



**Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología**

**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 – AÑO 2016**

Tesis preparada para optar el Título de Cirujano Dentista

Aquino Vásquez Sergio Javier

Cajamarca – Perú

2017

AQUINO VÁSQUEZ, SERGIO JAVIER

**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES CON
RELACIÓN A LOS MALOS HÁBITOS ORALES EN
NIÑOS DEL NIVEL PRIMARIO DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA 10050 DEL DISTRITO DE REQUE – AÑO
2016**

“Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
título profesional de Cirujano Dentista en Cajamarca por la
Universidad Alas Peruanas”

Cajamarca - Perú

2017

Esta Investigación está dedicada a las personas que enriquecen y fortalecen cada minuto de mi vida, a mis padres; por haberme dado la vida y enseñarme con mucho amor y dedicación los valores como la perseverancia, responsabilidad y la honestidad.

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

A mis familiares fallecidos, que desde el cielo siempre cuidarán y guiarán mis pasos para cumplir con mis sueños y metas.

En primer lugar, agradezco a mi padre Celestial, Jehová por permitirme seguir con vida y buena salud hasta la conclusión de mis estudios.

A mis padres, ya que gracias a su esfuerzo y apoyo en conjunto han hecho lo posible para mi educación.

A todos aquellos que con su paciencia, constancia y palabras de ayuda y ánimo me instaron en continuar por este sendero.

**PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES CON RELACIÓN A LOS MALOS
HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DEL NIVEL PRIMARIO DE LA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA 10050 DEL DISTRITO DE REQUE – AÑO 2016**

POR: AQUINO VÁSQUEZ, SERGIO JAVIER

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de las maloclusiones con relación a los malos hábitos orales en niños del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – 2016. La investigación es de tipo Observacional, Descriptiva y Correlacional. En coordinación con el Director de la I. E. 10050, se les informó a los padres de familia los detalles de la investigación y se les pidió su consentimiento para examinar a sus hijos por medio de un examen extra e intraoral considerando los aspectos éticos y legales de la investigación. La población estuvo constituida por 373 niños y niñas provenientes de todos los Grados y Secciones según la nómina de matriculados en el Nivel Primario, para realizar el presente estudio y se obtuvo una muestra de 156 niños de ambos géneros que comprenden las edades de 9 y 11 años que estén pasando por la fase de Dentición Mixta. Se utilizó como instrumento una ficha clínica previamente validada por un odontólogo especialista, para la recopilación de los datos observados de acuerdo a los malos hábitos orales y los tipos de maloclusión dentaria presente. Los datos obtenidos fueron procesados por medio del software IBM SPSS versión 22 para luego exportar los datos al software Microsoft Excel para la realización de los histogramas.

Palabras claves:

Malos Hábitos Orales, Maloclusiones.

PREVALENCE OF MALOCCLUSIONS WITH REGARD TO BAD ORAL HABITS IN CHILDREN OF THE EDUCATIONAL INSTITUTION 10050 OF THE REQUE DISTRICT - YEAR 2016

BY: AQUINO VÁSQUEZ, SERGIO JAVIER

SUMARY

The main objective of this research was to determine the prevalence of malocclusions in relation to poor oral habits in children of the Educational Institution 10050 of the District of Reque - 2016. The research is Observational, Descriptive and Correlational. In coordination with the Director of EI 10050, the parents were informed of the details of the research and asked to consent to the examination of their children through an extra-oral examination, considering the ethical and legal aspects of the investigation. The population consisted of 373 children from all the Degrees and Sections to carry out the present study, and a sample of 156 children of both genders were used, comprising the ages of 9 and 11 years old who presented or not some kind of dental malocclusion And are going through the Mixed Dentition stage. A clinical file previously validated by a specialist dentist was used as instrument for the collection of data observed according to poor oral habits and types of dental malocclusion present. The data obtained were processed using the IBM SPSS software version 22 and then export the data to the Microsoft Excel software for the execution of histograms.

Keywords:

Bad oral habits, malocclusions

INDICE

Portada	i
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Summary	vi
Índice	vii
Lista de Tablas	x
Lista de Gráficos	xi
Introducción	xii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	13
1.2 Planteamiento del Problema	15
1.2.1 Delimitación Espacial	15
1.2.2 Delimitación Social	15
1.2.3 Delimitación Temporal	15
1.2.4 Delimitación Temática y unidad de análisis	15
1.3 Problemas de la Investigación	16
1.3.1 Problema Principal	16
1.3.2 Problemas Secundarios	16
1.4 Objetivos de la Investigación	16
1.4.1 Objetivo Principal	16
1.4.2 Objetivos Secundarios	17
1.5 Justificación de la Investigación	17
1.5.1 Viabilidad de la Investigación	17
1.5.2 Importancia de la Investigación	17
1.5.3 Limitaciones	18
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la Investigación	19

2.2 Bases Teóricas	20
2.2.1 Maloclusiones	20
2.2.2 Hábitos Orales	28
2.3 Definición de Términos básicos	42
CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1 Hipótesis General	43
3.2 Hipótesis Específicas	43
3.3 Variables	44
3.3.1 Operacionalización de las Variables	45
CAPITULO IV METODOLOGÍA	46
4.1 Diseño de la Investigación	46
4.1.1 Método de Investigación	46
4.1.2 Nivel de Investigación	46
4.1.3 Tipo de Investigación	47
4.2 Matriz de Consistencia	48
4.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos y confiabilidad	49
4.3.1 Técnicas	49
4.3.2 Instrumentos	49
4.4 Procesamiento de la Información	49
4.5 Técnica Estadística utilizada en el Análisis de la Información	50
4.6 Población y Muestra	50
CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	55
5.1 Análisis Descriptivo	55
5.2 Análisis Inferencial	56
5.3 Comprobación de la Hipótesis	56
Discusión	63
Conclusiones	64
Recomendaciones	65
Referencias Bibliográficas	66
Anexo 01: Consentimiento Informado	70

Anexo 02: Ficha Clínica	71
Anexo 03: Fotografías de Campo	73
Anexo 04: Constancia	76

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 01: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES _____	45
TABLA N° 02: POBLACIÓN _____	51
TABLA N° 03: MUESTRA _____	53
TABLA N° 04: MALOCLUSIONES CLASIFICADAS POR ANGLE CON RELACIÓN A LOS MALOS HÁBITOS ORALES _____	57
TABLA N° 05: FRECUENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS _____	59
TABLA N° 06: M FRECUENCIA DE LOS MALOS HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS _____	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01: MALOCLUSIONES CLASIFICADAS POR ANGLE CON RELACIÓN A LOS MALOS HÁBITOS ORALES_____	58
GRÁFICO N° 02: FRECUENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE ANGLE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS_____	60
GRÁFICO N° 03: FRECUENCIA DE LOS MALOS HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS_____	62

INTRODUCCIÓN

Actualmente la atención precoz que se realiza en la clínica de bebés es una necesidad y felizmente es una acción factible en nuestra realidad, debido a que cumplimos con uno de los lineamientos emitidos desde el año 2002 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde enmarca el cuidado de la salud oral en la población de alto riesgo, la cual lo constituyen los infantes y niños. ⁽¹⁾

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos pueden ser considerados comportamientos obtenidos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican como fisiológicos, tales como la succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución, o bien, parafuncionales, tales como la succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo. Los niños, en particular, practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar. La importancia de estos hábitos para la odontología radica en que todos los hábitos bucales parafuncionales modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Es así que estos causan maloclusión dentaria; la cual es una afección del desarrollo bucofacial que ocupa el tercer lugar en las alteraciones odontológicas, después de la caries dental y la enfermedad periodontal. Por la relevancia en el desarrollo de la oclusión dental, el presente trabajo tuvo como propósito relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias. ⁽²⁾

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Una de las principales enfermedades orales, estudiadas durante la infancia son las maloclusiones. Se sabe además que existen factores que favorecen a la instalación de esta patología, como son los hábitos orales, que pueden ocasionar desequilibrio en la musculatura estomatognática – facial, estos patrones se aprenden, al tratarse de prácticas o costumbres adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto, en un principio consciente y luego inconsciente por la habituación; como son: respiración nasal, masticación, fonación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales; aunque existen también algunos no fisiológicos, como la succión (digital), el uso de chupete, la respiración bucal, interposición lingual, la onicofagia, la queilofagia y otros. ⁽¹⁾

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos ubicada Lima se realizó un estudio de investigación sobre la prevalencia de los hábitos bucales y sus consecuencias como las maloclusiones en un total de 154 niños donde la maloclusión predominante es la clase I con un 71,4% seguida por la maloclusión de clase II división 1 con un 20,1%. La mordida abierta es la más

frecuente en la deglución atípica y hay diferencia estadísticamente significativa relacionando succión digital con mordida abierta anterior.⁽³⁾

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos se realizó un estudio en el año 2000 a 57 trabajos de investigación sobre prevalencia de maloclusiones de diferentes lugares del Perú, de las universidades ubicadas en Lima, Ica y Arequipa. En dichos trabajos se estudia una muestra global de 25,036 personas principalmente niños de ambos sexos. Del análisis de dichos trabajos se obtuvo que el 19.2% de la población peruana presenta una oclusión normal, el 80.8% maloclusión. Agrupados los trabajos según regiones naturales de la selva con el 21.5%. Dentro de las maloclusiones según la clasificación de Angle, la que tuvo una mayor prevalencia fue la Clase I con el 74.6%, luego la Clase II con el 15% y por último la Clase III con el 10.4%.⁽⁴⁾

En los caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali se realizó un estudio para evaluar la prevalencia de maloclusiones en niños y adolescentes usando la clasificación de Angle, así como alteraciones ortodónticas. Se incluyeron 201 sujetos, 106 (52.7%) fueron mujeres, la mayoría (54,7%) tuvieron entre 6 y 12 años. Se encontró una prevalencia de maloclusiones del 85,6%; la más prevalente según la clasificación de Angle fue la clase I (59,6%). Se evidenciaron alteraciones ortodónticas en el 67,2% de casos. Las alteraciones ortodónticas encontradas más frecuentes fueron apiñamiento dentario (28,4%), mordida cruzada anterior (17,4%), sobresalte exagerado (8,5%), sobremordida exagerada (5%) y mordida abierta anterior (5%). Se evidencia una alta prevalencia de maloclusiones y alteraciones ortodónticas en las comunidades nativas evaluadas, por lo que es necesario implementar programas preventivos para mejorar la salud bucal de estas poblaciones marginadas.⁽⁵⁾

La Institución Educativa 10050 de nivel Primario, ubicado en la Calle Elías Aguirre N° 106 del Distrito de Reque, Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque cuenta con 13 secciones en los turnos mañana y tarde, 14 Docentes para ambos turnos y 373 alumnos de ambos sexos de todas las

edades de clases económicas media y baja, que tienen carencias en temas de prevención y salud oral. Como también de asistencia odontológica.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre las maloclusiones y los malos hábitos orales en niños de 9 a 11 años de edad del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – año 2016 donde se observó la incidencia de maloclusiones dentales durante una campaña de prevención odontológica, realizada en conjunto con la Municipalidad del Distrito de Reque, por lo cual es necesario la realización de estudios de investigación para determinar los posibles malos hábitos orales que puedan estar causando maloclusiones dentales, con la finalidad de obtener datos estadísticos que nos ayude a corroborar los resultados de la realidad descrita.

1.2.1 Delimitación espacial

Esta Investigación se llevó a cabo en la Institución Educativa 10050 ubicado en la calle Elías Aguirre N° 106 del Distrito de Reque, Provincia de Chiclayo, Departamento de Lambayeque.

1.2.2 Delimitación social

Esta investigación se realiza a niños escolares de 9 a 11 años de edad del nivel primario de la Institución Educativa 10050.

1.2.3 Delimitación temporal

Tiempo de Ejecución: 6 meses

1.2.4 Delimitación temática y unidad de análisis

Maloclusiones relacionado a los malos hábitos orales.

1.3 PROBLEMAS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle con relación a los malos hábitos orales en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuál es la maloclusión más frecuente según la clasificación de Angle en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016?

¿Cuál es el mal hábito oral más frecuente presente en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo Principal

Determinar la prevalencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle con relación a los malos hábitos orales en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.

1.4.2 Objetivos Secundarios

Determinar la maloclusión más frecuente según la clasificación de Angle en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.

Determinar el mal hábito oral más frecuente presente en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Viabilidad de la Investigación

Este trabajo de investigación es la primera realizada en la I. E 10050, y se eligió a esta Institución debido a que durante una campaña odontológica realizada con colaboración de otros odontólogos y la Municipalidad del Distrito de Reque se observó con frecuencia que los niños en Dentición Mixta padecían de algún tipo de maloclusión y características clínicas de realizar algún tipo de mal hábito oral. Para ello en esta investigación fue necesario determinar mediante el examen clínico intraoral y extraoral, la relación entre las maloclusiones y los malos hábitos orales. Cuyos resultados son anotados en una ficha clínica para luego realizar los respectivos cuadros estadísticos mediante el Software SPSS versión 22, con la finalidad de validar los resultados de esta investigación y para que a la vez sirva de base para futuros estudios sobre el tema y de esta manera ampliar el conocimiento en el campo Odontológico.

1.5.2 Importancia de la Investigación

Esta Investigación realizada es de suma importancia en los siguientes campos:

TEÓRICO: La manera de prevenir una maloclusión es a temprana edad, para conocer más ampliamente la prevalencia de esta enfermedad de salud bucal y poder así determinar la prevalencia de las maloclusiones y su relación con los malos hábitos orales ya que es muy importante dar a conocer los diferentes malos hábitos orales que pueden ser causantes de cualquier tipo de maloclusiones dentales y la severidad con la que pueden presentarse. Debido a que la armonía de los dientes, favorece con las funciones de masticación, fonética y estética.

METODOLÓGICO: Contribuye a reconocer el nivel de conocimiento que tienen los niños observados sobre los malos hábitos orales que de manera inconsciente realizan y la repercusión que puede tener sobre sus dientes.

PRÁCTICO: Teniendo conocimiento sobre la repercusión de los malos hábitos orales, se logrará tomar conciencia para que los niños observados cambien esos hábitos, con ayuda de los padres, docentes y profesionales odontólogos.

1.5.3 Limitaciones

No se encontró limitaciones para el presente estudio debido a que:

- Se contó con una determinada población y muestra utilizada en el estudio.
- Los recursos materiales y económico utilizados para la investigación fueron financiados por el investigador.
- La infraestructura donde se efectuó la investigación estuvo en un lugar de fácil acceso.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

HERRERO CORREA C, (2003) Realizó una investigación sobre las anomalías dentomaxilares, malos hábitos orales y alteraciones fonoarticulatorias en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández concluyendo:

- Los niños estudiados presentaron una alta prevalencia de ADM, intramaxilares (62,5%) e intermaxilares (53,9).
- La anomalía intermaxilar más frecuente fue la distoclusión con resalte aumentado (37,1%), seguida por la mordida abierta (9,8%), las formas progénicas (9,7%) y la compresión con mordida cruzada. ⁽⁷⁾

MONTIEL JAIME M. (2004) MÉXICO, realizó un estudio sobre la frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad, donde se examinaron 135 niños con dentición mixta concluyendo:

- Predisposición hacia la clase I elación molar para el sexo femenino con un 71%.
- Otro tipo de maloclusión es la desviación de la línea media en 10%

- Apiñamiento dental 10%
- Los Hábitos bucales perniciosos encontrados como la onicofagia con un 41% para la clase I afectando a niños de 11 años de edad del sexo femenino; respiración bucal 20% y empuje lingual 14%. ⁽⁸⁾

LÓPEZ MONTES R. (2011) México, estudió sobre la “Prevalencia de las maloclusiones dentarias en alumnos de 9 – 12 años de la Escuela Primaria Federal Ignacio Ramírez de Tihuatlán Veracruz” en el cual el objetivo de estudio fue determinar en base a la clasificación de Angle la prevalencia de maloclusiones dentarias con una muestra de 80 niños, 39 (49%) fueron mujeres y 41 (51%) fueron hombres en el cual concluyó:

- La prevalencia es la clase I con 45 casos que corresponde al 56%.
- La clase II subdivisión I con 25 casos que corresponde al 31%.
- La clase III con 10 casos que corresponde al 13%.
- El género más afectado por alguna maloclusión fue el sexo masculino con 41 casos (51%), mientras que el sexo femenino 39 casos (49%).
- En relación a la edad existe mayor prevalencia de maloclusiones en los 9 años con 26 casos (32%), 10 años con 25 casos (31%), 11 años con 19 casos (24%) y con menor prevalencia a los 12 años con 10 casos (13%). ⁽⁹⁾

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Maloclusiones

Las anomalías de la posición de los dientes son, en la mayor parte de los casos, de variaciones biológicas leves con respecto a la norma, pero cuando son visibles inmediatamente son frecuentes los requerimientos de corrección. Las primeras clasificaciones de maloclusiones se remonta a los años 1820 – 1830 y tomaban en cuenta aquellas malposiciones que más que las otras comprometían la estética del rostro. Entre éstas, las más relevantes son las de Carabelli y de Shange, ambas involucran a los

dientes anteriores. Sólo a principios de este siglo Edward H. Angle, médico americano, perfeccionó la clasificación que resultó ser muy válida, ya que analizaba la totalidad de las arcadas en oclusión. De acuerdo con Angle “al diagnosticar los casos de maloclusión se deben considerar, antes que nada, las relaciones mesiodistales de los maxilares y de las arcadas dentarias y, por ende, la posición individual de los dientes. La teoría de Angle se basaba en un principio fundamental: la posición inequívoca y fija de los primeros molares permanentes. El autor consideraba, en efecto, que estos últimos erupcionan siempre en una posición pre-establecida con respecto a todo el complejo craneofacial. Asumido este principio, Angle clasificó las malposiciones dentarias en tres maloclusiones: Clase I, Clase II y Clase III.

Aun cuando está fundado sobre un dato que posteriormente se destacó errado, esta clasificación permanece aún válida y reconocida universalmente, ya que se basa en un elemento inequívoco: la relación de ajuste mesiodistales de los primeros molares. ⁽¹⁰⁾

Las maloclusiones o problemas de oclusión dental, son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial. ^{(11) (12)}

En la mayoría de los casos no hay un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose uno sobre los otro. Sin embargo, se pueden definir dos componentes principales en su etiología, que son la predisposición genética y los factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial. ^{(11) (13) (14)}

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones constituyen la tercera mayor prevalencia entre las enfermedades bucales, después de

caries y enfermedad periodontal. En el Perú, tienen una prevalencia del 70%.^{(15) (16)}

En el Perú se vienen realizando estudios epidemiológicos sobre maloclusiones desde 1954 sobre la capital peruana, existiendo algunos estudios en regiones de la costa, sierra y selva, con una prevalencia de 81,9%, 79,1% y 78,5% respectivamente. Siendo esta última región la que menos datos reportados presenta.^{(17) (18)}

Por ello es necesario dar a conocer la verdadera situación epidemiológica de la población, con la finalidad de que las autoridades encargadas del Sector Salud implementen programas preventivos para disminuir el porcentaje de casos de maloclusión en los niños.

A. Etiología

a. Factores Generales

Los factores generales corresponden a los sitios etiológicos primarios de una maloclusión, y son aquellos que afectan al conjunto de la oclusión. Estos incluyen los factores óseos (tamaño, forma y posición relativa de ambos maxilares), los factores musculares (forma y función de la musculatura orofacial), los factores dentales (tamaño dentario y relación al tamaño de los maxilares) y otros tejidos blandos del sistema masticatorio.⁽¹⁹⁾

b. Factores Locales

Los factores locales no siempre están presentes en el desarrollo de una maloclusión y actúan de forma aislada o en combinación, superponiendo sus efectos sobre los factores generales. De esta forma determinan una anomalía adicional en el desarrollo de la oclusión y/o en la posición de los dientes. Estos incluyen a las anomalías en el tamaño dentario, anomalías en la morfología dentaria (dehiscencia, concrecencia, fusión dentaria, geminación

ezquizodoncia, y “dens in dente”), malos hábitos (succión digital, succión labial, succión de Chupete y/o mamadera, interposición lingual, respiración oral, etc.) y otras causas (caries, traumatismos, noxas patológicas, etc.)⁽²⁰⁾

B. Clasificación de las Maloclusiones

La clasificación de la maloclusión es una herramienta importante en el diagnóstico, pues nos lleva a elaborar una lista de problemas del paciente y el plan de tratamiento. Es importante clasificar la maloclusión en los tres planos del espacio anteroposterior, vertical y transversal ya que la maloclusión no solo afecta a dientes, sino a todo el aparato estomatológico en general (sistema neuromuscular, periodontal y óseo), que constituye el sistema craneofacial tridimensional.⁽²⁾

a. Maloclusión Anteroposterior

i. Clasificación I de Angle

Las siguientes características identifica la relación molar más típica que se observa en la dentición natural y que fue descrita por primera vez por Angle como la relación de Clase I.

- La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular forma una oclusión en el espacio interproximal entre el segundo premolar y el primer molar maxilar.
- La cúspide mesiobucal del primer molar maxilar está alineada directamente sobre el surco bucal del primer molar mandibular.
- La cúspide mesiolingual del primer molar maxilar está situada en el área de la fosa central del primer molar mandibular.

En esta relación, cada diente mandibular ocluye con el diente antagonista correspondiente y con el diente mesial adyacente, (así, por ejemplo, el segundo premolar mandibular contacta con el segundo premolar maxilar y con el primer premolar maxilar). Los contactos entre los molares se realizan tanto entre las puntas de las cúspides y las fosas como entre las puntas de las cúspides y las crestas marginales.

Pueden darse dos variaciones de los patrones de contacto oclusal en el área de la cresta marginal. En algunos casos, una cúspide contacta directamente con el espacio interproximal (y, a menudo, también con las crestas marginales adyacentes), lo que da lugar a dos contactos en el área de la punta de la cúspide. En otros casos, la punta de la cúspide está situada de tal forma que tan sólo contacta con una cresta marginal y da lugar a un solo contacto de la punta cuspidéa. Esta última situación se utiliza en la descripción de las interrelaciones molares frecuentes.

(21)

ii. Clasificación de Angle II

En algunos pacientes la arcada maxilar es grande o presenta un desplazamiento anterior, o bien la arcada mandibular es pequeña o tiene una situación posterior. Ello hará que el primer molar mandibular tome una posición en sentido distal a la de la relación molar de clase I y que se describe como la relación molar de clase II. Esta relación a menudo se identifica por las siguientes características:

- La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular contacta con el área de la fosa central del primer molar maxilar.
- La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular está alineada sobre el surco bucal del primer molar maxilar.
- La cúspide distolingual del primer molar maxilar ocluye en el área de la fosa centra del primer molar mandibular.

Cuando se compara con la relación de clase I, cada par de contacto oclusal tiene una posición distal aproximadamente igual a la anchura mesiodistal de un premolar. ⁽²¹⁾

Clasificación de Angle II división 1: Angle situó en esta división las maloclusiones Clase II con inclinación vestibular de los incisivos superiores. Son frecuentes en estos pacientes los problemas de desequilibrio de la musculatura facial, causado por el distanciamiento vestibulolingual entre los incisivos superiores y los inferiores. Este desajuste anteroposterior es llamado resalte u “overjet”. El perfil facial de estos pacientes es, en general convexo. Podemos observar, asociada a la Clase II división 1 la presencia de mordida profunda, mordida abierta, problemas de espacio, mordida cruzada, malposiciones dentarias individuales. ⁽²²⁾

Clasificación de Angle II división 2: Esta clase engloba las maloclusiones que presentan relación molar Clase II sin resalte de los incisivos superiores, estando ellos palatinizados o verticalizados. Los perfiles faciales más comunes a esta maloclusión son el perfil recto y el levemente convexo, asociados, respectivamente a la musculatura equilibrada o a ésta con una leve alteración. Es posible que encontremos, asociada a la Clase II, división 2, una mordida profunda anterior, principalmente en los casos en que no hay contacto incisal. ⁽²²⁾

iii. Clasificación de Angle III

Un tercer tipo de relación molar correspondiente a un crecimiento predominante de la mandíbula; la denominada Clase III. En esta relación, el crecimiento sitúa los molares mandibulares en posición mesial respecto a los molares maxilares y sus características son las siguientes:

- La cúspide distobucal del primer molar mandibular está situada en el espacio interproximal que hay entre el segundo premolar y el primer molar maxilar.
- La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular está situada sobre el espacio interproximal que hay entre el primer y el segundo molar mandibular.
- La cúspide mesiolingual del primer molar maxilar está situada en la depresión mesial del segundo molar mandibular.

Nuevamente cada par de contacto oclusal está en una posición inmediatamente mesial a la del par del contacto de la relación de clase I (aproximadamente con la anchura de un premolar) ⁽²¹⁾

b. Maloclusión Vertical

Fueron relacionadas al plano de Frankfurt, y denominadas atracción cuando se acercan al plano (intrusión de los dientes o maxilares o extrusión de los dientes mandibulares) y abstracción cuando se alejan. El sistema descrito tiene una gran importancia clínica, pues orienta los dientes o arcos dentarios con relación al esqueleto craneofacial, dando una visión tridimensional de la maloclusión. Sin embargo, a pesar de su uso diagnóstico y conceptual, no tiene la debida divulgación entre los ortodoncistas. En la práctica clínica se utilizan solamente los términos protracción y retracción, y más raramente contracción. ⁽¹²⁾

b.1 Mordida Abierta

Es la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de oclusión y no establecen contacto con los antagonistas. Se clasifica en mordida abierta dental y mordida abierta esquelética. Si el desequilibrio óseo es la causa de la falta de contacto dentario, la

mordida abierta es esquelética; si son los dientes o un factor ambiental los responsables y no afecta las bases óseas, la mordida abierta es dental. ⁽²³⁾

Se refiere a un estado de sobremordida vertical aumentada, en donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva. Las características faciales son: hipodivergente, cara amplia y cuadrada, competencia labial, tercio inferior disminuido, retrusión de ambos labios. ⁽²⁴⁾

c. Maloclusiones Transversales

Las maloclusiones transversales, son relacionadas al plano sagital medio, y se dice contracción cuando hay acercamiento de un diente o segmento de arco y distracción para el alejamiento con relación. ⁽¹²⁾

c.1 Mordida Cruzada Posterior

Se habla de mordida cruzada posterior cuando son las cúspides vestibulares de los premolares y molares inferiores. Los dientes inferiores desbordan lateralmente a los superiores. Este tipo de mordida cruzada la podemos encontrar en: ambas hemiarcadas, una sola hemiarcada y en un solo diente en mordida cruzada (molar, premolar o canino). ⁽²⁵⁾

c.2 Mordida en Tijera

Cuando las caras palatinas de los molares y premolares superiores contactan con las caras vestibulares de los dientes inferiores. Son mucho menos frecuente que las mordidas cruzadas. Pueden ser de ambas hemiarcadas o una sola hemiarcada. ⁽²⁵⁾

En 1911, Lisher sugiere una manera de clasificar el malposicionamiento dentario de forma individualizada, es decir, el autor utiliza un nombre que define la alteración del diente en relación a su posición normal. Añadió el sufijo “versión” al término indicativo de la dirección del desvío. ⁽²²⁾

- Mesioversión: El diente está mesializado en relación a su posición normal.
- Distoversión: Distalización del diente en relación a su posición ideal.
- Vestibuloversión o labioversión: El diente presenta su corona vestibularizada en relación a su posición normal.
- Linguaversión: La corona dentaria está lingualizada en relación a su posición ideal.
- Infraversión: El diente presenta su cara oclusal (o incisal) sin alcanzar el plano oclusal.
- Supraversión: El diente está con la cara oclusal, o borde incisal, sobrepasando el plano oclusión.
- Giroversión: Indica una rotación del diente alrededor de su eje longitudinal.
- Axiversión: Hay una alteración de la inclinación del eje longitudinal dentario.
- Transversión: El diente sufrió una transposición, es decir, cambió su posicionamiento en el arco dentario con otro elemento dentario.
- Perversión: Indica la impactación del diente, en general, por falta de espacio en el arco.

Los términos creados por Lisher pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como inframesioversión, axigiroversión, o incluso, mesiolinguosupraversión.

⁽²²⁾

2.2.2 HÁBITOS ORALES

Un hábito oral puede ser definido como la costumbre o practica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente.

(26)

A. Clasificación de los hábitos orales

Se clasifican en 2 tipos:

Hábitos Fisiológicos: Son aquellos que nacen con el individuo como el mecanismo de succión, respiración nasal, habla, masticación y deglución.

Hábitos no Fisiológicos: *Conocido como hábitos parafuncionales o también malos hábitos Orales.* Son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a la deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Dentro de estos hábitos tenemos la succión del dedo, la respiración bucal, bruxismo y la deglución atípica. (27)

B. Tipos de hábitos Orales

1. Deglución Normal

La deglución es una función biológica y coordinada, constituida por una conexión neurológica y un mecanismo sinérgico y antagónico de acciones musculares, regidas por arcos reflejos. Es un acto

continuo y de ejecución rápida, pero para fines descriptivos y didácticas, se divide generalmente en tres fases:

a) Fase Bucal: La mandíbula, al inicio de la deglución, está en posición de descanso, ligeramente separada de la maxila y un poco hacia delante. La lengua descansa pasivamente en la cavidad bucal, con la punta apoyada sobre los incisivos inferiores o apoyada en la región de la papila palatina. Labio en contacto pasivo. El paladar blando está inclinado hacia abajo y apoyado sobre el dorso de la lengua. El pasaje nasal se encuentra abierto. Al deglutir, los dientes entran en contacto. Los labios continúan en contacto pasivo cerrando solamente la entrada de la cavidad bucal. La mandíbula está estabilizada por la contracción de los músculos elevadores, que son inervados por el quinto par craneano. Es posible sentir con las puntas de los dedos que el músculo temporal se contrae cuando la mandíbula se eleva y los dientes entran en oclusión. Cuando el paciente no ocluye los dientes durante la deglución no se observa la contracción del temporal. La punta de la lengua, para coleccionar saliva, hace un contacto rápido con las caras linguales de los incisivos inferiores y se levanta, enseguida, para apoyarse contra las rugosidades del paladar duro. Los bordes laterales de la lengua tocan suavemente las caras linguales de los dientes posteriores. La saliva es llevada hacia atrás con movimientos ondulatorios de la lengua, al mismo tiempo que su dorso se deprime. Para mantener el contacto con la lengua, el paladar blando se deprime más. Cuando la saliva llega a la faringe, comienza la acción refleja. ⁽²⁸⁾

b) Fase Faríngea

En este momento el paladar blando se eleva, cerrando el pasaje de la nasofaringe. El dorso de la lengua se inclina más y

desplaza la saliva para la nasofaringe. La acción peristáltica de la musculatura de la faringe, más la actividad de la musculatura del dorso de la lengua, transportan la saliva para la laringofaringe. La actividad muscular cierra la laringe y la epiglotis quedan horizontales, obliterando la laringe en su parte superior. Por fracción de segundo la respiración se interrumpe. Este mecanismo deglución – respiración tiene que ser perfectamente coordinado para que no ocurra la penetración de una partícula alimenticia en la laringe, yendo a alojarse en el pulmón. Para abrir la luz de la faringe, que es más estrecha que la laringe, esta última hace movimientos hacia adelante y hacia arriba (elevación del hioides por acción de los músculos suprahioides). Por diferencias de presión y por la acción de los movimientos peristálticos la saliva dirige al esófago. La epiglotis vuelve pasivamente a su posición original, el paladar blando se deprime y, con eso, el paso del aire puede pasar nuevamente.

(28)

c) Equilibrio Muscular

En la deglución, es importante que haya un equilibrio perfecto o un equilibrio con fuerzas que se anulan, entre los músculos de los labios, carrillo y lengua. (28)

2. Deglución Atípica

La deglución atípica, básicamente, es un desequilibrio de la musculatura entre la cinta muscular perioral. Se caracteriza por una participación activa de la musculatura perioral. Se observa mímica con los músculos de los labios, presión de las comisuras y, muchas veces, participación de los músculos del mentón. Se observan también movimientos hacia atrás con la cabeza, principalmente al

ingerir alimentos sólidos, como algunos niños no logran una selladura anterior correcta, dejan escapar saliva por las comisuras de los labios. Si colocamos las manos sobre los maseteros no notamos su contracción y eso indica que la deglución se realiza sin oclusión de los dientes. El paciente puede relatar babeo nocturno, lo que indica también una respiración bucal. Todos estos aspectos provocan generalmente serias alteraciones de la fonación. (28)

a. Etiología

Las causas más probables de las degluciones atípicas son:

- Desequilibrio del control nervioso: son los niños, que, por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora; en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.
- Amígdalas inflamadas: la amigdalitis constante hace que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
- Macroglosia: Son poco frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo. Son lenguas de aspecto voluminoso, onduladas, y parece que no caben en la cavidad bucal. Cuando pedimos al paciente que muestre la lengua no logra dejarla apuntando, en cambio saca la lengua flácidamente. El síntoma no indica una macroglosia, al contrario, denota una lengua hipotónica, flácida, que no será corregida con cirugía, sino con ejercicios musculares específicos.
- Anquiloglosia: La lengua anquilosada que no puede realizar correctamente los movimientos de la deglución.
- Frenillo lingual anormal: o lengua aprisionada. La corrección se hace de forma quirúrgica.

- Perdidas dentarias tempranas y diastemas anteriores: Hacen que el niño comience a colocar la lengua en esos espacios, adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.
- Desnutrición: Ocasiona un cuadro de disturbo neurológico.
- Factores simbióticos: Succión del dedo, respiración bucal, etc.
- Hábitos alimenticios inadecuados en la primera infancia. ⁽²⁸⁾

b. Consecuencias

- Mordida abierta en la región anterior y posterior.
- Protrusión de incisivos superiores.
- Presencia de diastemas anterosuperiores.
- Labio superior hipotónico.
- Incompetencia labial.
- Hipertonicidad de la borla del mentón. ⁽²⁷⁾

Diagnóstico

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros.
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimientos de la cabeza.
- Soplo en lugar de succión.
- Tamaño y tonicidad de la lengua.
- Escupir o acumular saliva al hablar.
- Dificultad al ingerir alimentos sólidos.
- Babeo nocturno.
- Alteraciones de Fonación. ⁽²⁸⁾

i. Deglución con presión atípica del Labio (Interposición Labial)

Ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores, apiñándose, mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa de la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación, aumenta, se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos, y favorece la migración de los segmentos posteriores. ⁽²⁸⁾

ii. Deglución con presión atípica de la Lengua (Interposición de la Lengua)

En pacientes con este tipo de problema, en el momento de deglutir, los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos, interponiéndose, a veces, entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran contracción. Las degluciones con presión atípica de la lengua se clasifican en:

- Tipo I – No causan deformación
- Tipo II – Con presión Lingual Anterior: La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

Mordida abierta anterior: La presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos, y la lengua se queda en una posición, que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

Mordida Abierta y Vestibuloversión: La lengua, además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos superiores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular. (Vestibuloversión).

Mordida Abierta Anterior, Vestibuloversión y mordida cruzada posterior: El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.
- Tipo III – Con presión Lingual Lateral: La presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:

Mordida abierta lateral: La deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares. Hay mordida abierta lateral.

Mordida abierta lateral y mordida cruzada: Hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto, también ocasionada por la ruptura del equilibrio muscular de este lado. ⁽²⁸⁾

3. Succión Digital

La succión digital es un hábito tan común tan común en la infancia que llega ser considerada normal, probablemente está presente en más de 50% de los niños pequeños. La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia de un hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad del niño. Entre la variedad de forma que existe de succión digital, la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical, con la uña dirigida hacia los dientes inferiores, en algunos casos, dos o más dedos son succionados a la vez; no se ha observado predilección por una mano determinada. Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, de los números de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y el patrón morfogénético. ⁽²⁹⁾

La succión del dedo pulgar provoca generalmente una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión por la presión que ejercen la mano y el brazo. El hábito de la succión provoca estrechamiento de los arcos superior e inferior en la región de los caninos, molar deciduo o premolares y con menos intensidad en la región del molar superior. Este hábito además de producir deformación por la presión sobre los arcos, perjudica también la estabilidad del hueso alveolar, porque impide el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes. Hay, por tanto, una vestibularización de los dientes superiores anteriores y una mordida abierta originada por la interferencia del pulgar entre los arcos. Como no hay contacto entre los dientes, la mandíbula experimenta una rotación en sentido horario. El dedo ejerce presión sobre los dientes y también sobre el hueso alveolar y el paladar,

provocando una presión negativa intrabucal y, en consecuencia, el paladar se estrecha y profundiza. La lengua, en la deglución se coloca hacia delante para posibilitar la selladura anterior. El posicionamiento de la mano y el brazo sobre la mandíbula funciona ortopédicamente agravando más la rotación mandibular. No todos los que practican una succión anormal presentan necesariamente los aros deformados y los dientes en maloclusión. Esto dependerá de la posición que ocupan los dedos utilizados, de la duración y de la frecuencia de repetición de este hábito y, finalmente, del tipo de tejido óseo sobre el cual actúa. No debemos confundir hábito de succión anormal con una fase normal del desarrollo del niño, o fase bucal, cuando su mejor percepción y tacto se encuentran en la boca. Si el niño tiene realmente el hábito de succión es porque tiene necesidad psicoemocional de practicarlo, por lo menos inicialmente. Los niños tienen hábitos bucales estrechamente vinculados a su estado emocional y practican en los momentos: ⁽²⁸⁾

La duración de un hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad, los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chipe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua. La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo descansa a manera del fulcro sobre los incisivos inferiores, que, si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y, por último, el patrón morfogenético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presenta un patrón de

crecimiento mandibular vertical, tenderá a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravada dicha tendencia. ⁽²⁹⁾

a. Etiología

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño refugia en su succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. Las repercusiones de este hábito derivan de la posición baja de la lengua, que deja ejercer presión sobre el paladar, de la hiperactividad de los músculos buccinadores que tienden a comprimir el paladar, de la presión pasiva del dedo sobre las arcadas dentarias y de la fuerza que ejerce el dedo sobre el paladar. ⁽²⁶⁾

La succión podría explicarse en 3 etapas:

ETAPA I: (Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):

- Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad.
- Frecuentemente en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.
- Esta succión se resuelve de manera natural. ⁽³⁰⁾

ETAPA II: (Succión del pulgar clínicamente significativa):

- De los 3 años a los 6 o 7 años de edad.
- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.
- Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

- Definir programas de corrección. ⁽³⁰⁾

ETAPA III: (Succión del pulgar no tratada):

- Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión.
- Requiere tratamientos ortodónticos y psicológicos. ⁽³⁰⁾

4. Succión Labial

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet.

Los efectos bucofaciales de la interposición labial son:

- Protrusión dentoalveolar superior.
- Retroinclinación de incisivos inferiores.
- Labio superior hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Incompetencia labial.
- Hipertrofia del músculo mentoniano.
- La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
- Mordida profunda.
- Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- Retrognatismo mandibular. ⁽²⁶⁾

5. Respiración

La función respiratoria normal se realiza por vía nasal. En las fosas nasales el aire se limpia, calienta y humedece, para después de pasar a los pulmones donde se efectuarán los intercambios gaseosos. ⁽³¹⁾

6. Respiración Bucal

La respiración bucal normalmente está vinculada a pacientes con interposición de la lengua y de labio. (28) Cuando hay impedimento de la respiración nasal, se establece la respiración bucal. El término respiración bucal se refiere a los que respiran predominantemente por la boca, pues algunos pueden presentar algún grado de respiración nasal. Se acepta, con frecuencia, que la respiración bucal sea la etiología de muchas maloclusiones. Por lo tanto, el tratamiento ortodóntico sin los cuidados adecuados con la respiración bucal pueden recidivar. ⁽³¹⁾

a. Etiología

Las causas de la respiración bucal pueden ser: obstrucciones de las vías aéreas superiores, desvío del septo, inflamación de la membrana basal, cornetes inflamados, adenoides, etc. Durante la inspiración y expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza 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 característico. Se observa también una atresia transversal en la que la maxila con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea. En una visión extrabucal, el paciente posee "facies

adenoidea”, es decir, rostro alargado y estrecho, ojos caídos, orejas profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resecos y surco nasolabial profundo. Esos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labios incorrectas. ⁽²⁸⁾

b. Características

Durante la inspiración y expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza 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 característico. Se observa también una atresia transversal en la que la maxila con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea. En una visión extrabucal, el paciente posee “facies adenoidea”, es decir, rostro alargado y estrecho, ojos caídos, orejas profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resecos y surco nasolabial profundo. Esos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labios incorrectas. ⁽²⁸⁾

7. Onicofagia

El hábito de roer (comer) las uñas, es generalmente una sustitución del acto de succionar el dedo o el chupón. No se debe reprender, porque normalmente está vinculado a graves disturbios emocionales y no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara,

cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica, es el surgimiento de la mordida abierta anterior. ⁽²⁸⁾

8. Bruxismo

Se define como un hábito no funcional al contacto forzoso entre las superficies oclusales de los dientes, es involuntario, el exceso de molienda, apretar o el roce de los dientes durante el día o durante la noche. Rechinar los dientes suele ocurrir durante el sueño nocturno, el cual ha sido nombrado bruxismo y está asociada a trastornos cráneo mandibulares incluyendo dolores de cabeza, molestias en la articulación temporomandibular, dolor muscular, pérdida prematura de los dientes debido al desgaste excesivo y la movilidad, y la interrupción del sueño del individuo, así como de que el compañero de cama. También tiene consecuencias sobre el aspecto facial, pues se producen hipertrofias musculares, especialmente de los músculos maseteros, provocando la facies maseterino. ⁽³²⁾

2.3 Definición de términos básicos

Maloclusión: Desarrollo anormal de las estructuras esqueléticas y/o dentales de la cavidad oral.

Hábitos: Acción realizada a principios de manera consciente para autosatisfacerse, puede ser adquirido por la repetición frecuente de una o varias acciones.

Hábitos no Fisiológicos: Principales factores causantes de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilares que en un principio se realizan de manera consciente y luego de manera inconsciente.

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Hipótesis General

Existe la prevalencia entre las maloclusiones según la clasificación de Angle con relación a los malos hábitos orales en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.

3.2 Hipótesis Específicas

- Existe la maloclusión más frecuente según la clasificación de Angle en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.
- Existe el mal hábito oral más frecuente en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.

3.3 Variables

A. Variable Dependiente

Maloclusiones:

Son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial. ¹⁰

B. Variable Independiente:

Malos Hábitos Orales:

Son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente. Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano al medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer.

3.3.1 Operacionalización de las Variables

Tabla N° 01
Operacionalización de las variables

Variables	Indicador	Categorías	Tipo de Variable	Escala de Medición	
Maloclusiones	Clasificación de Angle	Clase I	Cualitativa	Ordinal	
		Clase II			Div. 1
					Div. 2
Malos Hábitos Orales	Hábito de Succión	Digital	Cualitativa	Nominal	
		Labial			
	Hábito de Deglución Atípica	Interposición Lingual			
		Interposición Labial			
	Hábito de Respiración	Respiración Bucal			
Hábitos de Masticación	Onicofagia				
	Bruxismo				
Edad	Años cumplidos	9 años	Cuantitativa	De Razón	
		10 años			
		11 años			

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

4.1.1 Método de Investigación

- Cualitativo: Realizado para poblaciones finitas y su escala de medición es de tipo Ordinal y Nominal
- Cuantitativo: Ya que el estudio se realizó en niños de 9 a 11 años

4.1.2 Nivel de Investigación

Esta investigación es de tipo Observacional, Correlacional y Descriptivo.

- Observacional: Se observará desde fuera lo que realiza el grupo observado y absteniéndose de intervenir en el decurso de los hechos.
- Correlacional: Busca medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular).

- Descriptivo: Ya que va a describir un fenómeno en una circunstancia temporal y geográfica determinada.

4.1.3 Tipo de Investigación

No experimental: Es aquel tipo de investigación que se realiza sin manipular de manera deliberada ninguna de las variables, ya que solo se basa fundamentalmente en observar el fenómeno que en esta investigación son las maloclusiones dentarias y los malos hábitos orales que realiza la muestra, y que fueron analizados con posterioridad

4.2 Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Tipo de Investigación	Hipótesis
<p>Problema Principal</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de las maloclusiones con relación a los malos hábitos orales en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016?</p> <p>Problemas Secundarios</p> <p>¿Cuál es la maloclusión más frecuente según la clasificación de Angle en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016?</p> <p>¿Cuál es el mal hábito oral más frecuente presente en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016?</p>	<p>Objetivo Principal</p> <p>Determinar la prevalencia de las maloclusiones con relación a los malos hábitos orales en niños de 9 a 11 años del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar la maloclusión más frecuente según la clasificación de Angle en niños del nivel primario de 9 a 11 años de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.</p> <p>Determinar el mal hábito oral más frecuente presente en niños del nivel primario de 9 a 11 años de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.</p>	<p>Esta Investigación es de tipo Observacional Descriptiva Correlacional.</p> <p>Observacional:</p> <p>Se observará desde fuera lo que realiza el grupo observado y absteniéndose de intervenir en el decurso de los hechos.</p> <p>Correlacional:</p> <p>Busca medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular).</p> <p>Descriptiva:</p> <p>Describen la relación existente entre las variables descritas en un momento específico.</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación entre la prevalencia de las maloclusiones con relación a los malos hábitos orales en niños del nivel primario de 9 a 11 años de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.</p> <p>Hipótesis Secundarias</p> <p>Existe la maloclusión más frecuente según la clasificación de Angle en niños del nivel primario de 9 a 11 años de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.</p> <p>Existe el mal hábito oral más frecuente en niños del nivel primario de 9 a 11 años de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016.</p>
VARIABLES	Población y Muestra	Criterios de Selección de la Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Variable Dependiente</p> <p>Maloclusiones:</p> <p>Son el resultado de la adaptación de la región orofacial a varios factores etiológicos, resultando en diversas implicaciones que varían desde la insatisfacción estética hasta alteraciones en el habla, masticación, deglución, disfunciones temporomandibulares y dolor orofacial.¹⁰</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Malos Hábitos Orales: <i>Son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente. Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman el parte del proceso de adaptación del ser humano al medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer.</i></p> <p>EDAD: De los niños de la muestra estudiada</p>	<p>La población está conformada por el total de 373 alumnos de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque de todas las edades, y de ambos géneros, del 1ro al 6to grado de primaria, de todas las secciones existentes y que provienen de clases sociales media y baja.</p> <p>El tipo de muestreo es el Muestreo Probabilístico Aleatorio Sistemático. La muestra está conformada por el total de 156 alumnos de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque de ambos géneros, del 3ro al 6to grado de primaria de todas las secciones existentes, que comprendan entre las edades de 9 y 11 años de edad, sin distinción de la clase social.</p>	<p>Criterios de Inclusión:</p> <p>Niños de ambos géneros Niños con edades de 9 a 11 años con dentición mixta.</p> <p>Criterios de Exclusión:</p> <p>Niños con tratamiento ortodóntico previo Niños con tratamiento ortodóntico actual Niños que presenten algún Síndrome o patología que ponga en riesgo su salud bucal. Padres que no dieron su consentimiento para la evaluación clínica Niños que optaron por no realizarse el examen clínico Niños que cursen los grados entre 3ro y 6to. (mayor colaboración para el examen clínico).</p> <p>Criterios de Eliminación</p> <p>Niños que no asistan al colegio, el día del examen clínico.</p>	<p>Técnicas</p> <p>Observación Directa de Resultados</p> <p>Instrumentos</p> <p>Examen Clínico: Observación de la alineación de las piezas dentarias tanto en la arcada superior como inferior para diagnosticar el tipo de maloclusión dental.</p> <p>Ficha Clínica: Se anotará los datos obtenidos por medio del examen clínico intraoral, que sean de importancia para el estudio.</p>

4.3 Técnica e instrumentos de recolección de datos y confiabilidad

4.3.1 Técnicas

Observación Directa de Resultados

4.3.2 Instrumentos

Examen Clínico: Observación de la alineación de las piezas dentarias tanto en la arcada superior como inferior para diagnosticar el tipo de maloclusión dental. Como también la relación que existe entre los primeros molares antagonistas.

Ficha Clínica: Se anotará los datos obtenidos tanto del examen clínico intraoral como extraoral, que sean de importancia para el estudio.

4.4 Procesamiento de la información

Se presentó la distribución de las frecuencias de las maloclusiones dentarias según sus clasificaciones, se comparó según el tipo de los malos hábitos orales y de las maloclusiones por medio de las pruebas de Chi cuadrado, acompañado de sus respectivos gráficos de barras simples y agrupadas. Se presentó también una tabla malos hábitos orales, otra tabla de las maloclusiones dentarias presentes en la muestra.

4.5 Técnica estadística utilizada en el análisis de la información

Software Estadístico

Para la tabulación de datos, se contó con el soporte del paquete estadístico IBM SPSS versión 22 y del programa Excel. La base de datos fue creada en SPSS, a partir de la información recopilada con los instrumentos realizados para la recopilación de datos, con este software se desarrollaron los procedimientos de análisis requeridas, para luego ser exportados a Excel a fin de completar la diagramación y representación por medio del paquete Office.

4.6 Población y muestra

4.6.1 Población:

La población está conformada por el total de 373 alumnos de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque del nivel primario de todas las edades, y de ambos géneros, del 1ro al 6to grado de primaria, de todas las secciones existentes y que provienen de clases sociales media y baja.

TABLA N° 02
POBLACIÓN

EDAD	SECCIÓN	GRADO	POBLACIÓN	
			TOTAL	Fr
6 AÑOS	A	1ero	22	5,9%
7 AÑOS	B		18	4,8%
	C		12	3,2%
6 AÑOS	A	2do	19	5,1%
7 AÑOS	B		17	4,6%
	C		15	4%
8 AÑOS	A	3ro	39	10,5%
9 AÑOS	B		24	6,4%
10 AÑOS				
8 AÑOS	A	4to	37	9,9%
9 AÑOS	B		35	9,4%
10 AÑOS				
10 AÑOS	A	5to	30	8%
11 AÑOS	B		34	9,1%
12 AÑOS				
11 AÑOS	A	6to	25	6,7%
12 AÑOS	B		26	7%
13 AÑOS	C		20	5,4%
14 AÑOS				
SUMATORIA			373	100%

FUENTE: Nómina de matrícula

FECHA: Junio – 2016

Población total de alumnos de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016

4.6.2 Muestra

El tipo de muestreo es el Muestreo Probabilístico Aleatorio Sistemático. La muestra está conformada por el total de 156 alumnos del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque de ambos géneros, del 3ro al 6to grado de primaria de todas

las secciones existentes, que comprendan entre las edades de 9 y 11 años de edad, sin distinción de la clase social.

n = Tamaño mínimo de muestra

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de Confianza (95% = 1,96)

S = Desviación Estándar

d = Nivel de precisión

p = prevalencia del fenómeno en estudio

q = complementa p hasta q

Fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1) d^2 + Z^2pq}$$

Donde:

$$n = \frac{373 (1,96)^2 (0,5) (0,5)}{372 (0,06)^2 + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$n = 155,77$$

$$n = 156.$$

TABLA N° 03
MUESTRA

GRUPO	EDAD	GRADO	SECCIÓN	MUESTRA	Fr	
GRUPO 1	9 AÑOS 10 AÑOS	3ro	A	20	12,8%	
			B	20	12,8%	
	9 AÑOS 10 AÑOS	4to	A	19	12,2%	
			B	18	11,5%	
	10 AÑOS 11 AÑOS	5to	A	18	11,5%	
			B	19	12,2%	
	11 AÑOS	6to	A	8	5,2%	
			B	24	15,4%	
			C	10	6,4%	
	SUMATORIA				156	100%

FUENTE: Nómina de matrícula

FECHA: Junio - 2016

Muestra de alumnos por edades de 9 a 11 años de los grados 3ro, 4to, 5to y 6to, del nivel primario de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2016

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

Niños de ambos géneros

Niños con edades de 9 a 11 años con dentición mixta.

Niños que cursen los grados entre 3ro y 6to. (mayor colaboración para el examen clínico).

Criterios de Exclusión:

Niños con tratamiento ortodóntico previo

Niños con tratamiento ortodóntico actual

Niños que presenten algún Síndrome o patología que ponga en riesgo su salud bucal.

Padres que no dieron su consentimiento para la evaluación clínica

Niños que optaron por no realizarse el examen clínico

Criterios de Eliminación

Niños que no asistan al colegio, el día del examen clínico.

NORMAS ÉTICAS PARA LA INVESTIGACIÓN

El Código de Núremberg:

Es el documento básico de la ética médica de nuestra época, con un decálogo de reglas que deben cumplirse para experimentar en seres humanos y que pueden agruparse bajo tres conceptos fundamentales:

- El sujeto de experimentación debe dar un consentimiento voluntario y debe conservar su libertad y poder de autoconservación permanentemente.
- El experimento debe ser necesario, preparado correctamente, con riesgos muy bajos de producir daño, invalidez o muerte.
- El investigador debe ser calificado, para no producir daño y poder suspender el experimento en caso de peligro

CAPITULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo

Tablas de frecuencia

Las tablas de frecuencia son herramientas propias de la estadística en la cual se colocan los datos relevantes para el estudio según corresponda, ya sea en filas o columnas, representando los valores recogidos para las frecuencias en que ocurren. Para esta investigación se utilizaron tablas para detallar la población, muestra y para el análisis de los resultados obtenidos.

Gráficos

Se utilizó gráficos con la finalidad de familiarizarnos con los datos obtenidos ya que nos revelan un patrón de comportamiento de las variables en el estudio. Para graficar los resultados obtenidos se utilizaron barras verticales detallados en la parte superior, por porcentajes o números enteros, según lo recopilado en el estudio. Cada barra representada por cada color diferente según las variables o las dimensiones utilizadas por cada caso.

5.2 Análisis inferencial

Prueba estadística no paramétrica

Nos permite analizar datos en escala ordinal u nominal a pesar de que no se conozcan los parámetros de una muestra, y se utiliza para hacer un contraste de la hipótesis.

5.3 Comprobación de la hipótesis

Técnica estadística empleada

La técnica estadística utilizada en la investigación para la comprobación de la hipótesis fue la prueba de Chi Cuadrado de Pearson.

Chi Cuadrado de Pearson: Es una prueba estadística que se usa para evaluar la hipótesis (correlacional) acerca de la relación entre las variables involucradas. Su nivel de medición de las variables puede ser ordinal o nominal. El Chi Cuadrado de Pearson se calculó a través de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, de dos dimensiones y cada una representa una variable.

TABLA N° 04

MALOCCLUSIONES CLASIFICADAS POR ANGLE CON RELACIÓN A LOS MALOS HÁBITOS ORALES

Clasificación de Angle	Malos Hábitos Orales							Total
	Succión Labial	Succión Digital	Deglución Atípica Lingual	Deglución Atípica Labial	Respiración Bucal	Onicofagia	Bruxismo	
Clase 1	2 3,8%	1 1,9%	4 7,5%	0 0,0%	1 1,9%	15 28,3%	8 15,1%	31 58,5%
Clase 2	1 1,9%	0 0,0%	1 1,9%	0 0,0%	1 1,9%	5 9,4%	0 0,0%	8 15,1%
Clase 2 división 1	2 3,8%	6 11,3%	1 1,9%	1 1,9%	0 0,0%	1 1,9%	0 0,0%	11 20,8%
Clase 2 división 2	1 1,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,9%	0 0,0%	2 3,8%
Clase 3	0 0,0%	0 0,0%	1 1,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 1,9%
Total	6 11,3%	7 13,2%	7 13,2%	1 1,9%	2 3,8%	22 41,5%	8 15,1%	53 100,0%

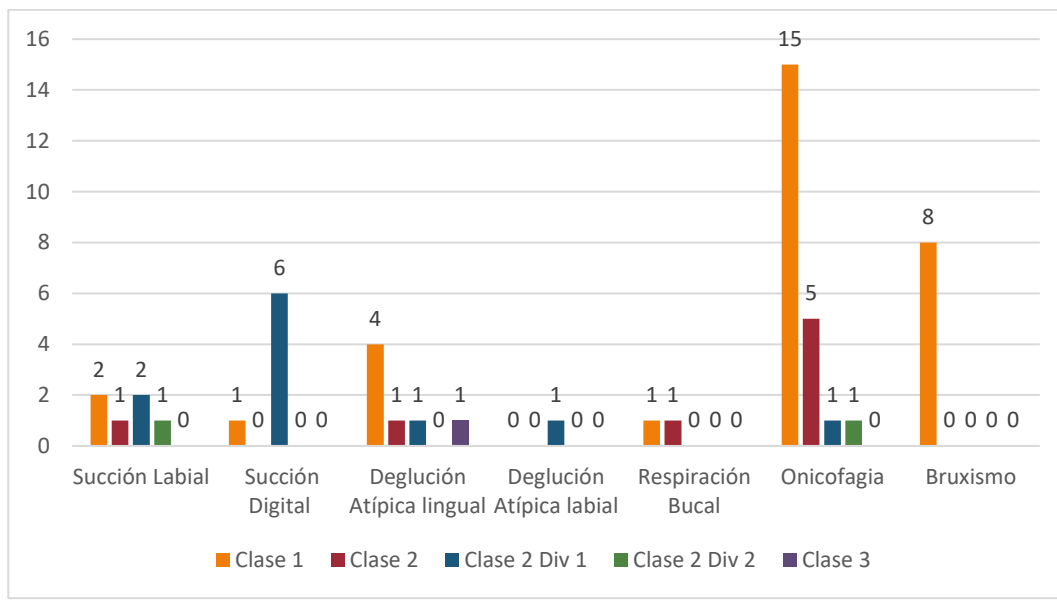
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	44,110 ^a	24	,007
Razón de verosimilitud	39,854	24	,022
Asociación lineal por lineal	13,181	1	,000
N de casos válidos	53		

a. 34 casillas (97,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,02.

Interpretación: Los datos de la Tabla 04, se observa la relación que existe entre los la Clasificación de Angle y los malos hábitos orales, ya que se utilizó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson para determinar esta relación, en la cual se puede concluir que 53 niños del total de la muestra, tienen alguna clasificación de Angle relacionado con algún mal hábito oral. Mientras que 103 niños del total de la muestra no realizan ningún mal hábito oral o no está dentro de la clasificación de Angle. Entre la clasificación de Angle que con mayor frecuencia se observó fue la Clase I con 31 casos que corresponde al 58,5% del total de niños con alguna maloclusion.

GRAFICO N° 01
MALOCLUSIONES CLASIFICADAS POR ANGLE Y SU RELACIÓN CON
LOS MALOS HÁBITOS ORALES



Fuente: Ficha Clínica realizada por el investigador

Fecha: Octubre - 2016

Interpretación: En este Histograma, se puede observar que el mal hábito de onicofagia es el que con mayor frecuencia se observa y está relacionado con la Clase I de Angle.

TABLA N° 05
FRECUENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
ANGLE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS

Clasificación de Angle	Edad de los niños			Total
	9 años	10 años	11 años	
Clase 1	7 13,2%	12 22,6%	12 22,6%	31 58,5%
Clase 2	3 5,7%	2 3,8%	3 5,7%	8 15,1%
Clase 2 división 1	2 3,8%	6 11,3%	3 5,7%	11 20,8%
Clase 2 división 2	0 0,0%	1 1,9%	1 1,9%	2 3,8%
Clase 3	0 0,0%	0 0,0%	1 1,9%	1 1,9%
Total	12 22,6%	21 39,6%	20 37,7%	53 100,0%

Fuente: Ficha Clínica realizada por el investigador

Fecha: Octubre – 2016

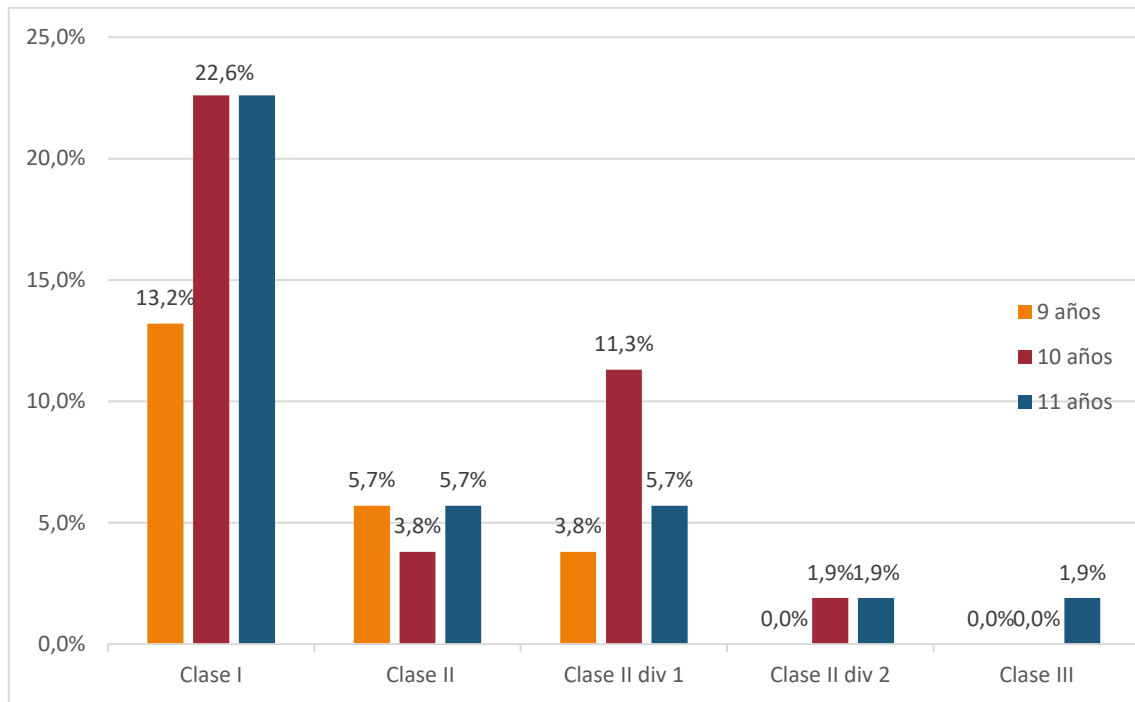
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,497 ^a	8	,810
Razón de verosimilitud	5,149	8	,742
Asociación lineal por lineal	,266	1	,606
N de casos válidos	53		

a. 12 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

Interpretación: En la tabla N° 05 se observan las maloclusiones según la clasificación de Angle en niños de 9 a 11 años. Siendo la Clase 1 la que con mayor frecuencia se presentó en niños de 9 años (7 casos = 13,2%), en niños de 10 y 11 años se presentaron 12 casos respectivamente lo cual corresponde al 22,6% también para la Clase I de Angle que en total suma 31 casos que corresponde a 58,5%.

GRAFICO N° 02
FRECUENCIA DE LAS MALOCLUSIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE
ANGLE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS



Fuente: Ficha Clínica realizada por el investigador

Fecha: Octubre - 2016

En el Gráfico N° 02 se observa una mayor prevalencia en la maloclusión Clase I de Angle entre las edades 10 y 11 (22,6%) seguido de la edad de 9 años con 13,2%.

TABLA N° 06

FRECUENCIA DE LOS MALOS HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS

Malos Hábitos Orales	Edad de los niños			Total
	9 años	10 años	11 años	
Succión Labial	1 1,9%	3 5,7%	2 3,8%	6 11,3%
Succión Digital	1 1,9%	5 9,4%	1 1,9%	7 13,2%
Deglución Atípica Lingual	2 3,8%	2 3,8%	3 5,7%	7 13,2%
Deglución Atípica Labial	0 0,0%	0 0,0%	1 1,9%	1 1,9%
Respiración Bucal	1 1,9%	0 0,0%	1 1,9%	2 3,8%
Onicofagia	5 9,4%	8 15,1%	9 17,0%	22 41,5%
Bruxismo	2 3,8%	3 5,7%	3 5,7%	8 15,1%
Total	12 22,6%	21 39,6%	20 37,7%	53 100,0%

Fuente: Ficha Clínica realizada por el investigador

Fecha: Octubre - 2016

Pruebas de chi-cuadrado

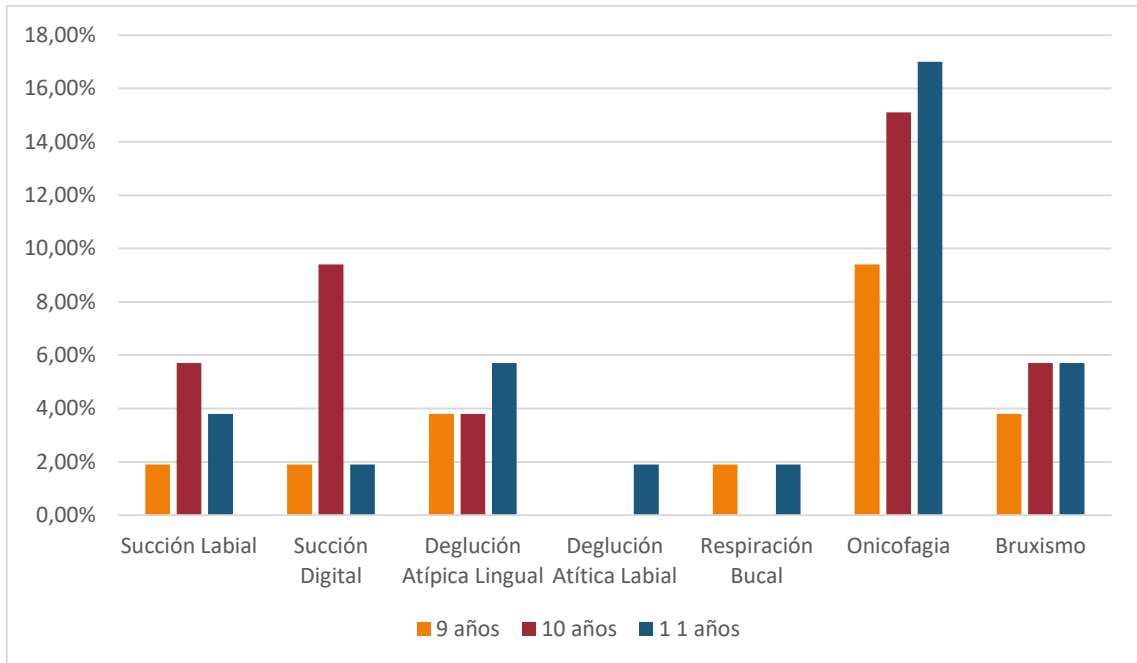
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,015 ^a	12	,857
Razón de verosimilitud	7,945	12	,789
Asociación lineal por lineal	,039	1	,843
N de casos válidos	53		

a. 19 casillas (90,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

Interpretación: En la tabla N° 06 se observan los malos hábitos orales realizados por los niños de 9 a 11 años de edad, siendo el mayor de los casos el hábito de Onicofagia con un total de 22 casos (41,5%) de un total de 53 (100%) de niños que tienen algún tipo de maloclusión con relación a los malos hábitos orales. En niños de 9 años se observó 5 casos (9,4%), a los 10 años, 8 casos (15,1%) y a los 11 años, 9 casos (17%) con relación al hábito de Onicofagia. Lo cual demuestra según este estudio, que este hábito incrementa con la edad.

GRAFICO N° 03

FRECUENCIA DE LOS MALOS HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS



Fuente: Ficha Clínica realizada por el investigador

Fecha: Octubre – 2016

En este Histograma se puede observar que el hábito que con mayor frecuencia realizan los niños de 9 a 11 años, es el hábito de Onicofagia. Siendo la edad de 11 años, la que mayor cantidad de casos presenta.

DISCUSIÓN

Los malos hábitos orales, son causantes en mucho de los casos de las maloclusiones dentales, que lamentablemente suelen aparecer desde muy temprana edad, lo cual, si no se observa en la dentición temprana, ya en la dentición permanente se empieza a hacer evidente y más con la erupción de las piezas dentarias posteriores, ocasionando el problema odontológico catalogado como el tercer problema de salud dental más frecuente en la población mundial, según la Organización Mundial de la Salud.

La muestra de esta investigación, estuvo conformada por el total de 156 niños que representa el 100% de la muestra de los cuales solo 53 presentan algún tipo de maloclusión, de ambos géneros, y de las edades que comprenden los 9 años con 22,6%, 10 años con 39.6% y 11 años con 37,7%.

En este estudio, la prevalencia de los malos hábitos orales que causan algún tipo de maloclusión dental fue el 34% con 53 casos, resultado que difiere en porcentaje con los estudios de Herrero Correa y López Montes que en sus estudios obtuvieron resultados de 62.5% y 74% respectivamente en el orden mencionado. ⁽⁷⁾ ⁽⁹⁾

El hábito oral que con mayor frecuencia se observó fue la onicofagia con 22 casos que corresponden 41,5%, resultado que difiere al estudio realizado por Montiel Jaime cuyo mal hábito que con mayor frecuencia observó en su investigación fue la succión labial inferior con un 34%. ⁽⁸⁾

En la relación molar clasificada por Angle, se observó una mayor frecuencia de casos con Clase I con un porcentaje de 58,5%, coincidiendo con el estudio hecho por Zapata Dávalos en el cual también la Clase I es la más frecuente, aunque con un porcentaje mayor (71.7%). ⁽²⁾

CONCLUSIONES

- Después de haber culminado esta investigación, puedo concluir diciendo que existe relación entre los malos hábitos orales con las maloclusiones dentales clasificadas según Angle en los niños de 9 a 11 años de edad de la I. E. 10050 con 53 casos que corresponden a un 34% del total de la muestra (156 = 100%).
- En la Tabla N° 04 se observan las maloclusiones clasificadas por Angle con relación a los malos hábitos orales, siendo la Onicofagia el mal hábito oral más frecuente relacionado con la Clase 1 de Angle con 15 casos que respresenta al 28,3%. Seguido del hábito de Bruxismo también relacionado con la Clase I, con 8 casos (15,1%).
- En la Tabla N° 05, Frecuencia de las maloclusiones según la clasificación de Angle, en la Clase 1, se observó en el mayor de los casos (31 casos = 58,5%), mientras que la Clase 2 división 1, presentó 11 casos (20,8%). Cabe recalcar que en esta tabla se toma en cuenta solo a los niños que presentan algún tipo de maloclusión según la clasificación de Angle que son el total de 53 (34%).
- En la Tabla N° 06, durante examen clínico realizado al total de la muestra, los malos hábitos orales más frecuentes observados en niños de 9 a 11 años son Onicofagia (22 casos = 41,5%); Bruxismo (8 casos = 15,1%), Succión Digital (7 casos = 13,2%), Deglución Atípica con interposición Lingual (7 casos = 13,2%). La edad de 11 años presentó la mayor cantidad de casos (70 casos = 35,4%) en realizar algún tipo de mal hábito oral.
- Todas las Tablas fueron validadas con el software IBM SPSS versión 22, mediante el estudio no paramétrico de Chi Cuadrado de Pearson.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones son:

- Los padres de familia cuyos menores hijos pertenecieron a la muestra de este estudio y que fueron capacitados e informados sobre la investigación, deben identificar y tratar de corregir en sus menores hijos los malos hábitos, considerando que son un problema para la dentición de sus menores hijos.
- Es muy importante cuidar los dientes desde el proceso de erupción de las piezas temporales como de las piezas permanentes, ya que los dientes en su conjunto son muy importantes tanto para las funciones masticatorias, estéticas y fonéticas. Por ello debemos evitar que los malos hábitos orales sean realizados por los niños.
- Visitar Periódicamente al Odontólogo Especialista para que, con ayuda de aparatos de ortodoncia, en caso de estar presente algún tipo de maloclusion no puedan volverse severos ya que representaría un problema funcional, fonético o estético.
- De necesitar ayuda psicológica para evitar la continuidad de algún mal hábito oral, acudir con ayuda de un profesional para corregir y evitar estas malas conductas o malos hábitos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez Páucar MA, Quiroz Gonzales K, Chamilco Gamarra AS, Luza Yaranga L, Huanca Sánchez J, Medina Gutti WM, et al. Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de las maloclusiones en infantes. *Odontología Sanmarquina*. 2011; 2: p. 13.
2. Zapata Dávalos J. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años en el colegio los educadores. Tesis Bachiller. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
3. Zapata Dávalos J. Prevalencia de Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentaris en niños de 06 a 12. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
4. Oriel Orellana M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 06 a 12 años del colegio los educadores. *Odontología Sanmarquina*. 2000; 1(5): p. 39.
5. Aliaga del Castillo A, Mattos Vela MA, Aliaga del Castillo R, Del Castillo Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la amazonía de Ucayali, Perú. *Revista Perú Med Exp Salud Pública*. 2011; 28(1): p. 87 - 91.
6. Vega Delgado J. Prevalencia de anomalías dentales en radiografías panorámicas en un centro de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Chiclayo. Tesis. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
7. Herrero Correa C. Anomalías Dentomaxilares, Malos Hábitos Orales y Alteraciones Fonoarticulares en la población endogámica del archipiélago de Juan Fernández. Universidad de Chile, Santiago de Chile; 2003.

8. Montiel Jaime ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Revista ADM*. 2004 Noviembre - Diciembre; 61(6): p. 209 - 214.
9. López Montes RL. Prevalencia de maloclusiones dentarias en alumnos de 9 - 12 años de la escuela primaria federal Ignacio Ramírez de Tihuatlán Veracruz. Universidad Veracruzana; 2011.
10. Testa M, Comparelli U, Kratzenberg G. Técnicas Ortodónticas. Guía para la construcción y utilización de dispositivos terapéuticos. In Gabriel C, Santa Cruz M, editors..: Masson S.; 2003. p. 1.
11. Proffit WR. Ortodoncia contemporánea: Teoría y Práctica. 3rd ed. Madrid: Elsevier; 2001.
12. Vellini Ferreira F. In Ortodoncia: Diagnóstico y Planificación Clínica. 1st ed. Lima: Artes Médicas Latinoamérica; 2002. p. 98 - 114.
13. Almeida RR, Almeida PRR, Almeida MR, Garib DG, Almeida PC. Etiología de las Maloclusiones: causas hereditarias y congénitas, adquiridas, generales, locales y proximales. *Dent Press Ortodon. Ortop. Max*. 2000; 5(6): p. 107.
14. Salazar NP. Prevalencia de maloclusiones en niños escolares del departamento de Tumbes. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003.
15. Pan American Health Organization. *Health in the Americas*. 1998; 27: p. 413.
16. Pan American Health Organization. Ten - year evaluation of regional core health data initiative. *Epidemiol Bull PAHO*. 2004; 25(3): p. 1 - 16.
17. Chu C. Prevalencia de maloclusiones en individuos de 12 a 18 años en la comunidad nativa de San Antonio de Sonomoro provincia de Satipo. Tesis. Lima: Universidad Peruana Cayetana Heredia; 1988.

18. Kohatsu D. Prevalencia de maloclusiones en individuos de 12 a 18 años de edad pertenecientes a la población rural de la provincia de Satipo. Junín. Tesis Bachiller. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1988.
19. Barranchina CM. Etiopatogénia: Factores Generales en Ortodoncia Clínica. In.: Ed. Salvat; 1988. p. 187 - 204.
20. Barrachina CM. Etiopatogénia: Factores Locales en Ortodoncia Clínica. In. España: Ed. Salvat; 1988. p. 205 - 226.
21. Okeson JP. Tratamiento de Oclusión y afecciones temporomandibulares. In.: Elsevier Mosby; 2008. p. 70.
22. Vellini Ferreira F. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica. In.: Ed. Artes Médicas Latinoamérica; 2002. p. 103 - 106.
23. Canut Brusola JA. Ortodoncia Clínica y terapéutica. 2nd ed. Barcelona; 2000.
24. Vellini Ferreira F. Hábitos Bucales en Ortodoncia. In Hetcht M. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo: Artes Médica; 2008. p. 69 - 79.
25. Boj JR. Tratamiento temprano de Maloclusión. In Catalá M.. Barcelona: Masson S. S.; 2004. p. 379 - 409.
26. Rodríguez Yañez E, Cassasa Araujo R, Natera AC. 1001 Tips en ortodoncia y sus secretos. 1st ed. Venezuela; 2007.
27. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontología. 2011;; p. 1 - 17.
28. Vellini Ferreira F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. In. Sao Paulo: Ed. Artes Médicas Latinoamérica; 2002. p. 252 - 278.

29. Canut Brussola JA. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. In. Barcelona: Masson; 2004.
30. Urrieta E, López I, Farias M, Rondón S, Lerner H. Hábitos bucales y maloclusión presente en los pacientes atendidos durante el diplomado de ortodoncia interceptiva. Revista LATinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2008.
31. Vellini Ferreira F. Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica. In Badra Jabur L. Evaluación Fonoaudiológica. 1st ed. Sao Paulo: Ed. Artes Médicas Latinoamérica; 2002. p. 290 - 301.
32. Alves Cardoso RJ. Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares. In Hetcht M, Virginia S. Hábitos y sus Influencias en la oclusión. Sao Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 69 -79.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
identificado con DNI N°..... autorizo al encargado de la investigación titulada “**Determinar la Prevalencia de las Maloclusiones y su relación con los Malos Hábitos Orales en niños de 9 A 11 años de la Institución Educativa 10050 del Distrito de Reque – Año 2014**” a realizar la Ficha odontológica y el Examen Clínico de mi menor hijo.....

Me han informado acerca de la investigación que se está realizando y su duración. Como también se me informó que se hará un examen clínico con anterioridad y he comprendido las explicaciones, que se me dio, en el lenguaje claro y sencillo. También, se me otorgó la posibilidad de hacer todas las observaciones del caso dando aclaración a toda duda.

Por tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi autorización para que se realice este procedimiento.

Chiclayo, 13 de septiembre del 2016

Firma y DNI del Padre Apoderado

Anexo 02
FICHA CLÍNICA

FICHA CLÍNICA INTRA Y EXTRAORAL			FICHA N°
APELLIDOS Y NOMBRES:			
GRADO:	SECCIÓN:	EDAD:	FECHA:
I. RESPIRACIÓN			OBSERVACIONES
1. Característica Miofacial	Normal ()	Alterada ()	
2. Competencia Labial	Si ()	No ()	
3. Competencia Lingual	Si ()	No ()	
4. Formas del Paladar	Normal ()	Alterada ()	
5. Competencia Mandibular	Si ()	No ()	
6. Amígdalas	Normal ()	Alterada ()	
		Ausente ()	
7. Reflejo Alar	Si ()	No ()	
8. Adenoides	Normal ()	Alterada ()	
		Ausente ()	
9. Patologías asociadas	No ()	Sinusitis ()	
		Rinitis ()	
		Bronquitis ()	
		Asma ()	
		Otras ()	
EVALUACIÓN DE LA RESPIRACION		NASAL ()	BUCAL ()
OBSERVACIONES FINALES:			
II. DEGLUCIÓN			OBSERVACIONES
1. Cierre labial	Si ()	No ()	
2. Presión labial	Normal ()	Alterada ()	
3. Mímica peribucal	Si ()	No ()	
4. Anatomía de la Lengua	Normal ()	Alterada ()	
		Lengua en función	Alterada ()
Lengua en Reposo	Normal ()	Alterada ()	
5. Función del Masetero	Normal ()	Alterada ()	
6. Frenillo lingual	Normal ()	Alterada ()	
7. Emisión de Fonemas			
Bilabiales (p, b, m)	Normal ()	Alterada ()	
Linguoalveolares (t, d, n, l)	Normal ()	Alterada ()	
Fricativos (s, z, ch, g)	Normal ()	Alterada ()	
EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN		NORMAL ()	ATÍPICA ()
OBSERVACIONES FINALES:			

FICHA CLÍNICA ORAL

FICHA CLÍNICA INTRA Y EXTRAORAL			FICHA N°
APELLIDOS Y NOMBRES:			
GRADO:	SECCIÓN:	EDAD:	FECHA:
III. SUCCIÓN			OBSERVACIONES
1. Hábito de Succión	Ausente ()		
		Chupón ()	
		Dedo ()	
		Labio ()	
		Otros ()	
OBSERVACIONES FINALES:			
IV. MASTICACIÓN			OBSERVACIONES
1. Hábito alimenticio	Adecuado ()	Inadecuado ()	
2. Preferencia masticatoria	Bilateral ()	Unilateral ()	
3. Musculatura del masetero	Simétrica ()	Asimétrica ()	
4. Hábitos de masticación	Ausentes ()		
		Onicofagia ()	
		Bruxismo ()	
		Otros ()	
OBSERVACIONES FINALES:			

CUADRO DE MALOCLUSIONES ANTEROPOSTERIORES

CLASIFICACIÓN DE ANGLE

CLASIFICACIÓN DE ANGLE	
Clase I	
Clase II	
Clase II División 1	
Clase II División 2	
Clase III	
Normoclusión	

CUADRO DE MALOCLUSIONES DENTARIAS VERTICALES Y TRANSVERSALES

TIPO DE MALOLUSIÓN PRESENTE	
Mordida Abierta	
Mordida Profunda	
Mordida en Tijera	
Mordida Cruzada	
Normoclusión	

FOTOGRAFÍAS DE CAMPO



Fig. 01
Hábito de Respiración Bucal



Fig. 02
Hábito de Succión Labial, véase el labio inferior más desarrollado que el labio superior.



Fig. 03
Hábito de Onicofagia.



Fig. 04
Hábito de Deglución Atípica con interposición Lingual Anterior.



Fig. 05
Paladar Profundo, resultado del hábito de Succión Digital.



Fig. 06
Clase 2 División 1, Obsérvese la inclinación a vestibular de los incisivos superiores.



Fig. 07
Mordida Cruzada Anterior, presente en pacientes clase 3.



Fig. 08
Clase 1 de Angle.



Fig. 09
Mordida Profunda, presente en pacientes clase 2 de Angle.

CONSTANCIA DE LA I.E. 10050



Institución Educativa N° 10050

"Centenario Ex - 240 "

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

CONSTANCIA

La que suscribe, Licenciada Galindo Baca Carol Azucena, Directora de la Institución Educativa N° 10050 – Reque – Región Lambayeque,

HACE CONSTAR:

Que en la Institución Educativa 10050, el Bachiller: AQUINO VÁSQUEZ, Sergio Javier de la Facultad de MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD de la Escuela Profesional de ESTOMATOLOGÍA de la Universidad "ALAS PERUANAS" llevó a cabo la ejecución de la Tesis denominada "PREVALENCIA DE LAS MALOCLUSIONES Y SU RELACIÓN CON LOS MALOS HÁBITOS ORALES EN NIÑOS DE 9 Y 11 AÑOS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA 10050 DEL DISTRITO DE REQUE – AÑO 2016". Desde el 15 de septiembre al 12 de octubre.

Se expide la presente a la solicitud de la parte interesada para fines que estime por conveniente:

Reque, 18 de octubre del 2016



Lic. Galindo Baca Carol Azucena
Directora de la I.E. 10050

"Educamos Para la Vida"

Calle Elias Aguirre N° 105 Reque