



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

TEMA:

**“Estudio del desarrollo de malos Hábitos Bucales,
consecuencia y trastornos en su oclusión, analizados en la
Iglesia Cristiana Católica: Santuario del Divino Niño de la
ciudad de Durán, en los niños y niñas que asisten a la
catequesis”.**

AUTOR

Cristian Geovanny Aguay Cabezas

TUTOR:

Dr. Fulton Freire Barroso

Guayaquil, julio 2014

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutores del trabajo de titulación:

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el trabajo de titulación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontólogo.

El trabajo de graduación se refiere a:

“Estudio del desarrollo de malos Hábitos Bucales, consecuencia y trastornos en su oclusión, analizados en la Iglesia Cristiana Católica: Santuario del Divino Niño de la ciudad de Durán, en los niños y niñas que asisten a la catequesis”.

Presentado:

Cedula #-

Cristian Geovanny Aguay Cabezas

092714311-5

TUTORES:

**Dr. Fulton Freire Barroso MSc.
TUTOR CIENTÍFICO**

**Dra. Elisa Llanos R. MSc.
TUTOR METODOLÓGICO**

**Dr. Miguel Álvarez Avilés MSc.
DECANO (e)**

Guayaquil, Julio del 2014

AUTORIA

Los criterios y hallazgos de este trabajo responden a propiedad intelectual del autor.

Cristian Geovanny Aguay Cabezas

092714311-5

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por todos mis logros alcanzados en mi vida en especial mi sueño más anhelado de ser Odontólogo, a mi padres que han sido mis pilares fundamentales a lo largo de todos los años de esta hermosa carrera, que con esfuerzo y perseverancia se ve reflejado en la sonrisa de de mis familiares.

Con cariño a todas las personas que me brindaron su confianza cuando recién empezaba a realizar mis primeras prácticas como estudiante; con nerviosismo en ciertos momentos pero con seguridad de lo que hacía, todo salió muy bien.

A mis tutores, Dr. Fulton Freire tutor académico, por compartir sus conocimientos primero como mi maestro y amigo en la calidez humana, y segundo por guiarme en este trabajo investigativo y a la Dra. Elisa Llanos mi tutor metodológico gracias por su apoyo incondicional en este proceso investigativo.

Cristian Geovanny Aguay Cabezas

DEDICATORIA

Con mucho amor a mis padres y hermana que han sido mi apoyo incondicional en mi vida.

Cristian Geovanny Aguay Cabezas

INDICE GENERAL

Contenido	Pag.
Caratula	
Certificacion de tutores	II
Autoria	III
Agradecimiento	IV
Dedicatoria	V
Indice general	VI
Resumen	IX
Abstract	X
Introducción	1
CAPÍTULO I	
El Problema	
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Delimitación del problema	3
1.4. Preguntas relevantes de investigación	4
1.5. Formulación de objetivos	4
1.5.1. Objetivo general	4
1.5.2. Objetivos específicos	4
1.6. Justificación de la investigación	5
1.7. Valoración crítica de la investigación	5
CAPÍTULO II	
Marco teórico	
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Bases teóricas	7
2.2.1 Hábitos bucales	7
2.2.2 Succiones	8

INDICE GENERAL

Contenido	Pag.
2.2.3 Succión no nutritiva	8
2.2.4 Objeto de succión	8
2.2.5 Succión digital	9
2.2.6 Consecuencias	11
2.2.7 Tratamiento	12
2.2.8 Respiración bucal	12
2.2.9 Respiración	12
2.2.10 Habito de respiración bucal	13
2.2.11 Etiología	13
2.2.12 Verdaderos respiradores bucales	14
2.2.13 Falsos respiradores bucales	15
2.2.14 Cambios causados por respiración bucal	16
2.2.15 Tratamiento	19
2.2.16 Interposición labial	20
2.2.17 Significado y tratamiento	21
2.2.18 Hábitos de masticación	22
2.2.19 Manifestaciones clínicas	23
2.2.20 Complicaciones	24
2.2.21 Tratamiento	25
2.2.22 Deglución atípica	26
2.2.23 Tratamiento	28
2.2.24 Interposición lingual	35
2.2.25 Tratamiento	36
2.3 Marco conceptual	37
2.4 Marco legal	38
2.5 Elaboración de la hipótesis	41
2.6 Identificación de las variables	41
2.6.1 Variable independiente	41

INDICE GENERAL

Contenido	Pag.
2.6.2 Variable dependiente	41
2.6.3 Variable intermitente	41
2.7 Operación de las variables	42
Capítulo III	
3. Marco metodológico	43
3.1. Nivel de investigación	43
3.2. Diseño de la investigación	44
3.3. Instrumento de recolección de información	44
3.3.1. Talento humano	44
3.3.2. Recursos naturales	44
3.3.3. Recursos tecnológicos	44
3.3.4. Población y muestra	45
3.3.5. Fases metodológicas	45
4. Análisis de los resultados	46
5. Conclusiones	49
6. Recomendaciones	50
Bibliografía	51
Anexos	52

RESÚMEN

En nuestro diario vivir en común encontrar niños con problemas de malos hábitos bucales, que con el pasar del tiempo se propagan frecuentemente como son succión de dedo, labio y chupete, interposición de labio y respiración bucal, mismo que van alterar el crecimiento y desarrollo armónico funcional, cráneofacial, y que son de gran importancia en los cambios de las estructuras y tejidos bucales aumentado la severidad de las anomalías dentomaxilares.

Este trabajo está siendo constituido por una investigación bibliográfica, descriptiva y demostrativa por un caso clínico que se propuso y analizo detenidamente, se podrá explicar los desequilibrios neuromusculares y cambios dentomaxilares que produce la presencia de estos malos hábitos y la importancia de orientar al niño una vez que se los identifica, mediante estos tipos de investigación podremos entre otras cosas, apoyar el tema investigado.

Los malos hábitos son deformantes neuromusculares de naturaleza muy compleja. La práctica de los hábitos bucales deformantes puede producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, en ciertos afectar el autoestima del niño, por esta razón es necesario identificarlos para evitar su desarrollo en la vida prematura del paciente.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, en niños de 6 a 13 años, de la iglesia Católica Santuario del Divino Niño del período lectivo 2013 – 2014. Además del examen clínico, se realizó una evaluación educacional a padres de familia. La información fue almacenada en un formulario de datos y se analizaron variables como: edad, sexo, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

PALABRAS CLAVES: MALOS HÁBITOS BUCALES, SUCCIÓN DIGITAL, ANOMALÍAS DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.

ABSTRACT

In our daily life common to find children with bad oral habits, which over time is often spread like finger sucking, lip and nipple, lip interposition and mouth breathing, same as they alter the growth and harmonious development functional, craniofacial, and which are of great importance in the changes of the oral tissues and structures of increased severity maxillary dento anomalies.

This work is being constituted by a bibliographic, descriptive and demonstrative research a case that was proposed and analyzed carefully, it may explain maxillary dento neuromuscular imbalances and changes produced by the presence of these bad habits and the importance of orienting the child once they are identified by these types of research can among other things, support the issue investigated.

Bad habits are very complex neuromuscular disfiguring nature. The practice of deforming oral habits may interfere with normal growth and development of the oral cavity, in certain affect the self-esteem of the child, therefore it is necessary to identify them to prevent its development in the early life of the patient.

An observational, descriptive study was conducted in children aged 6 to 13 years, the Shrine of the Divine Child Catholic Church for school year 2013 -. 2014 addition to the clinical examination, an educational assessment to parents was performed. The information was stored in a data form and analyzed variables such as age, sex, oral habits and disfiguring dento facial anomalies.

KEYWORDS: BAD HABITS MOUTH, SUCKING DIGITAL, ABNORMALITIES OF THE STOMATOGNATHIC SYSTEM.

INTRODUCCIÓN

La capacidad del odontólogo en su práctica diaria debe tener el conocimiento e incluir el manejo de las alteraciones fisiológicas no patológicas como es el caso de maloclusiones, su morfología y anatomía, así como reconocer la posibilidad de dar un tratamiento adecuado, debido a que puede estar relacionado a factores genéticos y ambientales.

El presente trabajo de investigación comienza con el análisis del desarrollo y trastornos en oclusión, buscando analizar las causas, para definir qué tratamientos está recomendado, partiendo de allí, el objetivo de este estudio está orientado a buscar y lograr la detección de estos malos hábitos y que pueden interferir en desarrollo y crecimiento cráneo facial, así como en los tejidos blandos y duros de la cavidad bucal.

En el campo odontológico específicamente en la odontopediatría nos vamos a encontrar con un sin número de problemas como por ejemplo succión digital, puede ser de labio, dedo, chupón, deglución atípica, respiradores bucales, interposición lingual, onicofagia, interposición labial, buscando aportar con información para la corrección de estos problemas bucales en especial con el tema que está planteado en este trabajo investigativo y de esta manera evitar trastornos, por lo que una corrección precoz de estos hábitos evitara el desarrollo de alteraciones oclusales posteriores, como mordidas abiertas, problemas de fonación, y con ellos minimizar los efectos nocivos del desbalance miofuncional antes que la anomalía se manifieste en su totalidad.

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes, pueden ser beneficiosos cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los labios y la adecuada masticación, o perjudiciales cuando interfieren con el patrón regular de

crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dento-maxilofaciales.
(Moyers R. , 1992)

El propósito de esta investigación es para conocer qué efectos o trastornos podría causar los malos hábitos mediante este estudio podremos identificar los niños portadores de hábitos bucales deformantes y las anomalías dentomaxilofaciales que presentan. Eliminar estos malos hábitos es de nuestro interés dentro del campo de la Odontología.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre los principales casos clínicos que se presentan a diario en el campo de la odontología, es el problema de mala oclusión, debido a que los niños a muy temprana edad desarrollan problemas de hábitos bucales y con la frecuencia con la que se presenta estos: la deglución atípica, succión digital y respiración bucal, son propensos a sufrir de maloclusiones, basándonos en el hecho que la función hace la forma y la forma hace la función y reconociendo estos hábitos como parafuncionales alteradores de la forma normal de los maxilares en los niños tanto en su estética, función y esto influya en su personalidad, nos motiva a definirlos para identificarlos e interceptarlos a tiempo, así podremos corregirlos con el fin de devolverle al niño su desarrollo armónico funcional.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Identificar a tiempo los malos hábitos bucales en la población infantil, para evitar o interceptar algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los niños que se encuentran en crecimiento y desarrollo.

1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: “Estudio del desarrollo de malos Hábitos Bucles, consecuencia y trastornos en su oclusión, analizados en la Iglesia Cristiana Católica: Santuario del Divino Niño de la ciudad de Durán, en los niños y niñas que asisten a la catequesis”.

Objeto de estudio: Evitar problemas de maloclusión por malos hábitos bucodentales.

Campo de acción: Estudio del desarrollo, consecuencias y trastornos en su oclusión.

Área: Pregrado.

Periodo: 2013 – 2014.

1.4. PREGUNTAS RELEVANTES DE INVESTIGACIÓN

¿Qué son hábitos?

¿Cuáles son los hábitos fisiológicos y los no fisiológicos?

¿Cuál es el tratamiento adecuado para estos hábitos de comportamiento y sus trastornos?

¿Qué beneficios aportaría a los niños con esta investigación?

¿Cómo reconocer cuando el niño respira por la boca?

¿Es importante la utilización del chupete?

¿Cómo intervenir ante un mal hábito durante el período de cambio dentario?

¿Puede el hábito de succión digital causar problemas psicológicos en los pacientes?

1.5. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar a tiempo problemas de Hábitos Bucales fisiológicos y no fisiológicos que puedan desarrollar los niños y niñas para evitar trastornos en su oclusión.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar cuáles son los hábitos no fisiológicos y cuáles son los fisiológicos.

Señalar la incidencia de maloclusiones con la presentan en los niños y niñas.

Analizar los trastornos que pueden darse de persistir estos hábitos.

Indicar el tratamiento adecuado para evitar, rehabilitar y conseguir su armonía oclusal.

1.6. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este proyecto ha sido realizado con la intención de identificare a tiempo los hábitos bucales no fisiológicos en la población infantil, por este motivo este proyecto es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo en la “Iglesia Cristiana Católica: Santuario del Divino Niño”, de la ciudad de Durán.

Por esta razón estimulamos a unir esfuerzos para guiar a esos pacientes que llegan a las consultas explicándoles a cada representante y al mismo niño la importancia de atacar a tiempo dichos hábitos. Es importante que los programas educativos hacia la salud bucal involucren estos conocimientos a cerca de estas implicaciones y que hagan conciencia en los niños.

1.7. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Este presente trabajo de investigación es delimitado pues su objetivo es el de resolver el problema planteado, el cual consiste en analizar problemas de malaoclusion por malos hábitos bucales. Este trabajo es factible puesto que el uso de estas aparatologías es el de contribuir a través de la identificación y prevención de males hábitos, para el cuidado de la Salud Bucal.

Es importante destacar el buen uso de materiales odontológicos para dar un buen servicio al paciente, contribuyendo a la comunidad y de esta forma lograr el perfil deseado para un excelente profesional.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los hallazgos de múltiples investigaciones clínicas muestran que un subgrupo relativamente largo de pacientes con hábitos bucales tienden a ser ansiosos, lo que puede modificar sus experiencias del dolor, además de haberse demostrado que dichos pacientes presentan umbrales más bajos de dolor que cuando se les compara con grupos controles.

Se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de la población experimenta ansiedad cuando sufren de ciertos hábitos bucales, lo que puede inducirle a daños bucales e intestinales y tiene efectos negativos sobre su salud buco dental y en general. (Solano, 2012)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 HÁBITOS BUCALES

El hábito es el resultado de la repetición de un acto con determinado fin, volviéndose con el tiempo resistente a cambios. La instalación del hábito ocurre por ser agradable, por traer satisfacción y placer al individuo. Inicialmente, hay participación consciente del individuo por realizar el acto, pero por causa de su repetición continua, ocurre un proceso de automatización y perfeccionamiento, volviéndose así inconsciente. (Nahas Correa, 2009)

Cuando se afecte el crecimiento de las estructuras orofaciales, dependerá de la frecuencia, duración, intensidad y de la dirección de la fuerza aplicada al realizar esta contracción muscular de manera reiterada. Es por esto que en la prevención de las maloclusiones es importante diagnosticar, controlar y eliminar oportunamente la instalación de un mal hábito bucal. (Muller, 2012)

Entre los hábitos más comunes encontramos: Succión Digital, deglución atípica y respiración bucal.

2.2.2 SUCCIONES

Se considera un reflejo normal que está presente desde la vida intrauterina. Al recién nacido le permite alimentarse y relacionarse con el medio que lo rodea. La lengua se posiciona entre los labios en forma acanalada para recibir la leche. Con la aparición de los dientes el hábito se va extinguiendo paulatinamente y es reemplazado por la masticación. El hábito de succión debe eliminarse como máximo a los 2 años. (Proffit, 2008)

2.2.3 SUCCION NO NUTRITIVA

La succión sin fines alimenticios (de nutrición), o sea, succión del dedo, chupón o de otros objetos puede transformarse en un hábito de succión no nutritiva, acarreado algunas alteraciones en las estructuras bucales. (Nahas Correa, 2009)

2.2.4 OBJETOS DE SUCCION

Tenemos: Chupón, dedo, biberón, tela, lapicero, lápiz, etc.

Hasta la época de erupción de los primeros dientes deciduos, el chupón puede desempeñar un papel importante en la succión, ya que el bebe tiene una fuerte necesidad de succión, no siempre satisfecha por la succión nutritiva. (Nahas Correa, 2009)

Es preferible la succión del chupete a la succión de dedo que es de mayor complejidad, desde los 4 meses en adelante dar al niño, en su reemplazo, objetos para morder. Tiene un efecto tranquilizante; puede generar absoluta dependencia, si es "imprescindible", úselo poco rato y retírelo en el momento en que el niño se tranquilice o duerma. Guardarlo limpio, seco, en un lugar lejos del alcance del niño puede ser buena idea en edades en que el niño lo necesita. (Okenson, 2006)

Para poder identificar sobre algún mal hábito, debemos sospechar del niño al momento que se observe: mordida abierta anterior, una lengua en una posición baja o interposicional, alteración en la uña como enrojecido o muy limpia, problemas en fonación por el motivo de respirar por la boca. (Aguay)

2.2.5 SUCCIÓN DIGITAL

La succión de los dedos o el pulgar, como factor productor de malaoclusiones, es fácilmente asociado por el público ya que los principios mecánicos son de aparente simpleza, razón por la cual la mayoría de los padres se preocupan y oponen a estas actividades en sus niños. Para muchas familias es este problema que les hace buscar consejo profesional. (Escobar Muñoz, 2004)

La succión digital es una relación senso-motora resultante de estímulo – respuesta, como parte de un reflejo normal. Representa una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimula en este último por olores, sabores y cambios de temperatura, es también una respuesta a estímulos en la zona bucal o perioral. (Escobar Muñoz, 2004)

Durante los primeros seis meses de vida, la succión es una actividad preponderante de los cuatro a diez meses de edad la boca y los labios están comprometidos en exploración ambiental, cediendo esta función a las manos, en forma progresiva de ahí en adelante. (Escobar Muñoz, 2004)

Casi todos los niños realizan algún tipo de succión no nutritiva: chuparse el pulgar, otro dedo o algún objeto de forma parecida. Incluso se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar intraútero, y la gran mayoría de los lactantes lo hace desde el nacimiento y hasta los 2 años de vida o más. Los recién nacidos tienen más sensibilidad táctil en la

boca que en los dedos, por lo que llevan objetos a labios y lenguas para ser identificados. (Muller, 2012)

La malformación maxilofacial que se desarrolla con la succión del pulgar es en la mayoría de los casos más significativa que aquella producida por succión de chupete. La presión del dedo pulgar sobre la premaxila por un lado, además del apoyo de la base de ese dedo sobre la mandíbula, para realizar la succión, sumado al vacío, para realizar la succión, da como resultado la proyección del proceso maxilar hacia adelante y un empuje de la mandíbula hacia atrás, determinado así una protrusión incisiva superior y una proyección de la arcada inferior hacia atrás, provocando así un menor crecimiento mandibular. (Muller, 2012)

La actividad muscular para realizar la succión, se compone de una obturación de los músculos orbiculares de los labios alrededor del dedo y de los músculos Buccinadores que se contraen, presionando las zonas laterales del maxilar superior, generando un impedimento para el desarrollo transversal del hueso maxilar. Con frecuencia se desarrolla una compresión maxilar dando por resultado, una mordida cruzada uni o bilateral. (Muller, 2012)

Las alteraciones posibles a consecuencia del hábito son especialmente desventajosas y si persiste, o es ejercido con fuerzas mayores, puede afectar igualmente el proceso alveolar. Alteraciones del hueso basal, o asociación indisoluble con alteraciones en los sectores posteriores, no tienen evidencia experimental satisfactoria. Estas deformaciones, en cualquier caso, son dependientes de cuatro factores:

Frecuencia: que expresa el número de veces que el niño efectúa el hábito en un día.

Duración: el tiempo durante el cual se ejerce el hábito.

Intensidad: la cantidad de fuerza aplicada

Dirreccion y Tipo: los vectores de esas fuerzas sobre los arcos, que pueden tener resultados diferentes.

(Escobar Muñoz, 2004)

La duración de hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua. (Canut, 2004)

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y por último, el patrón morfo genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del habito. Si el niño presente un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendera a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia.

(Canut, 2004)

2.2.6 CONSECUENCIAS

Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema).

Mordida abierta anterior.

Prognatismo Alveolar Superior.

Dimensión vertical aumentada.

Estrechamiento del arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador).

Mordida cruzada posterior.

Retroinclinación de los incisivos inferiores.

(Sarwer, 2008)

2.2.7 TRATAMIENTO

Explicar al niño con palabra acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.

Aparatología removible o fija (rejilla lingual).

Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral.

(Sarwer, 2008)

2.2.8 RESPIRACIÓN BUCAL

2.2.9 RESPIRACIÓN

La respiración nasal o normal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y se apoya contra el paladar produciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Las fosas nasales limpian y calienta el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas. (Garcia Molina, 2011)

Respiración es el proceso fisiológico indispensable para la vida de organismos aeróbicos, la respiración normal se realiza por las fosas nasales, y tiene funciones bactericidas y caldeoamiento del aire. Este proceso se realiza por medio de mecanismos físico-químicos por el cual un organismo adquiere oxígeno y libera dióxido de carbono, en el proceso

se encuentran involucradas las siguientes estructuras anatómicas: pulmones, pared torácica (tórax), diafragma, abdomen, músculos intercostales. Adicionalmente trabajan en conjunto con el sistema nervioso central y el sistema cardio-pulmonar. La respiración oral solo interviene en los momentos de esfuerzos físicos donde el paso de aire por las fosas nasales no es suficiente, o cuando hay alguna infección respiratoria transitoria. (Rodríguez & Cassaca, 2008)

2.2.10 HABITO DE RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración normal, conocida como respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa libremente por la nariz con un cierre inmediato de la boca, originándose así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración; la lengua se eleva y se proyecta contra el paladar, ejerciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Cuando la respiración se realiza por la boca, la lengua se ubica en una posición descendente para permitir la entrada del aire. La respiración bucal, normalmente está vinculada a pacientes con interposición lingual y del labio. (Rodríguez & Cassaca, 2008)

Durante la respiración bucal, el aire transita por la cavidad bucal, y como consecuencia, se desencadena un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se deforma y se profundiza, y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico de cara larga o facie adenoidea. (Rodríguez & Cassaca, 2008)

2.2.11 ETIOLOGÍA

Con respecto a la etiología de los problemas respiratorios tenemos que un 39% hipertrofia de amígdalas y adenoides, 34% a rinitis alérgicas, 19% a desviación del tabique nasal, 12% hipertrofia idiopática de cornetes, otros

porcentajes en menor grado a pólipos, tumores, etc. (Rodriguez & Cassaca, 2008)

Los respiradores bucales se pueden dividir en dos grupos, los cuales presentan etiologías diversas:

2.2.12 VERDADEROS RESPIRADORES BUCALES.

Los verdaderos respiradores bucales pueden presentarse como consecuencia de las siguientes causas obstrucciones funcionales, mal hábito respiratorio, e hiperlaxitud ligamentosa. (Rodriguez & Cassaca, 2008)

Entre las de OBSTRUCIONES FUNCIONALES podemos tener: alteraciones a nivel de las narinas, desviaciones septales, masas intranasales, hipertrofia de cornetes, secreciones nasales abundantes, hipertrofia de adenoides, atresia o estenosis de coanas, hipertrofia severa de amígdalas, rinitis alérgica, procesos inflamatorios (infecciones), tumores, pólipos, entre otros. (Rodriguez & Cassaca, 2008)

Los respiradores bucales por MAL HÁBITO RESPIRATORIO en general son pacientes que en algún momento tuvieron algún factor obstructivo presente, como deglución atípica, interposición lingual y succión del pulgar entre otros, que condicionaron este tipo de respiración, y que el paciente la mantuvo a través del tiempo a pesar de haber desaparecido la causa obstructiva inicial. (Rodriguez & Cassaca, 2008)

Además existen pacientes que tienen una HIPERLAXITUD LIGAMENTOSA, característicamente son niños que tienen alteraciones posturales producto de su hiperlaxitud. Estos niños tienen una gran capacidad de flexionar sus articulaciones, frecuentemente tienen problemas de pie plano, pueden tener alteraciones en la posición de la columna y rodillas y la mandíbula inferior tiende a caer y el paciente abre

la boca, esto último puede favorecer una respiración bucal. (Rodríguez & Cassaca, 2008)

2.2.13 FALSOS RESPIRADORES BUCALES

Los Falsos Respiradores Bucales son niños que tienen la boca abierta; pero respiran por la nariz, algunos tienen interposición lingual entre las arcadas dentarias, y en otros casos se aprecia la boca abierta con la lengua apoyada sobre el paladar duro, en ambos casos son niños que tienen la boca entreabierta; pero no pueden respirar por la boca ya que está obstruida la respiración por la boca. (Rodríguez & Cassaca, 2008)

Las causas de la obstrucción nasal que producen un flujo restringido a través de la nariz pueden ser:

Hipertrofia de adenoides: aumento del tejido linfóide existente en la rinofaringe, con cierre o disminución del espacio para el pasaje de aire.

Hipertrofia de tonsilas: existen casos en que las tonsilas palatinas están tan aumentadas que los polos superiores se comprimen en la región de la úvula, causando obstrucción nasal y dificultad respiratoria (incluso con la compensación bucal).

Desvíos del septo: si diagnóstico es hecho a través de la historia de obstrucción nasal uní o bilateral, sin antecedentes alérgicos y sin hipertrofia de adenoides.

Rinitis alérgica: después de la hipertrofia de adenoides, la rinitis alérgica es la causa más frecuente de obstrucción nasal. Se caracteriza por rinorrea (coriza), crisis de estornudos.
(Petrelli, 1991)

EXAMEN DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA:

El reflejo nasal de Gudin.

Apagar la vela.

El algodón.

El espejo de Glatzel.

(Garcia Molina, 2011)

2.2.14 CAMBIOS CAUSADOS POR RESPIRACIÓN BUCAL

Cambios bucales:

Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.

Mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral.

Mordida cruzada funcional unilateral por avance mesial de uno de los cóndilos y en casos de mordida cruzada bilateral, la mandíbula adopta una posición forzada de avance produciendo una falsa clase I.

Posición baja de la lengua con avance anterior e interposición de la misma entre los incisivos.

Arcada superior en forma triangular.

Estrechez transversal del paladar, acompañada de una protrusión de la arcada superior e inclinación anterosuperior del plano palatino, a causa de la acción compresiva de los músculos buccinadores a nivel de la zona de los premolares, ya que el equilibrio muscular se encuentra afectado por la posición baja que la lengua adquiere para el paso y la salida del aire.

Opacidad e hipodesarrollo de los senos paranasales, que forman la base de la arcada dental superior.

Presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión labial), que agravan la posición de los incisivos.

Apiñamiento.

Retrognatismo del maxilar inferior o rotación mandibular hacia abajo y atrás, aumento de la hiperdivergencia.

Vestibuloversión de incisivos superiores.

Linguoversión de incisivos inferiores.

Linguoversión de dientes posteriores superiores.

Predominio de los músculos elevadores del labio en detrimento de los músculos paranasales, que se deben insertar en la parte anterior del maxilar y favorecen el crecimiento anterior de la premaxila, produciendo una elevación y retrusión de la espina nasal anterior.

Egresión de dientes anteriores superiores e inferiores o posteriores.

Gingivitis crónica (encías sangrantes e hipertróficas), consecuencia de la deshidratación superficial a que son sometidas por falta del cierre bucal y del paso del aire.

(Moyers, 1992)

Cambios Faciales:

Aumento del tercio facial inferior.

Rasgos faciales típicos de la facies adenoidea incluyen, cara estrecha y larga, hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, ojeras profundas, ojos caídos, boca abierta, incompetencia labial.

Narinas estrechas del lado de la deficiencia respiratoria con hipertrofia de la otra narina o las dos estrechas.

Piel pálida.

Mejillas flácidas.

Hipertrofia del músculo borla del mentón.

Labio superior corto e incompetente.

Labio inferior grueso y evertido.

Labios agrietados, resecos, con presencia de fisuras en las comisuras (queilitis angular) podría conseguirse candidiasis.

Posición más enderezada de la cabeza.

(Moyers, 1992)

Cambios fisiológicos:

Anorexia falsa, (dificultad al momento de comer por complicación al tratar de coordinar la respiración con la masticación al momento de tragar).

Ronquidos.

Hipoacusia, por variación en la posición del cóndilo al mantener la boca abierta, la onda sonora se hace débil; esto ocasiona una aparente "Aprosexia" falta de memoria. El niño no se concentra a causa de su deficiencia auditiva.

(Moyers, 1992)

Cambios a nivel esquelético:

Hundimiento del esternón "Pectus excavatum" y "Escápulas aladas" (en forma de alas). Estas dos características se deben a una falta de desarrollo torácico en sentido anteroposterior; tórax estrecho.

Pronunciamiento costal por la misma razón.

Hipomotilidad diafragmática.

Cifosis (dorsal). Lordosis lumbar.

(Moyers, 1992)

2.2.15 TRATAMIENTO

El niño que padece con respiración bucal demanda la participación de varios profesionales, iniciándose con la consulta al pediatra o al otorrinolaringólogo. Así se determinara la capacidad del paciente para respiración nasal, el tamaño y espacio nasofaríngeo y malformaciones físicas, como tejido adenoideo hipertrófico o desviación del septum sobre todo en caso de pacientes con episodios de apnea. (Escobar Muñoz, 2004)

Según la edad y los cambios esperados con el desarrollo se evaluara la cirugía correctiva necesaria y la posibilidad de realizarla en el paciente. (Escobar Muñoz, 2004)

Después de esta etapa el odontólogo debe determinar la necesidad de participar, ya que en muchas instancias la respiración bucal persiste como habito, después de eliminar todos factores etiológicos estructurales. (Escobar Muñoz, 2004)

El odontopediatría puede utilizar aparatos específicos, como la pantalla oral, cuando el paciente este en las categorías de las maloclusiones que se han venido describiendo como son relaciones esqueléticas normales en maloclusion, estando el problema limitado a una mordida abierta, que para ser corregida necesita que se consiga un adecuado cierre labial y el restablecimiento del equilibrio muscular. Otras situaciones deberían se referidas al especialista en beneficio del paciente. (Escobar Muñoz, 2004)

La pantalla se conforma a la cara vestibular de ambos arcos, extendiéndose en altura de una surco vestibular al opuesto y con profundidad hasta los primeros molares permanentes. El uso de este aparato, por parte del paciente se establece en las horas que esté en su casa y durante la noche. Al inicio sobre todo cuando el hábito es muy fuerte hay que realizar tres o cuatro pequeñas perforaciones de la pantalla en la zona anterior, para no angustiar al paciente este pueden ser obturadas a breve plazo en forma en forma progresiva. (Escobar Muñoz, 2004)

2.2.16 INTERPOSICIÓN LABIAL

La ubicación anormal del labio inferior por palatino de los incisivos superiores puede producir una inclinación anterior de estos, aumentando el overjet, con diastemas, cuadro que se agrava al inclinar lingualmente los incisivos inferiores. Esta situación es mucho más frecuente en clase II div 1, aunque puede presentarse en neutroclusión, como hábito único o asociado a otro, como por ejemplo succión digital, una vez que este ha movilizadado piezas dentarias, en un intento del niño por obtener cierre anterior. (Escobar Muñoz, 2004)

En los casos de pacientes con interposición (o succión de) labio inferior, el niño apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores, dejando los incisivos superiores entre los labios. El labio superior es hipotónico, lo que sumado a la fuerza muscular del labio inferior hipertónico interpuesto entre dientes superiores e inferiores, produce una proyección anterior de los incisivos superiores. En el labio inferior se produce una contracción intensa de los músculos cuadrados del labio. Hay ocasiones en que incluso ambos músculos se unen a través de tejido fibroso lo cual dificulta el desplazamiento anterior del proceso dentoalveolar mandibular, generando una falta de desarrollo anterior de la arcada inferior.

(Muller, 2012)

Esta alteración anatómica produce a nivel dentoalveolar, un efecto similar al de la succión digital, es decir una protrusión superior y una retrusión dentaria y mandibular. (Muller, 2012)

Es común que estos pacientes con interposición del labio inferior presenten ciertas características faciales comunes como un surco mentolabial marcado, un cierre labial forzado, musculos orbicular de los labios hipertrófico y un crecimiento mandibular horizontal. A nivel intraoral se observan incisivos superiores protruidos e incisivos inferiores retruidos, y un overjet (resalte incisivo antero posterior) aumentado. (Muller, 2012)

2.2.17 SIGNIFICADO Y TRATAMIENTO

El significado de este hábito es su naturaleza no autocorrectora, puede hacerse más perjudicial con la edad debido a las fuerzas musculares adversas que interactúa con el desarrollo. El tratamiento depende de su etiología, así, debe ser tratada en primer lugar. (Escobar Muñoz, 2004)

Es posible, si el desarrollo intelectual y la motivación del paciente lo permiten, actuar simultáneamente con una pantalla oral. Si es solo el labio, puede interceptarse su postura inadecuada con un escudo vestibular del tipo DENHOLTZ, o con un aparato removible inferior al cual se le agrega un escudo acrílico en el asa anterior modificada para el efecto. En estos casos el escudo deja un espacio entre él y los incisivos inferiores para permitir la reubicación el labio es frenado en su intento de adoptar una posición retrasada. (Escobar Muñoz, 2004)

En otros casos la posición del labio es correspondiente a la relación esquelética subyacente, como en una distoclusión o una protrusión maxilar, situación que será controlada durante el tratamiento realizado por el especialista, quien para la estabilidad de sus resultados necesita restablecer la competencia de los labios. (Escobar Muñoz, 2004)

2.2.18 HÁBITOS DE MASTICACIÓN

Onicofagia

Los hábitos masticatorios indeseable abarcan todo aquellos que es hecho sin el objetivo de nutrición, como morder las uñas, morder la tapa del lapicero y morder el labio o carrillo. Junto a eso existe un fuerte componente emocional. La etiología sugerida por Leung y Robinson incluye el estrés, la imitación de otros miembros de la familia, herencia transferencia del hábito de succión del pulgar y falta de cuidado en el trato de uñas y cutículas. (Nahas Correa, 2009)

De acuerdo con estos autores, el habito de morder las uñas difícilmente es encontrado en niños con menos de 3 años de edad, a pesar que existen registros de niños de niños de 18 meses de edad con el habito ya instalado. (Nahas Correa, 2009)

Entre los 3 y 6 años de edad hay un aumento significativo en la presencia del hábito. De los 7 a los 10 años de edad, la incidencia se mantiene estable entre 28 y 33 %, habiendo un gran aumento a partir de los 10 años y con la entrada de la adolescencia. Cerca del 45% de los adolescentes tienen hábito de morder unas. (Nahas Correa, 2009)

Con el pasar de la edad esa incidencia disminuye rápidamente, 20% entre 16 y 17 años de edad. Apenas el 10% mantiene el hábito en la fase adulta. La incidencia entre ambos sexos en la edad de 10 años es prácticamente igual, pero entrando en la adolescencia el número de jóvenes del sexo femenino que presentan el hábito es cerca de 10% menor que el del sexo masculino. (Nahas Correa, 2009)

El habito de morder las uñas es considerado un mecanismo liberador de tensiones. La causa podría venir de frustraciones y tensiones interiores, haciendo con que el niño busque un refugio más agresivo al morder las

uñas. Mientras que el niño se sienta más exigido, mas practicará ese habito, el cual podrá perdurar toda la vida. (Nahas Correa, 2009)

Debido al rápido estilo de vida actual, sobra poco tiempo para que los padres estén y les den atención a sus hijos. A veces los niños presencian los conflictos que surgen entre la pareja, estas situaciones psíquicas y miedos que a través de una fuerte ansiedad, genera el mecanismo motor y dedos son llevados a la boca como una llamada de atención y como un sistema de auto compensación. La Onicofagia siempre expresa un desequilibrio emocional. (Nahas Correa, 2009)

2.2.19 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El hábito de morderse las uñas normalmente está confinado a las manos, sin embargo, ocasionalmente, envuelve a los pies. El habito afecta las uñas de todos los dedos igualmente. Muy raramente una única uña es afectada. Las uñas afectadas por el hábito son muy cortas e irregulares. (Nahas Correa, 2009)

El acto de morder las uñas abedece a una secuencia de 4 fases distintas. Inicialmente, la mano es colocada en las proximidades de la boca. Esta postura demora de pocos segundos a medio minuto. A continuacion, el dodo es colocado contra el diente, seguido de una serie de rapidas y espoasmódicas mordidas, con la uña bien presionada contra el borde cortante del diente. Finalmente el dedo esretirado de la boca para que sea hecha una inspeccion visual o de tacto por otro dedo. Normalmente la expresión facial en este momento es muy intensa, si la persona nota que etsa siendo observada para inmediatamente, toda la secuencia puede durar de 40 segundos a minutos. (Nahas Correa, 2009)

Algunos niños que poseen el hábito de morder las uñas pueden morder otros objetos como lápices o cualquier otro, en especial cuando están

absorbidos en determinada actividad o bajo presión. Además de eso, este hábito puede estar asociado a la succión del dedo, bruxismo, terror nocturno, sonambulismo, acceso de furia y al propio hábito de colocar el dedo en la nariz. Es importante acrecentar que el hábito de morder las uñas puede ser hereditario, posiblemente como resultado de la imitación de otros miembros de la familia o personas muy cercanas al niño.

(Nahas Correa, 2009)

2.2.20 COMPLICACIONES

De acuerdo con las observaciones de Leung y Robinson, el hábito de morder las uñas puede lastimar la cutícula, volver áspera la punta de la uña, provocar sangrado en los bordes de la uña y hasta causar deformaciones en esta. El crecimiento de las uñas generalmente no es retardado. Por el contrario, se observa un crecimiento en torno de 20% provocado probablemente por el estímulo de la circulación en la región de germinación en la raíz de la uña debido a la intensa manipulación.

(Nahas Correa, 2009)

Las infecciones fúngicas o bacterianas secundarias como la micosis o paroniquia pueden ocurrir y contaminar la cavidad bucal. Lo contrario también puede ocurrir, pues los portadores de herpes labial pueden presentar manifestaciones en los dedos. (Nahas Correa, 2009)

El hábito de morder las uñas puede acarrear problemas para la dentición y la higiene bucal, las fuerzas no fisiológicas que actúan sobre los dientes pueden conllevar a reabsorciones radiculares. Odernick y Brattstrom, descubrieron un aumento significativo de reabsorciones radiculares en dientes de personas con fuerte hábito. Las fracturas pequeñas en los bordes de los incisivos y la gingivitis pueden ser el resultado de traumas causados por este hábito. (Nahas Correa, 2009)

El hábito de morder las uñas en niños mayores y adolescentes no es socialmente aceptado. Estos individuos pueden estar sujetos a críticas por parte de los padres y amigos, pudiendo sentirse rechazados.

(Nahas Correa, 2009)

2.2.21 TRATAMIENTO

El tratamiento debe estar dirigido a las causas que llevan al estrés y a la tensión, en el caso que sea posible descubrirlas, la atención debe estar orientada a mejorar la autoestima del niño, en esta situación, se indica el consejo psicológico para mejores resultados. La importancia de una actividad física debe ser colocada para que el niño descargue sin dejar de lado actividades como el dibujo o artes, en las cuales el niño usará la mente, las manos y donde las emociones entrar a formar un gran papel aliviando sus tensiones. (Nahas Correa, 2009)

Los padres deben ayudar a sus hijos a eliminar el hábito dándoles cariño y soporte emocional. Las críticas no son deseables. Además de eso, intente mantener las uñas de los niños siempre recortadas, limadas, en este remover las cutículas de piel localizadas en las partes superior laterales de la uña para que el hábito no sea estimulado, eliminando así el gusto o sensaciones de llevar los dedos a la boca. (Nahas Correa, 2009)

En el caso de niños pequeños, deben los padres instruirlos para remover suavemente los dedos de la boca dándoles soporte, que puede ser con un abrazo impartiendo confianza y distrayéndolos con otras actividades, el tratamiento solo tendrá éxito si el niño estuviera empeñado en la remoción del hábito. Es importante que se desarrolle ese deseo, dándole soporte con mucho cariño, estimulándolo con varias y diversas actividades, valorizando siempre sus realizaciones. En el caso que el niño se sienta motivado pero este encontrando dificultad para abandonar el hábito se

puede obtener la ayuda de esmaltes con sabores desagradables como forma de recordatorio al momento que intente realizar el hábito.

(Nahas Correa, 2009)

2.2.22 DEGLUCIÓN ATÍPICA

DEGLUCIÓN

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). (Lugo & Toyo, 2011)

Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central. (Lugo & Toyo, 2011)

DEGLUCION NORMAL

En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual y una postura adelantada, se caracteriza por:

En el momento de la deglución los dientes superiores e inferiores están apretados, contacto intercuspideo.

La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par.

No hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.

La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.

(Lugo & Toyo, 2011)

La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual, en el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias unas vez cada dos minutos aproximadamente. (Lugo & Toyo, 2011)

DEGLUCIÓN ATÍPICA

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo. (Lugo & Toyo, 2011)

Etiología de la deglución atípica

Amígdalas hipertróficas

Macroglosia (la cual es poco frecuente)

Alimentación prolongada por medio de tetero

Perdida prematura de los dientes temporales anteriores

Consecuencias de la deglución atípica

Mordida abierta en la región anterior y posterior

Protrusión de incisivos superiores

Presencia de diastema antero superiores

Labio superior hipotónico
Incompetencia labial
Hipertonicidad de la borda del mentón
(Lugo & Toyo, 2011)

2.2.23 TRATAMIENTO

Ejercicio de terapia miofuncional para la reeducación de la posición lingual:

1. Elástica en la punta de la lengua
2. Uso de dos elásticas en el labio y otra en la punta de la lengua

Utilización de aparatología física o movable (rejilla lingual o perla de tucat).
(Lugo & Toyo, 2011)

Deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial).

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores. (Lugo & Toyo, 2011)

Tratamiento de la deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial)

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper. Es un arco de alambre ortodóntico de 1,2 mm con la parte anterior revertida de acrílico. Este aparato puede encajarse en los tubos de bandas cementadas en los primeros molares inferiores (si el paciente tiene las raíces de los molares completas) ó una placa de Hawley inferior. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón. (Lugo & Toyo, 2011)

Cuando el paciente presenta una deglución atípica con interposición del labio superior el Lip Bumper o placa labioactiva, será colocada en el arco superior, ejerciendo la misma función del caso anterior. (Lugo & Toyo, 2011)

Para corregir la mordida profunda utilizamos una placa de levantamiento de mordida anterior, que consiste en una placa de hawley superior con acrílico más espeso en la región palatina de los incisivos superiores. Cuando el paciente ocluye, los incisivos inferiores tocan este acrílico, impidiendo su extrusión, dejando los dientes posteriores sin oclusión. Sabemos que los dientes sin oclusión con el antagonista se extruyen y por lo tanto levantan la mordida. Para un buen resultado, este aparato debe ser usado 24 horas por día, en pacientes cuyo vector de crecimiento facial tiende a ser horizontal. Sin embargo, si ya hubo mucha extrusión de los anteriores y el paciente tiene un crecimiento vertical, es necesario colocar un arco de intrusión de incisivos (aparato fijo), porque la extrusión de los posteriores para el levantamiento de mordida está totalmente contraindicada. Si ya se ha instalado la clase II, hay que reducirla por medio de uso de extrabucal. Si las raíces de los primeros molares, ya estuviesen con rizogénesis completa, el arco extrabucal puede ser

insertado en los tubos de las bandas de los molares superiores, de lo contrario debe acoplarse el arco extra bucal a una placa de Hawley superior y de esta manera, el aparato recibe el nombre de Splint ó arco extrabucal conjugado (AEB conjugado). En este caso el Splint debe ser confeccionado como una placa de levantamiento de mordida anterior y tener un tornillo expansor mediano, con la finalidad de compensar lateralmente el ajuste en el arco superior y el inferior durante la reducción de la clase II. La tracción hecha debe ser una tracción media o alta, ya que es dada por el casquete del tipo IHG. Por lo tanto, un paciente portador de clase II, división I, con proyección de la maxila, crecimiento horizontal y sobremordida profunda, cuya etiología es un hábito de deglución atípica con interposición del labio inferior, debe usa al mismo tiempo el Lip Bumper, placa de levantamiento de la mordida anterior y aparato extrabucal. (Lugo & Toyo, 2011)

Para la corrección de la hipotonía del labio superior se recomienda que el paciente haga algunos ejercicios, con la finalidad de aumentar el tono muscular. El aparato utilizado como auxiliar en los ejercicios para tonificación labial es la placa vestibular o escudo vestibular. (Lugo & Toyo, 2011)

El escudo vestibular es un aparato versátil y sencillo en el tratamiento interoceptico precoz de las deformaciones del arco dentario. Actúa básicamente en la corrección de la disfunción muscular perioral. Las funciones musculares defectuosas provocan maloclusiones generalmente con un exceso de overjet. Los mismos músculos que tienen un potencial deformador, pueden usarse para corregir maloclusiones dentarias, este tipo de aparato fue creado en 1912 por Newel. (Lugo & Toyo, 2011)

Las indicaciones para el uso del escudo vestibular son:

Corrección del hábito de succión digital, de moderar los labios y de la interferencia lingual

Corrección de la respiración por vía bucal, cuando las vías aéreas están abiertas

Corrección de la ligera distoclusión, con protrusión de la premaxila y mordida abierta, en dentición decidua y mixta

Corrección de la hipotonía labial

(Lugo & Toyo, 2011)

Para la construcción del escudo vestibular, inicialmente se toma la impresión del arco dentario superior e inferior y se confeccionan los modelos de yeso. Con los modelos posicionados en oclusión céntrica, se construye la placa vestibular en acrílico. (Lugo & Toyo, 2011)

El aparato debe tocar los incisivos maxilares y permanecer a una distancia de 2 a 3 mm e los dientes posteriores para alejar los músculos del carrillo y dejar que la lengua propicie la expansión de la arcada posterior y que se extienda hasta el surco gingivogeniano superior e inferior. El escudo vestibular, entre otras funciones, se utiliza para el ejercicio de tonificación de la musculatura labial y yugal. Al confeccionarlo se coloca un gancho de metal en la parte anterior, en el cual se ata un elástico. (Lugo & Toyo, 2011)

El paciente o los padres tienen que halar este elástico y el niño intenta retener el escudo con los labios, en movimientos repetitivos hechos por lo menos, durante 20 o 30 minutos al día. El escudo vestibular puede ser sustituido por un chupón sin la parte de goma. Cuando no esté haciendo ejercicio, el niño debe ser orientado para mantener los labios en contacto. Frankel recomienda sostener entre los labios una hoja de papel mientras

estudia o mira la televisión. Al inicio las visitas al consultorio deberán ser cada dos a 3 semanas para motivar al paciente y garantizar mejor cooperación de los padres. Cuando se comienza a notar los resultados las visitas pueden espaciarse de 2 a 3 meses. (Lugo & Toyo, 2011)

Deglucion con presion atipica de la lengua

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del musculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción. (Lugo & Toyo, 2011)

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

Tipo I: no causa deformación

Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión)

Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

(Lugo & Toyo, 2011)

Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II: cuando tenemos una deglución atípica con interposición dental anterior, el procedimiento inicial es la colocación de un aparato removible impedor.

Este aparato es una placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impeditora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores. (Lugo & Toyo, 2011)

En casos especiales, la rejilla impeditora puede ser fija, soldada a las bandas o coronas metálicas. Los aparatos citados actúan solamente como impeditores, porque no corrigen el hábito. (Lugo & Toyo, 2011)

Además de impedir la interposición de la lengua, la aparatología removible puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina. El paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada deglución coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado. (Lugo & Toyo, 2011)

Además de impedir y reeducar la musculatura lingual, este aparato puede tener un tornillo expansor mediano ó un Resorte de Coffin, con la finalidad de descruzar la mordida posterior. El ajuste del tornillo expansor se hace

una vez por semana (2/4 de vuelta si se activa en la boca ó ¼ de vuelta si se activa fuera de la boca). (Lugo & Toyo, 2011)

La mordida posterior también se descruza por medio de un cuadihélice ó bihélice que se suelda a las bandas de los molares superiores por palatino. Se activa con el alicate tridente. (Lugo & Toyo, 2011)

Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:

Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.

Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado
(Lugo & Toyo, 2011)

Tratamiento de la deglución atípica tipo III: cuando la deglución atípica actúa con presión lateral de la lengua, el aparato utilizado es el mismo de antes, solo que la rejilla impeditora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador.

Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: la maloclusiones resultantes son:

Mordida abierta anterior y lateral

Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión

Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior

(Lugo & Toyo, 2011)

2.2.24 INTERPOSICIÓN LINGUAL

La interposición lingual es uno de los hábitos bucales más controvertidos, existiendo una amplia diversidad de opiniones entre pediatras, foniatras, odontopediatras y ortodontistas. Algunos la consideran como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la madura, mientras otros la señalan como causa de maloclusiones. Para los primeros, la maduración de la postura lingual permite a los tejidos blandos ajustarse a las relaciones dentoesqueleticas. En oposición a la idea que sean estas las que se adapten a un modelo funcional de tejidos blandos.

(Nahas Correa, 2009)

Todos los niños recién nacidos tienen una deglución característica asociada a reflejo de succión y amamantamiento, con un claro valor de supervivencia. Este tipo de deglución es denominada infantil o visceral. Se caracteriza por un adelantamiento mandibular vigoroso y marcada contracción de la musculatura labial. La lengua es protruida entre los rodetes, creando un canal entre la punta y dorso, ubicándose bajo en la cavidad bucal, separada del paladar. Hay actividad de los músculos succionadores, participando igualmente la musculatura peribucal.

(Nahas Correa, 2009)

La conceptualización del hábito de interposición lingual como patología, está basada en la presunción que la función gobierna a la forma y, de ese modo, las presiones adversas ejercidas por musculatura lingual pueden mantenerse o determinar una mordida abierta y protrusión incisiva. Existe investigación abundante con el propósito de cuantificar las presiones que

labios y lengua ejercen sobre los incisivos. En general, se ha determinado una mayor presión en la lengua y una menor presión labial en pacientes con este tipo de cuadro, al compararlos con pacientes normales, hallazgo que en sí mismo no es determinadamente, ya que es de esperarlo en situaciones como las presentes en mordida abierta donde la lengua ejercita un desplazamiento anterior y el labio funciona inadecuadamente alto, con relación a los incisivos. (Nahas Correa, 2009)

2.2.25 TRATAMIENTO

En los casos seleccionados para intercepción de la posición adelantada de la lengua, existen como se ha mencionado, dos formas de tratamiento: terapia miofuncional y tratamiento con aparatos. (Nahas Correa, 2009)

Terapia Miofuncional

Este tipo de tratamiento está basado en la premisa que la forma: oclusión, se adapta a la función: la suma total de fuerzas por la musculatura. Así, la fuerza adversa ejercida por la deglución infantil o interposición lingual podría causar maloclusiones. La terapéutica miofuncional propone que mediante una serie de bien movimientos y controlados ejercicios de lengua y labios, el niño puede ser entrenado como para desarrollar una nueva modalidad de deglución y de este modo corregir la maloclusion originada por aquella cuando es atípica, o impedir la recidiva de cuadros tratados ortodoncicamente por igual causa. (Nahas Correa, 2009)

Tratamiento con aparatos

Se pueden utilizar aparatos fijos y removibles. Los últimos suelen ser modificados del aparato de Hawley, las ventajas de este son:

Retención y valor de anclaje, al utilizar la cobertura de todo el paladar y contactar con las superficies linguales de todas las piezas dentarias posteriores, a partir de los caminos. (Nahas Correa, 2009)

Los aparatos fijos son similares en cuanto a la rejilla, con la diferencia que esta se encuentra soldada a un conector mayor, el cual está a su vez unido a bandas molares. (Nahas Correa, 2009)

El aparato removible está más indicado cuando el paciente es cooperador y está motivado, comprendiendo que el uso de este aparato es un ayuda memoria o cuando hay síntomas de compromisos emocionales o adaptivos, al facilitar su remoción a voluntad, circunstancia ausente en los más eficientes, pero más flexibles, aparatos fijos. (Nahas Correa, 2009)

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Malos hábitos orales: Entre los malos hábitos orales, tenemos la deglución atípica, respiración oral y succión de dedos los cuales inciden en el mecanismo de desarrollo del aparato estomatológico. Por lo tanto, una corrección precoz de dichos hábitos nos permitirá evitar el desarrollo de problemas oclusales posteriores como son la mordida abierta y la mordida cruzada tanto anterior como posterior.

Deglución atípica: La deglución atípica se da cuando persiste la deglución infantil después de la erupción de los dientes anteriores temporales. La característica principal es que la lengua se interpone entre los incisivos superiores e inferiores al deglutir.

Respiración oral: La respiración oral se da frecuentemente en niños que presentan insuficiencia respiratoria nasal y buscan respirar por la boca.

Succión del dedo: La succión del dedo es cuando el niño se introduce el dedo en la cavidad oral, por lo general el pulgar. Este es un hábito que debería desaparecer en el niño a los 3 años aproximadamente, debido a que a esa edad ya están todos los dientes de leche en boca y puede desarrollarse una malaoclusión.

2.4 MARCO LEGAL

De acuerdo con lo establecido en el Art.- 37.2 del Reglamento Codificado del Régimen Académico del Sistema Nacional de Educación Superior, “para la obtención del grado académico de Licenciado o del Título Profesional universitario o politécnico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a solucionar un problema o una situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados”.

Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual. La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo. Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Una enfermedad no es una entidad nosológica, sino más bien una vivencia irrepetible, cuya identidad es la persona misma.

En una perspectiva humanista y, en especial bioética, en relación a las responsabilidades de la Odontología para con las personas y la sociedad en su conjunto, se sitúa al ser humano en el centro de la práctica profesional, ya sea en la investigación como en la clínica.

Los principios metodológicos se basan en el enfoque Socio-epistemológico, mismo que conlleva a la determinación del problema y su objeto de estudio no sin antes considerar las variables bajo la mirada crítica y constructiva de diferentes autores lo que nos conduce a un trabajo significativo.

Los Principios Legales, basan su desarrollo en la Constitución de la República del Ecuador Sección quinta.

Art.27. La educación se centrará en el ser humano y deberá garantizar su desarrollo holístico, el respeto a los derechos humanos, aun medio ambiente sustentable y a la democracia; sería laica, democrática, participativa, de calidad y calidez; obligatoria, intercultural.

Art.28. Es derecho y obligación de toda persona y comunidad interactuar entre culturas y participar en una sociedad que aprenda.

Art.29. La educación potenciará las capacidades y talentos humanos orientados a la convivencia democrática, la emancipación, el respeto a las diversidades y a la naturaleza, la cultura de paz, el conocimiento, el sentido crítico, el arte, y la cultura física.

Esos resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional; Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad.

Preparación para la identificación y valoración de fuentes de información tanto teóricas como empíricas;

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema; Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

Creatividad, originalidad y posibilidad de relacionar elementos teóricos y datos empíricos en función de soluciones posibles para las problemáticas abordadas.

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

Capacidad de pensamiento crítico plasmado en el análisis de conceptos y tendencias pertinentes en relación con el tema estudiado en el marco teórico de su Trabajo de Titulación, y uso adecuado de fuentes bibliográficas de obligada referencia en función de su tema;

Dominio del diseño metodológico y empleo de métodos y técnicas de investigación, de manera tal que demuestre de forma escrita lo acertado de su diseño metodológico para el tema estudiado;

Presentación del proceso síntesis que aplicó en el análisis de sus resultados, de manera tal que rebase la descripción de dichos resultados y establezca relaciones posibles, inferencias que de ellos se deriven, reflexiones y valoraciones que le han conducido a las conclusiones que presenta.

Los elementos apuntados evidencian la importancia de este momento en la vida académica estudiantil, que debe ser acogido por estudiantes, tutores y el claustro en general, como el momento cumbre que lleve a todos a la culminación del proceso educativo pedagógico que han vivido juntos.

2.5 ELABORACIÓN DE LA HIPOTESIS

Si diagnosticamos a tiempo un problema de malos hábitos bucales, podremos corregir sus problemas de maloclusion, trastornos en su forma funcional, consiguiendo así devolverle su armonía oclusal.

2.6 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

2.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Malos Hábitos Bucales

2.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Problemas de Oclusión

2.6.3 VARIABLE INTERMITENTE:

Devolverle su armonía oclusal

2.7 OPERACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Malos hábitos orales	es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.	Entre los malos hábitos más comunes son succión digital, deglución atípica y respiradores bucales.	Tiempo, duración y frecuencia	Incidencia entre 6 – 8 años 15%, 9 – 12 años 7%
Succión de dedo	La succión es uno de los reflejos inherentes que constituye una habilidad esencial para sobrevivir si no tuvieran ese reflejo, los bebés no buscarían el alimento.	Es un hábito natural de los lactantes y niños pequeños y lo hacen para calmarse. Los niños casi siempre se chupan el pulgar cuando están hambrientos o cansados.	Motivos explícitos, Forma involuntaria.	Placenteros, psicológicos.

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta la metodología que permitió desarrollar el Trabajo de Titulación. Se muestran aspectos como el tipo de investigación, las técnicas y procedimientos que fueron utilizadas para llevar a cabo dicha investigación.

Es de tipo bibliográfico ya que la descripción de las características del tema es basada en la literatura ya existente, como requisito previo para la obtención del Título de Odontólogo de las cuales se escogió un tema de Malos Hábitos Bucales con el fin de prevenir y orientar a los infantes sobre problemas de maloclusion por trastornos y consecuencias que puedan causar en su oclusión de persistir dicho hábitos no fisiológicos. Por esta razón la presente investigación cuenta con referencias bibliográficas lo que verifica el hecho.

3.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El nivel de investigación se refiere al grado de profundidad con que se abordó un objeto de estudio. Se trata de una investigación de tipo descriptivo y explicativa ya que se irán describiendo los malos hábitos bucales así como su desarrollo bibliográfico basado en investigaciones de diferentes autores, donde encontraremos características, desarrollos del crecimiento y tratamientos obteniendo como resultado ventajas positivas sobre el tema.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es bibliográfica se tomarán en cuenta libros, artículos y opiniones de especialistas sobre, el estudio del desarrollo de malos Hábitos Bucales, consecuencia y trastornos en su oclusión. Demostrando su importancia para la comunidad odontológica. Se analizara el tema a partir de la observación directa de los libros con contenidos relativos al tema. El diseño es casi experimental pues no se cuenta con grupo de control si no con los datos físicos del análisis.

Bibliográfica: Se revisara libros, textos, donde se manifieste todo lo relacionado al tema de hábitos bucales fisiológicos o no fisiológicos.

Descriptiva: Se explicara y describirá problemas de maloclusión por malos hábitos bucales, desarrollados en edad primaria, así mismo se la considera una investigación de campo ya que se lo desarrolla en la Iglesia Católica Santuario del Divino Niño.

3.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

3.3.1. TALENTO HUMANO

Investigador: Cristian Geovanny Aguay Cabezas

Tutor Académico: Dr. Fulton Freire Barroso

Tutor Metodológico: Dra. Elisa Llanos R.

3.3.2. RECURSOS NATURALES

Aulas, clínicas, materiales dentales e instrumentos dentales.

3.3.3. RECURSOS TECNOLÓGICOS

Libros de la biblioteca de la Facultad Piloto de Odontología, artículos publicados, Enciclopedia Web, Revistas científicas, Materiales didácticas.

3.3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

El presente trabajo de investigación se ha realizado con bases bibliográficas obtenidas de la biblioteca de la Facultad Piloto de Odontología y de otras fuentes.

Se realizo a 100 infantes una observación de su cavidad bucal entre edades de 7 a 13 años, en la Iglesia Católica “Santuario del Divino Niño”.

3.3.5. FASES METODOLÓGICAS.

No existe por cuanto es bibliográfica.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Después de haber realizado esta investigación sobre el “Estudio del desarrollo de malos Hábitos Bucales, consecuencia y trastornos en su oclusión, analizados en la Iglesia Cristiana Católica: Santuario del Divino Niño de la ciudad de Durán, en los niños y niñas que asisten a la catequesis”, en el caso clínico planteado para este trabajo fue un paciente de 13 años de edad sexo Masculino con problemas de mala oclusión anterior por Succión Digital, se observó mordida abierta anterior y problemas para la pronunciación de palabras específicas.

También se realizó un estudio observacional, descriptivo, en niños de 6 a 13 años, además del examen clínico, se realizó una evaluación educativa a padres de familia. La información fue almacenada en un formulario de datos y se analizaron variables como: edad, sexo, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

Tabla 1. Malos Hábitos bucales según edad.

Edad	Malos Hábitos Bucales		Total
	Si	No	
6	2%	98%	100%
7	1%	99%	100%
8	0,3%	99,7%	100%
9	0,7	99,3%	100%
10	12%	88%	100%
11	5%	95%	100%
12	10%	90%	100%
13	11%	89%	100%

Tabla 1. Localización de los diferentes tipos de Malos hábitos bucales según edad y sexo.

Tipos de hábitos	Malos Hábitos Bucales									
	Edad								Masculino	Femenino
	6	7	8	9	10	11	12	13		
Succión Digital	0	0	0	0	0	2	2	1	3	2
Respiración Bucal	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Onicofagia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Deglución Atípica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interposición Lingual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	0	1	1	2	2	1	4	3

Encuesta realizada a padres de familia de los niños:

Pregunta 1.

¿Conoce usted que son Malos hábitos bucales?

Respuesta	Resultado	Porcentaje
Si	29	77%
No	11	22%
Total	40	100%

Pregunta 2.

¿Ha notado cambios en la forma de los dientes, labios, cara, de sus niños debido a malos hábitos?

Respuesta	Resultado	Porcentaje
Si	10	5%
No	30	95%
Total	40	100%

Pregunta 3.

¿Llevaría a su niño al Odontólogo para evitar mal formaciones dentarias?

Respuesta	Resultado	Porcentaje
Si	38	99%
No	2	1%
Total	40	100%

Pregunta 4.

¿Le sirvió de benefició la charla educacional sobre estos hábitos?

Respuesta	Resultado	Porcentaje
Si	40	100%
No	0	0%
Total	40	100%

5. CONCLUSIONES

Entendiendo el problema de los malos hábitos bucales, es necesario la orientación y detección a tiempo en pacientes en crecimiento debido que se puede agravar en anomalías dentomaxilares por la alteración del equilibrio neuromuscular, ya que estos hábitos ejercen presiones indebidas sobre estas estructuras ósea, dentales y maxilares.

EL profesional de la Salud Bucal, es indispensable para garantizar un buen pronóstico del paciente infantil. Así como a sus padres en cuanto al tratamiento de los dichos hábitos mencionados.

Este trabajo tiene como objetivo determinar la necesidad de prevenir maloclusiones, evitando así cambios en la posición de sus piezas dentarias tanto en su masa muscular como su arco dentario.

6. RECOMENDACIONES

Dependiendo la edad del niño debe visitar al Odontólogo cada 6 meses, partir de los 3 años de edad, para ir analizando su desarrollo y crecimiento, dentofacial.

Evitar el hábito de succión de amamantamiento hasta la edad adecuada. No abusar del chupón. Tener una buena Higiene Bucal. Evitar la forzada masticación a objetos contundentes. Buena relación familiar en su entorno social.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Canut, J. (2004). Ortodoncia clínica y terapéutica. Barcelona España: Masson.
- 2) Escobar Muñoz, F. (2004). Odontología Pediátrica. Colombia: pag 448 - 464.
- 3) Garcia Molina, G. (2011). Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas. Caracas venezuela: Artículo .
- 4) Lugo, C., & Toyo, I. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Caracas venezuela: Artículo Web:
<http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.
- 5) Moyers, R. (1992). Manual de Ortodoncia. USA: medica Panamericana pag. 161 - 165.
- 6) Muller, R. (2012). malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Chile: condes pag 380-388.
- 7) Nahas Correa, M. (2009). Odontopediatría de la primera infancia. Mexico: pag. 555 - 574.
- 8) Okenson, J. (2006). Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. El Salvador: Elsevier 5ta Edición pag 134 - 144.
- 9) Petrelli, E. (1991). Ortodoncia para fonoaudiología. Sao Paulo Brasil: Lovise pag 93 - 129 .
- 10) Proffit, W. (2008). Ortodoncia Contemporánea. Puerto Rico: 4ta Edición pag 58 - 71.
- 11) Rodriguez, E., & Cassaca, R. (2008). 1.001 Tips en Ortodoncia y sus secretos. Morelia Mexico: Editorial Amolca pag. 5: 160, 8: 282-284.
- 12) Sarwer, D. (2008). La maloclusión y la deformidad dentofacial en la sociedad actual. Nuevo Leon Mexico: pag 58 - 78.
- 13) Solano, L. (2012). Hábitos Bucales. Venezuela: Artículo .

ANEXOS

Anexo # 1

Foto # 1. Paciente Respirador Bucal, edad 10 años, Sexo Masculino.



Vista Frontal y lateral Facial: Incompetencia labial e Hipotonía Muscular
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 2

Foto # 2 Examen Intrabucal



Nótese la gran protrusión superior (distancia entre dientes superiores e inferiores)
Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 3

Foto # 3. Paciente Succionador Labial Inferior, edad 12 años, Sexo masculino



Vista Frontal y lateral.

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 4

Foto # 4 Examen Intrabucal



Se observa presencia de espacios entre incisivos superiores y protrusión.

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 5

Foto # 5.



Toma de Impresiones

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 6

Foto # 6



Vaciados en yeso extraduro

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 6

Foto # 6.



Presentación de Modelos

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 7

Foto # 7



Adaptación en Boca, para la eliminación del hábito.

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 8

Foto # 8. Paciente Succionador Digital, edad 13 años, Sexo masculino



Presentación: Vista Frontal y lateral

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 9

Foto # 9

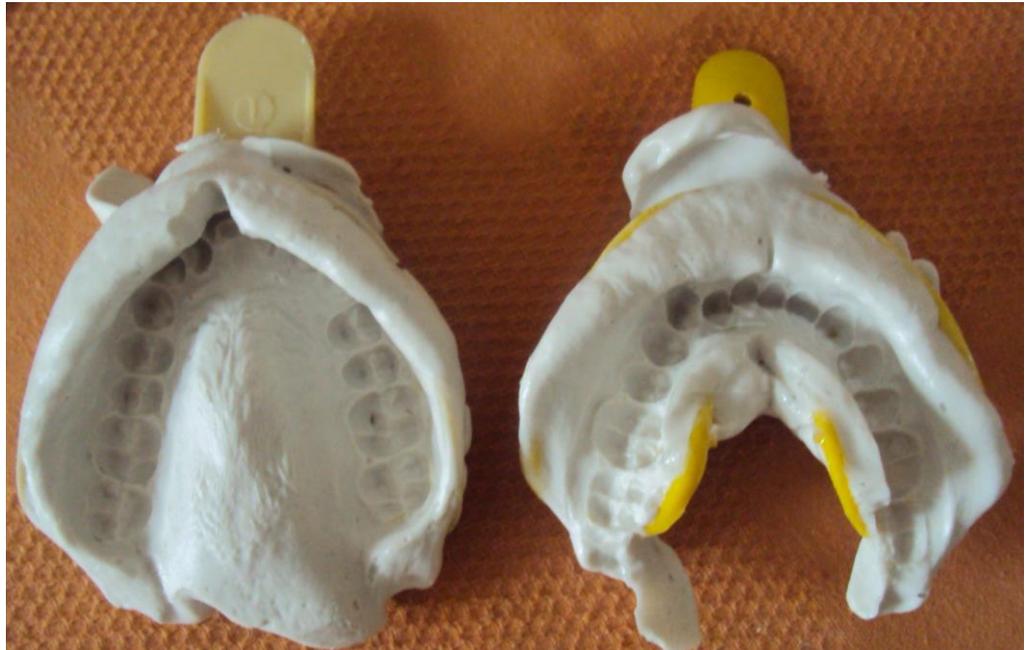


Examen intrabucal.

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 10

Foto # 10.



Toma de Impresiones

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 11

Foto # 11



Presentación de Modelos: Vaciado en yeso extraduro.

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 12

Foto # 12.



Vista Frontal: Adaptación y aplicación de rejilla palatina para corrección del mal habito

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 13

Foto # 13



Vista Intrabucal: Adaptación y aplicación de rejilla palatina para corrección del mal habito.

Fuente: Clínica de Internado Facultad Piloto de Odontología.

Anexo # 14



Universidad de Guayaquil

Facultad Piloto de Odontología.

Encuesta realizada a padres de familia para orientar y prevenir malos hábitos bucales.

Pregunta 1.

¿Conoce usted que son Malos hábitos bucales?

Si

No

Pregunta 2.

¿Ha notado cambios en la forma de los dientes, labios, cara, de sus niños debido a malos hábitos?

Si

No

Pregunta 3.

¿Llevaría a su niño al Odontólogo para evitar mal formaciones dentarias?

Si

No

Pregunta 4.

¿Le sirvió de beneficio la charla educacional sobre estos hábitos?

Si

No

Fuente: Propia del autor

Anexo # 15

Foto # 14



Charla de Educacional sobre malos hábitos bucales.

Fuente: Auditorio Iglesia Divino Niño

Anexo # 16

Foto # 15



Charla de Educacional sobre malos hábitos bucales.

Fuente: Auditorio Iglesia Divino Niño



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA – NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 12 febrero del 2014

Doctor
Washington Escudero Doltz
DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
Ciudad.-

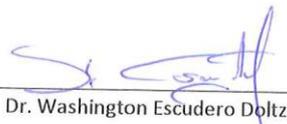
De mis consideraciones:

Yo, Aguay Cabezas Cristian Geovanny con C.I. No 092714311-5 alumno de Quinto Año Paralelo No 5 del período lectivo 2013 – 2014, solicito a usted muy respetuosamente y por su digno intermedio a quien corresponda se me asigne el nombre de TUTOR para mi TRABAJO DE GRADUACION en la materia de Odontopediatria como requisito previo a mi incorporación.

Por la atención que se sirva dar a la presente, quedo de usted muy agradecido.


Aguay Cabezas Cristian Geovanny
C.I. No 092714311-5

Se le ha asignado al Dr. (a). Fulton Freire, para que colabore con usted en la realización de su trabajo final.


Dr. Washington Escudero Doltz
DECANO