

**DISGNACIAS**

**Serie Nº 4**

## **ESTUDIO DE OCLUSION EN UN GRUPO DE NIÑOS**

Dr. Luis Bolasco Sindin

Dra. María Elena Barañano de Ramos

Montevideo - Uruguay

### **I) INTRODUCCION**

El estudio de la oclusión tiene gran importancia para determinar las necesidades de la población a fin de planificar en Salud Pública. Este capítulo importante de la Odontología no ha sido estudiado prácticamente en nuestro país, de ahí el interés en realizarlo.

### **II) FINALIDAD**

Este trabajo ha tenido por finalidad estudiar el porcentaje de las oclusiones anormales relacionándolas con la edad y sexo y también dentro de cada grupo de hermanos, que previamente fueron clasificados.

### **III) ESTADO ACTUAL**

Distintos autores tales como Stallard<sup>7</sup>, Barber<sup>1</sup>, Goldstein<sup>2</sup>, Newman<sup>4</sup>, Clare<sup>6</sup>, Björk, Helm<sup>3</sup>, y otros, en diferentes países han estudiado este tema, encontrando que el porcentaje de oclusión anormal es realmente elevado.

### **IV) MATERIAL Y METODOS**

Se ha referido el estudio a los ni-

**ños usuarios del Seguro de Salud de los Funcionarios no docentes de la Universidad de la República.**

En el citado Instituto se realizaron exámenes bucales de los usuarios del Servicio Odontológico y a posteriori los respectivos estudios epidemiológicos.

Para este trabajo se consideraron los niños comprendidos entre 2 y 14 años, no se tuvieron en cuenta los niños comprendidos entre 0 y 2 años por ser poco significativo el Nº examinado.

El total de niños examinados fue de 707, comprendiendo 349 varones y 358 niñas. Para este estudio se tuvo en cuenta solamente la oclusión normal y anormal en relación al sexo, edad y grupos de hermanos, expresándose en valores absolutos y porcentajes.

### **V) RESULTADOS OBTENIDOS**

De 707 niños examinados se encontraron 458 con oclusión anormal, lo que expresado en porcentajes equivale a 64.7 % (ver cuadro

**FASCICULO SUBVENCIONADO POR:  
SIRADE S.R.L. y ABBOTT LABORATORIES URUGUAY LTDA.**

EDAD EN AÑOS	Nº TOTAL DE NIÑOS EXAMINADOS	Nº DE NIÑOS CON DISGNACIAS	PORCENTAJE
2 a 14 años inclusive	707	458	64,7

CUADRO 1

1, gráfico 1). De 707 niños examinados se encontraron 221 varones con oclusión anormal lo que expresado en porcentajes equivale a 31.2 % (ver cuadro 2, gráfico 2) y

se encontraron 237 niñas con oclusión anormal que expresado en porcentajes equivale a 33.5 % (ver cuadro 3, gráfico 2).

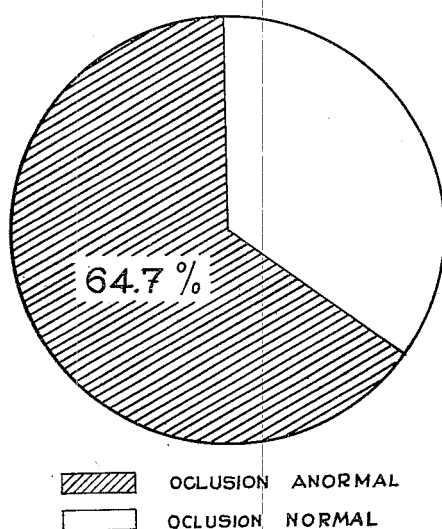


Gráfico 1

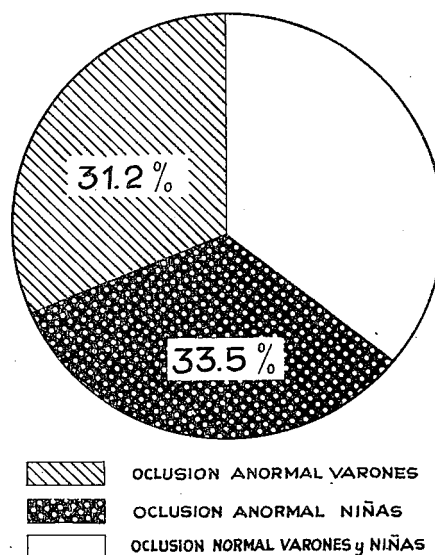


Gráfico 2

lo mismo relacionado a las niñas, del total de 707 niños examinados

EDAD EN AÑOS	Nº TOTAL DE NIÑOS EXAMINADOS	Nº DE VARONES CON OCLUSION ANORMAL	PORCENTAJE
inclusive 2 a 14 años	707	221	31,2

CUADRO 2

EDAD EN AÑOS	Nº TOTAL DE NIÑOS EXAMINADOS	Nº DE NIÑAS CON OCLUSION ANORMAL	PORCENTAJE
2 a 14 años inclusive	707	237	33,5

CUADRO 3

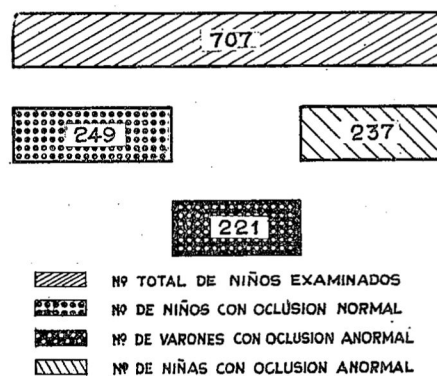


Gráfico 3

El gráfico 3 corresponde al estudio realizado en valores absolutos de oclusión normal y anormal sobre el total de niños examinados.

Del total de niños examinados se encontraron 172 grupos de hermanos, de los cuales 84 grupos presentaron oclusión anormal todos los hermanos; 25 grupos presentaron oclusión normal y 63 grupos mixtos, es decir que dentro de la misma familia existían niños con oclusión normal y anormal.

Del estudio de los grupos de hermanos se destaca la influencia de factores genéticos ya que los grupos de hermanos con oclusión anormal y normal superan a los de oclusión mixta.

En el cuadro Nº 8 están representados los tres conjuntos de grupos de hermanos estudiados.

#### RESUMEN DE GRUPOS DE HERMANOS. CUADRO Nº 8

		PORCENTAJE
OCLUSION NORMAL	25	14.5
OCLUSION ANORMAL	84	48.5
OCLUSION MIXTA	63	36.7
TOTAL	172 grupos.	

El porcentaje de grupos con oclusión anormal supera a los otros, así también el porcentaje de los primeros (63.3 %) casi duplica al de oclusión mixta, reiterando entonces que el factor hereditario tiene una importancia grande en la oclusión.

#### DISCUSION DEL TEMA:

El porcentaje de oclusión anormal en el estudio realizado es bastante elevado, llegando a un 64.7 %. El cuadro 4 y gráfico 4 presenta el estudio realizado por edades; se

EDAD EN AÑOS	Nº DE NIÑOS EXAMINADOS POR EDAD	Nº DE NIÑOS CON OCLUSIÓN ANORMAL POR EDAD	PORCENTAJE
2	49	31	63,3
3	64	34	53,1
4	55	23	41,8
5	59	39	66,1
6	59	27	45,8
7	78	55	70,5
8	52	38	73,1
9	68	55	80,9
10	66	47	71,2
11	44	35	79,5
12	40	28	70,0
13	30	23	76,7
14	43	23	53,5
<b>TOTAL</b>	<b>707</b>	<b>458</b>	

CUADRO 4

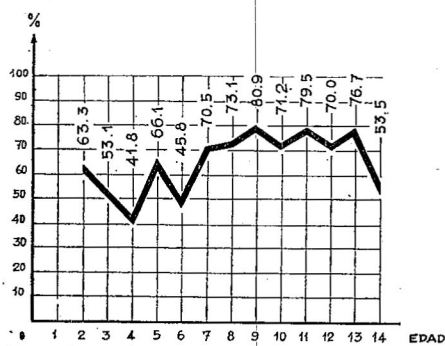


Gráfico 4

destacan los 9 años como la edad de mayor porcentaje de oclusión anormal (80,9 %) coincidiendo con los estudios realizados por Goldstein y Stanton<sup>2</sup> en 1936 y Popovich y Grainger<sup>3</sup> en 1959. Cuadro Nº 7.

Es importante destacar el alto porcentaje en las edades de dos, tres y cinco años, así como la disminución del porcentaje en los cuatro años, que no se encontró explicación; como se verá más adelante al estudiar los cuadros y gráficos 5 y 6.

EDAD EN AÑOS	Nº DE VARONES EXAMINADOS	Nº DE VARONES CON OCLUSION ANORMAL	PORCENTAJE
2	18	10	55,5
3	33	16	48,8
4	33	17	51,5
5	26	16	61,5
6	28	11	39,3
7	41	29	70,7
8	27	18	66,7
9	34	27	79,4
10	31	21	53,1
11	21	17	80,9
12	27	19	70,3
13	14	10	71,4
14	16	10	62,5
<b>TOTAL</b>	<b>349</b>	<b>221</b>	

CUADRO 5

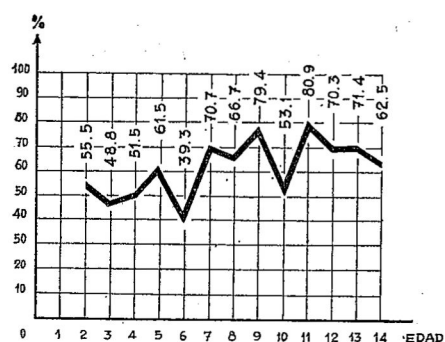


Gráfico 5

La disminución del porcentaje en los seis años puede tener una explicación por la gran ausencia de dientes en ese momento lo que impide las relaciones dentarias en zonas anteriores y muchas veces también la llave de oclusión de los primeros molares permanentes.

Los datos de los seis años coinciden con los estudios realizados

EDAD EN AÑOS	Nº DE NIÑAS EXAMINADAS	Nº DE NIÑAS CON OCLUSION ANORMAL	PORCENTAJE
2	31	21	67,7
3	31	18	58,1
4	22	6	27,3
5	33	23	69,6
6	31	16	51,6
7	37	26	70,3
8	25	20	80,0
9	34	28	82,0
10	35	26	74,2
11	23	18	78,3
12	13	9	69,2
13	16	13	81,3
14	27	13	48,1
<b><u>TOTAL</u></b>	<b><u>358</u></b>	<b><u>237</u></b>	

CUADRO 6

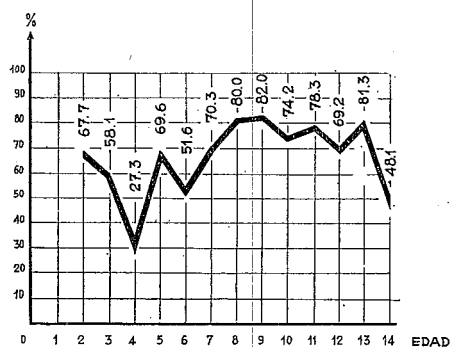


Gráfico 6

por Newmann<sup>4</sup> en 1956 quien encontró 41.8 % de oclusión anormal, aumentando en los niños de mayor edad. Cuadro Nº 7.

Popovich y Grainger<sup>5</sup> en 1959 encontraron: 66.1 % de maloclusión en niños de tres años; 42.9 % en niños de seis años, es decir también un descenso en dicho porcentaje, lo que coincidiría con nuestro estudio y luego también constata un aumento a los ocho años con un 78.2 % y a los diez años con un 87.9 %. Cuadro Nº 7.

### RESUMEN DE OCLUSION ANORMAL SEGUN DISTINTOS ESTUDIOS

	% 2 años	% 3 años	% 4 años	% 5 años	% 6 años	% 7 años	% 8 años	% 9 años	% 10 años	% 11 años	% 12 años	% 13 años	% 14 años
Stallard (1932) 6.772 niños	—	55,8	—	—	55,6	—	59,7	—	69,6	—	66,7	—	—
Goldstein y Stanton (1936) 822 niños	—	45,4	—	—	57,0	—	79,2	—	82,9	—	100	—	—
Sclare (1945) 680 niños	—	—	—	—	—	—	45,1	—	—	—	57,9	—	—
Newman (1956) 3.355 niños	—	—	—	—	41,8	—	54,5	—	54,3	—	50,7	—	—
Popovich y Grainger (1957) 1.180 niños	—	66,1	—	—	42,9	—	78,2	—	87,9	—	88,0	—	—
Bolasco y Barañano de Ramos (1971) 707 niños	63,3	53,1	41,8	66,1	45,8	70,5	73,1	80,9	71,2	79,5	70,0	76,7	53,5

Cuadro Nº 7

## CONCLUSIONES

1º) Porcentaje elevado de oclusión anormal, coincidente con estudios realizados en otros países.

2º) No hay diferencias apreciables de oclusión anormal con relación al sexo.

3º) Del estudio con relación a la edad, el mayor porcentaje se encuentra a los nueve años.

4º) Porcentaje elevado en niños menores de seis años.

5º) A los seis años disminución coincidente con estudios realizados en otros países.

6º) Del estudio de los grupos de hermanos surge la importancia del factor genético como causa de la oclusión anormal.

## BIBLIOGRAFIA

1) Barber, Thomas: citado por Barber en: "The Concept of Preventive Orthodon-

tics, Journal of Dentistry for Children. XXXIII 75-86, 1966.

2) Goldstein, M. S. y Staton F. L. "Various Types of occlusion and amounts of overbite in normal and abnormal occlusion between two and twelve years. "Int. J. Orth. and O. Surg. 22: 549-569, 1936.

3) Helm, Suenc. "Malocclusion in Danish children with adolescent dentition. An epidemiologic study Amer. J. orthodontics. 54: 352-366, 1968.

4) Newman G. V.: "Prevalence of malocclusion in children 6 to 14 years of age and treatment in Preventable cases. J. A. D. A. 52: 566-575, 1956.

5) Popovich F. and Grainger R. M. Citado por Barber. "One Community's Orthodontics Problem.". Orthodontics and Dentistry, Orthodontics in Mid-century. Transactions of a Workshop in Orthodontics, edited by Moyers, R. E. and Jay. P. St. Louis G. V. Mosby Co. 1959 p. 192.

6) Sclare, R.: Orthodontics and the School Children. A survey of 680 children "Brit. D. J. 79: 278-280, 1945.

7) Stallard, H. "The general prevalence of gross symptoms of malocclusion Dent. Cosmos 74: 29-37, 1932.

## DIRECCION DE LOS AUTORES:

Dr. Luis Bolasco Sindin.  
Ejido 1415 ap. 204.

Dra. María Elena Barañano de Ramos.  
Colonia 1181 ap. 505.

FASCICULO Nº 1

MAYO DE 1973

ODONTOLOGIA URUGUAYA

TEMATICA Y ENCUADERNABLE

ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION ODONTOLOGICA URUGUAYA



