



Policlínico Comunitario Universitario Cecilio Ruiz de Zarate

**HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y
MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE 6-11 AÑOS.
CONSULTORIO 10. CARTAGENA. 2019-2021**

**Tesis presentada en opción al título de Especialista de
Primer Grado en Estomatología General Integral.**

AUTORA: Dra. Lusimy Pérez Tirado.

Residente de segundo año en Estomatología General Integral

TUTORA: Yanisleidy Fagina Miguel.

Especialista en Primer Grado en Estomatología General Integral.

Profesora Instructora.

Cienfuegos, 2021

AGRADECIMIENTO

Quizás este sea el espacio más difícil de escribir en cualquier obra , pues son muchas las personas que colaboraron para que se haga realidad la misma .

Mi especial agradecimiento.

A mi tutora que sin ella no habría tenido el camino de la verdad a mi investigación.

Agradezco a mi madre por comprender y cooperar en todo momento , que esta es mi razón de hacerme mejor profesional.

Agradezco a mi padre que toda su vida ha querido lo mejor para mí, con su ayuda y su ejemplo he sabido elegir el camino para ser alguien más en el mundo de la salud.

Quiero incluir a mi hermana por su disposición ante cualquier necesidad.

Una vez más agradezco a mi esposo por su comprensión y ayuda incondicional.

En especial a mi hija , que es mi motor impulsor .

Les quiero agradecer a todos aquellos niños, que de forma espontánea y obediente participaron en esta investigación.

No quiero excluir a todos aquellos que me brindaron horas infinitas de dedicación, su ayuda y su apoyo en la realización de esta Tesis.

A todos ellos hoy les estoy totalmente agradecida.

RESUMEN

Entre todas las causas que provocan maloclusiones, los hábitos bucales deformantes ocupan un lugar cimero en los que más reclaman atención y tratamiento, por constituir de alta preocupación por parte de los padres y por la carga psicológica y social que contienen. **Objetivo:** Caracterizar el comportamiento de los hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños de 6-11 años del consultorio 10 de la comunidad 5 de septiembre de Cartagena durante el periodo 2019-2021. **Fundamento metodológico:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, durante el periodo comprendido de septiembre de 2019 a junio del 2020. El universo estuvo constituido por 72 niños de 6-11 años los cuales fueron seleccionados según los criterios de selección requeridos para el estudio. **Resultados:** predominó en sexo masculino (54,2%) y el grupo de edad más frecuente fue el de 6-7 años (41,7). El 70,9% de los niños no presentaron oclusión normal. El 36,1% de los pacientes presentaron deglución atípica, siendo más frecuente en el grupo de edad de 10-11 años (37,5%). Se apreció un elevado porcentaje de niños portadores de maloclusión (79,2%). La anomalía más prevalente fue el Síndrome clase I (45,8%). Entre las características estuvieron la incompetencia bilabial (45,6%) y el resalte anterior aumentado (40,4%). **Conclusiones:** Es necesario intervenir precozmente sobre estos factores etiológicos de la maloclusión para evitar su progresión o agravamiento y, si ya se ha desarrollado, solucionarlo mediante un tratamiento de Atención Primaria de Salud.

Palabras clave: hábitos bucales deformantes, anomalías del sistema estomatognático, boca.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	8
FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	9
FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS.....	20
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	26
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El objetivo fundamental de la atención de salud en nuestro país es la prevención de enfermedades, promocionar estilos de vida saludables y lograr la curación del paciente, a fin de garantizar un óptimo estado de salud en nuestra población

Los dientes como parte integral de la estética facial asumen una función primordial en las complicadas interacciones sociales, culturales y psicológicas del individuo. El atractivo social de un niño está influenciado por su apariencia dentofacial, una sonrisa puede comunicar mucho más que las palabras y en verdad, cuando esa sonrisa está inhibida por dientes desagradables a la vista, esa persona tendrá dificultades para el desarrollo y uso de las habilidades básicas de comunicación más importantes. ¹

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 interfase 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 dentario no considerado dentro de los límites normales es lo que denominamos maloclusión. ²

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 las consulta de ortodoncia y estomatología. ²

La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular las maloclusiones, no son de riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia, son considerados problemas de salud pública, y ocupan el tercer lugar como problema de salud bucal, así como el primero y segundo entre las afectaciones de la cavidad bucal infantil. ³

Como parte de las acciones de prevención y promoción que competen a la Estomatología General Integral se encuentra la erradicación de estos malos hábitos, en este sentido

estarán específicamente encaminadas a educar sobre las anomalías bucomaxilofaciales y a divulgar la importancia de eliminarlas, así como dar a conocer su origen y consecuencias. ³

Antecedentes históricos

Las maloclusiones han sido un problema para muchas personas y los intentos para corregirlas han venido desde culturas como la egipcia, griega y etrusca. Como muestra de ello se han hallado en excavaciones aparatos ortodóncicos primitivos (sorprendentemente bien diseñados). La importancia estética de la dentición es una constante histórica en la evolución de la humanidad, aunque la cultura de cada momento ha marcado un patrón o norma objetiva. Así, la costumbre de pintarse los dientes de negro era signo de distinción en algunos países asiáticos o el tener los incisivos rotos era apreciado positivamente en algunas tribus sudamericanas. El correcto alineamiento es apreciado en la civilización como un símbolo de belleza que presta un aspecto agradable a la cara y la sonrisa. ⁴

Los dientes apiñados, irregulares y protruyentes han supuesto un problema para muchos individuos desde tiempos inmemoriales, y los intentos para corregir esta alteración se remontan como mínimo 1.000 años a. C. ⁵

Hace 24 siglos, en Grecia fue donde se dio un mayor impulso a la medicina, e Hipócrates (460-377 a.C) estuvo entre los primeros en comentar sobre la deformidad cráneo-facial y en el sexto libro de las epidemias ofrece el primer testimonio escrito de malposiciones dentarias. En los escritos de Hipócrates, Aristóteles y Solón se nombran algunos términos como erupción, función, colocación y tratamiento de los dientes. ⁶

En el año 50.000 a.C. Tarli y Repetto observaron anomalías e irregularidades en los dientes del hombre de Neanderthal. 3.000 a.C. aparecen los primeros registros de intento de corrección de apiñamiento y protrusión en momias en Egipto con bandas rodeando a los dientes. ⁴

El primer consejo para el tratamiento de maloclusiones dentarias fue descrito por Celso (25 a.C.-50 d.C.) donde preconizó la extracción de los dientes temporales cuando producen desviación de los permanentes y aconsejó guiar a estos a su sitio por medio de presión ejercida por los dedos.

En España, Albucasis hablaba en el siglo X de lo desagradable que resultaba la irregularidad de los dientes, sobre todo en las mujeres. En el siglo XVIII, John Hunter señaló que “la apariencia estética de la boca es la razón principal para tratar de enderezar los dientes”.⁷

Etimológicamente “ortodoncia” procede de un término introducido por Pedro Joaquín Lefoulon en 1841, derivado de los vocablos griegos orto (recto) y odontos (diente), que la define como “el tratamiento de las enfermedades congénitas y accidentales de la boca” y que traduce su propósito de corregir las irregularidades en las posiciones dentarias.⁵

Lefoulon fue para su tiempo un ortodoncista notable, tiene el mérito de haber sido el primero en condenar las extracciones como medio correctivo de las malformaciones dentales y además diseñó el primer arco lingual. En 1841 J.M.A. Scchaange publica una de las primeras anomalías dentarias. En 1849 Joseph Watson Ver Valín en su libro Odontotecnia llamaba la atención sobre el arreglo de los dientes de los niños antes de los 14 años y sobre la primera dentición.⁸

A partir de 1850 aparecieron los primeros tratados que hablaban sistemáticamente de ortodoncia, siendo el más notable Oral Deformities, de Norman Kingsley. Kingsley, que tuvo una enorme influencia en la odontología estadounidense durante la segunda mitad del siglo XIX, fue uno de los primeros que utilizaron la fuerza extraoral para corregir la protrusión dental. A pesar de sus contribuciones su principal interés se centró en la alineación dental y en corregir las proporciones faciales. Prestaron muy poca atención a la oclusión dental y dado que las extracciones eran una práctica habitual para tratar muchos problemas odontológicos, era común recurrir a las mismas para solucionar el apiñamiento o alineación defectuosa. En una época en la que era raro encontrar una

dentadura intacta, no se dio mucha importancia a los detalles de las relaciones oclusales.^{9,10}

En 1906, Alfred Rogers alertó a los ortodoncista respecto a las relaciones existentes entre los músculos y las maloclusiones. Sugirió que los ejercicios musculares podían utilizarse como auxiliares para la corrección mecánica de las maloclusiones. También descubrió el papel que juega el equilibrio muscular en la etiología de las maloclusiones y calificó el ambiente muscular de los dientes como “Aparatos Ortodóncicos Vivientes”. En 1919 Rogers presentó en un Congreso Internacional lo que se considera como el inicio de la mioterapia.¹¹

Hay que atribuir a Edward H. Angle, cuya influencia empezó a notarse hacia 1980, una gran parte del mérito en el desarrollo del concepto de la oclusión en la dentición natural. Su creciente interés por la oclusión dental y por el tratamiento necesario para conseguir una oclusión normal le llevó directamente al desarrollo de la ortodoncia como una especialidad aparte, convirtiéndose así en el “padre de la moderna ortodoncia”. Fue Angle quien legó a la posteridad un esquema que por su simplicidad ha quedado consagrado por el uso y es universalmente aceptado. Angle introdujo el término Clase para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares, que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes a los que consideraba como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial.¹²

Situación actual del problema

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35 al 75 % con diferencias en cuanto a sexo y edad y el apiñamiento constituye la anomalía más frecuente. Ha quedado demostrado que las maloclusiones asociadas a hábitos representan un problema de salud tanto en países desarrollados como subdesarrollados.

En EE.UU el 20-30% de los individuos tienen una maloclusión que necesita tratamiento urgente, llegando hasta el 60% el número de casos con necesidades de tratamientos menores. En Escandinavia, los resultados no son muy diferentes con cifras de hasta el 75% de niños con una anomalía más o menos seria de la oclusión. En España, se han obtenido resultados similares con un 27,3% de escolares que necesitan tratamiento. ¹³

En Venezuela, las maloclusiones constituyen el segundo problema de salud bucal más común en la población pediátrica, precedidas únicamente por la caries dental, se ha identificado además que el predominio de hábitos en la población pediátrica cambia según el género y el grupo etáreo; siendo más elevada en la infancia temprana. ¹⁴

Entre los tipos de hábitos que desarrollan anomalías de la oclusión dental que se presentan con frecuencia en la población infantil, se encuentran los de succión digital, de tete o biberón, la protracción lingual, la respiración bucal, la onicofagia y la queilofagia. ^{15,16}

Según investigaciones realizadas en niños del norte de la India en edades de 5 a 10 años se presentan con elevada frecuencia el empuje lingual, la respiración oral y la succión digital, pudiendo esta última transformarse en hábitos más perjudiciales para la salud como es el morder objetos extraños, que pueden alterar tanto la salud oral del paciente como su estado sistémico en general. ¹⁷

En la Universidad Médica de Georgia se encontró que el uso del tete, muy común en edades tempranas, podía causar efectos negativos como resalte y sobrepase aumentados y posibilidad de mordida cruzada posterior. ¹²

En regiones sudamericanas como Chile se plantea que la succión del biberón es el hábito más representativo en estas edades; en orden decreciente le siguió la protracción lingual, donde se observó que los niños de menor edad eran los más afectados. ⁶

En Cuba las maloclusiones no dejan de ser una problemática. Estudios realizados en 1998, demuestran que la cifra de afectados por maloclusiones oscila entre 27,11 y 66,10 %, con prevalencia del sexo femenino (52,60 %). ^{18,19}

Cartagena no queda exenta de esta problemática por la amplia repercusión que tiene en la salud, en primer lugar por la afectación estética del paciente, aspecto este de mayor alarma para padres y niños, seguida por otras afectaciones que se desencadenan a partir de dicha maloclusión, como son dificultades en la masticación, fonación, problemas periodontales, dificultades articulares entre otras, por la implicación económica que tiene para el municipio el tratamiento de esta patología.

En Cienfuegos un grupo de investigadores estudian y publican acerca de los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones en niños entre los que se encuentran Mora Pérez et al ²⁰, Acevedo Sierra et al ²¹, García Mora et al ²², entre otros.

Fundamentación del estudio:

A pesar de estar establecido un programa de atención dirigido al menor de 19 años, diversos estudios revelan que existe una alta prevalencia de maloclusiones asociadas a la práctica de hábitos bucales deformantes en este grupo de edad, pero no se conoce la existencia de estudios precedentes que caractericen esta patología en los escolares de esta área del municipio.

La alta frecuencia de malos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el estomatólogo sea capaz de detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras antes sean diagnosticadas y tratadas, menor será el daño que provoquen. El abordaje de los problemas de maloclusiones, es frecuentemente realizado sobre niños en dentición mixta y permanente, pero en la revisión de la literatura se encuentran en menor cantidad los estudios que al respecto se realizan en niños con dentición temporal, sin embargo, debemos recordar que estas alteraciones suelen comenzar en edades tempranas, lo cual nos da una idea de la magnitud del problema.

Problema de investigación

¿Cuáles serán los hábitos bucales deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales que afectan a los niños de 6-11 años del consultorio 10 de la comunidad 5 de septiembre de Cartagena durante el periodo 2019-2021?

OBJETIVOS

General

- Caracterizar el comportamiento de los hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños de 6-11 años del consultorio 10 de la comunidad 5 de septiembre de Cartagena durante el periodo 2019-2021.

Específicos.

1. Caracterizar a la población en estudio según variables sociodemográficas.
2. Identificar los hábitos bucales deformantes presentes en la población.
3. Determinar la presencia de maloclusiones y las características clínicas más frecuentes en los niños objetos de estudio.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Los hábitos pueden definirse como la práctica o costumbre que se adquiere por la repetición continua de un mismo acto, inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. Se clasifican en dos grupos: beneficiosos y perjudiciales. ²³

Los hábitos bucales son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por repetición y llegan a convertirse en inconscientes. Existen hábitos beneficiosos o funcionales como la masticación, deglución y respiración normal los que sirven de estímulo para el crecimiento de los maxilares (además de ser parte normal del funcionamiento del organismo), pero los conocidos como perjudiciales o deletéreos resultan preocupantes al estar implicados en las causas de las maloclusiones. ^{22,24}

La oclusión, hace referencia a las relaciones correctas que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto. ¹²

Algunos de los hábitos bucales deformantes que pueden presentarse con mayor frecuencia son:

- Succión digital
- Queilofagia (morderse los labios)
- Onicofagia (morderse las uñas)
- Respiración Bucal
- Succión labial, lingual y de mejillas

Otros Hábitos:

- Utilización de chupete o biberón hasta edades impropias (más allá de los 3 años)
- Succión o Masticación de objetos. ^{25,26}

Cabe preguntarse ahora cuáles son los factores que pueden ocasionar o predisponer la aparición de Hábitos Bucales Deformantes. En este apartado podemos citar los factores

de riesgo más destacados que pueden acarrear la aparición de Hábitos Bucales deformantes:

- Factores genéticos, tanto respecto a patrones de crecimiento óseo como a patrones de conducta heredados. Diferentes síndromes (p.e. Down). Pertenecerían a este punto: Trastornos neurológicos u otros que pueden provocar la aparición de la alteración en edades adultas o ancianas.
- La presencia de frenillo sublingual hipertrófico si limita la movilidad de la lengua.
- Frenillo labial corto.
- Relacionados con la respiración bucal: adenoides y amígdalas hipertróficas, porque dificultan la respiración nasal; alergias; desviación del tabique nasal; causas de congestión nasal persistente; haber sufrido muchos resfriados; asma.
- Mordida abierta (“falta de un diente o varios para encontrar a los antagonistas en el arco opuesto”) por trastornos en la erupción dentaria.
- Macroglosia (se evidencia cuando se toca el mentón con la punta de la lengua), pudiendo ser causa del empuje lingual, con protrusión de maxilares y mordida abierta. ^{27,28}

La salud del sistema estomatognático o también denominado unidad cráneo cérvico mandibular, depende de la interrelación funcional armónica de las estructuras que lo componen. La oclusión dentaria parece ser el componente que experimenta las mayores modificaciones durante el transcurso de la vida. ²⁹

Las exigencias estéticas en el mundo actual son motivo de preocupación de los individuos. La sonrisa es la puerta de entrada a las relaciones humanas, por esta razón se le da mucha importancia al cuidado de los dientes en especial a su alineación en el arco dentario. ^{30,31}

Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia se encuentran las maloclusiones, ya que afectan a un amplio sector de la población, por lo que son consideradas un problema de Salud Pública. Sin embargo, su importancia se establece no sólo por el número de personas que la presentan, sino además, por los efectos nocivos que pueden generar en la cavidad oral. ^{18,32,33}

La oclusión dental hace referencia a la relación que guardan los dientes entre sí en estado de reposo, no obstante, esta relación se encuentra determinada por factores inherentes al tamaño, forma y cronología de erupción de los dientes, así como por la forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento cráneo-facial. Esta variación en la dentición, es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que determinan la relación oclusal desde el momento del desarrollo prenatal, así como en el postnatal. ^{32,34,35}

La maloclusión es, por su propia naturaleza, difícil de conceptualizar. Algunos autores la definen como aquellas variaciones en la oclusión que no son aceptables desde un punto de vista estético y funcional. ³⁶

Al no existir un criterio uniforme de lo que se considera o no maloclusión, tampoco existe acuerdo a la hora de decidir cuándo empiezan las necesidades de tratamiento. A la dificultad para definir maloclusión, se suma el hecho de que las características bucodentales están sujetas a condicionantes estéticas, culturales, étnicas, raciales y a distintas modas y tendencias a lo largo de la historia. ³⁷

El comportamiento de las maloclusiones a escala mundial oscila en rangos de 35% a 75%, con diferencias en el sexo y la edad, el menor porcentaje corresponde a las maloclusiones de clase III. En Cuba, por estudios realizados la cifra de afectados oscila entre 27% y 66%. Según la encuesta nacional realizada en 1998; de un total de 1 197 encuestados en las edades de 5, 12 y 15 años, el porcentaje de afectados fue de 29,45% y 35% respectivamente para un total de 36,3%, el sexo más afectado fue el femenino (52,6%) y en todas las edades las maloclusiones ligeras fueron de mayor porcentaje que las moderadas y severas. ³⁸

Valorar y medir de manera adecuada la maloclusión es fundamental, en el diagnóstico ortodóncico individual y en estudios epidemiológicos, para poder establecer prioridades y pautas de atención en los tratamientos, y conocer la prevalencia e incidencia de las alteraciones oclusales en la población. Mientras que en el diagnóstico clínico individual juegan un papel fundamental el criterio personal del ortodoncista así como sus

preferencias metodológicas a la hora de elaborar y seguir una pauta de tratamiento, en epidemiología resulta imprescindible disponer de índices e indicadores con una alta fiabilidad, validez y sencillos de aplicar.³⁹

Las maloclusiones se definen como cualquier desviación de la oclusión ideal, es el desorden que tienen los dientes con relación a la arcada superior e inferior en los tres planos del espacio. Varía de unas personas a otras en intensidad y gravedad, y pueden ir desde una única rotación o mal posición de un solo diente hasta el apiñamiento de todos los dientes e incluso hasta la relación anómala de una arcada con la otra.^{13,40}

Otros han dado conceptos más amplios como, aquella alteración de la relación de oclusión, que ocurre como consecuencia de las anomalías de forma y función de los tejidos blandos, los maxilares, los dientes y la articulación témporomandibular. Por lo tanto las maloclusiones implican a todas las estructuras del aparato estomatognático.^{41,42}

La correcta posición de los dientes dentro de la arcada dentaria es debida al equilibrio dentario, esquelético y muscular. Todo lo que altere este equilibrio producirá mal posiciones dentarias y/o esqueléticas que luego habrá que tratar ortodóncicamente.⁴³

Las edades críticas en las que se puede establecer la tendencia con la cual se desarrollará la oclusión dental, son:

- a) A los tres años de edad, que es cuando se completa el desarrollo radicular de los segundos molares.
- b) Entre los cinco y seis años, que es cuando empiezan hacer erupción los dientes permanentes y el tamaño de las arcadas comienzan a modificarse, especialmente por la fuerza de erupción de los primeros molares permanentes.
- c) De los nueve a los trece años por las fuerzas de erupción ejercidas fundamentalmente por los caninos. No obstante, se debe tener presente que las variaciones en el desarrollo de la oclusión dental está dado por las características particulares de cada sujeto.^{13,44,45}

Los primeros intentos de clasificar las maloclusiones provienen de Fox en 1803 y se basa en las relaciones de los incisivos. En 1842 Carabelli fue uno de los primeros autores que clasificó las relaciones oclusales en:

- Mordex normalis oclusión normal con los incisivos superiores cubriendo o solapando a los inferiores
- Mordex rectus: relación incisal de borde a borde.
- Mordex apertus: mordida abierta.
- Mordex retrusus: oclusión cruzada o invertida anterior.
- Mordex tortuosus: mordida cruzada anterior y posterior. ⁴⁶

En 1899, Angle, idea un esquema simple y universalmente aceptado e introduce el término "Clase" para denominar las distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependen de la posición sagital de los primeros molares permanentes, considerando puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial.

A este investigador se le criticó que no consideró las relaciones transversales, verticales, ni la localización genuina de la anomalía en la dentición, el marco óseo o el sistema neuromuscular. Este autor dividió las maloclusiones en:

- Clase I: La cúspide mesio bucal del 1^{er} molar superior va a contactar con el surco vestibular del 1^{er} molar inferior.
- Clase II: La cúspide mesio bucal del 1er molar superior estará por delante del surco vestibular del 1^{er} molar inferior, dentro de esta clasificación se encuentra dos divisiones: División 1. Los incisivos se van a encontrar protuidos y los arcos pueden estar apiñados. División 2 está caracterizada por que los incisivos centrales van a tener una inclinación hacia lingual, y los incisivos laterales superiores van a estar inclinados hacia vestibular.
- Clase III: la cúspide mesiobucal del 1^{er} molar superior van a tener contacto por detrás del surco vestibular del 1er molar inferior. ^{13,47}

La clasificación de Angle es el método más comúnmente utilizado para evaluar la relación oclusal existente entre los dientes permanentes.³⁵

En 1912, Lisher utiliza la clasificación de Angle pero introduce una nueva terminología, y denomina a las clases de Angle: Neutroclusión: a las Clase I, Distoclusión: a las Clase II, .Mesioclusión: a las Clase III.⁴⁸

Se han dado distintas clasificaciones como la descrita por Angle, que consideran diferentes planos de espacio; otros relacionan los componentes dento-esquelétales y el perfil facial e incluso utilizan las clasificaciones para fines epidemiológicos como base estratégica de salud, sin embargo no existe una clasificación ideal.^{49,50}

La Federación Dental Internacional agrupó las diferentes posibilidades de maloclusión de la siguiente forma:

- Anomalías del tamaño de los maxilares: macrognatismo y micrognatismo
- Anomalías de la relación de los maxilares con la base craneal: prognatismo, retrognatismo, anterotación y posterotación.
- Anomalías en las relaciones de las arcadas dentarias: distoclusión (clase II, oclusión posnormal, posteroclusión), mesioclusión (clase III, oclusión prenatal, anterooclusión), resalte horizontal excesivo (overjet), sobremordida profunda (mordida cerrada anterior), mordida abierta, mordida cruzada posterior, mordida cruzada anterior.
- Anomalía en la posición de dientes aislados: apiñamiento dental, desplazamiento dental (coronal/radicular), mesioversión, distoversión, labioversión, linguoversión, rotación dental (giroversión) separación de dientes (diastemas), posición dental (malposición) labial, lingual, mesial, distal, intrusión, extrusión.¹³

Moyers a la hora de clasificar las maloclusiones emplea la terminología de síndrome, teniendo en cuenta alteraciones dentales, esqueléticas y musculares. Este autor denomina síndrome de clase I a aquellos casos, donde tanto la relación molar como la

esquelética son normales, el perfil es recto y, por lo tanto, el problema suele ser de origen dentario.

En el síndrome de clase II existen dos divisiones de la maloclusión en dependencia de la inclinación de los incisivos y del patrón neuromuscular, denominadas Clase II División 1 y Clase II División 2. El síndrome de Clase III se caracteriza por una posición mesial de la arcada dentaria mandibular respecto a la maxilar, lo que produce una alteración en la relación incisal, presentando el paciente un perfil cóncavo. ³⁶

Al hablar de las maloclusiones, es muy difícil establecer claramente su etiología, ya que estas son de origen multifactorial, y en la mayoría de los casos, no se tiene una sola causa, sino que hay muchas interactuando entre sí, y sobreponiéndose unas sobre otras. Sin embargo, se pueden definir dos componentes principales en la etiología de las maloclusiones, que son la predisposición genética, y los factores ambientales.

Proffit y Vig coinciden en señalar, la necesidad de que, para prevenir, antes se han de conocer e identificar mejor la etiología de las maloclusiones, la evaluación de la etiología de estas, es la llave del plan de tratamiento ortodóncico, puesto que el tratamiento debe ser más etiológico que sintomático. ⁵¹

Entre todas las causas que provocan estas alteraciones, quizás los hábitos bucales deformantes ocupan un lugar cimero entre los que más reclaman atención de tratamiento, por constituir algunos de ellos, de alta preocupación por parte de los padres y por la carga psicológica y social que contienen, además de las grandes deformaciones que provocan. ⁵²

Durante la infancia, debido a la frecuencia de actividades funcionales y el comportamiento muscular mismo, la evaluación de los hábitos resulta fundamental para la prevención y corrección temprana de las desarmonías que provocan; por lo tanto es importante obtener la mayor información posible a través de una exhaustiva anamnesis y un examen clínico meticuloso en sus aspectos físicos generales, faciales e intrabucal. Como variables más indicativas se encuentran el desarreglo visible,

atribuible al ejercicio de la actividad habitual, la edad del niño en cuestión y la cuatreada de factores que determinan, en última instancia, la importancia clínica del hábito:

- Intensidad, que es la fuerza con que es practicado el hábito.
- Frecuencia, que es el número de ocurrencias en 24 horas.
- Duración, que es el tiempo cronológico que lleva el niño practicando el hábito.
- Dirección, que es la resultante en la aplicación de las fuerzas, sean estas musculares (internas o externas), o de otros agentes, por ejemplo, un dedo.^{40,53}

Los hábitos bucales deformantes se clasifican según la forma en beneficiosos (aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el desarrollo normal) o perjudiciales (se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario). Según el momento pueden ser clínicamente no significativos (se presentan en edades y momentos que no producen alteraciones y no requieren tratamiento) y clínicamente significativos. Según la frecuencia e intensidad se encuentran los hábitos no compulsivos (se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia) y los hábitos compulsivos (es cuando el niño ha hecho una fijación morbosa con el mismo, al extremo que acude a su práctica, cuando se ve en alguna situación de amenaza o inseguridad).^{18,54}

Hábitos bucales deformantes

✓ Succión digital

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerado “normal”, probablemente está presente en el 50% de los niños pequeños. La persistencia del hábito en una persona ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad. Existen diferentes tipos de succión digital: de uno y hasta dos dedos.⁵⁵

Durante los primeros seis meses de vida, la succión es una actividad preponderante; desde el nacimiento hasta los dos años y medio o tres de vida, la presencia de la succión digital, se considera un mecanismo normal adaptativo y fisiológico. Si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, existe gran posibilidad de no lesionar el alineamiento dentario. Si por el contrario, el hábito persiste durante el período de dentición mixta se pueden desencadenar consecuencias importantes en la oclusión dental. ⁵⁶

✓ Deglución atípica

La deglución madura normal se realiza en oclusión máxima y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual. En el interior de la cavidad oral se degluten de 500-600 veces diarias, una vez cada dos minutos aproximadamente.

La deglución atípica se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que también se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. ⁵⁷

✓ Onicofagia

La onicofagia hace referencia al hábito de morderse las uñas. Este es un hábito común y se observa tanto en niños como en adultos; se caracteriza por lesiones repetidas, es de tipo autodestructivo y agresivo. Se conoce como un hábito de transferencia de la succión del pulgar, ya que este tiende a ser abandonado durante el tercer año de vida. La necesidad de morder y comer incluso las uñas se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad. Se observa en edades entre los 4 y 6 años; se estabiliza entre los 7 y 10 años; aumenta considerablemente durante la adolescencia; la incidencia se reduce cuando aumenta la edad. ^{58,59}

✓ Succión del chupete o biberón

Al llevar a posición el chupete, la lengua es forzada hacia una posición inferior en la parte anterior de la boca, ejerciendo una presión lateral incrementada sobre los caninos y primeros molares inferiores. La falta de soporte palatino de la lengua resultará en un arco superior más estrecho, y la presión de la lengua ampliará el arco inferior. Estos cambios crean una desarmonía transversal que incrementa la tendencia a desarrollar una mordida cruzada posterior.

Sin embargo, los chupones (chupetes) no causan problemas médicos o psicológicos; e igual que la succión del pulgar o de los dedos, el uso del chupón (chupete) durante los primeros años del desarrollo normalmente no afecta la posición de los dientes o de la mandíbula. Si el niño no tiene suficiente con la succión proporcionada por el pecho materno o por los biberones, el chupón (chupete) satisfará esa necesidad.⁶⁰

✓ Interposición labial o queilofagia

Es la costumbre como su nombre lo indica, de mordisquear o chuparse el labio, generalmente el inferior. Produce retracción de la mandíbula durante el acto, linguoversión de incisivos inferiores y vestibuloversión de incisivos superiores.

En lo que refiere específicamente a la Queilofagia, ha sido interpretada como una forma de la psiquis de manifestarse simbólicamente cuando los contenidos emocionales encuentran barreras para ser elaborados en forma verbal. Ha sido referida como característica de niños que han requerido de una mayor atención o concentración mental e incluso de pacientes con trastornos de personalidad obsesiva-compulsiva, preocupación por la organización, perfeccionismo y control sobre otros, autoexclusión de actividades placenteras y seguimiento de principios morales rígidos.^{14,61}

✓ Respiración oral

La Respiración nasal o normal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo, con un cierre simultáneo de la cavidad oral; se crea así una presión negativa

entre la lengua y el paladar duro, en el momento de la inspiración la lengua se eleva y se apoya contra el paladar, produciendo un estímulo positivo para el desarrollo. Las fosas nasales limpian y calientan el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas.

El hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no sólo facial, sino general. La respiración bucal se considera normal sólo cuando se realiza bajo esfuerzos físicos muy grandes. La respiración bucal no solo produce alteraciones en el sistema estomatognático sino también en otros sistemas del organismo, considerándose como un síndrome porque produce manifestaciones en otros sistemas y deformaciones del niño en el crecimiento, por esto se le considera el más dañino de los hábitos bucales. La respiración bucal puede también producir problemas de aprendizaje donde la deficiente oxigenación le impide al niño prestar atención en clases durante mucho rato, adoptando incluso una cara típica de niño distraído. Esto afecta tanto al niño como a sus padres ya que no puede aprender con la rapidez deseada, debido fundamentalmente a falta de concentración durante las clases.^{57,62}

Si se diagnostica presuntivamente la presencia de Respiración Bucal se debe remitir el paciente al Otorrinolaringólogo para realizar el diagnóstico definitivo de Respiración Bucal y establecer la presencia o no de obstrucción nasal como factor desencadenante de la misma.

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo.

Diseño y tipo de estudio: observacional, descriptivo de corte transversal.

Tiempo y espacio: la investigación se llevó a cabo en el Consultorio Médico Familiar # 10 de la Comunidad 5 de septiembre del municipio de Cartagena durante el período de septiembre de 2019 a junio del 2020.

Universo: Conformado por 72 niños de 6-11 años de edad, los cuales fueron seleccionados según los criterios de selección requeridos para el estudio.

Criterios de inclusión:

- Niños de 6-11 años que pertenezcan al Consultorio Médico Familiar # 10 de la Comunidad 5 de septiembre del municipio de Cartagena
- Niños que sus padres/tutor den su consentimiento para participar en la investigación (Anexo I).
- Niños con plena capacidad física, psíquica y mental.
- Pacientes portadores de hábitos bucales deformantes.
- Niños que no estén recibiendo tratamiento ortodóncico.

Criterios de exclusión:

- Aquellos niños que presenten enfermedades psíquicas motoras que impidan el examen bucal.
- Niños que presentan enfermedades nasofaríngeas.

Criterios de salida:

- Pacientes que expresaran su deseo de abandonar la investigación.

El sistema de métodos estuvo integrado por:

✓ **Métodos teóricos:**

- ❖ **Analítico-sintético:** El análisis se realizó de toda la revisión bibliográfica, la cual abarcó un volumen considerable de trabajos contenidos en libros de texto y consultas y tesis para fundamentar teóricamente el problema y comprenderlo mejor. La síntesis ligada directamente al análisis, estuvo presente en todo el proceso lo que nos permitió precisar los aspectos significativos de cada momento y expresarlos de forma lógica en el informe.
- ❖ **Inductivo - deductivo:** El método deductivo nos permitió a partir de conceptos generales, formular conceptos específicos, durante el desarrollo de la investigación.
- ❖ **Histórico-lógico:** Se desarrolló a partir del análisis de documentos, artículos, tesis y fuentes bibliográficas de forma general en la sistematización de los antecedentes del problema de la investigación, su evolución histórica, la tendencia y su estado actual.
- ❖ **Generalización:** Se aplicó sobre la base de la muestra que se estudió, lo que permitió identificar el riesgo preconcepcional presentes en la muestra estudiada, estableciendo generalizaciones conceptuales, que se materializó en los resultados obtenidos.
- ❖ **Sistémico:** Se utilizó en todas las acciones desarrolladas durante el curso de la investigación.

✓ **Métodos empíricos:**

- ❖ **Análisis documental:** Se profundizó en el estudio y análisis de los programas establecidos acerca del riesgo preconcepcional, con el propósito de prevenir complicaciones, así como en el análisis de otras investigaciones y artículos científicos relacionados con el tema.

Operacionalización de variables.

Variable	Clasificación	Descripción	Escala
Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el último año cumplido	6-7 8-9 10-11

Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino.	Masculino Femenino
Hábitos deformantes	Cualitativa nominal politómica	Costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente y que genera efectos físicos o sociales negativos para el individuo.	Deglución atípica Succión digital Succión del biberón Respiración bucal Queilofagia Onicofagia Succión del tete.
Tipo de oclusión	Cualitativa nominal dicotómica	Se refiere a la forma en la que los dientes entablan contacto cuando la persona tiene su boca cerrada.	Normoclusión Maloclusión
Maloclusión	Cualitativa nominal politómica	Según clasificación sindrómica de Moyer	- Síndrome de Clase I - Síndrome de Clase II División 1

			- Síndrome de Clase II División 2 - Síndrome de Clase III
Características clínicas	Cualitativa Nominal Politómica	Grupo de alteraciones en el desarrollo de los maxilares que se presenta frecuentemente junto a mal posición dentaria que repercuten en la forma, función y estética del sistema estomatognático.	Apiñamiento Diastemas Resalte anterior aumentado Mordida abierta Sobrepase Incompetencia bilabial

Recolección y procesamiento de la información

La recogida de la información se llevó a cabo a partir de una plantilla diseñada por la autora (Anexo II). El examen bucal se efectuó en el consultorio después de ser informado el personal responsable con antelación. El niño acudió con un familiar y acompañante al servicio, para la conducción de los procedimientos siguientes:

- ❖ Entrevista inicial y obtención del consentimiento informado.
- ❖ Interrogatorio y obtención de las variables.
- ❖ Interrogatorio a los padres para determinar las posibles causas de la maloclusión, antecedentes hereditarios, antecedentes de trauma pre o post natal, etc.

- ❖ Examen bucofacial: Se empleó un set de examen bucodental, consistente en un espejo bucal plano #5, un explorador #3 o #5, regla milimetrada y un pie de rey.

Se empleó fuente de luz natural y artificial

La recolección de la información fue realizada por dos examinadores incluyendo a la autora, los cuales para asegurar confiabilidad de la información fueron estandarizados por un experto en el tema, así se logró una capacidad técnica adecuada para realizar las observaciones. Para evitar errores y sesgos se trabajó con una guía para el interrogatorio y examen clínico.

Para el procesamiento de la información se confeccionó una base de datos, los cuales fueron computados y procesados mediante un paquete estadístico SPSS para Windows versión 21.0. Se trabajó con frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se ilustraron en tablas y se emplearon gráficos para la exposición final de los resultados. Se hizo empleo de una computadora Intel Core i3, con ambiente Windows 10. Los textos se procesaron el Microsoft Office Word 2013 y las tablas y gráficos se realizaron el Excel 2013.

Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó según los preceptos establecidos en el Código Internacional de Ética Médica y los que competen a las investigaciones biomédicas en humanos contemplados en la declaración de Helsinki, adoptada por la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial en junio de 1964 y enmendadas en los años 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, junto a las notas de clarificación agregadas en el año 2002 y 2004.

Durante todo el tiempo que duró la investigación, se mantuvo una postura ética necesaria. Se garantizaron los principios éticos, de respeto a la autodeterminación explicándoles a los pacientes la importancia de la misma y bajo el consentimiento informado de los participantes. Siempre se trató de aumentar los beneficios y minimizar los daños, además de mantener la discreción con la información recogida, tratándose a

todos por igual independientemente de su nivel científico-cultural y respetando los principios que caracteriza la ética médica cubana.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de pacientes según grupos de edad y sexo. Consultorio Médico Familiar # 10. 2019-2020.

Grupos de edad	Sexo				Total (N=72)	
	Masculino (n=39, 54,2%)		Femenino (n=33, 45,8%)			
	No	%	No	%	No	%
6-7	16	47,1	14	42,4	30	41,7
8-9	14	41,2	12	36,4	26	36,1
10-11	9	26,5	7	21,2	16	22,2

La tabla 1 muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y sexo, donde se pudo apreciar que predominaron los pacientes entre 6-7 años de edad en el 41,7% y el sexo masculino en el 54,2%.

En cuanto a la edad se obtuvieron resultados similares en los estudios desarrollados por Iza Molina ⁶³, Horta Marzo ⁶⁴ y Alcívar Mejía ⁶⁵, no ocurrió de la misma manera en los estudios de Crespo et al ⁶⁶, donde prevalecieron los pacientes en edades comprendidas de 8-9 años con un 39.86 %; los estudios de López Huamani ⁶⁷ donde predominaron los pacientes de 10 años y en el estudio de Iglesias Camargo et al ⁶⁸ donde el grupo de edades más sobresaliente fue el de 10 a 14 años.

El predominio de los hábitos bucales deformantes en los niños en estas edades, se debe a que el paciente es más susceptible a realizarlos, debido a que estos desconocen las consecuencias que le traen en su función y estética. Además de ser más consentidos por los padres ya que tratan de llamar la atención realizando este acto con mayor repetición.

Respecto al sexo, en el estudio predominó el sexo masculino, dato que coinciden con varios investigadores como Mollo Chumacero ⁹, Arocha Arzuaga et al ², Granoble

Romero ⁶⁹, Crespo et al ⁶⁶, Horta Marzo ⁶⁴, Mesa Rodríguez y Medrano Montero ⁷⁰. Se encontraron varias investigaciones cuyos resultados discrepan a los obtenidos por la autora del presente estudio, entre ellos los expuestos por Alcívar Mejía ⁶⁵, donde el 51% de los pacientes eran del sexo femenino, los estudios de Grippaudo et al ¹⁵, López Huamani ⁶⁷, Recalde Ruiz Díaz ²³, Iza Molina ⁶³ e Iglesias Camargo et al ⁶⁸.

La mayor susceptibilidad, según Montiel, puede plantearse alrededor de las diferentes educaciones sexistas que se dan como norma y necesidad, donde a las mujeres se les somete a mayor presión y supresión social, además de que existen factores etiológicos que provocan malos hábitos, tales como conflictos familiares, celos, ansiedad y presión escolar. ⁶⁸

Estos resultados constituyen un reto para la Atención Primaria de Salud en la que el Estomatólogo General Integral tiene un papel decisivo, porque tiene que desarrollar acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y tratamientos para lograr la recuperación de la salud bucal en esta población infantil. La detección ha de efectuarse de forma precoz para evitar o limitar el desequilibrio entre los diferentes componentes del aparato estomatognático.

Tabla 2: Distribución de pacientes según grupos de edad y hábitos deformantes.

Hábitos deformantes	Grupos de edad						Total	
	6-7 (n=30)		8-9 (n=26)		10-11 (n=16)		(N=72)	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Deglución atípica	11	36,7	9	34,6	6	37,5	26	36,1
Succión digital	6	20,0	5	19,2	4	25,0	15	20,8
Succión del biberón	7	23,3	4	15,4	3	18,8	14	19,4
Respiración bucal	6	20,0	4	15,4	3	18,8	13	18,1
Queilofagia	4	13,3	3	11,5	4	25,0	11	15,3
Onicofagia	2	6,7	5	19,2	2	12,5	9	12,5
Succión del tete	2	6,7	0	0	0	0,0	2	2,8

La distribución de pacientes según grupos de edad y hábitos deformantes, presentada en la tabla 2, dio a conocer que predominaron los pacientes con deglución atípica en el 36,1%. Cabe destacar que en el grupo etario de 10-11 años de edad, el 37,5% de ellos presentaron deglución atípica.

Los hábitos bucales son causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, a pesar de que existen discrepancias sobre hasta qué edad pueden ser consideradas como normales. Así, el grado de alteración dependerá de la duración, intensidad y frecuencia de este.⁹

Se plantea que estos hábitos comienzan en el periodo intrauterino e influyen en el origen de las anomalías dentomaxilofaciales, de manera que las formas de prevenirlos en edades tempranas y de eliminarlos han sido estudiadas profundamente. Una vez más se

demuestra la relación directa entre la práctica de hábitos perniciosos y la presencia de maloclusiones.⁹

En concordancia con lo hallado en el estudio, se encontraron los estudios de Horta Marzo⁶⁴, Iglesias Camargo et al⁶⁸, Mesa Rodríguez y Medrano Montero⁷⁰, donde el mayor porcentaje de sus pacientes presentaron disfunción lingual.

En la presente investigación, el hallazgo del empuje lingual fue detectado durante el examen clínico del paciente y no durante el interrogatorio al niño o a los padres, lo que sugiere que la práctica del mismo en la mayoría de los casos, pasa inadvertida ante los familiares, por lo que el estomatólogo general integral y el ortodoncista deben considerarlo como elemento importante dentro del examen y diagnóstico del paciente.

Actualmente existe controversia en cuanto a los criterios de las fuerzas generadas durante el empuje lingual y las maloclusiones, para Gregoret⁷¹ las fuerzas generadas durante la deglución en pacientes con interposición lingual, son suficientes para provocar modificaciones dentoalveolares sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueléticas. Proffit⁷² por su parte refiere, que un aproximado de 1000 degluciones diarias, representativos de unos cuantos minutos (15-20) son insuficientes para alterar el equilibrio.

Cuando estas disfunciones aparecen en un individuo sabemos que tendrá problemas ortodóncicos. La lengua desplazada (baja y adelantada, interpuesta entre los dientes) genera problemas de mordidas abiertas, es decir, los dientes superiores no contactan con los inferiores y por tanto no habrá un buen equilibrio y tendremos una oclusión anómala que a la larga dará problemas.⁶⁴

Según Johnson et al⁸, la fuerza de los labios en reposo es menor que la fuerza de la lengua en reposo; estableciéndose que las fuerzas de baja intensidad pero de larga duración, son más efectivas y capaces de ejercer mayor influencia sobre la posición dental que las fuerzas de gran intensidad y corta duración, como las ejercidas durante la actividad muscular y donde la lengua ejerce mayor presión, tanto en reposo como durante actividades como la deglución.

Por otro lado, se conoce que el hábito de deglución atípica es capaz de producir 500 g de fuerza sobre los dientes anteriores además de repetirse diariamente unas 500 a 1 000 veces por día, es posible deducir la capacidad de este, de generar fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sobre todo en la zona de los incisivos, con la creación de una mordida abierta anterior y un aumento aún mayor de la actividad de la musculatura perioral, que debe compensar la falta de cierre bucal, por lo que se hace necesario comprender la importancia de que todo lo que se haga para interceptarlos y erradicarlos oportunamente, redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático. ⁷⁰

En contraposición a lo obtenido en el estudio, los datos de Granoble Romero ⁶⁹ y Recalde Ruiz Díaz ²³, dieron a conocer que la succión digital constituyó el hábito más frecuente en los pacientes estudiados.

Los hábitos de succión no nutritiva como la succión digital, pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de maloclusión o, en concreto, mordida abierta anterior. Se sabe que la succión de los dedos causa una mordida abierta anterior asimétrica, peor en el lado donde ocurre la succión de los dedos, y también depende de la duración y frecuencia del hábito. ^{11,25}

También existe una asociación positiva entre la maloclusión grave y la duración prolongada de la succión del dedo. El pulgar también puede verse afectado y desarrollar complicaciones como deformidades que requieren corrección quirúrgica en algunas ocasiones. Algunas otras de las asociaciones negativas propuestas con la succión del dedo incluyen un retraso en el desarrollo de la funcionalidad oral. Con respecto a los trastornos del habla, existe una investigación limitada y la asociación con este comportamiento es incierta. ²⁵

Por otro lado, fueron hallados mayor porcentaje de pacientes que presentaron respiración bucal, constituyendo el hábito más frecuente en los estudios desarrollados por Mollo Chumacero ⁹, Crespo et al ⁶⁶, Iza Molina ⁶³, Alcívar Mejía ⁶⁵ y Baeshen ²⁹.

La posición baja que adopta la lengua para que pueda circular el aire por la boca produce una serie de cambios como son la apertura bucal permanente por hipotonicidad labial, un crecimiento transversal mandibular, freno del crecimiento transversal maxilar y elevación de la bóveda palatina (paladar ojival), protusión de los incisivos, debilidad de la musculatura facial con aumento del tercio inferior de la cara, retrusión del mentón, posterorrotación mandibular y labio superior corto e inferior grueso. Todos estos cambios comportan el aspecto o síndrome de cara larga o facies adenoidea.⁶⁵

La asociación entre la respiración nasal insuficiente y la morfología dentofacial se ha estudiado ampliamente y muchos autores creen que el patrón de crecimiento craneofacial puede verse afectado por la función muscular desequilibrada típica de la respiración bucal. Los niños con respiración bucal tienen rasgos faciales típicos: cara alargada, ojeras, fosas nasales estrechas, contracción transversal del maxilar superior, paladar alto arqueado y sonrisa gingival asociada a maloclusión de clase II o, en ocasiones, clase III, con alta prevalencia de mordida cruzada y mordida abierta anterior. Los niños que respiran por la boca y que rotan la mandíbula en una dirección posterior e inferior desarrollan una maloclusión de Clase II y un perfil de Clase II esquelético con mayor resalte. De hecho, los músculos que presionan la mandíbula para abrir la boca ejercen una presión hacia atrás sobre ella que desplaza la mandíbula distalmente y retarda su crecimiento. Los músculos buccinadores se tensan al abrir la boca y tienden a ejercer presión lingual sobre los premolares y molares superiores, que no reciben suficiente apoyo de la lengua, por lo que el paladar y el arco dentario superior se vuelven bastante estrechos. La función del labio es anormal, el labio inferior es grande y bulboso y el labio superior corto y sin función, con el labio inferior a menudo forzado hacia arriba debajo del incisivo superior, que sobresale aún más con un resalte aumentado.¹⁵

En opinión de Rakosi y Schilli⁷³, la respiración bucal puede tener un papel en la etiopatogenia de algunas formas de maloclusión de Clase III. Los niños que respiran oralmente tienen la mandíbula constantemente abierta y una postura baja de la lengua con crecimiento mandibular excesivo, con distracción constante del cóndilo mandibular de la fosa que puede ser un estímulo de crecimiento. Además, la falta de empuje de la

lengua en el paladar y en la mandíbula superior puede causar un déficit esquelético maxilar sagital y transversal, una maloclusión de clase III con resalte reducido o inverso.

La respiración bucal durante el período crítico de crecimiento facial se asocia con una rotación "en el sentido de las agujas del reloj" de la mandíbula y un aumento en la altura de la cara anterior inferior.²⁷

Esta maloclusión causa malestar al paciente dada su ineffectividad funcional, masticatoria, fonética y estética, es una deformidad dentomaxilar difícil de tratar, las recidivas son frecuentes y se requiere un enfoque integral que engloba aspectos funcionales y estéticos.⁶⁴

En cuanto al hábito de onicofagia, López Huamani⁶⁷ encontró que el mismo estuvo presente en el 33,5% de su población, resultados que difieren de los expuestos por la autora del presente estudio. Al obtener dichos resultados, se puede decir que los niños que practican estos hábitos anómalos es de cierta forma para atraer la atención debido a que muchos de ellos pueden encontrarse expuestos a un entorno familiar violento, a factores condicionantes como el estilo de vida, la calidad de relación intrafamiliar, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar, por lo tanto la probabilidad de desarrollar algún hábito parafuncional es mayor. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Morderse las uñas es común entre los niños pequeños y, por lo general, tiene un impulso psicológico. Las mujeres tienden a morderse las uñas más que los hombres, especialmente durante la adolescencia.⁷

Los hábitos pueden causar alteraciones en el desarrollo facial, maloclusiones y recidivas, además de trastornos de las articulaciones temporo-mandibulares, entre ellos, los hábitos de respiración bucal, succión digital, deglución infantil y empuje lingual. Si se tiene en cuenta que el aparato masticatorio y dentro de este los dientes, se encuentra

protegido por el control neuromuscular a través de la coordinación de las fuerzas musculares, se deduce que todo lo que pueda producir sobrecarga muscular puede interferir en el crecimiento normal. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, siendo capaces de generar presiones continuas de hasta 50 mg en un periodo de 12 horas y por lo tanto provocar el desplazamiento considerable de un diente. ⁷⁰

La aparición de hábitos bucales puede ser una respuesta a una necesidad biológica apropiada y la lactancia materna puede ser la mejor prevención. Se encontró una relación inversa entre la duración de la lactancia materna y la ocurrencia de hábitos bucales. La estimulación palatina parece ser una parte necesaria del desarrollo facial y cognitivo, y al permitir que los bebés la experimenten a través de la lactancia materna no solo puede promover un mejor desarrollo facial, sino también reducir la probabilidad de hábitos bucales desadaptativos. ²⁷

El cese temprano de los malos hábitos conduce espontáneamente a la normalización estructural y funcional, especialmente si el paciente tiene una dirección de crecimiento eugnática. ⁷⁴

Tabla 3: Distribución de pacientes según grupos de edad y tipos de oclusión.

Tipo de oclusión	Grupos de edad						Total	
	6-7 (n=30)		8-9 (n=26)		10-11 (n=16)		(N=72)	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Normoclusión	8	26,7	4	15,4	3	18,8	15	20,8
Maloclusión	22	73,3	22	84,6	13	81,3	57	79,2

La distribución de pacientes según grupos de edad y tipos de oclusión, presentada en la tabla 3, dio a conocer que predominaron los pacientes con maloclusión en el 79,2%. Cabe destacar que el 84,6% de los pacientes del grupo etario de 8-9 años presentaron maloclusión.

Resultados similares fueron encontrados en los estudios de Mollo Chumacero ⁹ donde el 65% de los pacientes presentaron maloclusión y el estudio de Arocha Arzuaga et al ² evidenció maloclusión en el 60,7%.

La tendencia de las maloclusiones es a aumentar con la edad y esto puede disminuirse a medida que se puedan detectar precozmente interferencias u otras alteraciones que impidan el crecimiento de los maxilares, las cuales se observan mayormente en grupos con dentición mixta y coincide con el tiempo, donde es mejor intervenir y corregir hábitos con resultados muy satisfactorios. ²

El resultado obtenido en cuanto al tipo de oclusión y la presencia o no de hábitos deformantes puede estar relacionado con la causa de la maloclusión. Si los pacientes con hábitos y disfunciones deformantes no son tratados oportunamente, pueden producirse interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático y, como consecuencia, anomalías morfológicas y funcionales. Otros efectos negativos son los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño.

Tabla 4: Distribución de pacientes según grupos de edad y maloclusiones.

Maloclusiones	Grupos de edad						Total (N=72)	
	6-7 (n=30)		8-9 (n=26)		10-11 (n=16)			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Síndrome de Clase I	12	40,0	13	50,0	8	50,0	33	45,8
Síndrome de Clase II División 1	13	43,3	8	30,8	5	31,3	26	36,1
Síndrome de Clase II División 2	3	10,0	4	15,4	2	12,5	9	12,5
Síndrome de Clase III	2	6,7	1	3,8	1	6,3	4	5,6

La tabla 4 muestra la distribución de pacientes según grupos de edad y maloclusiones, en la misma se pudo apreciar que predominaron los pacientes con Síndrome de Clase I en el 45,8%, resaltando esta condición en el 50,0% de los pacientes entre 8-9 años y 10-11 años.

Datos similares fueron expuestos por Granoble Romero ⁶⁹, Iglesias Camargo et al ⁶⁸ y Recalde Ruiz Díaz ²³, donde predominó la clase I en los pacientes atendidos. Por otro lado, preponderó la clase II en las investigaciones de Alcívar Mejía ⁶⁵ quien basado en un rango de edad entre 4 a 12 años, halló que las maloclusiones de Clase II fueron predominantes en el 76% de la muestra.

En el estudio efectuado por Mesa Rodríguez y Medrano Montero ⁷⁰ encontraron que la distoclusión molar resultó ser de las maloclusiones más frecuentes en el 40,9% de los niños estudiados, resultado que también discrepa con lo obtenido por la autora del trabajo.

Acevedo Sierra ²¹ plantea que existe un vínculo muy significativo entre los hábitos deformantes bucales y las anomalías dentomaxilofaciales. Este vínculo se debe a la potencialidad de los primeros de interferir con el patrón regular de crecimiento facial. Esto

produce anomalías tanto morfológicas como funcionales, y al ser los hábitos bucales un factor etiológico importante en la aparición de maloclusiones.

Tabla 5: Distribución de pacientes según grupos de edad y características clínicas.

Características clínicas	Grupos de edad						Total (N=57)	
	6-7 (n=22)		8-9 (n=22)		10-11 (n=13)			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Incompetencia bilabial	10	45,5	9	40,9	7	43,75	26	45,6
Resalte anterior aumentado	9	40,9	8	36,4	6	37,5	23	40,4
Apiñamiento	0	0,0	5	22,7	4	25,0	9	15,8
Mordidas abiertas	0	0,0	4	18,2	4	25,0	8	14,0
Diastemas	3	13,6	2	9,1	2	12,5	7	12,3
Sobrepase	0	0,0	2	9,1	2	12,5	4	7,0

Las características clínicas más frecuentes halladas en el estudio fueron la incompetencia bilabial en el 45,6% y el resalte anterior aumentado en el 40,4%. Se observó además que el 45,5% de los pacientes entre 6-7 años presentaron disfunción neuromuscular. (Tabla 5)

Cifras similares fueron encontradas en los estudios de Rosero Villavicencio ⁷⁵, quien agregó que existió una relación significativa entre la deglución atípica y la presencia de mordida abierta anterior, disfunción muscular, aumento del resalte y disminución de la sobremordida. Al ser este hábito el más predominante, queda justificado la presencia de estas características como las más prevalentes en el grupo de estudio.

La mordida abierta fue la principal característica clínica en el estudio de Recalde Ruiz Díaz ²³ e Iza Molina ⁶³. Según Rosero Villavicencio ⁷⁵, la principal alteración que ocurre a causa de la succión digital es la mordida abierta anterior, así como también retroinclinación de los incisivos inferiores a causa de la presión que ejerce la mano y el brazo.

En el estudio de Crespo et al ⁶⁶ a través de una inspección clínica y un cuestionario aplicado a 185 escolares entre 6 y 11 años muestran que un 86% de niños con respiración bucal y un 52% con deglución atípica presentan mordida abierta anterior.

Viltres Pedraza et al ⁶ encontró que el 40,98% de los pacientes presentaron mordida cruzada posterior y Mesa Rodríguez y Medrano Montero ⁷⁰ hallaron labioversión con diastema y el apiñamiento inferior en el 40,9%; 27,27% y 5,75%, respectivamente.

El riesgo de que los niños con malos hábitos desarrollen una mordida cruzada depende del patrón genético de crecimiento, por lo que no todas las personas que tienen malos hábitos la tienen o desarrollarán una mordida cruzada en el futuro. Por tanto, es muy importante evaluar la dirección del crecimiento esquelético del paciente con malos hábitos para determinar el grado de riesgo de desarrollar una maloclusión.¹⁵

La influencia negativa de los malos hábitos sobre la oclusión se origina en la infancia. La alimentación con biberón y los hábitos de succión no nutritiva se han asociado con maloclusiones a partir de la dentición temporal. Varios autores han señalado que los niños alimentados con biberón tienen una fuerte tendencia a desarrollar el hábito de succionar el chupete. Los hábitos de succión no nutritivos se asocian con un patrón de deglución atípico y con el empuje de la lengua, lo que puede estar relacionado con el desarrollo de maloclusiones como la mordida cruzada posterior.¹⁵

Por otro lado, Baeshen ²⁹ encontró que la sobremordida moderada prevaleció entre el 12,8% de los pacientes estudiados, seguida de la mordida de borde a borde (7,1%), mordida abierta (3,1%) y sobremordida grave (2,7%), resultados que difieren de los de la autora del estudio.

Como anomalías oclusivas las más frecuentes, en el estudio de Iglesias Camargo et al ⁶⁸ encontraron el resalte y el apiñamiento dentario, representando respectivamente el 48,0% y el 38,0% de los pacientes observados. Quien plantea que el resalte incisivo aumentado o vestibuloversión de incisivos superiores es frecuentemente motivo de consulta por la afección de la estética facial, fácilmente detectable por los representantes.

Numerosos autores han escrito sobre la relación entre malos hábitos y maloclusión. Los hábitos orales son conductas repetitivas en la cavidad bucal que resultan en la pérdida de la estructura dental e incluyen chuparse los dedos, chuparse el chupete, chuparse y morderse los labios, morderse las uñas, bruxismo, hábitos autolesivos y empujarse la lengua. Su efecto depende de la naturaleza, aparición y duración de los hábitos. Los hábitos de succión no nutritivos persistentes pueden resultar en problemas a largo plazo y pueden afectar el sistema estomatognático, lo que lleva a un desequilibrio entre los músculos externos e internos. El empuje de la lengua, una posición anormal de la lengua con desviación del patrón de deglución normal y la respiración por la boca pueden estar asociados con mordida abierta anterior, habla anormal y protrusión anterior de los incisivos superiores. ¹⁵

CONCLUSIONES

La literatura científica documentó una relación bien establecida entre los hábitos deformantes bucales y la maloclusión. En el presente estudio se evidenció un predominio de pacientes entre 6-7 años de edad en casi la mitad de la población y existió un mayor porcentaje del sexo masculino frente al femenino. La deglución atípica resultó ser el hábito más frecuente encontrado, seguido de la succión digital. Más de las tres cuartas partes de los pacientes presentaron alguna maloclusión; entre ellas, el Síndrome clase I comportándose como el de mayor prevalencia en casi la mitad del universo estudiado. Entre las características clínicas frecuentes predominaron la incompetencia bilabial y el resalte anterior aumentado. Por lo antes expuesto, queda evidenciado la necesidad de intervenir precozmente sobre estos factores etiológicos de la maloclusión para evitar su progresión o agravamiento y, si ya se ha desarrollado, solucionarlo mediante un tratamiento de ortodoncia precoz.

RECOMENDACIONES

- Realizar actividades de Promoción de Salud para elevar el nivel de conocimiento en los padres para una detección temprana de hábitos bucales deformantes y sus efectos perjudiciales sobre el desarrollo la dentición temporal y permanente.
- Diagnosticar desde edades tempranas la presencia de hábitos deformantes bucales para prevenir maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño.
- Realizar estudios implementando métodos de diagnóstico más precisos; como modelos de diagnóstico, examen clínico más exhaustivo los mismos que permiten determinar y analizar las características de las alteraciones dentoalveolares producidas por los hábitos bucales deformantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mora Pérez C, Álvarez Mora I, Blanco Hernández A, Espino Sosa Y, Morera Pérez A, Macías Macías A. Efectividad de la Intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Rev. Nac. Odontológica [Internet]. 2017 [citado 11 Ene 2022]; 13 (26). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1884/1975>.
2. Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN [Internet]. abril de 2016 [citado 7 Ene 2022]; 20 (4): 429-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192016000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral [Internet]. 2016 [citado 11 Ene 2022]; 9 (2): 193-202. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3310/331047133018/>.
4. Zhou X, Zhang Y, Wang Y, Zhang H, Chen L, Liu Y. Prevalence of Malocclusion in 3- to 5-Year-Old Children in Shanghai, China. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 2]; 14 (3). Available from: <http://doi.org/10.3390/ijerph14030328>.
5. Boronat Catalá M, Montiel Company JM, Bellot Arcí C, Almerich Silla JM, Catalá Pizarro M. Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. Scientific Reports [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 4]; 7: 5048. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28698555>.
6. Guadalupe Rita VP, Tatiana de la Caridad BC, Yosvany HS, Lisbet AC, Lilianne de la Caridad EV. Tratamiento del micrognatismo transversal causado por hábitos

bucales deformantes. En: cibamanz2021 [Internet]. 2021 [citado 7 Ene 2022]. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/23>

7. Perrotta S, Bucci R, Simeon V, Martina S, Michelotti A, Valletta R. Prevalence of malocclusion, oral parafunctions and temporomandibular disorder-pain in Italian schoolchildren: an epidemiological study. J. Oral Rehabil [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 4]; 46 (7): 611–616. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30892729>.

8. Johnson García N, Jiménez Vargas ID, Bermúdez Ángel J. Relación entre función y forma craneofacial. Mediciones de labio y lengua en sujetos normales y con exceso vertical. Rev CES Odontol [Internet]. 1997 [citado 2 Ene 2022]; 10 (1).Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1079/671>.

9. Mollo Chumacero NJ. Maloclusión en la dentición mixta temprana en el grupo etario de 5 a 10 años de pacientes que acuden a la Clínica de Ortodoncia I. Odontología Actual [Internet]. 15 de diciembre de 2021 [citado 7 Ene 2022]; 6 (7): 1-7. Disponible en: <http://dicyt.uaajms.edu.bo/revistas/index.php/odontologia/article/view/524>

10. Manresa Malpica L, Silva Roque G, Zabala Echemendía I. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños entre 6 y 11 años. Progaleno [Internet]. 22 de noviembre de 2019 [citado 7 Ene 2022]; 2 (3): 164-74. Disponible en: <http://www.revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/128>

11. Zou J, Meng M, Law CS, Rao Y, Zhou X. Common dental diseases in children and malocclusion. Int J Oral Sci [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 4]; 10 (1): 7. DOI: 10.1038/s41368-018-0012-3

12. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente-Lactancia materna. [Internet]. 2017 [citado 21 Ene 2022]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/.

13. Proffit WR, Fields HW, Larson B, Sarver DM. Ortodoncia contemporánea. Elsevier Health Sciences; 2019. 740 p.
14. Parra Iraola SS, Zambrano Mendoza AG, Parra Iraola SS, Zambrano Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. International journal of odontostomatology [Internet]. junio de 2018 [citado 21 Ene 2022]; 12 (2): 188-93. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-381X2018000200188&lng=es&nrm=iso&tlng=en
15. Grippaudo C, Paolantonio EG, Antonini G, Saulle R, La Torre G, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. Acta Otorhinolaryngol Ital [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 3]; 36 (5): 386-94. DOI: 10.14639/0392-100X-770
16. 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: Artículo de revisión bibliográfica. RCS [Internet]. 11 de enero de 2021 [citado 16 Ene 2022]; 4 (7): 39-60. Disponible en: <http://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/23>
17. Hidalgo Sanchez BC, Morales Corella V, Toledo Aguilera BA, Ruiz Campaña EE, Ginesta Tamayo T, Velazquez Leyva TL. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años Gibara.2020. En: EdumedHolguin2020 [Internet]. 2020 [citado 28 de enero de 2022]. Disponible en: <http://edumedholguin2020.sld.cu/index.php/edumedholguin/2020/paper/view/310>
18. Herrero Solano Y, Arias Molina Y, Herrero Solano Y, Arias Molina Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimed [Internet]. junio de 2019 [citado 7 Ene 2022]; 23 (3): 580-91. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-48182019000300580&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Suárez Zafra D, Cabrera Salas A, de la Torres Hernández IE, Estrada Sánchez GG, Suárez Zafra D, Cabrera Salas A, et al. Necesidad de tratamiento estomatológico en niños de la Escuela Especial “Jardín de La Alegría”, 2016. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. diciembre de 2019 [citado 21 Ene 2022]; 56 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072019000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
20. Mora Pérez C, Gil Rodríguez M, Álvarez Mora I, Cardoso Santiago M, Álvarez Rodríguez P et al. Intervención educativa en niños de 7 a 11 años portadores de maloclusiones. Área VII, Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2014 [citado 6 Ene 2022]; 12 (6): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600005.
21. Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías JL, Rosell Silva CR, Hernández Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2011 [citado 3 Ene 2022]; 9 (2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1800/180020299006/>.
22. Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Revista Médica Electrónica [Internet]. agosto de 2014 [citado 7 Ene 2022]; 36 (4): 396-407. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242014000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Recalde Ruiz Díaz MB. Hábitos deletéreos relacionados con la maloclusión en niños pre escolares en tres Instituciones Educativas de CNEI Oviedo. Año 2019 [Tesis]. Coronel Oviedo: Universidad Nacional de Caaguazú; 2020 [citado 3 Ene 2022]. Disponible en: <https://odontounca.edu.py/wp-content/uploads/2021/06/RECALDE-RUIZ-DIAZ-MARTHA-BEATRIZ.pdf>

24. Valdivieso Mato KD. Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de las maloclusiones dentarias [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; septiembre de 2021 [citado 7 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56124>
25. Staufert Gutierrez D, Carugno P. Thumb Sucking. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [cited 2022 Jan 4]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556112/>
26. Garzón López JA. Manejo terapéutico de los trastornos funcionales asociados al frenillo lingual corto [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; octubre de 2020 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/49646>
27. D'Onofrio L. Oral dysfunction as a cause of malocclusion. Orthod Craniofac Res [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 3]; 22 (1): 43-8. DOI: 10.1111/ocr.12277
28. Pacheco Morffi PM, Hernández Millán AB. Relationship between the oral deforming habits and psychological and emotional disorders. Oral [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 4]; 20 (62): 1698-704. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=214&IDARTICULO=88605&IDPUBLICACION=8459>
29. Baeshen HA. Malocclusion trait and the parafunctional effect among young female school students. Saudi J Biol Sci [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 4]; 28 (1): 1088-92. DOI: 10.1016/j.sjbs.2020.11.028
30. Garibo Ruiz MA, Barrera Brito D, Garibo Ruiz D. Asociación entre el tiempo de lactancia y el desarrollo de maloclusiones. Salud pública de México [Internet]. 2018 [citado 21 Feb 2022]; 60 (2). Disponible en: <https://doi.org/10.21149/8746>.
31. Gómez F, Mercado S, Huanca H. TRATAMIENTO ORTODONCICO PACIENTE MUJER PRESENTANDO MALOCLUSION CLASE II DIVISION 1 REPORTE DE CASO CLINICO EN LA PRACTICA PRIVADA. Evidencias en Odontología Clínica [Internet]. 26

de septiembre de 2019 [citado 2 Ene 2022]; 4 (2). Disponible en: <https://revistas.uancv.edu.pe/index.php/EOC/article/view/724>

32. Chamorro A, García C, Mejía E, Viveros E, Soto L, Triana F, et al. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Revista CES Odontología [Internet]. 2016 [citado 28 de enero de 2022];29(2):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>

33. Torres Estrella MI. Prevalencia de maloclusiones en escolares de 12 años de la parroquia Cañaribamba Cuenca - Ecuador, 2016 [Tesis]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; enero de 2017 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/9679>

34. Arias AA, Espinal BG, Ponce PM, Posada LA, Nava CJ, Salcedo OB. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín –Colombia, 2016. Rev. nac. odontol. [Internet]. 2017 [citado 13 Ene 2022]; 14 (26). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1814>.

35. Cortez Mendoza L. Prevalencia de Maloclusión según la clasificación de Angle en los escolares de 8 a 12 años de edad en la Institución Educativa N° 22313 de Ica en el año 2016 [Tesis]. Perú: Universidad Alas Peruanas; 2017 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/1238>

36. Patrón Román CA. Oclusión y Ortodoncia [Tesis]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018 [citado 2022 Ene 3]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2733>

37. Otaño Lugo R. Ortodoncia. 1ra ed. La Habana: Cuba; 2014.

38. Segura Martínez N, Medrano Montero J, Moreira Segura F, Segura Martínez N, Terán Pérez S. Prevalencia de mordida cruzada en pacientes de la Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Correo Científico Médico [Internet]. junio de 2017

[citado 22 Ene 2022]; 21 (2): 468-78. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812017000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=en

39. Bernal Barroso F. Evaluación de la severidad de la maloclusión en niños con osteogénesis imperfecta [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2018 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51165/>

40. Acuña López LB, Molina Higuera G. Relación entre los hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones durante la dentición mixta de niños con trastorno de déficit de atención e hiperactividad [Tesis]. Pamplona: Universidad de Navarra; 2019 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/3480>

41. Díaz Pérez D. Factores de riesgo y Diagnóstico de maloclusiones en niños de 5 a 11años. Polo del Conocimiento [Internet]; 2017 [citado 2 Ene 2021]; 2 (12). Disponible en: https://redib.org/Record/oai_articulo2286569-factores-de-riesgo-y-diagn%C3%B3stico-de-maloclusiones-en-ni%C3%B1os-de-5-a-11a%C3%B1os

42. Rojas Gaona PM. Los Trastornos Temporomandibulares Y La Oclusión Dentaria [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; septiembre de 2021 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56171>

43. Tello Cevallos JL. Interferencia en el área de los molares: Ley Diagonal de Thielemann [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; septiembre de 2018 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/33755>

44. MS SJN Dds. Wheeler. Anatomía, Fisiología Y Oclusión Dental. Elsevier Health Sciences; 2020. 337 p.

45. Daza Palacios MN. Prevalencia de maloclusión en pacientes de 7 a 10 años atendidos; Facultad de Odontología ULEAM [Tesis]. Manta: Universidad Laica Eloy

Alfaro de Manabí; 2017 [citado 3 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/365>

46. Ojeda Olarte WA, Londoño Mateus B. Posición de lengua mediante la técnica payne y su asociación con discrepancias dentales anteriores en escolares con dentición mixta de la Institución Nuestra Señora del Divino Amor con edades entre 8 y 12 años [Tesis]. Colombia: Universidad Santo Tomás; 2018 [citado 3 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.usta.edu.co/handle/11634/16045>

47. Pacheco Rosado FV. Análisis de la tendencia de crecimiento en pacientes clase II esquelética mediante el uso de Vert de Ricketts y los círculos de crecimientos de Jarabak [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 2019 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40358>

48. Chumpitazi Huapaya AF. Nivel de conocimiento sobre maloclusión dental por los padres de familia y la cooperación en el tratamiento de ortodoncia en niños de 6 a 13 años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega [Tesis]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 14 de diciembre de 2018 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3565>

49. Salas Bedón OP, Sandoval Orrico KS. Necesidad de tratamiento ortodóntico mediante el índice de estética dental (dai) en jóvenes de 12-15 años [Tesis]. 2017 [citado 6 Ene 2022]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/12518>

50. Bustos Pérez L, Herrera Cisternas C, Jacques Bravo J. Relación entre recesión gingival y fenotipo periodontal en pacientes tratados ortodónticamente, mediante aparatología fija, en el Centro de Clínicas Odontológicas de la Universidad de Talca [Tesis]. Talca: Universidad de Talca. Escuela de Odontología; 2019 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/11697>

51. Núñez Povis CV. Tratamiento temprano del apiñamiento dental con extracción de primeros premolares, Lima 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. 21 de junio de 2021 [citado 22 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/2263>
52. Nuñez Povis CV. Nivel de información que presentan las tecnólogas de desarrollo infantil sobre hábitos bucales deformantes de “centros infantiles del Buen Vivir” (CIBV) zona Quitumbe, Quito 2017 [Tesis]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2018 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15150>
53. Yange M, Fernanda M. Terapia miofuncional a edades tempranas previo tratamiento ortodóntico [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; septiembre de 2021 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56274>
54. Méndez de Varona YB, Peña Marrero Y, Lagoa Madeley JG, Batista Sánchez T, Carracedo Rabassa Z. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños. Correo Científico Médico [Internet]. septiembre de 2017 [citado 6 Ene 2022]; 21 (3): 668-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812017000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Peña Ayala YZ, Avilla Bastos Y, Murcia Coca LR. Prevalencia del hábito de succión digital y su relación con maloclusión en niños de 5 a 12 años de la Institución Educativa Jorge Eliécer Gaitán Ayala en el periodo II del año 2018 [Tesis]. Colombia: Universidad Antonio Nariño; 26 de junio de 2020 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uan.edu.co/handle/123456789/1051>
56. Bailon Naupay SE. Frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima 2018 [Tesis]. Perú: Universidad de Huánuco; 2020 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/2335>

57. Ochoa Sierra EM. Hábitos orales no fisiológicos en niños de 7 a 10 años [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; marzo de 2019 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/40379>
58. Rodríguez Figueroa MM. Onicofagia y su relación con afecciones en piezas anteriores permanentes a causa del estrés [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; septiembre de 2021 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56130>
59. Galarza Mora LY. Desgaste dental en niños de 6 a 12 años con onicofagia en la escuela “Manuel Villamarín Ortiz” de Babahoyo [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; junio de 2020 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48519>
60. López Martínez MA. Prevalencia de mordida abierta anterior en niños escolares tratados en la Facultad Piloto de Odontología [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; junio de 2020 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48587>
61. González Caballero D, Aguilar Guerrero K, Raventos Purón A. Hábitos bucales deformantes y autoestima en escolares de 9 a 12 años. En: cibamanz2021 [Internet]. 2021 [citado 6 Ene 2022]. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/view/21>
62. Durán Menéndez L, Bolaños Vera Bolaños DV. Respiración bucal como factor etiológico de protrusión dental, paladar profundo e incompetencia labial. EOUG [Internet]. 2018 [citado 6 Ene 2022]; 1 (1). Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/11>
63. Moya Silva TJ, Iza Molina JE. Prevalencia de maloclusiones dentarias en relación con hábitos orales no fisiológicos en escolares de 5 a 9 años de la Unidad Educativa Pastocalle de la parroquia Pastocalle del cantón Latacunga, en el periodo de junio a julio del 2017 [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología;

2017 [citado 7 Ene 2022]. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13455>

64. Horta Marzo A. Prevalencia de hábitos bucales deformantes y disfunciones neuromusculares. Escuela primaria Sergio González López. 10 de octubre. 2019-2020. En: Estomatologia2020 [Internet]. 2020 [citado 28 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/593>

65. Alcívar Mejía KJ. Hábitos bucales y mal oclusiones en niños de 4 a 12 años de edad [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; 9 de septiembre de 2019 [citado 7 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44141>

66. Crespo CM, Carrasco Aulestia JG, Ramírez Velásquez MDC, Chicaiza Sánchez HJ. Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares. Killkana Salud y Bienestar [Internet]. 3 de agosto de 2020 [citado 28 de enero de 2022]; 4 (2): 1-6. Disponible en: https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana_salud/article/view/330

67. López Huamani GN. Prevalencia de hábitos orales parafuncionales en niños de 6 a 12 años de edad en la Institución Educativa Simón Bolívar de Moquegua, 2019 [Tesis]. Perú: Universidad José Carlos Mariátegui; 2021 [citado 7 Ene 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1170>

68. Iglesias Camargo S, Bencomo Alonso M, Camargo Luaces E, Sarrías Cue S. Prevalencia de maloclusiones en pacientes del Policlínico Elena Fernández Castro del municipio Los Palacios. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 3 de febrero de 2017 [citado 7 Ene 2022]; 12 (2): 106-16. Disponible en: <http://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/193>

69. Granoble Romero DA. Factores de riesgo de maloclusiones dentarias en pacientes de 6 a 12 años [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto

de Odontología; junio de 2020 [citado 7 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48560>

70. Mesa Rodríguez NY, Medrano Montero J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Correo Científico Médico [Internet]. junio de 2017 [citado 7 Ene 2022]; 21 (2): 458-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1560-43812017000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

71. Gregoret J. Ortodoncia y cirugía ortognática. Diagnóstico y planificación. Editorial médica Panamericana. Argentina, 1997. pp. 82 – 88.

72. Proffit WR, Fields HN, Maray LL. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: estimates from the NHAMES III Survey. IntJ OrthognathSurg [Internet]. 2003 [cited 2022 Jan 3]; 13 (2): 97-106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9743642/>

73. Rakosi T, Schilli W. Class III anomalies: a coordinated approach to skeletal, dental, and soft tissue problems. J Oral Surg [Internet]. 1981 [cited 2022 Jan 3]; 39:860–870. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6945413>.

74. Levrini A. Le abitudini viziate. Quaderni di Odontoiatria Infantile Elsevier; 1989. Available from: [https://scholar.google.com/scholar?q=Levrini+A+1989+3+Le+abitudini+viziate.+Quader ni+di+Odontoiatria+Infantile+Elsevier+](https://scholar.google.com/scholar?q=Levrini+A+1989+3+Le+abitudini+viziate.+Quader+ni+di+Odontoiatria+Infantile+Elsevier+).

75. Rosero Villavicencio CT. Alteraciones en el desarrollo dentomaxilar por la influencia de malos hábitos orales [Tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología; marzo de 2021 [citado 7 Ene 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/52161>

ANEXOS

ANEXOS I: ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES Y TUTORES DE LOS NIÑOS

Por este medio hago la solicitud a los padres y/o tutores de los niños, para la realización de un estudio epidemiológico en el consultorio número 10. El objetivo del estudio es caracterizar el comportamiento de los hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños de 6-11 años del consultorio 10 de la comunidad 5 de septiembre de Cartagena durante el periodo 2019-2021, y tiene como importancia contribuir a la detección precoz de las anomalías de la oclusión, con el propósito de encaminar programas preventivos que nos permitan disminuir la incidencia de las maloclusiones, posibilitando elevar la salud de nuestros niños y ahorrar una cantidad de recursos teniendo en cuenta el alto costo de los tratamientos curativos de Ortodoncia.

Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos y de su identidad, es decir que nunca se mostrarán los registros adquiridos con los nombres de los niños a los cuales se les tomarán estos datos y solo se manejarán por los investigadores que llevan a cabo el presente estudio.

Usted tiene el derecho negarse a participar en la investigación, y plena libertad para retirarse de la misma cuando lo estime. Usted tiene el derecho de solicitar y se le garantiza la atención estomatológica integral a su hijo(a) si fuera necesario. En caso de detectársele cualquier alteración en la cavidad bucal, se le hará saber y se le brindará el tratamiento adecuado.

Firma del Jefe del Proyecto:

Firma de los padres

ANEXO II: PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad _____

Sexo _____

Tipo de Hábito deformante

Hábitos	Presenta	No presenta
Deglución atípica		
Succión digital		
Succión del biberón		
Respiración bucal		
Queilofagia		
Onicofagia		
Succión del tete		

Tipo de oclusión

___ Normoclusión

___ Maloclusión

Tipo de maloclusión

___ Clase I

___ Clase II Div 1

___ Clase II Div 2

___ Clase III

Características clínicas

___ Apiñamiento

___ Diastemas

___ Resalte anterior

___ Resalte posterior

___ Sobrepase

___ Relación molar

___ Mordidas abiertas