



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

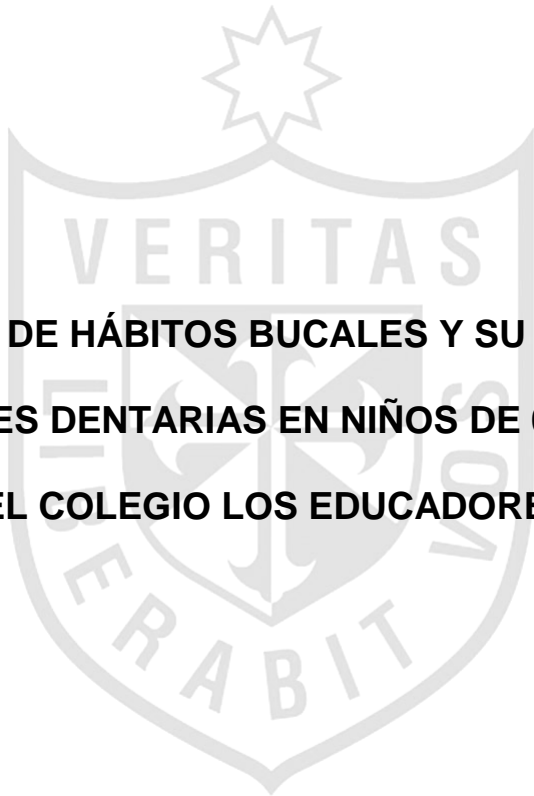
**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON  
MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 06 A 12 AÑOS EN  
EL COLEGIO LOS EDUCADORES**

PRESENTADA POR  
**MÓNICA JOSEFINA ZAPATA DÁVALOS**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA

LIMA, PERÚ

2013



**PREVALENCIA DE HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON  
MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 06 A 12 AÑOS EN  
EL COLEGIO LOS EDUCADORES**

EL AUTOR HA PERMITIDO LA PUBLICACIÓN DE SU TESIS

EN ESTE REPOSITORIO.

ESTA OBRA DEBE SER CITADA.

ii



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

SISTEMA DE  
BIBLIOTECAS

**Asesor:**

**Mg. Ana Lavado Torres**



**Miembros del jurado:**

**Dra. María Pareja Vásquez**

**Mag. Mery Paccini Torres**

**Mag. Ana Lavado Torres**

## DEDICATORIA

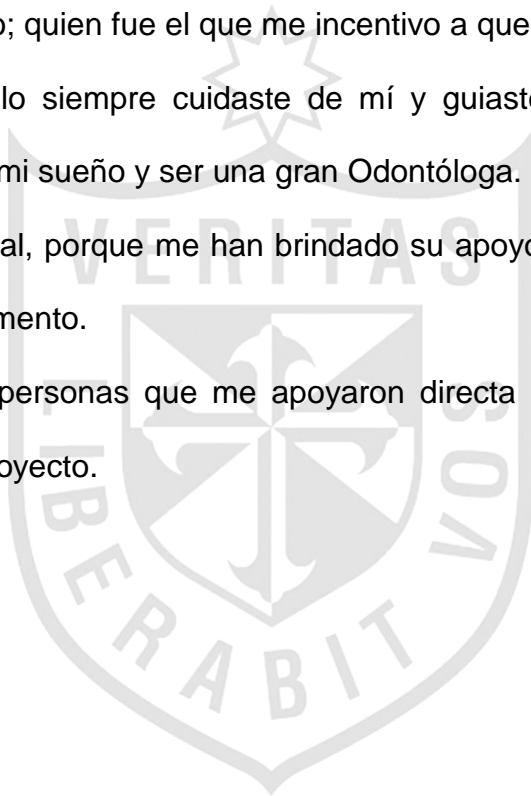
Dedico este trabajo principalmente a Dios, por protegerme y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi formación profesional.

De igual forma dedico este trabajo a personas que enriquecen y fortalecen cada minuto de mi vida: Magaly Dávalos Quintanilla y Gerardo Zapata Coloma, mis padres. Por haberme dado la vida y enseñado con mucho amor y dedicación el valor de la perseverancia, responsabilidad y de la honestidad.

A mi abuelito Edgardo; quien fue el que me incentivo a que estudiara Odontología. Sé que desde el cielo siempre cuidaste de mí y guiaste mis pasos para que llegara a cumplir con mi sueño y ser una gran Odontóloga.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional estando a mi lado en todo momento.

Gracias a todas las personas que me apoyaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.



## **AGRADECIMIENTO**

### **A mi alma mater:**

Universidad de San Martín de Porres – Facultad de Odontología por incentivar a los alumnos a realizar investigación en diversos temas de interés.

### **A mis profesores:**

A la Mag. Ana Lavado Torres por brindarme su apoyo incondicional y motivación para llevar a cabo la tesis.

A la Dra. Shilla Hanny Anchelía Ramirez por su disponibilidad a ayudarme en todo momento y alentarme a seguir adelante.

A la Dra. Yuri Plata Quilco y al Dr. Juan Carlos Loza por haberme apoyado en la recolección de datos y transmitirme sus conocimientos en temas de Ortodoncia.

## ÍNDICE

	Página
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
• Planteamiento del Problema .....	5
• Objetivos .....	5
• Antecedentes .....	6
• Hipótesis y Variables .....	16
• Marco Teórico .....	17
MATERIAL Y MÉTODO.....	38
RESULTADOS.....	43
DISCUSIÓN.....	62
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES .....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS	

## RESUMEN

**Objetivo:** Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Educadores.

**Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico. Se seleccionó por muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 06 a 12 años con criterios de inclusión y exclusión. En coordinación con la autoridad del colegio, se informó a los padres de familia el fin de la investigación y se les pidió su consentimiento para permitir que sus hijos fueran incluidos en el estudio, considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. 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. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15.

**Resultado:** La maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6% y la clase III con un 7.8%. La mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ( $p < 0.01$ ) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ( $p < 0.05$ )

**Conclusión:** Si existe relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores.

**Palabras clave:** hábitos bucales, maloclusión dentaria, oclusión dentaria.

## ABSTRACT

**Objective:** To relate the incidence of dental malocclusion oral habits in children 06-12 years in college educators.

**Material and Methods:** A descriptive, prospective, transversal and clinical. Were selected by systematic random sampling to 154 children of 06-12 years of inclusion and exclusion criteria. In coordination with the school authority was informed parents to research and asked for their consent to allow their children to be included in the study, considering the ethical and legal aspects of the investigation. Data were recorded on a previously validated clinical record. The detection of different parafunctional oral habits in school children was conducted in two stages: the first stage was applied to the parent survey, the second step was performed clinical assessment of the child. Parafunctional habit was considered present when the father's information and clinical diagnosis positively matched. Processing and statistical analysis of the data was performed using the SPSS version 15.

**Result:** The predominates malocclusion class I with 71.4%, followed by Class II Division 1 with 20.1%, the class II division 2 with a 0.6% and the class III with a 7.8%. Anterior open bite is more common in atypical swallowing ( $p < 0.01$ ) and no statistically significant difference linking digital suction anterior open bite ( $p < 0.05$ )

**Conclusion:** If there is a relationship between bucal habits and the presence of dental malocclusions in children of 06 to 12 years in Los Educadores school.

**Keywords:** oral habits, dental malocclusion, dental occlusion.



## INTRODUCCIÓN

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican como fisiológicos, tales como la respiración nasal, habla, masticación y deglución, o bien, parafuncionales, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo. 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. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales 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. Es así que estos causan maloclusión dentaria; la cual es una afección del desarrollo bucofacial que ocupa el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries y la enfermedad periodontal. Por la relevancia en el desarrollo de la oclusión dental, el presente trabajo tuvo como propósito relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en sus tres dimensiones en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores.

- **Planteamiento del Problema**

La investigación abordará como problema la prevalencia de hábitos bucales relacionados a maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”; cuyas consecuencias bucales a la larga perjudican la salud integral del niño.

En vista que cada vez observamos una alta prevalencia de maloclusiones en jóvenes y adultos, mediante esta investigación se desea determinar los hábitos específicos que influyen en las diversas maloclusiones, enfocándonos en niños en edad escolar para contribuir a su detección prematura y posterior corrección.

Un hábito es considerado como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se hace de una manera consciente y luego inconsciente. Hay dos tipos de hábitos, siendo uno de ellos los fisiológicos o funcionales, como la respiración nasal, masticación, el habla y deglución, y los no fisiológicos como la succión del dedo, chupón o labio, respiración bucal, interposición lingual en reposo y deglución infantil.<sup>1</sup>

Los hábitos no fisiológicos son uno de los factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales lo que conlleva al final 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>; pudiendo modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla.<sup>13</sup>

Diversas investigaciones han abordado este tema, sin embargo no existen antecedentes claros en nuestro medio que especifiquen la relación de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en jóvenes peruanos. Por lo cual la misión que tenemos los profesionales de la salud como los pediatras, odontólogos generales u odontopediatras al valorar a sus pacientes es identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de

maloclusiones; dejando así un aporte que se acoja a la realidad peruana teniendo en cuenta el patrón multirracial y el nivel sociocultural; creemos que es de gran importancia realizar este trabajo.

**Problema Principal:**

¿Cuál es la prevalencia de los hábitos bucales que producen maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”?

• **Objetivos de la investigación:**

**Objetivo General:**

Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.

**Objetivos Específicos:**

- Determinar la prevalencia de hábitos bucales en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.
- Determinar prevalencia de las maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.
- Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias verticales en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.
- Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias transversales en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.
- Determinar la prevalencia de los diferentes tipos de maloclusiones dentarias presentes en niños de 06 a 12 años según sexo en el colegio “Los Educadores”.
- Relacionar el tipo de hábitos bucales con las maloclusiones dentarias presentes en los niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.

## **Justificación de la investigación:**

La siguiente investigación tiene relevancia profesional y social porque de acuerdo a diversos trabajos realizados en diferentes partes del mundo se conoce la alta prevalencia de maloclusiones dentarias. Por lo tanto debemos tener en cuenta que los resultados de este tipo de investigación, en el cual se observaron las diferentes maloclusiones dentarias producidas por hábitos, proporcionaron información útil a diversos investigadores y profesionales de odontología, y así realizar una odontología preventiva, identificando los hábitos precozmente. Además, tiene relevancia teórica porque nos permitió establecer la prevalencia de hábitos bucales relacionados a maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores” del distrito de San Luis; también permitió contribuir como antecedente para diversas investigaciones nacionales. Esta investigación puede motivar a la Universidad de San Martín de Porres para que realice actividades donde se dé información educativa a los padres de los jóvenes con problemas de hábitos bucales; así como también charlas preventivas a padres de niños de diferentes instituciones cuyos hijos aún no presentan maloclusión dentaria.

### **• Antecedentes**

#### **Antecedentes generales**

##### **Ghafournia M. y Cols (2012)**

En este estudio evaluaron la prevalencia del bruxismo e investigaron la relación entre los factores oclusales y bruxismo entre los niños en edad preescolar. Se realizó un estudio transversal, en niños de 3 a 6 años de edad, quienes fueron seleccionados al azar de escuelas escolares en Isfahán, Irán. Los sujetos fueron divididos en dos grupos de bruxómanos y no bruxómanos, según lo determinado

por el examen clínico y los informes de los padres. El examinador registra los caninos primarios (Clase I, Clase II y Clase III) y molares (escalón mesial, escalón distal, plano terminal), la existencia de relación de mordida cruzada anterior y posterior, la mordida abierta y profunda. Además fueron evaluados, los dientes girados, impactación de alimentos, los bordes de los dientes afilados, restauraciones altas, caries extensas de dientes y los dientes dolorosos.

La relación entre el bruxismo y los factores oclusales y condiciones irritantes de los dientes se evaluaron mediante chi cuadrado. En los resultados se pudo observar el bruxismo en un 12.75 %. Hay relación estadísticamente significativa existente entre el bruxismo y algunos factores oclusales como el plano terminal ( $P=0,023$ ) y escalón mesial ( $P=0,001$ ) y también, entre la impactación de alimentos, caries extensas, dolor de dientes, bordes afilados de los dientes y bruxismo. Llegaron a la conclusión que hay una relación significativa de bruxismo con relaciones molares primarios y condiciones irritantes dentales entre los niños en edad preescolar. <sup>2</sup>

**Versiani L. y Cols. (2010)**

Este estudio evaluó la relación entre bruxismo, factores oclusales y hábitos bucales en niños y adolescentes, estudiantes de escuelas públicas de la ciudad de Brasilia, distrito federal. Se evaluó un grupo de 680 estudiantes de ambos sexos de 4 a 16 años de edad, quienes fueron seleccionados al azar.

Los datos fueron recogidos mediante cuestionarios y evaluación clínica. Los aspectos morfológicos de oclusión fueron evaluados de acuerdo a la clasificación de Angle y siguiendo unos criterios creados para la dentición temporal, de acuerdo con Foster y Hamilton (1969). Observaron mordidas cruzadas posteriores y anteriores y para el análisis estadístico utilizaron la prueba de chi-cuadrado, el

odds ratio y el software SPSS. En cuanto a los resultados obtuvieron que el bruxismo tiene una prevalencia de 43 %, mientras que la maloclusión obtuvo el 57%. Los hábitos bucales se observaron en el 53%. La prevalencia de una maloclusión se incrementó de 42,6% en la dentición temporal a 74,4% en la dentición permanente. Llegaron a la conclusión que no hay una relación estadísticamente significativa entre el bruxismo y los factores estudiados oclusales ( $p > 0,05$ ). No se encontraron diferencias entre sexos en ambas variables. La onicofagia era el hábito más frecuente (35%), principalmente en el sexo femenino. De la evaluación de los tipos específicos de hábitos, sólo la succión del chupete demostró estar relacionado con el bruxismo.<sup>3</sup>

**Ponce M, y Cols. (2006).**

En este estudio tuvieron como objetivo conocer la situación oral de los niños de nivel socioeconómico bajo, desde el punto de vista de alteraciones de oclusión de la primera dentición. Observaron frecuentemente los hábitos musculares buco faciales nocivos, como succión prolongada, dieta pastosa, enfermedades nasofaríngeas, problemas respiratorios, postura anormal de la lengua. Aplicaron el programa de Atención Odontológica Preventiva Precoz para Niños de escasos recursos. Se atendieron 1489 niños de 0 a 6 años de edad de ambos sexos de los Centros Educativos del DIF Municipal, en San Luis Potosí México. Obtuvieron como resultados que el 62% de la población de corta edad, tienen desviaciones que rompen el patrón de normalidad para la dentición temporal, en la mayoría de los casos, hubo presencia de hábitos alrededor de las maloclusiones diagnosticadas, entre los hábitos de mayor presencia fue el de succión del dedo, deglución atípica, bruxismo y onicofagia, en menor medida, respiración bucal, succión labial, biberón, hábito de chupón, morder objetos. Los planos terminales

que predominaron fueron, el mesial ligero 61% y recto 33%. Los arcos de Baume tipo I y II en 50%. El alcance de la prevención es alto, ya que las relaciones intermaxilares definidas por los planos terminales, son óptimas en la mayoría de los niños, el 48% podría sostenerse en salud y el 62% podría modificarse el curso de las alteraciones diagnosticadas, ejercitando las funciones orales correctas, evitando y eliminando hábitos perniciosos, y desde luego, vigilando el curso normal del crecimiento y desarrollo.

En cuanto a la discusión se observa que la maloclusión de la dentición temporal de la población de estudio es elevada en un 62 %, más aun en edad temprana, así como la presencia de hábitos. Se concluye que las alteraciones de mayor prevalencia son: en sentido transversal, arcos tipo II de Baume; y en sentido sagital, relación incisiva u over jet; siendo estas producidas por factores ambientales, hábitos y funciones masticatorias deficientes.<sup>4</sup>

### **Antecedentes Específicos**

#### **Murrieta-Pruneda J. y Cols. (2011)**

En este estudio evaluaron la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en un grupo de escolares. El estudio fue epidemiológico de carácter descriptivo, observacional, transversal y prolectivo, en el que se incluyeron 211 escolares. La detección de los diferentes hábitos bucales parafuncionales se realizó en dos etapas: 1) aplicación de un cuestionario al padre de familia y 2) valoración clínica del niño. Como resultados obtuvieron que el 68.2% de la población estudiada presentó, al menos, un hábito bucal parafuncional, siendo la onicofagia el hábito de mayor prevalencia. La relación entre la edad y la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales resultó ser significativa, mientras que la relación entre el género y los hábitos bucales parafuncionales no estuvieron asociados.

Llegaron a la conclusión que la prevalencia de hábitos bucales parafuncionales fue alta y estuvo asociada con la edad. <sup>5</sup>

**Aguilar M. y Cols. (2011)**

Este estudio tuvo como objetivo comprobar la influencia de ciertos hábitos orales nocivos en el desarrollo de las maloclusiones. Para comprobar la influencia de las unas sobre las otras y la relación entre distintas maloclusiones, realizaron un estudio descriptivo transversal de 525 historias clínicas escogidas al azar de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid. Se cruzaron las variables de maloclusión en los tres planos del espacio: clase I, II ó III; mordida abierta y/o sobremordida; y mordida cruzada y/o en tijera con los hábitos orales considerados nocivos: succión digital, deglución atípica, respiración oral, onicofagia. Tras el estudio estadístico de correlación de Pearson/ t de Student se concluyó que: la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que pacientes de clase I ósea.<sup>6</sup>

**Solarte J. y Cols (2011)**

En este estudio determinaron la prevalencia de alteraciones de la oclusión en población escolar de 5 a 16 años del corregimiento de Genoy (Pasto), durante el año 2010. Utilizaron un método de estudio transversal en 439 escolares en la Institución Educativa Municipal Francisco de La Villota correspondiente al sector público del Corregimiento de Genoy, municipio de Pasto (Colombia). Realizaron un examen clínico y se recogieron variables sociodemográficas, presencia de caries, características de los arcos, relación molar derecha e izquierda en dientes



deciduos y permanentes y alteraciones de la oclusión. Hicieron un estudio descriptivo de frecuencias totales y por sexo. Cálculo de razones de prevalencia (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) para determinar asociación entre el sexo y las principales alteraciones de la oclusión. Obtuvieron que la prevalencia de caries fue del 88%. Las alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior con un 10%; con mayor frecuencia en mujeres sin diferencias significativas y mordida cruzada anterior en un 9,6% con mayor prevalencia en mujeres y diferencias significativas  $p < 0,05$ . Los hábitos que presentaron mayor frecuencia fueron: deglución atípica (38%), dificultad en la pronunciación (19%) y onicofagia (15%). Las mujeres presentaron mayor frecuencia de relación molar clase I y los hombres mayor frecuencia de clase II y clase III. Concluyeron que se presentaron algunas variaciones en el diagnóstico de alteraciones de la oclusión por sexo, siendo mayor frecuencia de clase I, mordida cruzada y abierta anterior en mujeres. Sugieren estrategias específicas que permitan establecer los principales factores de riesgo para estas alteraciones.<sup>7</sup>

**Bhayya D., y Cols. (2009)**

En este estudio evaluaron la prevalencia de hábitos orales en niños 11-13 años de edad en la ciudad Gulbarga, India. Recopilaron datos de 1000 niños del grupo de edad 11-13 años, asistiendo a diferentes escuelas primarias de la ciudad de Gulbarga. La información relativa del estudio fue obtenida de los padres en forma de cuestionario, seguido de la exploración. Se obtuvieron resultados, en los cuales de los 1.000 niños examinados, el 38% tenían hábitos orales, de los cuales el 18% tenían hábito de empuje lingual, el 17% tenía el hábito de respiración bucal y sólo el 3% tienen hábito de onicofagia. No hubo diferencia significativa en

la prevalencia de hábitos entre hombre y mujer, excepto para el hábito de morderse las uñas. Prevalencia del hábito oral disminuye con el aumento de edad. Se llega a la conclusión que la mayoría de los niños tenían hábitos orales. Esto pone de relieve la importancia de identificar a los niños que están en necesidad de tratamiento ortodóncico preventivo para evitar la aparición futura de maloclusión. Además, se sugiere que el mismo patrón de investigación tiene que ser hecho en amplios estratos para identificar las maloclusiones. <sup>8</sup>

**Aguilar M y Cols (2009).**

En estudio tuvieron como objetivo conocer la frecuencia y grado de maloclusión que presenta nuestra población, así como conocer la frecuencia de los hábitos orales que se consideran factores etiológicos de maloclusión. Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre 1220 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre 6 y 12 años escolarizados en colegios públicos de ámbito rural de la provincia de Toledo (España). Una odontóloga y una higienista hicieron una revisión completa anotando los hábitos orales y las maloclusiones que estos escolares presentaban tras obtener el consentimiento informado firmado de los padres y/o tutores. Los resultados son: frecuencia de maloclusión 23,49 %; frecuencia de hábitos orales anómalos por orden de frecuencia: onicofagia 44,4%, respiración oral 37,2%, succión digital 3,9% y deglución atípica 3,1%. Concluyeron que es importante conocer la etiología de las maloclusiones para dar un correcto diagnóstico; y así un tratamiento adecuado que debe ser multidisciplinar, con colaboración de pediatras, odontólogos, psicólogos, ortodontistas y otorrinolaringólogos. <sup>9</sup>

### **Cambior A. y Cols (2008).**

Este estudio realizó un estudio en el Centro Odontopediátrico de Carapa con una muestra de 10.343 pacientes con edades comprendidas entre 2 y 16 años de edad, que asistían al Centro desde hace 7 años, con finalidad de demostrar la cantidad de pacientes con maloclusión, a su vez informar a la población acerca de este tema, la etiología, prevención y tratamiento a una edad temprana. Debemos tener presente que la apariencia dental y facial, ya sea de un niño o de un adolescente, determina en gran medida su grado de autoestima personal, que suele aumentar a medida que el tratamiento armoniza los dientes, los labios y cara del paciente. Los datos arrojados fueron los siguientes: el 28,1% de los pacientes presentaron maloclusiones y el 71,9% de los pacientes no presentaron maloclusiones. El género donde prevalece la mayor cantidad de maloclusiones es el femenino con un 52,3% (1.163 pacientes femeninas), mientras que el género masculino se obtuvo solo un 47,7% (1.058 pacientes masculinos). Encontraron prevalencia de maloclusiones en el grupo de 8 a 11 años de edad con un 40,43%, lo que equivale a 898 pacientes, seguido por el rango de 2 a 7 años con un 31,83%, y entre 12 a 16 años con un 27,28%. Observaron que la maloclusión que predomina 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%. Siendo el hábito más frecuente la deglución atípica con un 12,08%, seguido por los respiradores bucales con un 6,78% y por último la succión digital con 4,71%. Concluyeron que solo 2.221 pacientes presentan maloclusiones. Siendo la maloclusión tipo I la de mayor predominio y el hábito más frecuente la deglución atípica<sup>10</sup>

**Cavalcanti L. y Cols (2008).**

Este estudio evaluó la prevalencia de las maloclusiones en niños en edad preescolar en la ciudad de Campina Grande, PB, Brasil y verificaron la existencia de asociaciones entre maloclusiones y hábitos orales perjudiciales, según género y la edad. Se evaluaron 342 niños (de 3 a 5 años de edad, 196 niños y 146 niñas) con dentición primaria completa y sin tratamiento previo de ortodoncia, quienes fueron seleccionados al azar en los centros municipales de atención diurna. Se evaluó la aparición de las maloclusiones: acentuado resalte y sobremordida, mordida abierta anterior y posterior, mordida cruzada. Los resultados arrojaron que las maloclusiones y hábitos bucales deletéreos se observaron en el 74% y el 73,4% de los niños, respectivamente. La prevalencia de la maloclusión fue del 68,9% en los varones y 80,9% en las niñas. Acentuado resalte (45%) y la mordida abierta anterior (42,4%) fueron las maloclusiones más prevalentes. Hubo diferencia estadísticamente significativa ( $P = 0,008$ ) entre los sexos. Sin embargo, no hubo diferencia estadísticamente significativa ( $P = 0,47$ ) entre los grupos de edad. Acentuado resalte, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior mostró una asociación positiva con la presencia de hábitos deletéreos. Concluyeron que el conocimiento de la alta prevalencia de maloclusiones y hábitos bucales perjudiciales observadas en población pediátrica es importante debido a que sirve de ayuda a los profesionales de la salud oral que tratan con pacientes de estos grupos de edad. Deben ser conscientes de la importancia de un diagnóstico precoz y preciso con el fin de evitar la agravación de alteraciones de oclusión en el futuro. <sup>11</sup>

**Acevedo O. y Cols. (2008).**

En su estudio tuvieron como objetivo identificar los portadores de hábitos bucales deformantes. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, correlacional, en 341 niños de 5 a 11 años, del municipio Cienfuegos, en el período de diciembre 2004 a septiembre 2005. Además del examen clínico, se realizó entrevista a padres/tutores y maestros de cada niño. La información fue almacenada en un formulario de datos y se analizaron variables como: edad, sexo, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.

Observaron que la frecuencia de hábitos bucales deformantes fue de 73,9 %, siendo los más frecuentes la protracción lingual (47,2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23,5%), con predominio de todos ellos en el sexo femenino. De los niños portadores de hábitos, el 72,2 % desarrolló anomalías, siendo la vestibuloversión (21,1 %), el resalte aumentado (20,2 %) y la incompetencia bilabial (17,9 %) las más frecuentes. Llegaron a la conclusión que los hábitos bucales deformantes constituyen un problema de salud que afecta el sistema estomatognático, lo que debe ser tratado por el Estomatólogo General Integral de forma directa y sistemática.<sup>12</sup>

**Urrieta E. y Cols. (2006)**

Este estudio indagó la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones en el sector anterior presente en los pacientes atendidos en el primer diplomado de ortodoncia interceptiva U.G.M.A, con el fin de orientar mejor a los pacientes que asisten a las consultas. Seleccionaron 51 pacientes para la recolección de datos, utilizaron una encuesta que proporcionó el nivel socioeconómico y datos de la historia clínica de cada paciente que incluyó información de variables que pudieran condicionar las características oclusales del sector anterior. Los

resultados reportaron un 45,09% de niños en condición socioeconómica media, lo que corresponde al servicio de atención privada donde fueron seleccionados los casos.

La prevalencia de pacientes con hábitos bucales fue de 64,7% siendo el género femenino predominante con un 35,29% y el masculino con un 29,41%, la edad oscilante de la presencia de hábitos es de 7 a 8 años. Los hábitos bucales encontrados en primer lugar son 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 son apiñamiento, mordida profunda, protrusión dentaria. La alta prevalencia de hábitos bucales son condiciones que pueden iniciar, predisponer o agravar la maloclusión dentaria aunque no necesariamente estos sean el factor etiológico principal para su aparición. Llegaron a la conclusión que la prevalencia que se determinó con esta investigación debe orientar a todo profesional, ya sea ortodoncistas, odontopediatras u odontólogos generales a unir esfuerzos para guiar a los pacientes y explicarles la importancia de atacar a tiempo dichos hábitos. <sup>13</sup>

- **Hipótesis de la Investigación**

**Hipótesis General**

Existe relación entre los hábitos bucales y las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio “Los Educadores”

- **Variables**

**Variable Independiente:** Hábitos bucales

**Variable Dependiente:** Maloclusiones dentarias

**Variable Interviniente:** Sexo

## **Marco Teórico**

### **Hábitos Bucales:**

Un hábito puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente.<sup>1</sup>

### **Clasificación:**

Se clasifican en 2 tipos:

Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución.<sup>14</sup>

Hábitos No Fisiológicos: son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica.<sup>1</sup>

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

1. Duración: Por su duración pueden subclasificarse:

- Infantil: (hasta 2 años) en esta etapa de la vida forman parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- Pre-escolar: (2 a 5 años) si en caso del hábito de succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, pero por el contrario si es continuo e intenso puede producir malposiciones dentarias en los dientes primarios. Si el

hábito cesa ante de los 6 años de edad, la deformación producida es reversible en un alto porcentaje de los casos.

- Escolar: (6 a 12 años) requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito. Puede producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.

2. Frecuencia: Pueden ser intermitente (diurno) o continuos (nocturno)

3. Intensidad: Se clasifican en:

- Poca intensa: presenta poca actividad muscular especialmente los buccinadores específicamente en el caso de succión del dedo.

- Intensa: Cuando la contracción del músculo buccinador es fácilmente apreciable.<sup>15</sup>

### **Etiología:**

Los hábitos bucales son la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional.<sup>1</sup>

### **Tipos:**

#### **a. Deglución:**

Deglutir significa obtener un cierto volumen en la boca, cerrar los labios y presionar suavemente la lengua contra el paladar, llevando el contenido hacia las vías digestivas. No hay participación de la musculatura facial, especialmente de los músculos de la mímica.<sup>17</sup> La deglución, así como todas las funciones del aparato estomatognático, en el recién nacido normal y sano son perfectas.<sup>17</sup> En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una



posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil). Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder. La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.

#### **- Deglución Normal:**

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

- ✓ La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual.
- ✓ La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par.
- ✓ No hay actividad contráctil al nivel de los músculos periorales, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.
- ✓ La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.
- ✓ En el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias unas vez cada dos minutos aproximadamente.

#### **- Deglución Atípica:**

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impulsa el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la

lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.

**Etiología de la deglución atípica:**

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

**Consecuencias de la deglución atípica:**

- ✓ Mordida abierta en la región anterior y posterior
- ✓ Protrusión de incisivos superiores
- ✓ Presencia de diastema antero superiores
- ✓ Labio superior hipotónico
- ✓ Incompetencia labial
- ✓ Hipertoncicidad de la borla del mentón <sup>14</sup>

**Tratamiento de la deglución atípica:**

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, 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.

\* Reeduación de la posición lingual: usar una pastilla 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.

Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución se puede realizar tratamiento de tipo ortodónticos. Entre los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional tenemos:

1. Los restrictores, que poseen como único objetivo el evitar, a través de "obstáculos", que la función incorrecta continúe y alteren la oclusión: rejillas o trampa lingual removible.
2. Los estimuladores, que están destinados a la resolución terapéutica del hábito: Perla de Tucat en un retenedor tipo Hawley, Pantalla Vestibular.<sup>1</sup>

#### **Tipos de Deglución Atípica:**

- **Deglución atípica con interposición labial:**

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

vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.

### **Tratamiento de la deglución atípica con interposición labial:**

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.

#### ○ **Deglución con presión atípica de la lengua:**

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

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

- ❖ Tipo I: no causa deformación
- ❖ Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

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

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

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

### **Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II:**

Placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedidor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impedidora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores.

Además de impedir la interposición de la lengua, la aparatología removible puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina.

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

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

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

### **Tratamiento de la deglución atípica tipo III:**

El aparato utilizado es el mismo de antes, solo que la rejilla impedidora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador.

- ❖ Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: la maloclusiones resultantes son:
  - ✓ Mordida abierta anterior y lateral.
  - ✓ Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
  - ✓ Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior<sup>14</sup>.

#### **b. Succión:**

La palabra succión según el diccionario de la lengua española y Larousse es la extracción de un líquido con los labios de una cosa siendo este un instinto reflejo.

El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses. Se activa cuando un objeto entra en contacto con los labios del recién nacido proporcionando que la boca se ponga a succionarlo. Esta organización nerviosa temprana permite al niño alimentarse de su madre por lo que la succión prenatal y neonatal nutricional es fisiológica. Este reflejo de succión es considerado normal hasta que el niño alcanza los tres años de edad, momento en el cual, con la aparición de las piezas temporales es reemplazado gradualmente con la masticación. Se considera un mal hábito cuando persiste estando las piezas en boca.

#### **♦ Succión Digital:**

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral. La Asociación Estomatológica

de los Estados Unidos de América considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y la presión que ejerce la mano y el brazo conduce a una mordida cruzada unilateral por desviación de la mandíbula.

#### ▪ **Etiología**

La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otra psicopatología subyacente o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento. Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar.

#### ▪ **Tipos de hábitos de succión Digital:**

1. Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.
2. Succión de otros dedos. Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan.





## ▪ Consecuencias

Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua que deja de ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo contra el paladar.

✓ La Succión del pulgar: Los músculos activos en este hábito tienen la función de 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 caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

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

✓ También el dedo que se chupa se torna aplanado y con un callo en el dorso producido por los incisivos superiores; aumento de la distancia horizontal entre los dientes superiores e inferiores cuando estos están en contacto.

## ▪ **Tratamiento**

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión del pulgar es apropiado a partir de los 4 años de edad si el problema es crónico y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados.

Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en tres categorías: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóncicos y/o tratamiento miofuncional.

Utilización de dispositivos ortodóncicos: El uso de dispositivos ortodóncicos lo podemos dividir en:

1. Aparatología Removible (miofuncional)
2. Aparatología Fija (restrictivos)

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.<sup>1, 19, 20.</sup>

### ♦ **Succión Labial:**

Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría el labio inferior es el que está implicado, aunque se ha observado hábitos de mordisqueo del labio superior. La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, una lingualización del frente incisivo mandibular, con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior.

En el tratamiento está indicado el lip bumper.<sup>20.</sup>

### **c. Respiración:**

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

### **- Respiración oral**

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua y de 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, pueda modificar la postura de la cabeza, los maxilares y la lengua. Todo ello podría 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 <sup>18</sup>.

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

- ✓ Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.
- ✓ Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.

### **- Etiología de Respiración oral**

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas
- Presencia de Pólipos Nasales
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas y Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias

### **Características faciales y dentarias de la respiración oral**

- ✓ Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- ✓ Mordida cruzada posterior, uni o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- ✓ Paladar alto u ojival
- ✓ Retrognatismo del maxilar inferior
- ✓ Labio superior corto e hipotónico.
- ✓ Labio inferior hipertónico
- ✓ Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- ✓ Vestibuloversión de incisivos superiores.
- ✓ Maxilar superior estrecho.
- ✓ Protrusión del maxilar superior.
- ✓ Gingivitis crónica.
- ✓ Incompetencia Labial.
- ✓ Incisivos inferiores lingualizados y apiñados

✓ Perfil convexo.

#### - **Tratamiento de la respiración oral**

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

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

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

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

✓ Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.

✓ Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.

✓ Terapia Miofuncional.<sup>14. 19.</sup>

#### **d. Onicofagia:**

El hábito de comer las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. En algunos casos se observa intrusión de los dientes, especialmente de los incisivos superiores<sup>17</sup>.

#### **Corrección:**

Se le pide al paciente que muerda el mordedor de goma, cinco minutos sin parar, siempre que tenga ganas de roer las uñas. También se le pide que, al sentirse ansioso, tome el mordedor y haga ese ejercicio durante cinco o diez minutos <sup>16</sup>.

**e. Bruxismo:**

Se define como un hábito no funcional al contacto forzoso entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario, el exceso de molienda, apretar o el roce de los dientes durante los movimientos funcionales del sistema masticatorio. El bruxismo puede ocurrir durante el día o durante la noche. Rechinar los dientes suele ocurrir durante el sueño nocturno, el cual ha sido nombrado bruxismo y está asociada a trastornos cráneo-mandibulares incluyendo dolores de cabeza, molestias en la articulación temporomandibular, dolor muscular, pérdida prematura de los dientes debido al desgaste excesivo y la movilidad, y la interrupción del sueño del individuo, así como de que el compañero de cama. También tiene consecuencias sobre el aspecto facial, pues se producen hipertrofias musculares, especialmente de los músculos maseteros, provocando la facies maseterino<sup>17</sup>.

La etiología del bruxismo se ha atribuido a factores sistémicos, como los parásitos intestinales, deficiencias nutricionales, alergias y desordenes endocrinos y también a factores locales, especialmente maloclusión o diente supernumerario y factores psicológicos. La genética también juega un rol. En general se cree que el bruxismo del sueño es más frecuente en la infancia, aunque no es raro en los adultos y ocurre con menos frecuencia en la vejez. En los últimos años, el bruxismo ha convertido en una preocupación creciente en los niños debido a sus efectos negativos en la calidad de vida y también por ser considerado un importante factor de riesgo para las disfunciones temporomandibulares. Puede

causar desgaste de los dientes y, en casos más graves, trauma dental. En los niños, el bruxismo se está convirtiendo cada vez más en una condición común. <sup>2</sup>

### **Maloclusiones dentarias:**

#### **Definición de maloclusión:**

La maloclusión, según Angle es la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura.

#### **Etiología de la maloclusión:**

De acuerdo a Graber, los factores etiológicos de la maloclusión se dividen en:

#### **Factores generales:**

- \* Herencia
- \* Defectos congénitos
- \* Medio ambiente
- \* Problemas nutricionales
- \* Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales
- \* Postura
- \* Trauma y accidentes

#### **Factores locales:**

- \* Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, ausencias congénitas
- \* Anomalías en el tamaño de dientes
- \* Anomalías en la forma de los dientes
- \* Frenillo labial anormal, barreras mucosas
- \* Pérdida prematura de dientes
- \* Retención prolongada de dientes
- \* Brote tardío de los dientes

- \* Vía de brote anormal
- \* Anquilosis
- \* Caries dental
- \* Restauraciones dentales inadecuadas

### **Clasificación:**

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 sólo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.

- o **Maloclusión anteroposterior:**

### **Clasificación de Angle:**

Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas que se distinguen de la oclusión normal. Las clases de maloclusión fueron divididas en I, II y III.

#### ✓ **Clase I:**

Están incluidas en este grupo las maloclusiones en las que hay una relación anteroposterior normal entre los arcos superior e inferior, evidenciada por la llave molar (la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior). Estos pacientes presentan un perfil facial recto y equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

#### ✓ **Clase II:**



Son las maloclusiones en las cuales el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con la relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Estos pacientes presentan el perfil convexo.

- Clase II división 1: tiene como característica la inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son comunes los desequilibrios de la musculatura facial, causada por el distanciamiento vestibulo lingual entre los incisivos superiores e inferiores, el perfil es convexo.

- Clase II división 2: se caracteriza por presentar incisivos superiores verticalizados o palatinizados. Los perfiles son rectos o ligeramente convexos.

✓ **Clase III:**

En esta maloclusión el surco mesiovestibular de la primera molar inferior se encuentra mesializado con respecto a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. El perfil facial es cóncavo, la musculatura está desequilibrada. Es común la mordida cruzada anterior y posterior <sup>16</sup>.

○ **Maloclusiones Verticales:**

Las maloclusiones como la mordida abierta y profunda son producidas por una alteración en la dimensión vertical.

✓ **Mordida abierta:**

Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta las bases óseas, la mordida abierta es dental <sup>20</sup>.

Se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Las características faciales son: hipodivergente, cara amplia y cuadrada, competencia labial, tercio inferior disminuido, retrusión de ambos labios.<sup>16</sup>

○ **Maloclusiones Transversales:**

Son aquellas alteraciones de la oclusión que se presentan en el plano horizontal o transversal, en la cual las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares superiores e inferiores.

✓ **Mordida cruzada posterior:**

Se habla de mordida cruzada posterior cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. Este tipo de mordida cruzada la podemos encontrar en: ambas hemiarcadas, una sola hemiarcada y en un solo diente en mordida cruzada (molar, premolar o canino).

✓ **Mordida en Tijera:**

Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Son mucho menos frecuente que las mordidas cruzadas. Pueden ser de ambas hemiarcadas o una sola hemiarcada <sup>19</sup>.

● **Definiciones conceptuales:**

**Hábitos:** Se define como una costumbre que al principio es consciente y con la práctica se hace inconsciente.

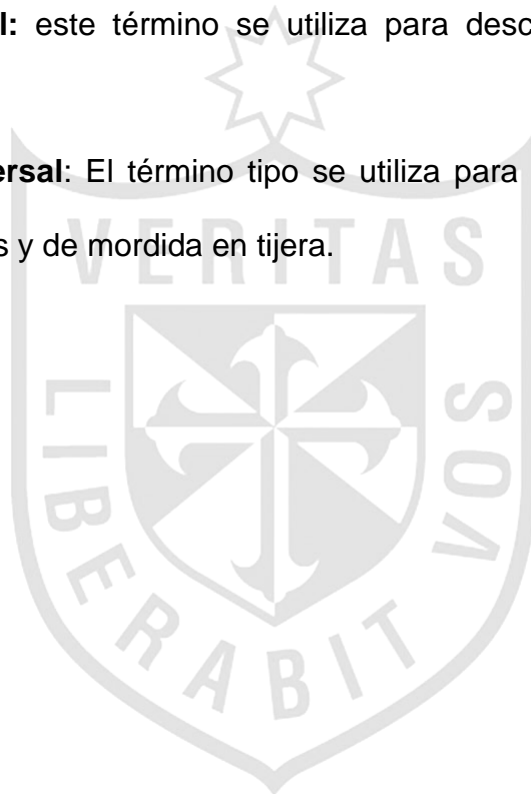
**Hábito bucal no fisiológico:** es la práctica repetida en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo.

**Maloclusión:** Es el desarrollo anormal de las estructuras de la cavidad bucal, ya sean los dientes o los maxilares.

**Maloclusión anteroposterior:** es la clasificación de Angle; nos da la posición del primer molar superior permanente como punto fijo de referencia. También se incluyen aquí el resalte aumentado y la mordida cruzada anterior.

**Maloclusión vertical:** este término se utiliza para describir mordida abierta y mordida profunda.

**Maloclusión transversal:** El término tipo se utiliza para describir diversos tipos de mordidas cruzadas y de mordida en tijera.



## MATERIAL Y MÉTODO

### Diseño Metodológico:

- **Descriptivo:** porque identifica características del universo de población, señala formas de conductas y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación.
- **Retrospectivo:** es un estudio longitudinal en el tiempo que se analiza en el presente, pero con datos en el pasado.
- **Transversal:** porque estudia la relación de las variables en un momento determinado.
- **Clínico:** porque considera el estudio de casos médico odontológico.

### Población y muestra:

#### Población

La población del estudio estará conformada por estudiantes de 06 a 12 años del Colegio Los Educadores.

#### Muestra

La muestra será calculada mediante la siguiente fórmula aplicable en variables cualitativas y poblaciones finitas:

$n$  = tamaño mínimo de muestras

$N$  = tamaño de la población

$Z$  = nivel de confianza (95% = 1.96)

$S$  = desviación estándar

$d$  = nivel de precisión

$p$  = prevalencia del fenómeno en estudio

$q$  = complementa  $p$  hasta  $q$

Fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)d^2 + Z^2pq}$$

Donde:

$$n = \frac{356(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(356 - 1)(0.06)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(356)(3.8416)(0.25)}{(355)(0.0036) + (3.8416)(0.25)}$$

$$n = \frac{341.9024}{(1.278) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{391.9024}{2.2384}$$

$$n = 153.74$$

○ Muestreo: Muestreo Probabilístico: Muestreo Aleatorio Sistemático.

- Tamaño de población = 356
- Tamaño de muestra = 154

Constante sistemática= 356/ 154

Constante sistemática= 2.3 Redondeado al siguiente posterior = 3

### **Criterios de Selección**

#### **▪ Criterios de inclusión:**

\* Niños de ambos sexos con edades de 06 a 12 años del Colegio "Los Educadores".

\* Autorización de los padres para realizar el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.

\* Niños que presentan la relación molar en contacto.

▪ **Criterios de exclusión:**

\* Niños con tratamiento ortodóntico previo.

\* Niños con tratamiento ortodóntico actual.

\* Niños que presentan algún Síndrome.

**Operacionalización de Variables**

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Indicadores	Escala	Instrumento
<b>Hábitos Bucales V.I.</b>	Cualitativa	Costumbre adquirida por repetición.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deglución atípica.</li> <li>• Succión Digital.</li> <li>• Succión de labio.</li> <li>• Respiración bucal.</li> <li>• Onicofagia.</li> <li>• Bruxismo.</li> </ul>	Nominal Politómica	Ficha de Recolección
<b>Maloclusiones dentarias V.D.</b>	Cualitativa	Es cuando uno o varios dientes están situados en posición anormal.	<p><b>Antero Posterior:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clase I.</li> <li>• Clase II:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-División 1</li> <li>-División 2</li> </ul> </li> <li>• Clase III.</li> </ul> <p><b>Vertical:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mordida abierta anterior.</li> <li>• Mordida profunda.</li> </ul> <p><b>Transversal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.</li> <li>• Mordida en tijera unilateral o bilateral</li> </ul>	Nominal Politómica	Ficha de Recolección: Evaluación clínica
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Son las características biológicas, rasgos personales, conducta que diferencia a los hombres de las mujeres.	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica	Ficha de Recolección

## **Técnicas de recolección de datos**

Se solicitó autorización a las autoridades del colegio " Los Educadores " para llevar a cabo el proyecto de tesis en los estudiantes de 06 a 12 años; asimismo, a los padres de familia se les pidió su consentimiento para que permitieran que sus hijos fueran incluidos en el estudio, cubriendo de esta manera con los aspectos éticos y legales de la investigación.

Para la exploración bucal se utilizaron sillas, una mesa, espejos dentales, regla milimetrada, hilo dental para medir la línea media y luz del día. Se registraron los datos en una ficha clínica previamente validada. De igual manera, se cuidaron los aspectos relacionados con la asepsia y antisepsia, para lo cual se utilizaron guantes desechables, gorro, mascarilla y lentes protectores. 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.

Durante la valoración clínica fueron tomados en cuenta los siguientes criterios:

- El examen extrabucal, que comprendió la exploración de:
  1. Biotipo facial: mesofacial, braquifacial y dolicofacial.
  2. Labios, para observar lo siguiente: a) competencia o incompetencia labial; b) cierre postural de labios; c) labio superior e inferior normal o corto; d) seco o humectado.
  3. La tonicidad de los músculos buccinadores, orbiculares y borla del mentón.
  4. Las uñas y cutículas de los dedos, para verificar algún desgaste o la mordedura de las mismas, así como alguna posible inflamación o infección.

5. Los dedos, para comprobar la limpieza o la presencia de callosidades.

➤ El examen intrabucal comprendió la exploración de: las piezas dentarias, problemas de maloclusión dentaria anteroposterior, vertical y transversal, espaciamiento anterior y posterior de los dientes, apiñamiento, desviación de la línea media tanto superior como inferior, forma del paladar, lengua, amígdalas, problemas periodontales, facetas de desgaste de los dientes.

### **Técnicas para el procesamiento de la información**

El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó a través del programa estadístico SPSS versión 15. Se presentó la distribución de frecuencias de las maloclusiones dentarias en sus tres dimensiones, se comparó según el sexo por medio de las pruebas de chi cuadrado y Prueba exacta de Fisher, acompañado de sus respectivos gráficos de sectores, barras simples y agrupadas. Se presentó también una tabla de distribución de frecuencias de los hábitos bucales.

La comparación entre cada una de las maloclusiones dentarias con los diferentes hábitos bucales se realizó por medio de las pruebas exacta de Fisher y chi cuadrado. Todas las pruebas se trabajaron a un nivel de significancia de 5%.

### **Aspectos éticos**

En el presente trabajo no existe implicancias contra la ética y la moral del participante debido a que se les pedirá mediante el consentimiento informado su participación para la evaluación clínica y el llenado de la ficha de recolección de datos.



## RESULTADOS

**Tabla N° 1: Prevalencia de Hábitos Bucales presentes en estudiantes de 06 a 12 años en el colegio "Los Educadores"**

<b>Hábitos bucales</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Deglución atípica		
No presenta	152	98.7
Presenta	2	1.3
Succión digital		
No presenta	126	81.8
Presenta	28	18.2
Succión del labio		
No presenta	153	99.4
Presenta	1	0.6
Respiración bucal		
No presenta	152	98.7
Presenta	2	1.3
Onicofagia		
No presenta	115	74.7
Presenta	39	25.3
Bruxismo		
No presenta	135	87.7
Presenta	19	12.3

Se observa mayor prevalencia de 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.

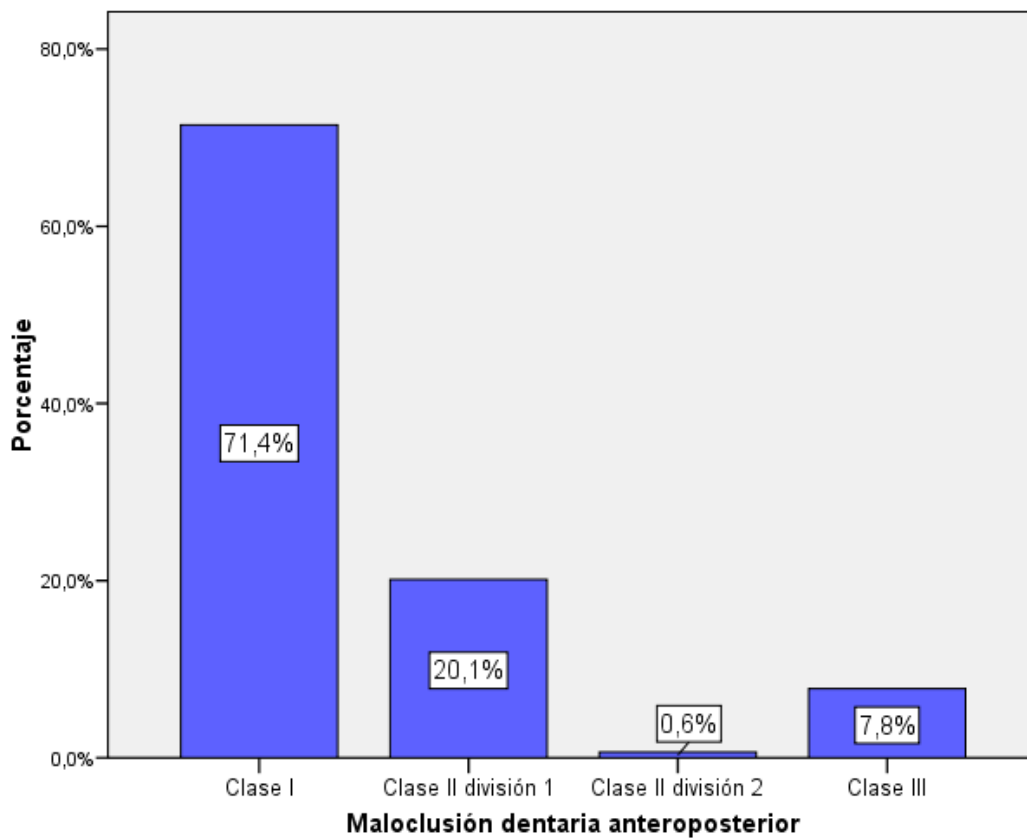
**Tabla N°2: Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años en el colegio "Los Educadores".**

<b>Maloclusión dentaria</b>		
<b>anteroposterior</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Clase I	110	71.4
Clase II división 1	31	20.1
Clase II división 2	1	0.6
Clase III	12	7.8
Total	154	100

Se observa una alta prevalencia de maloclusión dentaria Clase I (71.4 %).



**Gráfico N° 1: Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años en el colegio " Los Educadores".**

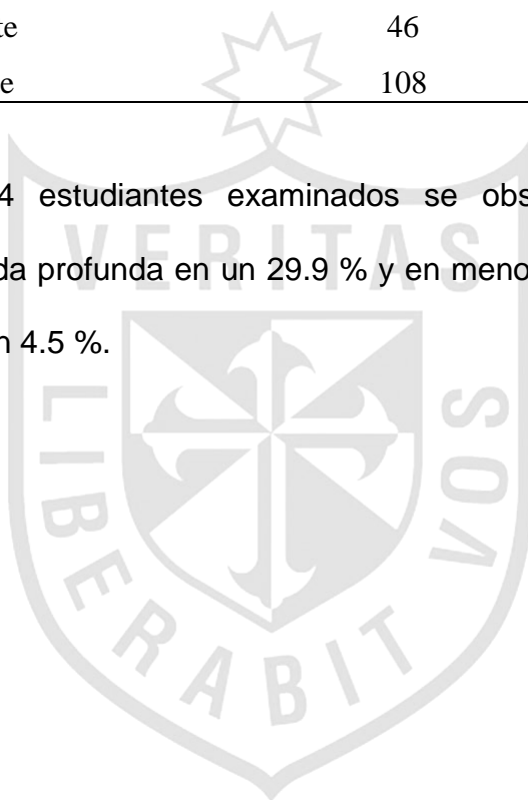


En el siguiente gráfico la población analizada fue de 154 pacientes, en donde se pudo observar que la maloclusión que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, luego la clase III con un 7.8 % y la clase II división 2 con un 0.6 %.

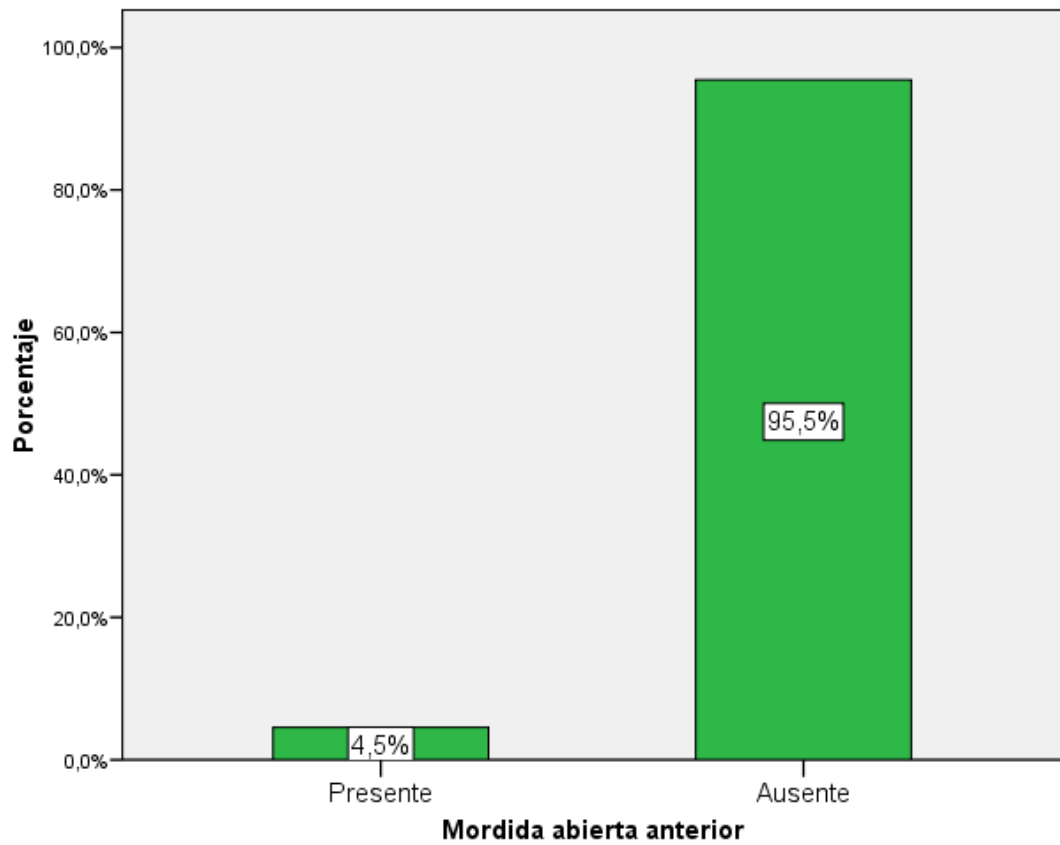
**Tabla N°3: Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales en niños de 06 a 12 años en el colegio "Los Educadores".**

<b>Maloclusión dentaria</b>		
<b>vertical</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mordida abierta anterior		
Presente	7	4.5
Ausente	147	95.5
Mordida profunda		
Presente	46	29.9
Ausente	108	70.1

De un total de 154 estudiantes examinados se observa que hay mayor prevalencia de mordida profunda en un 29.9 % y en menor porcentaje la mordida abierta anterior con un 4.5 %.

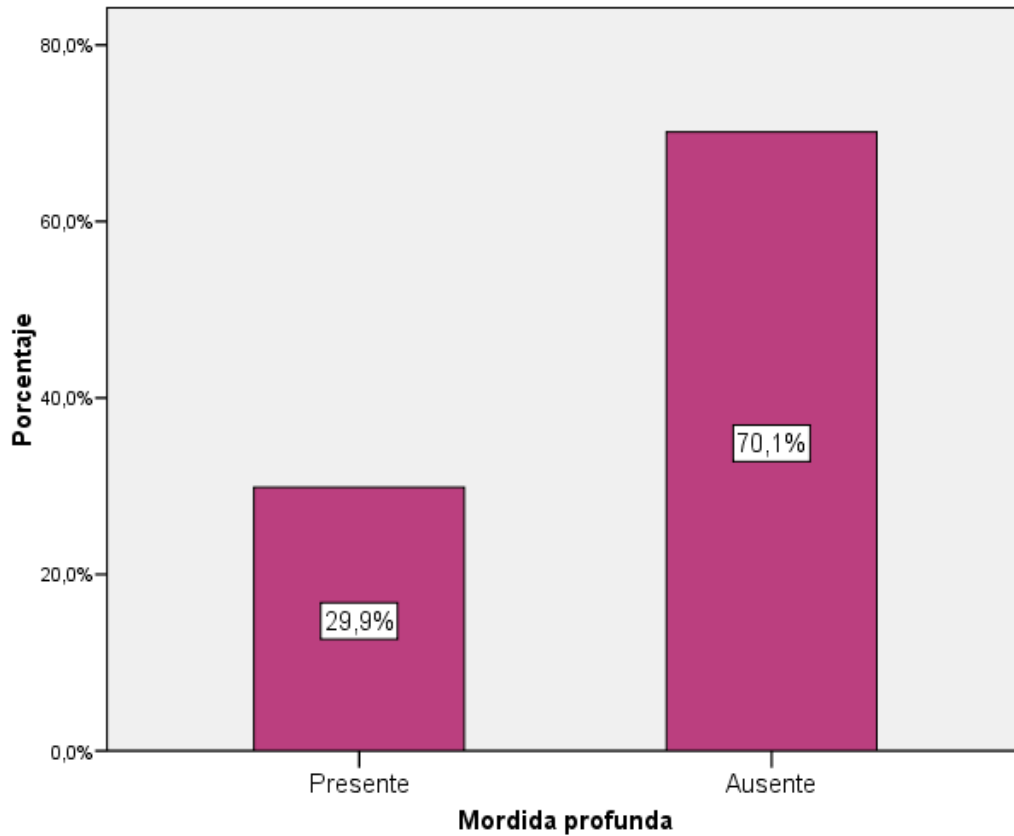


**Gráfico N° 2: Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales – Mordida Abierta Anterior en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.**



La prevalencia de mordida abierta anterior es de 4.5% presente en los estudiantes de 06 a 12 años.

**Gráfico N° 3: Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales – Mordida profunda en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los Educadores”.**



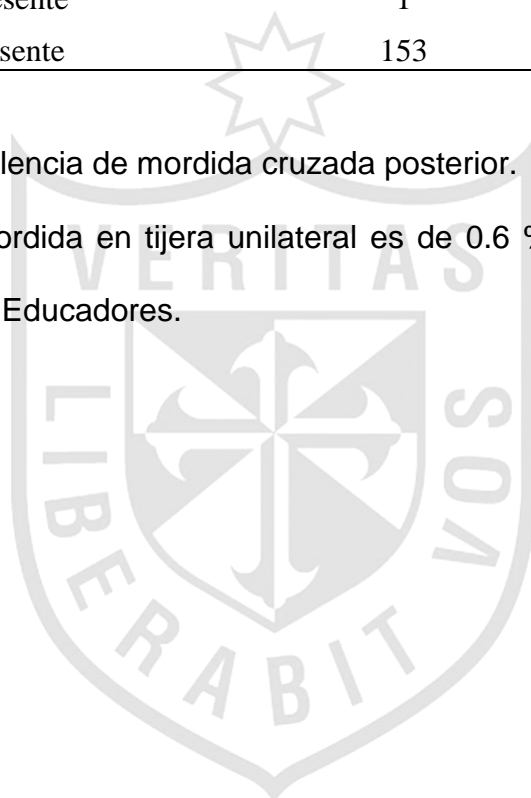
La prevalencia de mordida profunda es de 29.9% presente en los estudiantes de 06 a 12 años.

**Tabla N°4: Prevalencia de maloclusiones dentarias transversales en niños de 06 a 12 años en el colegio "Los Educadores".**

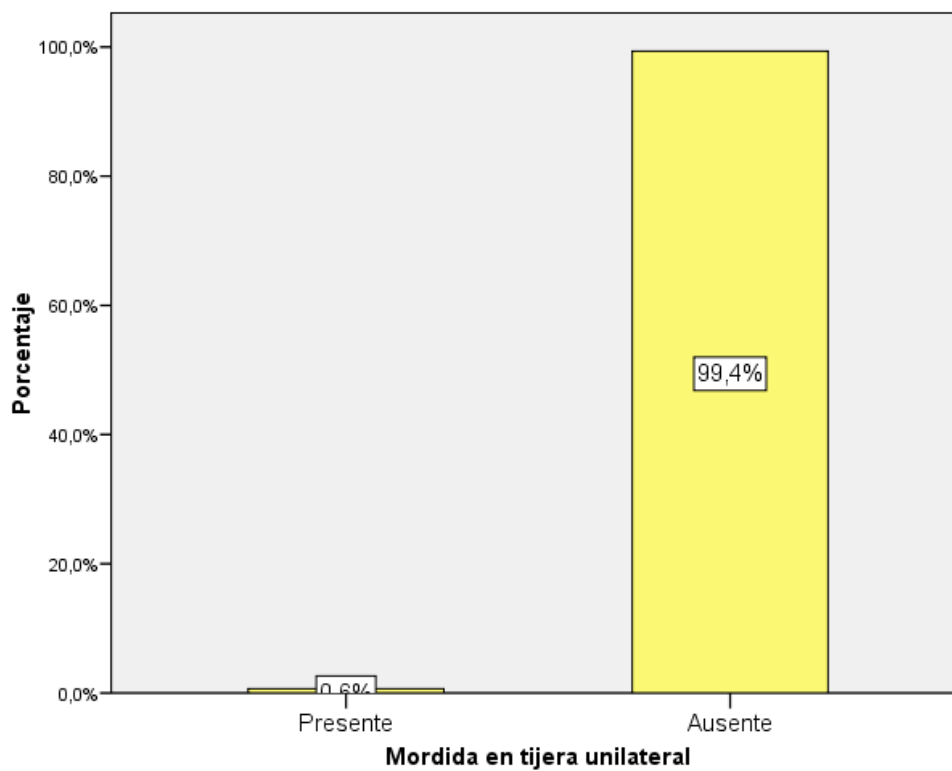
<b>Maloclusión dentaria</b>		
<b>Transversal</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mordida cruzada posterior		
Presente	0	0
Ausente	154	100
Mordida en tijera unilateral		
Presente	1	0.6
Ausente	153	99.4

No se encontró prevalencia de mordida cruzada posterior.

La prevalencia de mordida en tijera unilateral es de 0.6 % en niños de 06 a 12 años del Colegio Los Educadores.



**Gráfico N°4: Prevalencia de maloclusiones dentarias transversales –  
Mordida en tijera en niños de 06 a 12 años en el colegio “Los  
Educadores”.**



La prevalencia de mordida en tijera unilateral es de 0.6 % en niños de 06 a 12 años en el Colegio “Los Educadores”.

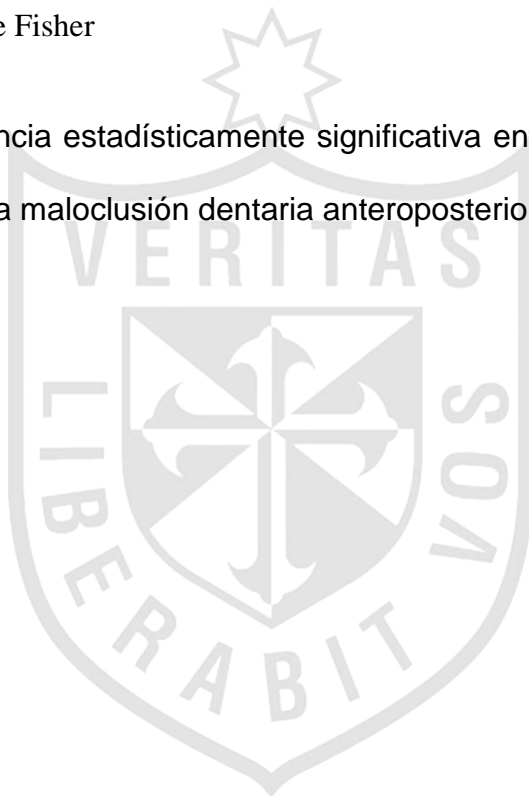


**Tabla N°5: Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años según sexo en el colegio "Los Educadores".**

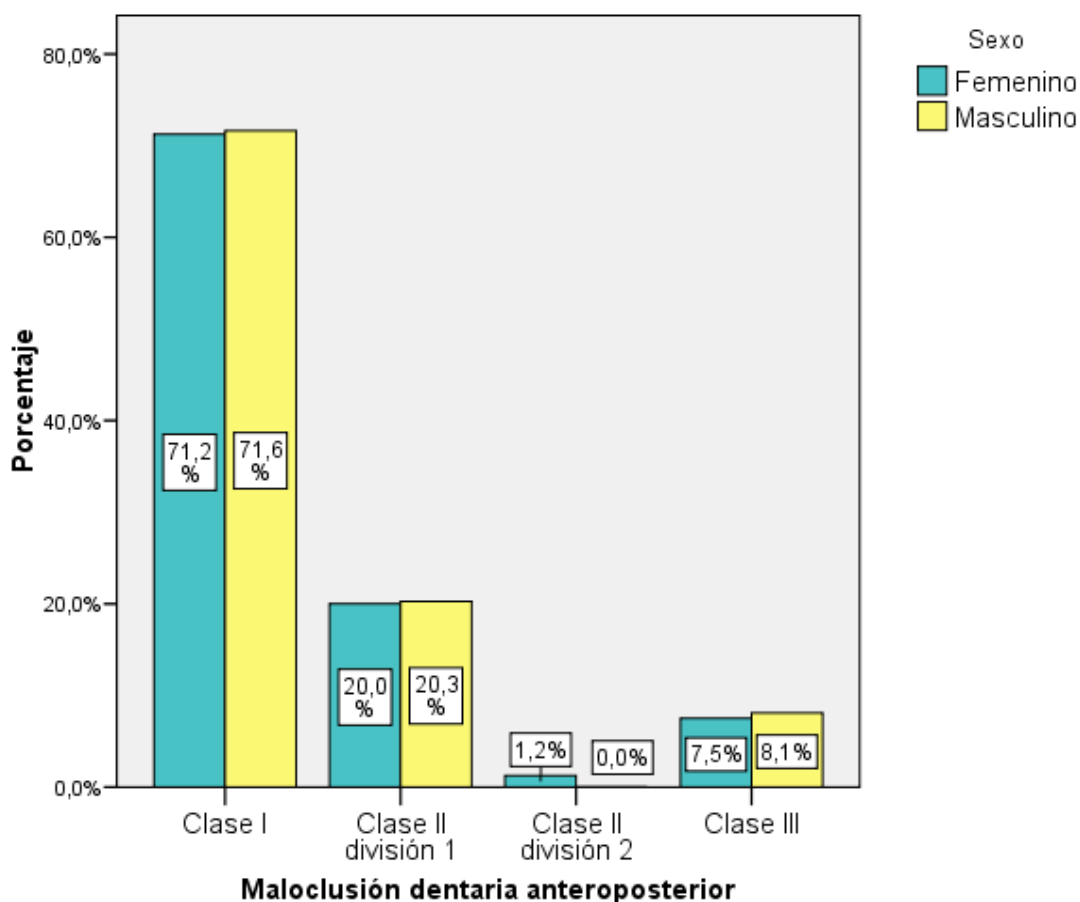
Maloclusión dentaria anteroposterior	Femenino		Masculino		Valor p*
	n	%	n	%	
Clase I	57	71.3	53	71.6	1
Clase II división 1	16	20	15	20.3	
Clase II división 2	1	1.25	0	0	
Clase III	6	7.5	6	8.1	
Total	80	100	74	100	

\* Prueba exacta de Fisher

No se observa diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el sexo femenino en la maloclusión dentaria anteroposterior ( $p=1$ ).



**Gráfico N° 5: Prevalencia de maloclusiones dentarias anteroposteriores en niños de 06 a 12 años según sexo en el colegio "Los Educadores".**



No se observa diferencia estadísticamente significativa de las maloclusiones dentarias anteroposteriores comparando el sexo masculino con el femenino. (p=1).

**Tabla N° 6: Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales en niños de 06 a 12 años según sexo en el colegio "Los Educadores".**

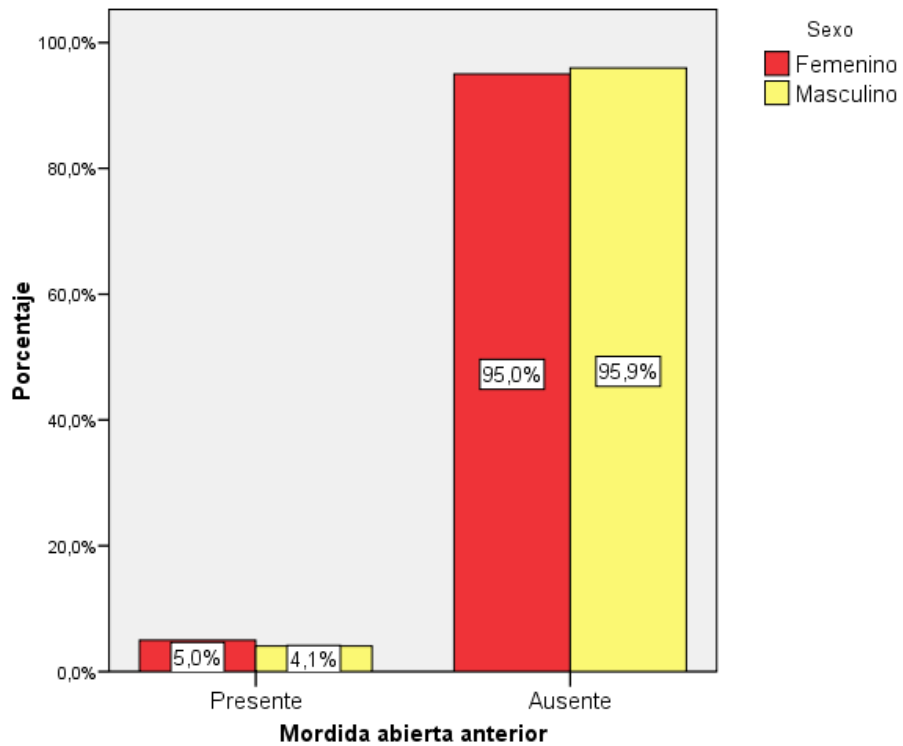
Maloclusión dentaria vertical	Femenino		Masculino		Valor p
	n	%	n	%	
Mordida abierta anterior					1*
Presente	4	5	3	4.1	
Ausente	76	95	71	95.9	
Mordida profunda					0.752†
Presente	23	28.8	23	31.1	
Ausente	57	71.3	51	68.9	

\* Prueba exacta de Fisher

† Prueba de Chi cuadrado

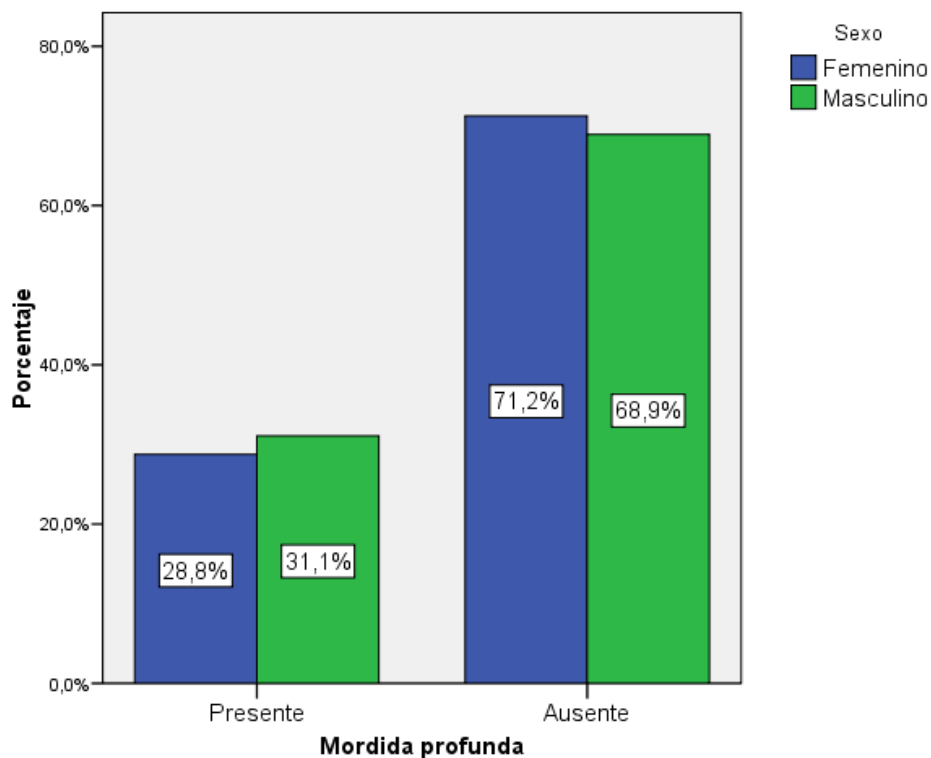
No se observa diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el sexo femenino en la mordida abierta anterior ( $p=1$ ) y mordida profunda ( $p=0.752$ ).

**Gráfico N° 6: Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales en niños de 06 a 12 años según sexo en el colegio "Los Educadores".**



No se observa diferencia estadísticamente significativa de mordida abierta comparando el sexo masculino con el femenino ( $p=1$ ).

**Gráfico N° 7: Prevalencia de maloclusiones dentarias verticales -  
Mordida Profunda en niños de 06 a 12 años según sexo en el colegio  
"Los Educadores".**



No se observa diferencia estadísticamente significativa de mordida profunda comparando el sexo masculino con el femenino ( $p=0.752$ ).

**Tabla N° 7: Prevalencia de maloclusiones dentarias transversales en niños de 06 a 12 años según sexo en el colegio "Los Educadores".**

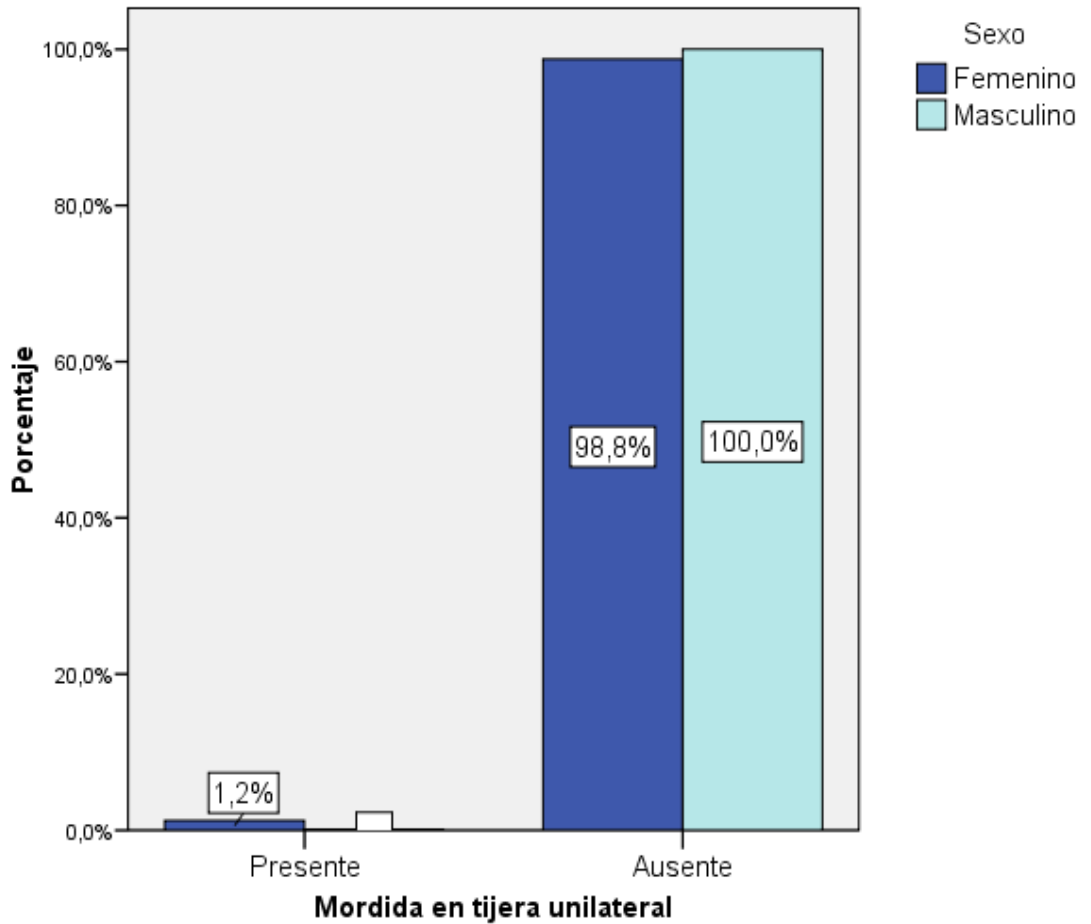
<b>Maloclusión dentaria transversal</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Valor p*</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Mordida cruzada posterior					NC†
Presente	0	0	0	0	
Ausente	80	100	74	100	
Mordida en tijera unilateral					1
Presente	1	1.3	0	0	
Ausente	79	98.8	74	100	

\* Prueba exacta de Fisher

† NC = No Calculable

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el sexo femenino en la maloclusión dentaria transversal – Mordida en Tijera Unilateral (p=1).

**Gráfico N° 8: Prevalencia de Maloclusión Dentaria Transversal –  
Mordida en Tijera Unilateral en niños de 06 a 12 años en el colegio  
“Los Educadores”.**



No se observa diferencia estadísticamente significativa comparando sexo femenino con sexo masculino en mordida en tijera unilateral presente en los estudiantes de 06 a 12 años.

**Tabla N° 8: Relación de Hábitos bucales con Maloclusión dentaria anteroposterior presente en los niños de 06 a 12 años en el colegio "Los Educadores".**

Hábitos bucales	Maloclusión dentaria anteroposterior						Valor p*
	Clase I		Clase II		Clase III		
	n	%	n	%	N	%	
Deglución atípica							0.491
No presenta	109	71.7	31	20.4	12	7.9	
Presenta	1	50	1	50	0	0	
Succión digital							<0.001
No presenta	97	77	17	13.5	12	9.5	
Presenta	13	46.4	15	53.6	0	0	
Succión del labio							0.286
No presenta	110	71.9	31	20.3	12	7.8	
Presenta	0	0	1	100	0	0	
Respiración bucal							0.491
No presenta	109	71.7	31	20.4	12	7.9	
Presenta	1	50	1	50	0	0	
Onicofagia							0.866
No presenta	82	71.3	23	20	10	8.7	
Presenta	28	71.8	9	23.1	2	5.1	
Bruxismo							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

Se observa que hay un mayor porcentaje en los que presentan Succión digital relacionado con maloclusión dentaria Clase II. ( $p < 0.001$ ).



**Tabla N° 9: Relación de Hábitos bucales con Mordida Abierta Anterior presente en los niños de 06 a 12 años en el colegio "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

Se comparó los hábitos bucales con la maloclusión dentaria vertical. Se observó que la deglución atípica y la succión digital se relaciona con la mordida abierta anterior, siendo su nivel de significancia ( $p= 0.002$ ) y ( $p <0.001$ ) respectivamente.

**Tabla N° 10: Relación de Hábitos bucales con Mordida Profunda presente en los niños de 06 a 12 años en el colegio "Los Educadores".**

Hábitos bucales	Mordida profunda				Valor p
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Deglución atípica					
No presenta	46	30.3	106	69.7	1*
Presenta	0	0	2	100	
Succión digital					0.868†
No presenta	38	30.2	88	69.8	
Presenta	8	28.6	20	71.4	
Succión del labio					0.299*
No presenta	45	29.4	108	70.6	
Presenta	1	100	0	0	
Respiración bucal					0.088*
No presenta	44	28.9	108	71.1	
Presenta	2	100	0	0	
Onicofagia					0.793†
No presenta	35	30.4	80	69.6	
Presenta	11	28.2	28	71.8	
Bruxismo					0.213†
No presenta	38	28.1	97	71.9	
Presenta	8	42.1	11	57.9	

\* Prueba exacta de Fisher

† Prueba de Chi cuadrado

Cuando se compara Mordida Profunda con deglución atípica, succión digital, succión del labio, respiración oral, onicofagia y bruxismo no se encontró diferencia estadísticamente significativa, siendo su nivel de significancia ( $p=1$ ), ( $p=0.868$ ), ( $p=0.299$ ), ( $p=0.088$ ), ( $p=0.793$ ), ( $p=0.213$ ) respectivamente para cada hábito.

**Tabla N° 11: Relación de Hábitos bucales con Mordida en Tijera Unilateral presente en los niños de 06 a 12 años en el colegio "Los Educadores".**

Hábitos bucales	Mordida en tijera unilateral				Valor p*
	Presente		Ausente		
	n	%	n	%	
Deglución atípica					1
No presenta	1	0.7	151	99.3	
Presenta	0	0	2	100	
Succión digital					0.182
No presenta	0	0	126	100	
Presenta	1	3.6	27	96.4	
Succión del labio					1
No presenta	1	0.7	152	99.3	
Presenta	0	0	1	100	
Respiración bucal					1
No presenta	1	0.7	151	99.3	
Presenta	0	0	2	100	
Onicofagia					0.253
No presenta	0	0	115	100	
Presenta	1	2.6	38	97.4	
Bruxismo					1
No presenta	1	0.7	134	99.3	
Presenta	0	0	19	100	

\* Prueba exacta de Fisher

De los 154 niños examinado solo uno (3.6 %) presentó mordida en tijera unilateral por succión digital; sin embargo no hay diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.182$ )

Cuando se compara Mordida en Tijera unilateral con deglución atípica, succión del labio, respiración oral, onicofagia y bruxismo no se encontró diferencia estadísticamente significativa ( $p>0.05$ ).

## DISCUSIÓN

La presencia de un hábito bucal puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. El periodo en el que la dentición temporal es remplazada por la definitiva, es también cuando la función de los músculos periorales se establece y es frecuente que los hábitos bucales durante este periodo sean factores de maloclusión<sup>6</sup>.

La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud bucal así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz interceptivo que limite o corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos perniciosos<sup>6</sup>.

Ghafournia M. y Cols.<sup>2</sup> no encontraron una relación significativa de la mordida cruzada posterior con los hábitos bucales, estos datos concuerdan con los datos obtenidos por nuestra investigación. Versiani G. y Cols.<sup>3</sup> no encontraron una relación significativa entre el bruxismo y las maloclusiones clase I, clase II y clase III. Lo que concuerda con nuestra investigación donde no encontramos una relación de los hábitos bucales con la maloclusión dentaria anteroposterior ( $p=0.310$ )

Aguilar M y Cols (2009)<sup>9</sup> en su estudio encontraron que la onicofagia (44%) es el hábito más frecuente, en segundo lugar está la respiración bucal (37.2%) y el tercero la succión digital (3.9%), así mismo Murrieta-Pruneda J. y Cols. (2011)<sup>5</sup>; encontraron en sus resultados 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 nuestro estudio donde encontramos a la

onicofagia como el hábito de mayor frecuencia (25.3%), seguido de la succión digital (18.2%) y en tercer lugar el bruxismo en (12.3%)

La posible explicación de que este hábito haya sido el de mayor prevalencia 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 la sola presencia del hábito. Sin embargo en los estudios de Bhayya D., y Cols. (2009) <sup>8</sup> y Urrieta E. y Cols. (2006) <sup>13</sup>; se encontraron que la interposición lingual y la respiración bucal fueron los hábitos bucales más prevalentes lo cual difiere con nuestros resultados donde se encontró que el hábito frecuente fue la onicofagia y succión digital.

Urrieta E. y Cols.<sup>13</sup> encontraron que la respiración bucal (30.95%) y la succión del pulgar (14.28%) son los hábitos más frecuentes, en nuestro estudio se encontró la respiración bucal en 1.3% y la succión del pulgar en un 18.2%.

En nuestro estudio no se observa diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el sexo femenino en la maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal ( $p > 0.05$ ). Se observa que la mordida abierta anterior es más frecuente en la deglución atípica ( $p = 0.02$ ) y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior ( $p < 0.01$ ). Se observa que hay un mayor porcentaje en los que presentan succión digital relacionado con maloclusión dentaria Clase II ( $p < 0.05$ ), lo cual se puede reflejar en el estudio de Cavalcanti L. y Cols (2008)<sup>11</sup> quienes llegaron a la conclusión que, los niños con hábitos bucales nocivos tienen 5,2 veces más probabilidad de desarrollar acentuado resalte, 21,6 oportunidad más 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. Además encontró una diferencia estadística según sexo con un ( $p=0.008$ ), y la mordida abierta se encontró en un 55.8%; estos resultados difieren con nuestros resultados en cuanto a la prevalencia de los hábitos bucales, en cuanto a la mordida anterior lo encontramos como la segunda maloclusión frecuente de la maloclusiones dentarias verticales en un 4.5% y la diferencia estadística en sexo no fue significativa ( $p=1$ ).

Acevedo O. y Cols. (2008)<sup>12</sup>; en su estudio encontraron niños con hábitos que no habían desarrollado anomalía y niños no portadores de hábitos con anomalías, lo cual tiene similitud con nuestro estudio ya que de 154 niños solo el 1.3 % presentó el hábito de respiración bucal y la mordida abierta anterior estuvo ausente. Asimismo Acevedo encontró que el 81.8 % que no presentó succión digital presentaron: 77% maloclusión dentaria clase I, 13.5% maloclusión dentaria clase II y 9.5% maloclusión dentaria clase III. 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 nuestro 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>12</sup>. Así mismo, encontró una alta frecuencia de la protracción lingual en 47.2% y la onicofagia en 23.5%, datos que no concuerdan con nuestro estudio.

Cambior A. y Cols (2008)<sup>10</sup> en sus resultados demostraron que la maloclusión que predomina es la clase I tipo 1 con un 36,10%, lo que es igual a 801 pacientes; seguida por la clase II tipo 2 con un 22% que equivale a 488 pacientes y por último la clase II tipo 1 con un 17,55%, igual a 388 pacientes; lo cual coincide con nuestro estudio donde predomina la maloclusión dentaria clase I (71,4 %) , pero difiere con maloclusión dentaria clase II división 1 que está en segundo lugar con un 20.1 % y en un porcentaje menor de 0.6 % la maloclusión dentaria clase división 2. También encontraron que la deglución atípica fue el hábito más frecuente en un (12.08%) y en segundo lugar la respiración bucal en un 6.78%, resultados que difieren con nuestro estudio.

En nuestro estudio hemos encontrado relación estadísticamente muy significativa entre la deglución atípica y la presencia de mordida abierta anterior ( $p = 0.02$ ); lo cual coincide con Aguilar M y Cols (2011)<sup>6</sup>, quienes en su estudio encontraron relación estadísticamente significativa entre la deglución atípica y la presencia de mordida abierta anterior, disminución de la sobremordida y aumento del resalte.

Solarte Solarte y Cols.<sup>7</sup> hizo el estudio en una población de 1000 niños, encontrando que el hábito frecuente fue la mordida abierta y la deglución atípica en un 10.3% y 9.6% respectivamente. En nuestro estudio se encontró la mordida abierta en un 4.5% y la deglución atípica 1.3%

Aguilar R. y Cols.<sup>6</sup> cuyo objetivo fue ver la relación que existe entre los hábitos nocivos y las maloclusiones, encontraron que existía una relación estadísticamente significativa entre la respiración bucal ( $p < 0.0001$ ) y la deglución atípica con la mordida abierta ( $p < 0.0001$ ) , estos datos coinciden con nuestro trabajo donde encontramos una relación estadísticamente significativa de la mordida abierta succión digital con la deglución atípica ( $p = 0.002$ ) además de ello

encontramos una relación estadísticamente significativa de la succión digital ( $p < 0.001$ ) con la mordida abierta.

Si existe relación entre hábitos bucales y su relación con las maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores, debido a que hemos encontrado relación entre succión digital y deglución atípica con mordida abierta y con los demás hábitos no se encuentra relación directa. Esto se puede deber a la variada etiología de la maloclusión, en la que intervienen diferentes factores genéticos, funcionales, ambientales, entre otros, por lo que es difícil establecer una relación directa causa-efecto entre los hábitos bucales y la maloclusión dentaria.



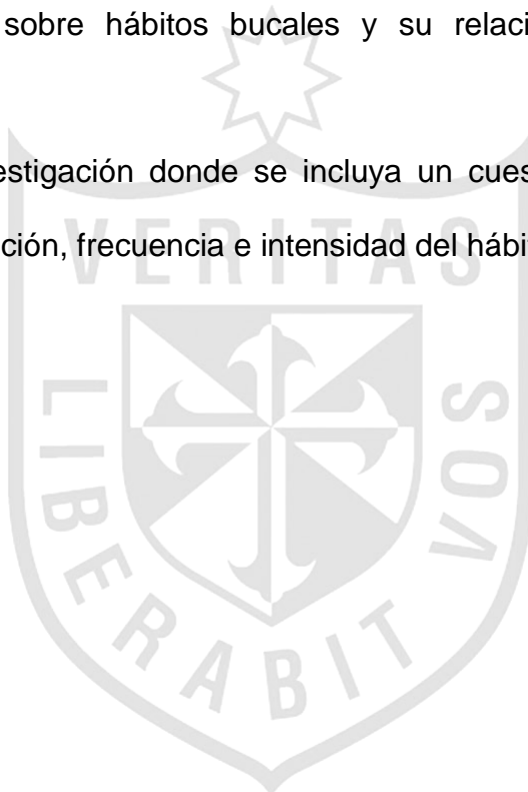


## CONCLUSIONES

- Si existe relación entre hábitos bucales y la presencia de maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio Los Educadores.
- La tasa de prevalencia de todos los hábitos bucales en el presente grupo de niños fue baja.
- No se observa diferencia estadísticamente significativa entre el sexo masculino y el sexo femenino en la maloclusión dentaria anteroposterior, maloclusión dentaria vertical y maloclusión dentaria transversal ( $p>0.05$ ).
- De 154 niños evaluados se pudo observar que la maloclusión dentaria que predomina es la clase I con un 71,4%; seguida por la clase II división 1 con un 20,1%, la clase II división 2 con un 0.6 % y la clase III con un 7.8%.
- De los 154 niños evaluados solo el 4.5 % presentó mordida abierta anterior y el 29.9% presentó mordida profunda.
- De los 154 niños evaluados no se encontró mordida cruzada posterior y se halló mordida en tijera unilateral con un porcentaje de 0.6.
- Se observa en mayor porcentaje el hábito de onicofagia, en segundo la succión digital y en tercer lugar se encuentra el bruxismo, y en porcentajes muy bajos se encuentra la deglución atípica, succión de labio y respiración bucal.

## RECOMENDACIONES

- Es recomendable diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos bucales para prevenir la alta prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño y la información completa a los padres y/o representantes sobre el tratamiento de estos.
- Se recomienda realizar investigación en una población más amplia como en comunidades o diferentes instituciones educativas, debido a que no existe suficientes estudios sobre hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias.
- Realizar una investigación donde se incluya un cuestionario, en el cual se pueda evaluar la duración, frecuencia e intensidad del hábito.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D'Jurisic A., Alcedo C. et al. Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010: 1-30. URL disponible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).
2. Ghafournia Maryam, Hajenourozali Tehrani M. Relationship between Bruxism and Malocclusion among preschool children in Isfaham. J Dent Res Dent Clin Dent Prospect. 2012; 6(4):138-142.
3. Versiani Gonçalves LP, Ayrton de Toledo O, Moraes Otero SA. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. Dental Press J. Orthod. Abril 2010; 15 (2): 97-104.
4. Ponce Palomares M, Hernandez Molinar Y. Frecuencia y distribución de Malocclusion en una población de 0 a 6 años de edad en San Luis Potosí Mexico. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 2006: 1-8.
5. Murrieta-Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez-López LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo 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. Aguilar Roldán M, Nieto Sánchez I, De la Cruz Pérez J. Relación entre Hábitos Nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2011: 1-13

7. Solarte Solarte J, Rocha Buelvas A, Andrés A, Agudelo Suárez. Perfil Epidemiológico de las Alteraciones de la oclusión en la población escolar del corregimiento de Genoy, Municipio de Pasto, Colombia. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2011; 23(1):111-125.
8. D.P. Bhayya, T.R. Shyagali. Prevalence of Oral Habits in 11–13 year-old School Children in Gulbarga city, India. Virtual Journal of Orthodontics[serial online] 2009; 8 (3):1-4
9. Aguilar Roldán M.; Villaizá, Perez C.; Nieto Sanchez I. Frecuencia de Hábitos Orales Factor Etiológico de Maloclusión en Población Escolar. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2009: 1-13
10. Adilén Cambor, Valentina Cogorno, Hilda Gutierrez, Jesymar Veitia. 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 Odontopediatria. 2008: 1-14
11. Leite Cavalcanti A, Medeiros Bezerra PK, Cristiano Moura, Medeiros Bezerra P, Granville-Gracia AF. Relationship between Malocclusion and Deleterious Oral Habits in Preschool Children in Campina Grande, PB, Brazil. Serbian Dental J, 2008; 55: 154-162.
12. Acevedo Sierra O, Rosell Silva CR, Mora Pérez C, Padilla Gómez EM. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2008; 6(2): 33-38

13. Urrieta E., López I, Quirós O, Farias 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, 2006: 1-20.
14. Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011: 1 – 17. URL disponible en: [www.ortodoncia.ws](http://www.ortodoncia.ws).
15. Fieramosca F, Lezama E, Manrique R, Quirós O, Farias M, Rondón S et al. La función respiratoria y su repercusión a nivel del sistema estomatognático. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría: 1-13. URL disponible en:  
[http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/funcion\\_respiratoria\\_sistema\\_estomatognatico.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2007/funcion_respiratoria_sistema_estomatognatico.asp).
16. Vellini Ferreira F. Hábitos Bucles en Ortodoncia. En: Milton Hecht. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. 2º edición. Sao Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 253-279.
17. Alves Cardoso RJ. Hábitos y sus influencias en la oclusión. En: Hetcht M, Virginia S. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. Sao Pulo-Brasil: Artes Médicas; 2002.p. 69-79.
18. Proffit W R. Etiología de los problemas Ortodónticos. En: Tello Rodriguez Al. Ortodoncia Contemporánea. Cuarta edición. Barcelona, España: Elsevier España, S.L; 2008.P.150-160.

19. Boj.J.R. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. En: Catalá M. Odontopediatría. Primera Edición. Barcelona: MASSON, S.A; 2004.p.379-409.
20. 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.



## ANEXOS

### Anexo N° 1: Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI N° \_\_\_\_\_ autorizo a la tesista Mónica Josefina Zapata Dávalos a realizar la Ficha Odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo \_\_\_\_\_.

Me han informado acerca del estudio que se está realizando y su duración. Se informó que se realizará un examen clínico para determinar la Prevalencia de Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el Colegio “Los Educadores” en el distrito de San Luis. El tiempo de duración será aproximadamente de 5 minutos por alumno.

El procedimiento se basa en determinar las maloclusiones dentarias causadas por hábitos bucales en su menor hijo.

He comprendido las explicaciones que se me dio en el lenguaje claro y sencillo, también se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso, dando aclaración a toda duda presente.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice este procedimiento.

Lima,.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

## Anexo N° 2: Ficha Odontológica

Grado:

Aula:

Fecha:

Nombre del alumno:

Edad:

Sexo:

F	M
---	---

- 1) ¿Su hijo se chupaba el dedo cuando era bebé? SI\_\_ NO\_\_
- 2) ¿Actualmente se sigue chupando el dedo? SI\_\_ NO\_\_
- 3) ¿Qué dedo se chupa?  
Pulgar\_\_ Índice\_\_ Medio\_\_ Anular\_\_ Meñique\_\_ Varios dedos\_\_
- 4) ¿Su hijo se chupa el dedo durante el día o durante la noche? \_\_\_\_\_
- 5) ¿Su hijo hace ruido al momento de chuparse el dedo? SI\_\_ NO\_\_
- 6) ¿Su hijo respira por la boca? SI\_\_ NO\_\_
- 7) ¿Permanece con la boca abierta la mayor parte del tiempo? SI\_\_ NO\_\_
- 8) ¿Ronca y tiene mucha salivación por las noches? SI\_\_ NO\_\_
- 9) ¿Se resfría constantemente? SI\_\_ NO\_\_
- 10) ¿Tiene rinitis alérgica? SI\_\_ NO\_\_
- 11) ¿Le han diagnosticado si tiene el tabique nasal desviado? SI\_\_ NO\_\_
- 12) ¿Tiene asma? SI\_\_ NO\_\_
- 13) ¿Le han diagnosticado amígdalas grandes? SI\_\_ NO\_\_
- 14) ¿Su hijo aprieta o frota los dientes? SI\_\_ NO\_\_
- 15) ¿Lo hace durante el día o la noche? SI\_\_ NO\_\_
- 16) ¿Se queja de dolor al despertar? SI\_\_ NO\_\_
- 17) ¿Su hijo se chupa el labio superior o inferior? \_\_\_\_\_
- 18) ¿Lo hace de día o de noche? \_\_\_\_\_
- 19) ¿En qué momento lo hace? \_\_\_\_\_
- 20) ¿Su hijo se muerde las uñas? SI\_\_ NO\_\_
- 21) ¿Lo hace siempre o a veces? \_\_\_\_\_



### Anexo N° 3: Ficha Clínica

Grado: \_\_\_\_\_ Aula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: 

F	M
---	---

	MOLAR DER.	CANINA DER.	MOLAR IZQ.	CANINA IZQ.
CLASE I				
CLASE II				
DIV 1				
DIV 2				
CLASE III				

Sobremordida horizontal: Normal\_\_\_ Borde a borde\_\_\_ Cruzada\_\_\_ Excesiva\_\_\_ mm\_\_\_

Sobremordida vertical: Normal\_\_\_ Abierta\_\_\_ Moderadamente cerrada\_\_\_ Severamente cerrada\_\_\_ mm\_\_\_

Mordida Abierta: Anterior\_\_\_ mm Posterior\_\_\_ mm Derecha\_\_\_ Izquierda\_\_\_ Dental\_\_\_ Esquelética\_\_\_

Mordida Cruzada: Anterior\_\_\_ Posterior\_\_\_ Unilateral\_\_\_ Bilateral\_\_\_

Mordida en Tijera: Posterior\_\_\_ Unilateral\_\_\_ Bilateral\_\_\_

Espaciamiento: Anterior\_\_\_ Posterior\_\_\_

Apiñamiento: Ligero\_\_\_ Moderado\_\_\_ Severo\_\_\_

Desviación Línea Media: Superior: Der.\_\_\_ mm Izq.\_\_\_ mm Inferior: Der.\_\_\_ mm Izq.\_\_\_ mm

Biotipo Facial: Mesofacial\_\_\_ Braquifacial\_\_\_ Dolicofacial\_\_\_

Labios: Competencia\_\_\_ Incompetencia\_\_\_ Evertido: S\_\_\_ I\_\_\_

Superior: Normal\_\_\_ Corto\_\_\_ Humectados\_\_\_ Secos\_\_\_ Inferior: Normal\_\_\_ Corto\_\_\_  
humectados\_\_\_ Secos\_\_\_

Tono de la musculatura: Normal\_\_\_ Hipotónica\_\_\_ Hipertónica\_\_\_

Forma del arco: Paladar: Oval\_\_\_ Cuadrado\_\_\_ Triangular:\_\_\_

Paladar: \_\_\_ Normal\_\_\_ Profundo\_\_\_ Muy profundo\_\_\_ simétrico\_\_\_ asimétrico\_\_\_

Lengua: Normal\_\_\_ Microglosia\_\_\_ Macroglosia\_\_\_ Interposición anterior\_\_\_ Interposición lateral\_\_\_ No presenta\_\_\_

Amígdalas: Normal\_\_\_ Inflamadas\_\_\_

Salud General: Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

Tejido gingival: Normal\_\_\_ Gingivitis\_\_\_ Hipertrofiado\_\_\_

Dedo: Normal\_\_\_ Arrugado\_\_\_ Enrojecido\_\_\_ Callo\_\_\_ Deformado\_\_\_

Uñas: Normales\_\_\_ Cortas\_\_\_ Muy cortas\_\_\_

Facetas de desgaste: SI\_\_\_ NO\_\_\_

## FOTOS

Foto N° 1: Instrumental utilizado en la evaluación



Se observa guantes, mascarilla, gorro, lentes de protección, espejos bucales, hilo dental para medir la desviación de la línea media, portaminas para marcar el overbite; y regla milimetrada para medir la Sobremordida horizontal y vertical.

**Foto N° 2: Evaluando la relación molar**



**Foto N° 3: Midiendo la Sobremordida vertical**

**Foto N° 4: Midiendo la Sobremordida horizontal**



**Foto N°5: Deglución atípica**

**Foto N°6: Mordida abierta por succión digital**



**Foto N°7: Mordida en Tijera unilateral del lado izquierdo**

**Foto N° 8: Maloclusión Clase II división 1 por succión digital**



**Foto N°9: Callo en el dedo índice por succión digital**

**Foto N°10: Onicofagia**



**Foto N°11: Succión del labio inferior**