



Policlínico Universitario “Dr. Enrique Barnet”. Clínica Estomatológica

Trabajo para Optar por el Título de Especialista en Estomatología General Integral.

Título: Hábitos bucales deformantes y maloclusiones asociadas en escolares de la escuela Toribio Lima. Lajas. 2023

Autora: Dra. Roxana de León López*

Tutora: Dra. Yetty I Rosado Fernández **

* Residente de 2do año en Estomatología General Integral

** Especialista primer grado en Estomatología General Integral

Cienfuegos, 2023

“... el médico será algo más que alguien que atiende a uno que se enferma y va al hospital, sino que tendrá un papel especial en la medicina preventiva..., en fin será un Guardián de la Salud.”

Fidel Castro Ruz

Índice

<i>Introducción</i>	1
<i>Objetivos</i>	5
<i>Marco teórico</i>	6
<i>Diseño Metodológico</i>	24
<i>Análisis y Discusión de los resultados</i>	32
<i>Conclusiones</i>	46
<i>Recomendaciones</i>	47
<i>Referencias Bibliográficas</i>	48
<i>Anexos</i>	54

RESUMEN

Los hábitos deformantes bucales constituyen un problema de salud frecuente en la población infantil. Su práctica y la no eliminación en edades tempranas trae consigo las maloclusiones. **Problema científico** ¿Cuáles son los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones asociadas, que portan los niños de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular urbano Sur, municipio Lajas? **Objetivo general.** Caracterizar los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones asociadas, que portan los niños de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular urbano Sur, municipio Lajas. **Método.** Estudio observacional, descriptivo, correlacional en la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular Urbano Sur, municipio Lajas, desde octubre 2021 a junio 2023. **Universo:** 208 niños entre 5 y 11 años que conformaron la matrícula de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular Urbano Sur, municipio Lajas. **Muestra.** Muestreo intencional no probabilístico a criterio del investigador, los 64 niños entre 5 y 11 años escolarizados en la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular Urbano Sur, municipio Lajas, portadores de hábitos bucales deformantes, que dieron su consentimiento informado para formar parte de la investigación sus padres o tutores. **Resultados:** El 52.4% perteneció al sexo femenino y el 41.8% al grupo de 5-7 años. El empuje lingual fue el hábito más frecuente con 9.1%. El 41.3% presentó maloclusión, siendo la más frecuente el apiñamiento con 73.4%. El 90.6% de los pacientes portadores de hábitos presentaron maloclusión. **Conclusiones:** Se verificó la relación entre la práctica de hábitos deformantes y las maloclusiones.

Introducción

La salud bucal es parte integrante de la salud general, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal.¹

La población mundial resulta afectada en 90 % por alguno de los problemas de salud bucal.

Las enfermedades bucales, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifican plenamente su atención como problema de salud pública.²

Las anomalías dentomaxilofaciales son la causa más frecuente de la alteración o pérdida de la estética facial de una persona y constituye una de las razones por la cual los pacientes acuden a las consulta de Ortodoncia y Estomatología. La etiología puede ir desde la herencia hasta los agentes etiológicos locales, susceptibles de ser identificados oportunamente por los especialistas en Estomatología General Integral.²

Hace veinticuatro siglos, en Grecia, fue donde se dio un mayor impulso a la medicina, estando Hipócrates entre los primeros en comentar sobre la deformidad craneofacial.³

Las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) comprenden las alteraciones del crecimiento, desarrollo y fisiologismo de los componentes anatómicos que conforman el sistema estomatognático, mientras que las maloclusiones solo se refieren a desviaciones de la oclusión normal.

Las causas de las anomalías dentomaxilofaciales son múltiples y complejas, los hábitos bucales incorrectos o deformantes son una de las más frecuentes.⁴

La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones, no ponen en riesgo la vida del paciente, pero su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública.⁵

Las maloclusiones, por su prevalencia e incidencia, ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas por los expertos de la Organización Mundial de la Salud como uno de los denominados problemas de salud, ya que más del 70 % de los niños y jóvenes mayores de seis años las padecen.⁶

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.⁶

En Venezuela, las maloclusiones constituyen el segundo problema de salud bucal más común en la población pediátrica, precedidas únicamente por la caries dental, según un estudio realizado que identificó 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. El trabajo revela que entre mayor sea la persistencia del hábito en el tiempo, más severas son las consecuencias sobre el desarrollo maxilar.⁴

En Venezuela se encontró que el 77 % de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión.^{1,7}

El estudio de los hábitos y sus efectos asume una posición relevante puesto que estos se presentan entre el 56% y el 75% de la población y causan infinidad de anomalías en los músculos maxilares y dientes, es el problema principal la falta de conocimiento.⁴

Los hábitos bucales deformantes son causas frecuentes de maloclusiones, se instalan en el 56% al 75% de los niños entre tres y cinco años, aparecen solos o combinados, y son elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar; estos han sido ampliamente estudiados y analizados por diferentes autores, y al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención y tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial.⁵

En Chile, para conocer la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de estos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilofaciales, se encontró que 66.0 % practicaban dichos hábitos; en el norte de la India se halló que de los niños examinados 25.5 % presentaron hábitos bucales deformantes, siendo el 0.7 % succionadores digitales.^{1,7}

En Cuba las maloclusiones se presentan en el 36,3 % y el sexo más afectado es el femenino (52,6 %), refiere Polanco que la necesidad de tratamiento estimada es del 40 % en la población infantil y juvenil.¹

Estudios realizados en esta década plantean que la cifra de afectados oscila entre 27 % y 66 %. En niños examinados en 2013 en Granma con edades entre 5 y 11 años se encontró que los hábitos bucales deformantes más frecuentes fueron la succión digital y la lengua protráctil, mientras que la característica clínica sobresaliente fue la versión vestibular de los incisivos superiores y la mayoría de los pacientes con más de un hábito eran varones, fundamentalmente en la edad de 9 años. Similares resultados fueron encontrados en el municipio Güines, donde se demostró como los niños de esta misma edad y fundamentalmente del sexo femenino practicaban dichos hábitos, trayendo como resultado que las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes fueran una vez más la vestibuloversión de incisivos superiores y la adaquia.⁴

En la provincia de Cienfuegos se han llevado a cabo varias investigaciones. En la primera mitad de un estudio realizado en enero del 2013 a septiembre del 2015 para evaluar la efectividad de una intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes se pudo constatar como la frecuencia de hábitos es mayor en el municipio cabecera con un 58,85%, seguido de Cumanayagua con 20,43% y Abreus 2%.⁸

Mora en su intervención en un área de salud de Cienfuegos, refiere que los hábitos más frecuentes encontrados fueron el empuje lingual, seguido de la succión de biberón y la onicofagia.⁸

Actualmente, el objetivo primordial de la estomatología cubana debe ser la prevención, por lo que la educación sanitaria deviene un elemento esencial en ese sentido y ha de ir dirigida fundamentalmente hacia los individuos que no necesitan tratamiento curativo, con el fin de que tomen conciencia sobre su autorresponsabilidad en el mantenimiento de su estado de salud.⁹

Conociendo que existen estudios en el municipio de Lajas sobre este tema donde se han encontrado gran cantidad de hábitos bucales deformantes y que la educación comienza con la vida se decidió realizar este trabajo con niños de edad escolar pues múltiples estudios e investigaciones evidencian que en esta etapa, donde el niño

aprende mediante el juego, se sientan las bases, los fundamentos esenciales para todo el posterior desarrollo infantil, así como las grandes reservas y posibilidades que en ellas existen para la formación de diversas capacidades y cualidades personales.

Justificación

Desde el punto de vista económico, si se logra elevar los conocimientos sobre los hábitos tempranamente se ahorran gastos a la economía del país y se obtiene un funcionamiento óptimo del aparato estomatognático. El control de los hábitos deformantes desde edades tempranas, logra que estos se eliminen. De lo contrario, obliga a la remisión al segundo nivel de atención con el consecuente uso de la mecanoterapia debido al efecto sostenido de los hábitos deformantes que agravarían las anomalías dentomaxilofaciales y necesitarían una aparatología fija que es más costosa.

A la sección estomatológica del municipio de Lajas acuden niños que están afectados por diferentes patologías bucales, al realizarles las historias clínicas, se detectaron anomalías dentomaxilofaciales y al interrogar a los padres o tutores se evidenció la presencia de hábitos deformantes bucales. Se realizaron investigaciones exploratorias donde se comprobó la alta frecuencia de esta entidad, lo que constituye un problema de salud de la población infantil del municipio Lajas.

Se han realizado estudios anteriores que incluyen medidas educativas para eliminar los hábitos deformantes bucales en el municipio de Lajas solo en el área rural; de ahí la necesidad de realizar esta investigación donde se describieron dichos hábitos en el consejo popular Urbano Sur del municipio.

Problema Científico:

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.

¿Cuáles son los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones asociadas, que portan los niños de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular urbano Lajas Sur del municipio Lajas?

Objetivos

Objetivo general

- Caracterizar los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones asociadas, que portan los niños de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular urbano Lajas Sur del municipio Lajas.

Objetivos específicos

- Describir las variables sociodemográficas de los escolares en cuanto a edad y sexo.
- Identificar los escolares con hábitos bucales deformantes de según tipo, sexo y edad.
- Determinar prevalencia de hábitos deformantes y maloclusiones en los escolares estudiados.
- Identificar en los escolares portadores de hábitos bucales deformantes las maloclusiones según edad, sexo y hábitos más frecuentes.

Marco Teórico

El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función; 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.⁴

La literatura reconoce el origen multifactorial en el desencadenamiento de las maloclusiones dentarias, en el que intervienen factores hereditarios y estructurales como el tamaño de los huesos y los dientes, la dirección eruptiva de estos últimos, la dirección de crecimiento de los huesos, etc. así como otros factores ambientales.²

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en la boca, de dientes temporales y permanentes, abarca de los 6 años hasta los 12 años de edad aproximadamente. Es un período de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en estos años deben realizarse una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva. En ella se distinguen dos periodos: la dentición mixta temprana que comienza con la erupción de los primeros molares y los incisivos permanentes y la dentición mixta tardía que comienza una vez que se exfolian los caninos temporales y dura hasta que se exfolie el último diente temporal.¹⁰

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.⁹

Resalte aumentado

Cuando la distancia entre el borde incisal del incisivo superior y la cara vestibular del incisivo inferior, medido en dirección paralela al plano oclusal, es más de lo normal: de 2,5 a 3 mm.

Características

El resalte aumentado, en la mayoría de los casos, es de origen multifactorial y puede presentarse en combinación con otras anomalías. Se observa:

- Por problemas dentales:
 - Vestíbuloversión superior.
 - Linguoversión inferior.
- Por problemas esqueléticos:
 - Prognatismo y macrognatismo maxilar.
 - Retrognatismo o micrognatismo mandibular.
- Combinaciones de las anteriores.

Etiología

- Herencia.
- Congénito.
- Traumas.
- Hábitos.
- Enfermedades sistémicas y bucales.¹¹

Mordida profunda

Es la distancia en sentido vertical entre los bordes incisales de los incisivos centrales superiores e inferiores. Se proyecta el borde incisal superior sobre el inferior en forma paralela al plano oclusal y se mide la distancia desde donde llegó el incisivo superior hasta el borde del incisivo inferior. Se considera normal cuando es de un tercio de corona en la dentición permanente, aunque se le describe como aquel que permita la

desoclusión de los premolares y molares cuando los incisivos estén borde a borde. En dentición temporal se considera normal hasta una corona.¹¹

Características

La magnitud de la mordida está en relación con la curva de Spee, cuando esta curva es plana la sobremordida es normal y cuando es profunda se produce un entrecruzamiento excesivo. La profundidad de la mordida está controlada por factores dentarios, por ejemplo: longitud de las coronas de los incisivos, elevación de los primeros molares superiores y el ángulo entre los ejes de los incisivos centrales, al igual que por factores esqueléticos. La profundidad de la mordida se convierte en un problema clínico definido, cuando la función oclusal o temporomandibular está o puede estar perturbada. La profundidad de la mordida debe ser relacionada con la salud de las estructuras blandas y de soporte, función temporomandibular, y de los efectos del futuro crecimiento esquelético sobre estos factores.¹¹

Mordida abierta

La mordida abierta es la falta de contacto de uno o varios dientes de un arco con sus antagonistas. Durante el curso normal de erupción, se espera que los dientes y su hueso alveolar de soporte se desarrollen hasta encontrarse con sus antagonistas oclusales, cualquier interferencia puede resultar en una mordida abierta (desoclusión).

Clasificación

Por su gravedad:

- Mordidas abiertas simples, las confinadas a los dientes y el hueso alveolar.
- Mordidas abiertas complejas, causadas por displasias esqueléticas.

Por su posición:

- Anteriores
- Posteriores

Etiología

- Herencia.
- Embriológica de origen desconocido.
- Hábitos.
- Enfermedades.
- Traumas.

Factores de riesgo

- Herencia.
- Presencia de hábitos.
- Trastornos respiratorios.
- Incompetencia neuromuscular.
- Dientes anquilosados.¹¹

Apiñamiento

Alteraciones que se producen en la posición de los dientes, las que pueden ser: ligera, moderada o severa.

Etiología

- Herencia.
- Congénito.
- Traumas
- Agentes físicos.
- Hábitos.
- Enfermedades bucales y sistémicas.
- Desnutrición

Características

El apiñamiento varía de un individuo a otro, y puede existir más de un factor contribuyente en un mismo individuo; en ocasiones la anomalía se complica por desequilibrios esqueléticos y/o neuromusculares. Puede observarse el apiñamiento en la discrepancia 0 (espacio disponible igual al que se necesita) como en los casos con rotaciones de los dientes del segmento posterior o cuando se trata de una dentición mixta que puede resolverse el espacio en el cambio dentario. Cuando la discrepancia es negativa, el espacio disponible no es suficiente para la alineación dentaria, debido a la disminución de la longitud del arco, por macrodoncia, micrognatismo o una combinación de estos. El apiñamiento causado por una discrepancia hueso diente negativa puede ir de ligero a elevado.¹¹

Mordidas cruzadas

Las mordidas cruzadas se caracterizan por la existencia de un resalte negativo, o sea, se invierte la relación típica de desbordamiento de los dientes superiores por fuera de

los inferiores. Se puede manifestar en el segmento anterior, en los posteriores (unilateralmente o bilateralmente) o en toda la arcada. En dependencia de esto se clasificará y se modificará la conducta terapéutica.

Clasificación

De acuerdo con la zona en que se presenta puede ser:

- Mordida cruzada anterior (MCA): el o los dientes involucrados comprenden el segmento anterior. Se clasifican en:

- a) Simple: posición lingual anormal de 1 ó 2 dientes anteriores maxilares con respecto a sus antagonistas y existe el espacio para su ubicación, el problema es dentario.

- b) Compleja: están cruzados más de un diente y comprometido el espacio para su ubicación correcta. Aquí también se incluyen los casos donde hay compromiso esquelético. c) Funcional: en estos casos la posición cruzada de los dientes se logra por un desplazamiento anterior de la mandíbula, debido a una interferencia oclusal (contacto prematuro) o por amígdalas hipertróficas. Se le denomina pseudoprognatismo o pseudo clase III, porque realmente no existe una verdadera clase III.

- Mordidas cruzadas posteriores (MCP): el resalte negativo se presenta en los premolares y/o molares. Puede presentarse en 1 diente o más. Se clasifican según su ubicación en:

- . Unilateral.

- . Bilateral.

Según su magnitud en:

- . Simple: se debe a una posición inclinada de 1 ó 2 dientes cruzados, con espacio suficiente para su corrección. Su causa es dentaria.

- . Compleja: puede ser de origen dentario cuando no hay espacios suficientes para su corrección. También puede ser esquelético cuando los molares cruzados están bien ubicados sobre sus bases óseas, pero en el plano transversal las bases se superponen asimétricamente y al ocluir quedan en mordida cruzada, la alteración es en el hueso basal. Pueden presentarse asimetrías faciales.

- . Funcional: como su nombre lo dice, la causa es un problema funcional, o sea, una interferencia deflexiva (contacto prematuro), que produce un desplazamiento lateral de la mandíbula hacia el lado que cierra en cruzada, por lo tanto siempre será unilateral.

Esta es la más lesiva de todas la MCP, como puede apreciarse en el esquema que se muestra más adelante.

El contacto prematuro que se puede responsabilizar con la MCP funcional puede presentarse en cualquier diente y en cualquier dentición, por ejemplo: es muy frecuente en niños al nivel de los caninos temporales, contactan primero y desvían la mandíbula hacia un lado, que es el lado donde se manifiesta el resalte negativo. También es frecuente en casos con ligeros micrognatismos transversales del maxilar, que al ocluir, lo hacen en una posición de cúspide a cúspide y la mandíbula, buscando la mínima dimensión vertical oclusiva, se desplaza hacia el lado que más cómodo le sea, y será el lado de la MCP.

- Mordidas cruzadas combinadas (MCC): involucra dientes anteriores y posteriores. Su diagnóstico y tratamiento debe hacerse aislado, o sea, son consideradas maloclusiones independientes. La existencia de una no excluye la de otra y es eso precisamente lo que más se presenta, combinaciones, en las que se debe ser capaz de determinar qué grado de compromiso existe en cada tejido, y basándose en esto modificarlos diferencialmente.

Etiología de las mordidas cruzadas

- Herencia.
- Congénito.
- Trauma.
- Agentes físicos.
- Hábitos.
- Enfermedades.
- Desnutrición.¹¹

Numerosas son las causas que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran elementos totalmente externos sobre los cuales se puede actuar, dentro estos podemos mencionar los hábitos bucales deformantes.⁴

Se define como hábito una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Dentro de la cavidad oral podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, quienes son de

gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones. Entre los más comunes se encuentran los hábitos de succión, respiradores bucales, alteraciones de la deglución e interposición de objetos.¹²

Los hábitos bucales se clasifican según:

La forma:

- Hábitos beneficiosos o funcionales: son aquellos que al realizarse correctamente, estimulan el desarrollo normal, por ejemplo: la succión, la masticación, la respiración nasal y la deglución normal.
- Hábitos perjudiciales o nocivos: son los resultantes de la perversión de los anteriores, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.³

El momento:

- Hábitos clínicamente no significativos: se presentan en edades y momentos que por no producir alteraciones y no requerir tratamiento, no se traducen en problemas clínicos.
- Hábitos clínicamente significativos: se presentan en edades y en un grado de severidad tal, que reclaman de su atención y tratamiento, por cuanto generan anomalías bucales ocasionalmente severas.³

La frecuencia e intensidad:

- Hábitos no compulsivos: son los que se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia.
- 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.^{3,13}

Dentro de la etiología de la maloclusión, los hábitos orales deletéreos de la musculatura orofacial son puntos clave, por lo que se considera necesaria la prevención, interrupción y tratamiento interceptivo precoz mediante su modificación.¹⁰

Los hábitos bucales deformantes son una costumbre adquirida, por repetición de una acción, que puede tornarse pernicioso y provocar fuerzas patológicas que acarrear trastornos morfológicos y funcionales.¹⁴

Los hábitos deletéreos más frecuentes son:

- Succión del pulgar y otros dedos
- Queilofagia
- Onicofagia
- Posturas inadecuadas
- Mordedura de objetos duros.
- Succión del chupete.

Las disfunciones que con más frecuencia actúan negativamente en el desarrollo de los maxilares son:

- Respiración bucal
- Disfunción lingual (Interposición lingual en reposo y en deglución).
- Disfunciones neuromusculares

Estos hábitos comienzan en la niñez lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que ésta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del estomatólogo y del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquier hábito bucal deformante; es importante además, la cooperación de los padres pues la llave para la eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padres e hijos; similar criterio tuvo Finn cuando planteó; " Si queremos tener buenos pacientes infantiles primero tendremos que educar a los padres." ¹⁴

HÀBITOS BUCALES DEFORMANTES

Succión del pulgar y otros dedos

Consiste en la introducción de dedos (fundamentalmente el pulgar de una mano) en la cavidad bucal. Generalmente se realiza con la yema del dedo apoyada sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar incisivo y la cara lingual de los incisivos superiores. Una gran cantidad de niños presenta en edades tempranas de la vida algún hábito de succión no nutritiva, el hábito mantenido de chuparse el dedo puede dar lugar a la maloclusión, la magnitud del daño guarda mayor relación con el número de horas de succión diarias que con la intensidad de la presión. Los niños que se chupan el dedo con intensidad pero de forma intermitente, pueden no presentar un gran desplazamiento o ninguno, mientras los que lo realizan durante 6 horas o más,

especialmente los que duermen con el pulgar u otro dedo entre los dientes durante toda la noche, pueden sufrir una maloclusión importante.¹⁰

Etiología

- Cuando aparece durante las primeras semanas de vida, el hábito está relacionado con los problemas de lactancia e insatisfacción alimentaria debido a que al succionar el pezón de la madre siente seguridad, se comunica con el mundo exterior, siente sensación de alivio del hambre, y cuando por alguna razón se suspende la alimentación materna y no se realiza una alimentación artificial lo más semejante a la natural, el niño no se satisface totalmente y esto posibilita la succión de algún dedo.¹⁰
- Otra de las causas de la presencia de este hábito es la prolongación de la lactancia sin restricción, la cual refuerza el impulso oral.
- La clásica teoría freudiana sugiere que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual en las 1^{eras} semanas de la vida.¹⁰
- Tensiones o conflictos emocionales insuperables como la inseguridad, falta de atención y calor materno, celos, deseos de llamar la atención y otros de los cuales el niño trata de liberarse o escapar regresando a un patrón de conducta infantil.¹⁰
- Inducción por los padres y/o educadores para mantener al niño entretenido y evitar el llanto.
- Se ha asociado con el brote de la dentición, la fatiga y el sueño.
- Imitación de otros niños que ya practicaban el hábito.¹⁰

Diagnóstico

Se realizará a través del interrogatorio tanto al niño como a los padres para conocer de la existencia del hábito y mediante el examen físico intraoral y extraoral. El estomatólogo debe conocer las características morfológicas y funcionales del hábito para la identificación del mismo fundamentalmente cuando su práctica es negada.¹⁰

Entre las manifestaciones clínicas más importantes podemos encontrar la protrusión de los incisivos superiores (con o sin presencia de diastema), retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, estrechamiento de la arcada superior

(debido principalmente a la acción del musculo buccinador), mordida cruzada posterior, dimensión vertical aumentada, problemas de articulación, apoyo de la lengua contra dientes durante la alimentación y cuando habla, prognatismo alveolar superior, retrognatismo mandibular, cierre labial incompetente, labio superior corto e hipotónico e inferior hipertónico, entre otras.¹³

Queilofagia

Este hábito consiste en la mordedura y succión del labio. Puede aparecer solo o acompañado de otras alteraciones.

Esta situación agrava otras anomalías comprometiendo su tratamiento, así como la estabilidad de los resultados.¹⁰

Etiología

Puede aparecer como una variante o sustitución de otros hábitos (succión digital, respiración bucal), así como acompañándolos. La mordedura se ha encontrado acompañando estos hábitos porque el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de los dos arcos dentarios y el niño adquiere la costumbre de morderlo, aumentando así las anomalías producidas por los mismos. Este hábito puede estar asociado con estados de ansiedad significativa en el niño.¹⁰

Características clínicas

- Labioversión de incisivos superiores producido por la colocación repetida del labio inferior debajo de éstos.
- Linguoversión de incisivos inferiores por la misma causa.
- Mordida abierta o sobrepase aumentado.
- Resalte excesivo.
- Hipertonicidad del labio inferior y músculo mentoniano.
- Surco mentolabial pronunciado.
- Hipotonicidad del labio superior.
- En el labio inferior se puede observar formación de pliegues, eczema y rasgaduras como consecuencia de la humectación constante de la saliva.¹⁰

Onicofagia

Consiste en morderse las uñas. Este hábito comúnmente no se ve hasta la edad de 3 ò 4 años y alcanza su pico de incidencia durante la pubertad. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión.¹⁰

Etiología

- Los psicólogos lo asocian con un reflejo de ansiedad o mal ajuste de personalidad.
- Generalmente es una sustitución del hábito de succión.
- Se relaciona con disturbios emocionales.¹⁰

Características clínicas

Puede originar maloclusión pero ninguna es patognomónica. Generalmente no contribuye a producir maloclusiones, ya que las fuerzas o tensiones que genera son similares a las que se producen durante el proceso de masticación.¹⁰

Excepcionalmente en individuos que practican el hábito vigorosamente, éste puede ser la causa de la desviación de uno o varios dientes, además de producir un desgaste dentario localizado en la zona sometida a presión.¹⁰

Postura indebida

Son llamadas así las posiciones inadecuadas que generan presiones anormales sobre los maxilares al dormir o al sentarse.¹⁰

Durante el sueño lo más común es apoyar el rostro sobre los brazos o las manos para descansar, colocar más almohadas de lo debido debajo de la cabeza, o colocarse en posición boca abajo.

Al sentarse lo más frecuente es apoyar las manos al leer con la palma de la mano o base del pulgar descansando sobre los premolares y molares superiores provocando compresión.¹⁰

Características clínicas

- La maloclusión causada generalmente es unilateral y se localiza en el maxilar superior.
- Mordida cruzada posterior unilateral sin desvío de la línea media.
- Asimetrías faciales y oclusales¹⁰

En estos casos el peso de la cabeza pasa a los tejidos de la región maxilar por acción del brazo o la mano, por lo que no se afectan las estructuras de la mandíbula que escapa a estas presiones deslizándose. Los dientes maxilares, por tanto, sufren una inclinación palatina ocasionando una mordida cruzada posterior.¹⁰

Mordedura de objetos sólidos

Es una práctica frecuente introducirse en la boca objetos duros tales como lápices en los estudiantes, ganchos en las peluqueras, clavos en los carpinteros, así como agujas en las costureras, las cuales además acostumbran a cortar el hilo con los dientes.¹⁰

Estos hábitos insignificantes en ocasiones son los causantes de facetas de desgastes en los bordes incisales de los dientes implicados pudiendo afectar el periodonto e incluso llegar a producir pequeños movimientos en los dientes en aquellos casos en que el hábito se produce con mayor frecuencia e intensidad. En estos casos es preciso fomentar cambios en la conducta de la persona para evitar estas costumbres con el fin de que no se produzcan daños ni en diente ni en los tejidos de sostén.¹⁰

Succión del chupete

La succión es una necesidad del bebé que se sacia a través de la alimentación materna o biberón, cuando ésta se realiza correctamente estimula toda la musculatura facial y favorece el crecimiento armónico de la cara. En otros casos la succión puede ser favorable cuando estimula el crecimiento mandibular de niños con retrognatismo (poco crecimiento del maxilar inferior). Por otro lado, la succión puede traer consecuencias cuando se prolonga más allá de los 18 meses de vida, llegando incluso a producir alteraciones a nivel oro-facial; en otros casos también puede producir alteraciones en la correcta unión entre dientes (oclusión dentaria).¹⁴

Durante la dentición temporal el uso continuado del chupete está asociado con mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior.¹⁰

La mordida abierta anterior es consecuencia de la inhibición del crecimiento vertical de la porción anterior de las apófisis alveolares. El efecto es transitorio ya que tan pronto cesa el hábito se restablece el contacto incisal en un breve período de tiempo.¹⁰

La alta incidencia de mordida cruzada posterior es debida a la acción de los músculos de la mejilla, combinada con la falta de soporte y presión lingual en la zona de los caninos y molares por la posición baja y adelantada que adquiere la lengua por la

presencia del chupete en la cavidad oral. Esta mordida cruzada posterior no implica que los dientes permanentes erupcionen en esta posición, ya que este hábito desaparece mucho antes de la erupción de premolares y caninos. Incluso en los casos en que el hábito persiste después de la erupción de los primeros molares permanentes el efecto en la posición transversal de estos no parece ser significativa porque el tete no sobrepasa el nivel de los 2^{dos} molares temporales, permitiendo a la lengua ocupar la parte posterior de la cavidad bucal, proporcionando a los molares el soporte necesario y la estabilidad transversal del arco.¹⁰

Consecuencia del uso del chupón

El mismo puede debutar con las siguientes características clínicas: Vestibuloversión de incisivos superiores, linguoversión de incisivos inferiores, mordida abierta en ocasiones, retrognatismo mandibular, labio superior hipotónico.

La principal preocupación es evitar los problemas dentales que podrían producirse si el niño continua succionando el chupón cuando le empiecen a salir los dientes permanentes; alrededor de los 5 años de edad. Los niños succionadores, sufren una alteración de la flora bacteriana y una hipertrofia del sistema linfático por lo que suelen presentar una respiración bucal, lo cual también influye en el desarrollo de las maloclusiones.

La succión del chupón podría dificultar el crecimiento normal de la boca y la alineación de los dientes. Según la Academia Dental Pediátrica Americana, la succión excesiva de chupones tiende a poner presión en las piezas dentales frontales y por ende vestibularización de las mismas.¹⁴

Disfunción lingual

Según Proffit la deglución responde a un mecanismo complejo encargado de enviar los alimentos masticados y la saliva desde la cavidad bucal a diferentes partes del aparato digestivo y en su esencia más simple, se caracteriza por la colocación de la punta de la lengua contra el paladar detrás de los incisivos centrales superiores, y la elevación de la mandíbula para llevar los dientes a oclusión, observándose un relajamiento de los labios con poca o ninguna actividad muscular evidente.¹⁰

Durante los primeros meses de vida la lengua es colocada entre las almohadillas gingivales durante el acto de succión y la mandíbula es estabilizada por contracciones

de los músculos faciales, especialmente del buccinador. Este patrón de deglución se observa en el neonato y gradualmente desaparece con la erupción de los dientes anteriores en la dentición temporal.

La maduración del patrón de deglución no es un fenómeno simple, sino depende del correcto funcionamiento del aparato estomatognático durante la dentición primaria, y a veces hasta en los comienzos de la dentición mixta.¹⁵

Etiología

- Consecuencia del hábito de succión digital
- Desequilibrio de control neurológico sobre la musculatura de coordinación motora
- Amígdalas inflamadas e hipertróficas o faringitis que provocan la colocación de la lengua en una posición más anterior para evitar el dolor
- Macroglosia
- Anquiloglosia
- Pérdida dentaria precoz o diastemas anteriores, ya que la lengua tiende a colocarse en estos espacios
- Desnutrición que ocasiona un cuadro de disturbios neurológicos
- Hábitos alimentarios inadecuados en la 1^{ra} infancia con teteras después del brote de los dientes, no lactancia materna.
- Persistencia de hábitos de succión.¹⁰

Tipos de deglución atípica:

Empuje lingual simple: consiste en el empuje o protracción lingual que acompaña a la deglución. Cuando esta se realiza, se producen contracciones de los labios, el músculo mentoniano, y los elevadores mandibulares, a la vez que la lengua empuja y se proyecta en el espacio de una mordida abierta anterior, bien circunscrita y delimitada.

Empuje lingual complejo: se describe como el empuje o protracción lingual que acompaña a una deglución. Al realizar la deglución estos pacientes, muestran contracciones de los labios, músculos faciales, y del mentoniano, mientras los elevadores de la mandíbula no se contraen, y hay protrusión lingual entre los dientes de ambas arcadas, y estas no están en contacto en el momento de la deglución.¹⁶

Deglución infantil conservada: se define como la persistencia predominante del reflejo de deglución infantil, después de la erupción de los dientes permanentes.¹⁶

Características clínicas

Empuje lingual que acompaña a la deglución con dientes juntos

- Contracciones de labios
- Músculos mentoniano y elevadores mandibulares
- La lengua se proyecta en el espacio de una mordida abierta anterior
- La mordida abierta anterior generalmente es creada por la succión del pulgar y la lengua la mantiene.
- La mordida abierta es circunscrita y delimitada
- Engranaje cuspídeo preciso con buena adaptación oclusal aún cuando pueda existir una maloclusión por estar reforzado por los músculos elevadores
- Suele no estar asociado con problemas respiratorios
- Su incidencia disminuye con la edad
- Pronóstico favorable ¹⁰

Respiración bucal

La respiración constituye un proceso fisiológico que debe ocurrir a través de las fosas nasales, donde el aire inspirado, una vez filtrado, es recalentado e hidratado para llegar en óptimas condiciones a los alveolos pulmonares. El aire penetra por la nariz sin esfuerzo, con cierre simultáneo de la cavidad bucal. Este proceso fisiológico permite un buen desarrollo del resto de las funciones orofaciales y por consiguiente un crecimiento esquelético armonioso.¹⁰

Un niño con función orofaríngea normal, en posición de reposo mantiene la boca cerrada, los músculos orbiculares de los labios, buccinadores y faríngeos actúan en equilibrio como una cinta muscular que orienta el crecimiento de los maxilares. El aire que entra por las fosas nasales actúa como una columna que empuja el paladar hacia abajo. La lengua equilibra esta fuerza empujándolo en sentido contrario, determinando la altura y dimensión vertical de la bóveda palatina. La deglución refuerza este mecanismo y esto permite un desarrollo armónico de los maxilares y las arcadas dentarias. La actividad aérea nasal estimula los tejidos nasales y la circulación paranasal favoreciendo el crecimiento de las estructuras óseas contiguas.¹⁰

Solamente ante un esfuerzo, como por ejemplo deportes, no es suficiente el aire que penetra por las fosas nasales y el individuo tiene que abrir la boca para que entre más

aire a los pulmones. Cuando por una insuficiencia nasal orgánica o funcional este mecanismo se interrumpe, impidiéndose el libre paso del aire por las fosas nasales, se pondrá en marcha un mecanismo de supervivencia para adaptarse y la respiración bucal aparece como alternativa para mantener una vía aérea accesible.¹⁰

Etiología

- Puede deberse a un resfriado o catarro nasal como en el caso de sinusitis y bronquitis constituyendo una respiración bucal temporaria.
- Puede asociarse a alergias nasorrespiratorias como ocurre en las rinitis alérgicas o vasomotoras siendo una respiración bucal estacional.
- Obstáculos respiratorios en las vías aéreas superiores e inferiores producen una respiración bucal crónica.

Obstáculos altos: afecciones que tienen su asiento en las fosas nasales tales como: atresia de coanas, vegetaciones adenoideas, hipertrofia de cornetes nasales, pólipos, desviaciones del tabique nasal, fracturas nasales y malformaciones óseas.

Obstáculos bajos: afecciones de amígdalas palatinas.¹⁰

-Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos: Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral en la que a nivel de las fosas nasales existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertróficos, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por lo que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.¹⁶

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.¹⁶

La respiración bucal puede ser de tres tipos:

- Temporaria, en el caso de un resfriado o catarro nasal.
- Estacional, asociada a las alergias nasorespiratorias.
- Crónica, en pacientes con obstrucciones adenoideas.¹⁶

Características clínicas

Los efectos inmediatos de la respiración bucal consisten en la introducción de aire seco, frío y cargado de polvo en la boca y la faringe, siendo pobre la cantidad de oxígeno que entra a la sangre. En estos niños es frecuente observar anemias, hipoglobulinemia, leucocitosis, pérdida de expansión normal de los pulmones, déficit de peso, inmunodeficiencia y a menudo tórax aplanado. En el aparato circulatorio se presentan trastornos funcionales, palpitaciones, soplos y variaciones de la tensión arterial, además disminución de la capacidad intelectual así como de la audición, el olfato y el gusto. Es frecuente observar en estos pacientes la escoliosis y el pie plano.¹⁰

Las características físicas comunes de estos pacientes, se conocen como síndrome del respirador bucal o de disfunción respiratoria, y sus características típicas son:

- Fascie típica con expresión de angustia (ojeras, ojos caídos, ojos enrojecidos, cara alargada, surco geniano y nasolabial marcados).
- Postura del cuello hacia delante y cabeza inclinada hacia atrás.
- Nariz hacia arriba.
- Labio superior hipotónico, corto y alto, resecaos, con marcada astenia.
- Labio inferior hipertónico.
- Labios agrietados.
- Hipotonía de las alas de la nariz por la falta de función muscular de éstas.
- Hipodesarrollo de la mandíbula.
- Posturas corporales atípicas.
- Estrechamiento de la arcada superior y del paladar.
- Encías hipertróficas.
- Deglución atípica y masticación ineficaz.
- Contracción del músculo mentoniano al tragar.
- Clase II esquelética.
- Protrusión de incisivos superiores.
- Lingualización de incisivos inferiores.
- Resalte aumentado.
- Hiperdaquia.
- Mordida cruzada posterior y abierta anterior.

- Perfil convexo.
- Paladar profundo.
- Curva de Spee aumentada.
- Disminución de las dimensiones torácicas.
- Babeo y ronquidos nocturnos.
- Infecciones respiratorias a repetición.
- Olfato alterado y frecuente disminución del apetito y función gustativa.
- Mala oxigenación cerebral que origina dificultades de atención y concentración.
- Habla imprecisa con exceso de salivación.¹⁰

Son múltiples y complejas las causas de maloclusiones, se hace referencia a la herencia, embriológicas de origen desconocido, traumatismos, agentes físicos, hábitos, enfermedades y desnutrición, siendo los hábitos los más frecuentes.¹⁷

Diseño Metodológico

Se realizó un estudio un estudio observacional, descriptivo, correlacional en la escuela primaria Toribio Lima Cárdena ubicada en el consejo popular Urbano Sur del municipio de Lajas, provincia Cienfuegos. Durante el periodo de octubre del 2021 a junio 2023.

El universo estuvo compuesto por los 208 niños entre 5 y 11 años que conformaron la matrícula de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular Urbano Sur del municipio Lajas , provincia Cienfuegos. Para ello se contó con la autorización de la Dirección municipal de Salud y de Educación. Se contó además con el consentimiento informado de cada uno de los padres, de la directora de la institución y del director de Educación Municipal. (Ver anexo 1, 2 y 3).

Muestra. Se utilizó un muestreo intencional no probabilístico a criterio del investigador los 64 niños entre 5 y 11 años escolarizados en la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular Urbano Sur del municipio Lajas , provincia Cienfuegos , portadores de hábitos bucales deformantes, que dieron su consentimiento informado para formar parte de la investigación sus padres o tutores.(Anexo 3)

Criterios de inclusión

Los niños entre 5 y 11 años escolarizados en la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas del consejo popular Urbano Sur del municipio Lajas , provincia Cienfuegos , portadores de hábitos bucales deformantes. Con dentición mixta con presencia de los primeros molares permanentes que no estaban recibiendo tratamiento ortodóncico, que no presentaban enfermedades nasofaríngeas y estuvieron de acuerdo en participar en la investigación, tanto ellos como sus padres o tutores.

Análisis de documentos

Se revisaron el Análisis Situación De Salud del municipio, las historias clínicas estomatológicas individuales para identificar edad, sexo, presencia de hábitos bucales deformantes, niños con tratamiento ortodóncico, presencia de enfermedades nasofaríngeas (Anexo 4), registro escolar y el anuario escolar, con la intención de obtener los datos generales y de interés, con el objetivo de identificar el universo y muestra de la investigación. Se revisaron además el Programa Nacional de estomatología Integral.¹⁸ Además se analizó la Resolución Conjunta Ministerial MINED-MINSAP1/97¹⁹, que incluye algunos aspectos acerca de la responsabilidad que

competen a las direcciones sectoriales de salud y educaci3n y sus instituciones, la atenci3n a los escolares y los elementos organizativos, de planificaci3n y control que deben cumplirse para su adecuada ejecuci3n, se pone de manifiesto las indicaciones para el trabajo conjunto entre el MINED y el MINSAP, se establece el sistema de relaciones entre ambos ministerios, los procedimientos y programas en conjunto a desarrollar, se establecen las estrategias y prioridades, as3 como la actualizaci3n de programas y legislaciones sobre salud escolar.

M3todos diagn3sticos

Para dar cumplimiento al objetivo dos, se realiz3 el examen cl3nico utilizando luz natural, espejo bucal y/o depresores linguales y regla milimetrada por la autora de la investigaci3n. Adem3s se llev3 a cabo un examen funcional donde detectaron alteraciones en las funciones degluci3n, respiraci3n, fonaci3n y masticaci3n. Tambi3n se tuvo en cuenta lo que refiri3 cada ni1o, as3 como los padres o tutores en cuanto a la pr3ctica de alg3n h3bito deformante.

Para detectar alteraciones en la degluci3n (protracci3n lingual) se les indic3 a los ni1os que traguen saliva sin separar los dientes. Se les separaron los labios para observar si ocurre proyecci3n de la lengua entre las arcadas dentarias.

Para identificar los ni1os portadores de h3bitos de respiraci3n bucal, se observ3 mediante el examen facial si el ni1o respiraba con la boca abierta. Tambi3n se interrog3 a la maestra si en el aula se mantiene alg3n ni1o con la boca abierta de forma permanente y por la observaci3n directa en cada ni1o de las caracter3sticas del cuadro cl3nico de este h3bito. En los ni1os identificados como respiradores bucales se procedi3 a entrevistar a uno de sus padres o tutores para conocer si la causa de la respiraci3n bucal era por enfermedad o por h3bito y si esto lo realizaba en un per3odo anterior por lo menos de un a1o, descartando los ni1os que presentaban enfermedades nasofar3ngeas.

Para detectar los portadores de succi3n digital, adem3s de la entrevista a los ni1os y padres o tutores, se examin3 los dedos para observar dedo limpio o con callosidades. Tambi3n se interrog3 sobre la presencia de alg3n h3bito accesorio que pudiera presentar el ni1o. Para detectar succionadores de tete y biber3n se le realiz3 el

interrogatorio a los niños, padres o tutores y se corroboró por las características clínicas que estuvieron presentes en estos.

Para reconocer el hábito de onicofagia, se examinaron las uñas para observar si son escasas e irregulares como consecuencia del mordisqueo de las mismas. También se utilizó el interrogatorio a padres o tutores.

Para identificar los niños con hábitos posturales, además de entrevistar a los padres o tutores, se le preguntó a la maestra, si algún niño habitualmente mantenía una postura inadecuada, y la observación de alguna anomalía o desviación que indujo a pensar en la presencia de este hábito.

Para dar cumplimiento al objetivo tres se determinó la presencia de maloclusiones en la población estudiada a través de un minucioso examen bucal, encaminado a la exploración de la cavidad bucal, en el sillón dental con luz artificial y set de clasificación, se observaron las arcadas dentarias por separado y en oclusión mediante el método observacional, recogiendo los datos en la Historia Clínica individual (Anexo 4). La vestibuloversión, la adaquia y el resalte, se midieron con regla milimetrada.

Para hallar la prevalencia se realizó a partir de

Tasa de prevalencia =

$$N_0 \text{ de casos de pacientes con maloclusiones acumulados} \times 100$$

$$N_0 \text{ de escolares a mitad del intervalo}$$

Métodos de procesamiento de la información

Los datos recolectados se procesaron en una base de datos empleando el paquete de programas SPSS 15.0 para Windows, y se crearon tablas de distribución de frecuencias con valores absolutos (número de casos) y relativos (por cientos).

El análisis y presentación de los resultados se mostraron en tablas y gráficos.

Tabla1. Operacionalización de las variables sociodemográficas

Variables	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Edad	Cuantitativa continua	Representa la edad biológica en años.	Por ciento de niños por edad	5-7 8-9 10-11 años
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Representa el sexo biológico de los estudiantes adolescentes	Por ciento de niños por sexo	Femenino masculino

Tabla 2. Operacionalización de la variable hábitos bucales deformantes

Variables	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Hábito de succión	Cualitativa nominal dicotómica	Refiere hábito de succión de tete, biberón o cualquier dedo o por la observación clínica.	Por ciento de escolares según presencia de hábito de succión	Si No
Queilofagia	Cualitativa nominal dicotómica	Mordedura de los labios o carrillos.	Por ciento de escolares según presencia de queilofagia	Si No
Hábitos posturales	Cualitativa nominal dicotómica	Posición inadecuada de la mano que comprime los maxilares	Por ciento de escolares según presencia de hábitos	Si No

		durante el sueño y momentos de reposo, se determina por referencia u observación clínica	posturales	
Empuje lingual	Cualitativa nominal dicotómica	Se observa proyección de la lengua entre ambas arcadas durante el acto de la deglución	Por ciento de escolares según presencia de empuje lingual	Si No
Onicofagia	Cualitativa nominal dicotómica	Mordedura de las uñas se determina por referencia u observación clínica.	Por ciento de escolares según presencia de onicofagia	Si No
Respiración bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz.	Por ciento de escolares según presencia de respiración bucal	Si No

Tabla 3. Operacionalización de la variable maloclusiones.

Variable	Tipo	Definición conceptual	Indicadores	Escala
Prevalencia de maloclusiones	Cuantitativa nominal	Número de casos de una enfermedad o condición en un periodo determinado en una colectividad	Número de escolares con maloclusiones en un periodo determinado	Tasa de prevalencia
Resalte	Cualitativa nominal dicotómica	Distancia en sentido horizontal entre borde incisal de incisivos superiores y caras vestibulares de los incisivos inferiores.	Porcentaje de escolares que presenten resalte mayor de 3mm.	Normal: menor que 3 Aumentado: mayor que 3
Vestibuloversión	Cualitativa nominal dicotómica	Posición adelantada de los incisivos superiores respecto a su eje axial y relacionado con el resalte aumentado.	Porcentaje de escolares que presenten vestibuloversión.	Si No
Sobrepase	Cualitativa	Distancia en	Porcentaje de	Normal: 1/3

	nominal dicotómica	sentido vertical entre los bordes incisales de los incisivos superiores con respecto a los interiores.	escolares que presenten sobrepase mayor de 1/3 de corona.	de corona. Aumentado: mayor de 1/3 de corona.
Mordida abierta	Cualitativa nominal dicotómica	Cuando la distancia entre los bordes incisales es mayor de 0 mm.	Por ciento de escolares que presenten adaquía.	Si No
Apiñamiento	Cualitativa nominal dicotómica	Es la posición irregular de los dientes en la arcada dentaria con ruptura de los puntos de contacto por existir rotaciones y versiones por falta de espacio.	Por ciento de escolares que presenten apiñamiento.	Si No
Mordida Cruzada Anterior	Cualitativa nominal dicotómica	Relación vertical invertida en el sector anterior, puede ser	Por ciento de escolares que presenten mordida cruzada anterior.	Si No

		simple, complejo y funcional.		
Mordida Cruzada Posterior	Cualitativa nominal dicotómica	Relación vertical invertida en el sector posterior	Porcentaje de escolares que presenten mordida cruzada posterior.	Si No

Métodos estadísticos y análisis de la información.

Se confeccionó una base de datos con la información recogida empleando el paquete de programas SPSS 15.0 para Windows que permitió el procesamiento, análisis estadístico y la confección de las tablas de resultados, que se mostraron en tablas de frecuencia y de relación de variables expresados en números y porcentajes, se aplicó el Chi cuadrado.

Consideraciones éticas

La investigación se realizó con el consentimiento de todas las personas implicadas en ella, explicándole que los datos brindados por ellas sólo se utilizaron con fines investigativos, solicitando su colaboración voluntaria. Además se contó con la aprobación de la Dirección municipal de salud, de educación y de los padres o tutores de los niños. (Ver Anexo1, 2 y 3)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según edad y sexo de los niños entre 5 y 11 años de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas. Lajas 2023

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
5-7	51	58.6	36	41.4	87	41.8
8-9	23	48.9	24	51.1	47	22.6
10-11	35	47.3	39	52.7	74	35.6
Total	109	52.4	99	47.6	208	100

Fuente: historias clínicas individuales. Registro escolar

La tabla 1 muestra que del total de niños examinados, el (109)52.4% perteneció al sexo femenino y el (99)47.6% al sexo masculino, la mayor cantidad de niños se agrupan en las edades de 5-7 años, con (87)41.8%.

Estos resultados difieren de los obtenidos por Moreno Barrial²⁰ donde se pudo observar una mayor representación del grupo de 10 a 12 años con un 57,2% y de los alcanzados por de Castro-Yero²¹ donde hubo un predominio de los niños de 8 años con un 91.8% coincidiendo con ambos en el predominio del sexo femenino con un 50,8% y 65.6%, respectivamente.

Resultados similares obtuvo Gonzales Leyva⁴ donde predominó el sexo femenino representado por el 55.5%.

Se coincide con los resultados obtenidos por Osorio, V. y Mora²², no siendo así en estudios realizados por Arocha⁹, donde predominó el sexo masculino.

Tabla 2. Distribución de hábitos bucales deformantes según sexo de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas

Hábitos bucales deformantes	Femeninos		Masculinos		Total	
	No	%	No.	%	No.	%
Hábito de succión del biberón	12	18.7	2	3.1	14	21.8
Hábito de succión del tete	2	3.1	1	1.5	3	4.6
Hábito de succión digital	7	10.9	6	9.3	13	20.3
Queilofagia	1	1.5	3	4.6	4	6.2
Hábitos posturales	-	-	1	1.5	1	1.5
Empuje lingual	9	14.1	10	15.6	19	29.6
Onicofagia	7	10.9	-	-	7	10.9
Respiración bucal	1	1.5	2	3.1	3	4.6
Total	39	60.9	25	39.1	64	100

Fuente. Historia clínica. Examen clínico

La tabla 2 muestra que de los escolares portadores de hábitos bucales deformantes, hubo un predominio en el sexo femenino 39(60.9%), dentro de los cuales prevaleció el de empuje lingual, en el (19)29.6%, de ellos 10(15.6%) son varones, seguido por el hábito de succión del biberón presente en (14)21.8%, donde 12(18.7%) son hembras, y por el de succión digital en (13)20.3%.

Diversos estudios se han efectuado sobre esta temática, en Ecuador, un estudio realizado por Lima²³, el 84,1 % de la población estudiada presentó algún tipo de hábito bucal deformante, de igual manera en Brasil²⁴ con aproximadamente el 94 %. En Cuba señala Vinardell²⁵ el 57,1 % de los niños preescolares presentaron estos hábitos.

La autora asume los criterios de De León-Ramírez¹⁷, cuando refiere que hay mayor susceptibilidad en el sexo femenino debido a que 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.

Asume además los referidos por González Caballero²⁶, los cuales plantean que posiblemente la causa esté relacionada con los estereotipos de masculinidad y feminidad que se les transmiten a los niños y niñas con una gran carga de sexismo y en los prejuicios que se expresan de manera abierta. Esto provoca que los niños se vean obligados a reprimir sus emociones; el llanto u otras formas de expresión como los hábitos bucales deformantes que son utilizados para liberar tensiones, serían sinónimo de debilidad.

Martínez Garzón²⁷ piensa que esto se deba a que las niñas son más tranquilas que los varones, lo cual le da más tiempo para la práctica de los hábitos.

Por su parte Balleuxs-Pereira²⁸ en su estudio halló que la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue de 38,0 %; de estos, los más frecuentes fueron la queilofagia (33,9 %) y la respiración bucal (25,2 %), con predominio en las féminas (50,3 %).

Se concuerda con los resultados obtenidos por Bicet Pozo²⁹ donde el hábito bucal deformante detectado con mayor frecuencia resultó la protracción lingual (56,0 %), seguido de la onicofagia (50,0 %).

Los resultados discrepan de los encontrados por Gonzáles Leyva⁴ que muestran un predominio de los hábitos posturales (49.3%) en el sexo femenino y de la succión del biberón (52.6%) en el género masculino.

Crespo Crespo⁵ obtuvo resultados diferentes en su estudio, la respiración oral fue el hábito bucal más predominante para ambos sexos (26 %), y el menos predominante la succión digital (19 %).

Por su parte, Osorio²², Gonzáles Pazmiño³⁰ y de Castro-Yero²¹ muestran el hábito de succión digital como el más frecuente con un 48.5%, 71.9% y 21.3%, respectivamente.

Tabla 3. Distribución de los escolares de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas, con hábitos bucales deformantes según grupo etario. Lajas 2023

Hábitos bucales deformantes	5-7 años		8-9 años		10-11 años		Total	
	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hábito de succión del biberón	9	14.1	3	4.6	2	3.1	14	21.8
Hábito de succión del tete	3	4.6	-	-	-	-	3	4.6
Hábito de succión digital	6	9.3	4	6.2	3	4.6	13	20.3
Queilofagia	-	-	1	1.5	3	4.6	4	6.2
Hábitos posturales	-	-	1	1.5	-	-	1	1.5
Empuje lingual	9	14.1	6	9.3	4	6.2	19	29.6
Onicofagia	3	4.6	2	3.1	2	3.1	7	10.9
Respiración bucal	2	3.1	1	1.5	-	-	3	4.6

Fuente. Historia clínica. Examen clínico

La tabla 3 muestra los hábitos bucales deformantes de los escolares estudiados según grupo de edad dentro de los cuales prevaleció el de empuje lingual, en el (19) 29.6% de ellos, observándose con mayor frecuencia en los grupos de edades de cinco a siete años con un (9) 14.1%, y entre ocho y nueve años lo presentaron (6) 9.3%. Es necesario señalar que el hábito de succión del biberón estuvo presente en (14) 21.8%, seguido por el de succión digital (13) 20.3% de los niños.

Los hábitos bucales se desarrollan como reflejos sensoriales del sistema neuromuscular, pues son considerados como perniciosos, constituyen uno de los principales factores etiopatogénicos de maloclusiones, ya sean como causa primaria o secundaria de las mismas, y aún se discute hasta qué edad pueden ser consideradas como normales. Suelen manifestarse en un momento de estrés, frustración, fatiga o

aburrimiento, así como, aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.³¹

La práctica de hábitos deletéreos, de no ser tratados adecuadamente y a tiempo, puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático por lo que mientras más temprano se detecten estos hábitos se evitará la aparición de la enfermedad.³²

Con las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades se pueden lograr importantes cambios relacionados con la información, que contribuyan a reducir los hábitos deformantes bucales y disminuir la incidencia y prevalencia de las maloclusiones dentarias en la población infantil.³³

Los resultados coinciden con los de Espinoza Calle³⁴ quien obtuvo un predominio del empuje lingual con un 19.48%. Difieren de los de Crespo Crespo⁵ y Reyes Ramagosa³² quienes muestran como el hábito más frecuente la respiración bucal (44 %) y la succión digital (38.4%), respectivamente.

Gonzales Leyva⁴ muestra resultados similares donde los niños más afectados por la presencia de hábitos bucales deformantes fueron los de 5 y 7 años con 30.5% y 42.2%, respectivamente; no siendo así en cuanto al hábito más frecuente en su estudio que fue los hábitos posturales con un 47.7%. Los resultados no coinciden con los de Pérez Coronel³⁵ quien obtuvo un mayor porcentaje de hábitos deformantes en niños de 8 años con un 9.4%

Tabla 4. Prevalencia de maloclusiones según edad y sexo en escolares de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas .Lajas 2023

Edad	Prevalencia de maloclusiones											
	Afectados						No afectados					
	Masculino		Femenino		Total		Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
5-7 años	9	14.1	20	31.2	29	45.3	1	1.5	2	3.1	3	4.6
8-9 años	10	15.6	6	9.3	16	25	-	-	2	3.1	2	3.1
10-11 años	5	7.8	8	12.5	13	20.3	-	-	1	1.5	1	1.5
Total	24	37.5	34	53.1	58	90.6	1	1.5	5	7.8	6	9.3

Fuente. Historia clínica. Examen clínico

En la tabla 4 se exhibe la prevalencia de las maloclusiones por sexo y edad, el grupo de edad donde más se observó maloclusión fue el de 5-7 años con un (29) 45.3%. La anomalía se encontró en 58 pacientes, representando el 90.6% de la muestra y 6 de ellos, el 9.3% no se encontraba afectada. El sexo más afectado fue el femenino con un (34) 53.1%.

Según encuestas realizadas en Cuba, el sexo femenino presenta trastornos de la oclusión con mayor frecuencia, pero no existen estudios nacionales o internacionales que evidencien una fuerte asociación entre las maloclusiones y el sexo.²⁸

En cuanto a la edad, existen estudios en los que se evidencia la presencia de dentición mixta, según el criterio de los autores lo anteriormente expuesto puede explicar la existencia de maloclusiones en este grupo etario en la población estudiada, ya que este constituye un periodo de recambio en el que ocurren situaciones que las hacen más notables como es el brote de los incisivos permanentes cuyo diámetro mesiodistal es

mayor que el de sus predecesores, el llamado riesgo incisivo, unido a que los permanentes tienden a ocupar una posición vestibular en la arcada, además de que con el crecimiento se produce una disminución de la longitud del arco, haciéndose más vulnerables en esta etapa a la aparición de anomalías.²⁸

Diferentes grupos de edades son considerados por los investigadores para abordar su relación con las maloclusiones, sin embargo, la mayoría de los estudios actuales consultados, encuentran a los grupos de edad donde se incluyen los 10 años, como el grupo donde se evidencia más esta alteración⁴; resultados diferentes al obtenido en este estudio. En general, la tendencia es aumentar o agravarse con la edad, debido a su relación con el crecimiento esquelético y la influencia de los factores de riesgo; es oportuno entonces la detección precoz de interferencias u otras alteraciones que impidan el crecimiento de los maxilares de manera adecuada en edades tempranas.⁴

Estudios realizados en Cuba en 1998, demuestran que el número de afectados por maloclusiones oscila entre 27,11% y 66,10 %, con prevalencia del sexo femenino (52,60 %) ³⁶, cifras que han aumentado paulatinamente, pues en la actualidad, su predominio fluctúa entre 43% y 89% en los diferentes grupos de edades, se plantea que uno de cada cinco niños presenta maloclusión grave y el sexo más afectado es el femenino (52,6 %).²⁸

Se coincide con León Arteaga³⁷ cuando expresa que en su estudio no se apreció gran diferencia en cuanto al sexo, pues se obtuvieron valores similares para ambos: (70.59%) en el masculino y (73.34%) en el femenino, sin embargo se difiere con él cuando plantea que el grupo de edad donde más se observó maloclusión fue el de 7 a 8 años y la anomalía se encontró en 41 pacientes, representando el 71.93% de la muestra.

Resultados diferentes muestran Cruz Estupiñán¹⁴ y Herrero Solano³⁵ quienes obtuvieron que la presencia de maloclusión predominó en el sexo femenino 68,5% y 52.6%, respectivamente.

Por su parte Areché Lugo y Marte López³⁸ plantean que el 97.4% de niños estudiados por ellas manifestó algún tipo de maloclusión.

Tabla 5. Distribución de las maloclusiones en los escolares con hábitos deformantes de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas según sexo. Lajas. 2023

Maloclusiones	Femeninos n=39		Masculino n=25		Total n=64	
	No	%	No.	%	No.	%
Resalte	22	56.4	20	80	42	65.6
Vestibuloversión	22	56.4	20	80	42	65.6
Sobrepase	3	7.7	2	8	5	7.8
Mordida abierta	1	2.7	3	12	4	6.3
Apiñamiento	22	56.4	25	100	47	73.4
Mordida Cruzada Anterior	4	10.3	1	4	5	7.8
Mordida Cruzada Posterior	4	10.3	-	-	4	6.3

Fuente. Historia clínica individual. Examen clínico

La tabla 5 se observa la distribución de las maloclusiones por sexo. La maloclusión más frecuente en el sexo masculino fue el apiñamiento con un (25)100% y en el sexo femenino el resalte, la vestibuloversión y el apiñamiento se presentan con un (22) 56.4%.

Uno de los problemas o complicaciones más graves de la presencia de hábitos en los niños es el apiñamiento dental, este problema se presenta porque los padres se descuidan, no llevan a tiempo a sus hijos al especialista y los hábitos continúan hasta que causan alteraciones en la posición de las piezas dentarias.

Mundialmente las maloclusiones se presentan en la población entre el 35% a 75% con diferencias en el sexo y la edad. El apiñamiento constituye la anomalía más frecuente que contribuye a la maloclusión, aproximadamente de un 40% a un 85%.³⁰

El resalte aumentado y la vestibuloversión, están dentro de las tres anomalías más frecuentes del estudio y se relacionan en su mayoría con los hábitos de deglución atípica y succión del biberón que resultaron ser de los más comunes, lo cual infiere el estrecho vínculo entre los hábitos bucales deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales.⁴

Estos resultados difieren de los de Moreno²⁰ quien obtuvo que la mordida abierta anterior fue la que más se destacó para el sexo femenino con un 32,5% y la vestibuloversión de incisivos superiores predominó en un 31,1% para el sexo masculino.

Resultados diferentes muestran Arocha⁹, quien encuentra la vestibuloversión y resalte aumentado representados ambos por el 50.0%, como las anomalías más frecuentes.

Resultados similares muestra Gonzáles Leyva⁴ en cuanto al predominio en el sexo femenino de la vestibuloversión y el resalte aumentado (49.3%), no coincidiendo en el masculino donde predominan también la vestibuloversión y el resalte aumentado 50.9%.

Tabla 6. Distribución de las maloclusiones en los escolares con hábitos deformantes de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas según edad. Lajas. 2023

Maloclusiones	5-7 años n=32		8-9 años n=18		10-11 años n=14		Total n=64	
	No	%	No.	%	No.	%	No.	%
Resalte	12	37.5	16	88.8	14	100	42	65.6
Vestibuloversión	12	37.5	16	88.8	14	100	42	65.6
Sobrepase	3	9.4	1	5.5	1	7.1	5	7.8
Mordida abierta	3	9.4	-	-	1	7.1	4	6.3
Apiñamiento	24	75	11	61.1	12	85.7	47	73.4
Mordida Cruzada Anterior	1	3.1	1	5.5	3	21.4	5	7.8
Mordida Cruzada Posterior	1	3.1	2	11.1	1	7.1	4	6.3

Fuente. Historia clínica individual. Examen clínico

En la tabla 6 se aprecia la distribución de las maloclusiones por grupo etario, donde la maloclusión más frecuente fue el apiñamiento con un (47) 73.4%, con un predominio de esta en el grupo de 10-11 años, representada por (12) 85.7%.

Como consecuencia de la práctica de hábitos deformantes durante largos períodos de tiempo se produce las maloclusiones, que son capaces de producir efectos negativos

como: trastornos del lenguaje, del desarrollo físico y emocional del niño, de su estética dentofacial, de las funciones masticatorias o respiratorias, así como el equilibrio psicológico.^{4,30}

Cuando los hábitos bucales no son correctos se altera el desarrollo facial y se producen deformaciones óseas y en consecuencias maloclusiones y cuando se repiten en edades tempranas provocan un crecimiento deficiente. Es por ello que requiere una adecuada atención para evitar en la adultez problemas orgánicos y de repercusión psicológica que tienen su origen en las primeras etapas de la vida.⁶

El origen multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas en el desarrollo del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia.^{4,30}

En relación a las maloclusiones más frecuentes los resultados obtenidos difieren de los hallados por Zapata Dávalos³⁹ y González Spangler⁷, donde la vestibuloversión se evidenció como más prevaleciente con el 73,4% y 40,4 %, destacándose además la no relevancia del apiñamiento dentario.

González Leyva⁴ muestra un predominio de vestibuloversión y resalte aumentado representados ambos por el 50.0%.

Los resultados difieren de los de Pérez⁴⁰ que encontró la mordida abierta anterior 31.9% como la maloclusión de mayor significación y Araujo²⁴ obtuvo un porcentaje de 94,28 % de los casos con mordida cruzada posterior.

Tabla 7. Distribución de los hábitos deformantes de los escolares de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas según presencia de maloclusiones y oclusión normal. Lajas. 2023

Hábitos deformantes	Maloclusión n=64		Oclusión normal n=64	
	No	%	No.	%
Hábito de succión del biberón	13	20.3	1	1.6
Hábito de succión del tete	2	3.1	1	1.6
Hábito de succión digital	13	20.3	-	-
Queilofagia	1	1.6	3	4.7
Hábitos posturales	-	-	1	1.6
Empuje lingual	19	29.7	-	-
Onicofagia	7	10.9	-	-
Respiración bucal	3	4.7	-	-
Total	58	90.6	6	9.4

Fuente. Historia clínica. Examen clínico

La tabla 7 muestra la distribución según hábitos deformantes y oclusión donde el (58) 90.6% de los niños portadores de hábitos presentan algún tipo de maloclusión, con un predominio de estas en los niños con empuje lingual representados por (19) 29.7%. Solamente el (6) 9.4 % de los niños portadores de hábitos deformantes presenta oclusión normal.

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzcan una deformación ósea. Otras veces se agregan a ello fuerzas que normalmente no están. La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores: la edad en que se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.²³ La succión digital se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera como normal hasta la edad de los 3 o 4 años. La presencia del mismo después de los 4 años genera cambios en la tonicidad muscular de labios y bucinadores, dificulta la

deglución normal y crea mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, lo cual también puede afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras. El hábito de succión digital, afecta tanto la estética como la función, provocando desplazamientos de los dientes superiores hacia delante, los inferiores hacia atrás y en muchos casos origina mordida abierta que, pueden llegar hasta colapso maxilar y en consecuencia mordida cruzada posterior.³⁴

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo o durante las funciones de deglución y fonoarticulación. En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y mal posición dentaria.³⁴

Pérez Coronel³⁵ al relacionar hábitos bucales y maloclusiones se encontró: succión digital 15.83%, hábito de postura 12.2%, queilofagia 9.35%, onicofagia 8.63%, no se encontró relación 51.8%.

González Leyva⁴ obtuvo que de los hábitos deformantes presentes en la muestra los que mostraron mayor porcentaje de maloclusiones fueron: succión digital 100%, succión del tete 87.5% y respiración bucal 82.2%. Solamente el 21.8 % de la muestra manifestó oclusión normal.

Pérez⁴⁰ muestra que presentaban maloclusión el 75%, 22.73%, 69.23% y 62.35% de los escolares portadores del hábito de onicofagia, succión digital, queilofagia y hábitos posturales, respectivamente. Los portadores de hábito de empuje lingual no presentaron ningún tipo de maloclusión.

Crespo Crespo⁵ encontró que el 44.05%, 25.17% y 30.76% de los niños portadores de hábitos de respiración bucal, succión digital y deglución atípica, respectivamente, presentaban algún tipo de maloclusión.

De los niños portadores de hábitos, el 72,2 % desarrolló anomalías de la oclusión según Acevedo Sierra.⁴¹

Tabla 8. Hábitos deformantes más frecuentes en las principales maloclusiones identificadas en los escolares de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas. Lajas. 2023

Hábitos bucales deformantes	Maloclusiones					
	Apiñamiento n=47		Vestibuloversión n=42		Resalte n=42	
	No	%	No.	%	No	%
Succión digital	4	8.5	9	21.4	9	21.4
Succión del biberón	3	6.4	7	16.6	7	16.6
Empuje lingual	5	10.6	15	35.7	15	35.7

Fuente. Historia clínica. Examen clínico

La tabla 8 muestra la distribución de los principales hábitos y las principales maloclusiones, de los pacientes portadores de vestibuloversión y resalte aumentado, el 21.4%, 16.6% y 35.7% presentaron hábitos de succión digital, del biberón y empuje lingual respectivamente.

Los efectos de la succión excesiva abarcan una serie de alteraciones dentofaciales tales como mordida abierta anterior, sobrepase aumentado, mordida cruzada posterior, retrusión mandibular, paladar profundo, entre otros. Las cuales van afectar funciones sistémicas normales, como es la deglución y la fonética. Los riesgos de mal posición y malformación mandibular van a depender de la frecuencia, intensidad, posición y duración del hábito.²²

Durante la succión del biberón, la boca se mantiene más abierta y el músculo buccinador debe trabajar más. La acción de bombeo de la lengua, así como la elevación y descenso de la mandíbula es reducida, por lo que el mamar se transforma en chupar, lo que influye a que no se realice fuerza, trabajo ni ejercicio con el maxilar inferior.⁴²

La alimentación a través del biberón en los niños conduce a alteraciones miofuncionales con menor participación muscular, esto causa disminución del trabajo mandibular provocando movimientos de succión al vacío de la lengua, labios y mejillas, que puede llevar la lengua a presionar el chupón contra el paladar y generar un paladar profundo y mordida cruzada en el sector posterior. La alteración en el desarrollo motor oral

provocado por la lactancia artificial puede afectar negativamente la masticación, deglución, respiración y la fonoarticulación.²³

La autora concuerda con Lima²³ cuando refiere que, la interposición de la lengua entre los arcos dentarios durante la fonación o la posición postural constituye una anomalía funcional denominada empuje lingual atípico. Hay que reconocer que hay dos tipos, empuje lingual atípico primario y secundario. El empuje lingual atípico primario se relaciona con el empuje de la lengua y trae como consecuencia la mordida abierta anterior incluso, puede afectar a las piezas dentarias posteriores y asociarlo con la presencia de amígdalas hipertróficas, alteraciones neuromusculares propias de algunos síndromes y la macroglosia. El empuje lingual atípico secundario contribuye únicamente a mantener o agravar la alteración morfológica existente, se produce como adaptación a una mordida abierta creada por el hábito de succión digital que en este caso el empuje lingual lo agrava.

Hay que diferenciar claramente la deglución atípica o infantil, esta perdura hasta la dentición mixta primera fase, debido a una pobre maduración neural del aparato bucal; se observan movimientos inadecuados de la lengua y la musculatura vecina: orbicular de los labios, buccinadores y mentón, para permitir el paso de la saliva y/o alimentos desde la cavidad bucal a la faringe. La deglución atípica puede manifestarse con interposición labial y/o lingual.²³

Resultados similares muestra Mendoza⁴³ quien obtuvo un resalte aumentado en más del 59 % de los succionadores del pulgar y Crespo Crespo⁵ obtuvo que un 64% de los pacientes portadores de este hábito presentaban vestibuloversión, refiere además que el 64% de los pacientes con vestibularización y resalte aumentado y en el 34% de los pacientes con apiñamiento presentaban hábito de empuje lingual.

Conclusiones

En la investigación predominaron los escolares del sexo femenino, en edades comprendidas de 5-7 años. El hábito bucal deformante que prevaleció fue el empuje lingual, existiendo un predominio de dichos hábitos en el sexo femenino. La maloclusión más frecuente fue el apiñamiento. Se verificó la relación entre la práctica de hábitos deformantes y la presencia de maloclusiones.

Recomendaciones

Implementar programas educativos sobre los hábitos deformantes bucales por parte de los estomatólogos generales integrales vinculados al médico y enfermera de la familia, fundamentalmente en centros educacionales y con la participación de la comunidad, para controlar este factor de riesgo que provoca maloclusiones y que constituye un problema de salud en la población infantil. Fomentar en las clínicas estomatológicas en el departamento de consejería de salud bucal la labor educativa sobre la importancia de la eliminación de hábitos y la repercusión que tienen sobre el aparato estomatognático.

Bibliografía

1. Polanco Miniet Y, Pérez Cabrera DL, Alcolea Rodríguez JR. Cultura sanitaria sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior. Escuela "Ciro Redondo". 2017. Multimed [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Mar 12]; 23(2): 231-242. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102848182019000200231&lng=e S.
2. Rodríguez González L. Estudio de caso: desempeño de los estomatólogos generales integrales en el diagnóstico de las anomalías dentomaxilofaciales Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual) Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez" Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
3. Herrero Solano Y. Arias Molina Y Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones Multimed. Revista Médica. Granma Multimed 2019; 23(3) Revisión bibliográfica
4. González Leyva. Hábitos Bucles Deformantes En Niños De 5 – 12 Años Escuela Primaria "Julio Grave De Peralta" Año 2019. Tesis Para Optar Por El Título De Especialista De I Grado En Estomatología General Integral, 2021. Universidad De Las Ciencias Médicas De Holguín. Clínica Estomatológica "Manuel Angulo Ferrán"
5. Crespo CM, Carrasco-Aulestia JG, Ramírez-Velásquez MDC, Chicaiza-Sánchez HJ. Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares. Salud [Internet]. 3 de agosto de 2020 [citado 3 de abril de 2022]; 4(2):1-6. Disponible en: <https://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana-salud/article/view/330>
6. Rodríguez Navarro M., Parrón Carreño T., Nieto Hernández J. Epidemiología de maloclusiones en niños de 12 y 15 años aplicando el índice estético dental. Rev. Ortodoncia Española 2019; 43(2). [citado 12 Mar 2022]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033833803778710>
7. González Espangler L, Mena García G, Sarmientos Martínez Y, Durán Vázquez WE, Romero García L. Anomalías dentomaxilofaciales de la atención primaria de salud en escolares de 6-12 años. Rev Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2019 [citado 3 de abril

de 2022]; 13(3):22-26. Disponible en:
<http://www.revpanorama.sld.cu/index.php/rpan/article/view/>

8. Mora Pérez C, Pieri Silva K, González Arocha B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [revista en Internet]. 2013 [citado 2022 Feb 22]; 11(4). Disponible en:
<http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>.

9. Arocha Arzuaga A., Aranda Godínez M.S., Pérez Pérez Y., GranadosHormigó M.E. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN. 2017; 20(4). Citado [3 mar 2022] Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192016000400002&lng=e
[S](#)

10. Lugo Otaño R. Manual clínico de ortodoncia. . La Habana: Ed Ciencias Médicas. 2008

11. Sosa Rosales M. Guías prácticas clínicas de la oclusión. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.

12. Zambrano A, Rodríguez M, Araque M. Hábitos bucales en pacientes pediátricos con maloclusión que asisten al Módulo Odontológico de Santa Elena de la FOULA. IDEULA. 2019;(1):11-32.

13. Pacheco-Morffi PM, Hernández-Millán AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. Oral.2019; 20(62):1698-1704.

14. Cruz-Estupiñán D, Soto-Cantero L, Fernández-Maderos I, Díaz-Rondón B, Ugarte-Moreno D, Soto-Rodríguez P. Prevalencia de anomalías dentomaxilofaciales y sus factores de riesgo en una población adulta cubana. Investigaciones Medicoquirúrgicas [Internet]. 2018 [citado 6 Abr 2022]; 10 (1) Disponible en:
<http://www.revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/view/407>

15. Hidalgo Sanchez B, Morales Corella V, Toledo Aguilera B, Ruiz Campaña4 Ginesta Tamayo T, Velazquez Leyva T. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Gibara. EdumedHolguin. 2020

16. Moyers, R.E.: Manual de Ortodoncia. Editorial Mundial. Buenos Aires. 1976.

17. De León-Ramírez L, Barroso-de-la-Cruz A, Francés-Rodríguez Y, GarayCrespo M, Medina-Campaña C, de-León-Ramírez L. Hábitos bucales deformantes en niños de cuatro y cinco años de edad. 16 de Abril [revista en Internet]. 2021 [citado 24 marzo 2022]; 60 Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1226
18. Sosa Rosales, M., de la Peña, M. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf> PN AE
19. del Río de la Paz BR, López Espinosa GJ, Rodríguez Niebla K. Programa integral de atención médico-pedagógica a educandos y trabajadores del sistema educacional, Cuba. MINSAP, 2000
20. Moreno Barrial Y, Rodríguez Paterson Md, Rodriguez Chala HE, Marrero Hernández M, González Viera R, Cruz Sánchez L. Comportamiento de maloclusiones en niños de 6 a 12 años, municipio Arroyo Naranjo. 2018. Rev. Cub. Tecnol. Salud. [Internet]. 2019 [citado 5 Jul 2023]; 10(2). Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1390> ILAR. Chiclayo, 2021
21. de Castro-Yero J, Yero-Mier I, Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I, Álvarez-Morgado A, Gómez-Hernández I. Caracterización de hábitos bucales deformantes en escolares de tercer grado. **Revista 16 de abril** [Internet]. 2022 [citado 9 Jul 2023]; 61(283) Disponible en: <https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16-04/article/view/1531>
22. Osorio, V. y Mora, J. Anomalías dentofaciales a causa del hábito de succión digital que prevalecen en niños menores a 5 años de edad. Revista Científica “Especialidades Odontológicas UG”. 2019.
23. Lima Illescas Miriam Veronica, Rodríguez Soto Agustín, García González Brismayda. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 Jun [Citado 23 Jun 2023]; 56(2): e1395. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200009&lng=es
24. Araújo Pina AK, Coelho PM, Tavares de Carvalho M, Soares AF, Morais Sousa L. Relación entre mordida cruzada posterior unilateral y hábitos bucales deletéreos en

- preescolares de un municipio del sudoeste del Bahía. Rev. Odontopediatr. Latinoam. 2019 [acceso: 01/11/2020]; 9(1): 39-47. Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/165>
25. VinardellAlmira LM, Pérez García LA, Leal Rodríguez MI, Patterson Serrano E, Serrano González E. Intervención Educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar. MediCiego 2020 [acceso: 09/4/2020]; 26(4): [aprox. 13 pant.] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2020/mdc204i.pdf>
26. González Caballero D, Aguilar-Guerrero K, Raventos-Purón A. Hábitos bucales deformantes y autoestima en escolares de nueve a 12 años. Progaleno [revista en Internet]. 2021 [citado 19 Jun 2023]; 4 (1): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/266>
27. Martínez Garzón M, Vidal Cobo JM, Caldas Fernández A, Vidal Mojena MA. Comportamiento de hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. abril 2019-abril 2020. Estomatologia2020. [Internet]. 2020 [citado 19 Jun 2023]. Disponible en: <http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewPaper/609>
28. Balleuxs-Pereira M, Nuñez-Peña L, Hernández Y, Caraballo-Villalón L. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en adolescentes de 12-13 años de edad. **MEDISAN** [Internet]. 2023 [citado 12 Jul 2023]; 27 (3) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4570>
29. Bicet Pozo Y. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en escolares del Seminternado Rubén Martínez Villena. II Jornada Virtual internacional y XI Presencial de Medicina Familiar, mayo 2023. Hospital Militar “Dr. Joaquín Castillo Duany”
30. González-Pazmiño, L. J., Cevallos-Delgado, I. V., Cobeña-Zambrano, K., & Zevallos-Espinel, V. M. Malformaciones dentales y su relación con la succión no nutritiva en niños: Artículo de revisión bibliográfica. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR*. . (2021) ISSN: 2737-6273., 4(7), 39-60. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i7.0020upch.edu.pe/articulos/op/v15n2/a5.pdf>
31. Murrieta Pruneda JF, Cruz Díaz PA, López Aguilar J, Marques Dos Santos MJ, Zurita Murillo V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes. Home Ediciones [serie en Internet]. 2019; 45(1): [aprox. 7 p.]. [citado 2023 abril

24]. Disponible

en:

<https://www.actaodontologica.es/ediciones/maloclusionesdentales.asp>

32. Reyes Romagosa DE, Torres Pérez I, Quesada Oliva LM, Milá Fernández M, Labrada Estrada HE. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN. 2014 05; 18:606 – 612. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000500003&nrm=iso.

33. Gálvez Moya M, Ramos Hurtado I, Jiménez Mesa LM. Acciones educativas sobre hábitos bucales deformantes en escolares de primaria. Medicentro Electrónica [Internet]. 2018 [citado 2023 jun 21]; 22(3):277–80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000300012&Ing=es

34. Espinoza CI, Casas AL, Campos CK. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. Odontol pediátr. 2016; 15(2):127–134. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835086?lang=es>.

35. Pérez Coronel Juan Celestino. Maloclusiones y hábitos orales en niños de cinco a doce años de edad de la institución educativa particular Manuel Antonio Rivas, 2019 Tesis para optar por el título de segunda especialidad profesional en Ortodoncia y Ortopedia MAX

36. Herrero SY, Arias MY. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Mul Med. 2019; 23(3):580-591. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90513>

37. León Arteaga B, Castiñeira López D, Hernández Rodríguez E, Velázquez Méndez M, López Gómez Y. Relación entre maloclusiones y factores de riesgo presentes en escolares primarios de Sopimpa Fomento 2019. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2022[citado 12 Jul 2023]; Obtenible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2022/art-16/>

38. Areché Iugo V y Marte López A. "Prevalencia de maloclusiones y su asociación con hábitos deformantes bucales en niños de seis a diez años que acuden a la Clínica Odontológica de la Universidad Iberoamericana". 2021. Trabajo de grado, República

Dominicana, Universidad Iberoamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Odontología.

39. Zapata-Dávalos H, Lavado-Torres A, Anhelía Ramírez S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Lima, Perú. Rev Kiru. [Internet]. 2019 [citado 2023 abril 30];11(1): 16-24. Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/download/143/121>

40. Pérez, D. Factores de riesgo y Diagnóstico de maloclusiones en niños de 5 a 11 años. 2021. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/433/pdf>

41. Acevedo-Sierra O, Rosell-Silva C, Mora-Pérez C, Padilla-Gómez E. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005.. **MediSur** [revista en Internet]. 2008[Citado 23 Jun 2023]; 6(2): [aprox.5p.]. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/457>

42. Alighieri C, Bettens K, Bonte K, Roche N, Van Lierde K. Oral habits in children with cleft (lip and) palate: A pilot study. Acosta-Andrade A, González-Pazmiño LJ, Cevallos-Delgadovolonne V, Cobeña-Zambrano K, Zevallos-Espinel V. Vista de Malformaciones dentales y su relación con la succión no nutritiva en niños. Rev Científica Arbitr en Investig la Salud “GESTAR” [Internet]. 2021 [citado 24 de junio de 2023]; 4(7):39-60. Disponible en: <http://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/23/40> t study. Folia Phoniatr Logop. 1 de julio de 2019; 71(4):191-

43. Mendoza Oropeza L, Meléndez Ocampo AF, OrtizSánchez R, FernándezLópez A. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. RevMex Ortodoncia [Internet] 2019 [citado 2023 abril 3]; 2(4): 220227 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2395921516300381>

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento informado institucional:

El que suscribe: _____

Hago constar que estoy plenamente de acuerdo en que la institución “Escuela primaria Toribio Lima Cárdenas” participe en la investigación titulada: Hábitos bucales deformantes y maloclusiones asociadas en escolares de la escuela primaria Toribio Lima. Lajas. 2023.

Previa explicación recibida por parte de la Dra. Roxana de León López, autora del mismo.

Y para que así conste firmo el presente consentimiento conjuntamente con el autor a los ____ días del mes de _____ del _____.

Firma del Director de la Institución

Firma Jefe del proyecto

PLANILLA DE AUTORIZACIÓN

Yo _____ en mi condición de Directora de la escuela primaria Toribio Lima Cárdenas”, perteneciente al municipio de Santa Isabel de las Lajas provincia Cienfuegos, tengo interés y asumo la responsabilidad de cliente de la investigación de la Dra. Roxana de León López, por la necesidad de contribuir conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, a elevar el nivel de conocimiento de nuestras estudiantes acerca de temas relacionados con la salud bucodental, los cuales contribuirán a mejorar y/o mantener su salud.

Directora de la escuela.

ANEXO 3

Consentimiento informado:

Por este medio estamos solicitando a usted su cooperación voluntaria para incluir a su hijo (a) dentro del universo que se seleccionará para la investigación que se desarrollará en la escuela primaria “Toribio Lima Cárdenas” municipio de Lajas, cuyo propósito es identificar los hábitos deformantes bucales y las manifestaciones clínicas presentes en los portadores de esta entidad.

Si acepta que su hijo (a) participe, tiene derecho a abandonar la investigación en el momento que estime conveniente, si le surge alguna duda puede realizar las preguntas que necesite.

Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en autorizar la participación de su hijo (a) rogamos nos lo indique. Agradeceremos su colaboración.

Declaración de Voluntariedad:

He comprendido el propósito de este estudio y acepto voluntariamente que mi hijo (a) participe como una de las personas de la muestra.

Firma del padre

Fecha: _____

Firma del investigador

Fecha: _____

Anexo 4.

Historia Clínica Estomatológica

MOD. 4702-4		HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA		FECHA:
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGÍA				No. DE H. CLÍNICA:
UNIDAD:	CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er. APELLIDO:	2do. APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCIÓN:				
EDAD:	SEXO: MAS. ()	FEM. ()	ESCOLARIDAD:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL				
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS (Personal-Familiar)				
Hemorragícos reación a Medicamentos.				
HÁBITOS				
Succión Lengua				
Proctatil, Cepillado				
Bruxismo, Tabaquismo				
Café, Alcohol y otros.				
EXAMEN BUCAL (Señalar Afectaciones)				
EXAMEN FÍSICO General				
(Piel y Mucosas,				
Hábito Externo)				

[illegible]

