



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Odontología

**Hábitos bucales deformantes y su relación
con las maloclusiones dentarias.**

**Trabajo de Titulación
previo a la obtención del
título de Odontóloga.**

Autora:

María del Rosario Armijos Saca.

Directora:

Dra. Esp. Ana María Granda.

Loja- Ecuador

2022

Certificación

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: **Hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones dentarias**, previo a la obtención del título de **Odontóloga**, de la autoría de la estudiante **María del Rosario Armijos Saca**, con **cédula de identidad Nro.1106056565**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.

Loja, 17 de octubre del 2022



Firmado digitalmente por:

**ANA MARIA
GRANDA**

Dra. Esp. Ana María Granda Loaiza.
Directora Trabajo de Titulación

Autoría

Yo, **María del Rosario Armijos Saca**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca Virtual.



Firma:

Cédula de identidad: 1106056565

Fecha: 23 de noviembre del 2022.

Correo electrónico: maria.r.armijos@unl.edu.ec

Teléfono: 0992053418

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.

Yo, **María del Rosario Armijos Saca**, declaro ser la autora del presente Trabajo de Titulación, denominado: **Hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones dentarias**, como requisito para optar el título de Odontóloga, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la universidad a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los veintitrés días del mes de noviembre del año dos mil veintidós.



Firma:

Autor: María del Rosario Armijos Saca

Cédula de identidad: 1106056565

Dirección: El Valle, calle Esmeraldas y Puerto Bolívar.

Correo electrónico: maria.r.armijos@unl.edu.ec

Teléfono: 0992053418

DATOS COMPLEMENTARIOS: Directora del Trabajo de Titulación: Dra. Esp. Ana María Granda.

Dedicatoria

En primer lugar, a Dios por darme la fuerza y sabiduría para poder conseguir este nuevo logro en mi vida superando fuertes obstáculos y adversidades.

A mis padres, que con tanto esfuerzo de su digno y sacrificado trabajo me han apoyado en todos estos años de estudio, brindándome todo su apoyo económico y emocional para que yo pueda llegar a cumplir esta meta.

A mis hermanos, por sus consejos y su cariño., por estar ahí en mis momentos más difíciles y por motivarme a siempre ser mejor persona y profesional día a día.

Finalmente, a mi abuelita Chayo que desde el cielo me cuida y guía cada uno de mis pasos, gracias por ayudarme en gran parte de la carrera y enseñarme que para ser un buen profesional se debe ser en primer lugar una buena persona.

María del Rosario Armijos Saca

Agradecimiento

Mi eterno agradecimiento a mi directora de Trabajo de Titulación, Dra. Esp. Ana María Granda, por su paciencia y confianza, por guiarme y apoyarme durante esta etapa.

A los docentes miembros del tribunal de grado y a los docentes de la carrera de Odontología, por haberme impartido sus conocimientos, los cuales me ayudarán a crecer profesionalmente y desarrollarme de buena manera en el ámbito profesional. Gracias a todos ellos por su carisma y vocación de enseñanza.

A mi querida Universidad Nacional de Loja, por permitirme formar parte de su legado de estudiantes, y por permitirme estudiar en la misma.

María del Rosario Armijos Saca

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	ii
Carta de autorización	iii
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de Tablas	x
Índice de Figuras	xi
Índice de Anexos.....	xii
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	6
4.1. Los hábitos orales	6
4.1.1. Definición	6
4.1.2. Clasificación de los hábitos orales.....	6
4.1.2.1. Hábitos orales Fisiológicos.....	7
4.1.2.2. Hábitos orales no Fisiológicos.....	8
4.1.2.2.1. Succión digital	9
4.1.2.2.2. Deglución Atípica o interposición lingual.....	12
4.1.2.2.3. Onicofagia.....	14

4.1.2.2.4. Respiración Bucal.....	16
4.2. Maloclusiones dentarias.....	20
4.2.1. Definición.....	20
4.2.2. Etiología.....	21
4.2.2.1. Etiología de las maloclusiones según Proffit.....	21
4.2.2.1.1. Causas Específicas.....	21
4.2.2.1.2. Causas Hereditarias	22
4.2.2.1.3. Causas Ambientales.....	22
4.2.3. Clasificación.....	23
4.2.3.1. Maloclusiones en dientes anteriores en sentido antero-posterior.....	23
4.2.3.1.1. Mordida Invertida	23
4.2.3.2. Maloclusiones en dientes anteriores en sentido vertical.....	24
4.2.3.2.1. Mordida borde a borde.....	24
4.2.3.2.2. Mordida Abierta.....	25
4.2.3.2.3. Mordida Profunda.....	26
4.2.3.2. Maloclusiones en dientes posteriores en sentido antero-posterior.....	26
4.2.3.2.1. Clase I de Angle o Neutroclusión.....	27
4.2.2.2. Clase II o Distoclusión	28
4.2.2.3. Clase III o Mesioclusión.....	29
4.2.3.3. Maloclusiones en dientes posteriores en sentido transversal.....	31
4.2.3.3.1. Mordida cruzada posterior.....	31
4.2.3.3.2. Mordida borde a borde.....	32
4.2.3.3.3. Mordida en tijera	32

4.2.3.4. Maloclusiones en dientes posteriores en sentido vertical.....	32
4.2.3.4.1. Mordida abierta posterior	32
4.2.3.5. Otras maloclusiones dentarias.....	33
4.2.3.1. Apiñamiento	33
5. Metodología	35
5.1. Diseño de la investigación.....	35
5.2. Universo y muestra.....	35
5.3. Criterios de inclusión.....	36
5.4. Criterios de exclusión.....	36
5.5. Desarrollo del proyecto.....	37
6. Resultados.....	39
7. Discusión.....	53
8. Conclusiones.....	56
9. Recomendaciones.....	57
10. Bibliografía.....	58
11. Anexos.....	64

Índice de Tablas:

Tabla 1. Clasificaciones de los hábitos bucales.....	7
Tabla 2. Etapas de la succión digital	10
Tabla 3. Hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones.....	39
Tabla 4. Frecuencia de los hábitos bucales deformantes.....	39
Tabla 5. Causas y consecuencias de los hábitos bucales deformantes.....	41
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje de las causas y consecuencias de los hábitos.....	44
Tabla 7. Tratamientos de los hábitos bucales deformantes.....	45
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de los tratamientos.....	47
Tabla 9. Prevalencia de los hábitos bucales deformantes.....	51

Índice de Figuras:

Figura 1. Mordida Invertida.	24
Figura 2. Mordida borde a borde. Vista Frontal.	24
Figura 3. Mordida Abierta. Vista Frontal.	25
Figura 4. Mordida Profunda. Vista Lateral.	26
Figura 5. Maloclusión clase I.	27
Figura 6. Maloclusión clase II.	28
Figura 7. Maloclusión clase III.	30
Figura 8. Mordida Cruzada Posterior	31
Figura 9. Mordida en tijera. Vista Transversal.	32
Figura 10. Mordida Abierta Posterior. Vista Lateral.	33
Figura 11. Estrategia de búsqueda.	35
Figura 12. Matriz de organización de información.	36
Figura 13. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones.	39
Figura 14. Causas y consecuencias de la succión digital.	42
Figura 15. Causas y consecuencias de la deglución atípica.	42
Figura 16. Causas y consecuencias de la respiración oral	43
Figura 17. Causas y consecuencias de la onicofagia	43
Figura 18. Tratamiento de los hábitos bucales deformantes.	46

Índice de Anexos:

Anexo1. Matriz de artículos.....56

Anexo3. Certificación del tribunal de grado.....91

Anexo4. Certificado de pertinencia del proyecto del trabajo de titulación.....92

Anexo5. Asignación de director de tesis.....93

Anexo6. Certificado de traducción del resumen94

1. Título

Hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones dentarias.

2. Resumen

Los hábitos bucales deformantes son uno de los principales factores que contribuyen a la aparición de las maloclusiones dentarias que influyen de manera significativa en la calidad de vida de las personas, afectando no solo su aspecto funcional si no también su aspecto psicológico y estético. Los hábitos orales a temprana edad empiezan a presentar anomalías en la oclusión anterior, pero necesitan prevalecer por más tiempo o ser más intensos para provocar maloclusiones posteriores.

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es determinar la relación que existe entre los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones dentarias; así mismo sus causas, consecuencias y tratamiento más ideal en niños de 4 a 12 años de edad. Además, determinar los hábitos bucales más frecuentes que llegan a producir maloclusiones dentarias. Para la elaboración de la presente revisión bibliográfica se realizó la recolección de artículos científicos comprendidos entre los años 2012-2022, cuyo universo estuvo conformado por 100 artículos científicos de los cuales de acuerdo a los criterios de inclusión se tomó como muestra 40 artículos para ser analizados. Luego del análisis de la información se obtuvo como resultado que sí existe relación entre los hábitos bucales deformantes y el desarrollo de las maloclusiones dentarias. Así mismo, que los hábitos bucales deformantes más frecuentes son la succión digital (40%), onicofagia (30%), deglución atípica (20%), y respiración oral (10%). De igual manera, se obtuvo como resultado que los hábitos bucales deformantes producen en un 80% mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior; en un 40% maloclusión clase II de Angle, y en un 10% apiñamiento dental y malposición dentaria. Las maloclusiones como la mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y la maloclusión clase II de Angle se relacionaron con el hábito de succión digital, deglución atípica y respiración oral. Mientras que el apiñamiento y la malposición dentaria tuvieron relación con la onicofagia

Palabras claves: Succión del dedo, respiración por la boca, onicofagia, mordida abierta.

2.1. Abstract

Deforming oral habits are one of the main factors that contribute to the appearance of dental malocclusions that significantly influence the quality of life of people, emerging not only its functional aspect but also its psychological and aesthetic aspect. , Oral habits at an early age begin to present abnormalities in anterior occlusion but need to prevail longer or be more intense to cause subsequent malocclusions.

The objective of this bibliographical review is to determine the relationship between deforming oral habits and dental malocclusions; likewise its causes, consequences and most ideal treatment in children from 4 to 12 years old. Also, determine the most frequent oral habits that lead to dental malocclusions. For the preparation of this bibliographic review, the collection of scientific articles between the years 2012-2022 was carried out, whose universe was made up of 100 scientific articles of which, according to the inclusion criteria, 40 articles were taken as a sample to be analyzed. . After the analysis of the information, it was obtained as a result that there is a relationship between deforming oral habits and the development of dental malocclusions. Likewise, the most frequent deforming oral habits are finger sucking (40%), onychophagia (30%), atypical swallowing (20%), and oral breathing (10%). In the same way, it was obtained as a result that deforming oral habits produce anterior open bite and posterior crossbite in 80%; in 40% Angle class II malocclusion, and in 10% dental crowding and dental malposition. Malocclusions such as anterior open bite, posterior crossbite, and Angle class II malocclusion were related to the habit of finger sucking, atypical swallowing, and oral breathing. While crowding and dental malposition were related to onychophagy

Keywords: Finger sucking, oral breathing, onychophagia, open bite.

3. Introducción

Un hábito 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, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos también no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión digital, onicofagia, la respiración bucal y la deglución atípica. (García, 2014). Los hábitos bucales no fisiológicos generalmente llegan a producir maloclusiones dentarias definidas como alteraciones bucodentales de etiología múltiple. Estas no solo afectan la funcionalidad bucal y la estética de las personas, sino también van a tener influencia en el aspecto psicosocial, trayendo consigo un impacto negativo en su calidad de vida. Entre las causas de las maloclusiones tenemos varias. Sin embargo, una de las más comunes son los hábitos bucales deformantes. (Mercado et al., 2018)

La Organización Mundial de la Salud (2020), afirma que las enfermedades bucodentales, como la maloclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.

Latinoamérica tiene una situación preocupante al respecto, con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85 % de la población. (Mercado et al., 2018). En los países menos desarrollados de Latinoamérica (Haití, Honduras, Guatemala, Guyana y Nicaragua) esta tendencia es aún mayor, tomando en cuenta que las prestaciones de servicio del sistema público se limitan todavía al diagnóstico y al alivio del dolor, mientras que para el tratamiento de servicios ortodónticos hay que recurrir al sistema privado. (Mercado et al., 2018)

Las maloclusiones tienen un impacto fuerte en la calidad de vida de las personas, debido a que estas afectan los aspectos funcional, estético y psicosocial. Al darse estas alteraciones en la adolescencia, etapa que se caracteriza por diversos cambios biológicos, psicológicos, sexuales y sociales, los sujetos afectados pueden ser más susceptibles a que estas influyan en su calidad de vida, pudiendo provocar que no se desenvuelven de manera óptima en sus diferentes entornos. Es por ello que, la importancia de los hábitos bucales para la odontología radica en que modifican la posición de los dientes y la relación que guardan estos entre sí, debido a que interfieren con el crecimiento normal de los maxilares y en la función de la musculatura orofacial, llegando a originar

un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las fuerzas musculares internas. (Zapata-Dávalos & Anhelía-Ramírez, 2017).

La presente revisión bibliográfica tuvo como finalidad determinar la relación de los hábitos bucales deformantes con las maloclusiones dentarias; así mismo sus causas, consecuencias y tratamiento más ideal en niños de 4 a 12 años. De igual manera se planteó determinar los hábitos bucales más frecuentes que llegan a producir maloclusiones dentarias en niños.

4. Marco Teórico

4.1. CAPÍTULO I: LOS HÁBITOS ORALES

4.1.1. Definición

La literatura científica define a un hábito como una costumbre o práctica que se adquiere mediante la repetición frecuente de un mismo acto que llega a generar satisfacción. (Chamorro et al., 2016)

En un principio un hábito puede ser consciente y luego convertirse en inconsciente; algunos hábitos orales son considerados fisiológicos o funcionales como la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, pero existen otros que son considerados no fisiológicos como la succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica entre otros y en su origen y establecimiento intervienen muchos factores que comprenden aspectos psicológicos y predisposiciones morfológicas. (Chamorro et al., 2016)

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. (Navas, 2012)

Los hábitos orales se relacionan de manera estrecha con el complejo maxilofacial, mismo que se compone de tres sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal: el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La mal oclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuanto se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal, sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan. (Carmen Lugo & Irasema Toyo, 2011)

4.1.2. Clasificación de los hábitos orales.

Existen varias clasificaciones de los hábitos orales, la Tabla 1 nos muestra algunas de las clasificaciones más relevantes:

Tabla I. Clasificaciones de los hábitos bucales

CLASIFICACIÓN GENERAL	CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA	CLASIFICACIÓN DE JOSELL 1995	CLASIFICACIÓN DE NAVAS 2012
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fisiológicos: Succión digital, respiración, deglución. ➤ No fisiológicos: Succión digital prolongada, respiración oral, deglución atípica, onicofagia, interposición lingual. (Vallejo et al., 2011) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Instintivos: Hábito de succión. ➤ Placenteros: Succión digital o del chupón. ➤ Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc., en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo. ➤ Hereditarios: Malformaciones congénitas de tipo hereditario, por ejemplo: inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros. ➤ Adquiridos: La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De tipo nervioso: Mordisqueo de labio o carrillo, de objetos, empuje lingual, deglución infantil, onicofagia, aplicar presión en los dientes usando el dedo o un objeto. ➤ Hábitos profesionales: Sostener objetos en la boca, como instrumentos musicales. ➤ Hábitos ocasionales: Cigarrillo o pipa, masticación de tabaco, cepillado inadecuado, succión digital o de labio. (Parra et al., 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hábitos de succión: Succión digital (chupar dedo), succión de lengua, de labios y succión de biberón. ➤ Hábitos de mordedura: Mordedura de objetos extraños, onicofagia “comer uñas”, bruxismo (apretar o rechinar las estructuras dentales). ➤ Otros hábitos: Interposición lingual en reposo (posición inadecuada de la lengua mientras no se realiza ninguna actividad), deglución atípica y respiración bucal. (Navas, 2012)

Para fines de esta investigación se ha tomado como referencia la clasificación general de los hábitos bucales, misma que se detalla a continuación:

4.1.2.1. Hábitos orales Fisiológicos

Los hábitos orales fisiológicos se producen en los primeros años de vida, benefician y estimulan el desarrollo normal del sistema Estomatognático; dentro de los hábitos orales fisiológicos encontramos la respiración nasal, la masticación, la deglución. (Pipa Vallejo et al., 2011)

Algunos de los hábitos tales como la succión digital empiezan siendo normales o fisiológicos hasta determinada edad, si continúan posterior al rango de tiempo estipulado que son normales se convierten en hábitos bucales deformantes o no fisiológicos.

4.1.2.2. Hábitos orales no Fisiológicos

Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión digital, succión de lengua, succión de biberón, succión de labios, deglución atípica, bruxismo, onicofagia, interposición lingual en reposo y la respiración bucal. (Carmen Lugo & Irasema Toyo, 2011)

Los parafuncionales o deformantes, tales como la succión digital o labial, la respiración bucal, deglución atípica, onicofagia, bruxismo y pseudoprognatismo pueden llegar a modificar la posición de los dientes y la relación que estos guardan entre sí según la fuerza que se ejerce sobre los mismos y el tiempo con el que se realiza, ya que interfieren en el crecimiento craneofacial y en el desarrollo de la musculatura orofacial. (Carmen Lugo & Irasema Toyo, 2011)

Los hábitos orales como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal pueden modificar la posición de los dientes y relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Se ha observado en estudios realizados por E. Mack que una presión continua de 50 mg durante un periodo de 12 horas provoca un desplazamiento considerable de un diente. (Carmen Lugo & Irasema Toyo, 2011)

Los hábitos orales no fisiológicos a su vez se subdividen, según la clasificación detallada en (Navas, 2012) los hábitos orales no fisiológicos pueden ser:

- **Hábitos de succión:** Succión digital (chupar dedo), succión de lengua, de labios y succión de biberón.
- **Hábitos de mordedura:** Mordedura de objetos extraños, onicofagia “comer uñas”, bruxismo (apretar o rechinar las estructuras dentales).
- **Otros hábitos:** Interposición lingual en reposo (posición inadecuada de la lengua mientras no se realiza ninguna actividad), deglución atípica y respiración bucal.

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las mal oclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito. (Carmen Lugo & Irasema Toyo, 2011)

4.1.2.2.1. Succión digital

El hábito de succión provoca en el individuo una sensación de calidez y seguridad. Estas sensaciones pueden ser conseguidas a través de dos tipos de succiones, la succión nutritiva y la no nutritiva. Dentro de la succión nutritiva encontramos a la lactancia materna, a través de la cual los individuos obtienen nutrientes. Mientras que en la succión no nutritiva encontramos la succión digital, lingual, y de objetos. La succión no nutritiva no proporciona alimento a los individuos, sin embargo, es una forma errónea de sobrellevar problemas psicológicos tales como ansiedad e inestabilidad emocional. (Parra et al., 2013)

El hábito de succión digital se considera fisiológico hasta los 3 años de edad, a partir de esta edad el hábito se considera nocivo, causando consecuencias sobre el sistema estomatognático, pudiendo llegar a provocar grandes anomalías maxilofaciales. Se considera que el hábito de succión digital luego de los 18 meses de edad está vinculado a desbalances psicológicos, estados de ansiedad e inestabilidad emocional. (Parra et al., 2013) Sin embargo, según la Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América sugiere que la succión no nutritiva se puede mantener hasta los 4 años de edad sin causar daño en la cavidad oral. (Espinoza, 2018)

Existen diversas formas en las cuales el individuo puede colocar el dedo, chupete u objeto dentro de la cavidad oral. Según Subtenly, estas formas son:

1. El dedo pulgar entra más allá de la primera articulación o nudillo, contactando el incisivo inferior y al ocupar gran parte de la bóveda palatina presiona el tejido y mucosa palatina.
2. El dedo pulgar entra cerca de la primera articulación o nudillo, pero no entra en contacto directamente con la bóveda palatina., se puede observar contacto entre el dedo pulgar y los incisivos inferiores.
3. El dedo pulgar entra completamente en la bóveda palatina pero no existe contacto con los incisivos inferiores.
4. El dedo pulgar entra una longitud mínima en la cavidad oral, el incisivo inferior hace contacto con la uña del pulgar. (Espinoza, 2018)

Así mismo, podemos encontrar dos tipos de succionadores, tal es el caso de:

- **Succionadores pasivos:** Tiende a llevarse el dedo a la boca y sólo tenerlo ahí por lo que éste hábito no está asociado a alteraciones craneofaciales.
- **Succionador activos:** Donde se ejerce una presión vigorosa contra la dentición y como consecuencia se tienen las alteraciones dentales y de la mandíbula. (Espinoza, 2018)

La succión digital es uno de los hábitos orales deformantes que puede llegar a causar grandes consecuencias a nivel de nuestro sistema estomatognático, es por ello que resulta importante conocer las etapas y los rangos de edad en las que la succión es normal o patológica. La succión digital se puede presentar en diferentes etapas, tal como se muestra en la Tabla 2.

Tabla II. Etapas de la succión digital

Etapa 1	Succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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
Etapa 2	Succión del pulgar clínicamente significativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De los 3 años a los 6 ó 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. ➤ Se debe definir programas de corrección
Etapa 3	Succión del pulgar no tratada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cualquier succión que persiste después del cuarto año de vida puede ser la comprobación de otros problemas, además de una simple maloclusión. ➤ Requiere tratamientos multidisciplinario.

Esta tabla ha sido adaptada de “Succión digital: repercusiones y tratamiento” Revista

Odontológica Odontopediátrica. María Espinoza., 2018.

Etiología

Según (M. F. González et al., 2012) la succión no nutritiva se produce debido a contratiempos relacionados con la escuela o con la familia. Los niños aprenden desde edades muy tempranas que deben succionar para sobrevivir, el hábito prolongado de succión se convierte en una forma de satisfacer ciertas necesidades psicológicas, así pues el individuo tiende a refugiarse en la succión digital para escapar del mundo real que le parece muy duro.

Características Clínicas

En el estudio de (M. F. González et al., 2012) se estipula que los pacientes con succión digital poseen las siguientes características clínicas:

- Protrusión de los incisivos superiores y retro inclinación de los incisivos inferiores.
- Mordida abierta anterior o mordida cruzada posterior.
- Prognatismo alveolar superior.
- Estrechamiento de la arcada superior, principalmente a la acción del músculo buccinador.
- Dimensión vertical aumentada.

Así mismo según otros autores como (Espinoza, 2018) también se puede presentar rugas palatinas hipertróficas, acortamiento del labio superior, labio inferior evertido e hipotónico y elongación de los músculos elevadores de la mandíbula que ocasionan alteración del tono muscular y respiración bucal.

Tratamiento

El tratamiento de la succión digital es interdisciplinario donde intervienen tanto el médico pediatra, el odontopediatra, un fonoaudiólogo, psicólogo, ortodoncista y los padres del niño. Se recomienda que la edad más adecuada para iniciar a intervenir el hábito de succión es a los 4 años de edad. Más sin embargo, un análisis completo de cada caso en especial, de los factores relacionados con el hábito, los efectos del mismo a nivel bucodental y una correcta valoración psicológica serán pautas que nos indicarán el momento exacto para interrumpir el hábito. (Espinoza, 2018)

Para el tratamiento de succión digital se han presentado 3 tipos de tratamientos, tratamiento psicológico o persuasivo, tratamientos conductuales para modificar la conducta, y tratamiento ortodóntico.

- 1. Tratamientos psicológicos:** También denominados tratamientos persuasivos. Algunos de los tratamientos descritos consisten en explicar al niño con ayuda de modelos de yeso y fotos en presencia de los padres, para que ellos refuercen en casa las explicaciones, las consecuencias que puede ocasionar el hábito de la succión digital. Se les explica los problemas estéticos que ocasiona sin contar los daños para su salud. Se les aconseja que se vayan a la cama abrazando algún juguete (muñeca, oso de peluche, etc.) para mantener las manos ocupadas y evitar que se las lleven a la boca. Las visitas se realizan cada 6 meses, aunque generalmente la mayor parte de los niños interrumpen su hábito antes de los tres meses. En cada una de las visitas, se refuerza el condicionamiento del niño con las consecuencias negativas. Si el niño ha mejorado durante el pasar de los meses se realiza un intensivo, premiándolo o felicitándolo para que esto refuerce su voluntad de evitar este hábito. (Espinoza, 2018)
- 2. Tratamientos conductuales para modificar la conducta:** Reforzamiento diferencial, técnicas aversivas (sustancias líquidas de sabor desagradable impregnadas en los dedos del niño) sin embargo han sido bastante controvertidos, por considerarlos métodos que pueden causar trastornos psiquiátricos por la connotación de castigo; técnicas de prevención de respuesta como lo son el uso de brazaletes que impiden doblar el codo, apósitos en los dedos, cosido de las mangas, uso de guantes. (Espinoza, 2018)
- 3. Utilización de dispositivos ortodónticos:** Se realiza mediante aparatos ya sea fijos o removible, como Bluegrass, placa Hawley, variaciones como placa Hawley con rejilla, Quad Hélix con rejilla; Por lo general, los niños abandonan el hábito en el primer mes de tratamiento aunque se recomienda que el aparato continúe en la boca durante 3 a 6 meses con objeto de reducir las probabilidades de recidiva. (Espinoza, 2018)

4.1.2.2. Deglución Atípica o interposición lingual

La Deglución Atípica consiste en la postura y uso inadecuados de la lengua en el acto de deglución. Se define como "la presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias".

La lengua se posiciona entre los incisivos o se apoya contra su cara posterior al acabar la fase de masticación y realiza una presión contra ellos durante la fase de deglución. (Vanessa Blanco Reyes, 2013)

La deglución atípica es fisiológica únicamente hasta los 3 años de edad, posteriormente se vuelve nocivo y se caracteriza porque los niños apoyan la lengua sobre las caras palatinas en el momento de la deglución, causando así que la mordida de abra en esa zona, y a su vez provocando que los niños tengan dificultades para pronunciar ciertos fonemas como es el caso de la d,t,l,n,r. (Vanessa Blanco Reyes, 2013)

La detección temprana del hábito puede ayudar a que el hábito se corrija a tiempo y no se torne crónico, evitando así anomalías estructurales en los maxilares, paladar, mejillas y dientes.

Etiología

Dentro de la etiología de la deglución atípica encontramos:

- Hábitos bucales deformantes (succión digital, onicofagia, queilofagia, onicofagia, respiración bucal).
- El uso de alimentos triturados o dieta blanda, más allá de la edad recomendada. Al tener una dieta blanda el sistema estomatognático no se desarrolla debido a la falta de movilidad que se produce durante una masticación normal, desarrollándose un sistema estomatognático inmaduro.
- Anquiloglosia o complicación para mover la lengua con normalidad.
- Labios de tono muscular disminuido, lo que quiere decir que el músculo orbicular de los labios está poco desarrollado.
- Presencia de lengua hipotónica que se interpone en los incisivos en la parte frontal o lateral, o que presiona la cara posterior de los dientes durante el proceso de deglución.
- Presencia de mal oclusiones dentarias que impiden el correcto sellado bucal durante el acto de deglución. (Vanessa Blanco Reyes, 2013)

Características clínicas

Se ha determinado un perfil facial que corresponde a las personas con deglución atípica:

- Labios hipotónicos o poco desarrollados.

- Presencia de maxilar superior o maxilar inferior adelantado.
- Masticación con los dientes anteriores y no con los molares.
- Realizar movimientos excesivos como por ejemplo: elevar la cabeza, contraer los labios, o hacer muecas al tragar. (Vanessa Blanco Reyes, 2013)

Tratamiento

El tratamiento de la deglución atípica consiste en la terapia miofuncional que se debe llevar a cabo entre el odontólogo y el terapeuta del lenguaje. La Terapia miofuncional consiste en un método de reeducación de la deglución atípica. La terapia miofuncional persigue ciertos objetivos en específicos, dentro de los cuales tenemos:

- Devolver el equilibrio muscular orofacial, reeducando patrones musculares inadecuados.
- Modificar el patrón deglutorio incorrecto estableciendo nuevos comportamientos.
- Enseñar nuevos hábitos correctos como una postura, respiración y deglución correctas.

El tratamiento de la deglución atípica también se puede tratar con aparatología ortodóntica fija o removible, como es el caso de la rejilla lingual. (Vanessa Blanco Reyes, 2013)

4.1.2.2.3. Onicofagia

La onicofagia se define como el hábito de comerse las uñas. Se presenta cuando existen estados de ansiedad y puede estar asociado a episodios de estrés o alteraciones psicológicas. Cuando el hábito ya está establecido, se exagera en episodios de hambre, aburrimiento e inactividad. La onicofagia también está asociada a trastornos mentales o emocionales, dependiendo del caso. El hábito de la onicofagia o morderse las uñas es perjudicial a largo plazo para la sustancia adamantina de los dientes en su parte frontal y llega a elevar el riesgo de caries en las zonas afectadas. (Cecilia & Serna, 2011)

En ocasiones el hábito de succión digital se puede volver crónico provocando que el mordedor compulsivo no solo llegue a comerse las uñas, sino también la cutícula y la piel de alrededor. (Cecilia & Serna, 2011). Morderse las uñas no únicamente puede desencadenar en una alteración del sistema estomatognático, sino que también puede llegar a provocar infecciones cruzadas, por el transporte de bacterias que se encuentran bajo las uñas, o viceversa. (Cecilia & Serna, 2011)

Lizarbe (2016) plantea que si el hábito deformante como es en este caso la onicofagia ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (seis horas o más diarias) podría llegar a desplazarlo, pero si el hábito durase menos tiempo cabría esperar un efecto escaso o casi nulo. Es frecuente generalmente en niños desde los 6 años de edad.

Etiología

La etiología de la onicofagia es un cuadro multifactorial, debida entre otros a hábitos parafuncionales. La onicofagia es una parafunción prevalente en niños. Está relacionada a la tensión psíquica, por lo cual el sujeto puede presentar el hábito parafuncional de manera continua o por períodos exacerbados por estrés. La onicofagia también puede desencadenarse por miedo infantil, situaciones de frustración o estrés, estados de aburrimiento o cansancio, así como situaciones familiares complicadas como es el caso de la llegada de algún hermano, pérdidas familiares, separación de los padres, problemas intrafamiliares, entre otras. (Cecilia & Serna, 2011)

Características clínicas

Los pacientes que padecen onicofagia tienden a presentar las siguientes características clínicas:

- Desaparición total o parcial de las uñas.
- Ulceraciones en los labios y lesiones temporales en las encías.
- Presencia de infecciones bacterianas en encías y dientes.
- Se puede presentar deformación de las encías debido a la cronicidad del hábito.
- Se presenta obstaculización para el crecimiento de los dientes.
- Anomalías de la oclusión dental.
- Destrucción de las estructuras dentales.

Tratamiento

Se han propuesto tratamientos con medicamentos como antidepresivos, cuando hay una enfermedad psiquiátrica correlacionada, fármacos para la tricotilomanía y el trastorno obsesivo-compulsivo, incluyendo clomipramina, y fluoxetina. Sin embargo, aunque estas enfermedades son comunes en adultos, en los niños no se ha probado esta asociación. Debido a esto, las drogas mencionadas tampoco son comúnmente empleadas en la población infantil. Es importante recalcar

que el que el individuo que esté medicado con antidepresivos o antipsicóticos para tratar la onicofagia no quiere decir que el paciente sufra de psicosis o alguna alteración mental. (Cecilia & Serna, 2011)

Otra opción es tomar vitamina B-h (inositol), que disminuye la ansiedad de morderse las uñas por medio del incremento de la serotonina en el cerebro. La serotonina está recomendada en el tratamiento de desórdenes compulsivos. La única terapia para la onicofagia que presenta adecuado sustento en la literatura es la conductual y cognitiva. Dentro de las terapias conductuales, muchos pacientes han encontrado en la terapia de conducta beneficios, tanto por sí solas o como complemento de los fármacos. La primera parte del tratamiento consiste en el cambio de hábitos o terapia de reacción de competencia. Éste es un proceso de cuatro partes que consiste en buscar la forma de eliminar el hábito nocivo y reemplazarlo por otro saludable. Además, se aplica una terapia de control de estímulos para identificar y eliminar lo que estimula a cada individuo a comerse las uñas. (Cecilia & Serna, 2011)

Los tratamientos para la onicofagia con aparatos, no tienen adecuado soporte en la literatura científica y llama la atención la poca evidencia en general que existe para este tipo de hábito. De hecho, podría afirmarse, que es el hábito oral con menos evidencia disponible para basar la práctica clínica. (Cecilia & Serna, 2011)

4.1.2.2.4. Respiración Bucal

La respiración se define como un proceso normal necesario para la supervivencia de los organismos anaeróbicos, normalmente la respiración se lleva a cabo por medio de las fosas nasales, cumpliendo funciones bactericidas y de calentamiento del aire. En un proceso normal, el cuerpo adquiere oxígeno y libre dióxido de carbono; participando ciertas estructuras anatómicas como los pulmones, pared torácica, abdomen, diafragma, y los músculos intercostales. Sin embargo, cuando el aire que pasa por las fosas nasales no es suficiente o existe algún tipo de infección transitoria interviene la respiración oral. (Simoes Andrade, 2015)

La respiración oral se define como "la entrada y salida de aire por la boca, que se observa más comúnmente en la obstrucción y congestión de las vías respiratorias". La respiración bucal también puede prevalecer aún después de haber realizado el tratamiento necesario para eliminar la obstrucción nasofaríngea que la ha producido y las vías aéreas superiores se encuentren permeables, en este caso el individuo respira por la boca por hábito. El hábito de respiración bucal

puede ser considerado fisiológico hasta los 18 meses de edad, y posteriormente se vuelve nocivo o deformante. (Simoés Andrade, 2015)

La respiración bucal es un hábito muy común en individuos en edad de desarrollo. Aunque la mayoría de estos pacientes puede respirar por la nariz y por la boca, cuando la respiración por la cavidad oral se torna crónica, empiezan a existir cambios tanto a nivel de oclusión como a nivel facial, lo que muchos autores se refieren como "facies adenoideas", cara alargada, ojos caídos, ojeras, nariz estrecha, narinas pequeñas, labio superior corto e incompetente y labio inferior grueso y evertido, o el también llamado "síndrome de la cara larga" por la posición siempre abierta de la mandíbula para permitir el paso del aire. (G. García, 2011)

Etiología

Según G.García, 2011 con respecto a la etiología de los problemas respiratorios tenemos que un 39% hipertrofia de amígdalas y adenoides, 34% a rinitis alérgicas, 19% a desviación del tabique nasal, 12% hipertrofia idiopática de cornetes, otros porcentajes en menor grado a pólipos, tumores, etc.

Los respiradores bucales se pueden dividir en dos grupos, los cuales presentan etiologías diversas.

- 1. Verdaderos respiradores bucales:** Los verdaderos respiradores bucales se presentan como consecuencia de: obstrucciones funcionales, mal hábito respiratorio, e hiperlaxitud ligamentosa.

Dentro de las de obstrucciones funcionales podemos tener: alteraciones a nivel de las narinas, desviaciones septales, masas intranasales, hipertrofia de cornetes, secreciones nasales abundantes, hipertrofia de adenoides, atresia o estenosis de coanas, hipertrofia severa de amígdalas, rinitis alérgica, procesos inflamatorios (infecciones), tumores, pólipos, entre otros. (G. García, 2011)

Los respiradores bucales por mal hábito respiratorio en general son pacientes que en algún momento tuvieron algún factor obstructivo presente, como deglución atípica, interposición lingual y succión del pulgar entre otros, que condicionaron este tipo de respiración, y que el paciente la mantuvo a través del tiempo a pesar de haber desaparecido la causa obstructiva inicial. (G. García, 2011)

Así mismo, existen pacientes que tienen una hiperlaxitud ligamentosa, característicamente son niños que tienen alteraciones posturales producto de su hiperlaxitud. Estos niños tienen una gran capacidad de flexionar sus articulaciones, frecuentemente tienen problemas de pie plano, pueden tener alteraciones en la posición de la columna y rodillas y la mandíbula inferior tiende a caer y el paciente abre la boca, esto último puede favorecer una respiración bucal. (G. García, 2011)

2. Falsos respiradores bucales: Los Falsos Respiradores Bucles son niños que tienen la boca abierta; pero respiran por la nariz, algunos tienen interposición lingual entre las arcadas dentarias, y en otros casos se aprecia la boca abierta con la lengua apoyada sobre el paladar duro, en ambos casos son niños que tienen la boca entreabierta; pero no pueden respirar por la boca ya que está obstruida la respiración por la boca. (G. García, 2011)

Características clínicas

Los pacientes que son respiradores bucales tienden a tener características clínicas tanto faciales como bucales.

Características Faciales

Presentan rasgos faciales típicos de la facies adenoidea, cara estrecha y larga, boca entreabierta en estado relajado, nariz pequeña y respingada con narinas pequeñas poco desarrolladas, labio superior corto e incompetente junto con un labio inferior grueso y evertido, labios resacos, mejillas flácidas y aparición de ojeras, expresión facial distraída, puntillado característico del mentón cuando intenta hacer el cierre labial. (Simoés Andrade, 2015)

Características Orales

- Se presenta mordida cruzada posterior, unilateral o bilateral.
- En algunas ocasiones la mordida cruzada posterior se puede ver acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Compresión maxilar superior acompañada de una protrusión de la arcada superior e inclinación anterosuperior del plano palatino.
- Se puede evidenciar una posición baja de la lengua con avance anterior e interposición de la lengua entre los incisivos.
- Mordida cruzada funcional unilateral por avance mesial de los cóndilos.

- Depresión mandibular que radiográficamente se manifiesta por una rotación posterior y aumento de la hiperdivergencia.
- Protrusión incisiva por falta de presión labial.
- Inflamación gingival. (Simoes Andrade, 2015)

Tratamiento

El hábito de la respiración bucal debe ser atendido por un equipo multidisciplinario capaz de abordarlo desde las diferentes instancias que implica, de tal forma que se lo solucione integralmente y lograr así el bienestar para el paciente. Dentro de las especialidades que deben integrar el equipo se encuentran: el pediatra, otorrino, inmunólogo, odontólogo, fonoaudiólogo, etc. (Simoes Andrade, 2015). Cada uno de los miembros de este equipo se encarga de realizar una función en específico como se detalla a continuación:

- **Intervención del Otorrinolaringólogo:** El otorrinolaringólogo se encargará de verificar que las vías respiratorias se encuentren en un estado de normalidad y sin obstrucciones, en caso que exista algún tipo de alteración se encargará de despejar la estructura comprometida como puede ser: adenoides, hipertrofia de amígdalas, hipertrofia de cornetes, desviación del tabique nasal, pólipos (engrosamiento de la mucosa nasal y sinusal). Una intervención con el otorrinolaringólogo es muy importante para así tratar el problema de manera precoz y evitar que se comprometan las estructuras óseas y que el proceso sea irreversible. (Simoes Andrade, 2015)
- **Intervención del Fonoaudiólogo:** El Fonoaudiólogo se encargará de tratar la disfonía o sigmatismo que existe en los pacientes con respiración bucal. Generalmente se les presenta dificultad para articular la letra “s”. Como ya se nombró anteriormente los pacientes con respiración bucal tienden a desarrollar mordida abierta provocando cierta dificultad para emitir fonemas tales como S, CH, F, D, L, N, P, B y M. (Simoes Andrade, 2015)
- **Intervención del Traumatólogo:** El traumatólogo u ortopedista se encargará de tratar ciertas alteraciones características de los pacientes respiradores bucales tales como la escoliosis o pie plano. (Simoes Andrade, 2015)
- **Intervención del Ortodoncista:** Una vez permeabilizadas las vías aéreas el paciente debería de respirar con normalidad, pero existen casos en los que a pesar de haber permeabilizado las vías aéreas el paciente respira por la boca, en este caso se asumirá que la respiración bucal se

ha convertido en un hábito. (Simoes Andrade, 2015). Así pues se indicarán diferentes terapias como es el caso de:

- ✓ **Ejercicios de respiración profunda:** Se le indicará al paciente que debe respirar profundamente aumento su progresión hasta conseguir respirar al menos media hora por la nariz, dándole la seguridad que puede respirar normalmente y no necesita abrir la boca. (Simoes Andrade, 2015)
- ✓ **Uso de aparatología:** Para la corrección de la respiración bucal se podrán indicar aparatos ortodónticos como es el caso de la pantalla vestibular o el trainer oral. (Simoes Andrade, 2015)
- ✓ **Terapia Miofuncional Orofacial:** Mediante este tipo de terapias se rehabilita la musculatura por medio de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos peribucales para que los labios se mantengan juntos, los ejercicios recomendados son:
 - **Trozo de tela:** El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela o papel, sin apretarlos. La lengua debe estar en posición correcta (contra la papila palatina). Debemos asegurarnos que la tela esté sostenida con los labios y no con los dientes. (Simoes Andrade, 2015)
 - **Sorbete:** Succionar fuertemente algún líquido, usar un pitillo de diámetro pequeño. El paciente deberá sostener con los labios sólo 4mm del sorbete al realizar el ejercicio. (Simoes Andrade, 2015)

Como tratamiento correctivo de las maloclusiones propias del respirador bucal se puede realizar la expansión maxilar a través de la utilización de placas de expansión removibles o fijas (Simoes Andrade, 2015).

4.2. CAPÍTULO II: MALOCLUSIONES DENTARIAS

4.2.1. Definición

El término oclusión significa cerrar, por lo que oclusión dentaria se refiere al cierre de los dientes antagonistas, en el sentido estricto y etimológico del término; pero la diversidad de tipos de oclusión, junto a las marcadas diferencias individuales de los patrones oclusales, han llevado a la evolución del concepto de oclusión dentaria, de una idea puramente estática de contacto entre dientes, a un concepto dinámico, donde los donde los dientes, el maxilar, la mandíbula, la

articulación temporomandibular (ATM) y los músculos, permanecen en un equilibrio dinámico que garantiza el estado funcional del sistema estomatognático. (Suárez Gómez et al., 2018)

Si los dientes ocluyen en una posición donde se relacionan en el promedio de la población, se denomina oclusión normal, y si no lo hacen así, se dice que presenta maloclusión. La clasificación de estas anomalías de posición es muy variable pero, de forma general, se agrupan en: hiperdaquia, adaquia, borde a borde, resalte exagerado (mayor de 5 mm), mordidas cruzadas, mordidas encubiertas y apiñamiento. (Suárez Gómez et al., 2018)

Las maloclusiones se pueden definir como cualquier alteración del crecimiento óseo del maxilar o mandíbula y/o posición de los dientes que impide una correcta función del aparato masticatorio, conllevando a una alteración de la función estética del individuo. Según Angle las maloclusiones son la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura. (Hu et al., 2014)

Las maloclusiones dentarias son consideradas un problema de salud pública debido a su alta prevalencia con deterioro de la estética, la función, y al impacto negativo en la calidad de vida y un alto costo en el tratamiento para el paciente. (Lima et al., 2019)

4.2.2. Etiología

La etiología de las maloclusiones es multifactorial, por lo tanto resulta difícil de establecer; sin embargo, actualmente se conoce que tienen protagonismo los factores genéticos y las causas ambientales, en distintos momentos del desarrollo y con diferente intensidad y frecuencia. (Lima et al., 2019) Dentro de los factores locales podemos encontrar: Anomalías de número de dientes, dientes supernumerarios, dientes ausentes, anomalías en el tamaño y forma de los dientes, pérdida prematura de dientes, retención prolongada, anquilosis, caries, y restauraciones dentales inadecuadas. (Hu et al., 2014)

4.2.2.1. Etiología de las maloclusiones según Proffit

Según Proffit la etiología de las maloclusiones se pueden deber a: causas específicas, influencias hereditarias e influencias ambientales. (Palacios Hidalgo, 2013)

4.2.2.1.1. Causas Específicas

- **Alteraciones en el desarrollo embrionario:** Generalmente los defectos en esta etapa pueden causar la muerte del embrión. La mayoría de trastornos que producen alteraciones

son compatibles con la supervivencia del embrión a largo plazo. Las causas para los defectos embrionarios pueden ser genéticas, como en el caso de síndromes o fisuras faciales. Así mismo pueden ser provocadas por factores ambientales como teratógenos (Productos químicos, que debido a su alta dosis pueden producir defectos o muerte del embrión). Algunos de los teratógenos más comunes son los rayos x, la aspirina, el humo del tabaco, exceso de vitamina D, el toxoplasma y el alcohol etílico. (Palacios Hidalgo, 2013)

- **Alteraciones en el crecimiento esquelético:** Dentro de este parámetro se engloba las lesiones de parto (paladar hendido), fracturas mandibulares infantiles (fracturas de mandíbula y cóndilo por caídas o golpes) , y las disfunciones musculares (producidas por lesiones de nervios motores, como es el caso de la tortícolis congénita). (Palacios Hidalgo, 2013)
- **Alteraciones en el desarrollo dental:** Se encuentra la ausencia congénita de los dientes, mal formaciones dentales y supernumerarias (Macrodoncia, microdoncia, fusión, geminación, dientes supernumerarios). Así mismo, las interferencias en la erupción, la erupción ectópica y la pérdida precoz de dientes primarios. (Palacios Hidalgo, 2013)

4.2.2.1.2. Causas Hereditarias

La mayoría de las maloclusiones tienen un componente genético, la observación clínica de los pacientes, y sus familiares, conduce a la idea de que la herencia juega un papel importante en la desarrollo craneofacial y dental de las maloclusiones aunque estas características puedan ser modificadas con el ambiente prenatal y postnatal. (Palacios Hidalgo, 2013)

4.2.2.1.3. Causas Ambientales

Estas causas comprenden presiones y fuerzas, que actúan durante el crecimiento y desarrollo de la cara, maxilares y dientes. Estas alteraciones producen fuerzas desiguales que provocarán un desplazamiento y por consiguiente una posición diferente de los estructuras en el espacio. Los labios, mejillas y lenguas ejercen fuerzas que contribuyen al equilibrio y la posición de los dientes. Sin embargo cuando existe una fuerza extra que esté presente al menos 6 horas al día como es el caso del chupón o la presión al chuparse el dedo, puede llegar a desplazar a los dientes e incluso afectar la dirección del crecimiento de la mandíbula. (Palacios Hidalgo, 2013)

4.2.3. Clasificación

Clasificar a las maloclusiones es muy importante ya que permitirá determinar el problema del paciente y el plan de tratamiento a seguir.

Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. (Di Santi de Modano, Juana, Vázquez, 2003)

Basándose en este principio Edward Angle en 1899 introdujo una nueva clasificación, la cual es importante hasta la actualidad, ya que es sencilla, práctica y ofrece una visión inmediata del tipo de maloclusión a la que se refiere. La clasificación de Angle fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición y la referencia de la oclusión. (Hu et al., 2014)

A pesar de que existe un sin número de autores que han intentado clasificar las maloclusiones, la propuesta por el Dr. Angle sigue siendo la más utilizada hasta la actualidad posiblemente por su simplicidad; y es la que se utilizará utilizar para el desarrollo de este trabajo de investigación. (Hu et al., 2014)

La clasificación de las maloclusiones es la descripción de las desviaciones dentofaciales de acuerdo a las características comunes o normales. Se facilita para el profesional de la salud bucodental, agrupar las maloclusiones según determinadas variaciones específicas y fundamentales de la oclusión normal.

4.2.3.1. Maloclusiones en dientes anteriores en sentido antero-posterior

4.2.3.1.1. Mordida Invertida

La mordida invertida se caracteriza debido a que los bordes incisales de los dientes anterosuperiores ocluyen con las caras linguales de las piezas dentarias anteroinferiores. En este caso el overjet es negativo. (Proffit, 2007)



Figura 1. Mordida Invertida.

Tomado de: <https://www.neuroespai.com/maloclusiones-dentales/>
Maloclusiones Dentales., Martha Pérez., (Octubre., 2017)

4.2.3.2. Maloclusiones en dientes anteriores en sentido vertical

4.2.3.2.1. Mordida borde a borde

Se refiere cuando los bordes incisales de los dientes anteriores superiores ocluyen con los bordes incisales de sus antagonistas. El overjet y overbite será 0 mm. (Palacios Hidalgo, 2013)



Figura 2. Mordida borde a borde. Vista Frontal.

Tomado de: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-31/>
Camuflaje de un caso clase III., Martha Ferrer., (2010)

4.2.3.2.2. Mordida Abierta

La mordida abierta se define como la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan el plano oclusal y no se establece contacto con sus antagonistas. Responde a una falta de contacto evidente entre las unidades dentarias superiores e inferiores, que generalmente se manifiesta a nivel de los incisivos, de igual manera ocurre en el sector posterior, o una combinación de ambas. Puede presentarse desde temprana edad (después de los tres años), pero es mucho más común encontrarla en las edades comprendidas entre 8 y 10 años, en la fase de dentición mixta. La mordida abierta proviene de una serie de factores etiológicos de origen hereditario o no, que ejercen su acción en el período pre o post natal sobre las estructuras que forman el aparato estomatognático. (M. González & Rodríguez, 2018)

Las mordidas abiertas anteriores pueden ser de origen dental, por un bloqueo mecánico durante el desarrollo en sentido vertical de los incisivos y su respectivo componente alveolar con una buena relación esquelética (los incisivos maxilares se encuentran protruidos y proinclinados y es producida frecuentemente por un hábito) La mordida abierta anterior esquelética, determinada por una discrepancia en sentido vertical del desarrollo de los maxilares. (M. González & Rodríguez, 2018)



Figura 3. Mordida Abierta. Vista Frontal.

Tomado de: <https://ortodonciaourense.com/mordida-abierta/>

Mordida Abierta., Alberto Pérez., (2022)

4.2.3.2.3. Mordida Profunda

Se considera una mordida profunda, cuando los dientes anteriores superiores cubren hasta más de 40% de los dientes anteriores inferiores, es decir su overbite es más de 4mm.

En 1950, Strang definió a la mordida profunda como la superposición de los dientes anterosuperiores sobre los anteroinferiores en el plano vertical. Graber, por otro lado, define a la mordida profunda como un estado de sobremordida vertical aumentada en la que la dimensión entre los márgenes incisales superiores e inferiores es excesiva. (Palacios Hidalgo, 2013)



Figura 4. Mordida Profunda. Vista Lateral.

Tomado de: <https://dentalvidas.com.br/mordida-profunda/>
Mordida Profunda., DentalVidas., (2022)

4.2.3.2. Maloclusiones en dientes posteriores en sentido antero-posterior

Angle consideraba primariamente en el diagnóstico de la maloclusión las relaciones mesiodistales de los maxilares y arcos dentales indicadas por la relación de los primeros molares permanentes superiores e inferiores, y secundariamente por las posiciones individuales de los dientes con respecto a la línea de oclusión. (Hu et al., 2014). Las maloclusiones en dientes posteriores en sentido antero-posterior son:

- Clase I de Angle o Neutroclusión
- Clase II o distoclusión
 - Clase II división 1

- Subdivisión
 - Clase II división 2
 - Subdivisión
- Clase III o mesioclusión
 - Clase III verdadera
 - Clase III falsa

Estas clases están basadas en las relaciones mesiodistales de los dientes, arcos dentales y maxilares, los cuales dependen primariamente de las posiciones mesiodistales asumidas por los primeros molares permanentes en su erupción y oclusión. (Hu et al., 2014)

4.2.3.2.1. Clase I de Angle o Neuroclusión

La maloclusión Clase I (Fig1.) se caracteriza por una relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está en el mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior. La situación de maloclusión consiste en mal posiciones individuales de los dientes, relaciones verticales o transversales anómalas o desviación sagital de los incisivos. (Di Santi de Modano, Juana, Vázquez, 2003)

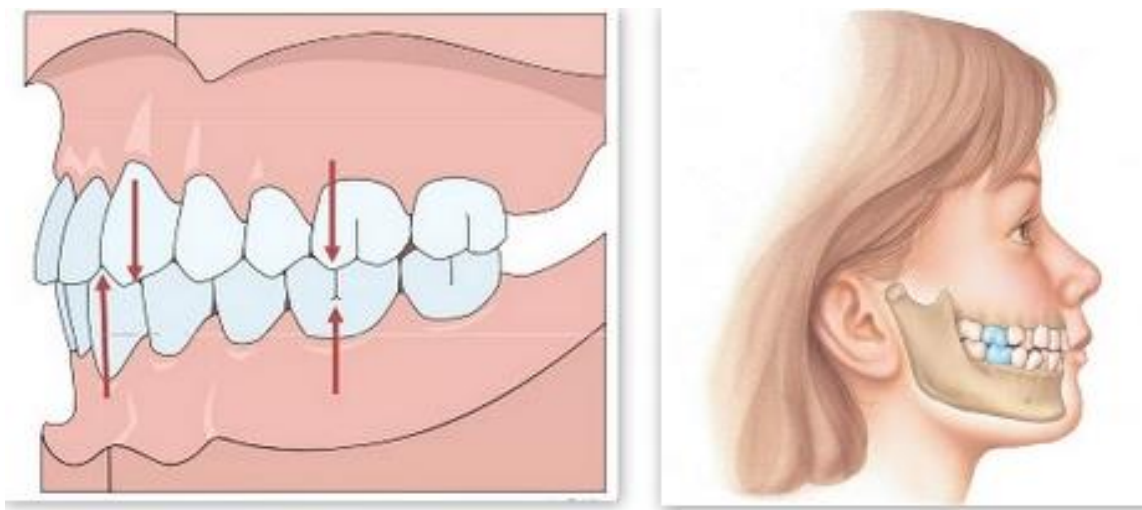


Figura 5. Maloclusión clase I.

Tomado de: <https://www.neuroespai.com/maloclusiones-dentales/>
 Maloclusiones Dentales., Martha Pérez., (Octubre., 2017)

4.2.2.2. Clase II o Distoclusión

Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. (Almandoz Calero, 2011)

La nomenclatura de la clasificación de Angle enfatiza la ubicación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior en la clase II, pero en muchos casos el maxilar superior es prognático, una morfología cráneo facial muy diferente, pero que produce una relación molar similar y, por eso, la misma clasificación. Por lo tanto La Clase II o distoclusión puede ser resultado una mandíbula retrógnata, de un maxilar prognata o una combinación de ambas. (Almandoz Calero, 2011)

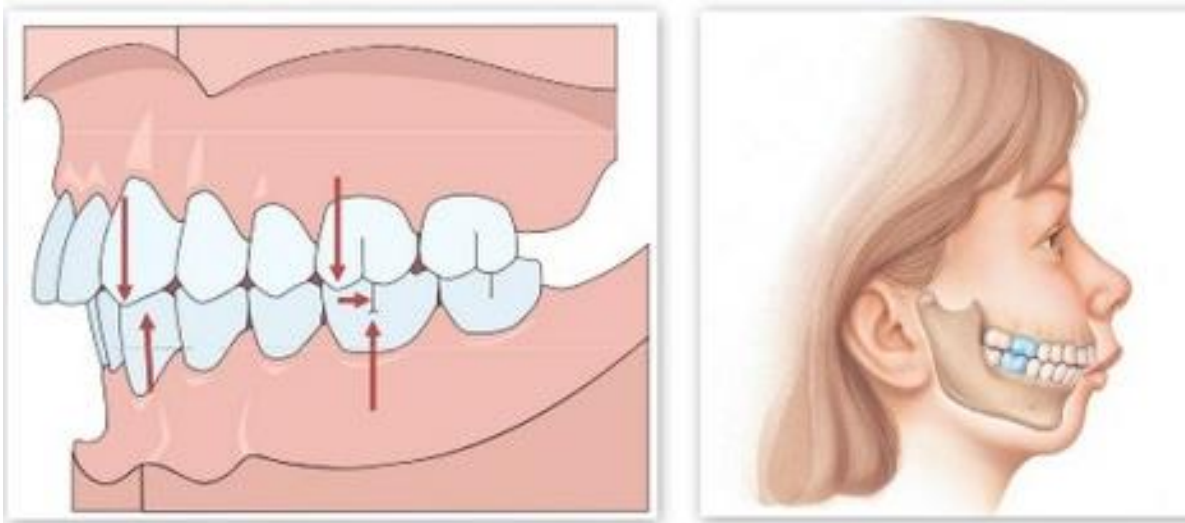


Figura 6. Maloclusión clase II.

Tomado de: <https://www.neuroespai.com/maloclusiones-dentales/>

Maloclusiones Dentales., Martha Pérez., (Octubre., 2017)

Existen 2 subdivisiones de la clase 2, cada una teniendo una subdivisión. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo protruidos y en la segunda retruidos. (Hu et al., 2014)

- **División 1:** Está caracterizada por la oclusión distal de los dientes en ambas hemiarquadas de los arcos dentales inferiores. Encontramos el arco superior angosto y contraído en forma

de V, incisivos protruidos, labio superior corto e hipotónico, incisivos inferiores extruidos, labio inferior hipertónico, el cual descansa entre los incisivos superiores e inferiores, incrementando la protrusión de los incisivos superiores y la retrusión de los inferiores. No sólo los dientes se encuentran en oclusión distal sino la mandíbula también en relación a la maxila; la mandíbula puede ser más pequeña de lo normal. El sistema neuromuscular es anormal; dependiendo de la severidad de la maloclusión, puede existir incompetencia labial. La curva de Spee está más acentuada debido a la extrusión de los incisivos por falta de función y molares intruidos. Se asocia en un gran número de casos a respiradores bucales, debido a alguna forma de obstrucción nasal. El perfil facial puede ser divergente anterior, labial convexo. (Almandoz Calero, 2011)

Subdivisión

Se presentan las mismas características de la división 1, excepto que la oclusión distal se presenta de manera unilateral.

- **División 2:** Caracterizada específicamente también por la oclusión distal de los dientes de ambas hemiarquadas del arco dental inferior, indicada por las relaciones mesiodistales de los primeros molares permanentes, pero con retrusión en vez de protrusión de los incisivos superiores. Generalmente no existe obstrucción nasofaríngea, la boca generalmente tiene un sellado normal, la función de los labios también es normal, pero causan la retrusión de los incisivos superiores desde su brote hasta que entran en contacto con los ya retruidos incisivos inferiores, resultando en apiñamiento de los incisivos superiores en la zona anterior. La forma de los arcos es más o menos normal, los incisivos inferiores están menos extruidos y la sobremordida vertical es anormal resultado de los incisivos superiores que se encuentran inclinados hacia adentro y hacia abajo. (Almandoz Calero, 2011)

Subdivisión

Se presentan las mismas características de la división 1, excepto que la oclusión distal se presenta de manera unilateral.

4.2.2.3. Clase III o Mesioclusión

Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarquadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado (Fig.). Puede

existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando una protrusión ósea mandibular, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser cóncavo o recto. (Almandoz Calero, 2011) La clase III de Angle se subdivide en Clase III verdadera y Clase III falsa.

- **Clase III verdadera:** Esta subdivisión es causada por la desproporción de las bases óseas dando origen a una maloclusión verdadera.
- **Clase III falsa:** Esta subdivisión es causada por una mala relación de posición con un reflejo neuromuscular adquirido por la presencia de contactos prematuros anteriores, situación que conduce al desacoplamiento de este sector permitiendo el cierre bucal en la posición que se produce oclusión en el sector posterior. La mordida cruzada anterior funcional, denominada pseudo clase III, puede ser causada por factores dentales (contactos prematuros, erupción ectópica de los incisivos centrales superiores, pérdida prematura de molares temporales); factores funcionales (anomalías en la postura lingual, características neuromusculares, problemas de vías respiratorias); que conducen a una posición más adelantada de la mandíbula en máxima intercuspidadación. (Gualán et al., 2015)

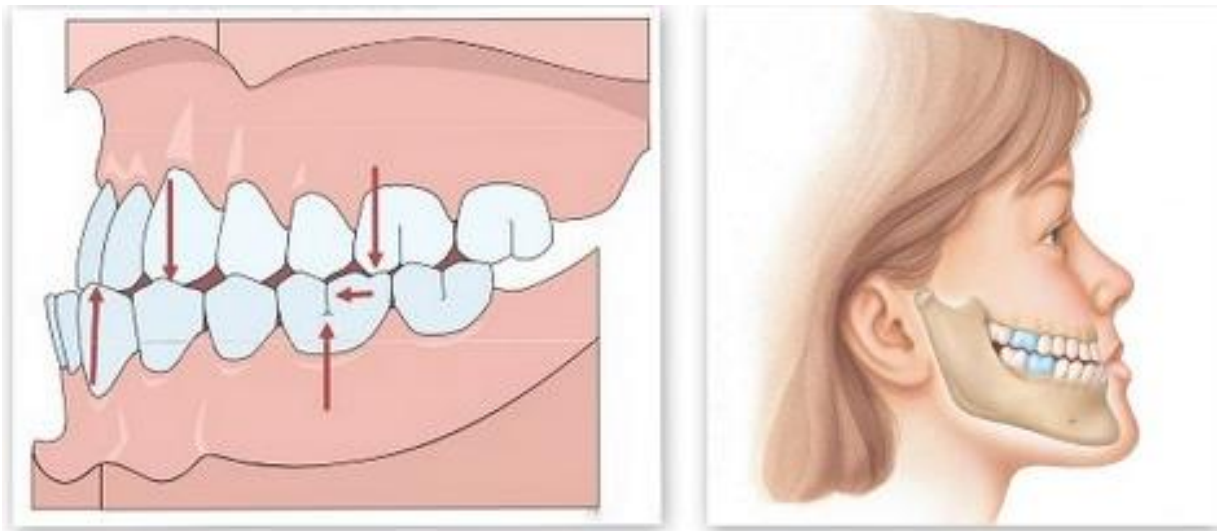


Figura 7. Maloclusión clase III.

Tomado de: <https://www.neuroespai.com/maloclusiones-dentales/>

Maloclusiones Dentales., Martha Pérez., (Octubre., 2017)

4.2.3.3. Maloclusiones en dientes posteriores en sentido transversal

4.2.3.3.1. Mordida cruzada posterior

El diagnóstico y el tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior son importantes para el desarrollo de las relaciones intermaxilares de los pacientes en crecimiento. La mordida cruzada anterior se ha definido como una maloclusión en la cual los incisivos y/o caninos del maxilar superior se encuentran en posición lingual con respecto a sus homólogos de la mandíbula. (Gabriela González Pérez & Laura Marrero Fuenmayor, 2012)

La Mordida Cruzada Anterior debe ser corregida tan pronto se detecte y se obtenga la colaboración del niño. El principal objetivo del tratamiento temprano es prevenir un crecimiento aberrante de los maxilares y sus componentes dentoalveolares, así mismo prevenir la disfunción de la articulación temporo mandibular, ya que en este tipo de maloclusión los cóndilos adquieren una posición más anterior en la cavidad glenoidea; igualmente la traba que ejercen los dientes anteroinferiores inhibe el crecimiento adecuado del maxilar superior. (Gabriela González Pérez & Laura Marrero Fuenmayor, 2012)



Figura 8. Mordida Cruzada Posterior

Tomado de: <https://www.dentalgalindo.com/blog/la-mordida-cruzada-en-un-tipo-de-maloclusion/>
Mordida Cruzada Posterior., Laura Iñiguez., (2018)

4.2.3.3.2. *Mordida borde a borde*

También llamada mordida cruzada incompleta, las cúspides bucales de los molares superiores ocluyen con las cúspides bucales de los molares inferiores. (Singh, 2008) El overjet y overbite es O. (Palacios Hidalgo, 2013)

4.2.3.3.3. *Mordida en tijera*

Las cúspides palatinas de los molares superiores ocluyen con las cúspides bucales de los molares inferiores. Cuando esta es bilateral se la denomina síndrome de Brodie. . (Palacios Hidalgo, 2013)

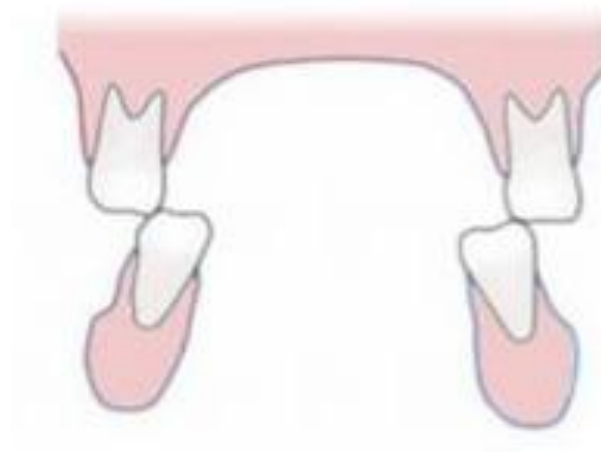


Figura 9. Mordida en tijera. Vista Transversal.

Tomado de: <https://www.clinicaferrusbratos.com/mordida/mordida-tijera/>

Mordida en tijera., Patricia Bratos., (2017)

4.2.3.4. Maloclusiones en dientes posteriores en sentido vertical

4.2.3.4.1. *Mordida abierta posterior*

Se refiere a la separación vertical de los dientes posteriores, es decir no llegan a contactar.

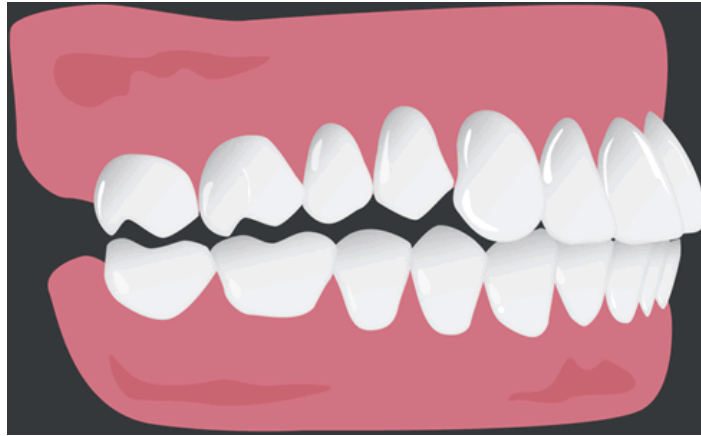


Figura 10. Mordida Abierta Posterior. Vista Lateral.

Tomado de: <https://support.clearcorrect.com/hc/es-es/articles/4402315286679-Mordida-abierta-posterior>

4.2.3.5. Otras maloclusiones dentarias

4.2.3.1. Apiñamiento

El apiñamiento dental es una maloclusión muy frecuente que se ha manifestado en la humanidad durante siglos, ésta consiste en la discrepancia entre el tamaño de los dientes y el espacio disponible para su correcta posición funcional y estética, pudiendo afectar la salud bucal incrementando la predisposición a la caries dental y a la enfermedad periodontal, repercutiendo sobre la estética dental y facial de los pacientes. Constituye uno de los principales motivos de consulta de los pacientes. (M. González & Rodríguez, 2018)

Etiología

Dentro de la etiología del apiñamiento dental encontramos:

- Falta de espacios de crecimiento, o también denominados espacios primates.
- Pérdidas prematuras de dientes temporales: Se considera así cuando el diente no está presente en la boca, un año antes de la época normal de exfoliación.
- Anomalías de tejidos blandos: Cualquier anomalía en la posición o tonicidad en los músculos involucrados en el equilibrio de la cavidad bucal.
- Hábitos de succión: La presencia de un hábito bucal deformante como la succión digital, succión de biberón o succión de carrillos. (Mandibular Tardío et al., 2017)

Clasificación

El apiñamiento dental puede ser clasificado según su momento de aparición en apiñamiento primario, secundario y terciario. La clasificación del apiñamiento dental fue propuesta por Van der Linder y se describe a continuación:

- **Apiñamiento primario:** Es la consecuencia de la discrepancia entre la longitud de la arcada disponible y la longitud de arcada necesaria, representada por la suma de los diámetros mesiodistales de las piezas dentarias y determinada principalmente por factores genéticos. Depende de la morfología y tamaño esquelético, por una parte, y de la morfología y tamaño de los dientes, por otra. (Mandibular Tardío et al., 2017)
- **Apiñamiento secundario:** Es el apiñamiento causado por los factores ambientales que se presentan en un individuo aislado y no en una generalidad de la población. Los factores que más contribuyen a este tipo de apiñamiento, son la pérdida prematura de piezas temporales, que condicionan la migración de las vecinas y acortan el espacio para la erupción de los permanentes. (Mandibular Tardío et al., 2017)
- **Apiñamiento terciario:** se refiere al apiñamiento que se produce durante los periodos de la adolescencia y pos adolescencia. En consecuencia, el crecimiento mandibular y su rotación; también se le relaciona con la erupción del tercer molar. Es el apiñamiento que aparece hacia los 15- 20 años como consecuencia de los últimos brotes de crecimiento y maduración final de la cara. (Mandibular Tardío et al., 2017)

5. Metodología

5.1. Diseño de la investigación

El presente estudio de investigación fue elaborado basándose en una revisión bibliográfica que incluyó artículos científicos, los cuales fueron recopilados con la ayuda de base de datos como: Scielo, Pubmed, Elsevier, LILACS. Así mismo recopilando artículos de revistas como: la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia y Angle Orthodontics; en un periodo comprendido entre los años 2012-2022 que abordaron sobre el tema de investigación.

La estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos fue: (“finger sucking” AND “oral breathing” AND “onychophagia” AND “openbite”).

Se encontró un total de 100 artículos; las palabras claves en español que fueron utilizadas son: Succión del dedo, respiración por la boca, onicofagia y mordida abierta; y en inglés: Finger sucking, oral breathing, onychophagia and openbite.

Se realizó una revisión descriptiva de la literatura, en el cual se analizó artículos científicos de las diferentes bases de datos publicados entre el 2012 – 2022, que abordaron el tema de hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones dentarias.

5.2. Universo y muestra

El universo estuvo conformado por 100 artículos científicos, mientras que para la muestra se tomó a consideración 40 artículos científicos, en donde se incluyeron únicamente los estudios que guardaron relación con el tema de investigación planteado, descartando mediante los criterios de exclusión aquellos que fueron de poco interés y que no aportaron significativamente al tema de estudio.

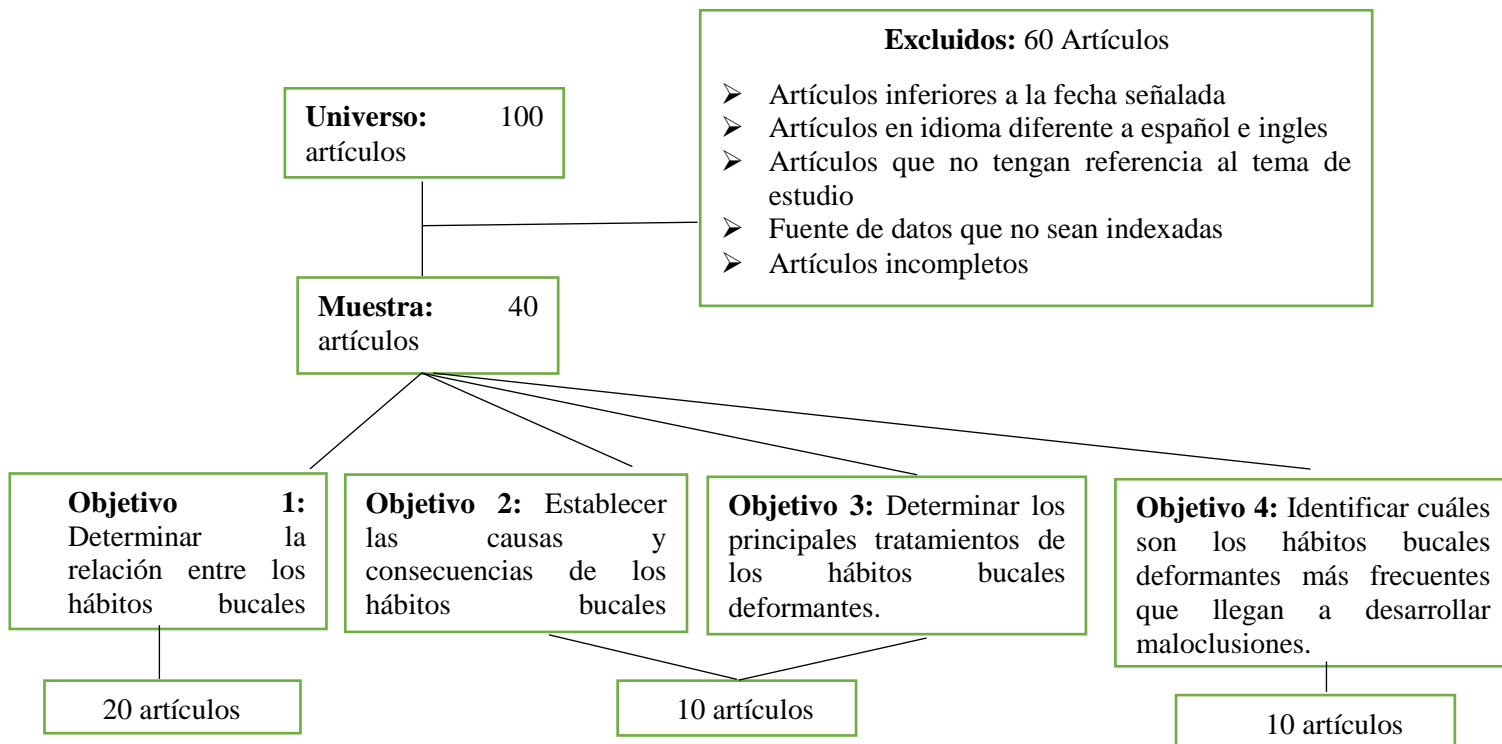


Figura 11. Estrategia de selección de artículos para la muestra. Elaborado por el autor.

5.3. Criterios de inclusión

- Artículos completos referentes al tema de estudio que estén indexados en las bases de datos.
- Artículos científicos que se encuentren en idioma inglés y español.
- Artículos publicados desde el año 2012 hasta la actualidad.
- Artículos completos referentes a hábitos bucales deformantes en niños de 4 a 12 años.
- Artículos completos que consideren la clasificación de hábitos bucales según (Vallejo et al., 2011)
- Artículos que incluyan la prevalencia y las características clínicas de los hábitos bucales deformantes.

5.4. Criterios de exclusión

- Artículos inferiores a la fecha señalada.
- Artículos en idioma diferente a español e inglés.
- Artículos que no tengan referencia a los hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones dentarias.
- Fuentes de datos que no sean indexadas.

- Artículos incompletos.

5.5. Desarrollo del proyecto

Esta revisión bibliográfica se basó mediante el procesamiento de la información en tres fases:

Fase I: Búsqueda y recolección de información

Se realizó la búsqueda y recolección de la información sobre el tema de investigación a través de la utilización de palabras claves en español como: Succión del pulgar, respiración por la boca, onicofagia y mordida abierta y en inglés: finger sucking, oral breathing, onychophagia and openbite; en bases de datos como: PubMed, Scielo, Elsevier, ILLIACS. Y en revistas relacionadas al tema como: la Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia y Angle Orthodontics. Tomando como muestra 40 artículos publicados en los últimos 10 años.

Para recopilar la información existente se utilizaron tablas previamente elaboradas, cuya estructura consta de: título, autor y año de publicación, objetivo, tipo de estudio, población y muestra, medición de variables, resultados y conclusiones, donde se registró la información con datos importantes de acuerdo a los objetivos planteados. (Anexo 1)

Fase II: Organización de información

Se procedió a organizar los artículos que cumplían con los criterios de inclusión en una matriz de organización de contenidos creada en el programa Microsoft Word versión 2019.

HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y SU RELACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS										
Nº	Título	Año	Autor	Propósito	Tipo de estudio	Población y muestra	Medición de variables	Resultados	Conclusiones	URL

Figura 12. Matriz de organización de la información. Elaborado por el autor.

Fase III: Procesamiento de datos, análisis y resultados

Una vez seleccionados los artículos para cada uno de los objetivos, se procedió a sistematizar la información en tablas para obtener los resultados del objetivo 1, 2, 3 y 4, cuya estructura consta de: título, año de publicación, autor y resultados, donde se registró la información encontrada mediante el programa Microsoft Word.

Para responder al primer objetivo se tomaron en consideración 20 artículos científicos, en donde se analizaron las maloclusiones que se producen debido a los hábitos bucales deformantes como la succión digital, deglución atípica, respiración oral y onicofagia.

Mientras que para el segundo objetivo se tomaron en cuenta 10 artículos científicos en donde se analizó las causas y consecuencias de cada uno de los hábitos bucales deformantes.

En el caso del tercer objetivo planteado, de igual manera se tomaron en cuenta 10 artículos científicos en donde se determinó cual es el plan de tratamiento para los pacientes con hábitos bucales deformantes.

Los resultados para los cuatro objetivos planteados se establecieron mediante el cálculo de porcentaje, para lo cual se realizó una regla de tres simple, en donde la cantidad total de artículos representó el 100% y dependiendo de la cantidad de veces que se afirmaba un resultado se realizó el cálculo para obtener el valor porcentual expresado en los resultados.

6. Resultados

Tabla III. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentales en niños de 4 a 12 años. (Succión Digital). Elaborado por el autor.

HÁBITO	AUTOR/AÑO	RESULTADOS	(%)
SUCCIÓN DIGITAL	Mónica Zapata., et al (2014)		
	María González., (2012)		
	Miriam Illescas., et al (2019)		
	Mónica Dávalos., et al (2013)	➤ Mordida abierta anterior. ➤ Maloclusión clase II de Angle.	60%
	Myriam Carrillo., (2016)		
	Katherine Delgado., et al (2019)		
	Alarcón Andrea., (2017)		
	Arison Acosta., et al (2021)		
	Juleysi Arias Ladines., et al (2018)	➤ Mordida cruzada anterior. ➤ Mordida cruzada posterior.	40%
	Murrieta Mariela., et al (2018)		
TOTAL			100%
DEGLUCIÓN ATÍPICA	Miriam Illescas., et al (2019)		
	Mónica Dávalos., et al (2014)		
	Tanya Moreira., et al (2018)	➤ Mordida abierta anterior.	
	Carlos Jiménez (2018)	➤ Mordida cruzada posterior.	70%
	Vanessa Blanco., et al (2013)	➤ Apiñamiento	
	Ledia Martín., et al (2012)		
	Luis Zambrano (2017)		
	Andrea Alarcón (2013)	➤ Mordida abierta posterior.	
Jonatan Jiménez (2016)	➤ Clase II de Angle.	30%	
Andrea Alarcón (2013)	➤ Mordida abierta lateral		
TOTAL			100%
RESPIRACIÓN ORAL	Miriam Illescas., et al (2019)		
	Clotilde Mora Pérez., et al (2017)	➤ Maloclusión clase II.	
	Zoila Podadera., et al (2013)	➤ Mordida cruzada posterior	50%
	Carmen Chauca., et al (2018)		
	Mónica Dávalos., et al (2014)		
	Zoila Podadera., et al (2013)		
	Nancy Simoes (2018)	➤ Mordida abierta anterior.	40%
Guillermo Flores., et al (2012)			

		Leticia Orozco., et al (2016)	
ONICOFAGIA	Guillermo Flores., et al (2012)	➤ Apiñamiento. ➤ Mal posición dentaria	10%
	TOTAL		100%
	Parra., et al (2012)	➤ Desgaste de las zonas involucradas, problemas estomacales, onicomicosis y paroniquia.	66,66%
	Miriam Illescas., et al (2019)		
Cindy Mendoza Farfán (2021)			
Lorena Cano., et al (2018)			
Sandra Parra., et al (2018)			
Angie Figueroa., (2020)	➤ Sensibilidad dental.	16,66%	
		TOTAL	100%

La onicofagia tiene otro tipo de repercusiones a nivel oral, no se relaciona directamente con las maloclusiones dentales. En el estudio de Cindy Mendoza., (2021) si se relaciona, sin embargo no existe suficiente evidencia científica que lo compruebe.

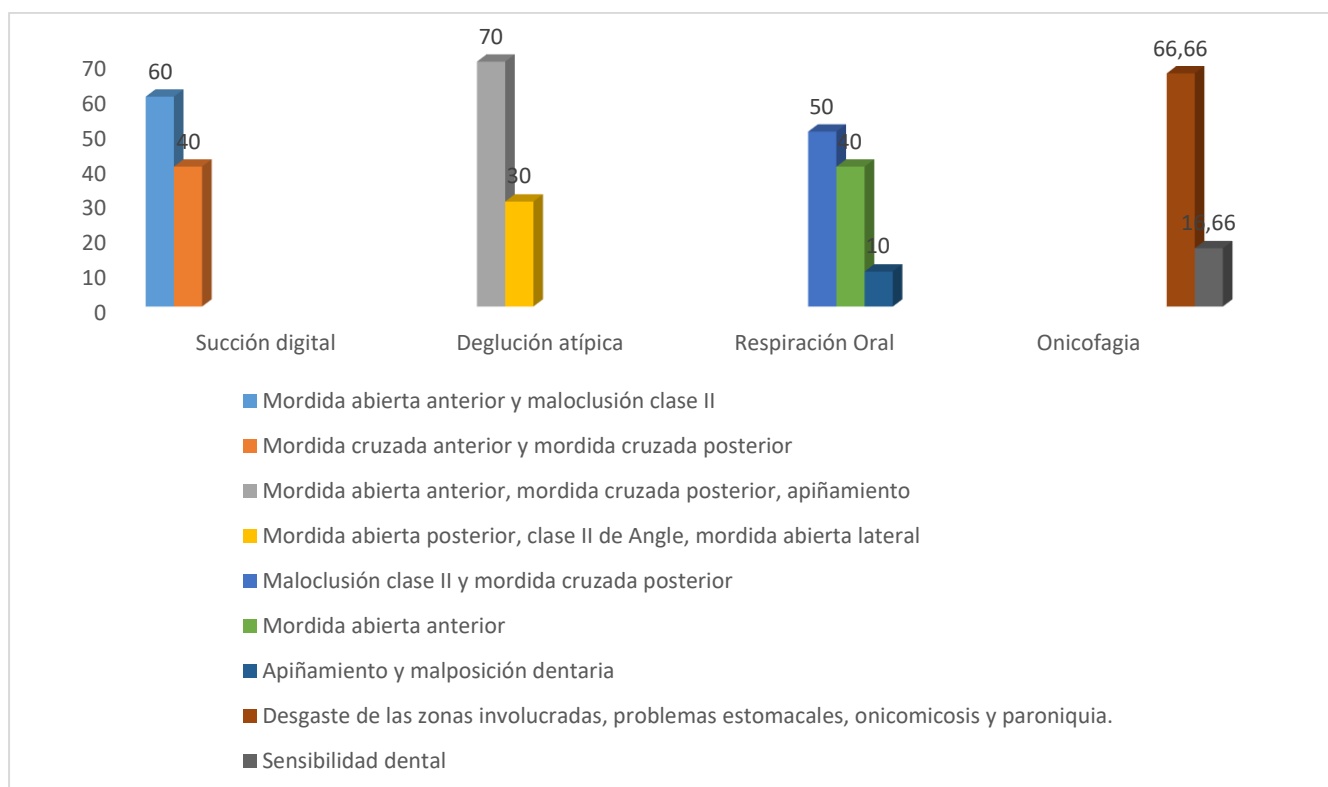


Figura 13. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones dentales en niños de 4 a 12 años. (Succión Digital). Elaborado por el autor.

Tabla IV. Frecuencia y porcentaje de los hábitos bucales deformantes. Elaborado por el autor.

Hábito	Maloclusión	Frecuencia	Porcentaje
Succión digital	Mordida abierta anterior. Maloclusión clase II de Angle.	6 artículos	60%
	Mordida cruzada anterior. Mordida cruzada posterior.	4 artículos	40%
Deglución Atípica	Mordida abierta anterior Mordida cruzada posterior. Apiñamiento	7 artículos	70%
	Mordida abierta posterior. Clase II de Angle. Mordida abierta lateral	3 artículos	30%
Respiración Oral	Maloclusión clase II. Mordida cruzada posterior	5 artículos	50%
	Mordida abierta anterior.	4 artículos	40%
	Apiñamiento y malposición dentaria	1 artículo	10%
Onicofagia	Desgaste involucrado, problemas estomacales, onicomicosis y paroniquia.	5 artículos	66,66%
	Sensibilidad dental.	1 artículos	16,66%

Interpretación

En el caso de **succión digital** se realizó el análisis de 10 artículos científicos que representan el 100%, de este total el 60% afirma que por succión digital se desarrolla mordida abierta anterior, y maloclusión clase II de Angle; el 40% mordida cruzada anterior, y mordida cruzada posterior. Así mismo en el caso de la **deglución atípica** se realizó el análisis de 10 artículos que corresponden al 100%, de los cuales el 70% afirma que se produce mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior y apiñamiento. Mientras que el 30% mordida abierta lateral, clase II de Angle y mordida abierta posterior.

Referente a los 10 artículos analizados para **respiración oral**, del 100% se determinó que el 50% afirman que se produce mordida cruzada posterior, y maloclusión Clase II de Angle, el 40% mordida abierta anterior y un 10% apiñamiento y mal posición dentaria.

En el caso de los 6 artículos analizados para **onicofagia** se determinó que el 66,66% afirma que se produce desgaste de las zonas involucradas, problemas estomacales, onicomycosis y paroniquia. Mientras que el 16,66% afirma que se produce sensibilidad dental.

Tabla V. Causas y consecuencias de los hábitos bucales deformantes en niños de 4 a 12 años de edad.
Elaborado por el autor.

HÁBITO	AUTOR/AÑO	CAUSAS	CONSECUENCIAS	PORCENTAJES
SUCCIÓN DIGITAL	Miriam Illescas., et al (2019)	➤ Trastornos emocionales	➤ Mordida abierta anterior.	66,66%
	María E, Solís Espinoza (2018)		➤ Maloclusión clase II de Angle.	
	María González., et al (2012)	➤ Lactancia materna deficiente.	➤ Mordida cruzada posterior.	33,33%
	➤ Lactancia artificial.	➤ Malposición dentaria.		
TOTAL				100%
DEGLUCIÓN ATÍPICA	Vanessa Blanco., et al (2013)	➤ Lactancia Artificial.	➤ Clase II de Angle	33,33%
	Andrea Alarcón (2013)		➤ Alimentación artificial inadecuada.	
	Ledia Zaldívar., et al (2010)	➤ Macroglosia.	➤ Mordida abierta anterior. ➤ Mordida abierta lateral. ➤ Mordida cruzada posterior. ➤ Malposición dental.	66,66%
TOTAL				
RESPIRACIÓN ORAL	Zoila Podadera., et al (2013)	➤ Reacciones alérgicas.	➤ Maloclusión clase II de Angle.	66,66%
	Clotilde Mora Pérez., et al (2017)			
	Nancy Andrade (2018)	➤ Desviación del tabique nasal.	➤ Mordida cruzada posterior. ➤ Mordida abierta anterior.	33,33%
TOTAL				
ONICOFAGIA	Eduardo Urrieta., et al (2018)	➤ Trastornos emocionales (Ansiedad y estrés, soledad, depresión, aburrimiento, falta de atención).	➤ Abrasión, erosión o astillamiento.	66,66%
	Lorena Cano, et al(2018)			
	Claudia Cecilia Restrepo Serna (2012)		➤ Aumento de caries en zonas afectadas. ➤ Desgaste del área del esmalte involucrada.	33,33%
TOTAL				

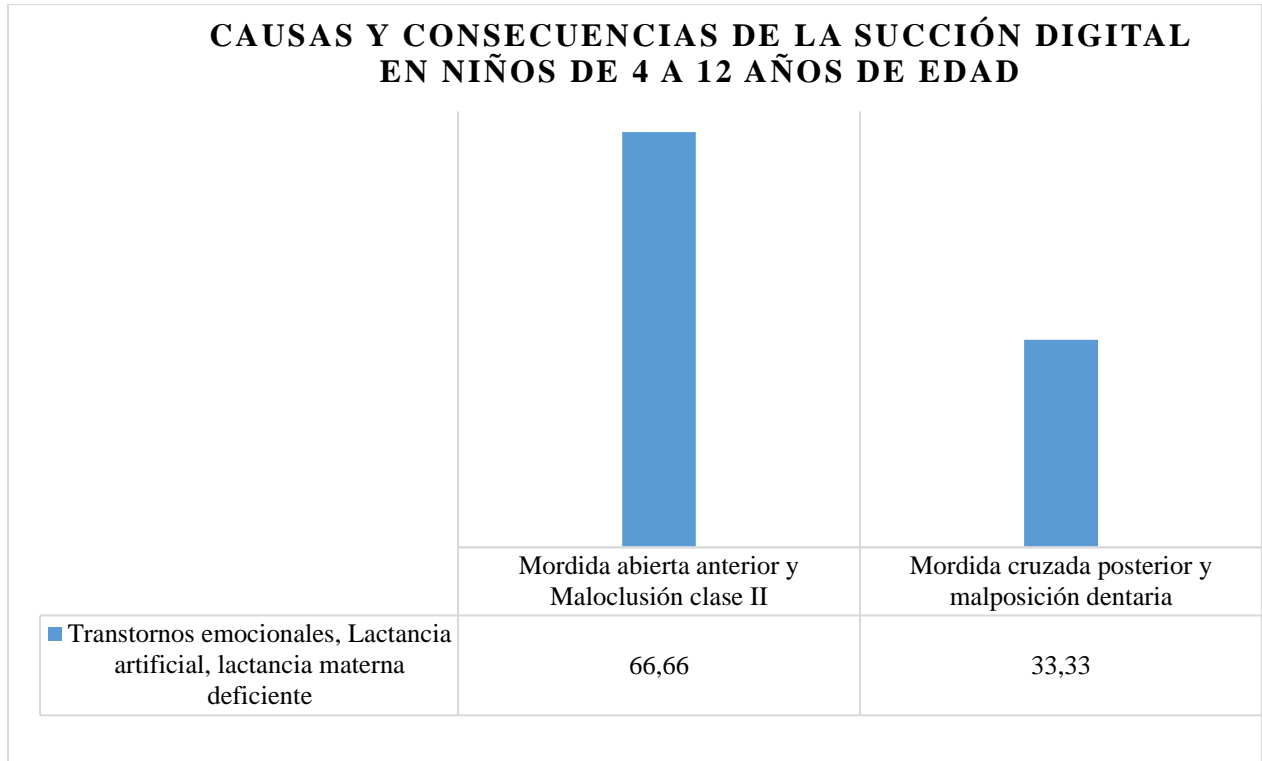


Figura 14. Causas y consecuencias de la succión digital en niños de 4 a 12 años.

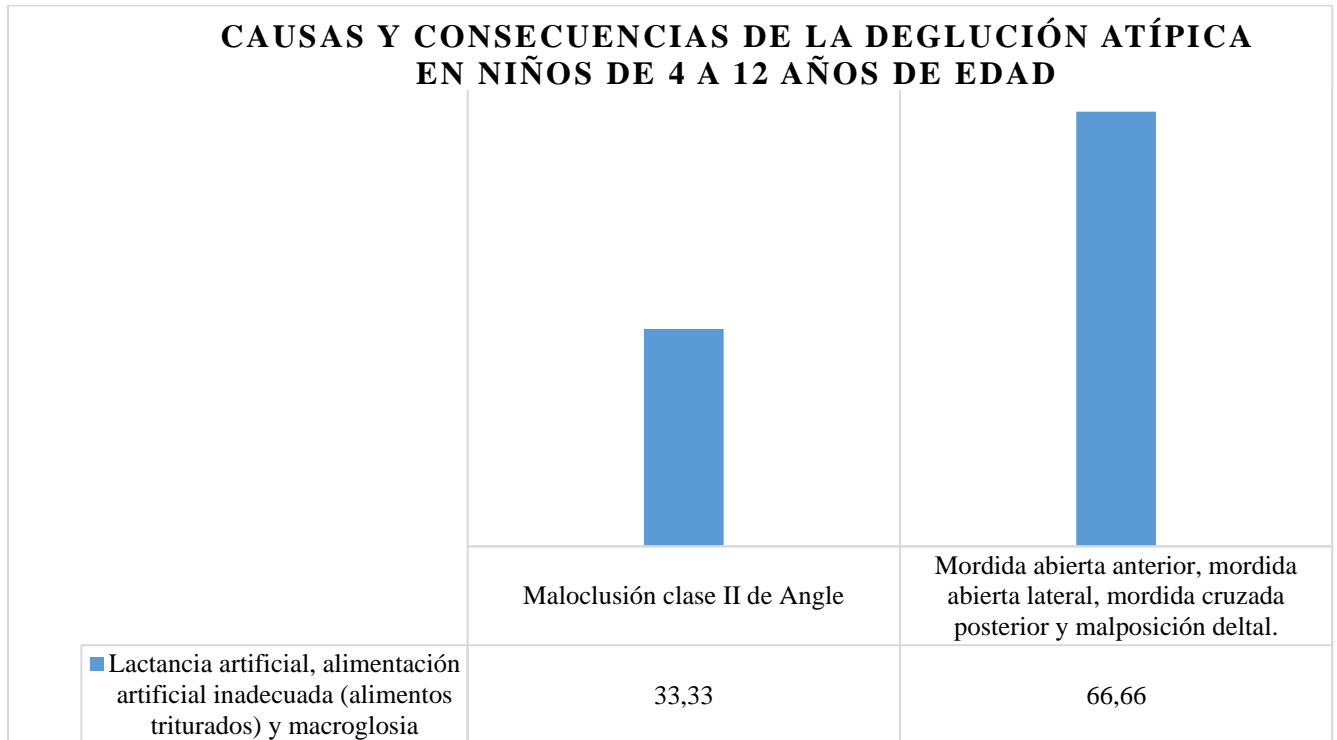


Figura 15. Causas y consecuencias de la deglución atípica en niños de 4 a 12 años.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA RESPIRACIÓN ORAL EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE EDAD

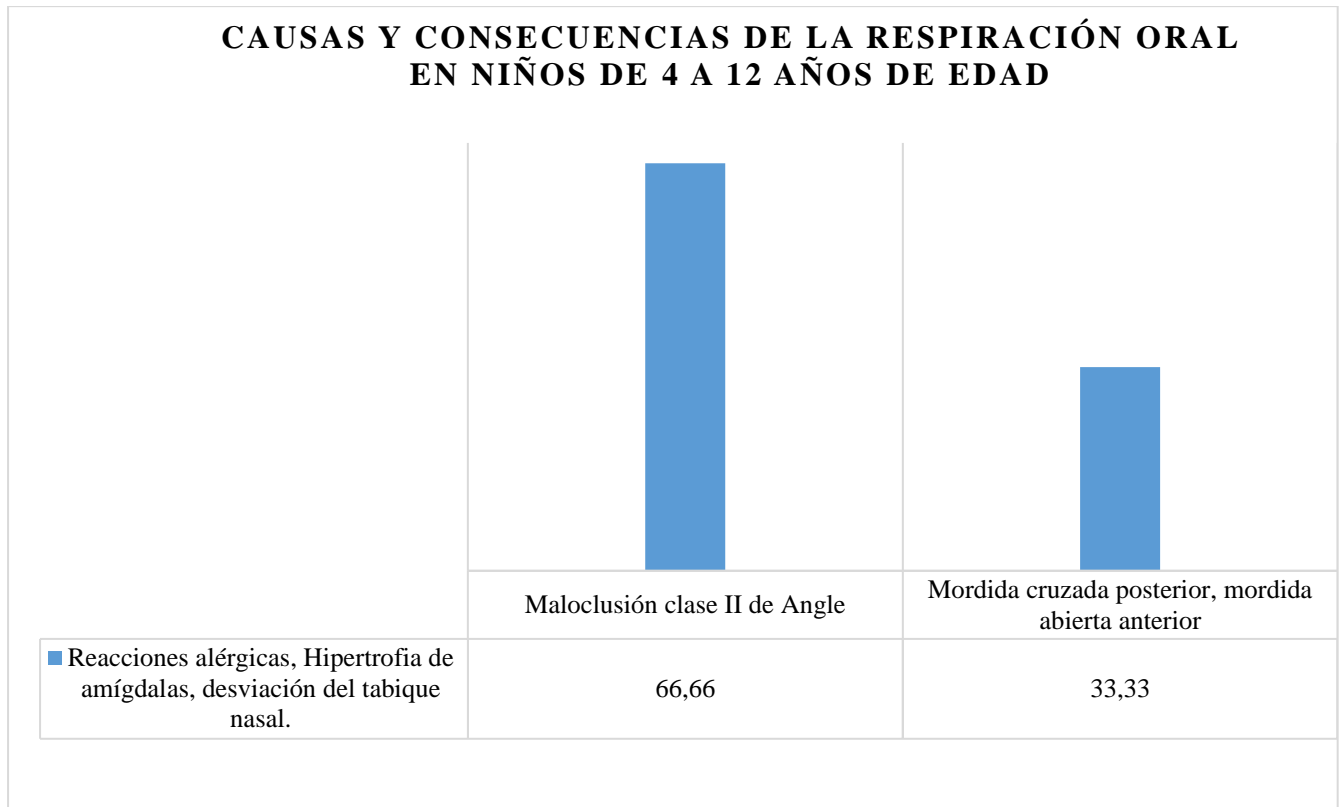


Figura 16. Causas y consecuencias de la respiración oral en niños de 4 a 12 años.

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ONICOFAGIA EN NIÑOS DE 4 A 12 AÑOS DE EDAD

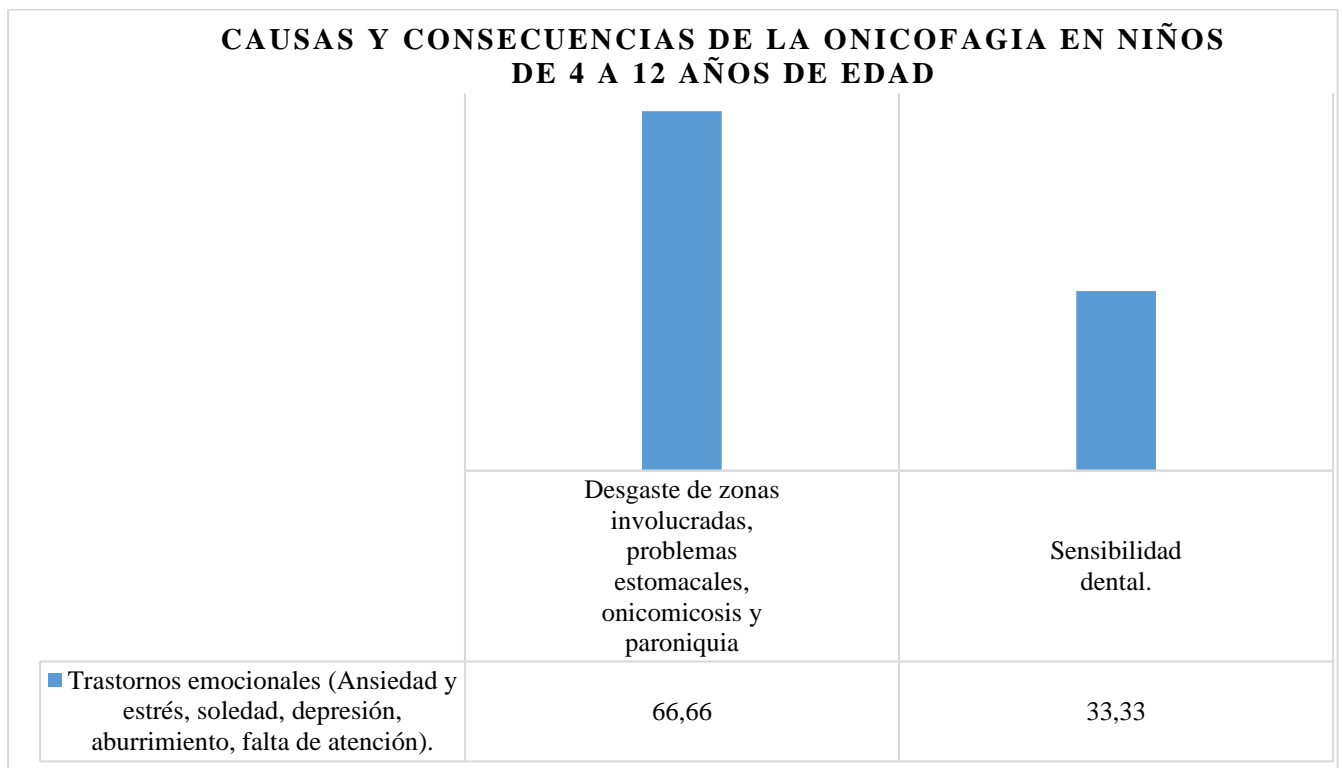


Figura 17. Causas y consecuencias de onicofagia en niños de 4 a 12 años.

Tabla VI. Frecuencia y porcentaje de las causas y consecuencias de los hábitos bucales deformantes. Elaborado por el autor.

Hábito	Maloclusión	Frecuencia	Porcentaje
Succión digital	Mordida abierta anterior y maloclusión clase II de Angle.	2 artículos	66,66 %
	Mordida cruzada posterior y malposición dentaria	1 artículos	33,33 %
Deglución Atípica	Mordida abierta anterior, mordida abierta lateral, mordida cruzada posterior, malposición dentaria.	2 artículos	66,66 %
	Clase II de Angle	1 artículos	33,33 %
Respiración Oral	Maloclusión clase II de Angle	2 artículos	66,66 %
	Mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior.	1 artículos	33,33 %
Onicofagia	Desgaste de las zonas involucradas, problemas estomacales, onicomycosis y paroniquia	2 artículos	66,66 %
	Sensibilidad dental	1 artículos	33,33 %

Interpretación

En la tabla III se describen los resultados en relación al objetivo N°2, determinar las causas y consecuencias de cada uno de los hábitos bucales deformantes. Se realizó el análisis de 12 artículos (3 artículos por cada hábito) mismos que representan el 100%, de este total en el caso de **succión digital** nos indican que es causada en un 100% por trastornos emocionales, lactancia artificial y lactancia materna deficiente. El 66,66% de los artículos indican que se llega a desarrollar mordida abierta anterior y maloclusión case II. Mientras que un 33,33% afirman que se llega a desarrollar mordida cruzada posterior y malposición dentaria.

En el caso de **deglución atípica** el 100% de los artículos afirman que es causada por lactancia artificial, alimentación artificial inadecuada (alimentos triturados) y macroglosia. El 66,66% de los artículos indican que se llega a desarrollar mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, mordida abierta lateral y malposición dentaria. Mientras que un 33,33% afirman que se desarrolla maloclusión clase II de Angle.

Así mismo, en el caso de la **respiración oral** el 100% de los artículos afirman que es causada por reacciones alérgicas, e hipertrofia de componentes del sistema respiratorio (adenoides, amígdalas, cornetes nasales). El 66,66% de los artículos afirman que llega a desarrollar maloclusión de Angle clase II y el 33,33% mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior

Finalmente, en el caso de la **onicofagia** 100% de los artículos analizados afirman que es causada por frustraciones psicológicas o trastornos emocionales como estrés, ansiedad, depresión, soledad, aburrimiento y necesidad de atención. Un 66,66% de los artículos afirman que se produce desgaste de zonas involucradas, problemas estomacales, onicomicosis y paroniquia y el 33,33% afirman que se produce sensibilidad dental.

Tabla VII. Tratamientos de los hábitos bucales deformantes en niños de 4 a 12 años de edad. Elaborado por el autor.

HÁBITO	MALOCCLUSION DENTARIA	AUTOR/AÑO	TRATAMIENTOS	PORCENTAJES
SUCCIÓN DIGITAL	➤ Mordida abierta anterior.	María González., et al (2012)	➤ Rejilla Lingual.	60%
	➤ Maloclusión clase II de Angle.	Romero Maroto, Martín., et al (2014)	➤ Terapia Miofuncional.	
	➤ Mordida cruzada posterior.	María Espinoza., et al (2018)	➤ Placa de Hawley con rejilla lingual.	40%
	➤ Malposición dentaria.	Juleysi Arias., et al (2019)	➤ Rodillo de Bluegrass.	
		Chung Muñoz., et al (2018)	➤ Terapia psicológica. ➤ Terapia con el fonoaudiólogo.	

			TOTAL	100%	
ONICOFAGIA	➤ Malposición dental.	Claudia Restrepo (2012)	Cecilia Serna	➤ Aditamentos intraorales.	20%
		Jinnah Mahelet., et al (2013)			
		Eréndira Cortés., et al (2017)		➤ Terapia psicológica.	80%
		Ojeda Leonard, et al (2014)		➤ Controles.	
			TOTAL	100%	
<hr/>					
DEGLUCIÓN ATÍPICA	➤ Mordida abierta anterior. ➤ Mordida abierta lateral. ➤ Mordida cruzada posterior. ➤ Clase II de Angle ➤ Malposición dental.	Andrea Margarita (2013)		➤ Trampa Lingual ➤ Ejercicios miofuncionales.	60%
		Sara Gil., et al (2016)			
		Vanessa Blanco., et al (2013)			
		Patricia Fernández., et at (2017)		➤ Placa de Hawley con rejilla lingual.	40%
		Carmen Lugo., et al (2012)			
			TOTAL	100%	
RESPIRACIÓN ORAL	➤ Maloclusión clase II de Angle. ➤ Mordida cruzada posterior. ➤ Mordida abierta anterior.	Carmen Lugo., et al (2012)		➤ Terapia miofuncional. ➤ Intervención del fonaudiólogo. ➤ Controles con el ortodoncista.	80%
		Nancy Andrade (2015)			
		Nuvia Rivera., et al (2017)			
		Rosa Briones (2022)		➤ Tratamiento quirúrgico para solucionar la causa obstructiva	20%
			TOTAL	100%	

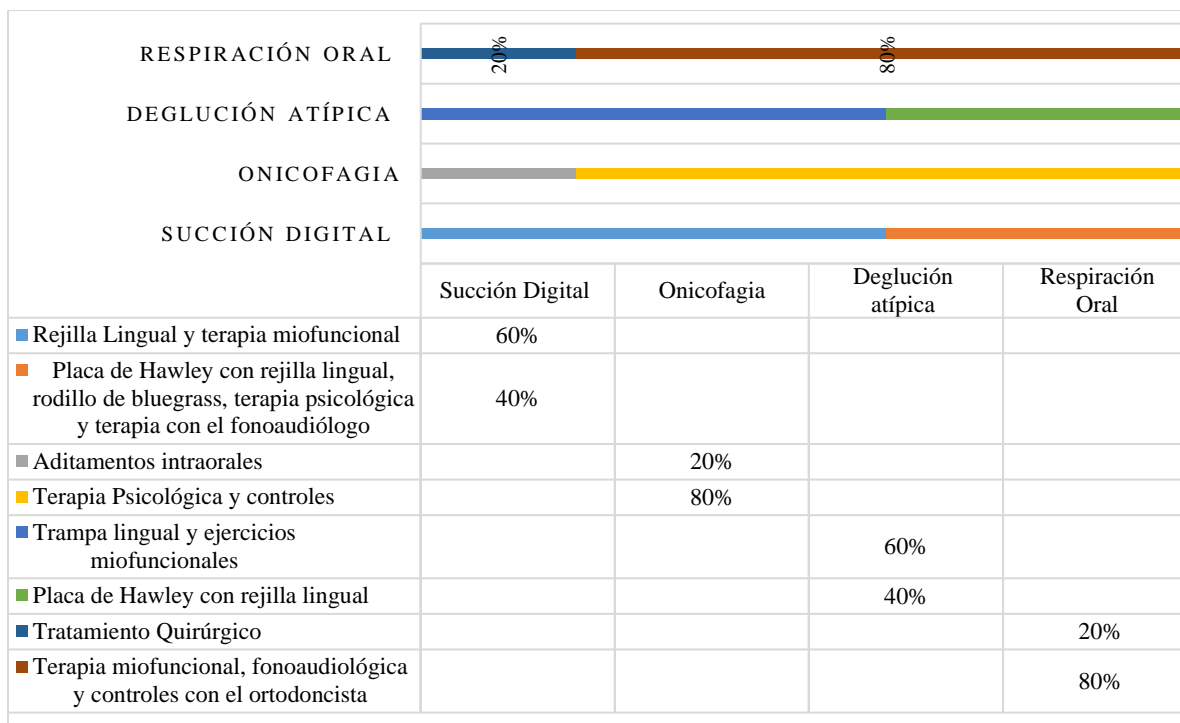


Figura 18. Tratamiento de los hábitos bucales deformantes en niños de 4 a 12 años.

Tabla VIII. Frecuencia y porcentaje de los tratamientos de hábitos bucales deformantes.

Hábito	Frecuencia	Porcentaje
Succión digital	3 artículos	60 %
	2 artículos	40 %
Deglución Atípica	3 artículos	60 %
	2 artículos	40 %
Respiración Oral	4 artículos	80 %
	1 artículo	20 %
Onicofagia	3 artículos	80 %
	1 artículo	20 %

Interpretación

En la tabla V se describen los resultados en relación al objetivo N°3, determinar el tratamiento de cada uno de los hábitos bucales deformantes. Se realizó el análisis de 19 artículos científicos. En el caso de **succión digital** se analizaron 5 artículos, que representan el 100% de los cuales el 60% afirma que el tratamiento ideal es la rejilla lingual ligada a terapia miofuncional, y un 40% afirma que resulta más eficaz instalar una placa de Hawley con rejilla lingual; un Quad de Helix con rejilla lingual o un rodillo de bluegrass ligados a la intervención del fonoaudiólogo y terapia psicológica

para un correcto tratamiento del hábito.

En el caso de **la deglución atípica**, se analizaron 5 artículos, que representan el 100% de los cuales el 60% afirma que el tratamiento ideal es la trampa lingual ligada a terapias miofuncionales, y un 40% afirma que resulta más eficaz instalar una placa de Hawley con rejilla lingual.

Así mismo en el caso de **la respiración oral**, se analizaron 5 artículos, que representan el 100% de los cuales el 80% determinan que el tratamiento ideal son las terapias miofuncionales, fonoaudiológicas y controles con el ortodoncista, y un 20% de los artículos afirman que se requiere una intervención quirúrgica.

Finalmente, en el caso de **la onicofagia** se analizaron 4 artículos, que representan el 100% de los cuales el 80% afirma que se requiere la intervención psicológica, mientras que el 20% determinan la necesidad de aditamentos intraorales que dificulten el posicionamiento de las uñas.

Tabla IX. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de 4 a 12 años de edad. Elaborado por el autor.

TÍTULO DE ARTÍCULO	AUTOR/AÑO	PREVALENCIA			
		Succión Digital	Deglución Atípica	Respiración Bucal	Onicofagia
1. Prevalencia de hábitos orales y sus consecuencias dentomaxilares en escolares.	Cristina Crespo, et al (2020)	19%	30,76%	26%	10%
2. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños.	Nerina Mesa (2017)	69,69%	62,87%	45,45%	23,67%
3. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática.	Sandra Parra., et al (2018)	23%	35%	15%	45%
4. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en escolares.	Irem Espinoza., et al (2015)	2,19%	N/R	0,20%	21%
5. Hábitos bucales y mal oclusiones en niños de 3 a 12 años de edad.	Katherine Mejía., et al (2017)	19%	N/R	31%	6%
6. Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones.	Yosvany Herrero., et al (2019)	8%	15%	10%	27%
7. Frecuencia de hábitos deformantes bucales en escolares de seis a nueve años.	Yadamí Álvarez., et al (2016)	3,5%	47,6%	1,7%	14%
8. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años.	Daniel Reyes., et al (2018)	37,20%	20,9%	13,5%	16,3%
9. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano postlacteico en niños con dentición temporal.	José León., et al (2019)	11,5%,	5,9%	1,6%	N/R
10. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en escolares.	Yadami Utria., et al (2016)	35%	N/R	12%	14%

NR: No refiere

Tabla X. Prevalencia de los hábitos bucales deformantes en niños de 4 a 12 años.

Hábito	Frecuencia	Porcentaje	Masculino	Femenino
Succión digital	4 artículos	40 %	75%	25%
Deglución Atípica	2 artículos	20 %	-	100%
Respiración bucal	1 artículos	10 %	100%	-
Onicofagia	3 artículos	30 %	75%	25%
		100%		

Interpretación

En la tabla IV se describen los resultados en relación al objetivo N°4, determinar cuáles son los hábitos bucales deformantes más frecuentes. Se realizó el análisis de 10 artículos científicos que representan el 100%, Del 100% de artículos analizados el 40% afirma que el hábito bucal deformante más frecuente es la succión digital; el 30% afirma que la onicofagia se presenta con mayor frecuencia. El 20% de los artículos afirman que la deglución atípica es más frecuente y solo

el 10% de los artículos afirman que la respiración bucal se presenta con mayor prevalencia en niños de 4 a 12 años de edad.

7. Discusión

La mayoría de los artículos revisados en esta investigación nos indican que sí existe relación entre los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones dentarias, siendo los hábitos considerados uno de los principales factores etiológicos que provocan maloclusiones y alteraciones del sistema estomatognático. Según el presente trabajo de investigación los hábitos bucales deformantes que se relacionan con las maloclusiones dentarias son la succión digital, deglución atípica y la respiración oral. Resultado que coincide con el estudio publicado por (*Illescas., et al 2017*) quien afirma que sí existe relación entre los hábitos bucales deformantes y las maloclusiones dentales en un 90% de los casos. Este resultado también puede ser corroborado según (*Mónica Zapata., et al 2015*) quien afirma que la mayoría de infantes que poseen hábitos bucales deformantes llegan a desarrollar maloclusiones dentarias a mediano o largo plazo. No obstante, (*Rodríguez., 2013*) afirma que las maloclusiones pueden aparecer sin que existan los hábitos bucales deformantes.

En la investigación realizada se pudo verificar que las causas más comunes para la instauración de los hábitos bucales deformantes son los trastornos emocionales, las frustraciones psicológicas, la lactancia materna deficiente y la lactancia materna artificial. Según el estudio de (*Reyes y Torres., 2014*), se determina que la lactancia materna deficiente causa hábitos perniciosos en un 85% y la lactancia artificial en un 15%. Resultados que coinciden con el estudio realizado por (*Alcívar Mejía., 2019*) donde se detectó una influencia de la lactancia materna deficiente en un 66,4%. Así mismo, diversos autores plantean que, si la lactancia materna no es satisfactoria, el niño tiende a chuparse el dedo o la lengua después de alimentarse, a morderse las uñas, el brazo, el labio, el pelo, colocarse objetos extraños en la boca.

(*Ortiz et al., 2010*) señala que el desarrollo de la succión digital y la succión del biberón están estrechamente relacionados con el periodo de lactancia que ha recibido el individuo, detallando que la succión digital estuvo más representada cuando la lactancia natural no superó los 6 meses. Estos resultados coinciden con lo publicado por (*López et al., 2015*) quienes coinciden en que experiencia negativa de lactancia es un factor potencial en la aparición de hábitos bucales deformantes, coincidiendo así mismo con lo planteado por (*Rodríguez y Ariosa., 2017*).

Mientras que en el estudio de *Reyes y Rosales (2017)*, se encontró un predominio de la lactancia artificial en un 63.3% y la lactancia materna deficiente en un 36,7%. Estos resultados son reafirmados por (*Vergara., et al 2014*) que afirma que la lactancia artificial produce la instauración

de hábitos bucales deformantes en un 86,66%.

No obstante, en el estudio publicado por (Solano.,2017) también se detalla que los hábitos son producidos por momentos de estrés, falta de atención de sus padres, imitación de hábitos, malos hábitos alimentarios adquiridos en el medio donde conviven, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional. Esto coincide con lo planteado con (Medina et al., 2011) quien también considera que algunos de los puntos que causan un hábito bucal deformante son los momentos de soledad, depresión, estrés y falta de atención por parte de los padres del niño. Por lo tanto, existe concordancia entre los resultados obtenidos en esta investigación y los resultados obtenidos por diferentes autores.

Así mismo, la revisión bibliográfica realizada tuvo como hallazgo que las maloclusiones más relacionadas con los hábitos bucales deformantes son la mordida abierta anterior, maloclusion clase II de Angle y mordida cruzada posterior. Resultados que coinciden con el estudio de *María González (2012)* en el que se expresa que la maloclusion más relacionada con los hábitos bucales deformantes es la mordida abierta anterior, presentándose como consecuencia de casi todos los hábitos bucales deformantes a excepción de la onicofagia. Dichos resultados pueden ser comparados con los de *Katherine Delgado., et al (2019)* quien nos menciona que se en gran cantidad de los infantes con hábitos bucales deformantes se llega a desarrollar mordida abierta anterior, teniendo mayor relación con la succión digital y menor relación con la respiración oral. Así mismo en el estudio de *Myriam Castillo., et al (2016)* se menciona con mayor frecuencia son la mordida abierta anterior y la maloclusión clase II de Angle. Por lo tanto, los resultados obtenidos en esta investigación coinciden en su gran mayoría con otros autores.

De igual manera, se determinó que el tratamiento para los hábitos bucales deformantes debe ser multidisciplinario para poder realizar un correcto abordaje del hábito. Resultados que coinciden con la mayoría de artículos revisados como el estudio de (*Carmen Medina., et al 2012*) quien manifiesta los diferentes tratamientos de los hábitos bucales deformantes y la necesidad de complementarlos con terapia miofuncional, psicológica y terapia fonoaudiológica según sea el caso. Lo que también es acotado por (*Margarita Pachecho., 2019*) quien menciona que se requiere la intervención de un equipo de diferentes profesionales para el abordaje del hábito.

Seguidamente en la investigación realizada se encontró que la succión digital es el hábito más frecuente con un 40% de prevalencia, seguido de la onicofagia con un 30%, deglución atípica con

un 20% y finalmente respiración oral con un 10%. En el estudio de (*Pérez Acosa et al., 2013*) se expresa que la succión digital está presente en más de 50 % de los niños pequeños, resultando tan común en la infancia que llega a ser considerado normal hasta los 3 años. Así también, de acuerdo a (*Murrieta Pruneda et al., 2011*) en un estudio realizado en Chile donde se involucran niños de 3 a 6 años de edad, se plantea que la succión digital es el hábito que más prevalece en estas edades. Se encontraron diferentes estudios que afirman que la Onicofagia es más frecuente frente a los otros hábitos bucales deformantes. En el estudio de (*Lorena Cano., et al., 2018*) propone que la onicofagia es el hábito más frecuente en escolares con un 35%, seguido por la respiración bucal 9,5% y la succión digital 8,5%. Resultados que coinciden con (*Aguilar et al. 2016*) quienes encontraron que la onicofagia es el hábito más frecuente es la Onicofagia con un 44%, en segundo lugar la respiración bucal con un 37,2% y en tercero la succión digital 3,9%. Sin embargo, estos resultados no coinciden con el estudio publicado por (*Parra y Mendoza., 2018*) donde se observa que el hábito bucal deformante con mayor frecuencia es la deglución atípica con un 38,34%, seguido por la succión digital con un 36%, la respiración oral con un 34% y la Onicofagia con un 24%. Mas sin embargo, (*Medina y cols, 2014*); observaron en su investigación un número superior de niños con Succión Digital seguido de la Respiración Bucal con el 41.3% y 33.3% respectivamente.

8. Conclusiones

- En el presente estudio se determinó que existe relación entre los hábitos de succión digital, deglución atípica y respiración bucal con las maloclusiones.
- Los hábitos bucales deformantes como la succión digital y la deglución atípica pueden ser provocados por causas funcionales como la lactancia materna deficiente, lactancia materna artificial y trastornos emocionales o psicológicos. Mientras que, en el caso de la respiración oral es provocada por causas no funcionales como la hipertrofia de los componentes del sistema respiratorio y reacciones alérgicas.
- La succión digital tiene mayor relación con la deglución atípica y menor relación con la respiración oral; la maloclusión clase II tiene mayor relación con la succión digital y menor relación con la deglución atípica y finalmente la mordida cruzada posterior tiene mayor relación con la deglución atípica.
- Los hábitos bucales deformantes como la succión digital, deglución atípica y la respiración bucal deben tener un tratamiento interdisciplinario a través del uso de aparatología ortopédica según sea el caso, terapia miofuncional, terapia fonoaudiológica y terapia psicológica para poder realizar un correcto abordaje del hábito bucal deformante.
- El hábito bucal más prevalente en niños de 4 a 12 años de edad es la succión digital con una frecuencia del 40% seguido de la onicofagia con 30%, deglución atípica 20% y respiración bucal 10%, presentándose con mayor frecuencia en el género masculino que en el femenino según el trabajo de investigación.

9. Recomendaciones

- Detectar y tratar los hábitos bucales deformantes de manera temprana para evitar que se desarrollen maloclusiones dentarias a mediano o largo plazo.
- Implementar campañas de prevención sobre los hábitos bucales deformantes para así concientizar los entornos familiares y sociales de los niños.
- Desarrollar una investigación sobre la prevalencia de los hábitos bucales deformantes en el Ecuador, debido a la escasa información existente en la localidad.

10. Bibliografía

- Afectación de la maloclusión en la calidad de vida del paciente odontopediátrico | Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España | RCOE. (2018). <https://rcoe.es/articulo/48/afectacion-de-la-maloclusion-en-la-calidad-de-vida-del-paciente-odontopediatrico>
- Almandoz Calero, A. (2011). Clasificación de maloclusiones. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*, 59. <http://cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMANDOZCALERO.pdf>
- Carmen Lugo, & Irasema Toyo. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>
- Cecilia, C., & Serna, R. (2011). *Treatment of onychophagia in children : Systematic review. 1*, 93–101.
- Chamorro, A. F., García, C., Mejía, E., Viveros, E., & Soto, L. (2016). Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle Frequently oral habits in patients the area of pediatric dentistry at. *CES Odontologia*, 29(2), 11. <file:///C:/Users/danni/Downloads/Dialnet-HabitosOralesFrecuentesEnPacientesDelAreaDeOdontop-5759180.pdf>
- Di Santi de Modano, Juana, Vázquez, V. B. (2003). Maloclusión Clase I_ Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>
- Espinoza, M. (2018). Succión digital: repercusiones y tratamiento. *Revista Odontología Pediátrica*, 17(1), 42–51.
- Gabriela González Pérez, & Laura Marrero Fuenmayor. (2012). Mordida cruzada anterior. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 233–237. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-18/>
- García, G. (2011). Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucales en edades tempranas

- Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1–17.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-18/>
- García, M. C. M. (2014). *EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN NIÑOS DE 7 AÑOS CON HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL*.
- González, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1–12. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>
- González, M., & Rodríguez, L. (2018). Prevalencia, tipos y factores etiológicos de apiñamiento mandibular tardío en pacientes de ortodoncia en Tabasco, México, 2015-2016. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 6(1), 22–27.
- Hu, L., Chen, J., Pan, Z., Deng, J., Yu, R., & Xing, X. (2014). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Journal of the American Ceramic Society*, 97(5), 1386–1388. <https://doi.org/10.1111/jace.12932>
- Lima, M., Rodríguez, A., & García, B. (2019). Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. *Rev. Cubana Estomatología*, 56(2), 1–14.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200009
- Mandibular Tardío, A., en Ortodoncia, E., Gabriela González Amaral Directora, M., & Luz Verónica Rodríguez López Villahermosa, C. (2017). *UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD PREVALENCIA, TIPOS Y FACTORES ETIOLÓGICOS EN Tesis para obtener el diploma de la especialidad en: Presenta.*
- Medina, C., Laboren, M., Vilorio, C., Quirós, O., D'Jurisic3, A., Alcedo, A., Molero, L., & Tedaldi, J. (2012). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1–29.
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
- Mercado, S., Mamani, L., Mercado, J., & Tapia, R. (2018). Malocclusion and Quality of Life in Adolescents. *Kiru*, 15(2), 94–98.

- Navas, C. (2012). Hábitos Orales. *Carta de La Salud*, 189, 1–4.
- Palacios Hidalgo, L. A. (2013). *Prevalencia de las maloclusiones de Angle*. 100.
- Paredes Gallardo, V., & Paredes Cencillo, C. (2005). Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *Anales de Pediatría*, 62(3), 261–265. <https://doi.org/10.1157/13071842>
- Parra, A. O., Ortod, R., García, N. J., Clara, M., & Álvarez, L. (2013). *Hábitos orales comunes : revisión de literatura . Parte I*.
- Pipa Vallejo A.*, Cuerpo García de los Reyes P.**, López-Arranz Monje E.***, González García M.****, Pipa Muñiz I.*****, A. P. A. *****. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Scielo*. <https://doi.org/10.1080/00033799300200371>
- Pipa Vallejo, A., Cuerpo García de los Reyes, P., López-Arranz Monje, E., González García, M., Pipa Muñiz, I., & Acevedo Prado, A. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Avances En Odontostomatología*, 27(3), 137–145. <https://doi.org/10.4321/s0213-12852011000300004>
- Simoés Andrade, N. (2015). Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>
- Suárez Gómez, L., Castillo Hernández, R., Déborah, R., Reyes, B., Santana Méndez, A. T., & Monteagudo, Y. V. (2018). *Oclusion Dentaria En Pacientes Con Maloclusiones Generales: Asociación Con El Estado Funcional Del Sistema Estomatognático*. 22(1), 53–63. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000100007
- Vanessa Blanco Reyes. (2013). *Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>
- Zapata-Dávalos, M., & Anhelía-Ramírez, S. (2017). Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años TT - Oral habits and its relation to dental malocclusions in children from 6 to 12 years old. *Kiru*, 11(1), 16–24. http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf

Afectación de la maloclusión en la calidad de vida del paciente odontopediátrico | Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España | RCOE. (2018). <https://rcoe.es/articulo/48/afectacion-de-la-maloclusion-en-la-calidad-de-vida-del-paciente-odontopediatrico>

Almandoz Calero, A. (2011). Clasificación de maloclusiones. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 59. <http://cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMANDOZCALERO.pdf>

Carmen Lugo, & Irasema Toyo. (2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>

Cecilia, C., & Serna, R. (2011). Treatment of onychophagia in children : Systematic review. 1, 93–101.

Chamorro, A. F., García, C., Mejía, E., Viveros, E., & Soto, L. (2016). Hábitos orales frecuentes en pacientes del área de Odontopediatría de la Universidad del Valle Frequently oral habits in patients the area of pediatric dentistry at. CES Odontologia, 29(2), 11. <file:///C:/Users/danni/Downloads/Dialnet-HabitosOralesFrecuentesEnPacientesDelAreaDeOdontop-5759180.pdf>

Di Santi de Modano, Juana, Vázquez, V. B. (2003). Maloclusión Clase I_ Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>

Espinoza, M. (2018). Succión digital : repercusiones y tratamiento. Revista Odontología Pediátrica, 17(1), 42–51.

Gabriela González Pérez, & Laura Marrero Fuenmayor. (2012). Mordida cruzada anterior. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 233–237. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-18/>

García, G. (2011). Etiología y Diagnóstico de pacientes Respiradores Bucles en edades tempranas - Revisión bibliográfica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría, 1–17.

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-18/>

García, M. C. M. (2014). EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN NIÑOS DE 7 AÑOS CON HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.

González, M. F., Guida, G., Herrera, D., & Quirós, O. (2012). Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1–12. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>

González, M., & Rodríguez, L. (2018). Prevalencia, tipos y factores etiológicos de apiñamiento mandibular tardío en pacientes de ortodoncia en Tabasco, México, 2015-2016. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 6(1), 22–27.

Hu, L., Chen, J., Pan, Z., Deng, J., Yu, R., & Xing, X. (2014). Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Journal of the American Ceramic Society*, 97(5), 1386–1388. <https://doi.org/10.1111/jace.12932>

Lima, M., Rodríguez, A., & García, B. (2019). Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos. *Rev. Cubana Estomatología*, 56(2), 1–14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072019000200009

Mandibular Tardío, A., en Ortodoncia, E., Gabriela González Amaral Directora, M., & Luz Verónica Rodríguez López Villahermosa, C. (2017). UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD PREVALENCIA, TIPOS Y FACTORES ETIOLÓGICOS EN Tesis para obtener el diploma de la especialidad en: Presenta.

Medina, C., Laboren, M., Vilorio, C., Quirós, O., D´Jurisic3, A., Alcedo, A., Molero, L., & Tedaldi, J. (2012). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 1–29. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>

Mercado, S., Mamani, L., Mercado, J., & Tapia, R. (2018). Malocclusion and Quality of Life in Adolescents. *Kiru*, 15(2), 94–98.

Navas, C. (2012). Hábitos Orales. *Carta de La Salud*, 189, 1–4.

- Palacios Hidalgo, L. A. (2013). Prevalencia de las maloclusiones de Angle. 100.
- Paredes Gallardo, V., & Paredes Cencillo, C. (2005). Prevalencia de los hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. *Anales de Pediatría*, 62(3), 261–265. <https://doi.org/10.1157/13071842>
- Parra, A. O., Ortod, R., García, N. J., Clara, M., & Álvarez, L. (2013). Hábitos orales comunes : revisión de literatura . Parte I.
- Pipa Vallejo A.*, Cuerpo García de los Reyes P.**, López-Arranz Monje E.***, González García M.****, Pipa Muñoz I.*****, A. P. A. *****. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. Scielo. <https://doi.org/10.1080/00033799300200371>
- Pipa Vallejo, A., Cuerpo García de los Reyes, P., López-Arranz Monje, E., González García, M., Pipa Muñoz, I., & Acevedo Prado, A. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Avances En Odontostomatología*, 27(3), 137–145. <https://doi.org/10.4321/s0213-12852011000300004>
- Simoes Andrade, N. (2015). Respiración bucal diagnóstico y tratamiento ortodóntico interceptivo como parte del tratamiento multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-2/>
- Suárez Gómez, L., Castillo Hernández, R., Déborah, R., Reyes, B., Santana Méndez, A. T., & Monteagudo, Y. V. (2018). Oclusion Dentaria En Pacientes Con Maloclusioines Generales: Asociación Con El Estado Funcional Del Sistema Estomatognático. 22(1), 53–63. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432018000100007
- Vanessa Blanco Reyes. (2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/art-16/>
- Zapata-Dávalos, M., & Anselia-Ramírez, S. (2017). Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años TT - Oral habits and its relation to dental malocclusions in children from 6 to 12 years old. *Kiru*, 11(1), 16–24. http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2014/kiru_v11/Kiru_v.11_Art.3.pdf

11. Anexos

Anexo 1. Matriz Bibliográfica

Nº	Título	Año	Autor	Propósito	Tipo de estudio	Población y muestra	Medición de variables	Resultados	Conclusiones
1	Maloclusiones dentarias y su relación con los hábitos bucales lesivos.	2019	Miriam Verónica Lima Illescas Agustín Rodríguez Soto., Brisma yda García González	Analizar los factores relacionados con las maloclusiones dentarias como los hábitos bucales lesivos en niños, en función de la frecuencia y duración de la succión nutritiva y no nutritiva, respiración por la boca y el empuje lingual atípico.	Revisión Bibliográfica	65 artículos de las bases de datos digitales Pubmed, Lilacs, Ibecs y Cumed correspondiente a los últimos 5 años.	*Hábitos bucales lesivos *Tipos de maloclusiones	La mayoría de las investigaciones han dedicado sus estudios a hábitos de succión nutritivos y no nutritivos y su relación con las manifestaciones de distintas maloclusiones de acuerdo con la prolongación del hábito	Numerosas investigaciones se han realizado para asociar la duración de los hábitos de succión nutritivos y no nutritivos con maloclusiones, sin considerar la frecuencia de estos, además existe una reducida información científica en las bases electrónicas exploradas en lo que refiere a estudios de respiración por la boca y empuje lingual atípico en los niños.
	Hábitos orales	2013	Andrea Ocampo Parra,	Revisar los hábitos	Revisión bibliográfica	-	*Hábitos bucales	-	Los hábitos orales nocivos llevan a

	comunes: revisión de literatura. Parte I		Res. Ortod. Natalia Johnson García, Ortod., María Clara Lema Álvarez, Ortod	bucales más frecuentes					maloclusiones y estas dependerán de la frecuencia, fuerza y duración de los hábitos.
2	Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años	2014	Mónica Zapata-Dávalos., Ana Lavado - Torres., Shilla Ancheli a Ramírez	Relacionar la prevalencia de los hábitos bucales con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años en la Institución Educativa “Los Educadores”.	Estudio descriptivo, prospectivo, transversal y clínico.	Muestreo aleatorio sistemático a 154 niños de 6 a 12 años de la Institución Educativa “Los Educadores”, ubicado en el distrito de San Luis, Lima.	*Edad de los niños (6 a 12 años) *Sexo. *Hábitos bucales lesivos. *Maloclusiones dentarias.	El hábito bucal prevalente fue la onicofagia (25,3%). La maloclusión predominante fue la clase I (71,4%), seguida por la clase II división 1 (20,1%), luego la clase III (7,8%) y la clase II división 2 (0,6%). No hubo relación entre los hábitos bucales y el sexo, sin embargo, se encontró una	Existe relación entre los hábitos bucales succión digital y deglución atípica con la maloclusión dentaria vertical mordida abierta anterior.

								relación significativa de la deglución atípica (p=0,002) y succión digital (p	
3	La maloclusión y su relación con los hábitos bucales no fisiológicos	2019	Shirley Ximena Arteaga Espinoza; Eric Dionisio Chusino Alarcón; Miguel Carrascos Sierra; Doris María Bravo Cevallos	Evaluar la maloclusión relacionada con los hábitos bucales no fisiológicos.	Estudio Observacional	Muestreo de 65 pacientes con edades comprendidas entre 3 y 10 años que asisten a las clínicas privadas del Cantón de Manta.	*Edad de los niños (3 a 10 años). *Sexo. *Hábitos bucales lesivos. *Maloclusiones dentarias.	Dominio de la maloclusión de Angle bilateral de clase I en el 73% de la población atendida y un 20% en la clase III y el menor porcentaje en la clase II con el 7% de los casos.	Existe mayor frecuencia de la clase I canina, ya sea en caninos permanentes o temporales, seguida por la clase III y la clase II respectivamente y en relación a la clase I molar y la clase I canina fueron las más frecuentes, tanto en niñas como en niños.

4	Hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario	2017	Merly Tongo Alarcón	Determinar la relación entre los hábitos bucales y maloclusiones dentales en los estudiantes del nivel secundario.	Estudio observacional, prospectivo, transversal	La población muestral estuvo constituida por 85 estudiantes.	*Edad de la muestra. *Hábitos orales lesivos. *Maloclusiones dentarias.	Respecto a los hábitos bucales el 48.2% no presentó ningún hábito bucal; el 15.3% respiración bucal; el 10.6% succión digital; el 9.4% presentaron onicofagia y bruxismo y el 3.5% presentaron deglución atípica y succión de labio.	Concluyendo que sí existe relación entre hábitos bucales y maloclusiones dentales en estudiantes del nivel secundario
5	Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria		Carmen T. Medina A., María L. Laboren S., Carolina Vilorio R. Oscar Quirós A. Aura	Evaluar la maloclusión relacionada con los hábitos bucales fisiológicos y no fisiológicos.	Revisión Bibliográfica	Revisión bibliográfica.	*Hábitos bucales lesivos. *Tipos de maloclusiones dentarias.	Más de 60 % de los niños examinados presentó algún tipo de hábito y que existe una relación entre los hábitos bucales y la presencia de maloclusiones, aunque no son estos un factor indispensable	La identificación oportuna de hábitos bucales no fisiológicos en la población infantil es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de maloclusión que pueda instaurarse en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo

			D'Jurisic,					para la aparición de las mismas.	
6	Presencia de hábitos orales en pacientes con maloclusiones de 4 a 14 años, Cali, Colombia	2020	Nataly Johanna Mora Zuluaga Katherin Torres Trujillo Natalia Aragón Libia Soto Llanos	El objetivo de este estudio fue describir la presencia de hábitos orales no fisiológicos y evaluar su relación con los diferentes tipos de maloclusión.	Estudio descriptivo de corte transversal	Se incluyeron 77 niños entre los 4 y 14 años, de 2018 a 2019.	*Edad de los niños (4 y 14 años). *Hábitos bucales lesivos. *Tipo de dentición. *Sexo. *Maloclusiones dentarias.	La distribución según el tipo de dentición fue temporal 20,8%, mixta 71,4% y permanente 7,8%. La presencia de hábitos predominó en mujeres. La interposición lingual fue el hábito más frecuente en pacientes con los tres tipos de maloclusión, seguido del rechinar nocturno para pacientes con maloclusión clase Aquellos con mordida profunda presentaron rechinar nocturno en un	Se encontró mayor frecuencia de hábitos orales no fisiológicos en pacientes en dentición mixta. No hubo relación estadística entre los hábitos orales y la presencia de maloclusión.

								16% y los de mordida abierta interposición lingual en un 54,4%.	
7	Hábitos que promueven en maloclusiones en infantes	2019	Silva Rivera Lizbeth ; Esquivel Varrigal; García Muñoz Alejandro Espinoza; Chico José Carlos	Este artículo es una revisión de la bibliografía y tiene como fin comparar la información para evitar el desarrollo de malformaciones orales promovidas por malos hábitos a largo plazo.	Estudio de revisión.	Artículos y revistas especializadas sobre el tema, al igual que una búsqueda sistemática en la base de datos Pubmed en la cual se tomaron los 20 más representativos.	*Hábitos bucales lesivos. *Tipos de maloclusión .	Existen diferentes tipos de hábitos que van a provocar distintos tipos de maloclusiones, las causas más frecuentes llegan a ser por violencia o desapego de los padres que afecta a los niños. Por lo tanto es importante retirarlos a tiempo para evitar daños mayores.	Es importante conocer los hábitos orales más frecuentes así como sus causas, su tratamiento y el como prevenir maloclusiones a causa de estos, ya que si estos hábitos se detectan en una etapa temprana y se da un tratamiento preventivo va a evitar problemas graves a largo plazo por lo que se recomienda revisiones periódicas cada 6 meses como una manera preventiva.
8	Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión	2012	María Fernanda González, Gianfra	Señalar la importancia de detectar los hábitos a temprana edad, y los	Estudio de revisión.	Artículos de base de datos digitales, con 5 artículos	*Hábitos bucales lesivos. *Tipos de maloclusión .	-	Una de las principales causas de las maloclusiones en la etapa del crecimiento son los

	digital, hábito de deglución, etc Revisión bibliográfica		nco Guida, Diana Herrera . Oscar Quirós	más comunes.		representativos.			hábitos bucales (no fisiológicos).
9	Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia	2011	Aguilar Roldán M., Nieto Sánchez I., De la Cruz Pérez J.	Relacionar, mediante un análisis multivariante, la presencia de distintos hábitos orales con la aparición de maloclusión .	Estudio descriptivo o transversal .	525 pacientes que acudieron a la consulta de Ortodoncia del Hospital San Rafael.	Se cruzaron las siguientes variables: edad, sexo, raza, dentición, hábitos, biotipo, clase ósea, clase molar y canina, resalte, sobremordida, dientes incluidos, impactados y supernumerarios, mordida cruzada, mordida en tijera y mordida abierta.	Se muestran en la tabla del artículo.	Se concluyó que: la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que pacientes de clase I ósea.

10	Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones.	2011	Dra. Carmen Lugo , Dra. Irasema Toyo.	Resaltar la importancia de detectar a muy temprana edad los hábitos perniciosos más comunes.	Estudio de revisión.	Artículos de base de datos digitales, con 6 artículos representativos.	*Hábitos bucales lesivos. * Hábito bucal fisiológico y no fisiológico.	-	Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento.
11	Relación entre lactancia materna exclusiva , hábitos bucales deformantes y anomalías Dentomaxilofaciales.	2012	Dra. Áurea Yanela Jiménez Ariosa. Dra. Marilys Torres García	Identificar la relación de la lactancia materna exclusiva con la presencia de hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales.	Estudio, descriptivo, transversal	Pacientes de 6 a 11 años de edad del policlínico "Rafael Valdés", municipio Cotorro.	*Hábitos bucales lesivos. *Infantes lactantes. *Tipos de maloclusión	Los hábitos más frecuentes fueron el uso del tete, 30,6% y la respiración bucal 29,5%, con mayor incidencia en el grupo que no realizó lactancia materna exclusiva, ambos con el 85,7%, con significación estadística. Otros, como uso del biberón y empuje lingual con 28,8% respectivamente, succión del pulgar con 26%,	Los hábitos bucales deformantes que predominaron en pacientes que no realizaron lactancia materna exclusiva o que realizaron lactancia materna exclusiva incompleta, fueron el uso del tete y la respiración bucal presentando en ambos significación estadística.

								tuvieron significación estadística en el grupo que no realizó lactancia materna exclusiva. Un paciente pudo presentar más de un hábito bucal deformante.	
12	Relación de la respiración bucal y ronquidos con el desarrollo de apiñamientos dentarios	2020	Fontiveros, Maria A. Chacón, Ivette Rausse o Gepsel; Figueroa, Daniel; Flores Yotzi; Quirós Oscar Jr.	Relacionar la respiración bucal y ronquidos con la aparición de apiñamiento dentario.	Estudio, descriptivo, transversal.	Pacientes entre 1-18 años en Caracas Venezuela y España	*Hábitos bucales lesivos. *Tipos de maloclusión.	Se muestran en los gráficos del artículo.	Se determinó la estrecha relación entre Respiración Bucal con un 55,56% Ronquidos con un 72,22% junto a un apiñamiento dentario con un 66,67%. Con esto concluimos, que el tener respiración bucal y/o ronquidos si afecta el crecimiento y desarrollo de los maxilares trayendo como consecuencia un apiñamiento dentario y esto se observó en ambos países.

13	Relación de la lactancia materna y el desarrollo Dento-Buco-Máxilo-Facial:	2012	Rondón, Rosa, Zambra no, Gabriel, Guerra, María Elena.	Hacer una revisión de artículos publicados en Latinoamérica que estableciera n relación entre la lactancia.	Revisión bibliográfica.	44 artículos publicados en Latinoamérica desde el año 1991 hasta el año 2012.	*Hábitos bucales lesivos. *Infantes lactantes. *Tipos de maloclusión	-	La lactancia materna en el ámbito odontológico permite un crecimiento y desarrollo adecuado del Aparato bucal, estimula favorablemente la acción muscular a través del trabajo.
14	Tratamiento de Maloclusiones de Clase II división 2. Revisión de la Literatura	2015	Pinos Luzuriaga A, Valeria Siguencia, Bravo Calderón M.	Realizar una revisión bibliográfica, sobre la maloclusión Clase II división 2 y su tratamiento.	Revisión bibliográfica.	Revisión de la literatura con 20 artículos representativos.	*Maloclusión tipo II.	-	El tratamiento de este tipo de maloclusión dependerá individualmente del diagnóstico de cada paciente y de los objetivos propuestos en el tratamiento y va encaminado a la corrección de la sobremordida profunda, a la inclinación incisal, y la corrección molar.
15	Tratamiento de mordida	2015	Paloma Gabriela	Dar a conocer el tratamiento	Caso clínico.	Caso clínico.	*Mordida abierta.	-	En los pacientes con mordida abierta es

	abierta dental con deglución atípica.		Acosta Uribe	para una mordida abierta.					importante tener en cuenta todos los factores ya que los ejercicios funcionales son de mucha ayuda.
16	Maloclusión Clase I, tratamiento ortodóncico - Revisión de la literatura	2014	Marín Arias Diana Monserat; Sigüenza Cruz Valeria; Bravo Calderón Manuel Estuardo	Realizar una recopilación de bibliografía actualizada acerca de la maloclusión clase I, etiología, epidemiología, características clínicas, clasificación, así como sus diferentes alternativas de tratamiento.	Revisión de la literatura.	Se realizó una búsqueda electrónica vía Hinary, Scielo, Pudmed y ScienceDirect con las palabras claves class I, malocclusion, dental malposition, orthodontic treatment.	*Maloclusión tipo I.	La evidencia sugiere que las maloclusiones Clase I son las más frecuentes a nivel mundial, con características clínicas y etiologías diversas y sus alternativas de tratamiento dependerán de factores como la edad y la gravedad de la maloclusión.	Los resultados pueden proveernos la mejor evidencia disponible para tomar las decisiones en la práctica clínica.
17	Maloclusión de clase III, tratamiento ortodóncico	2015	Gualán Cartuche Leonardo Patricio	Presentación de alternativas para el tratamiento de las	Revisión de la literatura.	artículos científicos y reportes de casos clínicos de esta	*Maloclusión tipo III.	El tratamiento de las maloclusiones de clase III siempre debe ser enfocado a	Un buen diagnóstico esquelético y dental que permita la diferenciación entre las

	co. Revisión de la literatura		; Sigüenza Cruz Valeria; Bravo Calderón Manuel	maloclusiones de clase III.		maloclusión, en diversas revistas científicas de ortodoncia		corregir la alteración en las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo craneofacial de los pacientes.	maloclusiones clase III de origen dental o de origen esquelético, y de esta forma enfocar el plan de tratamiento de acuerdo a la edad..
18	Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial	2014	K. Reni Muller, Soledad Piñeiro	En este artículo se revisarán las consecuencias asociadas a los distintos desequilibrios producidos por la presencia de estos malos hábitos, y la importancia de reeducar la neuromuscular una vez que se eliminan, para así favorecer	Revisión de la literatura.	Recolección de información de 24 artículos representativos	*Maloclusiones	La presencia de malos hábitos orales en pacientes en crecimiento puede llevar a establecer o agravar la presencia de anomalías dentomaxilares, debido a la alteración del equilibrio neuromuscular establecido entre labios, lengua y mejillas.	Es vital la identificación y eliminación de éstos en los primeros años de vida, de manera que la correcta función y neuromusculatura guíe un crecimiento y desarrollo armónico de las estructuras orofaciales

				un armónico desarrollo de las estructuras craneofacial					
19	Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los	2013	Morán, Vanessa, Zamora, Orlenis	Determinar las anomalías de las maloclusiones y hábitos orales más frecuente en pacientes infantiles de una escuela pública en el Edo. Miranda, entre edades comprendidas de 6 a 7 años, de ambos sexos.	Estudio descriptivo y observacional.	53 pacientes comprendidos entre 6 y 7 años de ambos sexos.	*Hábitos orales lesivos. *Maloclusiones. *Sexo. *Edad.	Se reflejan en los gráficos y tablas del artículo.	En cuanto a los hábitos orales podemos notar que hay un gran índice tanto en el género masculino como el femenino, encontrando con mayor relevancia a la succión digital e IRN.

	Altos, Edo. Miranda, Venezuel a								
20	Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento	2013	Di Santi de Modano, Juana, Vázquez, Victoriana Blanca	Describir su etiología, clasificación, características clínicas y posibles tratamientos para alcanzar una alineación dentaria agradable tanto para el paciente como para el profesional.	Revisión bibliográfica.	Revisión de la literatura de 14 artículos representativos.	*Maloclusión tipo I.	Como hemos podido observar a través de la revisión bibliográfica realizada, la maloclusión de Clase I es la más frecuente dentro de la población tanto a nivel nacional como internacional. De aquí la importancia de que conozcamos las características más importantes de esta maloclusión.	El tratamiento a realizar es variable, de acuerdo a la edad del paciente, la gravedad y la etiología de esa maloclusión y las características clínicas y radiográficas observadas en cada paciente.

21	Manejo temprano de la maloclusión clase II división 2. Revisión de la literatura.	2015	Carolina RODRÍGUEZ-MANJARRÉS, Margarita-Rosa PADILLA-TELLO	Exponer la información más relevante acerca de la maloclusión clase II división 2 (II/2) descrita en la literatura y diferentes opciones de tratamiento	Revisión bibliográfica.	Revisión de la literatura de 52 artículos representativos.	*Maloclusión tipo II. *Subdivisión II.	Llevar a una maloclusión clase II/1, para un posterior avance mandibular es una alternativa terapéutica eficaz para este tipo de maloclusión.	La maloclusión clase II/2 presenta una etiología altamente genética, su prevalencia varía entre el 3 y 12% dependiendo de la población estudiada.
22	Mordida Abierta anterior. Revisión Bibliográfica	2014	Yenileydy Fonseca Fernández, Elaine Fernández Pérez, Angélica María Cruañas	Abordar estudios actuales de la maloclusión Mordida Abierta anterior.	Revisión bibliográfica	Revisión bibliográfica desde una perspectiva histórica y actualizada en revistas nacionales e internacionales a través de la consulta de Pubmed, LILACS,	*Maloclusión dental. *Mordida abierta anterior.	-	La mordida abierta tiene mayor prevalencia en la infancia, debido a la mayor práctica de hábitos bucales deformantes en esas edades. Además se observa con mayor frecuencia en la raza negra y sexo femenino.

						Hinari y Google. Además también se dispuso de textos originales impresos limitando la búsqueda a los últimos 5 años.			
23	Maloclusión Clase III	2014	Avalos-González Gabriela Margarita,* Paz-Cristóbal Alejandra Noemí.	Realizar una diferenciación entre los pacientes adultos clase III que pueden ser compensados por medio de la ortodoncia o aquellos que necesitan de ésta en combinación con cirugía.	Revisión de la literatura.	Revisión bibliográfica de 20 artículos representativos.	*Maloclusión dental. *Maloclusión tipo III. *Subdivisiones.	-	En la actualidad se puede planificar el tratamiento combinado quirúrgico ortodóncico de los problemas dentofaciales graves de cualquier tipo.

24	Hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones	2019	Yosvan y Herrero Solano, Yordan y Arias Molina	Describir los hábitos bucales deformantes y su relación etiológica con las maloclusiones.	Revisión bibliográfica.	Bases de datos de Scientific Electronic Library Online, (SciELO), Mediciego, MULTIMEDIA, Literatura Latinoamericana y el Caribe.	*Hábitos orales nocivos.	-	Los hábitos bucales deformantes son factores etiológicos en la aparición de maloclusiones, alterando el normal crecimiento del individuo y ocasionando un desequilibrio funcional del sistema estomatognático.
25	Maloclusiones asociadas a hábitos bucales deformantes.	2012	María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera, Oscar Quirós	Señalar la importancia de detectar los hábitos a temprana edad, señalando los más comunes que presentan los niños, y así evitar que se instale una maloclusión.	Revisión bibliográfica	Revisión bibliográfica con 5 artículos representativos.	*Hábitos orales lesivos. *Maloclusiones.	-	Una de las principales causas de las maloclusiones en la etapa del crecimiento son los hábitos bucales (no fisiológicos), de allí la importancia de interceptarlos y erradicarlos a tiempo, para un desarrollo armónico del sistema estomatognático.

26	Tratamiento precoz de la mordida cruzada posterior unilateral en el paciente infantil. Revisión bibliográfica.	2015	Piñal Luna, Isabel del; Moliner o Mourelle, Pedro; Torres Moreta, Luz; Bartolomé Villar, Begoña .	Demostrar la importancia del tratamiento precoz de la mordida cruzada posterior en el paciente infantil ya que constituye una alteración que se presenta.	Revisión bibliográfica.	Revisión bibliográfica con 30 artículos representativos.	*Maloclusiones dentales. *Mordida cruzada posterior.	Es de suma importancia el tratamiento precoz de la mordida cruzada posterior para minimizar asimetrías esqueléticas mayores así como para evitar alteraciones estéticas y funcionales.	El tratamiento precoz evitará la aparición de patología en la ATM, alteraciones en la musculatura, aparición de hábitos deletéreos como el bruxismo y problemas estéticos futuros como la asimetría facial.
27	Hábitos orales perniciosos: Revisión de la literatura.	2013	Andrea Ocampo Parra, Res. María Clara Lema Álvarez , Natalia Johnson García, Ortod	La revisión se realizó con el objetivo que permita detectarlos, corregirlos y evitar que generen daños en el sistema estomatognático.	Revisión bibliográfica	Revisión bibliográfica con 66 artículos representativos.	*Maloclusiones dentales. *Hábitos orales perniciosos.	-	Existen actividades realizadas cotidianamente que se convierten potencialmente en hábitos nocivos, y es posible que quienes las realizan no sean conscientes del daño que pueden generar en su sistema estomatognático.

28	Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años: estudio de casos y controles	2014	Daniel Enrique Reyes Romagosa, María Rosa Paneque Gamboa, Yamilka Almeida Muñiz, Leticia María	Este conocimiento puede ser muy útil para identificar los grupos de bajo y alto riesgo, así como para la prevención secundaria, cuando se cuenta con los medios de detección.	Estudio de casos y controles	Muestra de niños entre 5 y 11 años del área seleccionaron 540 menores, de ellos 180 con hábitos bucales deformantes que se examinaron.	*Edad *Sexo *Maloclusión dental *Hábito bucal nocivo	Hubo predominio de niños con hábitos bucales deformantes en el sexo femenino. En la edad de 10 años predominó como hábito deformante la onicofagia. Se consideran condiciones de riesgo en la presencia de hábitos bucales deformantes.	Se identificaron como factores de riesgo asociados a los hábitos bucales deformantes la armonía familiar, el peso del niño al nacer y la experiencia de lactancia materna.
29	Relación entre hábitos nocivos y maloclusiones en una muestra de 525 pacientes de Ortodoncia	2011	Aguilar Roldán M., Nieto Sánchez I., De la Cruz Pérez J.	Relacionar, mediante un análisis multivariante, la presencia de distintos hábitos orales con la aparición de maloclusión.	Estudio descriptivo o transversal.	525 pacientes que acudieron a la consulta de Ortodoncia del Hospital San Rafael.	Se cruzaron las siguientes variables: edad, sexo, raza, dentición, hábitos, biotipo, clase ósea, clase molar y canina, resalte, sobremordida, dientes	Se muestran en la tabla del artículo.	Se concluyó que: la interposición lingual en reposo, deglución atípica, succión digital y respiración oral estaban relacionadas con la mordida abierta. Las mordidas cruzadas son más frecuentes en pacientes con clase II y III, que

							incluidos, impactados y supernumerarios, mordida cruzada, mordida en tijera y mordida abierta.		pacientes de clase I ósea.
30	Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen	2011	Dra. Carmen Lugo , Dra. Irasema Toyo.	Resaltar la importancia de detectar a muy temprana edad los hábitos perniciosos más.	Estudio de revisión.	Artículos de base de datos digitales, con 6 artículos representativos.	*Hábitos bucales lesivos. * Hábito bucal fisiológico y no fisiológico.	-	Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, por consiguiente.
31	Combine d orthodontic and surgical open bite correction: Principles for success.	2022	G. William Arnetta ; Lorenzo Trevisiol; Elisabetta Grendene;	Examinar la estabilidad de la corrección de mordida quirúrgica y ortodóncica combinada con énfasis en el cierre de mordida abierta.	Descriptivo, casos y controles	Pacientes que tuvieron mordidas abiertas anteriores, curva de Spee acentuada, seguimiento mínimo de 36 meses y	*Mordida abierta	Este estudio reveló la estabilidad de la corrección oclusal tridimensional que incluye mordida abierta anterior. El cierre de mordida abierta estable se logró mediante el uso	-

			Richard P. McLaughlin ; Antonio D'Agostino			ausencia de patologías de la articulación temporomandibular.		de protocolos rígidos para ortodoncia. Preparación, técnicas quirúrgicas, seguimiento quirúrgico y acabado ortodóncico.	
32	Prevalencia, tipos y factores etiológicos en el apiñamiento.	2017	Maury Gabriela Gonzalez Amaral	Evaluar la prevalencia, tipos, factores etiológicos y tipos de tratamiento para el apiñamiento .	Revisión Bibliográfica.	Revisión de diferentes artículos científicos	*Tipo de apiñamiento dental.	La edad promedio de pacientes con apiñamiento fue de 19.37 años, con una desviación estándar de ± 5.13 , y sin apiñamiento fue 17.08 años.	Al tratarse de un caso desde muy leve o muy severo, el análisis de modelos empleando diferentes métodos para calcular el apiñamiento, es vital.

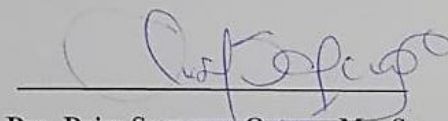
Anexo 2. Certificación del tribunal de grado

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 17 de noviembre de 2022

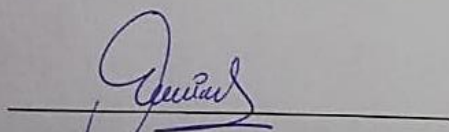
En calidad del tribunal calificador del trabajo de titulación titulado **“Hábitos bucales deformantes y su relación con las maloclusiones dentarias”**, de la autoría de la Srta. **María del Rosario Armijos Saca** portadora de la cedula de identidad Nro **1106056565**, previo a la obtención del título de **Odontóloga**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los el tribunal, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de titulación de grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y sustentación pública.

APROBADO



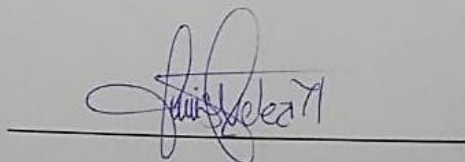
Dra. Deisy Saraguro Ortega. Mg. Sc

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



Odt. Esp. Tannya Valarezo Bravo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Odt. Esp. Luis Vélez Macas

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Anexo.3: Pertinencia del proyecto del trabajo de titulación.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 18 de marzo del 2022

MEMORÁNDUM No 072-DCO-FSH-UNL

PARA: Odt. Esp. Susana González Eras

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA FSH-UNL.

DE: Odt. Esp. Andrés Barragán Ordóñez

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA FSH-UNL

FECHA: 18 de marzo de 2022

ASUNTO: Emisión de informe de pertinencia sobre la estructura, coherencia y pertinencia del

Proyecto de autoría de MARIA DEL ROSARIO ARMIJOS SACA

Con un cordial saludo, en cumplimiento a lo establecido en el Art. 134 del Reglamento de

Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, me dirijo a Usted de acuerdo al MEMORÁNDUM No 072-DCO-FSH-UNL emito que es **PERTINENTE (APROBADO)** sobre la estructura y coherencia del proyecto **HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y SU RELACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS.** de la señorita **MARIA DEL ROSARIO ARMIJOS SACA**

Particular que pongo a su conocimiento para los fines pertinentes.



Firmado electrónicamente por:
**ANDRES EUGENIO
BARRAGAN ORDONEZ**

ATT. DR. ESP. ANDRÉS BARRAGAN ORDOÑEZ

Anexo.4: Asignación de director del Trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Of. No. 2022-0575-DFSH-UNL
Loja, 09 de agosto de 2022

Odt. Esp.

Ana María Granda Loaiza

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA – FSH

Presente.-

De mi especial consideración:

En virtud a Of. No. 352-DCO-FSH-UNL de 05 de agosto de 2022, suscrito por al Odt. Esp. Susana González Eras, Directora de la Carrera de Odontología y con base al visto bueno, en mi calidad de Autoridad Académica de esta Facultad, conforme lo establece el **"Capítulo VII.-De la Aprobación y Sustentación de Tesis, Art. 163"** del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja - 2009, me permito designarla como **Directora del Proyecto de Investigación** denominado: **"HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y SU RELACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS"** de autoría de la Srta. María del Rosario Armijos Saca.

Aprovecho la oportunidad para reiterar mi sentimiento de consideración y estima.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.**



**SANTOS AMABLE
BERMEO FLORES**

Dr. Amable Bermeo Flores, Mg. Sc.

DECANO FACULTAD DE LA SALUD HUMANA UNL.

Cc: Dirección Odontología, Srta. María Armijos Saca, Archivo.

ABF/ Yadira Córdova.

ANALISTA DE DESPACHO DE AUTORIDAD ACADÉMICA

Anexo.5: Asignación de tribunal de grado



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Carrera de
Odontología

OF. No. 499-DCO-FSH-UNL
Loja, 8 de noviembre de 2022

Dra. Deisy Saraguro Ortega Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA, DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA, DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Presente.

En la ciudad de Loja, a los ocho días del mes de noviembre de dos mil veintidós, a las 10h00 en atención a la petición presentada por la Srta. María del Rosario Armijos Saca, quien solicita se le designe el tribunal de grado para la sustentación de la tesis titulada **“HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y SU RELACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS”**, en cumplimiento a lo establecido en el Art. 153 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, la Directora de la Carrera de Odontología procede al sorteo del tribunal de grado, el mismo que se encuentra integrado por los señores docentes: Dra. Deisy Saraguro Ortega Mg. Sc, quien lo presidirá, y, señoras/es Odt. Esp. Tannya Valarezo y Odt. Esp. Luis Eduardo Vélez Macas, en calidad de miembros del Tribunal de Grado, y, en concordancia con el Art. 155 de la misma Normativa que dice “los miembros del tribunal de sustentación y calificación serán notificados de su designación por el Coordinador de la carrera, recibirán un ejemplar de la tesis para su calificación que deberá realizarse dentro de los ocho días laborales siguientes”.- Acto seguido la señora Directora de la Carrera dispone que para efectos de Ley se proceda a notificar a los integrantes del Tribunal de Grado de Sustentación y Calificación, enviándoles a cada uno la notificación y un ejemplar de la tesis.

Particular que comunico para los fines correspondientes.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**SUSANA
PATRICIA
GONZALEZ ERAS**

Odt. Esp. Susana González Eras

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA DE LA FSH.

SGE/
Cc Archivo



Firmado electrónicamente por:
**DEISY PATRICIA
SARAGURO ORTEGA**

Dra. Deisy Saraguro Ortega Mg. Sc.
PRESIDENTE



Firmado electrónicamente por:
**TANNYA LUCILA
VALAREZO BRAVO**

Odt. Esp. Tannya Valarezo
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
**LUIS EDUARDO
VELEZ MACAS**

Odt. Esp. Luis Eduardo Vélez Macas
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Anexo.6: Certificación de traducción del resumen

English Speak Up Center

Nosotros "English Speak Up Center"

CERTIFICAMOS que

La traducción del resumen de tesis titulada "HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y SU RELACIÓN CON LAS MALOCLUSIONES DENTALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA." documento adjunto solicitado por la señorita María del Rosario Armijos Saca con cédula de ciudadanía número 1106056565 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "English Speak Up Center"

Esta es una traducción textual del documento adjunto. El traductor es competente y autorizado para realizar traducciones.

Loja, 9 de noviembre de 2022


Mg. Sc. Elizabeth Sánchez Burneo
DIRECTORA ACADÉMICA



DIRECCIÓN: SUCCSE 2501 48 ENTRE AZUAY Y MIGUEL RÍOFRÍO

TÉLEFONO: 099 1263 264