, respiración bucal, persistencia de hábitos orales inmaduros (alimentación por mamadera, uso de chupete y succión digital) y alteraciones en la fonación, masticación y articulación.

RESULTADOS

Ochenta por ciento de los niños con deglución atípica presentaron alguna forma de maloclusión dentaria. Treinta y seis de los 40 niños presentaban además respiración bucal de variada etiología de los cuales el 83 % tenía alguna forma de maloclusión. En el cuadro N° 1 vemos la incidencia de maloclusión dentaria en los tres grupos separados según la etapa de la dentición, apreciándose un aumento de la presencia de maloclusión dentaria a medida que aumenta la edad de los pacientes y en etapas permanentes de la dentición, pero partiendo ya con un 71 % de maloclusión en niños pequeños y con dentición primaria. Solo un niño del Grupo I tenía significativo apiñamiento de los elementos dentarios centrales inferiores

mientras que este hallazgo estuvo presente en 9 de los pacientes del Grupo II y en 5 de los del Grupo III.

La tabla II muestra la distribución de los distintos tipos de maloclusión, de mordidas y de perfiles faciales en los tres grupos estudiados destacándose la mayor incidencia de la maloclusión Clase I y Clase II lo mismo que la presencia de mordida abierta anterior y cruzada unilateral como las anomalías ortodóncicas más frecuentes en estos niños que además tenían en su mayoría el llamado perfil facial convexo.

La tabla III muestra que una gran mayoría de los niños de esta serie tenían hábitos bucales inmaduros destacándose el problema del uso prolongado de chupete y mamadera.

Los hallazgos fonaudiológicos en esta serie, mostraron 85 % de incidencia de anomalías de articulación y 32,5 % de anomalías en la fonación. Estos aspectos serán motivos de otra publicación (4).

DISCUSION

Las anomalías de la oclusión dentaria clasificadas por Angle en 3 grandes grupos (Clase I o neutroclusión, Clase II o distoclusión y Clase III o mesioclusión) tienen en su génesis fundamentalmente factores estructurales óseos y musculares con fuertes evidencias de agregación familiar especialmente en las variables II y III, pero es sabido que algunos trastornos funcionales del macizo facial presentes desde temprana edad pueden estar involucrados en la etiología de la maloclusión (3, 5 y 6).

Es bien conocido, por las observaciones clínicas y experimentales (2, 7, 8) la relación entre la obstrucción de la vía aérea nasal y un crecimiento facial anormal y está bien descrita la incidencia de apiñamiento dentario y maloclusión en estos niños. En este trabajo obtuvimos incidentalmente nuevas evidencias de esta relación.

En cambio, no está reconocido que anomalías en la deglución puedan estar implicadas en la génesis de la maloclusión (9 y 10). Las observaciones aquí presentadas muestra que 80 % de niños con deglución atípica en edad escolar y preescolar manifiestan alguna forma de maloclusión, y que esta incidencia parece incrementarse en las etapas finales de la infancia, cuando el niño ya tiene en forma completa o parcial, su dentición permanente. Más aún esto parece estar asociado a la persistencia y a la duración de hábitos bucales u orales inmaduros. Específicamente en lo referente al tipo de maloclusión, vemos que predominan en estos niños las clases I y II de Angle donde es sabido que factores funcionales relacionados con la deglución y respiración pueden

contribuir etiológicamente al desarrollo de alteraciones maxilodentarias. Nótese en cambio que solo 1 niño presentó una maloclusión Clase III, que es el prototipo de la maloclusión hereditaria (3, 5 y 11).

La sugerencia de que la presencia de un trastorno deglutorio puede tener una implicancia en la génesis de una anomalía de la oclusión dental, tiene necesariamente que evaluarse en el marco de los aspectos epidemiológicos de la maloclusión en general y de la deglución atípica, pero no existe información sobre la frecuencia de la deglución atípica en la población general; sí hay información epidemiológica sobre la maloclusión dental, aunque esta resulta difícil de evaluar comparativamente debido a diferencias raciales y metodológicas de las distintas series publicadas (12, 16). En este sentido, nuestro trabajo ha sido realizado sobre niños seleccionados por presentar trastorno deglutorio significativo pesquizado fundamentalmente en población ambulatoria de servicios hospitalarios de pediatría, otorrinolaringología y alergia. En la tabla IV se resume la información sobre incidencia

de maloclusión en diversas poblaciones.

Debido a las razones anteriormente expuestas resulta apropiado comparar nuestra casuística con el estudio de Muñiz (15) el cual parece ser el único relevamiento epidemiológico de la maloclusión en niños argentinos.

En esa muestra de 1554 niños de edad escolar se encontraron signos de maloclusión Clase III en un 5 % de ellos y de Clase II en un 10 % de los mismos, no encontrando diferencias entre argentinos de origen amerindios con aquellos de origen caucásico. Debido a la enorme diferencia en tamaño de las muestras sería inapropiado especular sobre las diferencias encontradas en la incidencia de Clase III entre el estudio de Muñiz (5 %) y la presente serie (2,5 %). Es destacable en cambio, la diferencia en la frecuencia de Clase II, que representa el 10 % en el estudio poblacional de Muñiz mientras que estuvo presente en el 35 % de nuestros casos. Esta diferencia parece bien significativa ya que el grupo etario del estudio Muñiz (12 y 13 años de edad) es bastante similar al de nuestros pacientes con Clase II.

Tabla Nº 1
Características
clínicas de los
grupos e incidencia
de maloclusión
dentaria

Dentición	Grupo I primaria	Grupo II mixta	Grupo III permanente
Nº	14	20	6
mujer/varón	9/5	7/13	3/3
Edad, años, ± rango	4-6.1	5.6-11.7	11.11-13.0
Maloclusión presente %	71	80	100

Tabla Nº 2
Aspectos
Ortodóncicos

	G I	G II	G III
	n(%)		
Maloclusión Clase I	5(50)	9(56)	3(50)
Clase II	4(40)	7(44)	3(50)
Clase III	1(10)	0 (0)	0 (0)
Tipo de mordida			
Normal	8(57.1)	13(65)	4(66)
Abierto Anterior	4(28.5)	3(15)	0 (0)
Cruzado Unilateral	1 (7.1)	5(25)	0
Cruzado Bilateral	0	0	1(17)
Borde a Borde	1 (7.1)	0	1(17)
Perfiles faciales			
Normal	6(42.8)	11(55)	3(50)
Convexo	7 (50)	9(45)	3(50)
Cóncavo	1 (7.1)	0	0

Tabla Nº 3**Hábitos
bucales
inmaduros**

Hábitos	Nº de niños	%	Duración del hábito (años)	Maloclusión n (%)
Chupete	16	40%	1 ^{1/2} -5 x=3.2	13 81%
Mamadera	29	72%	1 ^{1/2} -5 x=3.2	29 100%
Succión digital	6	15%	0 - 10 x = 5	6 100%

Tabla Nº 4 Incidencia de maloclusión dentaria en diversas poblaciones

Autor - año	Origen y características	Oclusión normal	Clase I	Clase II	Clase III
Jaime Otero (1986)	Mestizos peruanos Adultos	81,54%	-	-	-
Antenucci (1987)	Examen de rutina italiano 6 - 10 años	33,31%	41,44%	19,19%	6,06%
Martinez (1986)	Dentición permanente española 16 - 18 años	25,74%	29,6%	31%	13,66%
Muñiz B. R. (1986)	Dentición permanente Argentina 12 - 13 años rural - urbana	-	-	10%	5%
Kerosuo H. Muestra H.P	Africana Deglutores atípicos Córdoba Argentina	- 20%	96% 42,5%	3% 35%	1% 2,5%

CONCLUSIONES

La prevalencia de maloclusiones halladas en nuestra pequeña muestra de deglutores atípicos es de 80 %, sin diferencias de sexos.

Se observó un progresivo aumento de las maloclusiones

dentarias con la edad (71 % en dentición primaria, 80 % en dentición mixta y 100 % en dentición permanente). Esto estaría probablemente en relación con la presencia de los hábitos orales inmaduros.

Las maloclusiones de Clase I afectan al 42,50 % de la muestra, las Clases II al 35 % y la III al 2,5 %.

La mayoría de los niños con deglución atípica presentaron también atipia en la colocación de la lengua en la articulación de las consonantes linguopalatales (77 %).

Debido a esta significativa asociación entre deglución atípica y maloclusión dentaria, creemos apropiado recomendar el diagnóstico y rehabilitación precoz de las mismas a fin de evitar problemas ortodóncicos de más difícil solución en edades más avanzadas.

Bibliografía

- 1 -Melsen B., Attina L., Santuari M., Attina A. "Relationships between Swallowing Pattern, Mode of Respiration and Development of Malocclusion". *The Angle Orthodontics*. April 1987. 57 (2) P 113-20.
- 2 -Shapiro P. "Effects of nasal obstruction on facial development" *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Vol. 81 May. 1988.
- 3 - Moyers R., *Handbook of Orthodontics*, 4ta. Edición. Year Book Medical Publishers, Chicago, 1988.
- 4 -Influencia de la persistencia de las praxias infantiles en la deglución y articulación sobre las estructuras maxilodentarias. Norma Lambertucci de Ferrero. En trámite de publicación.
- 5 -Grober TM., *Ortodoncia*. Interamericana 3° Edit, 1974. México.
- 6 -Chait Bernardo "Foniatría y maloclusión" *Fonoaudiológica*, Tomo XII, 1966.
- 7 -Linder - Aronson citado por Shapiro "Effects of nasal obstruction on facial development".
- 8 -Miller A.J., Vargervick K., Chierici G. "Sequential neuromuscular changes in rhesus monkey during the initial adaptation to oral respiration". *Am J Orthod* 1982 - 81 99-107.
- 9 -Rojo H. *Deglución atípica, relación con las maloclusiones dentarias*. Publicaciones Médicas Argentinas. Editorial Puma, Buenos Aires 1986.
- 10 -Adamosky Nora B. "Criterio dinámico práctico en la definición, evaluación y tratamiento de la deglución atípica en su relación con la maloclusión". *Fonoaudiológica* Tomo 36 N° 2/1990.
- 11 -Proffit W. *Contemporary Orthodontics*. 1986. Mosby Company 1986.
- 12 - Otero J. "Incidencia de maloclusiones en una muestra peruana de 894 mestizos peruanos".
- 13 -Antenucci F., Lupidi A., Aliventi F., Giannoni M. "Epidemiología della malocclusioni" *Prevenzione e assistenza dentale*. Nov.-Dic. Anno 3 6/87.
- 14 -Martinez A., Felechosa S., Cobo Plana J.M., Hernández Mejía R. "Prevalencia de las maloclusiones en la población infanto juvenil del área metropolitana de Oviedo". *Revista española de Estomatología*. Tomo XXXIV. N° 6 - 1986.
- 15 -Muñiz B.R. de "Epidemiology of Malocclusion in Argentine Children". *Community Dentistry and oral Epidemiology*. August 1985. Vol. 14 N° 4.
- 16 -Kerosuo H. Laine T. Ngassapa P. Honkala E. "Occlusion among a group of Tanzania urban school children" *Community Dent Epidemiology*. Oct. 1988.