

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS

***ASOCIACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LOS HÁBITOS DELETÉREOS
ORALES CON LA PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES
INTERARCADAS EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO
DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD INCA
GARCILASO DE LA VEGA***

PRESENTADO POR:

Bachiller Gilari Samanta Leon Ochavano

Para optar el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Asesor:

Dra. Peggy Sotomayor

LIMA – PERÚ

2020

Dedicatoria

Dedico este trabajo principalmente a mis padres por haberme dado la vida y enseñado con mucho amor y dedicación el valor de la perseverancia, responsabilidad y honestidad.

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

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

Agradecimientos

A mis padres: Aldo y Darkie, por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí, por los consejos, valores y principios que inculcaron en mí.

A mi asesora la Dra. Peggy Sotomayor por haberme brindado su invaluable apoyo, orientación, consejos y colaboración durante el proceso de elaboración de la investigación.

A los miembros del jurado por su paciencia y acertadas sugerencias para mejorar la presente investigación.

A mi alma mater Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Estomatología por incentivar a los alumnos a realizar investigaciones en diversos temas de interés.

Índice de Tablas

	Pág.
N° 1 Distribución de frecuencias del género sexual.....	46
N° 2 Distribución de frecuencias de la edad.....	47
N° 3 Distribución de frecuencias de los hábitos deletéreos	48
N° 4 Distribución de la presencia de las alteraciones transversales.....	49
N° 5 Distribución de la presencia de las alteraciones verticales.....	50
N° 6 Distribución de la asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones transversales.....	51
N° 7 Distribución de la asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones transversales.....	52
N° 8 Distribución de la asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones transversales.....	53
N° 9 Distribución de la asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones verticales.....	54
N° 10 Distribución de la asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones verticales.....	55
N° 11 Distribución de la asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones verticales.....	56

Índice de Figuras

	Pág.
N° 1 Distribución del género sexual.....	46
N° 2 Distribución de la edad.....	47
N° 3 Distribución de los hábitos deletéreos	48
N° 4 Distribución de la presencia de las alteraciones transversales.....	49
N° 5 Distribución del a presencia de las alteraciones verticales.....	50
N° 6 Distribución de la asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones transversales.....	51
N° 7 Distribución de la asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones transversales.....	52
N° 8 Distribución de la asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones transversales.....	53
N° 9 Distribución de la asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones verticales.....	54
N° 10 Distribución de la asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones verticales.....	55
N° 11 Distribución de la asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones verticales.....	56

Índice

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de Tablas	iv
Índice de Figuras	v
Índice	vi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Introducción	xiv
Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación	1
1.1. Marco Teórico	1
1.1.1. Hábitos Bucales	1
1.1.1.1. Definición	1
1.1.1.2. Etiología	2
1.1.1.3. Tipos de Hábitos Bucales	3
1.1.2. Maloclusiones Dentales	9
1.1.2.1. Definición	9
1.1.2.2. Etiología de la Maloclusión	9
1.1.2.3. Etiología de la Maloclusión en Dentición Mixta	10
1.1.2.4. Clasificación	16

1.1.2.5. Tipos de Arco según Baume	22
1.1.2.6. Diagnóstico de Maloclusiones	23
1.2. Investigaciones	25
1.3. Marco Conceptual.....	28
Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables	30
2.1. Planeamiento del Problema	30
2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática	30
2.1.2. Definición del Problema	31
2.1.2.1. Problema Principal	31
2.1.2.2. Problemas Específicos.....	31
2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación.....	32
2.2.1. Finalidad	32
2.2.2. Objetivo General Y Específicos	32
2.2.2.1. Objetivo General	32
2.2.2.2. Objetivos Específicos.....	33
2.2.3. Delimitación del Estudio	33
2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio.....	34
2.3. Hipótesis y Variables	34
2.3.1. Hipótesis Principal y Específicas	34
2.3.2. Variables e Indicadores	35
Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos.....	36
3.1. Población y Muestra	36

3.2 Diseño Utilizado en el Estudio.....	37
3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	37
3.4 Procesamiento de Datos	38
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados	40
4.1. Presentación de los Resultados.....	40
4.2. Contratación de Hipótesis	51
4.3. Discusión de los Resultados	55
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....	59
5.1. Conclusiones	59
5.2. Recomendaciones	60
Bibliografía.....	61
Anexos.....	65

Resumen

Un hábito bucal constituye unas de las principales causas de una mala formación de los dientes, que puede ser adquirido de forma consiente e inconsciente, los hábitos bucales no determinan una edad específica en donde se pueda manifestar, si el hábito persiste en el tiempo puede tener alteraciones dentomaxilares. El objetivo fue determinar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con la prevalencia de las alteraciones interarcadas en niños de 8 a 12 años en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El estudio se ejecutó en una muestra conformada por 100 casos. En la ficha AdHoc se evaluó la presencia de hábitos deletéreos de los cuales eran la succión digital, onicofagia y la succión labial y la presencia de alguna alteración vertical. En el estudio la succión labial no estaba asociada con las alteraciones transversales ($P=0.888$) pero se demostró que la onicofagia presentó un mayor porcentaje con un 56%. En el estudio de la succión digital con las alteraciones verticales registro un $pV=0.030$ estadísticamente significativa en comparación a la succión labial que presentó el 85 % con un $pV=0.529$ estadísticamente no significativa. La variable onicofagia se presentó en el 77% de los pacientes, pero no presentaban algún tipo de alteración vertical. Conclusiones: El 80% de los pacientes atendidos presentaron un hábito deletéreo. La mordida cruzada anterior junto con la mordida bis a bis fueron lo más prevalentes. El hábito más prevalente en la muestra fue la presencia de onicofagia con 60%.

Palabras Clave: Hábitos Deletéreos, Succión Digital, Succión Labial, Onicofagia, Alteración Interarcada.

Abstract

An oral habit is one of the main causes of poor tooth formation, which can be acquired consciously and unconsciously, oral habits do not determine a specific age where it can manifest itself, if the habit persists over time it may have dentomaxillary alterations. The objective was to determine the association of the frequency of oral deleterious habits with the frequency of the interarchy alterations in children aged 8 to 12 years in the Children's Clinic of the Faculty of Stomatology of the Inca Garcilaso de la Vega University. The study was executed in a sample made up of 100 cases. In the Ad-Hoc file, the presence of deleterious habits of which digital suction, onychophagy and labial suction and the presence of some vertical alteration are evaluated. In the study, labial suction was not associated with transverse alterations ($P = 0.888$) but it was shown that onychophagy had a higher percentage with 56%. In the study of digital suction with vertical alterations, a statistically significant $pV = 0.030$ was registered compared to labial suction that showed 85% with a statistically non-significant $pV = 0.529$. The onychophagy variable is found in 77% of patients but they did not present some type of vertical alteration. Conclusions: 80% of patients treated patients a deleterious habit. The anterior cross bite along with the bis a bis bite were the most prevalent. The most prevalent habit in the sample was the presence of onychophagy with 60%.

Keywords: Deleterious Habits, Digital Suction, Labial Suction, Onychophagy, Interarchy Alteration.

Introducción

Desde los inicios de la odontología aparecen, se daban a la idea de la importancia de la posición de los dientes en la estética de la boca. Tiempo después se pudo ver la ventaja de desplazar el diente lentamente por procedimientos mecánicos. Así se manifiesta en el célebre libro del francés Fauchard (1728), donde bajo el título Tratamiento de las Irregularidades Dentarias se recogen los inicios de los aparatos ortodónticos que buscaban mejorar la estética y visualización de los dientes; y fue en ese momento donde se inicia la era moderna, donde sus bases teóricas y fundamentos serien definidos por John Hunter (1778) en su obra Tratado Práctico de las Enfermedades de los dientes.⁽¹⁾

Un hábito bucal constituye unas de las principales causas de una mala formación de los dientes, que puede ser adquirido de forma consiente e inconsciente, los hábitos bucales no determinan una edad especifica en donde se pueda manifestar, si el hábito persiste por mucho tiempo puede tener alteraciones dentomaxilares causando anomalías. Los hábitos bucales pueden ocasionar el mal desarrollo de la cavidad oral, originando un estado de desequilibrio entre las musculaturas externas e internas, los hábitos bucales se pueden presentar en caso de la falta de atención de los padres a los niños, falta de madurez emocional.^(1,2)

Los hábitos fisiológicos son los que se forman con el individuo de manera normal tales como la respiración nasal, deglución, movimientos corporales. Mientras que los hábitos no fisiológicos son aquellos causantes de las maloclusiones, provocando deformaciones dento-esqueléticas, tiene mayor afecto según la edad en donde se da inicio, cuando menor es la edad, mayor es el daño ya que hueso se está formando y tiene una mayor capacidad de

moldearse. Si el hábito no fisiológico se llega a eliminar a tiempo, el problema puede corregirse.^(1,2)

Clasificar a la maloclusión es de suma importancia en el diagnóstico clínico, pues con ello podemos elaborar lo que el paciente pueda tener, además podemos conllevar a un plan de tratamiento. La maloclusión se clasifica en tres planos importantes que son: anteroposterior, vertical y transversal, sabemos que la maloclusión no solo afecta a la posición de los dientes, sino que a su vez afecta a todo el aparato estomatológico.^(1,2)

El propósito del estudio fue determinar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con las alteraciones interarcadas en niños de la Clínica del niño de la facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018, asimismo determinar la asociación de la frecuencia de hábitos deletéreos orales con el tipo de alteraciones transversales y de tipo de alteraciones verticales en niños de la clínica del niño de la facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018.

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Hábitos Bucales

1.1.1.1. Definición

Un hábito bucal constituye una de las principales causas de una mala formación de los dientes, que puede ser adquirido de forma consciente e inconsciente, los hábitos bucales no determinan una edad específica en donde se pueda manifestar, si el hábito persiste por mucho tiempo puede tener alteraciones dentomaxilares causando anomalías. Los hábitos de presión irregular que interfieren con el guía normal de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos regulares que se desean, las consecuencias de una presión no adecuada pueden reflejarse en un crecimiento irregular y en las malas posiciones dentarias, hábitos deficientes de respiración, dificultades para hablar y problemas psicológicos.⁽³⁾

Estos hábitos son adquiridos a edades tempranas del niño debido a la inmadurez del sistema neuromuscular pero estos desaparecen alrededor de los cuatro años, en la consulta especializada si el odontólogo no tiene los suficientes conocimientos sobre ortodoncia puede provocar una discontinuidad brusca de un hábito que estuvo activo por mucho tiempo y esto puede causar una gran predominio psicológico sobre el niño, dentro de estos hábitos de puede encontrar la succión digital, mal posición lingual, interposición lingual, interposición labial, succión labial, respiración bucal.⁽³⁾

1.1.1.2. Etiología

Los hábitos bucales pueden ocasionar el mal desarrollo de la cavidad oral, produciendo un desequilibrio entre las musculaturas externas e internas, los hábitos bucales se pueden presentar en caso de la falta de atención de los padres a los niños, falta de madurez emocional.⁽⁴⁾

Etiológicamente los hábitos deletéreos se clasifican en:⁽⁵⁾

- **Instintivo**

Como el hábito de succión, que en un principio se da de manera funcional pero que con el tiempo si persiste se vuelve perjudicial.⁽⁵⁾

- **Placenteros**

Algunos hábitos se vuelven placenteros, como por ejemplo la succión digital.⁽⁵⁾

- **Defensivos**

Como en pacientes con enfermedades sistémicas como el asma, rinitis, etc.

La respiración bucal lo toma como un hábito defensivo frente a estos.⁽⁵⁾

- **Hereditarios**

Algunas malformaciones congénitas pueden provocar un hábito concomitante a dicha malformación, como frenillos linguales cortos.⁽⁵⁾

- **Adquiridos**

La fonación nasal en fisurados, a pesar de ser intervenidos quirúrgicamente, principalmente en golpes glóticos.⁽⁵⁾

- **Imitativos**

Posición la lengua al hablar y gestos de los familiares provocan que los niños imiten esas actitudes.⁽⁵⁾

1.1.1.3. Tipos de Hábitos Bucales

Deglución Atípica

Corresponde a la actividad inapropiada de la lengua al momento de hacer la deglución, la deglución atípica puede ser una causa de la creación de una mordida abierta y a su vez mantener el hábito de chuparse el dedo que puede ser la causa principal de una maloclusión, se caracteriza por:⁽⁶⁾

- Al inicio de la deglución la lengua se coloca entre los incisivos superiores e inferiores y hacen contacto con el labio inferior.⁽⁶⁾
- En reposo existe un movimiento anterior de la lengua con la mandíbula y la punta entre los dientes anteriores.⁽⁶⁾

La etiología de la deglución atípica se puede deber a amígdalas hipertróficas, macroglosia y a la extracción temprana de dientes deciduos. Y como consecuencias de una deglución atípica tenemos, mordida abierta en la zona anterior, incisivos superiores protruidos, incompetencia labial, labio superior hipotónico.⁽⁶⁾

La deglución atípica también presenta dos tipos los cuales son:⁽⁷⁾

- Deglución atípica con interposición labial: En este caso los labios no están en contacto, en posición de descanso no existe contacto labial, cuando hay deglución la mandíbula se coloca hacia atrás para conseguir la oclusión y el labio inferior se coloca más atrás de los incisivos.⁽⁷⁾
- Deglución con presión atípica de la lengua: En este caso los dientes no están en contacto, la lengua se interpones entre los molares y premolares, la interposición de la lengua produce la mordida abierta anterior o lateral.

La deglución atípica se puede clasificar según Vellini en cuatro:⁽⁷⁾

- Tipo I: no genera presencia de alteración, no hay mordida abierta anterior o posterior.⁽⁷⁾
- Tipo II: presenta mordida abierta anterior.⁽⁷⁾
- Tipo III: hay presencia de una mordida anterior posterior.⁽⁷⁾
- Tipo IV: hay presencia de una mordida anterior y posterior.⁽⁷⁾ El tratamiento para la deglución atípica se aplica la terapia miofuncional, en donde realiza ejercicios para eliminar el hábito y fijar nuevos. Existe variedad de dispositivos ortodóntico entre ellas están, los restrictores y los estimuladores.⁽⁷⁾

Succión Digital

Es un hábito deformante que consiste en la introducción de tres o más dedos, este acto debe ser interrumpido antes de que provoque algún daño en la cavidad oral, esto está relacionado a la posición del dedo o de la mandíbula durante la succión y la frecuencia en cómo se realice. Dentro de ello podemos encontrar:⁽⁸⁾

- Activo: Hay una mayor actividad de los músculos durante la succión y si este hábito persiste con el tiempo, se verá afectada la dentición permanente y la forma de la mandíbula.⁽⁸⁾
- Pasivo: El niño coloca su dedo en la boca, pero no produce fuerza en los dientes y en la mandíbula, por lo que este hábito no genera cambios esqueléticos.⁽⁸⁾

La succión muchas veces puede ser ocasionada por situaciones como la ansiedad, inseguridad, fatiga o aburrimiento, está considerado normal hasta los tres o cuatro años, una vez que se sigue presentando en el intervalo de esas edades es considerado como un hábito que puede conllevar a una maloclusión.⁽⁹⁾

Tipos de hábitos de succión digital

- a) Succión del pulgar: puede producir un vacío en la cavidad oral, dando como consecuencia una mordida abierta.⁽⁹⁾
- b) Succión de otros dedos: puede producir una retroinclinación de los incisivos anteroinferiores a su vez depende de la intensidad de succión o la introducción de todos los dedos.⁽⁹⁾

Consecuencias

La succión digital trae como consecuencia alteraciones en la cavidad oral tales como, mordida abierta anterior provocada por el dedo pulgar, durante la deglución la colocada hacia adelante provocando una deglución atípica, presencia de diastemas, la estabilidad del hueso alveolar perjudicada, deformación de los dedos e incompetencia labial.⁽⁹⁾

Tratamiento

La indicación del tratamiento va depender de la edad del niño, la capacidad y cooperación, la severidad del hábito. Los tratamientos para estos problemas dentales se pueden clasificar en tres categorías:⁽⁹⁾

1. Tratamiento psicológico.⁽⁹⁾
2. Utilización de dispositivos ortodónticos.⁽⁹⁾
3. Tratamiento miofuncional.⁽⁹⁾

Según el uso de dispositivos ortodónticos se puede clasificar en:⁽⁹⁾

- Aparatología Removible (miofuncionales).⁽⁹⁾
- Aparatología Fija (restrictivos).⁽⁹⁾

En el ámbito de la odontología pediátrica existen alternativas sobre el tipo de tratamiento del hábito de succión digital. Pues lo más utilizados y muy conocidos son los arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.⁽⁹⁾

Succión de Chupete

Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente y empieza en los 6 primeros meses de vida. En la mayoría de países los niños reemplazan la succión digital por este hábito, ya que es aceptado socialmente generando su prolongación y por ende alteraciones de las interarcadas.⁽¹⁰⁾

Hay muchas especulaciones sobre la edad en que se debe retirar el chupete, se han realizado estudios en donde sugieren que los padres deben reducir el tiempo de chupete al niño para así disminuir el peligro de malposiciones dentarias ya que al darle fin a los hábitos entre los 2 o 3 años de edad no causarían alteraciones en la dentición decidua, pero si se utiliza los chupetes después de los 3 años de edad causarían efectos nocivos durante el desarrollo de la dentición y si perdura más de los 5 años de edad los efectos podrían ser más graves. Los niños que usan chupetes no tienden a recurrir a la succión digital.⁽¹⁰⁾

Los efectos nocivos de la succión de chupetes son el aumento del ancho mandibular, disminución del ancho maxilar, la reducción del riesgo de síndrome de muerte súbita, mordida abierta anterior por la interferencia en los crecimientos alveolares.⁽¹⁰⁾

Succión Labial

Es un hábito nocivo de morderse los labios, en donde hay un resalte de los incisivos superiores. En muchos casos la constante interposición del labio inferior entre ambos incisivos da como resultado una protrusión superior, la mayoría de estos pacientes presentan un marcado overjet. Aparece frecuentemente la succión del labio inferior, aunque se han reportado casos de hábitos de mordisqueo en el labio superior. Debido a la interposición labial repetente entre los incisivos genera la lingualización de los incisivos inferiores y protrusión de los incisivos superiores.⁽¹⁰⁾

Respiración Bucal

En la respiración bucal se produce la inspiración y expiración, el aire pasa a la cavidad bucal y como consecuencia produce el aumento del aire intrabucal, el paladar se profundiza ya que este no pasa por la cavidad nasal, este deja de penetrar en los senos maxilares y por consiguiente se vuelven atrésicos. El paciente tiene un aspecto de cara larga. La postura de los maxilares, la lengua y de la cabeza se ven alterados por la respiración bucal como consecuente afectando la relación intermaxilar y de las interarcadas. La respiración bucal se debe a una obstrucción funcional o anatómica donde existe la presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos o el tabique desviado y por consecuencia se convierte en un hábito nocivo.⁽¹¹⁾

Etiología de la respiración bucal

- Adenoides Hipertrófico.⁽¹¹⁾
- Amígdalas palatinas hipertróficas.⁽¹¹⁾
- Rinitis Alérgicas.⁽¹¹⁾
- Desviación del tabique nasal.⁽¹¹⁾

Características faciales y dentarias de la respiración oral

- Facie Adenoides (cara larga).⁽¹¹⁾
- Paladar alto u ojival.⁽¹¹⁾
- Retrognatismo del maxilar inferior.⁽¹¹⁾
- Labio superior corto e hipotónico.⁽¹¹⁾
- Vestibuloversión de incisivos superiores.⁽¹¹⁾
- Maxilar superior estrecho.⁽¹¹⁾
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.⁽¹¹⁾

Tratamiento de la respiración oral

- Tratamiento quirúrgico por la causa de una obstrucción nasal.⁽¹¹⁾
- Interconsulta con un especialista otorrinolaringólogo.⁽¹¹⁾

- Interconsulta con el fonoaudiólogo para que el paciente aprenda a respirar de forma correcta.⁽¹¹⁾
- Dispositivos ortodónticos.⁽¹¹⁾

Hábito de postura

Estos hábitos generalmente se instalan en los primeros meses de vida, el niño se acostumbra a dormir de un solo lado y en algunos casos el niño coloca su mano entre el rostro y la almohada, ejerciendo una presión lateral del maxilar superior.⁽¹¹⁾

A medida que el niño crece con este hábito de postura, al ejercer siempre la misma presión de un solo lado del rostro, se desarrolla en el niño una alteración que es la mordida cruzada posterior unilateral.⁽¹¹⁾

Los efectos que causan los hábitos de postura en la oclusión dentaria son:

- Mordida cruzada posterior unilateral, sin desvío de línea media conocida como mordida cruzada posterior verdadera.⁽¹¹⁾
- Desvío de la línea media conocida como mordida cruzada posterior unilateral falsa o funcional.⁽¹¹⁾

Se deben realizar medidas preventivas como cambiar de posición al niño cuando duerme, también se puede ayudar con el uso de aparatos como la placa de Hawley con rejilla vestibular que permitirá que el niño no apoye la cabeza en la mano o sobre el brazo ya que presionara su carrillo sobre este.⁽¹¹⁾

Onicofagia

La onicofagia está presente en los cuadros de ansiedad y estrés, cuando el hábito de la onicofagia se agrava, puede existir algún efecto como tener hambre, aburrimiento o inactividad, la onicofagia no provoca problemas de oclusión, ya que solo ejerce una presión en el eje del diente, algunos autores manifiestan que la onicofagia trae problemas como el desarrollo de la cara y

que a su vez depende de la frecuencia o intensidad pueda tener una deglución atípica, se puede observar que en algunos casos puede existir intrusión de los dientes en especial los incisivos superiores.⁽¹²⁾

Consecuencias

La onicofagia trae consecuencias como el desgaste en los dientes y en el esmalte, por el constante ingreso de la uña a los incisivos, también produce pequeñas heridas en los dedos lo cual es un foco infeccioso para el ingreso de las bacterias.⁽¹²⁾

Tratamiento

La corrección para la onicofagia es que el paciente muerda el mordedor de goma, por un promedio de 5 minutos sin dejar de hacerlo, siempre y cuando el paciente manifieste que tiene necesidad de morderse las uñas. También se le pide que cuando se sienta ansioso, coja el mordedor en un promedio de cinco a diez minutos aproximadamente.⁽¹²⁾

1.1.2. Maloclusiones Dentales

1.1.2.1. Definición

La Según Angle dijo que consideraba a la maloclusión como una enfermedad que afecta al aparato estomatognático. Dio la primera definición acerca de una oclusión normal, diciendo que la cúspide mesiobucal de la primera molar superior ocluyera en el surco vestibular entre la cúspide mesio y distobucal de la primera molar inferior.⁽¹³⁾

1.1.2.2. Etiología de la Maloclusión

Las maloclusiones etiológicamente son de origen multifactorial, en donde hay tres factores principales: ⁽¹⁴⁾

Factores extrínsecos

En estos casos, la contención debe ser más prolongada llegando a veces a ser permanente. Dentro de este tenemos, ambiente metabólico o enfermedades predisponentes, factores hereditarios, hábitos y presiones anormales, medio ambiente, molestias o deformidades congénitas, postura, problemas dietéticos, accidentes y traumatismos.⁽¹⁴⁾

Factores locales

Están relacionados directamente con la cavidad oral y que son controlables por el odontólogo. Estos factores deben ser detectados y eliminados, para que la corrección sea exitosa y no haya recidivas. Dentro de este tenemos a las anomalías de forma, anomalías del número, anomalías del tamaño, anquilosis, caries dental, erupción tardía de los dientes permanentes, frenillos labiales, pérdida prematura de dientes deciduos, retención prolongada de dientes deciduos, vía de erupción anormal, restauraciones dentales inadecuadas.⁽¹⁴⁾

Factores sistémicos

- Metabolismo defectuoso.⁽¹⁴⁾
- Enfermedades y trastornos constitucionales.⁽¹⁴⁾
- Funcionamiento anormal de las glándulas de secreción interna.⁽¹⁴⁾

1.1.2.3. Etiología de la Maloclusión en Dentición Mixta

Se conoce como dentición mixta, cuando hay presencia de dientes deciduos y dientes permanentes, esta dentición se observa a partir de los 6 hasta los 12 años de edad.⁽¹⁵⁾

Es un tiempo de sumo interés e importancia en el origen de las anomalías de a oclusión ya que en estos años se debe de realizar una serie de pasos

difíciles procesos que llevan al cambio de la dentición decidua por la dentición permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva, desde el punto de vista odontológico existen dos aspectos importantes en el tiempo de la dentición mixta:⁽¹⁵⁾

- La utilización del perímetro del arco.⁽¹⁵⁾
- Cambios adaptivos en la oclusión que ocurren durante el cambio de una dentición a otra. Utilización del perímetro del arco.⁽¹⁵⁾

Análisis en dentición decidua

El análisis en la dentición temporal nos va permitir predecir la oclusión en la dentición permanente, los cambios anteroposteriores que se produzcan durante la dentición temporal y permanente van a hacer importantes para un tratamiento de ortodoncia temprana. Es por ello que vamos a analizar las siguientes características que presenta la dentición decidua:⁽¹⁶⁾

- **Espacios primates**

Son espacios comunes e importantes en la dentición decidua, ya que es un signo importante para el desarrollo favorable de la oclusión permanente ya que van a preservar el espacio para la erupción de los incisivos permanentes, estos espacios se presentan por distal del canino temporal inferior y por mesial del canino temporal superior.^(17,18)

- **Espaciamiento**

Son pequeños espacios interdientales que se van a presentar entre diente y diente y que están situados frecuentemente entre los incisivos, molares y que son más notorios en caninos.^(17,18)

- **Relación incisal: horizontal y vertical**

Dentro de esta tenemos el Overbite y Overjet, el valor normal del Overbite es de 1.5mm el 80% de los casos.^(17,18)

Tanto el Overbite como el Overjet están asociados directamente con el desarrollo esquelético tanto en sentido anteroposterior como vertical y que van a presentar variaciones a causa de agentes ambientales.^(17,18)

- **Espacios fisiológicos**

Son espacios que compensan la diferencia mesio-distal entre los dientes deciduos y permanentes, estos espacios se van a ubicar en distal del incisivo lateral y mesial del canino superior y en inferiores por distal del canino y mesial del primer molar también lo ubicaremos en incisivos superiores e inferiores.^(17,18)

- **Línea media**

Generalmente coincide la línea media, aunque a veces se observan pequeñas desviaciones, sin significado clínico, debido a los movimientos de los incisivos que presentan diastemas normales.^(17,18)

- **Relación radial posterior**

Es la relación de las molares en el plano horizontal con las superiores más hacia vestibular que los inferiores.^(17,18)

- **Plano oclusal**

Presenta un plano horizontal, sin curvas. La proyección de los ejes axiales de los dientes deciduos son relativamente rectos, sobre todo en la región de las molares, debido a esto las fuerzas oclusales no tienen un vector anterior y la oblicuidad se va dar solamente en los incisivos.^(17,18)

- **Análisis del espacio dentario**

Este análisis va a comparar el espacio disponible con el tamaño de los dientes permanentes para su futura erupción, dentro de este tenemos:

- **Longitud del arco**

Una longitud es adecuada cuando existe suficiente espacio en el perímetro del arco para la erupción de los dientes sin que haya apiñamiento, excesiva protrusión dentaria o proceso dentoalveolar. Este espacio se va a medir desde la cara distal del segundo molar deciduo y va a pasar por encima de los puntos de contacto y bordes incisales hasta llegar al lado distal opuesto en la arcada, cuando no hay estos espacios hablamos de discrepancias entre la longitud del arco y tamaño de los dientes.^(17,18)

Cambios en las dimensiones de los arcos

Dimensiones Transversales

- **Distancia intercanina**

También llamado ancho intercanino es la distancia entre las puntas de los caninos deciduos de ambos lados en línea recta. Cuando los caninos están desgastados se toman como referencia el centro de la faceta. Sin embargo, Baume toma de preferencia como referencia el margen cervical por estar menos propenso a los cambios de desgaste.⁽¹⁹⁾

Según Baume, los arcos dentarios en esta dimensión no sufren cambios entre los 3 y 6 años de edad y que esta distancia es suficiente para la erupción futura de los 4 incisivos permanentes, y se incrementa a 3mm durante la emergencia de los incisivos superiores e inferiores permanentes, posteriormente este crecimiento provoca el ensanchamiento del maxilar superior e inferior. Sin embargo, esta dimensión puede sufrir cambios por la influencia ambiental.⁽²⁰⁾

- **Distancia intermolar**

Esta distancia se toma entre las cúspides mesiovestibular de los segundos molares deciduos. Sin embargo, Baume realiza una medición en milímetros a nivel del margen gingival entre los dos molares deciduos en vez de tomar como referencia las cúspides.⁽¹⁹⁾

Dimensiones sagitales

- **Longitud o profundidad del arco**

Se toma como medida la distancia de dos tangentes:⁽²¹⁾

1. El aspecto más labial de los incisivos en su punto medio.⁽²¹⁾
2. Superficie distal de la corona de las segundas molares deciduas.⁽²¹⁾

En la clínica de preferencia se utiliza la circunferencia y la mitad de este es considerada la longitud del arco y los cambios que se presentes en la longitud del arco son reflejos marcados de los cambios del perímetro.⁽²¹⁾

- **Circunferencia o perímetro del arco**

Se dice que la longitud de esta dimensión disminuye desde los 2 años y medio cuando erupcionan los dientes deciduos hasta los 6 años cuando erupciona la primera molar permanente, por la mesialización de los segundos molares deciduos y que se va marcar más en el maxilar inferior que en superior.⁽²¹⁾

Relaciones verticales

Generalmente los incisivos deciduos son casi perpendiculares al plano oclusal con una ligera sobremordida. Esta sobremordida es normal cuando los incisivos superiores cubren un tercio de la corona de los incisivos inferiores, cuando esta sobremordida es excesiva se sospecha de una alteración en el plano vertical. Cuando los caninos y molares deciduos están desgastados, a los 5 años hay una leve sobremordida y desplazamiento horizontal.⁽²²⁾

Este grado de sobremordida en la dentición decidua es un factor importante ya que de ello va depender la sobremordida en la dentición permanente, cuando la sobremordida es excesiva el pronóstico va a ser desfavorable, es por ello que la magnitud va depender del crecimiento mandibular hacia adelante y esto se va a dar en tres periodos diferentes:⁽²²⁾

1. En la erupción de los caninos deciduos cuando determinan aparentemente el grado de sobremordida en dentición decidua.⁽²²⁾
2. En la erupción de los incisivos permanentes, los cuales regulan el grado de sobremordida en dentición mixta.⁽²²⁾
3. En la erupción de caninos y premolares permanentes quienes definirán el grado de sobremordida permanente.⁽²²⁾

Establecimiento de la normalidad en dentición decidua

Cuando ya erupcionaron todos los dientes deciduos se van a observar tres características principalmente:⁽²³⁾

- **Relación incisal**

La sobremordida puede estar aumentada y el borde incisal de los incisivos inferiores contacta con el cingulo de los incisivos superiores en el cierre de los arcos dentarios.⁽²³⁾

- **Relación canina**

La cúspide del canino superior ocluye en el punto de contacto entre el canino deciduo y primera molar inferior decidua.⁽²³⁾

- **Relación molar**

El crecimiento mandibular va a hacer un factor determinante para que se establezca una relación molar de clase I.⁽²³⁾

Cuando la mandíbula no se adelanta, antes de la erupción, el primer contacto oclusal de las molares deciduas se va establecer en relación de clase II, este retraso del adelantamiento de la mandíbula se va deber a factores:⁽²³⁾

- Patrón y ritmo de crecimiento de la mandíbula.⁽²³⁾
- Presencia de hábitos como succión y respiración.⁽²³⁾

Estos factores van a promover el adelantamiento del maxilar o el retraso del desarrollo de la mandíbula.⁽²³⁾

1.1.2.4. Clasificación

La clasificación de la maloclusión es muy importante en el diagnóstico, pues con ello podemos elaborar lo que el paciente pueda tener, además podemos conllevar a un plan de tratamiento. La maloclusión se clasifica en tres planos importantes que son: anteroposterior, vertical y transversal, sabemos que la maloclusión no solo afecta a la posición de los dientes, sino que a su vez afecta a todo el aparato estomatológico.⁽²⁴⁾

Clasificación de Angle (Anteroposterior)

Angle dividió las maloclusiones en tres categorías.⁽²⁴⁾

- **Clase I:**

En esta clase existe una relación anteroposterior normal entre ambos arcos superior e inferior, la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior ocluye en el surco mesiovestibular de la primera molar inferior. Estos pacientes pueden presentar características como giroversiones, apiñamiento, diastemas, protrusiones dentales o biprotrusiones, son mesofaciales frecuentemente, perfil recto frecuentemente, plano mandibular normal.⁽²⁴⁾

- **Clase II:**

Aquí el surco mesiovestibular de la primera molar permanente inferior se encuentra hacia distal con relación a la cúspide mesiovestibular de la primera molar superior. La clase dos tiene dos divisiones.⁽²⁴⁾

Clase II división 1:

- ✓ Incisivos superiores se encuentran vestibularizados.⁽²⁴⁾
- ✓ Un overjet aumentado.⁽²⁴⁾
- ✓ Arco superior tiene forma triangular con una presencia de un paladar profundo u ojival.⁽²⁴⁾
- ✓ Mordida abierta anterior.⁽²⁴⁾
- ✓ Son dolicofaciales.⁽²⁴⁾
- ✓ Perfil convexo.⁽²⁴⁾
- ✓ Plano mandibular se encuentra aumentado.⁽²⁴⁾

Clase II división 2:

- ✓ Incisivos centrales palatinizados.⁽²⁴⁾
- ✓ Overjet disminuido.⁽²⁴⁾
- ✓ Arco en forma cuadrada.⁽²⁴⁾
- ✓ Patrón neuromuscular hipertónico.⁽²⁴⁾
- ✓ Braquifacial.⁽²⁴⁾
- ✓ Plano mandibular disminuido.⁽²⁴⁾
- ✓ Perfil facial ligeramente convexo y recto.⁽²⁴⁾

- **Clase III:**

El surco vestibular de la primera molar inferior está por mesial de la cúspide mesiovestibular de la primera molar inferior. Estos pacientes tienen características como:⁽²⁴⁾

- ✓ Perfil cóncavo.⁽²⁴⁾

- ✓ Labio inferior protruido.⁽²⁴⁾
- ✓ Pueden ser dolicofaciales, braquifaciales o mesofaciales.⁽²⁴⁾

Maloclusiones Verticales

Las maloclusiones como la mordida profunda o la mordida abierta son producidas por una alteración de la dimensión vertical.⁽²⁴⁾

Mordida abierta

Se caracteriza por la incapacidad de tienen los dientes de ambas arcadas para contactar de forma adecuada. Las mordidas abiertas se pueden observar tanto en el sector anterior como en el sector posterior y pueden ser atribuibles a la supraerupción de los dientes adyacentes.⁽²⁴⁾

Se puede clasificar en mordida abierta dental o esquelética. Se dice si hay un desequilibrio óseo es la causa de la falta del contacto dentario es una mordida abierta esquelética, y cuando es una mordida abierta dental es provocada por un factor ambiental y no afecta las bases óseas.⁽²⁵⁾

Sobremordida

Las sobremordidas se observan con mayor frecuencia en las situaciones de maloclusión clase II división 1.⁽²⁵⁾

Maloclusiones Transversales

Estas alteraciones se presentan en el plano horizontal o transversal, en donde las cúspides palatinas de las molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales.⁽⁵⁾

Mordida cruzada anterior

Se caracteriza porque uno o más dientes antero superiores se encuentran ocluyendo hacia lingual en relación a los dientes anteroinferiores.⁽⁵⁾

Alteraciones en la vía de erupción de los incisivos pueden resultar en mordida

cruzada de uno o de dos de ellos, debido a las posiciones inadecuadas del folículo, si esta situación no se corrige en un momento ideal, los incisivos continuaran su erupción por lingual de los inferiores, ejerciendo sobre estos un componente anterior de fuerzas al ocluir y da como resultado a veces en un movimiento adaptivo de adelantamiento mandibular.⁽⁵⁾

La erupción de un incisivo superior en una posición de mordida cruzada se puede producir de forma inmediata una mordida trabada, provocando una función masticatoria débil y un inadecuado desgaste incisal y oclusal.⁽⁵⁾

Tipos de mordida cruzada anterior

1. Mordida cruzada tipo dental: es aquella mordida cruzada anterior en el que se evidencia una alteración en el eje sagital de los incisivos superiores y o inferiores:⁽⁵⁾
 - a. Incisivos superiores normal/Incisivos inferiores vestibularizados.⁽⁵⁾
 - b. Incisivos superiores palatinizados/Incisivos inferiores normal.⁽⁵⁾
 - c. Incisivos superiores palatinizados/Incisivos inferiores vestibularizados.⁽⁵⁾
2. Mordida cruzada tipo funcional: es ocasionada por un punto prematuro de contacto que origina el desplazamiento anterior de la mandíbula produciendo así una mordida cruzada anterior también llamado pseudo clase III.⁽⁵⁾
3. Mordida cruzada tipo esquelética: es ocasionada por un problema en la posición sagital de las bases óseas (maxilares).⁽⁵⁾

Tratamiento de la mordida cruzada anterior

- Palito de helado (las piezas de deben de estar totalmente erupcionadas), se realiza 40 repeticiones, 4 veces al día por 4 días.⁽⁵⁾

- Plano inclinado fijo (se realiza este tratamiento cuando no existe el apiñamiento antero inferior, se hace el tratamiento por una semana respetando el contorno gingival).⁽⁵⁾
- Terapia removible (los incisivos deben estar totalmente erupcionados).⁽⁵⁾
- Placa Progenie.⁽⁵⁾

Mordida cruzada posterior

Una mordida cruzada unilateral se debe a las inclinaciones de los dientes superiores hacia palatino o en caso contrario de los inferiores hacia vestibular. La laterognacias mandibulares, suponen una desviación permanente de la mandíbula, cuya morfología, se encuentra alterada tanto en el cóndilo, rama, cuerpo y región alveolodentinaria.⁽²⁶⁾

Las situaciones que con más frecuencia originan una desviación funcional mandibular son:⁽²⁶⁾

- Erupción de incisivos laterales permanentes por palatino, la mandíbula se mesializa y desvía lateralmente.⁽²⁶⁾

Tratamiento

- Eliminación de interferencias.⁽²⁷⁾
- Aparatos ortodónticos removibles.⁽²⁷⁾
- Aparato ortodóntico fijos.⁽²⁷⁾

Relación incisal

Los incisivos están más verticalizados en su implantación sobre la base maxilar y el ángulo interincisivo. La sobremordida vertical está más aumentada en el borde incisal inferior en contacto con el cúngulo de los dientes superiores en el momento del cierre oclusal.⁽¹⁵⁾

Overjet

Es el sobrepase horizontal del incisivo superior más vestibularizado con respecto a la cara vestibular de su antagonista, los valores normales en la dentición decidua está dentro de un rango entre 0 y 4 mm.⁽¹⁵⁾

Overbite

Es el sobrepase vertical de los incisivos superiores con respecto a la cara vestibular de su antagonista, se puede describir en milímetros o en porcentaje.⁽¹⁵⁾

Relación canina

El vértice de la cúspide del canino superior ocluye de forma sagital a nivel del canino y la primera molar inferior, a esto se le observa como la normoclusión:⁽¹⁴⁾

- **Relación canina clase I:** la vertiente distal del canino inferior contacta con la vertiente mesial del canino superior (las dos vertientes caen en el mismo contacto de la primera premolar y el canino izquierdo).⁽¹⁴⁾
- **Relación canina clase II:** la vertiente distal del canino inferior esta hacia distal en relación a la vertiente mesial del canino superior (las dos vertientes caen por delante del punto de contacto).⁽¹⁴⁾
- **Relación canina clase III:** la vertiente distal del canino inferior esta hacia mesial en relación a la vertiente mesial del canino superior.⁽¹⁴⁾

Relación de los molares

Los segundos molares se define por la relación de las caras distales en la mayoría de los casos están en el mismo plano vertical.⁽¹⁴⁾

Existe dos tipos de terminaciones distales en la oclusión de los arcos. Esta el plano terminar recto y el plano terminal escalón mesial.⁽¹⁴⁾

- **Plano terminal recto:**

Es un plano terminal recto cuando la segunda molar decidua superior está en el mismo plano vertical con referencia a la segunda molar decidua inferior.⁽¹⁴⁾

- **Plano terminal escalón mesial:**

Es un plano terminal escalón mesial cuando la segunda molar decidua inferior está por delante de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.⁽¹⁴⁾

- **Plano terminal escalón distal:**

Es un plano escalón distal cuando la segunda molar decidua inferior se encuentra por detrás de la superficie distal de la segunda molar decidua superior.⁽¹⁴⁾

1.1.2.5. Tipos de Arco según Baume

El espacio entre la dentición temporal es de tipo congénito y no adquirido .Las arcadas con espaciamiento suelen presentar dos tipos diferentes de diastema, uno entre el canino inferior y la primera molar decidua y el otro entre el incisivo lateral superior y el canino deciduo.⁽²⁸⁾

Baume los denominó “espacios primates”, observó que desde los cuatro años de edad la erupción de los molares permanentes no se modificaban de forma apreciable, solo se produjo unas pequeñas disminuciones en estas dimensiones por la migración mesial del segundo molar temporal.⁽²⁸⁾

Baume se basó en la presencia o ausencia de los espacios y lo clasificó en cuatro tipos:⁽²⁸⁾

Tipo I: cuando no hay espacios interdientales.⁽²⁸⁾

Tipo II: cuando hay espacio entre incisivos, pero no hay espacio primate.⁽²⁸⁾

Tipo III: Cuando solo hay espacio primate.⁽²⁸⁾

Tipo IV: cuando hay espacio primate y otros espacios.⁽²⁸⁾

1.1.2.6. Diagnóstico de Maloclusiones

Para un correcto diagnóstico completo se deben realizar los siguientes procedimientos los cuales son la historia y exploración clínica, examen oclusal y funcional, modelos de estudio, fotografías intraorales, análisis de perfil facial mediante fotografías y cefalométrico, para el diagnóstico de maloclusiones clase II se debe realizar un examen oclusal, ver el patrón de crecimiento y si el problema es maxilar o mandibular, para el diagnóstico precoz de maloclusiones clase III se considera el uso del análisis cefalométrico y perfil facial usando fotografías extraorales.⁽²⁸⁾

Ante la presencia de maloclusiones, la decisión de tratar o no tratar se van a deducir de los siguientes puntos:⁽²⁸⁾

- **Factibilidad**

Acá se analiza si se va a poder o no realizar el tratamiento, como consecuencia de los primeros antecedentes del niño:⁽²⁸⁾

- La cooperación del paciente.⁽²⁸⁾
- La opinión e interés de los padres.⁽²⁸⁾
- Los objetivos del tratamiento son planteados por estos.⁽²⁸⁾

- **Época**

El tipo de anomalía y el grado de cooperación del paciente van a ser un punto importante para saber en que momento es oportuno para realizar el tratamiento ya sea en dentición decidua, mixta o permanente joven.⁽²⁸⁾ En general la intervención del clínico se debe de realizar en el momento más apropiado para disminuir el tiempo de tratamiento, ya que los pacientes tienen un punto de saturación y que, si los objetivos del tratamiento no son obtenidos antes de ese plazo, será muy difícil cumplir con los objetivos del tratamiento.⁽²⁹⁾

Es por ello que este factor es muy importante, ya que no le toman consideración por parte del clínico, causando que los padres y niños tengan una actitud negativa al tratamiento de ortodoncia debido a problemas como extravíos de aparatos, repeticiones, reparaciones, etc. y que en realidad se pudo haber atacado en un periodo más adecuado y resuelto a corto plazo.⁽²⁹⁾

- **Bases óseas y tipo de oclusión**

Este punto es el más importante y crítico ya que se va determinar inmediatamente que paciente deberán ser tratados por un especialista y otros por un odontólogo en general.⁽²⁹⁾

La clasificación de Angle permitió clasificar y entender mejor las anomalías, determinar la relación molar y el tipo de maloclusión.⁽²⁹⁾

La maloclusión, en el plano anteroposterior del espacio se puede deber a ⁽²⁹⁾

- Causas exclusivamente dentarias por migración de piezas dentarias de uno o ambos arcos dentarios.⁽²⁹⁾
- Causas esqueléticas en relación a la posición anormal de la mandíbula o del maxilar o de ambas.⁽²⁹⁾
- Por la combinación de ambas tanto dentarias como esqueléticas.⁽²⁹⁾

Es por ello que el diagnóstico es importante diferenciar los componentes dentarios y esqueléticos de las maloclusiones ayudándonos de modelos de estudios, estudios cefalómetros, etc.⁽²⁹⁾

Saber las definiciones de la ortodoncia preventiva y la ortodoncia interceptiva determina automáticamente el campo de acción del dentista general en algunas situaciones como en clase I o en maloclusiones por problemas dentarios con bases esqueléticas normales.⁽²⁹⁾

1.2. Investigaciones

Versiani L. et al (2010); realizaron un estudio de corte transversal, en el que buscaron la relación entre el bruxismo, factores y hábitos bucales en niños y adolescentes, para lo cual evaluaron 680 estudiantes de ambos géneros de 4 a 6 años, que fueron escogidos al azar. Los datos fueron recolectados mediante cuestionarios y evaluación clínica. Los aspectos morfológicos fueron evaluados según la clasificación de Angle y los criterios creados para la dentición decidua según Foster y Hamilton (1969), también en el estudio se observación las mordidas cruzadas posteriores y anteriores. El resultado que se obtuvo fue que el bruxismo se presentaba en un 43% en cambio la maloclusión obtuvo un 57%, los hábitos deletéreos se vieron en un 53%. La prevalencia de las maloclusiones se incrementó en un 42,6% en la dentición decidua a 74,4 en la dentición permanente. Llegaron a la conclusión de que no existe una relación estadísticamente significativa entre el bruxismo y los factores previamente estudiados. La onicofagia era el hábito más repetitivo (35%) principalmente en el género femenino, sólo la succión del chupete demostró estar relacionado con el bruxismo.⁽⁵⁾

Aguilar et al (2011); realizaron un estudio descriptivo transversal, donde se tuvo como objetivo comprobar la influencia de algunos hábitos deletéreos nocivos en el desarrollo de las maloclusiones. Para lo cual evaluaron 525 historias clínicas recolectadas al azar de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid, se tomaron las variables de la maloclusión en los tres planos del espacio: clase I, II o III; mordida abierta y mordida cruzada y los hábitos orales considerados nocivos: succión digital, deglución atípica, succión digital y respiración oral. Tras el estudio se determinó que la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión

digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que en pacientes de clase I ósea.⁽²⁶⁾

Carvajal J. et al (2012); realizaron una investigación de tipo exploratoria, descriptiva y transversal, en el que se buscó identificar la prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones, donde se evaluó a 263 niños de 3 a 5 años de la ciudad de Sucre. Se utilizaron instrumento como una historia clínica confeccionada por los investigadores y todos los datos serán obtenidos mediante el examen clínico odontológico. En los resultados obtenidos de las cuales presentaron hábitos bucales con un 39% en niñas y en lo varones un 33%, el grupo etáreo donde se encontró un elevado número de casos con algún tipo de hábitos corresponde al de 5 años de edad presentando un 34% y para los 4 años presento un 24% y para los de 3 años un 14%, el hábito más frecuente fue la respiración bucal con un 48% y la deglución atípica con un 45%.⁽²⁷⁾

Ghafournia et al (2012); realizaron un estudio de corte transversal, en el que buscaron identificar la relación entre los factores oclusales y bruxismo entre los niños de 3 a 6 en edad preescolar, que fueron seleccionados de forma aleatoria de las escuelas de Isfahan, la población de estudio fue dividida en dos grupos el cual fue de bruxomanos y no bruxomanos. El examinador registró los caninos primarios y molares, además fueron evaluados, dientes giroversados, impactación de alimentos y caries extensa, la relación entre el bruxismo y los factores oclusales se evaluaron mediante chi cuadrado y se pudo observar que el Bruxismo en un 12.75% y hay una relación significativa entre el bruxismo y algunos factores oclusales como es el plano terminal ($P=0,023$) y escalón mesial ($P=0,0001$), entre la impactación de alimentos,

caries extensas, dolor de dientes, llegaron a la conclusión que hay una relación significativa de bruxismo con relaciones molares primarios y condiciones irritantes dentales entre los niños en edad preescolar.⁽³⁰⁾

Buitrago A. et al (2013); realizaron un estudio observacional retrospectivo, en el que busco determinar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los hábitos orales, para lo cual se evaluó 101 historias clínicas de niños entre las de edades de 4 -11 años que asistieron a la clínica de paciente de ortopedia del posgrado de ortodoncia. Se utilizaron historias clínicas con evaluación miofuncional y plan de tratamiento aprobado, las variables que se registraron fueron de tipo de dentición temporal, mixta y permanente. En los resultados que se encontraron fue que el manejo clínico más utilizado fue la aparatología ortopédica en un 98%, en cuanto al tipo de dentición, la más frecuente fue la dentición mixta con un 90.1%. El grupo de edad más común fue de 7 a 9 años con un 50.1%, el patrón de crecimiento más frecuente fue el vertical con un 48.5%. La maloclusion más predominante fue la clase III con un 50.5%, en el plano transversal la más frecuente fue la oclusión normal.⁽³¹⁾

Kasparaviciene K. et al (2014); realizaron un estudio de corte transversal, con el objetivo de verificar la prevalencia de los diferentes rasgos oclusales entre 5 y 7 años y evaluar su relación con los hábitos orales. Se evaluó a 503 niños, 260 varones y 243 mujeres, no deben de tener tratamiento ortodóntico, se realizó unos exámenes clínicos por el mismo investigador, con luz natural, usando guantes de látex, un espejo de boca dental y una regla de ortodoncia. El estudio dio como conclusión que el 71,4%de los niños presenta con uno o más atributos de maloclusión y el 16.9% tienen hábitos orales, se encontró un overjet superior a 2mm y casi la mitad de sobremordida 3mm, el hábito más

frecuente en los niños fue la respiración bical con un 10.1% a su vez se demostró asociaciones entre la respiración oral y la relación clase III. (p=0,027).⁽²⁹⁾

1.3. Marco Conceptual

- **Clasificación de Angle:**

El sistema de clasificación Angle se basa en las relaciones anteroposteriores de las arcadas dentarias.⁽³²⁾

- **Dentición mixta:**

El complemento de dientes en las mandíbulas luego de la erupción de algunos de los dientes permanentes, pero antes de que se pierdan todos los dientes deciduales.⁽³²⁾

- **Hábito bucal no fisiológico:**

Es la práctica repetitiva en el tiempo que alteran la fisiología del organismo.⁽³³⁾

- **Hábito bucal:**

Práctica repetitiva que afecta la fisiología bucal del individuo.⁽³³⁾

- **Hábitos:**

Respuestas aprendidas o adquiridas que se manifiestan regularmente.⁽³²⁾

- **Maloclusión anteroposterior:**

Nos da la posición del primero molar superior permanente como punto fijo de referencia.⁽³²⁾

- **Maloclusión transversal:**

El término se utiliza para describir la mordida cruzada y mordida de tijera.⁽³²⁾

- **Maloclusión vertical:**

El término se utiliza para describir la mordida abierta y mordida profunda.⁽³³⁾

- **Maloclusión:**

Posición y contacto de los dientes maxilares y mandibulares que interfiere con la elevada eficiencia durante los movimientos excursivos de las mandíbulas que son esenciales para la masticación.⁽³²⁾

- **Onicofagia:**

Forma común de manipulación corporal habitual que es una expresión de tensión.⁽³³⁾

Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1. Planeamiento del Problema

2.1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La elevada prevalencia de las maloclusiones afecta hoy en día a la población, que se produce desde edades muy tempranas, que fueron adquiridas por los hábitos deletéreos desde la infancia. El problema de la maloclusión ocasiona diversas alteraciones en el área del lenguaje, musculatura, dentales, óseas y la estética, es originada por la mala alineación de los dientes, por hábitos, o la pérdida prematura de los dientes.^(1,2)

Las patologías odontológicas más prevalentes en la población son las caries, las periodontopatías y en el tercer lugar esta las anomalías dentomaxilares que se definen como la deformación de los huesos maxilares. La presencia de un hábito oral puede provocar o no un efecto sobre las estructuras faciales en el desarrollo de la dentición del niño, la valoración de estas conductas debe de abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud oral, así como la necesidad de prevenir un tratamiento precoz interceptivo que corrija las repercusiones locales o generales de los hábitos deletéreos.^(1,2)

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones ocupan la tercera mayor prevalencia, entre las enfermedades bucales. En el Perú tienen una prevalencia del 70%; por consiguiente, se puede decir, que la maloclusión tiene características de epidemia de los tiempos modernos.⁽¹⁾

Al no realizarse esta investigación se deben de realizar programas preventivos con el objetivo de disminuirla incidencia de las maloclusiones dentales en nuestro medio.

El beneficio de la investigación fue identificar en que frecuencia se encuentran los hábitos deletéreos y que alteraciones interarcadas son las que más se producen a causa de estas en la población estudiada, para poder interceptarlos e implementar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

2.1.2. Definición del Problema

2.1.2.1. Problema Principal

¿Cómo se asocia la frecuencia de hábitos deletéreos orales con la prevalencia de alteraciones interarcadas en niños de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III?

2.1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es la frecuencia de hábitos deletéreos orales en los niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III?

¿Cómo se asocia la frecuencia de hábitos deletéreos orales con el tipo de alteraciones transversales en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III?

¿Cómo se asocia la frecuencia de hábitos deletéreos orales en el tipo de alteraciones verticales en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III?

2.2. Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1. Finalidad

La presente investigación tuvo por finalidad determinar la asociación de hábitos deletéreos con las alteraciones interarcadas, para establecer las necesidades de los pacientes según sus características que presenten desde que adquirieron dichos hábitos, para así tomar alguna prevención temprana. Los hábitos deletéreos son uno de los factores causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, las cuales pueden alterar y cambiar el desarrollo normal y regular del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares bucales y periorales lo que da como consecuencia a una deformación ósea que va a tener menor o mayor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. Es por esto que dicho trabajo busca determinar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con la frecuencia de las alteraciones interarcadas mediante la evaluación clínica de los niños atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.2. Objetivo General Y Específicos

2.2.2.1. Objetivo General

Determinar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con la prevalencia de las alteraciones interarcadas en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III.

2.2.2.2. Objetivos Específicos

Determinar la frecuencia de hábitos deletéreos orales en los niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III.

Determinar la asociación de la frecuencia de hábitos deletéreos orales con el tipo de alteraciones transversales en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III.

Identificar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales en el tipo de alteraciones verticales en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III.

2.2.3. Delimitación del Estudio

La presente investigación se llevó a cabo en el semestre académico 2018- III, periodo comprendido entre los meses de enero a mayo del año en mención, constituyente así los límites temporales del estudio. El estudio se llevó a cabo bajo modelo observacional analizando las historias clínicas de los pacientes de 8 a 12 años, los cuales se sometieron a los procesos planificados por el investigador, permitiendo así comprender mejor la asociación existente hábitos deletéreos con las alteraciones interarcadas.

La obtención y evaluación de los datos se llevó a cabo en los ambientes de la clínica especializada de Pre grado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

2.2.4. Justificación e Importancia del Estudio

La relativa influencia de la genética y los factores ambientales en la etiología de la maloclusión ha sido motivo de discusión y controversia en la literatura de la ortodoncia, alternándose corrientes deterministas en el origen de la maloclusión que se relaciona con los hábitos deletéreos que a su vez puede influir en el desarrollo craneofacial y que pueden manifestarse en edades tempranas.

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones ocupan la tercera mayor prevalencia, entre las enfermedades bucales. En el Perú tienen una prevalencia del 70%; por consiguiente, se puede decir, que la maloclusión tiene características de epidemia en estos nuevos tiempos.⁽¹⁾

Por esta razón la presente investigación buscó determinar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con la frecuencia de las alteraciones interarcadas en niños de 8 a 12 años, con el fin de modificar y prevenir dicha enfermedad.

2.3. Hipótesis y Variables

2.3.1. Hipótesis Principal y Específicas

Hipótesis Principal

La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocia significativamente con la prevalencia de las alteraciones interarcadas en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-II.

Hipótesis Específicas

La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocia significativamente con las alteraciones transversales en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño

de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la vega en el año 2018-II.

La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocia significativamente con las alteraciones verticales en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-II.

2.3.2. Variables e Indicadores

En la presente investigación participaron las siguientes variables con sus respectivos indicadores:

A. Variables de Estudio:

- **Variable Independiente:**

- Frecuencia de Hábitos Deletéreos.

- **Indicadores:**

- Presencia de algún hábito.
- Presencia de succión digital.
- Presencia de onicofagia.
- Presencia de succión digital.

- **Variable Dependiente:**

- Frecuencia de Alteraciones Interarcadas

- **Indicadores:**

- Tipos de alteración transversal.
- Tipos de alteración vertical.

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

3.1. Población y Muestra

La población de estudio estuvo constituida por todas las historias de ortodoncia de los niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, quienes acudieron en el semestre académico 2018-III.

El tipo de muestra que se llevó a cabo fue de tipo no probabilístico consecutivo, en una muestra conformada por 100 casos (niños atendidos en la Clínica del Niño), ya que se seleccionó las historias clínicas de ortodoncia de los niños de 8 a 12 años de edad atendidos en el periodo académico 2017III atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Los individuos que fueron considerados unidades muestrales en el estudio, se evaluaron en base a los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de Inclusión

Las historias de los pacientes, para ser considerados dentro del estudio como unidades de muestreo, debieron cumplir con los siguientes criterios:

- Historias de ortodoncia de pacientes niños atendidos en la Clínica del Niño de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III.
- Historias de ortodoncia de pacientes niños de 8 a 12 años de edad.
- Historias clínicas completas y selladas por el docente a cargo.
- Historias con pacientes en aparente buen estado de salud general.

Criterios de Exclusión

Los pacientes que presentaron alguno de los criterios listados abajo, no pudieron ser considerados como unidades muestrales del estudio:

- Historias clínicas con 2 años de antigüedad.
- Historias de ortodoncia con pacientes menores de 8 años y mayores a 12 años de edad.
- Historias clínicas incompletas.
- Historias con pacientes con enfermedad sistémica.

3.2 Diseño Utilizado en el Estudio

El estudio fue de finalidad descriptiva, tipo observacional, de corte transversal y retrospectivo con enfoque cuantitativo.

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica de Recolección de Datos

La recolección de los datos en el presente estudio se llevó a cabo por medio de la técnica de observación estructurada no participante individual de campo; por la cual el investigador realizó la evaluación clínica de las unidades de análisis que conformaron la muestra de estudio; dichos datos obtenidos fueron registrados en el instrumento de investigación. Para la recolección de datos, previamente se realizó el permiso correspondiente a la Dirección Clínica de la Facultad para el permiso de registrar las historias clínicas.

Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos empleado en la presente investigación fue una ficha de observación ad-hoc (**Ver Anexo 01**), elaborada por el tesista conjuntamente con el asesor del proyecto, el cual fue validada por 3 Magísteres expertos en el tema. Se hizo presente una solicitud de permiso

para el registro de las historias clínicas en Dirección de Clínica de la Facultad de Estomatología, se tomó las historias clínicas, se registró las historias que se encuentran dentro de los parámetros de los criterios de inclusión antes mencionado.

La ficha consta de datos generales:

1. Edad

2. Sexo

- Masculino – Femenino.

3. Fecha de Evaluación

Para la evaluación de los factores se seguirá una serie de pasos: **1.**

Evaluación de la Frecuencia de los Hábitos Deletéreos

- Presencia de Succión Digital.
- Presencia de Succión Labial.
- Presencia de Onicofagia.

2. Análisis de la Frecuencia de las Alteraciones Interarcadas

- Presencia de alteración transversal.
- Presencia de alteración vertical.

3.4 Procesamiento de Datos

Posterior a la recolección de datos se procedió a organizar las fichas de recolección y a enumerarlas para ser ingresadas a la base de datos en Microsoft Excel en su versión de acceso, bajo las modificaciones planteadas por el investigador. El procesado de los datos se llevó a cabo en una laptop de marca Inspiron, modelo 3537 versión 1607, de 4GB de memoria RAM con sistema operativo Windows 10 Home.

La información recolectada fue analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) en su versión de acceso; en la cual se llevó a cabo la aplicación de estadística descriptiva para establecer la distribución de los datos recolectados a través de medidas de tendencia central, dispersión, forma y posición.

Tanto los resultados de las pruebas estadísticas descriptivas como inferenciales fueron expresadas mediante tablas y figuras.

Los resultados muestrales fueron inferidos a la población mediante estimación por intervalo a un 95% de confianza.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1. Presentación de los Resultados

Tabla 01. Distribución de frecuencias del género sexual

GÉNERO SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	58	58%
Femenino	42	42%

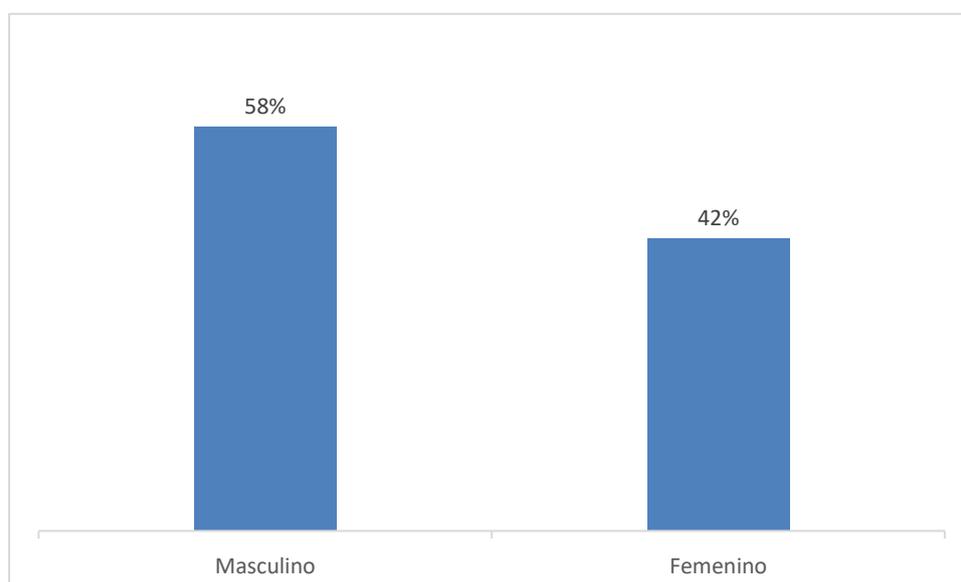


Figura 01. Distribución del género sexual

Tal como se pudo observar en la tabla y figura previamente presentado, el género sexual más frecuente fue el masculino con 58% de la muestra total.

(n=100)

Tabla 02. Distribución de frecuencias de la edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 8 años a 8 años 11 meses	14	14%
De 9 años a 9 años 11 meses	37	37%
De 10 años a 10 años 11 meses	19	19%
De 11 años a 11 años 11 meses	30	30%

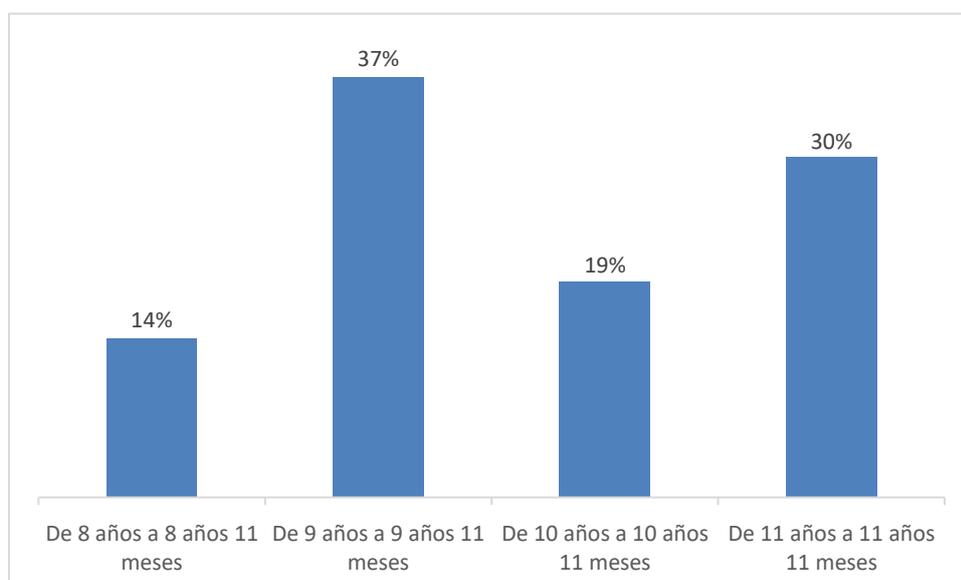


Figura 02. Distribución de la edad

Mediante la tabla y figura previamente presentada, se pudo determinar que el rango de edad de 9 años a 9 años 11 meses fue el más frecuente con 37% de la muestra total. (n=100)

Tabla 03. Distribución de frecuencias de los hábitos deletéreos

HÁBITOS DELETÉREOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	5	5%
Succión Digital	10	10%
Succión Labial	24	24%
Onicofagia	61	61%

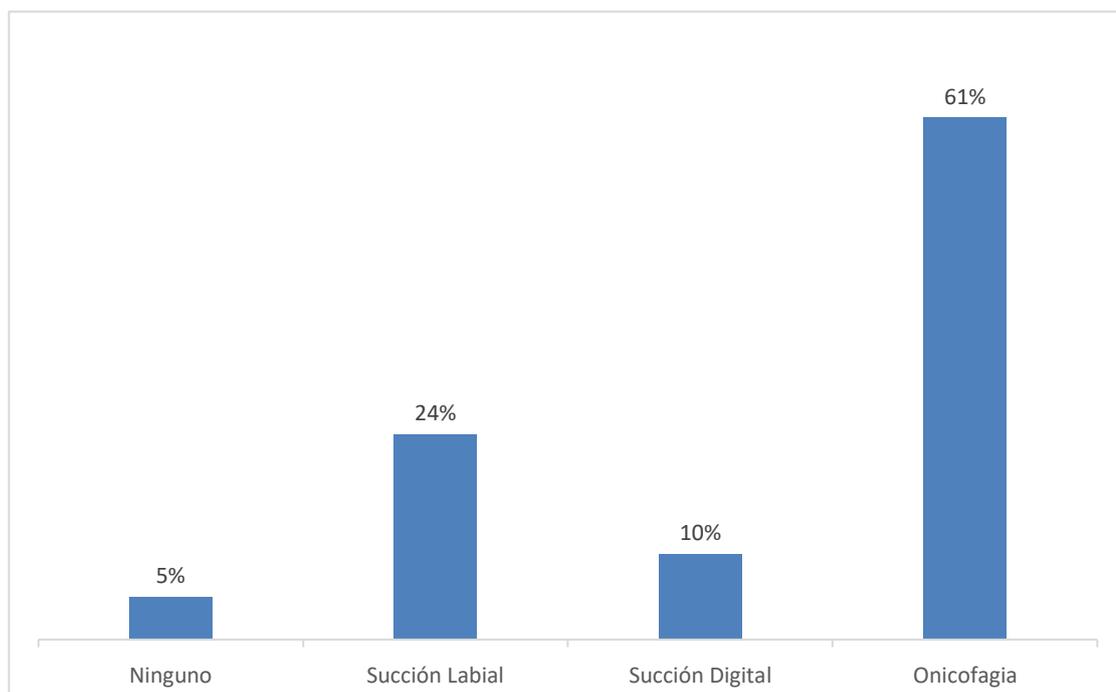


Figura 03. Distribución de los hábitos deletéreos

En la tabla y figura previamente presentada se observó que la variable si presenta onicofagia fue el más frecuente con 61% de la muestra total. (n=100)

Tabla 04. Distribución de la presencia de alteraciones transversales

PRESENCIA DE ALTERACIONES TRANSVERSALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	73	73%
Mordida Cruzada Posterior Unilateral	5	5%
Mordida Cruzada Posterior Bilateral	15	15%
Mordida Cruzada Anterior	7	7%

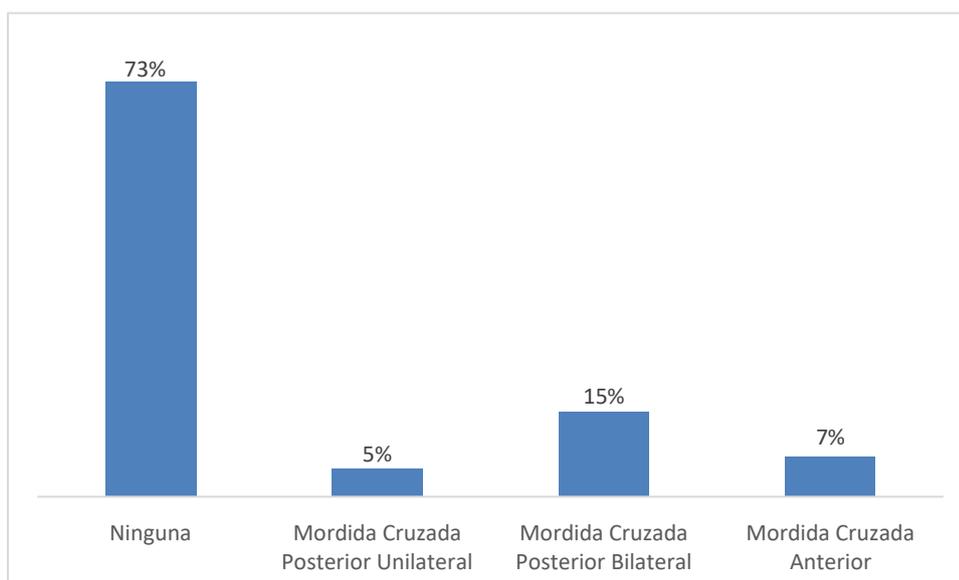


Figura 04. Distribución de la presencia de alteraciones transversales

Se determinó mediante la tabla y figura previamente presentada, que la variable mordida cruzada posterior bilateral fue la más frecuente con 15% de la muestra total. (n=100)

Tabla 05. Distribución de la presencia de alteraciones verticales

PRESENCIA DE ALTERACIONES VERTICALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	43	43%
Mordida Abierta Anterior	7	7%
Mordida Bis a Bis	26	26%
Mordida Profunda	24	24%

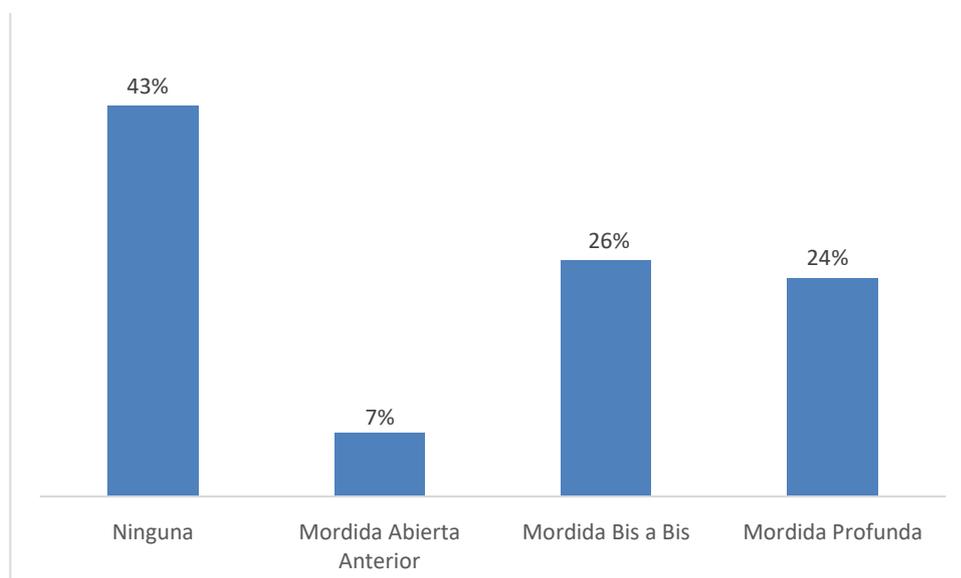


Figura 05. Distribución de la presencia de alteraciones verticales

En la tabla y figura previamente presentada se observó que la variable mordida bis a bis fue el más frecuente con 26% de la muestra total. (n=100)

TABLA N° 06.- Distribución de la asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones transversales

Alteraciones Transversales	Succión Digital		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Ninguna	7 (10)	66 (90)	0.390
Mordida Cruzada Post. Unilateral	0 (0)	5 (100)	
Mordida Cruzada Post. Bilateral	3 (20)	12 (80)	
Mordida Cruzada Anterior	0 (0)	7 (100)	
TOTAL	10	90	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza.

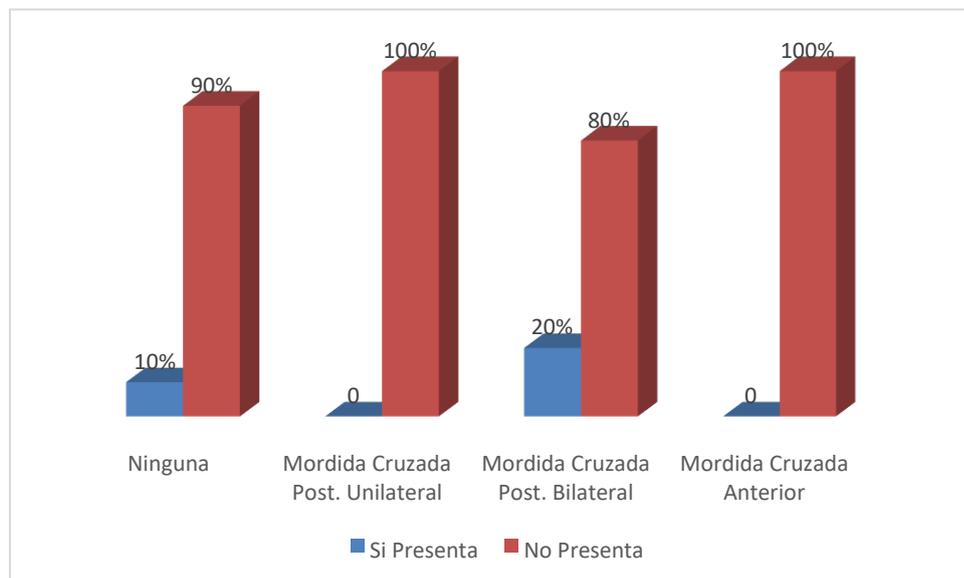


Figura 06.- Asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones transversales.

TABLA N° 07.- Distribución de la asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones transversales

Alteraciones Transversales	Succión Labial		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Ninguna	19 (26)	54 (74)	0.873
Mordida Cruzada Post. Unilateral	1 (20)	4 (80)	
Mordida Cruzada Post. Bilateral	3 (20)	12 (80)	
Mordida Cruzada Anterior	1 (14)	6 (86)	
TOTAL	24	76	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza.

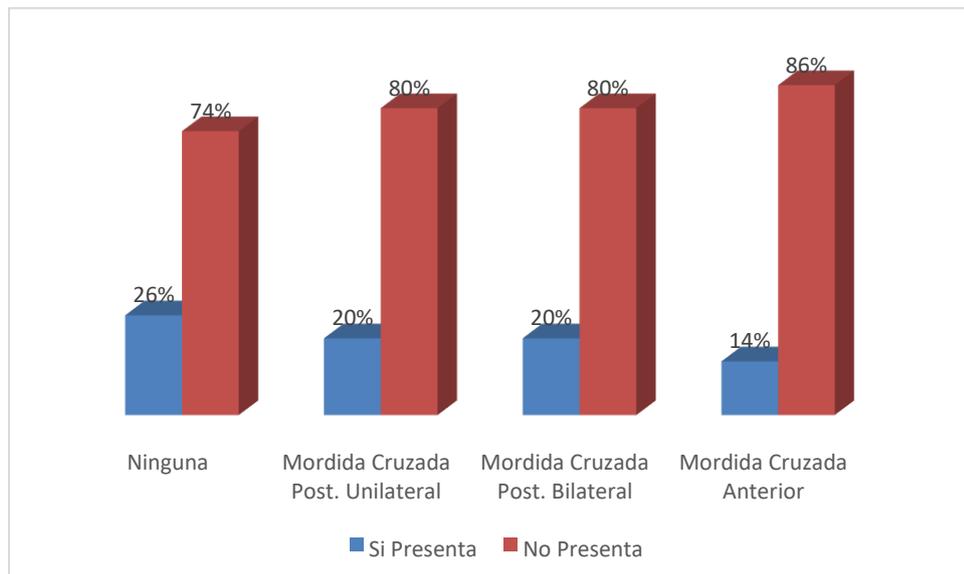


Figura 07.- Asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones transversales.

TABLA Nº 8.- Distribución de la asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones transversales

Alteraciones Transversales	Onicofagia		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Ninguna	42 (42)	31 (58)	0.648
Mordida Cruzada Post. Unilateral	3 (60)	2 (40)	
Mordida Cruzada Post. Bilateral	11 (73)	4 (27)	
Mordida Cruzada Anterior	5 (72)	2 (28)	
TOTAL	61	39	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza.

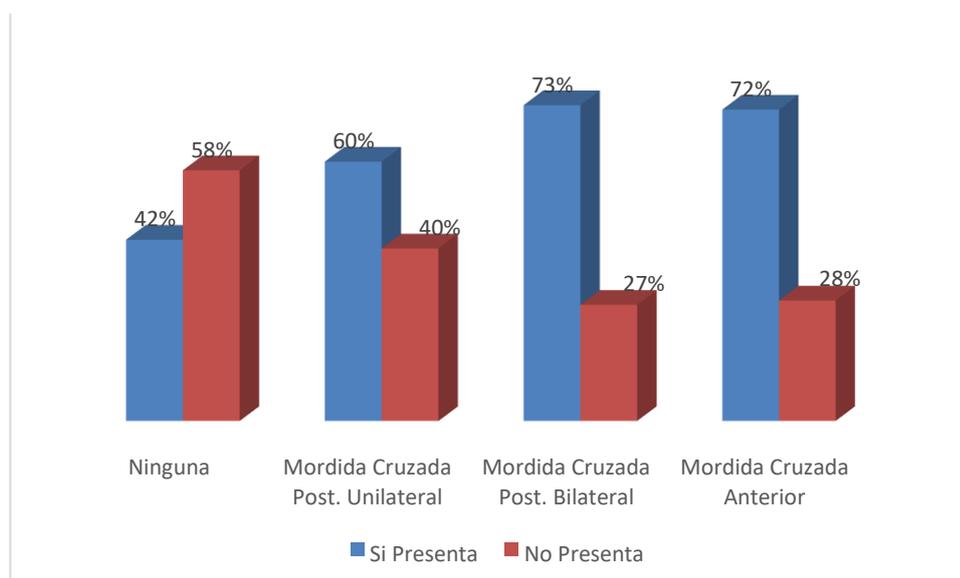


Figura 8.- Asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones transversales.

TABLA Nº 9.- Distribución de la asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones verticales

Alteraciones Verticales	Succión Digital		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta n	
	(%)	n (%)	
Ninguna	4 (10)	39 (90)	0.591
Mordida Abierta Anterior	1 (14)	6 (86)	
Mordida Bis a Bis	4 (15)	22 (85)	
Mordida Profunda	1 (4)	23 (96)	
TOTAL	10	90	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza.

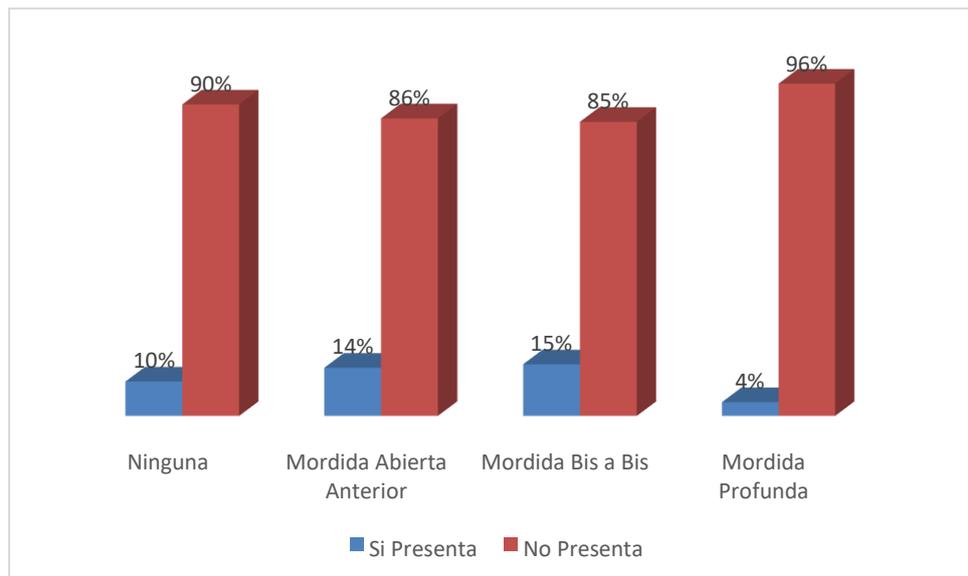


Figura Nº 9.- Asociación de la succión digital con la prevalencia de alteraciones verticales.

TABLA N° 10.- Distribución de la asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones verticales

Alteraciones Verticales	Succión Labial		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Ninguna	6 (14)	37 (86)	0.016
Mordida Abierta Anterior	4 (57)	3 (43)	
Mordida Bis a Bis	10 (38)	16 (62)	
Mordida Profunda	4 (16)	20 (84)	
TOTAL	24	76	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza.

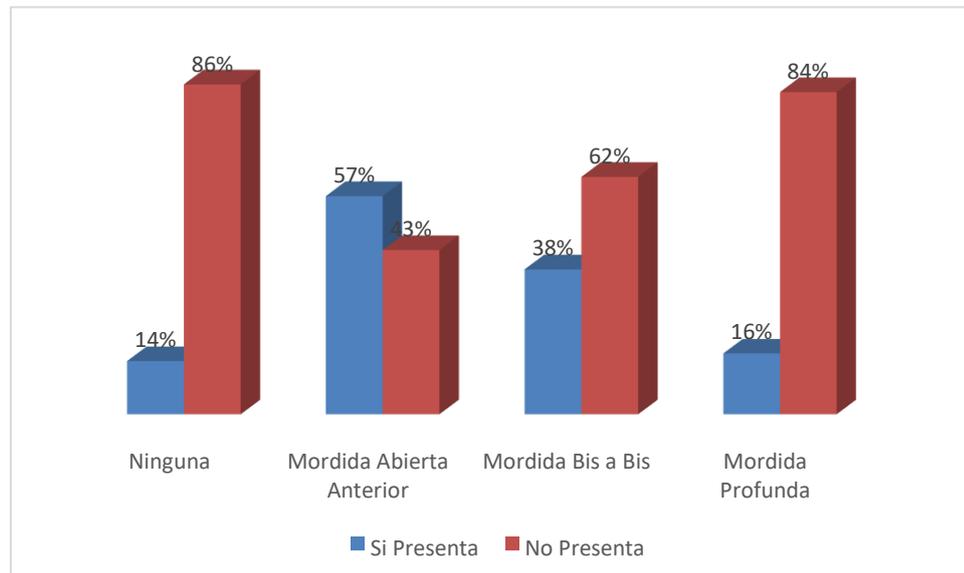


Figura N° 10.- Asociación de la succión labial con la prevalencia de alteraciones verticales.

TABLA Nº 11.- Distribución de la asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones verticales

Alteraciones Verticales	Onicofagia		P-VALOR†
	Si Presenta	No Presenta	
	n (%)	n (%)	
Ninguna	27 (63)	16 (37)	0.805
Mordida Abierta Anterior	4 (57)	3 (42)	
Mordida Bis a Bis	14 (54)	12 (46)	
Mordida Profunda	16 (66)	8 (34)	
TOTAL	39	61	

†Prueba Chi Cuadrado de Pearson.

*Diferencia Estadísticamente No Significativa al 95% de Confianza.

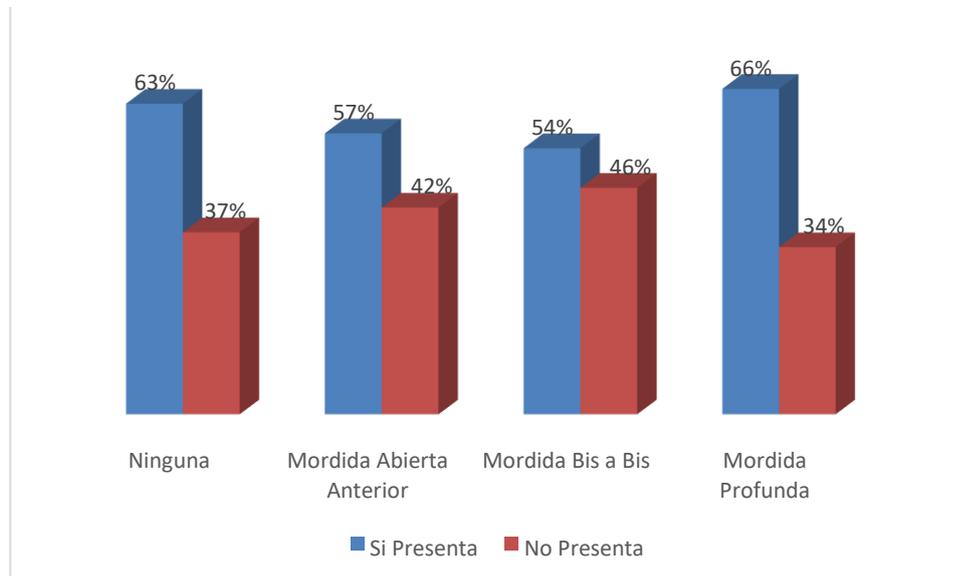


Figura Nº 11.- Asociación de la onicofagia con la prevalencia de alteraciones verticales.

4.2. Contrastación de Hipótesis

HIPÓTESIS PRINCIPAL:

“La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocia significativamente con la prevalencia de las alteraciones interarcadas en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Debido a la complejidad de las variables de medición, esta se subdividió en hipótesis específicas.

Contrastación de Hipótesis Específicas

Para poder entender de manera precisa el evento de estudio, se analizó de manera separada sus hipótesis específicas, las cuales fueron:

1. *“La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocian significativamente con la prevalencia de las alteraciones transversales en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

2. *“La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocian significativamente con la prevalencia de las alteraciones verticales en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Contrastación de Hipótesis Específica 1

La hipótesis específica 1 correspondió a:

1. “La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocian significativamente con la prevalencia de las alteraciones transversales en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se la subdividió en las siguientes hipótesis secundarias.

1. “La succión digital se asocia significativamente con el tipo de alteración transversal en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables, es decir, que la succión digital no está asociado con la prevalencia de alteración transversal.

2. “La succión labial se asocia significativamente con el tipo de alteración transversal en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables, es decir, que la succión labial no está asociado con la prevalencia de alteración transversal.

3. *“La onicofagia se asocia significativamente con el tipo de alteración transversal en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables, es decir, que la onicofagia no está asociado con la prevalencia de alteración transversal.

Contrastación de Hipótesis Específica 2

La hipótesis específica 2 correspondió a:

1. *“La frecuencia de los hábitos deletéreos orales se asocian significativamente con la prevalencia de las alteraciones verticales en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Debido a la complejidad de esta hipótesis, para realizar un mejor análisis de la misma, se la subdividió en las siguientes hipótesis secundarias.

1. *“La succión digital se asocia significativamente con el tipo de alteración transversal en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables, es decir, que la succión digital no está asociado con la prevalencia de alteración vertical.

2. *“La succión labial se asocia significativamente con el tipo de alteración transversal en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Al encontrarse un P-Valor menor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis válida, por lo que declararemos que se ha establecido la dependencia de las variables, es decir, que la succión labial está asociada con la prevalencia de alteración vertical.

3. *“La onicofagia se asocia significativamente con el tipo de alteración transversal en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.”*

Al encontrarse un P-Valor mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis nula, por lo que declararemos que se ha establecido la independencia de las variables, es decir, que la onicofagia no está asociada con la prevalencia de alteración transversal.

4.3. Discusión de los Resultados

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con la prevalencia de las alteraciones interarcadas en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III, obteniendo como resultados que, en la población del estudio, el género masculino fue de 58% y el género femenino de un 42%, siendo el más frecuente el género sexual masculino.

En la edad se obtuvo como resultados que, del rango de edad de 8 años a 8 años 11 meses fue de 14%, de 9 años a 9 años 11 meses fue de 37%, de 10 años a 10 años 11 meses fue de 19% y por último de 11 años a 11 años 11 meses fue de 30%, siendo el rango de edad de 9 años a 9 años 11 meses el más frecuente de la población estudiada.

Con respecto a la frecuencia de los hábitos deletéreos se obtuvieron como resultados que el 61% de la población estudiada presentaba el hábito de onicofagia, el hábito de succión digital, en la población estudiada solo se presentó en un 10%, y con la frecuencia del hábito de succión labial en la población estudiada solo se presentó en un 24%.

En lo que respecta a la presencia de alteraciones transversales, se obtuvieron como datos que la mordida cruzada se presentó en un 15% en la población,

mientras que el 73% de la población no presentaba una alteración transversal. En lo que respecta a la presencia de alteraciones verticales, se obtuvieron como datos que la mordida bis a bis se presentó en un 26% en la población, mientras que el 43% de la población no presentaba una alteración vertical. Con respecto a la hipótesis de que la frecuencia de los hábitos deletéreos se asocia significativamente con la prevalencia de las alteraciones transversales en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se evaluó la relación de la succión digital, la succión labial y la onicofagia como habito deletéreo con la prevalencia de alteraciones transversales, el cual dio como resultado un p-valor de 0.390, 0.873 y 0.648 respectivamente, siendo mayor a 0.05, esto quiere decir que no hay una diferencia estadísticamente significativa con que se pudo decir que no existe una asociación entre los hábitos deletéreos previamente estudiados y las alteraciones transversales, aunque se pudo evidencia que si se presenta una succión digital y mordida cruzada posterior bilateral en un 20%, succión labial y mordida cruzada posterior bilateral en un 20% y onicofagia y mordida cruzada posterior bilateral en un 73%.

Con respecto a la hipótesis de que la frecuencia de los hábitos deletéreos se asocian significativamente con la prevalencia de las alteraciones verticales en niños de 8 a 12 años de edad atendidos en la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se evaluó la relación de la succión digital, la succión labial y la onicofagia como habito deletéreo con la prevalencia de alteraciones verticales, el cual dio como resultado un p-valor de 0.591, 0.016 y 0.805 respectivamente, siendo la variable succión labial menor a 0.05, esto quiere decir si existe una asociación

estadísticamente significativa entre succión labial y la alteración vertical bis a bis, siendo como dato que el 38% de la población lo presentaba.

Versiani L. et al (2010); realizaron un estudio de corte transversal, en el que buscaron la relación entre el bruxismo, factores y hábitos bucales en niños y adolescentes, para lo cual evaluaron 680 estudiantes de ambos sexos de 4 a 6 años, quienes fueron seleccionados al azar. Los datos fueron recogidos mediante cuestionario y evaluación clínica. Los aspectos morfológicos fueron evaluados de acuerdo a la clasificación de Angle y los criterios creados por la dentición temporal de acuerdo con Foster y Hamilton (1969). Observaron mordidas cruzadas posteriores y anteriores. El resultado que obtuvieron del bruxismo fue un 43% mientras que la maloclusión obtuvo el 57%, los hábitos bucales se observaron en el 53%. La prevalencia de una maloclusión se incrementó en un 42,6% en la dentición temporal a 74,4% en la dentición permanente. Llegaron a la conclusión que no hay una relación estadísticamente significativa entre el bruxismo y los factores estudiados, no se encontraron diferencias entre el sexo en ambas variables. La onicofagia era el hábito más frecuente (35%) principalmente en el sexo femenino, solo la succión del chupete demostró estar relacionado con el bruxismo.⁽⁵⁾ En la presente investigación también hubo resultados similares, ya que en la edad de 9 años a 9 años 11 meses se presentaba en mayor frecuencia, ya que a esa edad presentan dentición mixta, en un 37% de la población estudiada.

Aguilar et al (2011); realizaron un estudio descriptivo transversal, en donde buscaron como objetivo comprobar la influencia de ciertos hábitos orales nocivos en el desarrollo de las maloclusiones. Para lo cual evaluaron 525 historias clínicas escogidas al azar de pacientes que acudieron al servicio de Ortodoncia del Hospital San Rafael de Madrid, se tomaron las variables de la

maloclusión en los tres planos del espacio: clase I, II o III; mordida abierta y mordida cruzada y los hábitos orales considerados nocivos: succión labial, deglución atípica, succión digital y respiración oral. Tras el estudio de correlación de Pearson, t de Student se concluyó que la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que en pacientes de clase I ósea.⁽²⁶⁾ En la presente investigación se obtuvo resultados similares, en donde la succión digital tenía relación con la mordida bis a bis siendo esta una alteración vertical el cual se presentó con un 38% de la población estudiada.

Kasparaviciene K. et al (2014); realizaron un estudio de corte transversal, con el objetivo de verificar la prevalencia de los diferentes rasgos oclusales entre 5 y 7 años y evaluar su relación con los hábitos orales. Se evaluó a 503 niños, 260 varones y 243 mujeres, no deben de tener tratamientos ortodónticos, se realizó unos exámenes clínicos por el mismo investigador, con luz natural, usando guantes de látex, un espejo de boca dental y una regla de ortodoncia. El estudio dio como conclusión que el 71,4% de los niños presenta con uno o más atributos de maloclusión y el 16.9% tienen hábitos orales, se encontró un overjet superior a 2mm y casi la mitad de sobremordida 3mm, el hábito más frecuente en los niños fue la respiración bical con un 10.1% a su vez se demostró asociaciones entre la respiración oral y la relación clase III. (p=0,027).⁽²⁹⁾ En la investigación presente también se encontró resultados similares ya que los niños estudiados presentaron hábitos orales, el cual con mayor frecuencia era la onicofagia con 61% y la succión labial con 24% de la población estudiada.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

La conclusión del objetivo de determinar la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con la prevalencia de las alteraciones interarcadas en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III, fue de que no existe una asociación directa entre ambas variables, sin embargo, la variable succión labial con la variable alteración vertical si presento una asociación. Se determinó que la onicofagia era el hábito deletéreo oral más frecuente entre los demás hábitos deletéreos presentes en niños de 8 a 12 años con un 61%. Entre la asociación de la frecuencia de hábitos deletéreos orales con el tipo de alteraciones transversales en niños de 8 a 12 años, se concluyó que no existe una asociación entre ambas variables ya que el estudio demostró un pvalor mayor a 0.05, sin embargo, se observó que la onicofagia con la alteración transversal se presentó en un 73% de la población.

Identificando la asociación de la frecuencia de los hábitos deletéreos orales con el tipo de alteraciones verticales en niños de 8 a 12 años de la Clínica del Niño de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018-III, se concluyó que si existe una asociación entre la variable succión labial y la alteración vertical bis a bis porque en el resultado se demostró un p-valor de 0.016 siendo menor a 0.05, esto quiere decir que la succión labial está asociado a la presencia de una alteración vertical, donde se demostró con un 38% de la población estudiada.

5.2. Recomendaciones

- ❖ Se recomienda que, para futuras investigaciones, evaluar las variables que se presentan en la historia clínica de ortodoncia de la facultad de estomatología por separado, para así obtener mejores resultados y tener una visión específica de las necesidades de cada paciente que ingresa a la clínica.
- ❖ Se recomienda hacer énfasis en el conocimiento de la onicofagia y que esta se debe de tratar correctivamente ya que este hábito fue el más frecuente que presentaba la población.
- ❖ Se recomienda que se determine solo un hábito deletéreo con uno o dos alteraciones transversales para que así tener un resultado objetivo y así determinar los resultados más específicos.
- ❖ Se recomienda que al registrar en la historia clínica que el niño presenta succión labial, es posible que presenta una mordida bis a bis, en este caso se debería de tomar las medidas necesarias para corregir dicho hábito y maloclusión.

Bibliografía

1. Arias A et al. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre san luis potosí- méxico y medellín-colombia,2016. Rev Nac Odontol 2018; 13(26):1-16.
2. Zapata M et al. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años [tesis de titulación para obtención de grado de cirujano dentista]. Lima(PER): Universidad San Martin de Porres; 2014.
3. Oropeza LM et al. Prevalence of malocclusions associated with pernicious oral habits in a mexican sample. Revista Mexicana de Ortodoncia 2014; 2(4):220-227.
4. Botero GE et al. Frecuencia de maloclusión en las clínicas odontopediátricas de la universidad de antioquia, colombia, y de la universidad autónoma de san luis potosí, méxico. Rev Nac Odontol {2016; 12(22):61-68.
5. Versiani L et al. The relationship between bruxism, occlusal factors and oral habits. Dental Press J Orthod 2014; 15(2):97-104.
6. Zaldivar L et al. Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. AMC 2015; 14(6):1-26.
7. Urrieta E et al. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva. Rev Latinoameriacan de Ortodoncia y Odontopediatria 2008; 1(1):1-13.
8. Adas S et al. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. BMC Oral Health 2014; 14(96):1-6.

9. Murrieta JF et al. Prevalence of non-nutritive buccal habits in a group of preschool children in nezahualcoyotl city, mexico. *Bol Med Hop Infant Mex* 2011; 68(1):24-30.
10. Pipa Vallejo A et al. Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en ferrol. *Av Odontoestomatol* 2011; 27(3):137-145.
11. Mallqui J. Hábitos orales no fisiológicos y maloclusiones verticales en niños entre los 6 - 12 años de la I. E. . mater purissima en el año 2017 [tesis de titulación para obtención de grado de cirujano dentista]. Lima(PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
12. Feștilă D et al. Suckling and non-nutritivesucking habit what should we know?. *Clujul Medical* 2014; 87(1):1-4.
13. Margarita L et al. Maloclusiones dentales en escolares de 12 años en la parroquia el sagrario - Cuenca 2016. *Rev Salud y Vida Sipanense* 2017; 4(2):58-66.
14. Fabián J et al. Frecuencia de maloclusiones dentales en la clínica de la especialidad de ortodoncia de la universidad autónoma de nayarit. *Rev Tame* 2016; 5(13):452-454.
15. Cruz J. Severidad de maloclusiones y necesidad de tratamiento ortodóntico según índice estético dental dai en escolares de 13 a 18 años de la institución educativa N 2023 agosto salazar dondy distrito de san martin de porres en el año 2017 [tesis de titulación para obtención de grado de cirujano dentista]. Lima(PER): Universidad Alas Peruanas; 2017.

16. Mattos MA et al. Maloclusiones en niños y adolescentes de caserios y comunidades nativas de la amazonia de ucayali. Rev Peru Med Exp Salud Pública 2011; 28(1):87-91.
17. Garde JB et al. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 year old children. Journal of International Oral Health 2014; 6(1):39-43.
18. Gallardo VP et al. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. An Pediatr 2005; 62(3):261–265.
19. Aquino S. Prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de angle con relación a los malos hábitos orales en niños del nivel primario de la institución educativa 10050 del distrito de reque [tesis de titulación para obtención de grado de cirujano dentista]. Lima(PER): Universidad Alas Peruanas; 2017.
20. Cedeño F. Hábitos parafuncionales y su incidencia en la maloclusión. [tesis de grado para obtención de grado de cirujano dentista]. Portoviejo(ECU): Universidad San Gregorio de Portoviejo; 2012.
21. Hanna A et al. Malocclusion in elementary school children in beirut: severity and related social / behavioral factors. International Journal of Dentistry 2015 1(1):1-10
22. Proença M et al. Relationship between facial morphology, anterior open bite and non-nutritive sucking habits during the primary dentition stage. Dental Press J Orthod 2014; 19(3):108-113.
23. Paez TY et al. Hábito de succión digital en niños de escuelas primarias urbanas y una propuesta de intervención. Rev Ciencias Med 2015; 21(2):453-463.

24. Silva F et al. Hábitos de succión y maloclusión: epidemiología en la dentadura temporal. *Ortod Esp* 2004; 44(2):127-140.
25. Oropeza LM et al. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. *Rev Mex de Ortod* 2014; 2(4):220-227.
26. Aguilar M. Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar. *Rev Latinoam Ortod y Odontopediatría* 2009; 22(1):1-11.
27. Carvajal J et al. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de sucre. *Rev Ciencias de la Salud* 2014; 18(1):221-232.
28. Gallegos E et al. Prevalencia de hábitos deletéreos y maloclusión en dentición mixta en niños de la ciudad de Quito, Ecuador. *KIRU* 2018; 15(3):121-126.
29. Kasparaviciene K. The prevalence of malocclusion and oral habits among 5 – 7-year-old children. *Med Sci Monit* 2014; 20:2036-2042.
30. Ghafournia M. Relationship between bruxism and malocclusion among preschool children in Isfahan. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect* 2012; 6(4):138-142.
31. Buitrago LA et al. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. *Rev Colombiana de Investigación en Odontología* 2013; 4(10):43-55.
32. Medical Subject Headings. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002.
33. Descriptores en ciencia de la salud. Sao Paulo (BRA): Biblioteca Virtual em Saude; 2003.

ANEXOS

ANEXO 01



UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA

Nº:

FICHA DE OBSERVACIÓN AD-HOC DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**"ASOCIACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LOS HÁBITOS DELETÉREOS ORALES
CON LA PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES INTERARCADAS EN NIÑOS DE
8 A 12 AÑOS EN LA CLÍNICA DEL NIÑO DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA"**

INSTRUCCIONES

Antes de iniciar con la observación, procure encontrarse en un estado de equilibrio emocional y somático. Si se siente cansado, estresado o enfermo, suspenda la observación. Procure realizar todas las mediciones bajo las mismas condiciones de comodidad. En el caso de no tener certeza sobre la medición de alguna unidad de análisis, descarte su evaluación. Registre los datos sin borrones ni enmendaduras. Los espacios en los que no pueda registrar información, táchelos con una línea.

a) DATOS GENERALES.-

EDAD:

SEXO: Masculino Femenino

FECHA DE EVALUACION:

b) DATOS ESPECÍFICOS.-

1.- FRECUENCIA DE LOS HÁBITOS DELETÉREOS:

- Presencia de Succión Digital: No Si
- Presencia de Succión Labial: No Si
- Presencia de Onicofagia: No Si

2.- PREVALENCIA DE ALTERACIONES INTERARCADAS:

- Presencia de alteración transversal: Ninguna Mordida cruzada post. unilateral
Mordida cruzada post. Bilateral Mordida cruzada anterior
- Presenta de alteración vertical: Ninguna Mordida abierta anterior
Mordida bis a bis Mordida profunda