

**Examen de la oclusión en adolescentes del consultorio 39, área de salud oeste**

**Occlusion examine in adolescents at the doctor's office 39 of the western health area**

**Dra. Yusimí Travieso Gutiérrez; Dra. Silvia María Díaz Gómez; Dra. Nelia Espeso Nápoles; Dra. Neisy Fernández Carmenates; Dr. Carlos Posada Beceiro**

Clínica Estomatología Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Camagüey. Cuba.

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo en la Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró de la ciudad de Camagüey, desde noviembre de 2002 a junio de 2005 con el objetivo de describir la oclusión dentaria en pacientes de 12 a 18 años de edad, pertenecientes al consultorio 39. La muestra estuvo constituida por los 38 primeros pacientes que reunieron los criterios de inclusión. Se concibió la investigación en tres etapas, fase organizativa, inspección clínica, e invitación comunitaria. Predominó la neutroclusión de molares, la función canina totalitaria ocupó la primera posición y más de la mitad de los pacientes presentó una oclusión funcional óptima individual, se recomienda retomar los exámenes funcionales de la oclusión en la actividad clínica.

**DeCS:** consultorios médicos; áreas de influencia (salud); oclusión dental

## ABSTRACT

A descriptive study at Ismael Clark y Mascaró Provincial Teaching Odontology Clinic, of Camagüey city, was carried out, from November 2002 to June 2005 with the objective to describe the dental occlusion in patients from 12 to 18 years-old, belonging to the doctor's office 39. The sample was constituted by the 38 first patients that gathered the inclusion criteria. The investigation was conceived in three phases, organizing phase, clinical inspection, and community invitation. It was obtained that the neutroclusion of molars predominated point out, the total canine function occupied the first position and more than the half of+ patients presented an individual optimum functional occlusion, it is recommended to take up again the functional exams of the occlusion in the clinical activity.

**DeCS:** physicians's offices; catchmen area (health); dental occlusion

## INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población tiene entre sus objetivos el de incrementar y perfeccionar las actividades de prevención dirigidas a todos los grupos de la población, fundamentalmente a diferentes grupos priorizados como la adolescencia que constituye una etapa de cambios en el individuo, donde alcanza un desarrollo similar al adulto en lo que respecta a la imagen corporal y a las capacidades intelectuales, <sup>1, 2</sup> es un período en que se completa la dentición permanente y por lo tanto resulta de vital importancia evitar la aparición de alteraciones que conlleven a graves trastornos en posteriores fases de la vida.

La oclusión se aplica de manera muy diferente y en su definición más simple es el acto de cerrar o ser cerrado, pero desde el punto de vista estomatológico más completo incluye tanto el cierre de las arcadas dentarias como los diversos movimientos funcionales con los dientes superiores e inferiores en contacto y sus relaciones con el resto del aparato masticatorio. <sup>3, 4</sup>

Los actos terapéuticos en Odontología pueden tener graves consecuencias para la oclusión pues tienden de forma desmesurada a suprimir los contactos oclusales existentes y crear nuevos, generar interferencias con el tallado incorrecto de las amalgamas en las restauraciones oclusales, fallos en el contacto interproximal en pacientes con tratamiento de ortodoncia y rehabilitaciones protésicas, pérdida de

dientes, padecimientos parodontales, empaquetamiento de alimentos, migraciones y rotaciones dentarias o síndromes dolorosos en el peor de los casos, al violarse procedimientos inherentes al estomatólogo especializado o no en alguna arista de esta ciencia.<sup>5-7</sup>

Es imprescindible respetar requisitos biológicos y mecánicos válidos a cada ser humano y evidenciar la importancia de los conocimientos del mundo de la oclusión y sus implicaciones para lo que se hace imprescindible practicar no un escueto examen aislado de un diente o de un conjunto de ellos ante signos de enfermedad, por el contrario es el momento de estudiar una entidad fisiológica definida, sistema estomatognático, pues al claudicar uno de sus componentes se origina la ruptura del equilibrio biológico-social que requiere cada ser humano para cultivar la vida.<sup>8, 9</sup>

En aras de tan singular estrategia encaminamos nuestros pasos a favor de la Estomatología General Integral como anfitriona de los exámenes funcionales activos de la oclusión, más cuando no existen estudios de la problemática que antecede a no ser en otras especialidades como ha sido la tradición en el mundo desde otras épocas, elementos que validen el afán de proseguir en futuras etapas esta problemática con hincapiés terapéutico.

El objetivo de nuestra investigación es describir la oclusión dentaria en pacientes de 12 a 18 años de edad, pertenecientes al consultorio 39 del área oeste del municipio de Camagüey.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo en la Clínica Estomatológica Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró de la ciudad de Camagüey, desde noviembre de 2002 a junio de 2005.

El universo estuvo constituido por los 60 pacientes de 12 a 18 años de edad pertenecientes al consultorio 39 del policlínico comunitario Tula Aguilera del área de salud oeste que fueron alta del servicio básico, se seleccionó como muestra los 38 primeros pacientes que reunieron los criterios de inclusión.

Se diseñó la investigación en tres fases: organizativa, de inspección clínica y de resumen diagnóstico.

### **I - Fase organizativa**

Se establecieron vínculos de trabajo investigativo dentro de la institución estomatológica y con el jefe de servicio para establecer parámetros que viabilizaran el curso del proyecto.

## II- Fase de inspección clínica

### 1ra visita:

Se realizó el examen morfológico intrabucal para completar los datos de la ficha del examen de oclusión, luego se le brindó al paciente una explicación detallada sobre los movimientos mandibulares, frente a un espejo facial, se entrenó al paciente y se entregaron orientaciones por escrito para su práctica en el hogar.

### 2da visita

Se comprobó la factibilidad de la ejecución de los movimientos mandibulares a los siete días de la primera visita, mediante técnica de relajación <sup>10</sup>. Se realizó el examen funcional de la oclusión y los datos fueron recogidos en la ficha individual.

## III- Fase de resumen diagnóstico

Una vez consolidada la información obtenida por el análisis de las fichas individuales se discutió el seguimiento clínico terapéutico de cada paciente en la consulta de oclusión.

Los datos se procesaron en una computadora Pentium y se empleó el paquete estadístico Microsoft Excel. Se realizó la estadística descriptiva mediante distribución de frecuencia en valores absolutos y por cientos.

## RESULTADOS

Según clasificación de Angle aparece la oclusión de caninos y molares, existe una supremacía de la neutroclusión tanto en los molares derecho (57, 9 %) e izquierdo (65, 8 %). En los caninos primó la distoclusión sobre el resto de las relaciones anteroposteriores con 19 (50 %) pacientes en el lado derecho y 17 (44-8 %) en el izquierdo. Tabla 1.

**Tabla 1.** Pacientes según oclusión anteroposterior de caninos y molares

Oclusión	Caninos				Molares			
	Derecho		Izquierdo		Derecho		Izquierdo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Neutroclusión	12	31,6	14	36,8	22	57,9	25	65,8
Distoclusión	19	50	17	44,8	9	23,7	6	18,8
Mesiocclusión	7	18,4	7	18,4	7	18,4	7	18,4
Total	38	100	38	100	38	100	38	100

Fuente: Ficha del examen de la oclusión

Al analizar la guía anterior íntegra se observó que estuvo presente en 28 pacientes (73, 7 %) de los pacientes. Tabla 2.

**Tabla 2.** Pacientes según guía anterior íntegra

Guía anterior íntegra	Pacientes	
	No.	%
Presente	28	73,7
Ausente	10	26,3
Total	38	100

Fuente: Ficha del examen de la oclusión

Durante el transcurso del examen clínico de los movimientos de lateralidad efectuado a los pacientes, se apreció la función canina totalitaria con un 44,7 %, seguidos por la pauta masticatoria combinada (31,6 %) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de pacientes según pauta masticatoria

Pauta masticatoria	Pacientes	
	No.	%
Función canina totalitaria	17	44,7
Función en grupo totalitaria	9	23,7
Pauta masticatoria combinada	12	31,6
Total	38	100

Fuente: Ficha del examen de la oclusión

Con respecto a las interferencias oclusales en los movimientos de lateralidad, la mayoría de las mismas son apreciables en el lado de balanceo aún cuando varíe el movimiento mandibular, en lateralidad derecha e izquierda (13,2 %). En lateralidad izquierda el lado de trabajo se presentó en un 7,9 % y la derecha 5,2 %, además no hubo ninguna interferencia en el 10,5 % de los pacientes. Tabla 4.

**Tabla 4.** Pacientes con interferencias oclusales en el movimiento de lateralidad derecha e izquierda

Interferencias	Lateralidad derecha		Lateralidad izquierda	
	No.	%	No.	%
	Lado de trabajo	2	5,2	3
Lado de balanceo	5	13,2	5	13,2
Ambos lados	3	7,9	2	5,2
Ninguna	4	10,5	4	10,5
Total	14	36,8	14	36,8

Fuente: Ficha del examen de la oclusión

Los pacientes con oclusión funcional óptima individual predominaron en un 71.1%.  
Tabla 5.

**Tabla 5.** Pacientes según oclusión funcional óptima individual

Oclusión funcional óptima individual	Pacientes	
	No.	%
Si	27	71,1
No	11	28,9
Total	38	100

Fuente: Ficha del examen de la oclusión

## DISCUSIÓN

La relación de molares sigue siendo un elemento discutible más que nada por el surgimiento de detractores de la clasificación de Angle que aboga por la inclusión de diversos componentes más allá de la simple relación de contacto molar. Siguiendo a Angle como clásico aplicable al manejo clínico rápido y confiable, se detectó en el estudio la supremacía de la neutroclusión en los molares derecho e izquierdo. Según Okenson <sup>11</sup> es esta la clase típica en la relación molar y estudios de Marrero Méndez <sup>12</sup> la definen como la ideal desde el punto de vista morfológico y funcional.

La distoclusión de caninos primó sobre el resto de las relaciones anteroposteriores, esto coincide con los resultados que se evidencian en la literatura consultada. <sup>13, 14</sup> A pesar de ser la más frecuente, varios estudios abogan porque el predominio de la neutroclusión canina no es el eslabón predominante al analizar una función canina adecuada ya que es difícil hallarla de forma bilateral y se necesita conjugarla con otros factores como la máxima intercuspidad, resalte y sobrepase. <sup>6, 11</sup>

La lógica indica que para existir una excelente evaluación de un grupo o conjunto de estructuras dentarias que lleven consigo cierta responsabilidad dentro de un sistema, ante todo no debe existir mutilación. <sup>6</sup> Razón que nos hace reflexionar al analizar la guía anterior íntegra pues como requisito esencial se mantuvo con predominio a esta catalogación ya que esta población joven a pesar del riesgo asumido a los traumas por asuntos deportivos o conflictos propios de la edad por fortuna primó en ellos la integridad dentaria en el sector anterior. Esta población se comporta con un resalte y sobrepase favorable, elementos, también válidos para que sea esta guía considerada íntegra. <sup>15, 16</sup>

Durante el transcurso del examen clínico de los movimientos de lateralidad se apreció la función canina totalitaria como la de mayor frecuencia, seguidos por la pauta masticatoria combinada. Según Abjean<sup>6</sup> se considera la función canina como una función lateral ideal ya que asegura la desoclusión inmediata y total de todos los demás dientes; no obstante, la función en grupo garantiza una buena protección periodontal y las fuerzas oclusales se encuentran distribuidas armoniosamente en todos los dientes.<sup>17, 18</sup>

Las interferencias oclusales en los movimientos de lateralidad apreciables en el lado de balanceo agrietan de forma cruenta el equilibrio del sistema estomatognático, para los cuales no siempre se está preparado, entendiéndose psicológica y físicamente.<sup>19, 20</sup> Estas interferencias en el lado de no trabajo causan trauma a nivel dentario y periodontal, que combinadas con tensión psíquica constituyen el punto de partida del bruxismo excéntrico, afirma Abjean,<sup>6</sup> quien defiende el criterio de que en estos casos el paciente trata de evitar el obstáculo y la hipercontracción muscular originará disfunción muscular y articular. Es controversial el hecho de que en pacientes con severas maloclusiones no se encuentran disturbios en la ATM, en cambio otros pacientes con condiciones oclusales óptimas tienen cambios significativos en dicha articulación. Estas observaciones ponen en duda la responsabilidad del factor oclusal en relación con los disturbios de la ATM y la respuesta pudiera relacionarse con la tolerancia fisiológica que varía de paciente a paciente.<sup>14, 21</sup>

En la actualidad se considera la aceptación estética y el desenvolvimiento social del hombre como factores que influyen en el logro de la funcionabilidad óptima y por lógica se reconoce como individual ya que no emigra ni se exporta de un paciente a otro.<sup>11</sup> Por lo tanto las interferencias oclusales pueden o no dar lugar a trastornos neuromusculares o de otro tipo dentro del aparato masticatorio, ya que la existencia de tales problemas pueden depender de cómo una persona se adapta o reacciona a sus interferencias oclusales.<sup>22</sup>

## **CONCLUSIONES**

Primó la neutroclusión de molares y la distoclusión de caninos.

La mayoría de los pacientes poseen la guía anterior íntegra presente.

La función canina totalitaria ocupó la primera posición.

Durante los movimientos de lateralidad derecha e izquierda se detectaron el mayor número de interferencias en el lado de balanceo.

Más de la mitad de los pacientes presentó una oclusión funcional óptima individual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa nacional estomatológica integral a la población. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2002.
2. Mulet Robello C, Valdespino Breto F. Fernández Pacheco R. La salud reproductiva en el adolescente. Algunas consideraciones importantes. La Habana: Centro Nacional de Educación para la Salud, 1998. p.8.
3. Davies SJ, Gray RM. The examination and recording of the occlusion: why and how. Br Dent J 2001;191(6):291-302.
4. Otaño Lugo R, Fernández Torres CM, Castillo R, Gran León J, Marín Marzo GM, Masson Barceló RM. Guías prácticas clínicas de oclusión. En: Sosa Rosales M de la C. Guías prácticas de estomatología, La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.p. 264-70.
5. Rooth RH, Gordon WW. Oclusión funcional para el ortodoncista parte III [en internet]. 2001[citado 24 may 2004]: [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://www.sanmartin.edu.co/academicos/odontologia/orthoweb/ortiroth\\_6.html](http://www.sanmartin.edu.co/academicos/odontologia/orthoweb/ortiroth_6.html)
6. Abjean J, Korbendau JM. Oclusión. Aspectos clínicos, indicaciones terapéuticas. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1984 .p.11-37, 58-9.
7. Carranza Fa. Periodontología clínica de Glickman. 6ª ed. México: Editorial Interamericana; 1986 .p. 67-84, 451
8. Barrancos Money J. Operatoria dental 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. p.1-7, 316, 334, 1907-8.
9. Svedström-Oristo AI, Pietila I, Alanen P, Varrela J. Morphological, functional and aesthetic criteria of acceptable mature occlusion. Eur J Orthod 2001;23(4):373-81.
10. La relajación progresiva [en internet]. 2005 [citado 15 dic 2006]: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>
11. Okenson JP. Treatment of functional disturbance of the masticatory system. Occlusal appliance therapy. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 5ª ed. St Louis, MD: Mosby Books; 2003.p.507-36.
12. Marrero Méndez M. Estudio de oclusión en pacientes con pérdida de un premolar auxiliado del articulador dentatus antes del tratamiento protésico [trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Prótesis Estomatológica]. 2006. Clínica Docente Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas Dr. José Assef Yara: Ciego de Ávila.
13. Manns A, Muñoz F. El ABC de la oclusión en prótesis implantosoportadas. Rev Esp Odontotest Impl 2002;10(3): 35-43.

14. Burgos Ibarra G. Características morfofuncionales de la oclusión en pacientes que abandonaron el tratamiento ortodóntico [trabajo para optar por el título de especialista de Primer Grado en Ortodoncia]. 2004. Clínica Estomatológica Docente La Vigía: Camagüey.
15. Gutiérrez Hernández ME, González González G, Gran León J. Importancia de la oclusión dentaria en la rehabilitación por prótesis parcial fija. Rev Cubana Estomatol 2001;38(3):1. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revista/est/vol\\_38\\_3\\_01/est02301.htm](http://bvs.sld.cu/revista/est/vol_38_3_01/est02301.htm)
16. Romero Félix M. El punto de partida: Oclusión en la odontología restauradora. Rev Asoc Odontol Restaur Biomat 2003;1(2):2. Disponible en: <http://ecuaodontologos.com/revistaaorybg/vol1num2/elpuntodepartida.html>
17. Ramfjord SP, Ash MM. Oclusión. 2ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1972 .p. 60-89, 95-6.
18. Von Durán J. Las doce llaves de la oclusión. Rev Ortod clínica 2002;5(4):2. Disponible en: [http://www.nexusediciones.com/pdf/oc2002\\_4/oc-5-4-003.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/oc2002_4/oc-5-4-003.pdf)
19. Andlaw RJ, Rock WP. Pérdida prematura de los dientes. En su: Manual de Odontopediatría. 4ª ed. McGraw-Hill Interamericana; 2005.p.173-81.
20. Medrano JE, Socorro Cedillo L, Pruneda Murrieta JF. Prevalencia de factores de riesgo para el desarrollo de la oclusión. Rev ADM 2002;59(5):6.
21. Castillo Hernández R, Reyes Cepeda A, Gonzáles Hernández M, Machado Martínez M. Hábitos parafuncionales y ansiedad versus disfunción temporomandibular. Rev Cubana Ortod 2001;16(1):2. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16\\_1\\_01/ord03101.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord03101.htm)
22. Lescano Ferrer A, Varela Villalba T, Sabulsky J. Estudio descriptivo de la oclusión temporaria en niños de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Ortodoncia 2002;66(131):8-15.

Recibido: 21 julio de 2006

Aceptado: 16 de julio de 2007

*Dra. Yusimí Travieso Gutiérrez.* Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Clínica Estomatología Provincial Docente Ismael Clark y Mascaró. Cuba.