



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

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

**TEMA:**

**Malos hábitos bucales y su relación con mala oclusión en la dentición  
primaria.**

**AUTOR**

**Raúl Efraín Carpio Rodríguez.**

**TUTOR:**

**Dr. Ernesto Montece Seixas.**

**Guayaquil, junio del 2013**

## **CERTIFICACIÓN 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 Odontólogo**

**El trabajo de graduación se refiere a:**

“Malos hábitos bucales y su relación con mala oclusión en dentición la primaria”

**Presentado por:**

**Raúl Efraín Carpio Rodríguez**

**0927500587**

**TUTORES:**

**Dr. Ernesto Montece Seixas**

**TUTOR ACADEMICO**

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

**TUTOR METODOLÓGICO**

**DR. WASHINGTON ESCUDERO DOLTZ MSc.**

**DECANO**

**Guayaquil, junio del 2013**

## **AUTORÍA**

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

**Raúl Efraín Carpio Rodríguez.**

**0927500587**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta, siguiendo agradezco a mi familia quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me he propuesto hasta el momento.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional.

Y por último un especial agradecimiento a mi tutor de tesis Dr. Ernesto Montece por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

**Raúl Efraín Carpio Rodríguez**

## **DEDICATORIA**

Dedico el esfuerzo a mi madre Austria Carpio y a toda mi familia quienes desde temprana edad me inculcaron el valor del trabajo duro y de superarse día a día así como los diferentes valores humanos bajo los cuales dirijo mi vida, también dedico el esfuerzo a mi madre a mi padre y a quienes han estado conmigo a lo largo de este camino de formación profesional brindándome su apoyo constante e incondicional en todo momento.

**Raúl Efraín Carpio Rodríguez**

## ÍNDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>pág.</b>
Caratula.	I
Carta de Aceptación de los tutores.	II
Autoría.	III
Agradecimiento.	IV
Dedicatoria.	V
Índice General.	VI
Introducción.	1
<b>CAPÍTULO I.</b>	
<b>ELPROBLEMA.</b>	
1.1. Planteamiento del problema.	3
1.2. Preguntas de investigación.	4
1.3. Objetivos.	5
1.3.1. Objetivo General.	5
1.3.2. Objetivos Específicos.	5
1.4. Justificación.	5
1.5. Viabilidad.	8
<b>CAPÍTULO II.</b>	
<b>MARCOTEORICO.</b>	9
<b>Antecedentes.</b>	10
2.1.Fundamentos teóricos.	10
2.2Hábitos; Desarrollo de conceptos.	10
2.2.1.Hábitos fisiológicos.	10
2.2.1.1Respiración.	11
2.2.1.2Succiones.	11
2.2.1.3Deglución normal.	12
2.2.2.Hábitos no fisiológicos.	12
2.2.3.Succión no fisiológica o no nutritiva.	14
2.2.3.1. Succión digital.	16
2.2.4.Respiración.	19

## ÍNDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>pág.</b>
2.2.4.1.Etiología de respiración oral.	20
2.2.4.2.Cambios causados por respiración bucal	21
2.2.5.Deglución atípica.	25
2.2.5.1.Etiología de la deglución atípica.	26
2.2.5.2.Consecuencias de la deglución atípica.	26
2.2.5.3.Deglucion atípica con presión atípica del labio (Interposición labial).	26
2.2.5.4.Deglución con presión atípica de la lengua.	27
2.2.6.Tratamientos frente a hábitos no fisiológicos y prevención.	28
2.2.6.1.Tratamiento de la succión digital.	28
2.2.6.2.Tratamiento de la deglución atípica.	28
2.2.6.3.Tratamiento de la deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial).	29
2.2.6.4.Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II.	32
2.2.6.5.Tratamiento de la deglución atípica tipo III:	33
2.2.6.6.Tratamiento de la respiración oral.	33
2.3.Elaboración de hipótesis.	34
2.3.1.Identificación de las variables.	34
2.4.Operalización de las variables.	35
<b>CAPÍTULO III.</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	36
3.1. Lugar de la investigación.	36
3.2. Periodo de la investigación.	36
3.3. Recursos Empleados.	36
3.3.1. Talento Humano.	36
3.3.2. Recursos Materiales.	36
3.4. Universo y muestra.	36
3.5. Diseño de investigación.	37
3.6. Método de la investigación.	37
3.7. Tipos de Investigación.	37

## ÍNDICE GENERAL

<b>Contenidos</b>	<b>pág.</b>
3.8. Análisis de los resultados.	39
<b>CAPÍTULO IV.</b>	
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	40
4.1. Conclusiones.	40
4.2. Recomendaciones.	41
Bibliografía.	42
Anexos	43

## INTRODUCCIÓN

Este tema es de gran importancia para reconocer las posibles situaciones que puedan causar trastornos a la oclusión de manera permanente en un niño. Para determinar si los hábitos no fisiológicos causan un trastorno a la oclusión debemos definir que es oclusión. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto". Una definición "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones.

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

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en Salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con Hábitos bucales así quedo evidenciado por un estudio realizado por el Dr. Oscar Quiroz sobre las características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones científicas IVIC en el cual

concluyo que más de 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital.

Lo antes afirmado nos motivo a conocer con más detalles las características de estos hábitos y las maloclusiones que se relacionan directamente con los mismos.

# CAPITULO I

## EL PROBLEMA.

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los niños que a temprana edad desarrollan malos hábitos bucales o también llamados hábitos no fisiológicos son candidatos a sufrir de trastornos de la oclusión y alteraciones en la anatomía de los maxilares causando un desequilibrio en fuerzas musculares y cambios en la estética funcional normal de todo el aparato estomatognático así como invisión o retraso de la erupción dental; de manera que si se identifica estos trastornos a tiempo podremos corregirlos previniendo dichos trastornos en la población de niños con dentición temporal.

Al respecto los malos hábitos o hábitos no fisiológicos no son diagnosticados apropiadamente causando un desarrollo anormal de las estructuras óseas musculares y cambios no fisiológicos de la oclusión de manera que tienen las siguientes causas y efectos:

Causa: Los malos hábitos no son diagnosticados a tiempo.

Efecto: Alteración de las estructuras óseas y de la oclusión a consecuencias de esto los hábitos no fisiológicos.

La interrelación malos hábitos con mala oclusión, está comprobada ya que los niños a esa edad están en una fase de crecimiento y desarrollo y las estructuras óseas pueden ser muy maleables, por la gran incidencia que hay de mal oclusión en niños.

Uno de los principales problemas es captar a niños con mal oclusión y con signos de hábitos no fisiológicos en las clínicas de la facultad por la falta de conocimientos de los estudiantes, los malos hábitos o hábitos no fisiológicos tienen relación directa con la mal oclusión de los niños ya que estos hábitos dan paso a una mal formación de los tejidos duros.

Formulación del problema: Los antes mencionado para formular el siguiente problema de investigación malos hábitos o hábitos no fisiológicos en edades tempranas inciden en la oclusión temporal y permanente de los niños, alterando las estructuras óseas, el hueso es muy maleable en estas edades; un habito que provoque una fuerza constante o permanente sobre el hueso alveolar da paso a un desarrollo anormal de la estructuras óseas y musculares y puede retrasar o inducir el recambio dental normal.

Delimitación Del Problema:

Tema: Análisis comparativo de los Malos hábitos bucales y su relación con mala oclusión en la dentición primaria.

Objeto de estudio: Determinar cuáles son los principales hábitos bucales.

Campo de acción: Mala oclusión en la dentición primaria.

Lugar: Facultad Piloto de Odontología.

Área: Pregrado Facultad Piloto de Odontología.

Periodo: 2012-2013.

## **1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:**

¿Qué beneficios trae esta investigación a los alumnos de la Facultad de Odontología?

¿Cuáles son los hábitos fisiológicos y los no fisiológicos?

¿Cuán importante son los hábitos fisiológicos?

¿Cuáles son los hábitos no fisiológicos principales y más frecuentes?

¿Cuál es la importancia de poder reconocer estos hábitos a tiempo?

¿Existe tratamientos para estos hábitos de comportamiento no fisiológico y sus trastornos?

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar cuáles son los hábitos no fisiológicos que pueden desarrollar un niño y consecuencias, para prevenir los trastornos en su estructura ósea y oclusión a tiempo.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Revisar la literatura de investigaciones anteriores.

Determinar cuáles son los hábitos fisiológicos y más comunes.

Analizar los trastornos que pueden darse de persistir estos hábitos.

Analizar los tratamientos frente a estos hábitos no fisiológicos.

Determinar la importancia de los hábitos fisiológicos.

Presentar los resultados en una tesina.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:**

La siguiente investigación se justifica por su valor teórico práctico y metodológico: su valor teórico se apoya en las fuentes bibliográficas y opiniones de expertos docentes de la facultad.

Su valor metodológico es la expresión del trabajo desarrollado en la carrera, desarrollado en la presente investigación, mismo que se expresa en conclusiones y recomendaciones. La necesidad de realizar la investigación es para hacer saber a la comunidad odontológica sobre las consecuencias de los hábitos no fisiológicos y su relación con la mala oclusión en niños, ya que mediante su análisis y descripción se podrá establecer protocolos para aquellos pacientes que manifiesten estos malos hábitos y poder corregirlos a tiempo brindando así un servicio de calidad, calidez y universalidad.

El presente proyecto de investigación es para reconocer los malos hábitos bucales o hábitos no fisiológicos con el fin de prevenir los trastornos que conllevan, previniendo así cambios inapropiados de la oclusión del desarrollo normal del maxilar en los niños de la clínica de pediatría de la Universidad de Guayaquil.

Principios sociales: Hoy vivimos un intenso y vertiginoso proceso de evolución económica, tecnológica, científica, social y cultural, y la comunicación e interdependencia de todos los países se ve reflejado en acciones que tienden a unificar sus mercados, sociedades y culturas que poco a poco tienden a transformar las políticas para el desarrollo económico en un marco de inminentes competencias y oportunidades.

El valor trascendente de la Odontología no está sólo en la aplicación exitosa de técnicas clínicas de vanguardia y de alto costo. Muy por el contrario, la contribución está en comprender que cada persona tiene un proyecto de vida y que cada uno de nuestros pacientes tiene un proyecto particular y único.

Principios Psicológicos: La Odontología ciertamente no está ajena a la disímil vivencia emocional de las patologías bucales. La malformación del maxilar en esta etapa de la niñez es provocada, no es congénita ni hereditaria es auto infringida los problemas para adaptarse a una sociedad de manera natural son grandes cuando nuestra autoestima esta baja cuando nuestra imagen está mal y cuando no hacemos nada por corregirlo o por evitarlo. En un ejemplo cotidiano de nuestra práctica, una persona puede desarrollar una vida emocional equilibrada a pesar de la pérdida múltiple de piezas dentarias, mientras para otras la pérdida de un diente puede significar un daño emocional relevante en cuanto a la relación con su entorno familiar, laboral, social o consigo mismo.

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.

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. 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.

Capítulo .5 de Régimen académico: 22.2, se debe realizar el trabajo de titulación correspondiente, con un valor de 20 créditos, y cumplir con las horas de pasantías profesionales y de vinculación con la colectividad en los campos de su especialidad, definidas planificadas y tutoradas en el área específica de la carrera.

Esta investigación es de gran importancia porque los beneficios que se publicaran será útil para la comunidad, la facultad de Odontología en el momento que las estudiantes realicen su práctica, para los Odontólogos ya que existe una gran demanda de pacientes que incurrir a la consulta Odontológica

para resolver problemas ocluso-funcionales mediante el uso de aparatología ortodoncia fija.

La hiperplasia gingival es el agrandamiento de las encías producida por la acumulación de placa bacteriana debido a la mala higiene bucal, por las fuerzas ortodónticas que se aplica a ciertas piezas dentales, por la irritación de las encías por el uso de aparatos de prótesis, anomalías anatómicas y ortodoncias inadecuadas lo cual este problema se debe solucionar para que el tratamiento ortodóntico no se altere o demore y se vuelva un fracaso y así mostrarle al paciente un buen resultado en su tratamiento.

### **1.5 VIABILIDAD.**

Esta investigación es viable ya que se cuenta con todos los materiales y recursos de infraestructura, técnicos y humanos, además cuenta con precios asequibles para los pacientes y así lograr alcanzar metas planteadas en un corto plazo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEORICO.**

#### **ANTECEDENTES.**

1870 fue el año en el que por primera vez Meyers relacionó la respiración bucal con trastornos dentolabiales, lo siguió Subirana en España a principios del siglo 20. A partir de allí se han realizado numerosos estudios, y diferentes autores especialistas en el área de la ortodoncia, han reflejado su punto de vista acerca de la relación o no de los problemas de insuficiencia respiratoria con los cambios a nivel facial y dental de los pacientes al momento se encuentran muchos científicos relacionando malos hábitos de oclusión para así poder distinguir los hábitos fisiológicos y no fisiológicos.

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoestructurales, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. En Chile, la tercera patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y la causa de su aparición se debe a múltiples factores entre los que destacan los malos hábitos. El objetivo de esta investigación es realizar un estudio de la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilares.

El universo estuvo constituido por niños de 3 a 6 años de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de 1110 niños quienes, al momento del examen, presentaban amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad coronaria. El 66% presentó malos hábitos. Se observaron un total de 1 878 casos, siendo los más frecuentes la succión (62%), respiración bucal (23%) e interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamadera en 55%, el dedo en 23% y chupete 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 57% (417) presentó a lo menos una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más

frecuentes fueron distoclusión 38%, mordida cruzada 28% y mordida abierta en 16%.

Se corroboró una asociación altamente significativa entre la presencia de los malos hábitos y el desarrollo de maloclusiones,  $p < 0,0001$ . La alta frecuencia de malos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el pediatra sea capaz de detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras antes sean objetivadas, menor será el daño que provoquen.

## **2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS.**

Son prácticas adquiridas por repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio es consciente y luego inconsciente. Los hábitos forman parte de los procesos normales de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y placer.

Habitualmente es una respuesta a carencias afectivas por algún cambio brusco en el núcleo familiar o su entorno: nacimiento de un hermano, separación de los padres, entrada al jardín infantil, accidente, etc. También por una lactancia insuficiente, por alteraciones en el amamantamiento.

## **2.2. HÁBITOS: DESARROLLO DE CONCEPTOS.**

### **2.2.1 HÁBITOS FISIOLÓGICOS.**

Respiración, Succión, Deglución son los hábitos normales o fisiológicos por que cumplen con una función o con un propósito positivo para alcanzar el desarrollo apropiado tanto que son esenciales para la vida del niño.

#### **2.2.1.1 Respiración.**

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.

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.

#### **2.2.1.2 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.

#### **2.2.1.3 Deglución 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.

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.

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.

### **2.2.2 HABITOS NO FISIOLÓGICOS**

Los hábitos parafuncionales o no fisiológicos y las disfunciones miofuncionales orales son frecuentes en niños, considerándose factores contribuyentes para trastornos temporomandibulares (ATM). En un estudio de la universidad de Chile la muestra quedó constituida por 133 pacientes de 12 años  $\pm$  3 años. El 96% presentaban disfunciones o parafunciones. Respecto a las disfunciones, presentes en el 78% del total de la muestra, 48% correspondieron a deglución disfuncional, 45% a respiración bucal o mixta y 29% a masticación unilateral o anterior. En relación a las parafunciones, el bruxismo se presentó en 74% de los pacientes y el resto de las parafunciones en 81% (hábito de mascar chicle, onicofagia, mordisqueo, jugueteo mandibular y succión). Se encontró asociación entre síntomas de ATM y disfunciones y parafunciones totales. Por análisis multifactorial se encontró que la disfunción masticatoria está significativamente asociada con el ruido articular y con el bruxismo como motivo de consulta. Se observó una alta prevalencia de disfunciones y parafunciones que se asociaron en forma significativa con síntomas de trastornos temporomandibulares.

Se consideran hábitos no fisiológicos o malos hábitos aquellas prácticas repetidas en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo. Succión de mamadera Succión de dedo Succión de chupete Interposición lingual Interposición de labio Interposición de objetos (teta, juguetes) Deglución: persistencia deglución infantil o del amamantamiento Síndrome de respiración bucal.

Un mal hábito puede producir una alteración en el desarrollo del sistema bucal (estomatognático), lo que se traduce en una deformación. Puede originar un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas (mejilla y labio en la zona anterior) y las fuerzas musculares internas (lengua). Hábitos no fisiológicos son:

la succión de dedo succión de chupete Succión de mamadera succión de labio la respiración bucal la interposición lingual en reposo la interposición en deglución la interposición en fono articulación. Mal hábito bucal Fuerzas externas e internas en equilibrio.

Mal hábito bucal, la deformación causada por el mal hábito depende de: a temprana edad el hueso está en plena formación y es fácilmente moldeable. Duración Pueden ser por horas o minutos, incluso toda la noche. Frecuencia e intensidad veces al día que lo realiza Mayor o menor fuerza A menor edad, mayor duración y frecuencia; se produce un mayor daño.

Fuerzas externas labios mejillas, fuerzas internas lengua, cualquier mal hábito relacionado con la succión, respiración o deglución rompe este equilibrio, el mal hábito, el daño se da cuando se altera el equilibrio músculo esquelético y se sobrepasa la capacidad de adaptación de las estructuras bucales. El impacto de esta alteración al equilibrio de fuerzas se verá en todo el sistema de masticación incluido el ATM.

La deformación aumenta si además se agrega una fuerza ajena y anormal (ej. succión del dedo). Deformación maxilar.

### **2.2.3 SUCCIÓN NO FISIOLÓGICA O NO NUTRITIVA**

Succión produce un gran desequilibrio de la musculatura de la cara altera la posición lengua, ésta se ubica en una posición baja, no adosada al paladar, por tanto no ejerce la fuerza que se opone a la fuerza aumentada de las mejillas. La falta de fuerza lingual provoca la compresión del maxilar.

Las causas principales de pacientes en los que hay succión pueden ser succión insatisfecha, necesidad de afecto, satisfacción del hambre. Tiene un efecto tranquilizante; puede generar absoluta dependencia, si es "imprescindible", use el chupete poco rato y retírelo en el momento en que el niño se tranquilice o duerma, use el chupete sólo cuando se va a dormir. No untarlo en sustancias que estimulen el sentido del gusto del niño, guardarlo limpio, seco, en un lugar lejos del alcance del niño puede ser buena idea en edades en que el niño lo necesita. 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.

La eliminación al año y medio, en lo posible eliminado a los 2 años. Esconderlo, realizarle perforaciones, realizar con él juegos, cuentos, historias, no eliminar el chupete antes de los 2 años ya que puede producir consecuencias como la succión digital, que causa alteraciones más complejas: mordida abierta anterior, compresión maxilar, mordida cruzada lateral, protrusión incisiva conclusión.

Succión de chupete a esta edad la eliminación debe ser inmediata sospecha que existe una succión de dedo cuando observe: Una mordida abierta anterior, una lengua en posición baja, compresión maxilar Incisivos protruidos (dirigidos hacia delante) dedo: con alteración en la uña enrojecido muy limpio con un callo produce cambio en la posición de los dientes, deformidad del paladar, mordida abierta anterior y compresión maxilar , oclusión normal lengua baja mordida abierta anterior alteración del cierre bucal.

Fuerza de la mejilla aumentada, dedo limpio y callosidad mordida abierta anterior consecuencias de la succión digital compresión lateral el maxilar superior está más estrecho y queda por dentro de la mandíbula oclusión normal en este lado, consecuencias de la succión digital ,la eliminación del mal hábito y el tratamiento de sus secuelas requieren de un equipo multidisciplinario.

Comience un fin de semana diluyendo el contenido con agua, hasta que sea sólo ésta. Cortando la punta del chupete, usar vaso de transición o incluir un vaso con tapa y pajita. Vaso adecuado, usar aproximadamente hasta los 18 meses, administrada en posición sentado y no acostado (para evitar ahogos), lave los dientes del niño después que haya terminado la mamadera para que no duerma con restos de leche en la boca. Úsela solo para alimentar al niño o darle agua y retírela cuando haya terminado.

Es importante que no la use para entretenerlo, evitar la mamadera nocturna desde las 11 de la noche, nunca permitir que se quede dormido con la mamadera. En la noche se produce menos saliva y el contenido de la mamadera queda muy concentrado, se transforma en ácido y desmineraliza el

esmalte generando las caries tempranas de la infancia, piezas anteriores superiores no contactan con las inferiores cuando el niño muerde.

**2.2.3.1 Succión Digital.-** La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerada normal, probablemente está presente en más del cincuenta por ciento (50%) de los niños pequeños, la succión digital se inicia en el primer año de vida, comienza en la vida fetal (29ª semana de la gestación), en recién nacidos y durante los primeros meses. Es un comportamiento innato que se transforma en un hábito, se cree que cuando el niño está aburrido, ansioso o cansado es cuando persiste la succión digital entre la variedad de formas que existe de succión digital, la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical, con la uña dirigida hacia los dientes inferiores, no se ha observado predilección por una mano determinada, los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético.

La duración del 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.

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 que 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 hábito. 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. Existen diferentes posiciones del dedo, normalmente el pulgar en dicha succión:

La más usual (50%) consiste en introducir el pulgar profundamente, tocando el paladar plenamente y los incisivos inferiores están en contacto en su borde incisal con el nudillo del pulgar. Para la mayoría de los autores la succión digital es una de las situaciones más nocivas durante el desarrollo de la oclusión normal.<sup>1</sup>

-Consecuencias de la succión no fisiológica:

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

-Retroinclinación de los incisivos inferiores.

-Mordida abierta anterior.

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

Para algunos autores<sup>2</sup>, dentro de las maloclusiones, la mordida abierta presenta una prevalencia del 17,7% en dentición mixta y un 36,3% de ellas son causadas por patrón genético y hábitos de succión prolongados en el tiempo. En el grupo de niños con mordida abierta anterior, un 63,4% presentan hábitos de succión y un 61% patrón facial híper divergente.

Warren, en su estudio en niños con dentición temporal defiende que la succión digital y el chupete producen alteraciones ocluseras (aumento del resalte y

---

<sup>1</sup>Larsson E. Sucking, Chewing, and Feeding Habits and the Development of Crossbite: A Longitudinal Study of Girls from Birth to 3 Years of Age. *Angle Orthod* 2000;71(2):116-9.

<sup>2</sup>Bishara SE, Larsson E. Dent Assist Finger habits: their effects and their treatments -part *Dent Assist* 2007;76 (1):14-6.

<sup>3</sup>Cozza P, Baccetti , Franchi L, Mucedero M, Polimeni A. Sucking habits and facial hiperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2005;128: 517-9.

tendencia a mordida abierta anterior) y también que producen tipos de maloclusiones distintas: relaciona el chupete con la mordida cruzada posterior y la succión digital con el aumento del resalte. Sus resultados defienden que hay más prevalencia de mordida cruzada posterior en niños con uso de chupete más de 24 meses, el resalte y mordida abierta aumenta si el hábito dura más de 48 meses y la profundidad palatina a partir de los 36 meses.

Emmerich en un trabajo publicado, presenta los siguientes porcentajes: el 8,7% de los niños que nunca usaron el chupete tiene mordida abierta y un 18.7% resalte aumentado frente al 40,5% que tiene mordida abierta y 44% con resalte alto en niños con hábito de chupete.<sup>3</sup>

En su trabajo Olivera Gois<sup>4</sup> concluye que la maloclusión en la dentición primaria está directamente relacionada con el uso del chupete más de 2 años y con la respiración oral. No encuentra asociación significativa entre la succión digital y la maloclusión cuando la succión termine antes de los 2 años. Asegura que los niños con hábitos no nutritivos presentan hasta 6 veces más riesgo de desarrollar una oclusión patológica, y si estos hábitos duran más de 2 años, el peligro asciendo hasta 13,6 veces más.

Para Romero-Maroto y col. la prevalencia es muy variable, oscilando entre el 1,7 y el 47%, dependiendo de la edad a la que se realice el estudio, pues mientras en las primeras semanas de vida este hábito es muy frecuente al responder a un reflejo innato, conforme el niño va creciendo la frecuencia disminuye, por otro lado sostienen que es a partir de los 4 años cuando la persistencia del hábito influye más negativamente en el desarrollo originando maloclusiones en cambio yo me sustentó en la teoría de que ya es a partir de los 4 años, aseguran que estas maloclusiones no se producen exclusivamente por la presión directa que sobre las arcadas ejerce el dedo, sino que su

---

<sup>4</sup>Warren JJ, Bishara E. Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviours and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121: 347-56.

<sup>5</sup>Emmerich A, Fonseca L, Elias A.M, Vieira de Medeiros U. The relationship between oral habits, oronasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitória, Espírito Santo, Brazil. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro* 2004; 20 (3):377-89.

desarrollo también se ve favorecido por la modificación del funcionamiento de la musculatura perioral y lingual que provoca el hábito<sup>5</sup>.

#### **2.2.4 RESPIRACIÓN**

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, 1870 fue el año en el que por primera vez MEYERS relacionó la respiración bucal con trastornos dentofaciales, lo siguió SUBIRANA en España a principios del siglo 20. A partir de allí se han realizado numerosos estudios, y diferentes autores especialistas en el área de la ortodoncia, han reflejado su punto de vista acerca de la relación o no de los problemas de insuficiencia respiratoria con los cambios a nivel facial y dental de los pacientes.

Aunque la respiración bucal no se encuentre asociado a ningún tipo de maloclusión, este hábito si puede llegar a producir problemas dentarios como son mordida abierta, mordida cruzada posterior uní o bilateral, maxilar superior más profundo y estrecho, y una hiperplasia gingival, empecemos por mencionar a Harvold quien realizó un estudio en monos donde se les fue restringido gradualmente el paso de aire a través de sus fosas nasales, para observar los cambios dentofacial que ocurrían, estos estudios arrojaron como resultados cambios posturales que llevaron a maloclusiones, aunque no eran las mismas observadas en los seres humanos. Linder-Aronson estudiaron a pacientes humanos luego de la extirpación de amígdalas y adenoides y observaron la disminución del tercio facial inferior, posterior a la cirugía, lo que nos indica la relación que puede llegar a tener la dificultad para respirar por la nariz y la posición del cráneo, que disminuye aproximadamente 5 grados, para facilitar el paso de aire por la cavidad oral, que a su vez conlleva a la rotación hacia abajo y hacia atrás de la mandíbula, una posición más baja de la lengua y un aumento del tercio facial inferior, generando en el paciente un perfil

---

<sup>5</sup>Romero-Maroto M, Romero-Otero P, Pardo de Miguel AM, Sáez-López M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE 2004;9(1):77-82.

dolicocefálico, a pesar de la controvertida discusión entre los autores acerca de que, la respiración bucal no produce cambios a nivel facial y dentario, la mayoría de los ellos concluye que si existe correlación entre el habito y las anomalías dento-esqueléticas.

Verdaderos respiradores bucales Los verdaderos respiradores bucales pueden presentarse como consecuencia de las siguientes causas *obstrucciones funcionales, mal hábito respiratorio, e hiperlaxitud ligamentosa*, 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 facies adenoidea. (anexo)

Examen de la función respiratoria:

-El reflejo nasal de Gudín.

-Apagar la vela.

-El algodón.

-El espejo de Glatzel.

#### **2.2.4.1 Etiología de respiración oral.**

-Amígdalas palatinas hipertróficas.

-Adenoides hipertróficas.

-Presencia de pólipos nasales.

-Rinitis alérgicas.

-Desviación del tabique nasal.

-Hipertrofia idiopática de los cornetes.

-Asmas y bronquitis.

-Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias.

#### **2.2.4.2 Cambios causados por respiración bucal.**

-Cambios faciales:

-Aumento del tercio facial inferior.

-Rasgos faciales típicos de la facies adenoidea incluyen, cara estrecha y larga, hipo desarrollo 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 revertido.

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

-Posición más enderezada de la cabeza.

Cambios bucales:

-Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.

-Mordida cruzada posterior, uní o bilateral.

-Mordida cruzada funcional unilateral por avance medial 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 antero superior 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 hipo desarrollo de los senos para nasales, 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 para nasales, que se deben insertar en la parte anterior del maxilar y favorecen el crecimiento anterior de la pre maxila, 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.

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, visto el paciente de lado, la columna tiene forma de S (anexo 4)

-Pies hacia adentro "pie vago", por la posición de la columna.

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.

Angle, Moyers, Woodside, Vellini quienes apoyan la teoría propuesta por Tomes en 1872 "Teoría de la compresión", que se basa en las fuerzas neuromusculares ejercidas sobre los tejidos blandos, huesos y dientes. En pacientes respiradores bucales se ve alterada la dinámica neuro muscular, esto se debe a que la respiración se realiza por vía oral lo que produce un cambio de postura del cráneo y la mandíbula se vaya hacia abajo y hacia atrás acompañado de un descenso de la lengua, impidiendo el contacto de esta con el paladar, de este modo se producen solo fuerzas compresivas de labios y mejillas sobre el maxilar haciendo que este se estreche, ya que la lengua no contrarresta estas fuerzas.

Otro grupo apoya la "teoría del excavamiento" propuesta por Bloch 1888 o como otros autores la llaman la "teoría de las diferentes presiones" cuando la corriente de aire pasa por la cavidad oral se alteran las presiones ejercidas entre esta y la cavidad nasal, haciendo que el flujo aéreo empuje el paladar hacia la arriba, proporcionándole forma ojival. Norlung propone la hipótesis de que la respiración oral es consecuencia de la inflamación crónica de la nasofaringe la cual no permite el paso de aire por la nariz, y este factor sería el responsable del cambio estructural del paladar, llamándola "teoría de la atrofia por falta de uso" y posteriormente Bimler describió el síndrome de la microrrinodisplasia basándose en esta teoría.

Otros estudios en apoyo a la afirmación que relaciona la respiración bucal con cambios dentofaciales, fueron colocados en duda por los estudios Humphrey y Leighton en una revisión de 1.033 escolares, donde encontraron que las maloclusiones para niños con problemas respiratorios (quienes también respiraban por la nariz) eran similares a los niños quienes respiraban normalmente. Gwynne-Evans Y Ballard en un estudio de 15 años de duración concluyeron que la morfología facial no cambiaba a través de los años y que la respiración oral no produce cambios faciales ni facies adenoides. Warren, estudioso de la aerodinámica de la vía de aire superior, deduce que no existen hasta el momento investigaciones científicas que apoyen el hecho de que la respiración bucal produzca deformidades dentofaciales, al igual que Bluestone señala que aún queda por demostrarse el efecto de los cambios cráneo-faciales por obstrucción respiratoria. Estos estudios afirman la teoría de Kingsley, donde ellos dan a conocer que los cambios faciales y bucales son netamente una carga genética, y que la respiración oral no influye en los mismos.

Moyers "En mi opinión, la hipótesis que la función nasal respiratoria perturbada afecta el desarrollo denticional y cráneo-facial es, por lo menos, algo correcta." basándose en su experiencia clínica anecdótica y su investigación. Y es lo que expresa la gran mayoría de los autores, Quirós, Rodríguez E., Luz de Saturno, Angle, Woodside, Vellini, Mayoral.

### **2.2.5 DEGLUCION ATIPICA**

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.

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 empuje 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 adoptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.

#### **2.2.5.1 Etiología de la deglución atípica:**

- Amígdalas hipertróficas.
- Macroglosia (la cual es poco frecuente).
- Alimentación prolongada por medio de biberón.
- Pérdida prematura de los dientes temporales anteriores.

#### **2.2.5.2 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.
- Hipertonicidades la borda del mentón.

### **2.2.5.3 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 inclina 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 sobre mordida. 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.

### **2.2.5.4 Deglución con presión atípica 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, 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 des-ocluidos 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 vestibulo versión: 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 (vestibulo-versión)

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

## **2.2.6 TRATAMIENTOS FRENTE A HÁBITOS NO FISIOLÓGICOS Y PREVENCIÓN DE SU APARICIÓN.**

Como consecuencia se puede producir: Alteración en la posición de los dientes:

-Alteración en desarrollo óseo.

-Alteración de mordidas.

-Inhibición o retraso de erupción de uno o varios dientes.

-Alteración de la estética, funcionalidad y crecimiento facial.

Un estudio reciente en la Región Metropolitana señaló: El 49.2% de los niños de 4 años presentan ADM. Ceballos y Cols. "Diagnóstico de Salud Bucal de niños de 2 a 4 años". R.M estudio preliminar 2007 estas son las deformaciones producidas en los maxilares como consecuencia de un mal hábito (entre otros factores condicionantes).

El 70% de las ADM en niños menores de 6 años está fuertemente asociado a malos hábitos, relacionados fundamentalmente con la succión, respiración y deglución.

### **2.2.6.1 Tratamiento de la succión digital.**

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

-Aparatología removible o fija (rejilla lingual anexo 11).

-Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral.

### **2.2.6.2 Tratamiento de la deglución atípica.**

El ejercicio de terapia miofuncional para la reeducación de la posición lingual la podemos tratar:

-Elástico en la punta de la lengua.

-Uso de dos elástico en el labio y otro en la punta de la lengua, utilización de aparatología física o movable.

### **2.2.6.3 Tratamiento de la deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial anexo 7)**

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 que 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, cuando el paciente presenta una deglución atípica con interposición del labio superior el Lip Bumper o placa labio-activa, será colocada en el arco superior, ejerciendo la misma función del caso anterior, 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 los 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 extra bucal. Si las raíces de los primeros molares, ya estuviesen con rizogénesis completa, el arco extra bucal 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 extra bucal conjugado (AEB conjugado). 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 extra bucal 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, el escudo vestibular es un aparato versátil y sencillo en el tratamiento interoceptivo 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.

Las indicaciones para el uso del escudo vestibular son:

-Corrección del habito de succión digital, de morder 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.

-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.

-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-yugal.

-Al confeccionarlo se coloca un gancho de metal en la parte anterior, en el cual se ata un elástico.

-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.

#### **2.2.6.4 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 impeditor:

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 impeditor 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, 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.

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, 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, 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.

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.

#### **2.2.6.5 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(anexo 2)

-Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.

-Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

#### **2.2.6.6 Tratamiento de la respiración oral.**

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

-Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)

-Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.

-Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.

-Después que el paciente tenga libres las vías aéreas.

-Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.

-Terapia Miofuncional.

## **2.3 ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS.**

Si eliminamos los malos hábitos no fisiológicos bucales, no se presentarían malas oclusiones en la dentición primaria.

### **2.3.1 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

Eliminación de malos hábitos no fisiológicos bucales.

#### **VARIABLE DEPENDIENTE:**

No se presentaran las malas oclusiones en la dentición primaria.

## 2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Ítems
<b>Independiente:</b> Los niños desarrollan hábitos no fisiológicos	- Descriptiva se debe a la necesidad de satisfacer una ansiedad causada por temor por angustia o hambre o por impulso subconsciente	-sirven para la corrección de los hábitos no fisiológicos y para la corrección de oclusión irregular.	-Llevar un control cada 6 meses con el odontólogo diario en casa -Evitar un largo tratamiento y traumático con este tipo de pacientes. ortopédico.	-¿Cuáles son las consecuencias de la hiperplasia en un paciente con oclusión irregular por malos hábitos ?
<b>Dependiente:</b> Diagnóstico y tratamiento para evitar hiperplasia gingival en pacientes con tratamientos ortodonticos.	-El Odontólogo debe tener conocimientos sobre los hábitos no fisiológicos y oclusión para poder llegar a un diagnóstico correcto y un plan de tratamiento adecuado.	-El Odontólogo debe explicar a los padres a identificar estos hábitos y erradicarlos	-Devolver a estos pacientes: Una mejor calidad de vida. Brindarle mayor confianza y seguridad al paciente.	-El conocimiento de los resultados en un tratamiento. -Podemos optar por un diagnostico muy concreto y de excelente resultado.

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA.**

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

Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología.

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

Periodo del Año Lectivo 2012-2013

### **3.3 RECURSOS EMPLEADOS.**

Libros de consulta en la especialidad de oclusión dentaria biblioteca Facultad Piloto de Odontología, artículos publicados y literatura.

#### **3.3.1 TALENTOS HUMANOS.**

Investigador: Raúl Carpio Rodríguez.

Tutor: Dr. Ernesto Montece Seixas.

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

Libros, páginas publicadas en la web, recursos económicos, recursos materiales, plumas y computadora.

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

No cuenta con universo y muestra por ser 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 el tema con el fin de presentar los hallazgos sobre: Malos hábitos bucales y su relación con mala oclusión en la dentición primaria. Por esta razón la presente investigación cuenta con referencias bibliográficas lo que verifica el hecho.

### **3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

El diseño de la investigación permite que los pasos del desarrollo del proceso de la investigación. El presente trabajo, es factible porque la propuesta es viable y se espera encontrar respuesta al problema planteado y se aspira a un 25% de investigación, un 25% de bibliografía y un 50% de la propuesta para lograr cumplir los objetivos propuestos.

**Según YÉPEZ (2006), Procesos pasó a paso:**

**En la estructura del Proyecto Factible, deben constar las siguientes etapas: diagnóstico, planteamiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su ejecución; análisis y conclusiones sobre la viabilidad y realización del Proyecto; y en caso de su desarrollo, la ejecución de la propuesta y evaluación tanto del proceso como de sus resultados. (pág.: 4)**

### **3.6 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Esta investigación es de tipo descriptivo ya que se irán describiendo los malos hábitos así como su desarrollo bibliográfico basado en investigaciones previas publicadas.

Es de tipo cualitativo ya que la descripción que se realizara dará cuenta de las características positivas y negativas del tema.

### **3.7 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

-Correlacional, debido a que se utiliza referencias bibliográficas que sirven como base para la descripción del problema.

-Cualitativa, debido a que se refiere al éxito de la Amalgama como material obturador.

-Analítica, debido a que se realiza un análisis de la importancia de conocer de qué forma se puede resolver el problema planteado en la formulación del mismo.

-Documental, ya que se toma la información de investigación y se la plasma en un documento para su utilización emitiendo un resumen de la revisión bibliográfica en los resultados.

-Descriptiva consiste fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. En la ciencia fáctica, la descripción consiste, según Bunge, en responder a las siguientes cuestiones:

-¿Qué es?- Correlato

-¿Cómo es?- Propiedades

-¿Dónde está?- Lugar

-¿De que esta hecho?-Composición

-¿Cómo están sus partes, si las tiene interrelacionadas?- Configuración

-¿Cuánto?- Cantidad.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres, actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos, y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen, resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. Entre las etapas de la investigación descriptivas tenemos:

-Examinan las características del problema escogido.

-Lo definen y formulan sus hipótesis.

-Enuncian los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.

-Eligen los temas y las fuentes apropiados.

-Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos.

- Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
- Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.
- Realizan observaciones objetivas y exactas.
- Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.
- Recolección de datos de la investigación descriptiva.

### **3.8 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Al ser una investigación no experimental, no cuenta con análisis de los resultados por tratarse de estudio bibliográfico el presente trabajo bibliográfico Malos hábitos bucales y su relación con mala oclusión en la dentición primaria. Vale resaltar que los Malos hábitos bucales y su relación con mala oclusión en la dentición primaria permitió actualizar conocimientos recibidos durante los 5 años de la carrera, que nos permito valorar el siguiente recuerdo con los diferentes docentes de la facultad.

Así mismo la responsabilidad profesional quienes inculcaron cada uno de sus conocimientos ya que nuestra preparación es enteramente humanística adaptada al proceso bio-sicosocial de la comunidad que necesita nuestro servicio.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

#### **4.1 CONCLUSIONES.**

El daño que se produce por los hábitos no funcionales, son en medida directamente proporcional al tiempo y a la frecuencia del hábito.

Los daños son contundentes y pueden ser irreversibles tanto en estructuras óseas como en oclusión y equilibrio de fuerzas musculares.

El tratamiento tendrá mejor pronóstico en cuanto más pronto sea el diagnosticado el mal hábito.

Todos los hábitos se relacionan con la ansiedad el estrés o algún factor emocional.

Los hábitos fisiológicos son el estímulo necesario y adecuado para el desarrollo funcional de las estructuras.

El tratamiento fracasa si el factor predisponente no desaparece, si no cesa el hábito no habrá recuperación.

#### **4.2 RECOMENDACIONES.**

-Los controles dentales son cada 6 meses.

-Los hábitos deben ser corregidos lo antes posible.

-La recuperación debe ser guiada por un especialista.

-El seno materno es hasta los 6 meses.

-Realizar el aseo dental desde los 6 meses.

-Leer y actualizar conocimientos en diagnóstico y tratamientos para guiar al paciente a lo mejor.

## Bibliografía.

- 1) ADAIR S.M, Milanno M, Lorenzo.2009; 14 ; 13-18 I eat effects of orthodontic pacifiers use on dentition .
- 2) BISHARA Warren JJ, E2002;121: 347-56.Duration of nutritive and non-nutritive sucking behaviours and their effects on the dental arches in the primary dentition. Am J Orthodontic Dentofacial Orthopedic.
- 3) BISHARA SE, Larsson E. 2007;76 (1):14-6. Dent Assist Finger habits: their effects and their treatments -part 1.
- 4) CANTOS, J.L.B.- 2008 .-580-791; Como resolver pequeños problemas ortodonticos sin auxilio o auxilio de especialistas. In to descan ;F; Bottino ; M,C- .
- 5) CARVAHLO , D.S- 2007; 18-48 . Contribucao ao estudio do desenvolvimento da oclusao da vid fetal idale adulta ortodoncia.
- 6) COZZA P, Baccetti , Franchi L, Mucedero M, Polimeni A. 2005;128: 517-9. Sucking habits and facial hiperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. Am J Orthodontic Dentofacial Northup .
- 7) EMERITI A, Fonseca L, Elias A.M, Vieira de Medeiros U. 2004; 20 (3):377-89. The relationship between oral habits, or nasopharyngeal alterations, and malocclusion in preschool children in Vitória, Espírito Santo, Brazil. CAD Saúde Pública Rio de Janeiro .
- 8) FARSI N;-2005;-27-106. Alamondy N, Feteih R. Asociation between temper mandibular disorders and oral parafuntions in sendi children Odontotosnatal trop.
- 9) FRANCO Mongri Giovannio Giconne Francesca Ibety 2006; 119 -16'' personality Characteristycas and accompany symptoms in occlusion''.
- 10) [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021312852011000300004&script=sci\\_artt\\_ext#f2](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021312852011000300004&script=sci_artt_ext#f2)
- 11) [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021312852011000300004&script=sci\\_artt\\_ext#f2.1](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021312852011000300004&script=sci_artt_ext#f2.1)
- 12) <http://www.slideshare.net/salomonbarra/malos-habitos-bucales-presentation>
- 13) <http://www.slideshare.net/salomonbarra/malos-hbitos-bucalespresentation>
- 14) JOSSEL S.D Hobbits 2005;71-228 affecting dental and maxillofacial granht and deveploment-Dent Clin North A.M 2005;71-228.
- 15) FERREIRA de Camargo María Cristina. 2008; 99-105. Programa preventivo e interceptivo de maloclusiones de primera infancia.

- 16) GROSS Martin D . . .-2008;366-490. zevu crónica , kabi Mushe Esther Gazzi  
Integrated electromyography off the anassetta on inerveted oppeninng an  
clossing whith audio.
- 17) ROSS Ediccion Erick Matias Oclusión organica y Ortognotodoncia 2009;119-  
127 Diagnostico oclusal en ortodoncia .
- 18) ROMERO-Maroto M, Romero-Otero P, Pardo de Miguel AM, Sáez-López M.  
2004;9(1):77-82. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y  
mixta. RCOE .
- 19) SWHAWRTZ, T , L Apaud Araujo M.C.M 2006; 519-620 ortodoncia para  
clínicas de Iberoamérica Latinoamérica.

## ANEXOS



Anexo# 1. Succión digital produce fuerzas internas y externas de de labios mejillas lengua mal habito relacionado con la succión digital o succión de chupete.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012



Anexo# 2. Deformación oclusal causada por el mal habito factores contribuyentes para trastornos temporomandibulares.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología,2012



Anexo# 3. Respirador bucal podemos apreciar en la grafica como le hacemos la prueba del espejo de fihu donde empaña solo del lado derecho del espejo por obstrucción de una de una de las vías respiratorias nasales.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012

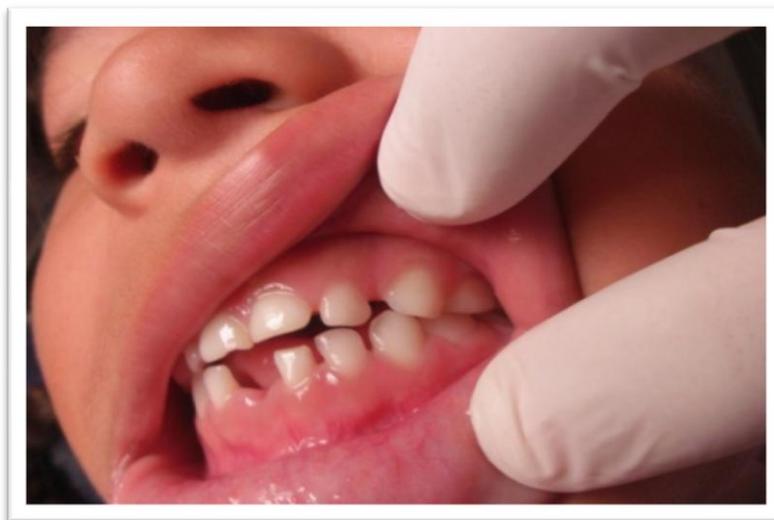


Anexo#4. La postura se ve afectada por respirar bucalmente donde tiene hundimiento del esternón "pectus excavatum" esta postura se debe a un tórax demasiado estrecho y cifosis dorsal "la columna tiene forma de s".

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.



Anexo# 5. Interposición lingual, la lengua al momento de deglutir queda ubicada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.  
Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.



Anexo# 6. Interposicion lingual, en el momento de la deglución los dientes superiores e inferiores están apretados, contacto intercuspideo.  
Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.



Anexo# 7. Interposición labial puede producir succión insatisfecha, necesidad de afecto, satisfacción del hambre.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.



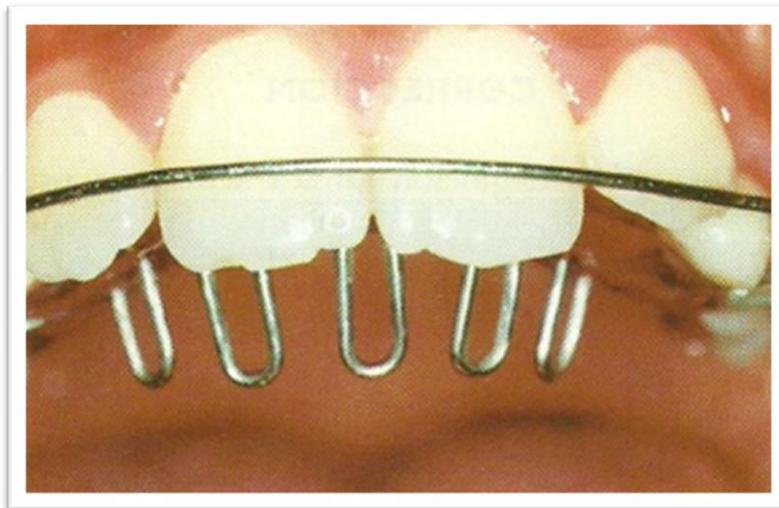
Anexo# 8. La interposición labial puede causar gran desequilibrio de la musculatura de la cara, altera la posición de la lengua esta se ubica en posición baja no adosada al paladar, por lo tanto no ejerce fuerza aumentada de las mejillas.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.



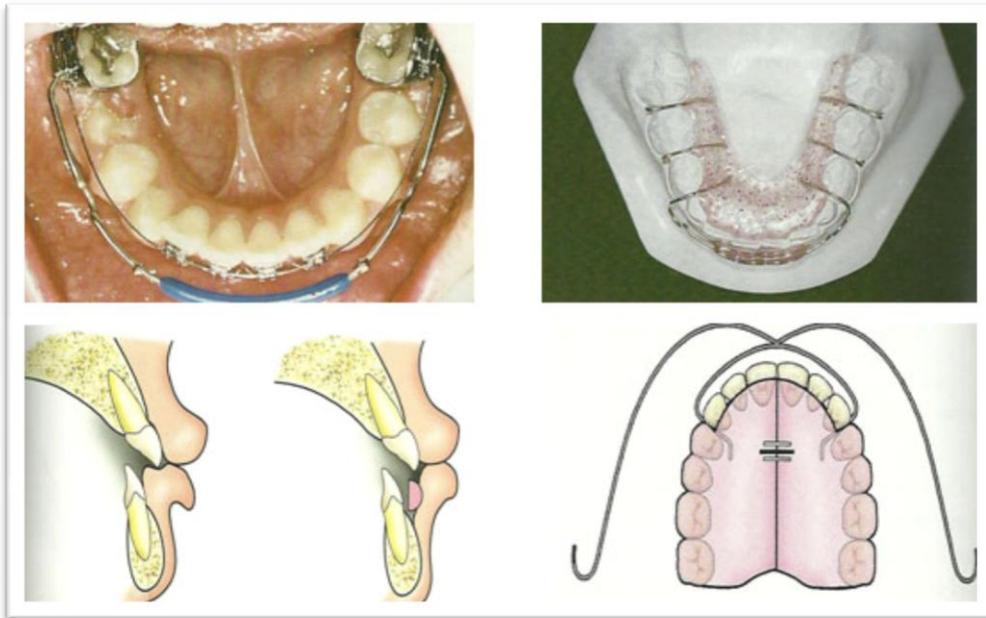
Anexo# 9. Interposición labial inferior por falta de fuerza lingual provoca la compresión del maxilar inferior.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.



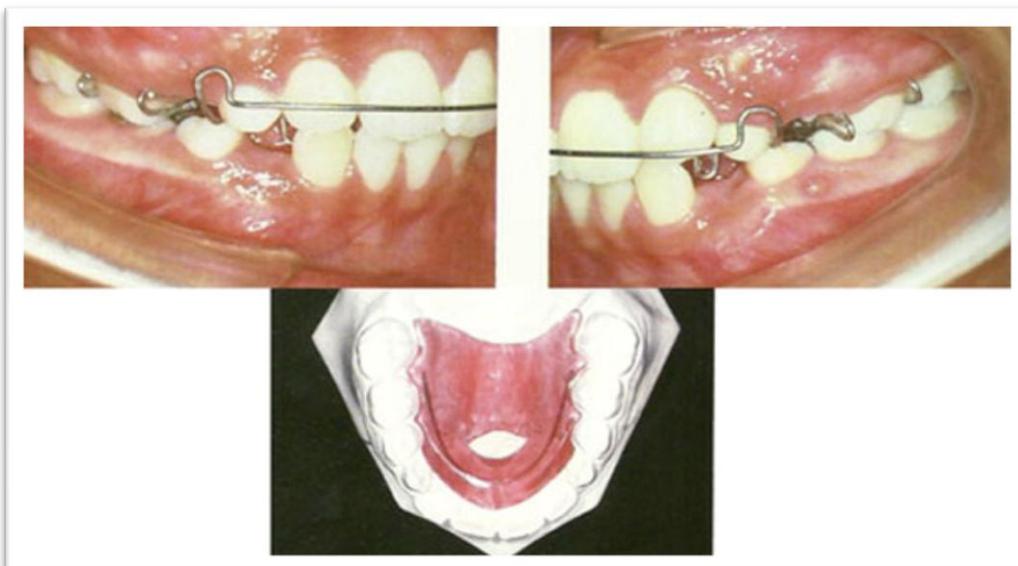
Anexo# 10 .El tratamiento de interposición lingual lo podemos dar con una rejilla palatina ortodoncia.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012



Anexo# 11. Para poder planificar el tratamiento de interposición lingual lo podemos hacer con una trampa lingual palatina la cual vemos en la grafica.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.



Anexo #12. Podemos verificar al momento de que el paciente tiene adaptado la trampa lingual la presión y el contacto intercuspideo.

Fuente: Universidad de Guayaquil-Facultad Piloto de Odontología, 2012.