

Universidad de Carabobo
Facultad de Odontología
Departamento de Atención Odontológica
al Niño y al Adolescente

**“PREVALENCIA DE HABITOS ORALES EN
PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO
DE ODONTOPEDIATRÍA III PERÍODO
1.997–1.999 EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
CARABOBO”**

**Realizado por:
Prof. Aura Acosta
Prof. Semiramis Villalobos**

Valencia, Mayo 2.002

**“PREVALENCIA DE HABITOS ORALES EN
PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO
DE ODONTOPEDIATRÍA III PERÍODO
1.997–1.999 EN LA FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE
CARABOBO”**

INDICE GENERAL

	pp.
I) Indice General de Contenido	iii
II) Indice de Cuadros	iv
III) Indice de Gráficos	v
IV) Resumen	vi
Planteamiento del Problema	7
▪ Justificación e Importancia	11
▪ Objetivos de la Investigación	13
▪ Objetivo General	13
▪ Objetivos Específicos	14
▪ Variables	15
Fundamentación Teórica	17
▪ Antecedentes de la investigación	17
▪ Bases Teóricas	18
Metodología	60
▪ Tipo de Investigación	60
▪ Población y Muestra	61
▪ Instrumentos	62
▪ Recolección de datos	62
▪ Técnica de análisis e interpretación	62
Resultados	63
Análisis e Interpretación de los datos	64
Discusión y Conclusiones	74
Referencias Bibliográficas	77
Anexos	81

IV. INDICE DE CUADROS

Cuadro	pp
1. Pacientes con hábitos orales distribuidos según el número de hábitos presentes expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.	65
2. Tipos de hábitos presentes en pacientes que asistieron al servicio de odontopediatría III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.	66
3. Pacientes distribuidos según la edad y sexo con hábitos Orales expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.	67
4. Pacientes con hábitos orales distribuidos según el sexo expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo	68
5. Pacientes con hábitos orales distribuidos según la edad expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.	69
6. Pacientes con hábitos orales distribuidos según el tipo de mordida expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.	70

V. INDICE DE GRAFICOS

Gráfico	pp
1. Pacientes con hábitos orales distribuidos según el número de hábitos presentes expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.	65
2. Tipos de hábitos presentes en pacientes que asistieron al servicio de odontopediatría III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.	66
3. Pacientes distribuidos según la edad y sexo con hábitos Orales expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.	67
4. Pacientes con hábitos orales distribuidos según el sexo expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo	68
5. Pacientes con hábitos orales distribuidos según la edad expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.	69
6. Pacientes con hábitos orales distribuidos según el tipo de mordida expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.	70

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL
ADOLESCENTE
ASIGNATURA ODONTOPEDIATRÍA III

Prevalencia de hábitos orales en pacientes que asisten al servicio de odontopediatría iii período 1.997–1.999 en la facultad de odontología de la universidad de carabobo”

Autor: Prof. Aura Acosta
Prof. Semiramis Villalobos
Año 2002

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de los hábitos orales en pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, con la finalidad de recabar información sobre la frecuencia de hábitos orales en cuanto a edad, sexo y tipo de mordida. La presente investigación es de tipo descriptiva enmarcada en un estudio retrospectivo, ya que pretende identificar la prevalencia del hábito oral presente en los pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III. La población estuvo conformada por 60 pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III y la muestra fue igual a la población ya que el número de pacientes con hábitos orales fue muy pequeño. El instrumento utilizado para el registro de la información fue la historia clínica utilizada en el Departamento de Atención Odontológica al niño y al adolescente. Como conclusión tenemos que los 60 pacientes estudiados con edades de 1 a 13 años el 76,6% presentó hábitos orales. De los hábitos orales estudiados el más frecuente fue el de Succión del Pulgar con un 45,9% el sexo con mas frecuencia fue el femenino con un 60,7% en cuanto a la edad la mas frecuente fue entre 5 a 10 años y el tipo de mordida fue la mordida abierta con un 54,2%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Facultad de odontología tiene la responsabilidad de formar el personal de salud odontológica acorde con la realidad nacional y regional, partiendo del conocimiento que ella tiene que generar basándose en esa realidad y que le permitirá producir cambios en los índices de salud enfermedad oral, a través del ejercicio de sus egresados en el ámbito laboral en que se desempeñen; de la misma manera los pacientes son tratados integralmente como así lo exigen nuestros lineamientos y objetivos que aspiran las Clínicas Odontológicas Integral del niño y el adolescente en nuestra Facultad. Esta investigación tiene por objeto descubrir la prevalencia de hábitos orales de los pacientes en la población infanto-juvenil que asiste al servicio de Odontopediatría III, ubicado en el Pabellón 7 de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, desde marzo de 1.997 hasta Diciembre de 1.999.

Los hábito orales, ameritan un tratamiento especial en comparación con el que regularmente se da a un paciente que no posee tales condiciones. Esto es conocido por todos los profesionales de la odontología y debe ocurrir que en su empeño por aprender los conocimientos que obtendrá en los últimos años de su carrera, pudiera descuidar este problema sumamente importante y de frecuente presencia entre los pacientes infantiles, lo cual puede acarrear consecuencias devastadoras en los tejidos duros y blandos como maloclusiones y deformidad facial, que son los más afectados

convirtiendo un pequeño y manejable caso en uno de muy alta complejidad.

Por lo tanto, como resultado de investigaciones anteriores realizadas en el área, se refleja una realidad específica como es la alta frecuencia de maloclusiones en los niños y adolescentes que acuden al servicio de clínica odontopediátrica de la facultad de odontología de la Universidad de Carabobo.

La presencia de hábitos orales en éstos pacientes son detectadas en dichas áreas por los docentes y estudiantes, bien sea desde su visita inicial o como causa de maloclusiones, deformación facial o ambas, como resultado de tratamientos restauradores, más no de rehabilitación integral.

El problema es formulado en aquellos casos que se encuentran maloclusiones por presencia de hábitos de succión digital, deglución atípica, succión de la lengua, la retención de la postura lingual infantil, succión del labio, mordedura del labio, postura, mordedura de uñas, y otros hábitos como chupar lápices, chupetas y otros objetos duros, pudiendo ser tan deletereo para el crecimiento facial como la succión del pulgar o de otros dedos, por ello se encuentran casos así como: mordida abierta, mordida cruzada, clase II Div. I, problemas del crecimiento craneo-facial a la deriva destinando estos pacientes a un deterioro progresivo de su oclusión y funcionalidad o a un tratamiento

de ortodoncia correctiva e inclusive cirugía ortognática en los casos más severos.

Los hábitos orales como factor etiológico de las maloclusiones constituyen un problema para muchos individuos desde tiempos inmemorables, y los intentos para corregir esta alteración se remonta como mínimo 1.000 años a.c.

Los hábitos bucales y problemas relacionados son temas de gran controversia, los más comunes son la succión digital, deglución atípica, respiración bucal, mordedura de labios etc; los cuales bajo sus diversas formas pueden provocar al paciente diferentes problemas:

1. Problemas Psicosociales derivados de la alteración de la estética dentofacial.
2. Problemas de la función oral incluyendo dificultades para mover la mandíbula (incoordinación o dolor muscular), trastornos articulares temporomandibulares y problemas para masticar, deglutir o hablar.
3. Problemas de mayor susceptibilidad a los traumatismos, trastornos periodontales.

Para resolver estos problemas es imperativo el tratamiento ortopédico u ortodóncico, desde tempranas edades. La necesidad y la demanda de los individuos varían en función de sus condiciones sociales y culturales.

Una de las principales responsabilidades del odontólogo odontopediatra y ortodoncista dentro de sus límites lo constituye el diagnóstico, prevención, intercepción y corrección de las diversas formas de maloclusión, cuya causa la originan en parte los hábitos orales, sobre todo desde edades muy tempranas, así como de las alteraciones asociadas a las estructuras adyacentes, el diseño, la aplicación y el control de la aparatología funcional y correctiva, la supervisión de la dentición y sus estructuras de soporte para conseguir y mantener unas relaciones óptimas de armonía, fisiología y estética entre las estructuras faciales y craneales.

Este estudio intenta explorar la frecuencia de los hábitos orales en los pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III, ubicado en el pabellón 7 de la Facultad de Odontología, durante el lapso comprendido desde 1997 hasta 1999, constituyendo estos casos uno de los objetivos en la creación de este servicio, como es el conocimiento de la problemática de las causas de maloclusión para luego orientar, desarrollar y ejecutar programas que beneficien a los pacientes y por ende a la comunidad que asiste al servicio odontopediátrico de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo con el propósito de dispensar un óptimo servicio de acuerdo a las necesidades reales de la población estudiada. Esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos en este campo, lo cual redundará en la solución de esta problemática.

Justificación e Importancia

Usualmente, en la práctica odontológica especialmente en niños y adolescentes, poco se toman en cuenta la presencia de hábitos orales como factor etiológico de maloclusiones, en algunos casos no son diagnosticadas, ni tratadas a edades tempranas por lo que el examen odontológico se ciñe únicamente a los aspectos bucodentales.

En el caso de los hábitos orales, no son suficientes los conocimientos que se imparten a los estudiantes de odontología en cuanto al tratamiento preventivo e interceptivo que deben realizar al atender niños con éstos hábitos para evitar la instalación de maloclusiones y erradicar los hábitos así como el conocimiento sobre la realidad local del paciente niño y adolescente en cuanto a su atención odontológica.

Por otro lado, el paciente no diagnosticado pero que clínicamente presenta manifestaciones de maloclusión, puede significar una seria responsabilidad para el odontólogo que no diagnostica, trata, ni refiere estos pacientes, lo que significa para éstos un gran riesgo, para el crecimiento normal y por ende deformaciones faciales para estos casos. Por lo tanto el paciente no es tratado de una manera integral, ya que se ha observado que en muchos casos, cuando éste tipo de paciente asiste a la consulta odontológica en nuestra Facultad existen pacientes tratados odontológicamente con dentición mixta y hasta permanente temprana pero sin tratamiento preventivo ni interceptivo de maloclusión, ocasionado por hábitos orales y más aún con deformidades faciales establecidas.

Por lo anteriormente expuesto, se hace importante incrementar el conocimiento acerca de la prevalencia con que se presentan los hábitos orales y el cuidado especial que se debe prestar para evitar instalación de maloclusión y/o

deformaciones faciales, por lo cual es necesario recopilar el conocimiento al respecto para organizarlos, así como generar conocimientos de nuestra propia realidad local, regional y nacional para que exista un mayor compromiso y responsabilidad profesional.

También describe la importancia del diagnóstico temprano del hábito para prevenir maloclusiones, así como las influencias funcionales sobre el desarrollo dentofacial que puede ocasionar sin tratamiento adecuado. Esta investigación será punto de inicio de otras investigaciones que permitirán profundizar en el conocimiento de los hábitos orales, su causa, erradicación y producir programas de atención odontológica adecuada a este tipo de paciente, según la etapa en que se encuentra instalado el hábito oral para así prevenir, interceptar y tratar maloclusiones en la población infanto-juvenil de nuestra Facultad.

Por lo anteriormente expuesto, este estudio se justifica porque a nivel regional, nacional e inclusive internacional, los estudios epidemiológicos adolecen de cifras precisas, que permitan tener una visión clara del estado actual de las condiciones oclusales, ocasionada por hábitos orales de la población que asiste al servicio odontopediátrico III, ubicado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de los tipos de hábitos orales en pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatria III en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, durante el período 1.997 – 1.999.

Objetivos Específicos:

1. Describir los tipos de hábitos orales más frecuentes en los pacientes que asistieron al Servicio de Odontopediatría III, durante el período 1.997 – 1.999.
2. Determinar la prevalencia de hábitos orales, según el sexo de los pacientes que asistieron al Servicio de Odontopediatría III, durante el período 1.997 – 1.999.
3. Determinar la prevalencia de hábitos orales según la edad de los pacientes que asistieron al Servicio de Odontopediatría III, durante el período 1.997 – 1.999.
4. Describir los tipos de maloclusión según hábitos orales en los pacientes que asistieron al Servicio de Odontopediatría III, durante el período 1.997 – 1999.

Variables

Tipo de Hábito Oral

Se refiere al tipo de acción inconsciente que ejecuta el paciente dentro o desde afuera de la cavidad oral que modifica la integridad de los dientes, estructura de soporte, lengua, A.T.M.

Tipo de Oclusión

Se refiere a la posición que toma el primer molar inferior permanente con respecto al superior, al entrar en Oclusión y son: Clase I, clase II y clase III.

Tipo de Mordida

Se refiere a la relación que existe entre los dientes del sector anterior y posterior al entrar en oclusión y son: mordida abierta, mordida profunda, mordida cruzada anterior y mordida cruzada posterior.

Tipo de Paciente

Se refiere al estado de salud general del paciente y son: paciente con maloclusión y/o hábitos y pacientes sanos.

Indicadores

Indicadores para tipo de Hábitos Oral

Hábito de Succión Digital:

Consiste en la colocación del pulgar o de cualquier dedo o dedos en el interior de la boca repetidamente, durante el día como la noche.

Consiste en el hábito de succionar un dedo o algunos dedos, el cual varía en tiempo de duración, frecuencia e intensidad.

Hábito de Deglución Atípica

Consiste en el hábito de interponer la lengua entre los dientes al momento de deglutir.

Hábito de Respiración Bucal

Se refiere a la respiración que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Antecedentes de la Investigación

Para la realización de este trabajo, se realizó una revisión bibliográfica de las diferentes investigaciones realizadas sobre los hábitos orales, con el fin de conocer y analizar sobre el tema de estudio.

Según Subtlelmy y Sakuda, citado por Bracho y Mosquera, (1.994) , afirmaron que el hábito de succión digital provoca mordida abierta e impide la correcta erupción de los incisivos. En un estudio realizado por estos autores, en el mismo año, sobre 36 pacientes que presentaban el hábito de succión digital encontraron que 10 de ellos tenían mordida abierta anterior; además llegaron a la conclusión de que el efecto de este hábito sobre los tejidos duros y blandos dependen de la frecuencia e intensidad del mismo durante la dentición primaria. Años más tarde Proffit (1.994), realizó un estudio que confirma las investigaciones realizadas por Subtlelmy y Sakuda (1.964), además considera que la mayor causa de mordida abierta anterior se debe al hábito de succión digital y a otras influencias ambientales.

En Cuba, Fernández C. y Acosta A. (1.997), realizaron un estudio en 3.090 niños escolares de primaria, seleccionando 270 niños con edades comprendidas entre 6 y 11 años de edad; se determinaron los hábitos deformantes en escolares de primaria. En este estudio se determinó que del total de los niños examinados, la presencia de

hábitos orales se comportó de la siguiente manera: la deglución atípica en un 28,8%; Onicofagia en un 28,52%; respiración bucal 15,93% y succión digital 15,26%. Los hábitos con mayor prevalencia de maloclusiones son: succión del chupete, succión digital, respiración bucal y deglución atípica. En las diferentes edades es mayor el número de niños con hábitos deformantes; en las edades de 5 y 7 años los hábitos aumentan y en las edades de 8 años en adelante los hábitos bucales disminuyen.

Bases Teóricas

El concepto de hábitos ha sido emitido por diversos autores, así tenemos que según: Thompson R. Citado por Raymond P. (1969) establece que "el hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el acto se forma menos consciente y si es repetido muy a menudo, será relegado a una acción del todo inconsciente".

Según Rubinstein S. (1.967) define el hábito como "un componente automatizado consciente del hombre que se elabora dentro del proceso de su ejecución". Aunque en forma distinta, todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo que resumiendo podemos establecer que un hábito es: un patrón de conducta fijado por repetición una manera de actuar que se fija por el entrenamiento una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia.

Influencias Funcionales sobre el Desarrollo Dentofacial

Desde el punto de vista de la ingeniería, la teoría del equilibrio establece que un objeto sometido a fuerzas desiguales sufrirá una aceleración, desplazándose por consiguiente a una posición diferente en el espacio. Si un objeto está sometido a una serie de fuerzas, pero permanece en la misma posición, esas fuerzas deben estar en equilibrio. Un factor que contribuye al equilibrio y regula la posición del diente es la presión que ejercen los labios, las mejillas y la lengua. Es posible comprender mejor los efectos que el equilibrio tiene sobre la dentición, observando las consecuencias de los diferentes tipos de presión. Debido a la respuesta biológica, la duración de una fuerza es más importante que su magnitud.

Los experimentos realizados sugieren que incluso fuerzas más leves pueden llegar a desplazar los dientes, siempre que actúen durante el tiempo necesario, tiempo que en los seres humanos parece ser de unas 6 horas. Estas observaciones demuestran que a diferencia de las fuerzas de la masticación, la ligera presión mantenida de los labios, las mejillas y la lengua en reposo, influye notablemente en la posición dental. Si un hábito, como el de chuparse el pulgar, ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (6 horas o más), podría llegar a desplazarlos. Si el hábito durase menos tiempo, cabría esperar un efecto escaso o nulo, cualquiera que fuere la intensidad de la presión. Con independencia de que una pauta de conducta sea esencial o no, innata o adquirida, su efecto sobre la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre los mismos, sino del tiempo de actuación de la misma.

Se puede imaginar que los maxilares están constituidos por un núcleo óseo al que se unen los diferentes procesos funcionales. Los procesos funcionales de los huesos se alterarán si se pierde o modifica la función. Si en un diente nunca se forma

hueso alveolar en la zona que debería haber ocupado, y si se extrae un diente se reabsorbe al alveolo de esa región hasta que acaba por atrofiarse. De igual manera sucede con los procesos musculares: la situación de las inserciones musculares tiene mayor importancia en la morfología del hueso que la carga mecánica o el grado de actividad. Sin embargo, el crecimiento del músculo determina la posición de la inserción, de modo que el crecimiento puede provocar cambios en la forma de la mandíbula, sobre todo a nivel del ángulo mandibular. Proffit (1.994).

Relación entre Maloclusión y Hábitos Orales

Según Barberia E. y Cols. (2.001) los ciertos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos, dado que el sustrato no permanece invariable a lo largo del desarrollo del individuo y, por tanto, su patrón morfogenético de desarrollo no sólo está marcado por la herencia, sino que existen factores ambientales que puede modificarlo.

Esto ocurre invariablemente con la aparición de ciertos hábitos que probablemente serán factores causales del desarrollo de determinadas maloclusiones donde el crecimiento óseo y de desarrollo dentario puede estar influenciado, si bien su desviación se producirá ante la persistencia de éstos hábitos, pudiendo estar ésta desviación potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo. Algunos hábitos pueden tener base en alteraciones de índole muscular y la forma y estructura de los músculos no condicionan la aparición de estos hábitos, aunque de forma secundaria estará afectada la función que realiza ésta musculatura.

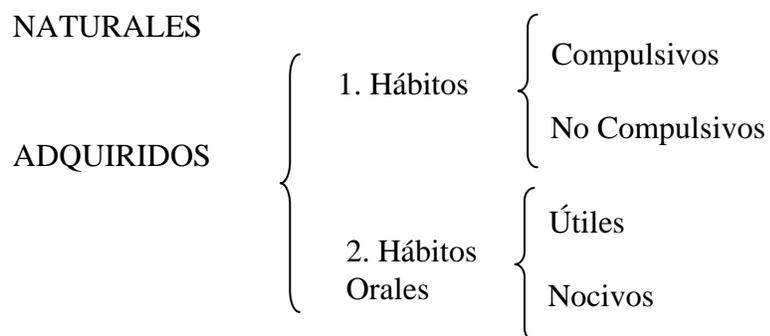
Existe un equilibrio dinámico entre las fuerzas que actúan sobre el aparato estomatognatico, dado que éstas actúan en diferente dirección con diferente potencia y ritmo, llegando a equilibrarse al anularse entre sí. Una muestra de ello es la conformación del arco dentario, resultado del equilibrio entre las fuerza centrífuga de labios y mejillas, y la fuerza

centrífuga de la lengua, de tal forma que una disfunción de ésta musculatura provocaría un desequilibrio, con el consiguiente movimiento dentario.

Los hábitos de deglución atípica, respirador bucal y succión digital, inciden de forma muy especial en éste mecanismo, por lo que una corrección temprana de éstos hábitos evitará el desarrollo de anomalías oclusales como mordidas abiertas y mordidas cruzadas anteriores y posteriores.

Clasificación de los Hábitos

Aristiguieta R. (1985) agrupa los hábitos de acuerdo al desarrollo de los hábitos en los niños en:



Hábitos Naturales:

En consecuencia los hábitos naturales son aquellos que nacen con el individuo (mecanismos de succión movimientos corporales, deglución, etc.) o que se desarrollan a nivel intrínseco para poder efectuar una determinada actividad (desarrollo de órganos internos, glándulas endocrinas, etc.)

Hábitos Adquiridos:

Los hábitos adquiridos son aquellos que generalmente son producto de un aprendizaje consciente. En esto juega un papel importante, la imitación. Los niños intentan reproducir las acciones de los adultos al observarlos. Durante la edad escolar los hábitos adquiridos poco a poco se van transformando en costumbre. Es en esta época en que el sistema de actividad repetitiva o de ejercicio juega un papel importante.

Según la Clasificación de Aristiguieta (1.985) en los hábitos no compulsivos, los niños experimentan modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos, aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de regalos, halagos y en ciertos casos amenazas de castigo por parte de los padres.

Por lo tanto, los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste se denomina no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un patrón de conducta más consciente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

Hábitos Orales Compulsivos:

Ahora bien, un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acuda a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por situaciones ocurridas en su mundo.

En este sentido, el niño con hábitos compulsivos tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir este hábito. Estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. El niño realiza el hábito para escudarse de la sociedad que le rodea. Es una válvula de escape para soportar las presiones emocionales cuando éstas se vuelvan demasiado difíciles.

Aunque la etiología específica de los hábitos bucales compulsivos es difícil de aislar; algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación, puede haber sido demasiado rápido o que el niño recibía poca cantidad de alimentos. Otros que puede haberse producido

demasiada tensión en el momento de la alimentación. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternal, juega un papel muy importante en muchos casos.

Continuando con la clasificación de Aristiguieta (1.985), los hábitos orales en relación a la oclusión pueden ser clasificados en:

Hábitos orales útiles, que son aquellos que forman parte de la actividad natural como la respiración; posición de los dientes, lengua, labios y mejillas durante la deglución; posición de los dientes, labios y mejillas durante la fonación, etc.

Hábitos orales nocivos o anormales son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos.

Por lo tanto, los hábitos orales anormales actúan sobre rebordes alveolares maleables, que están en proceso de calcificación o madurez, son capaces de producir serias alteraciones que traen cambios en la oclusión, ya que actuarán sobre los dientes.

Tipos de Hábitos Orales Nocivos:

- Deglución Atípica.
- Succión del pulgar o dedos.
- Respiración Bucal.

- Succión del Labio.
- Succión de Lengua.
- Succión del chupete.
- Onicofagia.
- Mordisqueo de labios y mejillas.
- Bruxismo.

Por consiguiente, los hábitos orales nocivos pueden afectar el uso de músculos inherentes a la cavidad bucal como hábitos de lengua, mordisqueo de carrillos o labios etc. Para que los hábitos lleguen a producir deformaciones maxilares y malposiciones dentarias, serán aquellos adquiridos en los primeros años de vida y deben llevar como condición indispensable la continuidad de su repetición.

Según Toledo N. y Dalva L. (1.998), la deglución atípica se define como la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias durante la deglución.

Según Barberia E., (2.001) también llamada atípica o infantil por la continuidad de la deglución infantil después de la aparición de los dientes anteriores en la dentición primaria, ya que ésta desaparece por lo general a los 18 meses de edad, momento en que ya han hecho erupción los incisivos, los caninos y los primeros molares temporales, por lo que se podría decir que la deglución infantil se relaciona con la succión, mientras que la deglución adulta lo hace con la masticación.

Lo que resulta más evidente en la deglución infantil es la ausencia de contacto entre ambos maxilares, por interposición lingual, donde la deglución es iniciada, y en gran medida guiada por intercambio sensorial entre los labios y la lengua interpuesta, mientras que en la deglución madura existe máximo contacto oclusal y capacidad de la lengua para efectuar un sellado completo contra los dientes y los procesos alveolares.

Entre ambos tipos de deglución existe un tiempo de transición o maduración del sistema neuromuscular, donde alteraciones durante éste periodo pueden llevar a la persistencia de la deglución infantil, induciendo con ello la aparición de una maloclusión

En definitiva, la deglución atípica conlleva a interposición lingual entre los dientes para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral, la falta de presión lingual sobre el paladar y la fuerte presión de los buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo maxilar, presentando a menudo una mordida cruzada bilateral a la vez que se asocia con una mordida abierta anterior por la interposición de la lengua entre los incisivos que impide la erupción de los dientes anteriores.

Por lo tanto, antes de intentar la rehabilitación de pacientes con deglución anormal, es preciso conocer la fisiología exacta de la deglución normal.

La deglución normal del recién nacido (deglución visceral), ha sido descrita por Moyers citado por Graber (1974), de la siguiente manera:

- a) Los maxilares se separan, con la lengua colocada entre las encías.
- b) El maxilar inferior es estabilizado, primordialmente por los músculos y la lengua.
- c) El movimiento de deglución es controlado y guiado principalmente por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

Braham y Morris (1994) explican que la lengua del neonato está bastante restringida en sus movimientos, que suelen ser hacia arriba y abajo. Después de 4 semanas se hace visible un movimiento de la lengua, donde se proyecta hacia el labio inferior. A las 12 semanas, a la presentación del pezón materno, la lengua aplanada está en el borde del labio o más allá.

En consecuencia, como respuesta al alimento sólido la lengua del bebé de 16 semanas, muestra una tendencia a escupir los alimentos, a causa del predominio de la proyección lingual, la cual es gradualmente eliminada. Los movimientos laterales de la lengua, relacionados con la masticación se tornan más definidos, los carrillos parecen hundirse y cooperar con los movimientos laterales de la lengua.

A los 2 años el niño puede tener cierta habilidad para pasarse la lengua por el labio superior y a los 3 años es capaz de barrer con la lengua el labio superior de un lado a otro. Mientras más pronto se logra el control de la lengua, la transición de la deglución infantil a la del adulto ocurre más rápidamente.

Moyers (1.992), afirma que la erupción de los dientes modifica el acto de la deglución; la lengua ya no es colocada entre las encías sino que adopta una posición cercana al agujero incisal en el momento de la deglución.

Fletcher, citado por Graber (1.997), menciona que la deglución infantil es atribuida a una diferencia significativa en la morfología de la cavidad bucal, al mayor tamaño de la lengua, y a la orientación de los músculos elevadores. Mientras que en el recién nacido las dimensiones del cuerpo cambian en relación 5 a 1, la lengua solamente duplica su tamaño, alcanzando un máximo a los 8 años, mientras que la mandíbula sigue creciendo más lentamente.

Proffit (1.994), también señala que el tejido linfoideo crece rápidamente en niños, alcanza un máximo antes de la pubertad y luego involuciona. Es común encontrar amígdalas prominentes entre los 8 y 10 años, los cuales obligan al niño a colocar la lengua adelantada y la boca abierta para la deglución y respiración.

Es también importante evaluar el espacio aéreo nasofaríngeo. En un estudio longitudinal realizado por Hadelman y Osborne, citados por Ackerman (1.969), se determinó que este espacio aumenta de tamaño en la temprana adolescencia, debido a una combinación de involución de adenoides y crecimiento nasofaríngeo acelerado, lo cual origina una mejor respiración nasal y una posición lingual mas retrusiva.

Otros factores que inciden en el cambio de deglución infantil a la adulta son: la maduración neuromuscular, el cambio de postura de la cabeza, efecto de la gravedad sobre el maxilar inferior y el crecimiento de éste que implica mayor espacio para la lengua.

La deglución somática o normal se produce por la contracción de los elevadores de la mandíbula (músculo masetero). Durante la deglución se produce el contacto dental y la lengua se introduce en la cavidad oral. A la derecha el corte transversal muestra al dorso de la lengua con una menor concavidad, que se aproxima al paladar durante la deglución según Graber citado por Rakosi T. Y cols. (1992).

Fases de la Deglución Normal

Según Toledo N. y Dalva L. (1998) dividen las fases de la deglución normal de la siguiente manera:

1. Fase Oral

2. Fase Faringea
3. Fase Esofágica.

Fase Oral: Consiste en la introducción del alimento en la boca o la formación de saliva hasta su paso hacia la faringe. Esta fase oral puede ser consciente o inconsciente, provocada o controlada.

Se divide en cuatro partes:

- **Preparatoria:** Empieza después de la acumulación de la saliva, de la entrada de líquidos o de la formación del bolo alimenticio. El líquido, la saliva o el bolo, mediante un pequeño movimiento de succión, se posicionan sobre la lengua y en ésta se forma entonces un surco longitudinal.
- **Elevación Lingual:** La lengua se apoya en las papilas palatinas, empiezan los movimientos de ondulación lingual, de adelante atrás sin desplazamiento de la punta lingual que se encuentra apoyada en el paladar y los maxilares se hallan en oclusión céntrica.
- **Contacto de la lengua con el paladar blando:** El paladar blando que se encontraba abajo, al entrar en contacto con la lengua sube y se desplaza hacia atrás. El hueso hioides se mueve hacia delante y atrás.

- **Posición anterior superior del hueso Hioides:** El hueso hioides alcanza el borde de la mandíbula favoreciendo el paso del alimento hacia la faringe.

Fase Faringea: Es involuntaria, consciente o inconsciente. En esta fase se asocian las contracciones de los músculos suprahioides faringeos, laringeos y linguales. Se produce alargamiento de la faringe, la respiración se bloquea y se cierra el orificio laringeo. Se observan otros movimientos, algunos simultáneos: cierre de la nasofaringe debido a la elevación del velo del paladar, cierre de la trompa auditiva y cierre de la orofaringe. Esta fase finaliza con el pase del alimento al esófago.

Fase Esofágica: Esta fase es inconsciente e involuntaria. Comprende el paso del alimento desde el esófago al estómago.

Entre las alteraciones más frecuentes de la fase oral figura la deglución atípica que consiste en una expresión atípica de la lengua o interposición lingual anterior o lateral durante la deglución. La deglución atípica suele estar asociada a trastornos esqueléticos y/o funcionales. En general los pacientes que requieren tratamiento para su corrección presentan alteraciones en la mordida y/o en la articulación del habla.

Según Canut J. (2000), las características de la deglución madura son las siguientes:

1. En el momento de la deglución, los dientes superiores e inferiores están en contacto intercuspideo.
2. La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura del V par.
3. No hay actividad contractil a nivel de la musculatura perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.
4. La lengua, en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios con su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.

- **Succión del Pulgar o Dedos**

El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, pero no es apreciado por el odontólogo por la prontitud con que se inicia y también por que suele terminar a los 3 o a los 4 años de edad. Muchas veces, éste hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, lo más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, mientras que la parte ungueal se apoya sobre los incisivos inferiores. Los efectos de éste apoyo dependerán de la posición, la intensidad y la duración del hábito de

succión, ya que en algunos casos su incidencia es muy escasa y, por el contrario, puede producir mordida abierta con franco aumento del resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores.

Un efecto similar producirá la succión del chupete, que en niños mayores de 2 años inhibirá el crecimiento de los procesos alveolares, provocando mordida abierta. También la succión labial puede aparecer tras el hábito de succión digital al haberse incrementado el resalte incisivo, siendo absorbido el labio inferior.

Aunque el hábito de succión digital puede desencadenar una maloclusión, el patrón morfogénético del individuo será el sustrato que potenciará o aliviará los efectos. Es común entre todos ellos la falta de desarrollo transversal del maxilar que conducirá a mordida cruzada, impidiendo el movimiento sagital mandibular produciéndose distoclusión; se puede llamar a este efecto zapatilla, pues difícilmente la mandíbula podrá deslizarse y encajar en el maxilar más estrecha. Barberia E. (2.001).

- **Respiración Bucal**

La Respiración Bucal ha sido siempre asociada con la obstrucción de las vías respiratorias altas, bien por rinitis alérgicas, hipertrofia de las amígdalas palatinas, adenoides o desviación del tabique nasal, lo que producirá una función respiratoria perturbada con cambios en la postura de la lengua, labios y mandíbula.

En la respiración bucal, los labios quedan entreabiertos y la lengua baja perdiendo con ello su capacidad morfofuncional que permitiría un desarrollo transversal correcto del maxilar, produciendo mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.

En los casos más extremos, la obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración bucal producirán cambios esqueléticos y dentarios que afectarán la cara del individuo, que se volverá más larga y su incompetencia labial más manifiesta al presentar un labio superior corto por elevación de la base de la nariz, ofreciendo con su punta levantada una visión frontal de las narinas.

Si esta hipoplasia del tercio medio de la cara, es sólo en el plano transversal, existirá compresión maxilar que puede presentarse con apiñamiento o con protrusión incisiva, donde el paladar será alto y angosto. La mordida cruzada posterior en estos casos es muy severa, estableciéndose una divergencia con la mandíbula, por quedar éste en una posición más posterior o distal, a la vez que gira en sentido horario, lo que incrementa la verticalidad de la cara, ofreciendo un aspecto que se conoce como “Síndrome de cara larga o facies adenoidea”.

Ricketts (1.980), describió este síndrome en el que la mordida cruzada posterior unilateral o bilateral, la mordida abierta y la relación distal de la mandíbula se manifiesta de forma conjunta y en el que la respiración bucal potencia la desviación, si el patrón morfogenético del individuo tiene la misma tendencia.

Por consiguiente, la deglución madura se realiza, por lo tanto, en oclusión máxima, con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual en el interior de la cavidad oral.

Hábito de Succión Labial. Discinesia Labial

La etiología de la discinesia labial es similar a la de la lingual y se valora en relación con la configuración y función de los labios.

- Configuración Labial:

La configuración de los labios es muy variable y entre las numerosas clasificaciones que existen la sig. es la más sencilla en la práctica.

- Labios competentes:

Labios en contacto suave con la musculatura relajada.

- Labios Incompetentes:

Labios anatómicamente cortos que no entran en contacto con la musculatura relajada. El sellado labial se produce por contracción activa del músculo orbicular de los labios.

- Labios Subjetivamente Incompetentes:

Los incisivos superiores prominentes impiden el contacto labial, pero los labios son, por lo demás, normales.

- Labios Evertidos:

Desarrollo excesivo de los labios con disminución del tono muscular.

I. Funcionamiento Anómalo de los labios

Las anomalías de la función labial se clasifican en: **Succión Labial:**

Hallazgos Extrabucales: El labio inferior se coloca por detrás de los incisivos superiores. Esta malposición labial se observa en numerosos pacientes con hipertonia del músculo mentoniano. Tiene como efectos provusión de los incisivos superiores e impide el desarrollo sagital de la apófisis alveolar anterior de la mandíbula.

- **Compresión Labial:**

Músculo mentoniano hipertónico y tiene como efecto lateral la posición vertical de los dientes anteriores.

- **Insuficiencia Labial:**

Los labios muestran un tamaño anatómico reducido con ausencia de contacto durante la relajación muscular

Etiología de las Maloclusiones producidas por Hábitos Orales

Los hábitos orales, como la Deglución Atípica, Succión Digital, la interposición labial y el chupeteo pueden modificar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función del a musculatura orofacial.

Deglución Atípica

Las causas de la deglución atípica todavía es tema de controversias. Se presentan diversas teorías basadas en la observación clínica y en los resultados existentes, aunque conflictos de las investigaciones.

1. Según Proffit (1994) la posición adelantada de la lengua durante la deglución es considerada como una etapa en el desarrollo normal, es decir como una conducta adaptativa relacionadas con las variaciones morfológicas de boca y faringe.
2. Según Straub, citado por Proffit (1994) el hábito de deglución anormal es debido al uso inadecuado del biberon, y en resultados obtenidos de sus investigaciones, de 478 pacientes con hábito de deglución anormal, solo 2 habían recibido alimentación materna. A este respecto Mayoral (1990), afirma que la alimentación con biberon va íntimamente unida a la deglución anormal, por persistencia de la forma visceral de la deglución, que es normal en el niño sin dientes, pero que debe cambiar con la aparición de ellos. Segovia (1.977) reafirma esta opinión al decir que "las tetinas con picos largos, duros, mal conformados, que no reproducen la actividad funcional del pezón de la madre es otra de las posibles causas de la deglución infantil" , y explica que existen tres diferencias básicas entre la tetina y el pezón materno:

- Longitud.
- Flujo de la leche.
- Zona que rodea el pezón.

Estas diferencias, hacen que el niño, con el uso del biberon convencional, cambie la posición de la mandíbula y de la lengua al deglutir.

Existen opiniones contrarias a las anteriormente expresadas que afirman que no se ha demostrado relación directa entre la técnica de alimentación del infante y la interposición lingual. Schneder y Peterson, y de que no hay evidencia estadística que demuestre que la alimentación con biberon, sea responsable de un retardo en la maduración de la conducta orofacial. Tullez (1.969).

Las ideas expuestas a continuación son propias de las autoras Toledo N, y Dalva L. (1998) Fonoaudiologa responsable del sector de ortodoncia y ortopedia maxilar del hospital de defectos faciales y del hospital Brigadeiro en la ciudad de sao Paulo, Brasil.

La succión es una necesidad en el bebé, que se sacia a través de la alimentación materna o del biberon.

Es cierto que la succión, cuando se realiza correctamente, estimula toda la musculatura facial y favorece el crecimiento armónico de la cara.

La mandíbula crece mucho durante los primeros meses de vida. La succión estimula el crecimiento mandibular hacia abajo y adelante y es recomendada como terapia para favorecer el crecimiento mandibular en niños con retrognatismo.

En realidad el movimiento de succión correcto mueve la lengua de delante atrás, llevando el objeto y la saliva hacia dentro de la cavidad oral.

La succión que distorsiona la oclusión dentaria es aquella en la que éstos movimientos son sustituidos por el de “lamer”. Durante esta succión la lengua se encuentra baja e impulsa el objeto hacia fuera de la cavidad oral, sin que llegue a expulsarlo por completo.

Los chupetes de tetinas redondas propician éste tipo de succión o “lamer” pues pueden ser proyectadas hacia fuera de la boca sin llegar a caer.

Las tetinas ortodóncicas no permiten éste tipo de movimiento pues se caen con facilidad. Este es uno de los motivos por los que muchos niños se niegan a utilizar éste tipo de chupete. La succión correcta cansa la musculatura orofacial. Por esto, los niños que succionan bien usan el chupete antes de dormir, cansan la musculatura y después dejan de usarlo el resto de la noche. Las tetinas redondas suelen ser de un solo tamaño,

independientemente del tamaño del paladar. Las ortodóncicas intentan adaptarse a los cambios del crecimiento, dado que es fundamental que todo el paladar sea estimulado y no solamente la zona del centro.

El aro que sostiene la tetina también es importante. Debe tener la concavidad hacia dentro, de tal forma que se adapte contra los labios en el momento de la succión. La autora opina que la succión correcta con el chupete adecuado, con tetina ortodóncica, al igual que el biberón, no es perjudicial para la formación de los maxilares, siempre que se observen los aspectos descritos anteriormente. Se considera una agresión decidir por un niño la fecha en que dejará el chupete (y fecha de cumpleaños), el niño tiene que estar preparado y necesita sentirse seguro para poder abandonar el hábito sin sufrir mayores conflictos. La edad adecuada dependerá de cada niño y del momento emocional que está atravesando. Los adultos deben intentar junto a él, otras maneras de demostrarle que ya es capaz de superar esta etapa.

Segovia (1.977), asegura que el niño que se acostumbra a masticar alimentos blandos tiene una maduración más lenta de la deglución, debido a la falta de desgaste dentario lo cual interfiere con los movimientos laterales de la mandíbula durante la masticación.

El hábito de succión digital, puede causar mordida abierta anterior y así la interposición lingual acompaña a este. Esta colocación inadecuada de la lengua puede desaparecer aún después de desaparecer la succión

digital. La lengua se adapta a la morfología anormal y puede aumentar una maloclusión existente, retardando la transición a deglución madura, por reforzamiento de los patrones incorrectos. Haldeman y Osborne citados por Ackerman (1.969).

La correlación positiva entre el hábito de succión y la interposición lingual, fue comprobada por Anderson, citado por Graber (1.997), quien observó que en 100 niños con hábito de lengua 54,2% tenían antecedentes de succión digital. Toledo N. y López L. (1998) afirman que en el caso de succión digital, la lengua se posiciona baja por debajo del dedo y adelantada, el cierre labial no existe; el labio superior queda corto e hipotónico, por falta de función. El labio inferior muchas veces se encuentra hipertónico junto con el músculo mentoniano, pues son ambos los que comprimen el pulgar con los consiguientes trastornos esqueléticos: mordida abierta anterior, paladar atrésico, hipodesarrollo mandibular y proyección del maxilar superior.

Segovia (1977) afirma que la competencia de la válvula labial es de importancia primordial para la óptima función de la masticación y deglución, por lo cual una incompetencia labial, puede originar deglución anormal.

Graber (1.997), señala la importancia del aspecto psicológico (carencia afectiva) en la retención del patrón infantil de deglución. Segovia (1.977) afirma, que esta persistencia no es más que la expresión inconsciente, en el nivel bucal de una inmaduración psicoafectiva.

Las Causas más probables de la Deglución Atípica son según Vellini F. (2.002):

a) Desequilibrio del Control nervioso.

Esto se refiere a niños, que por problemas neurológicos no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora. Tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.

b) Amígdalas inflamadas

Las amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal para que la lengua no toque las amígdalas y no produzca dolor.

a) Macroglosia

Es poco frecuente y ocurre generalmente en pacientes portadores de cretinismo. Las macroglosia son lenguas de aspecto voluminosos con onduladas y parece que no caben en la cavidad bucal.

b) Anquiloglosia

Lengua anquilosa que no permite realizar correctamente los movimientos de la deglución.

c) Frenillo Lingual anormal o lengua deprimada:

La corrección se hace de forma quirúrgica.

d) Pérdida Dentaria temprana y Diastemas anteriores:

Hacen que los niños comiencen a colocar la lengua en esos espacios adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

e) Desnutrición:

Ocasiona un cuadro de disturbios neurológicos.

f) Factores Simbióticos:

Respirador bucal y succión del dedo.

g) Hábitos alimenticios inadecuados en la primera infancia.

La postura de la lengua

Según Toledo N. y López L. (1998) deglutimos saliva de 600 a 1.000 veces al día o sea, una vez cada dos minutos aproximadamente. Si la lengua en posición de reposo adopta la postura baja y adelantada, la tendencia durante la deglución será de proyección anterior contra las arcadas dentarias.

Los hábitos de succión labial y/o mordida del labio inferior

El paciente “encaja” el labio por debajo de los dientes superiores impidiendo el desarrollo mandibular y propiciando la aparición de una mordida clase II. Toledo N. y López L. (1998)

Succión Digital:

La succión Digital es un hábito tan común en la infancia, que llega a ser considerado normal; probablemente, está presente en mas de 50% de los niños pequeños, y la razón se desconoce. La succión digital se inicia durante el primer año de vida y suele continuar hasta los 3 ó 4 años de edad. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad emocional en el niño.

Entre la variedad de formas que existen de succión digital la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical con la uña dirigida hacia los dientes inferiores; en algunos casos dos ó más dedos son succionados a la vez. No se ha observado predilección por una mano determinada y cualquiera de las dos puede ser la preferida.

Los efectos típicos de la succión digital incluyen la protrusión de los incisivos superiores, la retroinclinación de los incisivos inferiores con el consiguiente incremento del resalte, y la mordida abierta anterior que normalmente es asimétrica y mas pronunciada en el mismo lado del dedo succionado.

A menudo, se observa un estrechamiento de la arcada superior debido a la reducción de la presión del aire dentro de la cavidad bucal y a la actividad de la musculatura de las mejillas principalmente del músculo buccinador durante la succión. Day A. y Foster T. (1971) citado por Canut A. (2000). Esta comprensión del maxilar superior

conduce con frecuencia a una mordida cruzada unilateral por desviación funcional de la mandíbula.

Estas alteraciones no siempre están presentes en todos los casos con historia de hábito prolongado. Los efectos de la succión digital dependerán de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfogenético.

La duración del hábito es importante, y si el hábito se elimina antes de los 3 años de edad, los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practique el hábito durante el día y la noche también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de modo esporádico que en otro que mantenga continuamente el dedo en la boca.

La intensidad del hábito también es otro factor que interviene en el efecto del hábito. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes, con la punta del dedo situada en el suelo de la boca, y por

último, el patrón morfogenético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito; si el niño presenta un patrón de crecimiento mandibular vertical, tenderá a la mordida abierta, y lógicamente cualquier hábito que la favorezca agravará dicha tendencia.

Succión labial:

Este hábito se presenta en las maloclusiones que van acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también pueden aparecer como una variante o sustitución de la succión digital. En la mayoría, el labio inferior es el que está implicado, aunque se han observado hábitos de mordisqueo del labio superior.

La interposición repetida del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, una lingualización de incisivos inferiores con el consiguiente incremento del resalte y una mordida abierta anterior.

Succión del chupete:

El uso del chupete es un hecho frecuente en la mayoría de los niños menores de 2 años de edad. Durante la dentición temporal, el uso continuado del chupete está casi siempre asociado con la presencia de una mordida abierta anterior y a menudo con una mordida cruzada posterior.

La mordida abierta anterior es consecuencia de una inhibición del crecimiento vertical de la porción anterior de las apófisis alveolares. Larson E. (1981) citado por Canut (2000).

El efecto suele ser transitorio, y cuando cesa el hábito se restablece el contacto en un corto período de tiempo.

La alta incidencia de mordida cruzada posterior observada en los niños pequeños con hábito de chupeteo es debida, probablemente, al incremento de la actividad muscular de las mejillas, combinada con la falta de soporte y presión lingual sobre los caninos y molares superiores debido a que la lengua se desplaza hacia atrás y hacia abajo ante la presencia del chupete en la cavidad oral.

La mordida cruzada posterior de un niño con hábito de chupete no implica que los dientes permanentes necesariamente hagan erupción en esta posición. Larson (1986) citado por Canut A.(2000) observó que más de la mitad de 75 niños con uso prolongado de chupete a la edad de 4 años no presentaba ningún tipo de maloclusión en su dentición permanente, esto se debe a que el hábito desaparece mucho antes de la erupción de premolares y caninos. En aquellos casos que el hábito persiste después de la erupción de los primeros molares, su efecto en la posición transversal no parece ser significativa; parece que el chupete no llega más allá del nivel del segundo molar temporal permitiendo a

la lengua ocupar la porción posterior de la cavidad bucal y proporcionar a los molares el soporte necesario y la estabilidad transversal del arco.

Bruxismo: Es un pulimento o rechinar de los dientes, que a menudo se es nocturno, no obstante algunos niños los rechinan durante el día. Casi todos efectúan un poco de bruxismo, el cual ocasiona desgaste moderado de caninos y molares primarios.

Manifestaciones Clínicas de los hábitos Orales:

Deglución atípica:

Las características de los deglutidores atípicos son las siguientes:

- Interposición lingual anterior o lateral.
- Contracción de la musculatura perioral.
- Soplo en lugar de succión.
- Movimientos asociados de la cabeza.
- Ausencia de contracción de los músculos maseteros.
- Imposibilidad de deglutir con los labios entreabiertos.

En cuanto a la articulación del habla.

- Sigmatismo anterior o lateral.
- Acumulo de saliva en los labios.
- Escupen al hablar.
- Alteraciones en cuanto al punto de articulación de los fenómenos anteriores.

También pueden asociarse:

- Ronquidos y babeo nocturnos.
- Formación frecuente de cálculos.
- Inflammaciones en las encías, etc.

Manifestaciones Clínicas del Paciente:

Respirador Bucal:

La gran mayoría de los pacientes que son respiradores bucales desde la niñez poseen características físicas y faciales comunes.

Según Lech, citado por Toledo N. (1.998), describió las características del síndrome basándose en el estudio de 500 pacientes en una clínica de enfermedades respiratorias.

- Posturas corporales atípicas.
- Aumento de las infecciones del aparato respiratorio.
- Faces adenoidea, larga y estrecha.
- Estrechamiento de la arcada dentaria superior, del paladar y de las marinas, por falta de uso.
- Labio superior, hipotónico y alto.
- Encías hipertróficas.

- Lengua en posición atípica, sin ejercer su función modeladora del paladar y con tonicidad alterada.
- Olfato alterado y frecuente asociación de disminución del apetito y de la función gustativa.
- Hipoplasia de los tejidos linfoides alrededor de la trompa de eustaquio.
- Mala oxigenación cerebral, que ocasiona dificultades de atención y concentración, con los consiguientes problemas de aprendizaje.

Actualmente añadimos otras características a las descritas por Leach según Toledo N. y López (1998).

- Habla imprecisa, con exceso de salivación y sigmatismo anterior o lateral.
- Frecuentes disfonías.
- Deglución atípica y masticación ineficaz.
- Mordida clase II, overjet, mordida cruzada o abierta.
- Protusión de los incisivos superiores.
- Hipodesarrollo de la mandíbula.
- Babas y ronquidos nocturnos.

Manifestaciones clínicas del paciente con hábito de succión del pulgar u otros dedos:

Si la succión se efectúa como un acto más o menos continuo pueden aparecer los siguientes efectos nocivos en las arcadas dentarias en crecimiento:

1° Estrechamiento de las arcadas en las regiones caninas, molar temporal o premolar y en menor grado la región molar superior.

2° En muchos casos pérdida de la continuidad de la arcada en la zona canina e incisiva lateral.

3° Mesialización de las coronas de canino, molares temporales o premolares y molares de ambos lados o a veces solo en arcada superior otras veces en ambas.

4° Cierre de mordida como resultado de la presión labial sobre los incisivos inferiores inclinándolos hacia lingual y a tomar posición de supra oclusión.

5° Desviación axial labial de los incisivos superiores y lingual de los antero inferiores.

6° Hipertrofia de los buccinadores y músculos labiales cuando el hábito es de larga data.

7° Se perjudica la estabilidad del hueso alveolar, impidiendo el contacto funcional de los planos inclinados dentarios, los maxilares se separan permaneciendo así durante mucho tiempo de modo que gran parte del estímulo funcional derivado de la función oclusal ejercida sobre el hueso

del proceso alveolar y los músculos masticadores se pierde; no pudiendo adquirir estas estructuras su estabilidad normal.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábito de succión de dedos varían ampliamente. Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de dientes permanentes anteriores no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y oclusión de los dientes. Pero si el hábito persiste durante el período de dentición mixta (de los 6 a los 12 años) pueden producirse consecuencias desfigurantes.

Manifestaciones Clínicas de Hábitos de succión o mordedura y hábito asociado con cuerpos extraños

La cantidad de hábitos anormales relacionados con la cavidad oral es prácticamente ilimitada. Si los analizamos, casi todos resultan ser procesos funcionales alterados. Algunos sin embargo no tienen relación con éstas actividades fisiológicas. Entre éstos últimos podemos mencionar la costumbre de mantener la lengua entre los dientes o sujetar el tejido del carrillo o labio en esa posición.

Los cuerpos extraños como lápices, etc, se usan frecuentemente por comodidad placer. Estos hábitos actúan sobre las arcadas y hueso basal de diferentes maneras, alteran el equilibrio normal de las actividades musculares que llevan a los dientes a posiciones incorrectas y

ponen en contacto con los dientes una masa ajena a ellos que los desplaza o impide, que reciban la acción de las fuerzas funcionales derivadas del contacto normal. La lengua es el órgano susceptible de colocarse en las posiciones más imprevistas cuyo único objeto es responder por modificaciones de forma y posición a los requerimientos de la fonación, succión y masticación, pero también puede responder con facilidad a los deseos del niño nervioso y de mala coordinación que la lleva a contorsiones gimnástica que le causan placer y nos desesperan.

La costumbre de morderse las uñas es frecuente su efecto sobre la oclusión se localiza en las regiones incisivas o caninas donde los dientes toman uñas. A veces sin embargo, se unen a este hábito extrañas contorsiones de los labios, que desplazan por presión, a varios dientes. Los hábitos de morder el labio, la lengua, el carrillo en otros objetos duros como lápices, palillos o los propios dientes, generalmente son combinados con los hábitos de succión.

Succión Labial

La anatomía y función normal de los labios son muy importantes para hablar, comer y mantener una oclusión balanceada. Además los labios sirve para proteger y contener los dientes anteriores. Existen dos hábitos labiales mayores. Primero son aquellos que participan en la lamida, succión o mordida. El segundo tipo incluye a la compresión en cuñas del labio, con fuerza entre los dientes antero-inferiores. Los signos de este hábito incluyen zonas de irritación y erosión por arriba y abajo del borde bermellón de los labios.

La compresión forzada en cuña de los labios entre los dientes superiores e inferiores tiene un cuadro clínico distinto y consecuencias que en potencia son más

serias. Esta se conoce como hábito mentoniano. Esta acción hará que la piel del mentón se vea fruncida, incisivos superiores en protrusión, siendo estos más susceptibles al presentar traumatismos. Cuando se trata de lamida o succión ligera el daño se limita a la aparición de grietas o resequedad de los labios y la piel que lo rodea. Debemos detectar si el hábito está ocasionando maloclusión.

Las manifestaciones clínicas de la succión labial son las siguientes:

1. Desplazamiento anterior de los dientes superiores, acompañados de un resalte exagerado y con frecuencia mordida profunda o una ligera mordida abierta.
2. Retroinclinación de los incisivos inferiores.
3. Anormal posición del labio inferior acompañado por una contracción tensa de los músculos mentonianos.
4. Lesión semicircular en el labio inferior.

II. Succión de Mejilla

Habitualmente éste hábito es desconocido por los padres. El niño que cae en éste hábito suele estar pasando por un stress emocional.

Manifestaciones Clínicas:

1. Lenguoversión del lado afectado.
2. Alteraciones, hipertrofia y marca característica.

Succión de Lengua

Los hábitos de lengua y labios han sido considerados de igual manera porque las deformaciones que producen son similares. ES más notorio entre los 5 y 7 años, después del recambio de los incisivos temporales y antes de la aparición de los permanentes.

Manifestaciones Clínicas:

1. Se observa en aquellos niños que presentan mordida abierta, aún cuando no se ha aclarado. Si el hábito se presenta por la mordida abierta o si es el hábito el que se los produce.
2. Protrusión de los incisivos superiores.

Hábito de Succión de Frenillo

Se presenta raramente, se observa cuando los masivos centrales superiores están separados; el niño puede colocar o trabar su frenillo labial entre estos dos dientes y dejarlo en esa posición varias horas.

Este hábito comienza como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse, en hábito que desplaza éstos dientes, ya que los mantiene separados. El hábito actúa como el frenillo que tiene una inserción baja.

Hábito de Postura

Las posturas durante el sueño y el estudio se consideran causales de maloclusiones. El peso total de la cabeza durante muchas horas sobre una parte de los maxilares, en sujetos jóvenes, es capaz de producir deformaciones, aplastamientos, en relación con la posición adoptada, una de las más frecuentes posiciones al dormir que adoptan estos niños es con la palma de la mano contra la mejilla y ocasiona asimetrías o un lado menos desarrollado, o estrechez de la arcada con prominencia de los incisivos (combinados con respiración bucal).

Otro hábito es todo un lado de la cara sobre el antebrazo que produce arcadas en forma de silla de montar. Este tipo de hábito de decúbito en la almohada, las deformaciones son más pronunciadas en el maxilar superior que es fijo y a que el maxilar inferior por ser móvil escapa un poco de la presión, también se considera verdadera disto oclusión, con falta de desarrollo en sentido posterior por un apoyo al dormir sobre el mentón o zonas vecinas.

Tecs o espasmos musculares

Estos hábitos se relacionan con los músculos de la expresión y varían en cada individuo. Comienzan como actos voluntarios. En sus primeras etapas podemos creer que pueden ser controlados y dominados si contamos con una decidida cooperación del interesado. Se presentan en niños anémicos y con un sistema nervioso inestable. Algunas veces su origen es la imitación del padre o compañero de juego, haciéndose posteriormente automático y frecuente, su efecto sobre las posiciones de los dientes es considerable y debe ser analizada en cada caso.

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación

Tomando en cuenta la clasificación realizada por Hernández, Fernández y Baptista (1.996), la presente investigación es de tipo descriptiva, enmarcada en un estudio retrospectivo y aplicada ya que pretende identificar la prevalencia del tipo de hábito oral que presentan los pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

La investigación descriptiva es un nivel en el cual, habitualmente han trabajado quienes están preocupados por las acciones, puesto que permiten elaborar un marco de estudio, a partir del cual se deduce una problemática interior, o bien formular un diagnóstico con el fin de conocer carencias esenciales y sugerir una acción posterior.

Población y Muestra

Estuvo constituida por 60 pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en el lapso comprendido entre 1.997 a 1.999, y el registro de recolección de la

información se realizó en el instrumento utilizado que fue la historia clínica del Departamento de Atención Odontológica al niño y al adolescente.

La muestra fue igual a la población, ya que el número de pacientes con hábitos orales que asistieron al Servicio de Odontopediatría III del pabellón 7 de la Facultad de Odontología en el período comprendido entre 1.997 a 1.999, es muy pequeño, por lo que se trabajó con el total de la población, por lo tanto ésta investigación es de carácter censal.

Técnicas e Instrumentos de Recolección

Se realizó un registro documental de las historias clínicas utilizadas en el servicio de Odontopediatría III del pabellón 7 de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, ubicado en Bárbula, Edo. Carabobo, en el lapso comprendido entre 1.997-1.999.

Técnica de Análisis e Interpretación

Una vez tabulada la información por medio de la técnica de análisis porcentual se presentaron los resultados en cuadros y gráficos para visualizar los resultados.

Resultados

Para el desarrollo de esta investigación se tomaron los datos provenientes de las historias clínicas de los pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III ubicado en la Facultad de Odontología, también fue revisada la bibliografía que permitió realizar la fundamentación teórica en la cual se basa esta investigación.

Según la revisión de un total de 60 historias clínicas se pudo obtener la información que fue procesada de acuerdo a los objetivos tanto generales como específicos planteados en esta investigación.

Una vez que se obtuvieron los resultados fueron analizados e interpretados por medio de cuadros y gráficos, representando la prevalencia de los hábitos orales.

A continuación se presentan los resultados obtenidos:

En el cuadro N° 1 se presentan los porcentajes representativos a los hábitos orales distribuidos según el número de hábitos presentes en los pacientes.

De acuerdo al análisis del cuadro se observa que el mayor porcentaje correspondía al 76,6% de pacientes con hábitos orales de los cuales el 58,3% eran portadores de un hábito oral, el 13,3% con 2 hábitos y el 5% con 3 hábitos orales. También se puede observar que el 23,3% de los pacientes no presentaron hábitos orales.

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS
OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DEL ÁREA DE
ODONTOPEDIATRÍA III DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO**

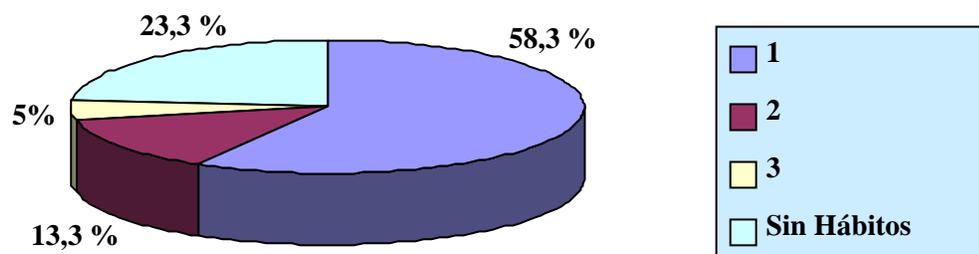
CUADRO N° 1

Pacientes con Hábitos Orales distribuidos según el número de hábitos presentes expresados en valores absolutos y relativos

HABITOS ORALES	N° PACIENTES	%
1	35	58,3
2	08	13,3
3	03	5,0
SIN HÁBITOS	14	23,3
TOTAL	60	100

Fuente: Archivo historias clínicas del área de Odontopediatría III. Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.

GRÁFICO N° 1



Fuente: Cuadro N° 1

De acuerdo a los resultados obtenidos de la revisión total de sesenta historias clínicas, se puede observar que el 76,6% de los pacientes presentaron hábitos orales, de los cuales el 58,3% eran portadores de un hábito oral, el 13,3% con dos hábitos y el 5% con tres hábitos orales. También se puede observar que el 23,3% de los pacientes no presentaron hábitos orales.

CUADRO N° 2

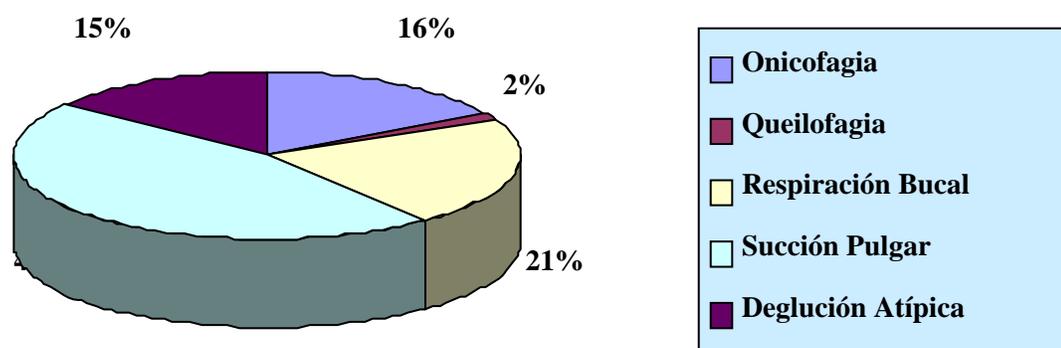
Tipos de hábitos orales presentes en los pacientes que asistieron al servicio de Odontopediatría III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

HABITOS ORALES	Nº PACIENTES	%
Onicofagia	10	16,3
Queilofagia	01	1,6
Respiración Bucal	13	21,3
Succión Pulgar	28	45,9
Deglución Atípica	09	14,7
TOTAL	61	100

Fuente: Archivo historias clínicas del área de Odontopediatría III. Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.

NOTA: Valores y porcentajes tomando en cuenta el número de hábitos orales encontrados en cada pacientes.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Cuadro N° 2

De los resultados obtenidos se puede observar que de los 60 pacientes el 45,9% presentaron hábito oral de succión del pulgar, el 21,3% presentaron respiración bucal, el 16,3% Onicofagia, otro 14,7% presentó deglución atípica y el 1,6% queilofagia. Lo que confirma los estudios realizados en Cuba por Fernández y Acosta (1.997) donde reflejan que el hábito con mayor prevalencia es succión del pulgar, seguido de respiración bucal.

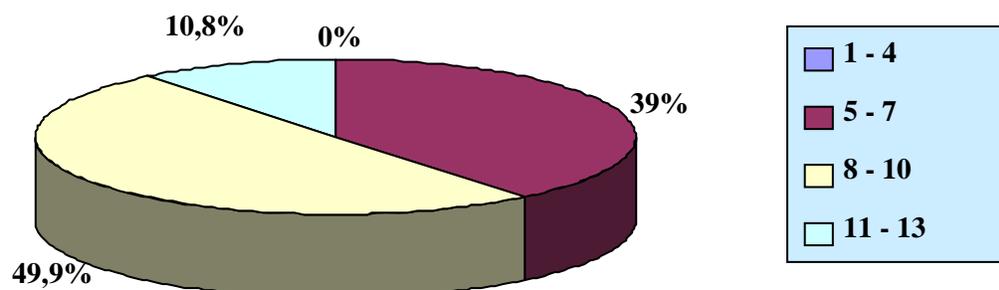
CUADRO N° 3

Pacientes distribuidos según la edad y sexo con hábitos orales expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología UC.

Edad (años)	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
1 – 4	0	0	0	0	0	0
5 – 7	12	26	6	13	18	39
8 – 10	14	30,4	9	19,5	23	49,9
11 – 13	2	4,3	3	6,5	5	10,8
TOTAL	28	60,7	18	39	46	100

Fuente: Archivo historias clínicas del área de Odontopediatría III. Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Cuadro N° 3

En lo referente a este cuadro, se puede observar que existe una distribución según la edad y el sexo. En cuanto al sexo femenino en edad de 8 a 10 años, se presenta un índice significativo de un 30,4% de pacientes con hábitos, con respecto al sexo masculino que presentó un 19,5%. En la edad de 5 a 7 años en el sexo femenino se evidencia un 26% mientras que el masculino un 13%. Con respecto a las edades de 11 a 13 años en el sexo femenino el 4,3% en hábitos mientras que el sexo masculino presenta un índice porcentual más elevado está comprendido en las edades de 8 a 10 años del sexo femenino con hábitos orales.

CUADRO N° 4

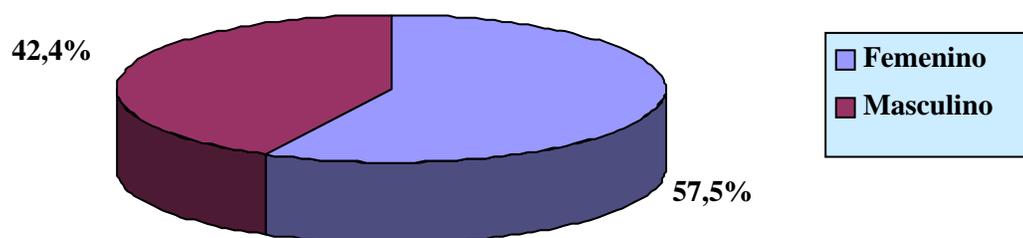
Pacientes con hábitos orales distribuidos según el sexo expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología, Universidad de Carabobo.

S e x o	Número de Hábitos Orales											
	O n i c o f a g i a	%	Q u e i l o f a g i a	%	R e s p i r a c i o n B u c a l	%	S u c c i o n P u l g a r	%	D e g l u c i o n A t í p i c a	%	T o t a l	%
F	7	11,4	0	0	6	10,0	17	28,0	5	8,1	35	57,5
M	3	4,9	1	1,6	7	11,4	11	18,0	4	6,5	26	42,4
Total	10	16,3	1	1,6	13	21,4	28	46,0	9	14,6	61	100

Fuente: Archivo historias clínicas del área de Odontopediatría III. Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.

Nota: Valores y porcentajes tomando en cuenta el número de hábitos orales encontrados en cada pacientes.

GRÁFICO N° 4



De los resultados obtenidos tanto en el sexo masculino y femenino el hábito oral con mayor porcentaje es el de succión del pulgar con 28,0% en el femenino y el 18,0% en el masculino, el 11,4% del sexo femenino presentó onicofagia y el sexo

masculino el 4,9%, en el hábito de respiración bucal el sexo femenino presentó el 10% y el sexo masculino el 11,4%, con el hábito de queilofagia el sexo femenino no presentó y el sexo masculino el 1,6%, con deglución atípica el sexo femenino presentó el 8,1% y el sexo masculino el 6,5%, lo que nos indica que el sexo femenino presentó el 57,5% de hábitos orales y el sexo masculino el 42,4%.

CUADRO N° 5

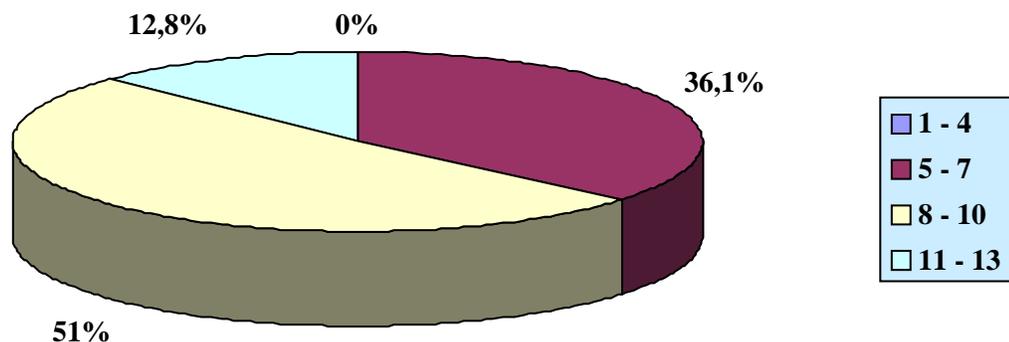
Pacientes con hábitos orales distribuidos según la edad expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

E d a d (a ñ o s)	Hábitos Orales											
	O n i c o f a g i a	%	Q u e i l o f a g i a	%	R e s p i r a c i o n B u c a l	%	S u c c i o n P u l g a r	%	D e g l u c i o n A t i p i c a	%	T o t a l	%
1-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
5-7	01	1,6	-	-	06	10,0	13	21,3	02	3,2	22	36,1
8-10	07	11,4	-	-	06	10,0	13	21,3	05	8,1	31	51,0
11-13	02	3,2	01	1,6	01	1,6	02	3,2	02	3,2	08	12,8
Total	10	16,2	01	1,6	13	21,6	28	45,8	09	14,5	61	100

Fuente: Archivo historias clínicas del área de Odontopediatría III. Facultad de Odontología Universidad de Carabobo.

Nota: Valores y porcentajes tomando en cuéntale número de hábitos orales encontrados en cada pacientes.

GRÁFICO N° 5



De acuerdo a los datos expresados en el cuadro según la edad se puede observar que el mayor porcentaje de hábitos orales es de 51% que corresponde a las edades comprendidas de 8 a 10 años, luego tenemos el 36,1% que corresponde a la edad de 5 a 7 años y el 12,8% en las edades de 11 a 13 años. Lo que evidencia, que las edades entre 8 a 10 años se manifiestan los hábitos orales. Según Christensen y Fields citado por Pinkhan (1991) corroboran este estudio, ya que ellos afirman que la succión del pulgar puede estar presente desde los 3 – 4 años y es usual hacia los 9 a 10 años.

CUADRO N° 6

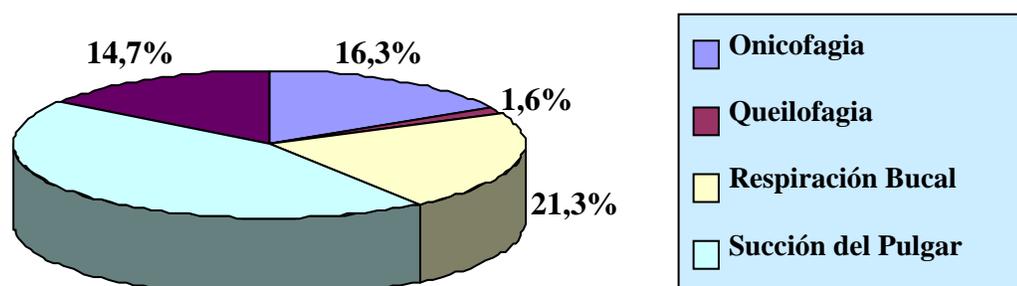
Pacientes con hábitos orales distribuidos según el tipo de mordida expresados en valores absolutos y relativos. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo

Hábitos Orales	Mordida Abierta		Borde a Borde		Mordida Profunda		Cruzada Anterior		Cruzada Unilateral		Mordida Normal		Total	
	M	%	Borde a Borde	%	Mordida Profunda	%	Cruzada Anterior	%	Cruzada Unilateral	%	Mordida Normal	%	Tota l	%
Onicofagia	03	4,9	02	3,2	01	1,6	02	3,2	-	-	02	3,2	10	16,3
Queilofagia	-	-	01	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6
Respiración Bucal	08	13,1	02	3,2	-	-	-	-	-	-	03	4,9	13	21,3
Succión del Pulgar	16	26,2	03	4,9	01	1,6	01	1,6	01	1,6	06	10,0	28	43,9
Deglución Atípica	06	10,0	01	1,6	01	1,6	-	-	-	-	01	1,6	09	14,7
Total	33	54,2	09	14,5	03	4,8	03	4,8	01	1,6	12	19,7	61	100

Fuente: Archivo Historias clínicas área Odontopediatría III. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

Nota: Valores y porcentajes tomando en cuenta el hábito oral encontrado en cada paciente.

GRÁFICO N° 6



Fuente: Cuadro N° 6

De acuerdo a los datos expresados en el cuadro se pudo observar que los pacientes con hábitos orales según el tipo de mordida el 16,3% presentaron Onicofagia, el 1,6% Queilofagia, otro 21,3% respiración bucal, el 45,9% presentaron el hábito oral de succión del pulgar y el 14,7% deglución atípica. Lo que demuestra que el índice porcentual más alto está referido al 45,9% del hábito de succión del pulgar.

Por lo tanto, en el análisis del cuadro se puede observar que un 26,2% con mordida abierta presentan el hábito de succión del pulgar lo que nos indica que éste es el defecto más frecuente en los pacientes con hábitos de succión del pulgar, esto confirma los estudios de Andlan y Rock (1992) en el cual manifiestan que los efectos sobre la dentición más frecuente en los hábitos de succión del pulgar es la mordida abierta.

Discusión y Conclusiones

Discusión:

Según la bibliografía consultada son pocas las investigaciones realizadas sobre la prevalencia de hábitos orales de niños de edad comprendida entre 3 y 10 años. Sin embargo la mayoría de los autores coinciden en que este problema afecta a gran parte de la población infantil.

En un estudio realizado en Cuba por Fernández y Acosta (1997) refleja que los hábitos con mayor prevalencia son la de succión del pulgar, respiración bucal y deglución atípica, lo cual coincide con los resultados obtenidos en esta investigación.

En otra investigación realizada por Bracho y Mosquera (1994), afirmaron que el hábito de succión digital provoca mordida abierta e impide la correcta erupción de los incisivos. En el estudio realizado por ellos encontraron que de 36 pacientes, 10 de ellos tenían mordida abierta anterior, por lo que llegaron a la conclusión que el efecto de este hábito sobre los tejidos duros y blandos dependen de la frecuencia e intensidad del mismo durante la dentición primaria.

En otra investigación realizada por Subtlelny y Sakuda citado por Bracho y Mosquera (1994), considera que la mayor causa de mordida abierta anterior se debe al hábito de succión digital.

En la realización de este estudio se determinó que la presencia de hábitos orales trae como consecuencia maloclusiones, lo cual coincide con lo citado por Barbería y Cols. (2001) donde refieren que ciertos

tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos, dado que el sustrato no permanece invariable a lo largo del desarrollo del individuo.

En relación a la edad más afectada con los hábitos orales esta investigación coincide con los estudios realizados en Cuba por Fernández y Acosta (1997) donde refieren que las edades con mayor número de niños con hábitos deformantes ocurre en las edades de 5 a 7 años.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los lineamientos que sustentan esta investigación sobre la prevalencia de hábitos orales en pacientes que asisten al servicio de Odontopediatría III de la Facultad de Odontología, se llegó a las siguientes conclusiones:

De los 60 pacientes estudiados en edades comprendidas de 0 a 13 años, el 76,6% presentó hábitos orales.

De los hábitos orales estudiados el 45,9% de los pacientes presentó succión del pulgar, lo que demuestra que es el hábito oral que se presenta con mas frecuencia en las edades comprendidas entre 8 a 10 años de edad, el 21,3% presentó respiración bucal, el 16,3% onicofagia, seguida de la deglución atípica con un 14,7% luego queilofagia con un 1,6%.

Los hábitos orales fueron mas frecuentes en el sexo femenino con un 60,7% que en el masculino con un 39%.

En cuanto a la edad los hábitos orales son mas frecuentes en las edades comprendidas entre 5 a 10 años.

Del total de las alteraciones de mordidas estudiadas con presencia de hábitos orales la mordida abierta fue la mas frecuente con un 54,2%, seguida de mordida borde a borde con un 14,5%, otro 4,8% de mordida profunda y 4,8% de mordida cruzada anterior, con un 1,6% de mordida cruzada unilateral, el resto fue normal en un 9,7% y sin ninguna alteración de mordida.

BIBLIOGRAFÍA

ACKERMAN, J.; PROFFIT, W. (1.969). **The Characteristics of maloclusión a modern approach to classification an diagnosis**, Am j. Orthodoncic. 56:443.

ANDLA W.; ROCK, W. (1992). **Manual de Odontopediatría Interamericana. Mc Graw Hill. 2ª Edición. México**

ARISTIGUIETA, R. (1.985). **Ortodoncia Preventiva Clínica**. Colombia. Editorial Monserrate 2ª Edición. Cap. 7. pág. 111 – 158.

BARBERÍA, E. y cols. (2.001). **Odontopediatría**. 2da. Edición. Editorial Masson. Pág. 370 – 372. España.

BETANCOURT, O. (1.986). **Estudio Epidemiológico de las Maloclusiones en dos Zonas Rurales Venezolanas**. Tesis presentada en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

BRACHO, Olga y MOSQUERA, Francisco (1.994). Influencia del hábito de succión del pulgar en la aparición de la respiración bucal, en los pacientes atendidos en el área de postgrado de Ortopedia Dentofacial, trabajo de Ascenso, Valencia.

BRAHAM, R. Y MORRIS M. (1.994). **Odontología Pediátrica Argentina**. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Pág. 420 – 424.

CANUT, J. (1.992). **Ortodoncia Clínica**. México. Editorial Promotora 2ª Edición. Pág. 354 – 357.

CANUT, J. (2000). **Ortodoncia Clínica Terapéutica**. España. Editorial Masson. 2ª Edición.

Day AJW, Foster T.D. (1.971). **An investigation into the prevalence of molar crossbite and some associated actiological conditions**. Dent practice. 21: 402 – 410.

ESTIOKO L., WRIGHT F. y Cols. (1.994). **Necesidad de Tratamiento Ortodoncico en niños de la Escuela Secundaria en Heidelberg Victoria Community Dent Health**. 11 (3): 147 – 51. Sept.

FERNÁNDEZ, C. y ACOSTA, A., (1.997). Hábitos deformantes en escolares de primaria, Rev. Cubana Orthod; 12(2): 79:83.

FERNÁNDEZ C., Corles M. (1.985). **Prevalencia de Maloclusiones en Niños de 6 a 11 años de edad**. Cuba Estomatológica. 22 (3): 223 – 8 Sept. Dic.

Fundacredesa. Proyecto Venezuela, (1982), Área de Odontología.
Desarrollo Facial y Dental, Caracas, 1.982.

GRABER, T. (1974). **Ortodoncia Teoría y Práctica**. México. 3ª.
Edición Interamericana.

GRABER, T. RAKOSI, T. (1.997). Dentofacial ortopedics with
functional appliances, St Lovis. Editorial Mosby.

GUEDES, A. (1.995). **Ortodonpeditria**. Sao Paulo. Editorial Santos.
5ª Edición. Cap. 41 943 – 949.

HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ C. Y BAPTISTA, P. (1996).
Metodología de la Investigación. México. Editorial Mc. Graw Hill
Interamericana.

LAROCA, L., VIVAS N. Y SOTO L. (1.986). **Estudio de la
Prevalencia de Maloclusiones en 2000 Estudiantes de Caracas
U.C.V.**

LARSON, R. (1.981). **Clinical Crown Length in 9 – 11 and 13 years
old children with and without finger – sucking habit**. Br. J. Orthod.
8: 171 – 173.

LEECH, H. (1.958). A Clinical análisis of orofacial morphology and behavior of 500 patients attending an upper respiratory y research clinic, Dent practitioner 9:57-68.

MAYORAL, J. (1990) **Ortodoncia. Principios Fundamentales.** Barcelona, España. Editorial Labor, S.A.

MOYERS, R. (1.992). **Manual de Ortodoncia**, Argentina. Editorial Panamericana. 4ª Edición. Cap. 6. pág. 156 – 160.

OMAHÑA E. y CORNEJO M. (1.986). **Prevalencia de Maloclusiones en un servicio de ortodoncia.** Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 43 (9): 570 – 8. Sept.

PINKHAN, J. (1991). **Odontología Pediátrica.** México. Interamericana Mc Graw Hill.

PROFFIT, W. y FIELDS H. (1.994). **Ortodoncia Teoría y Práctica.** España. Editorial Diorki. 2ª Edición. Pág. 125 – 127.

PROFFIT, W. y FIELDS H. (2.001). **Ortodoncia Contemporánea.** Madrid. Editorial Harcout. 3era. Edición.

RAKOSI, T. y JONAS I. (1.992). **Atlas de Ortopedia Maxilar.** Diagnóstico. Enciclopedia Masson. 1era. Edición. España. Pág. 144.

RAYMOND, P. (1.969). **Odontología Infantil**. México. 1era. Edición. Editorial Gyalbo.

RIVERO B., BETANCOURT E. y cols. (1.985). **Prevalencia de las Alteraciones Dentofaciales en Adolescentes de la Provincia Ciudad de la Habana**. Cuba Estomatológica. 22 (3) 207 – 11. Sept – Dic.

RICKETTS R. BENCH R. GUGINO C. (1.980). **Bioprogressive therapy**. Denver Rocky Mountain.

RUBINSTEIN, S. L. (1.967). **“Principios de Psicología General”**. Editorial Gyaldo, S.A. México.

SEGOVIA, M. (1.977). **Interrelaciones entre la estomatología y la Fonoaudiología: La deglución Atípica**. Buenos Aires. 1era. Edición. Editorial Panamericana.

SILVA, O. y cols. (1.989). **Prevalencia de Oclusión Normal y Maloclusión en Dentición Mixta en Escolares de la Ciudad de Sao Paulo**. Brasil.

TOLEDO, G., NIDIA Z. y DALVA L., (1.998). **Logopedia y Ortopedia Maxilar en la rehabilitación Orofacial**. 1ra. Edición. Editorial Masson. España.

TULLEY, W. (1.969). A critical appraisal of tongue-thrusting. *Am j. Orthod.* 55:640-650.

VELLINI, F. (2.002). **Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación Clínica.** Sao Paulo, Artes Médicas. 19 Edición.