

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

“Relación entre deglución atípica y maloclusiones dentales en niños de 5 a 10 años”.

Facultad de Odontología

Autora

Luis Eduardo Zambrano Mendoza

Tutora

Dra. Sonia González Chong

Manta – Manabí – Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

En mi calidad de Directora de tesis de trabajo de investigación sobre el tema: **“Relación entre deglución atípica y maloclusiones dentales en niños de 5 a 10 años”**. Del Señor: Zambrano Mendoza Luis Eduardo, apruebo dicho trabajo práctico en razón de reunir los requerimientos del sumario aprobado por el ilustre consejo académico de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Dra. Sonia González Chong
DIRECTORA DE TESIS

RECONOCIMIENTO

Quien suscribe, Zambrano Mendoza Luis Eduardo portador de la cedula de ciudadanía N° 1313886424, hace constar que es autor de la tesis titulada: **“Relación entre deglución atípica y maloclusiones dentales en niños de 5 a 10 años”**.

Y los derechos de intelectualidad de este trabajo corresponden a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Zambrano Mendoza Luis Eduardo

AROBACIÓN 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 informe de investigación sobre el tema **“Relación entre deglución atípica y maloclusiones dentales en niños de 5 a 10 años”**

Presidente del tribunal

Miembro del tribunal

Miembro del tribunal

Manta, _____2017

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser nuestro creador, el motor de nuestras vidas, por no haber dejado que me rinda en ningún momento e iluminarme y bendecirme permitiendo salir adelante haciendo realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, institución de educación superior en la provincia, la cual me brindó sus enseñanzas y es ente importante en el desarrollo cultural, social y económico; a la Facultad de Odontología, a sus autoridades y a todo el personal docente y administrativo por los conocimientos impartidos durante mi formación como profesional, permitiendo que cumplir con mis metas y objetivos propuestos desde el inicio.

A la Directora de tesis que nos brindó todo su apoyo como profesional y tutora, a la Dra. Sonia Gonzales Chong, Dra. María Teresa Restrepo, Dra. Carolina Rivadeneira quienes en conjunto formaron un gran grupo de trabajo humano que con paciencia, dedicación y sabiduría estuvieron prestos a orientarme, cuya labor desinteresada ha hecho de éste sueño una hermosa realidad culminando esta tesis con gran éxito y fortaleciendo los conocimientos teóricos obtenidos a lo largo de nuestra vida como estudiantes.

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede existir, dedico en primer lugar mi trabajo a Dios.

De igual forma, dedico esta tesis a mi madre Luccy quien ha sido mi pilar fundamental y a mi padre Exer que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis hermanos Exer y Dámaso y mi hermana Luccy Elena que siempre han estado junto a mí y brindándome su apoyo, muchas veces poniéndose en el papel de padres.

A mi familia en general y particularmente a mis primos José Zambrano, Marcos Zambrano José Andrés y mi amigo Enoc, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

Y muy especialmente a mi Novia, quien ha sido parte fundamental en mi proceso de estudio y ha sido esencial en mi vida personal Sharon Derly Vite Reyes.

A mis compañeros Annabel Pilligua, Jimmy Mendoza, Gloria Zambrano, Patricia Lin, Melanie Sotomayor, Adriana Alarcón quienes me brindaron su apoyo en los últimos días de la carrera ayudándome de manera incondicional.

Y en general a todas las personas que de una u otra forma han contribuido a mi formación como ser humano y como profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
1.DISEÑO TEÓRICO	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Objeto	4
1.3 Variables y Operacionalizacion	4
2.JUSTIFICACIÓN	5
3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
3.1 Objetivo General	6
3.2 Objetivos Específicos	6
3.3 Hipótesis	6
4.MARCO TEÓRICO	7
4.1 Consideraciones Generales	8
4.1.1 Hábitos Bucales Deformantes	8
4.1.2 Deglución	9
4.1.3 Deglución Atípica	9
4.1.4 Alteraciones Clínicas de la Deglución Atípica	9
4.1.5 Etiopatogenia de la deglución atípica	10
4.1.6 Tipos de deglución	11
4.1.7 Maloclusiones	12

5.DISEÑO METODOLÓGICO	15
5.1 Tipo y diseño de investigación	15
5.2 Población y muestra	15
5.3 Descripción de métodos y técnicas	15
5.4 Análisis y procesamientos de los datos	16
6.RESULTADOS	16
7.DISCUSIÓN	22
8.CONCLUSIONES	23
9.RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS	30

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia Según la edad con deglución atípica Periodo de Mayo a Agosto del 2017. **16**

Tabla 2. Distribución de los pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia Según el género con deglución atípica Periodo de Mayo a Agosto del 2017 **17**

Tabla 3. Distribución de los pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia Según el tipo de Hábito Periodo de Mayo a Agosto del 2017 **18**

Tabla 4. Oclusión de dentición permanente de niños que presentan deglución atípica Periodo de Mayo a Agosto del 2017 **19**

Tabla 5. Maloclusión dentaria de niños atendidos en la clínica de Ortodoncia con deglución atípica Periodo de Mayo a Agosto del 2017 **20**

Tabla 6. Maloclusión dentaria de niños atendidos en la Clínica de Ortodoncia con deglución atípica según el Género Periodo de Mayo a Agosto del 2017 **21**

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de medición de recolección de Información	31
1.1 Historia Clínica	32
Anexo 2. Fotos	34

RESUMEN

La presente investigación pretende asociar la deglución atípica y maloclusiones en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí de mayo a agosto del 2017.

La metodología que se utilizó para obtener los datos de análisis, consiste en el método de investigación de campo que es por medio de la anamnesis de los pacientes, Historias Clínicas, Examen Clínico, estudio de fotografías.

La población la conformaron los pacientes que acuden a la consulta odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, se recogieron datos que incluían edad, sexo, tipo de mal oclusión, mal hábito. Con esta información se elaboraron tablas estadísticas que nos permitieron obtener resultados con sustento para la obtención de resultados.

En el transcurso de la investigación, y con la tabulación de los datos se evidenció que existe mayor predominio en pacientes del sexo masculino con problemas de maloclusión y deglución atípica.

Con estos resultados se puede aportar para la elaboración de programas que permitan un diagnóstico y control en tempranas edades, para evitar estas alteraciones; y así también para el desarrollo de tratamientos y controles a los pacientes que acudan a la consulta odontológica presentando estas alteraciones orales.

Palabras clave: Deglución atípica, mal oclusiones

ABSTRACT

The present research aims to associate atypical swallowing and malocclusion in children aged 5 to 10 attended at the Faculty of Dentistry of the Laica University Eloy Alfaro de Manabí from May to August 2017.

The methodology that was used to obtain the data of analysis, consists of the method of investigation of field that is through the anamnesis of the patients, Clinical Histories, Clinical Examination, study of photographs.

The population was made up of patients attending the dental office of the Faculty of Dentistry of the Laico Eloy Alfaro University in Manabí. Data were collected that included age, sex, type of malocclusion, bad habit. With this information statistical tables were elaborated that allowed us to obtain results with sustenance for the obtaining of results.

In the course of the investigation, and with the tabulation of the data, it was evidenced that there is a greater predominance in male patients with problems of malocclusion and atypical swallowing.

With these results it is possible to contribute for the elaboration of programs that allow a diagnosis and control in early ages, to avoid these alterations; And thus also for the development of treatments and controls to the patients that go to the dental office presenting these oral alterations.

Keywords: Atypical swallowing, malocclusions

INTRODUCCIÓN

Actualmente la incidencia de maloclusiones en la población infantil y la deglución atípica afecta a las funciones orales y se reflejan en el sistema estomatognático a muy temprana edad.

Con esta investigación se pretende conocer la asociación de la deglución atípica y maloclusiones en la población infantil, su alteración en anomalías de la oclusión y sus consecuencias a futuro.

La elevada prevalencia de maloclusiones y degluciones atípicas y su asociación, observadas en esta investigación, evidencia la necesidad de identificar tempranamente maloclusiones que puedan presentarse en pacientes en crecimiento y desarrollo, con el fin de ofrecer prevención primaria y manejo multidisciplinario e interceptarlas a tiempo y prevenir futuras patologías los resultados de este estudio permiten analizar la necesidad en atención interdisciplinaria y temprana, de la relación entre la deglución atípica y maloclusiones. Que permitan diseñar programas de atención odontológica integral acorde a la realidad epidemiológica bucal de para este grupo etario con esta condición en particular.

La presente investigación contribuye a conformar el perfil epidemiológico bucal de los pacientes atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

1. DISEÑO TEÓRICO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones dentarias han aumentado progresivamente en los últimos años, ocupando el tercer lugar como problema de salud oral. La mayoría de las enfermedades bucales y en particular, las maloclusiones no son un riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública. Paredes –Paredes (2005).

En América Latina se presentan en el 85% de la población infantil, en Cuba existe un predominio de ellas entre el 43% y 89% en los diferentes grupos de edades, siendo el sexo femenino el más afectado. Por esta razón resulta imprescindible un profundo análisis de la etiología y características de estas anomalías, con el propósito de prevenirlas, controlarlas y corregirlas. Montiel (2004); Martínez (2006). Las maloclusiones son desviaciones de la oclusión en relación con la posición de los dientes; la función deficiente del sistema masticatorio y las irregularidades del crecimiento de todo el macizo facial, tienen origen multicausal, aunque se ha comprobado que existe una interacción entre los factores ambientales y la herencia, los que actúan sobre todo en el periodo de la infancia, siendo los hábitos bucales deformantes la causa más frecuente de su aparición, los que afloran en el 56% al 75% de los niños entre tres y cinco años los que aparecen solos o combinados. Sancho (2005); Villa (2006).

Así pues, los hábitos bucales son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden por repetición y llegan a convertirse en inconscientes Alemán et al (2007); Lima (2004). Los hábitos conocidos como perjudiciales o perniciosos, actúan como causantes de las maloclusiones, debido a que éstos pueden alterar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentales, interfiriendo en el crecimiento normal y la función de la musculatura orofacial, dando lugar a diferentes maloclusiones dentales y/o esqueléticas Reyes (2010).

Es necesario señalar que en el 2012 se estudió la relación entre la Deglución Atípica y la edad, donde se observó que ésta es más severa entre los 7 y 8 años. Paloma (2012). En este mismo año, en nuestro país se encontró una publicación donde la lengua protráctil se manifestó en el 18.2 % de la muestra y al determinar la asociación existente entre los factores se comprobó que era 1.3 veces más probable que los individuos con interposición lingual mostraran maloclusión. González (2012).

Recientes estudios revelan, una elevada aparición de niños con maloclusiones dentarias provocadas por la presencia de deglución atípica, específicamente Clases II, donde afirman que este factor de riesgo lleva a la implantación de este tipo de maloclusiones, oscilando sus prevalencia entre 25.3% al 41.7%, siendo más frecuente en niñas y a la edad de 7 años. Sjovonic (2007); Augusto et al (2014); Varas-Gil (2012); Thomaz (2013).

En el País, se evidencia que en la población infantil, está presente las maloclusiones acompañada de alteraciones funcionales que se reflejan a nivel esquelético, muscular y dentario, uno de los factores que influye en la existencia de estos problemas es que la comunidad pasa por alto los controles odontológicos en los primeros años de vida de los niños y niñas de la región, lo que ocasiona problemas a futuro en su sistema estomatognático.

Según Moyer (1992), la interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil o visceral luego de la erupción de los dientes anteriores, es decir, que corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la fase bucal y faríngea de la deglución, caracterizándose como una de las principales degluciones atípicas asociada a causas de las maloclusiones.

Más aun, aproximadamente a partir de los 6 años de edad, el desarrollo facial y dental puede verse alterado por la instauración de malos hábitos en el paciente; siendo las causas principales: respiración bucal, deglución atípica (posición incorrecta de la lengua al momento de tragar) y mentoniano hiperactivo. Estos hábitos miofuncionales son en su mayoría los causantes de los problemas dentales y maxilares. García et al (2010). Cervera (2010).

Sintetizando y bajo estas premisas esta investigación pretende determinar la relación entre la deglución atípica y las consecuencias en mal oclusiones dentales en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí del periodo 2017.

1.2 Objeto

¿Cuál será la relación entre deglución atípica y la maloclusión dental en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017?

1.3 Variables y Operacionalizacion

Variable	Indicador	Tipo de Variable / Escala
Edad	Años cumplidos (5 a 10 años)	Cuantitativa Discreta
Género	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Oclusión dentición permanente	Clase I Clase II Clase III No Aplica	Cualitativa Nominal
Hábitos	Interposición de carrillos (mejillas) Interposición labial Interposición lingual Succión de biberón Succión digital Respiración bucal Otros Ninguno	Cualitativa Nominal

2. Justificación

Esta investigación permitirá obtener resultados y análisis acerca de la incidencia y relación de deglución atípica y las maloclusiones, la necesidad de identificar tempranamente maloclusiones que puedan presentarse en la población infantil en crecimiento y desarrollo, con el objetivo de ofrecer prevención primaria y manejo multidisciplinario con el fin de interceptarlas a tiempo y prevenir futuras patologías.

Los resultados obtenidos contribuirán a tomar las medidas preventivas, la cuales nos permitirán realizar programas de capacitación a la comunidad en general, para que tomen en cuenta las consecuencias y los problemas que acarrearán estas alteraciones del sistema estomatognático. Así también elaborar planes de tratamiento y seguimiento a los pacientes atendidos dentro de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, de esta manera se podrá ayudar a disminuir los índices de problemas de maloclusiones y malos hábitos.

Este trabajo también nos permite conocer que la deglución atípica y maloclusiones tienen correlación, pudiendo causar que a futuro provoquen alteraciones en el sistema estomatognático causando problemas avanzados y que requieran intervenciones complejas.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo General:

Determinar la relación entre deglución atípica y maloclusión dental en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017

3.2 Específicos:

1. Identificar el tipo de maloclusión dental en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
2. Indicar en qué tipo de género se prestan las maloclusiones dentales en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
3. Establecer la presencia de otros hábitos orales perjudiciales en niños con deglución atípica de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

3.4 Hipótesis

- La relación de la deglución atípica y las maloclusiones son la principal razón que causan los trastornos y alteraciones de oclusión, respiración y deglución del sistema estomatognatico.

4. MARCO TEÓRICO

En el año 2014, en México, se realizó un estudio relacionado a los hábitos orales perjudiciales, reportando una prevalencia de 96.6%. Observándose, que la mayor proporción de casos se presentó a los 4 años, igualmente estaban presentes en niños de 6 a 11 años de edad. En relación al género, se distribuyó, indistintamente en el masculino y femenino. También demostraron, que el hábito de mayor prevalencia fue el de interposición lingual: 66.2%; en segundo lugar, succión labial: 49.3%; en tercer lugar, onicofagia: 41.9% y, por último, respiración bucal: 31.8%. Mendoza (2014).

Por su parte, Murrieta (2009), reflejó con sus resultados, que la población estudiada, presentaba al menos, un hábito bucal, siendo la onicofagia el hábito de mayor prevalencia. Más aun, al relacionar los hábitos con la edad encontraron asociación, sin embargo no así entre el género.

Así mismo, en el 2008 se realizó un estudio, en niños de edades comprendidas entre 5 a 11 años, el cual evidenció que la frecuencia de hábitos bucales deformantes fue de 73,9%, siendo los de mayores proporciones la protracción lingual (47,2%), la succión de biberón (32,6%) y la onicofagia (23,5%), con predilección en el sexo femenino. Del total de los niños que presentaron hábitos, el 72,2% desarrollaron maloclusiones dentales. Acevedo (2008).

En Venezuela, en el año 2003, afirmaron que más del 60% de los niños presentaban, algún tipo de hábito bucal perjudicial y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones. Sin embargo, igualmente se evidenció que estos no son un elemento indispensable para la aparición de maloclusiones dentarias. Quirós (2003)

4.1 Consideraciones generales:

La ortodoncia es una especialidad de la Odontología que se encarga de todo el estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de forma, posición, relación y función de las estructuras dentomaxilofaciales. Su ejercicio es el arte de prevenir, diagnosticar y corregir sus posibles alteraciones y mantenerlas dentro de un estado óptimo de salud y armonía mediante el uso y control de diferentes tipos de fuerzas. (Carlos Villafranca 2002).

Este proyecto de investigación se circunscribe en esta especialidad, cuando pretendió determinar la relación entre la deglución atípica y la presencia de maloclusiones dentales en niños de 5 a 10 años, atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí durante el periodo mayo – agosto 2017.

Así pues, se consideraron una serie de definiciones, clasificaciones, supuestos teóricos y consideraciones generales, que fundamentan este estudio; a saber:

4.1.1 Hábitos bucales deformantes.

Una de las causas de maloclusión más importante lo constituyen los hábitos de larga duración, que alteran la función y equilibrio normal de los dientes y maxilares. Los hábitos de presión, interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial, entre ellos se encuentran: succión digital, empuje lingual, uso de chupete o biberón y la respiración bucal. Smith (2010), Riesgo (2010), Bocanegra (2009).

Es importante señalar que los hábitos orales perjudiciales, son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre las fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva a una deformación ósea

que va a tener mayor o menor repercusión, según la edad en que inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Lugo (2011).

4.1.2 **Deglución**

La función más importante del sistema estomatognático, es la masticación de los alimentos y como función secundaria la deglución, cuando se realiza el bolo alimenticio y el paso de los alimentos desde la cavidad bucal hasta el esófago.

En condiciones normales, la deglución se produce sin contracción de las musculaturas mímicas: Los dientes se encuentran en contacto y la masa lingual permanece dentro de la cavidad oral. Lugo (2011).

4.1.3 **Deglución Atípica**

El termino deglución atípica lo definen, como la proyección de la lengua contra o entre los dientes, al momento de deglutir. Nogueira (1989).

En la deglución atípica, la punta de la lengua se dobla hacia abajo y proyecta el dorso al espacio interdentario. Es un modo de comer, que se parece a la succión, en la mayoría de los casos, es común en niños con uso del biberón prolongado. Podadera (2004).

4.1.4 **Alteraciones Clínicas de la Deglución Atípica.** Según Adamowsky (1990).

- Posición frontal de la lengua desde la fase oral: El ápice lingual se sitúa en posición interdental o empujando contra la cara interior de los incisivos; la interposición se relaciona directamente con la mordida abierta anterior.
- Contracción de los labios: La contracción excesiva del orbicular de los labios se da para compensar la impulsión al exterior de la lengua evitando

así el escape de alimentos.

- Escape de alimentos: Si el sujeto no puede realizar un sellamiento de la lengua con las arcadas dentarias o compensarlo con acción mentoniana o labial puede apreciarse escape de alimentos de la boca.
- Falta de contracción de maseteros: La lengua se fija en posición baja y por tanto no actúa la musculatura elevadora de la mandíbula.
- Contracción del mentón: Se aprecia en oclusiones clase II con overjet y debe interpretarse como un intento para sellar la cavidad oral e impedir la impulsión de alimentos. Se asocia también con un movimiento excesivo y contracción del labio inferior que busca alcanzar al superior que queda alejado como consecuencia de la oclusión y el overjet.
- Movimientos del cuello: En ocasiones pueden apreciarse movimientos del cuello asociados a mala masticación. Si el bolo está mal formado, puede presentar dificultades para ser introducido en la orofaringe y la persona puede realizar un movimiento de estiramiento del cuello.
- Ruidos al tragar: Aparecen porque el sujeto realiza un exceso de fuerza y contracción del dorso lingual contra el paladar en el momento de la deglución.
- Mantener residuos de alimentos en la boca después de acabar la deglución: Este fenómeno se debe a la hipotonía de los músculos de las mejillas que favorece el almacenamiento de partículas en el vestíbulo de la boca.

4.1.5 Etiopatogenia de la deglución atípica. En cuanto a la etiopatogenia, según Acosta (2010) y García (2010), las causas más probables de deglución atípica son:

- Desequilibrio del control nervioso: Niños que por algún problema neurológico, no controlan la musculatura, ni la coordinación motora; en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.
- Amígdalas Inflamadas: Amigdalitis constantes, hacen que el niño coloque la lengua hacia adelante en cada deglución, evitando que la lengua toque

las amígdalas y ocasione dolor.

- **Macroglosia:** Son lenguas de aspecto voluminoso, onduladas, y parece que no caben en la cavidad bucal. Cuando se le pide al paciente, que muestre la lengua, no logra dejarla apuntando, en cambio sí saca la lengua fácilmente.
- **Pérdidas de piezas dentarias tempranas o diastemas anteriores:** Hacen que el niño comience a colocar la lengua en esos espacios, adquiriendo el hábito de deglución con interposición lingual.
- **Respirador Bucal:** Debido a que el paciente busca obtener un sellado anterior sin el cual no puede deglutir.

4.1.6 Tipos de deglución. Acosta (2010) y García (2010)

- **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, 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 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.

- **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.
 - Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado.
- **Tipo IV:** con presión lingual anterior y lateral:
 - Mordida abierta anterior y lateral.
 - Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
 - Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

4.1.7 Maloclusiones:

La oclusión dentaria se define, como un complejo estructural y funcional, constituido por los maxilares, las articulaciones temporomandibulares, los dientes y todo el sistema neuromuscular orofacial. Está directamente relacionada en su desarrollo por factores intrínsecos, beneficiosos o no, que determinan el acoplamiento del sistema oclusal, en una forma adecuada, dependiendo de la incursión de estos factores en el desarrollo de la misma y del organismo en general. Proffit (1994), Ugalde (2007).

Dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia se encuentran las maloclusiones, las cuales afectan un amplio sector de la población, sin embargo, su importancia se establece no sólo por el número de personas que la presentan, sino

además, por los efectos nocivos que pueden generar en la cavidad bucal. Vellini (2002)

La mayoría de las enfermedades bucales, y en particular, las maloclusiones no son de riesgo de vida, pero por su prevalencia e incidencia, son consideradas un problema de salud pública. Proffit (1994), Vellini (2002), Ugalde (2007).

Según los autores antes mencionados, Edward Angle en 1899, clasifica las maloclusiones tomando como referencia a la relación anteroposterior de los primeros molares, incorporando posteriormente los caninos. Proffit (1994), Vellini (2002), Ugalde (2007), Angle (1991).

Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares, esto quiere decir que la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del 1er molar inferior. Vellini (2002).

Según Ugalde (2007), Proffit (1994), Vellini (2002), la clasificación de Angle es estrictamente dentaria y divide maloclusiones en tres clases, que a continuación se mencionan:

- **Clase I:**

La cúspide mesio vestibular del 1er. Molar superior ocluye en el surco mesio vestibular del 1er. Molar inferior y el canino superior ocluye por distal del canino inferior, entre el canino inferior y el primer premolar inferior.

Algunos investigadores, agregan que: las cúspides mesiopalatinas superiores y distovestibulares inferiores ocluyen en fosa central de su antagonista. Esta clasificación es llamada normoclusión,

- **Clase II:**

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por mesial del surco mesio vestibular del 1er. molar inferior, y los caninos superiores por delante de los inferiores, y las cúspides mesiopalatinas superiores por delante del fosa central del elemento antagonista, o bien que todo el maxilar

inferior este distalizado (retruido) con respecto al superior. Esta clase se denomina también Distoclusión.

Además según la ubicación de los incisivos presenta dos subdivisiones:

- **Clase II 1:** Incisivos superiores protruidos, con una sobre mordida horizontal aumentada.
- **Clase II 2:** El eje axial de los incisivos superiores especialmente los centrales con una inclinación hacia palatino y una sobre mordida vertical aumentada.

- **Clase III:**

La cúspide mesiovestibular del 1er. Molar superior ocluye por distal del surco mesiovestibular del 1er, molar inferior y los caninos inferiores muy por delante de los caninos superiores. Los primeros molares y caninos inferiores se encuentran por mesial con respecto al superior. Esta clase también se denomina Mesiooclusión.

Según los autores antes mencionados, también, se puede encontrar la pseudo clase III, donde los cóndilos no están ubicados centralizadamente en la cavidad glenoidea sino por delante debido a la mala función.

5. Diseño metodológico

5.1 Diseño y tipo de investigación

La investigación tiene un diseño no experimental. Se realizó un estudio correlacional de corte transversal entre la deglución atípica y las maloclusiones de niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí del periodo de Mayo – Agosto del año 2017.

5.2 Población y Muestra

La población estuvo conformada por 12 niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, durante el periodo Mayo - Agosto del año 2017. Siendo este la totalidad de los casos presentados durante ese espacio y tiempo determinado.

La muestra fue de tipo censal, en virtud que se estudiaron la totalidad de los niños con deglución atípica y en edades comprendidas de 5 a 10 años, atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, durante el periodo Mayo - Agosto del año 2017.

5.3 Descripción de métodos y técnicas

El presente estudio utilizó el método indirecto ya que se recolectaron los datos a través de los registros de la historia clínica de cada uno de los niños con deglución atípica, atendidos en el periodo seleccionado.

Se elaboró un instrumento de recolección de la información, con el fin de trasladar los datos de la historia clínica al instrumento de investigación; que contenía datos relacionados a la edad, género, relación de oclusión dentaria en dentición permanente. En el registro de las historias clínicas, la relación de oclusión la clasificaron según los criterios de Angle. Angle (1991).

Se cumplió con los aspectos bioéticos tomando en cuenta las orientaciones y principios éticos establecidos en el tratado de Helsinki, (2000) y en las normas institucionales que rigen la investigación en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. (2017), especialmente en lo que respecta a la confidencialidad de los datos y en el resguardo de la identidad del paciente.

5.4 Análisis y procesamientos de los datos

Se utilizó el sistema computarizado de análisis estadístico SPSS versión 22.0, para el procesamiento de la información. Para la presentación del informe final, los datos se muestran en tablas y gráficos expresados con valores absolutos y relativos

6. RESULTADOS

Tabla 1

**Distribución de los pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia
Según la edad con deglución atípica
Periodo de Mayo a Agosto del 2017**

Edad	N	%
5	4	33,3
6	1	8,3
7	2	16,7
8	2	16,7
10	3	25,0
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de Información, En pacientes con deglución atípica y maloclusión durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017.

Elaborado por: Luis Zambrano (2017)

En la tabla 1, se observa la distribución de los niños que presentaron deglución atípica según la edad, y que fueron atendidos en la clínica de Odontopediatria de la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí ubicada en Manta – Ecuador, durante el periodo Mayo – Agosto de 2017.

Así pues, refleja que la mayor proporción de los niños con deglución atípica tienen 5 años de edad representando el 33,3%, seguido de un 25% a la edad de 10 años. Igualmente también acudieron a la consulta niños de 7 y 8 años que también presentaron deglución atípica, con un 16,7% cada uno de ellos.

Asimismo, se muestra un caso de deglución atípica a los 6 años, siendo la menor proporción de la distribución de frecuencias con un 8,3%.

Tabla 2

**Distribución de los pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia
Según el género con deglución atípica
Periodo de Mayo a Agosto del 2017**

Sexo	N	%
Femenino	5	41,7
Masculino	7	58,3
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de Información, En pacientes con deglución atípica y maloclusión durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017.

Elaborado por: Luis Zambrano (2017)

La tabla 2, refleja la distribución de los niños con deglución atípica según el sexo, mostrando que la mayoría de ellos, son del sexo masculino, en una proporción del 58,3% y el 41,7% son del sexo femenino.

Tabla 3

**Distribución de los pacientes atendidos en la clínica de Ortodoncia
Según el tipo de Hábito
Periodo de Mayo a Agosto del 2017**

Hábito	N	%
Interposición de carrillos (mejillas)	1	8,3
Interposición labial	1	8,3
Interposición Lingual	6	50,0
Succión de Biberón	1	8,3
Succión digital	3	25,0
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de Información, En pacientes con deglución atípica y maloclusión durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017.

Elaborado por: Luis Zambrano (2017)

La tabla 3, evidencia el tipo de hábito presente en los niños con deglución atípica, observándose que el 50% de los casos presentan interposición lingual, seguido de un 25% de niños que tienen el hábito de succión digital. El otro 25 % está distribuido con la misma proporción de 8,3% cada uno de ellos, entre los hábitos interposición de carrillos, interposición labial y succión de biberón, representando los hábitos con menos frecuencia en este grupo específico de estudio.

Tabla 4

**Oclusión de dentición permanente de niños que presentan deglución atípica
Periodo de Mayo a Agosto del 2017**

Oclusión dentición permanente	N	%
Clase I	3	25,0
Clase II	3	25,0
Clase III	2	16,7
No aplica	4	33,3
Total	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de Información, En pacientes con deglución atípica y maloclusión durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017.

Elaborado por: Luis Zambrano (2017)

Con respecto, a la oclusión de dentición permanente en niños que presentan deglución atípica, la tabla 4, refleja que el 25% de los niños, presentan características de la oclusión clase I, otro 25 %, maloclusiones clase II con una y clase III un 16,7%.

Igualmente, se puede observar que el 33,3% de los niños con deglución atípica, no aplicaban a los criterios establecidos para determinar maloclusiones a través de los criterios propuestos por Angle, puesto que es una clasificación que se utiliza en dentición definitiva o permanente y deben estar presente en boca a nivel del plano oclusal los 4 primeros molares o caninos.

Tabla 5

**Maloclusión dentaria de niños atendidos en la clínica de Ortodoncia con
deglución atípica
Periodo de Mayo a Agosto del 2017**

	Clase I		Clase II		Clase III		No aplica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	100	4	33,3
6	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	1	8,3
7	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
8	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	16,7
10	1	33,3	0	0,0	2	66,7	0	0,0	3	25,0
Total	3	25,0	3	25,0	2	16,7	4	33,3	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de Información, En pacientes con deglución atípica y maloclusión durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017.

Elaborado por: Luis Zambrano (2017)

La tabla 5 evidencian, que los niños con deglución atípica presentan mal oclusiones dentales en todas las edades evaluadas con la clasificación de Angle, es decir a los 6 años el 100% de los niños tenían clase II, a los 7 y 8 años el 50% presentaron clase I y el otro 50% clase II, a la edad de 10 años solo el 33,3% tenían clase I y 66,7% clase III. Se puede presumir entonces, que en los niños con deglución atípica a medida que incrementa la edad es mayor la proporción de niños con alteraciones en la oclusión. Revelando la necesidad de tratamiento odontológico, de tercer nivel de salud, que incluye la rehabilitación y la participación de especialista en el área.

Tabla 6
Maloclusión dentaria de niños atendidos en la Clínica de Ortodoncia con
deglución atípica según el Género
Periodo de Mayo a Agosto del 2017

	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Clase I	1	20,0	2	28,6	3	25,0
Clase II	2	40,0	1	14,3	3	25,0
Clase III	0	0,0	2	28,6	2	16,7
No aplica	2	40,0	2	28,6	4	33,3
Total	5	41,7	7	58,3	12	100

Fuente: Instrumento de recolección de Información, En pacientes con deglución atípica y maloclusión durante el periodo de Mayo a Agosto del 2017.

Elaborado por: Luis Zambrano (2017)

Con referencia a la maloclusión dentaria de niños con deglución atípica según el sexo, la tabla 6, reflejan que se presentó tanto en el masculino como en el femenino. También se observa que en los varones se presentó todas las modalidades de la clasificación; tanto clase I (28,6%), clase II (14,3); y clase III (28,6%). En las hembras no se presentaron casos de mal oclusión clase II, pero se diagnosticaron algunos casos, clase I y otros clase II, con un 20 y 40% respectivamente.

7. Discusión de los resultados:

Este trabajo reporta los hallazgos de la deglución atípica con la maloclusión dental en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí durante el periodo Mayo - Agosto 2017.

Para la comparación de los resultados, se consideraron los datos reportados en trabajos de investigación de autores, tales como. Murrieta (2009), Cano (2008), Buitriago (2013), López (2009), Mendoza (2014), Acevedo (2008).

Al contrastar los resultados de la presente investigación con los evidenciado por Murrieta (2009), existen concordancia en relación a la prevalencia de maloclusiones ya que obtuvo valores de maloclusiones entre un 40 a 60% de maloclusión en niños.

Igualmente, en relación a la clasificación, en el presente estudio, el 25% presentó clase I, otro 25% clase II y un 16,7% clase III. Estos, valores difieren, al compararlos con los reportados por Cano (2008), Murrieta (2009) y Buitriago (2013) donde la clase I fue la que obtuvo la mayor frecuencia, específicamente en más de un 50%.

Más aun, al contrastar los resultados de esta investigación, con los de López (2009), también difieren, toda vez, que presenta una prevalencia de mayor del 80% de maloclusiones tipo II y III, en una población con características similares.

Con respecto a la maloclusión según edad, el presente estudio reportó que los niños con deglución atípica a medida que incrementa la edad es mayor la proporción de niños con alteraciones en la oclusión. Es decir, a los 6 años el 8,3%, 7 años un 16,7%, a los 8 años 16,7% y a los 10 años 25%, coincidiendo por lo publicado por Murrieta (2009) en lo referente que a mayor edad se genera un mayor tiempo de exposición a factores inductores de maloclusión. Así como también, los resultados de esta investigación, difieren por lo reflejado por Mendoza (2014), quien describe que la mayor proporción de casos se presentó a la edad de 4, sin embargo estuvieron presentes en las edades de 6 a 11 años. Mendoza (2014).

En relación al sexo lo evidenciado en esta investigación coincide con lo reportado por Murrieta (2009), quien reflejó en su estudio diferencias de las maloclusiones en cuanto al sexo.

Por otro lado, son contrarios, a lo referido por Mendoza (2014), que en los resultados de su estudio, muestra proporciones similares tanto en el masculino como en el femenino.

En cuanto a los hábitos orales perjudiciales, el presente estudio reflejó que el 50% de la muestra estudiada, presentó interposición lingual, seguido de succión digital en un 25% y en menor proporción interposición de carrillo, interposición labial y succión de biberón. Estos resultados coinciden, con el estudio realizado Acevedo (2008), quien reportó que el hábito más frecuente fue la protracción lingual (47,2%), seguidos de succión de biberón y onicofagia.

8. CONCLUSIONES

1. La totalidad de los niños con deglución atípica presentan mal oclusiones.
2. En los niños con deglución atípica se presentan las mal oclusiones en todas las edades, observándose, que a medida que avanzan en edad incrementan el número de casos de mal oclusiones dentarias.
3. Las mal oclusiones en niños con deglución atípica, no tiene predilección por el sexo, se presentan tanto en niñas como en niños.
4. Se presentaron todos los tipos de mal oclusión: Clase I, Clase II y Clase III.
5. El tipo de hábito presente en los niños con deglución atípica, son. interposición lingual, con la mayor proporción, seguido de succión digital, interposición lingual, interposición labial y succión de biberón.
6. Igualmente, los niños con deglución atípica, presentaron los 3 tipos de mal oclusiones dentarias, clase I, clase II y clase III según la clasificación de Angle.

7. La relación de las degluciones atípicas y las mal oclusiones no son la principal causa de trastornos y alteraciones funcionales de oclusión, respiración y deglución del sistema estomatognático.

9. RECOMENDACIONES

Concientizar a los padres de los niños con deglución atípica, a través de actividades de promoción y fomento a la salud bucal, especialmente sobre hábitos orales perjudiciales y las alteraciones que puedan ocasionar en el desarrollo de la oclusión dentaria.

Implementar un tratamiento integral a los niños con deglución atípica u otro hábito oral perjudicial, que permita limitar el hábito y/o rehabilite esta condición del niño, con el fin de incrementar sus niveles de salud y por ende su calidad de vida, que incluya aparatología ortopédica y terapia miofuncional de ser necesario.

REFERENCIAS

ABREU E, Fonseca T, Gondim A. Prevalência de má-oclusão e fatores relacionados à sua ocorrência em pré-escolares da cidade de São Luís – MA – Brasil. Rev PósGrad. 2005; 12(2):212-21

ACOSTA, P. G., Rojas García, A. R., Gutiérrez Rojo, J. F., y Rivas Gutiérrez, R. (2010). Tratamiento de mordida abierta dental con deglución atípica. Revista Oral, 11(33), 577-579.

ANTHONY A, Gianelly J. Crowding: timing of treatment. Angle Orthod. 1994; 64(6): 415-8.

ALEMÁN PC, Gonzáles D, Díaz L, Delgado Y. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol 2007; 44(2):19-25.

APODACA LUGO, CDMO Anselmo: "Fundamentos de la Oclusión", 1ra Edición, Instituto Politécnico Nacional México, Ciudad de México D.F. (2004)

ASH M. Major. Anatomía Dental, Fisiología y Oclusión, 7.ª Ed. Cap 16. Oclusión, 410pp. McGrawHill Interamericana 2001.

AUGUSTO P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de Anomalías Dento-Maxilo-Faciales en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chilena Pediatría. 1999. 70(6).

ANGLE EH. Malocclusions of the teeth. 76 ed. Philadelphia: White. 1991:111-4.

ACEVEDO O., Rosell C., Mora C., Padilla E., Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Cienfuegos, 2005, Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 2008; 6(2): 33 - 42.

ADAMOWSKY, N. 1990. Deglución atípica en su relación con la maloclusión. Revista Asalfa; 2: 86 – 94

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION ODONTOPEDIATRÍA. Odontología para el infante, niño y adolescente. 2008. Disponible en:
<http://www.odontomarketing.com/odontologiaodontopediatricadefinición.html>.

BOCANEGRA A, Osorio LE, Rodrigues EE (2009). Casasa Araujo R. Tratamiento de las maloclusiones Clase I. Home Ediciones [serie en Internet].

BITRAGO AM, Gómez JR, Salazar S, Morón L, Perilla JC, Barrera JP. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Rev Colombiana Invest Odontol. 2013; 10(4).

CANO C, (2008). Rosas C, Gutiérrez N, Velásquez Y, Godoy S, Quiros O. Frecuencia de maloclusión en niños de 5 a 9 años en una zona rural del Estado Guárico periodo 2007-2008. Rev Latinoam Ortodon Odontoped.

CAVALCANTI A, Medeiros – Bezerra P, Moura C. Aleitamento Natural, Aleitamento Artificial, Hábitos de Sucção e Maloclusões em Pré-escolares Brasileiros Rev Saúde Pública [internet]. 2007; 9 (2):194-204.

CAMPOS R, Scavone H, Gamba D, Cotrim – Ferreira F. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition J. Appl. Oral Sci. 2011; 19(2):161 – 8.33.

CERVERA J., Ygual A., Guía para la evaluación de la deglución atípica. [Internet] 2002. Disponible en:

CÉSPEDES J, (2008). Guía teórico-práctica de Odontopediatría, VI ciclo. Universidad de San Martín de Porras, Facultad de Odontología, Lima Perú.

DUQUE_ U, Rodríguez A, Coutín G, Gonzáles N. Factores de riesgo asociados con la maloclusión. Rev Cubana Estomatol 2004; 41(1):1.

GARCÍA, J; Djuriscic, A; Quirós, O; Molero, L; Alcedo, C; Tedaldi, J; Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante Terapias Miofuncionales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws" edición electrónica Agosto 2010.

GLAZER K; Barros A; Peres M; Gomes C. Efeitos da amamentacao e dos habitos de succao sobre as oclusopatias numestudo de corte. Rev Saúde Pública 2007; 41, (3): 343-50.

GONZÁLEZ RM; Ochoa DA; Silva Cy Cruz I. Anomalías dentofaciales y hábitos deformantes en alumnos de una escuela primaria. Rev haban cienc méd 2012, 11(4).

LEÓN KM, Maya B, Vega M, Mora C. Factores de riesgo asociados con anomalías de oclusión en dentición temporal. Área III. Rev Cubana Estomatol 2007; 44(4):4.

LIMA M, Romero E, Pérez RA. Hábitos bucales deformantes en un consultorio médico de la familia en Camagüey, Cuba. Rev Arch Méd Camagüey 2004; 8(4):7.

LÓPEZ RL. (2011). Prevalencia de maloclusiones dentarias en alumnos de 9-12 años de la Escuela Primaria Federal "Ignacio Ramírez" de Tihuatlan. Veracruz: Facultad de Odontología.

LUGO, C. 2011. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/pdf/art5.pdf>

MARTÍNEZ P. Macroglosia: Etiología multifactorial, manejo múltiple. Colomb Med 2006; 37(1):67-73.

MENDOZA L. (2014). Prevalencia de las maloclusiones asociadas con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. Vol 2, Issue 4, October–December.

MONTIEL ME. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 4 a 6 años. Rev Ort 2004; 1(4):209-21.

MORALES L.F., Zamorano A., Cañizares P. Hábitos relacionados con maloclusión dentaria. Aportación de los logopedas a la corrección de los mismos. Gaceta Dental 2002; 131: 64-69.

MOYERS R. (1992). Manual de Ortodoncia. De Panamericana (4° Ed. 1992).

MURRIETA JF, Allendelagua RI, Pérez LE, Juárez LA, Linares C, Meléndez AF et al. Prevalencia de hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol Med Hosp Infant Mex. 2011; 68(1): 26-33

NOGUEIRA, M. C. Deglutição atípica. Monografía Especialização em Odontopediatria. Campinas. 1989; Pp. 69.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1984). Métodos y Programas de Prevención de las enfermedades buco dentales. Informe de un Comité de expertos de la O.M.S.1984; 12-24.

PAREDES V, Paredes C. Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. An Pediatr. 2005; 62(3):261-5.

PLANELLS P.N., Martín S. Hábito de interposición lingual en el paciente infantil. Profesión Dental 1997; 23: 30-35.

PODADERA Z, Ruiz D. Prevalencia de hábitos deformantes y anomalías dentomaxilofaciales en niños 3-6 años de edad. Revista Cubana Estomatológica.2002-2003; 41 (2).

PROFFIT W. (1994). Ortodoncia Teoría y Práctica. Segunda Edición. Madrid-España Mosby Doyma.

QUIRÓS, O.: (2003) Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC. Acta odontológica. N° 41-1.

REYES K, Roselló O, García DM .Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica René Vallejo Ortiz de Manzanillo 2004 - 2005. Acta Odontol Venez 2007; 45(3): 394-401.

REYES M. Riesgos asociados a la pérdida de la longitud del arco dentario en la dentición mixta temprana. MEDISAN 2010; 14(1):30-5.

RIESGO YC, Costa DM, Rodríguez SC, Crespo MI, Laffita Y. (2010). Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del seminternado "30 de Noviembre". Medisan [serie en Internet].

SANCHO L. Enfermedades bucodentales. Incidencias y riesgo. Rev Colegio Oficial Odont Estomatol 2005; 2:1-3.

SMITH E. (2007). Maloclusiones en dentición mixta. Odont Moder [serie en internet]. 2009. 6(62): 7 [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos>

STOJANOVIĆ L. Etiological aspects of anterior open bite Klinika za ortopediju vilica, Stomatoloski fakultet Beograd. Med Pregl. 2007; 60(3-4):151-5.

SERRA-NEGRA J, Pordeus I, Rocha J. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e má-oclusões. RevOdontolUniv São Paulo. 1997; 11(2):79-86.

TOMITA N, Bijelia V, Laercio F. Relação entre hábitos bucais e máoclusão em pré-escolares. Rev Saúde Pública. 2000; 34(3):299-303.

THOMAZ EB, Cangussu MC, Assis AM. Malocclusion and deleterious oral habits among adolescents in a developing area in northeastern Brazil. Braz Oral Res. 2013; 27(1):62-9.

UGALDE F. (2007). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. Revista ADM... Vol. LXIV, (No. 3): 97-109

VARAS V; Gorritxo B. Hábito de succión del chupete y alteraciones dentarias asociadas. Importancia del diagnóstico precoz. Anales de Pediatría [Internet]. 2012; 77(6):374-80.

VELLINI F. (2002). Ortodoncia. Diagnóstico y planificación clínica. Editorial Amolca. Madrid.

VILLA C, Cueto F, Cabo M, Fernández JM. Factores etiológicos de anomalías dentomaxilofaciales. RCDE 2006; 6(4):263-6.

ANEXOS

Anexo 1

1. Instrumentos de recolección de información



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO DE MANABI"

Facultad de Odontología



Instrumento de Recolección de Información

Proyecto de Investigación:

Relación entre la deglución atípica y las consecuencias en Mal oclusiones dentales en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí del periodo 2017

Nombre del paciente:

Edad:

Sexo: 1M___ 2F___

1. Seleccione con una x, el tipo de hábito oral perjudicial presente en niños con deglución atípica de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Código	Dentición	Selección
1	Interposición de carrillos (mejillas)	
2	Interposición labial	
3	Interposición lingual	
4	Succión de biberón	
5	Succión digital	
6	Respiración bucal	

7	Otros	
8	Ninguno	

2. Seleccione con una x, el tipo de maloclusión dental en niños de 5 a 10 años atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Código	Dentición	Selección
1	Clase I	
2	Clase II	
3	Clase III	
4	No aplica	

10 PLANES DE DIAGNOSTICO Y EDUCACIONAL														
BIOMETRIA		QUIMICA SANGUINEA		RAYOS X		OTROS								
11 DIAGNOSTICO				CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF		
1							3							
2							4							
FECHA DE APERTURA			FECHA DE CONTROL			PROFESIONAL				FIRMA			NUMERO DE HOJA	

12 TRATAMIENTO											
SESION Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES			PROCEDIMIENTOS			PRESCRIPCIONES		CODIGO Y FIRMA	
SESION	1									CODIGO	CLINICA GENERAL
FECHA										FIRMA	
SESION Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES			PROCEDIMIENTOS			PRESCRIPCIONES		CODIGO Y FIRMA	
SESION	2									CODIGO	CLINICA GENERAL
FECHA										FIRMA	
SESION Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES			PROCEDIMIENTOS			PRESCRIPCIONES		CODIGO Y FIRMA	
SESION	3									CODIGO	CLINICA GENERAL
FECHA										FIRMA	
SESION Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES			PROCEDIMIENTOS			PRESCRIPCIONES		CODIGO Y FIRMA	
SESION	4									CODIGO	CLINICA GENERAL
FECHA										FIRMA	
SESION Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES			PROCEDIMIENTOS			PRESCRIPCIONES		CODIGO Y FIRMA	
SESION	5									CODIGO	CLINICA GENERAL
FECHA										FIRMA	
SESION Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES			PROCEDIMIENTOS			PRESCRIPCIONES		CODIGO Y FIRMA	
SESION	6									CODIGO	CLINICA GENERAL
FECHA										FIRMA	

ANEXOS 2









