

CLASIFICACION DE LA MALOCLUSION SEGUN ANGLE EN EL PERU (Análisis de 27 trabajos de investigación)

LEONCIO VLADIMIR MENÉNDEZ MÉNDEZ *

Resumen

El presente artículo, trata de una revisión de 27 trabajos de tesis Bachiller en Odontología (UNMSM, UPCH). Todos ellos basaron su estudio en la incidencia de maloclusiones de varios departamentos del país, (Lima, Junín, La Libertad, Puno, Huánuco, Cerro de Pasco, Cajamarca y Ancash).

Su contenido, permite tener una visión panorámica parcial de las maloclusiones en el Perú. Y su característica principal que coinciden en sus proporciones porcentuales en el siguiente orden: Oclusiones normales, Clase I, Clase II y Clase III.

Palabras clave: Maloclusión. Clasificación de Angle.

Summary

This present article is a revisión of 27 Bachiller Tesis in Odontology (UNMSM, UPCH). Everyone made the investigation in the incidence of malocclusion of the different departamentos of the country (La Libertad, Puno Huánuco, Cerro de Pasco, Cajamarca y Ancash). Its context permits partial panoramic views of the malocclusions in Perú. The principal characteristics coincide with a porcentaje in the following order: Normal oclussions, Class I, Class II y Class III.

Key Words: Malocclusion. Clasification of Angle.

ANTECEDENTES

La clasificación de las maloclusiones según Edward Angle (1) considera las maloclusiones sólo en sentido antero posterior, y es determinada por la posición de la cúspide mesio vestibular de la primera molar superior y su relación anteroposterior con el surco medio vestibular de la primera molar inferior. De esta manera si está relación molar es correcta, se denominará Clase I, con sus implicaciones de anormalidad correspondientes a: biprotrusiones, mordidas profundas, mordidas abiertas, caninos ectópicos, o una combinación de ellos. Clase II, o distoclusión, en dos divisiones y subdivisiones derecha o izquierda. Y, Clase III ó mesioclusión.

Con el advenimiento de la radiografía

cefalométrica por Boradbert (2) se introdujo un instrumento de mucha importancia para el estudio, análisis, evaluación, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las maloclusiones, pues, tomaban en cuentas las estructuras de huesos maxilares y estructuras craneales, que anteriormente no eran visualizadas tan nítidamente como lo es una radiografía. Las radiografías cefalométricas van a ampliar el conocimiento sobre las maloclusiones que tenemos, pero no opaca la labor que tuvo E. Angle en su clasificación. Y es que Angle tuvo la idea de clasificar con la finalidad de tener una propuesta de tratamiento de ortodoncia.

Las maloclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional o traumático y dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral. La maloclusión no es una variable discreta, sino, una suma mal

* Mg.E. Especialista en Ortodoncia.

definida de variación genética y de los efectos de factores intrínsecos y extrínsecos sobre el crecimiento de la cara y de los dientes y maxilares. Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y de los maxilares.

Como fundamento para el diagnóstico y plan de tratamiento ortodónticos, es necesario comprender algo de lo referido a la prevalencia de los problemas respecto de la desarmonía oclusal, la necesidad real de tratamiento de estos problemas, la demanda de este tratamiento por parte de los pacientes y la efectividad de los variados procedimientos de tratamiento.

PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGUN CLASIFICACION DE ANGLE

En el país se han desarrollado una serie de encuestas de carácter epidemiológico, siguiendo

siempre una característica muy peculiar, como es, determinar las maloclusiones basándose en la Clasificación de Edward Angle.

En el cuadro 1 se aprecia la clasificación de las maloclusiones según autores, año que se realizó la investigación, el lugar de recolección de datos y la clasificación de las maloclusiones desde la Clase I, Clase II, Clase III y la mormoclusión. Como se destaca la gran cantidad de ellas se han realizado en distritos de Lima Metropolitana San Martín de Porras, Surquillo, Barranco, Surquillo, El Cercado; departamento de Junín; Satipo (2), Jauja, Huancayo; La Libertad: Trujillo; Ancash: Huaraz, Huánuco, Cajamarca, Cerro de Pasco y Puno.

Las fechas, se tomaron las publicaciones que se hicieron desde 1958 (Luna) hasta 1990 (Sato). Los porcentajes son variables muy amplias, que pueden interpretarse, que cada quién ha tomado diferentes formas de evaluación, es decir sin calibración certificada, y sin uniformidad de

Autores	Tipo de maloclusión					
	Año	Distrito Ideal	Clase I	Clase II	Clase III	Normal
Luna	1958	Lima	3.00%	79.78%	11.00%	6.40%
Urrunaga	1961	Lima	24.80%			
De La Piedra	1973	Barranco	4.00%	86.30%	9.60%	3.90%
Arce	1973	Surquillo	3.00%	73.04%	22.44%	0.88%
Migone	1973	Lima	3.38%	70.33%	26.27%	
Maish	1974	Lima	86.32%	10.32%	3.33%	
Quiliano	1974	Huancayo	14.30%	71.90%	3.70%	10.00%
Morales	1974	Barranco	16.44%	78.44%	3.55%	1.55%
Rondón	1974	Lince	1.63%	81.43%	12.05%	3.91%
Ufée	1974	Trujillo	18.02%	64.30%	12.70%	4.90%
Ascencios	1975	Ancash	33.66%	40.70%	12.00%	13.70%
Rubio	1975	Trujillo	1.66%	90.33%	6.33%	1.66%
Maguiña	1975	SMP	1.68%	66.29%	23.59%	2.44%
Gálvez	1975	Puno	4.40%	64.40%	15.20%	16.00%
Cieza	1975	Cajamarca	7.10%	78.70%	10.30%	3.90%
Bazán	1975	Cerro Pasco	1.29%	93.22%	3.22%	2.25%
Lahoud	1981	Lima	14.30%	82.20%	2.00%	1.60%
Adriazola	1984	Lima	19.60%	66.40%	12.10%	1.40%
Moroni	1984	Trujillo	15.20%	44.07%	14.12%	23.00%
Cardenas	1984	Huánuco	10.30%	65.00%	16.20%	8.30%
García	1985	Lima	19.60%	59.30%	17.70%	1.40%
Munguia	1986	Lima	14.50%	71.00%	12.30%	2.20%
Villaqui	1987	Huaraz	30.40%	46.10%	12.20%	12.20%
Cabrera	1988	Jauja	59.00%	22.70%	6.60%	11.80%
Chu	1988	Satipo	50.00%	44.00%	1.70%	3.50%
Kohatsu	1988	Satipo	24.00%	60.00%	9.50%	5.60%
Sato	1990	Lima	19.67%*	35.00%	31.00%	13.00%

Cuadro 1. PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES SEGUN LA CLASIFICACION DE ANGLE REALIZADOS

criterios que por consiguiente han llegado a diferentes resultados.

	Promedio(%)	RANGO(%)	
		mínimo	máximo
Oclusión Normal	16.59	1.63	59.00
Clase I	62.95	22.70	90.33
Clase II	12.67	1.70	31.00
Clase III	6.63	0.88	23.00

Cuadro 2. RESUMEN DE LOS 27 SEGUN LA CLASIFICACION DE ANGLE.

En este cuadro 2. se puede observar el promedio hasta la actualidad; el 16.59% corresponde a oclusión normal, le sigue en secuencia la maloclusión Clase I con 62.95%; la maloclusión Clase II con 12.67%; y la maloclusión Clase III con 6.63%.

Los rangos mínimos y máximos, nos dan una apreciación, de cuanto es la variabilidad en los datos obtenidos. Por ejemplo en relación a la oclusión normal, existe una diferencia apreciable entre el rango máximo y mínimo de 1.63% a 59%; esta desproporción, puede deberse a múltiples factores; y lo que se puede inferir por la lectura de los mismos, que, la calibración no ha sido realizada antes de realizar el trabajo, la falta de criterios para el uso de cada término en el levantamiento de datos..

Se observan a 27 autores que analizan y describen las maloclusiones en diversos trabajos: en Lima (13), le siguen Junín (4), Trujillo (3) Ancash (2), y luego con un trabajo en Huánuco, Puno, Cerro de Pasco, Cajamarca..

DISCUSION

Se puede decir en primer lugar, que la clasificación de Angle, es un método apropiado para proponer algún tipo de tratamiento, pero no es un sistema de registros de maloclusión, que sólo describen las relaciones sagitales o anteroposteriores, de las relaciones de las primeras molares permanentes, y se excluye una serie de aspectos tan importantes como las relaciones verticales y transversales, medidas de discrepancia de arcos línea media, grandes anomalías, etc.

La clasificación de las maloclusiones tampoco

es un índice de maloclusiones, y pone poco evidencia de las características de las maloclusiones hoy en día. Existen para ello una serie de índices de tipo cualitativo y cuantitativo que permiten realizar el registro de las anomalías dentofaciales más precisas y dan evidencia para determinar el orden de prioridad de tratamiento.

Sin embargo, los resultados obtenidos, no dan una guía de poder establecer en forma parcializada como está la distribución de las maloclusiones en nuestro país, y esto es importante para poder decir que siendo un porcentaje menor de oclusiones normales, las maloclusiones que mayormente existen en la población estudiada corresponden a las maloclusiones de Clase I, donde están agrupadas las alteraciones estrictamente dentarias y no las alteraciones óseas. Las alteraciones dentarias pueden así mismo agruparse en mordidas abiertas, mordidas profundas, apiñamientos leves, medianos y severos . De igual manera se incluyen en este grupo la ubicación de caninos fuera de sitio o ectópicos.

Entonces, los porcentajes que refleja el cuadro 2 expresan las maloclusiones de los departamentos de nuestro país, que a la sazón están establecidos en las tres categorías, oclusión normal se acerca a una población de 16.59% y un 62.95% a los de maloclusión Clase I; 12.67% de maloclusión Clase II; y, Clase III 6.33% y un

Este mayor porcentaje de maloclusiones de Clase I, corresponde realizar el tratamiento a los especialistas, en mayor responsabilidad y al odontólogo general, así como al odontopediatra., quienes deberán estar mejor preparados para dar la solución a este problema de salud dental.

Se desprende también que, es relevante la necesidad de establecer un registro mas confiable, preciso, repetible, válido en el tiempo y de urgencia, para poder realizar comparaciones durante el levantamiento de datos de las maloclusiones en una región, departamento, localidad o el país, con el propósito de establecer las necesidades de tratamiento según orden de prioridad, y dar la información adecuada, y precisamente hoy en día que ya por orden gubernamental se establecen las EPS empresas privadas de servicios de salud, que necesitaran información adecuada y precisa y al orden del avance científico y de la que se llama tecnología de punta.

Lo que significa, que se necesita otra forma de registrar las maloclusiones y es el propósito de confeccionarlo y presentarlo a la profesión odontológica para su aceptación y aplicación correspondiente.

CONCLUSION

La Clasificación de la maloclusión realizadas en nuestra realidad, es importante para poder establecer el porcentaje de maloclusiones en cada

una de las clases.

Es necesario aplicar algún tipo de índices de maloclusión que además de determinar la prevalencia, incluya la necesidad de tratamiento de ortodoncia indicando su orden de prioridad.

BIBLIOGRAFIA

- Angle E.H.:** Clasificación of the teeth. Dental Cosmos 1899 - 41: 248-264, 350 - 357.
- Ascencios, R.** Prevalencia de Maloclusiones en un grupo de alumnos de Primaria en el distrito de Rahuapampa Ancash Tesis bachiller UNMSM 1975.
- Adriazola, M.** Prevalencia de Maloclusiones en escolares de 12 a 14 años de edad en la ciudad de Lima Perd. Tesis para optar el título de Bachiller en Estomatología. UPCH 1984
- Cabrera, N.** Prevalencia de Maloclusiones en individuos de 12 a 18 años de edad en las comunidades campesinas de Apata, Ataura, Masma, Masmachicche y San Lorenzo, Provincia de Jauja, Dpto. de Junín. Tesis para optar el título de Bachiller en Estomatología. UPCH 1988.
- Chu, C.,** Prevalencia de maloclusiones en individuos de 12 a 18 años en la comunidad Nativa de San Antonio se Sonomoro, Provincia de Satipo Tesis para optar el Título de Bachiller en Estomatología. UPCH, 1988.
- De la piedra incidencia de maloclusiones en un grupo de alumnos en edad escolar secundaria Barranco.** Tesis para optar el título de Bachiller en Odontología. UNMSM 1973
- Galvez C.** Incidencia de maloclusiones en el distrito de Moho Puno en una población escolar Tesis para optar el título de Bachiller UNMSM. 1975.
- García, J.** Estudio Socio-epidemiológico del Proceso Salud-Enfermedad Bucal en el grupo Etnolingüístico Campa de Puerto Bermudez. Tesis para optar el título de Bachiller en Estomatología. UPCH 1975.
- Kohatsu, D.** Prevalencia de Maloclusiones en Individuos de 12 a 18 años de edad Pertenecientes a la población de Satipo Junín. Tesis para optar el título de Bachiller en Estomatología. UPCH, 1988.
- Lahoud V. et al.** Prevalencia de Placa Bacteriana Caries Dental y Maloclusión, en 300 escolares entre las edades de 6 a 14 años Selcc Odont. Nov. 56-61, 1981.
- Luna.** Tesis de Bachiller UNMSM en odontología 1958. Tesis Bachiller UNMSM, Urrunaga Incidencia de maloclusiones en escolares 1961
- Maguiña:** Incidencia de maloclusiones en una población escolar de San Martín de Porras. Tesis para optar el Título de Bachiller en Odontología UNMSM. Lima 1975.
- Moroni.** Prevalencia de maloclusiones en una población escolar en Laredo Trujillo. Tesis para optar el título de Bachiller en Odontología. UNMSM. 1984
- Mungia. F.** Estudio Epidemiológico de Salud Oral en niños de 6 a 12 años de edad en cuatro distritos de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título de Bachiller en Estomatología UPCH 1987.
- Rondón J.** Incidencia de Maloclusión en un Colegio Primario de Lince. Tesis para optar el Título de Bachiller. UNMSM 1974.
- Rubio.** Incidencia de maloclusiones en Casa Grande Trujillo. Tesis para optar el Título de Bachiller en Odontología. UNMSM, 1975.
- Sato.** Prevalencia de maloclusiones en sujetos de 12 a 14 años de edad, pertenecientes a la población Sansei del CEGECOOP La Unión residentes en la ciudad de Lima. Tesis para optar el Título de Bachiller en Estomatología. UPCH, 1988.
- Villagui, L.F.** Estudio comparativo de Perfil de Salud Oral, en escolares de una zona Urbana y Rural de la Provincia de Ancash: II Prevalencia de Maloclusiones en escolares de 12 a 15 años de edad en una población urbana y rural de la Provincia de Huaraz, Ancash. Tesis para optar el título de bachiller en Estomatología.