

Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años

Deforming oral habits in 5-11 years children

MsC. Daniel Enrique Reyes Romagosa,¹ Dra. Ivette Torres Pérez,¹¹ MsC. Leticia Maria Quesada Oliva,¹¹ Dra. Maricela Milá Fernández¹¹ y Dra. Herminia Esther Labrada Estrada¹¹

¹ Facultad de Ciencias Médicas de Granma, Manzanillo, Granma, Cuba.

¹¹ Policlínico Universitario No. 3 "René Vallejo Ortiz", Manzanillo, Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 86 niños de 5-11 años de edad con hábitos bucales deformantes, quienes pertenecían al área de salud del Policlínico Universitario No. 3 "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo, Granma, en el periodo comprendido de enero a junio del 2013, a fin de identificar dichas costumbres nocivas y sus manifestaciones bucales en este grupo etario, para lo cual se consideraron las variables: edad, sexo, principales hábitos y características clínicas; las que fueron relacionadas y analizadas estadísticamente. Entre los resultados sobresalientes figuraron el sexo femenino, la edad de 9 años y los hábitos succión digital y lengua protráctil; asimismo, los varones presentaron con mayor frecuencia más de un hábito bucal deformante, fundamentalmente en la edad de 9 años, y la característica clínica preponderante en ambos sexos fue la versión vestibular de los incisivos superiores.

Palabras clave: niños, hábitos bucales deformantes, atención odontológica, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of eighty six 5 -11 years children with deforming oral habits who belonged to the health area from "René Vallejo Ortiz" No.3 University Polyclinic, Granma was carried out in the period from January to June, 2013, in order to identify these noxious habits and their oral manifestations in this age group, for which the variables: age, sex, main habits and clinical characteristics were considered; that were statistically related and analyzed. Among the excellent results there were the female sex, 9 years age and the habits digital suction and protractile tongue; likewise, males presented more frequently more than one deforming oral habit, mainly in the 9 years, and the predominant clinical characteristic in both sexes was the vestibular version of the upper incisors.

Key words: children, deforming oral habits, odontological care, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Son numerosas las causas que pueden originar o acelerar las posiciones incorrectas de los dientes y sus relaciones inadecuadas con los maxilares, entre las que se encuentran los elementos totalmente externos, sobre los cuales se puede actuar y que han sido ampliamente estudiados y tratados por algunos autores,^{1,2} con énfasis en los hábitos bucales deformantes, pues al conocerlos se puede realizar una correcta prevención y atender al paciente de manera integral, como el ser biopsicosocial que es.

Todos los hábitos tienen su origen en el sistema neuromuscular, como reflejos de la contracción muscular, de naturaleza compleja, los cuales se aprenden. Inicialmente es un acto voluntario o consciente, que se convierte en involuntario o inconsciente cuando se arraiga.

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos:²⁻⁴

- Beneficiosos o funcionales: son aquellos cuya práctica de una función normal realizada correctamente, estimula y beneficia el desarrollo. La masticación, la deglución y la respiración normales son ejemplos de ellos.
- Perjudiciales o deformantes: son los que resultan de una función normal o que se adquieren por prácticas repetidas de un acto que no es funcional ni necesario; por ejemplo: la succión digital, el empuje lingual, la onicofagia, la queilofagia, la respiración bucal y la masticación de objetos.

Si un hábito como el de chuparse el pulgar, ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (6 horas diarias o más), podría llegar a desplazarlos. Asimismo, el efecto en la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre estos, sino del tiempo de actuación del hábito.⁴⁻⁷

La prevención de estos hábitos deformantes ayuda a promover un ambiente neuromuscular normal, que contribuye a la función y el crecimiento, y no distorsiona la estructura esquelética en desarrollo.⁸⁻¹¹

Uno de los principales problemas en el área de salud del Policlínico Universitario No. 3 "René Vallejo Ortiz", en Manzanillo, es la presencia de maloclusiones o deformaciones bucales en niños de 5-11 años de edad, producidas por los hábitos bucales deformantes, lo cual motivó a realizar este estudio.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva y transversal de 86 niños de 5-11 años de edad con hábitos bucales deformantes, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple de un universo de 140 pacientes, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario No. 3 "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo, Granma, de enero a junio del 2013, a fin de identificar dichas costumbres y sus manifestaciones bucales en este grupo etario.

A tales efectos, se consideró el criterio diagnóstico de hábito bucal deformante, se incluyeron los niños en ese grupo etario y fueron excluidos los que presentaban algún retraso mental. Los pacientes fueron examinados en condiciones de luz natural y se llenó un formulario que incluyó las variables: edad, sexo, hábitos y características clínicas.

Entre los hábitos bucales se determinaron:

- Succión digital: chuparse uno o más dedos.
- Onicofagia: cortarse las uñas con los dientes o comérselas.
- Lengua protráctil: proyectar la lengua entre los 2 incisivos superiores para deglutir.
- Queilofagia: morderse los labios y carrillos.
- Uso de chupetes y biberones: chupar tetes y alimentarse a través de biberones, que antes de los 3 años se consideran normales.

Igualmente, entre las características clínicas figuraron:

- Versión vestibular de los incisivos superiores: protusión dentoalveolar superior.

- Adaquia o mordida abierta anterior: cuando había separación de las arcadas superior e inferior en el sector anterior.
- Retrognatismo mandibular: si existía un perfil convexo (perfil de pájaro) con resalte exagerado.
- Hipotonía del labio superior: cierre bilabial insuficiente por el labio superior corto.

En la fase organizativa se realizó una reunión con los directivos, el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución, para así dar a conocer los objetivos del estudio. A todos los padres, tutores o representantes de los niños se les pidió su consentimiento para que estos participaran en la investigación, luego de explicarles en qué consistía y que no poseía riesgo ni daño alguno para la salud de los pacientes, los que debían estar aptos mentalmente.

La información se obtuvo de las planillas y de una amplia revisión bibliográfica, con un óptimo nivel de validez científica sobre el tema en cuestión. Luego fue procesada y analizada estadísticamente a través de números absolutos y porcentuales.

RESULTADOS

Los hábitos bucales deformantes predominaron en el sexo femenino, con 60,5 %, y la edad de 9 años, con 37,2 % (tabla 1).

Tabla 1. Niños con hábitos bucales deformantes según edad y sexo

Edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
5	5	5,8			5	5,8
6	4	4,6	3	3,5	7	8,1
7	6	6,9	5	5,8	11	12,8
8	7	8,1	8	9,3	15	17,5
9	19	22,1	13	15,1	32	37,2
10	4	4,6	1	1,2	5	5,8
11	7	8,1	4	4,6	11	12,8
Total	52	60,5	34	39,5	86	100,0

Respecto a los tipos de hábitos, la succión digital y la lengua protráctil resultaron más frecuentes, con 37,2 y 20,9 % en ambos sexos (tabla 2).

Tabla 2. Niños con hábitos bucales deformantes según sexo

Hábitos	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Succión digital	20	38,4	12	40,0	32	37,2
Onicofagia	9	16,1	5	16,6	14	16,3
Lengua protráctil	11	19,6	7	23,3	18	20,9
Queilofagia	8	14,2			8	9,3
Uso de chupetes y biberones	8	14,2	6	20,0	14	16,3
Total de niños	56	40,0	30	23,6	86	100,0

En la tabla 3 se muestra que del total, 36,0 % presentaban los hábitos bucales deformantes asociados a otras prácticas, con primacía en los varones (36,6 %) y la edad de 9 años (15,1 %).

Tabla 3. Niños con más de un hábito bucal deformante según edad y sexo

Edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
6			1	3,3	1	1,2
7	1	1,7	1	3,3	2	2,3
8	6	10,7	4	13,3	10	11,6
9	10	17,8	3	10,0	13	15,1
10	2	3,6	1	3,3	3	3,5
11	1	1,7	1	3,3	2	2,3
Total	20	35,7	11	36,6	31	36,0

Entre las características clínicas preponderó la versión vestibular de los incisivos superiores (tabla 4), con 43,0 %, seguida de la adaquia, con 27,9 %.

Tabla 4. Características clínicas más frecuentes en los niños con hábitos bucales deformantes según sexo

Características	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
Versión vestibular de los incisivos superiores	25	44,6	12	40,0	37	43,0
Adaquia	15	26,7	9	30,0	24	27,9
Retrognatismo	3	5,35	3	10,0	6	6,9
Hipotonía del labio superior	13	23,2	6	20,0	19	22,1
Total de niños	56	40,0	30	34,8	86	61,4

DISCUSIÓN

La supremacía del sexo femenino en esta serie coincidió con lo expuesto por otros autores,^{8,10} quienes observaron que 65 % de los examinados con hábitos bucales deformantes eran niñas, pero en la edad de 10 años, lo cual puede deberse a que los hábitos se arraigan y son difíciles de eliminar. Al respecto, Benítez *et al*⁹ plantean que estas prácticas van en aumento, y a partir de los 8 años se incrementan. Por su parte, Reyes Romagosa *et al*¹⁰ en su estudio también hallaron más hembras con prevalencia de estos hábitos deletéreos en la edad de 10 años.

Hay que considerar que en la medida que se incrementa la edad, existe mayor riesgo del arraigo de tales costumbres, ya sea por el tiempo de exposición, que significa maloclusiones más graves, o porque el hábito se presenta como expresión de un trastorno emocional, lo cual concordó con lo planteado por Bedoya y Chacón.¹² Cabe agregar que la mayoría de los pacientes del actual estudio eran mayores de 8 años; resultado que fue alarmante para sus autores, quienes además consideraron que ello pudo deberse al origen multifactorial de los hábitos bucales deformantes, y al hecho de que las niñas realizan juegos más tranquilos que los varones y se dejan influenciar más fácilmente por el medio exterior.

En cuanto a cuáles hábitos fueron más frecuentes en la serie, la succión digital sobresalió entre todos, para diferir de lo obtenido por otros investigadores, como Reyes Romagosa *et al*,² que observaron un predominio de la onicofagia, y Morales,¹³ que planteó una primacía de la deglución atípica; sin embargo, ninguno de ellos estableció una correspondencia respecto al sexo, sino en relación con la edad. Asimismo, Riesgo Cosme *et al*⁴ observaron en su pesquisa un número superior de niños con lengua protráctil, seguidos de aquellos que presentaban succión digital.

Los autores de la casuística opinaron que en la actualidad los niños tienen más tiempo para estas prácticas debido a algunos adelantos científico-técnicos, como los medios audiovisuales, que posibilitan que este grupo poblacional vea muchos programas, sobre todo películas de terror y de otros temas no aptos para menores, que por lo general le infunden miedo.

Por otra parte, se coincidió con lo planteado en otros estudios,^{12,13} acerca de que varios hábitos combinados pueden provocar o intensificar las maloclusiones.

Al respecto, determinadas maloclusiones producidas por la succión digital pueden ser autocorregidas si se elimina tempranamente la dañina costumbre, y además existe una estructura ósea favorable.¹⁴

Otros investigadores,¹⁵ en adición, reconocen la educación en salud bucal como una excelente intervención para elevar el nivel de conocimiento de todos los que conforman el entorno del niño, mucho más si para ello se utilizan actividades grupales que corrijan tanto el proceso como el producto del aprendizaje. De igual forma, el trabajo de prevención se fundamenta en conducir al niño hasta la edad adulta, sin ningún tipo de enfermedad dental, y con el adiestramiento necesario en técnicas de cepillado, higiene bucal, educación nutricional y corrección de hábitos.¹⁶

Entre las características clínicas de los integrantes de la serie, preponderó la versión vestibular de los incisivos superiores, como consecuencia de la succión digital, el uso de chupetes y biberones y la práctica de hábitos combinados, lo que intensifica la formación de maloclusiones. Se ha referido que la presión que ejerce el dedo sobre los dientes y el maxilar superior, mayormente predispone a la aparición de dicha característica, debido a que el niño generalmente realiza este hábito hasta dormido, al igual que el uso de chupetes y biberones.^{15,16} Al respecto, los autores de la serie coincidieron con el criterio anterior.

Efectivamente, la versión vestibular de los incisivos superiores es una de las características clínicas más usuales en los pacientes con hábitos bucales deformantes, según se refiere en la bibliografía médica,¹⁵ y con lo cual se concordó en este estudio. No obstante, otros odontólogos han hallado la versión vestibular unida a la adaquia; ambas particularidades resultan frecuentes en varios trabajos sobre el tema,^{15,16} ya sean producidas por la succión digital o por la combinación de diferentes hábitos. De hecho, los efectos de la succión digital están relacionados con la repetición y la fuerza con que se ejercita, y con la constitución facial y oclusal del niño.¹⁶

Para concluir, en la actual investigación predominaron el sexo femenino y la edad de 9 años; igualmente, los hábitos bucales deformantes más frecuentes fueron la succión digital y la lengua protráctil, la característica clínica sobresaliente fue la versión vestibular de los incisivos superiores y la mayoría de los pacientes con más de un hábito eran varones, fundamentalmente en la edad de 9 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado Martínez M, Hernández Rodríguez JM, Grau Avalos R. Estudio clínico de la atrición dentaria en la oclusión temporal. *Rev Cubana Ortod.* 1997 [citado 13 Nov 2012]; 12(1): 6-16.
2. Reyes Romagosa DE, Rosales Rosales K, Roselló Salcedo O, García Arias DM. Factores de riesgo asociados a hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. Policlínica "René Vallejo Ortiz". Manzanillo. 2004-2005. *Act Odontol Venez.* 2007 [citado 13 Nov 2012]; 45(3).
3. Cepero Sánchez ZJ, Hidalgo-Gato Fuentes I, Duque De Estrada Riverón J, Pérez Quiñones JA. Intervención educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes. *Rev Cubana Estomatol.* 2007 [citado 7 Jun 2013]; 44(4).
4. Quiñones Ybarría ME, Ferro Benítez PP, Felipe Torres S, Espinosa González L, Rodríguez Calzadilla A. Estado nutricional. Su relación con la aparición de hábitos bucales deformantes en niños. *Rev Cubana Estomatol.* 2006 [citado 7 Jun 2013]; 43(3).
5. Vera EA, Chacón ER, Ulloa R, Vera S. Estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar por sexo y edad, en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios de Catia, Propatria, en el segundo trimestre de año 2001. *Rev Latinoam Ortod Odontopediatr.* 2005 [citado 07 Jun 2013].
6. Conde Suárez HF, de León de la Fe I, Rivera Lacorra DM. Eliminación de factores de riesgo de la maloclusión dentaria en niños de primaria. Municipio Cárdenas 2002. *Rev Med Electrón.* 2004 [citado 7 Jul 2013]; 26(6).
7. Ayala Pérez Y, Carmona Vidal E. Maloclusiones y características clínicas de trastornos temporomandibulares en pacientes ortodóncicos Clínica Estomatológica "Manuel Angulo". Holguín 2008. *Ciencias Holguín.* 2009 [citado 4 Jul 2013]; 15(4).
8. Aguilar Roldán M, Villaizán Pérez C, Nieto Sánchez I. Frecuencia de hábitos orales, factor etiológico de maloclusiones en población escolar. *Rev Latinoam Ortod Odontopediatr.* 2009 [citado 10 Jul 2013].
9. Benítez L, Calvo L, Quirós O, Maza P, D´Jurisic A, Alcedo C, et al. Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales. *Rev Latinoam Ortod Odontopediatr.* 2009 [citado 4 Jul 2013].
10. Jiménez Ariosa AY, Torres García M, Lores Torrell E. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías dentomaxilofaciales. Policlínico "Rafael Valdés" 2011. *Rev Latinoam Ortod Odontopediatr.* 2012 [citado 12 Jul 2013].
11. Escobar Muñoz F, Werner Oviedo A. Mordida cruzada anterior en dentición temporal. *Rev Mex Odontología Clínica.* 2009 [citado 12 Jul 2013]; 3(5).
12. Bedoya N, Chacón A. Tratamiento temprano de maloclusiones clase II tratado con activador abierto elástico de Klammt (AAEK). Reporte de caso. *Rev Estomatol.* 2009; 17(2): 23-29.

13. Morales MC. Mioterapia funcional, una alternativa en el tratamiento de desbalances musculares y hábitos nocivos. *Acta Odontol Venez.* 2009 [citado 14 Jul 2013]; 47(4).
14. Riesgo Cosme YC, Costa Montané DM, Rodríguez Fernández SC, Crespo Mafrán MI, Laffita Lobaina Y. Principales hábitos deformantes en escolares de primer grado del Seminternado "30 de Noviembre". *MEDISAN.* 2010 [citado 12 Jul 2013]; 14(1).
15. Rodríguez González A, Martínez Brito I. Influencia de la lactancia materna en el micrognatismo transversal y los hábitos bucales deformantes. *Rev Méd Electrón.* 2011 [citado 12 Jul 2013]; 33(1).
16. Alpízar Quintana R, Moráquez Perelló G, Seguén Hernández J, Montoya Lage AL, Chávez González Z. Algunas características del estado de la oclusión en niños de tercer grado. *MEDISAN.* 2009 [citado 02 Jul 2013]; 13(6).

Recibido: 29 de noviembre de 2013.

Aprobado: 2 de diciembre de 2013.

Daniel Enrique Reyes Romagosa. Facultad de Ciencias Médicas de Granma, avenida Camilo Cienfuegos y carretera Manzanillo-Campechuela, Manzanillo, Granma, Cuba.
Correo electrónico: dromagosa@ucm.grm.sld.cu