

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL:

### HÁBITOS BUCALES Y MAL OCLUSIONES EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE EDAD

*ORAL HABITS AND BAD OCLUSIONS IN  
CHILDREN FROM 4 TO 12 YEARS OLD*

Katherine Alcívar Mejía<sup>1</sup>,  
Dra. Tanya Moreira Campuzano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Odontóloga. Universidad de Guayaquil

<sup>2</sup> Especialista en Ortodoncia. Universidad de Guayaquil.

Correspondencia:

[katherin.alcivar1995@hotmail.com](mailto:katherin.alcivar1995@hotmail.com)

Recibido: 19-11-2019    Aceptado: 19-12-2019

#### RESUMEN

Los hábitos orales son acciones repetidas que ocurren principalmente en niños a una edad temprana. Los hábitos pueden conducir a una maloclusión, como mordida abierta, mordida cruzada, mordida profunda, entre otras condiciones en la cavidad oral. El objetivo de este estudio es determinar los hábitos orales y las mal oclusiones en niños de 4 a 12 años que fueron tratados en la clínica de odontopediátrica de la Universidad de Guayaquil durante el período de Junio y Julio de 2019. La metodología en esta investigación corresponde al método científico ya que implica que se ha desarrollado una hipótesis y se realizará la prueba empírica para obtener resultados de hábitos orales y maloclusiones de los participantes antes mencionados. Se eligieron 154 estudiantes para la muestra, 75 de ellos eran hombres y 79 mujeres; Con una carta de aceptación previa de los padres, el análisis fue realizado por una estudiante de odontología que estaba en el último año de su carrera. Los resultados sugieren que la respiración bucal representó el 31%. Por otro lado, la maloclusión más predominante es la Clase I molar, la Clase II que está relacionada con el hábito de succión labial que representa el 34%, con valor mayor, la respiración bucal y la respiración buconasal son los hábitos con mayor problema en nuestro estudio para tratar es necesario que el especialista intervenga y diseñe un plan de tratamiento ideal para cada paciente.

PALABRAS CLAVES: Hábitos orales, maloclusión dental, respiración bucal, clasificación de Angle.

#### ABSTRACT

Oral habits are repeated actions that occur mostly in children at an early age. The habits can lead to malocclusion, such as open bite, cross bite, deep bite among other conditions in the oral cavity. The aim of this study is to determine oral habits and malocclusions in children from 4 to 12 years old who were treated at the pediatric dentistry clinic of the of the University of Guayaquil during the period of June and July of 2019. The methodology in this research corresponds to the scientific method since it implies that a hypothesis has been developed and will take the empirical test to obtain results of oral habits and malocclusions of the aforementioned participants 154 students were chosen for the sample, 75 of them were male and 79 were female; with a previous letter of acceptance from the parents, the analysis was performed by a dental student who was in the last year of her career. Findings suggest that mouth breathing represented 31%. On the other hand, the most predominant malocclusion is the molar Class I, the Class II that is related to the habit of labial suction representing 34% with more value, mouth breathing and oroantral breathing are the habits with the greatest problem in our study to treat. In all, it is necessary for the specialist to intervene and design an ideal treatment plan for each patient.

KEY WORDS: Oral habits, dental malocclusion, mouth breathing, angle classification.

## INTRODUCCIÓN

Las maloclusiones son el resultado de la anormalidad funcional y morfológica de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático, pueden presentarse a temprana edad. Los hábitos bucales pueden alterar el normal desarrollo del sistema, modificando la posición de los dientes, la relación y la forma que tienen las arcadas, provocando un desequilibrio entre fuerzas musculares externas y las internas y provocar la aparición de una deformación ósea, interfiriendo en el crecimiento normal y en la función de la musculatura bucofacial, el grado de alteración producido dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito y dirección de las fuerzas aplicadas al efectuar las contracciones musculares de manera reiterada.

Las maloclusiones tienen un origen multifactorial en el que intervienen factores hereditarios y estructurales como el tamaño de los dientes y de los huesos, la dirección del crecimiento de los huesos y la dirección eruptiva, así como factores ambientales, dentro de los cuales tenemos la succión digital, onicofagia, la deglución atípica hasta edades avanzadas, el uso del chupete y biberón, y la respiración bucal entre los más comunes.

Los hábitos bucales han sido definidos como la costumbre o práctica obtenida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual con cada repetición se hace menos consciente y llega a generar satisfacción, también se consideran vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad, estrés, frustración, también como dificultades en el entorno como problemas intrafamiliares o escolares y otros. Eliminar un hábito no funcional demanda la cooperación de parte del paciente y su madurez para entender las consecuencias de un hábito persistente.

La succión digital se ha considerado un hábito común y normal en la infancia hasta la edad de los 3 a 4 años, en algunos casos este hábito permanece hasta los 6 o 12 años, sin considerar que después de los 4 años este genera cambios en la tonicidad muscular y dificulta la deglución normal, debido a lo cual se desarrolla una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, por lo que también puede afectar otras funciones como la fonación, la respiración, incluso la estética produciendo desplazamientos de los dientes superiores hacia delante y los inferiores hacia atrás.

La interposición lingual se basa en la ubicación de la lengua entre las piezas dentales, puede ser en la zona anterior o en las zonas laterales, la cual se observara en estado de reposo de forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios o durante la deglución, esto podrá causar una deformación del hueso y malposición dentaria.

La deglución atípica se considera un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior, si no existiera esta maloclusión la lengua no obstruiría ese hueco para lograr el correcto cierre durante la deglución.

El ser humano fue condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca, cuando este mecanismo fisiológico se rompe se perjudica el crecimiento y desarrollo general. La respiración bucal se considera un síndrome no solo porque produce alteraciones en el sistema estomatognático, sino que también lo hace en otros sistemas del organismo, produciendo incluso problemas de aprendizaje, por esto se lo considera el más dañino de los hábitos bucales.

La onicofagia se califica como un acto de morderse las uñas, es el hábito más común y se observa tanto en niños y adultos, se considera de tipo autodestructivo y agresivo, se vincula con un estado psicoemocional de ansiedad, estrés e imitación, se observa en edades de 4 a 6 años y se intensifica durante la adolescencia.

Promover la prevención es una tarea prioritaria y desempeña un papel fundamental dedicado a evitar los malos hábitos y las maloclusiones, teniendo como objetivo corregir las alteraciones que afecten el desarrollo. Es aconsejable que la educación a los padres sea trabajada por parte de los odontólogos y pediatras para que la detección oportuna de estos problemas, que a edades tempranas se puedan suprimir fácilmente y evitar que se lleguen a producir maloclusiones dentarias.

El siguiente trabajo se basa en la recopilación de información para establecer una estadística referente a los hábitos bucales y malas oclusiones en niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la clínica odontopediatría del décimo semestre paralelo 1, 2, 3, 4, de la Universidad de Guayaquil en el mes de junio y julio de 2019. El propósito de este trabajo es identificar los hábitos bucales presentes en los niños examinados y su relación con las maloclusiones dentarias.

## ANTECEDENTES

Con el avance de la ciencia y la tecnología del siglo XXI, la expectativa y la calidad de vida del hombre aumentan, es por eso que la comunidad odontológica está llamada a mantener una mentalidad preventiva respecto a las enfermedades bucodentales que aparecen. Dentro de las más frecuentes se encuentran las caries, las periodontopatías y las anomalías dentomaxilofaciales. (1)

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido la relación entre algunos hábitos orales y trastornos del desarrollo; "la afección de las estructuras oro faciales dependerá de la frecuencia, duración, intensidad y dirección de la fuerza aplicadas al realizar las contracciones musculares de manera reiterada"; pero de igual forma se acepta que si realizan acciones correctivas en edades tempranas se tendrán más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, de igual manera eliminando el hábito antes de los 3 años edad es probable que el impacto generado por el mismo pueda corregirse espontáneamente. (2)

Diferentes estudios muestran como los hábitos orales tienen un origen multicausal que pueden estar asociados a factores primarios que se consideran reacciones automáticas que pueden manifestarse en determinados momentos alterando el comportamiento normal, como por ejemplo situaciones de estrés, frustración y otros, pero también factores secundarios, cuando se presentan dificultades con el entorno: Intrafamiliares o escolares; Yassaei et al, en una investigación realizada con hijos de veteranos de guerra americanos plantea como la boca es un órgano primario para expresar emociones y situaciones de estrés y en un estudio comparativo encuentra que estos niños desarrollan hábitos más temprano que otros niños y encontró que la prevalencia de hábitos orales anormales era significativamente más alta en hijos de militares incorporados y en prisioneros de guerra. (2)

Se ha determinado que aproximadamente el 50 % de los niños tienen algún tipo de maloclusión que requiere tratamiento ortodóncico. Esta afección no pone en riesgo la vida del paciente, pero teniendo en cuenta su prevalencia e incidencia es considerada un problema de salud pública, de manera que el personal especializado para tales fines debe encaminar sus esfuerzos hacia la prevención. La aparición de diversas anomalías dentomaxilares es influenciada por factores que actúan

desde edades muy tempranas y ocasionan alteraciones manifiestas en los primeros años de vida, donde predomina o es casi exclusiva la dentición temporal. (3)

Según datos epidemiológicos, la tendencia en los países en desarrollo es la de aumentar la prevalencia de maloclusiones en su población general. Alrededor del 70% de la población infantil presenta algún grado de desviación de la oclusión ideal, y entre un 25 y un 30% necesita tratamiento ortodóncico. A su vez, las maloclusiones son factores de riesgo de otras afecciones orales tales como la gingivitis, la periodontitis, la caries y la disfunción en la articulación temporomandibular, aparte de producir alteraciones estéticas y funcionales, cosa que implica la necesidad de aplicar medidas preventivas adecuadas a cada momento. (4)

Las maloclusiones representan 70 % de las afecciones de la cavidad bucal y constituyen un problema de salud bucal. Las maloclusiones, según la OMS, ocupan el 3er lugar como problema de salud bucal; por su prevalencia e incidencia son consideradas problemas de salud. (5)

La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con Hábitos bucales así quedó evidenciado por un estudio realizado por el Dr. Oscar Quirós sobre las CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN DE LOS NIÑOS DEL JARDÍN DE INFANCIA BEATRIZ DE ROCHE DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS IVIC en el cual concluyo que más de 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable para la aparición de las mismas, ya que un alto porcentaje de niños sin hábitos presentó maloclusiones. Los hábitos encontrados con más frecuencia fueron: la deglución atípica y la respiración bucal seguidos en tercer lugar por el hábito de succión digital. (6)

Urrieta et al, estudiaron la prevalencia de hábitos bucales y maloclusiones en el sector anterior en pacientes atendidos en el primer diplomado de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho. Los hábitos bucales encontrados en primer lugar fueron deglución atípica y respiración bucal, seguidos por succión del dedo pulgar hacia el paladar y lengua protráctil. Las alteraciones de oclusión encontradas en el sector anterior fueron apiñamiento, mordida profunda, y protrusión dentaria. Concluyeron

que la prevalencia determinada debe orientar a todo profesional a unir esfuerzos para guiar a los pacientes y explicarles la importancia de atacar a tiempo dichos hábitos. (7)

Ya en 1915 Ceroy introdujo las consideraciones psicológicas y biológicas de los hábitos y sus orígenes. Los hábitos bucales deformantes se consideran como uno de los factores etiológicos de las maloclusiones desde el siglo XIX. Estos son el exponente del resultado de la perversión de una función normal capaz de obstaculizar el proceso de crecimiento y desarrollo del aparato Estomatognático tanto desde el punto de vista anatómico como funcional; tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que no son más que patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. De igual manera, pueden definirse como la costumbre o práctica que se adquiere de un acto, por su repetición frecuente. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga. (8)

En Estados Unidos de Norteamérica, se publicaron dos estudios en la década de los 70 que sostenían que el 75% de los niños y jóvenes norteamericanos tienen cierto grado de desarmonía oclusal. De todos los niños, un 40% tienen irregularidades en el alineamiento dentario; el 17% tiene protrusión significativa de los incisivos superiores; el 20% tiene una relación molar de Clase II; mientras que el 5% tiene una relación molar de Clase III; el 4% tiene una mordida abierta anterior. (9)

En Venezuela se han realizado pocos estudios epidemiológicos. D'Escrivan de Saturno encontró que el 77% de la población escolar del área metropolitana presentaba algún tipo de maloclusión. De esta población, el 57,5% podía ser clasificada como maloclusión Clase I; el 12,3% eran Clase II División 1; el 3,6% constituían Clase II División 2 y el resto, 3,8% se diagnosticaron como Clase III. (9)

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

El siguiente trabajo es de diseño cuantitativo ya que se basa en la información recopilada, para establecer una estadística referente a los hábitos bucales y maloclusiones en niños de 4 a 12 años de edad atendidos en la clínica de odontopediatría del décimo semestre paralelo 1, 2, 3,4 de la Universidad de Guayaquil en el mes de junio y julio del 2019.

Este trabajo es de tipo descriptivo, debido a que está destinado a especificar la etiología, características, consecuencias y por lo consiguiente los correctos y futuros tratamientos a cada uno de los hábitos bucales y maloclusiones para de esta manera corregirlo a temprana edad.

Es de tipo no experimental ya que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, puesto que en este trabajo se aplica la observación clínica en la cual se responde las inquietudes acerca de las variables establecidas.

El universo poblacional con el que se trabajó en esta investigación fue de 154 niños y niñas de 4 a 12 años de edad atendidos en la clínica de odontopediatría del décimo semestre paralelo 1, 2, 3,4 de la Universidad de Guayaquil en el mes de junio y julio del 2019.

La selección de muestra del presente trabajo se llevó a cabo según los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- *Criterios de inclusión*

- Niños y niñas que presentaran entre 4 a 12 años de edad al momento de realizar el examen clínico.
- Niños y niñas que tengan carpeta registrada en admisión de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil
- Niños y niñas que colaboren al momento de realizar el examen clínico

- *Criterios de exclusión*

- Niños y niñas que presenten menos de 4 y mayores de 12 años de edad al momento de realizar el examen clínico.
- Niños y niñas que estuviesen o hayan estado bajo tratamiento ortodóncico-interceptivo previo (por ejemplo, mantenedores de espacio, disyuntores maxilares, barra palatina, entre otros).
- Niños y niñas con comportamiento inapropiado durante el examen clínico (no colaboradores).

## *PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN*

El siguiente trabajo de investigación se llevó a cabo con el fin de recolectar información necesaria; se realizaron los siguientes procedimientos de acorde a cada fase:

- *FASE I Diagnostico*

Se efectuó el planteamiento del problema, se delimitaron los objetivos de la investigación y por consiguiente se realizó la justificación de la misma.

- **FASE II Documental**  
 Conceptualización de la investigación, se revisó fuentes bibliográficas, libros y artículos relacionados con el estudio, se analizaron las variables y sus dimensiones para el desarrollo del marco referencial.
- **FASE III Procedimental**  
 Se estableció todo el proceso metodológico, se seleccionó la población y muestra de la investigación, se elaboró y se validó el instrumento para levantar información.
- **FASE IV Resultados**  
 Tabulación y análisis de datos recopilación con la aplicación del instrumento del levantamiento de información, recopilación del instrumento de información, elaboración de la conclusión y las recomendaciones.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

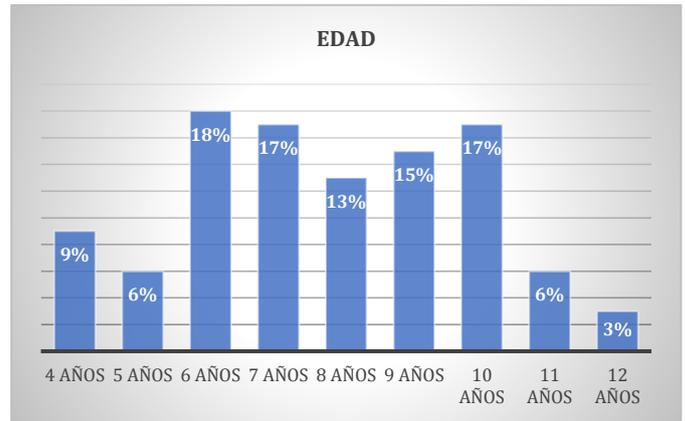
Para realizar el análisis de resultado, se elaboró tablas y gráficos que puedan reflejar los datos obtenidos.

**Tabla 1:** Número de niños de entre 4 a 12 años que participaron en la muestra.

NIÑOS		
EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
4 Años	6	9%
5 Años	10	6%
6 Años	28	18%
7 Años	26	17%
8 Años	20	13%
9 Años	23	15%
10 Años	26	17%
11 Años	10	6%
12 Años	5	3%
<b>TOTAL EN TODAS LAS EDADES</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Gráfico 1:** Representación de la edad entre 4 a 12 años que participaron en la muestra



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

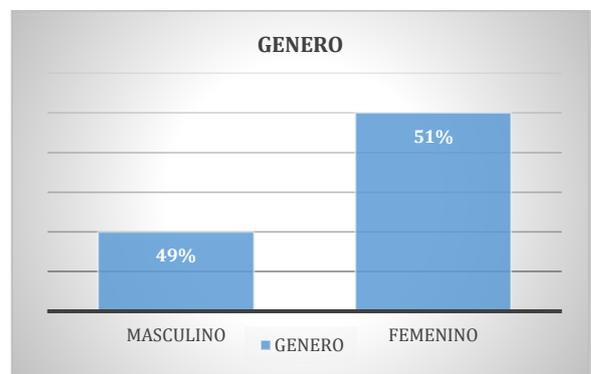
El total de la muestra estudiada fue de 154 niños entre las edades de 4 a 12 años. La mayor cantidad de niños analizados fueron los de 6 años (18%), seguido por los de 7 años (17%), 10 años (17%), 9 años (15%), 8 años (13%), 4 años (9%), 5 años (6%), 11 años (6%) y 12 años (3%).

**Tabla 2:** Prevalencia de género en los participantes.

GENERO		
GENERO	TOTAL	PORCENTAJE
MASCULINO	75	49%
FEMENINO	79	51%
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Gráfico 2:** Representación de la prevalencia de género en los participantes.



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

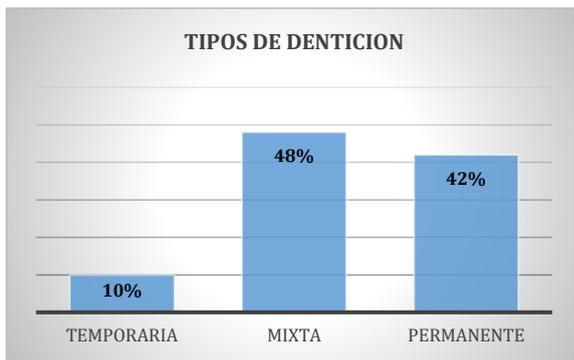
El total de niños que participaron en la muestra fueron 154 niños de los cuales la mayor prevalencia fueron el sexo femenino con un 79(51%) y masculino con un 75(49%).

**Tabla 3:** Diferentes tipos de dentición encontrada en la muestra estudiada.

TIPOS DE DENTICION		
DENTICION	TOTAL	PORCENTAJE
TEMPORARIA	16	10%
MIXTA	74	48%
PERMANENTE	64	42%
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Grafico 3:** Representación de los diferentes tipos de dentición en los niños.



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

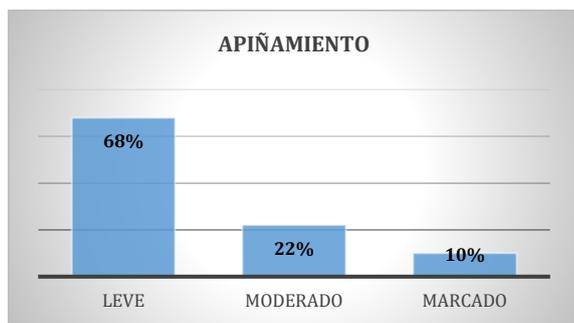
En cuanto a los diferentes tipos de dentición se encontró: la temporal (10%), mixta (48%) y la permanente (42%).

**Tabla 4:** Grado de apiñamiento encontrado en la muestra estudiada.

TIPOS DE APIÑAMIENTO		
APIÑAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
LEVE	104	68%
MODERADO	34	22%
MARCADO	16	10%
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Grafico 4:** Representación del grado de apiñamiento encontrado en los niños.



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

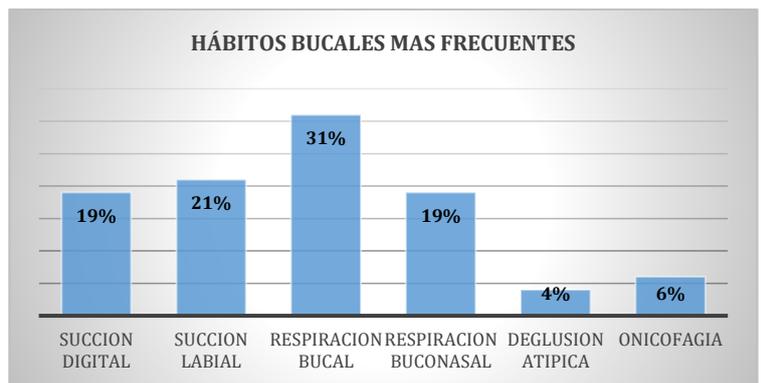
En la presencia del grado de apiñamiento presentado en los niños atendido, tenemos como resultado que la mayor porcentaje de apiñamiento leve con un 104 (68%), moderado 34 (22%) y marcado 16 (10%).

**Tabla 5:** Hábitos bucales más frecuentes según la muestra estudiada.

FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES		
HABITOS BUCALES	TOTAL	PORCENTAJE
SUCCION DIGITAL	18	19%
SUCCION LABIAL	19	21%
RESPIRACION BUCAL	29	31%
RESPIRACION BUCONASAL	18	19%
DEGLUSION ATIPICA	4	4%
ONICOFAGIA	5	6%
<b>TOTAL</b>	<b>83</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Grafico 5:** Representación gráfica de los hábitos bucales más sobresalientes.



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

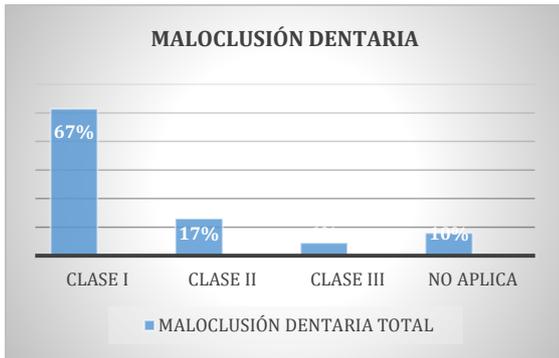
Entre los hábitos bucales más frecuentes, según la población estudiada fueron: Succión digital 18 (19%), succión labial 19 (21%), respiración bucal 29 (31%), respiración buconasal 18 (19%), deglución atípica 4 (4%) y la onicofagia 5 (6%).

**Tabla 6:** Tipos de maloclusión según la clasificación de Angle

MALOCLUSIÓN DENTARIA		
MALOCLUSIÓN DENTARIA	TOTAL	PORCENTAJE
CLASE I	103	67%
CLASE II	26	17%
CLASE III	9	6%
NO APLICA	16	10%
<b>TOTAL</b>	<b>154</b>	<b>100%</b>

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Grafico 6:** Representación de maloclusión según la clasificación de Angle



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

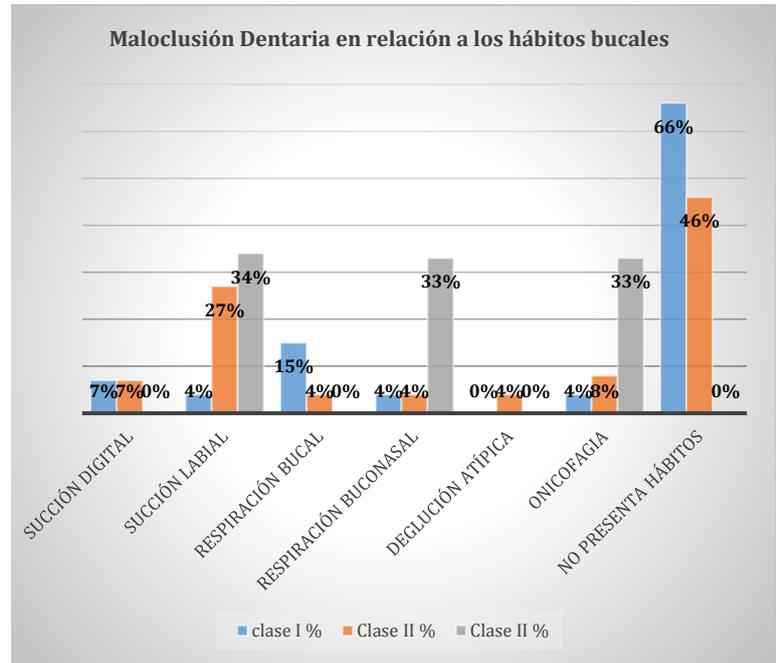
Según los datos obtenidos tenemos como resultado, mayor incidencia de maloclusión Clase I con un 103(67%), seguida de maloclusión Clase II 26 (17%), maloclusión Clase III 9 (6%) y no aplica el 16 (10%).

**Tabla 7:** Maloclusión dentaria en relación a los hábitos bucales

HÁBITOS BUCALES	MALOCLUSIÓN DENTARIA					
	Clase I		Clase II		Clase III	
	Presenta	%	Presenta	%	Presenta	%
SUCCIÓN DIGITAL	2	7%	2	7%	0	0%
SUCCIÓN LABIAL	1	4%	7	27%	1	34%
RESPIRACIÓN BUCAL	4	15%	1	4%	0	0%
RESPIRACIÓN BUCONASAL	1	4%	1	4%	1	33%
DEGLUCIÓN ATÍPICA	0	0%	1	4%	0	0%
ONICOFAGIA	1	4%	2	8%	1	33%
NO PRESENTA HÁBITOS	18	66%	12	46%	0	0%

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Grafico 7:** Maloclusión dentaria en relación a los hábitos bucales



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

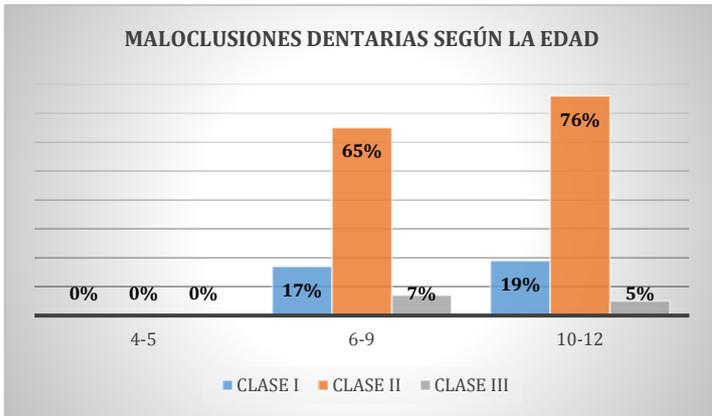
Según los datos obtenidos tenemos que los niños y niñas que presentaban **succión digital** tenían clase I (7%), clase II (7%), clase III (0%); los que presentaban **succión labial** tenían clase I (4%), clase II (27%), clase III (34%); los que presentaban **respiración bucal** tenían clase I (15%), clase II (4%), clase III (0%), **respiración buconasal** presentaban clase I 1 (4%), clase II 1 (4%), clase III 1 (33%); **deglución atípica** presentaban clase I 0 (0%), clase II 1 (4%), clase III 0 (0%); **onicofagia** presentaban clase I 1 (4%), clase II 2 (8%), clase III 1 (33%) y **no presentan hábitos** la clase I 18 (66%), clase II 12 (46%), clase III 0 (0%).

**Tabla 8:** Maloclusión dentaria según la edad de los niños.

MALOCLUSIÓN	EDADES						TOTAL
	4-5	%	6-9	%	10-12	%	
CLASE I	0	0%	5	17%	7	19%	103
CLASE II	0	0%	17	65%	28	76%	24
CLASE III	0	0%	7	7%	2	5%	9
NO APLICA	16	100%	0	0%	0	0%	16
<b>TOTAL</b>	16	100%	99	100%	37	100	154

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Grafico 8:** Representación gráfica de Maloclusión dentaria según la edad de los niños



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

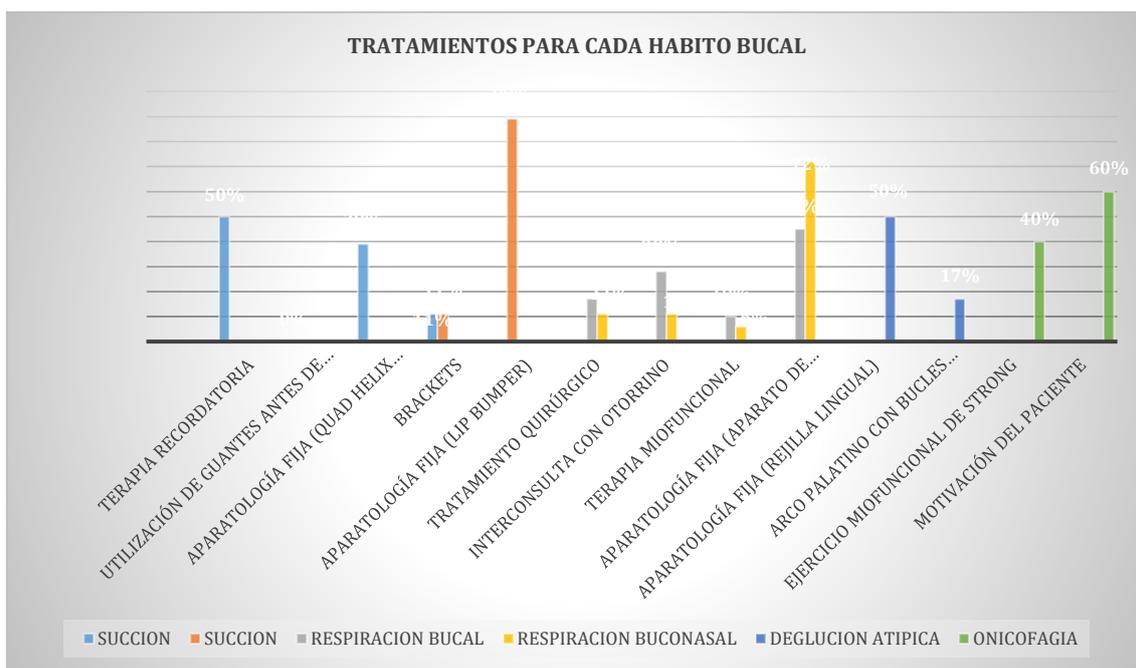
La maloclusión según el rango de edad que va de 4 a 12 años de edad encontramos lo siguiente: 10 a 12 años presentan **CLASE I** con un (19%), **CLASE II** es la que más predomina con un (76%), en las edades de 10 a 12 años, mientras que la **CLASE III** que es la menos predominante con un (7%) en las edades de 6 a 9 años, en las edades de 4 a 5 años no aplican mal oclusión según nuestro estudio.

**Tabla 98:** Tipos de tratamientos para cada hábito bucal

DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTOS PARA LOS HABITOS BUCALES													
TRATAMIENTO	SUCCION DIGITAL	%	SUCCION LABIAL	%	RESPIRACION BUCAL	%	RESPIRACION BUCONASAL	%	DEGLUCION ATIPICA	%	ONICOFAGIA	%	TOTAL
Terapia recordatoria	9	50%											9
Utilización de guantes antes de dormir	0	0%											
Aparatología fija (Quad Helix con rejilla)	7	39%											7
Brackets	2	11%	1	11%									3
Aparatología fija (Lip Bumper)			8	89%									8
Tratamiento quirúrgico					5	17%	2	11%					7
Interconsulta con otorrino					8	28%	2	11%					10
Terapia miofuncional					3	10%	1	6%					4
Aparatología fija (aparato de disyunción)					13	45%	13	72%					26
Aparatología fija (rejilla lingual)									3	50%			3
Arco palatino con bucles anteriores									1	17%			1
Ejercicio miofuncional de strong											2	40%	4
Motivación del paciente											3	60%	3

Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

**Grafico 9:** Representación gráfica de los Tipos de tratamientos para cada hábito bucal



Fuente: Historia Clínica. Autora: Katherine Alcívar Mejía

Se realizaron diversos tipos de tratamientos para las diferentes patologías encontradas, teniendo así, para la **SUCCIÓN DIGITAL** diferentes tratamientos como; terapia recordatoria 9 (50%), utilización de guantes 0 (0%), Quas Helix con rejilla 7 (39%), brackets 2 (11%); para la **SUCCIÓN LABIAL** tenemos, brackets 1 (11%) y Lip Bumper 8 (89%); para la **RESPIRACIÓN BUCAL**; tratamiento quirurugico 5 (17%), interconsulta con el otorrionolaringolo 8 (28%), terapia miofuncional 3 (10%) y aparato de disyunción 13 (45%); para la **RESPIRACIÓN BUCONASAL**, tratamiento quirurugico 2 (11%), interconsulta con el otorrionolaringolo 2 (11%), terapia miofuncional 1 (6%) y aparato de disyunción 13 (72%); **DEGLUCIÓN ATÍPICA** tenemos como tratamientos; rejilla lingual 3 (50%), aparatología fija con bucles anteriores 1 (17%), ejercicio miofuncional de strong 2 (33%) y motivación del paciente 0 (0%) y por ultimo para la **ONICOFAGIA** tenemos; ejercicio miofuncional de strong 2 (40%) y motivación del paciente 3 (60%).

## DISCUSION

Los hábitos bucales se presentan con mucha frecuencia a temprana edad en los niños, que con el pasar del tiempo si esto no es corregido a tiempo, trae problemas a futuro en la oclusión; como puede ser, mordida abierta, apiñamiento severo, mordida profunda entre otros. Esto podrá ser tratado por medio del especialista en ortodoncia y ortopedia, el cual podrá diagnosticar de la mejor manera posible e indicar el plan de tratamiento ideal para corregir el problema del paciente.

Entre los hábitos bucales más frecuentes, según la población estudiada fueron: Succión digital con (19%), succión labial con (21%), respiración bucal (31%) siendo la que más predominó en nuestro estudio, respiración buconasal (19%), deglución atípica (4%) y la onicofagia (6%).

La posición baja que adopta la lengua para que pueda circular el aire por la boca produce una serie de cambios como son la apertura bucal permanente por hipotonicidad labial, un crecimiento transversal mandibular, freno del crecimiento transversal maxilar y elevación de la bóveda palatina (paladar ojival), protusión de los incisivos, debilidad de la musculatura facial con aumento del tercio inferior de la cara, retrusión del mentón, posterorrotación mandibular y labio superior corto e inferior grueso. Todos estos cambios comportan el aspecto o síndrome de cara larga o facies adenoidea. En este estudio se ha encontrado un 25,4% de mordida cruzada posterior, siendo una prevalencia elevada pero que no es estadísticamente significativa. (4)

Aguilar *et al.* encontraron que la onicofagia (44%) es el hábito más frecuente, en segundo lugar estuvo la respiración bucal (37,2%) y en tercero la succión digital

(3,9%), así mismo, Murrieta-Pruneda *et al*; encontraron que la onicofagia es el hábito más frecuente en escolares (35%), seguido por la respiración bucal (9,5%) y la succión digital (8,5%), datos que coinciden con el presente estudio donde se encontró que la onicofagia es el hábito de mayor frecuencia (25,3%), seguido de la succión digital (18,2%) y el bruxismo (12,3%). (7)

En una investigación realizada por Podadera muestra una alta prevalencia de maloclusiones y la presencia de hábitos deformantes, siendo la deglución atípica la más frecuente, seguida de la succión digital y la respiración bucal. (27)

En lo que respecta a los hábitos bucales perniciosos encontramos a la onicofagia con 41%, respiración bucal 20% y empuje lingual con 14%, lo que concuerda con estudios anteriores en donde reportan a la onicofagia con 23.6% y coincide con el estudio realizado por Bayardo en 1995 en la Ciudad de Guadalajara, México, reportó lo siguiente: En lo que respecta a un mal hábito oral de los cuales 23.7% presentó onicofagia, 23.6% bruxismo, 11.7% respiración bucal, 11.3% succión digital, 6.9% succión de labio inferior y un 2.4% otro hábito. (36)

El total de niños que participaron en la muestra fueron 154; de los cuales fueron: 75 varones (49%) y mujeres 79 (51%). De los cuales tenemos como resultado que la población más afectada son las mujeres, presentado hábitos bucales y maloclusión dentaria.

Un estudio realizado en niños nigerianos con edades entre los 3 - 5 años reveló que la prevalencia de hábitos orales entre 563 preescolar está entre el 13,14%, afirmando que el 6,74% son varones y el 6,4% son niñas. Los resultados indican una diferencia significativa entre los sexos para la interposición lingual y succión solamente. La relación entre el hábito de succión digital y mal oclusión fue muy significativa, en el presente estudio no se realizaron comparaciones entre los diferentes hábitos sino que se sacaron los promedios de cada uno de ellos. (37)

En un estudio realizado en Chile donde se involucran niños de 3 a 6 años de edad, se plantea que la succión del biberón es el hábito que más prevalece en estas edades. Estos resultados son similares a los nuestros, donde hubo un predominio de este hábito en ambos grupos de edad; en orden decreciente le siguió la protracción lingual, donde se observó que los niños de menor edad

eran los más afectados. Estudios realizados en nuestro país demuestran estos mismos resultados. (8)

La maloclusión según el rango de edad que va de 4 a 12 años de edad encontramos lo siguiente: 10 a 12 años presentan **CLASE I** con un (19%), **CLASE II** es la que más predomina con un (76%), en las edades de 10 a 12 años, mientras que la **CLASE III** que es la menos predominante con un (7%) en las edades de 6 a 9 años, en las edades de 4 a 5 años no aplican mal oclusión según nuestro estudio.

Los resultados de este estudio demuestran que en un porcentaje considerable la Clase I (49.0%) de la clasificación de Angle, es la más prevalente, la Clase II (33.9%) y por último la Clase III con 16.9%, siendo el más bajo de los porcentajes. (10)

La edad más predominante en nuestro estudio fue de 6-9 años seguida de 10-12 años que son las edades más frecuentes con problemas de hábitos bucales y maloclusión.

A medida que el niño crece debe desprenderse de la práctica de estos hábitos perjudiciales. *Fernández y Acosta* involucran niños de primaria de diferentes edades en su estudio y plantean que el grupo más afectado por estos hábitos resulta ser el de 5 a 7 años de edad. (8)

Díaz Morell encuentra que el grupo de edad más afectado en la población que estudia es de 8-9 años, seguido de 10-11 años, donde ambos grupos quedan incluidos en el rango de la población estudiada. (38)

Se realizaron diversos tipos de tratamientos para las diferentes patologías encontradas, teniendo así, para la succión digital diferentes tratamientos como; terapia recordatoria 9 (50%), utilización de guantes 0 (0%), Quas Helix con rejilla 7 (39%), brackets 2 (11%); para la succión labial tenemos, brackets 1 (11%) y Lip Bumper 8 (89%); para la respiración bucal; tratamiento quirúrgico 5 (17%), interconsulta con el otorrinolaringólogo 8 (28%), terapia miofuncional 3 (10%) y aparato de disyunción 13 (45%); para la respiración buconasal, tratamiento quirúrgico 2 (11%), interconsulta con el otorrinolaringólogo 2 (11%), terapia miofuncional 1 (6%) y aparato de disyunción 13 (72%); deglución atípica tenemos como tratamientos; rejilla lingual 3 (50%), aparatología fija con bucles anteriores 1 (17%), ejercicio miofuncional de strong 2 (33%) y motivación del paciente 0 (0%) y por último para la onicofagia tenemos; ejercicio miofuncional de strong 2 (40%) y motivación del paciente 3 (60%).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los hábitos que se encontraron en nuestro estudio y según la edad de los participantes, podemos decir que la respiración bucal fue el hábito que estuvo presente con un porcentaje del 31%, teniendo en cuenta que este hábito fue analizado y diagnosticado de la mejor manera posible para poder ejecutar el plan de tratamiento para estos pacientes.
- Por otra parte la maloclusión más predominante fue la Clase I molar, la cual se presentó con un 67% mientras que la Clase II con un 17% y la Clase III con un 6%, lo cual fue realizado al momento de efectuar la exploración visual de los niños pertenecientes a la muestra.
- La mal oclusión que se da en relación a los malos hábitos bucales; y resaltando el porcentaje con mayor relevancia que se encontró en nuestro estudio, tenemos que la Clase III que está en relación con el hábito de succión labial representando el 34% con más valor, de igual manera dicho hábito mencionado sigue en relación con la Clase II representando el 27% y la Clase I el 4%.
- Entre las edades más predominantes que se dan los hábitos bucales y maloclusiones, tenemos que la mal oclusión, que está dado por la Clase II molar representa el 76% y las edades que más predominan en relación a la clase que más prevalece, son las comprendidas entre 10-12 años. Así mismo los hábitos orales que encontramos en nuestro estudio, tenemos que la respiración bucal es la que más sobresale de todos los hábitos, representando el 35% la cual está dada por la edad de 6 años.
- En cuanto a los diferentes tipos de tratamientos para los hábitos orales tenemos que la succión labial y respiración buconasal son las que más prevalecen en nuestra muestra; teniendo como resultado que la succión labial con un 89% se puede corregir usando ortopedia como el lip bumper y para la respiración buconasal con un 72% usando un disyuntor; por tal motivo es necesario realizar un diagnóstico minucioso y colocar ortopedia si amerita el caso desde sus inicios para eliminar este hábito.
- Como a manera de recomendación para disminuir la presencia de malos hábitos y maloclusiones en niños de 4 a 12 años de edad, es recomendable realizar campañas educativas

por parte de los estudiantes, puesto que es aquí cuando se puede evitar algún comienzo de deformación bucodental para determinar y establecer las causas que ocasionan dicho problema y contrarrestar de forma preventiva estas alteraciones.

- Llevar a cabo convenios con instituciones primarias y secundarias de bajos recursos en la ciudad de Guayaquil para que los futuros profesionales, puedan ingresar a examinar y dar charlas educativas sobre los malos hábitos y maloclusiones y así los niños y adolescentes tengan un amplio conocimiento de las mismas, para que acudan a un profesional para que puedan realizarse los debidos tratamientos ya sean preventivos o terapéuticos sean sea el caso.
- Preparar y capacitar a los estudiantes sobre los hábitos bucales y sus repercusiones en la oclusión, para de esta manera lograr la concientización sobre los daños que los hábitos pueden ocasionar y de esta manera puedan realizar investigaciones sobre este tema y generando programa educativos o tratamientos alternativos de manera precoz.
- Motivar la concientización en los padres de familia acerca de los problemas que acarrear los malos hábitos bucales a largo plazo, para que de esta manera presten la atención adecuada a sus hijos para poderlo evitarlo o corregirlo a tiempo.
- Se debe realizar un tratamiento adecuado y sobretodo específico para cada uno de los pacientes que presenten hábitos bucales y maloclusiones, empezando siempre por el tratamiento más conservador.
- Se recomienda al odontólogo profesional explicarle al paciente sobre la aparatología entrarla, haciéndole énfasis en que el aparato no es un castigo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito.* Zaldivar, Ledia Martín. 2010, Revista Archivo Médico de Camagüey.
2. *Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle.* Chamorro, Andres Felipe. 2016, Rev. CES Odontología.

3. *Prevalencia de hábitos deformantes bucales en escolares de seis a nueve años.* Utria, Yadamí Álvarez. 2016, Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta.
4. *Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona.* García, VJ García. 2011, AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA.
5. *Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria.* Ramos, Rosa González. 2012, Revista Habanera de Ciencias Médicas.
6. *Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria.* Medina, Carmen T. 2010, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
7. *HÁBITOS BUCALES Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES DENTARIAS EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS.* Dávalos, Mónica Zapata. 2014, KIRU.
8. *Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes.* Sánchez, Zunay de Jesús Cepero. 2007.
9. *Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento.* Modano, Di Santi de. 2003, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
10. *Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salías, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela.* Morán, Vanessa. 2016, Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
11. *Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I.* Parra, Andrea Ocampo. 2013, Rev. Nac. Odontol.
12. Lugo, Carmen. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [En línea] Marzo de 2011.  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>.
13. *Deglución atípica - Revisión de la literatura.* Asuncun, Andrea Margarita Alarcón. 2012, Acta Odontológica Venezolana.
14. *HÁBITOS ORALES.* García, Claudia Navas. 2012, Fundación Valle de Lili .
15. *Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años.* Matanzas, 2006. González, María Carmen Álvarez. 2014, Rev Méd Electrón [Internet].
16. Leache, E. Barberia. *Odontopediatría 2da Edición* . Barcelona (España) : MASSON , 2002.
17. *MALOS HÁBITOS ORALES: REHABILITACION NEUROMUSCULAR Y CRECIMIENTO FACIAL.* Muller, Reni. 2014, REV. MED. CLIN. CONDES.
18. González, María Fernanda. *Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura.* Revisión bibliográfica. [En línea] 2012.  
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>.
19. *Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años.* Valdés, Zoila Rosa Podadera. 2013, Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.
20. *Bruxismo en la infancia, causas y orientación terapéutica.* Zaragoza, J. Fleta. 2017, Pediatr Integral .
21. *Bruxismo: su comportamiento en un área de salud.* Contreras, Ania Mercedes Silva. 2015, Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río.
22. *Tratamientos Odontológicos para el bruxismo: una revisión sistemática.* Méndez, Stefany Paola Alesi. 2018, Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR.
23. *Oclusion.* Bustamante, Gladys. 2012, Revista de Actualización Clínica Investiga.
24. *Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años.* Matanzas, 2006. Álvarez, María Carmen. 2014, Rev Méd Electrón [Internet].
25. *Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana.* Arzuaga, Alina Arocha. 2016, MEDISAN .
26. *MALOCLUSIÓN Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO EN ADOLESCENTES DE PASTO, COLOMBIA.* Mafla, Ana Cristina. 2011, Rev Fac Odontol Univ Antioq.

27. *Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria.* Ramos, Rosa María González. 2012, Revista Habanera de Ciencias Médicas.
28. Patiño, Deyanira Días. TOPDOCTORS. [En línea] 10 de 05 de 2016. <https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/malocclusion-dental-cual-es-el-tratamiento-adecuado>.
29. *Maloclusión de Angle clase I, con el perfil recto en jóvenes universitarios.* Jaimes, Lorena. 2015, Revista Senderos Universitarios.
30. *Oclusion clase II.* Valencia, Gonzalo Ariel Silva. 2012, Revista de Actualización Clínica Investiga .
31. *Características clínicas y cefalométricas de la maloclusión clase II.* Romero, Melissa. Y. 2013, ODOUS CIENTIFICA.
32. *Tratamiento de la maloclusión Clase III con protracción maxilar: Reporte de Caso.* Riquelme, Paul Esteban Rodríguez. 2017, Revista Estomatológica Herediana.
33. Roiz, Diana Vanessa Mercado. *Prevalencia de malaoclusión clase I de Angle, modificación de Dewey Anderson en niños(as) de 6 a 12 años atendidos por los estudiantes de V año de la facultad de Odontología en las clínicas de odontopediatría UNAN-LEON, Noviembre, 2012.* 2012.
34. Moreno, Wenceslao Gallardo. *Texto de ortodoncia .* Guayaquil : Actualidades Medico Odontologicas , 2013.
35. Calero, Alessandra Rita Almandoz. CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIONES. Lima, Perú : s.n., 2011.
36. *Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad.* Jaime, María Elena Montiel. 2004, Revista de la Asociacion Dental Mexicana .
37. *CARACTERIZACIÓN DE HÁBITOS ORALES EN UNA MUESTRA POBLACIONAL DE SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA ENTRE LOS AÑOS 2005 y 2012.* LLanos, Libia Soto. 2013, Revista Gastrohnap.
38. *Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez.* Rodríguez, Nerina Yadira Mesa. 2017, CORREO CIENTÍFICO MÉDICO DE HOLGUÍN.
39. Huerta, Mildred Leticia Carranza. COMPRENDAMOS. [En línea] Diciembre de 2015. [http://www.comprendamos.org/alephzero/77/principales\\_habitos\\_orales.html](http://www.comprendamos.org/alephzero/77/principales_habitos_orales.html).
41. *Maloclusiones dentales y su relación con la respiración bucal en una población infantil al oriente de la Ciudad de México.* Cuanalo, Leticia Orozco. 2016, Revista Especializada en Ciencias de la Salud .
42. *Clasificación de la maloclusión en los planos.* Morales, Francisco Javier Ugalde. 2007, Revista ADM.