



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y
SU ASOCIACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES ENTRE
LOS NIÑOS QUE ASISTIERON A LA CLÍNICA
PERIFÉRICA “LAS ÁGUILAS” EN EL AÑO 2009-2010

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

PAULINA FRAGA RODRÍGUEZ

TUTORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE

ASESORA: Dra. MARÍA DEL CARMEN VILLANUEVA VILCHIS



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.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente este trabajo se lo dedico a Dios, pues es Él quien me ha permitido llegar a este momento y a quien las palabras me faltan para expresarle lo agradecida que estoy por su fidelidad e inmenso amor.

Papá y Mamá, gracias por estar conmigo y apoyarme desde el primer día en que comencé mi carrera, y no sólo la carrera profesional, sino la carrera de haberme educado de una forma tan especial...el experimento funcionó y ésto es la prueba de ello. Los admiro mucho. Gracias Pa por toda tu ayuda técnica y anímica durante la carrera. Me encanta que ahora podemos compartir tantas cosas nuevas juntos. Lo disfruto muchísimo. ¡Gracias colega! Ma, gracias por ser mi mejor amiga y por toda tu dedicación y apoyo a lo largo de estos años. Eres un ejemplo para mí.

Nes, gracias, eres el mejor hermano y compañero. Te quiero mucho.

Gordo, estoy muy orgullosa de que hayas sido tú la media naranja que Dios me tenía y que trajo en el momento indicado. Gracias por darme ánimos una y otra vez, ayudándome a concluir éste trabajo y esta etapa de estudiante. Gracias por todo lo que hemos vivido juntos....como siempre, lo mejor está por venir. ¡Te amo Schatzie!

Muchísimas gracias a mi tutora la Mtra. Erika Heredia Ponce por su paciencia y gran apoyo al realizar este trabajo. Gracias por su ejemplo de dedicación.

A mi asesora la Dra. María del Carmen Villanueva Vilchis por su tiempo y apoyo.

A mi universidad, que cómo no la voy a querer por todo el conocimiento que me brindó, acompañado de alegrías y gratos recuerdos.

ÍNDICE

1. Introducción.....	5
2. Marco teórico.....	7
2.1 Hábitos.....	7
2.1.1 Clasificación de los hábitos.....	7
2.1.2 Hábitos Generales.....	8
2.1.3 Hábitos Bucales.....	8
2.1.3.1 Hábitos Bucales Perniciosos.....	9
2.1.3.1.1 Hábito de Respiración Bucal.....	9
2.1.3.1.2 Bruxismo.....	12
2.1.3.1.3 Hábito de Labio.....	13
2.1.3.1.4 Hábito de Biberón.....	15
2.1.3.1.5 Onicofagia.....	17
2.1.3.1.6 Succión Digital.....	18
2.1.3.1.7 Interposición Lingual.....	23
2.2 Maloclusiones.....	27
2.2.1 Clasificación de las maloclusiones.....	32
3. Antecedentes.....	35
4. Planteamiento del problema.....	38
5. Justificación.....	39
6. Objetivo General.....	40
6.1 Objetivos Específicos.....	40
7. Hipótesis.....	41

8. Material y Método.....	41
8.1 Tipo de estudio.....	41
8.2 Población de estudio.....	41
8.3 Muestra.....	41
8.4 Criterios de selección.....	41
8.4.1 Criterios de inclusión.....	41
8.4.2 Criterios de exclusión.....	42
8.5 Definición operacional y escala de medición de las variables.....	42
8.6 Método de recolección de la información.....	45
8.7 Recursos.....	45
8.7.1 Humanos.....	45
8.7.2 Materiales.....	45
8.7.3 Infraestructura.....	46
8.7.4 Financieros.....	46
9. Aspectos éticos.....	46
10. Análisis estadístico.....	46
11. Resultados.....	47
12. Discusión.....	54
13. Conclusiones.....	58
14. Bibliografía.....	59



1. Introducción

Los hábitos perniciosos pueden alterar el desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dento-esqueléticas, así como problemas psicológicos, de aprendizaje, emocionales, y de algunos sistemas como respiratorio y digestivo. En nuestro país, según la norma oficial mexicana NOM-013, las anomalías dentomaxilares ocupan el tercer lugar dentro de las alteraciones bucales. La causa de su aparición se debe a múltiples factores, entre los que comúnmente se encuentran los hábitos perniciosos.

Un hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente.

Existen hábitos que son buenos o funcionales como la masticación, la respiración nasal y la deglución. Por otro lado están los hábitos perniciosos como la respiración bucal, bruxismo, onicofagia, hábito de biberón, hábito de labio, succión digital, e interposición lingual. Estos hábitos perniciosos traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos. Debido a estos hábitos también pueden darse efectos negativos como trastornos de lenguaje, del desarrollo físico y emocional del niño.

Los hábitos perniciosos por lo general comienzan en la niñez, situación que complica tanto la eliminación del hábito como el trabajo del Cirujano Dentista, ya que el niño no posee la capacidad de comprender por qué es benéfico para el abandonar el hábito. Por esta razón, muchas veces es imposible convencer al paciente de que abandone el hábito por sí solo, por lo que es necesario recurrir a otras técnicas de restricción. El papel que juega el Cirujano Dentista al dialogar con los padres para hacerles entender las complicaciones de un hábito pernicioso



es vital para que los padres cooperen con el tratamiento y a su vez motiven a sus hijos.

Una grave consecuencia que tienen los hábitos perniciosos sobre la cavidad bucal es que después de un tiempo pueden ser los causantes de diversos tipos de maloclusiones. Estas maloclusiones a su vez traen problemas en la dentadura completa, no solo en relación a la estética sino a la función, la cual es muy importante. Algunas maloclusiones que constantemente podemos ver relacionadas con la prevalencia de los hábitos bucales perniciosos son: mordida abierta, mordida cruzada, lingualización o vestibularización de los dientes anteriores y desgaste dental excesivo. Es muy importante tratar de eliminar los hábitos cuanto antes para evitar que se presente con el tiempo alguna maloclusión.

Esta investigación tiene como propósito determinar la prevalencia de los hábitos bucales perniciosos y su asociación con las maloclusiones entre los niños que asisten a la clínica periférica “Las Águilas” en el año 2009 – 2010.



2. Marco teórico

2.1 Hábitos

Sogbe de A. señala al hábito como una idea de manera metódica, en la cual la mente y el cuerpo actúan como el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos.¹

Dicho autor también menciona a Rubinstein, el cual en su texto “Principios de Psicología General”, define el hábito como un componente automatizado consciente del hombre, que se elabora dentro del proceso de su ejecución. Aunque en forma distinta, todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo que resumiendo, se puede establecer que un hábito es: un patrón de conducta fijado por repetición, una manera de actuar que se fija por el entrenamiento, o una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.

El hábito es una práctica que se adquiere por la frecuente repetición de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, la masticación, fonación y deglución.

2.1.1 Clasificación de los hábitos

Una de las clasificaciones que se menciona en el texto de Sogbe de A. es la de Gómez Herrera¹ quien agrupa los hábitos de acuerdo a los diferentes tipos de manifestaciones que se presentan en el individuo, por medio de actos rutinarios y que pueden ser considerados como normas de costumbre. El autor clasifica los hábitos en: hábitos generales y hábitos bucales.



2.1.2 Hábitos generales

Los hábitos generales pueden ser fisiológicos o sociales. Los fisiológicos son acciones que se ejecutan mecánicamente, y se efectúan en la regularidad con la que el individuo satisface su organismo ante ciertos estímulos como es el hambre, la sed, y la micción.

Los hábitos sociales son formas de conducta que se vinculan con la cooperación o la interrelación con otros individuos, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social.

2.1.3 Hábitos bucales

Los hábitos bucales más comunes y más frecuentemente observados en los niños son: succión digital, bruxismo y onicofagia.²

Además, se tienen otros hábitos que aunque no se mencionan dentro de los más frecuentes, son de igual importancia, ya que también ocasionan alteraciones bucales. Éstos son: respiración bucal, hábitos labiales, hábito de chupón, o interposición lingual.

Sogbe de A.¹ clasifica a los hábitos bucales en hábitos bucales compulsivos y no compulsivos:

Hábitos bucales no compulsivos: Son hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar.

Hábitos bucales compulsivos: Son hábitos en donde se logra adquirir 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 situaciones ocurridas en su mundo. Provocando en ciertas ocasiones ansiedad al tratar de corregir el hábito.



2.1.3.1 Hábitos bucales perniciosos

Estos hábitos son una costumbre o práctica adquirida por la constante repetición de un acto que se considera no fisiológico, entre los que se encuentran la respiración bucal, el bruxismo, el hábito de labio, el hábito de biberón, la onicofagia, la succión digital y la interposición lingual. Estos hábitos pueden llegar a alterar el desarrollo normal bucal y facial, produciendo deformaciones dentoestructurales, además de problemas psicológicos, digestivos, respiratorios, y emocionales.

Estos hábitos pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático provocando desequilibrio en las fuerzas ejercidas normalmente ocasionando así una deformación ósea. La fuerza anormal ejercida por la lengua, el labio, el dedo o incluso los mismos dientes, produce una tensión mayor en cierta zona de la boca; esto, después de tiempo y constancia genera una deformación a nivel óseo.

Estas deformaciones no solo alteran la oclusión normal de los dientes, sino también alteran la estética y la fonación, e incluso genera otros problemas como respiratorios, digestivos, alteraciones emocionales e incluso psicológicas.¹

2.1.3.1.1 Hábito de respiración bucal

El hábito de respiración bucal está directamente asociado a la obstrucción de las vías respiratorias altas. Esta obstrucción se puede dar por rinitis alérgica, hipertrofia de las amígdalas, desviaciones en el tabique nasal, o hipertrofia de los cornetes. Cuando alguna de estas obstrucciones ocurre, los receptores sensoriales en los vasos sanguíneos y en los pulmones, mandan una señal al cerebro para que el flujo del aire se incremente. La respuesta más común a esta señal es el respirar por la boca.



Cuando el paciente respira por la boca, el aire durante la inspiración y expiración, pasa únicamente por la cavidad bucal, provocando un aumento en la presión aérea intrabucal. Este aumento de presión va a provocar una compresión de la maxila que puede presentarse con apiñamiento o con protrusión incisiva, en donde el paladar será alto y angosto. También se pueden observar mordidas cruzadas posteriores debido a una maxila estrecha y tendencia hacia la mordida abierta.

Algunas investigaciones han sugerido que la respiración por la boca puede conducir a una variedad de anomalías, incluyendo las maloclusiones Clase II y Clase III.² En la respiración bucal, los labios quedan entreabiertos y la lengua, baja, perdiendo con ello su capacidad morfofuncional que permitiría un desarrollo transversal correcto de la maxila, produciendo mordidas cruzadas posteriores, unilaterales, o bilaterales.³

En los casos más extremos, el hábito de respiración bucal va a producir cambios esqueléticos y dentarios que van a afectar la cara. Este cambio en la estructura de la cara es característico en algunos respiradores bucales y hay una tendencia hacia un patrón de crecimiento más vertical de lo normal que se le conoce como "síndrome de la cara larga o facies adenoidea".²

Las encías hiperplásicas e inflamadas, acompañan con frecuencia a la respiración por la boca, debido a la exposición continua del tejido al aire seco.² Los niños que se someten a una operación y su problema de vías aéreas es corregido, tienden a cambiar su hábito y comienzan a respirar por la nariz después de la cirugía, sin embargo, el niño puede continuar respirando por la boca si no ejercita su respiración nasal.^{1,2}



Es importante destacar un estudio realizado por el Dr. Takashi Kanehira, donde comenta que la respiración bucal es un factor que predispone a los niños a tener halitosis.⁴

El hábito de respiración bucal está asociado a pacientes con interposición de la lengua y del labio, los cuales muchas veces presentan mordida abierta.

La respiración bucal tiene una serie de repercusiones tanto en la maxila, como en la mandíbula.³

Repercusiones de la maxila:

- 1) Opacidad e hipodesarrollo de los senos maxilares que constituyen la base de la arcada superior y se ocasiona una hipotrofia.
- 2) Se produce una elevación y retrusión de la espina nasal anterior.
- 3) Se genera un hipo desarrollo de la maxila.
- 4) Hay protrusión incisiva por falta de presión labial. Este dato no es constante y puede aparecer en lugar de protrusión, apiñamiento incisivo.

Repercusiones en la mandíbula:

- 1) Prognatismo mandibular por la posición baja de la lengua.
- 2) Rotación posterior mandibular con elongación de los rebordes alveolares que dan como resultado una clase II y un aumento de la altura facial inferior.
- 3) Lateroposición funcional mandibular si la compresión de la maxila no es muy grande, que puede llevar a laterognatia y provocar una asimetría lateral facial. La respiración bucal también puede originar una interposición lingual que origina una mordida abierta anterior o lateral.



2.1.3.1.2 Bruxismo

El bruxismo se define como una actividad parafuncional diurna o nocturna en la que los dientes son rechinados o apretados. El bruxismo se clasifica en céntrico y excéntrico. El bruxismo céntrico es el hábito de apretar los dientes, y el bruxismo excéntrico es el de rechinar los dientes. Esta actividad puede ser diurna o nocturna, voluntaria o involuntaria, y trae como consecuencia un gran desgaste en los dientes, reducción de la dimensión vertical, y aplanamiento en las caras oclusales de los molares.³

Se ha registrado que entre 14 y el 18% de los casos desaparecen durante la infancia y 3% se eliminan durante la edad adulta. El bruxismo no tiene un predominio sobre ningún sexo; es igual tanto en hombres como en mujeres.

La etiología de este hábito no se conoce con exactitud, si bien, se han hecho varios estudios incluso genéticos para tratar de encontrar algún dato que sugiera una posible causa.

Lavigne, menciona un estudio aplicado a gemelos idénticos, en el que se encontró que los dos gemelos presentaban bruxismo. Esto le hace suponer al autor una posible causa genética.⁵

Se cree que el hábito de bruxismo puede también estar relacionado a estrés, ansiedad, o hiperactividad. Asimismo, se dice que los niños y adolescentes con trastornos de conducta y trastornos de personalidad muestran una tendencia mayor a presentar bruxismo.⁶

Pinkham⁷, asegura que los niños con alteraciones musculoesqueléticas, parálisis cerebral y con retraso mental, rechinan los dientes con frecuencia.



Lavinge, menciona un porcentaje mayor de incidencia de bruxismo en niños con algún familiar directo que también presente el hábito y por lo tanto puedan presentarlo por imitación. El bruxismo que se da durante el día está asociado a tics nerviosos y a estrés, sin embargo, menciona que se ha encontrado que el bruxismo nocturno está relacionado a un pequeño incremento en el ritmo cardiaco durante el sueño. Este incremento en el ritmo se repite de 8-14 veces cada hora durante el sueño.⁵

Pinkham ⁷ sugiere que el bruxismo es una reacción a una interferencia oclusal, una restauración alta, factores sistémicos, deficiencias nutricionales subclínicas, endocrinopatías e incluso menciona una asociación con la presencia de parásitos intestinales, sin embargo, respecto a esto último, Díaz Serrano,⁸ explica que después de un estudio realizado a niños bruxistas, sólo el 30% de éstos presentaron infecciones parasitarias, por lo que él asegura que el resultado realmente no confirma una relación significativa entre el bruxismo y los parásitos intestinales.

Algunas consecuencias del bruxismo son la destrucción dental, dolor temporomandibular y muscular, cefaleas, mordeduras en carrillos, desgaste dentario, hipersensibilidad dentaria, movilidad, fracturas de dientes o restauraciones, dolor muscular, dolor de cuello y espalda.³

2.1.3.1.3 Hábito de labio

El hábito de labio consiste en morderse el labio superior o inferior, aunque en casi todos los casos el labio inferior es el implicado. La presentación más frecuente de succión de labios es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores. Con esto, se aplica una fuerza que va en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra vestibular sobre los superiores. Esto ocasiona



proinclinación de los dientes superiores y retroinclinación de los inferiores, así como también una sobremordida vertical u horizontal.⁷

Es evidente la presencia de este hábito cuando se observa la relación del labio inferior y cuando también se observan los labios enrojecidos, inflamados o resecos.⁷

Si este hábito persiste con suficiente frecuencia, intensidad, y duración, se ocasiona una mordida abierta,⁷ la cual debe ser tratada con un “lip-bumper” y posteriormente aparatología ortodóntica para reacomodar la mordida.²

La succión del labio puede aparecer sola, o verse asociada con la succión del pulgar.⁹ La mordida del labio debe sospecharse en los niños que exhiben una mordida abierta dental anterior sin el hábito aparente de succionarse el dedo.⁷

Si el niño lo realiza este hábito con suficiente frecuencia, intensidad, y duración, puede hacer que persista una maloclusión ya existente. No es fácil saber con certeza si este hábito puede llegar a crear una maloclusión.^{7,9}

Este hábito puede estar relacionado con estrés emocional por parte del niño que es resultado quizá de infelicidad y conflictos en el hogar.¹⁰

Los odontólogos han utilizado aparatos para suspender estos hábitos, pero es poco lo que se puede hacer al respecto, así que el tratamiento suele ser paliativo y se limita básicamente a humectación de los labios, a hablar con el paciente y con los padres acerca del hábito y de una posible terapia psicológica si es que el niño sufre de estrés emocional.



2.1.3.1.4 Hábito de biberón

El hábito de biberón o chupón produce cambios morfológicos similares a los producidos por los hábitos digitales. Se observan mordidas abiertas y constricción de los maxilares en niños que utilizan "chupón", aunque no tan marcadas como las causadas por hábito de dedo.⁷ Este hábito produce también paladares más constreñidos, con mordida cruzada posterior, debido a un incremento de la actividad de la musculatura de las mejillas y por desplazamiento de la lengua hacia atrás y hacia abajo, que hace que disminuya el soporte y la presión lingual a nivel de caninos y molares de la primera dentición.³

Pinkham⁷ señala que los hábitos de "succión no nutritiva" (succión de dedo, chupones u otros objetos) "se consideran parte normal del desarrollo fetal y neonatal."

Este reflejo de succión, que está muy presente al nacer y hace que el niño busque el seno materno, desaparece aproximadamente al año.

Durante la alimentación a través del seno materno, el lactante coloca la lengua debajo el pezón en contacto con el labio inferior y deglute con los maxilares separados y los labios juntos, a lo que se le llama "deglución infantil" la cual es muy diferente a la deglución del adulto en la que se juntan los dientes y la punta de la lengua toca el paladar mientras los labios están relajados.

El cambio de la deglución infantil hacia la del adulto es gradual y se puede encontrar una deglución de adulto ya establecida aproximadamente a los 9 ó 10 años de edad.

Al succionar el pezón, el bebé va a necesitar ejercer un esfuerzo significativo para poder succionar y obtener leche. Mientras esté lactando, va a realizar



movimientos de protrusión y retrusión mandibulares, los cuales tienen una gran importancia para el desarrollo correcto de la mandíbula.

Pinkham⁷ afirma que aunque se considera normal la succión nutritiva, aun no se ha establecido el punto en que la succión no nutritiva se hace un hábito y no se considera normal.

Los hábitos de succión dependen del entorno cultural, es decir que el pequeño no tiene mucho poder sobre su hábito, por lo tanto se le puede alentar o desalentar a que lo siga haciendo; el niño simplemente lo realiza como una continuación de su reflejo de succión.

Algunos autores dicen que no hay diferencia importante entre chuparse el dedo o el chupón, en cuanto a los efectos que estos hábitos ejercen sobre la dentición.^{7,5}

Es evidente que este hábito es mucho más fácil de solucionar debido a que depende en gran manera de los padres y ellos pueden ponerle fin al uso del chupón; no así con el hábito de dedo, en el que se necesita de la total cooperación del paciente para abandonar el hábito.

Pinkham⁷ cita en su texto que, Helle y Haavikko, en 1974, informaron que en más del 90% de los niños que presentan el hábito de chupón, éste se interrumpe antes de los cinco años de edad y el 100% hacia los ocho años.

Antes de sugerir un tratamiento, se debe observar al niño y ver si el hábito cesa espontáneamente al presentarse la dentición mixta. La mayoría de los niños abandonan el hábito entre los dos y cuatro años de edad.⁷



2.1.3.1.5 Onicofagia

Onicofagia se define como el hábito de morderse las uñas constantemente. Viene de las palabras: "onicos" (uña) y "fagia" (comer).¹¹

Éste es un hábito presente en niños no tan pequeños, con una proporción igual en ambos sexos. Aparece hasta los 3 o 4 años de edad⁸ y puede persistir e incluso frecuentemente suele aumentar en la adolescencia, para luego desaparecer súbitamente o en ocasiones suele ser sustituido por otros objetos como cigarrillos o lápices, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.¹¹

Se calcula que uno de cada cuatro niños presenta el hábito de onicofagia.¹¹

Algunos psicólogos piensan que la etiología de la onicofagia está relacionada a la ansiedad, a una inestabilidad psicomotora, o a un mal ajuste de la personalidad⁹ y sugieren la posibilidad de que dicha costumbre sea una manifestación de estrés en el sujeto,⁷ posiblemente causado por un ambiente familiar tenso o una inadaptación al medio escolar. Esto no se puede probar del todo ya que no siempre se encuentran estas características en los pacientes.

Sogbe de A.¹ señala que para Shentoub, la onicofagia es un comportamiento agresivo pero con sentimiento de culpa, que tiende a volverse en agresividad contra el propio cuerpo. Para Shentoub, la onicofagia muchas veces es la prolongación del hábito de succión digital.¹

De nuevo, Sogbe de A. en su texto cita a Kanner, el cual ha insistido en las diferencias psicológicas existentes entre el paciente onicófago y el que succiona el dedo. El paciente con hábito de succión es calmado, plácido, difícilmente conmovible, mientras que el onicófago suele ser más hiperactivo, o autoritario. No obstante, ambos síntomas pueden ir unidos.¹



Moyers,⁹ menciona que: "La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias" y que este hábito se relaciona a niños nerviosos y tensos en los que su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito en sí mismo.

A diferencia de Moyers⁹, Pinkham⁷ asegura que no se ha comprobado que el morderse las uñas produzca algún tipo de maloclusión o cambio dental, sino que simplemente es un hábito que puede causar atrición en los incisivos superiores o inferiores y lesiones en los lechos ungueales y por esto recomienda utilizar productos endurecedores de uñas para protegerlas.

Reforzando lo dicho por Pinkham, Sogbe de A. comenta que la onicofagia no produce maloclusiones ya que las fuerzas aplicadas son similares a las de masticación.¹

2.1.3.1.6 Succión digital

La succión de dedo es uno de los hábitos más comunes en los niños, pero no se considera un hábito nocivo mientras el niño es pequeño. Si el hábito persiste después de los 5 o 6 años de edad, ya es considerado como nocivo y se recurre a tratamiento.²

La succión es de los primeros reflejos que se presentan en el niño recién nacido, y esta acción es sumamente útil para la alimentación, además de ser importante para la estimulación del crecimiento de los maxilares y de la musculatura facial.

Ante la sensación de hambre, el niño se nutre a través del seno materno mediante la succión, recibiendo satisfacción tanto física y nutricional como psicológica.

Es importante mencionar que durante el período fetal, desde el 4^o y 5^o mes, las funciones de deglución y succión comienzan de forma independiente. Al



nacimiento, la respiración constituye, junto con la deglución y succión, una tríada funcional interdependiente, coordinada y armoniosa. Para ello se debe permitir al bebé el acople adecuado de la boca al pecho: la punta de la lengua sobrepasando el rodete gingival, apoyándose en la mucosa del labio inferior y los labios evertidos apoyándose en todo el contorno de la zona aureolar, creando un sellado hermético, de tal modo que el pezón y la aureola se extienden hasta el fondo de la boca, a donde la leche es derramada, desencadenando la deglución refleja. De esta manera, la lengua no participa como órgano de deglución.⁷ El uso incorrecto del biberón, hace que el bebé no evierta sus labios, cerrándolos y apretándolos contra el biberón. No protruye la lengua para agarrar el biberón, sino que con la punta de la lengua regula el flujo del líquido y el cuerpo de la lengua es usado como órgano de deglución. Si el amamantamiento es adecuado y oportuno, el niño satisface las necesidades orgánicas y afectivas relacionadas con la succión, reduciendo la incidencia de hábitos prolongados de succión no nutritivos, biberón o dedo.

La prevalencia de hábitos de succión no nutritivos es muy variable y depende de varios factores, como por ejemplo, la cultura del país. Estos hábitos no son comunes en África y son desconocidos por los esquimales, en tanto que en los países occidentales, 95% de los niños presentan algún hábito, siendo la succión digital el más común en los grupos socioeconómicos más elevados. Los niños de los países occidentales tienen menos contacto con las madres y compensan esa ausencia adquiriendo hábitos alternativos, succión digital o de chupón.²

Algunas causas por las que el niño puede presentar hábito de succión, son: un cambio brusco de la alimentación maternal al biberón, lo que puede ocasionar frustración que se libera con la succión del dedo, un biberón con perforaciones demasiado grandes, con las que no se requiere de mucho esfuerzo por parte del niño para succionar, lo que da lugar a la succión del pulgar como una necesidad



persistente de gratificación bucal. Otra causa puede ser una insatisfacción física y emocional después de la alimentación, en la que el succionar un chupón o uno de los dedos puede ser un recurso para descargar pequeñas frustraciones e inconformidades, o también la falta de atención materna durante los períodos iniciales de la alimentación.^{1, 12}

Según Barber,³ 46% de los niños han tenido el hábito de chuparse un pulgar o un dedo durante la niñez, y esto es aceptado aun socialmente hasta cierta edad del niño, sin embargo, no es seguro que el niño deje el hábito en sus años preescolares, ya que muchos lo conservan a veces hasta la adolescencia. Aun cuando al momento de la detección del hábito, no se observe ningún efecto adverso sobre la oclusión, el odontólogo debe de motivar a los padres a que ayuden a sus hijos a abandonar cuanto antes este hábito.

Los niños pueden succionar uno o más dedos, sin embargo, el más común es el pulgar, el cual es succionado por el niño apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras que la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores.³

El efecto de este hábito va a depender de la posición; la intensidad, que es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes; la frecuencia, que se refiere al número de veces que se realiza el hábito durante el día; y la duración, la cual se refiere a la cantidad de tiempo que se dedica a la succión.⁷

Las investigaciones clínicas sugieren que se requieren de cuatro a seis horas de aplicación de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario. Esto quiere decir que un niño que succiona con gran intensidad y de manera intermitente puede no causar mucho movimiento dental, mientras que otro succiona de modo persistente (durante más de seis horas) origina un cambio dental relevante.⁷



Los odontopediatras opinan que cuando el hábito es severo, se produce un aumento en la protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores. Por otro lado, la succión labial puede aparecer después del hábito de succión digital y a consecuencia de éste, haberse incrementado el resalte incisivo.⁷

Cuatro signos clásicos de un hábito de succión digital son: 1. mordida abierta anterior, 2. mordida cruzada posterior, 3. movimiento vestibular de los incisivos superiores, y desplazamiento lingual de los inferiores, y 4. Constricción de la maxila.

Por lo general la succión de dedo es un hábito que puede ser el signo de un problema psicológico profundo. El hábito puede no tener una causa específica sino ser simplemente un hábito, o bien, tener implicaciones psicológicas.

McDonald¹² sugiere la posibilidad de que la succión de dedo esté relacionada con un amamantamiento rápido, con un estado de tensión durante el acto de lactancia o una falta de atención materna durante los períodos iniciales de la alimentación.

Algunos autores como Sogbe de A,¹ y McDonald,¹² señalan como psicogénesis de la succión, los siguientes factores: problemas familiares, rivalidad entre los hermanos, celos por el nacimiento de un hermano, problemas psicológicos en los que el niño escapa de la realidad y fantasea, o bien, niños mal atendidos, tristes o solitarios.

Autores como Pinkham y los anteriormente mencionados, concuerdan que si el hábito es abandonado por el niño antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, entonces no hay mucha posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes permanentes, pero si el hábito de succión se mantiene hasta la erupción de los incisivos de la segunda dentición, es seguro que va a influir en la alineación de la segunda dentición y en el reborde alveolar. También



puede afectar el desarrollo facial.¹¹ Si el hábito persiste durante el período de dentición mixta de 6 a 12 años, pueden producirse graves desplazamientos.

Es importante mencionar que la gravedad de las alteraciones producidas por la succión de dedo dependerá de la posición en la que se encuentre el dedo en la boca, así como la acción de palanca que ejerce el dedo contra los dientes y el proceso alveolar, donde el pulgar puede apoyarse y presionar distintas áreas del paladar duro. Dependiendo del lugar donde se apoye el dedo del niño serán los efectos que se produzcan.

El dedo puede apoyarse de tres formas y cada una tiene diferentes consecuencias dentales y esqueléticas:

1. Sobre las caras linguales de los incisivos superiores: el efecto que se logra ocasionar será únicamente dental, provocando labio versión de los incisivos superiores.
2. Sobre las zonas dentales posteriores de la maxila, provocando una rotación antero-superior de la maxila.
3. Sobre el paladar duro; en donde los efectos serán ortopédicos, produciendo un paladar profundo y estrecho.
4. La succión de dedo en sí misma, va a ocasionar un estrechamiento de los arcos superior e inferior en la región de los caninos, premolares, y con menos intensidad en la región de molares.

Al enfrentarse con un niño que presenta mordida abierta, se debe sospechar en primer lugar la posibilidad de que el niño tenga hábito de dedo. Se debe de interrogar al niño y a los padres si se presenta el hábito. Hay ocasiones en que los padres no tienen conocimiento de esto, debido a que el hábito puede presentarse sólo cuando el niño está dormido. Para estar seguros de que no



existe dicho hábito, se revisan los dedos del niño de posibles pistas como puede ser un dedo muy limpio en comparación a los otros dedos o se pueden observar callos en los dedos.

El tratamiento para este hábito puede ser variado; se debe comenzar hablando con los padres y pidiéndoles que empleen métodos recordatorios con su hijo. Si esto no funciona se le pueden dar premios al niño cada vez que deja de chuparse el dedo. También se utilizan sustancias que se aplican en los dedos que tienen un sabor desagradable; esto no como un castigo sino como una ayuda para recordarle al niño que no debe de succionar su dedo. Si ninguno de esos métodos funciona, entonces se coloca aparatología ortodóntica fija como lo son las trampas de dedo, pasiva o agresiva, según el caso.

2.1.3.1.7 Interposición lingual

La protrusión lingual y la persistencia de la deglución infantil se consideran patrones anómalos de función lingual. En la actualidad aún existen controversias en la literatura acerca de lo que significa exactamente extender la lengua. Barber dice que Profitt y Mason describen la extensión de la lengua como una de tres condiciones o la combinación de ellas: 1) Un gesto de movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución. 2) Dirigir la lengua hacia el frente entre o contra la dentición anterior con la mandíbula abierta durante el habla. 3) Un movimiento de la lengua hacia el frente contra o entre los dientes anteriores cuando se está en reposo.²

La interposición lingual se observa frecuentemente asociada a mordidas abiertas anteriores o posteriores. 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. No existen, por otro lado,



estudios apropiados y rigurosamente realizados que avalen científicamente el papel de la lengua en las mordidas abiertas.¹³

Canut Brusola¹³ sugiere la posibilidad de que la lengua no sea el factor etiológico de la mordida abierta, sino que siendo la etiología real una morfología anómala esquelética y de oclusión, la lengua simplemente "rellena" el hueco anterior, colaborando así secundariamente en la persistencia de la mordida abierta.

Barbería³ por otro lado, sugiere que entre los dos tipos de deglución existe un tiempo de transición o maduración del sistema neuromuscular, donde alteraciones durante este período pueden llevar a la persistencia de la deglución infantil, induciendo con ello la aparición de una maloclusión. Destaca que en una interposición lingual, la falta de presión lingual sobre el paladar y la fuerte presión de los buccinadores, contribuyen a la falta de desarrollo transversal de la maxila, provocando una mordida cruzada bilateral a la vez que se asocia con una mordida abierta anterior por la interposición de la lengua entre los incisivos que impide la erupción de los dientes anteriores. En una interposición lingual, los incisivos inferiores pueden tender a inclinarse en sentido lingual, mientras que los superiores se vestibularizan; como el labio superior no participa en la deglución se torna hipotónico y adquiere un aspecto de labio corto. En el labio inferior ocurre lo contrario.

Existen varias teorías que tratan de explicar la etiología de la interposición lingual. Planells del Pozo¹⁴ señala algunas como son:

- 1) Presencia de succión digital o del chupón, por lo cual la interposición lingual se convierte en una actividad muscular que el niño hace como compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.



- 2) La alimentación artificial, cuando se tiene un orificio en los biberones demasiado grande, pueden ocasionar que el bebé interponga la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.
- 3) Los problemas respiratorios, en los cuales la mandíbula desciende de forma refleja separando los dientes y proporcionando mayor espacio para adelantar la lengua durante la deglución. En los problemas respiratorios se produce, además, una falta del sellado de los labios y una disminución del tono muscular, lo cual ocasiona que al faltar el sellado no se produzca un freno en el adelantamiento de la lengua.¹⁴
- 4) Macroglosia¹³
- 5) Por continuidad de la deglución infantil después de los dientes anteriores en la dentición primaria.¹⁴
- 6) Problemas psicológicos¹⁴
- 7) Pérdida prematura de los dientes de la primera dentición¹⁴

La posición anterior de la lengua durante la deglución en los niños y lactantes es normal y se va modificando conforme el niño crece y más aún cuando llega a la pubertad.²

La lengua crece casi hasta el tamaño del adulto a la edad de 8 años, en cambio la mandíbula sólo tiene una dimensión de 50% de la del adulto para esa edad. A los doce años las amígdalas y adenoides alcanzan casi dos veces el tamaño del adulto y entonces retroceden.

La combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña, requiere que el niño transporte la lengua a una posición alta y al frente para conservar abiertas las vías respiratorias. En la pubertad hay un crecimiento acelerado de la



mandíbula por lo que hay un incremento en el espacio intrabucal lo que genera un cambio de la lengua a una posición más posterior.²

Por otro lado, Barbería³ asegura que la interposición lingual desaparece por lo general a los 18 meses de edad, justo en el momento en que ya han hecho erupción los incisivos, los caninos y los primeros molares de la primera dentición, por lo que asegura se podría decir que la deglución infantil se relaciona con la succión, mientras que la deglución adulta lo hace con la masticación.¹³

Resulta evidente que en la deglución infantil la ausencia de contacto entre ambos maxilares por interposición lingual y la deglución es iniciada y guiada por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua interpuesta, mientras que en la deglución madura existe máximo contacto oclusal y la capacidad de la lengua para efectuar un sellado completo contra los dientes y los procesos alveolares.³

De acuerdo con lo que dice Ferreira¹⁵, las degluciones anómalas se clasifican en:

Tipo I - Las cuales no causan deformación.

Tipo II - Compresión lingual anterior, que causan una mordida abierta anterior, vestibularización de los incisivos superiores y/o inferiores, ó vestibuloversión, mordida cruzada posterior o una combinación de todas.

Tipo III - Compresión lingual lateral, la cual provoca una mordida abierta lateral, o una mordida abierta lateral y mordida cruzada.

Tipo IV - Compresión lingual anterior y lateral, de la cual las maloclusiones resultantes son: mordida abierta anterior y lateral, mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión, y mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.



La interposición lingual puede producir otras alteraciones fonéticas como ceceos o freno en la erupción de un diente de la segunda dentición cuando se ha perdido el diente de la primera dentición precozmente y la lengua se interpone. ¹⁴

2.2 Maloclusiones

Las maloclusiones son consideradas anomalías de espacio. Generalmente existe una desarmonía oclusal ya que no existe una correcta relación al ocluir los dientes. Dicha desarmonía es ocasionada por diversos factores, principalmente de índole hereditaria como son: el tamaño y la posición de los maxilares y los dientes. También intervienen otro tipo de factores que ocasionan maloclusiones adquiridas como los hábitos perniciosos y la pérdida prematura de dientes de la primera dentición, principalmente por caries. ¹⁶

Las maloclusiones que se pueden presentar debido a hábitos perniciosos, lo cual viene siendo nuestro tema de estudio, son las siguientes: 1. mordida abierta, 2. retroinclinación dental, 3. mordida cruzada (anterior, unilateral o bilateral) y 4. desgaste dental excesivo. ^{2,3,16}

La maloclusión es una condición del desarrollo. Sin embargo, es difícil conocer la causa precisa de la mayoría de las maloclusiones. Las causas de las maloclusiones se pueden resumir en 7 grupos: ¹⁶

- 1- Factores hereditarios
- 2- Anomalías congénitas o adquiridas
- 3- Traumatismo
- 4- Agentes físicos
- 5- Hábitos



6- Enfermedades

7- Desnutrición

1- Factores hereditarios

Las maloclusiones pueden tener su origen en las características hereditarias. Estos factores hereditarios pueden ser modificados por ambientes pre y pos-natal, hábitos anormales, trastornos nutricionales y otros, sin embargo, el patrón básico persiste. Se puede afirmar que existe un determinante genético definido que afecta la morfología dentofacial, pues el patrón de crecimiento y desarrollo posee un fuerte componente hereditario. Tanto el sistema neuromuscular, los dientes, el tejido óseo, cartilaginoso y los tejidos blandos pueden verse afectados genéticamente.¹⁶

2-Anomalías congénitas o adquiridas

Las anomalías congénitas son las maloclusiones causadas por anomalías desarrolladas durante el período fetal. Muchas son las causas de esas displasias: enfermedades virales de la madre, radiación, drogas u otras sustancias nocivas.¹⁶

3-Traumatismo

Los traumas pueden ocurrir en el período pre-natal, pos-natal, o durante el nacimiento. El trauma intra-uterino puede causar asimetrías faciales así como hipoplasias de la mandíbula. Traumas durante el nacimiento pueden provocar lesiones en las articulaciones y los traumas pos-natales, que pueden ocurrir a cualquier edad, también pueden causar daños en la articulación, en los maxilares, o en los dientes. La extensión y localización de estas lesiones dependen de la edad y la extensión; si el trauma sucede antes de la erupción de los dientes de la



primera dentición puede resultar en su retención, desplazamiento y malformación que pueden o no perjudicar los gérmenes de los dientes de la segunda dentición.¹⁶

4-Agentes físicos

Algunos factores acentúan el desarrollo de una anomalía, como por ejemplo, pérdida prematura de los dientes temporales, alimentación y respiración bucal.

La pérdida prematura de los dientes de la primera dentición puede reducir el potencial masticatorio y por lo tanto impedir el desarrollo normal de la maxila, además de no mantener el espacio para la erupción del diente de la segunda dentición.

La alimentación es un factor importante en el desarrollo de los maxilares. Una dieta pastosa en extremo puede ser un factor para alguna maloclusión, pues la función inadecuada resulta en la contracción de los arcos dentarios.

La respiración es una de las funciones básicas de cualquier ser vivo. La presencia de cualquier obstáculo en el sistema respiratorio, sobre todo en las regiones nasal y faríngea, ocasionará obstrucción obligando al paciente a utilizar la cavidad bucal como alternativa para respirar. La respiración bucal puede aparecer cuando existe alguna patología como: hipertrofia de amígdalas o adenoides, desvío del septum, rinitis alérgica, cornetes nasales hipertróficos, entre otros.

Con el hábito de respiración bucal, el paciente asume una nueva postura para compensar y hacer posible la respiración. De esta forma ocurre desarmonía en el crecimiento y desarrollo de las estructuras orofaciales, entre las cuales se puede observar: estrechamiento de la maxila, desarrollo vertical de la mandíbula, protrusión de los incisivos superiores, posición distal de la mandíbula en relación al maxilar, o hipotonicidad de la musculatura facial. Además de las características faciales e intrabucales citadas, el respirador bucal también puede



presentar problemas de postura como: cabeza inclinada hacia el frente, hombros caídos, musculatura abdominal flácida, dificultad de alimentarse, y ronquido nocturno.¹⁶

5-Hábitos

Los hábitos son un factor muy importante en la aparición de maloclusiones. Todos los hábitos que se mencionan en este trabajo si se prolongan durante mucho tiempo y con una intensidad considerable propiciarán la aparición de alguna maloclusión. La succión continua del biberón está asociada a la mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior debido a las contracciones de las paredes bucales producidas por la presión negativa en el interior de la cavidad bucal. Además de eso, se puede observar piso nasal estrecho, bóveda palatina más profunda, labio superior hipoactivo e inferior hiperactivo, proyección del al lengua durante la deglución como consecuencia de la mordida abierta, protrusión de los incisivos superiores, incisivos inferiores posicionados lingualmente, con aumento del traslape horizontal.

La respiración bucal causa también una falta de desarrollo de los maxilares, provocando una maxila estrecha y elevada. Puede traer consigo mordidas cruzadas, arco superior estrecho, retro-inclinación de incisivos inferiores y arco inferior pequeño.

El hábito de lengua puede ser un hábito no tan fácil de diagnosticar como un problema a corregir, pues aunque es indudable que este hábito puede propiciar la aparición de mordida abierta anterior, también es una posibilidad que el problema de la mordida abierta sea dental y por consecuencia, el niño, para tratar de deglutir correctamente tenga que posicionar la lengua entre los incisivos. Puede ser posible que se presente solo un tiempo el hábito de lengua en los niños y después desaparezca. Esto se debe a que tanto la dentición, como la mandíbula y la



lengua, pasan por un período de crecimiento, por lo que el hábito puede desaparecer por si solo al terminar de adaptarse a las nuevas dimensiones de la boca.

Una vez que se haya diagnosticado el hábito de lengua como un hábito ya establecido, se debe corregir, con aparatología, pues con el paso del tiempo provocará una mordida abierta anterior.¹⁶

El hábito de dedo tiene repercusiones muy similares a las de los hábitos ya mencionados. El hábito de dedo causa mordidas abiertas, mordidas cruzadas, paladares profundos, e inclinación dental.

La succión de labio puede aparecer como una consecuencia de la inclinación dental causada por los hábitos de succión. Este hábito puede ser una compensación efectiva para lograr un sellado labial por el gran traslape horizontal creado por los hábitos de succión. Este hábito aparece para poder deglutir mejor. Considerando que se deglute más de 1000 veces al día, hay una presión potencialmente activa y constante, volviéndose la succión digital o de biberón un factor etiológico secundario en relación al nuevo hábito de succión de labio.

El hábito de bruxismo y de onicofagia realmente no afectan en gran manera a la oclusión ni a la morfología de los dientes o de los maxilares, sino que mas bien causan desgaste en las cúspides de los dientes, causando dolor en la articulación, dolores de oídos o cabeza, desgaste de un diente en particular, y dolor dental.

6-Enfermedades

Las enfermedades febriles pueden provocar alteraciones en el desarrollo de los dientes, durante la infancia, ya que estas enfermedades poseen mayor efecto cualitativo que cuantitativo en el desarrollo de la dentición y pueden retrasar por un tiempo el ritmo de crecimiento y desarrollo. Las enfermedades como distrofia



muscular y parálisis cerebral también pueden provocar deformaciones en los arcos dentales. Las aberraciones cromosómicas como Síndrome de Franceschetti, disostosis cleidocraneana, trisomía 21, displasia ectodérmica, amelogénesis y dentinogénesis imperfectas, pueden afectar el sistema orofacial y causar maloclusión.¹⁶

7-Desnutrición

La desnutrición afecta la calidad de los tejidos en formación y los índices de calcificación. El principal problema es la alteración en el trayecto de la erupción dentaria. Trastornos como raquitismo, escorbuto y beriberi pueden provocar maloclusiones severas.¹⁶

2.2.1 Clasificación de las maloclusiones

Para diagnosticar los casos de maloclusión, Angle¹⁶ consideró en principio las relaciones mesiodistales de los arcos dentales y en segundo plano las posiciones individuales de los dientes. Las variaciones mesiodistales de todos los dientes son tomadas en consideración, pero los puntos escogidos por el autor para iniciar el diagnóstico de los casos son las relaciones de los caninos y de la cúspide mesio-vestibular de los 1º molares inferiores, por ser los dientes con mayor probabilidad de ocupar posiciones normales que cualquiera de los otros dientes.

De acuerdo a Angle las maloclusiones se clasifican en:

CLASE I

Relación mesiodistal normal de los arcos dentales, con los primeros molares por lo general en oclusión normal, sin embargo uno o más dientes pueden estar en oclusión lingual o vestibular. Los dientes anteriores pueden presentar anomalías de posición sin alterar las relaciones mesiodistales normales de los molares.¹⁶



CLASE II

Es la relación mesiodistal anormal de los arcos dentales, con todos los dientes inferiores ocluyendo en sentido distal respecto a lo normal, produciendo una desarmonía marcada en la región de incisivos y en las líneas faciales. Esta clase tiene divisiones 1 y 2 cada una con una subdivisión correspondiente.

División 1: Oclusión distal bilateral, arco superior estrecho, incisivos superiores protruidos, acompañados por la función anormal de los labios con alguna forma de obstrucción nasal y respiración bucal.

Sub-división: Presenta las mismas características de la división 1, sin embargo, la oclusión distal de los dientes inferiores en relación a los superiores ocurre apenas en un lado de la arcada, siendo el otro lado normal.

División 2: Oclusión distal bilateral, menor estrechamiento del arco superior, inclinación lingual de los incisivos superiores, con mayor o menor apiñamiento de los mismos y con función labial y nasal normales.

Sub-división: Presenta las mismas características que la división 2, sin embargo, la oclusión distal es unilateral.

CLASE III

La clase III presenta una división y una sub división:

División 1: La relación antero-posterior de los maxilares es anormal, con todos los dientes inferiores ocluyendo en sentido mesial respecto a los dientes antagonistas, en el ancho de un premolar o más, en casos extremos. La disposición de los dientes en los arcos varía mucho en la clase III, desde un arco bien alineado hasta con apiñamiento considerable y con traspase vertical. Por lo general hay inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos que se vuelve más



pronunciada con el aumento de la edad debido a la presión del labio inferior en un esfuerzo para cerrar la boca.¹⁶ La desarmonía en el tamaño de los arcos se debe por lo general al desequilibrio en el desarrollo de los huesos maxilares. El ángulo de la mandíbula es más obtuso que el normal y esto puede ser el resultado del excesivo crecimiento del cuerpo de la mandíbula.

Sub-división: Presenta las mismas características de la clase III, sin embargo, la oclusión mesial es unilateral.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud¹⁷, las anomalías de la oclusión se clasifican en:

0 = Ninguna anomalía o maloclusión.

1 = Anomalías leves como 1 o más dientes con giroversión o leve apiñamiento o distancia que perjudique el alineamiento regular de los dientes.

2 = La presencia de 1 o más de las siguientes condiciones:

- Sobremordida horizontal de la maxila de 9mm o más.
- Sobremordida horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual o mayor que el tamaño de un diente.
- Mordida abierta
- Desviación de la línea media de 4mm o más.
- Apiñamiento o diastema de 4mm o más.¹⁷



1. Antecedentes

Los hábitos perniciosos en los niños pueden alterar el desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoesqueléticas, además de problemas psicológicos y emocionales. Una parte importante del tratamiento de estos hábitos es el conocer su prevalencia, incidencia y su relación con las maloclusiones, para así estar conscientes de la magnitud del problema al que nos enfrentamos.

En cuanto a la presencia de los hábitos, Agurto,¹⁸ Rojas,¹⁹ Cortese,²⁰ Paredes²¹ y Montiel,²⁴ encontraron resultados dentro de un rango similar. Agurto obtuvo 66%, Rojas 50%, Paredes 53% y Montiel 75%. Sin embargo, Cortese²⁰ obtuvo resultados muy distintos con un porcentaje del 96%, debido a que la población de su estudio fue tomada de la clínica de desórdenes temporomandibulares de la universidad de Buenos Aires.²⁰

En lo referente a la prevalencia por género, algunos estudios mencionan que no existe asociación.²¹ Sin embargo algunos otros^{22,23} mencionan que el sexo femenino presenta mayor prevalencia de hábitos.

Entre los hábitos que se presentan con mayor frecuencia se encuentran la succión de labio,^{18,20,24,25} la succión digital,²⁶ la respiración bucal, la deglución atípica,²² onicofagia y bruxismo.²⁰

Cortese asegura haber encontrado que la frecuencia del hábito de respiración bucal aumenta conforme aumenta la edad de los niños.²⁰

Los hábitos perniciosos pueden traer consigo problemas psicológicos y emocionales en los niños. Existen estudios^{22,27} que demuestran esta situación donde concluyen que los malos hábitos pueden traer consigo problemas psicológicos, y emocionales, así como de aprendizaje.



Yassaei y Rafieian²⁷ encontraron que algunas alteraciones psicológicas tienen como consecuencia el desarrollo de hábitos. Los autores dicen que los hijos de los hombres veteranos de guerra son más susceptibles a hábitos orales. Ellos demostraron que la prevalencia de hábitos orales parafuncionales era mayor en este tipo de niños. La tasa de prevalencia de hábitos en los hijos de los veteranos que habían sido prisioneros y mutilados era mucho mayor que en los niños que sus padres sólo habían sido presos.

Otra repercusión que tienen los hábitos son las ya antes mencionadas maloclusiones. Éstas están muchas veces relacionadas directamente con la presencia de hábitos por lo que un adecuado tratamiento a una temprana edad puede evitar futuras consecuencias. Por ejemplo, Montiel menciona que en su estudio encontró 75% de incidencia de hábitos y 35% de maloclusiones. El autor concluye que los hábitos están ligados a las maloclusiones y recalca la importancia que tiene el odontólogo para dar un correcto tratamiento no solo a la maloclusión sino también al hábito.

Es de vital importancia la prevención y tratamiento oportuno de los hábitos para así evitar futuras complicaciones en relación a la oclusión.^{22,18,19,23,20,21,24} Los malos hábitos pueden alterar el desarrollo normal orofacial, produciendo deformaciones dentoesqueletales, además de problemas de otros sistemas como respiratorio y digestivo.^{22,18} Agurto P. dice que en Chile, la tercera patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y que en la etiología de su aparición destacan los malos hábitos.¹⁸

La prevalencia de maloclusiones asociada a hábitos bucales se encuentra entre el 50 y 57% de los casos.^{18,19} Entre las maloclusiones más frecuentes se encuentran la mordida abierta anterior, seguida por la mordida cruzada posterior.²³ Sin embargo, Da Silva encontró que aproximadamente el 20% de los niños con



hábitos bucales de succión no exhibieron maloclusión con etiología vinculada a la presencia de éstos.²³

Cortese SG y Biondi realizaron un estudio en el que encontraron que en todos los casos con alguna maloclusión a nivel de articulación, estaba presente uno o varios hábitos parafuncionales.²⁰

Durante el Diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad de Venezuela, se llevó a cabo un estudio el cual concluyó que las alteraciones de oclusión encontradas en el sector anterior fueron apiñamiento, mordida profunda, y protrusión dentaria. En este estudio, se concluyó también que la alta prevalencia de hábitos bucales son condiciones que pueden iniciar, predisponer o agravar la maloclusión dentaria aunque no necesariamente éstos sean el factor etiológico principal.²²



4. Planteamiento del problema

Los hábitos bucales perniciosos son un factor etiológico muy importante en el desarrollo de maloclusiones.

Como es sabido, los hábitos parafuncionales en los niños, efectuados con una frecuencia e intensidad considerables, producen tarde o temprano una maloclusión.

Estas maloclusiones pueden tener una gran repercusión negativa en la dentadura de los niños afectados. En algunos casos, los padres e incluso el odontólogo pasan por alto la presencia de hábitos en los niños, permitiendo que estos hábitos se arraiguen más y causen alteraciones funcionales y morfológicas.

Los hábitos parafuncionales pueden causar múltiples alteraciones como son: mordidas abiertas, mordidas cruzadas, paladares profundos, un hipo desarrollo en los maxilares, desgaste dental, dolor dental, e incluso alteraciones en la articulación temporomandibular.

Por lo anteriormente señalado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de hábitos bucales perniciosos y su asociación con las maloclusiones entre los niños que asisten a la Clínica Periférica “Las Águilas” en el año 2009-2010?



5. Justificación

Siendo la Facultad de Odontología de la UNAM una de las mayores instituciones educativas en materia de Odontología en Latinoamérica, y debido a la gran afluencia de pacientes que acuden para ser atendidos en sus instalaciones, se podrá conocer mediante este estudio, la frecuencia de los hábitos entre los niños que acuden a este servicio. Al obtener estos datos, se podrían enfocar esfuerzos para resolver este problema.

Se pretende que este estudio se tome en cuenta para alentar a los estudiantes y académicos a prestar especial atención y tiempo para tratar de erradicar los hábitos, ya que debido a los planes y programas de estudio, se tiende a minimizar la importancia de atender a los hábitos bucales.

Se pretende que los resultados de este estudio sirvan como base para futuras investigaciones, con la finalidad de llevar a cabo programas de educación para la salud bucal en el área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la UNAM.



6. Objetivo general

Determinar la prevalencia de hábitos bucales perniciosos y su asociación con las maloclusiones en niños que acuden a la Clínica Periférica "Las Águilas" de la UNAM en el año 2009-2010.

6.1 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de hábitos perniciosos por edad y sexo, entre los niños que acuden a la Clínica Periférica "Las Águilas" de la UNAM en el año 2009-2010.
2. Determinar la prevalencia de maloclusiones por edad y sexo, entre los niños que acuden a la Clínica Periférica "Las Águilas" de la UNAM en el año 2009-2010.
3. Determinar la asociación entre la presencia de hábitos y maloclusiones entre los niños que acuden a la Clínica Periférica "Las Águilas" de la UNAM en el año 2009-2010.



7. Hipótesis

- Ha. Existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones.
- Ho. No existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones.

8. Material y método

8.1 Tipo de estudio

Transversal retrospectivo

8.2 Población de estudio

Historias clínicas de pacientes de edad preescolar y escolar de ambos sexos que asistieron a la clínica periférica "Águilas" de la UNAM, en el período comprendido entre septiembre del 2009 y junio del 2010.

8.3 Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los pacientes que acudieron a la clínica periférica las Águilas en el período de septiembre 2009 a junio 2010 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

8.4 Criterios de selección

8.4.1 Criterios de inclusión

- Historias de pacientes de 2 a 12 años de edad, sin distinción de género.



8.4.2 Criterios de exclusión

- Historias incompletas o no legibles.

8.5 Definición operacional y escala de medición de las variables

Edad. Edad cronológica del paciente; se midió en años cumplidos que se muestre en la historia clínica.

Sexo. Género al que pertenece el paciente y se midió como:

1. Femenino, 2. Masculino.

Hábito. Acción nociva que se repite con frecuencia. Y se midió como:

1. Si, 2. No.

Tipo de hábito que se medirá: Se registró de acuerdo a la historia clínica, 1) si y 2) no para cada uno de los hábitos.

Hábito de respiración bucal. Según los criterios de la clínica periférica de las Águilas, se registra el hábito de respiración bucal cuando se observa que el niño respira normalmente por la boca, cuando hay resequedad en los labios, boca seca, irritación en la mucosa faríngea, así como aumento del tercio inferior de la cara y retrusión del mentón. También se registra como hábito presente cuando se observa el labio superior más corto que el inferior, dejando los incisivos superiores expuestos y el labio inferior más grueso y evertido. Se observa si el paladar se encuentra muy alto, si la cabeza se inclina ligeramente hacia atrás y se les preguntará a los padres si el niño ronca, si sufre de recurrentes infecciones de la garganta y si el niño mantiene constantemente la boca abierta, incluso al estar dormido.^{2,3}



Bruxismo. Se registra al observarse desgaste dental excesivo en los dientes, movilidad dentaria, aplanamiento de las caras oclusales de molares, reducción en la dimensión vertical, así como hipersensibilidad dentaria o pérdida dentaria. Se interroga a los padres para conocer si el niño ha sufrido alguna fractura inesperada de algún diente o restauración, si su hijo sufre de constantes dolores de cabeza, cuello o espalda o si ha percibido sonidos de rechinar emitidos por el niño durante el día o la noche. También se palpan los músculos de la masticación para determinar así si éstos están rígidos y si se presenta dolor o no.²

Hábito de labio. Se registra al observar si el niño abiertamente muerde su labio, o si los labios y tejidos circundantes a la boca se encuentran enrojecidos, inflamados o resecos. También se registra la presencia del hábito cuando hay retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, provocando así una inclinación vestibular de los dientes superiores y una retroinclinación de los incisivos inferiores. Por último se observa si se presenta una mayor sobremordida horizontal.^{2,3}

Hábito de biberón. Se registra cuando se presenta mordida abierta anterior y colapso maxilar y un paladar más estrecho con mordida cruzada posterior por el incremento de la actividad de la musculatura de las mejillas. Se le pregunta a los padres si el niño usa chupón o mamila. Dado que las alteraciones por este hábito pueden ser iguales a las del hábito de succión digital, se debe corroborar si no se presenta también dicho hábito.^{9,3}

Onicofagia. Se determina que un niño presenta onicofagia cuando se observa dientes anteriores desgastados y uñas de los dedos desgastadas, cortadas irregularmente y demasiado cortas.^{2,3,7}

Hábito de succión digital. Se registra al observarse desplazamiento de los dientes, inclinación hacia afuera de los dientes superiores anteriores, mordida



abierta, o un paladar profundo. Debido a que este hábito produce alteraciones semejantes al hábito de biberón, para poder asegurarnos de que sea un hábito de succión digital, se observa si alguno de los dedos de las manos están muy limpios a comparación de los demás, enrojecidos o presentan alguna callosidad, así como una uña más corta o aplanada.⁷

Interposición lingual. Se registra cuando se observan los dientes anteriores superiores vestibularizados y los inferiores lingualizados. También se registrará cuando se produzcan ceceos durante el habla. Después se le pide al niño que haga movimientos de deglución para observar la posición de la lengua durante la propia deglución.⁷

Se observa si el niño presenta mordida abierta anterior o posterior. Se busca 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 analiza si el niño presenta mordida cruzada bilateral debido a la falta de desarrollo transversal del maxilar y si el labio superior está hipotónico y con la apariencia de ser más "corto" por no participar en la deglución.⁷

Frecuencia del hábito: La frecuencia con la que el paciente realiza el hábito durante el día y se midió como: 1. Todo el día 2. Al dormir 3. Ocasionalmente.

Presencia de maloclusiones: La información se tomó de la historia clínica, clasificándola de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud. Se clasificó en:¹⁷

0 = Ninguna anomalía o maloclusión

1 = Anomalías leves como 1 o más dientes con giroversión o leve apiñamiento o distancia que perjudique el alineamiento regular de los dientes.

2 = La presencia de 1 o más de las siguientes condiciones:

- Sobremordida horizontal de la maxila de 9mm o más.



- Sobremordida horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual o mayor que el tamaño de un diente.
- Mordida abierta
- Desviación de la línea media de 4mm o más.
- Apiñamiento o diastema de 4mm o más.

8.6 Método de recolección de la información

Previa autorización del Jefe de Enseñanza, se abrió el archivo completo de odontopediatría del año 2009 – 2010. Se revisó cada expediente, uno por uno, tomando como datos: número de expediente, nombre del paciente, edad, sexo, hábitos nocivos presentes, frecuencia en presentar el hábito, y presencia de maloclusiones.

Una vez recopilada la información de todas las historias clínicas del año, se registró y capturó la información utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0 .

8.7 Recursos

8.7.1 Humanos

- Una directora de tesis y una asesora.
- Encuestadores: Un alumno de la licenciatura de la Facultad de Odontología que acuda a la clínica periférica de la UNAM de “Las Águilas”.

8.7.2 Materiales

- Historias Clínicas impresas
- Computadora personal



- Programa SPSS 15.0

8.7.3 Infraestructura

Instalaciones e historias clínicas de la Clínica Periférica “Las Águilas” de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

8.7.4 Financieros

A cargo de la tesista.

9. Aspectos éticos

El presente estudio no implica la realización de ninguna intervención, y de acuerdo con la ley General de salud, artículo 17, esta investigación, se considera “sin riesgo”. Sin embargo se guardara la confidencialidad y el anonimato de los datos.

10. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo para cada una de las variables involucradas: edad, sexo, presencia y frecuencia de hábitos bucales perniciosos, presencia de maloclusiones.

Con la finalidad de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la presencia de hábitos bucales perniciosos y maloclusiones por edad y sexo se realizó una prueba de X^2 al 95% de confianza.

Así mismo para conocer si existe asociación entre la presencia de los hábitos bucales perniciosos y la presencia de maloclusiones se utilizó la prueba de X^2 al 95% de confianza.



11. Resultados

En este estudio se analizó un total de 218 historias clínicas de niños que acudieron a la clínica periférica de “Las Águilas”. La población total del estudio estuvo constituida por niños de entre 2 a 12 años, siendo la media de edad de 6.72 años, con una desviación estándar de 2.75. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Las niñas presentaron una media de 6.96 y los niños una media de 6.46.

En lo que se refiere al sexo, el porcentaje de mujeres fue del 52.8% (n=115) y de hombres fue 47.2% (n=103).

En cuanto al porcentaje de niños que presentaron algún hábito pernicioso, fue del 53.7% (n=117). El hábito que se presentó con mayor frecuencia fue el de onicofagia con un 22% (n=48) y el hábito menos frecuente fue el de biberón, que tan solo se presentó en 4 niños (1.8%), (Tabla 1).

Entre los niños que presentaron algún hábito, el 60.7% (n=71) lo presentó de manera ocasional, el 35% (n=41) durante todo el día y solo el 4.3% (n=5) al dormir.



Tabla 1. Frecuencia y distribución de hábitos perniciosos.

Hábito	n	%
Hábito de labio		
Si	37	17.0
No	181	83.0
Total	218	100.0
Hábito de biberón		
Si	4	1.8
No	214	98.2
Total	218	100.0
Interposición lingual		
Si	21	9.6
No	197	90.4
Total	218	100.0
Respiración bucal		
Si	26	11.9
No	192	88.1
Total	218	100.0
Bruxismo		
Si	22	10.1
No	196	89.9
Total	218	100.0
Succión digital		
Si	20	9.2
No	198	90.8
Total	218	100.0
Onicofagia		
Si	48	22.0
No	170	78.0
Total	218	100.0

Fuente: directa

En la Tabla 2, se observa la frecuencia y distribución de los hábitos por grupos de edad en donde se encontró que los niños de 6 a 9 años de edad presentan la mayor frecuencia de hábitos en la respiración bucal (n=15, 57.7%), onicofagia (n=26, 54.2%) e interposición lingual (n=14, 66.7%).



Tabla 2. Frecuencia y distribución del tipo de hábito por grupo de edad.

Hábito	Grupos de edad						Total		X ²	p
	2-5 años		6-9 años		10-12 años		n	%		
	n	%	n	%	n	%				
Respiración bucal										
Si	3	11.5	15	57.7	8	30.8	26	100	8.71	.013
No	78	40.6	81	42.2	33	17.2	192	100		
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	218	100		
Bruxismo										
Si	7	31.8	12	54.5	3	13.6	22	100	1.15	.563
No	74	37.8	84	42.9	38	19.4	196	100		
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	218	100		
Hábito de labio										
Si	9	24.3	20	54.1	8	21.6	37	100	3.18	.204
No	72	39.8	76	42.0	33	18.2	181	100		
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	218	100		
Hábito de biberón										
Si	0	.0	3	75.0	1	25.0	4	100	2.48	.289
No	81	37.9	93	43.5	40	18.7	214	100		
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	118	100		
Onicofagia										
Si	10	20.8	26	54.2	12	25.0	48	100	7.10	.029
No	71	41.8	70	41.2	29	17.1	170	100		
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	218	100		
Succión digital										
Si	10	50.0	8	40.0	2	10.0	20	100	1.96	.374
No	71	35.9	88	44.4	39	19.7	198	100		
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	218	100		
Interposición lingual										
Si	1	4.8	14	66.7	6	28.6	21	100.0	10.4	.005
No	80	40.6	82	41.6	35	17.8	197	100.0		
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	218	100.0		

Fuente: directa

En la tabla 3 podemos observar la frecuencia y distribución de los hábitos por sexo, donde las mujeres presentan con mayor frecuencia la onicofagia (n=32, 66.7%).



Tabla 3. Frecuencia y distribución del tipo de hábito por sexo.

Hábito	Sexo						X ²	P
	femenino		masculino		Total			
	n	%	n	%	n	%		
Respiración bucal								
Si	13	50.0	13	50.0	26	100	.090	.765
No	102	53.1	90	46.9	192	100		
Total	115	52.8	103	47.2	218	100		
Bruxismo								
Si	12	54.5	10	45.5	22	100	0.032	0.85
No	103	52.6	93	47.4	196	100		
Total	115	52.8	103	47.2	218	100		
Hábito de labio								
Si	21	56.8	16	43.2	37	100	.287	.592
No	94	51.9	87	48.1	181	100		
Total	115	52.8	103	47.2	218	100		
Hábito de biberón								
Si	3	75.0	1	25	4	100	.809	.368
No	112	52.3	102	47.7	214	100		
Total	115	52.8	103	47.2	218	100		
Onicofagia								
Si	32	66.7	16	33.3	48	100	4.78	.029
No	83	48.8	87	51.2	170	100		
Total	115	52.8	103	47.2	218	100		
Succión digital								
Si	10	50.0	10	50.0	20	100	.067	.796
No	105	53.0	93	47.0	198	100		
Total	115	52.8	103	47.2	218	100		
Interposición Lingual								
Si	9	42.9	12	57.1	21	100	.913	.339
No	106	53.8	91	46.2	197	100		
Total	115	52.8	103	47.2	218	100		

Fuente: directa

La prevalencia de maloclusiones fue del 56.4% (n=123). No se observaron diferencias significativas en la distribución por sexo (Tabla 4). Sin embargo por grupos de edad, (tabla 5) encontramos que los niños de 6 a 9 presentaron el mayor porcentaje con un 52.8% y los niños de menor edad (2 a 5 años) el menor porcentaje con un 22%.

Tabla 4. Frecuencia y distribución de maloclusiones por sexo.

Presencia de maloclusiones	sexo				Total	
	Femenino		masculino			
	n	%	n	%	n	%
Si	66	53.7	57	46.3	123	100.0
No	49	51.6	46	48.4	95	100.0
Total	115	52.8	103	47.2	218	100.0

Fuente: directa
 $X^2=0.93$, $p= .760$

Tabla 5. Frecuencia y distribución de maloclusiones por grupos de edad.

Presencia de maloclusiones	grupos de edad						Total	
	2-5 años		6-9 años		10-12 años			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	27	22.0	65	52.8	31	25.2	123	100.0
No	54	56.8	31	32.6	10	10.5	95	100.0
Total	81	37.2	96	44.0	41	18.8	218	100.0

Fuente: Directa
 $X^2=28.67$, $p<0.001$

En la tabla 6 podemos observar la frecuencia y distribución de maloclusiones y hábitos encontrando una asociación estadística significativa ($X^2=63.04$, $p<0.001$), donde el porcentaje de maloclusiones y la presencia de hábitos fue del 77.2% ($n=95$). Es decir aquellos niños que tenían la presencia de algún tipo de hábito tienen 11.25 veces el riesgo de presentar maloclusiones en comparación con aquellos niños que no tienen ningún hábito pernicioso ($IC_{95\%}=5.95-21.27$).

Tabla 6. Frecuencia y distribución de maloclusiones y presencia de hábitos

Presencia de maloclusiones	Presencia de algún hábito pernicioso				Total	
	Si		no			
	n	%	n	%	n	%
Si	95	77.2	28	22.8	123	100.0
No	22	23.2	73	76.8	95	100.0
Total	117	53.7	101	46.3	218	100.0

Fuente: Directa
 $X^2=63.04$, $p<0.001$
 $RM=11.25$, $IC_{95\%}=5.95-21.27$



En la tabla 7 se observa la frecuencia y distribución de maloclusiones con el tipo de hábito, donde la interposición lingual ($X^2=10.96$, $p=0.001$), respiración bucal ($X^2=15.42$, $p<0.001$), hábito de labio ($X^2=11.02$, $p=0.001$), onicofagia ($X^2=10.68$, $p=0.001$), y bruxismo ($X^2=15.16$, $p<0.001$) presentaron una asociación estadística significativa. Es decir el riesgo de presentar maloclusiones si se tiene el hábito de interposición lingual es de 8.49 veces el riesgo ($IC_{95\%}= 1.92-37.45$), 11.27 veces para los respiradores bucales ($IC_{95\%}= 2.29-49.02$), 4.05 veces para los que tienen el hábito de labio ($IC_{95\%}= 1.69-9.702$), 3.28 veces para los que presentan onicofagia ($IC_{95\%}= 1.57-6.86$), y 19.35 veces el riesgo para los bruxistas ($IC_{95\%}=2.55-146.70$).



Tabla 7. Frecuencia y distribución de maloclusiones y tipo de hábitos

Hábito	Presencia de maloclusiones				Total		X ²	p	RM	IC _{95%}
	si		no		n	%				
	n	%	n	%						
Succión digital										
Si	14	70.0	6	30.0	20	100.0	1.65	0.19	1.90	0.70-5.16
No	109	55.1	89	44.9	198	100.0				
Total	123	56.4	95	43.6	218	100.0				
Interposición Lingual										
Si	19	90.5	2	9.5	21	100.0	10.96	0.001	8.49	1.92-37.45
No	104	52.8	93	47.2	197	100.0				
Total	123	56.4	95	43.6	218	100.0				
Respiración bucal										
Si	24	92.3	2	7.7	26	100.0	15.42	<0.001	11.27	2.29-49.02
No	99	51.6	93	48.4	192	100.0				
Total	123	56.4	95	43.6	218	100.0				
Hábito de labio										
Si	30	81.1	7	18.9	37	100.0	11.02	0.001	4.05	1.69-9.70
No	93	51.4	88	48.6	181	100.0				
Total	123	56.4	95	43.6	218	100.0				
Hábito de biberón										
Si	3	75.0	1	25.0	4	100.0	0.57	0.44	2.35	0.24-22.95
No	120	56.1	94	43.9	214	100.0				
Total	123	56.4	95	43.6	218	100.0				
Onicofagia										
Si	37	77.1	11	22.9	48	100.0	10.68	0.001	3.28	1.57-6.86
No	86	50.6	84	49.4	170	100.0				
Total	123	56.4	95	43.6	218	100.0				
Bruxismo										
Si	21	95.5	1	4.5	22	100.0	15.16	<0.001	19.35	2.55-146.70
No	102	52.0	94	48.0	196	100.0				
Total	123	56.4	95	43.6	218	100.0				

Fuente: Directa



12. Discusión

Igual que la caries dental y la enfermedad periodontal, las maloclusiones afectan a un gran sector de la población.²⁴

Estas maloclusiones están muy relacionadas con los hábitos bucales. Aún cuando pudimos comprobar estadísticamente la relación que existe entre la presencia de hábitos perniciosos con la presencia y desarrollo de maloclusiones, debemos resaltar las limitantes de nuestro estudio. La primera limitante es que el sector que estudiamos fue una población que ya demandaba servicio dental, por tal motivo los resultados de este estudio no pueden ser extrapolados a la población en general. La segunda limitante es que los datos obtenidos fueron tomados de historias clínicas previamente realizadas, así que debemos estar conscientes de sesgos, tales como errores en el llenado.

La frecuencia de hábitos perniciosos encontrados en nuestro estudio fue del 53.7% (n=117), resultando que el hábito más frecuente es la onicofagia con un 22% (n=48) y el hábito menos frecuente el de biberón, con tan sólo 1.8% (n=4). Este dato coincide con Montiel²⁴ y García²⁸ quienes en su estudio encontraron que el hábito más frecuente es la onicofagia con un 41% y 46.4% respectivamente. Por el contrario, Pipa²⁹ afirma haber encontrado como hábito más frecuente al hábito de biberón, 83.7%, hábito que nosotros encontramos con menor frecuencia. Ésta marcada diferencia se puede deber a que el autor realizó su estudio únicamente para determinar la frecuencia de los hábitos de succión y su rango de edad iba de 3 a 9 años.

Cavalcanti³⁰ y Paredes Gallardo²¹ afirman haber encontrado una prevalencia de hábitos perniciosos en escolares valencianos del 53%, Odalys³¹ del 73%, y encontró que la interposición lingual fue el hábito más frecuente (47%). A la onicofagia la encontró en un 23%. Por otro lado, Más García³² obtuvo un 60% de



hábitos. Vemos que nuestro porcentaje de hábitos perniciosos está en un rango muy similar al de los autores que mencionamos.

Podemos observar que el grupo de edad de 6 a 9 años estuvo altamente afectado por los hábitos. Esto puede deberse a una mayor presión psicológica del niño y mayor inseguridad durante estos años. Más García³² obtuvo la mayor frecuencia de hábitos parafuncionales durante este mismo período de edades, con una tendencia a decrecer con la edad. Más García³² cita a Da Silva,²³ a Augurto¹⁸ y a Montiel,²⁴ asegurando que ellos también encontraron una mayor prevalencia de casos en ese grupo de edad. En nuestro estudio, el hábito que más frecuencia mostró en este grupo de edad fue el de respiración bucal (n=15) 57.7%.

Respecto a la frecuencia de presentar hábitos según el sexo, también algunos autores como Augurto¹⁸ y Montiel²⁴, afirman que el sexo femenino es más propenso a desarrollar hábitos, ya que están sujetas a mayores tensiones emocionales y sufren un mayor grado de estrés y conflictos familiares. En éste estudio nosotros solamente obtuvimos significancia estadística respecto al sexo en la onicofagia (n=32) 66.7% al igual que Montiel²⁴, quien obtuvo significancia estadística también en mujeres con este hábito.

Paredes Gallardo²¹ y Más García³² encontraron al igual que nosotros, una mayor prevalencia en el sexo femenino en la mayoría de los hábitos perniciosos, sin embargo sus datos carecían de significancia estadística. Curiosamente, y en contraste directo con nuestros resultados, Más García dice haber encontrado en la onicofagia una frecuencia mayor en el sexo masculino.

Durante todo nuestro trabajo hemos venido mencionando la relación de los hábitos con la presencia de maloclusiones. En nuestro estudio encontramos que el porcentaje de maloclusiones y la presencia de hábitos fue del 77.2% (n=95), y los niños que presentaban algún hábito tenían 11.25 veces más riesgo de presentar



maloclusiones que los que no presentaban ningún hábito. En contraste con nuestros resultados y con los autores antes citados, Paredes Gallardo²¹ es el único que dice que las alteraciones de mordida abierta anterior, compresión maxilar y aumento del resalte están relacionados con la presencia de hábitos orales, aunque sin ser estadísticamente significativos. Sin embargo, Cavalcanti³⁰ obtuvo un resultado prácticamente igual al nuestro, concluyendo que los niños con hábitos orales tienen 12 veces más riesgo de desarrollar maloclusiones que los niños sin hábitos.

Haces Yañes³³ observó una disminución importante en la prevalencia de hábitos después de haber aplicado un programa de salud a los niños y a sus padres. La autora hace énfasis en la aplicación de programas de salud en la infancia para evitar las maloclusiones que causan los hábitos. Ella afirma al igual que otros autores^{21, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 34,35 y 36} que los hábitos que presentan los niños durante su crecimiento, ejercen su influencia en el desarrollo de los maxilares y la dentición, lo cual provoca deformidades en la boca y el impedimento del correcto alineamiento de los dientes, es decir, que los hábitos perniciosos están íntimamente relacionados con la presencia o desarrollo de maloclusiones.

Aunque hemos visto que todos los autores concuerdan en que los hábitos perniciosos deforman la oclusión, hay hábitos que pueden ser más agresivos que otros en la deformación que causan en los maxilares. Nosotros encontramos únicamente una relación significativa en los siguientes hábitos: bruxismo (19.35 veces mayor riesgo), respiración bucal, (11.27 mayor riesgo), interposición lingual, (con 8.49 veces más riesgo de presentar maloclusiones), hábito de labio (4.05 veces mayor riesgo), y onicofagia (3.28 veces mayor riesgo).

Montiel²⁴ considera que el hábito de más alto riesgo para la maloclusión es la protracción lingual, aunque en su estudio no obtuvo una significancia estadística debido a que la población que estudió fue pequeña. Vallejo²⁹ también asegura



haber encontrado una relación estadísticamente significativa en la relación de la respiración bucal con maloclusiones.

Cavalcanti³⁰ estima que entre 3 y 5 años de edad, la prevalencia de maloclusiones en relación con hábitos perniciosos es muy alta (87%). Del total de los niños evaluados, el 73,4% tienen uno o más hábitos no nutritivos, lo cual es cercano al porcentaje de prevalencia que nosotros encontramos. Cavalcanti concluye exactamente igual que nuestro estudio, en que los niños con hábitos orales tienen 12 veces más peligro de desarrollar una maloclusión que los niños sin hábitos.

Más García³² dice que en general, el 56.6% de los portadores de hábitos están afectados por anomalías, mientras que en los no portadores de hábitos, solo está afectado el 21.4%, por lo que también este autor infiere que existe asociación entre tener hábitos y portar anomalías.

Otro estudio de 330 niños de cuatro años en Recife (Brasil) determinó que la prevalencia de maloclusión es del 49,7% y que dentro de ese grupo, un 28,5% de los niños presentan dos o tres factores que contribuyen a esa maloclusión. En este estudio se encontró asociación con hábitos diferentes a los hábitos que encontramos nosotros, siendo el chupete y succión digital los hábitos directamente relacionados con la maloclusión.²⁵



13. Conclusiones

1. La prevalencia de maloclusiones en la población estudiada fue del 53.7% (n=117).
2. Los niños que tuvieron algún hábito pernicioso presentaron 11.23 veces más riesgo de presentar alguna maloclusión.
3. Los hábitos que más se relacionaron con la presencia de maloclusiones fueron: interposición lingual, respiración bucal, hábito de labio, onicofagia y bruxismo.
4. El hábito más frecuente fue la onicofagia con un 22% (n=48) y el menos frecuente fue el hábito de biberón, presentándose sólo en un 1.8% (n=4).
5. Las mujeres tienen mayor tendencia a presentar hábitos. En este estudio, la onicofagia fue más frecuente en las mujeres; quienes presentaron el hábito en un 66.7% (n=32).
6. Encontramos que el rango de edades en que más frecuentemente se presentan hábitos perniciosos es entre los 6-9 años de edad, siendo la respiración bucal el hábito más común en este grupo de edades.
7. Obtuvimos que los niños de 6-9 años presentaban también una mayor prevalencia de maloclusiones.
8. Sería conveniente que se realicen otras investigaciones similares a ésta en la Facultad de Odontología de la UNAM, ya que estos estudios servirían para tener una mejor visión acerca del tema y con esto poder proponer programas de educación para la salud, dirigidos a los niños y padres de familia.



14. Bibliografía

1. Sogbe de A. Rosemary. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. 1ª ed. Caracas: Desinlimed; 1996.
2. Barber K. Thomas. Odontología Pediátrica. 1ª ed. México, DF: Editorial Manual Moderno; 1985.
3. Barbería Elena. Odontopediatría. 2ª ed. Barcelona: Editorial Masson; 2002.
4. Takashi Kanehira. Prevalence of oral malodor and the relationship with habitual mouth breathing in children. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2004, 28; 4: 285-288.
5. Lavigne GJ. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. Journal of Oral Rehabil, 2008, 35(7):476-494.
6. Katayoun E, Study of the relationship of social disorders to bruxism in teenagers, J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2008; 26 Suppl 3:S91-7.
7. Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. 2ªed. México, DF: Editorial McGraw Hill-Interamericana; 1996, p. 211.
8. Díaz Serrano KV et al. Parásitos intestinales y bruxismo infantil, Journal Dent Child, 2008; 75(3):276.
9. Moyers Robert E., Manual de Ortodoncia. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992.
10. Braham L. Raymond. Odontología Pediátrica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1984.



11. Dabout E. Diccionario de Medicina. México, DF: Editorial Época S.A. 1977. P. 589.

12. Mc. Donald Ralph E. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6ª ed. Madrid, España: Editorial Mosby; 1995.

13. Canut Brusola José A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona, España: Editorial Masson; 2000.

14. Planells del Pozo P.N., Martín Cuesta Sara. Hábitos de Succión y Chupete en el Paciente Odontopediátrico, Enfoque Terapéutico. Revista Profesional Dental, 1997, (4).

Disponible en: http://www.coem.org/revista/anterior/09_97/index.htm

15. Vellini F. Ferreira. Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Brasil: Editorial Artes Médicas Latinoamericanas; 2002.

16. Sada Assed. Tratado de Odontopediatría. 1ª ed. Colombia: Editorial AMOLCA, 2008.

17. Organización Mundial de la Salud, Encuestas de salud bucodental, métodos básicos. 4º ed. Malta; 1997.

18. Agurto P, Díaz R. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago. Revista Chilena de Pediatría. 1999; 70: 128-135.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0370-41061999000600004&script=sci_arttext



19. Rojas VR, Prevalencia de malos hábitos orales y respiración bucal en niños de 5 a 17 años del área de Santiago Centro. Revista Facultad de Odontología Universidad de Chile 2001; 19:245-251.

20. Cortese Silvina G, Biondi AM. Relationship between dysfunctions and parafunctional oral habits, and temporomandibular disorders in children and teenagers. Archivo Argentino de Pediatría 2009; Abril 107(2).

Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000200006&script=sci_arttext

21. Paredes V. Gallardo, Paredes Cencillo. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. An. Pediatr. (Barc) 2005; 62(3) 261-265.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/anales-pediatria-37/prevalencia-los-habitos-bucal-alteraciones-dentarias-escolares-13071842-originales-2005>

22. Urrieta E., López I. Quiroz O. Farías M. Rondón S. Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia Interceptiva U.G.M.A, 2008.

Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>

23. Da Silva F. Hábito de succión y maloclusión: Epidemiología en la dentadura temporal. Revista de Clínica e investigación en ortodoncia; 2005; 44(2): 127-140.

24. Montiel María Elena Jaime. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. Revista ADM: 2004; 61(6): 209-214

Disponible en: <http://www.pdfio.com/k-1334891.html>



25. Cortes Segura B, Hurtado Jacinto J, Lira Murillo S. Presencia de malos hábitos en niños de 5 a 14 años de edad que acuden al diplomado de ortopedia maxilar en la “Facultad de Estudios Superiores Iztacala”. México, DF; 2004.

26. Onyeaso, Oral habits among 7-10 year-old school children in Ibadan, Nigeria. East African medical journal 2004; 81(1):16

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15080510>

27. S. Yassaei, Rafieian M. Abnormal oral habits in the children of war veterans. Journal of Pediatric Dentistry 2000; 29:189-192.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15926432>

28. García García V.J, Ustrell Torrent J.M, Sentís Vilalta J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Av.Odontoestomatol 2011;27 (2)

29. Vallejo Pipa A. Prevalencia de maloclusión con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol, Madrid. Av. Odontoestomatol, 2011; 27(3).

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852011000300004&script=sci_arttext

30. Leite-Cavalcanti A, Medeiros-Bezerra PK, Moura C. Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré-escolares Brasileiros. Rev Salud Pública Bogotá 2007; 9(2): 194-204.

31. Acevedo Sierra Odalys, Rosell Silva Clara Rosa, Mora Pérez Clotilde, Padilla Gómez Elsie. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MediSur. 2008; 6(2).

Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/27>



32. Más de García Maureen, Clotilde de la C Mora Pérez, Raúl López Fernández, Juan José Apolinaire Peninni. Hábitos bucales: frecuencia y manifestaciones clínicas en niños de 5 a 11 años. *MediSur*. 2009; 7(1): 8-14.

Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180020302002>

33. Haces Yañes María de los Santos, Intervención educativa aplicada en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos deformantes bucales. *MediSur*. 2009; 7(1): 73-82

Disponible en:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPDdfRed.jsp?iCve=180020302010>

34. Bishara E, Warren JJ, Broffitt B, Levy SM. Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2006;130:31-6.

Disponible en :http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-2852011000200003&script=sci_arttext&tlng=es

35. Tornisiello CR, Rosenblatt A, Costa PP. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: Effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2004; 126:53-7.

36. Alemán Sánchez Pedro, González Valdez Dámaris, Días Ortega Laura, Delgado Díaz Yaima. Hábitos bucales deformantes y plano postlácteo en niños de 3 a 5 años, *Rev Cubana Estomatol*. 2007; 44 (2)