



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA

INCORPORADA A LA UNAM
No. DE ACUERDO CIRE 12/11 DE FECHA 24 DE MAYO DE 2011
CLAVE 8968 – 22

**“PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES EN RELACIÓN A MALOCLUSIONES
DENTOMAXILARES
EN CLÍNICA INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES”**

TESIS

QUE PARA OPTAR EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

P.C.D ANDY MONDRAGÓN CONTRERAS
P.C.D GUSTAVO RAMOS GONZÁLEZ

ASESOR DE TESIS

E.O.P. JUANA GABRIELA ESPINOZA SUÁREZ



IXTLAHUACA, ESTADO DE MEXICO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Universidad de Ixtlahuaca CUI
Departamento de Titulación

NOMBRE Y FIRMA

ASESOR DE TESIS

E. en OP. JUANA GABRIELA ESPINOZA SUÁREZ

NOMBRE Y FIRMA

REVISOR

E. en O. CARLOS DOROTEO CHIMAL

NOMBRE Y FIRMA

REVISOR

C.D JULIO CESAR BERMUDEZ BARAJAS

NOMBRE Y FIRMA

REVISOR

C.D RICARDO PONCE VALENCIA

NOMBRE Y FIRMA

ASESOR

METODOLOGICO

E. en O. PIERRE GONZÁLEZ DÍAZ

NOMBRE Y FIRMA

REVISOR

PMF. SILVIA DEL CARMEN VILLANUEVA LEÓN

M. en C ELIZABETH SÁNCHEZ GUTIERREZ

DIRECTORA TÉCNICA

C.D MARY CARMEN SUÁREZ BENITEZ

DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN

Dedicatoria

Le doy gracias a mis padres Raymundo Mondragón Sánchez y Verónica Contreras Castro por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos. Y sobre todo por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y que sean un ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos por ser parte importante en mi vida y representar la unidad familiar, a Raymundo Mondragón Contreras e Irvin Mondragón Contreras por ser un ejemplo de desarrollo profesional, por llenar mi vida de alegrías y amor cuando más lo he necesitado.

Le agradezco a mi directora de tesis, E. en OP. Juana Gabriela Espinoza Suárez, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor facilitado a las mismas. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegue a la facultad.

Asimismo, agradezco a mis revisores de tesis, E. en O. Carlos Chimal Doroteo, C.D Julio Cesar Bermúdez Barajas, C.D Ricardo Ponce Valencia, PMF. Silvia del Carmen Villanueva León por la amabilidad de facilitarme su tiempo, sus consejos e ideas.

Por su orientación, paciencia y atención a mis consultas sobre metodología y todo el apoyo brindado desde el comienzo hasta el final, mi agradecimiento a nuestro metodólogo de tesis, E. en O. Pierre González Díaz.

A mi amigo y compañero de tesis, Gustavo Ramos González por su paciencia, comprensión, solidaridad con este proyecto y por motivarme a seguir adelante en los momentos de desesperación, por todo el tiempo cedido, sin su apoyo nunca se habría escrito este trabajo.

A mis amigos por confiar y creer en mí y haber hecho mi etapa universitaria un trayecto de vivencias que nunca olvidare y por haber hecho el papel de una familia verdadera en todo momento, gracias por el apoyo, comprensión y sobre todo su amistad.

A mis abuelitos, Paulina Castro Monroy que me apoyo en momentos de desesperación cuando no tenía pacientes, la ayuda incondicional en cada momento, su cariño y amor y Ignacio Contreras Alcántara que, aunque no se encuentre con nosotros físicamente, siempre estará en mi corazón, por haber creído en mi hasta el final. ¡Ya soy Odontólogo!

A la universidad que me dio la bienvenida, las oportunidades que me han brindado son incomparables, a todos los maestros y compañeros por todo el conocimiento y apoyo brindado, estoy orgulloso de ser parte de la Universidad de Ixtlahuaca.

Pero un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.

Gracias.

Índice

1. Antecedentes	1
1.1 Caries dental	2
1.1.2 Caries temprana de la infancia	2
1.1.3 Perdida prematura de órganos dentarios temporales	3
1.1.4 Prevención	4
1.1.5 Uso de pasta dental	4
1.2 Oclusión	6
1.2.1 Clasificación de Angle	6
1.2.2 Planos terminales de la dentición decidua	8
1.2.3 Hábitos	9
1.2.4 Succión digital y otros hábitos	11
1.2.5 Succión del chupón	13
1.2.6 Succión (anormal) del biberón	15
1.2.7 Succión labial	15
1.2.8 Interposición lingual (deglución atípica)	16
1.2.9 Respirador oral	20
1.3 Onicofagia	23
2 Planteamiento del problema	25
3. Justificación	26
4. Hipótesis	27
5. Objetivos	28
5.1 Objetivo general	28
5.2 Objetivos particulares	28
6. Metodología	29
6.1 Materiales y métodos	31
6.1.1 Diseño del estudio	31
6.1.2 Población y universo	31
6.1.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	31

6.2 Definición de variables	32
6.3 Procedimiento	33
6.4 Implicaciones bioéticas	34
7. Análisis estadístico	35
8. Resultados	36
9. Discusión	40
10. Conclusión	43
11. Referencias	44
12. Anexos	46
13. Oficios	55

1. Antecedentes

Para definir como los hábitos bucales en los niños, el término oclusión ideal afecta el establecimiento de una oclusión sana, es necesario definir la normalidad. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto". Una definición "de normalidad" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental sana es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones. (4)

Podemos considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo sano, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La maloclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático. Sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales. Existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas. (1)

1.1 Caries dental

La caries dental es una enfermedad multifactorial, infecciosa y transmisible cuyo factor etiológico principal es la presencia del *S. Mutans*; también han participado lactobacilos y en otros casos *Candida*. Esta patología se debe a la interacción de las bacterias productoras de ácidos y la presencia de carbohidratos fermentables, así como otros factores del huésped, que modifican las condiciones de la flora bucal, dientes y saliva. (1)

1.1.2 Caries temprana de la infancia

La caries temprana de la infancia antes conocida como caries de biberón o síndrome de biberón, se debe a múltiples factores, físicos, biológicos, ambientales, conductuales, hábitos alimenticios y de higiene. Se ha demostrado que no solo se debe al uso frecuente del biberón con cualquier líquido azucarado natural o artificialmente como la leche, fórmulas, jugos de frutas y refrescos, sino también al pecho materno a libre demanda y a la utilización de tazas entrenadoras y chupones endulzados. (1)

Suele mostrar un patrón característico: caries en los incisivos superiores, los molares de ambas arcadas, pero no en los incisivos inferiores; este patrón se relaciona con la secuencia de erupción y la posición de la lengua durante la alimentación. (1)

La caries temprana de la infancia se caracteriza y se define como la presencia de 1 o más dientes con caries, perdidos u obturados en pacientes menores de 71 meses. Se considera como caries de la infancia temprana severa (CTIS) cuando:

- A los 3 años el índice de CEOD (cariados, extraídos por caries, obturados) es mayor 4.
- A los 4 años el índice de CEOD es mayor a 5.
- A los 5 años el índice de CEOD es mayor a 6.

1.1.3 Pérdida prematura de órganos dentarios temporales

Se conoce como pérdida prematura la pérdida de un diente temporal antes del tiempo de su exfoliación natural. Entre las causas más frecuentes que dan lugar a esta situación, se encuentran:

- Traumatismos que afectan principalmente a los incisivos superiores.
- Reabsorción prematura de las raíces de los dientes temporales: al hacer erupción, los dientes permanentes: suele ser debido a falta de espacio en la arcada, como en el caso típico de los caninos temporales, o una erupción ectópica de los primeros molares permanentes, que implica una reabsorción atípica y prematura de los segundos molares deciduos. Ya sea unilateral o bilateral. (2)
- Extracciones por procesos odontodestructivos que afectan, sobre todo, a los molares temporales como se muestra en la **Fig. 1**.
- Debido a caries dental, que afecta la mayor parte de la estructura de los dientes temporales.
- La pérdida prematura de un diente temporal supone disminución del espacio reservado para el sucesor permanente debido a la migración de los dientes adyacentes y el consiguiente acortamiento de la longitud de la arcada como se muestra en la **Fig. 2**. (2)



Fig. 1 Fuente: Gurrola,2017



Fig.2 Fuente: Gurrola,2017

1.1.4 Prevención

- Hacer énfasis en el cepillado dental, uso de hilo dental y colutorios.

Las acciones llevadas a cabo en infantes, tales como enseñanza de adecuados hábitos de higiene bucodental y alimentación limitada en el consumo de azúcar tendrán un efecto de por vida. El más importante es la práctica de hábitos de higiene bucal para preservación de la salud bucal desde los primeros años de vida, tomando en cuenta que la supervisión y asistencia de los padres durante la práctica del hábito. (5)

La prevención de esta enfermedad debe instaurarse desde que la madre está embarazada, la revisión del recién nacido y establecer citas de control y seguimiento con el estomatólogo pediatra, técnica correcta de cepillado dental y el uso adecuado de la pasta dental. (1)

Los estudios disponibles dan a conocer de diferencias significativas en la edad de inicio de las caries, dependiendo del momento en que los niños, comienzan a cepillar los dientes.

- Inicio del cepillado antes del año: 12% de caries.
- Inicio del cepillado entre el año y los 2 años: 19% de caries.
- Inicio del cepillado después de los 2 años: 34% de caries. (3)

1.1.5 Uso de pasta dental

Usar pasta dental con flúor principalmente en niños con alto consumo de azúcares y carbohidratos que han sido introducidos antes de los dos años.

Emplear pastas dentales con 500 ppm (partes por millón) realizando un efecto terapéutico en niños menores a 2 años de edad y pastas dentales con 1000 ppm a niños mayores a 2 años de edad. (3)

La cantidad de pasta dental para cada paciente, tomando en cuenta la edad es importante, como se muestra en la Tabla 1, por ella facilita la técnica al niño. (3)

Dosificar la cantidad correcta como se observa en la Tabla 1:

Tabla 1. Dosificación correcta de pasta dental

Edad	Cantidad de Pasta
0-2 años	Medio grano de arroz
2-4 años	Grano de arroz
4 años	Lenteja
6 años	Chícharo

Las diferentes técnicas de cepillado y el uso de auxiliares en la higiene bucal contribuyen a que los niños disminuyan el riesgo a presentar lesiones de caries y por lo tanto tengan menos pérdida prematura de órganos dentarios deciduos lo que contribuirá a que disminuye el índice de maloclusiones. (3)

Otra situación que se vive en los niños, aparte de tener malos hábitos higiénicos también tiene hábitos parafuncionales. (3)

1.2 Oclusión

Angle definió oclusión como a las relaciones de los planos inclinados de los dientes, cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto. (2)

En 1899 Angle introdujo el término “clase” para denominar las relaciones maxilares de los dientes donde se consideraba a los primeros molares superiores como puntos fijos o de referencia.

1.2.1 Clasificación de Angle

Angle definió la maloclusión, es la perversión del crecimiento y desarrollo sano de la dentadura.

La clasificación incluye 3 categorías que se muestran en la Tabla 2:

Tabla 2. Maloclusiones según Angle

Clase I “Neutroclusión” (Fig. A): Relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes, cúspide mesiovestibular del primer molar superior cae en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior, pero con malposiciones individuales de los dientes ya sea en relaciones vestibulares transversales o desviación sagital de los incisivos.



Fig. A)

Clase II “Distoclusión” (Fig. B): Surco vestibular del molar inferior cae por distal de la cúspide mesiovestibular del molar

superior. Se distinguen diferentes tipos o divisiones por la posición de los incisivos.

División I: Incisivos en protrusivos y aumento del resalte.

División II: Incisivos centrales retroinclinados y los incisivos laterales con marcada inclinación vestibular hay una disminución en el resalte y aumento de sobremordida interincisiva.

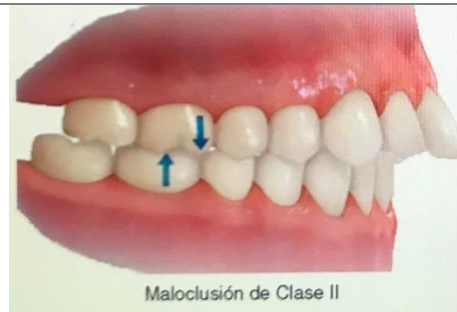


Fig. B)

Clase III “Mesioclusion” (Fig.C): Surco vestibular del molar inferior cae por mesial de la cúspide del mesiovestibular del molar superior. (2)

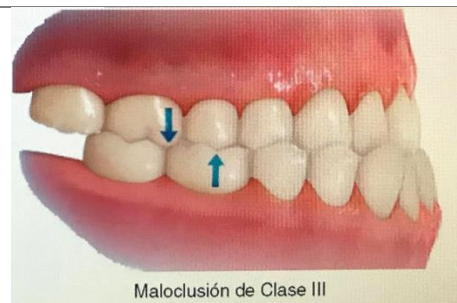


Fig. C)

Fig. A, B, C Fuente: Graber, 2012

Para determinar la oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales (relación anteroposterior) lo cual podemos definir como: la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superiores e inferiores cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica. (2)

1.2.2 Planos terminales de la dentición decidua

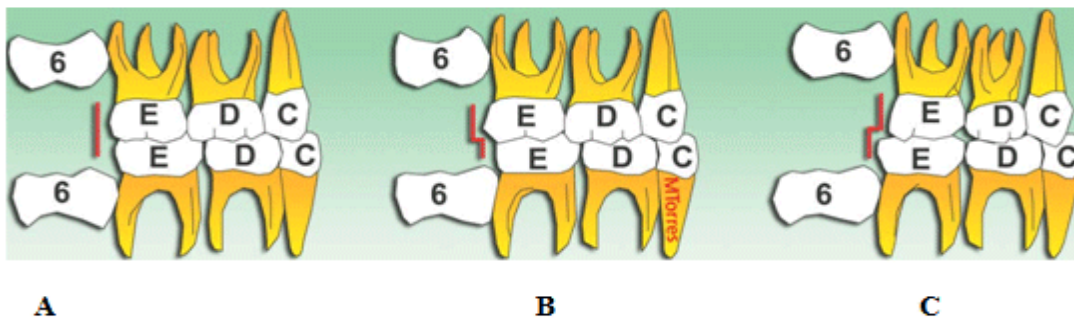
Se consideran tres tipos de planos terminales:

Plano terminal recto: la superficie distal de los dientes superiores e inferiores esta nivelada, por lo tanto, situada en el mismo plano vertical. **(Fig. 6 A)**

Plano terminal mesial: la superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior. **(Fig. 6 B)**

Plano terminal mesial exagerado: la cúspide mesiovestibular del segundo molar superior primario cae por detrás del surco central del segundo molar inferior primario lo que nos dará una Clase III. (4)

Plano terminal distal: la superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores. **(Fig. 6 C)** (4)



Planos terminales en dentición decidua (Fig. 6)

Fig.6 Fuente: Boj 2005

Para definir oclusión en la dentición permanente determinamos el Overbite y Overjet.

Overjet: Desde un plano sagital se define al overjet como la distancia media horizontal que existe entre el borde incisal del incisivo superior a la cara vestibular del incisivo inferior. (5)

Overbite: Es la medida vertical entre dos líneas que se trazan paralelas a los bordes incisales de los incisivos de ambos maxilares o el entrecruzamiento entre los incisivos superiores e inferiores en una visión sagital. (5)

Sobremordida Horizontal: Es la superposición horizontal de los incisivos, lo normal es que estén en contacto los superiores por delante los inferiores en una relación de 2 a 3 mm, si los incisivos inferiores están por delante de los superiores se le llama mordida cruzada anterior. (5)

Sobremordida Vertical: Es la superposición vertical de los incisivos, lo normal es que los bordes incisales inferiores estén en contacto con la superficie lingual de los incisivos superiores, a la altura del cíngulo por encima de 1 a 2 mm. Si no hay superposición vertical se le llama mordida abierta anterior. (5)

1.2.3 Hábitos

La mayoría de las maloclusiones esqueléticas moderadas suelen ser el resultado de un patrón heredado, excepto las que ya se conoce su etiología (defectos de desarrollo embriológico, traumatismos dentoalveolares e influencias ambientales).

Canut en el 2000 reviso brevemente algunas posibles influencias de tipo ambiental, como se muestran en la Tabla 4:

1. Hábitos de la musculatura orofacial que incluyen succión digital, empuje lingual, succión del labio y posturas anormales de la lengua.
2. La enfermedad nasofaríngea y la función respiratoria perturbada pueden producir respiración bucal y morfológica craneofacial alterada.
3. Las caries es una causa significativa de algunas maloclusiones resultantes de la pérdida prematura de dientes primarios, erupción precoz de los dientes permanentes, traumatismos, patologías tumorales y quísticas. (6)
4. Las causas ambientales de maloclusión más importantes, la constituyen los hábitos de larga duración que pueden alterar la función y equilibrio normal de los dientes y maxilares. Por ejemplo, los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Tabla 3. Hábitos



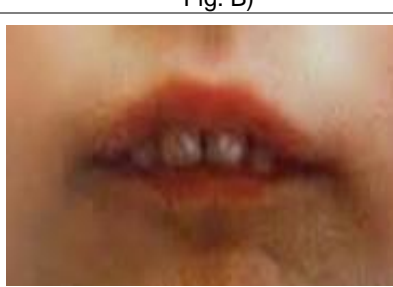


<ul style="list-style-type: none">• Interposición lingual (deglución atípica)	
<ul style="list-style-type: none">• Succión digital, entre los que se encuentra como la más común succión del pulgar, sosteniéndolo en posición vertical.	
<ul style="list-style-type: none">• Succión Labial, que se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de gran resalte incisivo.	
<ul style="list-style-type: none">• Uso prolongado de chupón: Comienza en los 6 meses de vida, para evitar efectos adversos se limita su uso hasta los 12 meses de vida (7)	
<ul style="list-style-type: none">• Respiración oral, la cual puede aparecer como consecuencia de la reducción en el paso aéreo de la nariz o de la nasofaringe por circunstancias de tipo mecánico o alérgico. (6)	

Fig. A, C, D, E Fuente: Gurrola, 2017
Fig. B Fuente: Vellini, 2000

1.2.4 Succión digital y otros hábitos

Larsson y Dahilin en 1985 explican que 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 obtiene 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. (7)

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 maloclusión, caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior, hundimiento palatino y un arco superior estrecho. La maloclusión característica desviada de la succión se debe a la combinación entre la presión directa sobre los dientes y una en el patrón de presiones de las mejillas. Se dice que esta presión sea la responsable del desplazamiento de los incisivos, varían considerablemente de los dientes que reciban la presión. (8) La relación entre la mordida abierta anterior se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Esto sucede cuando se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación y el pulgar interpuesto impide directamente la erupción de los incisivos. Al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y resulta la erupción de los dientes posteriores mayor que circunstancias normales. Debido a la geometría de los maxilares, 1mm de elongación posterior abre la mordida anteriormente unos 2mm, lo cual puede contribuir notablemente al desarrollo de una mordida abierta anterior. (8)

Baer, Lester en 1987 y Johnson y Larsson en 1993 también atribuyen que el principal problema aparece cuando este hábito se prolonga en el tiempo. 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. (9) (10)

Proffit comenta que los niños que chupan el dedo con fuerza, pero de forma intermitente, pueden no presentar un gran desplazamiento (o ninguno), mientras lo que chupan durante 6 horas o más pueden sufrir una maloclusión importante. (8) Un ejemplo que da Proffit en 1993 dice que el efecto de un hábito de succión sólo durante la dentición temporal es escaso o nulo. Pero Larsson en 1987 dice que si el hábito persiste cuando la dentición mixta ya está avanzada el efecto puede ser la aparición de una maloclusión que muestre mordida abierta anterior, compresión maxilar, vestibularización de los incisivos superiores y la lingualización de los inferiores. (11)

La constricción del arco maxilar es el aspecto de la maloclusión que menos probabilidades tiene de corregirse espontáneamente. En muchos niños, si se expande de forma transversal el arco maxilar, mejoran espontáneamente la protrusión de los incisivos y la mordida abierta anterior. (8)



Fig. A



Fig. B

Tratamiento del hábito de succión digital:

- Explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.
- Aparatología removible o fija (trampa de dedo) (**Fig. C,D**)
- Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral. (8)

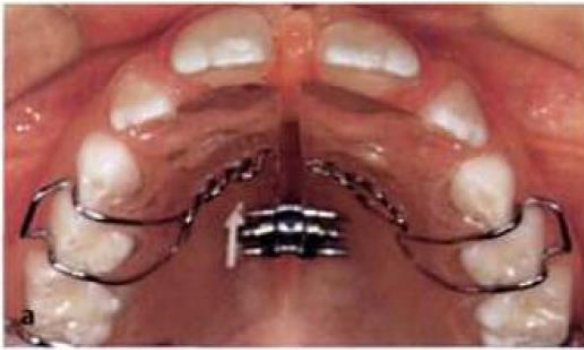


Fig. C



Fig. D

Fig. A, B, C, D Fuente: Hubertus, 2002

1.2.5 Succión del chupón

La succión del chupón suele suprimirse espontáneamente o con poco esfuerzo hacia los cuatro años mientras que el del dedo es difícil que cese de igual manera. (12)(13) Boj comenta que el niño menor de 2 años inhibe el crecimiento de los procesos alveolares provocando mordida abierta. (4) En resumen, el cese del hábito se sigue de una corrección parcial o total de la maloclusión provocada, si es en edad temprana. (12) (13)



Fig. A



Fig. B



Fig. C



Fig. D

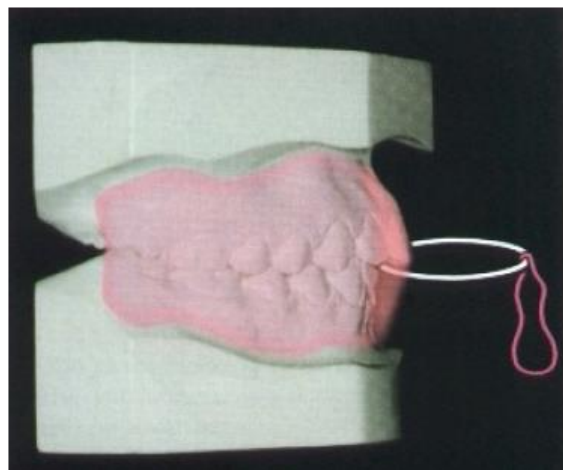


Fig. E

Fig. A, B, C, D, E Fuente: Vellini, 2000

1.2.6 Succión (anormal) del biberón

Carrascoza, Possobon, Tomita, de Moraes comentan que la succión anormal del biberón origina problemas similares a la succión digital, tales como atresia maxilar, interposición lingual y respiración oral. Su gravedad dependerá de la edad de abandono del hábito y el tipo de teta ya sea anatómica o tradicional. (14)

1.2.7 Succión labial

“La succión labial puede aparecer tras el hábito de succión digital al haberse incrementado el resalte incisal siendo absorbido el labio inferior”. (4)

Efectos bucofaciales de la interposición labial

- Protrusión dentoalveolar superior.
- Retroinclinación de incisivos inferiores.
- Labio superior hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Incompetencia labial.
- Hipertrofia del musculo mentoniano.
- La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
- Mordida profunda.
- Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- Retrognatismo mandibular. (4)

Tratamiento

Utilización de Lip Bumper (Fig. A), este aparato va influenciar el desarrollo de la arcada inferior, ya que al separar el labio de los dientes anteroinferiores, se produce una expansión espontanea de dicha arcada.

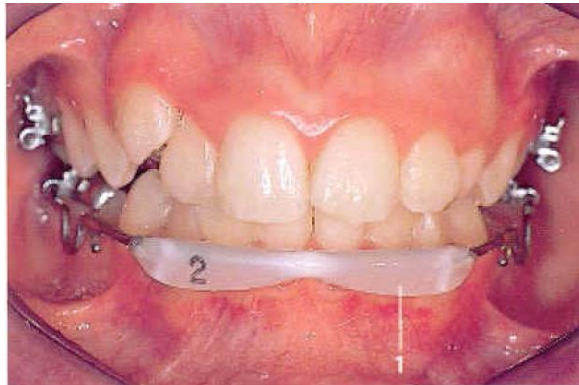


Fig. A

Fig. A Fuente: Grohmann, 2002

1.2.8 Interposición lingual (deglución atípica)

Se define como la colocación de la punta de la lengua anteriormente entre los incisivos durante la deglución, pero 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. Sin embargo, los individuos con maloclusiones de mordida abierta anterior colocan la lengua entre los dientes anteriores al tragar, mientras que los que presentan relaciones incisales normales no lo hacen, por lo que por esta razón se le atribuye el problema de la mordida abierta a este patrón de actividad lingual. (8)

La persistencia de una deglución infantil más allá de la época de alimentación con el biberón ya no es normal. La mayoría de los pacientes completa la transición al patrón de deglución adulto entre los 2 y 12 años, pero puede prolongarse el patrón infantil; los niños con hábitos digitales, trastornos de las vías respiratorias, alergias crónicas,

déficit neuromotores o anomalías esqueléticas orofaciales tienen un mayor riesgo de que persista el patrón de empuje lingual. (15)

Actualmente la deglución con protrusión dental puede aparecer fundamentalmente en dos situaciones: en niños pequeños con oclusión razonablemente sana, en los que sólo representa una etapa de transición en la maduración fisiológica sana, y en individuos de cualquier edad con incisivos desplazados, en los que aparece como una adaptación al espacio que existe entre los dientes. La presencia de resalte (a menudo) y de mordida abierta anterior (casi siempre) obliga al niño o al adulto colocar la lengua entre los dientes anteriores. Por eso, hay que considerar a la deglución con protrusión dental como el resultado del desplazamiento de los incisivos, y no como su causa, pero esto no quiere decir que la lengua no tenga un papel etiológico en el desarrollo de la maloclusión de mordida abierta. En la teoría del equilibrio, la presión ligera, pero mantenida, que ejerce la lengua sobre los dientes debería tener efectos significativos: si un paciente deja reposar la lengua en una posición anterior, la duración de esa presión (aunque sea muy leve) podría alterar la posición vertical u horizontal de los dientes. (8)

Proffit en el 2000 y Van der Linden y Boersma en 1987 describen que la protrusión lingual realizada en los niños durante la deglución forma parte de la fase transicional a una deglución más madura. Pero la lengua puede ser un factor etiológico en el desarrollo de una maloclusión si la posición de reposo no es normal y las presiones de reposo y al tragar están alteradas y Proffit en el 2000 menciona que, a pesar de esto, el efecto de la lengua debe verse en perspectiva: a los 6 años el número de niños con protrusión lingual al tragar es diez veces mayor que el número de estos niños que tienen una mordida abierta anterior. Entonces no parece que la protrusión 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. (8) (16)

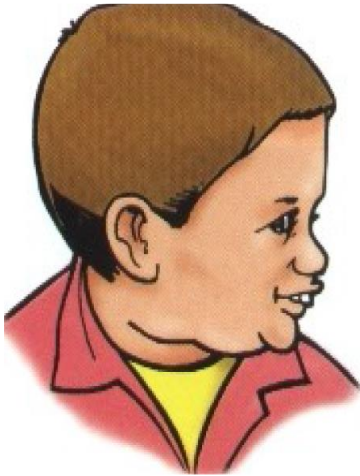


Fig. A



Fig. B



Fig. C

Tratamiento

Se usa una placa labio activa o Lip Bumper (**Fig. D,E**). Cuando el paciente presenta una deglución atípica con interposición del labio superior será colocado en el arco superior.

Cuando ya se ha instalado la clase II división 1, con proyección de la maxila, crecimiento horizontal y sobremordida profunda, cuya etiología es un hábito de deglución atípica con interposición del labio inferior, se debe usar una placa de levantamiento de la mordía anterior, que consiste en una placa Hawley superior con acrílico más espeso en la región palatina de los incisivos superiores y aparato extrabucal para realizar ejercicios para tonificación labial que es la placa vestibular o escudo vestibular. (**Fig. G**)

El escudo vestibular (**Fig. F**) es un aparato versátil y sencillo en el tratamiento interceptivo precoz de las deformaciones del arco dentario. Actúa básicamente en la corrección de la difusión muscular perioral. (8)

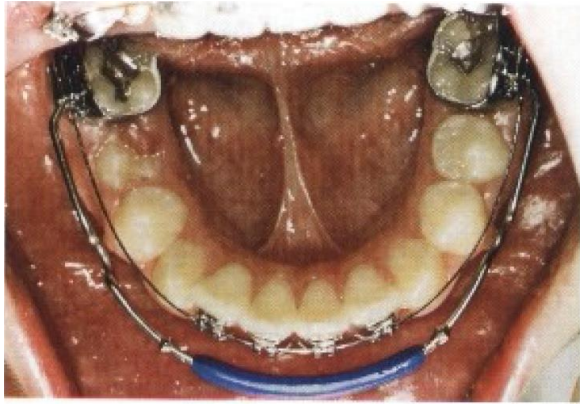


Fig. D

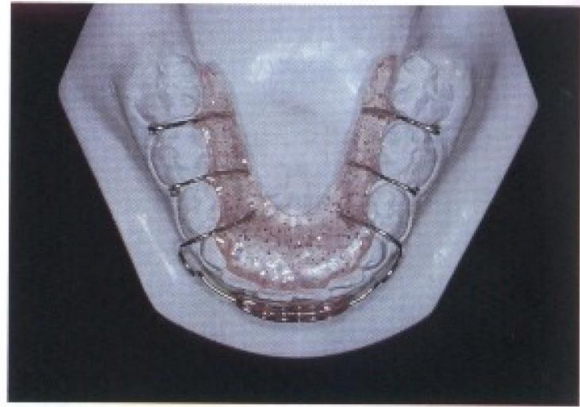


Fig. E

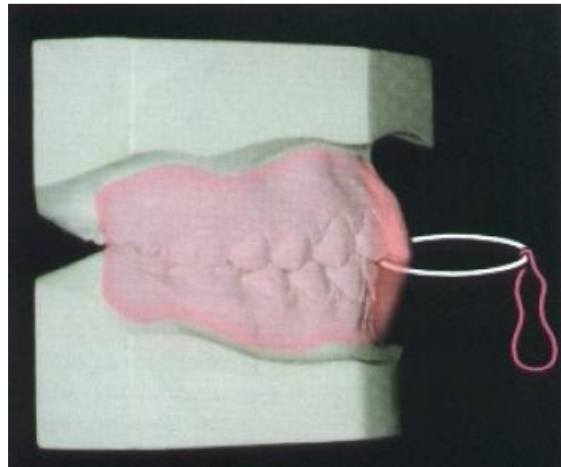


Fig. F

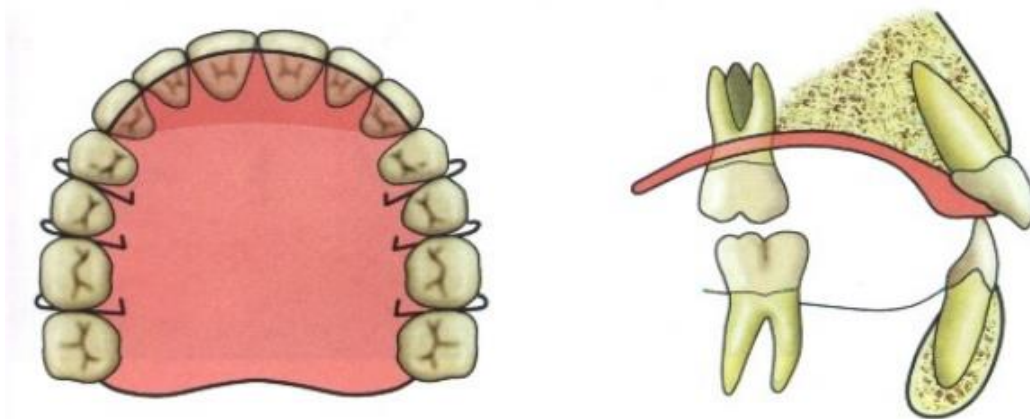


Fig. G Vista oclusal y lateral de una placa de levantamiento de mordida anterior

Para la hipotonía del labio superior se recomienda que el paciente haga algunos ejercicios, el aparato utilizado como auxiliar en los ejercicios para tonificación labial es la placa vestibular o escudo vestibular.

Fig. A, B, C, D, E, F, G Fuente: Vellini, 2000

1.2.9 Respirador oral

La respiración es la actividad funcional más importante en el desarrollo de la dentición y del crecimiento de la cara. Una respiración oral puede aparecer como consecuencia de la reducción en el paso aéreo de la nariz o de la nasofaringe por circunstancias de tipo mecánico o alérgico. Pero en muchos respiradores orales no se encuentra una obstrucción de tipo mecánico. No se encontró diferencias en la obstrucción del paso aéreo al comparar respiradores orales con cara larga y respiradores nasales con caras normales. (17)

Un patrón respiratorio alterado puede modificar la postura de la cabeza, maxilares y lengua, alterando el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y dientes e influir en el crecimiento y posición de ambos. (18)

La respiración oral va a conllevar una incompetencia labial, cambio en la postura cráneocervical para facilitar la respiración (flexión posterior de la cabeza) y con ello la mandíbula efectúa una rotación hacia atrás de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar. Si el periodo de respiración oral se prolonga, este cambio en la postura de cabeza-mandíbula-lengua puede conducir a un cambio en el equilibrio de presiones sobre los dientes y los maxilares como se muestra en la **Fig. A.** (16) (19)

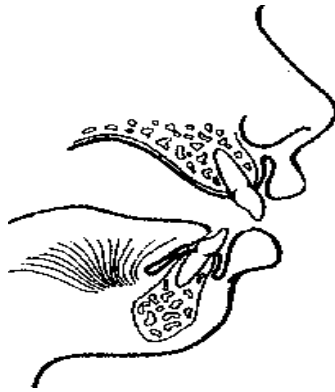


Fig. A Fuente: Gurrola 2017

Respirador oral, labio superior corto y muestra dientes y labio inferior grueso y evertido.

Entre las causas que conllevan a esta obstrucción nasal crónica esta, el pasaje nasofaríngeo angosto asociado a una membrana nasal inflamada, amígdalas hipertróficas, adenoides, cornetes inflamados y/o desviaciones del tabique nasal. (20)

La lengua lo que hace es adoptar una posición descendida para que el flujo del aire sea más fácil y cómodo, ocasionando alteraciones clínicas importantes.

Canut 2000 y Vellin, Flavio 2002 comentan que estas alteraciones tienen tal magnitud que la disposición dentoalveolar de estos pacientes es característica: poseen generalmente paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas, mordidas cruzadas, abiertas, o muy profundas y presencia de hábitos parafuncionales como la deglución atípica, entre otras. (21) (22)

El paciente respirador oral suele tener una facies adenoidea característica con cara alargada, ojeras, narinas flácidas y poco desarrolladas, labio superior corto e inferior grueso y evertido, tercio inferior aumentado, contracción del mentón, etc. (23)

Proffit y Ackerman en 1994 dicen que en estas situaciones la correlación de hechos no se debe de confundir con una relación causa-efecto que las variaciones en la postura pueden no ser la causa de las proporciones faciales. Tanto la postura como las proporciones faciales probablemente están relacionadas a factores añadidos desconocidos. (24)



Fig. A



Fig. B



Fig. C



Fig. D

Fig. A, B, C, D, Fuente: Vellini, 2000

Tratamiento

Se recomienda referir al paciente con un otorrinolaringólogo, una vez eliminado al factor causal de la respiración bucal, será necesario rehabilitar la musculatura por medio de ejercicios funcionales que ofrezcan los músculos periorales, para promover el cierre de los labios.

Los ejercicios de fortalecimiento muscular deben hacerse con una placa vestibular o un trainer (**Fig. A**), los cuales van impedir la penetración del aire por la boca.

Para corregir la mordida cruzada posterior ocasionada por la atresia transversal de la maxila, se usa un disyuntor fijo, que provocara la ruptura del rafe medio (**Fig. B**). (24)



Fig. A

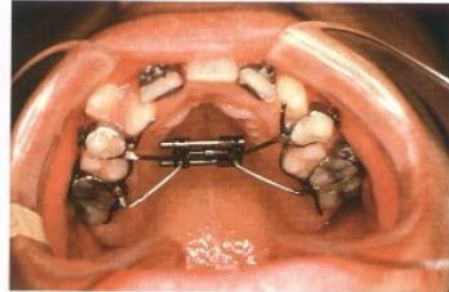


Fig. B

Fig. A, B, Fuente: Hubertus, 2002

1.3 Onicofagia

El hábito de comer o morder las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprimir, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que solo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo de la cara y que puede tener como consecuencia dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. (24)

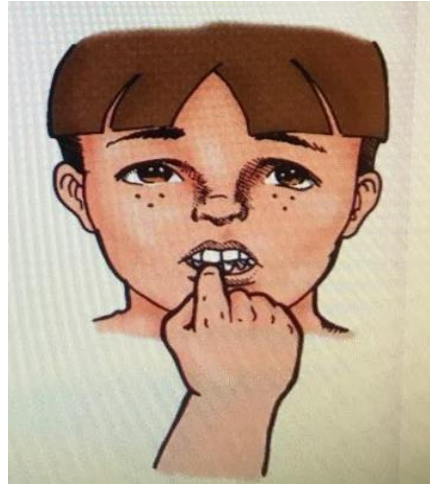


Fig. A

Fig. A Fuente: Vellini, 2000

Tratamiento

Para corregir la onicofagia, es necesaria la concienciación del paciente. El terapeuta debe tener en cuenta si el niño está dispuesto a abandonar el hábito. Este es la manifestación de la necesidad insatisfecha de morder, también unida a un estado psicoemocional de ansiedad, Se le pide al paciente que muerda el mordedor de goma, cinco minutos sin parar, siempre que tenga ganas de morder las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos. (24)

2 Planteamiento del problema

La prevalencia de hábitos bucales relacionados a maloclusiones dentarias en pacientes preescolares y escolares es un tema de suma importancia, ya que la mayoría de las maloclusiones dentales moderadas suelen ser el resultado de un patrón heredado, excepto las que ya se conoce su etiología como hábitos perniciosos que alteran la oclusión dental.

En la Universidad de Ixtlahuaca "CUI" se busca saber que hábitos existen con mayor frecuencia en la clínica integral de niños y adolescentes, para determinar su relación entre las maloclusiones dentomaxilares.

La responsabilidad que tenemos los profesionales de salud Odontológica es identificar dichos hábitos rápidamente y remitirlos a un especialista para evitar un posible desarrollo de maloclusiones, dejando así un aporte que se implemente a La Universidad de Ixtlahuaca "CUI". Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones dentomaxilares en la clínica integral de niños y adolescentes de la Universidad de Ixtlahuaca "CUI" en una edad de 3 a 7 años?

3. Justificación

La siguiente investigación tiene importancia profesional y social de acuerdo a lo presentado anteriormente en los antecedentes, donde se reconoce una alta prevalencia de maloclusiones dentarias.

Por lo tanto, debemos tener en cuenta que los resultados de esta investigación, pueden arrojar diferentes tipos de maloclusiones dentarias, producidas por hábitos observados en la Universidad de Ixtlahuaca "CUI"; Clínica integral de niños y adolescentes, proporcionando información útil a estudiantes y profesionales de la salud bucal que laboran en esta Universidad, así mismo realizar un programa de prevención, identificando los hábitos precozmente.

Además, tiene relevancia teórica para permitirnos identificar la prevalencia de hábitos bucales relacionados a maloclusiones dentarias en niños preescolares y escolares en la Universidad de Ixtlahuaca "CUI" la cual ayudara a los estudiantes y profesores.

Esta investigación puede motivar a la Universidad De Ixtlahuaca "CUI" a que realice actividades de información educativa; así como también pláticas preventivas para pacientes que aún no presentan alteraciones dentarias e identificar hábitos perniciosos a una edad entre 3 a 7 años.

4. Hipótesis

Hipótesis de Trabajo

En la clínica integral de niños y adolescentes hay una alta prevalencia entre hábitos bucales y maloclusiones dentales.

Hipótesis nula

En la clínica integral de niños y adolescentes no hay una alta prevalencia entre hábitos bucales y maloclusiones dentales.

Hipótesis alternativa

Los hábitos no provocan alteraciones.

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre hábitos y maloclusiones dentales.

5.2 Objetivos particulares

- Determinar el porcentaje de maloclusiones dentales.
- Comprobar la prevalencia que existe entre hábitos y maloclusiones dentales.
- Conocer la maloclusión que más se manifiesta.
- Descubrir cuál es el hábito que se repite consecutivamente.
- Clasificar los hábitos con mayor frecuencia por género y edad.

6. Metodología

Se realizó un estudio transversal en la cual participaron 110 niños de distintas edades entre 3 a 7 años de edad que acuden a la clínica integral de niños y adolescentes de la universidad de Ixtlahuaca "CUI". Se obtendrá un permiso a la directiva por medio de un oficio; se informó completamente a los padres de dicho proyecto y contamos con la autorización de ellos firmando un consentimiento informado.

El muestreo será por conveniencia enfocándonos a pacientes que muestren los diferentes rasgos específicos que buscamos en esta investigación en la cual desarrollará información digerible para los pacientes.

Se realizó un cuestionario auto aplicado a los padres de los pacientes para indagar lo que las personas hacen y actividades que realizan. El cuestionario será de preguntas cerradas de opción múltiple con claridad en vocabulario y entendible a cualquier tipo de persona.

Así mismo se agrupará un examen extraoral enfocándonos a dedos, labios, y nariz; también habrá un examen intraoral en la cual haremos una inspección odontológica abarcando: lengua, oclusión relación molar, etc.

Nos ayudaremos de instrumental de inspección Odontológica como lo es: 20 juegos de 1x4, bolsa de abatelenguas.

Así como también se reunirá la información obtenida con: 10 bolígrafos negros, 30 consentimiento informado dirigido a padres de familia 30 hojas de recaudación de información en la cual anotaremos si presenta algún habito pernicioso, maloclusión dental o escalones dentales por sesión para saber la clasificación en la cual se administrará cada paciente.

Posteriormente construiremos un insumo numérico de pacientes afectados con este tipo de habito o maloclusión para conocer la problemática que alberga en niños de la clínica integral del niño y adolescente de la universidad de Ixtlahuaca CUI" y así apoyar, se realizaron graficas dividiendo a los pacientes por edad, sexo, habito

pernicioso, maloclusión. recabada esta información informaremos a alumnos y académicos la gravedad del asunto en caso de que este sea positivo.

6.1 Materiales y métodos

6.1.1 Diseño del estudio

- Transversal

6.1.2 Población y universo

- 110 pacientes
- 55 niños
- 55 niñas

6.1.3 Muestreo

- No probabilístico y por conveniencia

6.1.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión

- Pacientes de 3 a 7 años.
- 55 niños.
- 55 niñas.
- Pacientes que por medio de interconsulta ya están siendo atendidos en ortodoncia y usan aparatología.
- Paciente que sea candidato a esta investigación.

Exclusión

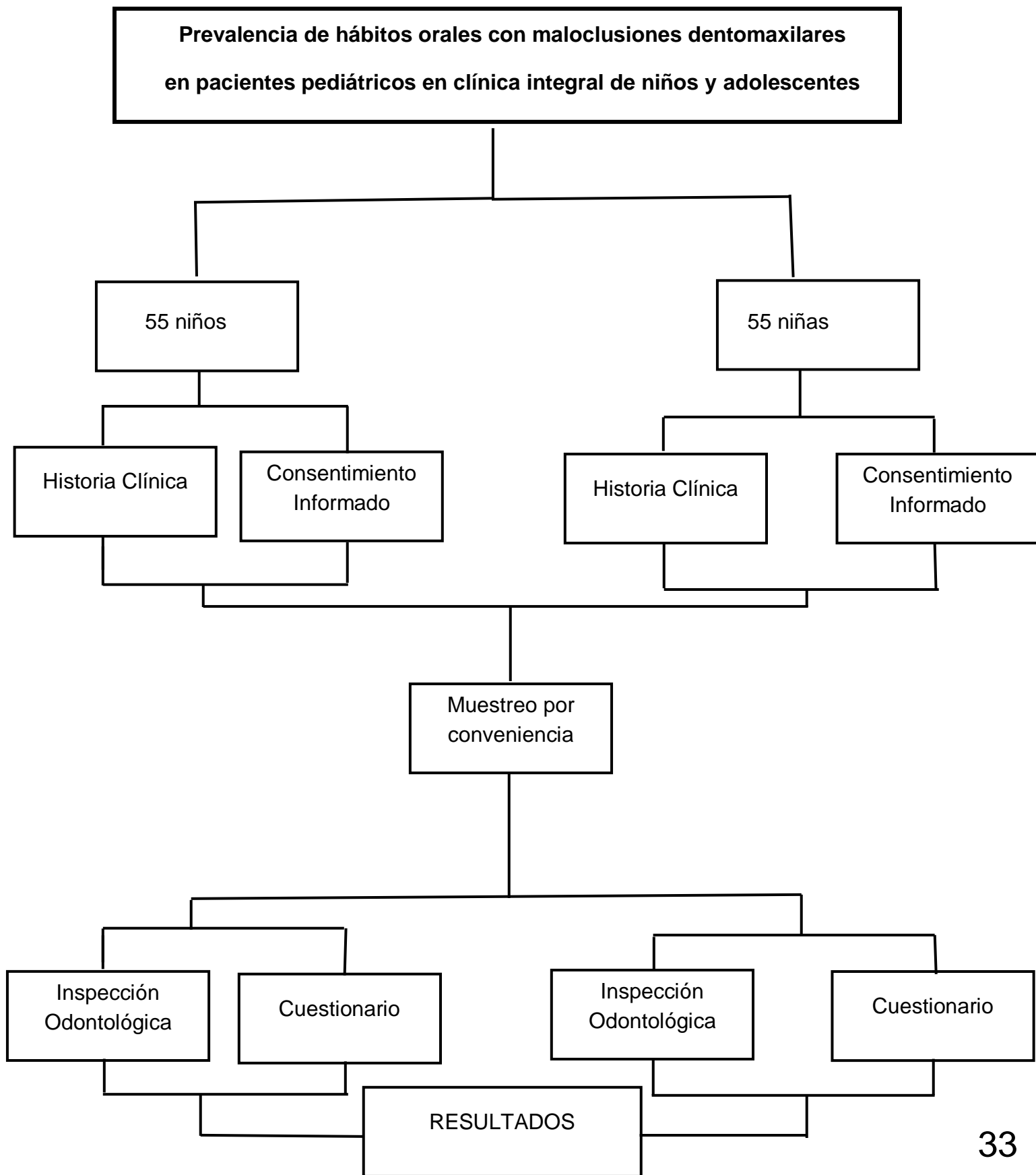
- Pacientes mayores de 7 años
- Pacientes que no sean candidatos a ser sometidos a esta investigación
- Que se exceda el número de pacientes evaluados.

6.2 Definición de variables

Tabla.

Variable	tipo	Concepto	Escala de medición	Unidad de medición
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
Edad	Cuantitativa	Es la parte de un referente que se mide o se enmarca en la experiencia vivida colectiva.	Discreta	Años 1. 3-5 2. 5-7 3. 7-9
Oclusión dental	Cuantitativa	Se define por oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto.	Ordinal	Clases de Angle 1. Clase I 2. Clase II 3. Clase III Planos terminales 1. Plano terminal recto 2. Escalón mesial 3. Escalón distal
Hábitos	Cualitativa	Facilidad que adquiere una persona para repetir una determinada actividad	Politómica	1. Succión digital 2. Interposición lingual 3. Succión labial 4. uso prolongado de biberón 5. respiración oral

6.3 Procedimiento



6.4 Implicaciones bioéticas

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud

ARTICULO 17: Se considera como riesgo a la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía al estudio.

II.-Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios.

7. Análisis Estadístico

Se capturaron los datos en la computadora con el programa de Excel 2016.

Los resultados serán sometidos al paquete estadístico IBM.SPSS. Versión 23, realizando Chi Cuadrada $P \leq 0.05$

8.Resultados

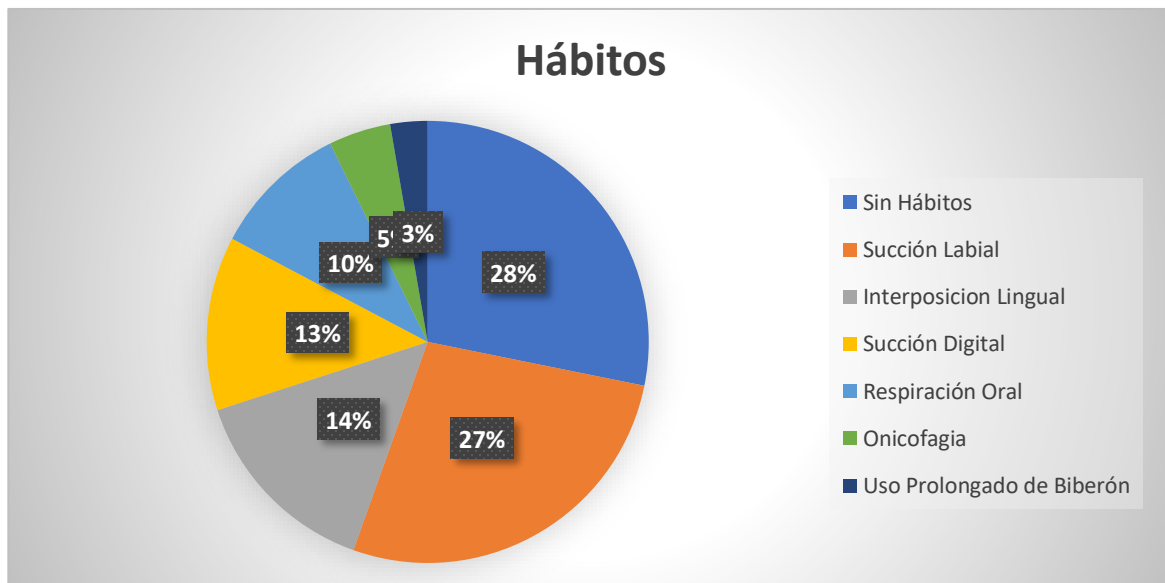
Los componentes de esta encuesta fueron procesados por medio de una Correlación de Spearman obteniendo el siguiente resultado:

0.43 en la interpretación de correlación de Spearman que nos da como resultado una correlación positiva moderada. Como se demuestra en la siguiente tabla.

Valor de <i>rho</i>	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0.9 a -0.99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a -0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a -0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a -0.39	Correlación negativa baja
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
0.9 a 0.99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

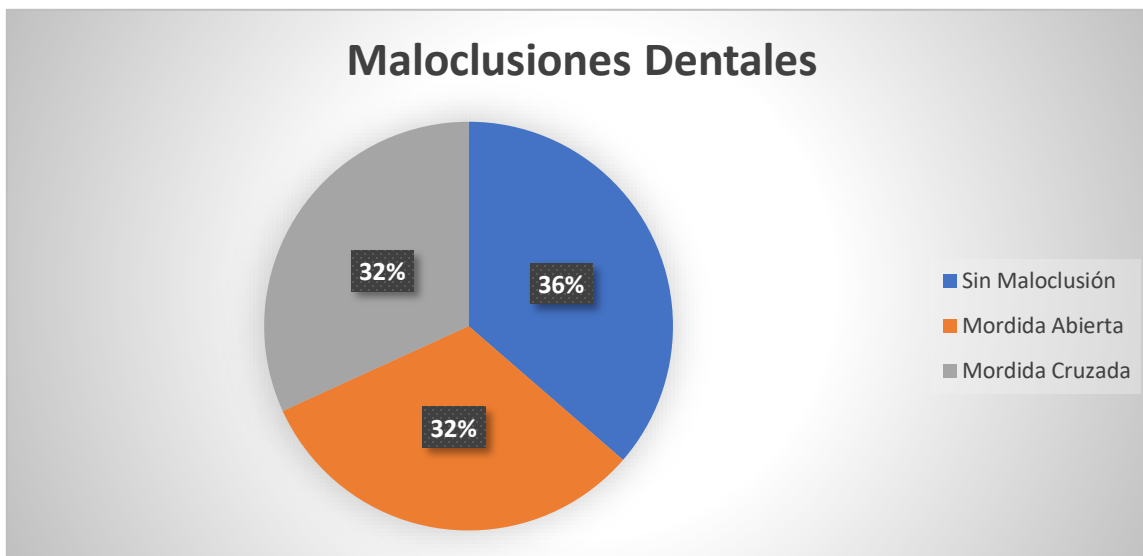
Se demostró al evaluar los hábitos perniciosos de los pacientes con un mayor alcance, tenemos a pacientes que no presentan hábitos con un 28%, seguido de succión labial en segundo lugar 27%, 14% interposición lingual, 13% succión digital, 10% respiración oral, 5% onicofagia y, por último, el uso prolongado del biberón con un 3% mostrada en la **Gráfica 1**.

Gráfica 1



Fuente: Propia, gráfica representativa de los hábitos más frecuentes.

Con respecto a los resultados en esta investigación con maloclusiones dentales en la cual se encontró un 36% sin alguna maloclusión, seguido un 32% de mordida abierta e igual manera un 32% de mordida cruzada como se muestra en la **Gráfica 2**.

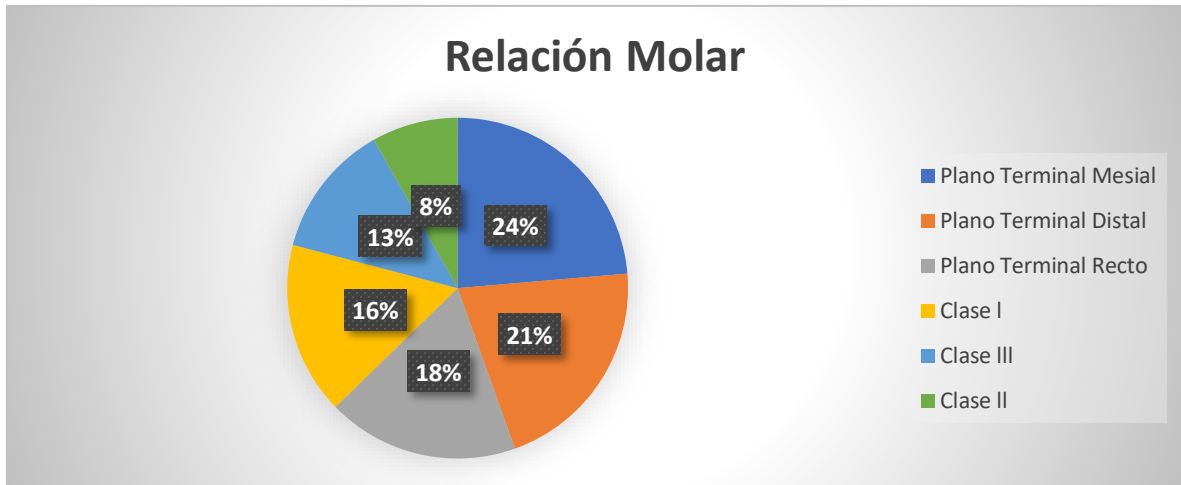


Gráfica 2

Fuente: Propia, gráfica representativa de las maloclusiones más frecuentes.

Con respecto a la relación molar se muestra un 24% en plano terminal mesial para tomar en cuenta que los pacientes de esta comunidad alojan con mayor frecuencia una "clase III de Angle", Seguido de un 21% en plano terminal distal, 18% plano terminal recto, 16% clase I de Angle, 13% clase III de Angle por último, mostramos clase II de Angle con un 8% como se muestra en la **Gráfica 3**.

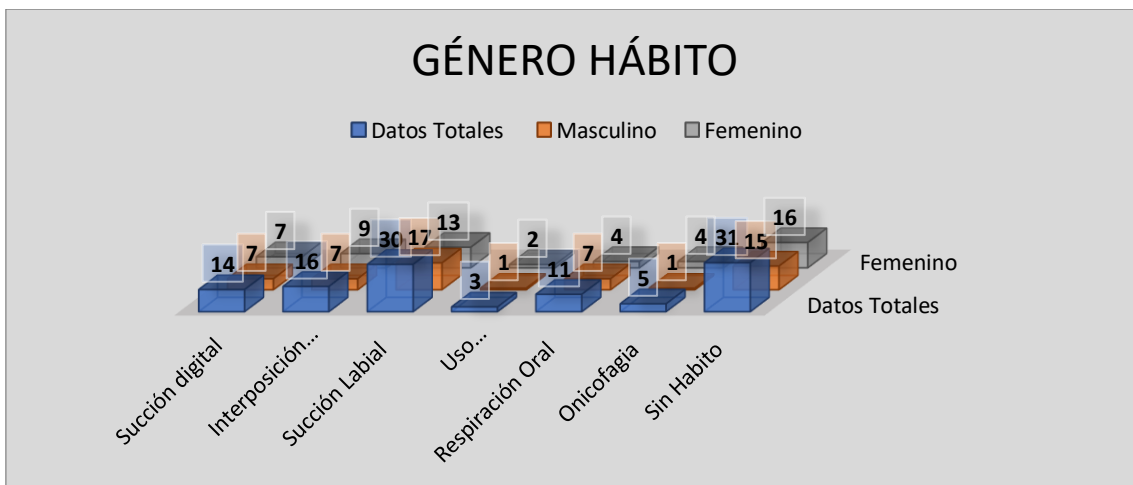
Gráfica 3



Fuente: Propia, gráfica representativa de las relaciones molares más frecuentes.

Ahora veremos los porcentajes que hay entre género y hábito para descubrir que personas alojan hábitos perniciosos. Se reconoce un 17% de succión labial en el género masculino, posteriormente 16% del género femenino no presentan hábitos, por último 1% del género masculino presentan uso prolongado de biberón, y onicofagia veremos la **Gráfica 4**.

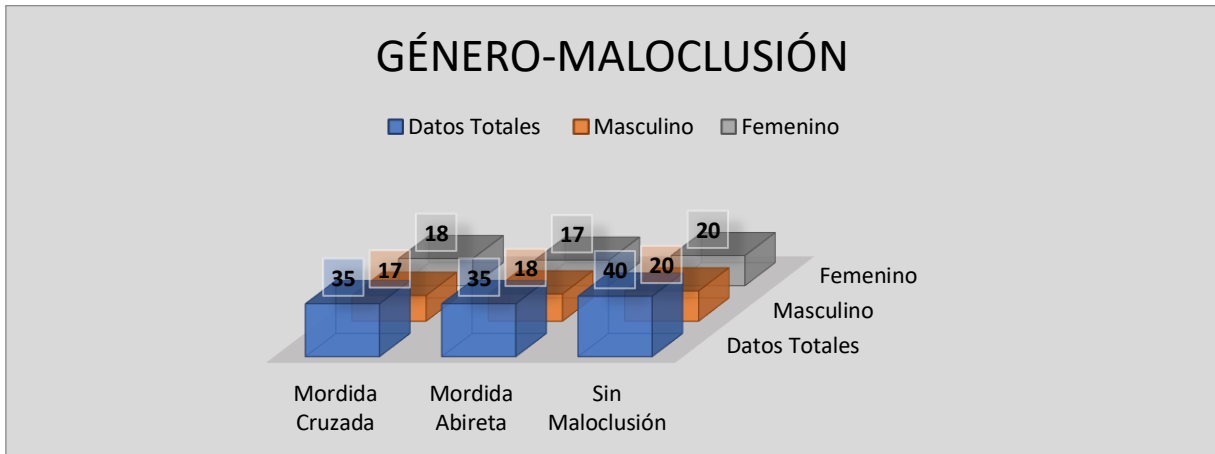
Gráfica 4



Fuente: Propia, gráfica representativa de hábito mas frecuentes respecto a sexo.

Revisaremos la **Gráfica 5** en que relación hay entre género y maloclusión haciendo notar 20% sin maloclusiones dentales tanto masculino como femenino, y un rango menor de 17% femenino con mordida abierta.

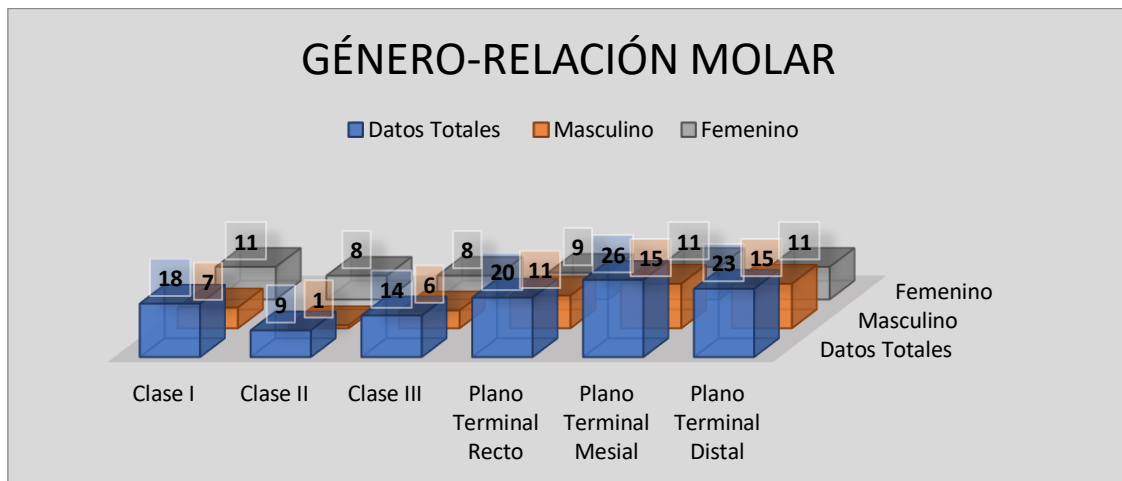
Gráfica 5



Fuente: Propia, gráfica representativa de maloclusión más frecuente respecto a sexo.

A continuación, viéndose en la **Gráfica 6** relación existente entre género y relación molar para colocar en los primeros lugares al sexo masculino con 15% en plano terminal mesial y distal, para terminar con un 1% masculino en clase II.

Gráfica 6



Fuente: Propia, gráfica representativa de las relaciones molares más frecuentes respecto a sexo.

9. Discusión

Se define por oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto. Angle definió oclusión normal como a las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto. (2)

Angle definió la maloclusión, es la perversión del crecimiento y desarrollo sano de la dentadura. (2)

Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La maloclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuando se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal o estomatognático. Sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan. Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales. (1)

Se tienen datos establecidos en otra investigación donde la población es semejante a la nuestra la cual varía ya que en dicha investigación fueron evaluados (282 niños) de los cuales fueron más niños que niñas.

En la propia se tomó en cuenta (110 niños) que fue el mismo número de niñas y niños.

En la investigación el hábito de succión labial fue el de mayor frecuencia con un 27% sobre los demás hábitos perniciosos y por último el hábito de uso prolongado de biberón con el 3%.

En la investigación de la CD Alexandra Estrella Sáenz Cirujano Dentista Universidad Autónoma de Nuevo León 2007, tomando en cuenta en su investigación se presentó

con un 62.14% y en el último el hábito de respirador oral con 5%, los hábitos de succión labial como succión de dedo fueron incluidos en el mismo porcentaje y en nuestra investigación cada uno de los hábitos de succión están evaluados individualmente.

En cuanto a la presencia de la maloclusión y clase molar en nuestra investigación, el plano terminal mesial fue más común en nuestra investigación con un 24% y por último fue la clase II de Angle.

En la investigación de la CD Alexandra Estrella Sáenz Cirujano Dentista Universidad Autónoma de Nuevo León 2007, siendo el plano terminal recto el más prevalente con un 75.1% y por último el plano terminal distal con 8.5%, tomando en cuenta que en su investigación solo evaluó planos terminales y no evaluó clase de Angle.

Los datos en nuestra investigación que se tienen en cuestión de que no hay presencia de hábito es de un 28%.

En la investigación de la CD Alexandra Estrella Sáenz Cirujano Dentista Universidad Autónoma de Nuevo León 2007, tiene un 59.2% en que no se presenta algún hábito.

En cuestión a la frecuencia de hábitos respecto a sexo, en nuestra investigación fue de un 32% en mujeres.

En la investigación de la CD Alexandra Estrella Sáenz Cirujano Dentista Universidad Autónoma de Nuevo León 2007 fue de 41.1% en hombres.

Estos hábitos orales interfieren en el desarrollo normal de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras dentomaxilares. El grado de alteración va a depender de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. Esto coincide con lo reportado por diversos autores, que reflejan el vínculo estrecho existente entre los hábitos y las anomalías dentomaxilofaciales. La prevención de estos hábitos ayuda a promover un ambiente neuromuscular que contribuye a la función y crecimiento y no distorsiona el patrón esquelético en desarrollo. (5)

Es importante eliminar el hábito de forma eficaz y temprana por ello se impone valorar la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto.

Graber en 1991 sostiene que la eliminación del hábito de succión se debe de realizar a los 3 años. (17)

Es ineludible que se tome medidas preventivas para evitar o disminuir el efecto negativo que producen los hábitos orales sobre la oclusión al impedir la erupción dentaria y a la inevitable afectación de las funciones masticatorias, fonéticas y estéticas por lo que los hábitos bucales del punto de vista ortodóntico merecen atención profesional siempre que se manifiesten o perduren por encima de los 5 años, dada su repercusión sobre la oclusión es de suma importancia la intervención y tratamiento a tiempo para disminuir los daños o mejorarlos. (24)

Queda resumir que la investigación que se realizó en la Universidad de Ixtlahuaca "CUI". La disfunción que hay entre los pacientes evaluados no marca un cambio verdaderamente alarmante en esta población.

10.Conclusión

De los objetivos de estudio se concluye lo siguiente:

- El plano terminal mesial es la relación molar más frecuente con un 27%.
- El hábito más frecuente fue succión labial con un 27%.
- La sobremordida horizontal aumentada se asoció con el hábito de succión de labio, interposición lingual y respiración oral.
- La sobremordida vertical disminuida o mordida abierta anterior se asoció con el hábito de succión de dedo e interposición lingual.
- La sobremordida vertical profunda se asoció con el hábito de respiración oral.
- Los hábitos orales respecto a su frecuencia: Succión labial 27%, succión labial 14%, succión digital 13%, respiración oral 10%, onicofagia 5% y por último uso prolongado del biberón 3%.
- Relación molar con hábitos orales: Plano terminal mesial 24%, plano terminal distal 21%, plano terminal recto 18%, clase de Angle I 16%, clase de Angle III 13% y por último clase de Angle II 8%.
- Frecuencia de maloclusiones con sexo: 32% femenino, 32% masculino y no presenta hábito 36%.

De acuerdo con la investigación realizada en la Clínica Integral del niño y Adolescente de la Universidad de Ixtlahuaca "CUI", nos permitió conocer los hábitos orales perniciosos que se pueden alojar sobre estos pacientes y de la importancia como odontólogos en tener alta vigilancia y comentar a los padres de familia sobre la alimentación de niño, exfoliación dental, oclusión, y valorar si tendrá una oclusión normal en su dentición permanente.

De lo contrario habrá que referir a ortodoncistas para tratamiento de ortopedia lo antes posible y evitar cambios en la dentición o corrección de esta.

11. Referencias

1. Alberto;Garcia Suarez. Caries temprana de la infancia. Prevencion y Tratamiento. Presentacion de un caso. Acta Pediatr Mex. 2008;69–72.
2. Canut JA. Ortodoncia Clinica. En: Editores S, editor. Ortodoncia clinica. 1989. p. 95–104.
3. Tinanoff N; Palmer C.A. Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. J Public Heal Dent. 2000;3:197-206,207-9.
4. Boj J.R, Catala M, Garcia- Ballesta C. MA. Odontopediatria. En: Masson E, editor. Odontopediatria. Primera Ed. 2005. p. 49–50.
5. Proffit W, Fields H. SD. No TitleOrtodoncia Contemporanea. En: Editorial Mosby, editor. Ortodoncia Contemporanea. Cuarta Edi. 2008. p. 3–16.
6. Canut JA. Ortodoncia Clínica Y Terapéutica.En: Editorial Elsevier. Segunda Ed. 2000. p. Capítulo 18.
7. Larsson E.F; Dahlin K.G. The prevalence and the etiology of the initial dummy-and-finger-sucking habit. En: Am J Orthod, editor. The prevalence and the etiology of the initial dummy and finger sucking habit. 1985. p. 1–4.
8. Proffit W. R FHW. The etiology of the orthodontic problems. En: St. Louis: Mosby, editor. Contemporary Orthodontics. 3rd Editio. 2000. p. 13–144.
9. Baer P. LM. the thumb, the pacifer, the erupting tooth and a beatiful smile. En: J Pedodont, editor. the thumb, the pacifer, the erupting tooth and a beatiful smile. 1987; 1987. p. 113–9.
10. Johnson E.D LBE. Thumb-sucking: Literature review. J Dent Child, editor. 1993;385–91.
11. E.F L. The effect of finger-sucking on the occlusion: a review. Eur J Orthod. 1987;279–82.
12. Larsson E. F. The effect of dummy-sucking on the occlusion: a review. Eur J Orthod. 1986;127–30.
13. Larsson E. F. Treatment of children with a prologed dummy or finger-sucking habit. Eur J Orthod. 1988;244–8.
14. L.M; CKCPRFT. Study of the evolution of the Consequences of bottle-feeding to the oral facial developmenr of initially breastfed children. J Pediatr. 2006;395–7.
15. Maguire J.A; the evaluation and treatment of pediatric oral habits. dent clin north am. 2000;659–69.
16. Van der Linden F.P.G.M; Boersma H. diagnosis and treatment planning in

dentofacial orthopedics. London:Quintessence. 1987;17–37.

17. Fields H.W; Warren D.W; Black K; Phillips C.L. relationship between vertical dentofacial morphology and respiration in adolescents. *AM J Orthod Dentofac Orthop.* 1991;147–54.
18. Proffit W.R; Fields H.W. Ortodoncia contemporanea. En: Harcourt E, editor. *Ortodoncia Contemporanea.* Tercera Ed. 2001. p. 2–20.
19. Proffit W.R. the biologic basis of orthodontic therapy. En: St. Louis: Mosby, editor. *Contemporary Orthodontics.* 2nd Editio. 1993. p. 266–88.
20. Di Santi J. Terapia miofuncional como complemento en el tratamiento de los pacientes respiradores bucales. *Rev Venez Investig Odontol [Internet].* 1999;1:1. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/maloclusiones_respiracion_b%0Auca.as
21. Canut A. Ortodoncia Clinica y Terapeutica. En: Editorial Masson, editor. *Ortodoncia Clinica y Terapeutica.* 2000. p. 495–514.
22. Flavio VF. Ortodoncia, diagnostico y planificacion clinica. En: LTDA EAM, editor. *Ortodoncia, diagnostico y planificacion clinica [Internet].* Sao Paulo; 2002. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/maloclusiones_respiracion_b%0Auca.asp
23. H. FFLEMRQOFMRSL. La funcion respiratoria y su repercusion a nivel del aparato estomatologico. *Rev Iberoam Ortod y odontopediatria [Internet].* 2007; Disponible en: http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/funcion_respiratoria_sistema_esto%0Amatognatico.asp
24. Proffit W.R; Ackerman J.L. Diagnosis and tratment planning in orthodontics. En: Mosby SL, editor. *Orthodontics Current principles and Techniques.* 2nd Editio. 1994. p. 3–95.

12. Anexos

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS Y DE FICHAS CLÍNICAS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACION “PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES CON MALOCLUSIONES DENTOMAXILARES EN CLÍNICA INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES”

Este formulario cuenta con dos partes:

- La hoja informativa
- Consentimiento Informado (para registrar su autorización)

Recibirá una copia de este formulario.

Parte.1 Hoja Informativa

La Universidad De Ixtlahuaca “CUI”, además de dar la atención necesaria para diagnosticar y tratar enfermedades de la boca, los egresados de la Universidad de Ixtlahuaca realizan un proyecto para determinar la relación de hábitos con maloclusiones dentales.

Es muy importante que sepa que, si no desea que se utilice la ficha clínica y los documentos asociados para investigación, tiene la libertad de decir que no, su decisión será respetada y seguirá recibiendo atención dental en la Universidad de Ixtlahuaca” CUI” con normalidad.

El tipo de investigación que se realizara con la información de su ficha clínica y fotografías, incluye:

1. Estudio de Caso Clínico: son investigaciones que describen las características de su enfermedad/condición, incluyendo su edad, sexo, datos de su salud general, síntomas, diagnóstico, tratamiento recibido y el resultado de este tratamiento, pero nunca su nombre, dirección u otro dato personal. En algunos casos es necesario utilizar una foto de su rostro completo, si esto es necesario se le indicará durante su atención.
2. Estudios Epidemiológicos: son investigaciones que describen que tan frecuente es su enfermedad/condición y que situaciones o hábitos están relacionados con ella.

La ficha clínica se almacena por 5 años contados a partir de la fecha del último acto médico, que es el tiempo que se almacenan las fichas según la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Si usted desea que se utilice su ficha clínica y los

documentos asociados para investigación, estos documentos se almacenarán de manera indefinida.

La información que contiene la ficha clínica será utilizada por los egresados de la Universidad de Ixtlahuaca "CUI" para los tipos de investigaciones indicados. Siempre se mantendrá la confidencialidad de los datos personales, es decir, no se publicarán ni su nombre y dirección.

Es importante que sepa que las investigaciones realizadas no necesariamente tendrán beneficios para usted, pero si se obtiene información importante para su salud, se le informará personalmente.

Para algunas de las investigaciones mencionadas, puede ser que el investigador necesite comunicarse con usted. Usted puede autorizar o no este contacto más adelante.

Declaración del Profesional

He leído de manera precisa la hoja informativa al paciente y me he preocupado que el paciente comprenda lo siguiente:

- 1.- Que la información contenida en la ficha clínica y los documentos asociados será utilizada para investigación (casos clínicos e investigación epidemiológica).
- 2.- Que no se utilizara datos personales de identificación en las investigaciones a realizar.
- 3.- Que se resguardaran las fichas bajo llave y se mantendrá la confidencialidad de los datos personales.
- 4.- Que se podría necesitar contactarlo nuevamente con motivos de investigación.

Confirmando que el paciente tuvo la posibilidad de realizar preguntas acerca del posible uso y almacenamiento de la información contenida en la ficha clínica. Todas las preguntas fueron respondidas de manera correcta. Confirmando que el individuo otorgó su consentimiento de manera libre y voluntaria.

Firma del Odontólogo: _____

Fecha: _____

Día/ Mes/ Año

ANEXO 2

“PREVALENCIA DE HÁBITOS ORALES EN RELACION A MALOCLUSIONES DENTOMAXILARES EN CLÍNICA INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES”

“Universidad de Ixtlahuaca CUI”

En esta encuesta nos facilitara determinar si los niños presentan un hábito(s) y determinar su repercusión que tendrá en la oclusión(Mordida) del paciente y ver si necesita remitirlo a la clínica de ortodoncia.

(INTRUCCIONES)

Marcar con una “X” la respuesta que usted elija o considere correcta, no olvide llenar todo el cuestionario si contiene alguna duda preguntar a los encargados del mismo.

Encuesta		Folio: #		
Sexo:	1) F 2) M	Edad:		
Hábitos				
Succión: (1)				Observación
1. ¿Su hijo se chupa el dedo?	1)SI	2)NO		
2. ¿Su hijo usa chupón?	1)SI	2) NO		
3. ¿Su hijo toma biberón?	1)SI	2)NO		
4. ¿Su hijo succiona el labio?	1)SI	2)NO		
5. ¿Su hijo succiona algún otro objeto como cosas duras, lápices, etc.?	1)SI	2)NO		
Respiración: (2)				
6. ¿Su hijo respira por la boca?	1)SI	2)NO		
7. Su hijo permanece con la boca abierta:	1)SI	2)NO		

I. Examen extraoral		
(1) Dedos	a) Limpios	b) Con callosidades
(2) Labios		
• Labio superior	a) Sin patología	b) Labio corto
• Cierre labial	a) Sin patología	b) Alterado
• Labio inferior	a) Sin patología	b) Grueso y revertido
• Irritación de piel cercana al labio inferior .	a) SI	b) No
Nariz (3)		
• Aletas nasales	a) Redondeadas	b) aplanadas
• Al sellar los labios	a) respiración normal	b) respiración se acelera o es insuficiente
II. Examen intraoral		
Lengua (2)		
• En deglución	a) Normal	b) Interpuesta
• En reposo	a) Normal	b) Interpuesta
• En fonación	a) Normal	b) Interpuesta
Oclusión		
a) Relación molar		
1) Plano Terminal recto	2) Escalón mesial	3) Escalón distal
b) En sentido transversal (post.)		
1) Normal	2) Mordida Cruzada	3) Mordida Abierta
c) Sobremordida Horizontal		
1) Normal (0-3mm)	2) Aumentado (+ 3mm)	3) Disminuido (mordida cruzada anterior)
d) Sobremordida vertical		
1) Normal (0-2 mm)	2) Aumentado (+ 2 mm)	3) Disminuido (mordida abierta anterior)

Sobre el uso de la ficha y fotografías para investigación (marque con una X, el cuadro que corresponda):

- No permito el uso de mi ficha clínica y documentos asociados para investigación y deseo que sea eliminada al término del plazo legal de almacenamiento (5 años).
- Permito el uso de mi ficha clínica y documentos asociados para las investigaciones descritas y que sea almacenada de manera indefinida.

He leído la información, o se me ha leído. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento de manera voluntaria a que se utilice la información contenida en mi ficha clínica y los documentos asociados de la manera y para los propósitos indicados previamente en este formulario.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Día/ Mes/ Año

Si es analfabeto

He atestiguado la lectura precisa de este formulario de consentimiento informado al paciente, quien ha tenido la posibilidad de realizar preguntas. Confirmando que el individuo ha dado su consentimiento de manera libre.

Nombre del Testigo _____

huella digital del participante

Firma del Testigo _____



Fecha _____ Día/ Mes/ Año

FOTOGRAFÍAS





Fuente: Propia



Fuente: Propia

13. Oficios



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI
Licenciatura de Cirujano Dentista
Incorporado a la UNAM
No. de Acuerdo CIRE 12/11 de Fecha 24 de Mayo de 2011
Clave UNAM 8968-22
Ciclo Escolar 2015-2016



IXTLAHUACA, ESTADO DE MÉXICO A 8 DE FEBRERO DE 2019.

CD. ELIZABETH SANCHEZ GUTIERREZ.

PRESENTE:

Me dirijo a usted de la manera más respetuosa y atenta, mandándole a su vez un afectuoso saludo. Extendiendo la presente para darle a conocer el nombre del protocolo de mi proyecto de investigación de tesis: **“Prevalencia de hábitos orales en relación a maloclusiones dentomaxilares en clínica integral de niños y adolescentes en la Universidad de Ixtlahuaca CUI. Ixtlahuaca, Estado de México”**. Solicitando amablemente su apoyo y aprobación para poder llevar acabo la aplicación de dicho proyecto en las instalaciones de la Licenciatura de Cirujano Dentista de la Universidad de Ixtlahuaca, CUI, dentro de la materia de Clínica Integral del Niño y del Adolescente, con la asesoría y supervisión de la EOP. Juana Gabriela Espinoza Suárez.

Esperando obtener respuesta positiva ante tal petición, quedo de usted:

ANDY MONDRAGON CONTRERAS

Pasante de Cirujano Dentista

GUSTAVO RAMOS GONZALEZ

Pasante de Cirujano Dentista

CD. ELIZABETH SANCHEZ GUTIERREZ.

Voto

Voto Bo
Calles

Voto Bo
Pierre
Anzures Da



UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

IXTLAHUACA, MÉXICO A 08 DE FEBRERO DE 2019

ASUNTO: ASIGNACIÓN DE REVISORES DE PROTOCOLO DE TESIS

A QUIEN CORRESPONDA:

DOCENTE DE LA LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA
UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI

PRESENTE

POR MEDIO DE LA PRESENTE ME DIRIJO A USTED DE LA MANERA MAS ATENTA PARA INFORMARLE QUE SE ASIGNA COMO REVISOR (A) PARA DAR CONTINUIDAD A LAS OBSERVACIONES, METODOLOGICAS, GRAMATICALES O DE ESTILO AL PROTOCOLO DE TESIS **"PREVALENCIA DE HABITOS ORALES EN RELACION A MALOCCLUSIONES DENTOMAXILARES EN CLINICA INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES."** QUE REALIZAN LOS P.C.D. ANDY MONDRAGON CONTRERAS Y GUSTAVO RAMOS GONZALEZ DE LA LICENCIATURA DE CIRUJANO DENTISTA DE LA UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.

ME PERMITO SOLICITAR SU APOYO IMPORTANTE PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO PARA MEJORA Y ENRIQUECIMIENTO DE LA TESIS, QUEDÓ EN ESPERA DE COMENTARIOS. ASÍ MISMO, NOS EMITA EL VISTO BUENO Y APROBACIÓN DEL PROYECTO CON LAS CORRECCIONES PERTINENTES REALIZADAS.

EN ESPERA DE AUTORIZACIÓN, SIN MÁS POR EL MOMENTO LE AGRADEZCO A USTED EL APOYO BRINDADO SIEMPRE PARA LA INSTITUCIÓN.

ANEXO NOMBRE DE DOCENTES ASIGNADO PARA REVISIÓN

ASESOR: E. O.P JUANA GABRIELA ESPINOZA SUAREZ

1	E.O CARLOS CHIMAL DOROTEO	
2	CD. JULIO CESAR BERMUDEZ BARAJAS	
3	CD. RICARDO PONCE VALENCIA	
4	CD. SILVIA DEL CARMEN VILLANUEVA LEON	

ATENTAMENTE

 CD. MARY CARMEN SUAREZ BENITEZ
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN
 LIC. DE CIRUJANO DENTISTA UICUI

