



## ARTÍCULO ORIGINAL

### Hábitos parafuncionales como factor etiológico en pacientes con discrepancias hueso-diente según la clasificación de Angle

Parafuncional habits as an etiological factor in patients with bone-tooth discrepancies according to the Angle classification

Amalia Fernanda Vera-Veloz <sup>1</sup> , Silvia Marisol Gaviláñez-Villamarín <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Santo Domingo. Ecuador.

**Recibido:** 18 de julio de 2023

**Aceptado:** 15 de octubre de 2023

**Publicado:** 26 de noviembre de 2023

**Citar como:** Vera-Veloz AF, Gaviláñez-Villamarín SM. Hábitos parafuncionales como factor etiológico en pacientes con discrepancias hueso-diente según la clasificación de Angle. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 27(S2): e6259. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6259>

#### RESUMEN

**Introducción:** los hábitos parafuncionales modifican la posición dental y la relación que guardan entre sí, ya que interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, provocan un desequilibrio notorio por lo que suelen presentar anomalías dentomaxilofaciales.

**Objetivo:** determinar la relación entre los hábitos parafuncionales y pacientes con discrepancias óseo-dentarias según la clasificación de Angle.

**Métodos:** se efectuó un estudio cualitativo, descriptivo, documental de revisión bibliográfica en base a artículos publicados sobre hábitos orales deformantes. Se utilizaron las fuentes primarias, secundarias y clásicos en la ciencia odontológica a través de artículos, información certificada, sitios web como Pubmed, Scielo, Elsevier, Redalyc, Springer, Google académico, repositorio UG en las que se obtuvo información sobre el factor etiológico, causas, características de los hábitos orales y su incidencia en la maloclusión dentaria y el desarrollo dentofacial.

**Resultados:** los resultados arrojados en esta investigación evidencian la importancia del estudio de los hábitos parafuncionales, los cuales constituyen causa principal de las maloclusiones dentarias entre los hábitos orales no fisiológicos más frecuentes son respiración bucal, onicofagia, succión labial, succión digital, uso de chupete entre otros ya que existe una estrecha relación entre las maloclusiones y el tipo de hábito, lo que va a depender de la intensidad.

**Conclusiones:** acorde con la investigación realizada se recomienda que el paciente acuda al odontólogo desde edad temprana, y poder evitar este tipo de hábitos. Tomar precauciones tempranas con vistas al odontólogo uno o dos veces al año para revisar el estado de la cavidad bucal.

**Palabras clave:** Hábitos; Maloclusión; Deformidades Dentofaciales.

## ABSTRACT

**Introduction:** habits modify dental position and the relationship between them, as they interfere with normal growth and the function of the orofacial musculature, causing a notorious imbalance that often leads to dentomaxillofacial anomalies.

**Objective:** to determine the relationship between parafunctional habits and patients with osseodental discrepancies according to Angle's classification.

**Methods:** a qualitative, descriptive, documentary, literature review study was carried out based on published articles on deforming oral habits. Primary, secondary and classic sources in dental science were used through articles, certified information, websites such as Pubmed, Scielo, Elsevier, Redalyc, Springer, Google Scholar, UG repository in which information was obtained on the etiological factor, causes, characteristics of oral habits and their incidence in dental malocclusion and dentofacial development.

**Results:** the results of this research show the importance of the study of parafunctional habits, which are the main cause of dental malocclusions among the most frequent non-physiological oral habits are mouth breathing, onychophagia, lip suction, digital suction, pacifier use, among others, since there is a close relationship between malocclusions and the type of habit, which will depend on the intensity.

**Conclusions:** according to the research carried out, it is recommended that the patient should see a dentist from an early age in order to avoid this type of habits. Early precautions should be taken with visits to the dentist once or twice a year to check the state of the oral cavity.

**Keywords:** Habits; Malocclusion; Dentofacial Deformities.

## INTRODUCCIÓN

Los hábitos parafuncionales pueden alterar el sistema estomatognático, ya que modifican la posición de los dientes y la relación que guardan los dientes entre sí, ya que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

Los hábitos son considerados patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza muy compleja que se aprenden en un principio, se hacen de forma consciente y luego de modo inconsciente, que causan trastornos en el lenguaje, en el desarrollo físico y emocional del niño.

Los hábitos no fisiológicos o parafuncionales son los que resultan de una función normal o que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario. Dentro de ellos encontramos: succión digital, deglución atípica, respiración oral, onicofagia, queilofagia. Estos producen cambios o alteraciones a nivel dental y óseo, dependiendo de su frecuencia, intensidad y duración conllevando a posibles maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas.<sup>(1)</sup>

Su origen es multifactorial, en donde las maloclusiones son la causa principal y da resultado una anomalía en la morfología y funcionalidad de desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas lo que trae como consecuencia una deformación ósea.<sup>(2)</sup>

Cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites normales se denomina maloclusión. El término oclusión dental se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y para función.<sup>(3)</sup>

Las maloclusiones son alteraciones del crecimiento normal de las estructuras óseas que tiene efectos perjudiciales en la salud oral, debida a que influyen negativamente en la articulación, la deglución y la masticación que pueden ser afectadas por los hábitos orales y las alteraciones funcionales.<sup>(3)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Las maloclusiones dentarias ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucal, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal."<sup>(4)</sup>

La organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta los altos índices de incidencia y prevalencia de maloclusiones, a nivel mundial oscila en rangos de 35 % a 75 %, en países desarrollados de 75 %, en América Latina de 77 %, en nuestro país los estudios revelan 83 %.

El propósito de este trabajo de investigación fue actualizar información, analizar e identificar los hábitos parafuncionales presentes en los niños y su relación en pacientes con discrepancias óseo-dentarias según la clasificación de Angle.

## MÉTODOS

Por último, es documental porque se recopila información, ya sea de bibliotecas virtuales, artículos científicos, sitios web, documentos digitales e impresos con la finalidad de establecer una conexión entre los hábitos deletreos causado con factores hereditarios y ambientales con las características dentofaciales presentes en estos pacientes.

El método utilizado en el presente trabajo es el sintético porque va a establecer una posible relación entre los hábitos parafuncionales y las maloclusiones dentarias de forma que se analizará en forma de síntesis la información obtenida y varios conceptos estudiados para llegar a un fin común.

Mediante la recopilación de información de diferentes fuentes se obtuvo un criterio propio a través de un análisis y comparación a lo largo de esa investigación, por lo que podemos decir que es un estudio analítico y deductivo, con lo cual se demostró una relación estrecha de los hábitos no fisiológicos y la maloclusión dentaria.

Se realizó una revisión bibliográfica en la que se revisaron fuentes primarias, secundarias y clásicos en la ciencia odontológica en las que se obtuvo información de los artículos científicos actualizados e información a base de libros comparando y analizando el factor etiológico, causas, características de los hábitos orales y su incidencia en la maloclusión dentaria y el desarrollo dentofacial. Los datos e información se recogieron a través de análisis de documentos bibliográficos, de artículos, información certificada, sitios web como Pubmed, Scielo, Elsevier, Redalyc, Springer, Google académico, repositorio UG, etc.

En el presente trabajo de investigación de revisión bibliográfica se seleccionó información valiosa sobre los hábitos parafuncionales los cuales son causantes de anomalías en el desarrollo del sistema estomatognático y las consecuencias que pueden llegar a provocar al no tener un tratamiento temprano y eficaz.

## DESARROLLO

### Antecedentes

Los hábitos parafuncionales son causantes de las deformidades óseo-dentarias y de alteraciones del desarrollo normal del sistema estomatognático pudiendo modificar la posición dentaria y la relación oclusal que debe existir en el maxilar superior y maxilar inferior de cada paciente.

Estos hábitos se los puede definir como repeticiones o costumbres adquiridas en un periodo de tiempo, que se lo hace conscientemente en un principio y luego de forma inconsciente lo que desencadena distorsión en el crecimiento de lo maxilares, provocando maloclusiones dentarias que pueden ser de origen multifactorial en los que intervienen factores hereditarios y estructurales como son el tamaño de los dientes y del hueso, así también como factores ambientales, como lo son los hábitos orales deformantes.<sup>(5)</sup>

Ximena A E.,<sup>(6)</sup> indica que los hábitos orales deformantes interfieren en el desarrollo normal de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras dentomaxilofaciales. Y dependerá prácticamente de tres factores importantes para que haya una repercusión o daño orofacial, y eso es según el tiempo en que dure el comportamiento, en la edad que se inicie el hábito, y la frecuencia del mismo.

En un estudio descriptivo y transversal, se relaciona la maloclusión dentaria y los hábitos orales deformante en edad temprana, en una muestra de 150 escolares de seis y siete años, dando un resultado con predominio en el sexo masculino del (52,0 %), las maloclusiones en el mismo sexo (59,3 %) y el uso del biberón como hábito deformante (41,1 %). Como conclusión se determinó que la mayoría de los escolares con disfunciones bucales deformantes y la afección dentofacial se complementan entre sí.<sup>(3)</sup>

Rodríguez Y. y Medrano J.,<sup>(7)</sup> en su estudio: "Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez", realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, en 132 niños escolares por muestreo estratificado a fijación igual, pareado por sexos para determinar la afectación por hábitos bucales deformantes y las alteraciones oclusales en niños de cero-11 años del Policlínico Máximo Gómez del municipio Holguín. Se identificó que el hábito más frecuente resultó el chupeteo de biberón (69,69 %), seguido del empuje lingual (62,87 %) y la succión del pulgar u otros dedos (45,45 %).

### Hábitos parafuncionales

Los hábitos son conductas dadas de manera consiente y luego de modo inconsciente, afectando el crecimiento dentofacial normal produciendo algún tipo de maloclusión dentaria, que alteran el sistema estomatognático y en funciones como la masticación, el habla y deglución.<sup>(1)</sup>

Estos hábitos pueden alterar y comprometer el equilibrio y la función normal de los dientes y los maxilares, debido a diferentes factores como son los hereditarios, ambientales, y de comportamiento, de los cuales se manifiestan de manera diferente en cada persona. Van a afectar a la dentición temporal y permanente produciendo un desarrollo anormal del sistema estomatognático.

Por otro lado, Vega-Oliva T.,<sup>(8)</sup> se refiere que los hábitos orales deformantes traen consecuencias en la oclusión normal esto se debe a la frecuencia, tiempo y edad en la que se inicie el hábito. Del mismo modo en que las fuerzas no naturales sobre los dientes pueden causar alteraciones dentomaxilofaciales.

Los hábitos no fisiológicos son causa primaria de deformidades dentofaciales que afectan de forma negativa el complejo maxilofacial el cual se compone de sistema esquelético, sistema dentario, y sistema muscular.<sup>(9)</sup>

### **Factores que modifican la acción del hábito**

Los hábitos parafuncionales son la causa primaria o secundaria por la cual se genera un desequilibrio de la musculatura orofacial y posibles maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas. El grado de alteraciones depende de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.

En primer lugar, la edad en la que se inicia el hábito es decir que mientras antes comience mayor será el daño que se puede provocar, ya que en la etapa inicial el hueso puede ser moldeable. En segundo lugar, está el tiempo, ya sea minutos u horas que pueda durar el mal hábito. Por último está la frecuencia del mismo, este puede ser las veces en las que se realiza en el día.<sup>(10)</sup>

### **Duración**

#### **Se clasifican en:**

**Infantil:** Se encuentra desde el nacimiento hasta los dos años, en este tiempo de vida se forma el patrón normal del comportamiento del infante, no hay efectos dañinos en esta edad.<sup>(11)</sup>

**Preescolar:** Seguida del infantil, comienza desde los dos hasta los cinco. Si el hábito se realiza de forma ocasional, no va a tener efectos nocivos en la dentición; si es continuo o intenso va a ocasionar mal posición dentaria en dientes primarios. Si el hábito se pierde antes de los seis años, esto no va a ocasionar mayor deformidad o hay un alto porcentaje de que sea reversible o se reduzca con mayor eficiencia la pequeña deformidad.<sup>(11)</sup>

**Escolar:** En esta etapa que va desde los seis hasta los 12 años, requiere un análisis más profundo de la etiología del hábito, en la que se puede producir mal posiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.<sup>(11)</sup>

### **Frecuencia**

#### **Se pueden subclasificar en:<sup>(11)</sup>**

**Intermitente:** (diurnos), se realiza de manera discontinua, es decir que se interrumpe y puede cambiar o puede proseguir cada cierto tiempo de manera repetitiva.

**Continuos:** (nocturnos), estos no se encuentran con interrupción alguna.

### **Intensidad**

#### **Se clasifican en:<sup>(11)</sup>**

**Poco intensos:** en esta hay poca actividad muscular principalmente por personas bruxomanas y por el hábito de succión de dedo.

**Intensa:** cuando la contracción de los músculos buccionadores se puede apreciar de manera fácil.

La edad: se relaciona con la edad en la que se inicia el hábito, es decir sí comienza antes, mayor será el daño ya que a edades tempranas el hueso se está formando y puede producir consecuencias más grandes.

### **Tipos de hábitos parafuncionales**

#### **Deglución atípica**

También llamada interposición lingual, se considera deglución atípica cuando la lengua se encuentra en una mala posición al momento de deglutir.

Cuando se mantiene una deglución infantil (atípica), la lengua se interpone entre las arcadas dentarias lo que impide la oclusión normal, no se eleva y se pierde la presión que debe existir en las paredes, y al tener la necesidad de crear el cierre bucal anterior, los labios tratan de ocluir, produciendo contractura muscular en la zona peribucal del paciente.<sup>(12)</sup>

Desde el punto de vista etiológico, existe dos tipos de deglución la primera es la deglución infantil en la que su causa fisiológica es la conducta de la niñez, sueño, apetito, digestión y desordenes emocionales. Y la segunda es la deglución atípica mandíbula y lengua que es causada por factores físicos como los hábitos no fisiológicos, uso de biberón, adenoides hipertróficas y postura anormal de la cabeza.<sup>(13)</sup>

Existen signos significativos en pacientes con deglución atípica como es la interposición lingual o empuje de la lengua entre los arcos dentarios. Lo que provoca la ausencia del cierre oclusal, presencia de patrones anormales de oclusión normal, pero con deglución anormal. En estos casos la lengua y el complejo muscular intervienen en la deglución y tienen capacidad de adaptarse a condiciones anatómicas del sistema estomatognático.<sup>(13)</sup>

Durante la deglución anormal hay una contracción visible de los músculos perioral y por la inactividad del músculo temporal que se puede notar durante la palpación. La lengua está posicionada entre los incisivos y puede ser vista cuando los labios son separados cuidadosamente.<sup>(13)</sup>

En la literatura científica se describe que hay consecuencias de un patrón de deglución atípica como una mordida abierta anterior y/o lateral, una maloclusión Angle clase II división 1, mordida cruzada uni o bilateral, retroinclinación de los incisivos inferiores y/o proclinal de los incisivos superiores.<sup>(13)</sup>

#### **Etiología de la deglución atípica**

Amígdalas hipertróficas  
Macroglosia  
Alimentación prolongada por medio del biberón  
Pérdida prematura de dientes temporales anteriores.

#### **Consecuencias de la deglución atípica**

Mordida abierta anterior y/o posterior  
Protrusión de incisivos superiores  
Presencia de diastema anterosuperiores  
Labio superior hipotónico  
Incompetencia labial  
Hipertonía de la bolsa del mentón

**Tipos de deglución atípica,<sup>(14)</sup>****Deglución atípica con interposición labial**

Se presenta en casos con pacientes que se encuentra en reposo y los labios no están en contacto. Se caracteriza por la contracción de los labios, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula, dientes en oclusión, mientras la lengua se encuentra protruida en la mordida abierta. Generalmente se presenta en niños respiradores nasales con hábito de succión digital, en el que hay pérdida de contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida.<sup>(14)</sup>

**Deglución con presión atípica de lengua,<sup>(14)</sup>**

Esta ocurre cuando la lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose entre los premolares y molares. Se observa contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca el estrechamiento del arco a la altura de los caninos y de los músculos mentonianos.

**La deglución atípica de lengua se clasifica en dos tipos:**

Tipo I: No causa deformación

Tipo II: Existe presión lingual anterior, por lo que provoca mordida abierta anterior y vestibuloversión.

**Tratamiento de la deglución atípica,<sup>(15)</sup>**

El tratamiento de elección de terapia miofuncional en la cual consiste realizar una serie de ejercicios para ir eliminando los esquemas neuromusculares del hábito, enfocando un patrón de deglución normal o fisiológico para el paciente, en la que se establece la reposición de la lengua, y los músculos involucrados.

Así también, como reeducación de la posición lingual con el uso de pastillas de menta, en la cual se indica al niño que la mantenga con la punta de la lengua en las rugas palatinas. Mientras que la pastilla está en esa posición, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Otro tipo de tratamiento es el uso de aparatos ortodónticos, como los restrictores (rejillas o trampa lingual) y los estimuladores (Perlas de Tucat en un retenedor tipo Hawley).

**Succión digital**

El hábito de succión digital es uno de los hábitos orales más comunes que provocan alteraciones dentofaciales. Consiste en ubicar el pulgar o demás dedos dentro de la boca con una frecuencia mayor, es decir durante varias veces al día y la noche ejerciendo presión continua en el paladar.<sup>(16)</sup>

Una de las situaciones para adquirir este hábito de succión se debe a: hambre, miedo, tensión emocional y física, instaurado por carencias efectivas y psicológicas del entorno familiar y social.<sup>(1)</sup>

De acuerdo con la literatura se dice que estos hábitos de succión se da con una frecuencia de una a dos horas y una duración de 24 a 60 meses una relación significativa para que haya problemas dentofaciales visibles.<sup>(1)</sup>

Según la Asociación Estomatológica de los Estados Unidos considera que un niño puede introducir sus dedos hasta los cuatro años sin deformar sus dientes. Por el contrario, este hábito puede ser intermitente por la presencia de los dientes permanentes, provocando alteraciones en la oclusión, especialmente produce mordida abierta anterior, distalización de la mandíbula que es provocada por la presión que ejerce la mano y el brazo.<sup>(16)</sup>

El tipo de consecuencias por este hábito es mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de los incisivos superiores, aumento del resalte, clase II, paladar ojival y mordida cruzada.<sup>(17)</sup>

### **Tipos de hábitos de succión digital**

Succión de pulgar: consiste en introducir el pulgar dentro de la cavidad bucal.

Succión de otros dedos: consiste en igual forma en introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad oral.

La succión de dedo pulgar es la más frecuente, pero puede involucrar los demás dedos, produciendo manifestaciones en el creciente normal de las estructuras dentofaciales por la presión anómala que se ejerce sobre el paladar.

### **Repercusiones del hábito de succión digital**

Succión de pulgar: los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La mandíbula se deprime por acción del músculo pterigoideo externo, incrementando el espacio intraoral y creando una presión negativa.

Succión de dedo índice: puede producir mordida abierta unilateral y/o protrusión succión de uno o más incisivos o caninos.

Succión de dedo índice y medio: puede producir mordida abierta y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión de dedo índice, medio y anular: puede producir mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos: produce problemas semejantes, pero dependerá del número de dedos que se introduzca dentro de la boca, así también como la frecuencia e intensidad de la succión.

### **Tratamiento de succión digital**

Explicarle al niño que si persiste en el hábito causaría daño de no dejarlo. El uso de aparatología removible o fija como la rejilla lingual y tornillos expansores. Estos aparatos fijos se deben mantener durante 10 meses para que sean eficaces. Y hacer terapia miofuncional.

### **Respiración bucal**

La respiración bucal puede ser diagnosticada por problemas de obstrucción nasal, por hábitos y por anatomía. Así mismo, se da por consecuencias de enfermedad local general ya se por un proceso inflamatorio crónico de las vías respiratorias, adenoiditis, asma u otros.<sup>(18)</sup>

Se manifiesta en pacientes en edad de desarrollo, la respiración es hecha por la boca, en la cual la lengua se ubica en una posición descendente para permitir el paso del aire. Normalmente este hábito está relacionado a pacientes con interposición lingual y de labio. Así mismo, en la literatura se menciona que hay diferentes causas del trastorno normal de la respiración como es la posición de dormir, el clima, la succión de chupete y predisposiciones anatómicas.<sup>(17)</sup>

Cuando la respiración se realiza por la boca se manifiestan efectos secundarios que van desde la recepción de aire cargado de impurezas, frío, seco hasta efectos más complejos capaces de alterar el desarrollo normal de los maxilares, músculos y en el individuo de forma general.<sup>(5)</sup>

La respiración oral se incluye como un hábito deformante porque, una vez eliminado el impedimento para respirar por las vías aéreas, con frecuencia el niño mantiene la costumbre de respirar por la boca. Por lo que no hay un cierre bilabial completo.<sup>(1)</sup>

Hay una relación estrecha entre la respiración oral y las deformidades dentofaciales, en la que se describe que el aire transita en la cavidad oral y presenta consecuencias, que desencadena un aumento de la presión aérea intrabucal. Como consecuencia de esto, se presentan cambios morfológicos en el paladar, la profundidad palatina y posición del hueso adenoideas va a estar asociada a la respiración bucal y al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal deja de penetrar en los senos maxilares, que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto facial característico de cara larga o facie adenoidea.<sup>(17)</sup>

En la respiración bucal prevalecen pacientes con mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior y maloclusión clase I. También se encuentra relacionada con problemas médicos y sociales comunes relacionados con la fatiga, falta de sueño y apnea del sueño frecuente. Es reconocido por la comunidad científica el síndrome del respirador bucal como causante directo del colapso maxilar y el crecimiento vertical en nuestros pacientes. A pesar de que en la mayoría de los casos la propuesta de tratamiento es la adenoamigdalectomía, las cavidades sinusales y el desarrollo del maxilar siguen siendo un problema y en la vida adulta causarán problemas para abastecer las necesidades de oxigenación.<sup>(19)</sup>

### **Etiología de la respiración bucal**

- Amígdalas palatinas hipertróficas
- Adenoides hipertróficas
- Narinas estrechas
- Presencia de pólipos nasales
- Desviación de tabique nasal
- Asmas y bronquitis
- Inflamación de las mucosas por alergias o infecciones

### **Características faciales del respirador bucal**

- Facies adenoideas o síndrome de cara larga
- Mordida cruzada posterior uni o bilateral
- Paladar alto u ojival
- Retroposición mandibular
- Inclinación lingual de incisivos inferiores
- Inclinación vestibular de incisivos superiores
- Aumento del sobrepaso horizontal
- Atresia de maxilar superior
- Posición de descanso inferior de la lengua

### **Manifestaciones de un respirador bucal**

- Obstrucción nasal continua
- Mal olor bucal
- Fonación hiponasal
- Presencia de ronquidos
- Apnea de sueño
- Hipersalivación

### **Tratamiento de la respiración bucal**

El tratamiento para un paciente con respiración oral requiere de un equipo multidisciplinario:  
Tratamiento quirúrgico de la obstrucción de las vías respiratorias  
Interconsulta con el otorrino y el alergólogo en casos de problemas de rinitis, asma, etc.  
Aparatos ortodóncicos, aparato de disyunción.  
Terapia miofuncional.

### **Onicofagia**

Se denomina el hábito de comer o morderse las uñas con los dientes, es un trastorno que afecta al 20-30 % de la población. Suelen aparecer en la infancia y la adolescencia. Puede causar problemas de manera negativa la calidad de vida causando complicaciones en la cavidad bucal.

La onicofagia es la costumbre de incidir, cortar y roer las uñas, lo que puede provocar heridas en los dedos, labios y encías. Así también, como el desarrollo de infecciones. Una de las manifestaciones es la paroniquia crónica que es la inflamación aguda del tejido celular de los dedos, en casos más severos puede provocar deterioro de la placa ungueal y la formación de cicatrices y anomalías alrededor de las uñas.<sup>(8)</sup>

Afecta los dientes, uñas, tejidos blandos que lo rodean, tales como la cutícula y piel de los dedos. Es bastante común en niños de cuatro a seis años, puede ocasionar desviación de uno o más dientes, desgaste dentario localizado y afectación localizada del tejido periodontal.<sup>(18)</sup>

Las complicaciones orales presentes en pacientes con onicofagia son inflamación gingival, absceso gingival e infecciones debido a la inserción de objetos extraños dentro de la cavidad oral, reabsorción radicular, maloclusión dentaria y apiñamiento y rotación de los incisivos.

### **Tratamiento de la onicofagia**

Es necesario concientizar al paciente que esté dispuesto a dejar el hábito, Se le pide al paciente morder un mordedor de goma por cinco minutos sin parar, en casos que tenga ganas de roerse las uñas. Y también al momento de sentirse ansiosa.

Otra alternativa es la utilización de guardas en ambas arcadas dentarias que cubran las caras oclusales de molares y premolares, de manera que esto hará que se levante la mordida ligeramente y dificulte la práctica del mismo.

### **Queilofagia**

Es la costumbre de mordisquear o chuparse el labio, por lo general es el labio inferior. Provoca retrusión de la mandíbula en el momento del acto, linguoversión de los incisivos inferiores y vestibuloversión de los incisivos superiores.<sup>(18)</sup>

Por lo general este hábito de succión de labio se asocia a la protrusión labial de los incisivos superiores, en el cual el labio superior se torna hipotónico y un desplazamiento de los incisivos inferiores. En pacientes con este hábito presentar ciertas características faciales comunes como un surco mentonial marcado, un cierre labial forzado, músculos orbiculares de los labios hipertónicos y un crecimiento mandibular horizontal.

### **Efectos bucofaciales por la succión labial:**

Protrusión dentoalveolar superior  
Retroinclinación de incisivos inferiores  
Labio inferior hipertónico  
Incompetencia labial  
Hipertrofia del musculo mentoniano

Mordida profunda  
Incisivos inferiores ocluyen en la mucosa platina  
Retrognatismo mandibular.

### **Tratamiento de Queilofagia**

El tratamiento a escoger para la eliminación del hábito es a utilización de un lip bumper, el cual es un aparato ortopédico fijo y pasivo que posee de uno a dos escudos de acrílico en el sector anterior. Este aparato separa el labio inferior de los incisivos superiores, va a influenciar en el desarrollo de la arcada inferior y produce una expansión espontánea de dicha arcada.

### **Bruxismo**

El bruxismo es el acto de rechinar o apretar los dientes de manera parafuncional o inconsciente. Provoca hiperactividad de los músculos masticatorios debido a los movimientos masticatorios no funcionales, los cuales producen dolor y cambios en el ATM.<sup>(20)</sup>

Su etiología se dice que es multifactorial debido a características anatómicas, relaciones neurológicas y emocionales. Cuando existe bruxismo se registra facetas de desgaste excesivo en la corona del diente a nivel del tercio incisal medio o en los dos tercios de la corona, se dice que está asociada a sonidos oclusales audibles, contractura y dolor muscular en los músculos masticatorios, exostosis ósea, y molestias en la articulación temporomandibular.

Además, características clínicas como erosión a nivel cervical de los dientes, fractura de dientes y restauraciones movilidad dentaria, hipertonicidad muscular, facetas de desgastes oclusales no funcionales, hipertrofia, trismo y limitación en la apertura y cierre, mialgia de los músculos masticatorios, sensación de cansancio muscular, cefaleas frecuentes y algias faciales.<sup>(8)</sup>

La presencia de síntomas como el estrés, ansiedad, inseguridades preocupaciones, temores, depresión son manifestaciones psicológicas asociadas a la presencia de hábitos orales deformantes.<sup>(8)</sup>

Este hábito puede ocurrir durante el día o durante la noche, bruxismo está asociado a los trastornos cráneo – mandibulares incluyendo dolores de cabeza, molestias en la articulación temporomandibular, dolor muscular, pérdida prematura de dientes debido al desgaste excesivo que existe. Así también, como consecuencias sobre el aspecto facial por lo que se producen hipertrofias musculares, en especial el músculo masetero teniendo una facie masetera. Entre los síntomas clínicos del bruxismo esta los chasquidos o crujidos en la ATM, dificultad para abrir y cerrar la boca.<sup>(21)</sup>

### **Uso de chupete**

Comienza durante los primeros 6 meses de vida del niño. Es el hábito de succión no nutritiva más frecuente. La succión forma parte del funcionamiento normal y saludable en el desarrollo de la mandíbula y la cavidad oral. Es importante la succión fisiológica durante los primeros meses de vida, se evita los chupones antes de los 15 días de vida, se restringe a los 8 meses y se debe suprimir o dejar de usarlo después del año. Debido que después de su uso se forma un hábito perjudicial en la boca. Ya que, al introducir el chupete, la lengua se posiciona hacia la parte anterior de la boca, ejerciendo presión lateral que se incrementa en los caninos y molares inferiores. Provocando así, mordida cruzada posterior.<sup>(20)</sup>

La succión de chupete, seguido de la succión digital son hábitos no fisiológicos más comunes en la niñez, principalmente de cero a tres años, debido al proceso de desarrollo y descubrimiento de su medio ambiente.<sup>(1)</sup>

### **Posibles etiologías del uso del chupete**

Patrones de alimentación demasiado rápido, insuficiente alimento en cada toma.  
Tensión en el momento de la alimentación por biberón.  
Falta de amor y ternura familiar.

### **Beneficios del uso del chupete**

Estimular la maduración del reflejo de succión en los prematuros.  
Efecto tranquilizante en niños, pero se recomienda no usarlo cada vez que el niño lllore.  
El chupón se ha asociado con menor incidencia del síndrome de muerte súbita, lo cual evitaría la obstrucción de las vías aéreas.

### **Corrección del uso del chupete**

Comenzar el proceso de eliminación del chupete del año al año medio.  
En lo posible que sea máximo hasta los dos años  
Esconderlo  
Realizar perforaciones  
Distracción (Realizar con el niño juegos de cuentos, historia, etc.)

### **Maloclusión dentaria**

Es una patología donde los controles anatomo-fisiológicos del sistema estomatognático están en desarmonía con las arcadas dentarias, es decir cuando los dientes no ocluyen en una posición normal, y no existe un cierre normal de los dientes antagonistas y presentan alteración en el crecimiento y desarrollo dentofacial, esto se da como consecuencia de factores genéticos o ambientales.

La maloclusión es considerada uno de los problemas de salud oral más importantes que afecta a la mayoría de la población. Afecta el crecimiento y desarrollo de la mandíbula superior, la pérdida de la estética y nutrición, y esto ocasiona baja autoestima en el paciente.

Se define a las maloclusiones como la alteración de las piezas dentales y huesos maxilares, con las piezas dentarias contiguas y antagonistas, lo que conlleva a crear relaciones oclusales no adecuadas. Las maloclusiones se consideran factores de riesgo de otras enfermedades bucales, como la gingivitis, periodontitis y alteraciones en la articulación temporomandibular. Por lo que, se debe tomar medidas preventivas ya que afecta la estética y la función.

Se considera que su etiología es multifactorial por lo que es difícil establecer, sin embargo, se determina varios factores como: hereditarios y ambientales, ya que de esto dependerá el desarrollo de una maloclusión. Los hábitos bucales deformantes son causantes de dañar la oclusión, estructuras dentales y desencadenar maloclusiones.<sup>(19)</sup>

Las causas de las maloclusiones suelen estar sujetas a varios aspectos en las que incluyen: herencia, trauma, defectos en el desarrollo dentofacial, agentes físicos, enfermedades sistémicas, locales, tumores, caries, hábitos, entre otros.

Otro factor de las maloclusiones es la alteración de la función oral, en la que incluye la articulación, la deglución y la masticación pueden ser afectadas por los hábitos orales fisiológicos y no fisiológicos y alteraciones funcionales. Graber, determina que la morfología y la función oral son indispensables y van de la mano con una buena oclusión. Estas alteraciones funcionales llegan a modificar la posición dental, la relación de las arcadas dentarias, las mismas que alteran el crecimiento normal y en la función.

### **Clasificación de la maloclusión**

De acuerdo con la función oclusal y masticatoria se clasifica en:

Maloclusión funcional: No coincide la oclusión habitual con la oclusión céntrica.

Maloclusión estructural: Presenta características morfológicas con potencial patógeno, es decir afecta la estética según la sociedad.

Etiología de la maloclusión dentaria

### **Según Graber, divide los factores etiológicos en dos:**

#### **Factores generales:**

Herencia

Medio ambiente

Defectos congénitos

Nutrición

Hábitos de presión anormal y aberraciones funcionales

Postura

Traumas y accidentes

#### **Factores locales:**

Caries

Restauraciones dentales defectuosas

Anomalías de tamaño de diente

Anomalías de números de dientes

Anomalías de forma de los dientes

Perdida prematura de dientes

Frenillo labial anormal

Retención prolongada de dientes

Brote tardío de los dientes

Anquilosis

### **Clasificación de maloclusión dental según Angle**

En 1899, Angle clasificó a las maloclusiones dentarias en un artículo. En el que menciona que la maloclusión dentaria es la perversión normal y desarrollo de las arcadas dentarias.

Donde supuso que el primer molar superior permanente ocupaba una posición estable en el esqueleto craneofacial, así también como el canino son estables en la dentición y la referencia de la oclusión.

### **La clasificación de Angle incluye cuatro categorías:**

Oclusión normal

Maloclusión Clase I

Maloclusión Clase II

Maloclusión Clase III

### **Maloclusión Clase I (Neutroclusión)**

Se caracteriza por la relación normal que existe entre el maxilar superior y maxilar inferior, en esta clase molar, la cúspide mesiobucal del primer molar superior permanente encaja en el surco mesiobucal del primer molar inferior permanente.

En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con un correspondiente apiñamiento en la zona anterior la maloclusión esta confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona incisiva y canina.

En un porcentaje alto de casos de maloclusión, las arcadas dentarias están más o menos contraídas y como resultado pueden existir dientes apiñados, y fuera de arco.

Los sistemas óseos y neuromusculares están balanceados.

El perfil facial puede ser recto.

### **Entre las maloclusiones esqueléticas están:**

Anomalías transversales: mordida cruzada posterior y en tijera

Anomalías verticales: mordidas profundas anteriores y posteriores

### **Asimetría esquelética**

Entre las maloclusiones dentales encontramos:

Anomalías volumétricas: apiñamiento, diastema y discrepancias.

Anomalías de inclinación de incisivos: protrusión o retrusión dentoalveolar de una o ambas arcadas.

### **Maloclusión Clase II (Distoclusión)**

La maloclusión clase II hay una relación "distal" del maxilar superior con respecto al maxilar inferior, es decir los primeros molares inferiores permanentes ocluyen distalmente o delante a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad de ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente con los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la oclusión.

### **La clase II se subdivide en dos:**

#### **Clase II subdivisión I**

Se caracteriza por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Presenta casi siempre:

Gran resalte de los incisivos superiores. El maxilar superior suele estar adelantado y la mandíbula retraída, solo la cefalometría nos dará con exactitud la discrepancia ósea.

Puede presentar mordida abierta anterior.

Las arcadas dentarias son estrechas de forma triangular y por lo tanto, favorece al apiñamiento dental.

Los incisivos superiores pueden descansar en el labio inferior.

#### **Clase II subdivisión II**

Presenta una oclusión distal unilateral. Caracterizada por la distalización de los dientes de ambas hemiarquadas, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores. <sup>(26)</sup>

**Se caracteriza por:**

Sobremordida vertical  
Vestibuloversión de los incisivos laterales superiores  
Linguoversión de los incisivos centrales superiores  
Presencia de arcadas dentarias en forma cuadrangular y amplias  
Curva de Spee muy marcada.

**Maloclusión Clase III (Mesioclusión)**

Contribuye a una relación "mesial" del maxilar inferior con respecto al maxilar superior. En esta clase molar III, la cúspide mesiobucal del primer molar permanente articula hacia distal del surco mesiobucal del primer molar permanente inferior.

**Se suele caracterizar por:**

Mesioclusión  
Mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior  
Maxilar inferior más grande y maxilar superior pequeño  
Maloclusión hereditaria.

**Tipos de maloclusiones que se asocian a los hábitos parafuncionales**

Existen varios hábitos que pueden ser causantes de deformaciones dentofaciales que intervienen en el desarrollo óseo y dentario. Estos hábitos pueden alterar la forma y estructura de los músculos.

**Los hábitos más frecuentes se pueden clasificar en dos grupos en función de la estructura oral que los altera:**

Hábitos que producen maloclusión y alterar el desarrollo normal, así también, como los tejidos duros; succión digital, succión labial, bruxismo, respiración bucal, deglución atípica.  
Hábitos que producen patología en la mucosa oral: cepillado excesivo, mordisqueamiento, hábitos automutilantes (morder uñas, objetos, etc.)

**Maloclusiones en sentido vertical**

Son maloclusiones en la que se modifica o se ve altera la dimensión vertical.

**Mordida abierta**

La mordida abierta se describe como la falta acoplamiento entre los incisivos superiores e inferiores en la dimensión vertical.

Por otro lado, según define a la mordida abierta cuando uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen un contacto de piezas antagonistas. Así también, se dice que la mordida abierta responde a la falta de contacto entre las arcadas dentarias las cuales se manifiestan a nivel del grupo de incisivos y segmentos posteriores de la boca.

La mordida abierta puede ser por disfunción primaria o secundaria. En las disfunciones primarias su factor etiológico es la función muscular anormal, la formación de crecimiento es mediana u horizontal. Y en los problemas con crecimiento vertical es disfunción secundaria o adaptativa.

Los problemas por mordida abierta anterior o posterior puede ser consecuencia de la postura y función anormal de la lengua.

En una mordida abierta esquelética, la altura facial anterior es excesiva en especial el tercio inferior mientras que la altura posterior es corta. La base mandibular suele ser estrecha y a menudo presenta escotadura antagonial. La sínfisis se presenta estrecha y alargada, y la rama ascendente mandibular es corta. Y el patrón de crecimiento es vertical.

La etiología de la mordida abierta se ve alterada por cinco factores causales: desarrollo dentario, herencia, hábito de succión, deglución atípica, respiración bucal, y por último el patrón de crecimiento vertical.

El hábito de succión digital, succión no nutritiva y respiración bucal contribuyen a la aparición de diversos problemas dentofaciales, entre ellos la mordida abierta.

**En casos de mordida abierta puede desarrollarse un patrón esquelético subyacente de clase I, II y III. Esta maloclusión presenta una etiología multifactorial:**

Comportamiento: hábitos de succión digital, postura de la lengua hacia delante.

Obstrucción nasofaríngea: causante de respiración bucal, como el bloqueo de las vías aéreas, enfermedades alérgicas o hiperplasia adenoidea.

Patrón de crecimiento no favorable: crecimiento esquelético vertical con rotación mandibular hacia atrás.

Trastorno dentoalveolar: anomalías dentarias, dientes anquilosados, traumas, etc.

Macroglosia: tamaño de la lengua mayor a lo normal.

La mordida abierta puede afectar en la deglución, el habla y la estética. Se suele clasificar en mordida abierta dental o esquelética, siendo esta diferenciación de suma importancia para evitar la recidiva de la maloclusión.

**Entre las características fenotípicas en pacientes con mordida abierta dental/esquelética están las siguientes:**

Mandíbula con rotación posterior primaria en un intento de aumentar la longitud efectiva alcanzar al maxilar.

Disminución de la angulación del plano mandibular

Cóndilos reducidos

Disminución de la altura facial posterior

Crecimiento de proceso dentoalveolares excesivos

Retroinclinación de los dientes anteriores

Apiñamiento tardío por la retroinclinación

Desequilibrio neuromuscular

**Tratamiento de mordida abierta**

Un tratamiento a temprana edad reduce el riesgo de posteriores cirugías ortognáticas. Muchos autores determinan que el tipo de tratamiento va a depender del factor etiológico que originó la maloclusión. El tratamiento ideal es mioterapia funcional con el fin de erradicar los hábitos, la cual consiste en realizar la deglución apoyando la punta de la lengua hacia las rugosidades palatinas y molares en oclusión cinco minutos interrumpidos antes de dormir.

**Mientras que existe otros tratamientos que se pueden clasificar en:**

Tratamiento ortopédico: aparatología removible (Binator) y aparatología fija (trampa lingual, tridente de Graber)

Tratamiento ortodóncico; con extracción o no de premolares

Tratamiento quirúrgico

## Mordida profunda

La mordida profunda forma parte de las maloclusiones verticales, en la que se denomina que es una sobremordida vertical profunda, es una de las maloclusiones más comunes. La mordida profunda como la superposición de los dientes anterosuperiores sobre los anteroinferiores en el plano vertical. Sin embargo, se la redefinió como la cantidad y el porcentaje de superposición de los incisivos inferiores por los incisivos superiores.

Graber, define como un estado de sobremordida vertical aumentada en la que la dimensión entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva.

Se encuentra extrusión de los incisivos centrales anterosuperiores y anteroinferiores, que puede acompañarse de retroinclinación y retrusión de las estructuras dentarias anterosuperiores y anteroinferiores.

Baume considera tres períodos que caracterizan la evolución de una sobremordida:  
Durante la erupción de los caninos primarios que son los determinantes  
Cuando erupcionan los incisivos permanentes  
Durante la erupción de los caninos y premolares, que defienden el grado de sobremordida en una dentición permanente.

## Tipos de mordida profunda

Dentaria: se presenta un tipo de maloclusión clase I o Clase II de Angle, y los incisivos centrales superiores e inferiores están fuera de sus bases óseas. En este tipo de mordida profunda presenta disminución del plano palatino.

Dentoalveolares: es cuando el conjunto dentoalveolar presenta alteraciones en el crecimiento y desarrollo. Contribuye a la retroinclinación y retrusión de piezas dentarias anteriores superior e inferior, siendo como consecuencia de la maloclusión la posición adelantada del maxilar y posición retrasada de la mandíbula.

Esquelética: El maxilar superior es excesivamente grande en comparación con la mandíbula, existe poco contacto oclusal de piezas dentarias, y el ángulo interbasal en la mordida profunda es por debajo de 20°.

## Características clínicas y faciales de mordida profunda:

- Clase II esquelética
- Braquiocefálicos (Síndrome de cara corta)
- Dimensión vertical disminuida
- Obervite aumentado
- Tensión muscular excesiva y alteración en el ATM
- Crecimiento hiperdivergente
- Gingivitis
- Plano oclusal disminuido

## Factores que pueden intervenir en una mordida profunda:

- Alteraciones de la morfología dental
- Perdida prematura de dientes permanentes
- Anchura mesiodistal de los dientes anteriores
- Profundización de la mordida por la edad, tonicidad muscular, y reabsorción del hueso dentoalveolar.

### **Maloclusiones en sentido transversal**

Las maloclusiones transversales son alteraciones en la oclusión en el plano horizontal de algunos dientes que a veces se presentan simultáneamente en casos de alteraciones en la erupción dental en el sentido sagital, como las maloclusiones clase I, II o III o en pacientes que presenten sobremordidas profundas o abiertas.

### **Mordida cruzada posterior**

La mordida cruzada posterior, en la cual se observa que las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores, de forma que los sectores laterales inferiores, desbordan lateralmente a los superiores. Su etiología puede estar asociada a alteraciones dentoalveolares, esqueléticas o componentes neuromusculares.

La relación transversal anormal en el que las cúspides palatinas de los molares superiores ocluyen vestibularmente a las fosas de los molares mandibulares, llegando a contactar con las cúspides o las caras vestibulares de los molares inferiores. Puede involucrar uno o más dientes del maxilar, es decir puede ser uni o bilateral.

La etiología de esta maloclusión está en una base maxilar superior ancha en relación a la base mandibular o por inclinaciones dentales posteriores hacia lingual y asimetrías mandibulares.

La causa más frecuente es la falta de desarrollo muscular, originada por los hábitos no fisiológicos principalmente: succión digital, deglución atípica y respiración bucal.

Estos hábitos pueden originar deformidades dentofaciales como la mordida cruzada posterior Unilateral o mordida cruzada posterior bilateral. La primera es cuando existe una relación anormal vestibulolingual en la oclusión, y causa alteración en la función de las arcadas dentarias. En un paciente con mordida cruzada unilateral puede tener contactos prematuros en los caninos en relación céntrica. Y en la segunda, las cúspides vestibulares de los dientes superiores encajan u ocluyen por lingual de las cúspides vestibulares de los dientes mandibulares con relación a ambas arcadas.

### **Mordida borde a borde**

También se la denomina mordida cruzada incompleta, en donde las cúspides bucales de los molares superiores ocluyen en las cúspides bucales de los molares inferiores. El overjet y el Overbite es 0.

### **Mordida en tijera**

Las cúspides palatinas de los molares superiores ocluyen con las cúspides linguales de los molares inferiores. También se la define como oclusión cruzada vestibular o bucal.

Son raras las unilaterales causadas por inclinaciones dentales posteriores inferiores hacia lingual o asimetrías mandibulares. Las de tipo bilateral son conocidas como síndrome de Brodie, donde el maxilar superior cubre en su totalidad al maxilar inferior generalmente por micrognatia mandibular.

## **Otras alteraciones en la maloclusión dentaria**

### **Hiperplasia mandibular**

Desarrollo excesivo de la mandíbula en sentido transversal como plano anteroposterior, en la mayoría de los casos de hiperplasia mandibular constituyen a prognatismos mandibulares verdaderos o clase III de Angle, que en algunos casos la principal alteración no es transversal sino sagital, la cual condiciona a la realización de tratamiento quirúrgico de la maloclusión.

### **Hipoplasia mandibular**

La hipoplasia mandibular se debe a la falta de desarrollo de los huesos del maxilar superior. Su etiología es multifactorial debido a que incluye malformaciones congénitas (Paladar hendido, etc.), alteraciones del desarrollo (hábitos de succión digital), traumatismos o iatrogenias. Debido a la hipoplasia mandibular, el individuo presenta las arcadas dentarias reducidas y es común encontrar apiñamiento dentario en la zona anterior.

### **Labioversión y linguoversión**

La posición que existe entre el diente dentro de la cavidad bucal en la cual las fuerzas orales labiolinguales y bucolinguales son iguales. Esta posición se la denomina espacio neutro, lo que produce estabilidad de los dientes. Si el espacio no es suficiente o no es el adecuado, las fuerzas musculares circundantes no suelen ser suficientes para situar al diente en una alineación correcta en la arcada dentaria.

En la literatura se reconoce el origen multifactorial en el desencadenamiento de las maloclusiones dentarias, en el que intervienen factores hereditarios y estructurales como el tamaño de los huesos y los dientes, la dirección eruptiva de estos últimos, la dirección de crecimiento de los huesos, etc. así como otros factores ambientales dentro de ellos los hábitos bucales deletéreos que afectan el sistema estomatognático desde edades tempranas en el individuo, originando trastornos funcionales y problemas estéticos

La frecuencia y dirección de las fuerzas musculares pueden desplazar un diente hacia una posición en que las fuerzas se vuelvan en equilibrio, es decir en casos que la lengua sea excesivamente grande, lo que pueda hacer que los labios ejerzan sobre los dientes fuerzas linguales más intensas que las labiales.

Clínicamente se manifiesta con una mordida abierta, vestibularización labial de los dientes anteriores, siendo la lengua el causante de este desplazamiento.

Realizaron un estudio descriptivo, correlacional, transversal y clínico. Seleccionaron un muestreo de 140 alumnos en el año de 2016, dando como resultado mediante un análisis bivariado que un 40,7 % de los alumnos presentaron hábitos no fisiológicos, en relación con el otro 59,3 % de los alumnos que no padecían ningún mal hábito. Dentro de los hábitos no fisiológicos se observó la respiración nasobucal en un 12,1 %; la succión digital en un 7,9 %; la succión labial en 0,7 %, la onicofagia con un 17,9 % y la deglución atípica con 2,1 %. Teniendo en cuenta que el 40,7 % de los alumnos con hábitos no fisiológicos, siendo el más frecuente la onicofagia.

A diferencia de otro estudio de revisión bibliográfica menciona que los hábitos bucales lesivos predominan en la niñez, observando que los más comunes son los hábitos de succión digital, succión de chupete; además de hábitos de respiración bucal y el empuje lingual. Sostiene que los hábitos que prevalecen es la respiración bucal y el empuje lingual.<sup>(1)</sup>

Por otro lado, en un estudio descriptivo, de corte transversal, en 132 niños seleccionados por muestreo estratificado, pareados por sexo. Da como resultado que el hábito bucal deformante detectado con mayor frecuencia resultó ser el chupeteo de biberón con 69,69 %, seguido del empuje lingual con 62,87 % y la succión digital con un 45,45 %.<sup>(7)</sup>

En un estudio descriptivo transversal con un muestreo de 598 niños, se realizó un análisis de frecuencia y porcentajes obteniendo como resultado el hábito con mayor prevalencia es la onicofagia en 26,1 % de los niños, seguido de la respiración bucal en 18,6 %, así también se puede observar el bruxismo (11,0 %), succión digital (10,7 %), succión labial (10,2 %), deglución atípica (10,4 %) e introducción de objetos (10,7 %). Y por último con 3,2 % uso de chupete.

En un estudio descriptivo, de corte transversal para obtener resultados de las alteraciones oclusales más frecuentes en los niños según edad y sexo. El análisis de comportamiento mostro que el grupo de más afectado fue el de cinco a 11 años, donde predominan la distoclusión molar en un 60,60 % de los casos, esto puede estar relacionado con la frecuencia y la intensidad del hábito, que al ser mayor provoca alteraciones dentales más severas. En cuanto al sexo, el masculino fue el más afectado según el estudio realizado.<sup>(7)</sup>

En otro estudio transversal, descriptivo de 100 adolescentes de 15 a 19 años que presentan maloclusiones generales. Como resultado, la maloclusión más frecuente es el apiñamiento (70 %), seguido de mordida borde a borde anterior (20 %), mordida cruzada posterior unilateral (13 %), resalte exagerado, hiperdaquia y adaquia con un 11 %.

## CONCLUSIONES

Los hábitos miofuncionales o parafuncionales pueden provocar un desequilibrio notorio en el desarrollo facial y dental del individuo. Ya que interfieren en la cavidad oral exponiendo a cambios fisiológicos importantes, mientras el niño se desarrolla, de modo que estos hábitos orales influyen de manera pernicioso en el desarrollo oclusal normal. Acorde con la investigación realizada se recomienda que el paciente acuda al odontólogo desde edad temprana, y poder evitar este tipo de hábitos. Tomar precauciones tempranas con vistas al odontólogo uno o dos veces al año para revisar el estado de la cavidad bucal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima-Illescas M, Rodríguez-Soto A, García-González B. Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2019 [citado 09/09/2023]; 56(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1395>
2. Álvarez González MC, Pérez Lauzurique A, Martínez Brito I, García Nodar M, Suárez Ojeda R. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Matanzas, 2006. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 [citado 09/09/2023]; 36(4). Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1102>
3. Arocha-Arzuaga A, Aranda-Godínez M, Pérez-Pérez Y, Granados-Hormigó A. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con dentición mixta temprana. MEDISAN [Internet]. 2016 [citado 09/09/2023]; 20(4) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/700>

4. Cartes-Velásquez R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su Impacto Psicosocial en Estudiantes de un Liceo Intercultural. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2010 Abr [citado 09/09/2023]; 4(1): 65-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2010000100011> .
5. Herrero-Solano Y, Arias-Molina Y. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones. MULTIMED [revista en Internet]. 2019 [citado 09/09/2023]; 23 (3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1223>
6. Ximena AE. La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos. Rev Arbitrada interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida [Internet]. 2019 [Citado 09/09/2023]; 6(3): 207-216. Disponible. en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097513>
7. Rodríguez NY, Medrano Montero J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del Policlínico Máximo Gómez. CCM [Internet]. 2017 [Citado 09/09/2023]; 21(2): 456-467. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812017000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000200011)
8. Vega-Oliva T, Velázquez-Vega A, Arias-Varona M, Reyes-Romagosa D. Hábitos bucales deformantes. Características clínicas y tratamiento. Rev Científica Estudiantil 2 de Diciembre [Internet]. 2018 [citado 30 Ene 2024]; 1(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/11>
9. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Rev latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria [Internet] 2011 [Citado 09/09/2023]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
10. Espinoza Calle IS, Casas Apayco L, Campos Campos KJ. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años. Odontol Pediatr [Internet]. 2016 [Citado 09/09/2023]; 15(1): 128-134. Disponible en: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v15n2/a5.pdf>
11. Albán arteaga GA. Tratamiento ortodóntico interceptivo en paciente clase II con hábito de succión labial inferior. Universidad de Guayaquil. Facultad de Piloto de Odontología [Internet]; 2017 [Citado 09/09/2023]. Disponible en: [https://biblioteca.semisud.org/opac\\_css/index.php?lvl=author\\_see&id=319035](https://biblioteca.semisud.org/opac_css/index.php?lvl=author_see&id=319035)
12. Discacciati de Lértora MS, Quintero de Lucas GV, Lértera MF. Relación entre maloclusiones y deglución atípica en una población escolar argentina. Odontología pediátrica [Internet]. 2008 [Citado 09/09/2023]; 16(1): 99-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3535049>
13. López soto LM, et al. Caracterización de actividad y fuerza muscular de maseteros, orbicular y mental según el tipo de deglución. Rev. Colomb. Rehabil [Internet]. 2015 [Citado 09/09/2023]; 14(1): 62-69. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-912397>
14. Ventureira-Pedrosa C, Aguilera-Jiménez L, Varela-Morales M. Mordida abierta hiperdivergente: una revisión bibliográfica. Boletín Sociedad Española de Odontología [Internet]. 2003 [Citado 09/09/2023]; 43(4). Disponible en: [https://ventureiraaguilera.com/wp-content/uploads/publicaciones/mordida-abierta-hiperdivergente\\_a.pdf](https://ventureiraaguilera.com/wp-content/uploads/publicaciones/mordida-abierta-hiperdivergente_a.pdf)

15. Rodríguez Olivos I. Prevalencia de maloclusión dentaria vertical, transversal, sagital y hábitos deletéreos en pacientes pediátricos atendidos en la Facultad de Odontología de la UNMSM en el 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología [Internet]; 2018 [citado 09/09/2023]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323344973.pdf>
16. Delgado-Coronel K, García-Jácome H. Efectos causados por el hábito de succión digital en etapa infantil. RevCientEspeOdontol [Internet]. 2019 [Citado 09/09/2023]; 2(1). Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/26>
17. Chamorro AF, García C, Mejía E, et al. Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de odontopediatría de la Universidad del Valle. Rev CES Odontología [Internet]. 2016 [Citado 09/09/2023]; 29(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759180>
18. Parra-Iraola SS, Zambrana-Mendoza AG. Hábitos deformantes orales en preescolares y escolares: revisión sistemática . Int. J. Odontostomat [Internet]. 2018 [Citado 09/09/2023]; 12(2): 188-193. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718381X201800200188](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718381X201800200188)
19. Machado-Gutiérrez A, García-Díaz C, Rodríguez-Ávila J, Gutiérrez-Gil A, Wong-Silva J. Sobremordida vertical excesiva: características clínico-epidemiológicas y tratamiento en menores de 19 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: 09/09/2023]; 27(2023): e5897. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5897>
20. Ramos-Martínez K, Bustillo JM, Guarnizo-Mendez S, Mestre-Vega J. Prevalencia de hábitos parafuncionales y maloclusiones en escolares de 5 a 13 años de una institución educativa de la ciudad de cartagena. Universidad de Cartagena. Facultad de Odontología [Internet]; 2017 [citado 09/09/2023]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/7107/proyecto%20habitoshabitos%20y%20maloclusiones.pdf?sequence=1>
21. Machado-Gutiérrez A, García-Díaz C, Gutiérrez-Gil A, Wong-Silva J. Expansión ortopédica del maxilar. Reporte de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: 09/09/2023]; 27(2023): e5944. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5944>