

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



UNIVERSIDAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
"Dr. Raúl Dorticos Llorado"

Policlínico Tomás Romay

MALOCCLUSIONES ASOCIADAS A HABITOS BUCALES
DEFORMANTES EN NIÑOS DE 8 A 11 AÑOS. HORQUITA.
ABREUS. 2019-2021

Autor: Dra. Claudia Hurtado Cabrera*

Tutor: Dra. Ana María Armas Sánchez**

Asesor: Lic. Moncy Cruz Pérez***

Consultante: Dra. Mayra García Pernas****

*Residente de segundo año de Estomatología General Integral

**Especialista de Primer Grado de Estomatología General Integral

Especialista de Segundo Grado de Ortodoncia

MsC. Atención a Urgencias Estomatológicas

Profesor Instructor

***Profesor auxiliar de Metodología de la Investigación y Bioestadística

****Especialista de Segundo Grado de Estomatología General Integral

MsC. Urgencias Estomatológicas

Profesor asistente

Trabajo de terminación para optar por el título de Especialista
de Primer Grado en Estomatología General Integral

Cienfuegos, 2021

RESUMEN

Introducción: La maloclusión es una alteración del desarrollo de los dientes y/o arcos dentales que causa alteraciones estéticas y funcionales. Dentro de sus factores etiológicos de carácter externo se encuentran los hábitos bucales deformantes. Mientras la duración e intensidad del hábito aumenta, también lo hace la probabilidad de desarrollar anomalías dentomaxilares. **Objetivo:** Establecer la relación existente entre las maloclusiones y los hábitos bucales deformantes en niños de 8 a 11 de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita. Abreus, 2019-2021. **Método:** Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, hábitos bucales deformantes, tipo de maloclusión, manifestaciones clínicas. La muestra estuvo constituida por todos los niños de 8 a 11 años de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita, Abreus, que presentaron hábitos bucales deformantes. **Resultados fundamentales:** Predominaron los niños de 9 años y las féminas; la succión del biberón y la onicofagia fueron los hábitos bucales deformantes más frecuentes; predominó el resalte anterior aumentado y la clase I de Angle; la succión del biberón, la succión digital y la protracción lingual mostraron una relación significativa con el resalte anterior aumentado y la adaquia; la maloclusión clase I de Angle predominó en los pacientes con succión del biberón, protracción lingual, onicofagia y queilofagia; y la clase II en los niños con succión digital y respiración bucal. **Conclusiones:** Se puso en evidencia que en la muestra estudiada las maloclusiones siguen siendo un problema de salud bucodental en las edades pediátricas, causadas por los hábitos bucales deformantes que adquieren en los primeros años de vida.

Palabras clave: escolares, maloclusiones, hábitos bucales deformantes

ANEXOS

Anexo 1.

Aval del director de la Institución Unidad Ejecutora Principal.

El _____ que _____ suscribe:
_____, hago constar
que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de institución
ejecutora en el proyecto de investigación titulado:

_____, de los autores:

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas
del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como
propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

Social:

Económico:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del
proyecto a los _____ días del mes de _____ del 20_____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2.
Aval de Consejo Científico

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

presentado por su autor principal _____ donde participan como otros autores, _____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de _____ del año _____ quedando en acta según acuerdo No _____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.
Proyecto TTR _____
Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo 3.

Dictamen del Comité de Ética de la Investigación
Nombre de la Institución:

Los miembros del CEIC debajo firmantes, nombrado por la Resolución
_____, hemos revisado el proyecto de investigación:

de _____ los
autores _____

_____ y encontrado que el mismo cumple con:

1. Los elementos esenciales que sustentan el problema científico. S ☐ N ☐ NP ☐
2. Los objetivos claramente enunciados. S ☐ N ☐ NP ☐
3. La sustentabilidad económica, social y ambiental. S ☐ N ☐ NP ☐
4. La descripción de las características del producto, equipo o materiales y métodos. S ☐ N ☐ NP ☐
5. Los anexos, encuestas, cuestionarios y modelos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
6. El procedimiento para el consentimiento informado. S ☐ N ☐ NP ☐
7. La evaluación del procedimiento de selección de los sujetos. S ☐ N ☐ NP ☐
8. La información sobre el manejo ético de los animales de laboratorio. S ☐ N ☐ NP ☐
9. La información sobre las pruebas farmacológicas. S ☐ N ☐ NP ☐
10. La información sobre la toxicidad preclínica y clínica y reacciones adversas. S ☐ N ☐ NP ☐
11. El correcto diseño experimental y análisis estadístico. S ☐ N ☐ NP ☐
12. Los criterios de diagnóstico, inclusión, exclusión, interrupción del tto. y salida. S ☐ N ☐ NP ☐
13. La definición y evaluación objetiva de las variables. S ☐ N ☐ NP ☐
14. La información sobre el balance los beneficios esperados y los riesgos. S ☐ N ☐ NP ☐
15. La información sobre los recursos necesarios. S ☐ N ☐ NP ☐
16. La competencia científica de los investigadores. S ☐ N ☐ NP ☐
17. La bibliografía adecuada. S ☐ N ☐ NP ☐
18. Las normas de buena práctica clínica S ☐ N ☐ NP ☐
19. El diseño del proyecto en formato CITMA. S ☐ N ☐ NP ☐
20. La información sobre el cálculo económico. S ☐ N ☐ NP ☐
21. La conducta a seguir ante los eventos adversos u otros daños. S ☐ N ☐ NP ☐

Leyenda: S = Sí, N = No, NP = No procede.

Por lo que se recomienda:

____ Aprobarlo sin modificaciones

 Aprobarlo luego de hacer las modificaciones propuestas por el CEI

Que se reelabore y se vuelva a presentar al CEI

 No aprobarlo

En el caso de no aprobarse, colocar una observación en la hoja de notas con el número correspondiente explicando en qué consiste la dificultad.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____
de 200__.

[illegible]

Anexo 4.

Autorización de la dirección de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita:

Fecha: _____

La dirección de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita autoriza el desarrollo de la investigación “Maloclusiones y hábitos deformantes en niños de 8 a 11 años. Horquita. Abreus, 2019-2021” en dicha institución. Se tiene conocimiento acerca de los objetivos de dicho estudio, así como de su carácter científico; por lo tanto se dispondrá de la colaboración de los educadores y de todo el personal docente.

Firma de director

Firma del Residente

Anexo 5.

Consentimiento Informado

Fecha: _____

Yo, _____ estoy de acuerdo con que mi hijo(a) _____ participe en la investigación "Maloclusiones y hábitos deformantes en niños de 8 a 11 años. Horquita. Abreus, 2019-2021". Estoy consciente de los objetivos de la misma, de la profesionalidad de los investigadores y de los beneficios que se van a reportar para mi hijo(a). Tengo conocimiento de que toda la información tendrá carácter confidencial y que solo será utilizada con fines investigativos.

Y para que así conste,

Firma del padre o tutor

Firma del Residente

A nexo 6.

Autorización de la clínica estomatológica de Horquita:

Fecha: _____

La administración de la posta médica de Horquita perteneciente al Área de Salud de Yaguramas, Abreus, autoriza el desarrollo de la investigación “Maloclusiones y hábitos deformantes en niños de 8 a 11 años. Horquita. Abreus, 2019-2021” en dicha institución. Se tiene conocimiento acerca de los objetivos de dicho estudio, así como de su carácter científico; por lo tanto se garantizarán recursos necesarios para su satisfactoria ejecución.

Firma de administrador

Firma del Residente

Anexo 7.

Historia clínica individual

[illegible]

[illegible]

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	7
DISEÑO METODOLÓGICO	26
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	30
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	33
RESULTADOS FUNDAMENTALES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

INTRODUCCIÓN

Los humanos como seres sociales se comunican a través del rostro y el principal sello de identidad personal es la cara, es decir, lo que los define como individuos en los contactos interpersonales. El área craneofacial en crecimiento es una estructura maravillosamente compleja, cuyo desarrollo, mucho más que un mero incremento de tamaño, deviene un proceso equilibrado, que gradualmente modela y da nueva forma al rostro del niño hasta convertirse en el del adulto; teniendo en cuenta además la exposición a múltiples factores que pueden modificar su crecimiento y desarrollo.

La maloclusión es una alteración del desarrollo de los dientes y/o arcos dentales que puede ocurrir tanto en la dentición primaria como en la permanente, que causa defectos estéticos en casos ligeros y alteraciones anátomo- funcionales en los más severos¹. Este defecto se presenta desde edades muy tempranas en cualquiera de sus modalidades y ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales consideradas problema de salud, así como el primero y segundo entre las afectaciones de la cavidad bucal infantil². La Organización Mundial de la Salud la considera un problema de salud pública debido a su alta prevalencia en la población infantil.¹

Proffit en 1993 indica la prevalencia de maloclusiones y encontró que alrededor de un tercio de la población tiene una oclusión que puede considerarse como "normal" o casi, y unos dos tercios con algún grado de maloclusión. De estos últimos, solo un pequeño grupo de un 5% tiene una maloclusión atribuible a una causa específica. Refiere que la mayoría de los individuos con esta enfermedad son el resultado de una combinación compleja y mal comprendida de influencias genéticas y ambientales y no están causados por un proceso patológico sino por variaciones más o menos moderadas del desarrollo normal.³

Existen elementos totalmente externos que pueden originar alteraciones o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares sobre los cuales se puede actuar. Los mismos han sido ampliamente estudiados y manejados por diferentes autores y al conocerlos, se puede realizar una correcta prevención, tratar al paciente de manera integral, teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial; dentro de estos elementos se pueden mencionar los hábitos bucales deformantes.⁴

Ceroy en 1915 introduce las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes⁵. Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos más comunes de las maloclusiones desde el siglo XIX. Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de

crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones de contracción muscular de naturaleza muy compleja⁶ que se aprenden por actos de repetición frecuente, de forma voluntaria, consciente o instintiva en sus inicios y que al fijarse por el entrenamiento llegan a convertirse en inconscientes.^{7, 8} Estos pueden ser beneficiosos (cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación) o perjudiciales (cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales). Entre estos casos se destacan la succión digital y del tete, la interposición lingual en reposo y en deglución, así como la respiración bucal.⁹

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional¹⁰. Su origen multicausal, así como su mantenimiento o aparición en edades tempranas del niño, condicionan la necesidad de realizar programas preventivos basados en diferentes medidas y procedimientos, con el objetivo de disminuir su incidencia.⁹

Se han realizado innumerables estudios sobre la prevalencia de hábitos bucales deformantes y el desarrollo de las maloclusiones; sin embargo, por su influencia en el desenlace de estas anomalías, en la actualidad continúan las investigaciones sobre este tema. Existen muchas evidencias que afirman que los hábitos bucales deformantes pueden dañar las estructuras bucales y desencadenar maloclusiones desde muy temprana edad¹¹. También se sabe que las deformaciones dentoesqueletales que producen estos hábitos dependerán del tiempo, la intensidad y frecuencia de estos. Pousa MS y col¹², consideran que a pesar que existe una relación entre los hábitos orales y la presencia de maloclusiones, estos hábitos no son un factor indispensable para la aparición de las mismas, porque se ha observado que muchos niños han presentado el factor causal de hábitos con una oclusión compensada.

Cuando existe una maloclusión grave puede alterarse incluso la emisión de algunos sonidos, haciéndose necesario la corrección ortodóncica previa aplicación de mioterapia fonoaudiológica¹². En muchas ocasiones las disfunciones musculares no resultan

fenómenos aislados, sino que se asocian o son causados por otras disfunciones o por posición alterada de tejidos duros.¹³

El estomatólogo debe desempeñar funciones de educador para poder motivar y lograr cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades. El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que se cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean responsables de su propia salud.¹³

La vigilancia y regulación, que incluyen la observación y enseñanza de formas correctas de alimentación desde el nacimiento del niño, así como el control de los dientes y la oclusión en las denticiones temporal y mixta, favorecen la existencia de una población infantil y adulta joven con una oclusión adecuada. Aunque no todas las maloclusiones pueden prevenirse o detenerse, sí es posible reducir su número y condición en la niñez.⁹

Con respecto al tema internacionalmente se registran publicaciones e investigaciones realizadas por Sadhan SA, Asma M. Zubair A¹⁴, Flores Contreras DS, Meza Ártica ID¹⁵, entre otros.

En Latinoamérica prestigiosos investigadores abordan el tema, tal es el caso de Gil Lemus JK, Moreno Escarpeta LK, Vargas Montenegro KJ¹⁶, Matute Pinos RA, Alvarado Urgilez AB¹⁷, Carrascal Ortiz JL, Alarco La Rosa LF¹⁸, Arias A, Espinal-Botero G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B¹⁹; entre otros.

En Cuba varios estudiosos investigan y publican acerca del tema entre los que se encuentran Vinardell Almira LM, Pérez García LA²⁰, León Alfonso J, Carvajal Roque Y, Pérez Hermida N.¹³, Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE²; entre otros.

En Cienfuegos un grupo de investigadores estudian y publican acerca del tema entre los que se encuentran Mora Pérez CC, Álvarez Mora I, Blanco Hernández A, Espino Sosa Y²¹, Álvarez Mora I, Lescaille Castillo Y, Mora Pérez CC²², Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías JL, Rosell Silva CR²³ y Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A.²⁴

Álvarez Mora I. y col.²² en 2013 en su intervención de salud bucal en escolares con hábitos bucales deformantes, así como Morera Pérez A. y col.²⁴ en su investigación “Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años” en 2016, ambas en el municipio de Cienfuegos, aportan resultados que demuestran la correlación entre los hábitos bucales deformantes y la consecuente aparición de las maloclusiones.

Justificación del estudio:

La meta fundamental es disminuir la incidencia de las maloclusiones en escolares de primaria, actuando sobre los principales factores de riesgo, dentro de los cuales los hábitos bucales deformantes constituyen unos de los más comunes, sobre todo en edades tempranas. A partir del conocimiento y los resultados obtenidos en este estudio, se podrán buscar alternativas efectivas dentro de la Promoción de Salud que modifiquen conductas en los pacientes y consecuentemente, mejoren el estado de salud bucodental. Proporcionar evidencias fundamentadas acerca de la relación existente entre los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones, sin dudas, promoverá la creación de estrategias por parte de los profesionales para la prevención y el manejo eficaz de estas anomalías.

Problema de investigación:

¿Qué relación existirá entre las maloclusiones y los hábitos bucales deformantes en niños de 8 a 11 años de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita. Abreus, 2019-2021?

OBJETIVOS

General:

Relacionar las maloclusiones y los hábitos bucales deformantes en niños de 8 a 11 de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita. Abreus, 2019-2021.

Específicos:

1. Caracterizar la población según edad y sexo.
2. Identificar manifestaciones clínicas asociadas a los hábitos bucales deformantes presentes en la población.
3. Relacionar las maloclusiones detectadas según la clasificación de Angle con la presencia de hábitos bucales deformantes.

Actualidad.

La investigación se relaciona con los objetivos 2, 3 y 4 del Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población que plantean: “Incrementar la población sana mediante acciones de promoción de la salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención”, “disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención” y “realizar acciones de curación en todos los niveles de atención”.²⁵

El estudio está en correspondencia con los Lineamientos 127 y 130 de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021, aprobado en el 7mo Congreso del Partido en abril de 2016 y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en julio de 2016 que plantean: “Fortalecer las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida, que contribuyan a incrementar los niveles de salud de la población”²⁶ y “Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional y eficiente de los recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades”.²⁵

Responde además a las Líneas de investigación de Estomatología 2018-2019 y entre ellas las que plantean: “Estudio de variables de riesgo odontológico y de medidas de promoción de la salud bucodental en la población” y “Factores de riesgo de las enfermedades bucodentales”.²⁷

Novedad científica.

A partir de los conocimientos y resultados obtenidos en la investigación, se pretende promover transformaciones a nivel de la determinante de salud modos y estilos de vida en lo que respecta a hábitos bucales deformantes en escolares.

Los referentes teóricos analizados correspondientes a maloclusiones asociadas a hábitos bucales deformantes, sus fundamentos y características enfocados en niños de 8 a 11 años de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita, Abreus, permitirán una aproximación científicamente documentada, para precisar los principales aspectos a tener en cuenta en el proceso de prevención, diagnóstico y tratamiento, lo que permitirá su correcta caracterización en el contexto social, en un territorio concreto y en un espacio dado, contribuyendo a resolver de forma más adecuada este problema de salud.

MARCO TEÓRICO

En el año 460 a.c. se identificó por primera vez lo que era una malposición dentaria según el famoso médico griego Hipócrates de Cos, quien conocido como el primero de la historia, aseguró que la mala alineación de los dientes era algo que se podía corregir. Al inicio los intentos de corrección se basaban solo en cuestiones meramente estéticas, la salud estaba en un segundo plano hasta prácticamente el siglo XIX, periodo en el que se comenzó a abordar más en profundidad el tratamiento de las anomalías de los dientes.²⁸

El autor Delabarre en 1819 propone un tipo especial de médico que dedicara su atención al desarrollo de la boca y a la corrección de las irregularidades posicionales. Los estudios sobre el crecimiento maxilar y mandibular crecieron en la segunda mitad del siglo XIX. El concepto introducido por el Doctor Angle de la oclusión dentaria marcó un éxito en la historia de la especialidad al definir un objetivo concreto para la corrección ortodóncica. En el ánimo del clínico estaba mejorar la condición de ajuste y relación dentaria buscando que el funcionamiento oclusal estimulara el crecimiento y desarrollo de los maxilares, para así mejorar el aspecto facial. Desde entonces, la ortodoncia persigue tanto el alineamiento de los dientes como el equilibrio y la belleza del rostro humano.²⁸

1.1 Características de las maloclusiones:

La oclusión se refiere a la manera en la que los dientes maxilares y mandibulares se ensamblan, tanto en una mordida típica, como en una gran variedad de contactos entre los dientes durante la masticación, deglución, presión con fuerza o hábitos de trituración y otros movimientos normales de la mandíbula.²⁵ También implica el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes: relaciones de protrusión, en lateralidad o céntrica. No hay duda de que la oclusión contribuye a la “individualidad” de una persona, y la necesidad de modificación o tratamiento de la misma debe ser el resultado de una consideración equilibrada de todos los factores involucrados: funcionales, anatómicos y psicológicos.²⁹

Una oclusión funcional es un estado en el cual las superficies oclusales no presentan obstáculos o interferencias para los movimientos mandibulares, y en el que existe la máxima interdigitación cuspídea en oclusión céntrica, respetando todas las reglas de fisiología, anatomía y neurofisiología humana. Cuando algunas de las características mencionadas están alteradas, se puede llegar a presentar una maloclusión.¹⁹

La oclusión normal consiste en una determinada disposición de los dientes entre sí con respecto a los maxilares, el cráneo y la musculatura de la cabeza, que sea estéticamente aceptable y esté en armonía con la salud y función de los dientes y los tejidos que los rodean.³⁰

La palabra normal se usa, por lo general, para expresar un patrón de referencia o una situación óptima en las relaciones oclusales y, aunque no es lo que más frecuentemente se encuentra en los pacientes, se considera el esquema más adecuado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición a lo largo de la vida, en consonancia con el sistema estomatognático.³⁰

En el diagnóstico ortodóncico es necesario partir del concepto de oclusión normal para una población y de la descripción de lo que pudiera llamarse la oclusión ideal. La oclusión ideal es en la práctica un objetivo teórico inalcanzable; se usa como marco de referencia hacia el que dirigir el tratamiento y no como punto de partida que separa lo normal de lo anormal.²⁹

La relación de la oclusión ideal de los dientes cambia con la etapa de la formación dental y se consideran cuatro etapas: 1) Preprimaria, desde el nacimiento hasta que se completa la dentición primaria, alrededor de los tres años; 2) Dentición primaria, presente y en esencia sin cambios desde los tres hasta los seis años; 3) Dentición mixta, desde la erupción del primer diente permanente a los seis años hasta la caída y sustitución de todos los primeros, a los 12 ó 13 años; y 4) Dentición permanente, que ya está presente por lo general de los 12 a 14 años.²⁵

Debido a la gran variabilidad de la secuencia de la erupción y a las diferentes oclusiones que aparecen después de la erupción de cada diente, la dentición mixta es la más difícil de catalogar como normal o anormal.²⁵

Desde el punto de vista ideal, durante la dentición mixta o de transición hasta la dentición permanente, ocurre una secuencia de hechos de manera ordenada y regulada en el tiempo. Estos sucesos dan como resultado una oclusión funcional, estética y estable. Sin embargo, cuando la secuencia se altera surgen problemas que pueden afectar el estado final de la oclusión en la dentición permanente.²⁵

Existen diversos problemas en la dentición en desarrollo que se encuentran a menudo y usualmente requieren corrección, conocidos como maloclusiones; ejemplos de los mismos

son: mordidas cruzadas anterior y posterior, erupción ectópica de molares permanentes, sobremordida vertical, mordida abierta, apiñamiento por pérdida de espacios.²⁵

La maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático, caracterizado por no darse la relación normal entre las unidades dentarias con los demás dientes en el mismo arco y con los del arco antagonista creando un problema funcional (masticación, fonación y oclusión) y estético para el individuo, con un efecto psicológico perjudicial para la persona.³¹

Esta enfermedad es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático.¹ Constituye una de las principales afecciones de la cavidad bucal ocupando el tercer lugar en orden de prioridad, precedido por las caries y las periodontopatías³²; oscila en rangos de 35 al 75 % con diferencias en cuanto a sexo y edad.³³

Estudios epidemiológicos indican que el 60% o más de sujetos tienen maloclusión²⁵, por tanto no se puede considerar como la antítesis de la normoclusión, sino más bien como una situación que exige un tratamiento ortodóncico.³²

Algunos autores clasifican las maloclusiones como deformidades dentofaciales incapacitantes o estados que interfieren con el bienestar general del niño, ya que pueden afectar su estética dentofacial, las funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico. El aspecto físico puede afectar hasta su manera de comportarse socialmente y los hacen manifestarse tímidos, retraídos, apartados y hasta agresivos.³²

Se considera que muy pocas maloclusiones son prevenibles, pero el 25 % de estas pueden ser evitadas al eliminar los factores de riesgo, en edades tempranas, para lograr la mejoría.³⁰

La Organización Mundial de la Salud la considera un problema de salud pública debido a la alta prevalencia de maloclusión que afecta a la población infantil. Es importante prevenir y tratar esta alteración, que puede causar un impacto social negativo interfiriendo con la calidad de vida de los individuos afectados, dañando su interacción social y bienestar.¹

Clasificación de las maloclusiones:

Los primeros intentos de clasificar las maloclusiones provienen de Fox, que basa su clasificación en las relaciones de los incisivos. Tras Fox, muchos autores han propuesto multitud de clasificaciones. Sin embargo, fue Angle el que aportó una clasificación que por su simplicidad ha quedado consagrada por el uso y es universalmente aceptada y conocida por todos.²⁹

Considerando el primer molar superior como punto fijo de referencia, Angle dividió las maloclusiones en tres grandes grupos²⁹:

- Clase I
- Clase II: división 1/ división 2.
- Clase III^{19, 29}

Posteriormente, Lisher introdujo una nomenclatura nueva, respetando el concepto de Angle, y denominó a las clases de Angle²⁹: neutroclusión, distoclusión y mesioclusión.^{3, 29}

- Clase I: relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes; cúspide mesiovestibular del primer molar superior en mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior, pero con malposiciones individuales de los dientes ya sea en relaciones verticales transversales o desviación sagital de los incisivos.³
- Clase II: surco vestibular del molar inferior por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Se distinguen diferentes tipos o divisiones por la posición de los incisivos³:
 - División 1: incisivos en vestibuloversión y aumento del resalte.³
 - División 2: incisivos centrales retroinclinados y los incisivos laterales con marcada inclinación vestibular hay una disminución en el resalte y aumento en sobremordida interincisiva.³

La relación distal de los molares puede ser bilateral o unilateral, esta última se describe con subdivisión derecha o izquierda.³⁴

- Clase III: surco vestibular del molar inferior por mesial de la cúspide del mesiovestibular del molar superior.³

La relación de molar clase III al igual que en la clase II, puede ser unilateral (subdivisión derecha o izquierda).³⁴

En la oclusión temporal, lo más usual, es que las caras distales de los segundos molares temporales superior e inferior, terminen en un mismo plano; el habitual plano terminal o plano post lácteo en la dentición temporal, el cual conlleva a una relación de cúspide a cúspide en los primeros molares permanentes, los que luego pueden alcanzar una relación de neutroclusión con el corrimiento mesial tardío.³⁴

Puede existir un escalón mesial, lo que es ideal para cuando los primeros molares permanentes broten lo hagan en neutroclusión, pero esta relación no solo se presenta en niños buenos masticadores, debido al desgaste de las superficies proximales y oclusales sino que también puede ser patognomónico de una clase III donde ya es necesaria la consulta con el ortodoncista.

La otra forma de relacionarse los segundos molares, es formando un escalón distal, el cual provoca el brote de los primeros molares permanentes en distoclusión. Esta relación se considera una anomalía y debe ser interconsultada con el ortodoncista.³⁴

Otras clasificaciones clínicas²⁹

Según la localización preferente de la maloclusión se distinguen tres tipos²⁹:

- Maloclusión ósea.
- Maloclusión muscular.
- Maloclusión dentaria.²⁹

Según la extensión de la anomalía²⁹:

- Maloclusión local.
- Maloclusión general.²⁹

Cuando se va a clasificar la maloclusión, se deben tener en cuenta los componentes vertical, sagital y transversal, con lo que se clasifica la maloclusión en mordida abierta, mordida profunda; mordida borde-borde anterior, mordida cruzada anterior; y mordida cruzada posterior, respectivamente.¹⁹

La oclusión puede ser alterada por distintas condiciones, tales como: tipo de alimentación, hábitos bucales deformantes, caries proximales, obturaciones defectuosas, extracciones dentarias prematuras, así como enfermedades que repercuten durante el proceso evolutivo de las denticiones mixta y permanente. Desde una perspectiva preventiva, es importante conocer las causas específicas de maloclusión porque permitirá prevenirlas, aunque solo representen una pequeña parte del conjunto.^{2, 24}

La etiología de las maloclusiones es multifactorial, por lo tanto es difícil de establecer. Es frecuente que sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, por lo tanto, no es posible describir un único factor etiológico específico.¹³

Solo a un 5% de la población con algún grado de maloclusión se le atribuye una causa específica conocida, como por ejemplo un déficit mandibular por una fractura del cóndilo mandibular, una maloclusión característica que acompaña a un síndrome genético u otras causas conocidas. Refiere que la mayoría de los individuos con maloclusiones son el resultado de una combinación compleja y mal comprendida de factores genéticos y ambientales y no están causados por un proceso patológico sino por variaciones más o menos moderadas del desarrollo normal.^{3, 12}

Algunos autores reportan que 35-50% de las maloclusiones son causadas por factores externos, y el factor funcional más frecuente que influye en la oclusión son los hábitos orales. Los efectos negativos de los hábitos orales dependerán de su frecuencia, intensidad y duración, así como del tipo de hábito y los patrones de crecimiento hereditarios individuales.¹⁹

1.2 Hábitos bucales deformantes.

Características.

Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos más comunes de las maloclusiones desde el siglo XIX. Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.³⁰ De igual

manera, pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.^{13, 32, 33, 35}

Se desarrollan como reflejos sensoriales del sistema neuromuscular, y aquellos 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. Aparecen entre 56% y 75% de los niños y producen alteraciones del balance neuromuscular, discrepancia hueso diente, mordida cruzada posterior, anterior, mordida abierta anterior y pueden provocar desviaciones de la mandíbula.³²

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, que mantiene su intensidad habitual, produzcan una deformación ósea. Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, alteraciones todas que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.³³

La etiología de los hábitos deformantes es multifactorial: los que persisten en el tiempo o se presentan en etapas tardías del desarrollo, se deben con mayor probabilidad a problemas psicológicos o frustraciones como estrés, aburrimiento, falta de atención, ansiedad, fatiga, conflictos emocionales (celos, inseguridad), cansancio y problemas en el entorno con familiares o amigos, con lo que se evidencia un fuerte componente psicológico y neurológico. Muchos niños frente a las perturbaciones emocionales toman el hábito como medio de liberación de tensiones y llegan a convertirse en una clara defensa contra los sentimientos de inseguridad, falta de amor y angustias.⁸

Dos teorías de comportamiento se han utilizado para explicar la causalidad, en especial de los hábitos de succión no nutritivos: la psicoanalítica, propuesta por Sigmund Freud, y la teoría del aprendizaje. Ambas teorías creen que algunas condiciones con desarrollo normal

promueven el origen de los hábitos de succión no nutritivos. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, los hábitos de succión son una estimulación placentera de los labios y la boca. La teoría del aprendizaje establece que los hábitos de succión son respuestas adaptativas. Se espera que a los tres años los niños hayan abandonado los hábitos orales. Para los niños que continúan con presencia de hábitos orales después de esta edad, la teoría psicoanalítica sugiere que es un indicativo de trastorno psicológico, causado por la incapacidad de hacer frente a la tensión de la vida. Sin embargo, la teoría del aprendizaje cree que es solo un hábito aprendido.³⁶

Durante la infancia, la evaluación de los hábitos resulta fundamental para la prevención y corrección temprana de las desarmonías que provocan; por lo tanto es importante obtener la mayor información posible a través de una exhaustiva anamnesis y un examen clínico meticuloso en sus aspectos físicos general, facial e intrabucal. Como variables más indicativas se encuentran el desarreglo visible, atribuible al ejercicio de la actividad habitual, la edad del niño en cuestión y la cuatreada de factores que determinan, en última instancia, la importancia clínica del hábito:

- Intensidad, que es la fuerza con que es practicado el hábito.
- Frecuencia, que es el número de ocurrencias en 24 horas.
- Duración, que es el tiempo cronológico que lleva el niño practicando el hábito.
- Dirección, que es el resultante en la aplicación de las fuerzas, sean estas musculares (internas o externas), o de otros agentes, por ejemplo, un dedo.³⁶

Clasificación:

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos: beneficiosos y perjudiciales. Los hábitos beneficiosos o funcionales son aquellos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La succión, la masticación, la deglución y la respiración normales, constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos o funcionales³². Los hábitos perjudiciales o deletéreos son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.^{32, 36, 37}

Según el momento, los hábitos pueden clasificarse en clínicamente no significativos: se presentan en edades y momentos que por no producir alteraciones y no requerir

tratamiento no se traducen en problemas clínicos; y 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.³⁶

En cuanto a la frecuencia e intensidad los hábitos se clasifican en no compulsivos: son los que se presentan en el niño ocasionalmente y se puede decir que no ocasionan distorsiones de importancia; y 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.³⁶

De modo general entre los tipos de hábitos se encuentran³⁸:

- Succión digital
- Queilofagia o succión del labio
- Protracción lingual
- Respiración bucal
- Onicofagia
- Succión del chupón o biberón
- Hábitos posturales³⁸

1.2.1 Hábitos de succión.

La palabra succión según el diccionario de la lengua española y Larousse es la extracción de un líquido con los labios de una cosa siendo este un instinto reflejo.³⁹

El hábito de succión es un reflejo innato que poseen todos los niños y que en mayor o menor medida se presenta en casi todos los lactantes y niños y que esta necesidad se puede satisfacer con la lactancia materna o artificial, pero en muchas ocasiones queda una necesidad no satisfecha de succión que el niño trata de completar de otra manera. En las sociedades primitivas sobre todo, el niño obtenía satisfacción mediante la succión no nutritiva del pezón materno y en nuestra sociedad este reflejo se satisface con la succión de chupón o de dedo.³

Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Esta organización nerviosa temprana permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los tres años de edad, momento en el cual, con la aparición de las piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación, se considera un mal hábito cuando persiste estando las piezas en boca.³⁹

La supervivencia del recién nacido depende de la succión oral instintiva, que le permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar, de satisfacción y seguridad, ya que le sirve de intercambio con el mundo exterior. En el neonato existen tres reflejos que permiten la lactancia materna y le garantizan la supervivencia³⁹:

- Reflejo de búsqueda
- Reflejo de succión
- Reflejo de deglución³⁹

En dentición primaria estos hábitos de succión tienen efectos escasos o nulos a largo plazo, pero si persisten después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión³, caracterizada por paladar ojival, prognatismo maxilar, retrognatismo mandibular, incisivos superiores vestibularizados e inferiores lingualizados, resalte aumentado, mordida abierta anterior o lateral, mordida cruzada posterior, tendencia a clase 2 división 1ª, hipotonía labial, labio inferior hiperactivo con contracción anormal. También se puede observar: boca abierta, facilitando la respiración oral, persistencia de deglución infantil, problemas fonéticos, interposición lingual en reposo, alteraciones en el dedo, labio inferior colocado por detrás de los incisivos superiores, interferencia de la secuencia normal de la erupción, etc.³

La aparición de una maloclusión debida a un hábito de succión depende, como cualquier estímulo externo que altere el equilibrio dental y esquelético, del número de horas y no de la magnitud del chupeteo y que las consecuencias van a depender del momento de inicio y finalización del hábito.³

➤ Hábito de succión digital:

Dentro de los hábitos que se estudian, la succión digital es el que más interesa por la frecuencia con que se encuentra, las drásticas deformaciones bucodentarias que provoca,

las implicaciones psíquicas y sociales que acarrea y sobre todo por lo difícil de su tratamiento en ocasiones. Existen dos variantes de este hábito, la de succión de uno o más dedos, y específicamente la succión del pulgar que resulta ser el más complicado de tratar. Son muchas y contradictorias las teorías que tratan de explicar la etiología de este hábito, al ser de incumbencia de pediatras y odontopediatras; así como también las recomendaciones de corrección, por cuanto no siempre resultan ser eficaces las mismas en todos los pacientes. Por una parte, se dice que a veces se instala durante el periodo de lactancia por episodios de insatisfacción debido a una alimentación rápida, o estados tensionales durante el mismo; otros lo atribuyen a la permanencia de la sensación de hambre por la alimentación insuficiente; otros, siguiendo los preceptos freudianos piensan en la carga erotógena de la boca en relación con la organización pregenital sexual del niño; en muchos casos los propios padres e institutrices los crean al introducirles el dedo en la boca a los niños cuando lloriquean o molestan.³⁶

En el caso de la succión del pulgar, el hábito consiste en la introducción de este en la boca, con la yema del dedo apoyada en la bóveda palatina, inmediatamente detrás de los incisivos centrales, y al comenzar la succión, el dorso del dedo se apoya en los incisivos inferiores, creándose una fuerza doble, producto de la fuerza negativa intrabucal, en la que los incisivos superiores son propulsados hacia arriba y adelante, los inferiores hacia atrás y abajo, y profundizándose la bóveda palatina, a causa de la acción de los buccinadores sobre los segmentos laterales sin la oposición de la lengua; esto redundaría en la formación de la mordida abierta anterior (adaquia), incompetencia labial o dificultad para el cierre bilabial, profundización de la bóveda palatina, micrognatismo transversal maxilar y en ocasiones retrognatismo mandibular. Se dice que este hábito no tiene significación clínica cuando el niño lo realiza hasta los 4 años, más o menos; pasada esta edad, el hábito tiene mucha importancia clínica, de modo que de continuar después de los 8 o 9 años, se está en presencia de un hábito compulsivo con complicaciones severas de la conducta o más bien de la formación de la personalidad del niño.³⁶

Las desviaciones producidas en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan³⁹:

- Tiempo de duración, frecuencia e intensidad del hábito. El tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observadas, tal y como

demuestran los estudios de biomecánica. La intensidad, aunque de menor importancia, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva mientras que en otros casos la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral.³⁹

- Cronología. El hábito influye de un modo negativo en el desarrollo bucodentario desde la erupción completa y asentamiento de la dentición temporal, demostrándose que produce efectos perjudiciales a nivel dentario a partir de los cuatro o cinco años de edad.³⁹
- Número de dedos implicados y su forma de colocación. Lo más frecuente es la utilización del pulgar, aunque, a veces, son varios los dedos succionados.³⁹
- Asimismo es importante la forma de introducirlo en la boca; si apoya sobre los incisivos inferiores y en este caso, si lo hace la superficie dorsal del dedo (tiene un efecto más nocivo al actuar de fulcro) o la superficie palmar, si alcanza la bóveda palatina.³⁹
- Existencia de alteraciones esqueléticas y dentarias concomitantes.³⁹

Otros problemas que pueden surgir son la formación de callos en el pulgar, eccema irritativo, uñeros y deformación del dedo, además de trastornos en el lenguaje, en el desarrollo físico y emocional del niño, con deterioro de su autoestima.³

Unas variantes de este hábito lo constituyen el chupete o tete y el biberón, que al permanecer hasta edades tardías (después de los 3 o 4 años) pueden ocasionar trastornos similares a la succión digital, con la salvedad que resulta menos difícil su eliminación.³⁶

1.2.2 Deglución atípica o interposición lingual.

Constituye un hábito bucal muy controvertido, por la diversidad de opiniones entre pediatras, foniatras, odontopediatras y ortodoncistas. En términos generales, se puede aceptar como una etapa transicional entre la deglución infantil característica en el periodo de amamantamiento por succión y la etapa madura o de masticación; y para muchos, no es más que la persistencia de la deglución infantil, manteniéndose el mismo patrón neuromuscular. El síndrome que caracteriza a los portadores de este hábito deformante es la presencia de la interposición de la lengua entre las arcadas, protrusión de los incisivos,

adaquia, en ocasiones hiperglosia e incompetencia labial, diastemas anteriores, y asociado muchas veces al hábito de succión digital, la alimentación artificial y fundamentalmente a la presencia de hipotonía labial.³⁶

No puede ser considerado como un hábito en el sentido habitual ya que la deglución no es una conducta aprendida, pero está integrada y controlada fisiológicamente a niveles subconscientes.³ Se clasifica en simple, compleja y complicada (persistencia del patrón de deglución infantil), de acuerdo con sus características clínicas y etiológicas. En el segundo y tercer caso deberá ser tratada por el ortodoncista.³²

Deglución con interposición lingual simple³⁹:

- Se caracteriza por la contracción de los labios, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula.
- Dientes en oclusión, mientras la lengua se encuentra protruida en la mordida abierta.
- Mordida abierta muy circunscrita.
- Generalmente, niños respiradores nasales con hábito de succión digital.
- Presentan buen ajuste oclusal y buena intercuspidadación aunque éste presente la maloclusión.³⁹

Deglución con interposición lingual compleja³⁹:

- Contracciones de los labios y de los músculos faciales y mentoniano.
- Interposición de la lengua entre los dientes y deglución con los dientes separados.
- Mordida abierta generalmente más difusa y difícil de definir.
- En muchas ocasiones, no presenta mordida abierta.
- Inestabilidad en la intercuspidadación.
- Generalmente , respiradores bucales y casi siempre con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica o alergias.³⁹

Deglución infantil persistente: ³⁹

- Persistencia predominante del reflejo de deglución infantil posterupción de los dientes permanentes.
- Fuertes contracciones de los labios y de la musculatura facial.

- Interposición de la lengua entre los dientes, tanto en aparte anterior como lateralmente.
- Musculaturas facial y bucal tensas, fuertes contracciones del músculo buccinador.

Entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito se pueden nombrar³⁹:

- La alimentación artificial por medio del biberón.
- Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
- Desequilibrio del control nervioso: por lo general en niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.
- Macroglosia: son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.
- Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.
- Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc. Existen estadios de transición entre la dentición primaria y mixta, en los que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite temporalmente la interposición lingual. Tienen una duración muy breve, no producen efectos adversos y no requieren tratamiento.³⁹

El efecto de la lengua debe verse en perspectiva: a los 6 años el número de niños con interposición lingual al tragar es diez veces mayor que el número de estos niños que tienen una mordida abierta anterior. Entonces no parece que la interposición lingual al tragar siempre implique una posición de reposo alterada y por tanto que lleve a una maloclusión. En niños con una mordida abierta anterior, la posición lingual puede ser un factor de perpetuación de la maloclusión, pero en la mayoría de casos no es la causa en sí misma.³

1.2.3 Respiración bucal.

La etiología de la respiración bucal está, en la actualidad, muy cuestionada, por cuanto, parece ser que el patrón genético no siempre se comporta determinadamente, como inevitable relación causa-efecto, ya que se encuentran pacientes respiradores bucales, con excelente desarrollo de los arcos maxilares, y permeabilidad del espacio nasofaríngeo aceptable; y viceversa, pacientes respiradores bucales, sin alteraciones oclusales de consideración. Se puede definir la respiración bucal como la inhabilidad del niño para respirar solamente por los pasajes nasales. De hecho, la respiración bucal no siempre es anormal, debido a que cuando se somete al organismo a grandes esfuerzos de fuerza o resistencia, la necesidad de oxigenación aumenta y resulta imprescindible aumentar el volumen de aire hacia los pulmones a través de la boca, ya que es insuficiente la respiración nasal por si sola; igualmente algunos deportistas, como los nadadores, fondistas, etc., así como los cantantes y declamadores, hacen de la respiración bucal también, una vía importante de incorporar al cuerpo el oxígeno requerido. La causa fundamental de la respiración bucal, radica en la presencia de obstáculos respiratorios, los que pueden ser:

- Obstáculos respiratorios altos: vegetaciones adenoideas, hipertrofia de las amígdalas faríngeas, los pólipos, las rinitis, la hipertrofia de los cornetes, las desviaciones del tabique nasal, y las demás afecciones que tomen asiento en las fosas nasales.
- Obstáculos respiratorios bajos: hipertrofia de las amígdalas palatinas, las amigdalitis crónicas, y demás enfermedades que se ubiquen a este nivel.³

En los pacientes respiradores bucales la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo del aire. Este fenómeno acarrea dos consecuencias³⁹:

- Por una parte provoca una falta de crecimiento transversal del maxilar superior al quedar sometido a las fuerzas centrípetas de la musculatura mímica, especialmente del músculo buccinador. Esto se manifiesta clínicamente con un maxilar superior estrecho, elevación de la bóveda palatina y apiñamiento y/o protrusión de los dientes anteriores.

- La lengua descendida está asociada con un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de altura facial inferior. Este tipo de crecimiento se ve favorecido también por la mayor apertura bucal que tienen estos pacientes en la posición de reposo mandibular.³⁹

Un método simple para detectar la posible respiración bucal, consiste en hacer una mariposa de algodón y colocarla en los orificios nasales, para ver si el aire expirado mueve las aletas o no, o si lo hace de un lado solamente, indicándonos la presencia de una obstrucción unilateral. El cuadro clínico que nos representa el respirador bucal es patognomónico en: vestibuloversión dentaria anterosuperior con proquelia (labio superior elevado y proyectado hacia adelante); el labio inferior elevado, colocado entre las caras labiales de los dientes inferiores y las palatinas de los superiores; los incisivos inferiores en franca egresión, hasta marcar sus bordes incisales en la encía palatina; hiperdaquia incisal (sobremordida); aumento de la curva de Spee; estrechamiento maxilar; perfil convexo y facie típica (facie adenoidea) que consiste en “perfil de pájaro” y expresión de angustia.³⁶ Se hace necesario el diagnóstico diferencial entre respiradores bucales con causa determinada y los respiradores bucales por hábitos. La respiración bucal por hábito es aquella en que una vez eliminado el impedimento para respirar por la nariz, el niño mantiene la costumbre de respirar por la boca.³⁹

Las principales molestias de estos pacientes son: sensación de falta de aire, cansancio durante las actividades físicas, dolor de cuello o espalda, alteraciones del gusto y el olfato, halitosis, boca seca, gingivitis, somnolencia diurna, así como salivación abundante al estar hablando al dormir llegando incluso a mojar las sábanas. También se han reportado alteraciones en el patrón del sueño, irritabilidad, dificultad para la concentración, deficiente oxigenación cerebral produciendo déficit de atención y concentración y las consecuentes dificultades de aprendizaje. Pueden tener además características esqueléticas como cifolordosis, escoliosis, escápulas aladas y musculares como distensión abdominal e hipotonía generalizada.³⁹

1.2.4 Onicofagia.

Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas es el hábito morboso de roerse las uñas. Puede producir desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal. Puede modificar la arcada de acuerdo a la

función que realizan los dientes al protruir la mandíbula, generando una "mordida borde a borde"⁵. Es una patología de carácter psicológico, y como tal, puede precisar de ayuda especializada.³²

Causas externas e internas de la onicofagia:

Entre las causas externas se pueden mencionar problemas tan variados como: problemas económicos, problemas laborales, problemas de pareja, etc., y entre las causas internas: la necesidad de autoflagelación o autocastigo por no sentirse completamente a gusto con quien se es, de cómo se reacciona ante ciertas situaciones, de cómo te ven los demás, etc.³²

1.2.5 Queilofagia:

Consiste en el hábito de morderse los labios, usualmente está asociado a la respiración bucal y puede provocar retrognatismo mandibular y prognatismo maxilar, aunque en realidad, solo ocasionalmente.³⁶

Contradicciones.

Al respecto Arias y colaboradores¹⁹, en el estudio "Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia, 2016", encuentran una gran prevalencia de anomalías; además resaltan la importancia de realizar un estudio preliminar de la frecuencia de malos hábitos en niños en dentición temporal. Morera Pérez A. y colaboradores²⁴ coincide con dicho resultado en su investigación "Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años" en el municipio de Cienfuegos, Cuba, donde comprueba el predominio de los hábitos bucales deformantes como factores de riesgo de las maloclusiones.

Arias A. y col.¹⁹ en su estudio "Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia, 2016" concluye que el hábito de mayor prevalencia es la onicofagia en el total de la muestra, seguido por la respiración bucal. Mientras, Arocha Arzuaga A. y col.² concluye en su estudio "Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana" en la Escuela Primaria "Nguyen Van Troi" de Santiago de Cuba, Cuba, que predominan los niños succionadores de biberón.

En Cuba, existe el Programa de Atención Estomatológica, en él se recogen las actividades relacionadas con la promoción de salud y la prevención de enfermedades, estas acciones están dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, brindando así, a la familia, las herramientas necesarias para incrementar los conocimientos sobre los problemas de salud que se identifiquen en la comunidad, como es el caso de las maloclusiones, donde se ha demostrado que mediante la promoción sobre lo perjudicial de los hábitos bucales deformantes, se puede prevenir la instalación de anomalías, lo cual se traduce en calidad de vida para la familia.³⁶

El papel del estomatólogo y el pediatra son básicos en la prevención de las maloclusiones, ya que si el hábito es retirado a partir de los 3 años se evitarán transformaciones óseas y dentales. Los hábitos deben tratarse cuanto antes valorando la colaboración con el paciente, porque si se espera mucho, será más difícil superarlos. La detección precoz de las manifestaciones orales de estos hábitos es básica para garantizar un buen pronóstico.³⁶

Tendencias.

El tratamiento de los hábitos bucales deformantes conlleva un razonamiento juicioso del hábito en sí, la edad del niño, el tipo de hábito, y el esquema terapéutico escogido, de acuerdo con la psicología del paciente y sus padres, teniendo en cuenta que muchos de estos últimos, piensan que la responsabilidad recae estrictamente en los estomatólogos y en la aparatología seleccionada, ignorando que el éxito radica, justamente en la colaboración y atención que presten tanto los pacientes como los padres, durante todo el desarrollo del tratamiento.³⁷

La succión digital debe ser tratada en dos etapas fundamentales: una primera etapa de apoyo psicológico o psicoterapia, y una segunda etapa mediante aparatología. Para esto se recomiendan diferentes aparatos, cuya eficacia no radica tanto en el diseño del mismo, sino en el uso habitual que haga el paciente durante el tiempo requerido, y sobre todo, que haya vencido la primera etapa de autoconvicción de querer eliminar el hábito.³⁷

La protracción lingual será tratada tomando en cuenta la posición, la tonicidad y la movilidad de la lengua.³⁷

Para los ejercicios de la posición lingual se indica primero al paciente que realice la deglución delante de un espejo para que observe la forma incorrecta. El ejercicio consta de 3 fases:

- Aprendizaje consciente de un nuevo reflejo.
- Transferencia a nivel subconsciente.
- Refuerzo del nuevo reflejo.³⁷

1era. etapa: familiarizar al paciente con la deglución normal señalándole con la ayuda de un espejo bucal y del dedo índice, donde debe colocar la punta de la lengua al deglutir, que será en el paladar duro, a nivel de las rugosidades palatinas. El paciente debe realizar primero la deglución habitual ante un espejo y después la deglución como se le ha enseñado hasta que la aprenda a realizar correctamente; se debe explicar la diferencia entre ambas degluciones.³⁷

2da. etapa: cuando se ha aprendido el nuevo patrón de deglución a nivel consciente es necesario transferirlo a nivel subconsciente. En la segunda cita el paciente debe estar en condiciones de tragar correctamente a voluntad, aunque puede mostrar degluciones anormales inconscientes. Ahora pueden usarse pastillas chatas, de frutas con sustitutos de la sacarosa para reforzar la deglución inconsciente. Las pastillas preferidas son las biconcavas para promover el flujo de la saliva. Se instruye al paciente que coloque una de las pastillas sobre la lengua y contra el paladar en la posición correcta hasta que se haya disuelto completamente, y se hace que el paciente controle el tiempo usando el reloj. Debe registrar el tiempo en que sostiene la pastilla en minutos y segundos, el que se irá aumentando gradualmente. Se aconseja una sesión de práctica por día.³⁷

Este es el mejor procedimiento ideado para transferir el control del reflejo de los niveles conscientes a los inconscientes porque el hecho que el niño tome el tiempo le brinda un poco de distracción y autocompetencia que hace que olvide las degluciones conscientes mientras está reforzando la deglución correcta inconsciente. Este método corregirá un gran porcentaje de todos los empujes linguales simples, sin embargo, a veces es necesario un paso adicional.³⁷

3era. etapa: puede colocarse un aparato Hawley con rejilla o un arco palatal con rejilla bien adaptada que ayuden a reforzar la deglución correcta.³⁷

Para la tonicidad lingual:

- En oclusión, el paciente debe apoyar la punta de la lengua en el centro del paladar duro, empujándola sobre él varias veces. Se observa cómo se forma la papada por debajo de la mandíbula. Este ejercicio trabaja la punta de la lengua y los músculos del suelo de la boca.
- Empujar con la punta de la lengua un depresor de madera, a la vez, se sujeta el depresor haciendo fuerza en sentido contrario.³⁷

Para la movilidad lingual:

- Chasquear la punta de la lengua contra el paladar duro, elevando su parte anterior.
- Mover la lengua hacia los lados.

La respiración bucal reclama la participación de otros especialistas, como el otorrinolaringólogo y el fonoiatra, este último por las complicaciones que pudiera tener en la fonación debido a la deformación morfológica que provoca este hábito, por lo tanto, en una primera instancia se remite a estos especialistas para el diagnóstico definitivo y la eliminación de las causas o factores etiológicos, y a continuación el tratamiento mediante aparatos ortodóncicos que en esta ocasión, los aparatos de ortopedia funcional de los maxilares juegan un papel decisivo en la corrección de las maloclusiones.³⁷

La mecanoterapia en los respiradores bucales debe ser complementada con la mioterapia respiratoria para favorecer la función normal de los músculos respiratorios o corregir posturas inadecuadas. Esta consiste en inspirar y expirar fuertemente el aire por las fosas nasales, el número de repeticiones irá aumentando paulatinamente. Se realizará dos veces al día, fundamentalmente en la mañana y antes de dormir con cinco repeticiones cada vez durante la primera semana, este número se aumentará de cinco en cinco hasta llegar a 20 o 30 repeticiones. Esto se combinará con ejercicios simples como elevar los brazos, hacer saltos al frente y a los laterales, cuclillas y otros a gusto, con el fin de estimular toda la musculatura que interviene en el acto, creándose un reflejo consciente.³⁷

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Observacional, descriptivo, de corte transversal en la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita, Abreus.

Escenario: clínica estomatológica de Horquita.

Periodo de estudio: Enero 2020 - Octubre 2021.

Universo: todos los niños y niñas matriculados en el curso escolar de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita (407 niños).

Muestra: Del universo definido, todos los niños y niñas entre 8 y 11 años de edad, que sus padres o tutores dieron por escrito el consentimiento de participación en el estudio y que a la pesquisa que realizó la autora, presentaron hábitos bucales deformantes. Muestra tomada a conveniencia (47 niños).

Método:

- ❖ Observación: se utilizó de manera abierta, externa y directa para la verificación de diagnóstico certero, en sus formas de presentación y otros datos de interés.

Técnicas:

- ❖ Entrevista: para conocer la presencia de hábitos bucales deformantes en los escolares.
- ❖ Revisión documental.

Instrumento:

- ❖ Historia Clínica.

Método Estadístico

- ❖ Estadística descriptiva: se empleó la distribución de frecuencias absolutas y relativas para el procesamiento de los datos obtenidos de los diferentes instrumentos aplicados.

Aspectos Éticos

Para la realización de esta investigación se tuvieron en cuenta algunas consideraciones éticas como, el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), Aval del Consejo Científico (Anexo 2), Aval del Comité de ética (Anexo 3), Aval del director municipal, la autorización de la dirección de la escuela primaria “Félix Edén Aguada” de Horquita (Anexo 4) Consentimiento Informado (Anexo 5), y la autorización de la clínica estomatológica de Horquita (Anexo 6).

Métodos de obtención de la información:

Como método se empleó la observación, como técnicas para recolectar la información se utilizó la revisión bibliográfica y documental, y el trabajo con los siguientes instrumentos clínico - epidemiológicos de la Estomatología General Integral:

A la muestra se le realizó exámenes clínicos con luz artificial, espejo bucal y regla milimetrada recogiendo los datos en la Historia Clínica (Anexo 7) por ser un documento oficial.

Se tuvo en cuenta la carta de remisión a la consulta médica de Otorrinolaringología en aquellos pacientes respiradores bucales para descartar patologías respiratorias, y luego poder proceder a la corrección del hábito.

Método de procesamiento de la información:

Para el procesamiento de los datos se elaboró una base Excel mediante el paquete de Microsoft Office en sistema de Windows 10 que permitió procesar los resultados y expresarlos en frecuencias y por cientos, mostrándolos en tablas.

Operacionalización de las variables:

Variable	Tipo	Escala	Descripción de la escala	Indicadores
Edad	Cuantitativa continua	8 9 10 11	Según años cumplidos en el momento de la inclusión	Número Por ciento

Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Sexo biológico de pertenencia F: todas las mujeres M: todos los hombres	Número Porciento
Hábitos bucales deformantes	Cualitativa nominal politómica	Succión digital Succión del biberón Protracción lingual Onicofagia Respiración Bucal Queilofagia	Hábitos bucales presentes en los pacientes	Número Porciento
Maloclusión	Cualitativa nominal politómica	Clase I Clase II Clase III	Según la clasificación de las maloclusiones por Angle	Número Porciento
Manifestaciones clínicas	Cualitativa nominal politómica	Resalte anterior aumentado Adaquia Sobremordida Mordida invertida	Manifestaciones clínicas bucales presentes en los pacientes como consecuencia del hábito bucal	Número Porciento

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Tabla No. 1
Distribución de los pacientes según edad y sexo.

Edad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
8 años	7 25,0%	5 26,3%	12 25,5%
9 años	8 28,6%	7 36,8%	15 31,9%
10 años	7 25,0%	4 21,1%	11 23,4%
11 años	7 25,0%	4 21,1%	11 23,4%
Total	28 100,0%	19 100,0%	47 100,0%

Fuente: Historia clínica individual

En la tabla 1, se distribuyeron los pacientes estudiados teniendo en cuenta las variables sociodemográficas edad y sexo; en cuanto a la edad la distribución es muy similar con ligero predominio de los niños y niñas de 9 años; por sexo, la féminas con 59,6% (28 de 47), superaron a los del sexo masculino con 40,4% (19 de 47), la razón fue de 1,5 hembra por cada varón.

Tabla No. 2
Distribución de los hábitos bucales deformantes, manifestaciones clínicas y maloclusiones detectados en los pacientes.

Hábitos deformantes , manifestaciones clínicas y maloclusiones	No.	%
Hábitos bucales deformantes		
Succión biberón	19	40,4
Onicofagia	19	40,4
Succión digital	10	21,3
Protracción lingual	4	8,5
Respiración bucal	2	4,3
Queilofagia	2	4,3
Manifestaciones Clínicas		
Resalte anterior aumentado	26	55,3
Adaquia	19	40,4
Mordida invertida	1	2,1
Sobremordida	2	4,3
Maloclusiones		
Clase I	34	72,3
Clase II	19	40,4
Clase III	3	6,4
n = 47		

Fuente: Historia clínica individual

En cuanto a los hábitos bucales deformantes (tabla 2), la succión del biberón y la

onicofagia son los predominantes, identificados en el 40,4% cada uno; en orden de frecuencia aparece la succión digital con 21,3%; otros hábitos deformantes como son protracción lingual, respiración bucal y la queilofagia presentaron una menor casuística, los porcentajes oscilaron entre 8,5% hasta un 4,3%. Respecto a las manifestaciones clínicas identificadas, el resalte anterior aumentado es la más frecuente afectando al 55,3% del total; le siguió la adaquia con 40,4%, la sob remordida con 4,3% y la mordida invertida que afectó el 2,1%. El comportamiento de las maloclusiones (según la clasificación de Angle) se mostró de la siguiente forma: el 72,3% presentó clase I; la clase II estuvo presente en el 40,4% y la clase III en el 6,4% de los pacientes.

Tabla No.3

Relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia de manifestaciones clínicas.

Hábitos bucales deformantes	Manifestaciones clínicas			
	Resalte anterior aumentado	Adaquia	Sobremordida	Mordida invertida
Succión biberón (n=19)	11 57,9%	6 31,6%	0 0,0%	0 0,0%
Onicofagia (n=19)	1 5,3%	3 15,8%	0 0,0%	0 0,0%
Succión digital (n=10)	8 80,0%	7 70,0%	0 0,0%	0 0,0%
Protracción lingual (n=4)	3 75,0%	3 75,0%	0 0,0%	0 0,0%
Respiración bucal (n=2)	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%	0 0,0%
Queilofagia (n=2)	1 50%	0 0,0%	0 0,0%	1 50%

Fuente: Historia clínica individual

Al relacionar los hábitos bucales deformantes con las manifestaciones clínicas (Tabla 3), encontramos que para la succión del biberón, el resalte anterior aumentado, estuvo presente en el 57,9% y la adaquia en el 31,6%; en la onicofagia, se evidenció el 15,8% con adaquia y el 5,3% con resalte anterior aumentado; por su parte en la succión digital el resalte anterior aumentado y la adaquia estuvieron presentes con 80% y 70% respectivamente; similar resultado se evidenció en la protracción lingual con 75% en cada una. En la respiración bucal los dos casos observados tenían como manifestación clínica el resalte anterior aumentado y la sobremordida; por último la queilofagia presente en 2 casos observándose como manifestaciones clínicas el resalte anterior aumentado y la mordida invertida indistintamente en cada paciente.

Tabla No.4**Relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia de maloclusiones.**

Hábitos bucales deformantes	Maloclusión		
	Clase I	Clase II	Clase III
Succión biberón (n=19)	12 63,2%	7 36,8%	0 0,0%
Onicofagia (n=19)	14 73,7%	3 15,8%	2 10,5%
Succión digital (n=10)	4 40,0%	6 60,0%	0 0,0%
Protracción lingual (n=4)	3 75,0%	1 25,0%	0 0,0%
Respiración bucal (n=2)	0 0,0%	2 100,0%	0 0,0%
Queilofagia (n=2)	1 50%	0 0,0%	1 50%

Fuente: Historia clínica individual

En la tabla 4, al relacionar los hábitos bucales deformantes con la clasificación de las maloclusiones, se observó que en los pacientes con succión digital predominó la clase II, en los pacientes con succión del biberón, protracción lingual y onicofagia el predominio estuvo en la clase I; mientras que en la respiración bucal solo hubo clase II, y en los pacientes con queilofagia, uno de ellos presentó clase I y el otro clase III.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Méndez de Varona,⁴⁰ en “Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños” en 180 pacientes estudiados entre 8 y 11 años de edad, muy similar al presente estudio encontró el predominio en el sexo femenino sobre el masculino; otro estudio el de Mallqui⁴¹, en su tesis de grado encontró en 147 pacientes entre 6 y 12 años también el predominio del sexo femenino (54,4%), sobre el masculino (45,6%); otros estudios como los de Borrego Méndez y colaboradores,⁴² Areché Lugo,⁴³ y Flores,⁴⁴ muestran parecida distribución. Los resultados en cuanto a la composición de los pacientes teniendo en cuenta la edad y el sexo del presente estudio fueron muy similares a los estudios referenciados. Se discrepa con los resultados de otros autores, que muestran el predominio del sexo masculino en las muestras estudiadas.^{2,19}

Arias y colaboradores,¹⁹ en su estudio “Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia, 2016”, reportaron que el hábito de mayor prevalencia fue la onicofagia en el 26,1% de los niños; Mesa y Medrano,⁴⁵ en 132 niños con edades entre 0 y 11 años, detectaron el hábito de succión del biberón como el más frecuente; también Mas García y colaboradores,⁴⁶ hallaron que el hábito bucal deformante más frecuente fue la succión del biberón en casi la mitad de los pacientes del estudio (48%). Los resultados de la autora en cuanto a la presencia de hábitos deformantes y malocclusiones fueron similares a la bibliografía que se consultó.

La posible explicación que la onicofagia haya sido el hábito más prevalente radica en el hecho de ser un hábito muy difícil de erradicar porque es bastante disimulable; los niños nerviosos muestran este hábito con mucha frecuencia debido probablemente a un desajuste social y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que encontrar solo la presencia del hábito.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, Mas García y colaboradores,⁴⁶ y Lima y colaboradores,¹ en sus estudios destacaron el predominio del resalte anterior aumentado, resultado con el que coincide la autora; otras bibliografías revisadas reportaron resultados similares a los comentados en este párrafo anteriormente.^{47,48}

Los estudios de Mas García y colaboradores,⁴⁶ Lima y colaboradores,¹ Chávez Betancourt,⁴⁹ y Cabrera Gauto,⁵⁰ todos reportan la maloclusión clase I Angle como la predominante, resultados estos con lo que se coinciden.

Zapata y colaboradores,⁵¹ en su investigación “Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años” que incluyó a 154 pacientes, observaron que la deglución atípica y la succión digital se encontraban asociadas con adaquia, presente en el 100 y 21,4% respectivamente de los pacientes con dichos hábitos; en su estudio, Crespo y colaboradores⁵² encontraron en 185 escolares como consecuencias de la succión digital, el resalte anterior aumentado(64%) y la adaquia (58%). Los resultados obtenidos en el presente estudio mostraron gran similitud con las bibliografías citadas. Otros autores reportaron datos semejantes a los expuestos anteriormente.^{53, 54}

Al relacionar los hábitos bucales deformantes con las maloclusiones según la clasificación de Angle, Zapata y colaboradores⁵¹, en su estudio evidenciaron una relación altamente significativa entre la succión digital y la maloclusión dentaria Clase II, así como entre la onicofagia y la relación Clase I de Angle. Por su parte, Álvarez y colaboradores¹¹ en su estudio “Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006”, destacaron la prevalencia de la Clase II en pacientes con respiración bucal y succión digital con 34,7% y 39,4% respectivamente. Los datos anteriormente expuestos muestran similitud a los obtenidos en la presente investigación; sin embargo, difieren de los hallados por Álvarez y colaboradores¹¹, donde se mostró la relación existente de la protracción lingual y la Clase II de Angle, reportando un 32%; mientras los datos obtenidos en este trabajo reflejan la prevalencia de la maloclusión Clase I en los pacientes con dicho hábito.

RESULTADOS FUNDAMENTALES

- 1- En cuanto a la edad predominaron niños de 9 años, pero la diferencia porcentual con las demás edades fue muy similar; en el sexo predominaron las féminas.
- 2- La succión del biberón y la onicofagia resultaron ser los hábitos bucales deformantes más frecuentes; el resalte anterior aumentado fue la manifestación clínica predominante, seguido por la adaquia; y en la clasificación de las maloclusiones por Angle, la clase I representó más del 70%.
- 3- La succión del biberón, la succión digital y la protracción lingual mostraron una relación significativa con el resalte anterior aumentado y la adaquia.
- 4- La maloclusión clase I de Angle predominó en los pacientes con succión del biberón, protracción lingual y onicofagia; y la clase II en los niños con succión digital y respiración bucal.

COCLUSIONES

Se puso en evidencia que en la muestra estudiada las maloclusiones siguen siendo un problema de salud bucodental en las edades pediátricas, causadas por los hábitos bucales deformantes que adquieren en los primeros años de vida. Esto nos convoca a seguir insistiendo en la Educación para la Salud en pacientes, así como en los padres o tutores. A pesar de los esfuerzos que se hacen por parte las autoridades de salud sobre el tema, siguen estando presente los hábitos bucales deformantes como un factor de riesgo modificable.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Lima Illescas MV, Soto Cantero LA, Peñafiel Mora VF, Soto Rodríguez PL. Maloclusión dental en estudiantes de 4 a 15 años, en Cuenca, Ecuador. Invest Medicoquir [Internet]. Jul-dic 2018 [citado 12 Nov 2019]; 10 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com>
- 2- Arocha Arzuaga A, Aranda Godínez MS, Pérez Pérez Y, Granados Hormigó AE. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 12 Nov 2019]; 20(4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2016/mds164b.pdf>
- 3- Sáenz A.E. Asociación de Hábitos Orales con Maloclusiones Dentomaxilares en Niños de Edad Preescolar. [Tesis de maestría en ciencias odontológica con especialidad en Odontopediatría]. Ciudad: Universidad Autónoma de Nueva León; 2011[citado 12 Nov 2019] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2392/1/1080211199.pdf>
- 4- León Ramírez LL, Barroso de la Cruz AM, Francés Rodríguez Y. Hábitos bucales deformantes en niños e cuatro y cinco años de edad. Rev. 16 de Abril [Internet]. 2021[citado 12 May 2021]; 60 (12). Disponible en: <http://scholar. Google.com>
- 5- Vega Oliva TD, Velázquez Vega A, Arias Varona M, Reyes Romagosa DE. Hábitos bucales deformantes. Características clínicas y tratamiento. Rev. Científica Estudiantil [Internet]. 2018 [citado 22 Jun 2020]; 1(1). Disponible en: <http://www.revdosdic.sld.cu>
- 6- Zarate Lipa RG. Hábitos bucales deletéreos asociados con maloclusiones dentales en niños de 6 a 12 años de la IEP N° 70621, “20 de Enero”. Juliaca 2019. Repositorio UNAP [internet]. Marzo 2021[citado 22 Jun 2021]. Disponible en: <http://repositorio. Unap.edu.pe>
- 7- Colectivo de autores. Especialidades Odontológicas UG. Revista Científica Órgano oficial de la Facultad Piloto de Odontología- Universidad de Guayaquil. 2019; 2(1)
- 8- Pacheco Morffi PM, Hernández Millán AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. ORAL [Internet]. Ene.-abr. 2019[citado 15 Nov 2019]; 20(62). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/oral/ora-2019/ora1962h.pdf>
- 9- Rodríguez González A, Martínez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. Rev Médica Electron

- [internet]. Feb 2011[citado 16 Nov 2019]; 33(1). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema07.htm>
- 10-Miguel Hilario RD, Navarro Vilchez T. Adolescencia temprana y maloclusiones dentarias generadas por hábitos bucales nocivos en una Institución Educativa de Concepción. Repositorio UPLA [internet]. 2021[citado 17 May 2021]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe>
- 11-Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suarez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. RevMédElectron [internet]. 2017 [citado 17 Nov 2019]; 36(4). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema02.htm>
- 12-Pousa MS, González E, Abreu O. Relación entre la postura de la cabeza y las mordidas cruzadas posteriores unilaterales. Rev Latinoam Ortod Odontopediatr [Internet]. 2004 [citado 18 Nov 2019] [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/postura_cabeza_mordidas_cruzadasposteriores_unilaterales.asp
- 13-León Alfonso J, Carvajal Roque Y, Pérez Hermida N. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. Mediciego [internet]. Jun 2014[citado 19 Nov 2019]; 20(Supl.1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_Supl%201_14/articulos/T8.html 6.
- 14-Sadhan SA, Asma M, Zubair A. Oral habits, dental trauma, and occlusal characteristics among 4- to 12- year-old institutionalized orphan children in Riyadh, Saudi Arabia. Spec Care Dentist [internet]. 2017 [citado 19 Nov 2019]; 36(1):10-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/scd.2187>.
- 15-Flores Contreras DS, Meza Ártica ID. Alteraciones dentomaxilares y hábitos bucales en dentición permanente de la institución educativa 110 San Marcos - 2018. Informe final de tesis. Huancayo, 2019.
- 16-Gil Lemus JK, Moreno Escarpeta LK, Vargas Montenegro KJ. Hábitos orales y maloclusión en un grupo de niños de 7 a 12 años del colegio Alberto Lleras Camargo–Villavicencio 2018. Trabajo de grado para optar por el título de Odontólogo. Villavicencio, 2019

- 17-Matute Pinos RA, Alvarado Urgilez AB. Frecuencia de hábitos bucales deformantes en pacientes tratados en la Clínica de Posgrado de la Especialidad de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca en el periodo 2011-2018. Proyecto de investigación previo a la obtención del Título de Odontólogo. Cuenca, 2020.
- 18-Carrascal Ortiz JL, Alarco La Rosa LF. Prevalencia de alteraciones de la oclusión en pre-escolar de 5 años en el distrito de Cajamarca 2017. Tesis para optar por la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar. Trujillo, 2017.
- 19-Arias A, Espinal Botero G, Ponce M, Posada A, Nava J, Salcedo B. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis Potosí-México y Medellín-Colombia, 2016. Rev Nacional de Odontología [internet]. Enero-junio 2018 [citado 23 Nov 2019]; 13(26). Disponible en: <http://198.46.134.239/index.php/od/article/view/1814/2298>
- 20-Vinardell Almira LM, Pérez García LA. Intervención educativa sobre hábitos bucales deformantes en niños de preescolar. Rev. Mediciego [internet]. 2021[citado 20 abr 2021]; 26(4):606-612. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu>
- 21-Mora Pérez CC, Álvarez Mora I, Blanco Hernández A, Espino Sosa Y. Efectividad de la intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Rev. Nacional de Odontología. [internet]. 2017[citado 20 abr 2020]; 13(25). Disponible en: <http://doi.org/10.16925/od.v13i25.1884>
- 22-Álvarez Mora I, Lescaille Castillo Y, Mora Pérez CC. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [internet]. 2013[citado 26 Nov 2019]; 11(4). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543/1279>
- 23-Acevedo Sierra O, Mora Pérez C, Capote Femenías JL, Rosell Silva CR, Hernández Núñez Y. Efectividad de una intervención educativa en escolares de 8 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. MediSur. [internet] 2011[citado 28 Nov 2019]; 9(2). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1574>
- 24-Morera A, Sexto N, Yanes B, Casanova A. Intervención educativa sobre factores de riesgo asociados a maloclusiones en niños de cinco años. Medisur [revista en Internet] 2016; [citado 15 Dic 2020]; 14(2). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3000>

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475072007000400007&script=sci_arttext&tlng=pt

- 33-Parejo Maden D, Neira Rodriguez C, Castillo Ortiz S. Hábitos bucales deformantes como factores de riesgo a maloclusiones. Escuela Secundaria Básica Juventud Heroica. 2018-2020. Estomatología 2020[Internet]. 2020 [citado 23 Ene 2021]. Disponible en: <http://estomatologia2020.sld.cu>
- 34-Otaño Lugo R. Ortodoncia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014.
- 35-Suarez Hernández M, Pausa Carménate M, Raimundo Padrón E, Pérez Samper E. Alteraciones de la oclusión y hábitos bucales deformantes. Escuela Jesús Menéndez. La Habana. 2018. Estomatología 2020. [Internet].2020 [citado 25 Ene 2021]. Disponible en:<http://www.estomatoloia2020.sld.cu>
- 36-Herrero Solano Y, Arias Molina Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. Multimed. Revista Médica. Granma [Internet].2019 [citado 25 Ene 2020]; 23 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2019/mul193o.pdf>
- 37-Valdés Álvarez R. Manual de Odontopediatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2014.
- 38-Polanco Miniet Y, Pérez Cabrera DL, Alcolea Rodríguez JR. Cultura sanitaria sobre hábitos bucales deformantes relacionados con el micrognatismo transversal superior. Escuela "Ciro Redondo". Multimed. [Internet].2019 [citado 25 Ene 2020]; 23 (2). Disponible en:<http://scielo.sld.cu>
- 39-Laboren M, Medina C, Vilorio C, Quiros O, D'Jurisic A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. Rev. lat. de ortodon y odontop. [Internet]. 2018 [citado 31 Ene 2020]; [aprox.15 p.]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
- 40-Méndez de Varona YB, Peña Marrero Y, Lagoa Madeley JG, Batista Sanchez T, Carracedo Rabassa Z. Factores de riesgo asociados hábitos bucales deformantes en niños. Correo Científico Médico Holguín. 2017 Jul- Sept. 21(3).
- 41-Mallqui Benigno, JG. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I.E.P. Mater Purissima en el año 2017. Tesis de grado para optar por el título profesional de Cirujano Dentista. 2017.
- 42-Borrego Mendez D, Diaz Ortega L, Delgado Diaz Y. Intervención educativa sobre succión digital en escolares. San Antonio de los Baños. 2019. Rev. Habanera de

- Ciencias Médicas. [Internet]. 2021 [citado 31 may 2021]; 20(2): Disponible en: <https://www.scielo.sld.cu>
- 43-Areché Lugo V, 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. UNIBE. [Internet]. 2021[citado 31 may 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unibe.edu.do>
- 44-Flores LS. Prevalencia de mal oclusión asociada a hábitos bucales nocivos en niños de 7 a 10 años, en dos escuelas de Quito en el periodo octubre- noviembre 2017[tesis de titulación]. Quito (Ecuador): Universidad De Las Américas; 2018.
- 45-Mesa Rodríguez, NY; Medrano Montero, J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. Correo Científico Médico de Holguín. 2017.
- 46-Mas García, MJ; Mora Pérez, CC.; López Fernández, R; Apolinaire Peninni, JJ. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. Rev. Medisur. 2009; 7(1): 8-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020302002>.
- 47-González LA, Astudillo SDC. Prevalencia de maloclusiones dentales en escolares de 12 años en la parroquia Bellavista, Cuenca, 2016. Kill Salud y Bienestar [Internet]. 2017 [citado 4 de mayo de 2018]; 1(2):21-6. Disponible en: http://killkana.ucacue.edu.ec/index.php/killcana_salud/article/view/72.
- 48-Ángeles K. Perfil de salud bucal, enfermedad bucal en escolares de la provincia de Huaraz, Ancash, 2016. Crescendo Ciencias la Salud [Internet]. 2017 [citado 5 de abril de 2018]; 4(2):537-48. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1809>
- 49-Chávez Betancourt M. Frecuencia de hábitos orales asociados a maloclusiones en niños de 5 a 9 años de la escuela de Gran Bretaña en el cantón Quito. Propositorio UCE [Internet]. 2021 [citado 13 Jun 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec>
- 50-Cabrera Gauto S. Maloclusiones y hábitos orales en niños y jóvenes del Barrio Potrero Angelito de Itacurubí de la cordillera Paraguay 2019. Rev Scientia Oral Salutem [Internet]. 2021 [citado 5 de abril de 2021]; 2(1). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.py>

- 51-Zapata Dávalos, M; Lavado Torres, A; Anhelía Ramírez, S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. KIRU. 2014; 11(1):16-24.
- 52-Crespo Crespo, CM; Carrasco Aulestia, J; Ramírez Velásquez, MC; Chicaiza Sánchez, HJ. Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares. Rev Killkana Salud y Bienestar. 2020; 4(2): 1-6.
- 53-Chamorro AF, García C, Mejía E, Viveros E, LLanos LS, Triana FE, et al. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle. Revista CES Odontología. 2016; 29(2):4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>.
- 54-Bailon Naupay SE. Frecuencia de mordida abierta relacionada a hábitos bucales en niños de 6 a 13 años en el Hospital Militar Central Lima 2018. UDH. 2020. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe>

