UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ

"Hábitos orales y malas oclusiones en niños de 6 a 12 años atendidos en la facultad de Odontología".

Autor:

Katherine Nicole Gómez Cadena.

Tutor:

Dra. María Fernanda Carvajal Campos.

Facultad de Odontología

25 de Agosto del 2017. Manta

CERTIFICACIÓN

Yo **Dra. María Fernanda Carvajal**, Docente ESP de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, en calidad de Directora de Tesis de la egresada **Srta. Katherine Nicole Gómez Cadena** con cedula de identidad # **171597377-0.**

Certificó:

Que el presente ante proyecto de investigación titulado: "**HABITOS ORALES Y MALAS OCLUSIONES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA ULEAM**." Ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones de trabajo y se encuentra lista para su presentación y apta para su defensa.

Habiendo cumplido con los requisitos reglamentos exigidos para la elaboración de un proyecto investigativo previo a la obtención del título de Odontóloga. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

_____

Dra. María Fernanda Carvajal

Directora de Tesis

APROBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Odontología

Tribunal Examinador

Los Honorables Miembros del Tribunal Examinador luego del debido análisis y su cumplimiento de la ley aprueban el proyecto de investigación sobre el tema "**HABITOS ORALES Y MALAS OCLUSIONES EN NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ATENDIDOS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA ULEAM".**

Presidente del Tribunal _____

Miembro de Tribunal _____

Miembro del Tribunal _____

Manta, _____ del 2017

DEDICATORIA

A mis padres Javier y Pamela por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, por los ejemplos de perseverancia y constancia por el valor mostrado para salir adelante y más que todo por su amor.

A mis hermanos Camila y Joseph que sin duda alguna están orgullosos de mí y pusieron su granito de arena en mi camino hacia la obtención de un logro más en vida por permitirme ser un ejemplo a seguir para ellos por darme la fuerza de no rendirme por todo el cariño y amor que recibí de parte de ellos.

A mi compañero en este viaje Jean Carlos que fue un ladrillo para yo seguir creciendo por ayudarme y guiarme en todo lo relacionado a esta carrera pero sobre todo por el cariño y amor que tuvo para mí.

A mis compañeros que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y e n especial a mi Sexy Malefic Team por todos estos años que compartimos juntas entre risas y lamentos; Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario.

RECONOCIMIENTO

La realización de esta investigación de tesis fue posible, en primer lugar, a la cooperación brindada por la Dra. María Fernanda Carvajal, docente especialista de nuestra alma mater, quien en su desempeño como asesora de tesis pudo ayudarme a llevar a cabo la finalización de la misma. De igual modo se agradece a los estudiantes y profesores por su disposición y confianza, que sin ellos no se hubiera podido recoger los datos necesarios en este estudio.

Como es de entender, se agradece a la comisión académica de la facultad de Odontología por su dirección y ayuda constante, en especial por su orientación y por su continuo estimulo durante todo el proceso hasta al final del mismo.

Se agradece a todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo secretarias docentes y compañeros.

Por ultimo agradezco a mis padres por el apoyo brindado durante la edición de esta tesis para la obtención de mi título profesional como Odontóloga.

Índice

APROBACION DEL TRIBUNAL DE GRADO II
DEDICATORIA III
RECONOCIMIENTO IV
RESUMEN VII
ABSTRACT VIII
1 INTRODUCCION 1
1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA 1
1.2 DISEÑO TEORICO 1
1.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1
1.2.2 OBJETO 2
1.2.3 CAMPO 2
1.2.4 OBJETIVOS 3
1.2.5 HIPÓTESIS 4
1.2.6 VARIABLES 4
1.3 DISEÑO METODOLOGICO 5
1.3.1 MUESTRA 5
1.3.2 METODOS EMPIRICOS 5
1.3.3 TECNICA 6
2 MARCO TEÓRICO 7
2.1 ANTECEDENTES 7
2.1.1 OCLUSIÓN 7
2.1.2 TIPOS DE MALOCLUSIÓN 9
2.1.3 HABITOS ORALES 10
3 DIAGNOSTICO Y ESTUDIO DE CAMPO 17
TABLA # 1 17
TABLA #2 18
TABLA #3 19
TABLA #4 20
TABLA #5 21
TABLA #6 22
TABLA # 7 23
4 CONCLUSIONES 24

5 RECOMENDACIONES 25
6 BIBLIOGRAFIA 26
ANEXOS 27

RESUMEN

Propósito: relacionar la presencia de hábitos orales y su impacto en el desarrollo a futuro de mal oclusiones dentofaciales para así prevenir o disminuir el uso de aparatología ortodóntico removible.

Métodos de estudio: Se seleccionó una muestra de 180 niños de 2 a 6 años que asisten a consulta en la facultad de Odontología de la universidad Laica “ELOY ALFARO” de Manabí, examen clínico a cada niño y toma de impresiones para su estudio.

Resultados: Con los gráficos estadísticos logramos relacionar los hábitos orales con las mal oclusiones, se pudo llegar a observar que la succión digital presentados en el 13% de los niños atendidos causa mordida abierta, la interposición labial presentándose en el 19% de los niños atendidos causa mordida profunda y como último habito presente la respiración bucal con el 11% causando apiñamiento dentario.

Palabras clave: hábitos orales, mal oclusiones, aparatología ortodóntica removible

ABSTRACT

Purpose: to relate the presence of bad habits and their impact on the future development of dentofacial malocclusions in order to prevent or reduce the use of removable orthodontic appliances.

METHODS: A sample of 180 children aged 2 to 6 years old who attended a consultation at the Faculty of Dentistry of Universidad Laica “ELOY ALFARO” in Manabí, clinical examination of each child and impressions for their study were selected.

Results: With the statistical graphs we were able to relate oral habits to malocclusions, it was possible to observe that the thumb suckers presented in 13% of the children treated causes openbite, 19% presented Lip interposition due to a deep bite and at as last bad habit there ir the open Mouth breathing with 11% that causes dental crowding.

Key words: bad habits, malocclusions, removable orthodontic appliances

1 INTRODUCCION

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La siguiente investigación tiene como objetivo llegar a establecer el rango de posibilidades que los niños de 6 a 12 años que presentan hábitos orales tienden a desarrollar malas oclusiones o mal posiciones dentarias llevando así al uso de aparatos removibles par la corrección de las mismas.

Trataremos de disminuir el porcentaje de malas oclusiones presentes en boca brindando atención odontológica preventiva a los niños y charlas informativas a los padres de manera breve en el momento de la cita odontológica para así no solo prevenir o corregir sino educar acerca de todas las anomalías que se puedes presentar en la boca de un niño de 6 a 12 años que atraviesa el periodo de recambio de las piezas dentarias teniendo esta edad como edad ideal para la corrección de los problemas de oclusión y hábitos con aparatología removible.

1.2 DISEÑO TEORICO

1.2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad existe una amplia malla de estudios de hábitos que pueden intervenir en el correcto desarrollo dentofacial de niños teniendo como causa o problema general la presencia de malas oclusiones a muy temprana edad.

La presencia de hábitos orales a muy temprana edad desencadena diferentes tipos de anomalías relacionados con la oclusión fonética y estética dando así paso además de las malas oclusiones a distintas disfunciones en la perfecta armonía dentofacial.

La investigación tendrá como problema principal la presencia de hábitos orales en el desarrollo de las malas oclusiones dentofaciales que inducen al tratamiento ortodóntico removible atendidos en la clínica de Quinto año de la facultad de Odontología de la Universidad Laica “ELOY ALFARO” de Manabí.

Basándonos en la alta prevalencia de malas oclusiones en niños y jóvenes debido a la presencia de hábitos orales, mediante esta investigación se desea determinar qué tipo de aparatología removible puede ser utilizada para la corrección y mantenimiento de una perfecta armonía dentofacial.

1.2.2 OBJETO

Niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica de Quinto Año de la facultad de Odontología.

1.2.3 CAMPO

Facultad de Odontología de la ULEAM

1.2.4 OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

  - ✓ Asociar la presencia de hábitos orales en el desarrollo de mal oclusiones dentofaciales.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

  - ✓ Identificar qué tipo de malas oclusiones están presentes en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica de Quinto año.
  - ✓ Diagnosticar la mal oclusión presente según el hábito oral.

1.2.5 HIPÓTESIS

Si, el niño presenta un hábito oral tiene mayor probabilidad de desarrollar una mal oclusión dentofacial.

1.2.6 VARIABLES

- VARIABLE DEPENDIENTE
  Hábitos orales
- VARIABLE INDEPENDIENTE
  Desarrollo de malas oclusiones

1.3 DISEÑO METODOLOGICO

El siguiente proyecto se la realizó en la clínica de Quinto año de la facultad de odontología de la ULEAM, el cual cuenta con las siguientes características:

Tabla 1 Lugar donde se realizó la investigcion

CARACTERÍSTICAS	**ULEAM**
Coordenadas geográficas	Lat 0°57.279' S Long 80°44.672'
Dirección	Ciudadela Universitaria
Temperatura promedio anual (ºC)	24.8°C
Precipitación promedio anual (mm)	300 mm

1.3.1 MUESTRA

Para esta investigación se seleccionó a 180 niños y niñas de 6 a 12 años que fueron atendidos en la clínica de Quinto año de la facultad de Odontologia de la ULEAM.

1.3.2 METODOS EMPIRICOS

Estudio es de tipo descriptivo observacional en niños de 6 a 12 atendidos en la facultad de Odontología de la Universidad Laica “ELOY ALFARO” de Manabí.

“Cuando hablamos de método observacional nos referimos no tanto a la observación con la que comienza la investigación científica como a uno de los métodos de los que dispone el científico para la comprobación de sus hipótesis. Aunque toda verificación de una hipótesis científica (también la verificación experimental y la correlacional) implica algún tipo de observación, generalmente se habla de método de verificación observacional cuando se intenta verificar una hipótesis o recabar datos de la realidad sin introducir ningún tipo de artificio, sin ejercer un control sobre las variables independientes

o sobre los sujetos a estudiar, simplemente observando las conductas que espontáneamente ejecutan los sujetos". (DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA CIENTÍFICA Y FILOSÓFICA , s.f.)

1.3.3 TECNICA

Se realizó análisis de diferentes puntos para relacionar la presencia de hábitos orales con la mal oclusión.

Se utilizó gráficos estadísticos para mostrar los porcentajes exactos en cada punto a evaluar.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 OCLUSIÓN

Se define por oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (inferior y superior) están en contacto. Angle definió oclusión normal como las relaciones normales de los planos inclinados de los dientes cuando las arcadas dentarias están en íntimo contacto (CANUT, 1989).

Canut en 1989 dice que para diferenciar entre oclusión y maloclusión se realiza un análisis de las relaciones oclusales en una posición mandibular que se le llama: oclusión en relación céntrica condílea; se establece analizando el contacto de ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal, donde los cóndilos están en posición no forzada más posterior, superior y media dentro de las fosas glenoideas.

Por investigaciones y experiencia clínica se sabe que la oclusión ideal se acompaña de una distribución normal de las fibras periodontales y estructuras óseas alveolares, crecimiento armónico de los maxilares, apropiado funcionalismo y sistema neuromuscular equilibrado.

Edward H. Angle en 1890 dio la primera definición de la oclusión normal y postulaba que la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluyera en el surco vestibular entre la cúspide mesio y distobucal del primer molar inferior.

Para él eran fundamentales los primeros molares superiores como punto de referencia ya que se encuentran dentro de la estructura facial mientras que los molares inferiores dependían de un hueso que depende de una articulación que puede modificarse o inclinarse a error (CANUT, 1989).

Se refiere como mal oclusiones u oclusión anormal a las relaciones interdentarias atípicas que se presentan, aunque la mandíbula en posición retruida coincida con la oclusión habitual con la céntrica; mal oclusión funcional si la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica donde la función estomatognática está alterada, mal oclusión estructural que es anormal en ciertos rasgos morfológicos por su potencial patógeno o en apariencia estética y no se ajusta a las normas de la sociedad.

No hay que interpretar la mal oclusión como la antítesis de la normo oclusión que hay una línea entre lo ideal, normal y mal oclusivo. Mal oclusión debe aplicarse a situaciones que necesiten intervención ortodóntica más que cualquier desviación de la oclusión ideal y está calificación de normal y anormal es cuestión de diferencia de grados y se matiza individualmente.

En 1899 Angle introdujó el término clase para denominar las relaciones mesiodistales de los dientes donde consideraba a los primeros molares superiores como puntos fijos o de referencia.

Dividió las mal oclusiones en 3 clases: (Vieira, 2013)

Clase I: relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes; cúspide mesiovestibular del primer molar superior en mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior, pero con malposiciones individuales de los dientes ya sea en relaciones verticales transversales o desviación sagital de los incisivos.

Clase II: surco vestibular del molar inferior por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Se distinguen diferentes tipos o divisiones por la posición de los incisivos:

- División 1: incisivos en protrusivos y aumento del resalte.
- División 2: incisivos centrales retroinclinados y los incisivos laterales con marcada inclinación vestibular hay una disminución en el resalte y aumento en sobremordida interincisiva.

Clase II completa/incompleta:

- Completa: cúspide distovestibular del primer molar superior a nivel del surco vestibular del primer molar inferior.
- Incompleta: grado menor de mala relación, las caras mesiales de los dos molares están en el mismo plano vertical.

Clase III: surco vestibular del molar inferior por mesial de la cúspide del mesiovestibular del molar superior.

2.1.2 TIPOS DE MALOCLUSIÓN

Existen varios tipos de maloclusiones que pueden ser tratadas en Clínicas mediante ortodoncia. La ortodoncista reconoce una maloclusión se aprecia una mala disposición de los dientes creando un problema para el paciente, tanto desde el punto de vista funcional como psicosocial. (ANONIMO, s.f.)

Maloclusión de Clase I: Esta se produce cuando hay una relación normal de los molares, pero la línea de oclusión es errónea debido a una posición dental incorrecta, rotaciones, anomalías en las relaciones verticales, transversales o por la desviación sagital de los incisivos.

Maloclusión de Clase II: División I. Los incisivos centrales superiores se encuentran en protusión, el resalta esta aumentado. La sobre mordida puede estar aumentada, normal o disminuida. División II. Los incisivos centrales superiores están retroinclinados, los incisivos laterales proinclinados, el resalte está disminuido y la sobre mordida aumentada.

Mal oclusión de Clase III: Esta se da cuando el surco vestibular del primer molar inferior ocluye por mesial de la cúspide vestibular del primer molar superior.

Cuando la Clase II o la Clase III se encuentran solamente en un lado se llama mordida o oclusión unilateral.

Mal oclusiones transversales

Mordidas cruzadas unilaterales: Son aquellas que suelen ir asociadas a una desviación de la línea media ligeramente hacia un lado de la mordida cruzada.

Mordidas cruzadas bilaterales: Estas no suelen ir asociadas a ninguna desviación.

Mordidas en tijera: En estas mordidas podemos observar que las cúspides de los molares superiores están por fuera de los molares inferiores de forma unilateral.

Signo de Brody: Esta mordida presenta las características de la mordida anterior pero de forma bilateral, es decir, en las dos zonas de la arcada dental. La arcada superior cubre por completo la arcada inferior.

Mal oclusiones verticales

Sobre mordida: Un paciente presenta sobre mordida cuando el entrecruzamiento incisivo supera los 2,5mm, es mayor a 1/3 o mayor del 25-30%.

Mordida borde a borde: Caso de sobre mordida 0 donde hay contacto entre incisivo en algún momento del movimiento dentario.

Mordida abierta: Cuando hay sobre mordida cero sin contacto entre incisal. La mordida abierta no es sinónimo de resalte cero, pues puede acompañar de cualquier tipo de resalte (+, -, o 0) aunque será poco acentuado. Se ve en mordidas abiertas compensadas y en denticiones desgastadas.

2.1.3 HABITOS ORALES

Los hábitos orales constituyen unas de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura oro-facial que traen como

consecuencia el compromiso en diferente grado, de procesos tan importantes en el ser humano como: la respiración, masticación, deglución, succión, articulación y la fonación; los mismos pueden presentarse en niños, adolescentes y adultos. Dependiendo de la frecuencia y tiempo de existencia de estos hábitos orales, se pueden dar diferentes consecuencias. Por otra parte, las causas de dichos hábitos pueden ser de diversa índole: emocionales, alérgicos, dentales, etc., por lo cual se requiere de una intervención oportuna y de un manejo integral con diferentes profesionales. A continuación se explicará el concepto de hábitos orales, su clasificación y la intervención terapéutica sugerida (MONTOYA, 2012).

2.1.3.1 ¿Qué son los 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 a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer.

En la actualidad existe una gran diversidad de hábitos nocivos que están desencadenando multiplicidad de alteraciones maxilo-faciales, musculares, óseas y dentales. (Vieira, 2013)

2.1.3.2 TIPOS DE HÁBITOS EXISTENTES

2.1.3.2.1 HÁBITOS DE SUCCIÓN

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega ser considerada normal, probablemente está presente en más del cincuenta por ciento (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 del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el 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 una dirigida hacia los dientes inferiores, en algunos casos, dos o más dedos son succiona dos 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 de habito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético.

La duración de 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 chupe 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 de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y por último, el patrón morfo genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presente un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendera a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia.

CONSECUENCIAS DE LA SUCCIÓN DIGITAL

- ✓ Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
- ✓ Retroinclinación de los incisivos inferiores
- ✓ Mordida abierta anterior

- ✓ Prognatismo Alveolar Superior
- ✓ Estrechamiento del arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
- ✓ Mordida cruzada posterior
- ✓ Dimensión vertical aumentada

TRATAMIENTO DE LA SUCCIÓN DIGITAL

- ✓ Explicar al niño con palabra acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia
- ✓ Aparatologia removible o fija (rejilla lingual)

2.1.3.2.2 RESPIRACIÓN ORAL

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.

Por Hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.

CARACTERISTICAS FACIALES Y DENTARIAS DE LA RESPIRACIÓN ORAL

- ✓ Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- ✓ Mordida cruzada posterior, uni o bilatreal acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- ✓ Paladar alto u ojival
- ✓ Retrognatismo del maxilar inferior
- ✓ Labio superior corto e hipotónico.
- ✓ Labio inferior hipertónico
- ✓ Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- ✓ Vestibuloversión de incisivos superioresmesogresión de posteriores (Clase II Div 1ª)
- ✓ Maxilar superior estrecho.
- ✓ Protrusión del maxilar superior.
- ✓ Gingivitis crónica.
- ✓ Incompetencia Labial.
- ✓ Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- ✓ Perfil convexo.

TRATAMIENTO DE LA RESPIRACIÓN ORAL

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- ✓ Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- ✓ Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc. (5)
- ✓ Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- ✓ Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- ✓ Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.
- ✓ Terapia Miofuncional.

2.1.3.2.3 INTERPOSICIÓN LABIAL

El hábito de succión del labio inferior puede manifestarse en cualquier edad. Con frecuencia se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. Por lo general se asocia con una protrusión labial de los incisivos superiores, y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Puede haber retracción o dehiscencia de la encía de los incisivos inferiores. Este hábito puede ser la consecuencia más que la causa de una maloclusión clase II división 1, y clínicamente se observa el surco mentolabial pronunciado.

El hábito de interposición labial puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, malposición dental y deformaciones dentofaciales. La manifestación de una maloclusión adquirida varía según el tipo, la localización, severidad, frecuencia y longevidad de la costumbre, pero la eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad futura.

Para este hábito se puede utilizar la bompereta labial, la cual inhibe la presión del músculo orbicular de los labios y del músculo mentalis, este recuperador de espacio vestibulariza incisivos, aumenta longitud y ancho del arco, y alivia el apiñamiento en el arco inferior.

Tratamiento Por Interposición Lingual:

Tipo I: no causa 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:

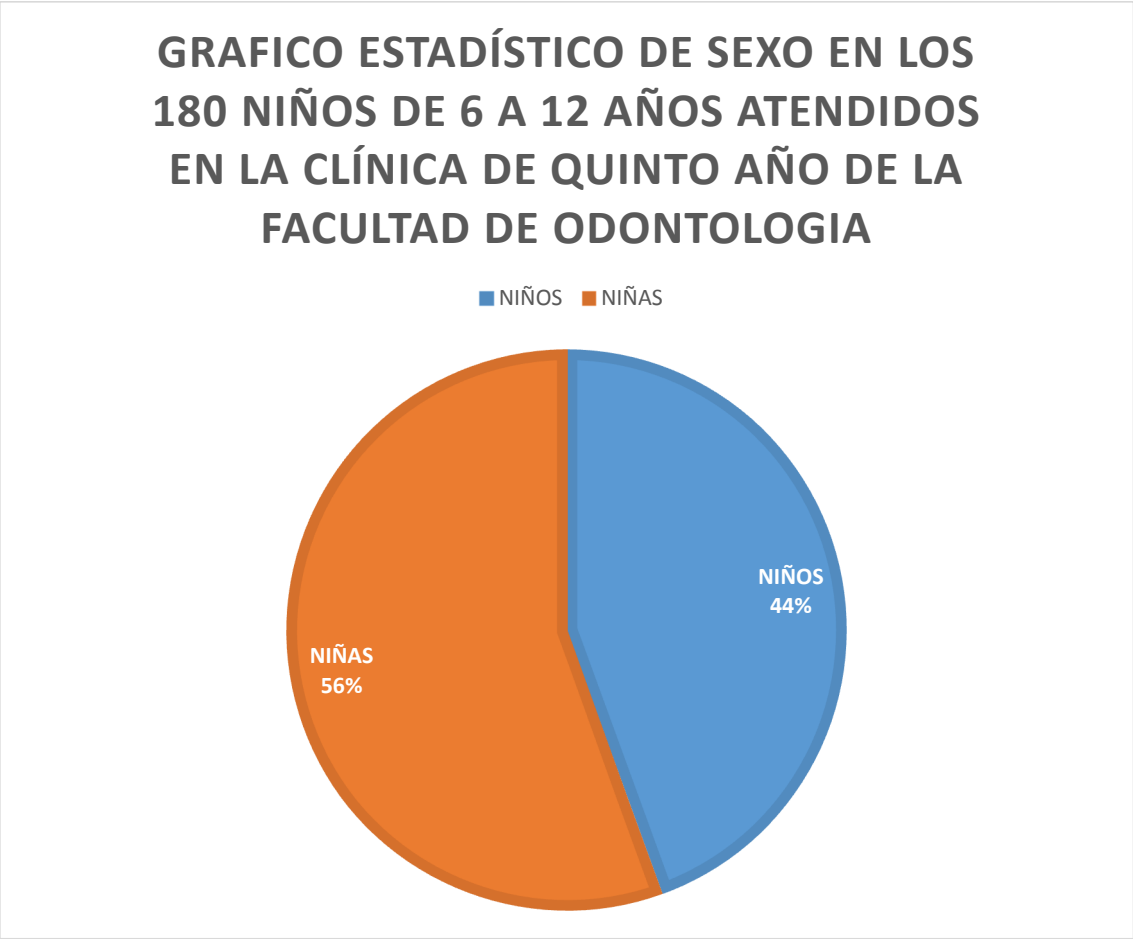
Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocluidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

Mordida abierta y vestíbuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores 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.

3 DIAGNOSTICO Y ESTUDIO DE CAMPO

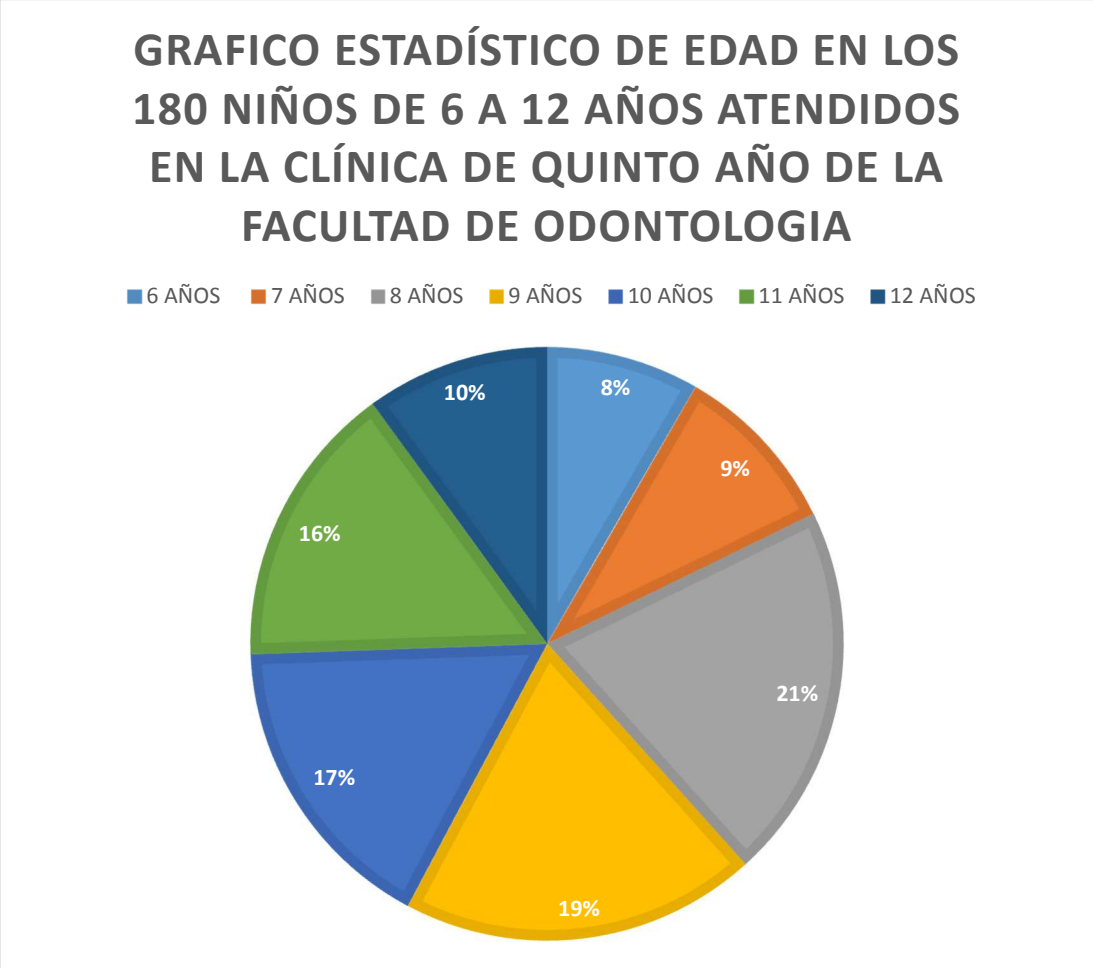
TABLA # 1



Fuente: fichas clínicas de la Facultad de Odontología *Elaborado por: Nicole Gómez (2017)*
Revisar anexo I

Análisis: En este grafico estadístico realizado con los valores de los 180 niños y niñas de 6 a 12 años atendidos en la clínica de Quinto año de la facultad de Odontología podemos observar que del 100% un 56% son niñas y un 44% son niños.

TABLA #2



Fuente: fichas clínicas de la Facultad de Odontología *Elaborado por: Nicole Gómez (2017)*

Revisar anexo I

Análisis: En este grafico podemos observar los 180 niños que se atendieron en la clínica de quinto año de la facultad de Odontología analisados y divididos por edades dando los siguientes resultados: 21% niños de 8 años de edad y le sigue el 19% niños de 9 años.

TABLA #3

Fuente: fichas clínicas de la Facultad de Odontología *Elaborado por: Nicole Gómez(2017)*
Revisar anexo I y anexo II

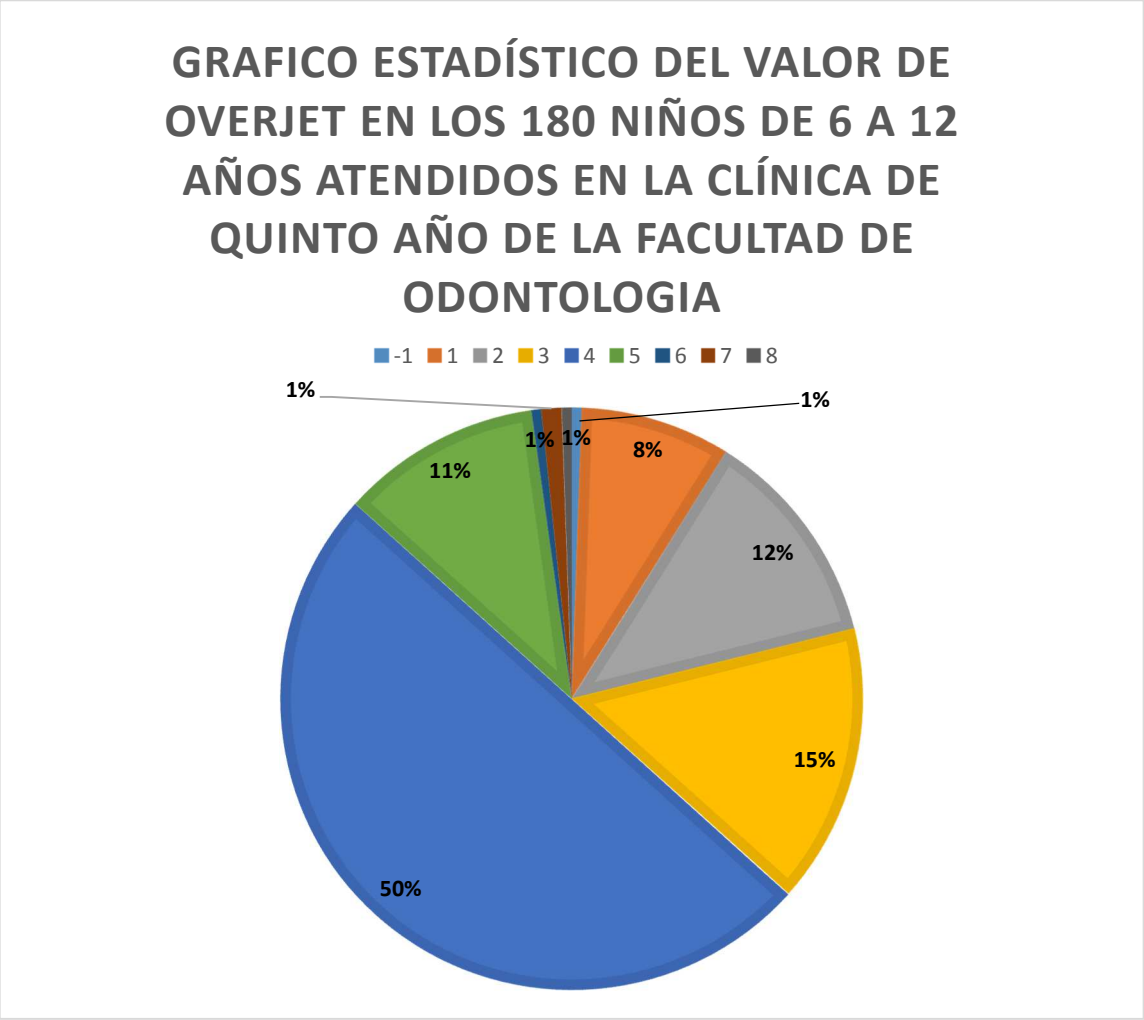
Análisis: En este grafico podemos observar el análisis de la relación anteroposterior de los 180 niños y niñas de 6 a 12 atendidos en la facultad de odontología en la clínica de Quinto año con los siguientes resultados: 43% presentan neutroclusión bilateral y le sigue un 34% presentan distoclusión bilateral.

TABLA #4

Fuente: fichas clínicas de la Facultad de Odontología *Elaborado por: Nicole Gómez (2017)*
Revisar anexo I y anexo III

Análisis: En este grafico podemos observar el análisis de la relación vertical de los 180 niños y niñas de 6 a 12 atendidos en la facultad de odontología en la clínica de Quinto año con los siguientes resultados: el 69% presenta una relación vertical normal y le sigue el 19% que presenta presenta mordida profunda.

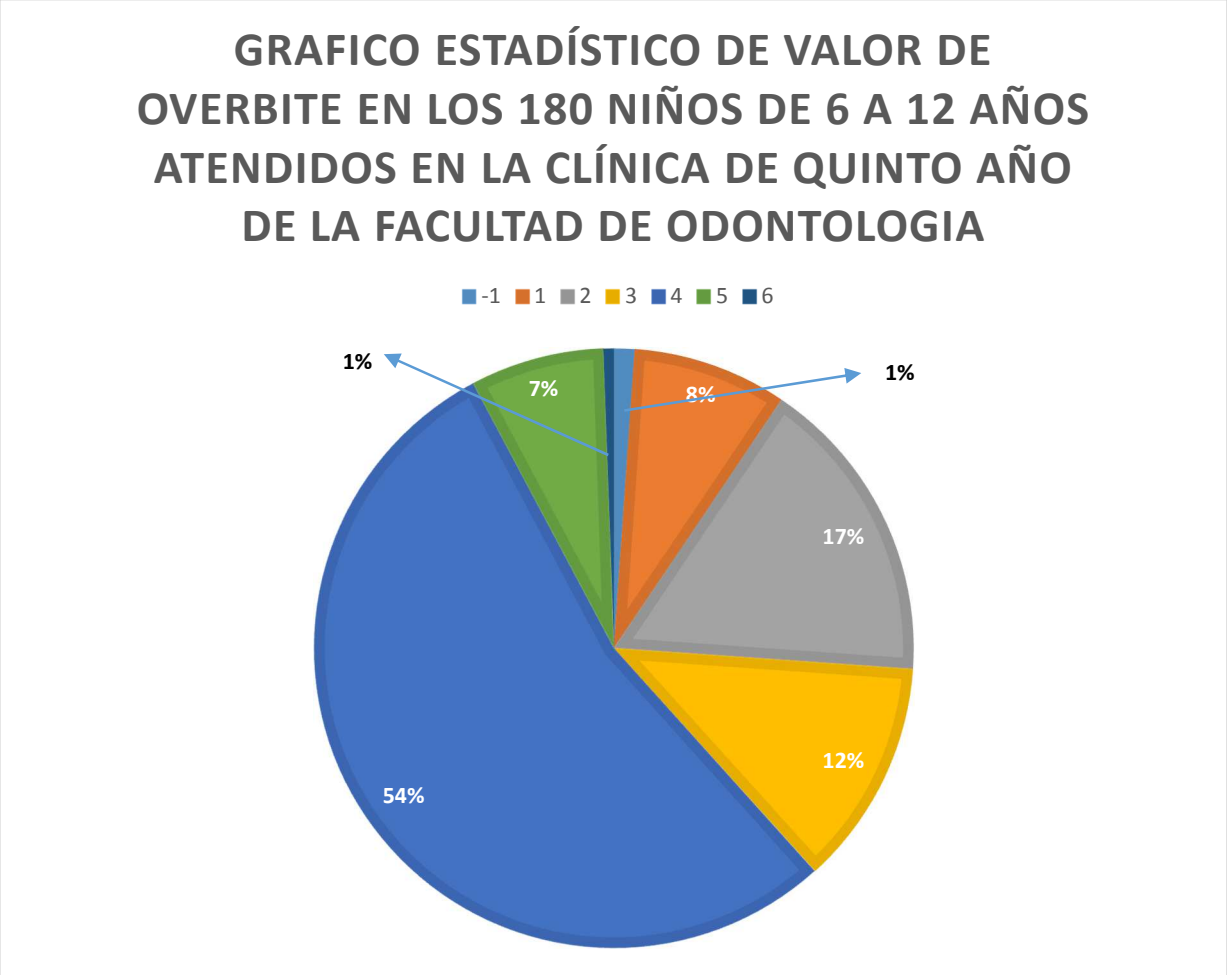
TABLA #5



fuente: fichas clínicas de la Facultad de Odontología *Elaborado por: Nicole Gómez (2017)*
Revisar anexo I y anexo III

Análisis: En este grafico podemos observar los valores de OVERJET de los 180 niños y niñas de 6 a 12 atendidos en la facultad de odontología en la clínica de Quinto año con los siguientes resultados: el 50% presenta valor de overjet 4 y le sigue el 15% presenta valor de overjet 3.

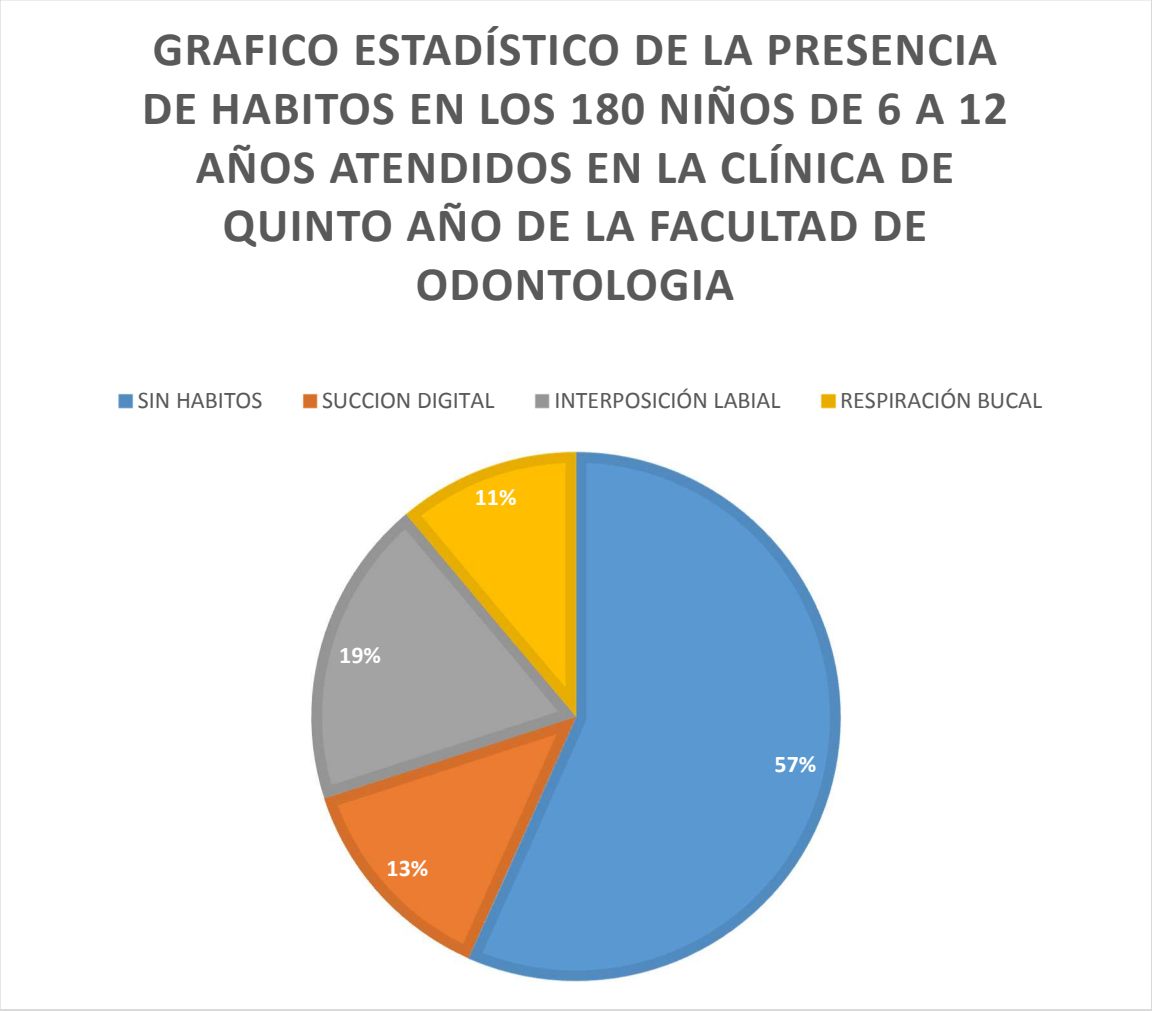
TABLA #6



Fuente: fichas clínicas de la Facultad de Odontología *Elaborado por: Nicole Gómez (2017)*
Revisar anexo I y anexo III

Análisis: En este grafico podemos observar los valores de OVERBITE de los 180 niños y niñas de 6 a 12 atendidos en la facultad de odontología en la clínica de Quinto año con los siguientes resultados: 1% presenta valor de overbite de -1 y 6,7% presenta valor de overbite de 5, 8% presenta valor de overbite de de 1, 12% presenta valor de overbite de 3, 17% presenta valor de overbite de 2, 54% presenta valor de overbite de 4.

TABLA # 7



Fuente: fichas clínicas de la Facultad de Odontología *Elaborado por: Nicole Gómez (2017)*
Revisar anexo I

Análisis: En este grafico podemos observar la presencia de hábitos orales en los 180 niños y niñas de 6 a 12 atendidos en la facultad de odontología en la clínica de Quinto año con los siguientes resultados: 57% no presenta hábito alguno, 19% presenta hábito de interposición labial, 13% presenta hábito de succión digital y 11% son respiradores bucales.

4 CONCLUSIONES

- ✓ Como conclusión a este trabajo tenemos que los hábitos orales influyen directamente en el desarrollo dentofacial de malas oclusiones causando así disfunciones
- ✓ Los hábitos orales influyen directamente en el desarrollo de malas oclusiones dentofaciales.
- ✓ Las malas oclusiones presentes en los niños de 6 a 12 años presentan como características principales apiñamientos mordida abierta y mordida profunda
- ✓ La relación de la presencia de malas oclusiones y hábitos orales depende del hábito que mantenga en niño/a atendido en la clínica de Quinto año.
- ✓ Los aparatos de ortodoncia removible que utilizamos son específicos para cada caso dando así el resultado deseado en cada una de las malas oclusiones presentes en boca.

5 RECOMENDACIONES

- ✓ Controlar desde edades tempranas los hábitos que presente un niño/a, para así prevenir el desarrollo prematuro de malas oclusiones dentofaciales.
- ✓ Cuando ya está presente la anomalía en boca buscar ayuda de un profesional para la breve corrección del mismo
- ✓ Dictar charlas a padres de familia para que conozcan las posibles consecuencias en caso de permitir su hijo/a desarrolle un hábito.
- ✓ Educar al niño para así lograr que desista de realizar cualquier acción que pueda perjudicar el desarrollo dentofacial normal

6 BIBLIOGRAFIA

(s.f.).

ANONIMO. (s.f.). Instituto odontologico maxilofacial de madrir. Obtenido de https://iomm.es/cirugia-ortognatica/maloclusion-dental/

CANUT. (1989).

CANUT. (1989).

DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA CIENTÍFICA Y FILOSÓFICA . (s.f.). Obtenido de http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Metodo-Observacional.htm

Lugo, Carmen; Toyo , Irasema;. (MARZO de 2011). REVISTA LATINOAMERICANA DE ORTODONCIA Y ODONTOPEDIATRI. Obtenido de https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/

MONTOYA, Z. (FEBRERO de 2012).

Vieira, D. D. (6 de NOVIEMBRE de 2013). PROPDENTAL. Obtenido de https://www.propdental.es/blog/odontologia/habitos-orales/

ANEXOS

ANEXO I. FICHA CLINICA DE ORTODONCIA

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FICHA CLINICA DE ORTODONCIA II

DOCENTE: DR. JUAN MANUEL DAZA

ALUMNO:

PACIENTE:

EDAD:

DIRECCION:

TELEFONO:

1. ANALISIS DE LA OCLUSION

1.1 RELACION ANTEROPOSTERIOR

- DISTOCLUSION
- NEUTROCLUSION
- MESIOCLUSION

1.2 RELACION VERTICAL (OVERBITE)

- NORMAL 4mm
- MORDIDA PROFUNDA
- MORDIDA ABIERTA

1.3 EXTRUSION DIENTES ANTERIORES POSTERIORES

- SUPERIORES
- INFERIORES
- AMBOS

1.4 EXTRUSION DIENTES

- SUPERIORES
- INFERIORES

1.5 INTRUSION

- SUPERIORES
- INFERIORES
- AMBOS

1.6 INTRUSION

DIENTES ANTERIORES

DIENTES POSTERIORES

2. EXAMEN DENTARIO

- SUPERIORES
- INFERIORES

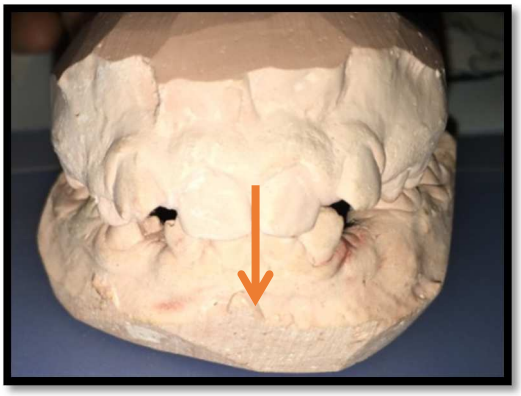
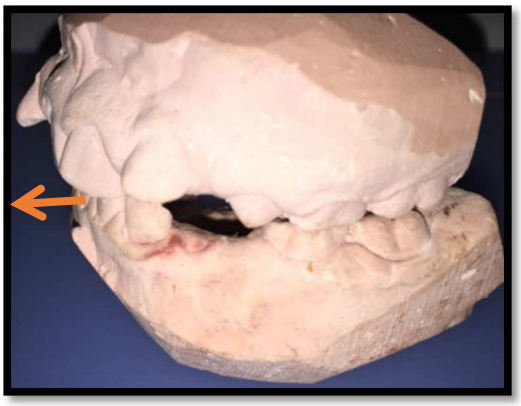
a) DIENTES ANTERIORES

2.1 OVERJET EN mm

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12

2.2 OVERBITE EN mm

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

ANEXO II. FOTOS INTRAORALES RELACION ANTEROPOSTERIOR

ANEXO III FOTOS RELACION VERTICAL