



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE ODONTOLOGO**

**TEMA:**

**“Los hábitos orales como modificantes de los parámetros  
funcionales de la oclusión dental”**

**AUTOR:**

**Verónica Raquel Defas Chicaíza**

**TUTORA:**

**Dra. Patricia Witt Rodríguez MS.c**

**Guayaquil, Junio de 2013**

## **CERTIFICACION DE TUTORES**

### **En calidad de tutor del trabajo de investigación:**

Nombrados por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil

### **CERTIFICAMOS**

**Que hemos analizado el trabajo de graduación como requisito previo para optar por el Título de tercer nivel de Odontóloga**

**El trabajo de graduación se refiere a “Los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental”**

**Presentado por:**

**Verónica Raquel Defas Chicaíza**

**C.I. 0926829789**

### **TUTORES**

**Dra. Patricia Witt Rodríguez MS.c**  
**TUTORA ACADEMICO**

**Dra. Elisa Llanos R. MS.c**  
**TUTOR METODOLOGICO**

**Dr. WASHINGTON ESCUDERO DOLTZ. MS.c**  
**DECANO**

**Guayaquil, Junio de 2013**

## **AUTORIA**

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

Verónica Raquel Defas Chicaíza

C.I. 0926829789

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios que ha sido la fuente de mi fortaleza y sabiduría y que me ha guiado a lo largo de este camino, también estoy infinitamente agradecida con mis padres, cuyos esfuerzos por darme educación y sus consejos me han llevado a culminar mi carrera con gran satisfacción.

Agradezco también a los catedráticos de esta prestigiosa facultad que con arduo empeño día a día forman nuevos profesionales no solo fomentando conocimientos sino también valores éticos que permitirán tener una vida profesional de éxitos a ellos toda mi gratitud y admiración.

Finalmente agradezco a mi tutor la Dra. Patricia Witt Rodríguez por su generosa colaboración en el desarrollo de esta investigación por aportar con sus amplios conocimientos y experiencia profesional.

Verónica Raquel Defas Chicaíza.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo mis padres Luis Defas y Rosa Chicaíza de Defas pilares fundamentales de mi vida a mi tía Graciela Chicaíza quien a temprana edad me ayudo con mis primeros pasos en este largo camino por adquirir conocimientos. A mis hermanos que han sido un ejemplo para mi vida por sus consejos los mismos que me han guiado hasta aquí.

Especialmente dedicado a mi hijo que ha sido la fuente de inspiración y mi aliento para querer cada día superarme un poco más eres el motor que impulsa mi vida.

Verónica Raquel Defas Chicaíza.

# INDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>pág.</b>
Caratula	
Certificación de tutores	II
Autoría	III
Agradecimiento.	IV
Dedicatoria	V
Índice general	VI
Introducción	1
<b>CAPITULO I</b>	<b>2</b>
<b>EL PROBLEMA</b>	<b>2</b>
1.1 Planteamiento del problema.	2
1.2 Preguntas de investigación.	3
1.3 Objetivos.	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos.	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad	6
<b>CAPITULO II</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>7</b>
<b>Antecedentes</b>	<b>7</b>
2.1 Fundamentos teóricos	10
2.1.2 Oclusión dental	10
2.1.2.1 Componente del Sist. masticatorio y su interacción	11
2.1.2.2 Clasificación de angle	11
2.1.2.3 Etiopatogenia de las malas oclusiones.	13
2.1.3 Concepto de hábito	14
2.1.3.1 Clasificación de los hábitos orales	15
2.1.3.2 Clasificación etiológica de los hábitos	16

## INDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>pág</b>
2.1.3.3 Factores que modifican la acción de un hábito.	16
2.1.3.4 Hábitos de succión	17
2.1.3.5 Succión digital	17
2.1.3.6 Succión labial	20
2.1.3.7 Succión de carrillos	20
2.1.4 Habito de deglución.	20
2.1.4.1 Etapas evolutivas de la deglución	22
2.1.5. Hábitos masticatorios	24
2.1.5.1 Bruxismo	25
2.1.5.2 Reconocimiento del paciente bruxómano.	25
2.1.5.3 Diagnostico del bruxismo	26
2.1.6 Onicofagia	27
2.1.7 La respiración bucal	28
2.1.7.1 Clasificación de las insuficiencias respiratorias.	29
2.1.7.2 Características de la insuficiencia respiratoria nasal.	30
2.1.8 Instrucciones para la exploración anatómica-morfológica	32
2.1.8.1 Instrucciones para la exploración funcional.	33
2.1.8.2 Músculos de la masticación.	33
2.1.8.3 Músculos labiales	34
2.1.8.4 Músculos de la lengua	34
2.1.8.5 Examen de la deglución	35
2.1.8.6 Exploración respiratoria	36
2.1.9 Las cinco preguntas que debe realizarse el odontólogo	36
2.2 Elaboración de la hipótesis	37
2.3 Identificación de las variables	37
2.4 Operacionalización de las variables	38
<b>CAPITULO III</b>	<b>39</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>39</b>

## INDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>pág</b>
3.1 Lugar de la investigación	39
3.2 Periodo de la investigación.	39
3.3 Recursos empleados.	39
3.3.1 Recursos humanos.	39
3.3.2 Recursos materiales.	39
3.4 Universo y muestra.	39
3.5 Tipo de investigación.	40
3.6 Diseño de la investigación.	40
3.7 Análisis de los resultados	40
<b>CAPITULO IV</b>	41
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	41
4.1 Conclusiones	41
4.2 Recomendaciones	42
Bibliografía	
Anexos	

## INTRODUCCION.

En esta etapa de vida universitaria hemos adquirido conocimientos los cuales han despertado el interés y curiosidad por las patologías más frecuentes por las que acude un paciente al consultorio dental y una de ellas es la maloclusión por esto el especial interés de esta investigación acerca de los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental.

Estudios indican, que un individuo aprende a actuar de manera progresiva y estas actuaciones se fijan, a este proceso de aprendizaje se denomina hábito, con cada repetición el acto se vuelve menos consciente y si es repetido con mayor frecuencia se verá reflejado en un acto inconsciente.

Un diagnóstico precoz en base a los conocimientos que se tenga guiándonos por sus signos y síntomas será beneficioso para el paciente que podrá recibir el tratamiento eficaz. (7 D.Grossen colaboración con James Dewe Mathews 1982)

El conocimiento de esto abrirá alternativas en el momento que el profesional odontólogo desee establecer el diagnóstico y un plan de tratamiento.

Por lo tanto el objetivo de esta investigación es analizar los distintos hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental. De los materiales utilizados para esta investigación nos valdremos de la revisión bibliográfica y de los documentos que encontramos en revistas odontológicas, los resultados esperados de esta investigación servirá de un gran apoyo para la comunidad odontología de la Facultad Piloto de Odontología, para que nuestro futuros colegas tengan un referente bibliográfico para realizar este procedimiento de la manera correcta, conocer el protocolo, manejo clínico, saber su diagnóstico y sus complicaciones en general.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En la actualidad es muy común observar malas oclusiones dentales, al hacer el correcto diagnóstico podrá hallar la causa que lo produjo.

Todos los hábitos son patrones adquiridos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares (Ej. masticación). Los hábitos anormales en cambio, pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, los que pueden estar implicados en la etiología de las maloclusiones. Los patrones habituales deletéreos de conducta muscular, a menudo están asociados con crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios, dificultades en la dicción, equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos.

Causa.- Los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental por lo tanto, no se pueden corregir la maloclusión, sin ocuparse de esas actividades reflejas. Los hábitos orales también descritos como hábitos parafuncionales o manías han sido relacionados como causantes de maloclusiones por ello ha sido motivo de estudio pues se ha observado que estos hábitos se pueden presentar en cualquier etapa de la vida de un individuo y el impacto que produzca en la oclusión dependerá de su duración intensidad y frecuencia de el mismo.

Efecto.- Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mientras el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Autores describen que existen hábitos útiles que brindan ciertos beneficios y por diversos factores se tornan dañinos ; como es el hábito de succión innato en todo individuo y que le sirve como mecanismo de alimentación y en etapas como la primera infancia le servirá para explorar

el mundo, pero cuando este persiste y se vuelve un medio de descarga de ansiedad o un medio para obtener placer en el infante su duración y persistencia lo convertirá en un hábito nocivo para la conducta del paciente y modificador de los parámetros funcionales de la oclusión este último aspecto es motivo de diversos estudios y la razón por la cual llegan gran cantidad de pacientes a la consulta odontológica.

De lo antes expresado nos lleva a formular el siguiente problema de investigación ¿De qué manera se relacionan los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental?

Delimitación del problema

Tema: Los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental.

Objeto de estudio: Los hábitos orales como modificantes

Campo de acción: Parámetros funcionales de la oclusión dental

Área: Pregrado.

Lugar: Facultad Piloto de Odontología

Periodo: 2012 – 2013

## **1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.**

¿Cuáles son los hábitos orales que conocemos en la actualidad?

¿Por qué se presentan y a qué edad es más frecuente su incidencia?

¿Cómo los hábitos orales modifican los parámetros funcionales de la oclusión dental?

¿Cómo se determina la presencia de un hábito oral y que recursos se utilizan para esto?

¿Cuál es la edad adecuada para interceptar y corregir estos hábitos?

¿Qué tratamientos se han establecido para corregir estos tipos de hábitos orales?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la relación que existe entre los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

Realizar el estudio del arte sobre los hábitos orales, origen, modificaciones, diagnóstico y tratamiento.

Redactar datos a partir de los casos clínicos.

Analizar los datos redactados.

Validar los resultados del análisis mediante el criterio de expertos profesionales.

Publicar y discutir las conclusiones de la investigación.

Presentar los resultados de la investigación en una tesis.

### **1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.**

La presente justificación basa su desarrollo en los aportes teóricos - práctico, metodología, biopsicosocial y legal.

La realización de esta investigación es de vital importancia para el profesional odontólogo puesto que le permitirá tener conocimientos claves que le permitan establecer e identificar los diversos hábitos orales y cómo influyen modificando la oclusión dental. En la actualidad se ha observado un incremento de maloclusión producto de la persistencia de estos hábitos parafuncionales, que en algunos estudios realizados afirman que no solo son capaces de modificar la oclusión también afectan al sistema muscular y óseo.

Se conoce que nuestro complejo maxilofacial se compone de tres sistemas el muscular el esquelético y el dentario. Cuando estos funcionan adecuadamente existe un equilibrio y tendremos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los hábitos orales se consideran obstáculos que impiden la función normal de estos sistemas y que conlleva a establecer una maloclusión

Estudios sugieren que los pacientes con hábitos bucales persistentes en su infancia tendrán la tendencia en el futuro a ser emocionalmente inestables, con mayor dificultad de ser influenciados por los padres y tener control sobre ellos. <sup>(17)</sup> Newson y cols 1982 Mahalski y col 1992)

Los aportes metodológicos son desarrollados en el tercer capítulo de la presente investigación, sus resultados se evidencian en las conclusiones.

Los aportes biopsicosociales están interrelacionados con el objetivo de estudio, campo de acción, vale resaltar que en el perfil de la carrera de odontología está inscrito este proceso.

Vale resaltar que la presente investigación basa su desarrollo en los aspectos legales que a continuación expresamos.

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, un medio ambiente sustentable y a la democracia; será 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. Prepara a las personas para una vida cultural plena, la estimulación de la iniciativa individual y comunitaria, el desarrollo de competencias y capacidades para crear y trabajar.

Esta investigación es muy importante y sería un gran aporte a la justicia del punto de vista legal ya que a llevarlo a cabo se podría obtener un estudio de los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental.

Esto sería un gran aporte a los odontólogos ya que incrementaría su conocimiento entre los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental, además se beneficiaran los odontólogos, ya cuales lo mismo desempeñara mejor labor en el momento de los estudio de las modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental.

## **1.5 VIABILIDAD.**

Es posible realizar la respectiva investigación en la Facultad Piloto de Odontología puesto que se cuenta con el espacio físico adecuado, los recursos bibliográficos y documentales que sirvan de base para esta investigación, contamos también con el criterio de expertos y profesionales. La investigación no demanda de costos elevados lo que permite acceder y contar con los recursos económicos suficientes para poderla solventar en su totalidad.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **ANTECEDENTES.**

Revisados los archivos de la biblioteca de la Facultad Piloto de Odontología no se encontró ningún tema relacionado, a propósito:

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los diversos hábitos bucales que se presentan en pacientes pediátricos. Estos Hábitos son considerados como posibles causas de presiones desequilibradas y perjudiciales que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares aun inmaduros y sumamente maleables y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse anormales si el hábito prevalece en el paciente (<sup>18</sup> Roberto O. Rubio 2011)

Este problema es de interés para el pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problema de lenguaje y los padres del niño (<sup>18</sup> Roberto O. Rubio 2011)

Históricamente este concepto radical fue un consenso de opinión alrededor de 1955. Otro extremo de la opinión manifestaba que casi todas las maloclusiones pueden ser causadas por influencias ambientales, excepto por problemas obvios heredados como claramente mostraron los síndromes genéticos. La idea es que con esta posición conceptual cada individuo tuvo un potencial de ser perfecto y tener 32 dientes en oclusión ideal.

Higley expresó que solamente un 5% de la población mundial tiene sitio para todos los dientes

Autores determinan que fue Carabelli a mediados del siglo XIX, probablemente el primero en describir sistemáticamente las relaciones

anormales que existe entre la arcada superior en relación con la arcada inferior (<sup>13</sup> Graberl Vig 2013)

Esta posición puede ser identificada con el fundador de la Ortodoncia moderna, Eduardo Angle quien aportó con el concepto más importante para describir los tipos de anomalías de oclusión y que hasta la actualidad es el más conocido y aceptado

Cuando el medio ambiente es la causa del problema oclusal, el medio ambiente muscular de la dentición es culpado como el origen del problema. Científicamente la controversia puede ser reducida a lo siguiente: dado que hay una relación entre la forma y la función en el mecanismo dentofacial. Cuando la función se adapta a la forma implica que probablemente la herencia actúa primero. En cualquier tiempo de vida del individuo, pueden suceder rápidas adaptaciones fisiológicas y cambios anatómicos. Sin éstos mecanismos adaptativos será imposible superar muchas presiones de la vida. (<sup>9</sup> Esequiel E. Rodriguez Yañez- Rogelio Cesar Araujo-Adriana C. 2007)

Los hábitos orales han sido estudiados a través de distintas épocas y se desconoce a ciencia cierta por quien fue descrito por primera vez existen diversas clasificaciones entre ellas la que cita Hogeboom que los divide en: tics musculares, nerviosos y anomalías psicológicas.

Moyers clasificó los hábitos linguales en:

Empuje lingual simple;

Empuje lingual complejo) persistencia del tipo de deglución infantil

Postura defectuosa de la lengua

La extensión por la cual los factores ambientales son culpados por causar algunas imperfecciones, fue variando ampliamente en el pasado. Son factores que influyen silenciosamente y por ciclos como causa de maloclusión dental según la mayoría de las opiniones. En extremo es así

que una opinión manifestaba que esencialmente toda maloclusión puede ser atribuida a proporciones morfológicas heredadas, excepto por obvias causas ambientales tales como un trauma accidental.

Jiménez, R.E. Metodología de la Investigación: elementos básicos para la investigación clínica. Sección de Investigaciones. Hospital clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Ciudad de La Habana, Cuba, 1993. y la muestra de 100 sujetos se dividió en un grupo experimental y un grupo de control. El primero formado por 50 individuos, que acudieron a la consulta provincial de ATM de HPCQ "Arnaldo Milián Castro" de Santa Clara, en busca de tratamiento para sus síntomas disfuncionales.

Los mismos fueron seleccionados aleatoriamente y debían cumplir los requisitos de no estar bajo tratamiento de la disfunción y presentar, por lo menos, de 2 a 15 dientes en oclusión que fueran capaces de mantener la dimensión vertical oclusiva. El grupo control se conformó, también de forma aleatoria, pero como condición no podían presentar síntomas y signos de disfunción.

Se estudiaron los niveles de ansiedad mediante el test conocido como inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), ideado por Spielberger<sup>10</sup> en 1966. En este trabajo se aplicó la versión hispanoamericana del IDARE de Charles Spielberger, constituida a partir de criterios teóricos esencialmente similares a los de sus autores originales. (<sup>22</sup> Rev Cubana Ortod 1995)

Spielberger en 1966. Los hábitos parafuncionales analizados fueron: el apretamiento y el rechinar dental, la mordedura de lengua, labios, carrillos u otros objetos, la onicofagia, la masticación unilateral y la protrusión lingual.

De ellos el apretamiento y el rechinar dental fueron los más significativamente asociados a la disfunción temporomandibular, seguidos de la masticación unilateral y la mordedura de labios, lengua y carrillos.

Respecto a la ansiedad debemos destacar que entre los individuos con disfunción temporomandibular fueron más frecuentes los niveles altos de ansiedad, sobre todo de la ansiedad como rasgo de la personalidad.

## **2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS.**

### **2.1.1 LOS HÁBITOS ORALES.**

Los hábitos orales son costumbres adquiridas por la repetición continuada de una serie de actos que sirven para calmar una necesidad emocional. Todos los hábitos anómalos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí. El cuidado por el profesional debe iniciarse a edad temprana desde el desarrollo de la dentición temporal, así como durante la transición de ésta a la dentición permanente, logrando que el establecimiento de la oclusión definitiva se realice de manera óptima de acuerdo a las características individuales de cada paciente. Las maloclusiones según la O.M.S. ocupan el 3er lugar como problema de Salud Bucal.

La ortopedia funcional tiene como uno de sus objetivos principales corregir los hábitos orales nocivos e instaurar patrones neuromusculares nuevos que sean adecuados, ya que manejando estos factores medioambientales se lograra una verdadera corrección y buena estabilidad a largo plazo. (8 DANIEL A. Paesani 2012)

### **2.1.2 OCLUSIÓN DENTAL.**

Se denomina oclusión dental al contacto de los dientes en cuanto a su función y parafunción, es decir la relación que existe entre las arcadas y la interface oclusal.

Se denomina oclusión optima al modelo de oclusión ideal que establece la demanda adaptiva mínima sobre la neuromusculatura, las articulaciones y los tejidos de soporte de los dientes. Una parafunción es una actividad no

funcional. Normalmente adquiere la forma de apretamiento y rechinar de los dientes. (<sup>8</sup> DANIEL A. Paesani 2012)

### **2.1.2.1 Componentes del sistema masticatorio y su interacción.**

Los movimientos mandibulares tienen lugar como resultado de la compleja interacción de los músculos masticatorios las articulaciones temporomandibulares y los dientes, coordinados y controlados por el sistema nervioso central. La neuromusculatura controla los reflejos y los movimientos voluntarios de la mandíbula. La articulación temporomandibular ATM facilita la relación de unión distal de la mandíbula con el maxilar y proporciona planos guías para el movimiento de la mandíbula hasta los límites máximos de los movimientos mandibulares.

Los dientes proporcionan una relación vertical y distal estable de la mandíbula con el maxilar, en virtud de la relación intercuspidea de los correspondientes antagonistas. También aportan planos guía para los movimientos mandibulares anteriores y laterales, en el recorrido mandibular durante el cual están en contacto. Las dos variables que más frecuentemente alteran la armonía funcional del sistema son los dientes y la neuromusculatura. (<sup>10</sup>Esequiel E. Rodriguez- Larry W. White 2008)

### **2.1.2.2 Clasificación de Angle.**

El Dr. Edward H. Angle presentó por primera vez su clasificación en la revista dental Cosmos del año 1899 y, a pesar de las críticas y de existir clasificaciones más completas, ha permanecido dentro de la ortodoncia como la más sencilla y útil bajo el punto de vista práctico, y es tal vez la única que todos los especialistas del mundo conocen, lo cual facilita la clasificación de criterios sobre una determinada maloclusión.

Clase I. Hay una relación normal de los maxilares. La cúspide mesio vestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesio vestibular del primer molar inferior

Clase II hay un adelantamiento del maxilar superior con o sin posición retrasada de la mandíbula; así, la cúspide mesio vestibular del primer molar superior ocluye más de media cúspide en dirección mesial respecto al surco mesio vestibular del primer molar inferior, de manera que la relación del molar superior respecto al inferior es más adelantada. La clase dos puede darse a ambos lados o solo en uno de ellos. Cuando es en uno solo de ellos estamos hablando de una clase II subdivisión del lado afectado.

Se pueden presentar tres tipos de clase II:

División primera cuando los incisivos están protruidos o inclinados hacia adelante y con resalte más perceptible.

División segunda cuando los incisivos están inclinados hacia adentro o retro inclinados.

División segunda según Deck Biss.- Los incisivos centrales están retroinclinados

Clase III hay un predominio mandibular en situación de un maxilar superior atrasado o no, es decir, la mandíbula sobresale desproporcionalmente hacia adelante. La relación molar entre los primeros molares es de adelantamiento del inferior respecto al superior de manera que la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye más de media cúspide en dirección distal respecto al surco mesio-vestibular del primer molar inferior. Puede darse en uno o ambos lados.

Esta clasificación de las maloclusiones es la más utilizada, pero debemos de observar que no siempre se cumplen los criterios de manera simétrica

es decir podemos encontrar una normoclusión o clase I de un lado y una clase II a nivel del molar del lado opuesto. (<sup>14</sup> Gregoret, Jorge 1997)

### **2.1.2.3 Etiopatogenia de las malas oclusiones.**

La etiología de las malas oclusiones es multifactorial. Los factores ambientales y la herencia son algunos de estos factores y su interacción puede incrementar, disimular, disminuir e incluso hacer desaparecer la maloclusión.

Herencia.

Ciertas maloclusiones (prognatismos mandibulares, tamaño, forma dentaria, número de dientes, etc) tienen un fuerte componente hereditario.

Factores generales.

Esqueléticos como los dientes entran en contactos con los maxilares, cualquier desproporción en volumen o posición de estos produciría una maloclusión.

Musculares los dientes se sitúan entre las mejillas y los labios por un lado y la lengua por el otro.

Cualquier modificación de este equilibrio producirá una alteración.

Dentales cualquier desproporción entre el tamaño dentario y el de los maxilares producirá maloclusión.

Factores locales.

Anomalías en el número, sea por agenesia ausencia o falta de piezas dentarias o por supernumerarios la existencia de una cantidad mayor de piezas dentales de las que deberían existir.

Anomalías de tamaño, que pueden ser microdoncias dientes más pequeños de lo normal, o macrodoncias, más grandes de lo normal lo que produciría apiñamiento.

Anomalía en forma algunas piezas tienen morfología distinta respecto a las piezas del mismo grupo. Pérdida prematura de dientes al perder una

pieza prematuramente de la dentición temporal se perderá espacio y producirán modificaciones en la oclusión.

Tejidos blandos, la inserción baja del frenillo labial superior puede generar diastema.

Traumatismos, una maloclusión también puede ser consecuencia de una fractura mandibular, presencia de quistes y traumas. <sup>(7)</sup> Martin D.Grossen colaboración con James Dewe Mathews 1982)

### **2.1.3 CONCEPTO DE HÁBITO.**

William James, un eminente psicólogo escribió: Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mientras el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes. Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados como: 1. Útiles y 2. Dañinos. <sup>(20)</sup> William R. Proffit, 20109

Estudios realizados sugieren que todo hábito bucal crónico después de cuatro años se vuelve nocivo y llevan a complicaciones en la salud, relaciones sociales y afectivas Friman y col 1989 Se considera que un hábito es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el individuo, al grado de que se acude a la práctica del mismo cuando siente que su seguridad se ve amenazada por eventos y cambios que ocurren en su entorno. <sup>(24)</sup> Sidney B. Finn 1976)

Es considerado generalizado cuando este ocurre en diversas circunstancias, ambientes en varios horarios y lugares, y se establecen como localizados cuando se generan en un mismo lugar y bajo una misma circunstancia por ejemplo: al ir a dormir. El primero quizás sería el más difícil de corregir aunque no existen estudios que comprueben esta teoría. <sup>(11)</sup> Fernando E. Muñoz 2004).

Si el odontólogo desea erradicar el hábito, es preciso tener mucho cuidado, pues desde el punto de vista Freudiano, una interferencia

abrupta, puede provocar la tendencia antisociales, mucho más difíciles de tratar que el mismo habito. Por tal motivo queda evidentemente clara la formación psicológica en el odontólogo para que este pueda no solo detectar el problema sino que también pueda ayudarlo refiriéndolo a un especialista para su adecuado tratamiento y así concluir efectivamente el tratamiento odontológico ( <sup>9</sup> Esequiel E. Rodriguez 2007)

### **2.1.3.1 Clasificación de los hábitos orales.**

Los hábitos orales podemos clasificarlos básicamente de la siguiente manera:

Hábitos vitales (acciones reflejas no condicionadas)

Succión (normal desde el nacimiento hasta los 3-4 años)

Respiración

Deglución

Hábitos adquiridos (acciones reflejas condicionadas)

Masticación

Mímica

Fonación

Hábitos parafuncionales (patrón de función muscular alterado)

Deglución disfuncional

Respiración bucal Obstrucción respiratoria alta (vegetaciones, pólipos, rinitis, desviación de tabique, hipertrofia de cornete)

Obstrucción respiratoria baja (amigdalitis)

Succión digital (pulgar y/u otros)

Succión del labio inferior

Succión de carrillo

Onicofagia

Succionar o morder otros objetos

### **2.1.3.2 Clasificación etiológica de los hábitos.**

Instintivos como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.

Placenteros algunos hábitos se tornan placenteros, tal como algunos casos de succión digital o del chupón.

Defensivos en pacientes con rinitis alérgica, asma etc., en donde la respiración se torna un hábito defensivo.

Hereditarios, algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario, pueden acarrear de por sí un hábito relacionado a dicha malformación.

Adquiridos, la fonación nasal en los pacientes de labio leporino, aun después de haber sido intervenidos quirúrgicamente persisten los golpes glóticos para los fonemas K,G y J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.

Imitativos, la forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc son claros ejemplos de actitudes imitativas.

### **2.1.3.3 Factores que modifican la acción de un hábito.**

Duración. Por su duración puede clasificarse en

Infantil hasta los 2 años de edad, en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante en líneas generales no tiene efectos dañinos.

Pre-escolar, 2 a 5 años si es ocasional no tiene efectos nocivos sobre la dentición; si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

Escolar, 6 a 12 años, requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dentoesqueléticas.

Frecuencia, puede ser intermitente (diurna) o continuos (nocturno)

Intensidad.- Poco intensa, cuando la ejecución del hábito es sin mayor intensidad muscular imperceptible.

Intensa cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es apreciable

Edad en que este se inicia, de tal forma en que mientras más antes comience este hábito, mayor será el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto está moldeándose. (<sup>9</sup> Esequiel E. Rodriguez 2007)

#### **2.1.3.4 Hábitos de succión.**

El niño puede tener una fijación o una regresión a la etapa oral, mediante la cual busca refugio o consuelo cuando tiene estrés o alguna necesidad emocional. Algunos investigadores consideran “normal” la succión del chupete de entretenimiento, la alimentación con biberón y la succión digital en la primera infancia, pero es evidente que son “etapas del desarrollo oral”. El uso prolongado y descontrolado ejercita y entrena en forma inadecuada, la musculatura peribucal y la lengua, que a su vez alteran el desarrollo de los maxilares y la erupción de los dientes. La succión aparece y se mantiene hasta la aparición de los dientes y la masticación, y si persiste más allá del cuarto año de vida, se considera hábito.

#### **2.1.3.5 Succión digital.**

El hábito de succión más frecuente es el de succión digital. Su aparición generalmente coincide con algún hecho capaz de provocar una alteración emocional del paciente (nacimiento de un hermano, problemas familiares, comienzo de escolaridad, etc.) que luego persiste como hábito. Otras veces no hay causa aparente. La época de aparición de los hábitos de succión digital, tiene extrema importancia.

En el neonato se relaciona con demandas tan primitivas como el hambre, en algunos niños se usa como dispositivo durante la erupción difícil, aún mas tarde usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar. Los psicólogos del desarrollo la llaman “succión no nutritiva”.

Estudios realizados con electromiografía, indican que la succión digital produce una actividad aumentada en los músculos periorales, orbicular de los labios y mentoniano. Existe actividad del Buccinador pero este es menos evidente Vitti y Cols 1975. La actividad es más evidente en niños que hacen uso de chupete que aquellos que realizan succión digital Ahlgren 1995.

La maloclusión más frecuente por succión digital es una mordida abierta anterior. En la succión el pulgar es presionado hacia arriba y contra la parte anterior del paladar provocando así protrusión dento-alveolar superior; cuando el peso de la mano fuerza a la mandíbula a asumir una posición retruida continuamente, observaremos la retracción postural de la misma, y retrusión del sector incisivo inferior.

Una vez establecida la mordida abierta anterior, la lengua tiende a adelantarse durante la deglución para efectuar un cierre anterior; así un simple empuje lingual va necesariamente asociado con un hábito de succión digital, posición anormal adaptativa durante la deglución. Además puede generarse una mordida cruzada unilateral o bilateral debida a una compresión transversal del maxilar superior provocado por la presión de la musculatura perioral como resultado del vacío intrabucal generado por la succión observándose un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta.

El labio superior se hace hipotónico, el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución. La mordida abierta se caracteriza por su asimetría y su forma más circunferencial que la

producida por la interposición lingual, la cual es más alargada y simétrica.  
(<sup>10</sup> Esequiel E. Rodriguez- Larry W. White 2008)

Otro efecto bucal es el aumento de la sobremordida horizontal se ha encontrado aumento en el overjet en niños que se succionan el dedo Farsi y col 1997.

El mayor efecto se verifica a nivel de las comisuras de la boca donde se ejerce la mayor fuerza de presión y se genera una forma de arco en V Jossell 1995.

Otro efecto bucal adverso que es perceptible a la inspección es la presencia del paladar en forma ojival profundo, traumatismo en la mucosas, posible aumento en la prevalencia de traumatismo (por incisivos superiores en labio versión), reabsorción radicular atípica, trastornos temporomandibulares.

Otros efectos físicos y funcionales:

Algunos estudios determinan que el hábito de succión digital prolongado es capaz de producir deformación en los dedos que al prevalecer por mucho tiempo este solo podrá ser corregido quirúrgicamente (23 Reid y Col 1984; Rankins y Col1988; Cambell-Reid y Col 1984).

Este hábito también puede producir la aparición de eccemas o infecciones por hongos en los dedos.

Y aumenta proporcionalmente el riesgo de envenenamiento accidental; al introducir en a boca un dedo que ha estado en contacto con alguna sustancia toxica (<sup>2</sup> Noemí B. y Alfonso E. 2010)

Además este hábito repercute en la psicología del infante, puesto que los padres le ridiculizan y castigan generando en ellos baja autoestima Greenleaf y col 2003.

#### **2.1.3.6 Succión labial.**

Es más frecuente que aparezca la succión de labios inferior da lugar a una deformación que afectara sobre todo a los incisivos laterales. Aparece una impresión labial y los incisivos superiores son vestibularizados. Creándose así un resalte anterior y una mordida abierta que puede ser clara o no tan perceptible. (<sup>15</sup> Joseph U. Torent 2002)

Se presenta generalmente en casos con marcado overjet; puede aparecer sola o con succión digital. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores manteniendo o agravando esta situación, provocando inclinaciones linguales de los incisivos inferiores o retrusiones dentoalveolares. Suele asociarse a hipertrofia del músculo mentoniano.

#### **2.1.3.7 Succión de carrillos.**

En ciertos pacientes por sus características morfológicas, la mucosa interna de los carrillos se interpone entre ambas arcadas y suele provocar mordidas abiertas del sector lateral.

#### **2.1.4 HABITO DE DEGLUCIÓN.**

La deglución dura un segundo y si se deglute 1.000 veces al día, se generan 1.000 segundos o 16,6 minutos al día de presión. Esta presión algunos consideran insuficiente para ocasionar cambios en la oclusión

No existen métodos 100 por ciento para determinar cualitativa y cuantitativamente los tipos de deglución. Se han usado diferentes métodos. Se han usado diferentes métodos para su determinación: radiocinetomagrafía, electromiografía, articulografía, electromagnética, técnica no invasiva de función sensorial del dorso de la lengua, ecografía, ultrasonido dinámico para investigar el movimiento de la lengua entre otros.

La pregunta que hasta ahora se hacen los investigadores es ¿Qué aparece primero: la mordida abierta o la deglución atípica?. Los individuos con mordida abierta anterior colocan la lengua hacia adelante al momento de deglutir; esto puede llevar a confundir y muchos llegan a pensar que la mordida abierta anterior se genera por el tipo de deglución, cuando en la mayoría de los casos ocurre lo contrario: la mordida abierta promueve que la lengua sea colocada hacia adelante al momento de deglutir. Este tema es motivo de estudio y de controversia.

Existe un factor importante que debe ser considerado al momento de analizar al paciente con deglución atípica o mordida abierta anterior: el tamaño de la lengua. Se cree que la postura en reposo de la lengua y labios es aun más importante que el tipo de deglución.

El tratamiento de la deglución atípica dependerá de la combinación de los tres factores importantes que son: (Proffit 2000)

Presencia de la deglución atípica con empuje lingual.

Presencia de maloclusión.

Presencia de problemas de lenguaje.

La deglución atípica se puede presentar sola o asociada con otros hábitos orales que contribuyeron, en su momento, a entrenar inadecuadamente los músculos linguales, los cuales pueden afectar la erupción de los dientes produciendo mordida abierta anterior o posterior, en casos de interposición lingual, o protrusión superior, inferior o biprotrusión, en casos de empuje lingual superior, inferior o medio.

Las causas pueden ser de origen anatómico como un frenillo lingual corto, o funcionales en donde siempre se deberá eliminar la causa como el primer paso del tratamiento, para luego reeducar la lengua y los músculos peribucles por medio de mioterapia orofacial, realizada por fonaudiólogos. (<sup>10</sup>Esequiel E. Rodríguez- Larry W. White 2008)

### 2.1.4.1 Etapas evolutivas de la deglución.

La deglución se diferencia en tres etapas de acuerdo a las diferentes etapas evolutivas del individuo:

Deglución infantil o visceral

Deglución transicional

Deglución adulta o somática

Deglución infantil o visceral. Es la que existe desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años de edad. Se realiza de la siguiente manera:

Los maxilares se separan

La lengua se interpone entre ellos, el movimiento es guiado por un intercambio sensorial entre labios y lengua

La mandíbula es estabilizada por músculos inervados por el VII par, hay gran actividad de musculatura perioral y las mejillas

Transversalmente la lengua presenta una ligera concavidad antero posterior

Deglución transicional. El cambio de deglución infantil a la adulta se va estableciendo de manera gradual debido a la aparición de la dentición, al mayor tamaño de la lengua con respecto a la cavidad bucal, a la maduración neuromuscular y al cambio en la alimentación al comenzar la ingestión de alimentos semisólidos y sólidos. Comienza un período de transición desde los 8 a los 16 meses donde hay: maduración de elementos neuromusculares, erupción de dientes, cambio de alimentación, cambio en la posición de la cabeza (posición erecta). Este período se acepta que se prolongue hasta aproximadamente los 5-6 años de edad en que comienza la erupción de los molares permanentes.

Deglución adulta, madura o somática. En ella se distinguen dos fases:

Fase oral o voluntaria: *caracterizada por:*

Detención de la respiración

Cierre labial

Relajación de la musculatura perioral

Contracción de músculos Maseteros y Temporales que colocan en contacto los dientes superiores e inferiores.

Movimientos peristálticos linguales que se inician en la punta de la lengua, la cual está en contacto con el paladar duro detrás de los incisivos superiores; crea así una presión negativa y cierre hermético, la lengua ocupa toda la bóveda palatina.

Mandíbula estabilizada por los músculos elevadores (V par)

Mínima contracción de los labios.

Elevación del velo del paladar.

Ascenso del Hioides.

Cuando el bolo pasa por los pilares posteriores del velo del paladar, comienza la segunda fase.

Fase faríngea o involuntaria: se caracteriza porque conduce el bolo o saliva hasta el esófago mediante la continuación de la onda peristáltica.

Existen otros hábitos linguales que se confunden con empuje lingual, e incluyen la succión de la lengua, la retención de la postura lingual de la infancia y de la deglución infantil. Las confusiones más frecuentes son con la mordida abierta esquelética.

En el examen de estos pacientes se observan alterados los músculos elevadores y depresores de la mandíbula, los músculos de la mímica, postura de la lengua y labios.

Al tratar de separar los labios cuando pedimos al paciente que degluta, no es una maniobra posible, ni para el paciente deglutir ni para el profesional separar los labios, pues en la deglución disfuncional, el orbicular se vuelve hipertónico. Si pueden separarse los labios, se observa la aparición del borde lingual entre los espacios interdentarios.

También se observa contracción de la borla de la barba con el característico puntillado en su superficie (pelotita de golf). Durante el acto deglutorio correcto, los labios pueden ser separados sin esfuerzo, la lengua no se hace visible, la cabeza permanece sin movimientos agregados, el músculo borla de la barba no se hace ostensible.

La deglución disfuncional puede ser de dos tipos:

La deglución con empuje lingual simple, asociada a una deglución normal o con dientes juntos. Está asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado.

La deglución con empuje lingual complejo. Probablemente estén asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis. Cuando las amígdalas están agrandadas, el dolor y la disminución de espacio en la garganta precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución, mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante de las fuerzas musculares. (<sup>5</sup> Borrás Sanchis, Salvador y Rosell Clari, Vicent 2005)

### **2.1.5 HÁBITOS MASTICATORIOS.**

Se ha reportado con evidencia que una dieta dura, fibrosa y seca favorece el desarrollo transversal y anteroposterior de los maxilares, es por este motivo que en las poblaciones rurales e indígenas casi no hay malas oclusiones como ocurre en las poblaciones con dietas “modernas” en las grandes ciudades.

La masticación unilateral y el deslizamiento lateral de la mandíbula, cuando hay contactos prematuros, contribuyen a una desviación progresiva de la línea media mandibular y puede generar asimetrías faciales. El tratamiento temprano puede ser muy sencillo como tallado selectivo, pistas directas, expansión del maxilar y orientación masticatoria.

El hábito de apretamiento dental, con hipertrofia de músculos maseteros, está asociado a un crecimiento mandibular convergente, una mordida profunda y en algunos casos disfunción temporomandibular

#### **2.1.5.1 Bruxismo.**

El bruxismo es definido como una actividad parafuncional que consiste en el apretamiento y frotamiento excesivo de los dientes entre sí en forma rítmica que conlleva al desgaste de una o más piezas dentarias. El bruxismo puede relacionarse con el dolor muscular tanto en la zona de la cabeza, cuello, hombros y espalda como con la disfunción temporomandibular y las interferencias oclusales. Estas actividades parafuncionales pueden dividirse a su vez

Diurna.- son aquellas que realiza el paciente pero en forma subconsciente y que pueden considerarse hábitos, como el apretamiento dentario diurno, morder lápices, uñas lengua y actividades relacionadas con el trabajo.

Nocturna.- se dan durante las horas de sueño en forma inconsciente y puede tener periodos de apretamiento y contracción rítmica.

Estas modalidades pueden ocurrir en tiempos diferentes pero se los agrupa dentro del bruxismo.

#### **2.1.5.2 Reconocimiento del paciente bruxómano.**

El desgaste dental es característico en estos pacientes a menudo con alteraciones funcionales; estas áreas de desgaste llamada facetas son superficies lisas, brillantes y circunscriptas, fácilmente observables con la reflexión de la luz del espejo bucal y también en se observa en la superficie de los modelos de yeso.

A veces las facetas representan desgastes funcionales o parafuncionales. Se debe entender como facetas funcionales a las que no producen sintomatología en el sistema gnático, ya que debe considerarse como

mecanismo de adaptación de este sistema. Al estudiar al paciente con hábitos parafuncionales, los contactos y las facetas se hallaran en posiciones excéntricas, por ejemplo: desgaste entre las cúspides de los caninos antagonistas que solo son visibles en el bruxismo.

### **2.1.5.3 Diagnostico del bruxismo**

Para la detección y valoración del bruxismo tenemos las siguientes herramientas:

Síntomas (cuestionario e interrogatorio personal)

Signos (observación y medición del desgaste dentario por inspección de la boca, modelos y fotografía.

Métodos complementarios de diagnóstico.

Utilización de aparatología intrabucal.

Medición del desgaste: placas, Bruxcore.

Detectores de fuerza de mordida.

Electromiografía (EMG) del musculo masetero.

EMG ambulatoria.

EMG descartables

Polisomnografía del sueño

Síntoma.- En una forma rápida recabar información del paciente mediante un cuestionario. Esto nos ayuda a recopilar una gran cantidad de información en poco tiempo. Un buen cuestionario debe contener un amplio espectro de preguntas que reflejen el estado de salud general del paciente, lógicamente al ser el objetivo diagnosticar bruxismo nos centraremos en preguntas como:

¿Frota los dientes durante el sueño?

¿Alguien lo ha escuchado frotar los dientes durante el sueño?

¿Suele despertar con dolor o fatiga en la mandíbula?

¿Suele despertar con dolor de dientes o encías?

¿Se ha sorprendido frotando los dientes durante el día?

Signos.

Durante la inspección clínica se pueden encontrar signos como:

Desgaste dentario: es el icono más representativo que el odontólogo relaciona con el bruxismo, sin embargo no es un signo específico, ya que son muchas las causas que lo producen. Este desgaste se lo puede estudiar directamente en boca a través de modelos de los pacientes y utilizando fotografías intraorales se podrá observar:

Fractura de dientes naturales, prótesis, implantes y restauraciones.

Movilidad dentaria debido al ensanchamiento del ligamento periodontal por causa traumática sin presencia de la enfermedad periodontal.

Necrosis pulpar causada por el constante traumatismo oclusal.

Úlcera traumática de la mucosa; causada por el continuo apretamiento y frotamiento sobre las prótesis.

Hipertrofia de los músculos masticadores.

Línea alba; el hallazgo de una línea blanca de hiperqueratosis en la mucosa yugal, esta línea está presente en el carillo, en forma paralela a la intercuspidad dentaria coincidiendo con el plano de la oclusión.

Indentaciones linguales: son las improntas dentarias contra el bode circunferencial de la lengua. (<sup>8</sup> Daniel A. Paesani, 2012)

### **2.1.6 ONICOFAGIA.**

La onicofagia se la ha descrito como el hábito compulsivo de morderse las uñas

Ajuriaguerra Manual de psiquiatría 1997 expone. La onicofagia es un fenómeno bastante frecuente, puesto que la proporción de escolares que se mordisquen las uñas oscila entre un 10 y 30 por ciento. La onicofagia alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años y no guarda relación con el nivel mental que posea la persona.

Varios autores coinciden en que ven en el onicófago una persona vivaz, hiperactiva, autoritaria que expresa poco o mal sus sentimientos y vive un estado de tensiones. (<sup>18</sup> Roberto O. Rubio 2011).

Cuando el niño se mordisque constantemente las uñas se presentan lesiones y desgastes en el relieve de los incisivos y en el esmalte. Este habito se considera tiene como origen la ansiedad, crea alteraciones dentarias y afecta a la integridad de todo el aparato estomatognatico.

(<sup>5</sup> Borrás Sanchis. Salvador y Rosell Clari, Vicent 2005)

### **2.1.7 LA RESPIRACIÓN BUCAL.**

La etiología es bastante controvertida, se la define como la incapacidad de poder respirar por los pasajes nasales, siendo esto por enfermedades y complicaciones en las vías respiratorias o por hábito.

La obstrucción de las vías respiratorias altas por infecciones recurrentes, rinitis alérgica o por otras causas, contribuye a que el niño pierda el normal reflejo respiratorio nasal y adquiera un habito de respiración mixta oronasal, o totalmente oral. Entre las alteraciones estructurales más citadas para la respiración bucal está el adenoides.

Es sus relatos Kohler cita, y según Bressolin, lo siguiente; “si las enfermedades alérgicas afectan entre el 15 y el 20 por ciento de la población mundial, confirmando que la rinitis alérgica sea la causa más común de obstrucción de vías respiratorias superiores, se deberían hacer mayores esfuerzos en identificar y minimizar su campo de acción”.

¿Pero qué factores conducen a las alteraciones de la mucosa respiratoria?

Factores físicos; cambios repentinos de temperatura. Cuando la humedad del aire es baja, la evaporación de superficie verificada en la mucosa es mayor para que el aire se adapte a las condiciones alveolares,

volviéndose más espeso el moco consecuentemente más difícil de eliminar.

Factores químicos; sustancias utilizadas frecuentemente en inhaladores como mentol, fenol y otras, proporcionan una corta sensación de alivio, pero destruyen los cilios y como otras sustancias vasoconstrictoras, interfieren en el mecanismo valvular de los cornetes, conduciendo a la rinitis medicamentosa.

Factores biológicos; los virus y las bacterias están frecuentemente asociados a las patologías respiratorias, pero, además de la virulencia del microorganismo, son factores determinantes de rinitis las condiciones del huésped y las condiciones desfavorables del medio ambiente

#### **2.1.7.1 Clasificación de las insuficiencias respiratorias.**

Distintos autores como Merroni en 1971, Marolda en 1951 y, en Brasil el matrimonio Kólher, clasificaron los afectados por patrones respiratorios inadecuados o insuficientes y publicaron constantemente trabajos de investigación en esta área.

Primer grupo: insuficiencia respiratoria nasal funcional

A los pacientes de este grupo se le realizaron adenectomías y amigdalotomías, pero, a pesar de poseer el tracto respiratorio libre de secreciones persisten, por fuerza del hábito, con respiración bucal. Este hábito es pernicioso porque compromete el correcto desarrollo y crecimiento de las estructuras del rostro. En estos pacientes la solución del problema es de mayor o menor dificultad dependiendo del tiempo y la intensidad del hábito.

Segundo grupo: insuficiencia respiratoria nasal neuronal.

Presenta dificultades respiratorias de origen físico pero también funcional dado que presenta alteraciones neurológicas con toda la gama de señales

y síntomas que empeoran aún más el cuadro patológico. Generalmente se hacen acompañadas de alteraciones psiquiátricas.

Tercer grupo: insuficiencia respiratoria nasal orgánica.

Se denomina así porque presenta alteraciones orgánicas de la respiración, localizadas en la parte superior del aparato respiratorio como: hipertrofia de las amígdalas (adenoides), pólipos nasales, hipertrofia de la mucosa nasal, obstrucción de las coanas, incluso resultante de una atresia y no solamente de origen patológico. Presenta un obstáculo mecánico pudiendo hacerse su diagnóstico clínico o radiográfico, necesitando la presencia en el equipo asistencial de un medico otorrino, un ortopedista funcional y un fonoaudiólogo. (7 D.GROSSEN colaboración con James Dewe Mathews 1982)

#### **2.1.7.2 Características de la insuficiencia respiratoria nasal.**

Para que se pueda hacer un estudio sobre las alteraciones respiratorias, es necesario conocer cómo se presenta clínicamente la respiración bucal, cuáles son sus características y cuáles son sus distintas alteraciones.

Alteraciones de la cara.

Son normalmente pacientes con cara alargada, caracterizando la llamada “facies adenoides”. Los labios no son capaces de efectuar el cierre labial adecuado: el labio inferior es hipotónico, pesado, revertido y a veces interpuesto entre los dientes; el labio superior es hipertónico, retraído y corto. Cuando ejecuta el cierre labial, utiliza la musculatura del labio inferior, apoyando la tensión del musculo mental en la columna cervical.

El cierre labial surge con una curvatura para abajo y la expresión corporal envía un mensaje de constante mal humor, la cara presenta una mímica desagradable y un dolor constante en la columna cervical. Los labios se encuentran secos, generalmente con fisuras debidas a deshidratación que es provocada por el paso constante de aire.

En la nariz es muy frecuente el desvío del septo nasal, la hipertrofia, alteraciones estructurales de los cornetes y, por la falta de uso de cisuras nasales en vez de fosas nasales. Asimetría facial visible originada por la alteración del tono del buccinador y masetero y también visible en las mordidas cruzadas debido a la masticación unilateral, del lado de trabajo o sea, del lado cruzado.

Alteraciones de la boca.

El signo más característico al examen intrabucal es la presencia de una gingivitis marginal crónica queratinizada en las regiones vestibulares anterosuperiores e inferiores. El resecamiento de la saliva dificulta la autolisis dando como *resultado el aumento de placa bacteriana*. Es también frecuente el hallazgo de una estrechez de las fosas nasales con falta de motilidad voluntaria de la musculatura alar ronquidos y agitación durante el sueño. (<sup>11</sup> Fernando E. Muñoz 2004)

Las alteraciones de la boca hacen que la lengua se coloque mal, es decir, manteniendo la punta baja y el dorso elevado. Se presenta así hipotonía, no pudiendo permanecer en la papila y provocando que la lengua deje de realizar sus funciones correctamente. Cuando la lengua se coloca en posición anterior, puede decirse que estamos frente a una mordida abierta que afecta el habla y la deglución; si para permitir el paso del bolo alimenticio en la deglución, la lengua se mueve hacia delante tocando el paladar duro, se verifica la protrusión.

Si por el contrario, la lengua se expande, presionando las arcadas en la región de los molares, la mandíbula se hunde en el maxilar y surge la sobremordedura. Si, permanece baja, estimulando el crecimiento de la rama ascendente, la parte hundida será el maxilar, denominándose prognatismo.

Todos los respiradores bucales tienen una deglución atípica son necesariamente respiradores bucales

Alteraciones de la postura.

Son constituidos por: deformaciones torácicas; hombros que se caen por delante, comprimiendo el tórax y disminuyendo la capacidad de la caja torácica; mala postura de la cabeza con respecto al cuello; músculos abdominales flácidos. La coordinación motora es débil y se verifica una inclinación frontal craneana hacia delante siempre seguida de flexión de la

Columna cervical.

Estas deformaciones han sido estudiadas por el doctor Jarbas Taurino, el defecto en la absorción cuantitativa del aire no resulta solo en anoxia de los tejidos, sino que puede ser fatal en casos graves como el cor pulmonale. El afectado por respiración bucal no duerme en decúbito dorsal debido a la hipotonía lingual que presenta. Su respiración está afectada cuando duerme con la boca abierta debido al hecho de que su lengua ocupa todo el espacio retrobucal. Así elige una postura decúbito ventral o decúbito lateral. (<sup>8</sup>Daniel A. Paesani 2012)

### **2.1.8 INSTRUCCIONES PARA LA EXPLORACIÓN ANATÓMICA-MORFOLÓGICA.**

Durante unos instantes debemos manipular y observar las siguientes estructuras y órganos:

La forma de las facies o cara. Observamos el rostro tanto de frente como de perfil para definir la tipología facial, se establecerán si existen asimetrías faciales por algún desequilibrio muscular o esquelético. Las cefalometrías obtenidas a partir de la telerradiografía lateral del cráneo del paciente nos ayudaran a establecer estos parámetros.

Las características anatomorfológicas de los labios. Fijándonos sobre todo en el labio superior, intentando definir si es corto, si está invertido Si hay alguna fisura o traumatismo. Levantando con los dedos el labio superior observaremos la presencia del frenillo labial, si esta corto o si

esta insertado en la línea de los incisivos. Observaremos el cierre anterior y el tonismo de los labios.

Las características de la mandíbula, observaremos sus dimensiones si hay alguna desviación tanto en su plano frontal como lateral, si esta tensa o relajada. La oclusión dental y los tipos de mordida. Observaremos la oclusión tomando en cuenta tanto los molares como los incisivos y caninos, Definiremos la mordida en tres planos, frontal, lateral y horizontal

La forma del paladar se observara las características y si hay alguna desviación en cuanto a su forma y tamaño o alguna lesión. Las características de la lengua observamos forma tono y tamaño de la lengua en reposo. Definiremos el tipo de apoyo lingual en reposo.

Al pedir al paciente que la mueva fijaremos nuestra atención en la forma y tamaño del frenillo sublingual las características de las fosas nasales. Por último, observaremos si hay alguna asimetría en el tabique nasal, si hay sequedad o si hay la presencia de hipersecreción mucosa en las fosa, si las narinas abren bien y están relajadas durante la inspiración normal y si hay alguna lesión y/o malformación.

#### **2.1.8.1 Instrucciones para la exploración funcional.**

Explicaremos al paciente como realizar estos ejercicios de ser posible realizarlos nosotros primero para que pueda imitarnos. (<sup>1</sup> Julio Barrancos Mooney- Patricio J. Barrancos 2006)

#### **2.1.8.2 Músculos de la masticación.**

Pedimos al paciente que abra y cierre la boca, seguidamente se le solicita apriete los dientes mientras palpamos la zona de los músculos maseteros y temporales para comprobar la tonicidad y simetría.

Pedimos que abra la boca, presionando con nuestros dedos sobre los dientes de la arcada inferior, le pedimos que trate de cerrar la boca.

A continuación, le pedimos que intente abrir la boca mientras realizamos una presión firme y simétrica sobre su mandíbula inferior y hacia arriba. Le pedimos después que intente llevar la mandíbula hacia adelante oponiendo resistencia.

Por último, nos situamos detrás de él colocando una mano sobre la cabeza y la otra sobre el mentón, le pedimos que mueva la mandíbula a la derecha y a la izquierda y tratamos de impedirselo.

### **2.1.8.3 Músculos labiales.**

Pedimos que eleve el labio superior para que muestre la arcada superior dental.

A continuación, le pedimos que lo repita y palpamos libremente sin interferir el movimiento.

Seguidamente, colocamos un índice a cada lado y ejercemos una suave presión hacia abajo sobre el labio superior y pedimos que repita este movimiento.

Realizamos la misma operación sobre el labio inferior.

Luego le pedimos que cierre la boca y estire los labios forzando la sonrisa.

Palpamos suavemente la zona y pinzamos los labios con nuestro pulgar e índice pidiéndole que repita el gesto.

Finalmente le pedimos que frunza estrechándolos y propulsándolos hacia adelante a modo de “trompetita”.

### **2.1.8.4 Músculos de la lengua.**

Pedimos que eleve la lengua con la boca abierta y sin sacarla. Ejercemos presión hacia abajo con el baja lenguas y le pedimos que lo intente nuevamente.

Con la boca abierta, le pedimos que finja bostezar mientras palpamos suavemente el hueso hioides.

Seguidamente, le pedimos que lleve la lengua hacia atrás sin levantar la punta del suelo de la boca.

A continuación, le pedimos que lleve su lengua hacia su nariz y a su mentón.

Le pedimos que, con la punta de la lengua, barra el paladar hacia delante y atrás y que repita lo mismo con el suelo de la boca.

Por último, le pedimos que, con la boca abierta y la lengua hacia atrás, eleve el dorso posterior lingual. Podemos solicitar que emita una /K/ para que le sea más fácil.

Examinaremos, además, la posibilidad de que exista frenillo sublingual, pidiéndole que propulse la lengua hacia delante de forma perpendicular y que eleve el ápice lingual hacia el labio superior.

Examen del paladar blando.

Le pedimos que abra la boca y que pronuncie una /a/ sacando la lengua, ayudándonos del depresor lingual para mantenerla baja.

Observamos si el paladar blando es o no competente. Se trata de observar si el velo del paladar se mueve contra la parte superior de la faringe para posibilitar la salida de aire durante la fonación. (<sup>1</sup> Julio Barrancos Mooney- Patricio J. Barrancos 2006)

#### **2.1.8.5 Examen de la deglución.**

En primer lugar, observamos la deglución de la saliva sin que se percate de ello, pidiéndole que permanezca quieto observando alguna imagen u objeto de su interés hasta que realice dos o tres degluciones salivales.

Después, le pedimos que realice la deglución con líquidos, observando su patrón deglutorio.

Repetimos la operación, mientras deglute algún alimento sólido. Intentaremos que lo repita con diferentes sustancias palpando la comisura

labial y el hioides. De nuevo le pedimos una repetición del ejercicio intentando separar los labios.

#### **2.1.8.6 Exploración de la respiración.**

Observamos el patrón respiratorio para delimitar el tipo de respiración.

Bucal/ nasal.

Clavicular.

Intercostal.

Diafragmática.

Costo-diafragmático-abdominal.

Con el espejo de glatzer, observamos la permeabilidad nasal:

Simétrica.

Asimétrica.

A continuación, realizamos una prueba de suficiencia nasal, con el fin de observar si se realiza la respiración completa:

Por ambas fosas.

Por la fosa nasal derecha.

Por la fosa nasal izquierda. (<sup>3</sup> BORRAS Sanchis Salvador y Vincent Rosell 2005)

#### **2.1.9 LAS CINCO PREGUNTAS QUE DEBE REALIZARSE EL ODONTÓLOGO.**

Las siguientes serán las cinco preguntas que deberá elaborarse el odontólogo antes de tratar colocar en la boca del paciente algún tipo de aparato corrector destinado a eliminar el hábito nocivo.

Comprensión del niño: ¿comprende el niño la importancia de la aplicación de este instrumento entiende que este tratamiento es para su beneficio y él está dispuesto a que le ayuden?

Cooperación paterna: ¿Comprenden a cabalidad los padres al objetivo que se desea llegar con este tratamiento y están comprometidos en su totalidad para cooperar?

Relación amistosa: ¿El odontólogo ha logrado establecer una relación amistosa en tal forma que en la mente del niño tenga esta situación como una “recompensa” y no como un “castigo”?

Definición de la meta: ¿Han elegido los padres del paciente y el odontólogo una “meta” definida en término de tiempo y que este sea materializado en un premio para incentivar al paciente?

Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez suficiente para superar el periodo de adiestramiento, que puede producir ansiedad a largo plazo?

El odontólogo preparado y con capacidad se formulara estas sencillas preguntas y las irá respondiendo a sí mismo una por una, y si las respuestas en su mayoría o totalidad son afirmativas podrá sentirse seguro de aplicar un instrumento de formación de nuevos hábitos.

(<sup>25</sup> Sidney B. Finn 1976)

## **2.2 ELABORACION DE LA HIPOTESIS.**

Si se analizan los diversos hábitos orales se podrán establecer las modificaciones que producen en los parámetros funcionales de la oclusión dental.

## **2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.**

Dependiente: análisis de estudios realizados sobre los hábitos orales.

Independiente: determinar las modificaciones que producen en los parámetros funcionales de la oclusión dental.

## 2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Ítems
Variable independiente. Análisis de estudios realizados sobre los hábitos orales.	Es la repetición de un acto que se vuelve menos consciente, y si es repetido con mayor frecuencia se verá reflejado en un acto inconsciente.	Hábitos de succión  Hábitos de deglución  Hábitos masticatorios  Onicofagia  Hábitos de respiración oral	La Duración Frecuencia Intensidad, son factores que modifican un habito	¿De qué manera se relacionan los hábitos orales como modificantes de los parámetros funcionales de la oclusión dental?
Variable dependiente. Determinar las modificaciones que producen en los parámetros funcionales de la oclusión dental.	Entre los parámetros los habituales conducta muscular, a menudo están asociados con crecimiento óseo o malposiciones dentarias, respiratorios, y problemas psicológicos.	Clase I  Clase II  Subdivisión I y II  Clase 3	Maloclusión  Mordida abierta, Leve y Moderada  Deformación óseas Leve Moderada	El estudio de los resultados de estos tratamientos se puede decir que si da un buen diagnóstico y con excelentes resultados

## **METODOLOGIA**

### **3.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN.**

Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología.

### **3.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Esta investigación fue realizada en el periodo 2012 – 2013.

### **3.3 RECURSOS EMPLEADOS.**

#### **3.3.1 RECURSOS HUMANOS.**

Investigador: Verónica Defas.

Tutor: Dra. Patricia Witt.

#### **3.3.2 RECURSOS MATERIALES.**

Sillón dental, lámpara dental, alginato, taza de caucho, espátula de yeso, yeso de ortodoncia, cubetas para impresión, recortador de modelos, guantes, mascarilla, radiografías lateral de cráneo, cámara digital.

### **3.4 UNIVERSO Y MUESTRA.**

Esta investigación se basa en el análisis de 3 casos requerido previo para la obtención del título de odontología de los cuales se escogió el caso de Oclusión a fin de presentar las modificaciones que sufren los parámetros de la oclusión por influencia de los diversos hábitos orales.

### **3.5 TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

Esta investigación es de tipo cualitativa porque mediante el estudio hallaremos cualidades y características de los diversos hábitos orales que pueden presentar los pacientes.

Es de tipo descriptiva describe el mecanismo de acción de los hábitos orales y como estos modifican la oclusión dental.

### **3.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

La investigación es analítica puesto que se analizaran tres casos requeridos previo la obtención el título de Odontóloga de los cuales se escogió el caso de oclusión, se observaran modelos de estudio, características físicas y la respectiva anamnesis para establecer la frecuencia, intensidad y duración del hábito establecido.

### **3.7 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Este estudio se realizo en la Facultad piloto de Odontología con la colaboración de los estudiantes de segundo año, en quienes se realizo el análisis cualitativo de las características de los hábitos orales y su influencia en los parámetros de la oclusión.

Para este estudio se seleccionaron tres casos en los cuales se analizaron: modelos de estudio, radiografías laterales de cráneo y fotos para estudio de oclusión.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

En base a los objetos propuestos en el presente trabajo de investigación expresamos

Se requiriere mayor información para determinar otras causas posibles de para funciones oclusales que no estén relacionada con los hábitos orales

Se puede concluir del presente trabajo que diariamente llegan a la consulta dental pacientes esperando hallar soluciones a los diferentes problemas que pudieran en etapas tempranas haber sido interceptada y evitar “un mal mayor” ya que existe una relación directa entre los hábitos orales y la parafunción oclusales.

El saber observar y conocer a nuestro paciente nos permitirá encontrar en el no solo caries, sino a toda una persona con miedos, interese, inquietudes y gustos. Una persona que pretende ser vista como tal no solo como boca.

De todo esto la importancia de conocer a nuestros pacientes, los procesos de crecimiento y desarrollo que en ellos se están gestando o produciendo, los cambios que estamos observando o que deberíamos observar, las desviaciones fuera de lo normal, y las consecuencias que las mismas pueden traer.

Conocer como este tipo de parafunciones influye modificando los parámetros que se consideran normales en oclusión dental y el poder redirigir o interceptar este tipo de anomalías en su momento son principios claves para obtener un desarrollo armonioso.

Hasta la actualidad es un tema de gran controversia puesto que existen diversas teorías de autores que apoyan y otras que se oponen radicalmente a que estos hábitos tengan lo suficiente para producir cambios en nuestro sistema estomatognatico

#### **4.2 RECOMENDACIONES.**

En este estudio se recomienda lo siguiente:

Realizar estudios descriptivos y comparativos, que nos permitan establecer la real magnitud del problema y las consecuencias que de este se puedan derivar.

Incentivar el estudio de este campo de la oclusión dental como parte integral de nuestra formación como odontólogos.

Tener conocimientos básicos de psicología para poder detectar cambios de actitud que se presentan con frecuencia en este tipo de pacientes puesto que son reprimidos por las personas de su entorno, al detectar esto debemos referirlo para que reciba ayuda psicológica que reforzara y nos ayudara a llevar con éxito cualquier tratamiento que se haya planteado.

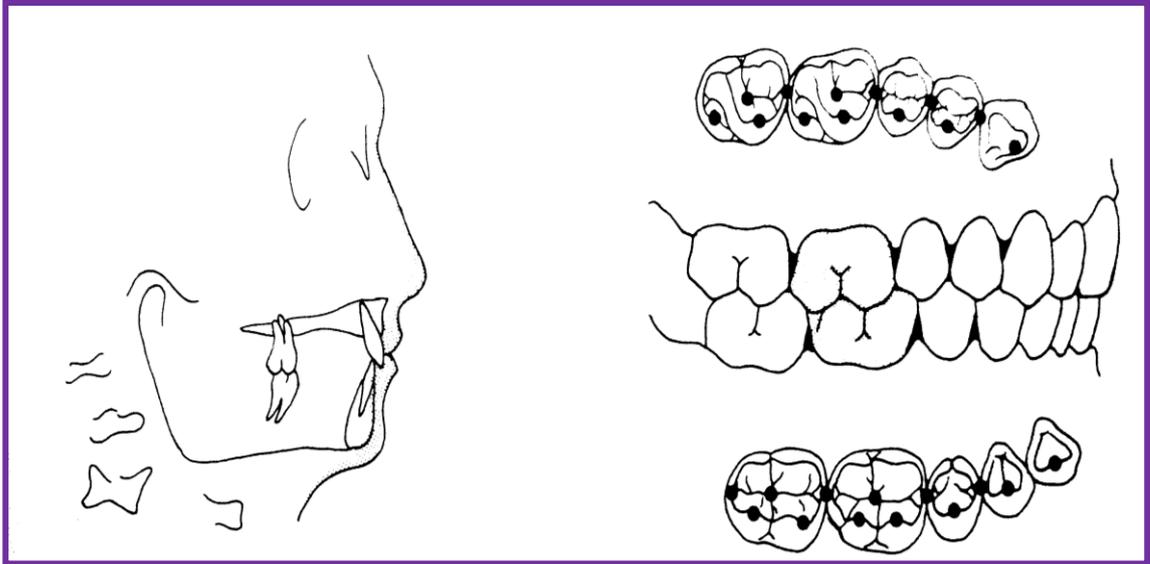
Estimular técnicas de diagnósticos adecuadas que permitan realizar en los pacientes el hallazgo de estos hábitos parafuncionales

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. BARRANCOS Mooney- Julio Patricio J. Barrancos 2006 Operatoria dental integración clínica.
2. BORDONI Noemí Alfonso Escobar, Ramón Castillo Mercado 2010 Odontología Pediátrica. La Salud bucal del adolescente y del niño en el mundo actual. Editorial Médica Panamericana.
3. BORRAS Sanchis Salvador y Vincent Rosell , Tony Talents, Cristina Monleón 2005- Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados- Nau Llibres; 1ª. Edition.
4. DAWSON Peter A. I parte 2009-Oclusion Funcional diseño de la sonrisa a partir del ATM.
5. DR. JOSE Mayoral y Dr. Guillermo Mayoral Ortodoncia principios fundamentales y practico
6. DR. SIDNEY B. Finn 1976. Odontología Pediátrica editorial Interamericana 4ª edición.
7. D.GROSSEN Martin colaboración con James Dewe Mathews 1982-La oclusión en odontología Restauradora Técnica y Teoría (N. U. Chicago) Editorial Labor S.A.
8. DANIEL A. Paesani 2012-Bruxismo Teoria y Practica Barcelona Editorial Quitessence, SL.
9. ESEQUIEL E. Rodriguez Yañez- Rogelio Cesar Araujo-Adriana C. 2007- 1.001 Tips en ortodoncia y sus secretos.
- 10.ESEQUIEL E. Rodriguez- Larry W. White 2008-Ortodoncia Contemporanea Diagnóstico y Tratamiento.
- 11.ESCOBAR Muñoz Fernando 2004 Odontología Pediátrica Amocla.

12. Gonzalo Alonso Uribe Restrepo 2010- Ortodoncia Técnica y Clínica Medellín-Colombia.
13. Graber Vanarsdall Vig 2013 Ortodoncia Principios y Técnicas actuales 5ª edición.
14. Gregoret, Jorge 1997-Ortodoncia y cirugía ortognática, diagnóstico y planificación. Ed. ESPAXS S.A. Barcelona.
15. Josep M. Ustrell Torrent 2002 TEXT-GUIA Ortodoncia Publicación Universidad de Barcelona.
16. Moyers Año 1992 Manual de ortodoncia. 4º edición. Ed.
17. Newson y cols 1982 Mahalski y col 1992
18. Olaeta Rubio Roberto y Margarita Cundín 2011 Vocabulario Medico por Itxaena, S.A.
19. Prichard Jhon F. 1970-Enfermedad Periodontal Avanzada Barcelona Editorial Labor S.A.
20. Proffit- Harry W. William R. Fields Jr.-David M. Sarver 2008- Ortodoncia Contemporanea Cuarta edición.
21. Raymond Pauly S 2009- Odontología infantil, Universidad de Costa Rica. Facultad de Odontología.
22. Rev Cubana Ortod 1995.
23. Reid y Col 1984; Rankins y Col 1988; Cambell-Reid y Col 1984).
24. Sih, Eulàlia Tania 1999-Otorrinolaringología Pediátrica- Revinter.
25. Sidney B. Finn 1976

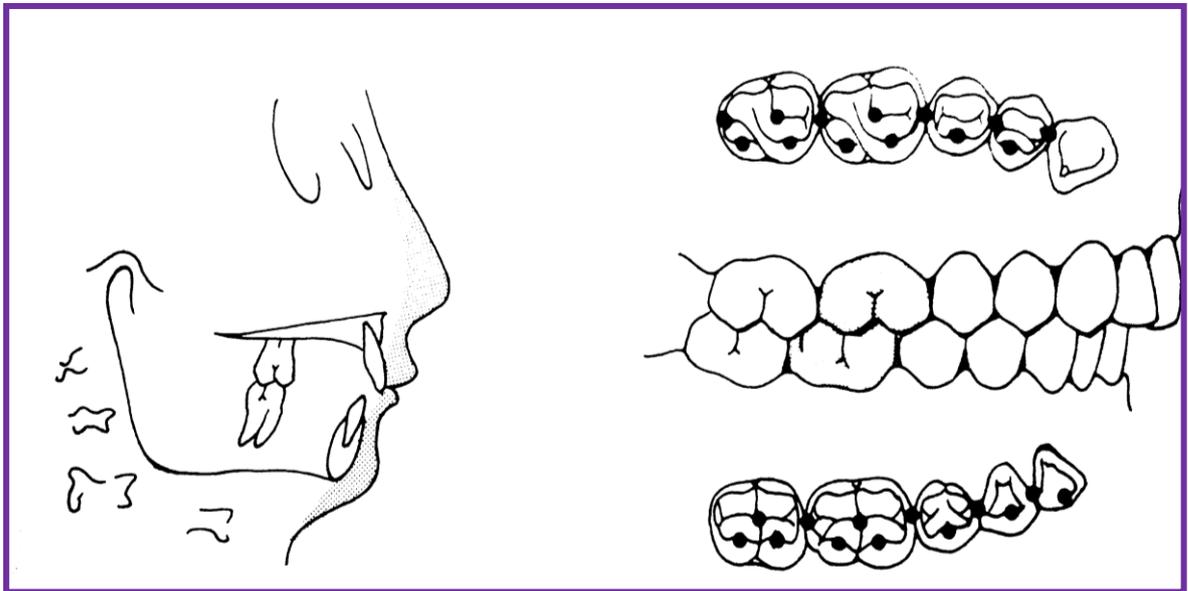
ANEXOS



### **Anexo # 1**

Clasificación de Angle se observa la relación molar clase I también llamada normooclusión.

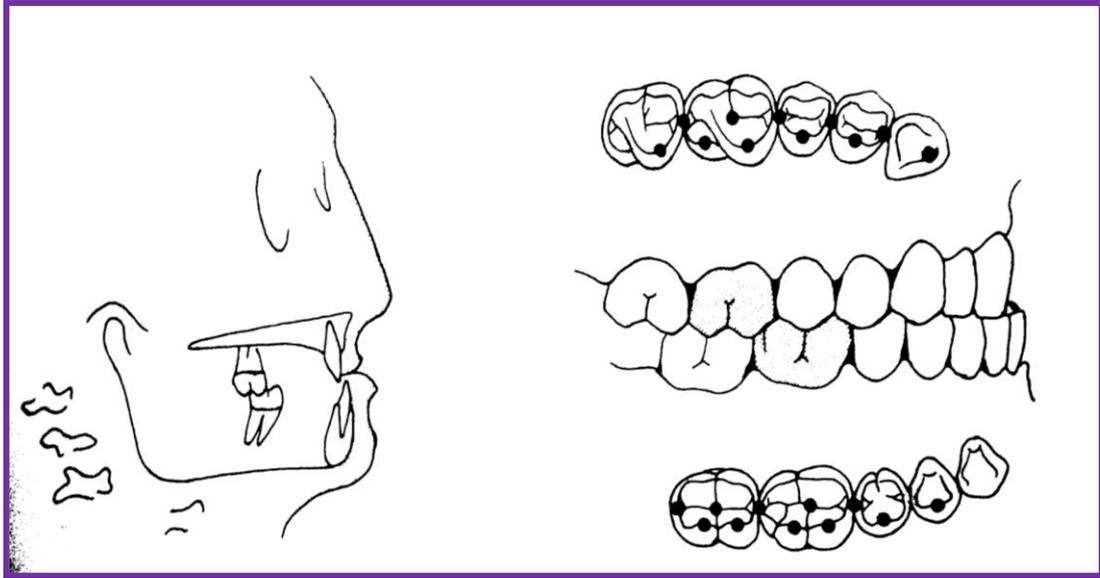
Fuente: Martin D.Grossen y James Dewe Mathews Oclusion restauradora



## Anexo. # 2

Clasificación de Angle relación molar clase II o distocclusión

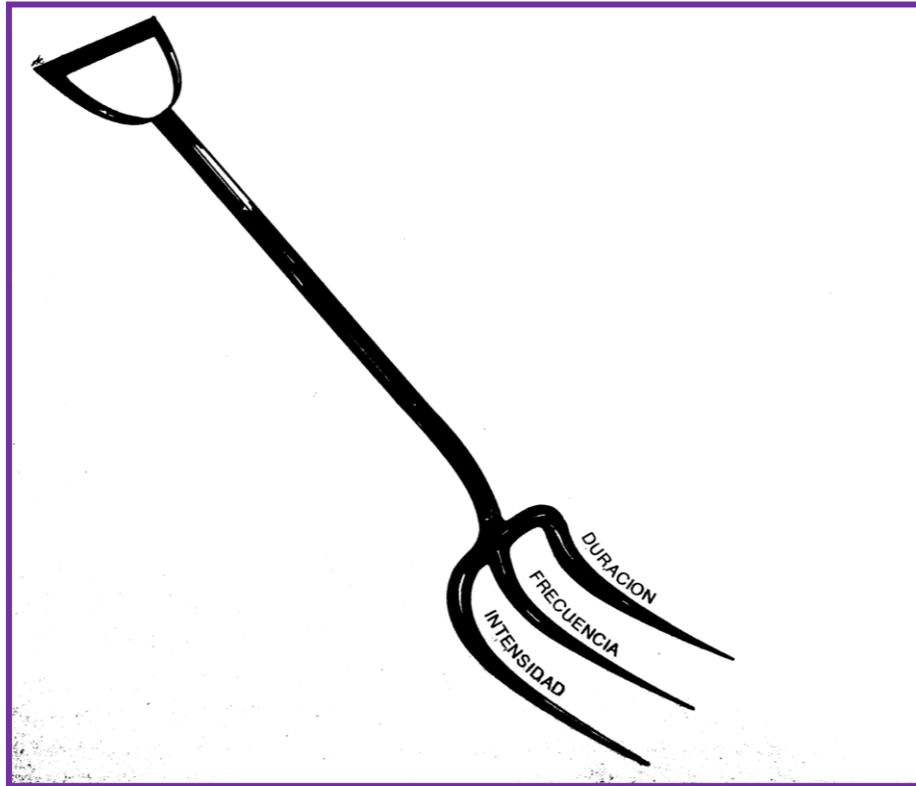
Fuente: Martin D.Grossen y James Dewe Mathews Oclusion restauradora



### **Anexo. # 3**

Clasificación de Angle relación molar clase III

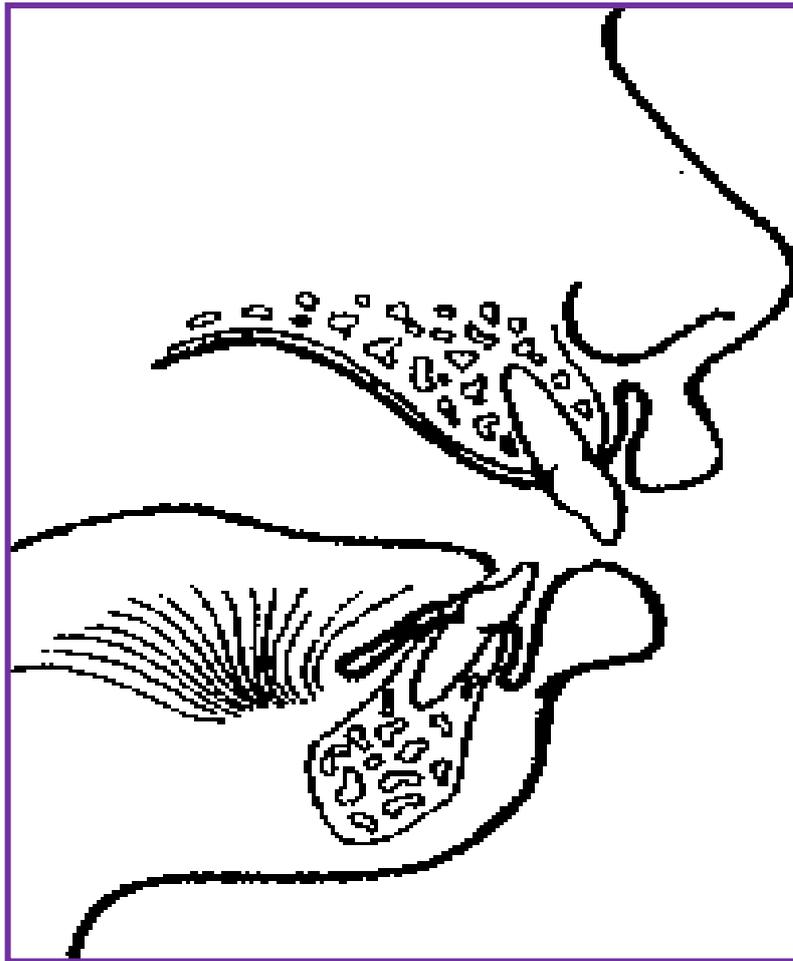
Fuente: Martin D.Grossen y James Dewe Mathews Oclusion restauradora



#### **Anexo. # 4**

Trío de Factores que modifican el hábito.

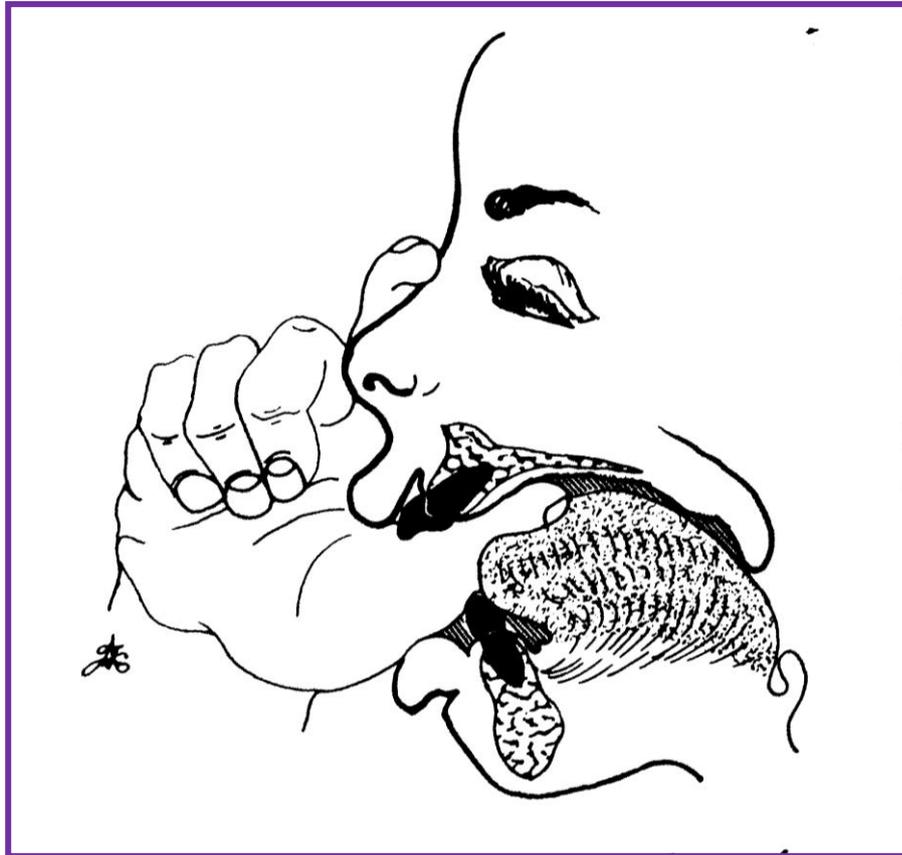
Fuente: Moyers Año Manual de ortodoncia



### **Anexo # 5**

Niño respirador bucal: Labio superior corto: el niño muestra casi toda la superficie de los dientes constantemente. Labio inferior se torna grueso y evertido.

Fuente: Cádiz, O. Unidad 6, U. Chile, "Detección de Malos Hábitos". Texto de Autoenseñanza, 1985.

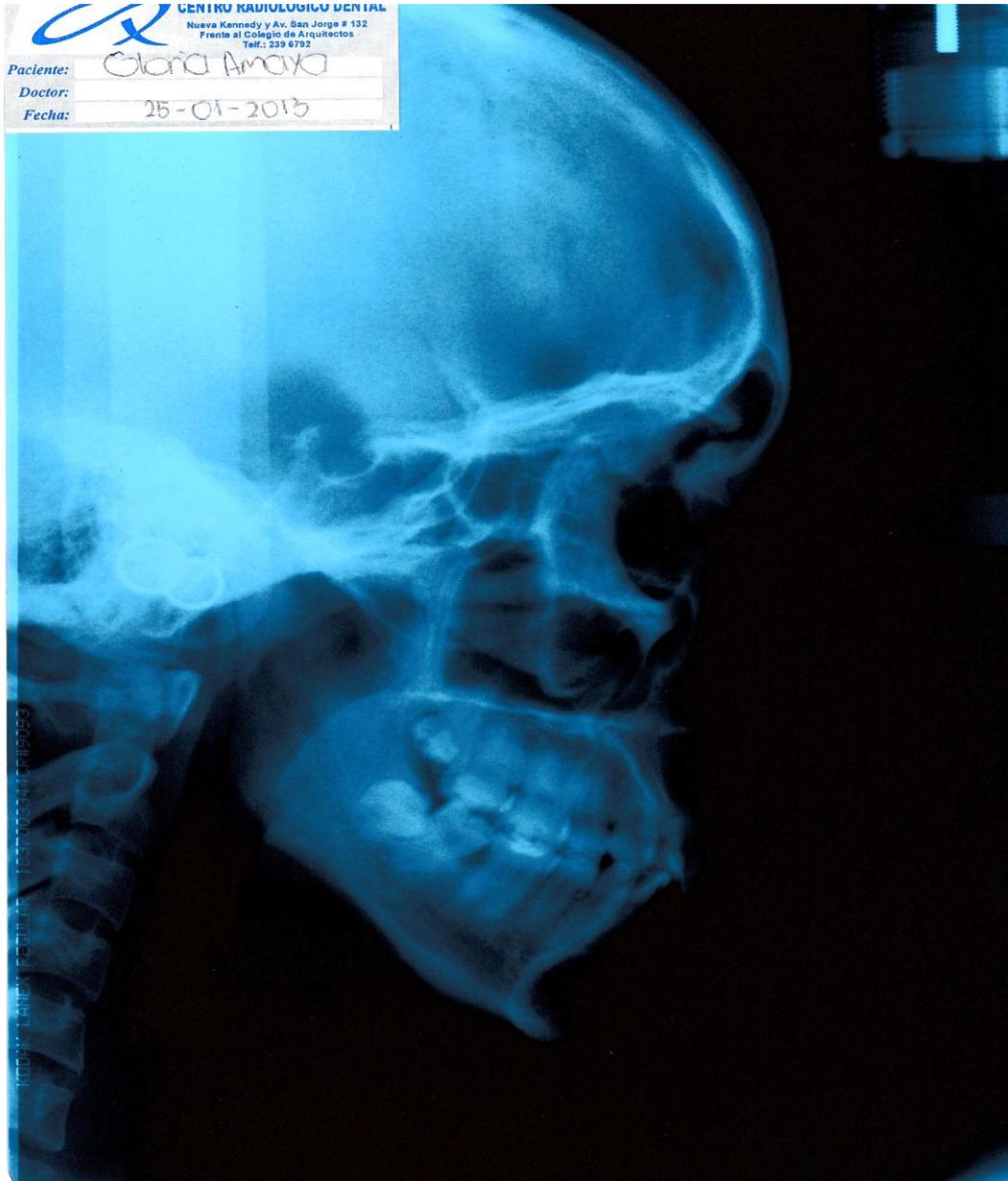


### **Anexo. # 6**

El habito de succión digital que ejerce una presión labial y depresora sobre los incisivos inferiores.

Fuente: Moyers Año Manual de ortodoncia.

## Anexos #7



Protrusión Incisiva inferior por proyección lingual

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología  
periodo lectivo 2012-2013.

## Anexos #8



Mordida abierta por interposición lingual

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología  
periodo lectivo 2012-2013.

## Anexos #9



Mordida abierta anterior

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología periodo lectivo 2012-2013.

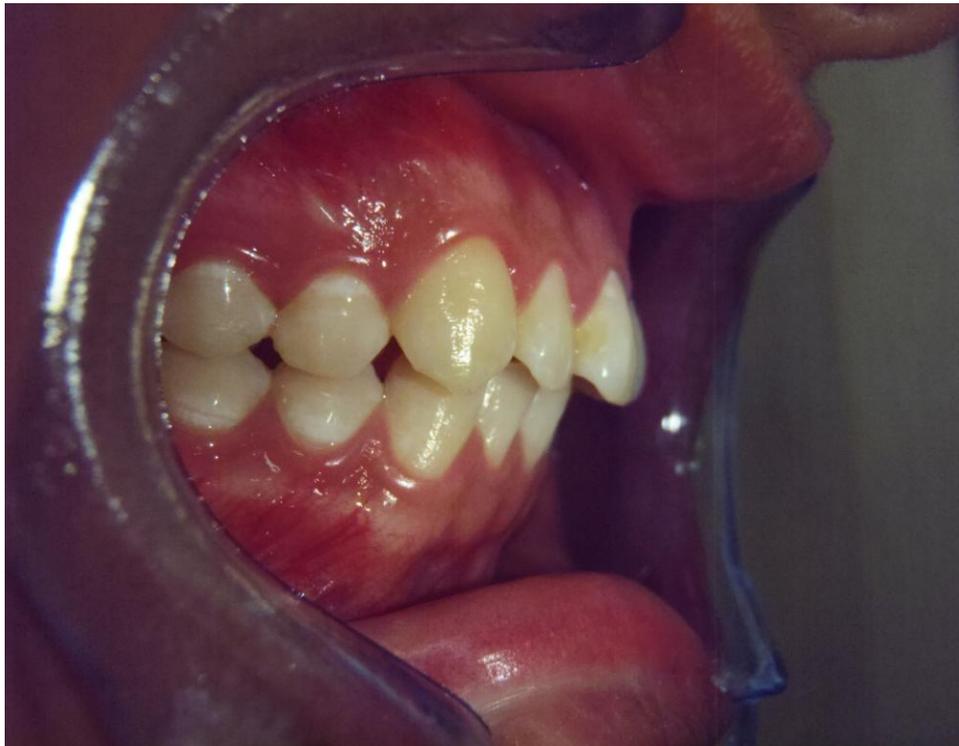
## Anexos # 10



Protrusión incisiva superior por succión digital

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología periodo lectivo 2012-2013.

## Anexos # 11



Protrusión incisiva superior por succión digital

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología  
periodo lectivo 2012-2013.

## Anexos # 12



Protrusión incisiva superior por succión digital

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología periodo lectivo 2012-2013.

## Anexos # 13



Protrusión incisiva superior persistencia de succión labial inferior

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología  
periodo lectivo 2012-2013.

## Anexos # 14



Protrusión incisiva superior persistencia de succión labial inferior

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología periodo lectivo 2012-2013.

## Anexos # 15



Protrusión incisiva superior persistencia de succión labial inferior

Fuente: Alumno de segundo año de la Facultad Piloto de Odontología  
periodo lectivo 2012-2013.



# UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO

Guayaquil, 01 de octubre del 2012

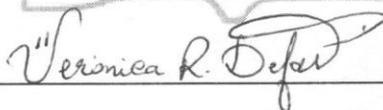
Doctor  
Washington Escudero Doltz  
**DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
Ciudad.-

De mi consideración:

Yo, **Verónica Raquel Defas Chicaíza** con C.I. N **0926829789**, estudiante del Quinto año Paralelo 5, solicito a usted se me asigne tutor para poder realizar el trabajo de graduación previo a la obtención del Título de Odontólogo en la materia de **OCCLUSIÓN** como requisito previo mi incorporación.

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

Atentamente,



**Verónica Raquel Defas Chicaíza**  
C.I. N **0926829789**

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



Dr. Washington Escudero Doltz  
**DECANO**