

# HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

## ORAL HABITS AND ITS RELATION TO DENTAL MALOCCLUSIONS IN CHILDREN FROM 6 TO 12 YEARS OLD

Mónica Zapata-Dávalos <sup>1,a</sup>, Ana Lavado-Torres <sup>1,b</sup>, Shilla Anchelia-Ramírez <sup>1,c</sup>

### RESUMEN

**Objetivo.** Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Los Educadores”. **Materiales y métodos.** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Los Educadores”, ubicado en el distrito de San Luis, Lima. Se pidió el consentimiento a los padres para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas. En la primera etapa se aplicó una encuesta al padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño. Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre y el diagnóstico clínico coincidían positivamente. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v.15 y se utilizaron las pruebas chi cuadrado y Fisher para el análisis estadístico. **Resultados.** El hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25,3 %). La maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). No hubo relación entre los hábitos bucales y el sexo, sin embargo, se encontró una relación significativa de la deglución atípica ( $p=0,002$ ) y succión digital ( $p<0,001$ ) con la mordida abierta anterior. **Conclusiones.** Existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior. KIRU. 2014;11(1):16-24.

**Palabras clave.** Hábitos, maloclusión, oclusión dental (Fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

**Objective.** To relate the prevalence of oral habits with dental malocclusions in children from 6 to 12 years old in the school “Los Educadores”. **Materials and methods.** Descriptive, prospective, cross-sectional and clinical study. It was selected by systematic random sampling 154 children from 6 to 12 years old of the school “Los Educadores” located in the district of San Luis, Lima. A consent was requested from parents to allow their children to be included in the study, considering the ethical and legal aspects of the investigation. The detection of different parafunctional oral habits in schoolchildren was conducted in two stages. In the first phase a parent survey was applied; in the second stage the child’s clinical assessment was performed. It was considered as a parafunctional habit when parent information and clinical diagnosis coincided positively. The data was processed using the SPSS v.15 statistical software and chi square test and Fisher were used for statistical analysis. **Results.** The prevalent oral habit was nail biting (25.3%). The predominant malocclusion was class I (71.4%), followed by Class II Division 1 (20.1%), then the class III (7.8%) and class II division 2 (0.6%). There was no relationship between oral habits and sex, however, a significant relationship of atypical swallowing ( $p = 0.002$ ) and finger sucking ( $p < 0.001$ ) with anterior open bite was found. **Conclusions.** There is a relationship between oral habits like digital suction and atypical swallowing with vertical malocclusions dental like open bite. KIRU. 2014;11(1):16-24.

**Key words:** Habits, malocclusion, dental occlusion (Source: MeSH NLM).

<sup>1</sup> Facultad de Odontología, Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Egresada.

<sup>b</sup> Docente de posgrado.

<sup>c</sup> Docente de pregrado.

### Correspondencia:

Mónica Josefina Zapata Dávalos

Dirección: Av. San Luis 1285, San Luis. Lima, Perú. Teléfono: 9913-42697

Correo electrónico: moni\_zapatad@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia, realizado regular y automáticamente <sup>(1)</sup>, puede ser considerado un comportamiento obtenido sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican en fisiológicos (respiración nasal, habla, masticación y deglución), y no fisiológicos (succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo).

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares que ocupan el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal; pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático causando un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales conllevando a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. Cuanto menor es la edad mayor es el daño porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse <sup>(1)</sup> lo cual

puede modificar la posición de los dientes y la relación que guardan las arcadas dentarias que cada persona desarrolla <sup>(2)</sup>.

Los niños, en particular, practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar <sup>(3)</sup>. Aguilar *et al.* <sup>(4)</sup> realizaron un estudio para conocer la frecuencia de maloclusión y de los hábitos orales considerados factores etiológicos de maloclusión en niños de un colegio público de la provincia de Toledo (España). Encontraron que la frecuencia de hábitos orales anómalos por orden fueron: onicofagia, respiración oral, succión digital y deglución atípica. Concluyeron que es importante conocer la etiología de las maloclusiones para dar un correcto diagnóstico y así aplicar un tratamiento adecuado, que debe ser multidisciplinar.

Murrieta-Pruneda *et al.* <sup>(5)</sup>, en un estudio epidemiológico, evaluaron la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en un grupo de preescolares del Jardín de Niños Felipe Carrillo Puerto en el estado de México. La población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional, siendo la onicofagia el hábito de mayor prevalencia. Concluyeron que existe una relación significativa entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales, pero no existe una relación entre el sexo y hábitos bucales.

Urrieta *et al.* <sup>(2)</sup> estudiaron la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones en el sector anterior en pacientes atendidos en el primer diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho. Los hábitos bucales encontrados en primer lugar fueron deglución atípica y respiración bucal, seguidos por succión del dedo pulgar hacia el paladar y lengua protráctil. Las alteraciones de oclusión encontradas en el sector anterior fueron apiñamiento, mordida profunda, y protrusión dentaria. Concluyeron que la prevalencia determinada debe orientar a todo profesional a unir esfuerzos para guiar a los pacientes y explicarles la importancia de atacar a tiempo dichos hábitos.

La importancia del estudio para la odontología de los hábitos bucales radica en que los hábitos bucales parafuncionales no detectados y corregidos a tiempo, modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. El profesional de la salud debe identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos, evitando en lo posible el desarrollo de las maloclusiones.

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio: anteroposterior, vertical y transversal

ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional <sup>(6,7)</sup>. En vista que cada vez se observa una alta prevalencia de maloclusiones en niños, y al no existir antecedentes claros en nuestro medio que especifiquen la relación de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños peruanos, es el propósito de esta investigación relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con las maloclusiones dentales encontradas en niños de 6 a 12 años de edad en la I.E. "Los Educadores".

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, de tipo observacional, prospectivo y correlacional. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 6 a 12 años, que cumplieran con los criterios de inclusión, de la I.E. "Los Educadores" localizado en el distrito de San Luis, Lima-Perú. Se dio la información a los padres de familia y se les pidió su consentimiento para que permitieran que sus hijos fueran incluidos en el estudio, respetando los aspectos éticos y legales de la investigación. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales en los escolares se realizó en dos etapas. En la primera etapa se hizo una encuesta a cada padre de familia; en la segunda etapa se realizó la valoración clínica del niño con ayuda de espejos bucales, regla milimetrada e hilo dental (para medir la línea media). Se consideró como hábito parafuncional presente cuando la información del padre dada en la encuesta y el diagnóstico clínico coincidían positivamente.

El examen extrabucal realizado al niño comprendió la exploración del biotipo facial (mesofacial, braquifacial y dolicofacial); los labios (competencia o incompetencia labial, cierre postural de labios, labio superior e inferior normal o corto, y labio seco o humectado); la tonicidad de los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón; las uñas y cutículas de los dedos (desgaste, mordedura, inflamación o infección), y los dedos (limpieza o presencia de callosidades). Al examen intrabucal se observó las piezas dentarias, los problemas de maloclusión dentaria (anteroposterior, vertical y transversal), el espaciamiento de los dientes (anterior y posterior), el apiñamiento, la desviación de la línea media (superior e inferior), la forma del paladar, la lengua, las amígdalas, los problemas periodontales y las facetas de desgaste de los dientes. Todos los datos se registraron en una ficha clínica elaborada.

El procesamiento de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS v.15 y para el análisis estadístico se emplearon las pruebas chi cuadrado y exacta de Fisher para determinar la relación de las maloclusiones dentarias en sus tres dimensiones con el sexo y hábitos bucales, a un nivel de significancia de 5%.

## RESULTADOS

La presentación de los resultados de las variables maloclusión dentaria y hábitos bucales se da en tablas de frecuencia univariada y bivariada, acompañados de gráficos de barras simples y agrupadas.

En la Tabla 1 se observa mayor prevalencia del hábito de onicofagia (25,3%), como segundo hábito más frecuente la succión digital (18,2%), y el bruxismo en tercer lugar

(12,3%). En porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración oral.

En la Tabla 2 se observa que la maloclusión dentaria anteroposterior predominante es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%).

En la Tabla 3, dentro de las maloclusiones dentarias verticales existe mayor prevalencia de mordida profunda en

**Tabla 1. Prevalencia de hábitos bucales en estudiantes de 6 a 12 años en la I.E. "Los Educadores"**

Hábitos bucales	n	%
<i>Deglución atípica</i>		
No presenta	152	98,7
Presenta	2	1,3
<i>Succión digital</i>		
No presenta	126	81,8
Presenta	28	18,2
<i>Succión del labio</i>		
No presenta	153	99,4
Presenta	1	0,6
<i>Respiración bucal</i>		
No presenta	152	98,7
Presenta	2	1,3
<i>Onicofagia</i>		
No presenta	115	74,7
Presenta	39	25,3
<i>Bruxismo</i>		
No presenta	135	87,7
Presenta	19	12,3

**Tabla 2. Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años de la I.E. "Los Educadores"**

Maloclusión dentaria anteroposterior	n	%
Clase I	110	71,4
Clase II división 1	31	20,1
Clase II división 2	1	0,6
Clase III	12	7,8
<b>Total</b>	<b>154</b>	<b>100</b>

**Tabla 3. Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años en la I.E. "Los Educadores"**

<b>Maloclusión dentaria Vertical</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Mordida abierta anterior</i>		
Presente	7	4,5
Ausente	147	95,5
<i>Mordida profunda</i>		
Presente	46	29,9
Ausente	108	70,1

**Tabla 4. Prevalencia de maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años de la I.E. "Los Educadores"**

<b>Maloclusión dentaria Transversal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Mordida cruzada posterior</i>		
Presente	0	0
Ausente	154	100
<i>Mordida en tijera unilateral</i>		
Presente	1	0,6
Ausente	153	99,4

**Tabla 5. Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 6 a 12 años según sexo en la I.E. "Los Educadores"**

<b>Maloclusión dentaria Anteroposterior</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Valor p*</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Clase I	57	71,3	53	71,6	1
Clase II división 1	16	20	15	20,3	
Clase II división 2	1	1,25	0	0	
Clase III	6	7,5	6	8,1	
Total	80	100	74	100	

\* Prueba exacta de Fisher

**Tabla 6. Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales en niños de 6 a 12 años según sexo en la I.E. "Los Educadores"**

<b>Maloclusión dentaria Vertical</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Valor p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<i>Mordida abierta anterior</i>					1*
Presente	4	5	3	4,1	
Ausente	76	95	71	95,9	
<i>Mordida profunda</i>					0,752†
Presente	23	28,8	23	31,1	
Ausente	57	71,3	51	68,9	

\*Prueba exacta de Fisher

†Prueba de chi cuadrado

**Tabla 7. Prevalencia de maloclusiones dentarias transversales en niños de 6 a 12 años según sexo de la I.E. "Los Educadores"**

Maloclusión dentaria Transversal	Femenino		Masculino		Valor p*
	n	%	n	%	
<i>Mordida cruzada posterior</i>					NC <sup>†</sup>
Presente	0	0	0	0	
Ausente	80	100	74	100	
<i>Mordida en tijera unilateral</i>					1
Presente	1	1,3	0	0	
Ausente	79	98,8	74	100	

\*Prueba exacta de Fisher

<sup>†</sup>NC = no calculable

**Tabla 8. Relación de hábitos bucales con maloclusión dentaria anteroposterior presente en los niños de 6 a 12 años en la I.E. "Los Educadores"**

Hábitos bucales	Maloclusión dentaria anteroposterior						Valor p*
	Clase I		Clase II		Clase III		
	n	%	n	%	n	%	
<i>Deglución atípica</i>							0,491
No presenta	109	71,7	31	20,4	12	7,9	
Presenta	1	50	1	50	0	0	
<i>Succión digital</i>							<0,001
No presenta	97	77	17	13,5	12	9,5	
Presenta	13	46,4	15	53,6	0	0	
<i>Succión del labio</i>							0,286
No presenta	110	71,9	31	20,3	12	7,8	
Presenta	0	0	1	100	0	0	
<i>Respiración bucal</i>							0,491
No presenta	109	71,7	31	20,4	12	7,9	
Presenta	1	50	1	50	0	0	
<i>Onicofagia</i>							0,866
No presenta	82	71,3	23	20	10	8,7	
Presenta	28	71,8	9	23,1	2	5,1	
<i>Bruxismo</i>							0,310
No presenta	93	68,9	30	22,2	12	8,9	
Presenta	17	89,5	2	10,5	0	0	

\* Prueba exacta de Fisher

**Tabla 9. Relación de hábitos bucales con mordida abierta anterior presente en los niños de 6 a 12 años en la I.E. "Los Educadores"**

Hábitos bucales	Mordida abierta anterior				Valor p*
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Deglución atípica					0,002
No presenta	5	3,3	147	96,7	
Presenta	2	100	0	0	
Succión digital					<0,001
No presenta	1	0,8	125	99,2	
Presenta	6	21,4	22	78,6	
Succión del labio					1
No presenta	7	4,6	146	95,4	
Presenta	0	0	1	100	
Respiración bucal					1
No presenta	7	4,6	145	95,4	
Presenta	0	0	2	100	
Onicofagia					1
No presenta	5	4,3	110	95,7	
Presenta	2	5,1	37	94,9	
Bruxismo					0,598
No presenta	7	5,2	128	94,8	
Presenta	0	0	19	100	

\*Prueba exacta de Fisher

29,9% y, en menor porcentaje, la mordida abierta anterior con 4,5%.

En cuanto a las maloclusiones dentarias transversales, en la Tabla 4 se observa que existe prevalencia de mordida en tijera unilateral (0,6%), no se encontró prevalencia de mordida cruzada posterior.

En las Tablas 5 a la 7 se observa que no existe diferencia significativa entre el sexo con la presencia de maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal ( $p>0,05$ ).

En la Tabla 8 se observa que existe una relación altamente significativa entre la succión digital y la maloclusión dentaria Clase II ( $p<0,001$ ).

La deglución atípica ( $p=0,002$ ) y la succión digital ( $p<0,001$ ) se encontraron asociadas con la mordida abierta anterior (Tabla 9).

En la Tabla 10, al relacionar la maloclusión mordida profunda con la variable hábitos bucales, no se encontró una relación significativa ( $p>0,05$ ).

No se encontró asociación ( $p>0,05$ ) entre la mordida en tijera unilateral con los hábitos bucales estudiados (Tabla 11).

## DISCUSIÓN

Aguilar *et al.* <sup>(4)</sup> encontraron que la onicofagia (44%) es el hábito más frecuente, en segundo lugar estuvo la succión digital (37,2%) y en tercero la succión bucal (3,9%), así mismo, Murrieta-Pruneda *et al.* <sup>(6)</sup>; encontraron que la onicofagia es el hábito más frecuente en escolares (35%), seguido por la respiración bucal (9,5%) y la succión digital (8,5%), datos que coinciden con el presente estudio donde se encontró que la onicofagia es el hábito de mayor frecuencia (25,3%), seguido de la succión digital (18,2%) y el bruxismo (12,3%).

La posible explicación que la onicofagia haya sido el hábito más prevalente radica en el hecho de ser un hábito muy difícil de erradicar porque es bastante disimulable. Los niños nerviosos muestran este hábito con mucha frecuencia debido probablemente a un desajuste social y psicológico, lo que adquiere mayor relevancia que encontrar solo la presencia del hábito.

Este estudio no encontró diferencia significativa entre el sexo con la maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal ( $p>0,05$ ). La mordida abierta anterior es la maloclusión vertical más frecuente existiendo una relación significativa con la deglución atípica ( $p=0,02$ ) y la succión digital ( $p<0,01$ ). Asimismo, existe un mayor porcentaje

**Tabla 10. Relación de hábitos bucales con mordida profunda presente en los niños de 6 a 12 años en la I.E. "Los Educadores"**

Hábitos bucales	Mordida profunda				Valor p
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
<i>Deglución atípica</i>					
No presenta	46	30,3	106	69,7	1*
Presenta	0	0	2	100	
<i>Succión digital</i>					
No presenta	38	30,2	88	69,8	0,868 <sup>†</sup>
Presenta	8	28,6	20	71,4	
<i>Succión del labio</i>					
No presenta	45	29,4	108	70,6	0,299*
Presenta	1	100	0	0	
<i>Respiración bucal</i>					
No presenta	44	28,9	108	71,1	0,088*
Presenta	2	100	0	0	
<i>Onicofagia</i>					
No presenta	35	30,4	80	69,6	0,793 <sup>†</sup>
Presenta	11	28,2	28	71,8	
<i>Bruxismo</i>					
No presenta	38	28,1	97	71,9	0,213 <sup>†</sup>
Presenta	8	42,1	11	57,9	

\*Prueba exacta de Fisher

†Prueba de chi cuadrado

de succión digital que está relacionado con la maloclusión anteroposterior Clase II ( $p < 0,05$ ), el cual coincide con el estudio de Cavalcanti *et al.* <sup>(8)</sup> quienes concluyeron que los niños con hábitos bucales nocivos tienen 5,2 veces más probabilidad de desarrollar acentuado *overjet*, 21,6 veces más probabilidad de presentar mordida abierta anterior y 4,1 veces probabilidad de tener mordida cruzada, sin embargo, la mordida abierta anterior es la maloclusión observada con mayor frecuencia.

Acevedo *et al.* <sup>(9)</sup>, encontraron niños con hábitos que no habían desarrollado anomalía y niños no portadores de hábitos con anomalías, asimismo, encontraron que el 81,8% que no presentó succión digital presentó maloclusión dentaria clase I (77%), maloclusión dentaria clase II (13,5%) y maloclusión dentaria clase III (9,5%). El presente estudio encontró que de 154 niños solo el 1,3% presentó el hábito de respiración bucal, sin embargo, la mordida abierta anterior estuvo ausente. La posible explicación a esto es que el efecto sobre la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre ellos, sino del tiempo de su actuación, lo que pudiera explicar que en este estudio existan niños con hábitos que no se les ha desarrollado anomalía. El hecho de encontrar niños no portadores de hábitos con anomalías, reafirma que los hábitos bucales no son los únicos que

producen anomalías dentomaxilares, también existen otros factores como la genética, la nutrición, la pérdida de piezas dentarias, entre otros, que inciden en su desarrollo <sup>(10)</sup>.

Cambor *et al.* <sup>(11)</sup> encontraron que la maloclusión predominante es la clase I tipo 1 con un 36,10%; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% y, por último, la clase II tipo 1 con un 17,55%; algunos resultados coinciden con el presente estudio, donde se encontró predominio de la maloclusión dentaria clase I (71,4%), maloclusión dentaria clase II división 1 (20,1%) y en una proporción menor la maloclusión dentaria clase II división 2 (9,5%). Asimismo Cambor *et al.* <sup>(11)</sup> encontraron que la deglución atípica fue el hábito más frecuente (12,08%) seguido de la respiración bucal (6,78%). Estos resultados difieren con los del presente estudio.

Aguilar *et al.* <sup>(12)</sup> obtuvieron una relación significativa entre la deglución atípica y la presencia de mordida abierta anterior ( $p < 0,0001$ ). Asimismo, encontraron una relación significativa de la respiración bucal con la mordida abierta ( $p < 0,0001$ ), datos que coinciden con este estudio en el que se encontró una relación significativa de la mordida abierta con la deglución atípica ( $p = 0,002$ ) y la succión digital ( $p < 0,001$ ). En el estudio realizado por Ghafournia

**Tabla 11. Relación de hábitos bucales con mordida en tijera unilateral presente en los niños de 6 a 12 años en la I.E. "Los Educadores"**

Hábitos bucales	Mordida en tijera unilateral				Valor p*
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
<i>Deglución atípica</i>					1
No presenta	1	0,7	151	99,3	
Presenta	0	0	2	100	
<i>Succión digital</i>					0,182
No presenta	0	0	126	100	
Presenta	1	3,6	27	96,4	
<i>Succión del labio</i>					1
No presenta	1	0,7	152	99,3	
Presenta	0	0	1	100	
<i>Respiración bucal</i>					1
No presenta	1	0,7	151	99,3	
Presenta	0	0	2	100	
<i>Onicofagia</i>					0,253
No presenta	0	0	115	100	
Presenta	1	2,6	38	97,4	
<i>Bruxismo</i>					1
No presenta	1	0,7	134	99,3	
Presenta	0	0	19	100	

\* Prueba exacta de Fisher

*et al.* <sup>(13)</sup> no se encontró una relación significativa entre la mordida cruzada posterior con los hábitos bucales, lo cual concuerda con los resultados obtenidos en esta investigación.

Goncalves *et al.* <sup>(14)</sup> no encontraron una relación significativa entre el bruxismo y las maloclusiones clase I, clase II y clase III, esto coincide con la presente investigación donde no se encontró una relación de los hábitos bucales con la maloclusión dentaria anteroposterior ( $p=0,310$ ).

Solarte *et al.* <sup>(15)</sup> estudiaron una población de 1000 niños, encontrando que la maloclusión y hábito frecuente fue la mordida abierta y la deglución atípica en un 10,3 y 9,6% respectivamente. En el presente estudio se encontró a la mordida abierta como la maloclusión más frecuente (4,5%) seguida de la deglución atípica 1,3%.

Bhaya *et al.* <sup>(10)</sup> y Urrieta *et al.* <sup>(2)</sup>; encontraron que la interposición lingual y la respiración bucal fueron los hábitos bucales más prevalentes, lo cual difiere con los resultados de este estudio donde se encontró que el hábito frecuente fue la onicofagia y succión digital.

Se concluye que existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior en niños de 6 a 12 años de la I.E. "Los Educadores".

Teniendo en cuenta que la relación de las maloclusiones se encontró en algunos hábitos bucales de mayor frecuencia. Se recomienda realizar investigación en una población más amplia como en comunidades o instituciones educativas de diferentes partes de nuestro país.

#### FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

#### CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vellini Ferreira F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. En: Milton Hecht. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica. 2.ª edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 253-79.
2. Urrieta E, López I, Quirós O, Farías M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de Ortodoncia Interceptiva U.G.M.A años 2006-2007. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Revista en internet]. 2008 [15 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art5.asp>.



3. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. [Revista en internet]. 2011 [15 de marzo de 2013]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>.
4. Aguilar M, Villaizán C, Nieto I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2009; [15 de marzo de 2013]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art22.asp>
5. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua RI, Pérez LE, Juárez-López LA, Linares C, Meléndez AF *et al*. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2011;68(1):26-33.
6. Canut Brusola J.A. Etiopatogenia: Factores locales. En: Bravo Gonzales L.A. *Ortodoncia Clínica y Terapéutica*. Segunda edición. Barcelona: Travessera de Gracia; 2000. p. 221-242.
7. Boj J.R. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. En: Catalá M. *Odontopediatría*. Primera Edición. Barcelona: MASSON, S.A; 2004. p.379-409.
8. Calvacanti A, Bezerra PK, Moura C, Bezerra P, Granville-Gracia AF. Relationship between Malocclusion and deleterious oral habits in preschool children in Campina Grande, PB, Brazil. *Stomatološki Glasnik Srbije*. 2008; 55(3):154-62.
9. Acevedo O, Rosell CR, Mora C, Padilla EM. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. *Cienfuegos*, 2005. *Medisur*. 2008;6(2):33-8.
10. Bhayya DP, Shyagali TR. Prevalence of oral habits in 11-13 year-old school children in Gulbarga city, India. *Virtual J Orthod*. 2009; 8(3):1-4.
11. Camblor A, Cogorno V, Gutierrez H, Veitia J, Jiménez C. Estudio retrospectivo de maloclusiones frecuentes en infantes de 2 a 16 años de edad en el Centro Odontopediátrico de Carapa ubicado en la Parroquia Antímano - Caracas en el período 2000 – 2007. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2008; [15 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2008/art14.asp>.
12. Aguilar M, Nieto I, De la Cruz J. Relación entre Hábitos Nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. *Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. 2011; [15 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art25.asp>.
13. Ghafournia M, Hajenourozali M. Relationship between Bruxism and Malocclusion among preschool children in Isfaham. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*. 2012;6(4):138-42.
14. Goncalves P, Toledo O, Otero SA. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. *Dental Press J. Orthod*. 2010;15(2):97-104.
15. Solarte J, Rocha A, Andrés A, Agudelo A. Perfil epidemiológico de las alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2011;23(1):111-25.

Recibido: 4 de febrero de 2014

Aceptado para publicación: 07 de abril de 2014

**Citar como:** Zapata-Dávalos H, Lavado-Torres A, Anchelia-Ramírez S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. Lima, Perú. *KIRU*. 2014;11(1):16-24.