



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

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

**TEMA:**

Detección precoz de mal oclusión en niños de 4 a 6 años con hábitos perjudiciales en la escuela José Martínez Queirolo de la ciudad de Guayaquil periodo 2014 – 2015

**AUTORIA:**

Kleber Xavier Mite González

**TUTOR:**

Dra. Katuska Velasco Cornejo Esp.

**Guayaquil, junio 2015**

# **CERTIFICACIÓN DE TUTORES**

En calidad de tutores del Trabajo de Titulación

## **CERTIFICAMOS**

Que hemos analizado el Trabajo de Titulación como requisito previo para optar por el título de tercer nivel de Odontólogo. Cuyo tema se refiere a:

**Detección precoz de mal oclusión en niños de 4 a 6 años con hábitos perjudiciales en la escuela José Martínez Queirolo de la ciudad de Guayaquil periodo 2014 – 2015.**

**Presentado por:**

Kleber Xavier Mite González

C.I. 0931381487

Dra. Katuska Velasco Cornejo Esp.

**Tutor Académico - Metodológico**

Dr. Washington Escudero Doltz.MSc.

**Decano**

Dr. Miguel Álvarez Avilés. MSc.

**Subdecano**

Dra. Fátima Mazzini de Ubilla. MSc.

**Directora Unidad Titulación**

Guayaquil, junio 2015

## **AUTORÍA**

Los datos, opiniones, criterios, conceptos y hallazgos dentro de la investigación científica son de exclusiva responsabilidad del autor.

Kleber Xavier Mite González

C.I 0931381487

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Francisco y Elizabeth por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar. A Narcisa por llenar mi vida de alegrías, confianza y amor cuando más lo he necesitado.

En especial a la Dra. Katuska Velasco mi tutora de tesis gracias por compartir conmigo sus conocimientos y ser mi guía en este trabajo final. A la unidad educativa “José Martínez Queirolo” por medio del Lic. Pablo Alcívar Alcívar. Por darnos la oportunidad de crecer profesionalmente y aprender cosas nuevas.

Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo a mis profesores: Carlos Echeverría, Víctor Hugo Salinas. Por haber compartido conmigo sus conocimientos y sobre todo su amistad.

A mis amigos y amigas quienes de una forma u otra me han ayudado a culminar con este proceso. Gracias

Kleber Xavier Mite González

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado a mis padres Francisco Mite Suarez y Elizabeth González Vásquez ya que gracias a ellos, fui vulnerando barreras en el transcurso de mi carrera y de mi vida que aun por más difíciles que sean los problemas siempre estuvo su apoyo y dedicación para sacarme adelante.

Les ofrezco este trabajo en honor a su constancia, dedicación y paciencia que me han brindado hasta ahora y agradecido por ayudarme a haber cumplido una más de mis metas y un sueño anhelado llegar a ser un profesional.

Kleber Xavier Mite González

## ÍNDICE GENERAL

| <b>Contenido</b>                           | <b>Pág.</b> |
|--------------------------------------------|-------------|
| Carátula                                   |             |
| Certificación de Tutores                   | II          |
| Autoría                                    | III         |
| Agradecimiento                             | IV          |
| Dedicatoria                                | V           |
| Indice General                             | VI          |
| Indice Tablas                              | X           |
| Indice Gráficos                            | XIII        |
| Indice Fotos                               | XV          |
| Resumen                                    | XVI         |
| Abstract                                   | XVII        |
| Introducción                               | 1           |
| <b>CAPITULO I</b>                          |             |
| <b>EL PROBLEMA</b>                         | 5           |
| 1.1 Planteamiento del problema             | 5           |
| 1.2 Descripción del problema               | 5           |
| 1.3 Formulación del problema               | 5           |
| 1.4 Delimitación del problema              | 5           |
| 1.5 Preguntas de investigación             | 6           |
| 1.6 Formulación de objetivos               | 6           |
| 1.6.1 Objetivo General                     | 6           |
| 1.6.2 Objetivos Específicos                | 6           |
| 1.7 Justificación de la investigación      | 7           |
| 1.8 Valoración crítica de la investigación | 7           |
|                                            | VI          |

## ÍNDICE GENERAL

| <b>Contenido</b>                              | <b>Pág.</b> |
|-----------------------------------------------|-------------|
| <b>CAPITULO II</b>                            |             |
| <b>MARCO TEÓRICO</b>                          | <b>9</b>    |
| 2.1 Antecedentes de la investigación          | 9           |
| 2.2 Bases Teóricas                            | 13          |
| 2.2.1 Desarrollo de los Hábitos en el Infante | 13          |
| 2.2.2 Succión Digital                         | 14          |
| 2.2.2.1 Etiología                             | 15          |
| 2.2.2.2 Diagnóstico                           | 16          |
| 2.2.2.3 Tipos                                 | 16          |
| 2.2.2.4 Duración                              | 18          |
| 2.2.2.5 Tratamiento                           | 19          |
| 2.2.3 Deglución Atípica                       | 20          |
| 2.2.3.1 Diagnóstico                           | 20          |
| 2.2.3.2 Tratamiento                           | 23          |
| 2.2.4 Onicofagia                              | 23          |
| 2.2.5 Respiración Bucal                       | 24          |
| 2.2.5.1 Diagnóstico                           | 25          |
| 2.2.5.2 Mecanismo de Respiración              | 25          |
| 2.2.5.3 Tratamiento                           | 26          |
| 2.2.6 Oclusión                                | 27          |
| 2.2.6.1 Oclusión Dentición Primaria           | 28          |
| 2.2.6.2 Oclusión Dentición Mixta              | 29          |
| 2.2.6.3 Oclusión Dentición Permanente         | 30          |
| 2.2.7 Maloclusiones                           | 31          |
| 2.2.7.1 Clasificación según Angle             | 32          |
| 2.2.7.2 Mordida Abierta                       | 34          |

## ÍNDICE GENERAL

| <b>Contenido</b>                    | <b>Pág.</b> |
|-------------------------------------|-------------|
| 2.2.7.3 Mordida Profunda            | 36          |
| 2.2.7.4 Mordida Cruzada Anterior    | 37          |
| 2.2.7.5 Mordida Cruzada Posterior   | 39          |
| 2.2.7.6 Apiñamiento Dental          | 40          |
| 2.3 Marco Conceptual                | 46          |
| 2.4 Marco Legal                     | 52          |
| 2.5 Variables de investigación      | 54          |
| 2.5.1 Variable Independiente        | 54          |
| 2.5.2 Variable Dependiente          | 54          |
| 2.6 Operacionalizacion de variables | 54          |
| <b>CAPITULO III</b>                 |             |
| <b>MARCO METODOLÓGICO</b>           | 55          |
| 3.1 Diseño de Investigación         | 55          |
| 3.2 Tipo de Investigación           | 55          |
| 3.3 Recursos Empleados              | 56          |
| 3.3.1 Talento Humano                | 56          |
| 3.3.2 Recursos Materiales           | 56          |
| 3.4 Población y Muestra             | 57          |
| 3.5 Fases Metodológicas             | 58          |
| 4 Análisis de Resultados            | 62          |
| 5 Conclusiones                      | 95          |
| 6 Recomendaciones                   | 96          |

## ÍNDICE GENERAL

| <b>Contenido</b> | <b>Pág.</b> |
|------------------|-------------|
| Bibliografía     |             |
| Anexos           |             |

## ÍNDICE TABLAS

| <b>Contenido</b>                                                          | <b>Pág.</b> |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 1 Pacientes atendidos y hábitos perjudiciales presentes             | 62          |
| Tabla 2 Número de pacientes atendidos por grupo etareo y sexo             | 66          |
| Tabla 3 Frecuencia y porcentaje de hábitos orales                         | 67          |
| Tabla 4 Pacientes con hábito de succión por edad                          | 69          |
| Tabla 5 Pacientes con hábito de succión por género                        | 69          |
| Tabla 6 Pacientes con hábito de respiración bucal por edad                | 70          |
| Tabla 7 Pacientes con hábito de respiración bucal por género              | 71          |
| Tabla 8 Pacientes con hábito de interposición lingual por edad            | 71          |
| Tabla 9 Pacientes con hábito de interposición lingual por género          | 72          |
| Tabla 10 Pacientes con hábito de onicofagia por edad                      | 73          |
| Tabla 11 Pacientes con hábito de onicofagia por género                    | 73          |
| Tabla 12 Pacientes con hábito de morder otros objetos por edad            | 74          |
| Tabla 13 Pacientes con hábito de morder otros objetos por género          | 75          |
| Tabla 14 Frecuencia y Porcentaje de Oclusiones                            | 76          |
| Tabla 15 Porcentaje de oclusión por edad                                  | 77          |
| Tabla 16 Porcentaje de oclusión por género                                | 78          |
| Tabla 17 Frecuencia de oclusión con relación al hábito de succión digital | 79          |
| Tabla 18 Porcentaje de oclusión con relación al hábito de succión digital | 79          |
| Tabla 19 Frecuencia de oclusión y relación con interposición lingual      | 80          |

## ÍNDICE TABLAS

| <b>Contenido</b>                                                                                            | <b>Pág.</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 20 Porcentaje de oclusión y relación con interposición lingual                                        | 81          |
| Tabla 21 Frecuencia de oclusión y relación con respiración bucal                                            | 82          |
| Tabla 22 Porcentaje de oclusión y relación con respiración bucal                                            | 82          |
| Tabla 23 Frecuencia de oclusión con relación al hábito de onicofagia                                        | 83          |
| Tabla 24 Porcentaje de oclusión con relación al hábito de onicofagia                                        | 84          |
| Tabla 25 Frecuencia de oclusión con relación a morder otros objetos                                         | 85          |
| Tabla 26 Porcentaje de oclusión y relación a morder otros objetos                                           | 85          |
| Tabla 27 Total de maloclusiones por hábitos                                                                 | 87          |
| Tabla 28 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada anterior por edad    | 88          |
| Tabla 29 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada anterior por género  | 88          |
| Tabla 30 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada posterior por edad   | 89          |
| Tabla 31 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada posterior por género | 89          |
| Tabla 32 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida abierta por edad             | 89          |
| Tabla 33 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida abierta por género           | 90          |

## ÍNDICE TABLAS

| <b>Contenido</b>                                                                                     | <b>Pág.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 34 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida profunda por edad     | 90          |
| Tabla 35 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida profunda por género   | 91          |
| Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida bis a bis por edad             | 91          |
| Tabla 37 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida bis a bis por género  | 91          |
| Tabla 38 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a apiñamiento dental por edad   | 92          |
| Tabla 39 Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a apiñamiento dental por género | 92          |

## ÍNDICE GRÁFICO

| <b>Contenido</b>                                                                         | <b>Pág.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Grafico 1 Pacientes atendidos y hábitos perjudiciales presentes                          | 65          |
| Grafico 2 Número de pacientes atendidos por grupo etareo y sexo                          | 66          |
| Grafico 3 Número de pacientes por edades                                                 | 67          |
| Grafico 4 Frecuencia y porcentaje de hábitos orales                                      | 68          |
| Grafico 5 Pacientes con hábito de succión por edad                                       | 69          |
| Grafico 6 Pacientes con hábito de succión por género                                     | 70          |
| Grafico 7 Pacientes con hábito de respiración bucal por edad                             | 71          |
| Grafico 8 Pacientes con hábito de respiración bucal por género                           | 72          |
| Grafico 9 Pacientes con hábito de interposición lingual por edad                         | 72          |
| Grafico 10 Pacientes con hábito de interposición lingual por género                      | 72          |
| Grafico 11 Pacientes con hábito de onicofagia por edad                                   | 73          |
| Grafico 12 Pacientes con hábito de onicofagia por género                                 | 74          |
| Grafico 13 Pacientes con hábito de morder otros objetos por edad                         | 74          |
| Grafico 14 Pacientes con hábito de morder otros objetos por género                       | 75          |
| Grafico 15 Frecuencia y Porcentaje de Oclusiones                                         | 76          |
| Grafico 16 Porcentaje de oclusión por edad                                               | 77          |
| Grafico 17 Porcentaje de oclusión por género                                             | 78          |
| Grafico 18 Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de succión digital | 80          |

## ÍNDICE GRÁFICO

| <b>Contenido</b>                                                                                          | <b>Pág.</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Grafico 19 Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de interposición lingual            | 81          |
| Grafico 20 Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de respiración bucal                | 83          |
| Grafico 21 Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de onicofagia                       | 84          |
| Grafico 22 Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de morder o succionar otros objetos | 86          |
| Grafico 23 Total de maloclusiones por hábitos                                                             | 87          |

## ÍNDICE FOTOS

| <b>Contenido</b>                                    | <b>Pág.</b> |
|-----------------------------------------------------|-------------|
| Foto A Vista de frente del paciente                 | 93          |
| Foto B Mordida en oclusión del paciente             | 93          |
| Foto C Mordida vista lateral derecha del paciente   | 93          |
| Foto D Mordida vista lateral izquierda del paciente | 93          |

## **RESUMEN**

Determinar de manera prematura y adecuada los hábitos perniciosos y su relación con maloclusiones en la población infantil, permite un acceso amplio en la prevención y el cuidado de las piezas dentarias a futuro indispensables en dar las cualidades estéticas, fonéticas y de deglución. En el presente estudio se seleccionó una muestra de 116 niños de 4 a 6 años de la Unidad Educativa José Martínez Queirolo a los cuales se les realizó anamnesis, historia clínica y examen clínico a cada niño atendido y documentando los casos de maloclusión por hábitos. Se obtuvieron que 70 niños (60%) presentaron algún hábito oral. El hábito más frecuente fue el de succión con el 43% en su mayoría a los 5 años, interposición lingual 4% a los 4 años y la respiración oral 10% a los 5 años. La oclusión más frecuente fue el plano terminal recto con 70%, el escalón mesial en un 27% y el escalón distal con 3 % respectivamente. La maloclusión más frecuente y asociada a los malos hábitos fue mordida profunda con un 30%, seguido de mordida abierta con un 19%, luego la mordida bis a bis con 16%, mientras la mordida cruzada anterior y los apiñamientos tienen 14% respectivamente y por último la mordida cruzada posterior con un 8%. En conclusión las maloclusiones anteriores si se asociaron a los hábitos orales el hábito de succión, interposición lingual y respiración oral son los causantes de la maloclusión en los niños documentados, mientras que la respiración oral y la onicofagia a temprana edad empiezan a presentar anomalías en la oclusión pero necesitan prevalecer por más tiempo o ser más intensos para provocar maloclusiones posteriores derivando así diferentes tipos de mordidas.

**Palabras claves:** Hábitos perniciosos, Maloclusiones, Oclusión, Mordida Abierta, Mordida Cruzada, Mordida Bis a Bis, Succión.

## **Abstract**

Determine prematurely and adequate oral habits and their relationship with malocclusions in children, allows wide access in the prevention and care of the teeth to unavoidable future to the aesthetic, phonetic and swallowing qualities. In this study a sample of 116 children aged 4-6 years Education Unit to Jose Martinez Queirolo who underwent medical history, medical history and clinical examination each child served and documenting cases of malocclusion was selected by habits. They were obtained that 70 children (60%) had an oral habit. The most common was the suction habit with 43% mostly at age 5, tongue thrusting 4% at 4 years and oral breathing 10% at 5 years. The most common terminal rectum occlusion plane was 70%, the mesial step by 27% and the distal step with 3% respectively. The most frequent and associated with bad habits was deep bite malocclusion with 30%, followed by open bite with 19%, then the bite vis a vis 16%, while the anterior crossbite and crowding have 14% respectively Finally posterior cross bite with 8%.

In conclusion the above malocclusions if associated with oral habits sucking habit, tongue thrusting and mouth breathing are the cause of malocclusion in the documented children while oral breathing and Onychophagia early start showing abnormalities occlusion prevail but need longer or be more intense to cause further malocclusions thus deriving different types of bites.

**Keywords:** Pernicious habits, malocclusions, occlusion, open bite, cross bite, bite Bis Bis, suction.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los periodos más importantes para el desarrollo humano es la infancia etapa donde se forman las diversas estructuras a gran velocidad. El Odontólogo tiene la gran responsabilidad de orientar, educar y acompañar a sus pequeños pacientes para que tengan un desarrollo armonioso de las estructuras del sistema estomatognático para que este pueda desarrollar funciones básicas y primordiales como la masticación, deglución y fonación.

Los hábitos se manifiestan de manera recurrente en los niños por lo cual se los define como una acción repetitiva y frecuente, que en edades tempranas se realiza forma subsecuente y luego se dan en forma inconsciente debido a que son hábitos propios dependientes de la edad del infante, , como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos llamados también hábitos parafuncionales entre los cuales tenemos la succión no nutritiva que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo o deglución. (Dra.Carmen Lugo, 2011)

Si el hábito permanece por tiempo prolongado en los niños pueden alterar el normal desarrollo de diferentes estructuras que componen el sistema estomatognático, lo que trae como consecuencia un desequilibrio entre las fuerzas musculares, por ende puede provocar problemas óseos, faciales y fonéticos. En los tipos de hábitos perjudiciales se ejercen otras fuerzas que no están presentes en un principio como son: la presión del dedo en la succión digital o la interposición de otros objetos como el chupón

Los factores fundamentales a tomar en cuenta en los hábitos para funcionales son:

- Edad
- Duración
- Frecuencia

La succión, reflejo fisiológico importante en el desarrollo del bebé fundamental para el desarrollo armonioso de las estructuras y estética de la cara tiene un periodo de transición normal que va desde el nacimiento hasta la edad en que las estructuras neuromusculares están maduras y por lo tanto la succión como función de nutrición ese considera neurofisiologicamente innecesaria a partir de la aparición de las piezas dentarias deciduas que nos indica la necesidad de iniciar una alimentación que necesite de la masticación y no la succión si persiste se denominara un mal hábito.

La respiración nasal función de vital importancia para el ser humano ya alrededor de la semana 37 de VIU ya está desarrollada y apta para iniciar

su función pero esto puede verse alterado si existe alguna alteración anatómica y/o funcional.

Cuando se dan los casos de respiración bucal el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por factores genéticos u ambientales como: asma, desviación del tabique nasal, congestión nasal o gripes con frecuencia, rinitis alérgicas, glándulas hiperplásicas, entre otras.

La respiración por medio bucal se considera un hábito perjudicial cuando persiste una vez superado el problema de obstrucción nasal. Entre las alteraciones más comunes tenemos: alteración del cierre labial, alteraciones dentarias y de los maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias y alteraciones corporales.

La interposición lingual se da por la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias o por patologías predominantes de la lengua, ya sea en la zona anterior (zona incisiva) o entre los sectores laterales (zona molar) observada en estado de reposo y/o durante las funciones de fonación o deglución alimentaria.

La lengua en estado de reposo está ubicada en el piso de la cavidad oral entre los dientes de la arcada inferior, por lo cual la mal posición o patología lingual podría causar una deformación del hueso y mal posición dentaria.

Existen patrones de deglución relacionados con mal oclusión, en los cuales la posición lingual en la deglución forma un papel importante: la deglución infantil se da en el nacimiento hasta la erupción de las piezas dentarias deciduas, en el cual la ubicación lingual está dada entre ambas arcadas, de tal manera que en el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes deciduos (data aproximadamente a los 7 u 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma regular una nueva posición en la boca, la cual se mantendrá durante toda su vida.

Una de las pruebas para comprobar la deglución atípica infantil es:

Al momento de pedirle al infante que ingiera su propia saliva, se contraen los músculos de la mejilla y cara haciendo una "mueca". Al separar los labios y pedir al niño que trague, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas dentarias.

Otro tipo de posición lingual no adecuada se da en la fonación, en la cual no puede pronunciar en forma correcta diferentes palabras o consonantes, en estado adecuado la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con una interposición o patología lingual, se traba la lengua o pronuncia mal los fonemas D, T, S, Z, lo cual es habitual cuando el niño comienza a hablar pero en etapas posteriores ya es un hábito perjudicial dentolabial.

Para poder solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario intervenir de manera prematura y adecuada sobre el infante; por lo cual debemos contar con la participación activa de los padres. Mientras más precoz se elimina el mal hábito, menores serán sus consecuencias y mayores posibilidades de éxito en corregir la mal oclusión tenemos.

Es imprescindible en esta etapa la colaboración de los pediatras, conjuntamente con los demás colaboradores de salud quienes controlan a los niños en sus primeros años, para que detecten estos hábitos perjudiciales en sus inicios y así también instruir y educar a los padres sobre la importancia de eliminarlos en forma precoz y adecuada.

Si se presentan alteraciones en la oclusión del infante y/o el desarrollo dentofacial, los pediatras u odontopediatras deben detectar signos clásicos de los factores que podrían haber causado esta alteración y tratar de corregir o interceptar las mal oclusiones para evitar problemas a futuro.

Oclusión son las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto de manera armónica. Angle definió oclusión normal como las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto.

La oclusión en dentición primaria y dentición mixta se da con la caída del último molar temporal termina la dentición mixta permanente se completa con el brote del tercer molar, pero dada la prevalencia de oligodoncia de este diente, se acepta desde un punto de vista clínico.

Plano terminal. El plano terminal se mide según las caras distales de los segundos molares temporales.

- recto. Cuando las dos caras distales se encuentran en un mismo plano y considera como un neutroclusión
- mesioclusión. Esta tiene lugar si la estría mesiovestibular del primer molar inferior permanente se sitúa por delante de la cúspide mesiovestibular del superior
- distoclusión. En este caso la estría mesiovestibular del superior.

Las maloclusiones u oclusión anormal a las relaciones dentarias atípicas que se presentan aun cuando comprobamos la oclusión habitual con la céntrica. Maloclusión funcional si la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica donde la función del sistema estomatognático está alterado. Maloclusión estructural que es anormal en ciertos individuos con

rasgos morfológicos por su potencial patógeno u en su apariencia estética y fonética por lo que no se ajusta al medio social.

Algunos autores ponen en manifiesto que la mayoría de individuos con maloclusiones son el resultado de una combinación compleja y mal comprendida de influencias genéticas y ambientales y no están causados por un proceso patológico sino por variaciones más o menos moderadas del desarrollo normal o de hábitos implementados en el curso de vida.

**La mordida abierta** La etiología de la mordida abierta viene determinada por una serie de componentes de origen hereditario o no, que provocan cambios durante el periodo pre o post natal.

Se produce por que los dientes posteriores superiores sobre erupciones o porque hay un crecimiento vertical del complejo dentoalveolar posterior que hace rotar la mandíbula posteriormente.

**La mordida cruzada anterior** es una mal oclusión muy común de los pacientes que acuden a visitarnos. Hay una desarmonía en los componentes esqueléticos, funcionales o dentales del niño que se dan en la detención primaria y mixta. Los dientes antero superiores están ocluyendo sobre la cara lingual de los antero inferiores.

**La mordida cruzada posterior** es una alteración de la oclusión sobre el plano transversal. Las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyen sobre las fosas de los molares y premolares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores al ocluir.

**El apiñamiento dental** consiste en tener los dientes amontonados, girados o mal colocados debido a la falta de espacio en el hueso maxilar. Existen tres grados distintos de apiñamiento: grave, moderado y leve, pero todos ellos provocan repercusiones en menor o mayor medida. Aparte del problema estético que indudablemente conllevan, el hecho de tener los dientes apiñados incrementa el índice de caries, facilita la prevalencia de la enfermedad periodontal (ya que complica la higiene y el sarro se acumula con más facilidad) y provoca desgastes dentarios desiguales debido a la mala posición de las piezas.

# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La mal oclusión es uno de los principales problemas de salud bucal en el país ya que no existe un índice de prevalencia en el Ecuador (MSP) por lo tanto es necesaria su detección de manera prematura, así también determinar la relación e incidencia de hábitos perjudiciales que conlleven a esta patología.

### **1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Los hábitos perjudiciales pueden alterar el normal desarrollo oro-dento-facial, produciendo deformaciones dento-esqueléticas, dando producto a un apiñamiento o colocación inadecuada de las piezas dentarias, afectando al sistema estomatognático y sus sistemas accesorios.

A los cuales les sumamos las complicaciones en la fonación, deglución y estética normales en los pacientes pediátricos.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En virtud de los factores antes mencionados se formula el siguiente problema de investigación ¿Cuál es la relación de la presencia de un hábito bucal pernicioso con la mala oclusión en niños de 4 a 6 años y sus consecuencias a largo plazo?

### **1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema:** Detección precoz de mal oclusión en niños de 4 a 6 años con hábitos perjudiciales.

**Campo de acción:** La predisposición o la instauración de un hábito pernicioso produce a corto o largo una mal oclusión.

**Objeto de estudio:** Los niños en edad temprana suelen manifestar diversos tipos de hábitos los cuales conllevan a una mal oclusión, si no se

restringen a tiempo pueden causar anomalías de tipos dentoescelares o labiales.

**Área:** Pre-grado

**Lugar:** Unidad Educativa José Martínez Queirolo

**Periodo:** 2014 - 2015

## **1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo prevenir la mal oclusión y restringir los hábitos perniciosos en niños de 4 a 6 años?

¿Cuáles son los índices de mal oclusión provocadas por hábitos perjudiciales en la institución en niños de 4 a 6 años de la escuela José Martínez Queirolo en la ciudad de Guayaquil?

¿Cómo incide los hábitos perjudiciales en el desequilibrio dentofacial y su repercusión en la dentición permanente a largo plazo?

¿Qué pasos debe de tomarse a cabo si el niño de 4 a 6 años presenta habito perjudicial para prevenir la mal oclusión?

¿Cuáles son los factores predisponentes de mal oclusión con relación a los hábitos perjudiciales en los niños?

¿Evaluación de la oclusión de los niños de 4 a 6 años y encuesta a los padres sobre posibles causas de hábitos perniciosos?

## **1.6 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

### **1.6.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia y como inciden la presencia de los hábitos bucales perniciosos en la mal oclusión en los niños de 4 a 6 años en la escuela “José Martínez Queirolo” de la ciudad de Guayaquil.

### **1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Análisis de la oclusión de los niños por edad y grupo etario.

- Determinación de la incidencia de los malos hábitos que conllevan a una mal oclusión.
- Establecer un plan educativo de salud bucal hacia los docentes y padres de familia de la institución.
- Evaluación por medio de un formulario de preguntas sobre salud bucal de cada niño a los padres de familia y obtención de datos.

## 1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

**Conveniencia:** Este trabajo es necesario ya que la mal oclusión es uno de los factores de mayor incidencia en nuestro medio ocupando el tercer lugar en patologías bucales y es conveniente detectar este problema de manera prematura ya que los hábitos perjudiciales pueden corregirse adecuadamente con procedimientos poco invasivos, conjuntamente con la colaboración de los padres, docentes y demás profesionales del área de la salud.

**Relevancia Social:** tomar medidas preventivas y evitar la implementación de hábitos perjudiciales en niños, de esta manera podemos evitar problemas de mal oclusión más severos a futuro en los niños por lo cual se necesita implementar programas de salud en esta área para concientizar e informar a la población.

**Implicaciones prácticas:** Se podría implementar un programa preventivo sobre hábitos perniciosos en los niños y así implementar tipos de tratamientos poco invasivos en los pacientes de la Unidad Educativa José Martínez Queirolo.

**Valor teórico:** La investigación ayudara con información sobre cómo se produce una maloclusión dependientemente de los hábitos perjudiciales, así como las diferentes mordidas producidas por las diferentes anomalías.

**Utilidad metodológica:** Se desarrollara en el capítulo tercero de este estudio, donde se evidenciara con conclusiones.

## 1.8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

**Delimitado:** Es delimitado porque el trabajo de investigación se centra en una de las patologías más frecuentes en nuestro medio por lo cual es

Factible prevenirlos en los pacientes pediátricos de 4 a 6 años de la unidad educativa José Martínez Queirolo en el periodo 2014 - 2015

**Evidente:** Es evidente porque el trabajo se redacta de una forma concisa, puntual y concreta las ideas de la investigación y su implementación en el medio.

**Concreto:** porque el trabajo se limita a analizar los factores predisponentes a la mal oclusión, así como la prevención de estas en edades tempranas.

**Original:** es necesario conocer sobre los hábitos perjudiciales y sus consecuencias debido al alto índice de mal posiciones dentales y el déficit de programas de salud implementados para esta anomalía.

**Factible:** Es factible porque se cuenta con los recursos necesarios para su elaboración, (tutor, escuela, económico, humano), y el tiempo es apropiado.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Después de haber revisado los archivos de los trabajos realizados en la Universidad de Guayaquil, Facultad Piloto de Odontología no se encontraron trabajos de investigación similares a este tema: Detección precoz de mal oclusión en niños de 4 a 6 años con hábitos perjudiciales.

En referencia a estudios relacionados a hábitos bucales asociados a mal oclusiones, en el país se encontraron muy pocos, citándose entonces como antecedentes de esta investigación los siguientes trabajos:

La identificación de problemas de oclusión relacionados a hábitos es uno de los factores más influyentes por lo cual se postulaba que si los dientes se encuentran en una línea de oclusión totalmente curvada y existiese una relación entre los molares, se produciría una oclusión normal. Esta afirmación es la que durante décadas se ha corroborado y confirmado a excepción de casos que radican divergencias como el tamaño de los dientes, forma de la arcada o alteración de una de ella por factores con fines inadecuados. (Aguila, 2009)

Los hábitos fisiológicos o funcionales estimularan el cierre labial lo que permite que los músculos orbiculares de los labios, buccinadores y faríngeos mantengan una presión fisiológica constante sobre los maxilares y sus procesos alveolos dentarios y la corriente de aire que entra por las fosas nasales estimule los procesos óseos remodeladores que permite el desplazamiento hacia abajo del paladar mientras que la lengua en íntima relación con los dientes se posicione contra el paladar, oponiéndose a la fuerza que ejerce la corriente de aire nasal sobre el mismo y estimulando al mismo tiempo el crecimiento transversal del maxilar. (Carmen T., 2010)

La mayoría de los niños tratados en el norte de ciudad encontró un índice elevado de mal oclusión y la mayoría era producida por el mal hábito lo cual

se procedió a interrogar a los pacientes a medir la diferencia de mordidas con una regla milimetrada por medio de un muestreo al realizar el análisis. (Contreras, 2010)

Los hábitos no fisiológicos son unos de los principales factores etiológicos causantes de mal oclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, al interferir en el normal desarrollo de procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras peribucales, que va a tener mayor o menor reposición según la edad en que se inicia el hábito, lo cual nos permite identificar el problema a tiempo y de esta forma podemos erradicar el hábito deformante a edad adecuada o por lo menos interceptarlo.

Los niños analizados la mayoría tuvo lactancia artificial con una duración de 1 año y medio promedio, en cuanto a la manera de dormir la lateral y la variables fueron las más frecuentes mientras tanto se encontró una prevalencia de succión digital o de chupete entre los hábitos perjudiciales y un mayor índice en niñas, en lo que la respiración bucal son menos frecuente. (Dra.Carmen Lugo, 2011)

La succión se puede clasificar en Nutritiva y No Nutritiva, los cuales dependen del hábito fisiológico del niño en cuanto a la edad es frecuente que los pequeños usen el chupete, dedo, biberón. Estos hábitos se pueden instalar de diferentes formas y por varios motivos tales como la lactancia materna o por el hecho de que el niño este acostumbrado a la gratificación oral, el uso de entretenedores por medio de los padres pueden intervenir en el crecimiento normal o anormal de los músculos que intervienen en el macizo facial. (Gonzales & Paucar Alvarez, 2011)

Los problemas de oclusión pueden traer consecuencias para la salud bucal y general de niños y adolescentes. Dientes mal posicionados y huesos maxilares inadecuadamente desarrollados pueden provocar desgastes dentarios, facilitar la aparición de enfermedades como caries y enfermedad

periodontal, afectar el habla, la deglución, la masticación y la respiración, causar dolores de cabeza o dolores faciales. Delante la valorización estética de la actualidad es importante resaltar que los dientes apiñados y caras sin armonía afectan sobre todo la autoestima de los adolescentes, haciendo que muchos de ellos eviten sonreír o los mismos se priven de la convivencia social. (Suarez, 2011)

Se observó que si el mecanismo se altera ya sea por falta de sellado labial, imposibilidad de respiración nasal, por mal posición de la lengua o por la interposición del dedo entre los maxilares, estaremos en consecuencia de un desequilibrio funcional del sistema estomatognatico, respiratorio y del desarrollo de los maxilares por lo cual conllevaría a una anomalía bucodental que a futuro podría ser un daño severo del sistema estomatognatico si no se toma las debidas precauciones. (L.S, 2011)

Pone en atención que le diagnostico prematuro y adecuado de detección de hábitos perniciosos es beneficiosos para poder realizar una atención a tiempo y evitar una mal oclusión en los periodos posteriores de infancia y adolescencia. (Atencion Primaria vol. 14 53, 2012)

En el paciente pediátrico la frecuencia de succión digital puede alterar la anatomía de la oclusión y provocar pacientes clases II, además realizar un análisis de factores de riesgo que intervienen en la oclusión en un infante así como la predisposición de mal oclusión. (Buño, 2012)

La identificación oportuna de hábitos parafuncionales bucales en la población infantil es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de mal oclusión que pueda instaurarse en el paciente que se pudo determinar con esta investigación debe orientar a todo profesional a unir esfuerzos para guiar a esos pacientes que llegan a las consultas explicándole a cada representante al mismo niño o adolescente la importancia de atacar a tiempo dicho habito. (Cherrez, 2012)

La sociedad actual identifica a la mal oclusión como un problema de tipo congénito, ambiental o de factores coadyuvantes, los que nos lleva a

investigar sobre la oclusión tomando en cuenta el estudio de Edward Angle que manifestaba que la llave de la oclusión eran los primeros molares permanentes, la cual incluyen cuatro categorías : oclusión normal, maloclusión clase I, maloclusión clase II y mal oclusión clase III, la cual no se basa en la alineación tan solo de las piezas dentarias sino más bien en encontrar una oclusión ideal y de intervenir de manera adecuada con las piezas que están en mala posición. (Proffit W. R., 2012)

La instalación adecuada de funciones neurovegetativas (succión, respiración, deglución y masticación) es esencial para el desarrollo correcto de la musculatura intrabucal y facial durante el establecimiento de la oclusión favoreciendo la liberación del potencial de crecimiento facial heredado, sin desvíos. La forma y la función deben caminar juntos y cuanto más precoz sea la detección y el tratamiento de las funciones orales inadecuadas, el paciente tendrá más chance de retomar el desarrollo normal. Se debe permitir que la función correcta sea fijada adecuadamente en la memoria neurológica, y de esa forma permitir la maduración neurológica global y de las funciones orales. (Bonecker, 2012)

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 DESARROLLO DE LOS HABITOS EN EL INFANTE**

Los individuos aprende a actuar de distintas maneras y progresivamente para adaptarse a sus medio de vida, y esto se da gracias a un proceso de aprendizaje, denominados hábitos, con cada repetición de diferentes actos a menudo se tornaran de forma menos conscientes y, si es repetido muy a menudo, será reflejado a una acción inconsciente.

En los actuales momentos, la mal oclusión dental se denomina como un desorden muy frecuente en niños, la mayoría de las veces, estas alteraciones se dan por hábitos perjudiciales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mal oclusiones ocupan el tercer lugar prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, después de la caries también tiene una situación que supera el 85% de la población.

Según expusieron Hale, Kellum y Gross, 1991, los desórdenes miofuncionales de las estructuras oro faciales son: "cualquier característica anatómica o fisiológica de las estructuras (labios, dientes, lengua, mandíbula, mejilla, paladar), que resalta notablemente diferente e interfiere con un desarrollo normal de la dentición, el habla y la salud, afectando la estética y el desarrollo psicosocial del paciente. Se incluye la postura de reposo de la lengua, la deglución y las posturas anómalas durante el habla u otras acciones, así como la presencia de la estructura de la cara y de la cavidad bucal. (L.S, 2011)

Existen dos tipos de hábitos:

1. Hábitos fisiológicos: se manifiesta cuando nace el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, masticación, habla, deglución y respiración nasal.)
2. Hábitos no fisiológicos: estos son los que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, maxilares, y tejidos blandos, entre los cuales tenemos: la succión del dedo o uso de chupón, la deglución atípica, sección de carrillo, la respiración bucal, entre otras. Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que puede manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento, así como por la falta de atención de los padres o representante del niño o en su entorno de vida.

Los hábitos no fisiológicos son unos de los principales factores etiológicos causantes de mal oclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales puedes alterar el desarrollo normal del sistema estomatognatico y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, al interferir en el normal desarrollo de proceso alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras peribucal, que va a tener mayor o menor reposición según la edad en que se inicia el habito, lo cual nos permite identificar el problema a tiempo y de esta forma

podemos erradicar el hábito deformante a edad adecuada o por lo menos interceptarlo.

Cuanto menos sea la edad del paciente, mayor es el daño de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios.

Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis del problema ortopédico y ortodoncico. Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, pre maxilar o paladar estimulando o manifestando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar:

- Mordidas abiertas anteriores y o laterales
- Protrusiones dentarias
- Protrusiones dentoalveolares
- Inhibición en la erupción de uno o varios dientes
- Vestíbulo o liguoverciones, etc.,

### **2.2.2 SUCCIÓN DIGITAL**

En su mayoría los niños normales tienen actividad succionadora ya sea por su fase alimenticia o por entretenimiento en general, como regla específica sabemos que la succión digital en los años de dentición primaria tiene efectos escasos o nulos a largo plazo. Sin embargo si estos actos perduran aun durante en la dentición transicional y se hacen más frecuentes conllevan a desfases dentarios.

En una de las primeras de las formas de conducta específica en el recién nacido, estimulador por olores, sabor y cambios de temperatura así como una respuesta a estímulos en la zona bucal o peri bucal para adaptarse a su nueva habidad de vida.

Cuando un niño se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes, suele colocárselo en un ángulo tal que comprime lingualmente los incisivos inferiores y labialmente los superiores. Puede variar considerablemente los dientes afectados y el grado de la afectación, debido a la teoría del equilibrio, debería de esperar que el grado de desplazamiento dental guardara una relación más estrecha con el número de horas de succión diaria que con la magnitud de la presión. Los niños que se chupan el dedo con fuerza pero de forma intermitente, pueden no presentar un gran

desplazamiento (o ninguno) en tanto que otros, en especial los que se muerden el pulgar u otro dedo durante toda la noche, pueden sufrir una maloclusión importante.

La succión puede conllevar el uso del biberón, donde el lactante no cierra los labios con tanta presión como en la succión normal y la acción que debe hacer la lengua se ve afectada así se da el flujo excesivo de leche, esto trae como consecuencia una menor excitación a nivel muscular y el niño y no favorecerá el desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático, dando como consecuencia la adquisición de hábitos de succión no nutritiva como son: la succión del pulgar y otros dedos, la succión del chupón, succión labial y otros objetos. (Contreras, 2010)

#### **2.2.2.1 Etiología**

Entro los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito podemos nombrar.

- La alimentación artificial por medio del biberón
- Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantemente hacen que en cada deglución del niño coloque la lengua hacia adelante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
- Desequilibrio del control nervioso: por lo general en niños: que por un problema neurológico, no tienen control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantiene el equilibrio muscular durante la deglución...
- Macroglosia: son pocas frecuentes y acurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.
- Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

#### **2.2.2.2 Diagnostico**

Para diagnosticar una deglución atípica, deben observar algunos aspectos en paciente durante el acto de la deglución, tales como:

- Posición antipoca de la lengua
- Falta de contracción de los maseteros
- Participantes de la musculatura prioral con presión del labial y movimiento con la cabeza.
- Tamaño y tonicidad de la lengua
- Babeo nocturno dificultad de ingerir alimentos sólidos.
- Alteración de en la fonación. Dificultad para pronunciar los fonemas D, T, S, H, Y. el sellado fonético del labio inferior con los bordes incisales es importante para los sonidos de la F y V. los bordes incisales de los dientes anteriores también son importantes para los sonidos de la S y puede ocurrir Un “SESEO” o pronunciación imperfecta de la S por sustituciones interdentesales de la lengua.
- Acumular saliva al hablar. (Dra.Carmen Lugo, 2011)

#### **2.2.2.3 Tipos**

- Succión del pulgar
- Succión de otros dedos (índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos)
- Succión del labio, entre otros.

Succión del pulgar: los músculos que se activan es este hábito tienen como función crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa. Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del dedo índice: puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo índice y medio: puede producir una mordida abierta y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del dedo medio y anular: puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retro inclinación de los incisivos antero inferiores.

Succión de varios dedos: producen problemas similares, esto va a depender del número de dedos utilizados, la frecuencia y la intensidad de la succión.

Succión labial: es la mayormente encontrada en los niños, ocasiona retro inclinación de los incisivos antero inferiores y protrusión de los superiores.

La relación entre la mordida abierta anterior y la succión del pulgar se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva en los dientes posteriores. Cuando se mete algún dedo entre los incisivos la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación. El pulgar interpuesto impide directamente la erupción de los incisivos, al mismo tiempo la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores, y como resultado la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias normales. Debido a la geometría de los maxilares, 1mm de elongación posterior abre la mordida anterior unos 2 mm, lo cual puede contribuir notablemente el desarrollo de una mordida abierta anterior.

Aunque durante la succión se crea una presión negativa en el interior de la boca, no hay razón para creer que esta sea responsable de la constricción del arco superior que suele acompañar el hábito de succión.

La presión de las mejillas máxima en las comisuras bucales, es probable que sea la explicación de que el arco maxilar tiene a adoptar forma de V, con una mayor constricción en los caninos que en los molares. Un niño que succiona con fuerza tendrá mayores posibilidades en tener un arco estrecho que el niño que simplemente coloca el pulgar entre los dientes.

Es frecuente observar un desplazamiento leve en los incisivos primarios de los niños de 3 a 4 años que se chupen pulgar, pero si dejan de hacerlo a

esa edad, las presiones normales de los labios y las mejillas devuelven pronto a los dientes a sus posiciones habituales.

Si el hábito persiste en la erupción de las piezas permanentes el paciente podría requerir intervención ortodóntica para resolver el desplazamiento dental resultante.

Factores que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito de succión:

#### **2.2.2.4 Duración**

- ✓ infantiles (hasta 2 años) esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en ella no se observa efectos dañinos.
- ✓ Pre- escolar (2 a 5 años): si la succión es ocasional, no se manifiestan efectos nocivos en la dentición, pero si es continua e intensa puede producir malposiciones en la dentición primaria, si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad es reversible en un gran porcentaje.
- ✓ Escolar (6 a 12 años): la succión en estas edades puede producir mal posiciones dentarias y malformaciones dento-esqueletales, por ello requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito.

##### **a. Frecuencia:**

- ✓ b.1 Intermitentes (diurnos)
- ✓ b.2 continuos (nocturnos)

##### **b. Intensidad:**

- ✓ Poco intensa: cuando la succión del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los músculos buccinadores. No se introduce el dedo completo, solo la punta del dedo de una forma distraída.
- ✓ intensa: cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

### 2.2.2.5 Tratamiento

Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en tres categorías: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóncicos que dificultan el hábito y tratamiento miofuncionales.

Otros métodos utilizados son los de reforzamiento positivo (un pequeño premio por cada periodo de tiempo pre-establecido que el niño es capaz de estar sin succionarse el dedo, dar puntos por cada día sin habito con un premio al llegar a cierto número de puntos, arrancar cada hoja del cuaderno por cada día sin habito con un premio cuando se cabe el cuaderno, etc.), reforzamiento diferencial (retirar de un estímulo positivo cada vez que se succione el dedo), o reducción del habito ( consiste en enseñar al niño una respuesta competitiva, inmediata al habito como el cruzar los brazos, cerrar el puño y otras.)

Ejercicios miofuncionales recomendados:

Cierre labial: 1) mantener el baja lengua y el cepillo de dientes en sube y baja, con una frecuencia de 1 vez al día manteniéndose arriba durante 5 segundos. Después cambiar después de una semana a levantar el cepillo de dientes por el mango con la misma frecuencia.

Efectos secundarios: estimula orbiculares y contrae el mentoniano

Utilización de dispositivos ortodóncicos: el uso del dispositivo ortodóntico lo podemos dividir en:

- ✓ Aparatología Removible (miofuncionales)
- ✓ Aparatología Fija(restrictivos)

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento de hábito de succión digital. Lo más utilizados son los arco de Hawley con rejilla palatina y tornilla expansores.

Deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones, se puede afirmar también, que la deglución atípica se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior. (Carmen T., 2010)

### **2.2.3 DEGLUCION ATÍPICA**

La deglución es un mecanismo que se repite entre 800 y 1.000 veces por día generando fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsable de alteraciones esqueléticas.

Se ha dado mucha importancia a la lengua y a los hábitos linguales como posibles factores etiológicos en el desarrollo de maloclusión. El posible efecto es la deglución con protrusión lingual, definida como la colocación de la punta de la lengua anteriormente entre los incisivos durante la deglución.

Los estudios demuestran que los individuos que adelantan la punta de la lengua al tragar no suelen aplicar más fuerza de la misma contra los dientes que los que la mantienen retrasada, de hecho la presión lingual puede ser menor.

La deglución no es una conducta aprendida pero está integrada y controlada fisiológicamente a niveles subconscientes por lo tanto cualquier que sea el patrón de deglución no puede ser considerado un hábito en el sentido habitual. No obstante es cierto que los individuos con mordida abierta colocan la lengua entre los dientes anteriores al tragar, mientras que presentan relaciones incisales normales no suelen hacerlo, por lo que resulta que le atribuimos el problema a este patrón de actividad lingual.

#### **2.2.3.1 Diagnostico**

El patrón de deglución se puede observar incluso en niños a temprana edad, 3 años pero en la mayoría no se aprecia hasta los 6 años y el 10 al 15% de la población no lo alcanza nunca. En el adulto la deglución con empuje dental se parece superficialmente a la de los lactantes, en algunos casos se dicen que los niños o adultos que colocan la lengua entre los dientes incisivos conservan la deglución de lactantes.

Durante la transición entre la deglución infantil y el patrón adulto cabe esperar que un niño pase por una etapa en la que la deglución infantil se caracterice por una actividad muscular que junta los labios, separa los dientes posteriores y protruye la lengua entre los dientes. Mientras que en

un niño con habito de succión podemos esperar que se produzca un retraso en la transición de una deglución normal.

Con el aumento de la protrusión de los incisivos y a la creación de una mordida abierta anterior, aumenta aún más la actividad de la musculatura perioral, que debe compensar la falta de cierre bucal.

En el examen clínico, la deglución infantil se detecta fácilmente por que el paciente realiza una mueca característica que consiste en una contracción labial en el momento de deglutir y además por la mordida abierta anterior que acompaña a esta disfunción.

Se considera en la actualidad que la deglución con interposición lingual puede aparecer fundamentalmente en dos situaciones: a) en niños pequeños con oclusión razonable o normal, en los cuales solo se presenta una etapa en la transición en la maduración fisiológica normal, b) en individuos de cualquier edad con incisivos desplazados, en las que aparece como una adaptación al espacio que existe entre los dientes.

La presencia de un gran resalte (a menudo) y la presencia de una mordida abierta (casi siempre) obliga al niño o al adulto colocar la lengua entre los dientes anteriores, por lo cual la patología puede ser el resultado de una acción mas no su causa. Por lo tanto se deduce que la corrección de la posición de los dientes debería inducir un cambio en el patrón de deglución. No es necesario enseñarle al paciente tragar de una forma antes de empezar el tratamiento ortodóntico.

Por otra parte si un paciente deja reposar la lengua en su posición anterior, la duración de esa leve presión podría alterar la posición vertical u horizontal de los dientes. En algunos casos la protrusión de la punta de la lengua está asociada a una alteración de la postura lingual. Si la posición de la cual parte de la lengua puede realizar el movimiento difiere de la posición normal de fuerza, que el patrón de presiones en reposo también es diferente es probable que afecte los dientes, mientras que si la postura es normal, la deglución con protrusión de la lengua carecería de consecuencias clínicas.

### 2.2.3.2 Tratamiento

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia mono funcional que consiste en una serie de ejercicios que tiene el objetivo de eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y del velo palatino.

Para lograr este fin, se debe establecer una relación de confianza entre paciente y terapeuta, en donde este último deberá:

- Explicar el objetivo del tratamiento
- Explicar la función de los ejercicios que se indicaran al paciente
- Mostrar cual es la forma correcta de ejecutar los ejercicios
- Motivar al paciente y a los padres

Ejercicios miofuncionales recomendados:

Reeducación de la posición lingual: usar una patilla de menta mini, en donde se le indica al niño que mantenga al mismo con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras mantiene así a la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir. Frecuencia: mantener la pastilla en posición hasta que esta se disuelva.

Efecto secundario: tonifica los músculos de la base de la lengua, contrae los músculos de la masticación, estimula los impulsos propioceptivos de la deglución.

La onicofagia, del griego onyx (uña) y phagein (comer), se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños de edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona.

Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropatía, se ha relacionado con la existencia de ciertas inestabilidad psicomotora,

acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos.

Las personas que manifiestan en hábito son imperativas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante. Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen mal oclusiones localizadas, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento, mal posición dentaria, puede combinarse con otros hábitos en la misma persona.

#### **2.2.4 ONIGOFAGIA**

La onicofagia, del griego onyx (uña) y phagein (comer), se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes. Como hábito es muy frecuente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropatía, se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos. Las personas que manifiestan el hábito son hiperactivas, autoritarias, que exteriorizan poco o mal sus sentimientos y viven en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante. Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen maloclusiones localizada, altera la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento, mal posición dentaria; puede combinarse con otros hábitos en la misma persona. (Carmen T., 2010)

#### **2.2.5 RESPIRACIÓN BUCAL**

La respiración normal también llamada respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una presión negativa entre la lengua y el aladar

duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y, al apoyarse íntimamente contra el paladar ejerce un estímulo positivo para su desarrollo.

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua (y la propia cabeza en menor medida), parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz puede alterar el sistema y sus componentes. Todo puede alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de unos y otros.

Para poder respirar por la boca es necesario deprimir la mandíbula y la lengua y extender (inclinarse hacia atrás) la cabeza. Si se mantienen estos cambios posturales aumentarían la altura de la cara y los dientes posteriores erupcionarían con excesos, a no ser que se produzca un crecimiento vertical inusual de la rama mandibular, la mandíbula rotaría hacia abajo y atrás, abriendo la mordida anteriormente y aumentando el resalte, con lo que la mayor presión ejercida por las mejillas estiradas podría llegar a estrechar el arco dental superior.

#### **2.2.5.1 Diagnóstico**

Se hace necesario el diagnóstico diferencial entre respiradores bucales con causa determinada y los respiradores bucales por hábitos. La respiración bucal se incluye como un hábito porque, una vez eliminado el impedimento para respirar por la nariz, con frecuencia el niño mantiene la costumbre de respirar por la boca.

Las diferentes pruebas clínicas para valorar la respiración bucal pueden ser engañosas. La mucosa nasal está muy vascularizada y experimenta ciclos que se alternan entre ambos orificios nasales; cuando uno está despejado, el otro suele estar algo obstruido. Ese es el motivo por el cual al momento de hacer las pruebas de ambos orificios nasales están funcionando correctamente es negativo, y muestran que uno al menos está parcialmente

obstruido. Este tipo de obstrucción no debe de interpretarse como un problema para la respiración nasal normal.

El único método fiable para determinar la respiración bucal consiste en determinar que parte del flujo respiratorio total pasa por la nariz y que parte lo hace por la boca, para lo cual se precisan instrumentos especiales que midan simultáneamente los flujos respiratorios nasales y orales. Así se puede calcular el porcentaje de respiración nasal y bucal.

#### **2.2.5.2 Mecanismo de respiración**

En condiciones de reposo, para respirar por la nariz se requiere más esfuerzo que para hacerlo por la boca, los tortuosos conductos nasales representan una resistencia al flujo respiratorio mientras cumplen su función de alentar y humidificar el aire inspirado. El mayor trabajo que supone la respiración nasal es fisiológicamente aceptable hasta cierto punto, de hecho la respiración es más eficaz cuando existe una ligera resistencia del sistema. Si la nariz esta obstruida parcialmente aumenta el trabajo para respirar por la misma, y al llegar a un nivel determinado de resistencia al flujo respiratorio, individuo cambia a la respiración bucal parcial. Este punto de inflexión varía de unos individuos a otros, pero suele alcanzarse a unos niveles de resistencia. La inflamación de la mucosa nasal que puede producirse en los resfriados comunes hace que todos respiremos en ocasiones por la boca en reposo utilizando este mecanismo. Los que lo hacen por costumbre, mantienen esta forma de respiración aunque se les haya eliminado el obstáculo que los obligaban a hacerlo, y los que lo hacen por razones anatómicas, son aquellos, cuyo labio superior corto no les permiten un cierre bilabial completo, sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Si la respiración tuviese algún efecto sobre los maxilares y los dientes, sería por medio de un cambio de postura que alterase secundariamente las presiones prolongadas que ejercen los tejidos blandos.

Las principales molestias de estos pacientes son: sensación de falta de aire, cansancio durante las actividades físicas, dolor de cuello o espalda, alteraciones del gusto y el olfato, halitosis, boca seca, somnolencia diurna, así como salivación abundante al estar hablando al dormir llegando incluso a mojar las sabanas. También se han reportado alteraciones en el patrón del sueño, irritabilidad, dificultad para la concentración Deficiente oxigenación cerebral, produciendo déficit de atención y concentración y las consecuentes dificultades de aprendizaje.

Maloclusiones más frecuentes causadas por la Respiración Bucal  
Alteraciones en el Plano Sagital:

- Clase II división 1
- Clase III

Alteraciones en el Plano Transversal:

Mordida Cruzada Posterior:

Alteraciones en el Plano Vertical:

- Patrones dolicofaciales
- Altura facial inferior aumentada
- Extrusión de piezas dentarias
- Mordida Abierta Anterior

### **2.2.5.3 Tratamiento**

El tratamiento de la respiración bucal requiere un equipo multidisciplinario.

Debemos tanto corregir su causa primaria como además tratar sus repercusiones locales y generales. (Dra.Carmen Lugo, 2011)

Se requiere reeducación respiratoria ante la persistencia de la respiración bucal posterior a la corrección de la causa primaria. Frente a los trastornos de la pronunciación asociados a este cuadro, descritos previamente, la terapia fono audiológica se transforma en un complemento fundamental en el tratamiento. Esta terapia está destinada a lograr el desarrollo de un tono adecuado de los músculos periorales y junto con esto al desarrollo del hábito de respiración nasal.

El tratamiento seguirá la cauda de la respiración nasal:

- Alergia: Otorrino y Alergólogo.
- Anatómicas: Otorrinolaringólogo, ortodontista, cirujano.
- Genéticas: malformaciones craneofaciales, Genetista

A ellos se les debe reeducar este mal hábito, recomendándoles que en las noches usen un aparato que confeccionamos los dentistas, en un material llamado "acrílico" que es un plástico. Les pedimos a los pacientes que lo coloquen en su boca en las noches y que duerman con él, ubicándolo entre los labios y los dientes y así vayan transformando esta costumbre. El aparato corrector que ponemos se llama "Pantalla Vestibular". Al principio se le hacen unos agujeritos que permitan pasar el aire y paulatinamente iremos cerrándolos hasta llegar que el paciente emplee su nariz para respirar.

En Posteriormente a que el médico deje libre la vía aérea, el paciente deberá reeducar su respiración para que sea nasal y usará la "Pantalla Vestibular". (Carmen T., 2010)

Utilización de dispositivos ortodóncicos:

- Aparatos extraorales: mentonera y tracción extra oral (de inserción superior) con apoyo occipital.
- Aparatos Intraorales de acción indirecta: plano posterior de mordida, rejillas linguales y aparatología funcional.
- Aparato de disyunción: tornillo de expansión.

### **2.2.6 OCLUSIÓN**

Se define como oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto de manera armónica. Angle definió oclusión normal como las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto.

Canut en 1989 dice que para diferenciar entre oclusión y maloclusión se realiza un análisis de las relaciones oclusales en una posición mandibular que se le llama:

Oclusión en relación céntrica condílea; se establece analizando el contacto de ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal, donde los cóndilos están en posición no forzada más posterior, superior y media dentro de las cavidades glenoideas.

Por investigaciones y experiencia clínica propia se sabe que la oclusión ideal se acompaña de una distribución normal del sistema neuromuscular equilibrado, de las fibras periodontales y estructuras óseas alveolares, así también como del crecimiento armónico de los maxilares y todas sus estructuras subyacentes.

Edward H. Angle en 1890 dio la primera definición de la oclusión normal y postulaba que la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluyera en el surco vestibular entre la cúspide mesio y distobucal del primer molar inferior.

Para él eran fundamentales los primeros molares superiores como punto de referencia ya que se encuentran dentro de la estructura facial mientras que los molares inferiores dependían de un hueso mandibular, que a su vez depende de la articulación temporomandibular que puede modificarse o inclinarse por mínimas causas anómalas.

#### **2.2.6.1 Oclusión Dentición Primaria**

La oclusión en la dentición primaria, se utiliza la referencia de los planos terminales (relación anteroposterior) lo cual podríamos definir como: la relación mesiodistal entre las superficies distales de los segundos molares primarios superior e inferior cuando los dientes primarios contactan en relación céntrica.

En los cuales se consideran 3 planos terminales:

- Nivelado o plano vertical (recto): la superficie distal del molar superior temporario se encuentra en el mismo plano vertical de la superficie distal del molar inferior temporario.
- Tipo escalón mesial: la superficie distal de los molares inferiores se encuentran en un plano vertical más mesial con relación a los superiores temporarios.
- Tipo escalón distal: la superficie distal de los molares inferiores se encuentran en un plano vertical más distal con relación a los superiores temporarios

Las relaciones oclusales de los primeros molares permanentes dependerá del plano terminal o distal que presenten los segundo molares temporales y del posible aprovechamiento del espacio libre. La cara distal de los segundos molares no presenta un plano recto presenta escalón mesial corto, distal o mesial largo, lo que llevará a una relación molar directa de clase I, clase II o clase III.

- Plano terminal recto: El primer molar erupcionará cúspide a cúspide y aprovechando los espacios dentales ocluirá en clase I o bien pondrá desviarse a clase II al no aprovecharse el espacio de deriva inferior (cuando se ocupa el espacio de nance por el corrimiento mesial de los primeros molares permanentes).
- Escalón mesial corto: El primer molar erupcionará en relación clase I o podrá desviarse a clase III al aprovecharse tan sólo el espacio de deriva de inferior.
- Escalón mesial largo: El primer molar erupcionará en relación clase III.
- Escalón distal: El primer molar erupcionará en relación clase II.

#### **2.2.6.2 Oclusión en la Dentición Mixta**

Con la caída del ultimo molar temporal termina la dentición mixta permanente se completa con el brote del tercer molar, pero dada la prevale de oligodoncia de este diente, se acepta desde un punto de vista clínico raz.

Plano terminal. El plano terminal se mide según las caras distales de los segundos molares temporales.

- RECTO. Cuando las dos caras distales se encuentran en un mismo plano y considera como un neutroclusion
- MESIOCLUSIÓN. Esta tiene lugar si la estría mesiovestibular del primer molar inferior permanente se sitúa por delante de la cúspide mesiovestibular del superior
- DISTOCLUSIÓN. En este caso la estría mesiovestibular del superior.

#### **2.2.6.3 Oclusión en la Dentición Permanente**

- Neutroclusión: Esta aparece si la cúspide de mesiovestibular del primer molar superior ocluye en la estría mesiovestibular
- Mesioclusión: Esta ocurre cuando la estría mesiovestibular del primer molar inferior permanente está situada por delante de la cúspide mesiovestibular del superior DISTOCLUSION. Esta ocurre si la estría mesiovestibular del primer molar inferior está situada por detrás de la cúspide mesiovestibular del superior.
- Curva de Spee: Cuando analizamos al paciente clínicamente, debemos anotar el criterio presuntivo; la medición de la curva de spee es preferible hacerla sobre los modelos de estudio, ya que podemos colocar una regla desde la cima de las cúspides de los molares y los caninos, midiendo la altura hasta la misma. Se considera normal con 2 mm; por encima de esta cifra se considerara aumentada y por debajo disminuida
- Mordida Cubierta: Recibe este nombre la afección en que las cúspides palatinas de los bicúspides y/o molares se sitúan por afuera de las caras vestibulares de los inferiores.
- Mordida Cruzada: Esta puede ser anterior, con los incisivos inferiores por delante de los superiores, o posteriores, unilateral o bien bilateral, donde encontraremos las cúspides vestibulares inferiores
- Rotaciones: Anotaremos si estas existen o no. Si se observaran anotaríamos los dígitos correspondientes a los dientes afectados

- Esmalte: Recogeremos aquí las características del esmalte, ya que si hubiera algún defecto estructural tomaríamos la conducta adecuada. Si existiera una fractura trataríamos de analizar las condiciones del periodonto mediante una radiografía periapical. (Aguila, 2009)

### **2.2.7 MAL OCLUSIONES**

Se refiere como maloclusiones u oclusión anormal a las relaciones dentarias atípicas que se presentan aun cuando comprobamos la oclusión habitual con la céntrica. Maloclusión funcional si la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica donde la función del sistema estomatognático está alterado. Maloclusión estructural que es anormal en ciertos individuos con rasgos morfológicos por su potencial patógeno u en su apariencia estética y fonética por lo que no se ajusta al medio social.

No hay que interpretar la mala oclusión como anomalía de antítesis a la normooclusión sino como una anomalía multifactorial en la cual intervienen factores innatos, así como factores ambientales del individuo y su medio.

El sistema de clasificación de Angle se basa en si en las relaciones de los molares en sentido anteroposterior en las arcadas dentarias.

Según la teoría de ANGLE los primeros molares superiores son la llave de la oclusión y que debido a su variabilidad se encuentran localizados en una posición estratégica en el maxilar.

#### **2.2.7.1 Clasificación según Angle**

La normooclusión que es la normal descrita por él y citada anteriormente.

La oclusión se relaciona en la base anteroposterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

En la oclusión clase I, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco vestibular del primer molar inferior. La oclusión clase I puede ser dividida en oclusión normal y mal oclusión, ambos sub tipos tienen la misma relación molar pero esta última puede tener problemas por

los apiñamientos dentarios, rotaciones o irregularidades en el posicionamiento. (CALERO, 2011)

La oclusión clase II se da cuando la cúspide mesiobucal de primer molar superior ocluye anteriormente al surco bucal del molar inferior. Existen 2 subtipos que son:

Ambos presentan una relación molar clase II, pero la diferencia radica en la posición de los incisivos superiores.

En la mala oclusión clase II división 1, los incisivos superiores están inclinados labialmente, creando una sobremordida horizontal significativa.

Por el contrario los incisivos centrales superiores están inclinados lingualmente y los incisivos laterales están labialmente inclinados en la mala oclusión clase II división 2.

Cuando se mide desde los primeros incisivos, la sobremordida horizontal está dentro de los límites normales en los individuos con mala oclusión clase II.

La mala oclusión clase III es opuesta a la clase II: en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye más posterior que el surco vestibular del primer molar inferior.

Existen 3 clases de Angle en la cual se basa en las relaciones oclusales de los primeros molares.

- **Clase I**

En esta clase existe una relación normal, pero en las que las líneas de oclusión aparecen incorrectas a causa de algún diente en mala posición dentro de las respectivas arcadas, por anomalías en las relaciones verticales y transversales o por desviación sagital de los incisivos. (ERICKA, 2014)

- **Clase II**

En esta clase el molar inferior se encuentra situado distalmente respecto a la relación molar normal. La línea de oclusión puede aparecer correcta o incorrecta.

Existen las siguientes divisiones según la ortodoncia:

- CLASE II división 1: cuando los incisivos maxilares están inclinados hacia vestibular y existe un aumento de resalte.
- CLASE II división 2: cuando los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia palatino, dando lugar al apiñamiento en la zona de incisivos laterales y caninos de la arcada.

No obstante el alineamiento de la zona incisiva de la arcada maxilar puede variar considerablemente, y no es infrecuente encontrar inclinación a vestibular de los incisivos laterales superiores junto a la típica inclinación hacia palatino de los centrales. Generalmente se acompaña de un aumento en la sobremordida. (Cherrez, 2012)

Cuando la relación de clase II se produce solo en un lado de la arcada dentaria, la unilateralidad se refiere como subdivisión derecha o subdivisión izquierda de su división.

Por otro lado la clase II puede ser completa cuando la relación molar distal es de una cúspide entera, o incompleta si es de menos de dos cúspides.

- **CLASE III**

En la clase III el molar inferior se encuentra situado mesialmente respecto a la relación molar normal. La línea de oclusión puede aparecer correcta o incorrecta.

También puede hablarse de subdivisión en caso de que este afectado solamente uno de los lados, y también puede ser completa si la relación molar mesial es de la cúspide entera, o incompleta si es de menos de una cúspide.

La relación incisiva puede y suele ser invertida, con los incisivos superiores ocluyendo por palatino de los inferiores.

Proffit manifestaba que las características de la mal oclusión incluían una medida de la alineación de los incisivos: diastema en línea media mayor a 2 mm, mordida cruzada posterior, sobremordida horizontal y vertical.

Las diferentes malas oclusiones tienen mordidas distintas dependiendo donde haya causado su efecto el mal hábito así tenemos:

- **Sobremordida Horizontal:** es la superposición horizontal de los incisivos, lo normal es que estén en contacto los superiores por delante de los inferiores en una relación de 2 a 3 mm, si los incisivos inferiores están por delante de los superiores se le llama mordida cruzada anterior. Las variables son las siguientes:
  - Normal
  - Aumentada
  - Borde a borde
  - Cruzada Anterior
- **Sobremordida Vertical:** superposición vertical de los incisivos, lo normal es que los bordes incisales inferiores estén en contacto con la superficie lingual de los incisivos superiores, a la altura del cúngulo o por encima de 1 a 2 mm. Si no hay superposición vertical se le llama mordida abierta anterior.

Algunos autores ponen en manifiesto que la mayoría de individuos con maloclusiones son el resultado de una combinación compleja y mal comprendida de influencias genéticas y ambientales y no están causados por un proceso patológico sino por variaciones más o menos moderadas del desarrollo normal o de hábitos implementados en el curso de vida.

#### **2.2.7.2 Mordida Abierta**

La etiología de la mordida abierta viene determinada por una serie de componentes de origen hereditario o no, que provocan cambios durante el periodo pre o post natal.

Se produce por que los dientes posteriores superiores sobre erupciones o porque hay un crecimiento vertical del complejo dentoalveolar posterior que hace rotar la mandíbula posteriormente

Puede estar causada por factores locales o generales:

- **Factores Locales**

- deglución atípica: el paciente tiene la lengua posicionada entre los incisivos superiores eh inferiores todo el tiempo, de manera que rompe el equilibrio muscular entre labios, carrillos u lengua, esto desarrolla maloclusiones
- succión: los pacientes con hábitos de succión digital, de objeto o de chupete tienen posibilidad de padecer de mordida abierta.
- respiración bucal: los pacientes con este hábito se les crea un desequilibrio muscular entre la lengua y los maxilares, de manera que la persistencia de la boca entreabierta potencia el crecimiento de las apófisis alveolares y se altera el desarrollo craneofaciales provocando mordida abierta.
- hipotonicidad muscular: estimula la sobre erupción y la separación de las bases óseas maxilares.
- desarrollo de la dentición: hay niños que sufren de desajustes secuencial o cronológico durante la erupción de los dientes permanente. se trata de una mordida abierta transitoria a la que se le añade la interposición de la lengua.

- **Factores Generales**

- herencia: se hereda el tamaño, forma de los dientes y de los huesos y ello conlleva a que haya patrones morfológicos establecidos.
- defectos congénitos: algunas pueden llevar a una alteración del crecimiento de los maxilares
- alteraciones musculares: en condiciones normales, cuando está en posición de reposo los dientes no están en oclusión y los labios mantienen el contacto para producir un sellado labial necesario para la deglución y evitar que caiga la saliva. Cuando no existe este

sellado la lengua produce un desequilibrio entre los labios y los dientes produciendo una mal oclusión.

- **Tipos y Tratamiento de Ortodoncia de la Mordida Abierta**

Mordida abierta dental o falsa: solo están pro inclinados los dientes sin la alteración de sus bases óseas y no se extiende más allá de los caninos. Los pacientes tienen una morfología facial normal, relación ósea correcta, una seudomordida y problemas dentoalveolares.

Mordidas abiertas esquelética o verdadera: están deformadas las apófisis alveolares. Los pacientes tienen hiperdivergencia entre los maxilares, suelen ser dolicocefalos ya que tienen el tercio inferior aumentado y la dimensión vertical aumentada.

### **2.2.7.3 Mordida Profunda**

Es un estado de sobre mordida vertical aumentada, donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferior es excesiva. También se conoce como resalte dental o sobre mordida vertical y la mordida es de 2 mm.

El paciente con mordida profunda suele tener las siguientes características faciales:

- a) Cara braquicefalia, es decir forma de cabeza corta y ancha.
- b) Tiene tendencia a clase II esquelética
- c) Perfil cóncavo
- d) El tercio inferior y la dimensión vertical disminuida.
- e) Plano oclusal disminuido.

La mordida profunda influye que el paciente padezca enfermedad periodontal debido a varios factores, sobre carga de las fuerza oclusales, tensión excesiva, trauma, problemas funcionales y bruxismo. También suelen problemas de articulación temporomandibular debido a la afectación de los músculos de la masticación: maseteros, temporales y pterigoideos laterales.

Las características dentales que se presentan en los pacientes son las siguientes:

En la arcada inferior hay apiñamiento y lingualización de los incisivos

Normalmente hay retroinclinación de los incisivos superiores e inferiores.

Clase II de Angle: los dientes mandibulares están en una posición más distal con respecto a los maxilares.

Overbite aumentado: los dientes superiores cubren la mayor parte de los inferiores y en algunos casos los cubren totalmente.

- **Tipos de Mordida Profunda**

Mordida profunda congénita: puede ser esquelética o dentoalveolar. La esquelética se caracteriza por un factor de crecimiento horizontal. El perfil facial del paciente es cóncavo, sobresale la eminencia mentoniana y hay retrusión labial. La dentoalveolar se caracteriza por la infraoclusión de los molares y o/l a sobreerupción o el desgaste de la superficie oclusal o la abrasión dental.

Mordida profunda adquirida: se puede determinar por varios factores, por ejemplo la postura lateral de la lengua, la pérdida prematura de los molares temporales o el desgaste de la superficie oclusal o la abrasión dental.

- **Tratamiento de ortodoncia para abrir mordida profunda**

El tratamiento de la sobremordida profunda depende de si esta se localiza en las zonas dentoalveolares o esquelética, el tipo dentoalveolar se puede corregir a través de la intrusión de los dientes anteriores, extrusión de los dientes posteriores una combinación de ambas verticalización de dientes y aumento de la inclinación de los dientes anteriores.

La intrusión de los dientes anteriores está indicada en pacientes con sonrisa gingival con gran cantidad de masa dental en los cuatro incisivos superiores, una gran brecha interlabial o un plano mandibular muy inclinado.

La extrusión de los dientes posteriores: está indicada en pacientes que necesitan que necesitan aumentar la altura facial inferior, mejorar la convexidad facial o abrir el ángulo del plano mandibular.

#### **2.2.7.4 Mordida Cruzada Anterior**

Es una maloclusión muy común de los pacientes que acuden a visitarnos. Hay una desarmonía en los componentes esqueléticos, funcionales o dentales del niño que se dan en la detención primaria y mixta. Los dientes

anterosuperiores están ocluyendo sobre la cara lingual de los antero inferiores.

La cauda puede ser por una retrusión del maxilar superior, una protrusión de la mandibular o una combinación de ambas.

- **Etiología**

- ✓ Factores hereditarios
- ✓ Malos hábitos: morder con la mandíbula hacia delante
- ✓ Arcada dentaria más corta de lo normal
- ✓ Dientes temporales que no caen cuando deben y causan mal posición del permanente
- ✓ Lesiones traumáticas en los dientes temporales que provocan desplazamiento
- ✓ Dientes supernumerarios inclinados hacia vestibular
- ✓ Apiñamiento de dientes antero superiores.

El ortodoncista evalúa los siguientes parámetros para diagnosticar claramente la maloclusión:

- ✓ Perfil del paciente.
- ✓ Inclinación de su maxilar.
- ✓ Inclinación de los incisivos superiores e inferiores.
- ✓ Presencia de un desplazamiento funcional entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.

- **Tipos**

- ✓ Mordida cruzada anterior dentaria: afecta a uno o dos dientes y el paciente tiene relación molar y canina clase I. Su perfil facial es recto.
- ✓ Mordida cruzada anterior funcional: afecta a los cuatro incisivos superiores. Es el resultado de un adelantamiento mandibular, que a veces, es necesario para lograr una máxima intercuspidad. El paciente tiene un perfil facial recto y puede contactar borde a borde en relación céntrica.

- ✓ Mordida cruzada anterior esquelética: el paciente presenta una relación molar y canina clase III, no consigue borde a borde en relación céntrica y tiene un perfil cóncavo, con un mentón prominente y tercio inferior disminuido.

#### **2.2.7.5 Mordida Cruzada Posterior**

La mordida cruzada posterior es una alteración de la oclusión sobre el plano transversal. Las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyen sobre las fosas de los molares y premolares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores al ocluir.

- **Etiología**

- Factores genéticos: hipoplasia del maxilar, hiperplasia mandibular y síndromes mal formativos.
- Hábitos: respiración bucal, succión anómala, deglución infantil e interposición lingual.
- Factores oclusales e interferencias: por una desviación funcional de la mandíbula o interferencias oclusales a nivel de los caninos temporales demasiado largos.
- Traumatismos: en la dentición temporal pueden desplazar a los dientes primarios o a los gérmenes de los permanentes, y provocar una inclinación anómala de los dientes superiores hacia palatino.
- Otras causas: la anquiloglosia, es decir, un frenillo lingual corto, mantiene la lengua en posición baja, y favorece la aparición de comprensión maxilar.

- **Tipos**

- Bilateral: afecta a ambas hemiarcadas maxilares.
- Unilateral: afecta a la hemiarcada derecha.

### **2.2.7.6 Apiñamiento Dental**

El apiñamiento dental es una de las alteraciones en la posición de los dientes más frecuentes y se puede corregir mediante distintos tratamientos ortodóntico.

El apiñamiento se da indistintamente en pacientes que no han seguido tratamiento ortodóntico y en aquellos que, habiendo llevado aparatos no han utilizado retenedores dentales.

El apiñamiento dental consiste en tener los dientes amontonados, girados o mal colocados debido a la falta de espacio en el hueso maxilar.

Existen tres grados distintos de apiñamiento: grave, moderado y leve, pero todos ellos provocan repercusiones en menor o mayor medida. Aparte del problema estético que indudablemente conllevan, el hecho de tener los dientes apiñados incrementa el índice de caries, facilita la prevalencia de la enfermedad periodontal (ya que complica la higiene y el sarro se acumula con más facilidad) y provoca desgastes dentarios desiguales debido a la mala posición de las piezas.

- **Apiñamiento leve-moderado de los incisivos con espacio suficiente**

#### **Incisivos irregulares, mínima discrepancia de espacio**

En algunos niños, el análisis del espacio demuestra que en última instancia se dispondrá de espacio suficiente para todos los dientes permanentes, pero unos incisivos permanentes relativamente grandes y la realidad clínica de la <<responsabilidad de los incisivos>> pueden causar un apiñamiento pasajero de los incisivos permanentes. Este apiñamiento suele manifestarse como un ligero desplazamiento vestibulolingual o rotación de algunos dientes anteriores.

Estudios realizados en niños con una oclusión normal indicando que cuando pasan de la dentición primaria a la mixta pueden desaparecer

hasta 2 mm de apiñamiento de los incisivos de manera espontánea sin necesidad de tratamiento. Por este motivo, como norma general, no se necesita ningún tratamiento cuando se observa un apiñamiento leve de los incisivos durante la dentición mixta. Probablemente no solo no está justificada la corrección de este apiñamiento limitado, sino que además no hay prueba que demuestre que la estabilidad a largo plazo será mayor si el niño se somete a tratamiento precoz para mejorar la alineación.

La única razón para el tratamiento es una mejora pasajera del aspecto estético.

Si debido a una preocupación excesiva de los padres, un apiñamiento leve o moderado se convierte en un problema, se puede considerar la posibilidad de rebajar las superficies de esmalte interproximal de los demás caninos primarios y primeros molares primarios, cuando erupcionen los dientes anteriores.

Esto puede servir para las discrepancias vestibulolinguales, pero no para las rotaciones. Con este método se pueden ganar hasta 3-4 mm de espacio anterior, pero los dientes pueden alinearse en una posición más lingual e incluso agravar el problema de espacio. Recuerde que en esta etapa de la dentición de transición nunca se debe intentar rebajar o desgastar la zona interproximal (stripping) de los dientes permanentes. Esto podría dar lugar a una discrepancia en el tamaño de los dientes que sería difícil de resolver más adelante. Nunca se debe intentar rebajar un diente permanente hasta que hayan erupcionado todos los dientes permanentes y se puedan evaluar las relaciones de tamaño entre ambas arcadas.

Para corregir la rotación de los incisivos como consecuencia de este apiñamiento provisional se necesita espacio y movimiento controlado para alinearlo y contrarrestar dicha rotación, utilizando un arco de alambre y anclajes cementados en los incisivos. No es muy frecuente que un niño que necesite este tipo de tratamiento durante la dentición mixta no necesite tratamiento adicional una vez que hayan erupcionado todos sus dientes

permanentes, por lo que normalmente no está indicado un tratamiento precoz muy extenso.

- **Deficiencia de espacio debido fundamentalmente al margen necesario para la deriva molar:**

### **Gestión de espacio**

En algunos niños se observa un apiñamiento pasajero más marcado cuando erupcionan los incisivos. El análisis de espacio demuestra en muchos casos que el espacio disponible es adecuado o casi adecuado. Un componente importante de la deficiencia prevista es el margen necesario para el movimiento mesial de los primeros molares permanentes a una relación de clase I cuando se pierden los segundos molares primarios. En estos casos, si se pudiera prevenir la pérdida de espacio de deriva, apenas se produciría deficiencia de espacio. Gianelly comprobó en pacientes que acudían a tratamiento a la universidad de Boston que el 75% tenía aproximadamente espacio suficiente para alinear los dientes si se podía evitar la deriva molar. Podemos considerar estos casos desde dos perspectivas diferentes: 1) el tratamiento precoz tiene muy pocos efectos beneficiosos a menos que exista un problema estético importante y por consiguiente, apenas existen razones para intervenir, 2) este grupo necesita mucho de tratamiento, este debe ser relativamente fácil de realizar y siempre tomar en cuenta otra posibilidad de tratamiento en caso se suscite una alteración posteriormente en el tratamiento.

En la actualidad en vez de realizar el tratamiento en la dentición mixta se recomienda que el tratamiento de los niños con apiñamiento moderado o de discrepancias en espacios, comience con un arco lingual justo después de la exfoliación de los segundos molares temporarios (de gran tamaño). En otros casos se considera no recomendable realizar este tipo de tratamiento ya que requiere de más tiempo por parte del odontólogo y paciente y no produce resultados a largo plazo.

No obstante, existe indicación importante para iniciar el tratamiento antes en algunos de estos pacientes que disponen de un espacio total adecuado, pero presentan diferentes grados de apiñamiento pasajero: la pérdida prematura de un canino primario al erupcionar los incisivos laterales, la pérdida de ambos caninos primarios suele ser indicio de un apiñamiento más acusado y una deficiencia global de longitud en la arcada que puede necesitar un tratamiento diferente , como explicamos a continuación. Cuando se pierde un canino primario se puede colocar un arco lingual para mantener la asimetría de la arcada y las relaciones de la línea media, evitar además un desplazamiento distal de los incisivos que reduzca la longitud de la arcada. Este arco debe permanecer colocado hasta la erupción de los segundos premolares, de manera que se pueda dar comienzo a un nuevo tratamiento global. Además hay pruebas que por intermedio de este método se puede gestionar el espacio disponible, se consigue retención posterior y mayor estabilidad a largo plazo.

Si se produce la pérdida prematura de alguna de las piezas temporarias, la primera razón en intervenir en un niño precozmente es la estética causada por un apiñamiento de forma visible. Si los padres insisten en hacer algo lo antes posible, se puede complementar la extracción seriada y la reducción de la anchura en la zona molar para permitir la alineación adecuada a futuro de los incisivos y caninos permanentes a largo plazo.

A menudo el odontólogo recurre al tratamiento ortodóntico mínimo el cual consiste en la activación del arco lingual para que incline los molares en sentido distal o mesial según se requiera y los incisivos en sentido vestibular, con el objetivo de incrementar la longitud de la arcada. También se puede utilizar un parachoques labial en la arcada inferior para mantener la posición de los molares o quizás para inclinarlos ligeramente en sentido distal, anulando al mismo tiempo la presión labial y permitiendo el desplazamiento vestibular de los incisivos.

Casi siempre cuando se crea este espacio los incisivos se alinean espontáneamente si la irregularidad se debe a una inclinación

vestibulolingual, pero las rotaciones no deben resolverse tan fácilmente. La excepción con los niños que tienen el grupo de los incisivos rectos, sin curvatura en la parte anterior de la arcada. La extracción de los caninos suele favorecer la separación de este grupo de piezas dentarias y también la forma de la arcada, así la alineación por más que exista espacio no mejora si se coloca un arco lingual que actúe como plantilla para la posición de los dientes. Para corregir rotaciones de los incisivos o la irregularidad residual en la posición de los mismos se necesita de un aparato fijo, con un arco de anclaje un cementado en la zona de los incisivos. Normalmente es aceptar un apiñamiento de los incisivos y posponer un tratamiento tanto como sea posible (para cuando los premolares estén erupcionados).

Como los molares no han podido avanzar hacia el espacio de deriva al gestionar el espacio libre disponible, a menudo permanecen con la relación el extremo con el extremo que es normal antes de la erupción de los premolares, en lugar de moverse de una relación clase I. Lo mejor es hacerlo sobre la segunda etapa del tratamiento cuando se dispone de un aparato fijo completo.

- **Apiñamiento Moderado y generalizado**

Cabe prever que un niño con una discrepancia generalizada de 2-4 mm. En la longitud de la arcada y que no haya perdido prematuramente ningún diente primario tendrá unos incisivos moderadamente apiñados esto se observa en aproximadamente el 25% de todos los grupos étnicos. Si los incisivos no se protruyen demasiado, el plan de tratamiento a largo plazo puede consistir en una expansión generalizada de la arcada para alinear los dientes. La principal ventaja de este tratamiento en la dentición mixta es el resultado estético, y el efecto beneficioso es fundamental para los padres y el niño.

Si los padres desean un tratamiento precoz para el apiñamiento moderado, el aparato de elección para la arcada inferior es un arco lingual ajustable para conseguir la expansión simplemente inclinando los dientes. En el maxilar superior se puede utilizar un aparato fijo o removible.

Hay que tomar en cuenta que los incisivos rotados no suelen corregirse espontáneamente aunque dispongan del espacio, de manera que la corrección precoz obligara a utilizar anclajes cementados en los dientes.

- **Causas de los dientes apiñados**

El apiñamiento dental de los dientes inferiores es el caso más común de malposición de los dientes. Se trata de una anomalía que se da en los seis dientes anteriores mandibulares que se puede observar desde la erupción de los incisivos inferiores permanentes o aparecer en pacientes jóvenes y adultos.

La genética es muy caprichosa, por lo que no siempre hace que las personas tengan los dientes con el tamaño proporcional a sus huesos maxilares. Esto hace que, en ocasiones, se produzca una falta de espacio que provoque que los dientes se monten unos con otros o deban girarse para poder erupcionar.

También tiene que ver con la pérdida prematura de dientes de leche, que reduce el espacio para la erupción de las nuevas piezas dentales. Esta mala posición es propensa a empeorar con la edad, ya que los dientes tienen tendencia a apiñarse en la zona anterior de la boca debido a un conjunto de fuerzas. (Proffit W. , 2012)

- **Tipos de apiñamiento dental**

Se distinguen tres tipos de apiñamiento dental: primario, secundario y terciario. Esta clasificación no es excluyente, ya que en un mismo individuo pueden tener los tres tipos de apiñamiento.

El apiñamiento supone una falta de espacio para el correcto alineamiento de los dientes, de manera que hay una pérdida de contacto entre los puntos de contacto anatómicos de los mismos. Los dientes erupcionados presentan anomalías de inclinación, posición o giroversiones. En otras

ocasiones, un diente puede no erupcionar debido a la falta de espacio y quedar retenido en el maxilar. (FERREIRA, 2011)

Los dientes apiñados se valora en toda la arcada dentaria, diferenciando entre apiñamiento en el sector anterior (incisivo y caninos) y posterior (bicúspides y molares). En dentición mixta se mide el apiñamiento incisivo y la falta de espacio para la erupción de caninos y premolares en milímetros negativos. (CALERO, 2011)

La clasificación de dientes apiñados más utilizada en la literatura y en la clínica ortodóncicas es la propuesta por Van der Linden, que está basada tanto en la cronología de aparición como en los factores causales. Los principales tipos de apiñamiento son:

- Apiñamiento primario de causa genética.
- Apiñamiento secundario por la pérdida prematura de dientes temporales o por hábitos orales (hábitos de succión digital, labial o de objetos).
- Apiñamiento terciario por la erupción de las muelas del juicio, es típico de los adultos y a veces se confunde el apiñamiento terciario con la recidiva del apiñamiento inferior en un caso tratado ortodóncicamente.

## 2.3 MARCO CONCEPTUAL

**Análisis Oclusal:** El examen de la oclusión y articulación de los dientes y evaluación de los trastornos funcionales\* y desórdenes funcionales\* del sistema masticatorio.

**Aparatos Correctivos:** Son aquellos utilizados en la corrección de cualquier tipo de anomalías dentarias o faciales que sirven como retrictores o distractores para interrumpir o corregir las anomalías dentales o malos hábitos.

**Aparatos Fijos:** Es la denominación habitual en ortodoncia para los instrumentos terapéuticos que utiliza el ortodoncista adheridos de manera temporal a los dientes para corregir anomalías de posición dentaria o de los maxilares. El grave problema de la aparatología fija, es su capacidad de producir cortes al besar, morder o lamer, ya que sus paredes frontales poseen poderosos filos.

**Aparatos Removibles:** Se utiliza regularmente en niños en los cuales la colocación de los aparatos removibles es fácil y los niños aprenden rápido a colocárselos; los deben llevar un número determinado de horas al día de acuerdo con la planificación del tratamiento de ortodoncia.

**Apiñamiento Dental:** El apiñamiento dental consiste en tener los dientes amontonados, girados o mal colocados debido a la falta de espacio en el hueso maxilar. Existen tres grados distintos de apiñamiento: grave, moderado y leve, pero todos ellos provocan repercusiones en menor o mayor medida. Aparte del problema estético que indudablemente conllevan, el hecho de tener los dientes apiñados incrementa el índice de caries, facilita la prevalencia de la enfermedad periodontal (ya que complica la higiene y el sarro se acumula con más facilidad) y provoca desgastes dentarios desiguales debido a la mala posición de las piezas.

**Apnea:** Suspensión transitoria del paso de aire por las fosas nasales, debido a factores ambientales o sistémicos.

**Deglución Atípica:** Es la manifestación que se da por mala posición lingual y no permite el paso de alimentos en forma adecuada puede producir anomalías de origen dentarios o bucales se da en la etapa de erupción de la dentición permanente, cuando no se ha eliminado el factor de posición lingual anómala.

**Dentición Decidua:** Conocida también como dentición primaria es el primer juego de dientes que aparecen en la cavidad oral, son en número de 20, desaparece en el recambio dentario con la dentición permanente.

**Dientes en Giroversión:** La posición inadecuada de las piezas dentarias, desplazada hacia cualquiera de las caras: vestibular, lingual o palatina, mesial o distal.

**Dolicofacial:** Personas con biotipo cráneo esquelético que presentan cara larga y estrecha, con perfil convexo y con tendencia a crecimiento mandibular en forma vertical. Presenta una menor fuerza de masticación con menor magnitud en el efecto de palanca, se lo determina por medio de análisis radiográficos y análisis de los tercios faciales, así como la proporción muscular, el cuello y el tronco del paciente.

**Guía Anterior:** Los incisivos inferiores contactan con los superiores deslizándose el borde incisal de los incisivos inferiores por la cara palatina de los incisivos superiores y de esta forma los sectores posteriores, premolares y molares, se separan de forma que se evitan contactos indeseables y nocivos.

**Guía Canina:** En los movimientos de lateralidad, la mandíbula se mueve hacia los lados, los caninos del lado hacia el que se desplaza la mandíbula contactan y se desliza la cúspide del canino inferior sobre la cara palatina del canino superior de forma que los sectores posteriores, premolares y molares, se separan impidiendo choques nocivos entre sus cúspides

**Guía Incisal:** Aditamento metálico para poder desplazar el vástago incisal hacia los movimientos de lateralidad y protusión y dar las desoclusiones necesarias. También fabricado en acrílico de autopolimerización, con el fin de individualizar las desoclusiones y preservar la integridad de los modelos.

**Gnatología:** Ciencia que trata de la biología del mecanismo masticatorio, esto es, de su morfología, anatomía, histología, fisiología, patología y terapéutica del órgano oral, especialmente de los maxilares y los dientes y las relaciones vitales de este órgano con el resto del cuerpo.

**Hábitos Perniciosos:** Nos referimos a las alusiones de actos poco favorables para el funcionamiento adecuado de algún sistema, siendo el caso va a actuar sobre la porción ósea de la cavidad bucal causando

presiones inadecuadas de los dientes deciduos o permanentes, causando deformaciones dentofaciales o dentoesqueletales a edades tempranas y con riesgo alto.

**Macroglosia:** Es una anomalía o trastorno lingual en la cual la lengua es hiperplásica lo cual perturba la zona alveolar y realiza protrusión de las piezas dentarias, puede crear problemas en la masticación, deglución o en el paso por las vías aéreas.

**Mal Oclusión:** Se da por la mala relación o contacto de las piezas dentarias en las cuales las piezas superiores no engranan con las inferiores en forma adecuada, en general la mayoría de la población tiene un problema de oclusión ya sea de origen hereditario o por factores locales u ambientales subyacentes.

**Miofuncionales:** Normal funcionamiento de los músculos en su acción motora o sensitiva, la acción simpática de los músculos da la tonicidad, así como su promedio de actividad.

**Mordidas Abiertas:** El término refiere a no hacer contacto en la parte anterior de las piezas dentarias al momento del cierre de la cavidad oral, es decir los dientes del maxilar superior no engranan con los del maxilar inferior a causas de factores predisponentes o de anomalías dentofaciales.

**Mordida Cruzada Anterior:** Los dientes antero superiores están ocluyendo sobre la cara lingual de los antero inferiores. La cauda puede ser por una retrusion del maxilar superior, una protrusión de la mandibular o una combinación de ambas.

**Mordida Cruzada Posterior:** Es una alteración de la oclusión sobre el plano transversal. Las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyen sobre las fosas de los molares y premolares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores al ocluir.

**Oclusión:** Se define como oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto de manera armónica. Angle definió oclusión normal como las relaciones

normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto.

**Oclusión céntrica:** Es la oclusión que una persona posee cuando los dientes están en máxima intercuspidad. También se refiere a la mordida habitual de una persona. La relación céntrica no debe ser confundida con ésta.

**Onicofagia:** Mal hábito de las personas, consiste en comerse las uñas, ya sea por la alteración del sistema nervioso o por algún trastorno emocional (ansiedad, estrés, tristeza).

**Ortodoncia:** Es una especialidad de la Odontología que se encarga de todo estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales; siendo su ejercicio el arte de prevenir, diagnosticar y corregir sus posibles alteraciones y mantenerlas dentro de un estado óptimo de salud y armonía, mediante el uso y control de diferentes tipos de fuerzas.

**Overbite:** Distancia que hay del borde incisal del central superior al borde incisal del central inferior cuando el paciente está en máxima intercuspidad, su valor normal es de 2-3mm, valores mayores indica mordida profunda anterior y valores menores e incluso negativos indica mordida abierta anterior.

**Overjet:** Distancia horizontal que hay de la cara palatina del central superior a la cara vestibular del central inferior cuando el paciente está en máxima intercuspidad, valor normal de 3-3mm y se puede dar también en %(valor normal 25-30%).

**Perioral:** Estructuras que se encuentran en relación con la cavidad bucal o subyacente a ellas

**Plano Horizontal de Referencia:** Superficie imaginaria que pasa desde el eje intercondilar a través del borde inferior de la órbita, que sirve como relación para medir la inclinación del plano oclusal y la relación que debe

guardar el modelo superior con respecto al segmento superior del articulador.

**Protrusión Dental:** Movimiento hacia delante de la mandíbula. También, estado de estar protruido; una posición de la mandíbula anterior a la posición intercuspídea.

**Relación Interincisal:** Es la íntima relación de las piezas dentarias anteriores en un cierre armónico en la parte anterior es decir overjet y overbite adecuados.

**Sistema Masticatorio:** Unidad funcional compuesta de dientes, músculos, pariodonto, mandíbulas, articulaciones temporomandibulares, ligamentos y tejidos blandos adheridos o relacionados a la boca y a la mandíbula, así como nervios y vasos sanguíneos.

**Sobremordida Horizontal:** Proyección de los dientes superiores anteriores y/o posteriores de uno de los arcos, más allá de sus antagonistas en una dirección horizontal, cuando los dientes posteriores ocluyen.

**Succión:** Es una acción refleja de un niño en la cual por medio de los labios imprime cualquier objeto, se denomina un hábito innato ya que se manifiesta desde el nacimiento pero si no desaparece en la edad adecuada puede convertirse en un problema a futuro.

## 2.4 MARCO LEGAL

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

**Los Trabajos de Titulación deben ser de carácter individual.** La evaluación será en función del desempeño del estudiante en las tutorías y en la sustentación del trabajo.

Este trabajo constituye el ejercicio académico integrador en el cual el estudiante demuestra los resultados de aprendizaje logrados durante la carrera, mediante la aplicación de todo lo interiorizado en sus años de estudio, para la solución del problema o la situación problemática a la que se alude. Los resultados de aprendizaje deben reflejar tanto el dominio de fuentes teóricas como la posibilidad de identificar y resolver problemas de investigación pertinentes. Además, los estudiantes deben mostrar:

Dominio de fuentes teóricas de obligada referencia en el campo profesional;

Capacidad de aplicación de tales referentes teóricos en la solución de problemas pertinentes;

Posibilidad de identificar este tipo de problemas en la realidad;

Habilidad

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

Habilidad para la obtención de información significativa sobre el problema;

Capacidad de análisis y síntesis en la interpretación de los datos obtenidos;

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

El documento escrito, por otro lado, debe evidenciar:

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

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

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

## 2.5 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

### 2.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

Maloclusión

### 2.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Malos Hábitos

## 2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| Variable independiente | Definición Conceptual                                                                                                      | Definición Operacional                                                          | Dimensiones                                                           | Indicadores                                                                                           |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mal oclusión           | Desarmonía en la relación de las piezas dentarias superiores con las inferiores, sin encaje oclusal por diferentes causas. | Produce diferentes posiciones dentarias con o sin relación de contacto oclusal. | -Factores genéticos<br>-Factores etiológicos<br>-Factores ambientales | - Diastemas<br>-Apiñamientos<br>-Pérdida de piezas dentarias prematuramente<br>-Malos Hábitos bucales |

| Variable dependiente                 | Definición Conceptual                                                                                                 | Definición Operacional                                                                                                   | Dimensiones                                                                            | Indicadores                                                                                                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Caries oculta en molares permanentes | Mecanismo de acción repetitiva o frecuente de un hábito pernicioso en niños de edades tempranas realizados de manera. | Produce anomalías dentales, esqueléticas, fonéticas, estéticas y de deglución en niños con acción repetitiva del hábito. | --Tiempo de instauración del hábito perjudicial.<br>-Frecuencia del hábito pernicioso. | - succión digital, labial.<br>-deglución atípica<br>-onicofagia<br>-respiración bucal<br>-interposición lingual |

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es no experimental porque nos enfocamos determinar de manera precoz la mal oclusiones y la relación efímera con los hábitos bucales perniciosos realizando el análisis y la exploración correspondiente tomando en cuenta las ventajas y desventajas que nos brinda.

Se usó el método teórico analítico porque tratamos de aislar cada uno de los componentes de la problemática en sí, en la cual los hábitos perjudiciales son el factor predisponente más recurrente que conlleva a la mal oclusión y así poder comprender la naturaleza de ellos, el tiempo de duración, su progreso para así poder establecer programas preventivos o tratamientos preventivos y correctivos al mismo tiempo.

Entre las herramientas se utilizó la Bioestadística y la encuesta como técnica en la cual se daba la medición de cada hábito bucal pernicioso, frecuencia, duración y tiempo.

En los criterios de Selección estuvo niños de 4 a 6 años. En los criterios de exclusión están niños con síndromes, retraso mental, labio y paladar fisurado y niños con tratamiento de ortopedia previo. .

#### **3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Según la naturaleza de los objetivos en cuanto al nivel de conocimiento que se desea alcanzar, el tipo de investigación que se aplicó fue:

**Bibliográfico:** Porque se basa en las investigaciones anteriormente realizadas, conceptos, y conclusiones ya establecidas, y practica porque empleamos esos conceptos y conocimientos antes establecidos para aplicarlos y demostrarlos en el campo operatorio.

**Descriptiva:** permite describir un problema bucodental de mayor incidencia dentro de la población que no tiene medidas de prevención adecuadas al medio y se la ha dejado a segundo plano.

**Explicativa:** tratamos de encontrar el factor predisponente que más se relacione a la mal oclusión, así tenemos en efímera relación a los hábitos perniciosos y la caries dental.

### **3.3 RECURSOS EMPLEADOS**

#### **3.3.1 TALENTO HUMANO**

**Investigador:** Kleber Xavier Mite González

**Ayudante 1:** Christopher Lopez Reyes

**Ayudante 2:** Darwin Bohorquez Arana

**Tutor:** Dra. Katuska Velasco Cornejo

**Pacientes**

#### **3.3.2 RECURSOS MATERIALES**

**Artículos de revisión**

**Computadora**

**Impresora**

**Libros**

**Lugar**

- Unidad Educativa José Martínez Queirolo

**Instrumental**

- Espejo Bucal
- Explorador
- Pinza Algodonera
- Abre Bocas
- Sonda Periodontal

## **Materiales**

- Gorro
- Gafas
- Mascarilla
- Guantes
- Mandil largo
- Espejo intraoral
- Alcohol
- Algodón
- Gasas
- Lápiz bicolor
- Plumas
- Hoja de Historia Clínica
- Hoja de Encuesta
- Trípticos
- Cámara fotográfica

## **Pendrive**

## **Sitios web**

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población la constituyeron los pacientes pediátricos analizados en la Unidad Educativa José Martínez Queirolo de la ciudad de Guayaquil de los cuales se escogieron pacientes de entre 4 y 6 años porque presentaban la patología de mal oclusión relacionados con hábitos bucales perniciosos a los cuales se procedió a documentar el caso para luego corroborarlo por medio de distintos procedimientos clínicos y análisis de la oclusión por métodos prácticos.

Se calculó un tamaño de muestra de 116 niños para determinar la asociación entre hábitos perniciosos orales y maloclusiones con una precisión de 95%.

### 3.5 FASES METODOLÓGICAS

Podríamos decir, que este proceso tiene tres fases claramente delimitadas:

Fase conceptual

Fase metodológica

Fase empírica

La **fase conceptual** de la investigación es aquella que va desde la concepción del problema de investigación a la concreción de los objetivos del estudio que pretendemos llevar a cabo. Esta es una fase de fundamentación del problema en el que el investigador descubre la pertinencia y la viabilidad de su investigación, o por el contrario, encuentra el resultado de su pregunta en el análisis de lo que otros han investigado.

La formulación de la pregunta de investigación: En este apartado el investigador debe dar forma a la idea que representa a su problema de investigación.

Revisión bibliográfica de lo que otros autores han investigado sobre nuestro tema de investigación, que nos ayude a justificar y concretar nuestro problema de investigación.

Descripción del marco de referencia de nuestro estudio: Desde qué perspectiva teórica abordamos la investigación.

Relación de los objetivos e hipótesis de la investigación: Enunciar la finalidad de nuestro estudio y el comportamiento esperado de nuestro objeto de investigación.

**La fase metodológica** es una fase de diseño, en la que la idea toma forma. En esta fase dibujamos el "traje" que le hemos confeccionado a nuestro estudio a partir de nuestra idea.

Elección del diseño de investigación: La presente investigación es no experimental porque no empleamos nada nuevo sino que nos enfocamos en el análisis y determinación de los hábitos bucales perniciosos y su

incidencia en la maloclusiones aplicada en los pacientes pediátricos, estudiando su medio de abordaje, diagnóstico y posibilidades de tratamiento prematuro y adecuado.

Definición de los sujetos del estudio: para la investigación se escogió niños de 4 a 6 años que asistían a la Unidad Educativa José Martínez Queirolo de la ciudad de Guayaquil periodo 2014 – 2015, de entre los cuales solo se tomó en cuenta los que presentaban la patología de mal oclusiones relacionadas a los hábitos perjudiciales y se excluyeron niños con síndromes, retraso mental, labio y paladar fisurado y niños con tratamiento de ortopedia previo.

Descripción de las variables de la investigación: Se presentan como variable dependientes en el presente estudio los hábitos orales como causantes de las maloclusiones dentales en niños en periodo de desarrollo. Las variables son: el hábito oral si lo presenta o no; el tipo de hábito ya sea succión digital, de biberón, de chupón o labial, deglución atípica o interposición lingual y respiración bucal; edad los años cumplidos desde el nacimiento hasta el día del estudio (4 a 6 años) y el género masculino o femenino. Las variables independientes fueron las maloclusiones dentales se desarrollan a partir de hábitos orales en niños en desarrollo, se presentaron los tipos de maloclusión ya sea plano terminal recto (la superficie distal de los dientes superiores e inferiores está nivelada, por lo tanto, situada en el mismo plano vertical), escalón distal (la superficie distal de los molares inferiores es más distal que los superiores), o escalón mesial (la superficie distal de los molares inferiores es más mesial que el superior), tipo de oclusión posterior normal, abierta o cruzada lo cual se midió con la vertiente de la cúspide vestibular del primer molar superior ocluía anteriormente a la vertiente de la cúspide vestibular del primer molar inferior, y el tipo de mordida o resalte anterior horizontal que es la superposición horizontal de los incisivos y la vertical que es la superposición vertical de los incisivos en ambas se ya sea normal, aumentada o disminuida.

Elección de las herramientas de recogida y análisis de los datos: la investigación es puramente bibliográfica, descriptiva y explicativa. Se interrogó a los padres de familia por medio de la encuesta brindando datos completos del paciente como la edad y el género, y se cuestionó si presentaban hábitos orales sus hijos manifestándoles las cualidades de cada hábito perjudicial por ejemplo: hábito de succión, si el niño se chupa algún dedo, se muerde el labio, respira por la boca o tiene alguna postura diferente de la lengua ya sea al comer o en reposo mantenga la punta de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores, ya que muchos padres no saben si sus hijos tienen un hábito o simplemente no saben que es un hábito perjudicial y lo ven normal.

Luego se examinó al niño extraoral en intraoralmente por medio del espejo bucal para obtener la información deseada, se procedió a observar la oclusión molar, tipo de mordida transversal posterior y sobremordida vertical y horizontal y se empezó a indagar si presentaba indicios de algún hábito perjudicial que luego corroboramos con la encuesta y se procedieron a verter datos en la computadora programa Excel según estos criterios se procedió a relacionar a los hábitos bucales con la mal oclusión según el tipo de mordida que presentara el paciente pediátrico.

La última fase, **la fase empírica** es, sin duda, la que nos resulta más atractiva, Recogida de datos: En esta etapa recogeremos los datos de forma sistemática utilizando las herramientas que hemos diseñado previamente. Análisis de los datos: Los datos se analizan en función de la finalidad del estudio, según se pretenda explorar o describir fenómenos o verificar relaciones entre variables.

Interpretación de los resultados:

Un análisis meramente descriptivo de los datos obtenidos puede resultar poco interesante, tanto para el investigador, como para los interesados en conocer los resultados de un determinado estudio. Poner en relación los datos obtenidos con el contexto en el que tienen lugar y analizarlo a la luz de trabajos anteriores enriquece, sin duda, el estudio llevado a cabo.

Difusión de los resultados: Una investigación que no llega al resto de la comunidad de personas y profesionales implicados en el objeto de la misma tiene escasa utilidad, aparte de la satisfacción personal de haberla llevado a cabo. Si pensamos que la investigación mejora la práctica clínica comunicar los resultados de la investigación resulta un deber ineludible para cualquier investigador.

## 4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos de las encuestas fueron procesados en el paquete estadísticamente Obteniendo los resultados que se describen a continuación.

El estudio se compuso pacientes de 4 a 6 años de edad de ambos géneros. Se muestra el total de niños encuestados por edad y género (tabla 1, gráfica 1).

Tabla 1. Pacientes atendidos y hábitos perjudiciales presentes

| HABITOS PERNICIOSOS |        |                  |                 |                       |                   |            |             |                                  |
|---------------------|--------|------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|------------|-------------|----------------------------------|
| Pacientes           | EDAD   | S<br>E<br>X<br>O | SUCCIÓN DIGITAL | INTERPOSICIÓN LINGUAL | RESPIRACIÓN BUCAL | ONICOFAGIA | APIÑAMIENTO | MORDER Y SUCCIONAR OTROS OBJETOS |
| 1                   | 4 AÑOS | F                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 1                                |
| 2                   | 4 AÑOS | F                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 3                   | 5 AÑOS | F                | 1               | 0                     | 0                 | 1          | 0           | 0                                |
| 4                   | 5 AÑOS | F                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 5                   | 4 AÑOS | F                | 0               | 0                     | 0                 | 1          | 0           | 0                                |
| 6                   | 5 AÑOS | F                | 1               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 1                                |
| 7                   | 5 AÑOS | F                | 1               | 0                     | 0                 | 1          | 0           | 0                                |
| 8                   | 4 AÑOS | F                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 1                                |
| 9                   | 5 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 10                  | 4 AÑOS | M                | 1               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 11                  | 5 AÑOS | F                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 12                  | 5 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 1          | 0           | 0                                |
| 13                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 1                                |
| 14                  | 4 AÑOS | M                | 1               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 15                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 1                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 16                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 17                  | 4 AÑOS | M                | 1               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 18                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 19                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 20                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 21                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 22                  | 4 AÑOS | M                | 1               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 23                  | 4 AÑOS | F                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |
| 24                  | 4 AÑOS | M                | 0               | 0                     | 0                 | 0          | 0           | 0                                |

|    |        |   |   |   |   |   |   |   |
|----|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | 4 AÑOS | F | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 26 | 4 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 27 | 4 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 28 | 4 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 29 | 4 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 30 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 31 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 32 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 33 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 34 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 35 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 36 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 37 | 4 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 38 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 39 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 40 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 41 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 42 | 4 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 43 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 44 | 4 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 | 5 AÑOS | M | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 46 | 6 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 47 | 4 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 48 | 5 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 49 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 50 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 51 | 5 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 52 | 5 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 53 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 54 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 55 | 5 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 56 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 57 | 6 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 58 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 59 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 61 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 62 | 4 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 63 | 6 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 64 | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65 | 5 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 66 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

|     |        |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|--------|---|---|---|---|---|---|---|
| 67  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 68  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 69  | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 70  | 4 AÑOS | F | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 71  | 4 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 72  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 73  | 6 AÑOS | F | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 74  | 6 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 76  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 77  | 6 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 78  | 5 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 79  | 6 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80  | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 81  | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 82  | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 83  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 84  | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 85  | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 86  | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 87  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 88  | 5 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 89  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 90  | 6 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 91  | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 92  | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 93  | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 94  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95  | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 96  | 6 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 97  | 5 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 98  | 5 AÑOS | F | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 99  | 5 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 100 | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 101 | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 102 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 103 | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 104 | 6 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 105 | 6 AÑOS | M | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 106 | 6 AÑOS | M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 107 | 5 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 108 | 6 AÑOS | F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

|       |        |   |    |   |   |    |   |    |
|-------|--------|---|----|---|---|----|---|----|
| 109   | 6 AÑOS | F | 0  | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| 110   | 5 AÑOS | F | 0  | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| 111   | 5 AÑOS | F | 0  | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| 112   | 5 AÑOS | M | 0  | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| 113   | 5 AÑOS | M | 1  | 1 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| 114   | 5 AÑOS | F | 0  | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| 115   | 5 AÑOS | F | 0  | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| 116   | 5 AÑOS | M | 0  | 0 | 0 | 0  | 0 | 0  |
| Total |        |   | 29 | 3 | 7 | 12 | 0 | 17 |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

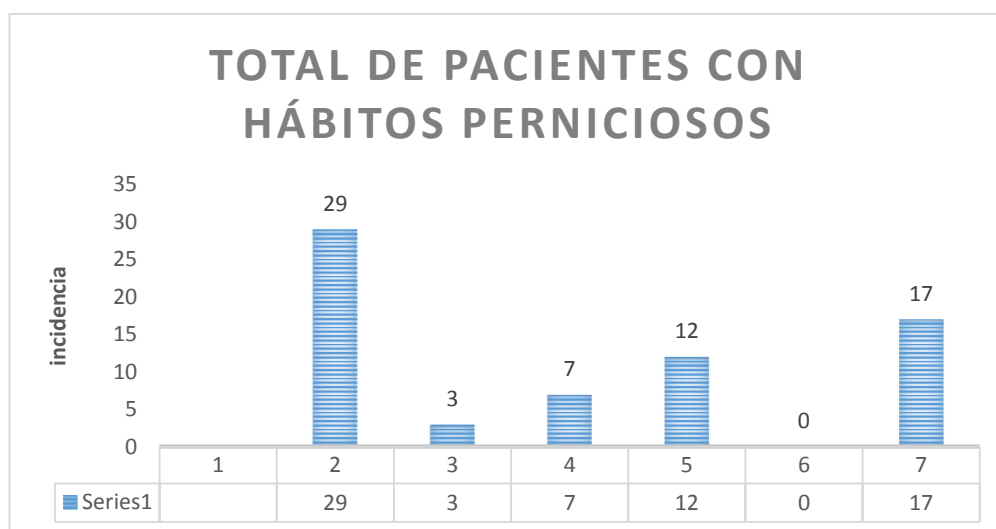
Autor: Kleber Xavier Mite González

**Nota:** el análisis de los datos se dieron en número, los cuales tienen la siguiente simbología:

**0 = sin hábito presente**

**1 = presencia de hábito**

Grafico 1. Pacientes atendidos y hábitos perjudiciales presentes



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

La mayoría de los niños fueron de 5 años con 49% seguido de los 4 años de edad con un 33%, seguido de los de 6 años con un 18% y el género más frecuente fue el femenino con 52% (tabla 2, gráfica 2).

Tabla 2. Número de pacientes atendidos por grupo etareo y sexo

| NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR GRUPO ETAREOS Y SEXO |           |           |           |                |             |
|--------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------|-------------|
| SEXO                                                   |           |           |           |                |             |
| EDAD                                                   | 4 AÑOS    | 5 AÑOS    | 6 AÑOS    | TOTAL DE NIÑOS | PORCENTAJE  |
| SEXO                                                   |           |           |           |                |             |
| HOMBRES                                                | 18        | 30        | 8         | 56             | 48%         |
| MUJERES                                                | 20        | 27        | 13        | 60             | 52%         |
| <b>TOTAL</b>                                           | <b>38</b> | <b>57</b> | <b>21</b> | <b>116</b>     | <b>100%</b> |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Gráfico 2. Número de pacientes atendidos por grupo etareo y sexo



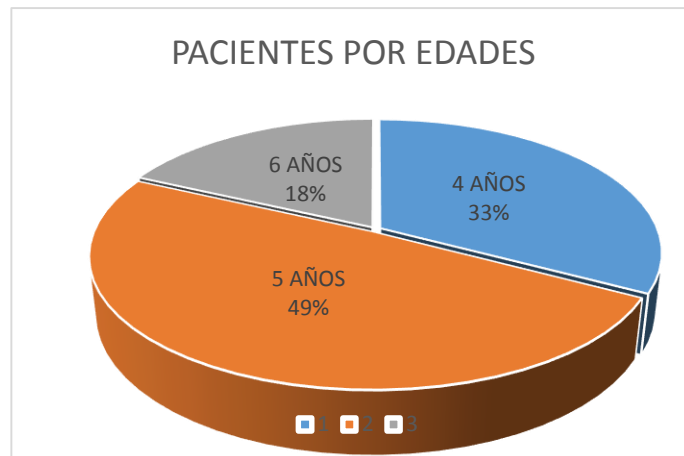
Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

De la totalidad de los pacientes encuestados la mayoría eran de 4 y 5 años de edad, de estos los pacientes que presentaron más hábitos fueron a los 4 años y los que menos tuvieron hábitos fueron los de 6 años de edad.

Como se mencionó anteriormente la mayoría de los encuestados fueron del género femenino por lo tanto comparados con el género masculino presentaron más hábitos orales pero no tiene un valor significativo ya que la diferencia entre la totalidad los niños y niñas que presentaron y no presentaron hábitos orales es muy parecido. (Tabla 2, gráfica 3).

Grafico 3. Número de pacientes por edades



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Se tomó la totalidad de presencia y ausencia de hábitos orales en todos los encuestados. La mayoría de los niños no presentaron algún hábito pero hubo 29 de ellos si presentaron hábitos en relación a la mala oclusión lo cual está evidenciado en fotografías.

### Frecuencia y Porcentaje de Hábitos Orales

El hábito más frecuente en los pacientes encuestados que si presentaron hábito oral, el de succión fue el más frecuente con un 43%, siendo la Interposición lingual el menos frecuente con 4% (tabla 3, gráfica 4).

Tabla 3. Frecuencia y Porcentaje de Hábitos Orales

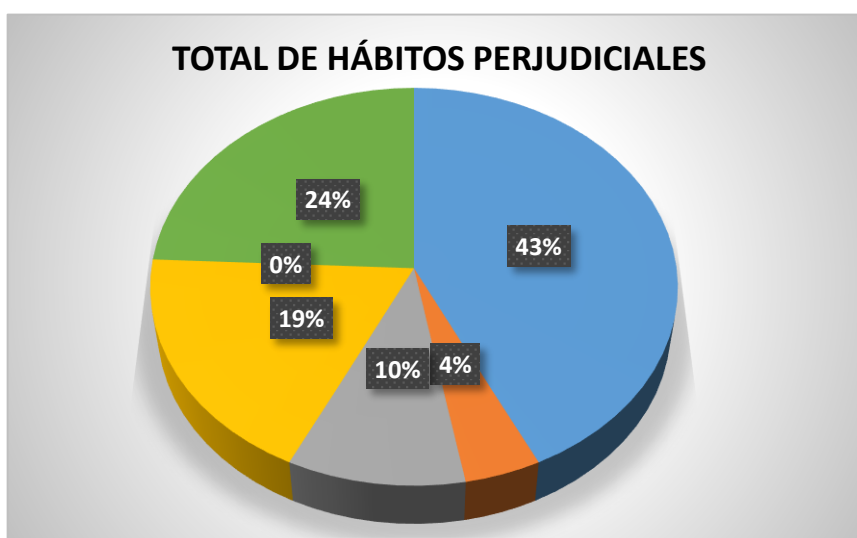
| TOTAL DE HÁBITOS PERJUDICIALES |           |          |       |            |
|--------------------------------|-----------|----------|-------|------------|
| SEXO                           |           |          |       |            |
| OCLUSION                       | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | PORCENTAJE |
| SUCCION DIGITAL                | 15        | 15       | 30    | 43%        |
| INTERPOSICION LIGUAL           | 1         | 2        | 3     | 4%         |
| RESPIRACION BUCAL              | 3         | 4        | 7     | 10%        |
| ONIGOFAGIA                     | 5         | 8        | 13    | 19%        |

|                                     |    |    |    |      |
|-------------------------------------|----|----|----|------|
| MORDER O SUCCIONAR<br>OTROS OBJETOS | 10 | 7  | 17 | 24%  |
| TOTAL                               | 34 | 36 | 70 | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafica 4. Frecuencia y Porcentaje de Hábitos Orales



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Los pacientes que presentaron hábito de succión en su mayoría eran de 5 años de edad seguidos por los de 4 y 6 años, (tabla 4 y grafica 5), la Respiración bucal tuvo mayor frecuencia en los pacientes de 5 años seguido de los de 4 años y luego los de 6 años (tabla 6 y grafica 7), en cuanto a pacientes con interposición lingual en los de 4 años, seguido de los de 5 años y por último los de 6 años (tabla 8 y grafica 9), mientras en pacientes con Onicofagia hubo mayor incidencia en pacientes de 5 años luego los de 4 años y por último los de 6 años (tabla 10 y grafica 11) y por último hubo paridad en pacientes que mordían o succionaban otros objetos entre los de 4 y 5 años (tabla 12 y grafica 13).

Tabla 4. Pacientes con hábito de succión por edad

| PACIENTES POR EDADES | SI | NO | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|----------------------|----|----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años               | 10 | 28 | 38    | 9%          | 24% | 33%  |
| 5 años               | 14 | 43 | 57    | 12%         | 37% | 49%  |
| 6 años               | 6  | 15 | 21    | 5%          | 13% | 18%  |
| TOTAL                | 30 | 86 | 116   | 26%         | 74% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Gráfico 5. Pacientes con hábito de succión por edad

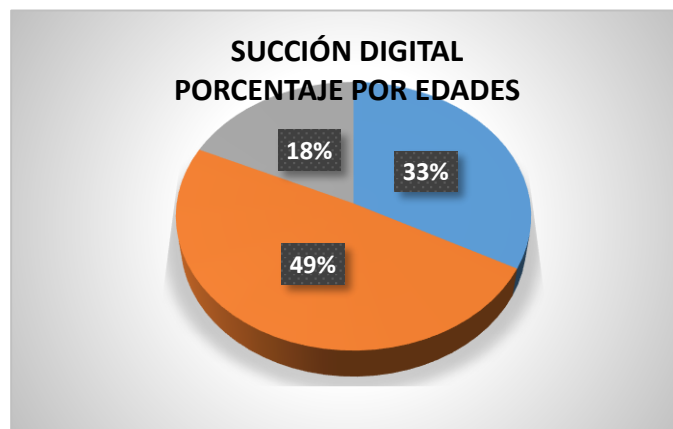


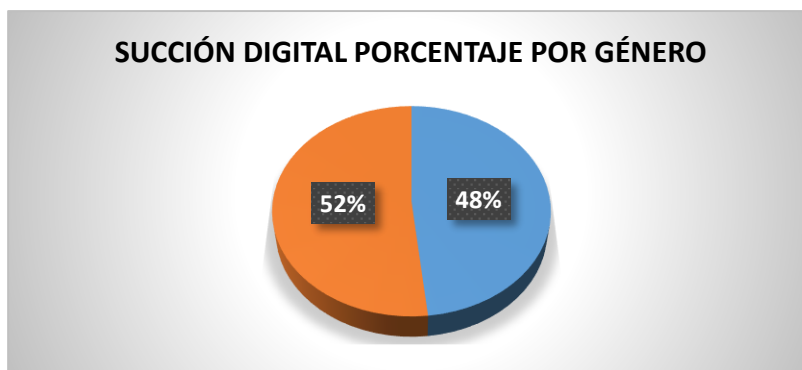
Tabla 5. Pacientes con hábito de succión por género

| PACIENTES POR GENERO | SI | NO | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|----------------------|----|----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO            | 14 | 42 | 56    | 12%         | 36% | 48%  |
| FEMENINO             | 16 | 44 | 60    | 14%         | 38% | 52%  |
| TOTAL                | 30 | 86 | 116   | 26%         | 74% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 6. Pacientes con hábito de succión por edad



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

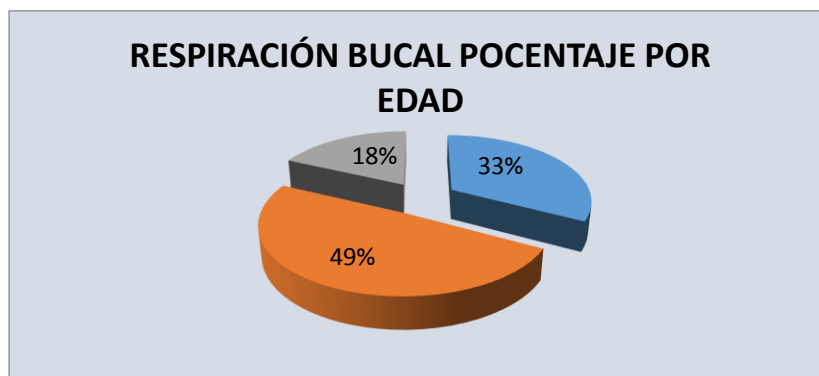
Tabla 6. Pacientes con hábito de respiración bucal por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 2  | 36  | 38    | 2%          | 31% | 33%  |
| 5 años                  | 6  | 51  | 57    | 5%          | 44% | 49%  |
| 6 años                  | 1  | 20  | 21    | 1%          | 17% | 18%  |
| TOTAL                   | 9  | 107 | 116   | 8%          | 92% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 7. Pacientes con hábito de respiración bucal por edad



Autor: Kleber Xavier Mite González

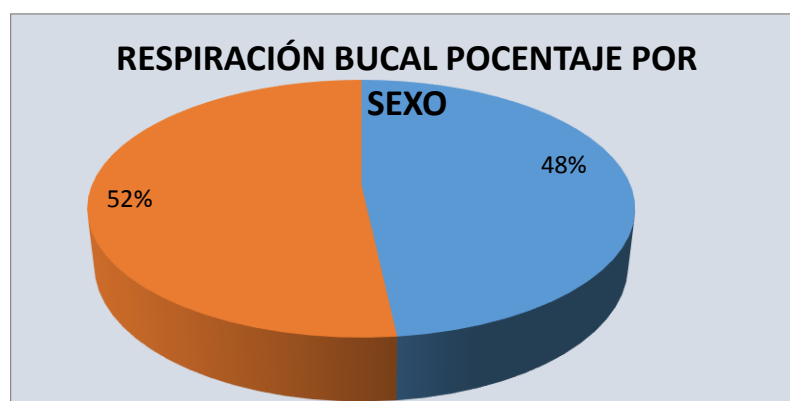
Tabla 7. Pacientes con hábito de respiración bucal por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 3  | 53  | 56    | 3%          | 46% | 48%  |
| FEMENINO  | 6  | 54  | 60    | 5%          | 47% | 52%  |
| TOTAL     | 9  | 107 | 116   | 8%          | 92% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 8. Pacientes con hábito de respiración bucal por edad



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

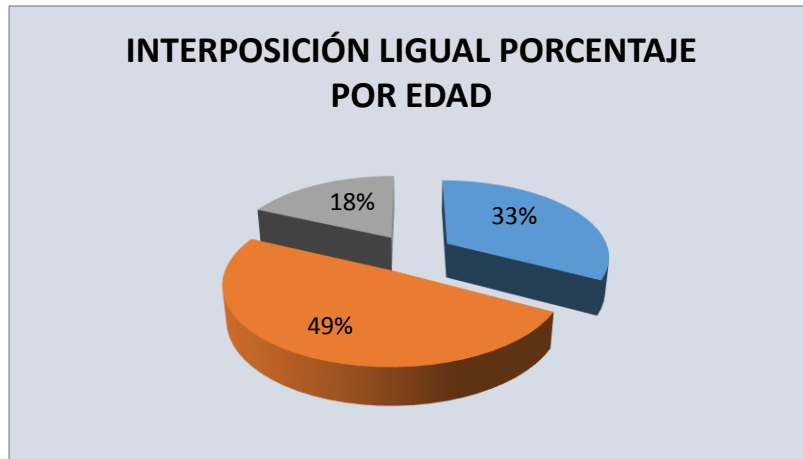
Tabla 8. Pacientes con hábito de interposición lingual por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 2  | 36  | 38    | 2%          | 31% | 33%  |
| 5 años                  | 1  | 56  | 57    | 1%          | 48% | 49%  |
| 6 años                  | 0  | 21  | 21    | 0%          | 18% | 18%  |
| TOTAL                   | 3  | 113 | 116   | 3%          | 97% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 9. Pacientes con hábito de interposición lingual por edad



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

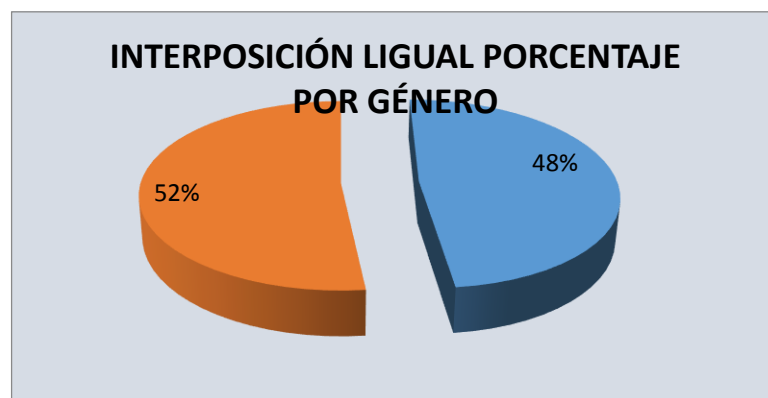
Tabla 9. Pacientes con hábito de interposición lingual por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 1  | 55  | 56    | 1%          | 47% | 48%  |
| FEMENINO  | 2  | 58  | 60    | 2%          | 50% | 52%  |
| TOTAL     | 3  | 113 | 116   | 3%          | 97% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 10. Pacientes con hábito de interposición lingual por género



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

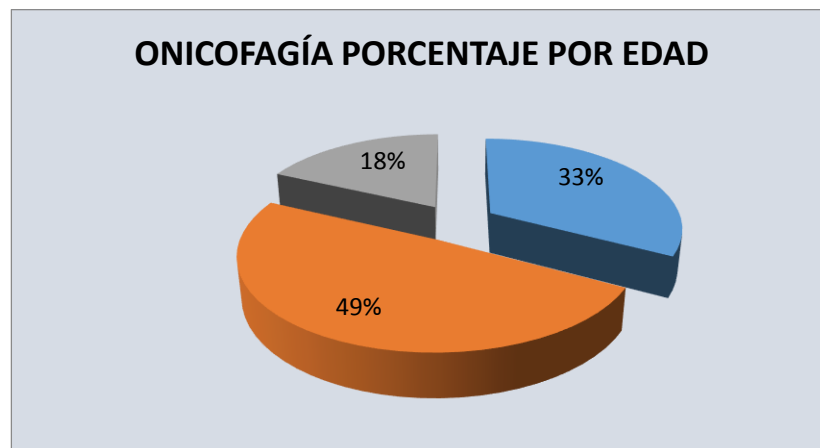
Tabla 10. Pacientes con hábito de onicofagia por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 4  | 34  | 38    | 3%          | 29% | 33%  |
| 5 años                  | 6  | 51  | 57    | 5%          | 44% | 49%  |
| 6 años                  | 3  | 18  | 21    | 3%          | 16% | 18%  |
| TOTAL                   | 13 | 103 | 116   | 11%         | 89% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 11. Pacientes con hábito de onicofagia por edad



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 11. Pacientes con hábito de onicofagia por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 5  | 51  | 56    | 4%          | 44% | 48%  |
| FEMENINO  | 8  | 52  | 60    | 7%          | 45% | 52%  |
| TOTAL     | 13 | 103 | 116   | 11%         | 89% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico12. Pacientes con hábito de onicofagia por género

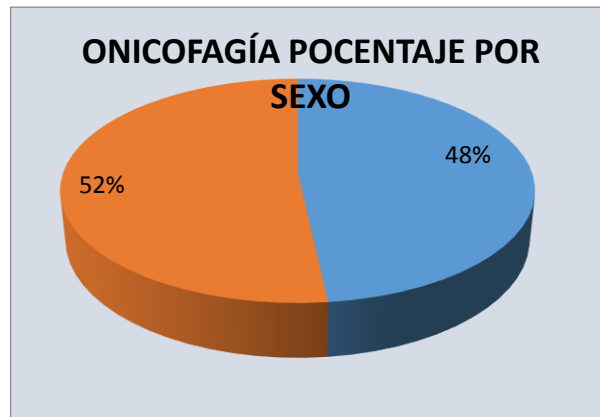


Tabla 12. Pacientes con hábito de morder o succionar otros objetos por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 7  | 31 | 38    | 6%          | 27% | 33%  |
| 5 años                  | 7  | 50 | 57    | 6%          | 43% | 49%  |
| 6 años                  | 3  | 18 | 21    | 3%          | 16% | 18%  |
| TOTAL                   | 17 | 99 | 116   | 15%         | 85% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 13. Pacientes con hábito de morder o succionar otros objetos por edad



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

En lo que se refieren a frecuencia de géneros en cada hábito el género femenino predomino más en la presencia de todos los hábitos orales prescritos y mencionados con la excepción en pacientes que presentaron el hábito de morder o succionar otros objetos en el cual el sexo masculino predomina (tabla 13 y grafica 14).

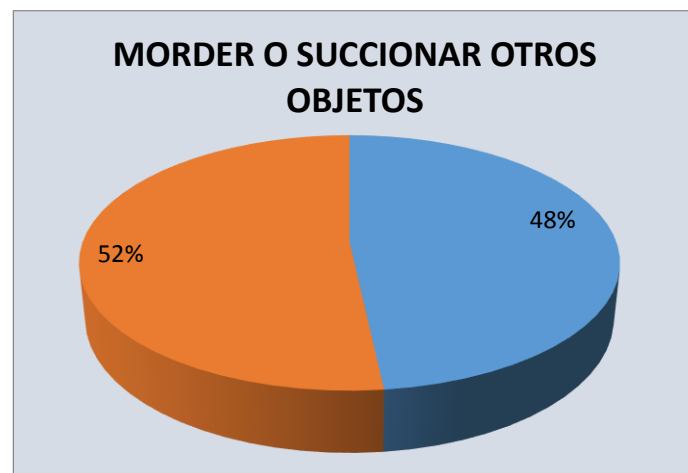
Tabla 13. Pacientes con hábito de morder o succionar otros objetos por género

| GENERO    | SI | NO | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 9  | 47 | 56    | 8%          | 41% | 48%  |
| FEMENINO  | 8  | 52 | 60    | 7%          | 45% | 52%  |
| TOTAL     | 17 | 99 | 116   | 15%         | 85% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 14. Pacientes con hábito de morder o succionar otros objetos por género



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

### Frecuencia y Porcentaje de Oclusiones

La oclusión más frecuente fue el plano terminal recto con un 70% seguido del escalón mesial con un 23%, el menos común fue el escalón distal con 7% (tabla 14, gráfica 15).

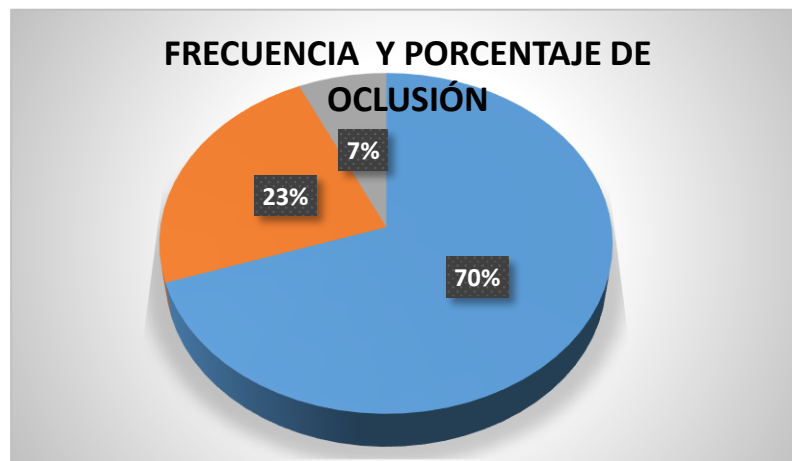
Tabla 14. Frecuencia y Porcentaje de Oclusiones

| FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE OCLUSIÓN |            |            |
|-------------------------------------|------------|------------|
| MALOCCLUSION                        | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
| ESCALON RECTO                       | 81         | 70%        |
| ESCALON MESIAL                      | 27         | 23%        |
| ESCALON DISTAL                      | 8          | 7%         |
| TOTAL                               | 116        | 100%       |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Gráfico 15. Frecuencia y Porcentaje de Oclusiones



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

La maloclusión más frecuente en los pacientes de 4 y 5 años de edad fue el plano terminal recto, en los pacientes de 4 años fue el plano terminal recto y el escalón mesial teniendo una diferencia no significativa entre ambas y a los 6 años se presentó mayor la presencia de plano terminal recto, seguida por la de escalón mesial y por último escalón distal (tabla 15, gráfica 16).

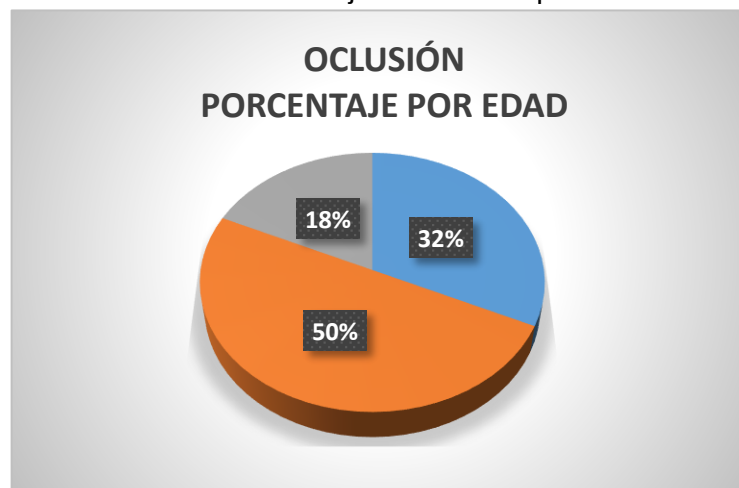
Tabla 15. Porcentaje de oclusión por edad

| PACIENTES<br>POR<br>EIDADES | PLANO<br>TERMINAL<br>RECTO | ESCALON<br>DISTAL | ESCALON<br>MESIAL | TOTAL | PORCENTAJES |    |     |      |
|-----------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|-------|-------------|----|-----|------|
|                             |                            |                   |                   |       |             |    |     |      |
| 4 años                      | 18                         | 3                 | 16                | 37    | 16%         | 3% | 14% | 32%  |
| 5 años                      | 46                         | 4                 | 8                 | 58    | 40%         | 3% | 7%  | 50%  |
| 6 años                      | 17                         | 1                 | 3                 | 21    | 15%         | 1% | 3%  | 18%  |
| TOTAL                       | 81                         | 8                 | 27                | 116   | 70%         | 7% | 23% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 16. Porcentaje de oclusión por edad



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Se muestra en las evidencias que la oclusión transversal posterior más frecuente fue la normal.

En todas las edades se presentó con más frecuencia la mordida transversal posterior normal y en los pocos casos que se presentó mordida cruzada en su mayoría fue en pacientes de 4 años de edad con 3 casos 33% tomando en cuenta sólo los pacientes que presentaron hábitos orales (tabla 16, grafico 17).

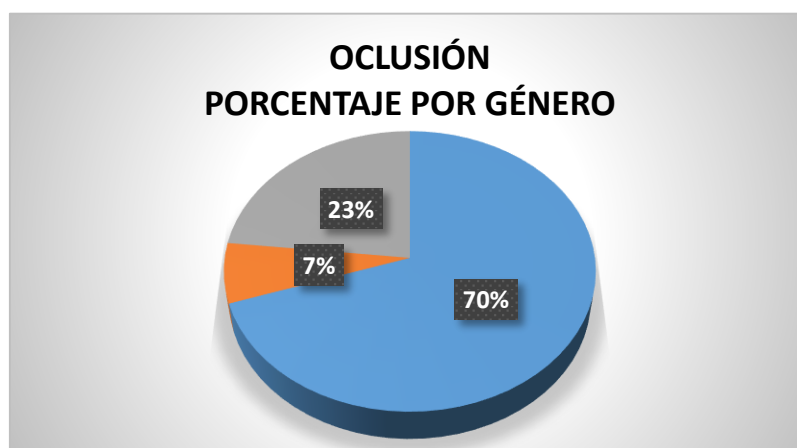
Tabla 16. Porcentaje de oclusión por género

| OCCLUSIÓN/GÉNERO     | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|----------------------|----------|-----------|-------|-------------|-----|------|
| PLANO TERMINAL RECTO | 41       | 40        | 81    | 35%         | 34% | 70%  |
| ESCALON DISTAL       | 6        | 2         | 8     | 5%          | 2%  | 7%   |
| ESCALON MESIAL       | 14       | 13        | 27    | 12%         | 11% | 23%  |
| TOTAL                | 61       | 55        | 116   | 53%         | 47% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 17. Porcentaje de oclusión por género



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

### Asociación de hábitos con oclusión Dental

De los 116 pacientes estudiados 30 presentaron algún hábito de succión y 86 no presentaron. La oclusión más frecuente en los niños que si presentaron el hábito fue el plano terminal recto en un 40% y lo que no tuvieron el hábito el 27%. En tanto el escalón mesial se presentó en un 10% en pacientes con hábito y sin hábito en un 20%. Por último el escalón distal se encontró el 3% en los que no presentaron (, tabla 17 Y 18, gráfica 18).

Tabla 17. Frecuencia de oclusión con relación al hábito de succión digital

| TIPO DE MAL<br>OCLUSION | SUCCION DIGITAL |    | TOTAL |
|-------------------------|-----------------|----|-------|
|                         | SI              | NO |       |
| ESCALON RECTO           | 12              | 8  | 20    |
| ESCALON<br>MESIAL       | 3               | 6  | 9     |
| ESCALON DISTAL          | 0               | 1  | 1     |
| TOTAL                   | 15              | 15 | 30    |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

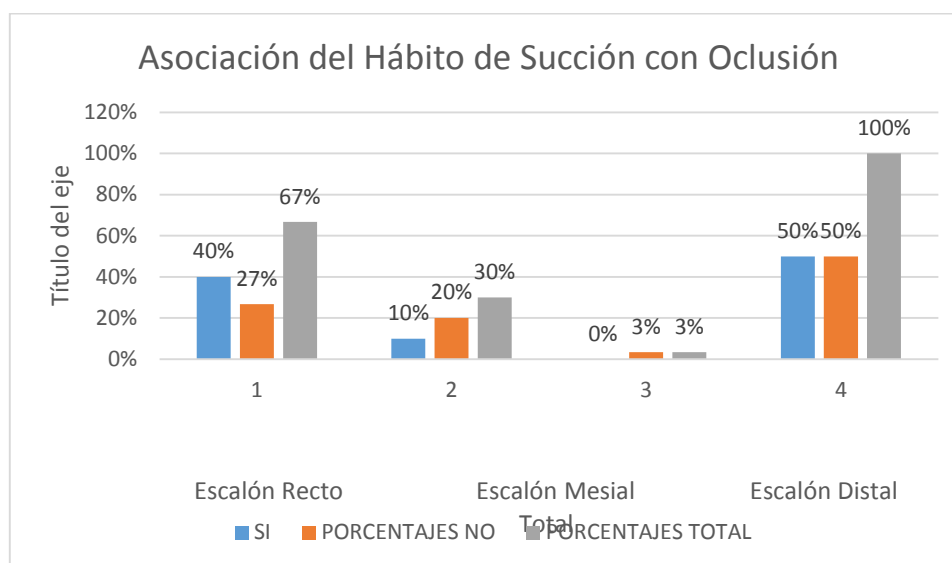
Tabla 18. Porcentaje de oclusión con relación al hábito de succión digital

| PORCENTAJES |     | TOTAL |
|-------------|-----|-------|
| SI          | NO  |       |
| 40%         | 27% | 67%   |
| 10%         | 20% | 30%   |
| 0%          | 3%  | 3%    |
| 50%         | 50% | 100%  |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 18. Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de succión digital



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

La interposición lingual se presentó en 3 pacientes del total de los encuestados, de estos la maloclusión más frecuente fue el plano terminal recto en un 67% y 33% escalón mesial con el hábito presente, mientras el resto fue en ausencia del hábito (tabla 19 Y 20, gráfica 19).

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de Interposición Lingual

| TIPO DE MAL OCLUSION | Interposición Lingual |    |       |
|----------------------|-----------------------|----|-------|
|                      | SI                    | NO | TOTAL |
| ESCALON RECTO        | 2                     | 0  | 2     |
| ESCALON MESIAL       | 1                     | 0  | 1     |
| ESCALON DISTAL       | 0                     | 0  | 0     |
| TOTAL                | 3                     | 0  | 3     |

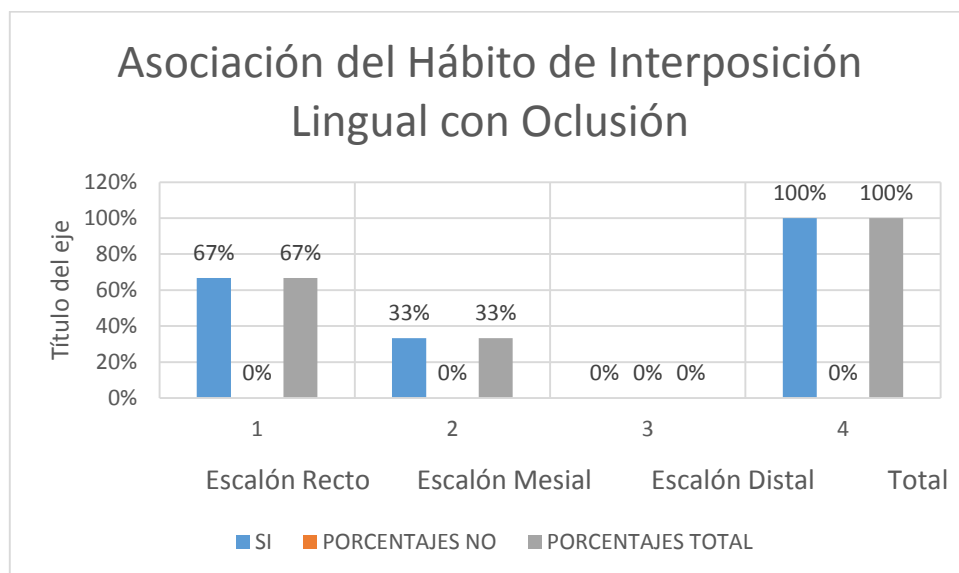
Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 20. Porcentaje de oclusión con relación al hábito de Interposición Lingual

|      | PORCENTAJES |       |
|------|-------------|-------|
| SI   | NO          | TOTAL |
| 67%  | 0%          | 67%   |
| 33%  | 0%          | 33%   |
| 0%   | 0%          | 0%    |
| 100% | 0%          | 100%  |

Grafico 19. Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de Interposición Lingual



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

La respiración bucal presento 9 pacientes del total de los encuestados, de estos la oclusión más frecuente fue el plano terminal recto en un 33% y lo que no tuvieron el hábito el 22%. Mientras tanto el escalón mesial se presentó en un 22% en pacientes con hábito y sin hábito en un 11%. Por último el escalón distal se encontró el 11% en los que si presentaron hábitos (tabla 21 Y 22, gráfica 20).

Tabla 21. Frecuencia de oclusión con relación al hábito de Respiración Bucal

| TIPO DE MAL OCLUSION | RESPIRACION BUCAL |    |       |
|----------------------|-------------------|----|-------|
|                      | SI                | NO | TOTAL |
| ESCALON RECTO        | 3                 | 2  | 5     |
| ESCALON MESIAL       | 2                 | 1  | 3     |
| ESCALON DISTAL       | 1                 | 0  | 1     |
| TOTAL                | 6                 | 3  | 9     |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

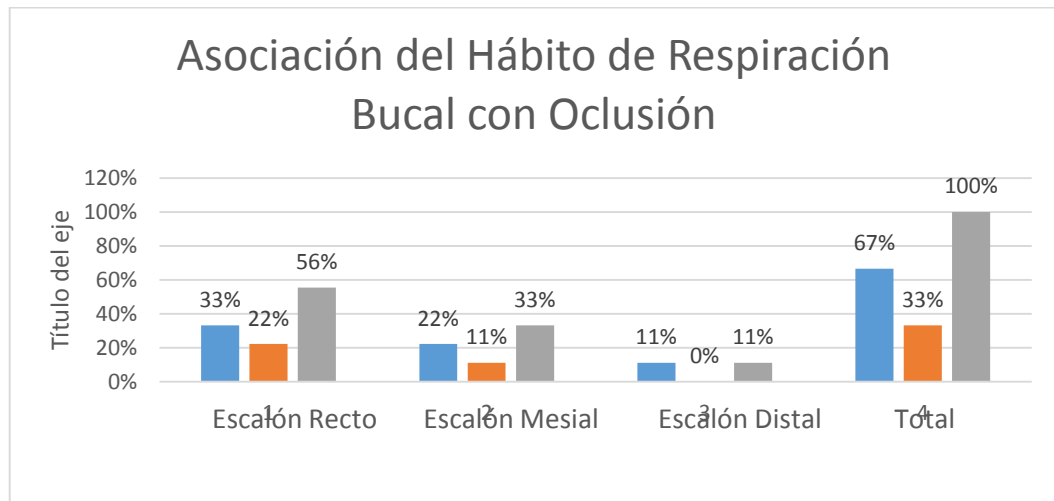
Tabla 22. Porcentaje de oclusión con relación al hábito de Respiración Bucal

| PORCENTAJES |     |       |
|-------------|-----|-------|
| SI          | NO  | TOTAL |
| 33%         | 22% | 56%   |
| 22%         | 11% | 33%   |
| 11%         | 0%  | 11%   |
| 67%         | 33% | 100%  |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 20. Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de Respiración Bucal



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

La Onicofagia presento 17 pacientes del total de los encuestados, de estos la oclusión más frecuente fue el plano terminal recto en un 31% y lo que no tuvieron el hábito el 15%. Mientras tanto el escalón mesial se presentó en un 15% en pacientes con hábito y sin hábito en un 15%. Por último el escalón distal se encontró el 15% en los que si presentaron hábitos y 8% en los que no presentaron el hábito (tabla 22 Y 23, gráfica 21).

Tabla 23. Frecuencia de oclusión con relación al hábito de onicofagia

| TIPO DE MAL OCLUSION | ONIGOFAGIA |    |       |
|----------------------|------------|----|-------|
|                      | SI         | NO | TOTAL |
| ESCALON RECTO        | 4          | 2  | 6     |
| ESCALON MESIAL       | 2          | 2  | 4     |
| ESCALON DISTAL       | 2          | 1  | 3     |
| TOTAL                | 8          | 5  | 13    |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

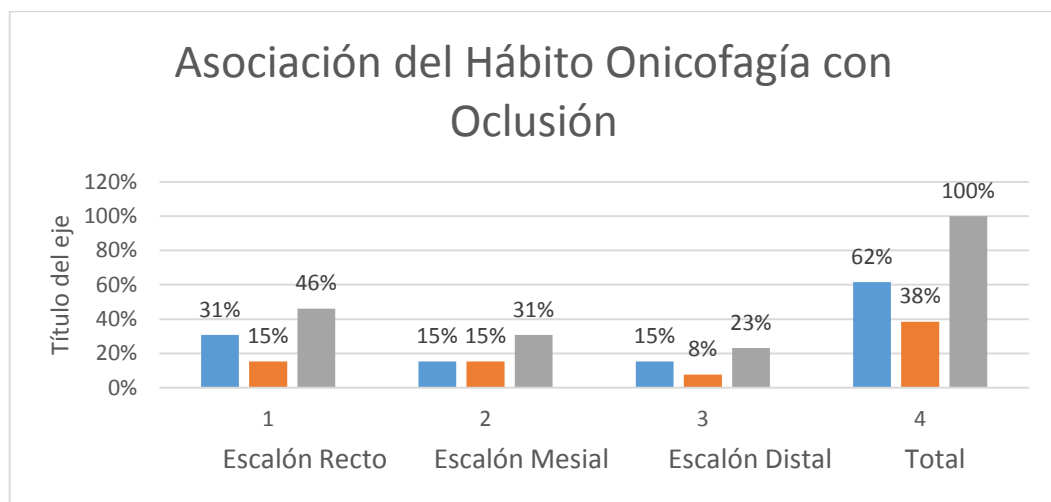
Tabla 24. Porcentaje de oclusión con relación al hábito de onicofagia

| PORCENTAJES |     |       |
|-------------|-----|-------|
| SI          | NO  | TOTAL |
| 31%         | 15% | 46%   |
| 15%         | 15% | 31%   |
| 15%         | 8%  | 23%   |
| 62%         | 38% | 100%  |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 21. Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de onicofagia



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Mientras la relación entre morder o succionar otros objetos con oclusión presento 13 pacientes del total de los encuestados, de estos la oclusión más frecuente fue el plano terminal recto en un 35% y lo que no tuvieron el hábito el 18%. Mientras tanto el escalón mesial se presentó en un 18% en pacientes con hábito y sin hábito en un 12%. Por último el escalón distal se encontró el 12% en los que si presentaron hábitos y 6% en los que no presentaron el hábito (tabla 24 Y 25, gráfica 22).

Tabla 25. Frecuencia de oclusión con relación al hábito de morder o succionar otros objetos

| TIPO DE MAL OCLUSION | MORDER O SUCCIONAR OTROS OBJETO |    |       |
|----------------------|---------------------------------|----|-------|
|                      | SI                              | NO | TOTAL |
| ESCALON RECTO        | 6                               | 3  | 9     |
| ESCALON MESIAL       | 3                               | 2  | 5     |
| ESCALON DISTAL       | 2                               | 1  | 3     |
| TOTAL                | 11                              | 6  | 17    |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

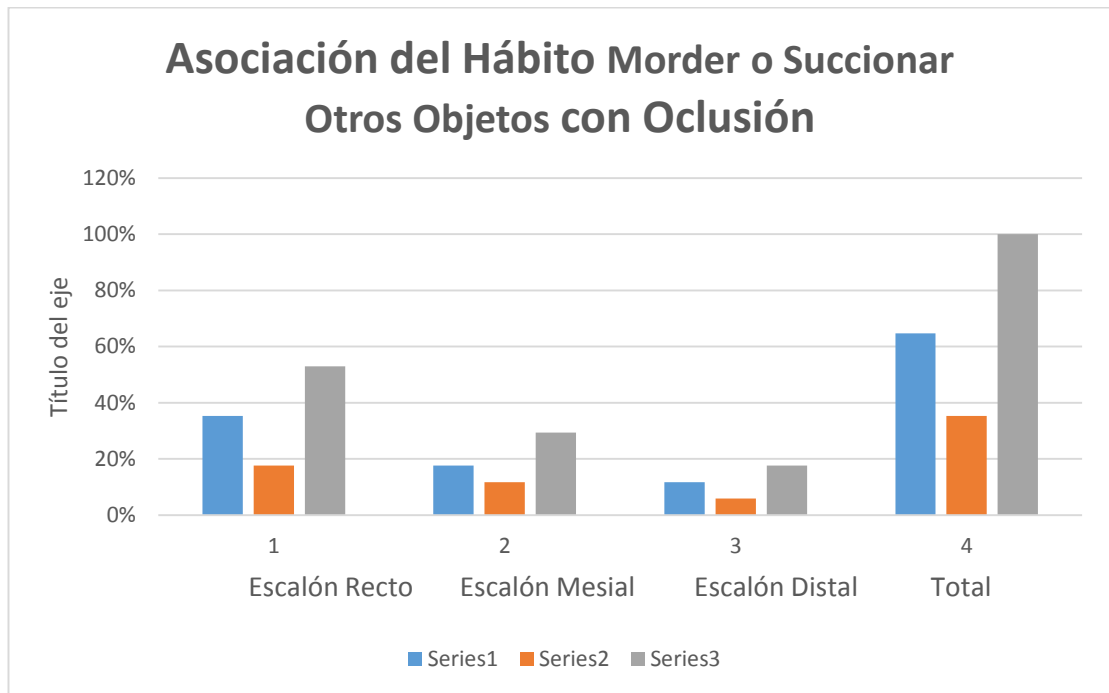
Tabla 26. Porcentaje de oclusión con relación al hábito de morder o succionar otros objetos

| PORCENTAJES |     |       |
|-------------|-----|-------|
| SI          | NO  | TOTAL |
| 35%         | 18% | 53%   |
| 18%         | 12% | 29%   |
| 12%         | 6%  | 18%   |
| 65%         | 35% | 100%  |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 22. Frecuencia y porcentaje de oclusión con relación al hábito de morder o succionar otros objetos



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Para lo anterior se obtuvo un valor estadístico estable lo cual no es significativo y no se asocian los hábitos orales mencionados con alguna maloclusión dental.

### **Maloclusión en Relación de hábitos orales.**

De los 29 pacientes documentados que presentaron hábitos perjudiciales en relación a la mal oclusión 5 de ellos presentaron mordida cruzada anterior, perteneciendo 14% y predominando el sexo masculino, y mayor disposición en niños de 4 con un 3 %, niños de 5 años con 2% y niños de 6 años que no presentaron anomalías en la oclusión respectivamente (tabla 27, 28 y 29, gráfica 23).

Tabla 27. Total de Maloclusiones por Hábitos

| TOTAL DE MALOCLUSION POR HÁBITOS |           |          |       |            |
|----------------------------------|-----------|----------|-------|------------|
| SEXO                             |           |          |       |            |
| OCLUSION                         | MASCULINO | FEMENINO | TOTAL | PORCENTAJE |
| MORDIDA CRUZADA ANTERIOR         | 3         | 2        | 5     | 14%        |
| MORDIDA CRUZADA PORTERIOR        | 1         | 2        | 3     | 8%         |
| MORDIDA ABIERTA                  | 4         | 3        | 7     | 19%        |
| MORDIDA PROFUNDA                 | 5         | 6        | 11    | 30%        |
| MORDIDA BIS A BIS                | 1         | 5        | 6     | 16%        |
| APIÑAMIENTOY OTROS               | 3         | 2        | 5     | 14%        |
| TOTAL                            | 17        | 20       | 37    | 100%       |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Grafico 23. Total de maloclusiones por hábitos



Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 28. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada anterior por edad

| PACIENTES<br>POR<br>EIDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                      | 3  | 35  | 38    | 3%          | 30% | 33%  |
| 5 años                      | 2  | 55  | 57    | 2%          | 47% | 49%  |
| 6 años                      | 0  | 21  | 21    | 0%          | 18% | 18%  |
| TOTAL                       | 5  | 111 | 116   | 4%          | 96% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 29. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada anterior por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 3  | 53  | 56    | 3%          | 46% | 48%  |
| FEMENINO  | 2  | 58  | 60    | 2%          | 50% | 52%  |
| TOTAL     | 5  | 111 | 116   | 4%          | 96% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Entre los niños con mordida cruzada posterior documentados tenemos 3 que equivale al 8% y predominando el sexo femenino, mayor disposición en niños de 5 años que corresponde al 3 %, mientras que los niños de 4 y 6 años no presentaron anomalías de oclusión de este tipo (tabla 27, 30 y 31, gráfica 23).

Tabla 30. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada posterior por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 0  | 38  | 38    | 0%          | 33% | 33%  |
| 5 años                  | 3  | 54  | 57    | 3%          | 47% | 49%  |
| 6 años                  | 0  | 21  | 21    | 0%          | 18% | 18%  |
| TOTAL                   | 3  | 113 | 116   | 3%          | 97% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 31. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida cruzada posterior por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 1  | 55  | 56    | 1%          | 47% | 48%  |
| FEMENINO  | 2  | 58  | 60    | 2%          | 50% | 52%  |
| TOTAL     | 3  | 113 | 116   | 3%          | 97% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

En cuanto a niños con mordida abierta tenemos a 7 pacientes que equivale al 19% y predominando el sexo masculino, mayor disposición en niños de 5 años con el 3%, siguiéndole los niños de 4años con 2% y 6 años con el 2% total (tabla 27, 32 y 33, gráfica 23).

Tabla 32. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida abierta por edad

| PACIENTES POR<br>EDADES | SI | NO | TOTAL | PORCENTAJES |     |     |
|-------------------------|----|----|-------|-------------|-----|-----|
| 4 años                  | 2  | 36 | 38    | 2%          | 31% | 33% |
| 5 años                  | 3  | 54 | 57    | 3%          | 47% | 49% |
| 6 años                  | 2  | 19 | 21    | 2%          | 16% | 18% |

|       |   |     |     |    |     |      |
|-------|---|-----|-----|----|-----|------|
| TOTAL | 7 | 109 | 116 | 6% | 94% | 100% |
|-------|---|-----|-----|----|-----|------|

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 33. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida abierta por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 4  | 52  | 56    | 3%          | 45% | 48%  |
| FEMENINO  | 3  | 57  | 60    | 3%          | 49% | 52%  |
| TOTAL     | 7  | 109 | 116   | 6%          | 94% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

En niños que presentaron mordida profunda tenemos a 11 niños documentados que equivale al 30% y predominando el sexo masculino, mayor disposición en niños de 4 años con un 5%, seguido en niños 5 años con un 4% y sin presencia en niños de 6 años respectivamente (tabla 27, 34 y 35, gráfica 23).

Tabla 34. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida profunda por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 6  | 32  | 38    | 5%          | 28% | 33%  |
| 5 años                  | 5  | 52  | 57    | 4%          | 45% | 49%  |
| 6 años                  | 0  | 21  | 21    | 0%          | 18% | 18%  |
| TOTAL                   | 11 | 105 | 116   | 9%          | 91% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 35. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida profunda por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 8  | 48  | 56    | 7%          | 41% | 48%  |
| FEMENINO  | 3  | 57  | 60    | 3%          | 49% | 52%  |
| TOTAL     | 11 | 105 | 116   | 9%          | 91% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Mientras tanto en pacientes con mordida Bis a Bis tenemos a 6 niños que equivale al 16% y predominado el sexo femenino, con igual disposición en niños de 4,5 y 6 años con 2 % cada uno respectivamente (tabla 27, 36 y 37, gráfica 23).

Tabla 36. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida bis a bis por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 2  | 36  | 38    | 2%          | 31% | 33%  |
| 5 años                  | 2  | 55  | 57    | 2%          | 47% | 49%  |
| 6 años                  | 2  | 19  | 21    | 2%          | 16% | 18%  |
| TOTAL                   | 6  | 110 | 116   | 5%          | 95% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a mordida bis a bis por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 1  | 55  | 56    | 1%          | 47% | 48%  |
| FEMENINO  | 5  | 55  | 60    | 4%          | 47% | 52%  |
| TOTAL     | 6  | 110 | 116   | 5%          | 95% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

La aducción a una anomalía o causa de mal oclusión como el apiñamiento dental u otro factor como las giroversiones dentales tenemos a 5 pacientes que representa el 14 % y predomina el sexo masculino, menor predisposición en niños de 6 años con 1%, e igual equivalencia en niños de 4 y 5 años con un 2% cada uno respectivamente (tabla 27, 38 y 39, gráfica 23).

Tabla 38. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a apiñamiento dental por edad

| PACIENTES<br>POR EDADES | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-------------------------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| 4 años                  | 2  | 36  | 38    | 2%          | 31% | 33%  |
| 5 años                  | 2  | 55  | 57    | 2%          | 47% | 49%  |
| 6 años                  | 1  | 20  | 21    | 1%          | 17% | 18%  |
| TOTAL                   | 5  | 111 | 116   | 4%          | 96% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de hábitos perniciosos con relación a apiñamiento dental por género

| GENERO    | SI | NO  | TOTAL | PORCENTAJES |     |      |
|-----------|----|-----|-------|-------------|-----|------|
| MASCULINO | 3  | 53  | 56    | 3%          | 46% | 48%  |
| FEMENINO  | 2  | 58  | 60    | 2%          | 50% | 52%  |
| TOTAL     | 5  | 111 | 116   | 4%          | 96% | 100% |

Fuente: Escuela José Martínez Queirolo

Autor: Kleber Xavier Mite González

El resultado estadístico de la asociación de los hábitos orales y la mal oclusión son evidente y está registrado con fotos y documentado adecuadamente para evidencia de este estudio.

A continuación se describe algunos casos clínicos de maloclusiones por hábitos perniciosos:

### **Caso Clínico**

**Título:** Paciente sexo masculino presenta Mordida Profunda y Abierta debido al Hábito de Succión Digital, Onicofagia y morder objetos.

**Fuente:** Escuela José Martínez Queirolo

**Autor:** Kleber Xavier Mite González

**Edad:** 5 años



**Foto A:** Vista Frontal del Paciente



**Foto B:** Oclusión del Paciente



**Foto C:** Vista lateral Derecha



**Foto D:** Vista Lateral Izquierda

### Descripción

**Foto A:** Vista de frente del paciente para observar perfil y tercios de la cara, labios en reposo y contextura facial.

**Foto B:** Mordida en oclusión del paciente, en la cual se observa relaciones caninas u oclusales y biotipo de mordida.

**Foto C:** Mordida vista lateral derecha del paciente, relación canina derecha, diastemas, vista lateral de la mordida profunda, overbite.

**Foto D:** Mordida vista lateral izquierda del paciente, poca relación canina, diastemas, relación oclusal abierta (sin contacto).

## 5 CONCLUSIONES

Del análisis de este estudio se llegó a la conclusión lo siguiente:

- Se concluye que los hábitos orales a edad temprana empiezan a causar anomalías en la oclusión dental, pero necesitan prevalecer de manera frecuente y por tiempo prolongado para provocar maloclusiones marcadas.
- La oclusión más frecuente fue el plano terminal recto, en los cuales los niños podían o no presentar relación efímera el hábito como la anomalía de oclusión.
- Las maloclusiones sí se asociaron a los hábitos perniciosos, así podemos referir la succión digital puede provocar mordidas abiertas u otra anomalía de oclusión si se mantiene este hábito de manera prolongada.
- La determinación precoz de hábitos perjudiciales utilizando los medios adecuados de diagnóstico nos permite evitar un problema de mal oclusión por medio de aparatos ortodóntico aplicable a cada caso.
- La mayoría de los padres de familia no tienen conocimiento de que un hábito bucal pernicioso conlleva a un desfase del sistema estomatognático, en específico de las piezas dentarias.

El trabajo realizado en la Unidad Educativa José Martínez Queirolo nos permite conocer la prevalencia de Hábitos orales y así también de la importancia como futuro odontólogo de tener en cuenta a los factores predisponentes de mal oclusión, al igual de llevar una vigilancia y control desde la alimentación del niño, brote de dientes, oclusión durante la dentición temporal y mixta y valorar si llegará a una oclusión normal en dentición permanente de lo contrario debemos actuar lo más pronto posible para evitar maloclusiones severas.

## 6 RECOMENDACIONES

- La detección del mal hábito de manera precoz nos permite optar por diferentes medios de erradicación, aplicando diferentes opciones de tratamiento poco invasivos y poder evitar problemas a largo plazo.
- La mayoría de los padres de familia no tienen conocimiento de que un hábito bucal pernicioso conlleva a un desfase del sistema estomatognático, en específico de las piezas dentarias por lo cual es recomendable implementar un programa de salud sobre malos hábitos relacionados a mal oclusión.
- Por medio del estudio incentivar la predisposición de implementar un programa de prevención dedicado a los hábitos perjudiciales que conllevan a mal oclusión y de esta manera poder evitar problemas a futuro en los pacientes.
- Definir y realizar el correcto diagnóstico y plan de tratamiento en pacientes pediátricos actuando sobre el hábito perjudicial aplicando técnicas psicoestimulantes para tratar de erradicar la anomalía para evitar un trastorno severo a futuro.
- El control odontológico en edades tempranas es indispensable ya que por medio del odontólogo de cabecera podemos relacionar a los padres y pediatras de diferentes anomalías bucodentales y en especial de los hábitos no nutritivos que manifiestan los niños en la etapa de desarrollo y crecimiento facial.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. William R. Proffit, Tratado de Ortodoncia Contemporánea, Hábitos relacionados a Mal Oclusión en pacientes pediátricos, 2012, Sarver.
2. Águila F Juan, Tratado de Ortodoncia Aplicada Tomo II y III, Oclusión en pacientes Pediátricos y de Dentición Mixta, 2009, Argentina, Palmeir.
3. Buño, Ramón Álvarez y Graciela, Revista de Atención Pediátrica, Mal Oclusión de niños en Edad Escolar, 2012
4. Dra. Carmen Lugo, Dra. Irasema Troyo, revista latina de odontopediatria y de ortodoncia, Hábitos Orales no Fisiológicos más comunes en mal oclusión, 2011
5. Elizabeth Contreras, Frecuencia del Hábito de Succión Digital y características clínicas, Universidad Católica de Guayaquil, 2010
6. L.S Teresa, Influencia en Parámetros Infantiles y Hábitos orales de mal Oclusión de 3 a 5 años, Sobral Costa, 2011 Atención Primaria vol. 14 53, Revista Pediátrica, 2011
7. Cherrez, Fernanda Elizabeth Cedeño, Hábitos Parafuncionales y su Índice de Mal Oclusión, 2012
8. Acevedo O., Rosell C., Mora C., Padilla E., Hábitos bucales deformantes en Niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005, Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 2008; 6(2)
9. Agurto P., Díaz R., Cádiz O. Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil.pediatr. v.70 n.6 Santiago nov. 1999
10. Alemán P., González D., Díaz L., Delgado Y., Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Marzo 2007
11. Angle EH. Malocclusions of the teeth. 76 ed. Philadelphia: White. 1991:111-4.
12. Baer P., Lester M. The thumb, the pacifier, the erupting tooth and a beautiful smile. J Pedodont 1987; 11: 113-119

13. Baume, L J. Physiological tooth migration and its significance for the development of occlusion Part I. The biogenetic course of deciduous dentition. J Dent. Res. 1950; 29: 123-132
14. Bayardo RE, Mejía JJ, Orozco S, Montry K. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Revista ADM 1995;52 (1):22-6.
15. Beraud D., Sánchez M., Murrieta J., Mendoza V., Prevalencia y factores de riesgo de mordida cruzada posterior en niños de 4-9 años de edad en ciudad Nezahualcóyotl, Bol Méd Hosp Infant Méx 2004; Vol. 61(2):141-148.
16. Boj J.R., Catalá M., García-Ballesta C., Mendoza A., Odontopediatria, 1ª edición, Editorial Masson 2005 p. 49-50
17. Canut A. 2000, Ortodoncia Clínica y Terapéutica, Barcelona, editorial Masson, pp. 495-514.
18. Carrascoza K.C., Possobon R.F., Tomita L.M., de Moraes A.B. Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. J.Pediatr (Rio J) 2006; 82: 395-7.
19. Advisor, T. D. (2011). *VOCO los Dentistas* . Obtenido de [http://www.voco.es/es/products/\\_products/clip/Folleto\\_ES\\_Clip\\_2013\\_0130.pdf](http://www.voco.es/es/products/_products/clip/Folleto_ES_Clip_2013_0130.pdf)
20. Aguila, F. J. (2009). *Tratado de Ortodoncia aplicada* . Argentina: Palmeir.
21. Anuradha Prakki; Bruno Campos; Diego Regalado; Eduardo Bresciani; Ana Lúcia Capellozza. (2002). Caries Oculta : Una vision actual . revista *Salusvita ciencias medicas* , 67 - 76.
22. CALERO, A. R. (2011). *ESTUDIO DE LAS MAL OCLUSION*. LIMA-PERU.
23. Camilo Duque Naranjo; Ingrid Isabel Mora Díaz. (2012). La representación de la epidemiología. *Dossier odontologia y sociedad* , 41 - 50.

24. Carmen T., M. M. (2010). hábitos bucales mas frecuentes y sus relaciones en niños en dentición primaria. *revista americana de odontopediatria y ortodoncia* , 2.
25. Cherrez, F. E. (2012). hábitos parafuncionales y su índice de mal oclusión. *hábitos parafuncionales y su índice de mal oclusión* , 6, 20.
26. Cristiane Nishiyama Machado de almeida; Dafna Geller Palti; Paulo A. Francisconi Silveira. (2006). Caries oclusal incipiente : Un nuevo enfoque . *Revista Estomatologica Herediana* , 126-130.
27. DRA. Carmen Lugo, D. I. (2011). hábitos orales no fisiológicos mas comunes en mal oclusión. *revista latina de odontopediatria y ortodoncia* , 2, 5.
28. ERICKA, L. R.-E. (2014). ASOCIACIÓN DE MAL OCLUSIONES EN LA POBLACIÓN INFANTIL. *REVISTA TAME* , 2, 7.
29. FERREIRA, D. J. (2011). *OCCLUSION EN ORTODONCIA*. MEXICO: LAST PEND.
30. Fuiguereido, L. (2010). frecuencia del hábito de succión digital y características clínicas. *tesis universidad catolica de guayaquil* , 22,34.
31. L.S, T. (2011). influencia en parámetros infantiles y hábitos orales de mal pclusión de 3 a 5 años. *sobral costa* , 5.
32. Marangos, D. (22 de noviembre de 2010). *IntraMed*. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=41562>
33. NOEMI BORDINI ; ALFONSO ESCOBAR ROJAS ; RAMON CASTILLO . (2010). *ODONTOLOGIA PEDIATRICA LA SALUD BUCAL DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE EN EL MUNDO ACTUAL* . EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA .
34. OMS. (2015). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
35. Proffit, W. (2012). *Ortodoncia Contemporanea*. Elsevier.

36. Proffit, W. R. (2012). *Ortodoncia Contemporanea*. Sarver .
37. Vainman, D. A. (2006). Flúor y prevención de caries en los niños .  
*Actualizaciones en Pediatría Ambulatoria* .

## **ANEXOS**

## ANEXO # 1

### Ficha clínica caso



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INTERNADO - VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD



|                                                       |  |                             |  |                                 |  |                        |                       |                     |
|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|---------------------------------|--|------------------------|-----------------------|---------------------|
| ESTABLECIMIENTO<br><i>Unidad de Atención Primaria</i> |  | NOMBRE<br><i>Juan Elías</i> |  | APELLIDO<br><i>Flores Morán</i> |  | SEXO 'M-F'<br><i>M</i> | EDAD<br><i>5 años</i> | N° HISTORIA CLÍNICA |
|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|---------------------------------|--|------------------------|-----------------------|---------------------|

|                |          |          |                          |                       |            |                  |            |
|----------------|----------|----------|--------------------------|-----------------------|------------|------------------|------------|
| Menor de 1 año | 1-4 años | 5-9 años | 10-14 años no programado | 10-14 años programado | 15-19 años | Mayor de 20 años | Embarazada |
|                |          |          | X                        |                       |            |                  |            |

1.- MOTIVO DE LA CONSULTA: *Revisar las muelas*

2.- ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL: *Paciente Asintomático*

3.- ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

|             |             |               |             |                |         |             |              |                  |          |
|-------------|-------------|---------------|-------------|----------------|---------|-------------|--------------|------------------|----------|
| 1. ALERGIAS | 2. ALERGIAS | 3. HEMORRAJAS | 4. LESIONES | 5. PUERPERALES | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. PROBLEMAS | 9. ENF. CARDÍACA | 10. OTRO |
|             |             |               |             |                |         |             |              |                  |          |

4.- SIGNOS VITALES:

Presión Arterial *100/60* Frecuencia Cardíaca min. *71* Temperatura °C *36.4* F. Respiratoria min. *21*

5.- EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOLÓGICO

Describe debajo la patología de la región afectada indicando el número

|           |             |                     |                     |           |            |            |            |                         |
|-----------|-------------|---------------------|---------------------|-----------|------------|------------|------------|-------------------------|
| 1. Labios | 2. Mejillas | 3. Maxilar Superior | 4. Maxilar Inferior | 5. Lengua | 6. Paladar | 7. Faringe | 8. Cadenas | 9. Mandíbulas Salivales |
|           |             |                     |                     |           |            |            |            |                         |

*Sin patología aparente*

6.- ODONTOGRAMA

|                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Maxilar Superior | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| Maxilar Inferior | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 40 | 39 | 38 | 37 | 36 |

7.- INDICADORES DE SALUD BUCAL

| HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA |  |  |  | ENFERMEDAD PERIODONTAL | MAZ OCLUSIÓN |
|---------------------------|--|--|--|------------------------|--------------|
|                           |  |  |  | LEVE                   | ANGLE I      |
|                           |  |  |  | MODERADA               | ANGLE II     |
|                           |  |  |  | SEVERA                 | ANGLE III    |

| PIEZAS DENTALES |    |    |  | PLACA 0, 1, 2, 3 | CÁLCULO 0, 1, 2, 3 | GINGIVITIS 0, 1 |
|-----------------|----|----|--|------------------|--------------------|-----------------|
| 16              | 17 | 55 |  |                  |                    |                 |
| 26              | 27 | 65 |  |                  |                    |                 |
| 36              | 37 | 75 |  |                  |                    |                 |
| 46              | 47 | 85 |  |                  |                    |                 |
| TOTALES         |    |    |  |                  |                    |                 |

8.- ÍNDICES C.P.O. - C.E.O.

|   | C | P | O | TOTAL |
|---|---|---|---|-------|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0     |
| 1 | 3 | 0 | 0 | 3     |
| 2 | 2 | 0 | 2 | 4     |

9.- SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

|        |                     |                        |                |
|--------|---------------------|------------------------|----------------|
| * rep  | SELLANTE NECESARIO  | PERDIDA POR OTRA CAUSA | PROTESIS TOTAL |
| * anal | SELLANTE REALIZADO  | ENDODONCIA             | CORONA         |
| X rep  | EXTRACCIÓN INDICADA | PROTESIS FJA           | AJUL OBTURADO  |
| X anal | PERDIDA POR CARIES  | PROTESIS REMOVIBLE     | ROTO CARIES    |

**Fuente:** Departamento de Diagnóstico  
**Autor:** Kleber Mite González.

## ANEXO # 2

### Encuesta a los Padres de Familia

Fecha: Guayaquil, marzo del 2015

**Encuesta sobre malos hábitos orales a padres de prescolares de 4 a 6 años**  
**Escuela "José Martínez Queirolo"**

Nombre de niño: Juan Flores Placm

Fecha de nacimiento: 07/02/2010

**Succión:** su hijo:

1. ¿Toma mamadera o biberón? SI ☐ NO ☒  
hasta que edad mantuvo el hábito  
hasta 3 años

**Frecuencia:**  
1 vez al día ☐ ☐ 2 veces o más veces al día

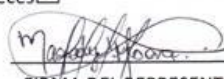
2. ¿Usa chupón o entretenedor? SI ☐ NO ☒  
3. ¿Se chupa el dedo? SI ☒ NO ☐  
hasta que edad mantuvo el hábito  
2 años

4. Muerde objetos SI ☐ NO ☒

**Ocasión:**  
Cuando está aburrido dormir Todo el día

4. ¿Su hijo succiona el labio? SI ☒ NO ☐  
5. ¿Su hijo succiona algún otro objeto como pañal, lápices, etc.? (cuáles) SI ☐ NO ☒

**Respiración:**  
6. ¿Su hijo respira por la boca? SI ☒ NO ☐  
7. Su hijo permanece con la boca abierta:  
Durante en el día y la noche ☐ SI ☒ NO ☐  
Ronca en la noche SI ☐ NO ☐ A veces ☒

  
FIRMA DEL REPRESENTANTE

**Fuente:** Dra. Katuska Velasco Cornejo Esp.  
**Autor:** Kleber Mite González.

### Anexo # 3

## Petición Previa para realizar trabajo de titulación



Guayaquil, Diciembre 2014

Sr/Sra.

Director(a) de

De mis consideraciones:

La suscrita Dra. Katuska Velasco Cornejo Docente de la Facultad De Odontología de la Universidad de Guayaquil, en asociación con el Departamento de Vinculación con la Comunidad está coordinando la realización de un levantamiento del perfil epidemiológico de Caries Dental en niños de 3 a 6 años con la finalidad de lograr la incorporación de conocimientos y prácticas relativos al cuidado de la salud bucodental en padres de familia y educadores de niños a fin de desarrollar habilidades que procuren crear, fortalecer las condiciones y adoptar mejores decisiones para su salud.

Por este motivo le Solicitamos de la forma más comedida se nos brinden las facilidades necesarias para que los alumnos de 5to año puedan realizar el examen dental correspondiente, ficha clínica y posteriormente se nos permita realizar una encuesta y charla para los Padres de Familia y Profesores de su Unidad Académica y finalmente aplicar un programa de prevención: fluorización y sellantes, los casos de rehabilitación serán remitidos a las clínicas de la Facultad.

Esperando su ayuda y colaboración para aplicar el concepto de "Educación genera Prevención"

Me suscribo de Ud.,

Atentamente

Dra. Katuska Velasco Cornejo

Docente de la Cátedra de Odontopediatría

**Fuente:** Dra. Katuska Velasco Cornejo Esp.  
**Autor:** Kleber Mite González.

## Anexo # 4

### Certificado de Culminación de trabajo de titulación



Fecha: Guayaquil, marzo del 2015

UNIDAD EDUCATIVA FISCAL

JOSE MARTINEZ QUEIROLO

Coop. Juan Montalvo km 8 ½ vía a Daule

ASUNTO: trabajo de titulación

DOCTORA

FATIMA MAZZINI Msc.

DIRECTORA DEL AREA DE TITULACIÓN

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL

Ciudad

El Rector de la Unidad Educativa fiscal "JOSE MARIA DE QUEIROLO" le saluda augurándole éxitos en su labor para la humanidad; a su vez en vista la necesidad de contar con personal odontológico para nuestros niños/as que se educan en esta institución ratifico que el estudiante KLEBER XAVIER MITE GONZÁLEZ del quinto año paralelo 8 a cumplido labores odontológicas respectivas al trabajo de titulación en nuestra unidad educativa, quien con su conocimiento a prestando servicios de prevención y salud a beneficio de nuestros niños, por lo cual me siento agradecido y satisfecho de la labor realizada y de los buenos resultados que se pueden lograr.

Sin más que manifestarle, me despido de usted muy cordialmente.

Atentamente,

  
Lcdo. Pablo Alcívar Alcívar



**Fuente:** Unidad Educativa José Martínez Queirolo.  
**Autor:** Kleber Mite González.

**Anexo # 5**  
**Certificado de aceptación de tutor académico**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**

**ESPECIE VALORADA - NIVEL PREGRADO**

Guayaquil, 8 de Octubre del 2014

Doctor

Washington Escudero Doltz

DECANO DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Yo, **KLEBER XAVIER MITE GONZALEZ** con **C.I. 0931381487** estudiante del **Quinto año** paralelo **Nº 8** del periodo lectivo 2014-2015, solicito a usted muy respetuosamente y por su digno intermedio a quien corresponda se me asigne **TUTOR** para mi **TRABAJO DE TITULACION** en la materia de ODONTOPEDIATRIA como requisito previo a mi incorporación.

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

Atentamente,

**KLEBER XAVIER MITE GONZALEZ**

**C.I. 0931381487**

Se le ha asignado al Dr. (a) KATUSKA VELASCO C. para que colabore con trabajo de graduación.

Dr. Washington Escudero  
DECANO

## Anexo # 6

### Certificado de aceptación del tema del trabajo de titulación

 **UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL PREGRADO**

Guayaquil, 17 de Noviembre del 2014

Doctora  
Fátima Mazzine de Ubilla MSc.  
Directora del Departamento de Titulación  
Facultad Piloto de Odontología

**De mis consideraciones**

Yo Kleber Xavier Mite González con C.I. N° 093138148-7 ALUMNO/ de QUINTO AÑO paralelo # 8 Período 2014-2015, presento para su consideración el tema para el trabajo de titulación

**TEMA: DETECCIÓN PRECOZ DE MAL OCLUSIÓN EN NIÑOS DE 4 A 6 AÑOS CON HABITOS PERJUDICIALES EN LA ESCUELA JOSÉ MARTÍNEZ QUEIROLO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL PERÍODO LECTIVO 2014 - 2015.**

**PROPOSITO:** Determinar la prevalencia y cómo incide la presencia de un hábito pernicioso en la mala oclusión en niños de 4 a 6 años.

**PROBLEMA:** Relación de la presencia de un hábito bucal pernicioso con la mala oclusión en niños de 4 a 6 años y sus consecuencias a largo plazo.

**JUSTIFICACION:** Este trabajo es necesario y conveniente detectar de manera prematura los hábitos perjudiciales y la instauración de esto, para evitar problemas de mal oclusión en niños de 4 a 6 años y poderlos tratar a tiempo.

**VIABILIDAD:** Este estudio es viable ya que cuenta con datos específicos y científicos en textos bibliográficos e internet ya planteados, nos beneficia con aceptación y permiso de la escuela "José Martínez Queirolo" para realizar nuestra investigación.

Agradezco de antemano la atención que brinde a la presente solicitud

  
Kleber Xavier Mite González  
C.I. 093138148-7

  
Dra. Katuska Velasco  
TUTOR ACADEMICO

  
**TEMA ACEPTADO**  
Dra. Fátima Mazzine de Ubilla MSc.  
DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN