



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**RELACIÓN DE LOS HÁBITOS ORALES CON LA  
PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES DE ANGLE, EN  
PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS DE EDAD, EN LA CLÍNICA  
PERIFÉRICA “PADIERNA”, TURNO VESPERTINO.**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANA DENTISTA**

**PRESENTA  
DALIA AMELIA SARDANETA ESCUDERO**

**DIRECTOR: C.D. MARIO HERNÁNDEZ PÉREZ  
ASESORES: C.D. ALEJANDRO JAVIER ROMERO GUIZAR  
Mtro. HAROLDO ELORZA PÉREZ TEJADA**



MÉXICO D. F.

2007



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.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>1. ANTECEDENTES</b> .....	3
1.1 ESTUDIOS ANTERIORES.....	3
1.2 OCLUSIÓN.....	10
1.3 MALOCLUSIÓN.....	10
1.4 CLASIFICACIÓN DE ANGLE.....	11
1.5 HÁBITOS.....	14
1.5.1 Succión Digital.....	15
1.5.2 Hábito de Labio.....	16
1.5.3 Protusión Lingual.....	16
1.5.4 Respiración Bucal.....	18
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	20
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> .....	21
<b>4. OBJETIVOS</b> .....	21
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
<b>5. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	22
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	21

5.2 RECURSOS.....	22
5.2.1 Recursos Materiales.....	22
5.2.2 Recursos Humanos.....	22
5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	23
5.4 MUESTRA.....	23
5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
5.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES.....	24
5.5.1 Edad.....	24
5.5.2 Hábitos Orales.....	24
5.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES.....	27
5.6.1 Clasificación de Angle.....	27
5.6.2 Clasificación de Dewey- Anderson.....	29
5.7 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, REGISTROS Y MATERIALES UTILIZADOS.....	32
5.8 MÉTODOS ESTADÍSTICOS.....	36
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES.....	36
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>51</b>
<b>9. PROPUESTAS.....</b>	<b>53</b>
<b>10. REFERENCIAS.....</b>	<b>54</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>58</b>

## RESUMEN

Este estudio observacional, descriptivo, transversal, comparativo y asociativo, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los hábitos orales con las maloclusiones de Angle y Dewey- Anderson, se realizó en 303 niños y niñas de 6 a 13 años de edad, de la Clínica Periférica “Padierna” UNAM, en el turno vespertino.

Los resultados obtenidos mostraron que los hábitos más frecuentes fueron la respiración bucal con el 12.2% y la protusión lingual con el 9.6%. De los 303 pacientes el 55.7% no presentó ningún tipo de hábito.

La Clasificación de Angle mostró 188 pacientes (62%) fueron Clase I, 33 Clase II división 1 (10.9%), 29 Clase II división 2 (9.6%) y 15 Clase III (5%), siendo mayor la prevalencia de Clase I

Dentro del 62% de la Clase I de Angle, la subclasificación de Dewey-Anderson el tipo 1 presentó mayor frecuencia con un 33.7% y el tipo 0 con 10.9%, el 38.6% no entró por presentar Clase II y Clase III.

## **INTRODUCCIÓN**

Hoy en día, en la práctica diaria del cirujano dentista la prevalencia de maloclusiones se ha visto aumentada en un número significativo en la población infantil de nuestro país, sin embargo no hay los suficientes estudios que lo sustenten. En la mayoría de las maloclusiones pueden intervenir factores generales y locales, en una proporción variable.

Uno de los factores etiológicos más frecuentes, se cree que existe una relación entre maloclusiones y los hábitos orales que generalmente se presentan desde los 3 hasta los 12 años, considerando a estos como prácticas adquiridas para manifestar inconformidad o incapacidad para adaptarse al medio ambiente.

La presencia de estos hábitos puede provocar diversos problemas en la fonética, estética, caries interproximal, trastornos digestivos, trauma oclusal, entre otros.

Independientemente de la etiología del hábito el desarrollo y crecimiento de los maxilares se puede ver afectado causando múltiples efectos oclusales tales como mordidas abiertas, incisivos protuidos e intruidos, alargamiento de la maxila y desplazamiento anterior del arco maxilar, colapso posterior de la maxila con presencia de mordida cruzada, entre otras.

# 1. ANTECEDENTES

## 1.1 ESTUDIOS ANTERIORES

Valle y Moreira, en Brasil, realizaron un estudio para evaluar la prevalencia de maloclusiones con hábitos en niños brasileños de dos instituciones públicas. Se revisaron 112 niños (52 niños y 60 niñas), los resultados indicaron la presencia de mordida abierta anterior (31.3%), mordida cruzada anterior (7.1%), mordida cruzada posterior (10.7%) y mordida profunda (10.7%).<sup>1</sup>

Fernández y Acosta realizaron un estudio en la ciudad de la Habana, Cuba, en 1993, para determinar los hábitos deformantes en 270 escolares de primaria entre los 6 y 11 años de edad.

Se determinó que los niños que presentaban hábitos como succión de chupón, succión digital, respiración bucal y deglución infantil, presentaron mayor porcentaje de maloclusión. La presencia de hábitos deformantes fue del 68.15%, la deglución infantil se presentó en un 28.89%. queilofagia en un 12.96%, respiración bucal en un 15.93% y succión digital en un 15.26%.<sup>2</sup>

Santiso y colaboradores realizaron un estudio epidemiológico descriptivo transversal, en la Provincia Ciego de Ávila, Cuba, durante 1995 y 1996, en una muestra de 896 niños de 0 a 14 años de edad.

Se encontró una prevalencia de maloclusiones entre el 25% y el 30.8% la cual fue significativamente mayor en el grupo de 5 a 11 años de edad. Se observó que entre el 47.6% y 62% de los niños con hábitos deformantes presentaban maloclusiones.<sup>3</sup>

Huang y Creath en 1995 realizaron una revisión de la literatura, y clasificando como principales factores etiológicos de las maloclusiones los siguientes puntos:

- Hábitos orales prolongados (succión de labio inferior, succión digital), los cuales pueden cambiar el equilibrio de las fuerzas peribucales, originando alteraciones dentofaciales.
- Desequilibrio muscular en la cavidad bucal, causado por macroglosia, linfangiomas, músculos flácidos y empuje lingual.
- Impedimento físico, dientes supernumerarios (mesiodentes), frenillo labial superior anómalo, quistes, fibromas, cuerpos extraños e inflamación periodontal asociada.
- Anomalías en la estructura de la maxila, por un crecimiento excesivo ya sea por factores endocrinos (alteración de la glándula pituitaria), hereditarios o congénitos que pueden originar espacios generalizados entre los dientes, por sutura abierta en forma de V o de pala, sutura media palatina idiopática como resultado de tratamiento ortopédico u ortodóncico; o pérdida de soporte óseo, debido a problemas sistémicos o periodontales.

- Anomalías dentales que incluyen alteraciones de tamaño, forma y posición de dientes adyacentes, dientes ausentes y patrones de oclusión anormales, como incisivos rotados, maloclusión clase II división I.<sup>12</sup>

Kerosuo realizó estudios en Tanzania y Hyvinka en Finlandia, en 580 niños entre los 3 y 8 años de edad. El objetivo fue observar las características de la oclusión en la dentición primaria y dentición mixta, en la relación con la edad, el sexo y hábitos de succión.

Fueron reportados con hábitos de succión de dedo, el 10% del grupo africano y el 4% del asiático/árabe. En los niños de Tanzania con hábito de succión de dedo, el 32% presentó mordida abierta anterior. La mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior han sido reportadas como las anomalías con mayor prevalencia en la dentición primaria; varían del 6 al 53% en la mordida abierta anterior y de 2 a 19% en la mordida cruzada posterior.<sup>4</sup>

En el año de 1997 en Cuba, Celis y Acosta, evaluaron en 270 pacientes de entre 6 y 11 años de edad en diferentes escuelas la presencia de hábitos deformantes y los resultados obtenidos fueron: la deglución infantil se presentó en un 28.89%, onicofagia 28.52%, respiración bucal 15.93% y succión digital 15.26%. En las edades de 5 a 7 años los hábitos fueron en aumento y en los de 8 años en adelante en orden descendente. En el grupo de 5 a 6 años los hábitos de biberón (57.58%) y succión digital (35.71%) fueron más frecuentes

mientras que la respiración bucal (41.86%) y deglución infantil (41%) fue mayor en los grupos de 7 a 8 años de edad.<sup>5</sup>

En 1999, Murrieta y colaboradores, realizaron un estudio de la frecuencia y distribución de factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de la oclusión, en una población de 346 preescolares de los 3 a 5 años de edad, que asistían al turno matutino del jardín de niños de la delegación Iztapalapa, México.

Donde muestra que un 79% de los casos presentan planos terminales mesial y recto y el 61.3% mostró arcos dentarios cerrados. En general, aproximadamente el 70% de los preescolares mostró, cuando menos, una característica de riesgo para desarrollar algún tipo de maloclusión. En un 18.5% presentaron succión digital, un 8.3% hábito lingual, un 3.2% hábito labial, un 14.2% mordedura de objetos y un 55.8% no presento algún tipo de hábito oral.<sup>23</sup>

Campos y colaboradores en el 2001, en la Universidad de Barcelona, hicieron un estudio bibliográfico de actualizaciones, sobre los conceptos básicos de ortodoncia e indicaciones de tratamiento de la maloclusión dental. Donde mencionan que al corregir cualquier hábito oral los resultados, en el tratamiento de maloclusiones en la mayoría de los casos, son satisfactorios no sólo en cuanto a la corrección dental, sino también en los cambios estéticos de la cara del paciente.<sup>24</sup>

Suárez y col. en la escuela Marcelo Salado, Cárdenas en el 2002, realizaron un estudio a 84 niños de 6 a 12 años de edad para determinar los factores de riesgo de maloclusión dentaria. Los resultados mostraron que la succión digital era de un 14.6%, la respiración bucal de un 19.4%, la deglución infantil de un 18.4%, la leche en biberón de un 37.9%.<sup>6</sup>

Ávila y Sandoval realizaron un estudio de prevalencia de maloclusiones en la Clínica Periférica “Las Águilas”, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en donde se analizaron 150 niños y niñas de 7 a 12 años de edad, en el año 2002, y los resultados obtenidos fueron clase I con un 67.3%, clase II división 1 con 20.7%, clase II división 2 con 1.3%, y clase III con 10.7%. La prevalencia más elevada fue el sexo masculino, predominando la clase I con el 36%. Se determinó que los hábitos más frecuentes fueron el del labio en un 59.3% y respiración bucal en un 48.7%.<sup>7</sup>

Montiel realizó un estudio para evaluar la frecuencia de maloclusión y su posible asociación con hábitos orales en la FES Zaragoza (UNAM), en el 2002, en 135 niños de 6 a 12 años de edad.

Manifestándose una predisposición hacia la clase I relación molar para el sexo femenino con un 71%, con respecto a otro tipo de maloclusión se encontró desviación de la línea media 10% y apiñamiento 10%, así mismo para hábitos encontramos succión digital en 9%, empuje lingual en 12%, respiración bucal 16%, succión labial inferior 8%, onicofagia

34% y bruxismo 7.5%. Para la Clase I un 68.14%, para la Clase II un 22.96% y para la Clase III 8.8%.<sup>8</sup>

Abreu y colaboradores realizaron un estudio de la relación entre la postura de la cabeza y las mordidas cruzadas posteriores unilaterales, de 5 grupos de trabajo de niños preescolares entre los 3 y 6 años de edad, de la Facultad de Odontología de la Universidad Santa María, Caracas, Venezuela en el 2004.

En este estudio menciona que los diferentes estudios internacionales y nacionales reflejan una frecuencia de todos los tipos de maloclusiones entre un 70 al 80%. En los resultados muestra que todos los pacientes (el 100% del estudio), con mordida cruzada unilateral posterior inclinaban la cabeza hacia el lado contrario de la mordida cruzada. No reportaron clasificación de Angle ni subclasificaciones.<sup>22</sup>

Valdenice y col. realizaron un estudio en el predominio de maloclusiones y los factores se relacionaron con el hábito de respiración bucal, en niños de escuela en el proyecto-Recife de Santo Amaro, 2005. La muestra fue de 50 niños, de los 8 a 10 años. El predominio de respiración de la boca estaba de 53.3%. No había diferencia significativa entre el género, la edad y el tipo de respiración.

Las alteraciones faciales eran: cierre incompleto del labio (58.8% el x 5.7%), ojos caídos (40.0% x 1.4%), paladar alto (38.8% x 2.9%), mordida abierta anterior (60.0% contra 30.0%), labios hipotónicos (3.8% x 0.0%), círculos debajo de los ojos (97.5% contra 77.1%).<sup>9</sup>

Palomares y Molinar, realizaron un estudio en el 2006 en San Luís Potosí, México, en una población de 1 a 6 años de edad. El estudio se realizó en 1489 niños de ambos sexos pertenecientes al DIF, para definir la frecuencia y distribución de alteraciones o desviaciones de normalidad de la oclusión en la primera dentición.

El 62% de la población de esta corta edad, tiene desviaciones que rompen el patrón de normalidad para la primera dentición, en la mayoría de los casos, hubo presencia de hábitos alrededor de las maloclusiones diagnosticadas, entre los hábitos de mayor presencia fueron el de dedo, deglución atípica, bruxismo y onicofagia, en menor medida, respiración bucal, succión labial, biberón, chupón, morder objetos.

De este 94%, el 61% caerá en Clase I de Angle o neutro oclusión directamente y el 33% por mesialización tardía. Solo un 6% se encuentra ya en relación intermaxilar alterada, predominando la distal en relación a mesial exagerada, esto conducirá respectivamente a Clase II y III de Angle.

De acuerdo a los resultados la maloclusión de la primera dentición de la población de estudio, es elevada (62%), más aún considerando esta edad temprana, así como la presencia de hábitos alrededor de las mismas.<sup>10</sup>

Robledo realizó un estudio de prevalencia de maloclusiones, en el 2006, en la Clínica Periférica “Aragón” de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), basándose en el de Ávila y Sandoval, donde analizó a 211 pacientes de 6 a 14 años de edad. Los resultados obtenidos demostraron que 104 pacientes (49.3%) fueron Clase I, 39 pacientes (18.5%) Clase II, 33 pacientes (5.7%) Clase III.

Los hábitos más frecuentes fueron respiración bucal con el 52.6% y protusión Lingual con el 50.7%.<sup>11</sup>

## *1.2 OCLUSIÓN*

Se define como las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto.<sup>13</sup>

La oclusión dental varía entre los individuos, según el tamaño, forma y posición de los dientes, la cronología de la erupción, tamaño y forma de las arcadas dentarias y así como el patrón de crecimiento craneofacial.

## *1.3 MALOCLUSIÓN*

Se define como la mala posición y contacto de los dientes de la maxila y la mandíbula interfiriendo y alterando los movimientos de apertura y cierre de la mandíbula, esenciales para la masticación, habla y deglución.<sup>13</sup>

Las maloclusiones según las O.M.S., ocupan el 3er lugar como problema de salud bucal. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular las maloclusiones no son de riesgo de vida pero, por su prevalencia e incidencia, son consideradas problemas de salud pública.<sup>22</sup>

Edward H. Angle establecía las bases intelectuales que se necesitaban para plantear una corrección que estuviera médica y socialmente justificada, ya que consideró la maloclusión como el fallo o consecuencia final de un proceso patológico que respondía a los mismos postulados de cualquier enfermedad orgánica.<sup>15</sup>

La maloclusión, en el plano anteroposterior del espacio, puede resultar:

- Por causas puramente dentarias, relacionadas con migración de los dientes en cualquiera de los arcos, o ambas.
- Por causas netamente esqueléticas en relación a posición anormal de la mandíbula, de la maxila, o de ambas, que significa traslación de los dientes por las bases óseas.
- Por combinación de factores dentarios y esqueléticos.<sup>14</sup>

## 1.4 CLASIFICACIÓN DE ANGLE

A principios del siglo XX la aportación inicial de Angle fue haber sentado unos principios fundamentales que iban a servir de pauta y norma hacia lo que sería la corrección ortodóncica. Interesado en el concepto de deformidad facial, la interrelación de la armonía del rostro y el encaje de la dentición fue el campo de estudio de Angle y lo que le llevó a describir la oclusión normal de los dientes. Introdujo el término “clase” para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes.

Tomando como referencia los primeros molares de la segunda dentición estableció unas relaciones precisas entre ambas arcadas dentarias para que pudiera considerarse como normoclusión la interdigitación recíproca de cúspides, fosas y planos inclinados y son:

Clase I (normal): la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. (Ver Fig. 1)

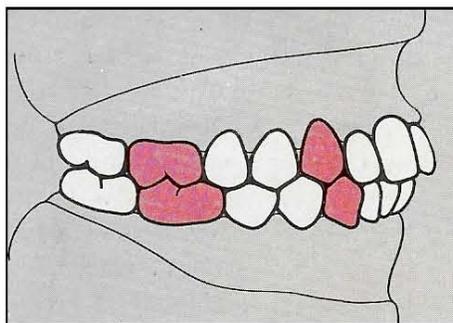


Fig. 1 Vista lateral derecha

Fuente: Atlas of dental Medicine. Orthodontic- Diagnosis

Clase II: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior. Dentro de esta existen dos tipos y se distinguen por la posición de los incisivos:

- División 1: Los incisivos superiores se encuentran proclinados; es frecuente que el arco superior tenga forma de V, los incisivos inferiores se encuentran en el rafé medio del paladar o en el cóngulo de los incisivos superiores. (Ver fig. 2)

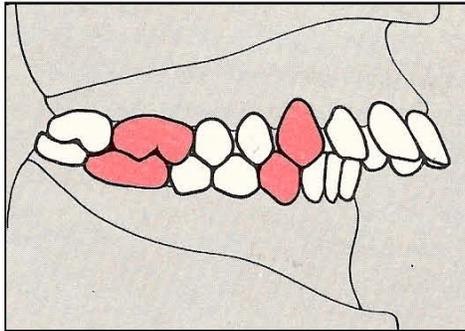


Fig. 2 Vista lateral derecha

Fuente: Atlas of dental Medicine. Orthodontic- Diagnosis

- División 2: los incisivos centrales superiores se encuentran en retroclinación y los incisivos laterales superiores en proclinación, el arco es cuadrado; los incisivos inferiores ocluyen en el paladar o por detrás de los incisivos superiores. (Ver fig. 3)

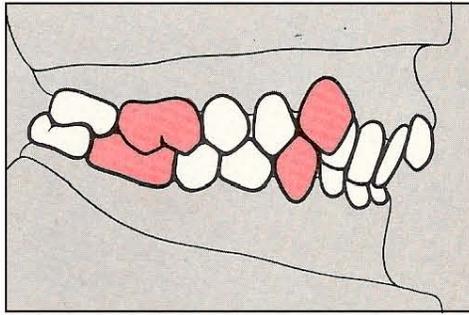


Fig. 3 Vista lateral derecha

Fuente: Atlas of dental Medicine. Orthodontic- Diagnosis

Clase III: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar, en el espacio que existe entre el primer molar inferior y el segundo.<sup>12, 15</sup> (Ver Fig. 4)

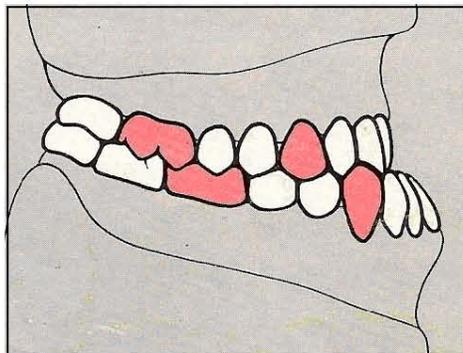


Fig. 4 Vista lateral derecha

Fuente: Atlas of dental Medicine. Orthodontic- Diagnosis

## 1.5 HÁBITOS

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza compleja. Mayoral clasifica a los hábitos como anomalías adquiridas, por ser numerosas se dificulta su clasificación así que se mencionaran las más conocidas y estudiadas.<sup>16</sup>

Se definen como conductas que causan cambios en las relaciones oclusales, por ejemplo succión del pulgar u otro dedo, succión del labio y acciones semejantes.<sup>13</sup>

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño. Al madurar este se denomina no compulsivo. Un hábito oral es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo y realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea.

La intensidad, frecuencia y duración son los factores que determinan la importancia clínica de un hábito.<sup>15</sup>

### **1.5.1 Succión digital**

Hábito que aparece por trastornos emocionales asociados con llamar la atención. Los niños pueden succionarse uno o más dedos, colocando generalmente la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior.

Los efectos típicos de la succión digital incluyen la protusión de los incisivos superiores, la retroinclinación de los incisivos inferiores con el consiguiente incremento del resalte, y la mordida abierta anterior, que normalmente es asimétrica y mas pronunciada en el mismo lado del dedo succionado.<sup>12, 16</sup>

A menudo, se observa un estrechamiento de la arcada superior debido a la reducción de la presión del aire dentro de la cavidad bucal y a la actividad de la musculatura de las mejillas, principalmente del músculo buccinador, durante la succión. Esta compresión de la maxila superior conduce con frecuencia a una mordida cruzada unilateral por desviación funcional de la mandíbula.<sup>12</sup>

Hay más mordidas abiertas en la infancia que en la adolescencia, está ello ligado indudablemente a hábitos persistentes de succión de objetos o digitales.<sup>14, 20</sup>

### 1.5.2 Hábito de labio

Es la constante mordedura o succión de los labios, siendo el inferior el más frecuente. La causa principal es por satisfacción sensorial. Puede provocar proclinación de los dientes anteriores superiores y retroclinación de los dientes inferiores, mordida abierta, labio superior hipotónico, corto e inflamado, de aspecto rojizo.<sup>12, 14</sup>

La succión del labio puede aparecer aislada, o puede relacionarse con la succión del pulgar. En si todos los casos, es el labio inferior el implicado, aunque también se ha observado en el labio superior. Se presentan en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital.

El hábito de morder el labio inferior que produce protusión alveolar superior y retrusión alveolar inferior, muchas veces este hábito acompaña a los respiradores bucales porque el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de los arcos dentarios y el niño adquiere la costumbre de morderlo. También hay niños que muerden la lengua produciendo mordida abierta y prognatismo.<sup>14, 15</sup>

### 1.5.3 Protusión lingual

Una posición lingual anómala acompaña a la deglución inmadura; es un empuje débil pero casi permanente provocando una presión persistente en la zona de los incisivos superiores, produciendo vestibularización de los incisivos superiores, protusión maxilar, disminución del diámetro transversal de la maxila, formación de un diastema central, lingualización de los incisivos inferiores, mordida abierta, postero rotación mandibular y aumento del ángulo goniaco.

La presencia de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores o la interposición lateral entre las caras oclusales de los dientes posteriores, tanto en reposo como en el acto de la deglución, se ha estimado como causa primaria de las mordidas abiertas adquiridas.<sup>17,18</sup>

Las degluciones con la lengua adelantada son de dos tipos: (1) la deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos, y (2) la deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados.

La deglución con empuje lingual simple, habitualmente esta asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.<sup>17, 20</sup>

Los complejos muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal. Tonsilitis o faringitis, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa.<sup>12, 17</sup>

#### **1.5.4 Respiración bucal**

Se presenta por obstrucción de las vías respiratorias altas, por hábito o por anomalías anatómicas. Los que respiran por la boca por obstrucción presentan desviación del tabique nasal, cornetes agrandados, rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, inflamación y congestión de la mucosa faríngea.

Los que respiran por la boca debido a anomalías anatómicas presentan el labio superior corto por elevación de la base de la nariz y no se les permite un cierre bilabial completo, produciendo alteración en la función respiratoria, lo cual modifica la posición de la lengua y la mandíbula. Puede provocar apiñamiento, protrusión de incisivos superiores e inferiores, paladar alto, mordida cruzada posterior y mordida abierta.<sup>12, 17</sup>

La obstrucción nasal y el hábito de respiración oral han sido vinculados a una serie de anomalías faciales, esqueléticas y dentarias, que han constituido la llamada facies adenoidea o síndrome de la cara larga.

Una cara estrecha y larga, boca entreabierta en estado relajado, nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas, poco desarrolladas y orientadas hacia el frente, labio superior corto e incompetente junto a un labio inferior grueso y vertido, mejillas flácidas y aparición de ojeras, aspecto facial de la persona enferma.<sup>13</sup>La respiración bucal se manifiesta como el mal sellado labial, que se presenta por obstrucción de las vías respiratorias altas, por hábito o por anomalías anatómicas.<sup>12</sup>

Ha sido siempre asociada a la obstrucción de las vías respiratorias altas, ya sea por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, presencia de adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios o mandíbula. Los labios quedan entreabiertos y la lengua baja, perdiendo con ello su capacidad morfofuncional, produciendo maloclusiones.

En los casos más extremos, la obstrucción nasal y el hábito de respiración bucal producirán cambios esqueléticos y dentarios que afectaran a al cara del individuo.

Los niños que respiran por la boca solían presentar maxilares más estrechos. Hay diversas hipótesis, una es la que propuso Bloch en 1888 considera que el aumento de la presión intraoral impide el normal descenso del paladar con el crecimiento.<sup>12, 14, 16</sup>

Otra hipótesis sostiene que la respiración oral altera el equilibrio muscular ejercido por la lengua, las mejillas y labios sobre el arco maxilar. En el respirador oral, al mantener la boca entreabierta, la lengua adopta una posición más baja y adelantada; la arcada maxilar privada de la presión y soporte lingual se estrecha al no poder contrarrestar la presión ejercida por los labios y mejillas.

Otro grupo de hipótesis sostiene que la respiración oral es consecuencia de la inflamación crónica de la nasofaringe que obstruye el paso del aire por la nariz.

Y una última que niega cualquier relación significativa entre la morfología facial y el modo de respirar. Sosteniendo que el paladar ojival era un rasgo hereditario no ligado a ningún tipo de trastorno funcional.<sup>12, 14</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se ha observado que existe alta prevalencia de hábitos en las maloclusiones dentales, sin embargo en la población de niños y adolescentes que asisten a la Clínica Periférica “Padierna”, no se cuentan con registros que nos ayuden a determinar estadísticamente dicho problema, por lo tanto se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuál es la prevalencia de hábitos y maloclusiones en los pacientes de la Clínica Periférica “Padierna”?
2. ¿Qué relación hay entre los hábitos y las maloclusiones de Angle Clase I, Clase II división 1, Clase II división 2 y Clase III?

### **3. JUSTIFICACIÓN**

Debido a los escasos reportes de investigaciones en México y tomando en cuenta lo antes ya mencionado; se pretende lograr establecer programas de prevención e informativos, en la Clínica Periférica “Padierna”.

Así mismo que la información que se obtenga, sirva para comparar resultados con estudios anteriores ya realizados en México, y pueda utilizarse de referencia para llevar a cabo investigaciones similares en un futuro, así como programas de prevención tanto en la Clínica Periférica “Padierna”, como en las demás Clínicas pertenecientes a la Facultad de Odontología, UNAM, y al Cirujano Dentista de práctica general.

## **4. OBJETIVOS**

### ***4.1 OBJETIVO GENERAL***

Determinar la relación estadística de los hábitos con la prevalencia de maloclusiones en niños y niñas de 6 a 13 años de edad que asisten a la Clínica Periférica Padierna.

### ***4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS***

1. Determinar la frecuencia de hábitos por género y edad.
2. Determinar la frecuencia de maloclusión, de acuerdo a la clasificación de Angle y la subclasificación de Dewey- Anderson por género y edad.
3. Obtener las posibles diferencias estadísticas de los hábitos y las maloclusiones por edad y género.
4. Establecer la asociación estadística entre los hábitos y la prevalencia de maloclusiones.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Observacional, descriptivo, transversal, comparativo y asociativo.

### **5.2 RECURSOS**

*5.2.1 Recursos materiales:* se utilizaron 30 espejos dentales del número 5, 30 exploradores, guantes, cubrebocas, regla milimétrica, espejo facial, cámara fotográfica, hojas de anexo 1, 2 y computadora.

*5.2.2 Recursos humanos:* Director, asesores y pasante.

### **5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Pacientes infantiles que acudieron a la Clínica Periférica “Padierna” para atención dental en el turno vespertino, en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre al 26 de octubre de 2007.

### **5.4 MUESTRA**

Estuvo constituida por 303 niños y niñas de 6 a 13 años de edad, seleccionados al azar y que cumplieron los siguientes criterios de:

### **5.4.1 Inclusión**

- Pacientes que presenten los cuatro primeros molares de la segunda dentición totalmente erupcionados.

### **5.4.2 Exclusión**

- Pacientes que hayan tenido tratamientos ortodóncicos previos.
- Que presenten proceso carioso muy extenso con amplia destrucción que nos impida tomar la relación de molares al cierre de la boca.
- Que no deseen participar en el estudio, o que sus padres no lo permitan.

## ***5.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES***

### **5.5.1 Edad**

El parámetro que se estableció, fue desde los 6 hasta los 13 años de edad, ya que a partir de los 14, por reglamento en todas las Clínicas Periféricas de la UNAM, los pacientes son atendidos en la clínica Integral de Adultos.

### 5.5.2 Hábitos

1. Succión digital. Donde se puede observar la mordida abierta anterior, los incisivos de la segunda dentición espaciados y con diastema, forma que toma cuando el dedo que succiona el paciente es el pulgar. (Ver foto 1)



Foto 1 vista fronto- lateral derecha, paciente masculino de 7 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna

2. Hábito de labio. Donde se puede observar la protusión de los centrales superiores y retroinclinación de los dientes inferiores, provocados por la constante mordedura o succión del labio. En ocasiones los centrales superiores, debido a la hipotonicidad del labio superior, sobresalen cuando el paciente trata de sellar los labios. (Ver foto 2)



Foto 2 vista fronto- lateral izquierda, paciente masculino de 9 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

3. Protusión lingual. El empuje persistente de la lengua en la zona de los incisivos superiores, provocando la vestibularización de estos y lingualización de los inferiores. (Ver Foto 3)



Foto 3 vista lateral derecha, paciente masculino de 8 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

4. Respiración bucal. Se observa el labio superior corto, al intentar tener sellado labial el paciente fuerza y la zona del filtrum la piel se ve estirada. El labio inferior se torna grueso y vertido. (Ver Foto 4, 5 y 6)



Foto 4 vista ocluso- anterior, donde se puede observar la vestibularización de los incisivos superiores (overjet) y la giroversión de los laterales



Foto 5 vista oclusal superior, el arco maxilar estrecho y paladar alto



Foto 6 vista facial frontal que muestra la facies característica de un respirador bucal, cara estrecha y larga, nariz estrecha y respingada, labio superior corto y aparición de ojeras, paciente femenina de 9 años.

Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

## 5.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DEPENDIENTES

### 5.6.1 Clasificación de Angle

**Clase I.** La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. (Ver Foto 7) *Categorica*



Foto 7 vista lateral derecha, paciente femenina de 11 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**Clase II.** La cúspide distovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. (Ver Foto 8 y 9) *Categorica*



Foto 8 vista lateral derecha, paciente  
femenina de 11 años



Foto 9 vista lateral derecha, paciente  
masculino de 9 años

Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**Clase II división 1. Proclinación de los incisivos superiores.** (Ver Foto 10 y 11)

*Categorica*



Foto 10 vista lateral derecha



Foto 11 vista frontal se observa la sobremordida

paciente masculino de 9 años

Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**Clase II división 2. Los incisivos centrales superiores se encuentran en retroclinación y los incisivos laterales superiores en proclinación.** (Ver

Foto 12 y 13) *Categorica*



Foto 12 vista lateral derecha



Foto 13 vista frontal se puede observar también la total desviación de la guía de erupción del canino superior izquierdo, paciente femenina de 12 años

Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**Clase III.** La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el espacio que existe entre el primer molar inferior y el segundo. (Ver

Foto 14) *Categórica*



Foto 14 vista frontal, paciente femenina de 7 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

### 5.6.2 Clasificación de Dewey-Anderson

Debido a que Angle no consideró las mordidas abiertas y cruzadas, cuando existe una correcta relación de clase I, Dewey y Anderson las modificaron, subclasificando en lo siguiente:

**TIPO 1** Presencia de dientes incisivos apiñados y/o rotados. (Ver Foto 15)

*Cuantitativa discreta*



Foto 15 vista oclusal inferior, paciente femenina de 12 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**TIPO 2** Los incisivos superiores están inclinados hacia vestibular y espaciados. (Ver Foto 16)

*Cuantitativa discreta*



Foto 16 vista frontal, paciente masculino de 7 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**TIPO 3** Afecta a uno o varios dientes anteriores con mordida cruzada.

(Ver Foto 17)

*Cuantitativa discreta*



Foto 17 vista frontal, paciente masculino de 9 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**TIPO 4** Se presenta mordida cruzada posterior, ya sea unilateral o bilateral. (Ver Foto 18)

*Cuantitativa discreta*



Foto 18 vista lateral izquierda, paciente femenina de 12 años  
Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**TIPO 5** Pérdida prematura del segmento molar ya sea unilateral o bilateral con mesialización del primer molar de la segunda dentición.

(Ver Foto 19 y 20)

*Cuantitativa discreta*



Foto 19 vista lateral derecha



Foto 20 vista fronto-lateral derecha

Paciente femenina de 12 años. La madre de la paciente nos refirió que tuvo pérdida del segundo molar de la primera dentición a los 7 años por presencia de caries, se puede observar que por la pérdida prematura del segmento presenta ese apiñamiento severo y los caninos totalmente desviados de su línea de erupción.

Fuente: Fotografía tomada en la clínica Periférica "Padierna"

**TIPO 0** Existe una correcta relación clase 1 molar y canina, con sobremordida horizontal y vertical de 2mm, sin apiñamiento. (Ver Foto 21)

*Cuantitativa discreta*



Foto 21 vista lateral derecha

Fuente: Atlas of dental Medicine. Orthodontic- Diagnosis

## **5.7 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, REGISTROS Y MATERIALES UTILIZADOS**

Los pacientes fueron examinados por un pasante de la Facultad de Odontología, UNAM. Se evaluaron a los pacientes en una unidad dental, acostado tratando de colocarlo paralelo al piso referente con el plano de Frankfort, luz artificial y espejo dental del No.5.

Los resultados fueron registrados en los anexos 1 y 2 realizando en dos ocasiones el mismo procedimiento para corroborar la confiabilidad de las mediciones.

### CLASIFICACIÓN DE ANGLE

Se le pidió al paciente que cerrara la boca, tratando de que ocluyera en relación céntrica, abriendo y cerrando la boca hasta conseguir dicha relación, se retraerá el carrillo con el espejo dental, se registrará en qué Clase de Angle se encuentran los primeros molares de la segunda dentición.

En los casos que nos dieron una relación clase II de molares, se procedió a observar los dientes incisivos, para determinar que tipo de división presentaba.

En caso de que el paciente presentara una mordida abierta, y por consecuencia sus molares no presentaran relación céntrica, se anotará como no determinable.

### CLASIFICACIÓN DE DEWEY-ANDERSON

En los casos que nos dieron una relación clase I de molares, con el espejo dental se observaron las arcadas dentarias, se registró si la maloclusión correspondía a algún tipo de esta clasificación.

En caso de que el paciente presentara clase II y clase III de Angle, automáticamente no entra dentro de esta subclasificación y se registrara como no determinable.

### DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS

Junto con una entrevista a los padres acerca de cierto tipo de conductas correspondientes a cada uno de los hábitos, ya descritas anteriormente, se realizaron las siguientes técnicas para corroborar el hábito:

- Succión de digital. Clínicamente se observó el desplazamiento de los dientes, mordida abierta, proclinación de los dientes superiores o una callosidad en la parte del dedo donde se realiza la succión.

- Hábito de labio. Se observó proclinación de los incisivos superiores; si el labio afectado es el inferior y proclinación de los incisivos inferiores; si el labio afectado es el superior además de resequead en labios o manchas en la piel.
- Protusión lingual. Para registrar si existe o no protrusión de lengua se le pidió al paciente que ocluyera en relación céntrica y oclusión céntrica (máxima intercuspidadación), y que realizara la deglución al mismo tiempo se retrajo el labio superior hacia arriba y el inferior hacia abajo para así observar la posición de la lengua al deglutir.
- Respiración bucal. Puede ser por obstrucción o hábito, clínicamente pudimos observar la boca seca, resequead en los labios e irritación de la mucosa faríngea.

Así mismo se pudimos observar el labio superior corto que deja expuestos los incisivos superiores y el labio inferior grueso y evertido, aumento del tercio inferior de la cara y retrusión del mentón.

Preguntamos a los padres si el niño ronca, duerme con la boca abierta, o si tiene frecuentes infecciones en las amígdalas.

Las técnicas que se utilizaron para determinar si el paciente respira por la nariz y no es respirador bucal fueron las siguientes:

1. Pedirle al paciente que cierre la boca y con un espejo dental descansado en el filtrum labial, se le dijo al paciente que inspirara y expirara el aire por la nariz. Si el espejo se nublaba es señal de que el paciente no tiene hábito de respirador bucal y tiene una vía permeable nasal y si no se nublaba estábamos ante un paciente con hábito de respirador bucal con posible obstrucción de vías respiratorias.

2. Pedirle al paciente que se pusiera un poco de agua en su boca y la mantuviera con los labios cerrados, sin tragar el agua, por 3 minutos; se observó la comisura de los labios si presentaba algún esfuerzo a lo largo del tiempo. Los pacientes que no pudieron mantener sus labios cerrados se consideraron como respiradores bucales.

En caso de que el paciente no presentará ningún hábito, se registró como “sin presencia de hábito”.

## **5.8 MÉTODOS ESTADÍSTICOS**

Una vez obtenidos las observaciones se construyó una base de datos; se realizó un análisis estadístico descriptivo, obteniendo frecuencias, porcentajes y gráficas de las variables definidas anteriormente. Se aplicó la prueba de ji-cuadrada, para obtener lo anterior se utilizó el paquete SPSS V12 (Statistical Package for The Social Science).

## **5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES**

De acuerdo con la declaración de Helsinki, Finlandia, en 1964, y que fue ratificada en Tokio, Japón, 1975, no existe algún riesgo en la salud de los pacientes para llevar a cabo dicha investigación de acuerdo con el Reglamento Civil de salud en materia de investigación para la salud, Secretaria de Salud 1987. Título 20 De los aspectos éticos en los seres humanos.

Capitulo 1 Disposiciones comunes.

Por lo tanto no existe riesgo alguno en la medición de pacientes.

## 6. RESULTADOS

De la muestra formada por 303 niños y niñas, 97 fueron de 6 años de edad (32%), 57 de 7 años (18.8%), 51 de 8 años (16.8%), 41 de 9 años (13.5%), 37 de 10 años (12.2%), 14 de 11 años (4.6%), 4 de 12 años (1.3%) y 2 de 13 años (.7%). (Ver Cuadro 1)

EDAD (años)	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
6	97	32%
7	57	18.8%
8	51	16.8%
9	41	13.5%
10	37	12.2%
11	14	4.6%
12	4	1.3%
13	2	0.7%
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100%</b>

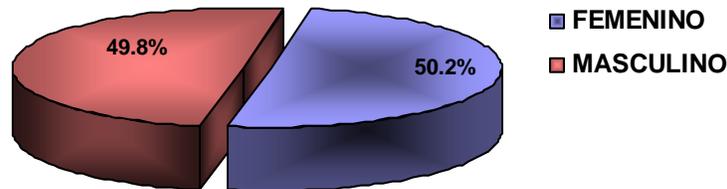
Cuadro 1 Frecuencia de edad, la más alta fueron los de 6 años de edad

La población femenina fue de 152 niñas (50.2%) y la masculina de 151 niños (49.8%). (Ver Cuadro 2 Y Gráfica 1)

GÉNERO	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Femenino	152	50.2%
Masculino	151	49.8%
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100%</b>

Cuadro 2 Frecuencia de género

## FRECUENCIA DE GÉNERO



Gráfica 1 El género femenino fue el más alto con un 50.2%, siendo muy poca la diferencia del masculino

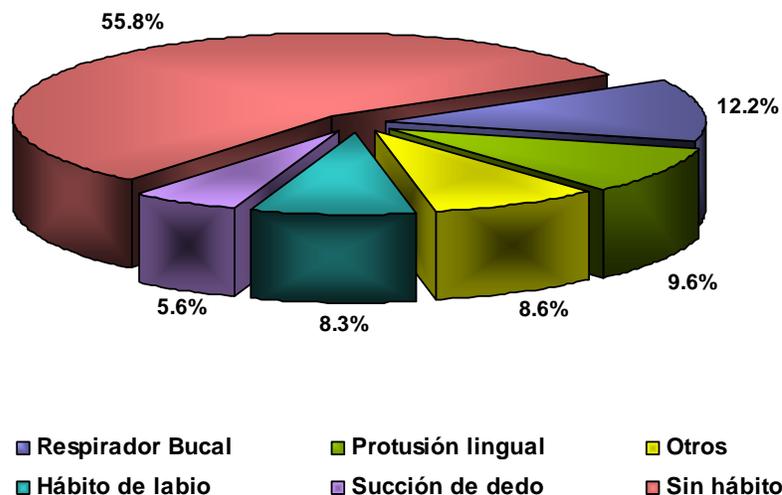
## FRECUENCIA DE HÁBITOS

La respiración bucal obtuvo un porcentaje de 12.2%, la protusión lingual de 9.6%, otros (24 de onicofagia y 2 de bruxismo) de 8.6%, hábito de labio de un 8.3% y succión de dedo de un 5.6%. De la muestra tomada de 303 pacientes, 169 no presentaron hábito lo que representa un 55.8%. (Ver Cuadro 3 y Gráfica 2)

HÁBITOS	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Respirador Bucal	37	12.2%
Protusión lingual	29	9.6%
Otros	26	8.6%
Hábito de labio	25	8.3%
Succión de dedo	17	5.6%
Sin hábito	169	55.8%
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100%</b>

Cuadro 3 Frecuencia de Hábitos en donde la respiración bucal fue la más alta con 37 pacientes

## FRECUENCIA DE HÁBITOS



Gráfica 2 donde el 55.7% no presento ningún tipo de hábito

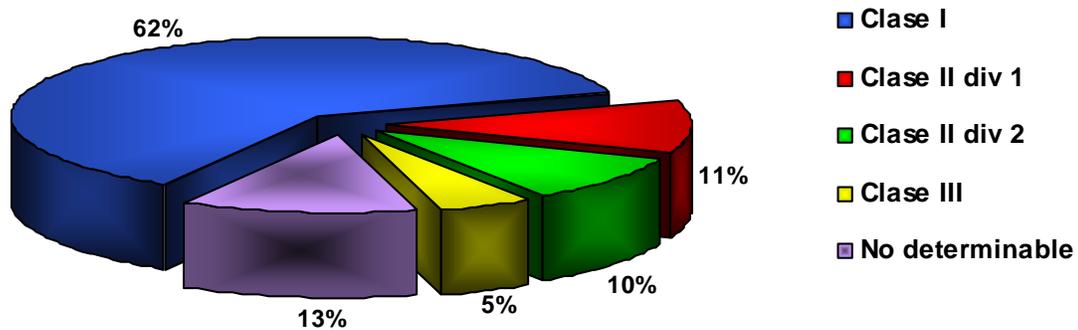
## FRECUENCIA DE CLASE DE ANGLE

Los resultados fueron de 188 pacientes con clase I (62%), 33 con clase II div 1 (10.9%), 29 con clase II div 2 (9.6%), 15 con clase III (5%) y 38 no fueron determinables, por la presencia de mordida abierta (12.5%). (Ver Cuadro 4 y Gráfica 3)

CLASIFICACIÓN DE ANGLE	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Clase I	188	62%
Clase II div 1	33	10.9%
Clase II div 2	29	9.6%
Clase III	15	5%
No determinable	38	12.5%
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100%</b>

Cuadro 4 Frecuencia de Clasificación de Angle donde la Clase I obtuvo la mayor frecuencia con 188 pacientes

### PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES



Gráfica 3 obteniendo la Clase III el más bajo porcentaje con 5%

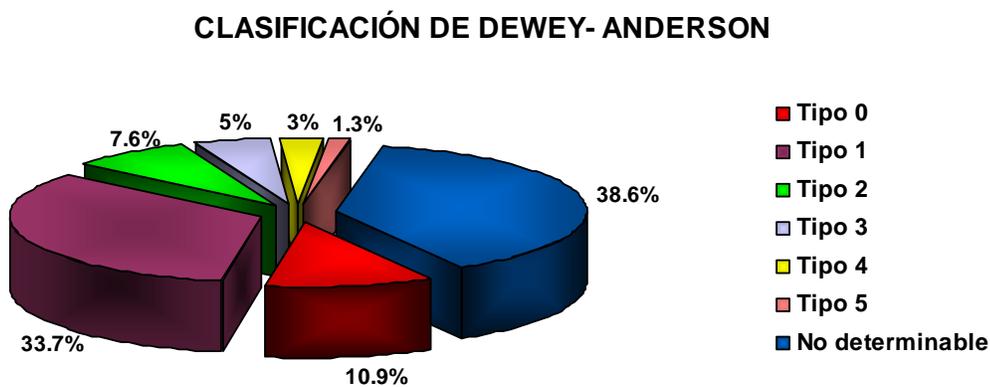
### CLASIFICACIÓN DE DEWEY- ANDERSON

Del 62% de los pacientes que presentaron clase I de Angle, de esta clasificación, se obtuvo el tipo 1 con una frecuencia de 102 pacientes (33.7%), le siguió con 33 el tipo 0 (10.9%), con 23 el tipo 2 (7.6%), con

15 el tipo 3 (5%), con 9 el tipo 4 (3%), con 4 el tipo 5 (1.3%) y los que no entraron en esta clasificación, por presentar clase II y III de Angle, presentaron una frecuencia de 117 (38.6%). (Ver Cuadro 5 y Gráfica 4)

CLASIFICACIÓN DE DEWEY- ANDERSON	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Tipo 0	33	10.9%
Tipo 1	102	33.7%
Tipo 2	23	7.6%
Tipo 3	15	5%
Tipo 4	9	3%
Tipo 5	4	1.3%
No determinable	117	38.6%
<b>TOTAL</b>	<b>303</b>	<b>100%</b>

Cuadro 5 Clasificación de Dewey- Anderson donde el tipo 1 fue el mas elevado con el 33.7%



Gráfica 4 el tipo 5 obtuvo un 1.3% siendo así muy poca la población que presentó este tipo

## RELACIÓN DE HÁBITOS CON GÉNERO

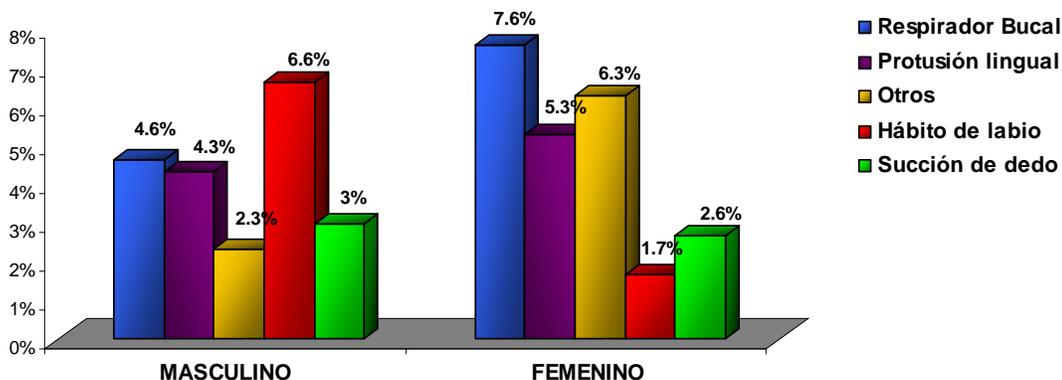
De los 303 pacientes revisados, el género femenino presentó un porcentaje de 7.6% en la respiración bucal; 5.3% en la protusión lingual; y con 6.3% en otros (onicofagia y bruxismo). El género masculino presento mayor porcentaje con 6.6% en el hábito de labio y con 3% en succión de dedo. (Ver Cuadro 6 y Gráfica 5)

En lo que se refiere a los datos estadísticos  $\chi^2 = 17.384$ ,  $p = 0.004$  (relación estadísticamente significativa entre los hábitos y el género).

HÁBITOS	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL
Respirador Bucal	14	4.6%	23	7.6%	37
Protusión lingual	13	4.3%	16	5.3%	29
Otros	7	2.3%	19	6.3%	26
Hábito de labio	20	6.6%	5	1.7%	25
Succión de dedo	9	3%	8	2.6%	17
Sin hábito	88	29%	81	26.7%	169
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>49.8%</b>	<b>152</b>	<b>50.2%</b>	<b>303</b>

Cuadro 6 Relación de Hábitos con Género. La población femenina tiene la mayor frecuencia en hábitos que la masculino

## RELACIÓN DE HÁBITOS CON GÉNERO



Gráfica 5 Se observó que la respiración bucal tuvo mayor incidencia en el sexo femenino y el hábito de labio en el sexo masculino

## RELACIÓN DE HÁBITOS CON EDAD

Para fines estadísticos se conformaron 3 grupos de edad (1, 2, 3), de 6 a 7, de 8 a 9 y de 10 a 13 años respectivamente.

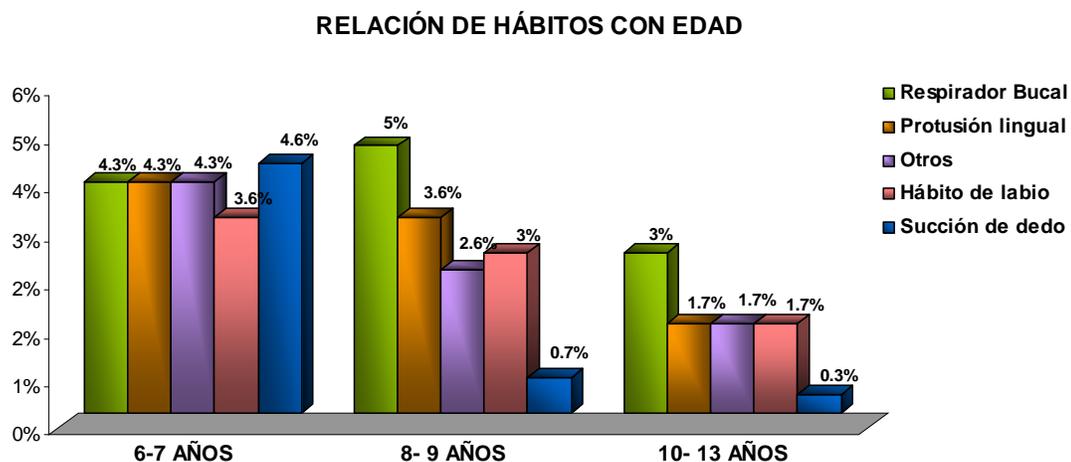
La mayor frecuencia de hábitos que se observó que en el grupo 1, fue la succión de dedo con un 4.6%, la respiración bucal, la protusión lingual y otros, con un 4.3%, respectivamente.

En el grupo 2 la respiración bucal con un 5%, y la protusión lingual con un 3.6%. En el grupo 3 con un 3% la respiración bucal. (Ver Cuadro 7 y Gráfica 6)

Datos estadísticos  $\chi^2 = 12.291$ ,  $p = 0.266$  (relación estadísticamente no significativa entre los hábitos y la edad)

HÁBITOS	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		TOTAL
	6 a 7 AÑOS	PORCENTAJE	8 a 9 AÑOS	PORCENTAJE	10 a 13 AÑOS	PORCENTAJE	
Respirador Bucal	13	4.3%	15	5%	9	3%	37
Protusión lingual	13	4.3%	11	3.6%	5	1.7%	29
Otros	13	4.3%	8	2.6%	5	1.7%	26
Hábito de labio	11	3.6%	9	3%	5	1.7%	25
Succión de dedo	14	4.6%	2	0.7%	1	0.3%	17
Sin hábito	90	29.7%	47	15.5%	32	10.6%	169
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>50.8%</b>	<b>92</b>	<b>30.4%</b>	<b>57</b>	<b>18.8%</b>	<b>303</b>

Cuadro 7 Relación de Hábitos con Edad. La respiración bucal fue el hábito que presentó la mayor frecuencia en los 3 grupos



Gráfica 6 Los de 6 a 7 años es el grupo con mayor frecuencia en presentar hábitos a diferencia de los otros 2

## RELACIÓN CLASE DE ANGLE CON GÉNERO

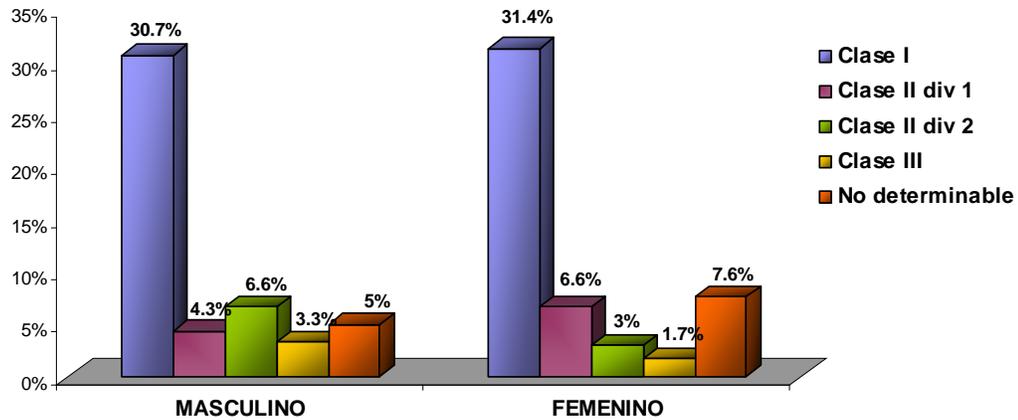
El género femenino presentó el mayor porcentaje de clase I con 31.4% y de clase II div 1 con 6.6%. El género masculino en la clase II div 2 con 6.6% y de clase III con 3.3%. (Ver Cuadro 8 y Gráfica 7)

Datos estadísticos  $\chi^2 = 9.026$ ,  $p = 0.060$  (si existe asociación moderada estadísticamente significativa entre Clase de Angle y el género).

CLASIFICACIÓN DE ANGLE	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL
Clase I	93	30.7%	95	31.4%	188
Clase II div 1	13	4.3%	20	6.6%	33
Clase II div 2	20	6.6%	9	3%	29
Clase III	10	3.3%	5	1.7%	15
No determinable	15	5%	23	7.6%	38
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>	<b>49.8%</b>	<b>152</b>	<b>50.2%</b>	<b>303</b>

Cuadro 8 Relación Clase de Angle con Género

## RELACIÓN CLASE DE ANGLE CON GÉNERO



Gráfica 7 La Clase I presentó la mayor frecuencia, en ambos géneros, que las demás clases

## RELACIÓN CLASE DE ANGLE CON EDAD

Por fines estadísticos, se eliminaron a los pacientes en los que no se determinó la clasificación de Angle (por la presencia de mordida abierta), quedando un total de 265 pacientes.

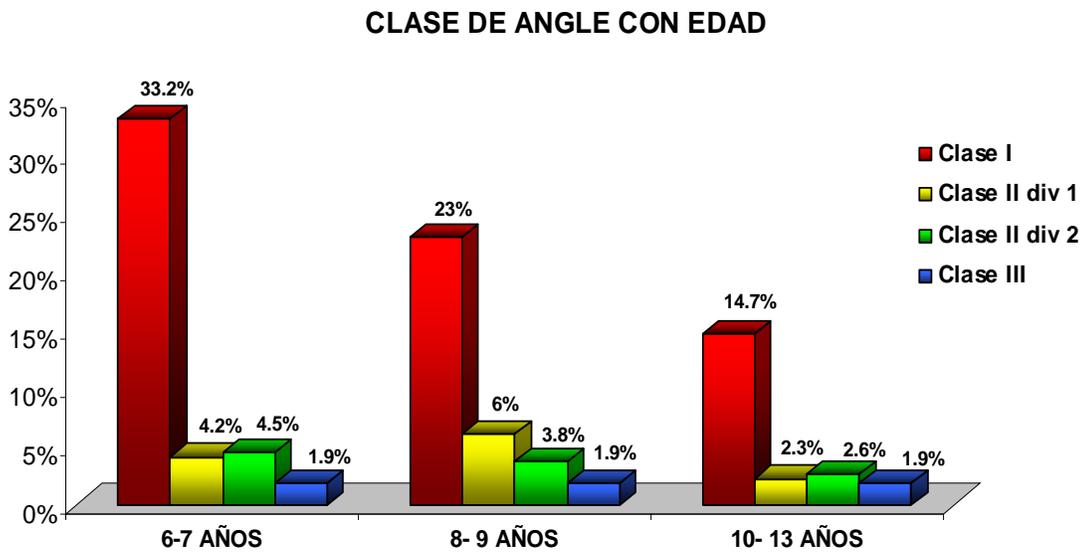
En la clase I representó la mayor frecuencia con 33.2% en el grupo 1 de edad, en la clase II div 1 con 6% en el grupo 2, en la clase II div 2 con 4.5% en el grupo 1 y en la clase III con 1.9% en el grupo 3. (Ver Cuadro

7 y Gráfica 6)

Datos estadísticos  $\chi^2 = 5.008$ ,  $p = 0.543$  (no existe relación estadística entre la edad con la Clase de Angle)

CLASIFICACIÓN DE ANGLE	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		TOTAL
	6-7 AÑOS	PORCENTAJE	8-9 AÑOS	PORCENTAJE	10-13 AÑOS	PORCENTAJE	
Clase I	88	33.2%	61	23%	39	14.7%	188
Clase II div 1	11	4.2%	16	6%	6	2.3%	33
Clase II div 2	12	4.5%	10	3.8%	7	2.6%	29
Clase III	5	1.9%	5	1.9%	5	1.9%	15
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>43.8%</b>	<b>92</b>	<b>34.7%</b>	<b>57</b>	<b>21.5%</b>	<b>265</b>

Cuadro 7 Relación Clase de Angle con Edad. La Clase III obtuvo el mismo porcentaje en los 3 grupos



Gráfica 6 La clase I obtuvo mayor incidencia dentro de los 3 grupos

## ASOCIACIÓN DE HÁBITOS Y CLASE DE ANGLE

Para fines estadísticos, se ubicaron en un solo grupo la clase II con sus subdivisiones, debido a que había una frecuencia baja.

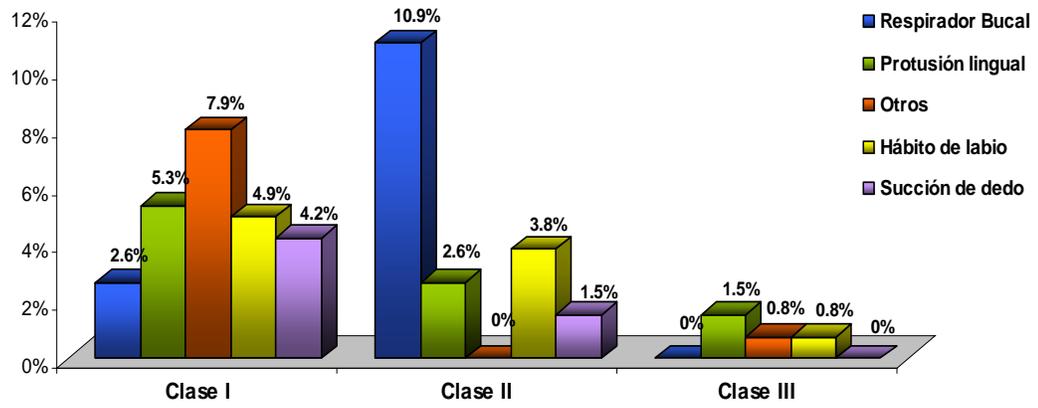
Los hábitos que se presentaron con mayor frecuencia en cierto tipo de maloclusiones, se encontró que la respiración bucal presentó mayor porcentaje con 10.9% en la clase II (div 1 y 2). En la protusión lingual 5.3%; la clasificación de otros se presentó con 7.9%; el hábito de labio con 4.9%; y succión de dedo con 4.2% en la clase I, en cada uno respectivamente. (Ver Cuadro 8 y Gráfica 9)

$\chi^2 = 102.285$ ,  $p = 0.0001$  (si existe asociación estadísticamente significativa entre los hábitos y las maloclusiones).

HÁBITOS	CLASE I	PORCENTAJE	CLASE II	PORCENTAJE	CLASE III	PORCENTAJE	TOTAL
Respirador Bucal	7	2.6%	29	10.9%	0	0%	36
Protusión lingual	14	5.3%	7	2.6%	4	1.5%	25
Otros	21	7.9%	0	0%	2	0.8%	23
Hábito de labio	13	4.9%	10	3.8%	2	0.8%	25
Succión de dedo	11	4.2%	4	1.5%	0	0%	15
Sin hábito	122	46%	12	4.5%	7	2.6%	141
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>70.9%</b>	<b>62</b>	<b>23.4%</b>	<b>15</b>	<b>5.7%</b>	<b>265</b>

Cuadro 8 Asociación de Hábitos con Clase de Angle La Clase I es la que presentó mayor prevalencia en las maloclusiones

### ASOCIACIÓN DE HÁBITOS Y CLASE DE ANGLE



Gráfica 7 En donde se observa que la respiración bucal, fue el hábito que presentó mayor prevalencia en las maloclusiones

## 7. DISCUSIÓN

En el presente estudio se registró que la respiración bucal presentó un porcentaje de 12.2%, la protusión lingual un 9.6%, el hábito de labio presentó un 8.3% y la succión de dedo un 5.6%.

Comparando los resultados obtenidos en el estudio realizado en la clínica las “Águilas”, de una muestra de 150 pacientes, la respiración bucal reportó un 48.7%, la protusión lingual un 17.3%, el hábito de labio un 59.3% y la succión digital un 12%.

Los resultados de la clínica de “Aragón”, de una muestra de 211 pacientes, registró un 52.6% en la respiración bucal; un 50.7%; un 12.3%; un 12%; y un 1.9% respectivamente.

La frecuencia de hábitos en el género femenino presentó un mayor porcentaje de 7.6% en la respiración bucal; 5.3% en la protusión lingual; y con 6.3% en otros (onicofagia y bruxismo). El género masculino presento mayor porcentaje con 6.6% en el hábito de labio y con 3% en succión de dedo.

En los pacientes de 6 a 7 años, el hábito de dedo presentó el mayor porcentaje con un 4.6%. Los de 8 a 9 años con un 5% y los de 10 a 13 años con un 3% en la respiración bucal.

Los resultados obtenidos en este estudio, muestra que la prevalencia de maloclusiones de clase I de Angle registró con 62%, la clase II división 1 con 10.9%, la clase II división 2 con 9.6%, la clase III con 5% y un 12.5% no fueron determinables, por la presencia de mordida abierta posterior.

En el estudio realizado en la clínica las “Águilas” la clase I, reportó un 67.3%, la clase II división 1 un 20.7%, la clase II división 2 un 1.3% y la clase III un 10.7%.

En la clínica “Aragón” la clase I un 49.3%; un 15.6%; un 7.6%; y un 5.7% respectivamente.

La frecuencia de las maloclusiones en el género femenino presentó el mayor porcentaje de clase I con 31.4% y de clase II div 1 con 6.6%. El género masculino en la clase II div 2 con 6.6% y de clase III con 3.3%.

Comparando con el estudio de la clínica “Águilas” el género masculino, presentó el mayor porcentaje, en la clase I con un 36% y en la clase II con un 12%. El género femenino predominó en la clase III con un 7.3%. En la clínica “Aragón” el género femenino predominó, sobre el masculino, teniendo el mayor porcentaje en clase I con un 30%, en clase II división 1 y 2 con un 26% y en clase III con un 3.3%.

En cuanto a la prevalencia de clase I con la edad, los pacientes de 6 a 7 años, registraron el más alto porcentaje con un 33.2%, encontrando una semejanza en el estudio de la clínica “Águilas” con un 32.7%, y en la clínica de “Aragón” la frecuencia más alta de esta clase, fue en los niños de 9 a 11 años con un 21.8%.

En la clasificación de Dewey- Anderson en este estudio el porcentaje más alto fue en el Tipo 1 con un 33.7%, observando una similitud en el estudio de la clínica “Aragón” con un 21.3%, la clínica de “Águilas” reportó un 44.7%, sin embargo la alteración más frecuente que obtuvieron fue en el Tipo 5 con un 54%, y en este estudio en este Tipo obtuvimos un 1.3%.

En la asociación estadística que se estableció de los hábitos que se presentaron con mayor frecuencia en cierto tipo de maloclusiones, se encontró que la respiración bucal presentó mayor porcentaje con 10.9% en la clase II (div 1 y 2). En la protusión lingual 5.3%; la clasificación de otros se presentó con 7.9%; el hábito de labio con 4.9%; y succión de dedo con 4.2% en la clase I, en cada uno respectivamente. (Ver Gráfica 9)

## 8. CONCLUSIONES

De la muestra que se conformó por 303 pacientes infantiles, el género femenino representó un 50.2% y con una mínima diferencia el masculino un 49.8%.

En este estudio se registró que la respiración bucal, fue el hábito de mayor porcentaje con un 12.2%, predominando el género femenino en este hábito con un 7.6% y el género masculino obtuvo el mayor porcentaje con un 6.6% en el hábito de labio.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre los hábitos y el género ( $\chi^2 = 17.384$ ,  $p = 0.004$ ).

En cuanto a los hábitos con la edad, la relación estadísticamente no fue significativa ( $\chi^2 = 12.291$ ,  $p = 0.266$ ).

En la prevalencia de maloclusiones, la clase que más alto porcentaje obtuvo fue la clase I con 62%, el género femenino predominó en esta clase presentando un 31.4% y el masculino un 30.7%. Se encontró una asociación moderada estadísticamente significativa entre Clase de Angle y el género ( $\chi^2 = 9.026$ ,  $p = 0.060$ ).

La prevalencia de maloclusiones en cuanto a la edad, los niños de 6 a 7 años obtuvo el mayor porcentaje con 33.2% en la clase I y un 4.5% en la clase II división 2, los de 8 a 9 años un 6% en la clase II división

1, y en la clase III presentó la misma frecuencia en todos los grupos de edades con un 1.9%.

No existe relación estadística entre la edad con la Clase de Angle ( $\chi^2 = 5.008$ ,  $p = 0.543$ ).

Los hábitos que más predominaron en la prevalencia de maloclusiones, fue la respiración bucal obteniendo mayor porcentaje con 10.9% en la clase II (div 1 y 2).

Encontramos que la protusión lingual con un 5.3%; otros (onicofagia y bruxismo) con un 7.9%; hábito de labio con un 4.9%; y succión de dedo con un 4.2% presentaron mayor porcentaje de prevalencia en la clase I, recordando que esta clase obtuvo el mayor porcentaje de prevalencia en las maloclusiones.

Por lo tanto si existe una asociación estadísticamente significativa entre los hábitos y las maloclusiones ( $\chi^2 = 102.285$ ,  $p = 0.0001$ ).

## 9. PROPUESTAS

Siendo este el tercer estudio que se realiza en una de las Clínicas Periféricas pertenecientes a la Facultad de Odontología, UNAM, se sugiere que se continúe con investigaciones similares, ya que en nuestro país contamos con escasos estudios relacionados con el tema.

Para que así se permita crear programas de prevención de las maloclusiones, tomando en cuenta que gran cantidad de la población de escasos recursos de nuestro país acude, a las clínicas de la Facultad de Odontología, UNAM, y así tratar de lograr que los pacientes infantiles, reciban un tratamiento preventivo e interceptivo oportuno.

Así como también sea de utilidad para el Cirujano Dentista de práctica general, tratando de llegar a los padres de familia, con más programas informativos, acerca de la prevención de las maloclusiones y los hábitos que pueden presentar los niños y niñas, ya que en la mayoría de los casos no tienen conocimiento sobre este tipo de problemas.

## 10. REFERENCIAS

1. Valle D D and Moreira T C. Prevalence of malocclusion in brazilian children of publics school. University of Rio de Janeiro, Brazil.  
[www.iard.confex.com/iard/2002SanDiego/techprogramabstract\\_11223.htm](http://www.iard.confex.com/iard/2002SanDiego/techprogramabstract_11223.htm)
2. Fernández T C y Acosta A C. Hábitos deformantes en escolares de primaria. Rev Cubana Ortod 1997; 12(2): 79-83.  
[www.bus.sld.cu/revistas/ord/vol2\\_2\\_97/ord02297.pdf](http://www.bus.sld.cu/revistas/ord/vol2_2_97/ord02297.pdf)
3. Santiso C A, Díaz C E, Martínez A A, et al. Diagnóstico ortodóntico en niños del área de salud Florencia. Rev Cubana Ortod 1997;12(2).  
[www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12\\_2\\_97/ord05297.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord05297.htm)
4. Kerosuo H. Oclusión in the primary and early mixed dentitions in a group of tanzanian and finish children. J Dent Child. July-August, 1990.
5. Jiménez A A, Acosta B B, Soto C L, et al. Alteraciones del habla en niños con anomalías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortod, 1997;13(1):29-36.  
[www.bus.sld.cu/revistas/ord/vol13\\_1\\_98/ord05198.htm](http://www.bus.sld.cu/revistas/ord/vol13_1_98/ord05198.htm)
6. Suárez, León de la Fe y Rivera. Eliminación de factores de riesgo de maloclusión dentarias en niños de primaria. Elimination of dental malocclusion risk factors in elementary school children, Matanzas. Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar, A.C., 2002.  
[www.amom.com.mx/amom.htm](http://www.amom.com.mx/amom.htm)
7. Ávila y Sandoval. Prevalencia de maloclusiones en pacientes de 7 a 12 años de edad en la Clínica Periférica "Las Aguilas". Tesis para obtener el título de

Cirujano Dentista. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Odontología, México, D.F., 2003.

8. Montiel CD y colaboradores. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista de la Asociación Dental Mexicana, AC, vol 61, num 6, 2004.

[www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/iah](http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/iah)

9. Valdenice, Barbosa, Souza, Pontes. El predominio y los factores se relacionaron con la boca que respiraba en niños de escuela en el proyecto-Recife de Santo Amaro. Revista Brasileira de Otorrinolaringología; vol 72, num. 3, 2005.

[www.scielo.br/scielo.php?script=sci.htm](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci.htm)

10. Palomares y Molinar. Frecuencia y distribución de maloclusión en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí, México. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2007.

[www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/frecuencia\\_distribucion\\_maloclusion.as](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/frecuencia_distribucion_maloclusion.asp)

[p](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/frecuencia_distribucion_maloclusion.asp)

11. Robledo. Prevalencia de maloclusiones en pacientes de 6 a 14 años de las Clínicas Periféricas “Las Águilas y Aragón”. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Odontología. México D.F., 2006.

12. Canut JA. Ortodoncia Clínica. México: Ed. Salvat, 1992.

13. Dorland. Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Vol. I y II. México: Ed. McGraw- Hill.

14. Escobar. Odontología Pediátrica. Ed. Actualidades Médico odontológicas Latinoamericanas, 2004.
15. Graber M T. Ortodoncia principios generales y técnicas. 1ª reimpresión de la 2ª edición. España: Ed. Panamericana, 1999.
16. Mayoral. Ortodoncia, Principios Fundamentos y Práctica. 6ª ed. Ed. Labor, 1990
17. JR Boj, M. Catala y colaboradores. Odontopediatría. 1a edición. Ed. Masson.
18. Pinkman. Odontopediatría Pediatría. 3a ed. Ed. McGraw- Hill Interamericana.
19. Andlaw. Manual de Odontopediatría. 4ª ed. Ed. McGraw- Hill- Interamericana.
20. Aguila F J. Tratado de Ortodoncia. Teoría y Práctica tomos I y II. Actualidades Médico Odontológicas. España: Ed. Latinoamericana, 2000.
21. Finn S B. Odontología Pediátrica. Interamericana, México, 1976: 110-115.
22. Abreu O., Pousa M. y González E. Relación entre la postura de la cabeza y las mordidas cruzadas posteriores unilaterales. Universidad Santa María, Caracas. Venezuela, 2004.

[www.odontología-online.com/estudiantes/trabajos/oa/oa04/oa04.html](http://www.odontología-online.com/estudiantes/trabajos/oa/oa04/oa04.html)

23. Murrieta J, Zurita U y Romo M. Frecuencia y distribución de factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de la oclusión. Tem. Selec. Invest. Clin. 1999; V (5): 37- 52. Revistas Biomédicas Latinoamericanas.  
[www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_seccion=321&id\\_emplazamiento=294&id\\_revista=83](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_seccion=321&id_emplazamiento=294&id_revista=83)
24. Campos D, Sánchez M y Ustrell JM. Conceptos básicos de Ortodoncia (II). Indicaciones del tratamiento de la maloclusión dental. Facultad de Barcelona. Vol. 8 Num. 01 p.3- 11. Revista DOYMA, enero 2001.  
[www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go\\_fulltext\\_o\\_resumen?esadmin=si&pident=1002215](http://www.db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=1002215)
25. Alcalá Velásquez B.S. Uso y aplicaciones del paquete SPSS/PC. Conjunto académico UNAM, 1987.
26. Elorza, H. Estadística aplicada para las Ciencias Social del Comportamiento y de la Salud. 3ª Ed. Thomson Publishers, México 2006.
27. Rakosi T, Jonas I, Graber M T. Color Atlas of Dental Medicine, Orthodontic-Diagnosis. New Cork: Thieme, 1993.

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FOLIO \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

#### Clasificación de Angle

##### Derecha

- Clase I
- Clase II división 1
- Clase II división 2
- Clase III

##### Izquierda

- Clase I
- Clase II división 1
- Clase II división 2
- Clase III

#### Clasificación de Dewey- Anderson

- Tipo: 0
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5

#### Hábitos orales

- Succión de dedo
- Protusión Lingual
- Respirador Bucal
- Hábito de labio
- Otros  \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

#### CLÍNICA PERIFÉRICA PADIERNA TURNO VESPERTINO

FOLIO\_\_\_\_\_

A quien corresponda:

Por medio de este conducto requerimos de su autorización para realizar un examen oral y tomar fotografías útiles para la realización de la tesis RELACIÓN DE LOS HáBITOS ORALES CON LA PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES DE ANGLE, EN PACIENTES DE 6 A 14 AÑOS DE EDAD, EN LA CLÍNICA PERIFÉRICA “PADIERNA”, TURNO VESPERTINO; las cuales se utilizarán solo para fines académicos.

Atte: DALIA SARDANETA ESCUDERO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA