



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
“ZARAGOZA”



FRECUENCIA DE HÁBITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE
MALOCLUSIÓN DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON, EN UNA
POBLACIÓN INFANTIL DE IZTAPALAPA, 2012-2013.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

BARRAGÁN CALDERÓN PERLA XÓCHITL

DIRECTOR: DRA. LILIA ADRIANA JUÁREZ LÓPEZ

MÉXICO, D.F.

DICIEMBRE DEL 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TÍTULO

Frecuencia de hábitos perniciosos y tipo de maloclusión de Angle y Dewey Anderson, en una población infantil de Iztapalapa, 2012-2013.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. JUSTIFICACIÓN	3
4. MARCO TEÓRICO	4
4.1 ANTECEDENTES	4
4.2 OCLUSIÓN.....	5
4.3 DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN PRIMARIA.....	5
4.4 DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN PERMANENTE	6
4.5 ALTERACIONES DEL DESARROLLO MAXILOFACIAL	7
4.6 ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES.....	8
4.7 HÁBITOS ORALES	9
4.8 SUCCIÓN DIGITAL	10
4.9 HÁBITO DE MORDER OBJETOS.....	11
4.10 RESPIRACION BUCAL	11
4.11 INTERPOSICION Y SUCCION LABIAL	11
4.12 DEGLUCIÓN ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LINGUAL Y LABIAL	12
4.13 BRUXISMO	14
4.14 ONICOFAGIA.....	15
4.15 CLASIFICACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN	15
4.16 TRASCENDENCIA SOCIAL DE LA MALOCLUSIÓN	18
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
6. HIPÓTESIS	19
7. OBJETIVOS	19
8. DISEÑO METODOLÓGICO	19
9. RESULTADOS.....	23
10. DISCUSIÓN	28
11., CONCLUSIONES	30
12. PROPUESTAS	30
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
14. ANEXOS.....	36

1. RESUMEN

Introducción. Un hábito es la costumbre adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto; inicia de manera consciente y continúa de forma inconsciente. Sin embargo existen hábitos nocivos que alteran la posición de los dientes y alteran la relación que guardan las arcadas entre sí. De ahí que sea de suma importancia diagnosticar a temprana edad la presencia de algún tipo de hábito nocivo para prevenir las maloclusiones en desarrollo, así como alteraciones en el sistema estomatognático.

Objetivo Determinar un estudio de la frecuencia de hábitos perniciosos y el tipo de maloclusión, según la clasificación de Angle y la modificación de Dewey Anderson.

Material y métodos Se llevó a cabo un estudio con 275 escolares con edades comprendidas entre los 6 y 11 años. Se evaluó la presencia de los hábitos perniciosos de succión digital, interposición de objetos, succión e interposición labial, bruxismo, onicofagia, deglución atípica con interposición labial y lingual, y respiración bucal; para ello los padres de familia respondieron un cuestionario; y se realizó un examen clínico para conocer el tipo de maloclusión.

Resultados La frecuencia de hábitos perniciosos fue del 46.5% y el tipo de maloclusión observado con mayor frecuencia fue la Clase I Angle y el tipo 2 de Dewey Anderson. La onicofagia y la interposición de objetos se encontraron con mayor frecuencia, siendo del 44.5% y 41.4% respectivamente.

Conclusiones El Cirujano Dentista debe interceptar la presencia de algún hábito pernicioso, mediante un diagnóstico integral, para dar el adecuado tratamiento y así prevenir el desarrollo de maloclusiones.

2. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales objetivos del cirujano dentista al tratar pacientes infantiles, es prevenir enfermedades y mantener en buen estado de salud el sistema estomatognático, lo cual incluye la correcta armonía dentomaxilofacial.

Para ello es necesario conocer los factores que alteran el correcto desarrollo maxilofacial, como son los hábitos bucales perniciosos. Éstos pueden causar deformaciones en los maxilares produciéndose alteraciones funcionales y de estética facial, manifestándose en problemas emocionales en el niño e influyendo en sus futuras relaciones interpersonales como adulto.

En este trabajo se consideró importante explicar lo que es un hábito pernicioso y sus características, cómo influyen en el desarrollo maxilofacial, así como su repercusión en la salud del sistema estomatognático. También se describió cómo la oclusión puede ser afectada por la presencia de hábitos perniciosos.

En este trabajo se indagó sobre la frecuencia de los hábitos bucales, específicamente: succión digital, interposición de objetos, respiración bucal, succión labial, deglución atípica con interposición lingual y labial, bruxismo y onicofagia, que presentan los escolares de la escuela primaria “Prof. Felipe López” perteneciente a la Delegación Iztapalapa, así el tipo de maloclusiones que presentan.

Si se detectan a tiempo los hábitos perniciosos, se pueden prevenir las maloclusiones en desarrollo, por lo tanto, es importante interceptarlos a temprana edad para permitir el desarrollo dentomaxilar.

3. JUSTIFICACIÓN

El objetivo de esta investigación fue realizar un estudio de la frecuencia de hábitos perniciosos y determinar la maloclusión, según la clasificación de Angle y la modificación de Dewey Anderson.

Un hábito es la costumbre adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto; inicia de manera consciente y continúa de forma inconsciente, como son la respiración nasal, masticación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales. Sin embargo existen también aquellos no fisiológicos.¹

Este trabajo se realizó porque es importante detectar los hábitos nocivos, ya que son factores que ocasionan maloclusiones y alteraciones en la armonía de las arcadas dentarias, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, así como en el crecimiento óseo.^{2,3}

Se seleccionó esta población infantil porque la deformación provocada por el hábito nocivo depende de la edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes se realice el diagnóstico mejor se pueden prevenir las alteraciones en el desarrollo normal del sistema estomatognático del niño, dando el adecuado tratamiento.

El cirujano dentista debe trabajar de manera integral y para ello necesita identificar los problemas de salud de la población, de ahí que el conocimiento de la frecuencia de hábitos perniciosos bucales constituye el fundamento en que se basarán las estrategias a trazar para controlar los factores de riesgo que puedan provocarlos así como las acciones a realizar con el objetivo de reducir o eliminar las anomalías provocadas por esta entidad y lograr así un desarrollo armónico del sistema estomatognático.⁴

Por lo anterior, el conocimiento acerca de los hábitos orales durante el proceso de crecimiento del paciente forma una parte esencial dentro de la educación del cirujano dentista, así como de los especialistas que tratan pacientes en desarrollo.⁵

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ANTECEDENTES

Entre 2006 y 2007 se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal por García García VJ y cols. en una población escolar de Cataluña, en donde se examinaron 1051 niños de entre 6 y 14 años con el objetivo de conocer las características de la maloclusión y su posible relación con las alteraciones funcionales y los hábitos orales. Entre sus resultados su obtuvo que la onicofagia fue el hábito con mayor prevalencia, siendo del 46.4%, que a su vez el 75.7% presentó clase I Angle, el 18% clase II/1, el 3.7% clase II/2 y el 2.6% clase III; otro hábito que se encontró con mayor frecuencia fue la respiración oral, siendo el 15%, del cual el 72.5% presentó clase I, el 17.1% clase II/1, el 4.4% clase II/2 y el 7% clase III.⁶

En otro estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional, realizado por Más García M y cols. en una población de 176 niños de 5 a 11 años en Cienfuegos entre 2005 y 2006, en donde se pretendió encontrar la frecuencia de hábitos orales y sus manifestaciones, se obtuvieron los siguientes resultados: en el 60.2% de la población se detectó hábitos orales, los más frecuentes fueron la succión del biberón con un 29.5%, el empuje lingual con el 24.3%, la onicofagia con un 17.6% y la succión digital con el 15.9%. En cuanto a la relación de maloclusiones en los portadores de estos hábitos bucales se encontró que el 60.1% tiene clase I Angle, el 37.1% presentó clase II y el 2.9% una clase III.⁴

Montiel Jaime ME llevó a cabo un estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo en una población de 135 niños de 6 a 12 años de México, Ciudad Nezahualcóyotl en 2002, con el fin de evaluar la frecuencia de maloclusión y su posible asociación con hábitos orales perniciosos. Entre los resultados que se obtuvieron fueron que el hábito con mayor prevalencia fue la onicofagia con el 41% de la población, el cual, presentó maloclusión Clase I Angle el 16% y una clase II el 5%; también la respiración bucal se presentó con mayor frecuencia, siendo el 20%, y de ésta el 7% presentó clase I, el 3% clase II y el 1% clase III.⁷

En un estudio realizado por Paredes Gallardo en 1100 niños escolares encontró una prevalencia de hábitos orales del 53%, de los cuales, la deglución atípica fue la más frecuente con el 22.82%, siguiéndole la respiración bucal con el 12%.³

Hernández Silva JA y cols. llevaron a cabo una investigación con 173 niños y encontraron que el 52% presentó alguna clase de hábito y los de mayor prevalencia fueron la onicofagia con el 55.5%, el hábito de succión digital con del 25.5% y la deglución atípica con el 15.5%.⁵

4.2 OCLUSIÓN

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto, tanto en relación céntrica como en protrusión así como en movimientos laterales.⁸

4.3 DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN PRIMARIA

Desarrollo neuromuscular

Los dientes primarios, al hacer su aparición en la cavidad bucal, se ponen al alcance de la acción que sobre ellos ejercerán los músculos linguales, el buccinador, el constrictor superior de la faringe y los orbiculares, así como otros que están indirectamente relacionados. Es en esta fase donde tiene gran importancia el equilibrio muscular, es decir, donde los músculos externos e internos manifiesten una armonía en cuanto a magnitud de fuerzas.⁹

Sin embargo, se debe destacar que, los músculos faciales, además de la expresión de las emociones, también son importantes en el mantenimiento de la postura de las estructuras faciales, por lo que contribuyen además a la estabilización de la mandíbula durante la deglución infantil y a la masticación, así como en la deglución del adulto desdentado y comprometido oclusalmente.¹⁰

Forma y tamaño de los arcos

En las etapas iniciales, la lengua parece ser un factor importante para establecer la forma de esa particular región, con los incisivos amoldándose alrededor; pero esta influencia va disminuyendo con la edad, con la maduración de la oclusión y sus reflejos, y la acción más madura de los labios y el buccinador.

La zona anterior de los arcos aumenta ligeramente desde el nacimiento al año y de ahí en adelante cambia poco; sin embargo, las dimensiones posteriores cambian más y a los seis meses de vida el aumento que alcanza ya es suficiente para la acomodación de los molares.⁹

Cambios verticales

Los cambios en altura del macizo craneofacial se reflejan en la relación de las fórmulas dentarias en este plano. En promedio, el overbite es muy similar si se expresa en un porcentaje de recubrimiento de la corona, que por lo general es de 37 a 41%, con muchas variaciones individuales. En la dentición temporal ésta corresponde a 2mm aproximadamente. Pero con la maduración de esta fórmula, la cual está asociada al crecimiento óseo, el overbite disminuye, tendiendo a cero; en este parámetro hay muchas posibilidades de alteración por algún hábito.

Variaciones en el ancho de los arcos

Existen aspectos muy importantes como el hecho de que el aumento del ancho se relaciona con el desarrollo del proceso alveolar; también los procesos dentoalveolares maxilares divergen ligeramente, de esta forma, el crecimiento en altura representa un aumento en el ancho, por el contrario, en la mandíbula los procesos alveolares muestran un cierto paralelismo; así se puede decir que el crecimiento indica un aumento en el ancho maxilar, mientras que en la mandíbula no es así.

Y, además, se debe tomar en consideración que los aumentos en el ancho están relacionados con episodios del desarrollo de la dentición.⁹

4.4 DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN PERMANENTE

A partir de los 6 años, la dentición temporal va siendo sustituida por la dentición permanente, y ésta se divide en tres fases:

1. Dentición mixta inicial, o primer periodo transicional: en ésta fase erupcionan los incisivos y los primeros molares permanentes.
2. Periodo intertransicional, o silente: éste dura un año y medio y no hay un recambio dentario, y la dentición se compone por doce dientes temporales y doce permanentes.
3. Dentición mixta final, o segundo periodo transicional: aquí cambian los cuatro caninos y los ocho molares, además erupcionan los segundos molares permanentes.¹¹

Erupción del primer molar permanente

El concepto de que el primer molar constituye la llave de la oclusión se debe al importante papel que éste desempeña en el establecimiento de la oclusión. El plano oclusal ya está establecido por los dientes temporales, el cual es absolutamente plano en sentido transversal como anteroposterior, esto se debe porque tanto la curva de Spee en sentido sagital, como la transversal de Wilson se generan con la aparición de la dentición permanente.¹²

Los primeros molares superiores hacen erupción con una inclinación coronal hacia distal y vestibular y luego tienden a buscar su lugar de erupción.¹¹

En el caso de los primeros molares inferiores, su corona se inclina hacia mesial y lingual buscando el contacto con el molar antagonista; cuando erupciona empezará a constituirse uno de los extremos de ambas curvaturas, de Spee y Wilson, las cuales se verán completadas con la erupción del resto de los dientes permanentes.^{11, 12}

Una vez que se encuentran en oclusión los molares superiores e inferiores, reenderezarán la posición sagital y transversal y entonces quedaran con el eje axial correctamente situados sobre la base ósea maxilar.¹¹

4.5 ALTERACIONES DEL DESARROLLO MAXILOFACIAL

La normoclusión se refiere a la correcta relación que existe entre la arcada dentaria superior y la arcada dentaria inferior, la cual, está directamente relacionada con el crecimiento armónico de ambos maxilares y sus estructuras osteo cartílago mucosas, con las influencias del sistema neuromuscularvegetativo, de la función respiratoria, deglutoria, e incluso también de ciertos hábitos viciosos.¹³

Se han descrito cinco características que debe tener una oclusión normal:

- La oclusión dentaria normal es un complejo estructural compuesto de dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, hueso basal y músculos.
- Los planos inclinados que forman las caras oclusales de las cúspides y bordes incisales de los dientes deben guardar unas relaciones oclusales recíprocas definidas.
- Cada uno de los dientes, así como en conjunto, deben exhibir una posición correcta en equilibrio con las bases óseas sobre las que están implantados y con el resto de las estructuras óseas craneofaciales.
- Las relaciones proximales de cada uno de los dientes con los contiguos, así como sus inclinaciones axiales, deben ser correctas para que exista una oclusión normal.
- Un crecimiento y desarrollo favorable del macizo óseo facial, dentro de una localización en armonía con el resto de las estructuras craneales, son condiciones esenciales para que el aparato masticatorio exhiba una oclusión dentaria normal.⁸

Pero cuando se altera el proceso de crecimiento y desarrollo maxilofacial o la implantación dentaria no es la esperable, entonces, se habla de una entidad conocida como maloclusión.¹³

Sin embargo, también la función masticatoria puede influir significativamente en el desarrollo dentofacial de dos maneras: Cuando hay un mayor uso de los maxilares, con fuerzas de masticación más intensas y/o prolongadas, esto podría incrementar las dimensiones de los maxilares y de los arcos dentales. También podría influir en el grado de erupción dental, alterando así la altura de la parte inferior de la cara y las relaciones de sobremordida.¹⁴

Por lo anterior, la maloclusión es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático.⁶

La transición de la dentición temporal a la permanente es de suma importancia por los cambios que comporta, los cuales pueden significar el comienzo de una maloclusión.¹⁵

4.6 ETIOLOGÍA DE LAS MALOCLUSIONES

Moyers reconoce que la gran mayoría de las deformidades son consecuencias de alteraciones tanto en los dientes como en el hueso y en la musculatura; por lo tanto las maloclusiones pueden ser de origen dentario, muscular y óseo.¹⁵

- De origen dentario. Los dientes pueden ser un sitio primario en la etiología de la deformidad dentofacial en muchas formas; pues las variaciones en cuanto a tamaño, forma, número o posición de los dientes pueden producir alguna maloclusión. Se debe tomar en cuenta la posibilidad de que la malposición de los dientes pueda inducir una malfunción e, indirectamente a través de ella, alterar el crecimiento de los huesos.¹⁰

- De origen muscular. Son las anomalías cuya causa principal es un desvío de la función normal de la musculatura, como el hecho de que los patrones de contracción no se adapten ante los desequilibrios esqueléticos o a las malposiciones dentarias.^{10,15}

- De origen óseo. Como los huesos de la cara sirven como base para los arcos dentarios, las aberraciones en su morfología o crecimiento pueden alterar las relaciones y el funcionamiento oclusal. De hecho muchas de las maloclusiones graves más comunes son el resultado de desequilibrios esqueléticos craneofaciales.

En esta categoría se encuentran las displasias óseas, involucrando los problemas de tamaño, forma, posición, proporción o crecimiento anormales de cualquier hueso del cráneo o de la cara.^{10,15}

Pero también, en el año de 1966, Graber dividió la etiología de las maloclusiones en factores intrínsecos o locales; y extrínsecos o generales.

Dentro de los factores extrínsecos o generales se encuentran: la herencia, defectos congénitos, factores ambientales, ambiente metabólico y enfermedades predisponentes, problemas dietéticos, hábitos y presiones anormales; postura, accidentes y traumatismos. Los *hábitos* se encuentran dentro de los factores generales porque ciertos hábitos producen la rotura del equilibrio neuromuscular que se establece entre las fuerzas externas ejercidas por los músculos, buccinador y orbiculares, y las fuerzas internas mantenidas por la lengua.^{15,16}

En cuanto a los factores intrínsecos o locales están implicados: las anomalías en número, tamaño, forma y erupción de los dientes; frenillos anormales, la caries, pérdida prematura de dientes, retención prolongada de dientes, erupción dental tardía, anquilosis y restauraciones dentales inadecuadas.^{16,17}

Otra clasificación de los factores etiológicos de las maloclusiones fue presentada por Korkhaus, en 1939, donde indica que los factores pueden ser de origen endógeno y exógeno. Dentro de los de origen endógeno se encuentran aquellos que tienen origen

sistémico u orgánico general; mientras que los de origen exógeno son aquellos que actuarían más directamente sobre las estructuras bucodentarias y que provienen de factores externos o extraños al organismo.¹⁵

4.7 HÁBITOS ORALES

Todos los hábitos orofaciales son modos de actuar sistémicos en condiciones de práctica diaria, estos patrones aprendidos de contracción muscular son de naturaleza muy compleja.^{10,18}

Se dice que el individuo aprende a actuar de manera progresiva, además, con cada repetición, el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será reflejado a una acción inconsciente.

Se consideran correctos cuando, como consecuencia de su funcionalismo, admitido como normal, promueven un equilibrio orofacial y una mordida normal. Esto es porque sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares y de las estructuras craneofaciales. En el niño dan lugar a un crecimiento adecuado de las estructuras influenciadas por su acción.^{10,18}

Sin embargo, existen dos tipos de hábitos: fisiológicos y no fisiológicos.

- Hábitos fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo, dentro de estos se encuentra el mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal.
- Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal, entre otros.¹⁹

Es importante destacar que la deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

1. La edad en que este se inicia, esto quiere decir que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
2. El tiempo, ya sea minutos u horas, que dura el mal hábito.
3. La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.¹

Cuando estos tres componentes, intensidad, fuerza y duración, aparecen con especial énfasis, se van a presentar cambios en la oclusión y, entonces, aparecen fuerzas musculares compensatorias que producen una maloclusión totalmente desarrollada, como una mordida cruzada posterior. En algunos casos también se pueden llegar a presentar defectos en la fonética o el lenguaje, especialmente en vocablos que utilicen la letra S o Z.²⁰

Las disfunciones neuromusculares o variaciones de tensión, dirección o posición de los músculos ante la presencia de hábitos afectan el crecimiento de los huesos o la forma de los mismos, especialmente en edades escolares, donde el niño está en proceso de crecimiento y desarrollo.²¹

4.8 SUCCIÓN DIGITAL

Este hábito se considera normal hasta los dos años, donde se completa la dentición y comienza la masticación. La succión del dedo, a partir de esta edad, es considerada un mal hábito que provoca un desequilibrio en el sistema muscular, pues permite que las fuerzas de las mejillas deformen el maxilar. Además la lengua adquiere una posición más baja y no se encuentra adosada al paladar, provocando compresión y malposición dentaria.²²

Las consecuencias de la succión digital son: protrusión de los incisivos superiores con o sin diastema, retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, estrechamiento de la arcada superior, mordida cruzada posterior y dimensión vertical aumentada.¹⁹

La relación entre la mordida abierta anterior y la succión digital se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Cuando se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación. Entonces, el dedo interpuesto, impide directamente la erupción de los incisivos, pero también, al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y, como resultado, la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias mayores.

Por el contrario, parece razonablemente claro que el maxilar superior no se desarrolla a lo alto por una alteración en el equilibrio entre la presión de las mejillas y la de la lengua. Si se introduce el pulgar entre los dientes, la lengua debe descender, con lo que disminuye la presión que ejerce la misma sobre la cara lingual de los dientes posteriores superiores, al mismo tiempo que se incrementa la presión de las mejillas sobre esos dientes al contraerse el buccinador durante la succión.¹⁴

El aumento de la sobremordida horizontal hace que la deglución sea difícil; cuando la deglución ocurre, los labios generalmente contienen los dientes; en el hábito de succión, el labio inferior se acomoda en la superficie lingual de los incisivos superiores empujándolos más hacia afuera. Esta actividad anormal del labio inferior provoca que se aplane aún más el segmento mandibular.²⁰

Los efectos de la succión digital no sólo dependen de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, sino también del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético.

La duración del hábito es importante y si éste se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. En cuanto a la intensidad se debe considerar que hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral.¹⁹

4.9 HÁBITO DE MORDER OBJETOS

El chupar habitualmente lápices, chupetes, plumas y otros objetos duros puede ser tan perjudicial para el crecimiento facial como la succión del pulgar o de otros dedos.¹⁰

En el caso de la interposición de objetos dependerá de su tamaño el tipo de mordida abierta que se producirá, ya sea en el sector anterior o posterior.²²

4.10 RESPIRACION BUCAL

La respiración bucal se ocasiona por una obstrucción nasal, que puede provocarse por una desviación del tabique nasal, adenoides, rinitis alérgica, asma y bronquitis, presencia de pólipos nasales, hipertrofia idiopática de los cornetes, inflamación de la mucosa por infecciones y falta de aseo nasal. En este hábito la lengua adopta una posición baja para que pueda circular el aire por la boca, esto produce una serie de cambios como son la apertura bucal permanente por hipotonicidad labial, un crecimiento transversal mandibular, freno del crecimiento transversal maxilar, elevación de la bóveda palatina dándole forma de paladar ojival y al haber estrechamiento de este provoca que disminuya el espacio para la erupción dental definitiva, dando lugar al apiñamiento; también se pierde el contacto palatino, hay debilidad de la musculatura facial con aumento del tercio inferior de la cara, retrognatismo del maxilar inferior, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, músculo de la borla del mentón hipertónico, perfil convexo, enfermedades respiratorias, deformaciones óseas; y otros signos son la alteración de la curvatura cervical, tórax hendido, pie plano y extremidades inferiores con forma de x.^{6, 18, 19, 22}

4.11 INTERPOSICION Y SUCCION LABIAL

Se da cuando el niño interpone el labio, casi siempre el inferior, entre los incisivos inferiores y superiores, se puede dar en el momento de la deglución, o también en reposo. Los niños que succionan, a veces lo hacen como sustitución de la succión digital.²³ Como hay una posición anormal del labio inferior por palatino de los incisivos superiores se provoca una fuerza que lleva a estos dientes hacia adelante y a los inferiores hacia adentro, dando lugar a un excesivo resalte o una mordida abierta anterior, pues aumenta el overjet y, además se pueden producir diastemas; todo este cuadro se agrava con la

inclinación lingual de los incisivos inferiores. Se puede observar que el labio inferior se presenta con una irritación roja y agrietada.^{22,24}

La base fisiopatológica de este hábito es el exceso de tensión a nivel del músculo orbicular inferior y del músculo del mentón.¹⁸

4.12 DEGLUCIÓN ATÍPICA CON INTERPOSICIÓN LINGUAL Y LABIAL

La deglución es el paso que sigue a la masticación y su objetivo es el paso del bolo alimenticio desde la boca al estómago; Se trata de un hábito oral fisiológico.¹⁸

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta de la lengua se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colaboran en el sello labial; a esto se le conoce como deglución infantil. Según algunos autores hasta los tres años de edad se acepta como normal que el niño mantenga separadas las arcadas en el momento de la deglución; pues después se dará lugar a la deglución adulta.^{19,25}

La deglución adulta normal es aquella que al momento de tragar los labios contactan sin esfuerzo, la lengua se apoya en el paladar, los dientes superiores e inferiores están apretados, es decir, en contacto intercuspídeo; la mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura, es decir, no se mueve, por el quinto par: no hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurriría en el niño; la lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina. Sin embargo, en ocasiones se pueden observar problemas derivados de la persistencia de una deglución infantil en edades maduras, entonces se habla de una deglución atípica, anormal o deglución infantil conservada.^{19,25}

Deglución atípica con interposición lingual

La interposición lingual o lengua protráctil, consiste en la acción de empujar o proyectar la lengua hacia adelante, entre los incisivos superiores e inferiores, en el momento de la deglución, por lo que los dientes no entran en contacto.²⁵

Puede ser de dos tipos: Deglución con empuje lingual simple y complejo.

- Deglución con empuje lingual simple: Ésta se encuentra habitualmente asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado, esto ocurre porque a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta y así mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.
- Deglución con empuje lingual complejo: Muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, faringitis. En estos casos la

mandíbula cae reflejamente separando los dientes y haciendo mas lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición más comfortable.¹⁰

Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual como:

- La presencia de macroglosia: la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, tiene que adoptar una posición más adelantada.
- Las alteraciones cerebrales dificultan la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas y la lengua.
- Problemas psicológicos: la alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.
- Pérdida prematura de los dientes temporales
- Tratamiento ortodoncico, ya sea cuando este requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual, tal interposición puede ser temporal o permanente.²⁵

La presencia de este hábito puede ocasionar: a nivel maxilar una vestibuloversión de los incisivos superiores, prognatismo maxilar, disminución del diámetro transversal del maxilar, así como la formación de un diastema central. A nivel mandibular puede ocasionar lingualización de los incisivos inferiores. Y en cuanto a la relación entre las arcadas produce alteraciones en el plano sagital, pues si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1; pero si la lengua está en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.

Se puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple.²⁵ Sin embargo, se debe considerar que cuando los incisivos superiores han sido vestibularizados y se ha desarrollado una mordida abierta, la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior, de esta manera, un simple empuje lingual va necesariamente asociado con un hábito de succión digital; esto quiere decir que el simple empuje lingual no causa la mordida abierta, sino que se trata de una posición lingual anormal adaptativa durante la deglución.¹⁰

Deglución atípica con interposición labial

En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón.

La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.¹⁹

4.13 BRUXISMO

El bruxismo es un hábito oral que consiste en apretamiento o rechinar espasmódico rítmico e involuntario de los dientes, fundamentalmente durante el sueño nocturno, y especialmente los dientes posteriores. Las fuerzas tensionales que se producen al apretar ocasionan presión de los músculos, los tejidos y otras estructuras que rodean la mandíbula, esto produce trastornos en la articulación temporomandibular, dolores de cabeza, de oído, lesiones en los dientes y en el parodonto.^{26,27}

El bruxismo ocasiona sobre los dientes una pérdida de tejido, la cual es de 20 a 38 mm por año. Existe la pérdida patológica no cariosa de la estructura dental como la atrición, la cual es la pérdida de sustancia dentaria o de la restauración causada por la masticación o los contactos entre las superficies oclusales o proximales de los dientes y afecta principalmente las superficies incisales y oclusales de los dientes. En estos casos, el individuo no es consciente del apretamiento o rechinar, pero al examen clínico puede revelar facetas de desgaste, lengua agrietada y escaras en la mucosa oral.

El bruxismo severo eleva el riesgo de fracturas dentales, de restauraciones y prótesis dentales.²⁶

En cuanto a la etiología del bruxismo se encuentran: maloclusión por contactos prematuros debido a malposiciones dentales o por restauraciones que interfieren en el buen engranaje dental al ocluir; esto se debe porque al no haber una oclusión satisfactoria, se genera un estímulo nervioso que induce a movimientos mandibulares continuos con el objetivo de pulir el contacto prematuro o la interferencia. Otra causa es por la morfología, ya que si un niño presenta una cavidad glenoidea plana, requerirá unas superficies oclusales planas, que las logra a través del bruxismo; en este caso el bruxismo tendría una característica fisiológica.²⁸

Sin embargo, en la actualidad la teoría psicológica va en ascenso; se considera que no es probable que las interferencias oclusales, o inadecuada alineación de los dientes, contribuyan a ocasionar bruxismo por sí solas sino cuando se combinan con tensión psíquica y siempre que exista un factor predisponente, la tensión emocional puede desencadenar el hábito.²⁶

4.14 ONICOFAGIA

Este hábito es poco usual antes de los tres a seis años de edad. Se ha señalado que el número de personas que se muerden las uñas incrementa hasta la adolescencia, aunque se dispone de poca información al respecto.

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias y alteraciones de la estética de los dientes, por abrasión, erosión y astillamiento. Cuando los niños se muerden constantemente las uñas, aparecen lesiones y desgastes en el relieve de los incisivos y en el esmalte. Este mal además de crear alteraciones dentarias también afecta la higiene de todo el aparato estomatognático.

Otras alteraciones que se pueden ocasionar son las heridas en dedos, lechos ungueales, labios y encías, así como el desarrollo de diversas infecciones como verrugas periungueales, padrastrós, infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral. Cuando la onicofagia se asocia con morder y masticar la cutícula y la piel peringueal, la lámina ungueal suele mostrar alteraciones superficiales y melanoniquia secundaria a la activación de melanocitos.

La onicofagia se caracteriza por dos formas distintas: onicofagia leve, que, como hábito, puede ser un modo de acicalamiento en donde solo se controla la longitud del largo de las uñas y la onicofagia grave definida como mordida más allá del borde libre de la uña, por debajo del margen de los tejidos blandos, con un patrón de daño importante como dolor, sangrado e infecciones, donde sus consecuencias son poco estéticas y saludables; además, también se puede clasificar como una libre mutilación ya que se trata de un acto deliberado. En casos extremos se ha llegado a observar personas que llegan a comerse las uñas causando irritación en el estómago trayendo consigo complicaciones de salud, lo más habitual es que pasen al tubo digestivo y se mezclen con las heces al final del trayecto o en su defecto, provoquen la proliferación de lombrices en el organismo, debido a las bacterias acumuladas en el resto ungueal de la uña

Algunos consideran que dicho hábito es manifestación de aumento en la tensión emocional; también tiene un origen ansioso, y muchos niños nerviosos y tensos presentan frecuentemente este hábito, añadiéndole el desajuste social y psicológico.^{10,23,29,30,31,32.}

4.15 CLASIFICACIÓN DE LA MALOCLUSIÓN

De todos los muchos métodos de clasificar las maloclusiones, solamente dos persisten y son ampliamente usados en la actualidad; uno de ellos es el sistema de Angle.¹⁰

Este sistema se basa en las relaciones anteroposteriores de los maxilares entre sí; Angle presentó su clasificación originalmente, sobre la teoría de que el primer molar permanente superior estaba invariablemente en posición correcta; esto se debe a que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente

invariable, no se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior.

En 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Angle dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III.⁸

CLASE 1

Se caracteriza por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, es decir, la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior. Esta maloclusión está confinada a la malposición de los dientes, un apiñamiento anterior, debido a que pueden estar mal alineados, mal ubicados en sus bases óseas, etc. El perfil facial puede ser recto.^{10,17}

Clasificación de Dewey Anderson

Las maloclusiones clase I de Angle, también han sido abordadas por Dewey Anderson y es importante considerarlas en este trabajo porque en algunos de los hábitos perniciosos se puede presentar una relación molar I con algún tipo de Dewey Anderson.

Este sistema divide la Clase I de Angle, de modo que factores obvios y repetidos tales como espacio en la arcada como resultado de la mesialización de los molares permanentes, incisivos protruidos y mordidas cruzadas pueden ser consideradas entidades específicas de maloclusión. Cada una de estas pautas de diagnóstico de Dewey Anderson para la maloclusión de Clase I son llamadas Tipos.

El sistema Dewey-Anderson tipifica la maloclusión clase I de Angle en cinco Tipos:

- Tipo 1. Existe presencia de dientes incisivos superiores e inferiores apiñados y rotados, la causa es habitualmente genética.
Anteroinferiores apiñados, anterosuperiores normalmente espaciados, la causa es el músculo mentoniano hiperactivo.
- Tipo 2. Hay presencia de dientes anterosuperiores protruidos y espaciados, la causa son los hábitos leves de interposición lingual y succión de labio.
Anterosuperiores protruidos y espaciados con pronunciada mordida abierta, la causa son la presencia de hábitos bucales, mala pauta de deglución y mala posición lingual en reposo.

- Tipo 3. Existe mordida cruzada anterior de 1 o 2 incisivos superiores, la causa es el trauma de los dientes anterosuperiores temporales.
Mordida cruzada anterior de 3 o 4 incisivos superiores y la causa es comúnmente genética.
- Tipo 4. Presencia de mordida cruzada posterior unilateral, la causa son los caninos temporales en interdigitación incorrecta.
Mordida cruzada posterior bilateral y la causa es genética o quizás rinitis alérgica o hábito de succión yugal.
- Tipo 5. Existe pérdida de espacio en el segmento posterior por migración mesial del primer molar permanente; pérdida de espacio de 2-3mm en un cuadrante. La causa es la extracción prematura o destrucción por caries de los molares temporales. Pérdida de espacio posterior por migración mesial del primer molar permanente; pérdida de espacio superior a 3mm en un cuadrante, se debe a la pérdida prematura de los molares temporales, a erupción ectópica de los primeros molares permanentes y destrucción por caries de los molares temporales.^{33,34.}

CLASE II

Existe una relación distal del maxilar inferior respecto al superior, pues el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior ocluye por detrás de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Existen dos subdivisiones y la gran diferencia entre estas se manifiesta en las posiciones de los incisivos.¹⁷

División 1: Los incisivos superiores están típicamente en labioversión extrema, la oclusión distal está en ambas hemiarcaadas de los arcos dentales inferiores. El arco superior es angosto y contraído en forma de V, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incluso la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal. El perfil facial puede ser divergente anterior, labial convexo.^{10,17}

División 2: Los incisivos centrales superiores están en posición casi normal en sentido anteroposterior, o ligeramente en linguoversión, mientras que los incisivos laterales superiores están inclinados labial y mesialmente; los incisivos superiores también están inclinados hacia abajo. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal.^{10,17}

Subdivisión: En este caso es cuando solamente se usa el término subdivisión en ortodoncia, cuando la maloclusión ocurre en un lado del arco solamente, la unilateralidad se considera como una subdivisión de esta división.¹⁰

CLASE III

Existe una relación mesial del maxilar inferior respecto al superior, pues el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El perfil facial puede ser divergente posterior, labial cóncavo.^{10,17}

Subdivisión: Igualmente, cuando la maloclusión ocurre en un lado del arco solamente, la unilateralidad se considera como una subdivisión de esta división.

4.16 TRASCENDENCIA SOCIAL DE LA MALOCLUSIÓN

La posible influencia negativa de la deformidad dentofacial sobre el bienestar físico y social de los niños es aceptada fácilmente por la mayor parte de las personas. Sin embargo, existe un desacuerdo considerable acerca de si el deterioro estético de la cara es causa suficiente para el tratamiento. La justificación que subyace a las recomendaciones terapéuticas basadas en el deterioro de la estética proviene de la creencia de que un aspecto deteriorado derivado de una maloclusión afecta de forma adversa a la reacción de otras personas, que a vez puede llevar a una baja autoestima, una mala integración social y trastornos afectivos. La justificación opuesta es que los individuos sanos desde un punto de vista psicológico pueden adaptarse a su aspecto y que la baja autoestima derivado de alguna otra causa, además de la maloclusión, es la responsable de cualquier autovaloración negativa que pueda existir.

Shaw y cols.³⁵ hallaron que después de la altura, el peso y el cabello, el aspecto de los dientes era el cuarto motivo más común de burlas entre los de su edad. Sin embargo, las burlas derivadas de la maloclusión dieron lugar a fuertes sentimientos de intraquietud y tormento con una frecuencia significativamente mayor que con otros tipos de burlas.

Por lo tanto, dentro de la tendencia actual hacia los cuidados médicos y dentales universales, el argumento acerca de los beneficios de corregir la deformidad dentofacial se convierte en un aspecto importante de la salud pública. La sociedad moderna no quiere negar el tratamiento a un niño que puede obtener un beneficio social y psicológico del tratamiento ortodóncico u ortognático.³⁵

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los hábitos perniciosos se consideran como principales factores que ocasionan el desarrollo de maloclusiones, las cuales forman parte de las alteraciones bucales encontradas con mayor frecuencia; de ahí que se les considera como un problema de salud pública. Por tal motivo nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de hábitos perniciosos y de maloclusiones, según la clasificación de Angle y modificación de Dewey Anderson a la Clase I de Angle?

6. HIPÓTESIS

Con los antecedentes de estudios previos, suponemos que:

- La onicofagia y la respiración bucal son los hábitos perniciosos que se encuentran con mayor frecuencia en los escolares participantes.
- La maloclusión clase I de Angle se presenta con mayor frecuencia en la población infantil que presenta hábitos perniciosos.

7. OBJETIVOS

GENERAL

- ❖ Determinar la frecuencia de hábitos perniciosos e identificar el tipo de maloclusión presenta en los escolares de la escuela primaria “Prof. Felipe López”.

ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar la frecuencia de los hábitos de: succión digital, succión labial, morder objetos, deglución atípica con interposición labial y lingual, respiración bucal, bruxismo y onicofagia.
- ❖ Identificar el hábito pernicioso que se presenta con mayor frecuencia.
- ❖ Determinar la frecuencia de hábitos perniciosos por género y grupo de edad.
- ❖ Determinar la frecuencia de maloclusiones, con la clasificación de Angle, en la población que presenta hábitos perniciosos.
- ❖ Determinar la frecuencia de maloclusión considerando la modificación de Dewey Anderson a la Clase I en la población que presenta hábitos perniciosos

8. DISEÑO METODOLÓGICO

- Tipo de estudio: La presente investigación fue de tipo observacional, transversal, descriptivo, prolectivo.

- Población. Muestra: Todos los alumnos que asisten a la escuela primaria “Prof. Felipe López” de la Delegación Iztapalapa, del turno matutino.

Criterios de inclusión:

- Niños con edades de entre 6 y 11 años inscritos a la escuela primaria “Prof. Felipe López”.
- Presencia de los cuatro primeros molares permanentes.

Criterios de exclusión

- Niños con ausencia de alguno de los cuatro primeros molares permanentes.
- Niños bajo tratamiento ortodóncico.
- Niños que no presenten su consentimiento bajo información autorizado por su padre o tutor.

➤ Variables

Variable	Definición	Tipo	Nivel de medición	Categoría	Técnicas
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Independiente	Cuantitativa discreta	6 a 11 años	Cuestionario
Género	Características fenotípicas del individuo, socialmente construidas	Independiente	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Cuestionario
Presencia de hábitos perniciosos	Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los maxilares y afectan el crecimiento maxilofacial	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario
Succión digital	Hábito donde se introduce el dedo pulgar u otro dedo, en la boca, ejerciendo una fuerza excesiva sobre el maxilar superior	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario
Succión labial	Ocurre cuando se interpone el labio, casi siempre el inferior, entre los incisivos inferiores y superiores, en estado de reposo	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario

FRECUENCIA DE HÁBITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIÓN DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON, EN UNA POBLACIÓN INFANTIL DE IZTAPALAPA, 2012-2013

Morder objetos	Se interponen objetos entre los incisivos superiores e inferiores	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario
Deglución atípica con interposición lingual y labial	Hábitos donde al momento de la deglución la lengua se proyecta hacia adelante separando los incisivos superiores e inferiores, o cuando la selladura anterior se realiza mediante una fuerte contracción del labio inferior, respectivamente.	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario
Respiración bucal	Hábito donde la respiración se realiza por la boca por lo que la lengua adopta una posición baja para que pueda circular el aire por la boca.	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario
Bruxismo	Apretamiento o rechinar o espasmódico, rítmico e involuntario de los dientes.	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario
Onicofagia	Se refiere al hábito de morderse las uñas.	Independiente	Cualitativa nominal	Si No	Cuestionario
Tipo de maloclusión, según Angle	Son aquellas donde hay distintas relaciones mesiodistales de los dientes y dependen de la posición sagital de los primeros molares permanentes	Dependiente	Cualitativa nominal	Clase I: cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. Clase II: cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco mesiovestibular del primer molar inferior. Clase III: cúspide mesiovestibular del primer molar	Criterios de diagnóstico de la clasificación de Angle

				superior ocluye por detrás del surco mesiovestibular del primer molar inferior.	
Tipo de modificación de Dewey Anderson a la Clase I	Sistema que divide la clase I molar de Angle por presentar diversas alteraciones en otras zonas de las arcadas.	Dependiente	Cualitativa nominal	Tipo 1 Presencia de incisivos apiñados y rotados. Tipo 2. Presencia de dientes anterosuperiores protruidos y espaciados. Tipo 3. Presencia de dientes anteriores en mordida cruzada. Tipo 4. Se presentan los dientes posteriores en mordida cruzada. Tipo 5. Existe pérdida de espacio en el segmento posterior.	Criterios de diagnóstico de la modificación de Dewey Anderson

➤ Técnicas

Se estableció un acuerdo de manera formal con el director de la escuela primaria “Prof. Felipe López”; se dispuso de un aula que permitiera la entrada de suficiente luz natural, así como de sillas y una mesa.

De manera organizada, se comenzó a trabajar desde el primer grado hasta el sexto grado; el niño asistió con su padre o tutor.

Para conocer si hay presencia de algún hábito pernicioso en el niño, se procedió a realizar las preguntas del cuestionario al padre de familia o tutor (ver anexo 1), y se registraron las respuestas por el investigador; después, el investigador observó cuidadosamente al niño para anotar, en el cuestionario, las situaciones que se presentaron.

Se le pidió al padre de familia o tutor del niño el consentimiento bajo información, el cual debió estar previamente autorizado, para proceder con la revisión bucal (ver anexo 2). Para identificar el tipo de maloclusión que presentó el niño, se le pidió que se recostara y el examinador, le pidió al niño que mordiera y con un espejo dental del número 5, se revisó la zona de los primeros molares permanentes del lado derecho e izquierdo; se anotó en la

ficha epidemiológica el tipo de maloclusión que presentó, de acuerdo a los siguientes criterios (ver anexo 3):

Clase I: Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior. Para registrar si existe alguno de los Tipos de Dewey Anderson se tomarán en cuenta los siguientes criterios:

- Tipo 1. Existe presencia de dientes incisivos apiñados y rotados.
- Tipo 2. Hay presencia de dientes anterosuperiores protruidos y espaciados.
- Tipo 3. Presencia de dientes anteriores en mordida cruzada.
- Tipo 4. Se presentan los dientes posteriores en mordida cruzada.
- Tipo 5. Existe pérdida de espacio en el segmento posterior

Clase II: Si el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior ocluye por detrás de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior.

- División 1: Cuando los incisivos superiores están protruidos
- División 2: Si los incisivos centrales superiores están retruidos y los incisivos laterales superiores inclinados labial y mesialmente.
- Subdivisión: Cuando la maloclusión ocurre en un lado del arco solamente, es decir, sea unilateral.

Clase III: En caso de que el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior. Haya retrusión de los incisivos inferiores y mordida cruzada anterior.

➤ **Diseño estadístico**

La captura de los datos se realizó con el programa Microsoft Office Excel y se analizaron mediante el programa SPSS para obtener las frecuencias. Se esquematizaron los resultados obtenidos mediante tablas y gráficas.

➤ **Calibración**

La pasante que realizó la investigación fue calibrada en una Clínica Universitaria aledaña a la FES Zaragoza, con supervisión del director de la investigación.

9. RESULTADOS

Del total de la población que se revisó, 315 escolares, se excluyeron 40 porque se presentaron escolares que no entraban dentro del rango de edad de 6 a 11 años, por presentar ausencia de alguno o de todos los primeros molares permanentes y por estar bajo tratamiento ortodóncico; por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 275 escolares.

De la muestra estudiada (n= 275), se encontró que 128 escolares presentaron, ya sea uno o varios hábitos perniciosos, esto quiere decir que la frecuencia de hábitos perniciosos que se encontró en los escolares explorados fue del 46.5%

En el cuadro 1 y figura 1 se presentan las frecuencias y porcentajes de los tipos de hábitos observados en el grupo afectado.

Cuadro 1. Frecuencia de los diferentes hábitos perniciosos

Hábito	N ⁰	%
Onicofagia	57	44.5%
Interposición de objetos	53	41.4%
Deglución atípica con interposición lingual	25	19.5%
Succión digital	13	10.1%
Bruxismo	9	7.0%
Deglución atípica con interposición labial	4	3.1%
Respiración bucal	4	3.1%
Succión labial	3	2.3%

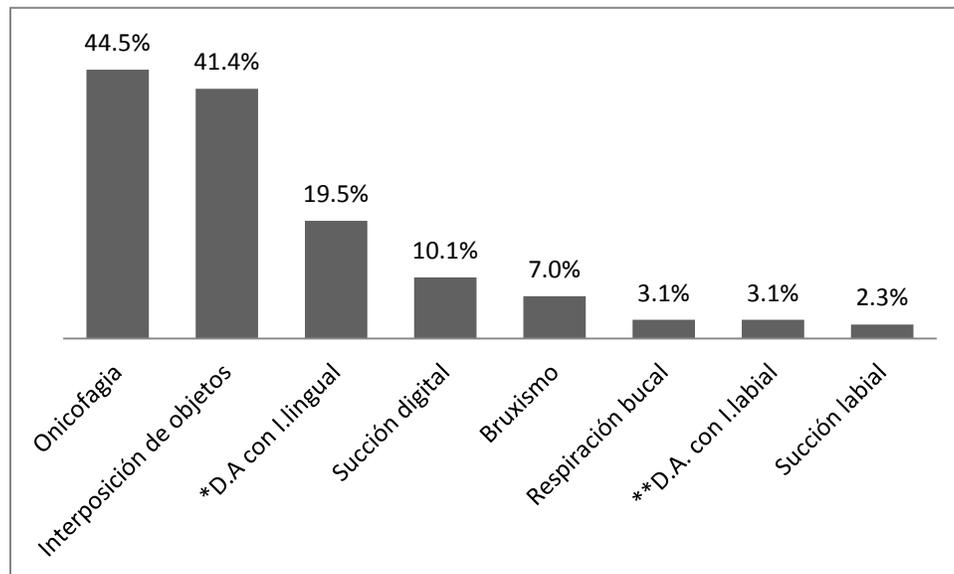


Figura 1. Frecuencia de los diferentes hábitos perniciosos

*Deglución atípica con interposición lingual

**Deglución atípica con interposición labial

El hábito pernicioso que se encontró con mayor frecuencia fue la onicofagia (ver Foto 1), mientras que la succión labial se presentó con la menor frecuencia (ver Foto 2).

De la población que presentó hábitos perniciosos, el 53.12% (68) correspondió al género femenino y el 46.88% (60) al género masculino, en el cuadro 2 se muestra la distribución de cada uno de los hábitos perniciosos por género.

Cuadro 2. Frecuencia de hábitos perniciosos por género

Hábito	Masculino		Femenino	
	N ⁰	%	N ⁰	%
Onicofagia	22	17.1	35	27.3
Interposición de objetos	24	18.7	29	22.6
Deglución atípica con interposición lingual	11	8.5	14	10.9
Succión digital	12	9.3	1	0.7
Bruxismo	3	2.3	6	4.6
Deglución atípica con interposición labial	3	2.3	1	0.7
Respiración bucal	3	2.3	1	0.7
Succión labial	2	1.5	1	0.7

La onicofagia y el bruxismo son más frecuentes en el género femenino, mientras que la succión digital (ver Foto 3) se presentó con mayor frecuencia en el género masculino; los demás hábitos bucales se presentaron de forma similar en ambos géneros.

En la figura 2 se muestra la frecuencia de hábitos perniciosos por grupo de edad, donde se observa que el grupo de edad más afectado fue el de los once años

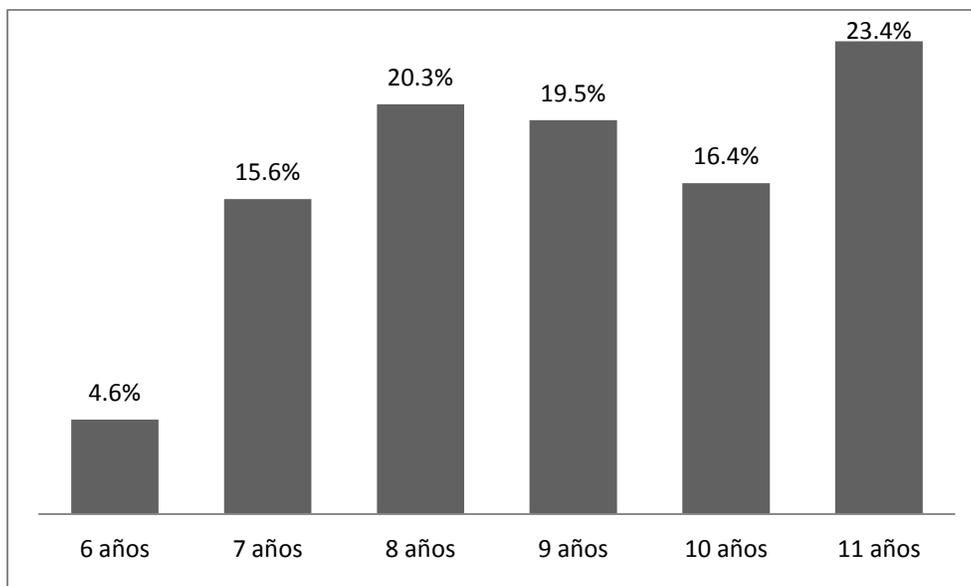


Figura 2 Frecuencia de hábitos perniciosos según edad

De los escolares que presentaron hábitos perniciosos se encontró que el 64.8% (83) correspondieron a la clase I Angle, el 21.1% (27) a la clase II y el 14.1% (18) a la clase III, figura 3 (ver Foto 4,5 y 6)

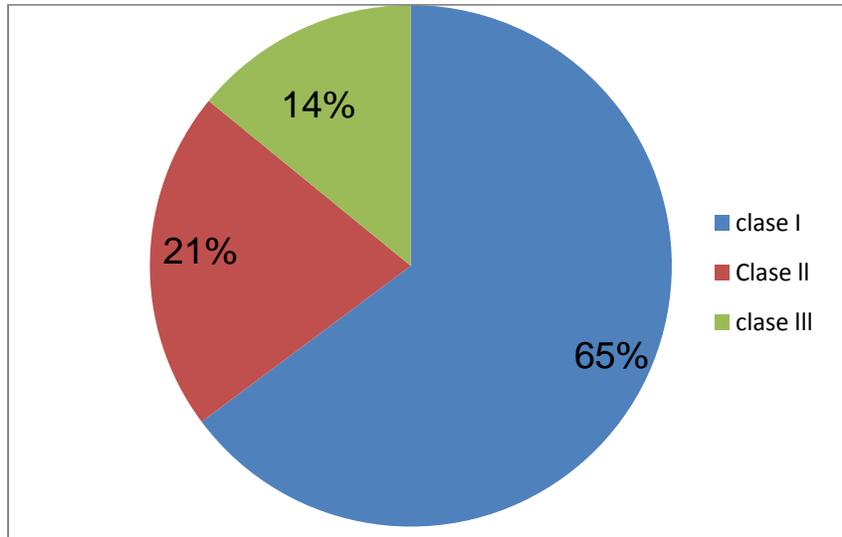


Figura 3 Frecuencia de maloclusiones en población con hábitos perniciosos

De los niños clase I y con hábitos perniciosos, la distribución de acuerdo a la clasificación de Dewey Anderson se presenta en el cuadro 3 y figura 4.

Cuadro 3. Frecuencia de maloclusión según tipos de Dewey Anderson para la Clase I

Sin alteración		Tipo 1		Tipo 2		Tipo 3		Tipo 4		Tipo 5		Total	
N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%
10	12.1	28	33.7	36	43.4	7	8.4	2	2.4	0	0	83	100

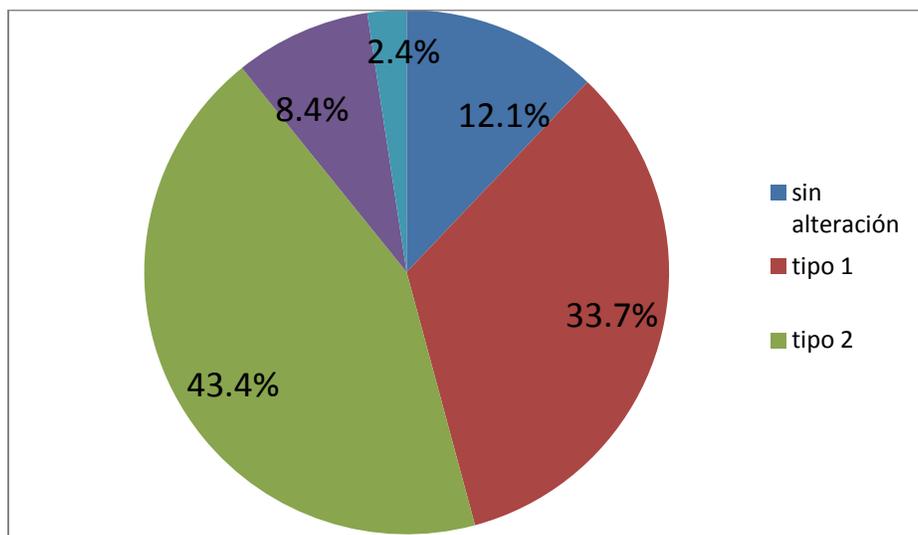


Figura 4 Frecuencia de maloclusiones en población con hábitos perniciosos

Al examinar la frecuencia de los tipos de Dewey Anderson para la Clase I Angle en la población que presenta hábitos perniciosos se encontró que el Tipo 2, caracterizado por la mordida abierta anterior, se presenta con mayor frecuencia (ver Foto 7).

Es importante señalar que en los niños con hábitos y maloclusión Clase I Angle, el 77.1% (64) sólo tenía un hábito pernicioso, mientras que el 16.9% (14) tenía dos hábitos y el 6% (5) tenía tres o más hábitos nocivos.

En el cuadro 4 se muestran los Tipos de Dewey Anderson que se encontraron por cada hábito pernicioso en el grupo de la Clase I Angle.

Cuadro 4. Distribución de tipo de oclusión acorde a la clasificación de Dewey Anderson en diferentes tipos de hábitos perniciosos

Hábito	Clase I Sin alteración		Tipo 1		Tipo 2		Tipo 3		Tipo 4		Total
	N	%	N ⁰	%	N	%	N	%	N	%	
Succión digital	1	0.9	1	0.9	4	3.8	1	0.9	0	0	7
Interp. Objetos	4	3.8	15	14.3	12	11.4	4	3.8	0	0	35
Resp. bucal	0	0	0	0	2	1.9	0	0	0	0	2
Bruxismo	0	0	2	1.9	3	2.8	0	0	0	0	5
Onicofagia	5	4.8	15	14.3	13	12.4	1	0.9	2	1.9	36
Interp. Lingual	4	3.8	3	2.8	7	6.7	1	0.9	0	0	15
Interp. labial	0	0	1	0.9	1	0.9	1	0.9	0	0	3
Succión labial	0	0	1	0.9	1	0.9	0	0	0	0	2
Total	14	13.3	38	3.6	43	40.9	8	7.4	2	1.9	105

En el caso de los escolares que presentaron Clase II Angle (n=27), el 74.1% (20) manifestó la presencia de sólo un hábito pernicioso, el 22.2% (6) la presencia de dos hábitos y el 3.7% (1) la presencia de tres o más hábitos perniciosos. La población que presentó Clase III Angle (n=18), el 72.2% (13) manifestó un hábito pernicioso, el 22.2% (4) presentó dos hábitos y el 5.6% (1) tres o más hábitos perniciosos.

En la maloclusión Clase I, la onicofagia fue la más frecuente, seguida de la interposición de objetos e interposición lingual (ver Foto 8, 9 y 10); en la maloclusión Clase II se presentó con mayor frecuencia en los casos de hábitos perniciosos de interposición de objetos y la onicofagia. Y en el caso de la maloclusión Clase III se presentó con mayor frecuencia la onicofagia y succión digital.

10. DISCUSIÓN

El porcentaje obtenido de hábitos perniciosos observado en los escolares de este estudio fue menor al 53% que Paredes Gallargo obtuvo al realizar una investigación en España en 1100 niños³; y al 52% que Hernández Silva encontró en una población de 173 niños en Colombia⁵; esta diferencia se puede deber a los distintos instrumentos de medición y métodos que se utilizaron en cada estudio, como el de Hernandez Silva donde la información se obtuvo al realizar sólo un examen clínico a los escolares y no se consideró la intervención de los padres de familia.

El hábito pernicioso de mayor frecuencia fue la onicofagia con el 44.5%, este resultado concuerda con Hernández S.⁵, García G.⁶, Montiel J.⁷ y Aguilar M.³⁶, quienes también lo informaron con prevalencias del 41% al 55%. Nuestros resultados coinciden con lo señalado por Montiel⁷, quien observó que este hábito se incrementa conforme aumenta la edad.

Cabe señalar que otros autores encontraron que la succión de biberón y empuje lingual eran los principales hábitos nocivos, mientras que Paredes encontró con mayor frecuencia a la deglución atípica y a la respiración bucal sin considerar la onicofagia.

Las niñas presentaron mayor frecuencia de la onicofagia y del bruxismo, lo que puede relacionarse con indicadores de presión y supresión psicosocial, además la influencia de los conflictos familiares, los celos, la presión escolar y la ansiedad, los cuales se presentan especialmente en las grandes ciudades; por lo tanto, la tensión emocional también es un factor etiológico que puede desencadenar la presencia de estos hábitos.⁷

El grupo de edad que presentó mayor frecuencia de hábitos perniciosos fue el de once, seguido de ocho y nueve años, este resultado coincide con el de Más G. quien informó que el grupo etario más afectado por hábitos perniciosos fue el de 8 y 9 años. Sin embargo, no concordamos con Más G. y cols. quien reportó una gran prevalencia en el grupo de edad de seis años, este autor señala que ello se debe a que los hábitos van desapareciendo o disminuyendo conforme crece el niño⁴.

Por otro lado, la mayor prevalencia de hábitos correspondieron a niños con características de Clase I, lo que se explica por el hecho de que este tipo de oclusión se presenta con mayor prevalencia en la población general como lo mencionan Botero P.³⁷, Urrego B.³⁸, Cano C.³⁹, Medina C.⁴⁰, entre otros, donde se muestra que la Clase I se presenta con mayor frecuencia en la población en general.

De acuerdo a los Tipos de Dewey Anderson se encontró que la mordida abierta fue el de mayor frecuencia, esto concuerda con lo que menciona Sim J³⁴ de que la causa de esta mordida abierta son la presencia de hábitos bucales. También se encontraron, con alta frecuencia, los dientes incisivos con apiñamiento (ver Foto 11).

En niños con Clase I, el hábito que tuvo mayor frecuencia fue la onicofagia. Al respecto se ha señalado que éste hábito puede traer consecuencias como malposiciones de algunos dientes, desgastes y fracturas, además de los desórdenes gastrointestinales por la adquisición de infecciones. El hábito de introducir objetos en la boca de manera constante se ha relacionado con alteraciones en el equilibrio vertical ocasionando que la erupción de los dientes posteriores sea mayor, dando lugar a la mordida abierta¹⁴.

En los hábitos de succión digital, respiración bucal (ver foto 12), bruxismo y deglución atípica con interposición lingual la mordida abierta se presentó con mayor frecuencia, estos resultados reiteran lo que menciona Sim J³⁴, quien declara que la mordida abierta también puede ser causado por mala pauta de la deglución y la mala posición lingual en reposo.

Todos estos resultados obtenidos demuestran que los escolares están expuestos a varios factores desencadenantes a un hábito bucal, entre estos factores el aspecto psicológico es de gran importancia, y éste factor está cobrando mucho auge en la actualidad, pues el ritmo de vida, especialmente en las grandes ciudades, es muy acelerado lo cual provoca tensión, estrés, ansiedad, nerviosismo, etc. que no sólo afecta a las personas adultas, sino también a los niños; de ahí que muchos se vean afectados emocionalmente y esto repercute en la salud del sistema estomatognático.

Es bien sabido que los hábitos perniciosos son uno de los factores que provocan maloclusiones, por lo tanto, es un deber del Cirujano Dentista reconocer la presencia de algún hábito bucal para prevenir deformaciones en el crecimiento y desarrollo maxilofacial lo cual provocaría maloclusiones; esto se debe de tener en cuenta, principalmente en niños, ya que se encuentran en procesos de crecimiento y desarrollo. Además, entre más temprano se detecte el hábito pernicioso mejor se pueden prevenir las alteraciones en el desarrollo normal del sistema estomatognático del niño.

Por lo tanto, para prevenir el desarrollo de maloclusiones ocasionadas por la presencia de hábitos perniciosos, el Cirujano Dentista debe realizar primero un diagnóstico integral, es decir, evaluar al paciente desde un punto de vista biológico, psicológico y social. Además, debe haber una concientización o acondicionamiento psicológico en el niño, es decir, al conocer los daños y perjuicios que los hábitos nocivos le pueden ocasionar, el niño disminuirá de forma paulatina el hábito; además, es preciso que se recuerde de manera constante al niño los beneficios que obtiene al dejar el hábito nocivo, o por el contrario, las consecuencias de seguir con el hábito, para ello es necesario la intervención de los padres; también es importante hacer una valoración psicológica para saber si se trata de un trastorno emocional que pudiera padecer el niño, o, por el contrario, saber si se trata de un trastorno fisiológico que obligara al niño a practicar el hábito pernicioso.

Debido a que los hábitos bucales tienen una fuerte asociación con los aspectos psicológicos del niño, el Cirujano Dentista, no debe enfocarse únicamente al problema dental y funcional sino principalmente orientar, en algunos casos, al tratamiento conductual, de ahí la importancia del manejo multidisciplinario con la colaboración de especialistas que tratan pacientes en desarrollo, quienes son los más afectados por hábitos perniciosos.^{41,42}

Al detectar la presencia de algún hábito pernicioso y seguir el correcto tratamiento, se pueden evitar tratamientos ortodóncicos u ortognáticos que pudieran ser innecesarios, pero además se puede contribuir en gran manera al buen estado emocional, del paciente, por tener una buena estética del complejo facial.

Si el Cirujano Dentista realiza lo expuesto anteriormente cumplirá con las expectativas de abordar al paciente de manera integral, lo cual, repercutirá en el bienestar del individuo.

11., CONCLUSIONES

- ❖ La frecuencia de hábitos perniciosos fue del 46.5% y el tipo de oclusión de Angle observado con mayor frecuencia fue la Clase I y, de acuerdo a Dewey Anderson, el Tipo 2, que corresponde a la mordida abierta.
- ❖ El grupo de edad más afectado por hábitos perniciosos fue el de 11 años.
- ❖ La onicofagia y la interposición de objetos fueron los hábitos perniciosos que se encontraron con mayor frecuencia.
- ❖ De acuerdo a los Tipos de Dewey Anderson para la Clase I Angle, la mordida abierta se presentó con mayor frecuencia en la población con hábitos perniciosos.
- ❖ Cabe destacar que hubo escolares que presentaron más de un hábito.

12. PROPUESTAS

Debido a que en nuestro trabajo se realizó únicamente un estudio clínico y aplicación de un cuestionario, para conocer la presencia de hábitos nocivos, se detectaron ciertas limitaciones para obtener información mayor detallada; por lo que se sugiere la utilización de auxiliares del diagnóstico como el manejo de modelos de estudio, de radiografías, etc.

El Cirujano Dentista debe enseñar de forma personal a los padres que acuden a consulta, todas aquellas funciones fisiológicas que son adecuadas, para que ellos puedan distinguir aquello que constituye una alteración de la función fisiológica.

Es importante que el Cirujano Dentista, al tratar con niños, realice una evaluación de forma rutinaria durante la consulta para determinar si presenta algún tipo de hábito pernicioso, la cual se obtendrá con ayuda de los padres.

En instituciones de salud se debe informar a los padres acerca de los hábitos perniciosos para que aprendan a identificarlos, en caso de que los presenten sus hijos, y de esta manera se puedan prevenir, a edades muy tempranas, aquellas alteraciones en el desarrollo y crecimiento orofacial que causan los hábitos perniciosos.

Es necesario que los padres de familia establezcan una estrecha comunicación con sus hijos, es decir, prestarles mucha atención para identificar inmediatamente cualquier alteración fisiológica que presenten, de lo contrario, sería imposible prevenir los daños que esto conllevaría.

Al tratar con pacientes que presentan algún hábito pernicioso, es de suma importancia también analizar el estado emocional para determinar correctamente cuál es la verdadera causa del hábito; de esta manera el tratamiento a seguir será interdisciplinario, con la colaboración de otros especialistas.

Al realizar estudios relacionados con la frecuencia de hábitos perniciosos es importante realizar un estudio de los factores sociales y psicológicos que rodean a la población, pues estos factores influyen de manera significativa en la presencia de hábitos perniciosos.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agurto V P, Díaz M R, Cádiz D O, Bobenrieth K F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. *Rev. Chil. Pediatr.* 1999; 70(6): 470-482.
2. Silva G L, Cobo P J, García F J, Gómez M D, Del Castillo T L, Piña R D et al. Higienistas dentales. España: MAD; 2006: 58.
3. Paredes G V, Paredes C C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *An Pediatr* 2005; 62(3): 261-5.
4. Más G M, Mora P C, López F R, Apolinaire P J. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. *MediSur.* 2009; 7(1): 8-14.
5. Hernández S J, Soto L L, Villavicencio F J. Frecuencia de hábitos orales en escolares de 5 a 14 años en la ciudad de Santiago de Calli. *Revista Estomatología.* 2002; 10(1): 20-24.
6. García G V, Ustrell T J, Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. *Av. en Odontoestomatol.* 2011; 27(2): 75-84.
7. Montiel J M. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *ADM.* 2004; 61 (6): 209-214.
8. Di Santi M J, Vázquez V. Maloclusión clase I: definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.* ortodoncia.ws edición electrónica 2005 obtenible en www.ortodoncia.ws. Consultado 18/05/12
9. Bardoni N, Escobar R, Castillo M R. *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual.* Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010: 32, 33,41.
10. Moyers R E. *Manual de ortodoncia.* 4^o ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1998: 563.
11. Canut B J. *Ortodoncia clínica y terapéutica.* 2da ed. España: Masson; 2005: 49,50.

12. Buj J R, Catalá M, García B C, Mendoza A. Odontopediatría. España: Masson; 2005: 13.
13. Herrera D, Belmonte S, Herrera E. Alteraciones del desarrollo maxilofacial. Prevención de la maloclusión. Arch.argent.pediatr. 2006; 104(1):75-79.
14. Proffit W R. Ortodoncia contemporánea. Teoría y práctica. 3ra ed. España: Elsevier; 2001:742.
15. Vellini V F. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. 2da ed. Brasil: Artes Médicas Latinoamericana; 2004: 553.
16. Palma C P, Sánchez A F. Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. España: paraninfo; 2010: 300, 301.
17. Ugalde M F. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. ADM. 2007; 64 (3): 97-109.
18. González L G, Pérez G V, De Celis V R, Sánchez R I, Diez R R, Prado F. Valoración de los hábitos orofaciales en niños. Bol. S Vasco-Nav Pediatr. 2009; 61 (1): 9-15.
19. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría ortodoncia.ws edición electrónica 2011 obtenible en www.ortodoncia.ws. Consultado 16/05/12.
20. Cárdenas J D. Odontología pediátrica. 3 ed. Colombia: Fondo Editorial CIB; 2003: 303, 304.
21. Vega A, Yanez L, Urdaneta M, Villalobos J. Hábito de succión digital del pulgar y comportamiento del sistema estomatognático según biotipo facial. Ciencia Odontológica. 2006; 3 (2): 100 –105.
22. Gacitúa G, Mora D, Veloso D, Espinoza A. Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares Causadas por Malos Hábitos en Niños de 6 a 9 Años. Revista Dental de Chile. 2001; 92 (1): 31-34.
23. Borrás S S, Rosell C V. Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. España: Ed. Nau Llibres; 2005: 35-37.

24. Jiménez R M. Odontopediatría en atención primaria. España: Vértice; 2007: 395.
25. Martín Z L, García P S, Expósito M I, Estrada V V, Pérez L Y. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Rev Arch Méd Camaguey. 2010; 14(6): 1-10.
26. Garcés D C, Godoy L F, Palacio A V, Naranjo M. Acción e influencia del bruxismo sobre el sistema masticatorio: Revisión de literatura. Revista CES Odontología. 2008; 21 (1): 61-70.
27. Morales R A, Mora P C, Álvarez R I. Bruxismo y funcionamiento familiar en escolares de 5 a 11 años. Medisur. 2009; 7(1): 124-130.
28. Leal Q F J. Plata Rueda: el pediatra eficiente. 6ed. Bogotá: Médica Panamericana; 2002: 502, 503.
29. Manzanilla O N. Hábitos bucales más comunes que causan caries y maloclusión. Revista ADM estudiantil. odontologia.mx edición electrónica 2012 obtenible en www.odontologos.mx. Consultado 20/02/13
30. Wolff K. Dermatología en medicina general. 7ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009: 792.
31. Lizarbe L. Onicofagia frente a estética dental. Presentación de un nuevo método para el tratamiento de la onicofagia. Gaceta Dental Industria y Profesiones. 2000; 105: 46-52.
32. Salgado S G. Oropeza T R. Onicofagia: estudio de caso de una mujer adulta. Uaricha Revista de Psicología. 2012; 9(20): 71-87
33. Murrieta P J, Cruz D P, López A J, Marques D S, Zurita M V. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de adolescentes mexicanos y su relación con la edad y el género. Acta Odontol. Venez. 2007; 45 (1): 74-78.
34. Sim J M. Movimientos dentarios menores en niños. Buenos Aires: Mundi; 1973: 32, 47.
35. Graber T M. Ortodoncia: principios y técnica actuales. 4 ed. España: Elsevier Mosby; 2006: 9

36. Aguilar M, Villaizá C, Nieto I. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Ortodoncia.ws edición electrónica octubre 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada 20/02/13
37. Botero P M, Vélez N, Castro D P, Gómez E, González P A, Cossio M, Santos E. Perfil epidemiológico de oclusión dental en niños que consultan a la Universidad Cooperativa de Colombia. CES Odontología. 2009; 22(1): 9-13.
38. Urrego B P, Jiménez A L, Londoño B M, Zapata T M, Botero M P. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. Revista de Salud Pública. 2011; 13(6): 1010-1021.
39. Cano C, Rosas C, Gutiérrez N, Velásquez Y, Godoy S, Quiros O, Farias M, Fuenmayor D, Jurisic A, Alcedo C. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del estado guárico periodo 2007-2008. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria Ortodoncia.ws edición electrónica junio 2008. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada 20/02/13
40. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta Odontológica Venezolana. 2010; 48 (1):1-19
41. Moreno V I. Prevalencia de maloclusiones y su relacion con habitos bucales perniciosos en niños de 6 a 12 años: (1a. parte). Tesis que para obtener el grado de Especialista en Estomatologia. 2001: 94
42. Guzman G I. Prevalencia de maloclusiones y su relacion con habitos bucales perniciosos en niños de 6 a 12 años: 2a parte. Tesis que para obtener el grado de Especialista en Estomatologia. 2002: 96

14. ANEXOS

Anexo 1



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"
 Carrera Cirujano Dentista
 Cuestionario



Alumno: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Grado: _____ Grupo: _____

I. Instrucciones: Realizar las siguientes preguntas al padre de familia y marcar con una X la respuesta dada.

	Si	No
¿Tiene el hábito de chuparse el dedo pulgar o algún otro dedo?		
¿Se introduce en la boca objetos como pluma, lápiz, etc?		
¿Respira por la boca?		
¿Tiene la costumbre de rechinar los dientes, tiene dolor muscular en la zona de boca?		
¿Se muerde las uñas?		

II. Instrucciones: Observar al paciente y marcar con una X, según se presenten los siguientes casos.

	Si	No
Al momento de deglutir, ¿interpone la lengua entre los incisivos?		
Al momento de deglutir, ¿interpone el labio inferior entre los incisivos?		
¿Presenta las uñas mordisqueadas?		
En estado de reposo, ¿se chupa el labio?		

FRECUENCIA DE HÁBITOS PERNICIOSOS Y TIPO DE MALOCLUSIÓN DE ANGLE Y DEWEY ANDERSON, EN UNA POBLACIÓN INFANTIL DE IZTAPALAPA, 2012-2013

Anexo 2



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Carrera Cirujano Dentista

Estimado padre de familia:

Por medio de la presente se le pide, de la manera más atenta, su consentimiento para que su hijo (a) sea parte de una investigación epidemiológica que se llevará a cabo en la escuela primaria “Prof. Felipe López”, donde se realizará la aplicación de un cuestionario así como una revisión dental.

Nombre del alumno: _____

Firma de consentimiento del padre o tutor: _____



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza"
Carrera CCirujano Dentista



Anexo 3

FICHA EPIDEMIOLÓGICA

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Grado: _____

Grupo: _____

Clase I: Relación molar Y tipos de Dewey Anderson	Tipo 1.Presencia de dientes incisivos apiñados y rotados. Tipo 2.Presencia de dientes anterosuperiores protruidos y espaciados. Tipo 3.Presencia de dientes anteriores en mordida cruzada. Tipo 4.Se presentan los dientes posteriores en mordida cruzada. Tipo 5. Existe pérdida de espacio en el segmento posterior
Clase II: Relación molar	División 1 Incisivos superiores protruidos División 2 Incisivos centrales superiores retruidos Incisivos laterales superiores inclinados labial y mesialmente Subdivisión
Clase III: Relación molar	Retrusión de incisivos inferiores Mordida cruzada anterior Subdivisión

Clase I Modificación de Dewey Anderson	Tipo 1	
	Tipo 2	
	Tipo 3	
	Tipo 4	
	Tipo 5	
Clase II	División 1	
	División 2	
Clase III		

Nombre del examinador: _____



Foto 1. Uñas mordidas por onicofagia

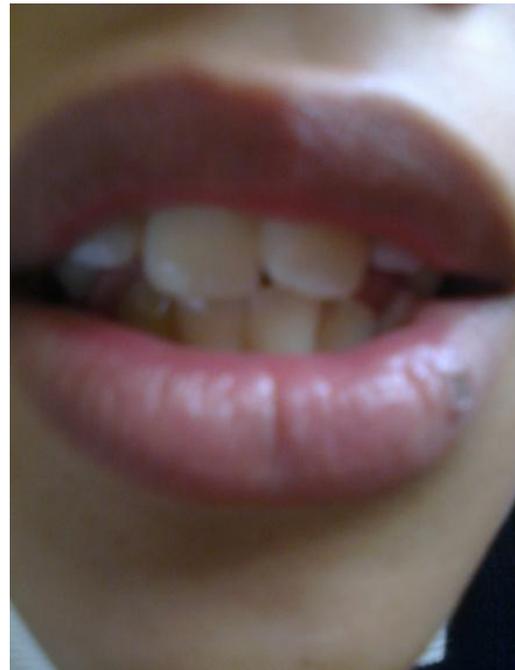


Foto 2. Lesiones por el hábito de succión labial

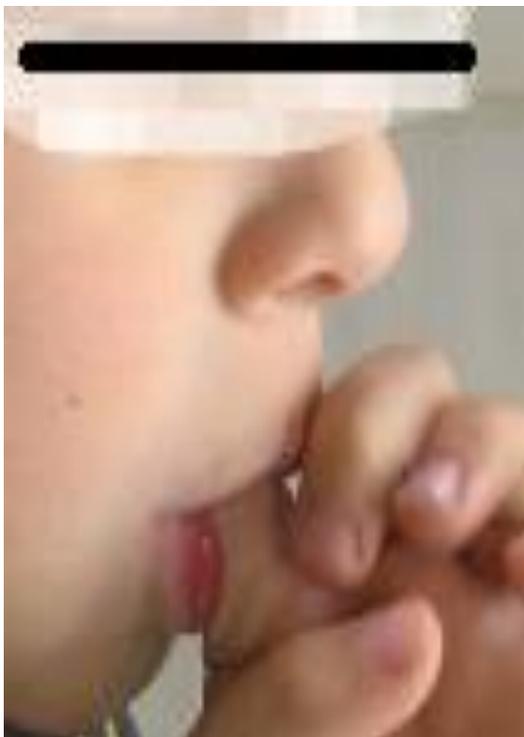


Foto 3. Hábito de succión digital



Foto 4. Clase I Angle



Foto 5. Clase II Angle



Foto 6. Clase III Angle



Foto7. Tipo 2 de Dewey Anderson para la Clase I



Foto 8. Hábito de interposición de objetos



Foto 9. Hábito de deglución atípica con interposición lingual



Foto 10. Malposición dentaria por interposición lingual



Foto 11. Tipo 1 de Dewey Anderson para la Clase I

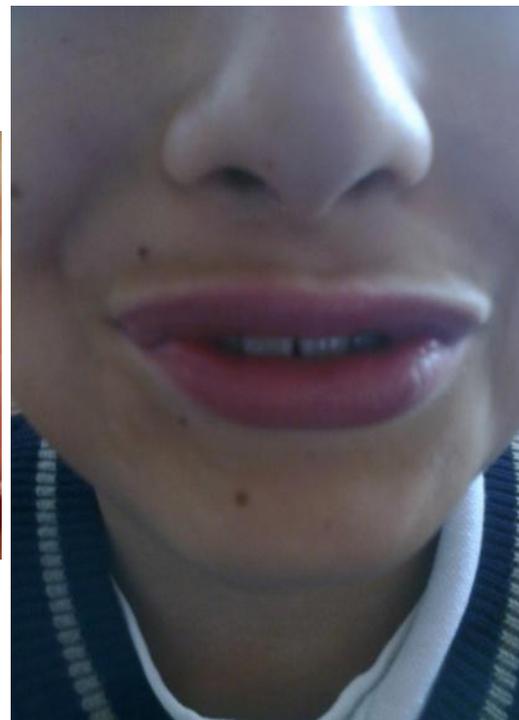


Foto 12. Hábito de respiración bucal