

M.E Luis A. Anguiano Martínez

FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS  
Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIONES EN  
PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA  
UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005

2009

## Portada Externa de Tesis



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina

FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU  
RELACIÓN CON MALOCCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA  
DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el  
diploma de

Especialidad en Ortodoncia

Presenta

M.E. Luis Alberto Anguiano Martínez

Santiago de Querétaro, Qro. Junio del 2009



Universidad Autónoma de Querétaro  
 Facultad de Medicina  
 Especialidad en Ortodoncia

FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN  
 PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE

2005

**TESIS**

Que como parte de los requisitos para obtener el diploma de  
 Especialidad en Ortodoncia

**Presenta:**

M.E. Luis Alberto Anguiano Martínez.

**Dirigido por:**

C.D.M.O. Mónica Clarisa Ortiz Villagómez

SINODALES

C.D.M.O. Mónica Clarisa Ortiz Villagómez  
 Presidente

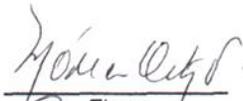
C.D.M.O. Guillermo Ortiz Villagómez  
 Secretario

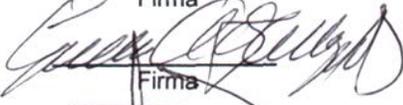
C.D.E.O. Osear Lozano Torres  
 Vocal

C.D.M.O. Alicia Terán Alcocer

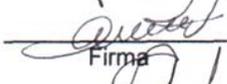
Dra. C.S. Guadalupe Guerrero Lara  
 Suplente

Med. Esp. Enrique A. López Arvizu  
 Director de la Facultad

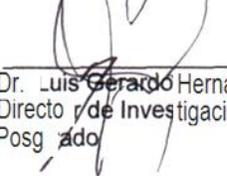
  
 Firma

  
 Firma

  
 Firma

  
 Firma

  
 Firma

  
 Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval  
 Director de Investigación y  
 Posgrado

Centro Universitario  
 Querétaro, Qro.  
 Junio 2009  
 México

## RESUMEN

La presencia de hábitos bucales en la población infantil es común y se debe a diversas causas entre ellas liberar tensiones, miedo, encontrar refugio, placer o simplemente por ocio. Sin embargo la práctica de dichos hábitos no se considera un problema sino hasta que ya han causado algún daño a las estructuras bucodentales, llamadas maloclusiones. Cuando los hábitos permanecen después de los cuatro años de edad se puede llegar a establecer algún tipo de maloclusión. **Objetivo:** Obtener la frecuencia con la que se presentan hábitos bucales perniciosos y su relación con maloclusiones. **Metodología:** Estudio de tipo retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en 100 pacientes seleccionados aleatoriamente de ambos géneros de la Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ. **Resultados:** Características de la población del total de la muestra 34% hombres y 66% mujeres, con una edad media de  $20 \pm 2.4$  con un rango de 7 a 41 años. El 43% de los pacientes no presentaron ningún hábito. El 57% de los pacientes presentó por lo menos un hábito. El 52% del total de la muestra se observó maloclusión clase I. El 20% de los pacientes clase II 1. El 7% de los pacientes clase II 2. El 21% de los pacientes clase III. El hábito más frecuente fue onicofagia y el menos frecuente fue la succión digital. **Conclusión:** Debido al alto porcentaje de pacientes que presenta algún tipo de hábito bucal pernicioso es importante que el especialista en ortodoncia los identifique y los trate adecuadamente evitando así posibles complicaciones a futuro.

(**Palabras Clave:** maloclusion, hábitos bucales perniciosos)

## SUMMARY

Harmful oral habits among children are common and are due to different causes such as tension, fear, seeking security, pleasure or simply idleness. Nevertheless, the practice of such habits its not considered to be a problem until these habits cause damage to bucco – dental structures, called malocclusions. When these habits continue after age four, some type of malocclusion may occur. **Objective:** To obtain the frequency with which harmful oral habits occur and their relationship with malocclusions. **Methodology:** Descriptive, observational, transversal and retrospective study of 100 patients chosen at random from both sexes at the Dental Clinic of the School of Medicine of the Autonomus University of Queretaro (FMUAQ, from its initials in Spain). **Results:** Characteristics of the population of the rntire sampling: 34% males and 66% females, with an average age of  $20 \pm 2.4$ , from the ages of 7 to 41. 43% of the patients had no oral habits. 57% of them had at least one habit. 52% of the sampling had class I malocclusion, while20% had class II.1. 7% of the patients, class II.2 21% of the patients, class III. The most common habit was onychophagy and the least common was finger sucking. **Conclusion:** Given the high percentage of patients with some type of harmful oral habit, it is important that the specialist in dentistry identify the habit and treat it appropriately in order to avoid possible future complications.

(**Key words:** malocclusions, harmful oral habits)

**A mis padres**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios y mis padres por su gran apoyo durante toda mi vida.

A mis hermanos por estar presentes todo este tiempo.

A mis maestros por compartir sus conocimientos y por su paciencia.

A mi esposa por su amor y apoyo.

# INDICE

	<b>Página</b>
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Indice	v
Indice de cuadros	vi
Indice de figuras	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LITERATURA	3
Hábitos bucales	3
Empuje lingual	7
Respiración bucal	13
Facies adenoidea	19
Bruxismo	21
Onicofagia	26
Oclusión	27
Clasificación de Angle	28
III. METODOLOGÍA	35
IV. RESULTADOS	36
Presentación de cuadros	38
Discusión	46
Conclusiones	48
LITERATURA CITADA	49
APÉNDICE	52



## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
4.1	Presencia y frecuencia de hábitos bucales por género.	38
4.2	Frecuencia de hábitos bucales perniciosos.	39
4.3	Registro de maloclusiones.	40
4.4	Frecuencia de hábitos bucales perniciosos por género.	41
4.5	Relación entre maloclusión clase I y hábitos bucales perniciosos por género.	42
4.6	Relación entre maloclusión clase II – 1 y hábitos bucales perniciosos por género.	43
4.7	Relación entre maloclusión clase II – 2 y hábitos bucales perniciosos por género.	44
4.8	Relación entre maloclusión clase III y hábitos bucales perniciosos por género.	45

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
4.1	Presencia y frecuencia de hábitos bucales por género.	38
4.2	Frecuencia de hábitos bucales perniciosos.	39
4.3	Registro de maloclusiones.	40
4.4	Frecuencia de hábitos bucales perniciosos por género.	41
4.5	Relación entre maloclusión clase I y hábitos bucales perniciosos por género.	42
4.6	Relación entre maloclusión clase II – 1 y hábitos bucales perniciosos por género.	43
4.7	Relación entre maloclusión clase II – 2 y hábitos bucales perniciosos por género.	44
4.8	Relación entre maloclusión clase III y hábitos bucales perniciosos por género.	45



## I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo maxilofacial infantil en los últimos tiempos se ha venido modificando por los cambios en los hábitos nutricionales, esto aunado a una serie de factores emocionales, ambientales, socioculturales y económicos nos llevan a observar que en la población infantil la práctica de hábitos bucales perniciosos, los cuales desencadenan daños al sistema estomatognático llamados maloclusiones. Esta lesión a las estructuras bucodentales se inicia después de haberse establecido el hábito; entre el primer y tercer año de vida, esta maloclusión puede evitarse al abandonar el hábito, sin embargo, si éste persiste después de los 4 años de edad, para corregir la maloclusión implicará eliminar el hábito y estar bajo tratamiento ortodóntico.

En la Clínica de Ortodoncia se presentan pacientes que mediante la observación se puede detectar que uno de los principales problemas que aquejan a éstos es la presencia de hábitos bucales que de una u otra forma los conducen a tener maloclusiones.

Esto se debe a que un elevado número de pacientes tienen algún tipo de hábito bucal que aquí se denominará pernicioso como: bruxismo, empuje lingual, respiración bucal, succión digital, succión labial, onicofagia, entre otros. Los odontólogos definen los hábitos bucales como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de los órganos dentarios y de la oclusión, pueden volverse francamente anormales si continúan a largo plazo (Finn, 1976).

Por lo anterior es importante informar a los adultos al respecto para dar atención a la población infantil en etapas tempranas, tratando preventivamente dichos hábitos, evitando así maloclusiones, contribuyendo al desarrollo armónico y funcional del paciente.

La oclusión normal es una relación morfológica y fisiológica ideal de los órganos dentales y mandíbula que se encuentra solamente en un limitado número de individuos. Puede haber algunas variantes a partir del ideal en la boca sin alterar su normalidad básica y proporcionar un terreno fisiológicamente sano (Hirschfeld, 1966). Sin embargo, cuando la desviación o malposición de los órganos dentarios excede los parámetros establecidos se considera maloclusión.

El término maloclusión no debe entenderse como la antítesis de la oclusión normal. La maloclusión debe verse en sentido más genérico para referirse a las

desarmonías oclusales que requieren intervención ortopédica y/u ortodóncica, no para cualquier desviación de la oclusión normal (Graber/Swain, 1992).

Los principales tipos de maloclusión que se producen por la presencia de hábitos bucales perniciosos son mordida abierta anterior y/o posterior, mordida cruzada anterior y/o posterior, sobremordida horizontal o vertical aumentadas, biprotrusión dentaria y apiñamiento.

Por lo tanto la existencia de un hábito bucal pernicioso, sugiere un desequilibrio en la fisiología normal de la cavidad bucal y estructuras anatómicas circundantes aunado a factores específicos como dirección, intensidad, frecuencia y duración produciendo alteraciones en la función y en la armonía oclusal causando maloclusiones.

### Objetivo General

Obtener la frecuencia con la que se presentan hábitos bucales perniciosos y su relación con maloclusiones.

### Objetivos Específicos

- 1.- Determinar la presencia de hábitos bucales perniciosos.
- 2.- Identificar los hábitos bucales perniciosos por género.
- 3.- Obtener la frecuencia de hábitos bucales perniciosos en el estudio.
- 4.- Indicar la prevalencia de maloclusiones en el total de la población.
- 5.- Determinar hábitos bucales perniciosos por género.
- 6.- Indicar el tipo de maloclusión de los pacientes que presentan hábitos bucales perniciosos.

## II. REVISIÓN DE LITERATURA

### Hábitos bucales

Los hábitos bucales perniciosos pueden causar maloclusiones dependiendo de varios factores; en este capítulo se revisarán minuciosamente hábitos como bruxismo, empuje lingual, respiración bucal, succión digital, succión labial, onicofagia y morder objetos diversos; así como también se tratarán los temas de oclusión y maloclusión, para tener una visión completa de lo normal y patológico. Finalmente se verá la estrecha relación que existe entre los hábitos bucales perniciosos y las maloclusiones.

La succión digital es un hábito común entre los niños, practicado por casi el 50% al 1er año de edad, la cantidad baja rápidamente y, hacia los 6 años, sólo el 15 a 20% tendrá el hábito. Hacia los 9-14 años persiste menos del 5%. Se desconoce la causa de la succión digital. (Bíaham-Morris, 1989).

Un estudio epidemiológico mostró que el 11.47% de niños en dentición mixta tenían oclusión normal y el 88.5% presentó diferentes tipos de maloclusión. Entre otras causas el 23% de los casos se debía al hábito de succión digital y proyección lingual (Filho ,1991).

Para abordar mejor este hábito es importante tener presente algunos conceptos.

Desde el punto de vista psicológico, los reflejos son conductas involuntarias que no dependen de la voluntad del sujeto, demuestran economía funcional del sistema nervioso central. Al nacer, el niño desarrolla un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión que es una temprana organización nerviosa del niño que permite alimentarse de la madre. A medida que se va desarrollando el lactante, el niño trata de llevarse objetos a la boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados. El intento de llevar a la boca un objeto “bueno” que provoque una sensación agradable se denomina introyección. El rechazo de un objeto “malo” que produzca una sensación desagradable se denomina proyección (Finn,1976).

Se considera que el hábito de succión digital tiene un origen multifactorial. Diversas y controvertidas teorías se han presentado para explicar la causa de la succión digital. Los psicólogos del desarrollo han producido una serie de teorías para explicar “La succión no nutritiva”. Klein distingue entre “succión significativa”, lo cual sugiere la existencia de una relación psicológica directa causa-efecto y la “succión vacía”, la cual se refiere a una acción de chuparse el dedo como una causa detectable de un hábito simple (Martínez/Longi, 1989).

Existen otros factores como: problemas de alimentación, succión del pulgar en bebés relacionados con un amamantamiento demasiado rápido o con demasiada tensión presente durante el acto de lactancia. El niño sufre “hambre emocional” y emplea el pulgar u otro dedo para consuelo y comprensión. Frustración o agotamiento del niño puede ser otra causa para que se presente el problema.

Se ha comprobado que en el hábito de succión del dedo, puede provocar maloclusiones. Los diferentes dedos succionados son:

### **Succión del pulgar:**

Es el más común entre los hábitos de succión, los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral, la mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.

Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

### **Succión del índice:**

La succión del índice puede producir una mordida abierta unilateral, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

### **Succión de índice medio**

Puede producir una mordida abierta, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

### **Succión de medio y anular:**

La succión de los dedos medio y anular puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos y/o intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

### **Succión de varios dedos:**

La succión de varios dedos puede producir problemas similares a los anteriormente descritos, dependiendo del número de dedos, la frecuencia y la intensidad del hábito (Quiroz 2003).

El pulgar puede adoptar cuatro tipos principales de posiciones durante la succión:

1.- El pulgar penetra en la boca considerablemente hasta pasada la primera articulación ocupando una gran parte de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar. El incisivo inferior presiona contra el pulgar o se pone en contacto con él en el 50% de los casos.

2.- El pulgar no se introduce totalmente en la zona de la bóveda del paladar duro en el 24% de los casos.

3.- El pulgar se introduce totalmente en la cavidad oral y se pone en contacto con la bóveda palatina, pero en este caso, el incisivo inferior no está en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión, en el 18% de los casos.

4- El pulgar penetra muy poco en la boca y el incisivo inferior establece contacto con él aproximadamente en el 8% de los casos.

Un hábito digital puede causar diversos cambios estructurales que dependen de: la intensidad, duración, frecuencia, edad y posición del dedo.

Una de las explicaciones por las cuales se producen los efectos es que durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen una depresión negativa dentro de la boca, por lo tanto, se puede provocar un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico, el inferior se vuelve hiperactivo (Moyers, 1992). Además se puede provocar en ocasiones desplazamiento anterior del maxilar completo y erupción pasiva.

Sin embargo, no siempre el hábito de chuparse el dedo provoca un problema oclusal, las maloclusiones se producen si el niño lo hace con bastante fuerza durante períodos de tiempo lo suficientemente prolongados y a intervalos tan seguidos como para producir una deformidad (Barnett, 1978).

Al odontólogo se le ha impuesto demasiada carga en el manejo y tratamiento de los niños con hábito de succión digital, aún cuando los componentes primarios sean psicológicos, los padres han de saber que la mayoría de los niños dejan el hábito a los 4-5 años de edad, bastante antes de la erupción de los incisivos permanentes superiores.

Si el hábito se interrumpe en este momento no ejerce efecto alguno sobre la alineación o la erupción de los dientes permanentes, por lo que se debe realizar un tratamiento oportuno, para que éste de resultado el niño debe tener las siguientes cualidades, reconocer el hábito y su efecto lo cual se encuentra muy relacionado con la edad. Además, desear interrumpir el hábito y contar con la colaboración de los padres (Barber-Luke, 1982).

El hábito de succión digital es un factor que contribuye a maloclusiones en niños mayores de cuatro años los cuales se manifiestan por mordida abierta dento-alveolar circular, para que sea considerada como maloclusión no debe haber contacto en las arcadas anteriores mientras que los posteriores estén en oclusión máxima (Filho, 1991).

Aunque el niño tenga las mejores intenciones de detener el hábito, puede ser difícil recordarlo a menos que tenga un recordatorio “Terapia de recuerdo” que pueden ser intraorales o extraorales, entre los extraorales podemos mencionar el uso de una cinta o una banda adherida al dedo, colocar una sustancia desagradable en dedo, o bien usar un guante completo; en cuanto a los intraorales encontramos trampa para dedo, trampa de punzón o de rastrillo (Finn, 1976).

Con él, la función oral se normaliza y los incisivos superiores e inferiores llegan a la relación correcta, los ejercicios mioterapéuticos para los labios son una ayuda excelente en niños con incompetencia labial; el incremento de tono labial comienza el proceso de cierre de la mordida, los ejercicios linguales comienzan después de que se retira el aparato ortodóntico ( Filho, 1991).

### Empuje Lingual

El hábito de empuje lingual tiene varios términos con los que se le puede identificar, tales como impulsión lingual, proyección lingual, deglución anormal, deglución visceral, deglución infantil y deglución atípica entre otros. Este hábito se refiere al acomodo anterior de la punta de la lengua entre los dientes durante la deglución, el empuje lingual en los niños es frecuentemente un reflejo del periodo normal de maduración progresiva de una deglución infantil a una madura. En el movimiento de deglución participa la mayor parte de los músculos de la lengua y boca (Ackerman, 1981).

Durante la deglución de la saliva se observa la participación total de los músculos suprahioides con actividad considerable del músculo digástrico y milohioideo, seguida por actividad moderada de los geniohioides. A menudo el músculo pterigoideo interno, es activo y con menos frecuencia se activan los músculos maseteros y temporales, cuando hay contacto oclusal (Wheller/Ash, 1994). La deglución infantil se caracteriza por contracciones fuertes de los músculos de la mejilla y labio y un empuje hacia adelante entre los amortiguadores gingivales. A diferencia de la deglución infantil, la deglución fase madura se caracteriza por la contracción de los músculos elevadores mandibulares,

dirigiendo a los dientes en oclusión y la punta de la lengua en el área del foramen incisivo (Ackerman, 1981).

Un 97% de los recién nacidos interponen la lengua. Según Gellin(1979), esta cifra declina al 80% hacia los 5-6 años y al 3% a los 12 años (Braham-Morris, 1989). El cambio a una deglución madura comienza a ocurrir a la edad de 1 año y ocurre paralela a la erupción de los dientes primarios y el cambio dietético a alimentos sólidos. No obstante esta progresión puede ocurrir durante un periodo de años y algunos niños puede que presenten una deglución consistentemente madura hasta en algún momento del periodo de dentición mixta. Un niño puede presentar ambos tipos de deglución durante este periodo de transición. Salzman (1974), sostiene que una postura lingual relajada es más importante que el empuje lingual durante la deglución para causar mordidas abiertas. Profitt (1975), concuerda al concluir que la postura relajada de la lengua es mucho más importante en la anchura del arco y la protrusión de los incisivos que el comer, hablar o deglutir con sus respectivas presiones (Ackerman, 1981).

La falta de instrumentos adecuados para la investigación de la deglución ha demorado su estudio; el empleo de la radiografía, fluoroscopia, cinefluoroscopia, videofluoroscopia y videorradiofluoroscopia permiten en la actualidad una observación más detallada y gradualmente han nacido las siguientes teorías: 1) teoría de la propulsión constante; 2) teoría de la expulsión bucal; 3) teoría de la presión negativa, y 4) teoría de la integridad funcional. A continuación se mencionan brevemente.

**Teoría de la propulsión constante** es un resumen de las primeras teorías las cuales se basaron en hallazgos anatómicos efectuados en las investigaciones realizadas con animales. Se dedujo que las estructuras involucradas en la deglución actuaban consecuentemente sobre el bolo, para expelerlo primero hacia el esófago y luego hacia el estómago, se visualizaba el bolo como si fuera presionado por ondas musculares, a través de los diferentes pasaje, son clásicos los trabajos de Magendie, donde se destacaban tres etapas, las que son

reconocidas por los actuales investigadores. Con algunas variantes, esta teoría coincide con los conocimientos que se tienen hoy de la deglución (Segovia, 1992).

**Teoría de la expulsión bucal**, en 1880, Krockener, Meltzer y Falk sugieren que el bolo era eyectado desde la boca mediante una acción de pistón ejercida por la lengua y en especial por la musculatura milolihioidea, esta acción es la que le dio el nombre a la teoría. Cannon (1911), pensaba que la teoría de Krockener (1880) podría ser aplicada a los alimentos líquidos o semilíquidos, sugería que los sólidos y los alimentos pastosos eran deglutidos de acuerdo con lo expresado por Magendie.

Esta teoría no fue sostenida por las investigaciones siguientes. Las acciones de la faringe son tan rápidas que las observaciones mediante los métodos manométricos o fluoroscópicos no pueden seguirse con facilidad.

**Teoría de la presión negativa**, Barclay, empleando la técnica fluoroscópica, observó un lapso de claridad en la hipofaringe que precedía al descenso del bolo. Se ha postulado que esta zona provocaba la dilatación faríngea, lo que determinaba la creación de una presión negativa que, según se pensaba, era la fuerza primaria propulsiva de la deglución, esta teoría tuvo numerosos adeptos y fue citada en muchos textos de fisiología. Tiene mucha importancia para el mioterapeuta, porque en ella se basan muchos de los ejercicios indicados en los programas de corrección, pero numerosos estudios posteriores indican que la teoría de Barclay posiblemente sea incorrecta. Ya que Atkinson (1955) encontró en el registro una doble elevación, determinada por la presión positiva del aire dentro de la faringe. La primera onda correspondía a la entrada del bolo en la faringe y la segunda se debía a la acción reflejo constrictiva.

**Teoría de la integración funcional**, los estudios actuales remarcan la visión de Magendie sobre la teoría de la propulsión constante, las investigaciones muestran que el bolo pasa de adelante hacia atrás, mediante la acción de una serie de ondas musculares, las que se encuentran dirigidas por un control integral significativamente especializado. El concepto actual de la deglución, basado en la

acción sinérgica, es el pilar de la teoría de la integridad funcional, cuya dinámica se expone a continuación (Segovia, 1992).

La boca, junto con la faringe, constituyen las partes iniciales del tubo digestivo. Esquemáticamente, este tubo está limitado en su parte anterior por los labios y en su parte posteroinferior por la entrada del esófago.

Con el pasaje de los alimentos de la cavidad bucal hacia la faringe se inicia el acto de la deglución, proceso muy similar en el hombre y en los animales inferiores, y que comienza por una serie de contracciones musculares que van de adelante hacia atrás, empujando el alimento hacia el estómago.

El movimiento comienza en los labios y se dirige hacia la parte posterior de la cavidad bucal deslizándose el alimento automáticamente sobre el dorso de la lengua para pasar, en el momento de ser tragado, a las fauces, las que están limitadas por la parte posterior de la lengua, los pilares anteriores y el velo del paladar. Una vez que el alimento pasó a las fauces el velo se eleva para cerrar la nasofaringe, mientras que el hueso hioides y la faringe no sólo ascienden sino que se dirigen hacia adelante, esta acción se realiza para proteger a la laringe del paso de los alimentos, los que siguen hacia el esófago, cuya entrada se ha ensanchado; la separación entre las características voluntaria e involuntaria de estos movimientos no está muy bien definida.

Al nacer, el proceso está ya bien establecido, coordinado y definido como funcional; el llamado reflejo de succión. El recién nacido sabe como tragar y chupar, este proceso puede condicionarse por las experiencias adquiridas durante la vida. Factores psicológicos, costumbres sociales, el estado de hambre, salud o enfermedad pueden variar el reflejo. Enfermedades, anomalías, prótesis, modifican el carácter voluntario de la deglución.

Las características de la maduración (filogenéticas) del proceso deglutivo asociado con las características de las estructuras relativamente no especializadas, permiten que la deglución se ejecute de manera adecuada. Dentro de las funciones ejecutadas en la cavidad bucal, ésta es la más difícil de ser

alterada, puede ser realizada con la mínima cantidad de tejidos. Los tejidos esenciales son los músculos, los que pueden funcionar independientemente de los elementos esqueléticos, (mandíbula - hioides - laringe), ya que su función es restringir la luz del conducto digestivo.

Mediante la deglución, la boca, la garganta y el esófago se mantienen limpios. La fase bucal es voluntaria, mientras que la faríngea es involuntaria, y los movimientos se realizan en décimas de segundo; se traga durante el día y la noche. Para algunos autores, durante la vigilia se traga una vez cada dos minutos.

Resulta importante mencionar que existen diferentes fases de la deglución normal como la bucal y la faríngea (Segovia, 1992).

En la fase Bucal, al principio, la mandíbula está en posición de descanso, ligeramente separada del maxilar superior y un poco adelantada, la lengua descansa pasivamente en la boca, con su punta apoyada contra los incisivos; los labios en contacto pasivo, el velo inclinado hacia abajo, se apoya contra el dorso de la lengua, el pasaje nasal se encuentra abierto a través del conducto nasal.

Al tragar, los dientes se ponen en contacto en oclusión céntrica, los labios juntos en forma pasiva y la punta de la lengua donde empieza a coleccionar la saliva, se apoya contra la ruga palatina.

La saliva es llevada hacia atrás por ondas peristálticas que corren de adelante hacia atrás, al mismo tiempo que el dorso de la lengua baja. Para mantener el contacto con la lengua, el velo baja aun más. Cuando la movilidad ha alcanzado la fase faríngea, comienza la acción refleja faríngea; en este momento el velo se levanta, cerrando el pasaje a la epifaringe y a la cavidad nasal, el dorso de la lengua se ha inclinado profundamente y la saliva se desliza a la nasofaringe, la cual está separada de la cavidad bucal por la lengua y la contracción de las fauces, la acción peristáltica de la musculatura faríngea, combinada con la actividad del dorso de la lengua, transporta la saliva hacia la hipofaringe.

La actividad muscular cierra la faringe por arriba, la epiglotis se coloca horizontalmente y cierra la laringe por su parte superior, se eleva la laringe; esta

acción aumenta la presión mientras la saliva es coleccionada por encima de la epiglotis.

Para abrir el pasaje, la laringe se mueve hacia adelante y algunas veces hacia arriba, por la diferencia de presiones la saliva es dirigida con gran rapidez hacia el esófago, el cual ahora se abre. La punta de la epiglotis es “tragada” con la saliva, retornando pasivamente hacia abajo para cubrir la laringe.

El pasaje aéreo es cerrado de manera parcial por el dorso de la lengua y principalmente por la contracción de la laringe, cuando el acto de tragar se completa, el pasaje aéreo se abre nuevamente por el descenso del paladar blando y la faringe se llena de aire a través de la nariz (Segovia, 1992)

Los hábitos de lengua o deglución anormal pueden ser causados por diferentes factores; el empuje lingual durante la deglución frecuentemente acompaña a un hábito digital en el niño y continua una vez que el hábito es detenido, la lengua se adapta a una morfología normal pero cuando se presenta una mordida abierta, se encuentra a la lengua y el labio invertidos durante la deglución presentando un sello oral. Este tipo de actividad puede potenciar una maloclusión y retrasar el progreso a una deglución madura mediante el reforzamiento del empuje lingual (Ackerman, 1981). En cuanto a los problemas de las vías aéreas nasales y faríngeas, se puede mencionar que el tejido linfoide crece rápidamente en los niños, además las amígdalas grandes en un niño pequeño son hallazgos bastante comunes. A menudo es necesario para estos niños llevar la lengua hacia adelante y abrir la boca (rotar la mandíbula) para brindar despeje mecánico para respirar y deglutir (McDonald/Avery, 1993). La pérdida prematura de los dientes anteriores temporales aumenta la actividad protusiva lingual, sin embargo en la mayoría de los casos la tendencia o la interposición desaparece tras la erupción de los incisivos permanentes (Magnusson, 1985).

Algunos de los efectos producidos por el hábito de empuje lingual son: mordida abierta en donde la altura facial anterior excesiva suele producir mordidas abiertas anteriores graves y una conducta deglutoria adaptativa extrema tal que la

neuromusculatura intenta superar el desequilibrio esquelético; protrusión de los incisivos, ya que la lengua empuja fuertemente a los dientes que se encuentran por delante de ella lo que hace la protrusión de los dientes anteriores; ceceo, debido a la manera de repartir algunas palabras por la marcada pronunciación de la “s”. Los rostros muy inexpresivos se deben a que los músculos inervados por el séptimo nervio craneal (facial) no son usados para los delicados propósitos de la expresión facial, sino para el esfuerzo masivo de encontrar dificultad para masticar pues sólo ocluyen sobre un molar de cada cuadrante (Ackerman, 1981). La mordida abierta anterior causada por la proyección lingual forma un contorno difuso o rectangular, a diferencia de la producida por la succión digital; a esto se le llama proyección lingual primaria, pero si antes de esto hubo un hábito de succión, la lengua sólo se adapta a una mordida abierta ya establecida y se denomina proyección lingual secundaria (Filho, 1991).

Uno de los tratamientos consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales, como colocar la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y tragar con la lengua en esta posición (Finn, 1976). El uso de pastillas de menta sin azúcar da un buen resultado del manejo del empuje lingual. Se instruye al paciente para que use la punta de la lengua para mantener la pastilla en el techo de la boca hasta que se disuelva. Mientras detiene la pastilla la saliva fluirá y hará que el niño necesite deglutir (McDonald/Avery, 1993). Un tratamiento más radical es cuando se construye una trampa de púas vertical que se fabrica similar a la sugerida para la succión del pulgar excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extienden hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante (Finn, 1976).

### Respiración Bucal

La respiración bucal es aquella que el individuo efectúa a través de la boca, en lugar de hacerlo por la nariz, no obstante que la respiración bucal exclusiva es sumamente rara. En la mayoría de los casos es preferible denominarla respiración

buco-nasal (Braham - Morris, 1989). La respiración bucal, es un mal hábito bucal que tiene un origen multifactorial y presenta rasgos característicos específicos. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

1.- Obstrucción, 2.- Hábito y 3.- Anatomía.

Obstrucción: Presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Hábito: Es el que respira continuamente por la boca, lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción. Anatomía: Es cuando el labio superior corto no permite el cierre por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos (Finn, 1976).

Las causas de esta forma de respiración son: un pasaje nasofaríngeo angosto asociado a una membrana nasal inflamada, adenoides, cornetes inflamados y desviaciones del tabique nasal, la obstrucción consecuente del pasaje postnasal tiende a desaparecer con el crecimiento del pasaje aéreo y disminución del tamaño de las adenoides; esto sucede a los 3 años de edad y durante la adolescencia.

James y Hasting (1932), consideraron que la boca abierta era un síntoma de respiración bucal y observaron que varios niños presentaban los labios separados porque eran respiradores bucales.

Ballard (1951) constató, mediante estudios cefalométricos, que los individuos con respiración bucal y boca abierta tenían la lengua en contacto con el paladar blando, la respiración bucal sucedía cuando se perdía ese contacto; los labios estaban separados por incompetencia de la musculatura bucal anterior y porque los individuos no podían mantener juntos los labios inconscientemente. Tal separación se producía también cuando un individuo con labios competentes tenía una obstrucción nasal y respiraba por la boca; aquí la mandíbula se encuentra por debajo de su posición de reposo, o más bien cae de su posición de reposo. También encontró que la disposición esquelética es la que determina que muchas veces se produzca una incompetencia bucal posterior de la lengua. Un individuo puede ser respirador bucal tanto por una obstrucción nasal como por la incompetencia bucal posterior (Segovia, 1992).

La rinitis alérgica y una hinchazón mucosa concomitante pueden causar bloqueo prolongado de la cavidad nasal en los niños; la respiración bucal resultante y postura de boca abierta pueden tener un efecto significativo sobre el crecimiento craneofacial, algunos niños con sinusitis infecciosa crónica y rinitis pueden tener pólipos nasales, que tienen una etiología alérgica y contribuyen a la obstrucción nasal crónica. Por otra parte, las adenoides crecidas o alergias crónicas de amígdalas (fauces), pólipos nasales y defectos estructurales nasales representan tipos específicos de impedimentos de las vías aéreas, los cuales pueden causar respiración bucal crónica, lo que produce cambios en el esqueleto y tejidos blandos incluyendo una postura relajada anormal de la lengua (Ackerman, 1981).

El 83% de pacientes con hábitos de succión muestran signos clínicos de respiración bucal la cual se puede complicar cuando se combina con incompetencia labial evitando así el cierre de la mordida abierta (Fhilo, 1991).

Existen otros factores locales: infecciones periódicas de las vías respiratorias superiores, cuerpos extraños, fracturas no reducidas y ambiciosos tratamientos quirúrgicos de las fisuras palatinas, todos los cuales pueden producir distintas obstrucciones al flujo natural del aire a través de la cavidad nasal. Algunos pacientes presentan una amígdala lingual que, aunque no esté ubicada en la nasofaringe, puede ser un factor de posiciones anormales de la lengua, a causa de su localización y su relación contigua con las estructuras de la garganta (Magnusson, 1985).

Bloch (1903) compara la relación entre la altura y el ancho del paladar en 158 sujetos de cara ancha y 385 sujetos de cara angosta, en ambos tipos, los respiradores bucales se encuentran en mayor número entre los que tienen el paladar alto y angosto. Balveat y Bowen (1934) observaron 500 chicos cuyas edades iban desde los 6 a los 14 años. Dedujeron que el paladar en forma de V, con un excesivo adelantamiento de los incisivos, se presentaba en el 5% del conjunto y que esta situación era de cuatro a cinco veces más frecuente en aquellos que tenían alergia nasal crónica. Jonson (1936) examina 25 chicos y no encuentra ninguna relación entre la respiración bucal y las maloclusiones. Leech

(1958), después del estudio de 500 pacientes en la clínica de enfermedades respiratorias, deduce que la respiración bucal no parece afectar la arquitectura esquelética u oclusal o las relaciones de los anchos de los maxilares. En una posición muy similar se encuentran Linder-Aronson y Blackstrom (1960). E. Blacklund (s/f), en un estudio muy amplio, llega a la conclusión de que hay una significativa corrección entre la respiración bucal, la posición de la lengua y la de los labios. No encuentra ninguna relación entre respiración bucal, longitud labial, adenoides o altura facial, considera que la respiración bucal está asociada a una lengua en posición postural baja, ausencia de contacto entre la lengua y el velo y labios separados; sobre la base de sus estudios, encuentra que puede establecerse una correlación entre respiración, ancho del maxilar superior, inclinación de los incisivos y el overjet incisal. Ricketts (s/f), destacado ortodoncista, ha descrito un síndrome respiratorio relacionado con los problemas de amígdalas y adenoides como síndrome de obstrucción respiratoria, subraya la importancia de la telecraniografía lateral para la investigación de los tejidos blandos rinofaríngeos; las investigaciones realizadas por Ricketts probaron que la disposición del paladar blando está fuertemente correlacionada con la dimensión anteroposterior de la nasofaringe ósea; si ésta es profunda, el paladar generalmente se nota plano, si el espacio nasofaríngeo es poco profundo, el velo cae rápidamente. En estas condiciones, en especial en los pacientes con cara larga, la lengua no ocuparía siempre su posición normal en la cavidad bucal a menos que ella desplazara al velo hacia arriba y atrás, lo cual cerraría la nasofaringe; por esta razón, con el fin de mantener el pasaje aéreo nasal, el velo tendería a ser dirigido hacia abajo y la lengua adquiriría condicionalmente una posición adelantada o hacia abajo, como una resultante de la demanda funcional del velo. La postura de la lengua hacia abajo y adelante, es aun más marcada cuando la nasofaringe está rellena de adenoides, se notó tendencia a una marcada relación entre la posición de la lengua y el tejido amigdalino. Por eso se especuló con que la respiración es un factor importante predisponente de la maloclusión, mediante la influencia postural de la lengua y, posiblemente, de la posición de la mandíbula. Es sabido que los dientes, al erupcionar del hueso

alveolar, se deslizan ellos mismos en forma de arco entre los músculos de la lengua por dentro y los labios y mejillas por fuera. Durante el proceso de erupción, los dientes responden a fuerzas muy ligeras, continuas, con variación de pocos gramos; por eso debería ser comprendida la acción de los factores ambientales, porque esas fuerzas ligeras y sutiles no solamente dirigen los dientes, sino más aun, actúan como sus permanentes retenedores. Konraz Lorenz (s/f) han mostrado que características musculares y patrones de comportamiento oral pueden ser heredados y transmitidos genéticamente. Así como heredamos el color de los ojos, la piel y el cabello, y existen características personales en la caligrafía de cada uno, es probable también que los movimientos de la lengua, peculiaridades de la tonicidad, actividad labial y patrones del habla y masticación sean también heredados, es indudable que el primer factor etiológico es la herencia genética, pero esto sólo es la forma básica y el lugar de la partida. Lo que rodea a un organismo esta sobrepuesto a esos patrones básicos, por lo cual deberemos tener en cuenta: 1) las características generales como una forma esquelética, y 2) los tejidos blandos y las condiciones locales.

La primera condición es una nariz pequeña, algunas veces llamada atresia nasal, las asimetrías verticales del maxilar superior pueden seguir el crecimiento de la mandíbula; la falta de altura de la rama posterior de la mandíbula ha sugerido una falta de desarrollo a la altura del maxilar superior sobre una base unilateral, la extrema desviación de los ángulos de la base craneal, la retroposición del maxilar cuando la base craneal está inclinada hacia abajo, cualquiera que sea la causa, la base del cráneo puede ser normal en tamaño, pero la agudeza del ángulo basion-silla turca-nasión puede ser la causa de la relación del clivus.

Estos factores se combinan para dar la alteración ósea llamada microrina. Aquí la porción anterior del plano del paladar está elevada con respecto a los planos craneales promedios, como si hubiera olvidado descender. Las ventanas de la nariz miran hacia fuera en lugar de hacia abajo. En estas condiciones es como si la abertura piriforme entera y los huesos nasales y maxilares hubieran fallado en desarrollarse correctamente, los labios son característicamente cortos, los dientes están protruidos y esas anomalías contribuyen, de alguna manera,

a la respiración bucal; las condiciones precedentes son problemas esqueléticos observables en las radiografías lateral de cráneo y frontal. Las otras condiciones son de naturaleza local o factores ambientales. Dentro de los factores estrictamente locales, se incluyen las condiciones inmediatas de la cavidad nasal, la nasofaringe y la orofaringe, en lugar de la configuración externa del hueso. El factor local primario es el tamaño del tejido linfoide y su posición en forma particular en la nasofaringe, cuando las adenoides están hacia arriba y afuera, especialmente cuando los cornetes inferiores son largos, la obstrucción pasa a ser eminente y más pronunciada.

Meyer B. Marcks (s/f) establece un fuerte argumento cuando expone: La sensibilización de la membrana mucosa nasal por la temprana alimentación de la leche de vaca da lugar a la persistencia del edema. La leche de vaca, en el periodo neonatal, puede ser el primitivo factor sensibilizante que impulsa al infante alérgico hacia las progresivas y severas manifestaciones alérgicas, una de las cuales puede ser deformación dentofacial.

Este autor termina su artículo diciendo: Aunque la respiración bucal se auto corrige antes de la adolescencia, el paciente con alergia nasal crónica puede tener maloclusiones con deformaciones maxilofaciales. La respiración bucal en el niño deberá ser vista como una manifestación alérgica, hasta que se pruebe otra cosa.

El diagnóstico precoz, seguido de un tratamiento temprano y eficiente, puede frecuentemente prevenir, al menos, un factor mayor que contribuya a los efectos progresivos de la deformación dentofacial. Se considera que todos los que tienen un tenaz hábito de lengua tienen problemas respiratorios de alguna clase. Segré (s/f), afirma que después de las intervenciones otorrinolaringológicas se debe proceder a la reducción respiratoria. Cuanto más próxima sea ésta a la intervención, mejores y más rápidos serán los resultados.

De lo anterior se puede concluir que:

- La insuficiencia respiratoria nasal no coexiste necesariamente con las deformaciones rinomaxilofaciales.

- Una insuficiencia respiratoria con deformaciones rinomaxilofaciales debe ser encarado por un equipo médico foniátrico-odontológico, en las especialidades que sean necesarias.

- El tratamiento combinado, cuando coexiste la insuficiencia respiratoria nasal con la dismorfosis maxilar, brinda óptimos resultados, pues el restablecimiento del fisiologismo respiratorio condiciona una mejor disposición de los órganos en disfunción para su corrección ortopédica.

- La acción terapéutica prematura y oportuna en la insuficiencia respiratoria coadyuva al mejor resultado de su rehabilitación y evita el compromiso irreversible de las estructuras (Segovia, 1992).

### Facie Adenoidea

El término es empleado para describir un prototipo de modelo facial asociado con impedimento nasofaríngeo en individuos que exhiben amígdalas hipertróficas, o algún problema de obstrucción de las vías aéreas respiratorio, tienen la mayoría de las características siguientes:

- Cara larga y estrecha, nariz achatada, fosas nasales pequeñas y subdesarrolladas, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, maxilar estrecho y en forma de “y”, techo palatino alto con inclinación anterior hacia arriba, incisivos maxilares prominentes, posición mandibular de boca abierta, tendencia a un crecimiento más vertical, incisivos superiores e inferiores en posición retrusiva, mordida cruzada posterior, maloclusión clase II y III, encías hiperplásicas e inflamadas debido a la exposición continua del tejido al aire seco (Ackerman, 1981).

El tratamiento del hábito de origen obstructivo debe encomendarse al otorrinolaringólogo (Pinkham, 1991). De acuerdo con Linder Aronson, los niños que se someten a adenoidectomía por una obstrucción de vías respiratorias

tienden a cambiar su respiración por la nariz después de la operación (Barber/Luke, 1982). Asociada con el cambio en el modo de respirar, esta una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y del complejo craneofacial. Tratados los problemas de obstrucción y si el hábito persiste es recomendable que el odontólogo especialista coloque un aparato eficaz que obligue al niño a respirar por la nariz como un protector bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerza a inhalar y exhalar el aire a través de los orificios nasales (Finn, 1976).

Si el paciente no tiene obstrucción de las vías aéreas lo hace puramente por hábito, Mc Namara (s/f) recomienda un programa de:

- Entrenamiento miofuncional donde el aspecto importante es el de recordar o tratar de recordar el esfuerzo consciente para mantener juntos los labios durante la respiración relajada y la punta de la lengua en su lugar apropiado en la premaxila durante la deglución.

- En casos protrusivos se diseñan ejercicios labiales para orientar la tonicidad de unos labios que sellan inadecuadamente y ayudan a mantener el alineamiento dental anterior.

- El aumento de la fuerza de la musculatura perioral flácida es una forma de tratar los problemas hipotónicos. Por otro lado, los problemas hipertónicos, como, por ejemplo, la postura lingual anterior, interposición lingual o mentoniana u orbicular de los labios hiperactivos requieren un enfoque diferente, la forma de tratar la hiperactividad muscular es contenerla para operar de una forma más deseable o redirigirla para que su efecto neto sea constructivo y no destructivo, es decir, de soporte y no de deformación (Witzing/Terrance, 1992).

Los odontólogos deben estar conscientes de los problemas orofaciales que pueden causar la respiración por la boca y asegurarse de que los médicos también estén informados (Barber/Luke 1982).

## Bruxismo

Respecto al bruxismo, Mc. Donald, Avery, Braham Morris, mencionan que es un rechinar o frotamiento con fuerza de los dientes, no funcional, ocurre generalmente por la noche, y, si continua por un tiempo prolongado, puede dar como resultado la abrasión de los dientes temporarios y permanentes (Finn, 1976; Mc Donald, 1993).

La actividad parafuncional, consiste en cualquier actividad que no sea funcional (es decir, masticación, habla, deglución). Esta definición incluye el bruxismo, el apretar los dientes y determinados hábitos orales, para su análisis se puede subdividir la actividad parafuncional en dos categorías generales:

- 1) Diurnas, consiste en el golpeteo y el rechinar los dientes, así como muchos hábitos orales que el individuo lleva acabo a menudo, aun sin ser consciente de ello, como morderse la lengua y las mejillas o chuparse el pulgar y muchas actividades relacionadas con el trabajo, como morder lápices o alfileres. Es frecuente que durante las actividades diarias un individuo apriete los dientes con fuerza.
- 2) Nocturnas, la actividad parafuncional durante el sueño es muy frecuente y parece adoptar la forma de episodios aislados (apretar los dientes) y contracciones rítmicas (bruxismo). No se sabe si estas actividades se deben a factores etiológicos diferentes o son el mismo fenómeno en dos formas de presentación distintas, ambas actividades son difíciles de diferenciar, por este motivo el apretar los dientes y el bruxismo a menudo se engloban en la denominación de episodios bruxísticos (Okeson, 2003).

Este término también se aplica al roce abrasivo no funcional de las piezas inferiores contra las superiores. Si se descontrola, por lo general conduce a un severo desgaste de las superficies oclusales o a la hipermovilidad de las piezas, y también pueden contribuir a cambios adaptativos de la articulación temporomandibular (Dawson, 1991). Como se produce más comúnmente durante la noche a veces es designado como “rechinar nocturno”. Rara vez tiene el niño conciencia de rechinar los dientes, aunque algunos se quejan de dolor o

sensibilidad en los músculos temporales y en la región de la articulación temporomandibular (Braham-Morris, 1989). Se considera un hábito oral en los niños; sin embargo puede continuar hasta la adultez, durante la etapa de dentición mixta, es frecuente, y algunos niños desarrollan unas pautas de bruxismo tan severas que pueden dejar lisas sus piezas permanentes (Dawson, 1991).

Bayardo CR (1995) encontró que el hábito de onicofagia y el bruxismo se presentaron en un 23%, succión digital y respiración oral en un 11%, succión del labio y/o lengua en un 7%. Un 2% de los pacientes mostraron algún otro tipo de hábito oral. En un 56% los pacientes presentaron por lo menos un hábito, este estudio fue realizado en niños manifestándose una predisposición por el sexo femenino.

Se piensa que el bruxismo es una respuesta a la tensión nerviosa y estrés, al producirse sobre todo en niños muy tensos e irritables. También se ha demostrado que se produce en niños con prurito anal o nematoso (enterovirus vernicularis), en quienes la intensa picazón con frecuencia los hace apretar o rechinar los dientes como para producir una contra acción hacia el prurito (Braham-Morris, 1989). Ramfjord (s/f) cree que las interferencias oclusales pueden actuar como disparador del bruxismo en especial si se combina con tensión nerviosa (Mc Donald, 1993). El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como epilepsia, meningitis, trastornos gastrointestinales y asma (Quiroz, 1993).

Muchos factores distintos contribuyen a aumentar la tendencia al bruxismo, pero sus efectos son insignificantes si faltan las interferencias oclusales. La resistencia de un niño al estrés del bruxismo es tan elevada que éste no constituye una amenaza a la dentición, si el bruxismo llega a ser tan severo que constituye por sí mismo un irritante o si el desgaste oclusal parece ser más extenso de lo normal, puede estar indicado algún ajuste oclusal (Dawson, 1991).

Los dientes, en la mayoría de los casos, dan muestra del hábito en la forma aplanada de las coronas de los molares y desgaste lingual de los dientes con tal fuerza que el rechinar hace que salte el esmalte del área labioincisal en los

dientes anteriores inferiores (Braham-Morris, 1989). El desgaste excesivo de los dientes puede causar mordida profunda y reducir la altura facial anterior (Koch/Modeer, 1994). Cuando el hábito continúa hasta la adultez puede producirse enfermedad periodontal y aún trastornos de la ATM (Braham-Morris, 1989).

Las férulas de goma blanda pueden brindar alivio al niño en la dentición mixta o en las etapas permanentes del desarrollo. Para el niño que tiene sólo la dentición primaria o en quienes apenas están erupcionando los primeros molares permanentes se demostró que el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la dimensión vertical (Braham-Morris, 1989).

Sheppard recomienda la construcción de una placa de mordida palatina que permite la erupción continua de los posteriores. Esta erupción es conveniente si los dientes fueron gastados por el hábito, puede usarse de noche un protector de plástico vinílico que recubra la superficie oclusal de todos los dientes más de 2 mm de las superficies vestibular y lingual para evitar la abrasión continua de los dientes. La superficie oclusal del protector bucal debe ser plana para impedir interferencias oclusales (Mc-Donald, 1993).

Las anomalías musculares más comunes de los labios son la succión o mordida del labio inferior, esto se ha llamado también hábito mentoniano debido al aspecto arrugado, del tejido de la sínfisis, con excesiva actividad de los músculos mentonianos. En este tipo de disfunción hay generalmente contacto entre la lengua y el labio inferior que puede observarse durante la deglución. Esta anomalía muscular combinada puede producir no solamente la apertura anterior de la mordida sino también la inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores con apiñamiento, junto con malposición vestibular de los incisivos superiores (Rakosi T, 1992).

Este hábito se observa en niños con un pronunciado resalte de la mordida. Se presenta generalmente en niños de edad escolar, puede darse solo o

acompañado del hábito de succión de dedo (Braham Morris, 1989). Generalmente los padres desconocen la presencia de este hábito (Finn, 1976).

El más perjudicial de los hábitos labiales es el de colocar el labio inferior hacia adentro, mordiéndolo con los incisivos superiores e inferiores, originándose un prognatismo más o menos acentuado, los efectos son más graves si el hábito es practicado durante la época de la erupción; succionar el labio superior es menos frecuente. Se considera que el niño suele estar pasando por estrés emocional, o tener problemas de desadaptación. Este hábito produce lesiones o grietas que están sujetas a infecciones como el impétigo.

Se suele hallar una inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores de niños con succión de labio de manera crónica. También puede producirse la protrusión de los incisivos superiores, con un resalte exagerado y con frecuencia sobremordida profunda (Tenenbaum, s/f).

La succión de los labios puede ser un factor primario o secundario. Los síntomas de índole causal primaria son, como mencionábamos anteriormente, el resalto con inclinación hacia vestibular de los incisivos superiores, y la inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores con poca discrepancia sagital esquelética. El hábito labial hace que sea mayor el resalto original, leve a moderado. En caso de desempeñar un papel secundario, el resalto original se debe a una discrepancia sagital significativa, generalmente con hipodesarrollo mandibular. La inclinación de los incisivos puede ser normal. El labio inferior cubre la brecha entre los incisivos superiores e inferiores, principalmente como adaptación a las malas relaciones morfológicas. La actividad labial puede ser menos intensa pero más adaptativa (Rakosi T, 1992).

En cuanto al tratamiento si existe protrusión, es necesario corregir el hábito lo antes posible, hacer del conocimiento de los padres la presencia del hábito y ganar la buena voluntad y cooperación del paciente. También se puede contar con la ayuda del psicólogo o terapeuta, la terapéutica muscular es la más eficaz; pueden sugerirse ejercicios labiales tales como sostener un papel con los labios, colocarlos en posición de tocar la trompeta (Tenenbaum, s/f).

Otros autores mencionan ejercicios como la extensión del labio inferior sobre el superior, tocar instrumentos musicales bucales (Finn, 1976).

También puede utilizarse una trampa como protector del labio que desplaza el labio anteriormente haciendo difícil que se retraiga y quede entre los incisivos superior e inferior (Braham-Morris, 1989).

Los hábitos masoquistas son actos repetitivos que producen daño físico al sujeto (Pinkham, 1991). Los niños se valen de lápices, bolígrafos, el uso de la uña del pulgar u otros objetos pequeños ahuzados para despegar los tejidos del diente (Finn, 1976).

Algunas de las causas que pueden provocar este hábito son la retención de alimentos, alteraciones bioquímicas como síndromes y el ocio, pueden producir la mutilación del tejido labial, lingual y de la mucosa bucal. El uso de restricciones, almohadillas protectoras y sedación, son algunos de los métodos empleados para la eliminación de los hábitos masoquistas (Pinkham).

Las personas con postura corporal defectuosa frecuentemente muestran también una posición postural indeseable de la mandíbula, y éstas son expresiones de una pobre salud general; la postura corporal es la expresión sumada de reflejos musculares y por tanto habitualmente capaz de cambio y corrección. La postura anormal de la lengua es una causa frecuente de mordida abierta y no debe ser confundida con las diversas formas de empuje lingual (Mc Donald, 1993).

Los hábitos de posiciones incorrectas provocan una presión sobre los dientes en los momentos de descanso. Como durante el descanso se cambia de postura con frecuencia, este hábito acarrea influencias perniciosas recién cuando es ejecutado con regular intensidad y duración, por lo que puede producir una deformación del segmento bucal del maxilar; no es frecuente la deformidad mandibular ya que tiene movimiento. Los hábitos al dormir se presentan generalmente en niños de edad preescolar. Para tratar este hábito debemos empezar por preocuparnos por el mal estado de salud general del paciente, ya que la corrección de este influirá simultáneamente en el mejoramiento postural del

paciente (Mc Donald, 1993). Por otro lado a los padres les corresponde observar las posiciones de los niños durante el descanso, pudiendo así idear algunas medidas que los ayuden a corregirse, la corrección final puede completarse con aparatos ortopédicos (Segovia, 1992).

### Onicofagia

La onicofagia es la acción de morder o cortar una o varias uñas en forma repetitiva. Es un hábito muy frecuente en los niños y jóvenes; generalmente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas, algunos autores afirman que no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Además dicen, que cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros sustituyen a los dedos; ejemplo, goma de mascar, cigarrillos, cigarros puros, lápices, goma de borrar o incluso las mejillas o la lengua de la persona como substitutos de las uñas, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes (Braham-Morris 989). Sin embargo, se observa que pacientes con este tipo de hábitos realizan movimientos excéntricos sobre todo de lateralidad más de un lado de la arcada que del otro produciendo tensión a nivel de la articulación temporomandibular. Se puede decir que la principal causa de este hábito se debe a desajustes sociales, emocionales y psicológicos, acerca de los efectos que produce se menciona que produce rechazo social (Finn, 1976). Parece tener mayor repercusión en las uñas que en la cavidad bucal y no es posible que cause una maloclusión porque tiende a desaparecer espontáneamente antes de los 15 años. Las prohibiciones y burlas carecen de valor, en ocasiones se puede colocar una sustancia de sabor desagradable sobre los dedos que sirven como un tratamiento de recordación ( Braham-Morris, 1989).

Bertin C, Hurtado Y (2004) encontraron en su estudio realizado en México la succión de labio se presentaba en 39%, respiración bucal 38%, onicofagia 32.5%, succión de lengua 14.5%, succión digital 12%, en pacientes de 5 a 14 años de edad. Sin embargo en otro estudio que se realizo en México el hábito que con

mayor frecuencia se presento es la onicofagia en un 41% con preferencia con el sexo femenino, respiración bucal en un 20% y empuje lingual en un 14%. Manifestándose una predisposición para la clase1 molar en el sexo femenino de un 71% (M.Montiel, 2004).

En 1945, Bliss estudió a 300 niños y encontró que el 17% presentaban succión digital.

En 1967, Blin analizo 100 casos clínicos de los cuales el 56% presentaban hábitos orales.

Una vez revisados los hábitos bucales perniciosos tratados en este trabajo, se da paso a lo que es la oclusión y la maloclusión.

### Oclusión

Es importante partir del concepto de oclusión, que viene siendo lo fisiológicamente normal, para poder abordar la maloclusión propiamente dicha.

Lo que hoy llamamos oclusión ideal fue descrito tan remotamente como en siglo XVIII, por Hunter. Carabelli, a mediados del siglo XIX, fue tal vez el primero en describir relaciones normales entre las arcadas dentarias superior e inferior, de modo sistemático. Los términos mordida borde a borde y sobremordida derivan del sistema de clasificación de Carabelli. Tradicionalmente, toda desviación de la oclusión ideal representaba lo que Guilford denominó maloclusión (Glenn, 1987).

La disposición ideal de los dientes puede ser definida y descrita geométricamente en forma clara. La línea de oclusión de Angle, indica que la línea vestibulooclusal de la arcada mandibular debe concordar con la línea de las fosas centrales de la arcada maxilar cuando los dientes están normalmente ocluidos (Benett, 1912).

En otras palabras podemos decir que la oclusión normal es una relación morfológica y fisiológica ideal de los dientes y mandíbula que se encuentran solamente en un limitado número de individuos. Puede haber algunas variantes a

partir del ideal en la boca sin alterar su normalidad básica y proporcionar un terreno fisiológicamente sano.

Salzman (1957), enumeró las siguientes características de una oclusión normal:

- 1.- Plano oclusal común de los arcos superior e inferior.
- 2.- Posición axial adecuada de los dientes.
- 3.- Entrecruzamiento y resalte normales cuando los dientes se hallan en oclusión céntrica.
- 4.- Falta de rotación o inclinación axial anormales.
- 5.- Relación normal de los arcos dentarios entre sí y con el cráneo.

En cuanto a la clasificación de la oclusión, podemos decir que es importante considerar las relaciones de la cara, maxilares y dientes en tres dimensiones: altura, ancho y profundidad.

OCLUSIÓN: Máxima intercuspidad dentaria.

#### CLASIFICACIÓN DE LA OCLUSIÓN DE ANGLE (1899). CLASE I

NORMOCLUSIÓN: Las cúspides mesiovestibulares del primer molar superior se introducen en el surco entre las cúspides mesio y disto-vestibulares del primer molar inferior el canino superior se sitúa por detrás del inferior, entre la cúspide del canino y la cúspide del primer premolar inferior.

#### CLASE II DIVISIÓN 1

DISTOCLUSIÓN: Posición labial de los dientes anteriores. La mandíbula se desplaza en sentido distal con relación al maxilar superior.

#### CLASE II. DIVISIÓN 2

DISTOCLUSIÓN: Posición vertical de los dientes anteriores y superiores, igual a mordida oculta con oclusión distal.

### CLASE III.

MESIOCLUSIÓN: La mandíbula se desplaza en sentido mesial con relación al maxilar superior.

La clasificación de Angle (1899), se refiere a la relación anteroposterior de arco con arco, y está hecha con los dientes aproximadamente en oclusión céntrica, se menciona a continuación:

Clase I: El arco inferior se halla en relación mesiodistal normal con el arco superior. La cúspide mesiovestibular del molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior en oclusión céntrica.

Clase II: El maxilar inferior y su arco se encuentran en relación distal con el arco superior en el ancho de una cúspide. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el espacio entre el primer molar inferior y segundo premolar.

Clase II, División 1: Una Clase II en que los incisivos superiores se hallan en vestibuloversión.

Clase II División 2: Una Clase II en que los incisivos superiores se hallan en linguoversión.

Clase III La mandíbula y su arco se hallan en relación mesial con el arco superior. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el espacio entre el primero y segundo molares inferiores.

La oclusión normal y la maloclusión deben visualizarse como distribuciones de frecuencias sobrepuestas, de variadas cualidades morfológicas. Así, grados variables de armonía y desarmonía oclusal deben entenderse como partes de entidades continuas más que discontinuas.

Por esta razón el término maloclusión no debe entenderse como la antítesis de la oclusión normal. Maloclusión debería usarse en un sentido más genérico

para referirse a las desarmonías oclusales que requieren intervención ortodóntica, no para cualquier desviación de la oclusión normal.

Las maloclusiones severas son a menudo acompañadas por desproporciones de la cara y los maxilares. Durante los movimientos mandibulares, los dientes anteriores deben servir para desarticular a los dientes posteriores en las excursiones lateral y anterior. Previniendo así interferencias oclusales posteriores durante la función. Las interferencias oclusales más destructivas se piensa sean las interferencias posteriores no funcionales. Por eso, para que cualquier concepto de oclusión ideal sea biológicamente aceptable debe esencialmente considerar la función (Graber/Swain, 1992).

Los problemas oclusales se producen por varias causas entre ellas se encuentran los hábitos bucales perniciosos, que como ya se ha dicho anteriormente, las maloclusiones se producen si el niño lo hace con bastante fuerza durante períodos de tiempo lo suficientemente prolongados y a intervalos tan seguidos como para producir una deformidad.

Es frecuente que a causa de una maloclusión como mordida abierta o incisivos proclinalados se busque un hábito digital como factor etiológico. La imagen típica de incisivos superiores primarios en abanico, mordida abierta e incisivos inferiores retruidos sugiere inmediatamente un hábito digital.

A veces los hábitos labiales son el remanente de un instinto de chupar o la transferencia de un hábito digital anterior. Otras veces son el resultado de labios raspados o irritados. Los hábitos labiales también se producen como reacción ante la erupción ectópica de los incisivos superiores.

En cuanto a los hábitos linguales es importante tomar en cuenta, que los primeros fabricantes de tetinas de goma siguieron el modelo del pezón erecto de la lactancia, sin considerar su anatomía durante la función. El niño, al succionar el pecho, provoca una eversión del pezón para que penetre más profundamente en la boca. Esto hace que la lengua se mantenga hacia atrás y ayude a desarrollar un patrón de deglución normal. No obstante, la tetina de goma no funcionaba de esta manera; como no podía ser llevada tan atrás como era necesario, el niño tuvo que

desplazar su lengua hacia delante para succionar y tragar, por lo que muchos niños que no se chupan el dedo pueden mantener sus lenguas adelantadas cuando succionan. El resultado frecuente, es una deglución atípica que genera incisivos superiores sobresalientes y mordida abierta.

De todos los factores que originan una relación indeseable en las caras distales de los molares primarios es interesante los que resultan de la práctica de hábitos bucales nocivos. Los incisivos superiores se mantienen en su posición adecuada por un equilibrio de fuerzas ejercido desde lingual por la lengua y desde vestibular por el labio. Si las fuerzas musculares nocivas hacen migrar los dientes anteriores hacia vestibular, se genera un espacio que permitirá a los caninos y molares superiores primarios que los sigan. De esto puede originarse un escalón distal que traiga como consecuencia una relación molar de Clase II de Angle.

Cuando los segundos molares primarios están trabados en una relación normal, de modo que los molares permanentes erupcionen en una relación normal trabada, si el hábito persiste durante la erupción de los incisivos permanentes la probabilidad de causar una maloclusión sólo en la región anterior es mayor. Esto sería una maloclusión de Clase I de Angle. Es necesario tener en mente que el hábito oral debería persistir hasta los 7 a 9 años en esta situación.

No obstante, si un hábito de succión entre los niños de 2 a 5 años produce la protrusión del maxilar superior y si los molares primarios están en una relación de borde a borde o no quedan trabados adecuadamente en una relación normal, es probable que migren y produzcan un escalón distal capaz de generar una relación mesial del primer molar permanente, o sea una relación molar de Clase II de Angle. Por lo tanto, en determinadas circunstancias estos hábitos pueden afectar tanto la oclusión posterior como la anterior.

En condiciones más normales, sin embargo, y teniendo bajo control los demás factores, debe notarse que antes de la erupción de los primeros molares permanentes durante las edades de 3 a 5 años los hábitos nocivos pueden producir maloclusiones mucho más serias que si sólo actuaran sobre los incisivos permanentes en erupción, también es necesario notar que los hábitos de presión

no sólo afectan las relaciones entre los incisivos sino también la dentición posterior así como el desarrollo esquelético.

El empuje lingual, los hábitos labiales y digitales no sólo provocan la protrusión de los incisivos superiores, también influyen sobre los inferiores. En algunos casos, ciertos modos extraños de succión digital provocarían linguoversión de los incisivos inferiores sin causar labioversión de los superiores. Por consecuencia, al observar un resalte no debe suponerse que están protruidos los dientes superiores. Podría ser que los incisivos inferiores estén retruidos (Barnett, 1978).

#### MARCO CONCEPTUAL

En esta sección se definirán los conceptos de los principales temas expuestos en el marco teórico.

**HÁBITO:** Es la costumbre de un acto repetitivo (Larousse). Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja, que pueden servir como estímulos para el crecimiento de los maxilares o que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial. Los odontólogos definen los hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y maleables (Finn, 1976).

**BRUXISMO:** Es un rechinar o frotamiento con fuerza de los dientes, no funcional, ocurre generalmente por la noche, y, si continua por tiempo prolongado, puede dar como resultado la abrasión de los dientes temporales y permanentes (Mc Donald, 1993). Este término también se aplica al roce abrasivo no funcional de los órganos dentarios inferiores contra los superiores. Si se descontrola, por lo general conduce a un severo desgaste de las superficies oclusales o a la hipermovilidad de los órganos dentarios, y también puede contribuir a cambios adaptativos de la articulación temporomandibular (Braham Morris, 1989).

**EMPUJE LINGUAL:** Es el acomodo anterior de la punta de la lengua entre los dientes durante la deglución. En los niños es frecuentemente un reflejo del periodo normal de maduración progresiva de una deglución infantil a una madura. La deglución infantil se caracteriza por contracciones fuertes de los músculos de la mejilla, labios y empuje hacia adelante entre los amortiguadores gingivales a diferencia de la deglución madura que se caracteriza por la contracción de los músculos elevadores mandibulares, dirigiendo a los dientes en oclusión y la punta de la lengua al área del foramen incisivo (Finn, 1976).

**ONICOFAGÍA:** Es la acción de morder o cortar una o varias uñas en forma repetitiva (Braham-Morris, 1989).

**RESPIRACIÓN BUCAL:** Es un hábito bucal que tiene un origen multifactorial y presenta rasgos característicos específicos. Algunos de los principales factores que nos pueden llevar a ser respiradores bucales son: amígdalas hipertróficas, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, incompetencia labial. Entre las características específicas podemos mencionar que se presenta en niños ectomórficos, con cara estrecha y larga, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, maxilar estrecho en forma de “y”, techo palatino alto, incisivos maxilares prominentes y una posición mandibular de boca abierta, los datos anteriores se denominan en conjunto facies adenoideas. La respiración por la boca requiere de numerosos cambios musculares que nos conducen a problemas en el crecimiento y desarrollo de las estructuras faciales y orales (Ackerman, 1981; Finn, 1976; Koch/Modere, 1994).

**SUCCIÓN DIGITAL:** Es la acción de succionar uno o más dedos. Es un hábito común entre los niños, practicado por casi el 50% al año de edad, la cantidad baja rápidamente y, hacia los 6 años, sólo el 15 a 20% aún caerá en el hábito. Hacia los 9-14 años persiste menos del 5%. Mc Donald dice que este hábito llena una necesidad emocional en algunos niños, en especial ya avanzada la infancia (Braham-Morris, 1989; Mc Donald/Avery, 1993). La imagen típica de incisivos superiores primarios en abanico, mordida abierta e incisivos inferiores retruidos, sugiere inmediatamente un hábito digital (Barnette, 1978).

**SUCCIÓN DE LABIO:** Es un hábito observado en niños con un pronunciado resalte de la mordida. Se succiona el labio inferior entre los incisivos superiores y los inferiores. Es un hábito constante que produce una lesión semicircular en el labio inferior. Se suele hallar una inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores de niños con succión de labio crónica. También puede producirse la vestibularización de los incisivos superiores, con un resalte exagerado y con frecuencia sobremordida profunda (Braham-Morris, 1989).

**POSTURALES:** La postura es la expresión sumada de reflejo muscular y por tanto capaz de cambio y corrección. Las personas con postura corporal defectuosa muestran también una posición postural indeseable de la mandíbula, éstas son expresiones de una pobre salud general (Segovia, 1992).

### III. METODOLOGIA

El diseño de este estudio fue de tipo retrospectivo, transversal observacional y descriptivo.

El tamaño de la muestra fue de 100 pacientes seleccionados aleatoriamente de ambos géneros de la clínica del Posgrado de Ortodoncia de la FMUAQ.

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN

##### **Criterios de Inclusión:**

- Todos los pacientes de ambos géneros, que acudan a la Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ en el período de Enero 2005 a Diciembre de 2005.

##### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no tengan historia clínica completa.
- Pacientes que hubieran recibido tratamiento de ortodoncia u ortopédico previo.

Se revisaron a los pacientes así como sus historias clínicas y se vació la información en una hoja de recolección de datos (una por cada paciente).

Se anoto el sexo, la edad, la presencia o ausencia de hábitos bucales perniciosos y el tipo de maloclusión que presentó.

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSION

El presente estudio analizó la frecuencia de hábitos bucales perniciosos y su relación con maloclusiones en pacientes de la clínica de Ortodoncia de la FMUAQ. La muestra se compuso de 100 pacientes ambos géneros con una edad media de  $20 \pm 2.4$  años con un rango de 7 a 41 años.

Del total de la muestra el 34% fueron del sexo masculino y 66% del sexo femenino (Figura y Cuadro 4.1). El 43% (19 hombres y 24 mujeres) de los pacientes no presentaron ningún hábito. El 57% (15 hombres y 24 mujeres) de los pacientes presentó por lo menos uno (Figura y Cuadro 4.1). El más frecuente fue onicofagia en un 30% (17 pacientes), seguido del 29% (17 pacientes) de empuje lingual, el 14% (8 pacientes) bruxismo, el 12% (7 pacientes) respiración bucal, el 11% (6 pacientes) succión del labio y el hábito menos frecuente fue con un 2%(1 paciente) succión digital (Figura y Cuadro 4.2).

El 52% del total de la muestra se observó maloclusión clase I. El 20% de los pacientes clase II 1. El 7% de los pacientes clase II 2. El 21% de los pacientes clase III (Figura y Cuadro 4.3).

En cuanto a la distribución por género el hábito más frecuente en mujeres fue onicofagia en un 36%(15 pacientes), mientras que en los hombres empuje lingual se presentó en 27%(5 pacientes) al igual que respiración bucal en el 27%(5 pacientes) de los casos (Figura y Cuadro 4.4).

En relación con las maloclusiones se observó que en la clase I el hábito más frecuente fué onicofagia 42% (9 pacientes) en el género femenino y en el masculino el 33%(2 pacientes) bruxismo y succión del labio también con un 33%(2 pacientes) del total de la muestra (Figura y Cuadro 4.5). En la clase II – 1 el hábito que con mayor frecuencia se observó fue empuje lingual en un 50%(6 pacientes) siendo del género femenino, mientras que en los hombres no hubo una relación definida entre los hábitos y el tipo de maloclusión (Figura y Cuadro 4.6).

En la clase II-2 ningún hábito se presentó de manera preponderante (Figura y Cuadro 4.7). En la maloclusión clase III los hábitos más frecuentes en el género femenino fueron bruxismo y onicofagia ambos en un 37%( 3 casos) y empuje lingual en 75%(3 casos) de los casos del género masculino (Figura y Cuadro 4.8).

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005”**

Frecuencia de hábitos distribuidos por género	Masculino (núm. abs.)	%	Femenino (núm. abs.)	%	Total
Existe hábito	15	44%	42	64%	57
No existe hábito	19	56%	24	36%	43
Total	34	100%	66	100%	100

Cuadro 4.1 Presencia y Frecuencia de hábitos Bucales por género

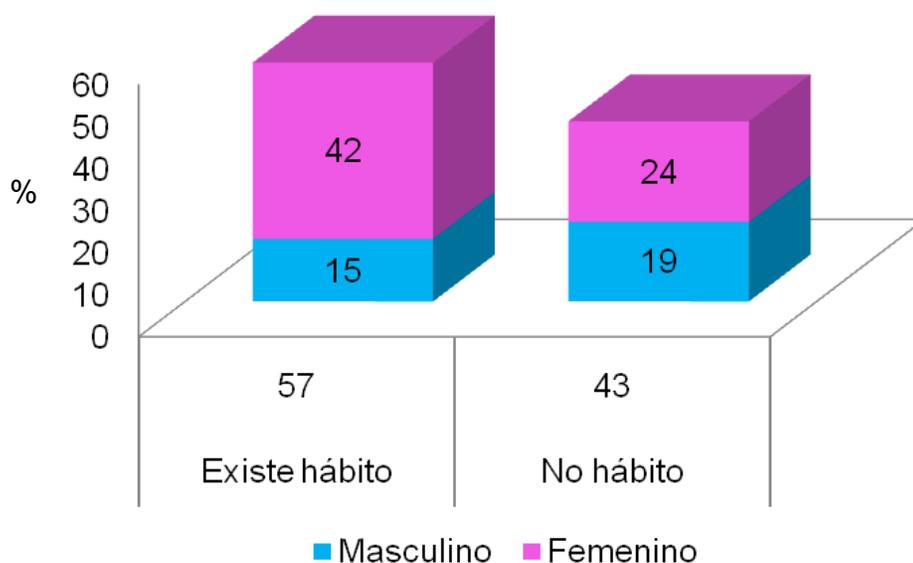


Fig. 4.1 Presencia y Frecuencia de hábitos bucales por género

N: 100

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005”**

Frecuencia de hábitos bucales perniciosos	Casos	%
Bruxismo	8	14%
Empuje lingual	17	29%
Respiración bucal	7	12%
Succión digital	1	2%
Succión del labio	6	11%
Onicofagia	17	30%
Otros	1	2%
Total	57	100%

Cuadro 4.2 Frecuencia de hábitos bucales perniciosos

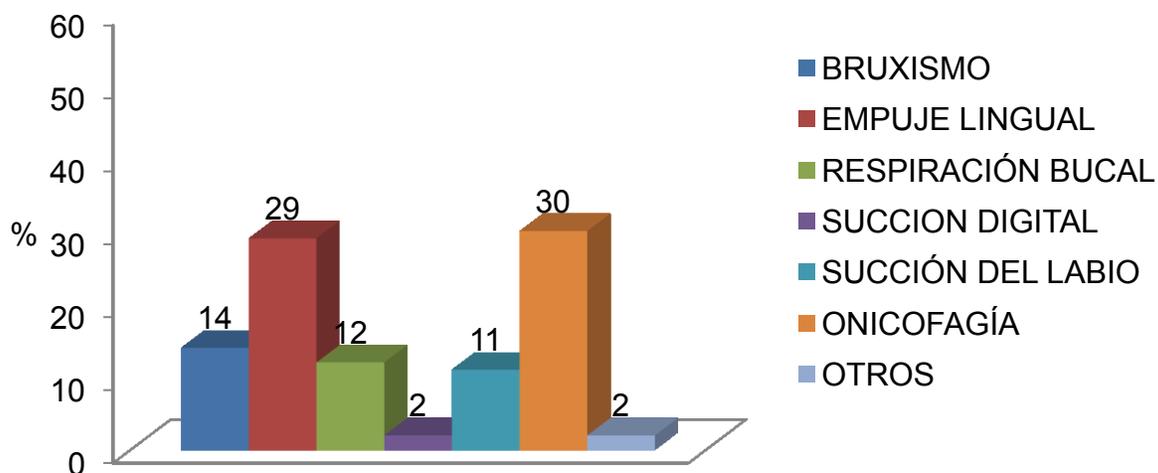


Fig. 4.2 Frecuencia de hábitos bucales perniciosos

n: 57

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005”**

Registro de maloclusiones	Casos	%
Clase I	52	52%
Clase II División 1	20	20%
Clase II División 2	7	7%
Clase III	21	21%
Total	100	100%

Cuadro 4.3 Registro de maloclusiones

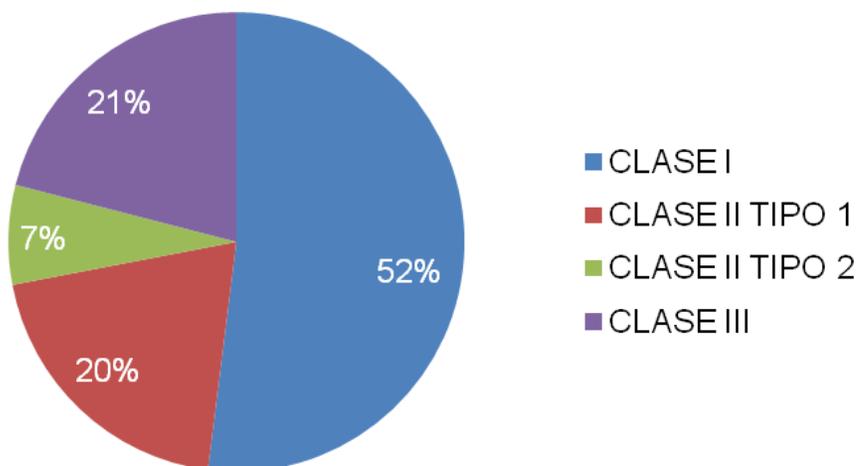


Fig. 4.3 Registro de maloclusiones

N: 100

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005”**

Frecuencia de hábitos bucales perniciosos por género	Masculino Casos	%	Femenino Casos	%
Bruxismo	3	20%	5	12%
Empuje lingual	4	27%	13	31%
Respiración bucal	2	13%	5	12%
Succión digital	0	0%	1	2%
Succión del labio	4	27%	2	5%
Onicofagia	2	13%	15	36%
Otros	0	0%	1	2%
Total	15	100%	42	100%

Cuadro 4.4 Frecuencia de hábitos bucales perniciosos por género

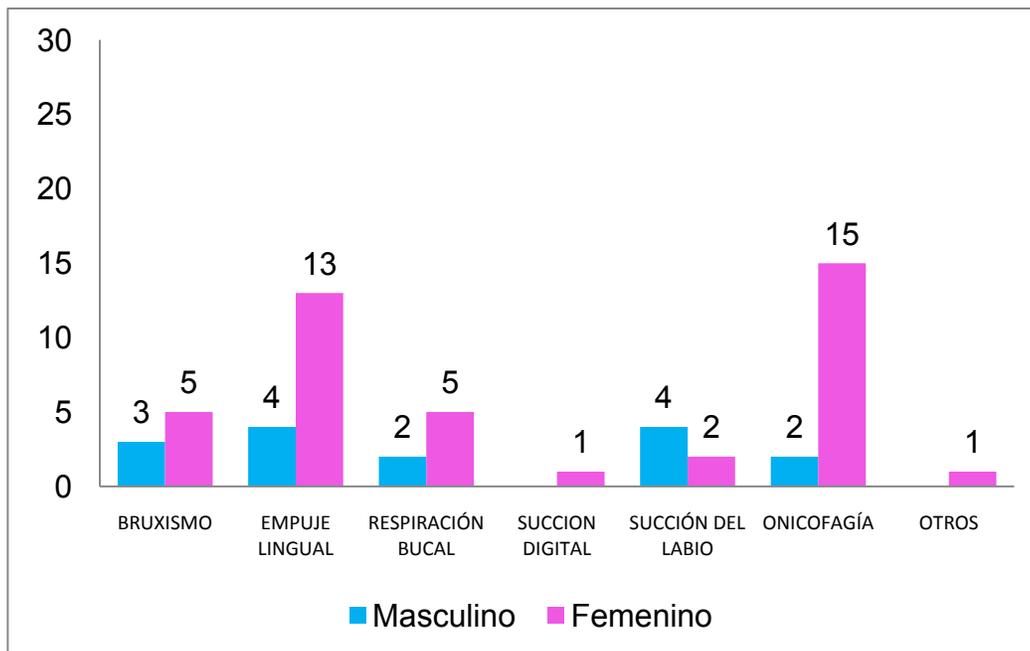


Fig. 4.4 Frecuencia de hábitos bucales perniciosos por género

n=57

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005”**

Relación entre maloclusion clase I y hábitos bucales perniciosos por género	Masculino Casos	%	Femenino Casos	%
Bruxismo	2	33%	2	10%
Empuje lingual	1	17%	6	28%
Respiración bucal	1	17%	2	10%
Succión digital	0	0%	1	5%
Succión del labio	2	33%	1	5%
Onicofagia	0	0%	9	42%
Otros	0	0%	0	0%
Total	6	100%	21	100%

Cuadro 4.5 Relación entre maloclusion Clase I y hábitos bucales perniciosos por género

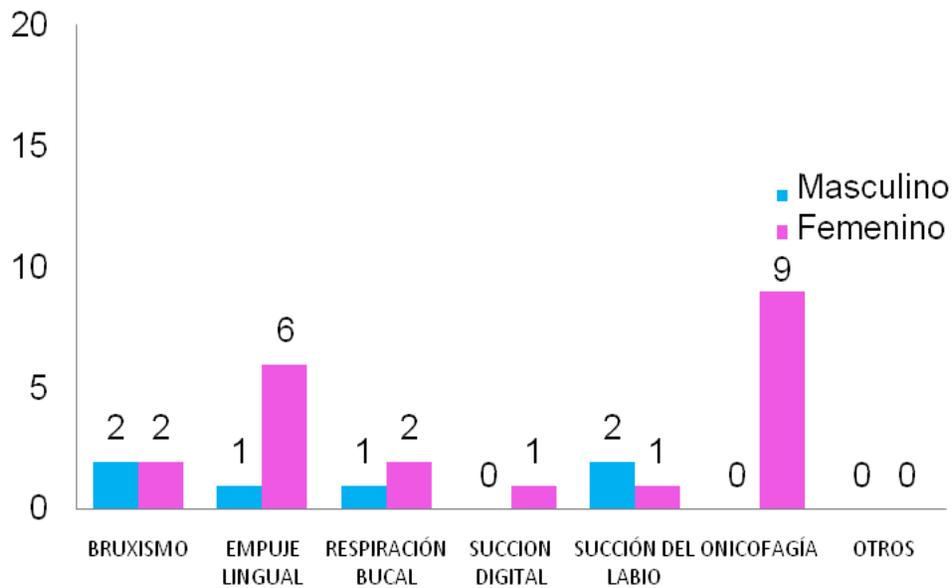


Fig. 4.5 Relación entre maloclusion Clase I y hábitos bucales perniciosos por género

n: 57

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005”**

Relación entre maloclusion clase II-1 y hábitos bucales perniciosos por género	Masculino Casos	%	Femenino Casos	%
Bruxismo	1	34%	0	0%
Empuje lingual	0	0%	6	50%
Respiración bucal	0	0%	2	17%
Succión digital	0	0%	0	0%
Succión del labio	1	33%	0	0%
Onicofagia	1	33%	3	25%
Otros	0	0%	1	8%
Total	3	100%	12	100%

Cuadro 4.6 Relación entre maloclusion Clase II - 1 y hábitos bucales perniciosos por género

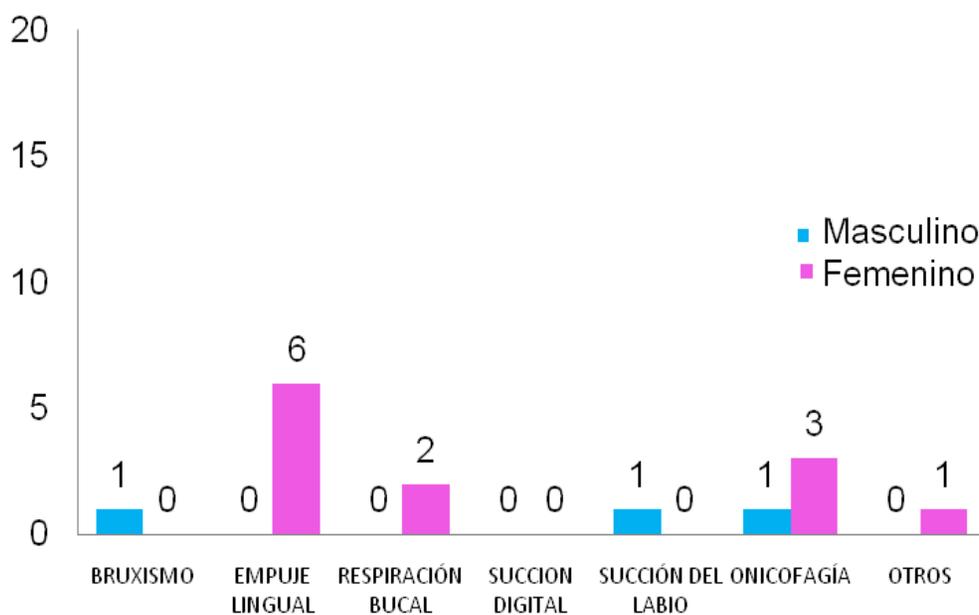


Fig. 4.6 Relación entre maloclusion Clase II - 1 y hábitos bucales perniciosos por género

n: 57

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 200”**

Relación entre maloclusion clase II-2 y hábitos bucales perniciosos por género	Masculino Casos	%	Femenino Casos	%
Bruxismo	0	0%	0	0%
Empuje lingual	0	0%	0	0%
Respiración bucal	1	50%	0	0%
Succión digital	0	0%	0	0%
Succión del labio	1	50%	1	100%
Onicofagia	0	0%	0	0%
Otros	0	0%	0	0%
Total	2	100%	1	100%

Cuadro 4.7 Relación entre maloclusion Clase II - 2 y hábitos bucales perniciosos por género

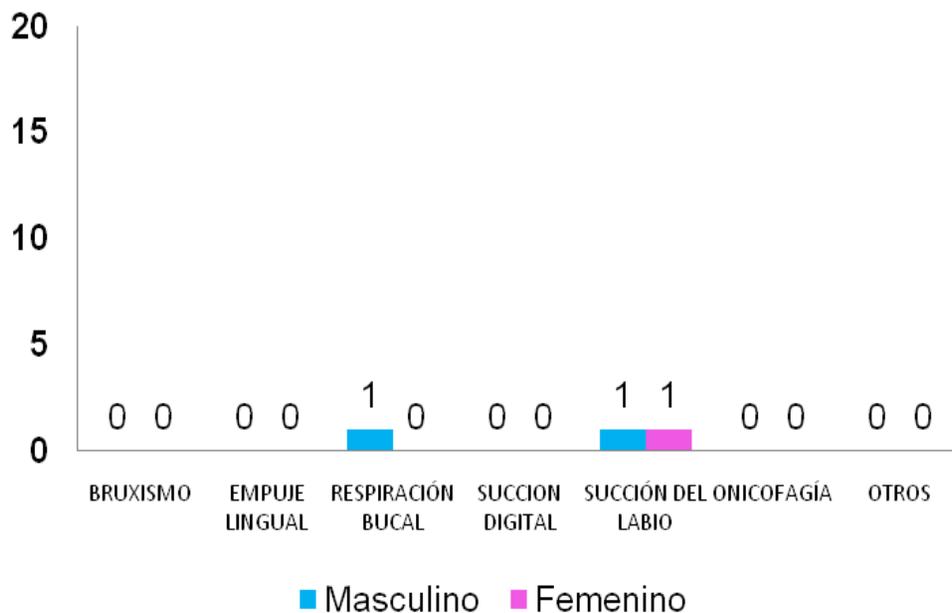


Fig. 4.7 Relación entre maloclusion Clase II - 2 y hábitos bucales perniciosos por género

n: 57

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

**“FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS Y SU RELACIÓN CON MALOCLUSIONES EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ORTODONCIA DE LA UAQ DE ENERO 2005 A DICIEMBRE 2005”**

Relación entre maloclusion clase III y hábitos bucales perniciosos por género	Masculino Casos	%	Femenino Casos	%
Bruxismo	0	0%	3	37%
Empuje lingual	3	75%	1	13%
Respiración bucal	0	0%	1	13%
Succión digital	0	0%	0	0%
Succión del labio	0	0%	0	0%
Onicofagia	1	25%	3	37%
Otros	0	0%	0	0%
Total	4	100%	8	100%

Cuadro 4.8 Relación entre maloclusion Clase III y hábitos bucales perniciosos por género

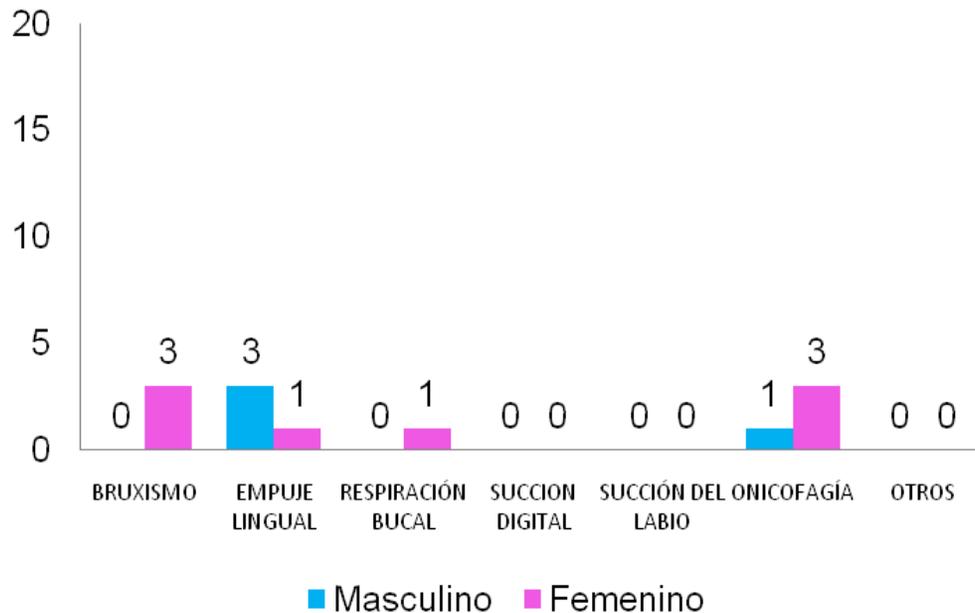


Fig. 4.8 Relación entre maloclusion Clase III y hábitos bucales perniciosos por género

n:57

Fuente: Clínica de Ortodoncia de la FMUAQ

## DISCUSIÓN

En este estudio el 57% de los pacientes estudiados tenía al menos un hábito bucal pernicioso, lo cual coincide con el 56% que menciona Blin (1967), ya que el estudio fué realizado también en 100 pacientes. Así mismo se encontró que un 76% de los pacientes que presentan hábitos bucales perniciosos pertenece al género femenino, lo cual concuerda con Montiel ME (2004), Bayardo CR (1995). Sin embargo en sus estudios mencionan únicamente una predisposición por el género femenino sin mencionar una cifra.

Se detecto que el 30% de los pacientes presentó habito de onicofagia, lo cual no concuerda con el 23% de Bayardo CR(1995), esta mínima diferencia podría ser debido al tamaño de la muestra de dicho estudio, que fué en 1600 pacientes, pero sin embargo, coincide en ser uno de los hábitos bucales perniciosos que con mayor frecuencia se presentó en ambos estudios.

El hábito de empuje lingual se observó en un 29% de los pacientes, este porcentaje tiene una diferencia muy significativa con respecto a otros autores debido a que este porcentaje puede variar desde un 7% hasta un 14% ya que el estudio fué realizado en edades tempranas.

Dentro de los hábitos estudiados encontramos que el hábito bucal pernicioso con menor frecuencia fué la succión digital con un 2%, lo cual no coincide con el 11% de Cortes B, Hurtado. Lira (2004).

En cuanto a las maloclusiones el 52% de los pacientes presentaron clase I, que no coincide con el 94% de Ponce Margarita (2001), pero si coincide en ser la que con mayor frecuencia se presentó, respecto a los otros tipos de maloclusiones no se detectó que hubiera una relación clara con los hábitos bucales perniciosos, lo cual coincide la mayoría de los autores.

Lo anterior puede ser debido a que en el estudio solamente se tomaron los tres tipos de maloclusion clase I, II, III y no, alteraciones como: mordida abierta anterior, mordida cruzada.

## CONCLUSIONES

La frecuencia de hábitos perniciosos fue del 57%.

Las mujeres presentaron mayor frecuencia de hábitos bucales perniciosos con un 74% con respecto a los hombres que fue de un 26%.

Los hábitos con mayor frecuencia fueron onicofagia (30%) y empuje lingual (29%).

No se observó una clara relación entre los hábitos bucales perniciosos y la maloclusión presentada.

## BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, Ronald, I., Lewis K. 1981. Tongue position and open-bite key roles of growth and the nasopharyngeal airway. *Journal of dentistry for children*. sep-oct. 339-342.
- Ash Major M. 1994. Anatomía dental, fisiología y oclusión. Editorial Interamericana. 407.
- Barber-Luke. 1982. Odontopediatría y ortodoncia terapéutica. Editorial Manual Moderno. México. 264-270.
- Barnett, J. 1978. Terapia Oclusal en Odontopediatría. Editorial Panamericana. 47-53.
- Benett, N.G. 1912. Report of the committee on orthodontic classification. *Oral Health*. Vol.2. 321.
- Braham-Morris 1989. Odontología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 420-423, 726.
- Dawson P. E. 1991. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales. Editorial Salvat. México. 459-465.
- Filho E. 1991. Hábitos de Succión. Manejo clínico en Odontología. Vol. 15, N°3.
- Finn S. B. 1976. "Hábitos bucales infantiles". *Odontología Pediátrica*. Editorial Interamericana. Cuarta edición. 326-337.
- Glenn G., Sinclair P. M., Alexander R. C. 1987. Non-extraction orthodontic therapy; postretment dental and skeletal stability. *American Journal Orthodontic Dentofacial Orthopedic*. 92 (4). 321-328.
- Graber T M., Swain Brainerd F. 1992. Ortodoncia Principios Generales y Técnicas. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 14-22.
- Hirschfeld L, Geiger A. 1966. Pequeños Movimientos Dentarios en Odontología General. Editorial Mundi. Buenos Aires. 41-46, 121-13.

- Houston T. 1988. Manual de Ortodoncia. Editorial Manual Moderno. México.
- Koch G., Campbell A. C. 1994. Odontopediatría Enfoque Clínico. Editorial Médica Panamericana. Venezuela. 214.
- Magnusson B. O. 1985 Odontopediatría Enfoque Sistémico. Editorial Salvat. Barcelona, España. 245.
- Mc Donald R. E., Avery David R. 1993. Odontología Pediátrica y del Adolescente. Editorial Médica Panamericana. 326, 726-732.
- Martínez Ross E., Lonngi Rojas R. 1989. Manual de Psicología para Odontólogos. Editorial Ciencia y Cultura de México. 254.
- Moyers R. E. 1992. Manual de Ortodoncia. Editorial Panamericana. Cuarta edición. 89-95.
- Pinkham J. R. 1991. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México. 316, 317.
- Planas P. 1994 Rehabilitación Neurooclusal (RNO). Editorial Masson-Salvat. Odontología. Barcelona España. Segunda edición. 109-114.
- Quiroz O. J. 1993. Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva. Editorial Actualidades Odontológicas Latinoamericana. Primera edición. Venezuela. 310-314.
- Rakosi-Jonas 1992. Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnóstico. Editorial Masson-Salvat Odontología. México. 98-100.
- Salzmann J. A., Lippincott J. B. 1957 Orthodontics Practica and Technics. Philadelphia. 321.
- Segovia D. A. 1992. Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonología “Deglución atípica”. Editorial Panamericana. Segunda edición. 57-122.
- Tenembaum L. Odontopediatría Ortodoncia Terapéutica. Editorial Mundi. Buenos Aires. 30.

Witzingírrance T. 1992. Aparatología diagnósticas, Odontología, Barcelona.  
387.

# **APENDICE**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº de expediente \_\_\_\_\_

SECCIÓN "A"

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

SECCIÓN "B"

REGISTRO DE FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS

01	02	03	04	05	06	07
----	----	----	----	----	----	----

CÓDIGO	PRESENCIA DE HÁBITO
0	No existe hábito
1	Existe un hábito
2	Existen dos hábitos
3	Existen tres hábitos
4	Existen cuatro ó más hábitos

REGISTRO DE MALOCLUSIÓN

CLASIFICACIÓN DE MALOCLUSIÓN

1	Clase I
2	Clase II División 1
3	Clase II División 2
4	Clase III
5	Sobremordida Horizontal
6	Sobremordida Vertical

REGISTRO DE HÁBITOS BUCALES

01	Bruxismo
02	Empuje lingual
03	Respiración bucal
04	Succión digital
05	Succión de labio
06	Onicofagia
07	Otros