



## Revista chilena de pediatría

versión impresa ISSN 0370-4106

Rev. chil. pediatr. v.70 n.6 Santiago nov. 1999

doi: 10.4067/S0370-41061999000600004

### Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago

Pamela Agurto V.<sup>1</sup>; Rodrigo Díaz M.<sup>2</sup>; Olga Cádiz D.<sup>3</sup>; Fernando Bobenrieth K.<sup>4</sup>

#### Resumen











Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoestructurales, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. En Chile, la tercera patología odontológica prevalente son las anomalías dentomaxilares y la causa de su aparición se debe a múltiples factores entre los que destacan los malos hábitos. El objetivo de esta investigación es realizar un estudio de la frecuencia de malos hábitos orales y determinar la relación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de las anomalías dentomaxilares. El universo estuvo constituido por niños de 3 a 6 años de edad de 6 colegios y 4 jardines infantiles particulares del área oriente de Santiago, con un total de 1110 niños. En el momento del examen, presentaban amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad de sus coronas. El 66% presentó malos hábitos. Se observaron un total de 1878 casos, siendo los más frecuentes la succión bucal (23%) e interposición lingual (15%). Los objetos más succionados fueron la mamadera (55%), el dedo en 23% y chupete 15%. De los niños que presentaron malos hábitos, el 57% (417) presentaron una anomalía dentomaxilar. Las anomalías más frecuentes fueron distoclusión 38%, mordida cruzada 16%. Se corroboró una asociación altamente significativa entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de maloclusiones,  $p < 0,0001$ . La alta frecuencia de malos hábitos y de maloclusiones indica la necesidad que el pediatra sea capaz de detectar malos hábitos y algunos signos de anomalías dentomaxilares en forma precoz, ya que mientras antes sean objetivadas, menor será el daño que ocasionarán.

(**Palabras clave:** malos hábitos, anomalías dentomaxilares, dentición temporal, oral.)

#### Oral bad habits frequency and its association with dentomaxillar abnormal development, in children three to six year old in Santiago Oriente

Oral bad habits can disturb the normal development of the orofacial system, leading to facial deformations, psychological and emotional problems, along with disturbances in other systems like respiratory, digestive and learning. In Chile, the third most frequent odontological disturbance are badocclusions, secondary factors including oral bad habits. To resolve this problem it is necessary a strong cooperation among the dental team, parents and kids. The purpose of this investigation is to make a first evaluation of the frequency of oral bad habits in the Chilean pediatric population, and to look at the relationship between oral bad habits and development of badocclusions. 1110 children, 3 to 6 year old from 6 colleges and 4 infants gardens in the area of Santiago were studied. All of them showed their tonsils healthy at the beginning of the study. 66% presented oral bad habits, 1878 patients, being the most frequent abnormalities: sucking (23%), oral breath (23%) and tongue interposition (15%). The objects most sucked were the milk bottle (55%), a finger (23%) and the pacifier (15%). 57% of the kids who presented oral bad habits, 417 children, presented a dentomaxillar abnormality. The most frequent abnormalities were badocclusion 38%, crossbite 16%. It was corroborated a highly significant association between the presence of oral bad habits and the development of malocclusions,  $p < 0,0001$ . The high frequency of oral bad habits and malocclusions indicates the need that the pediatrician be able to detect oral bad habits and some signs of dentomaxillar abnormalities in early form, since the earlier they are objectified, the less damage they will cause.

#### Servicios

-  Servicios personalizados
-  Artículo en X
-  Referencias
-  Como citar este artículo
-  Citado por SciELO
-  Citado por Google Scholar
-  Similares en
-  Similares en
-  Traducción a
-  Enviar artículo

developed at least one badocclusion. The most frequent badocclusion was distocclusion (38%), crossbite (16%) and open bite (16%). A highly significant association between the presence of the bad habits and the development of badocclusions ( $p < 0.0001$ ) was found. The high frequency of oral bad habits shows the importance of the pediatric control in order to avoid badocclusion and oral deformities later in life.

(**Key words:** bad habits, malocclusions, primary dentition, oral.)

## INTRODUCCIÓN

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros: bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución y fonarticulación.

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo entre las fuerzas musculares externas y las internas, un desequilibrio que se produce cuando una no ejerce su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca deformación ósea. Otras veces se agregan a ellas fuerzas que normalmente no están presentes, tal como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, todas alteraciones que ocasionan en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de los sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores:

- a) La edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor será el tiempo que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.
- b) El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito.
- c) La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

La succión, desde el nacimiento hasta los 2 años se considera normal, con la aparición de las piezas temporales es reemplazada gradualmente por la masticación, por lo que se le considera mal hábito cuando persiste estando las piezas temporales en boca.

En variadas investigaciones se ha comprobado que la succión de dedo, mamadera o chupete, puede ser causante de malformaciones dentoalveolares<sup>1-5</sup> y que estas pueden ser revertidas si el mal hábito cesa entre los 4 y los 6 años<sup>6-8</sup>.

En el caso de la respiración bucal el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por desviación nasal, congestión nasal en gripes frecuentes y prolongadas, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas y aseo nasal.

La respiración bucal se considera un mal hábito cuando persiste una vez superado el problema de la vía nasal.

Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son alteraciones labiales, alteraciones dentarias y maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias<sup>9</sup> y alteraciones de la fonarticulación.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en el nivel de incisivos (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonarticulación.

En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una mala posición del hueso y malposición dentaria<sup>10-13</sup>.

Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que se consume: la posición lingual en deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas dentarias; y el patrón de deglución adulta, en el modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior.

deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.

La mantención de la deglución infantil después de erupcionar los dientes, se considera anormal y debe detectarse por los siguientes aspectos:

- Al pedirle al niño que trague saliva, frunza los labios y contrae los músculos de la mejilla hacia adentro. Al separarse los labios y pedir al niño que trague, se podrá observar la interposición lingual entre los dientes.

Un tercer tipo de posición lingual se da en la fonación, en que, para poder pronunciar en forma correcta, la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con deglución infantil se presenta interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Esta interposición se presenta en la emisión de los fonemas D, T, S, donde se observa que el niño coloca la lengua entre los dientes, lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil. Se considera normal que durante los años en que comienza a hablar, interponga la lengua, lo cual se corregirá solo a medida que aprenda a colocarla correctamente para lograr mejor control de los movimientos finos de esta.

Las patologías odontológicas más prevalentes en nuestra población son las caries, las periodoncias (enfermedades de los huesos y las encías), y en tercer lugar las anomalías dentomaxilares, que consisten en la deformación de los huesos maxilares y mal posición dentaria, y que pueden manifestarse desde la infancia y progresar en el tiempo. Su prevalencia fluctúa entre 44,4 y 68,3%<sup>14-17</sup> y la causa de su aparición depende de múltiples factores, entre los cuales podemos nombrar la herencia, malnutrición, enfermedades sistémicas, malos hábitos, pudiendo generalmente existir más de un factor causal de deformación. Por ejemplo, las anomalías dentomaxilares producidas por succión pueden corregirse espontáneamente si el mal hábito se suspende gradualmente entre los 4 y 6 años<sup>18-20</sup>. De no eliminarse este mal hábito, la anomalía se agrava en dentición permanente, necesitando tratamientos más complejos<sup>21</sup>.

Para solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario un trabajo en equipo que involucre a los profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, psicólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo, enfermera y padres). Además es imprescindible contar con la participación activa del niño. Mientras más precoz sea el diagnóstico del mal hábito, menores serán los daños que este cause. Es precisamente en esta etapa que es de vital importancia la colaboración de los pediatras, quienes controlan a los niños en sus primeros años, para que detecten los malos hábitos en sus inicios así como también expliquen y eduquen a las madres sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana. Si ya existen alteraciones en la oclusión y/o el desarrollo dentofacial, los pediatras pueden observar algunos signos de estas maloclusiones y ayudar al odontólogo a intervenir.

Las investigaciones extranjeras han estudiado la prevalencia de cada mal hábito en particular (succión de chupete, respiración bucal, etc.), pero no en forma global. Los estudios chilenos al respecto son escasos (22), es por ello que consideramos importante realizar un estudio preliminar de la frecuencia de malos hábitos en niños en dentición temporal.

Los objetivos de esta investigación fueron determinar la frecuencia de malos hábitos bucales y la presencia de malos hábitos y el desarrollo de anomalías dentomaxilares.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y de tipo transversal, el universo estuvo constituido por 1506 niños de 3 a 6 años, sanos (sin enfermedades respiratorias) pertenecientes a 6 colegios y 4 jardines infantiles en el área oriente de Santiago.

Los niños debían presentar amígdalas sanas, dentición temporal completa e integridad coronaria de las piezas dentarias. Se eliminaron 153 niños por presentar el primer molar permanente en boca, 11 niños por presentar amígdalas hiperplásicas y 120 niños por presentar caries, de modo que la población en estudio quedó conformada por 1110 niños. Al terminar el examen se le entregó a las profesoras jefes de cada curso una lista con el nombre total de los padres de niños seleccionados, con respecto a los hábitos de su hijo de succión y respiración bucal.

Para determinar la asociación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de anomalías dentomaxilares de la población en estudio (1110) se compararon los 2 grupos de niños, uno que presentaba malos hábitos (737 niños) y el otro sin malos hábitos (378 niños) y se determinó para cada uno la frecuencia de anomalías dentomaxilares.

Se utilizó una ficha para el examen, creada previamente ([anexo 1](#)), una encuesta ([anexo 2](#)) y 30 Nº 5 esterilizados en autoclave.

Dos examinadores visitaron un total de 4 jardines y 6 colegios, uno por semana, hasta examinar niños. Se les realizó una charla con el fin de explicarles en qué consiste la labor del dentista y m participación del examen, ya que siendo tan pequeños muchos de ellos nunca habían asistido al

Se realizó un examen que comprendió el análisis de las características normales en niños en der

#### I. Examen extraoral:

1. Los dedos para comprobar su limpieza o la presencia de callosidades.
2. Los labios: a) El labio superior cubre los 2/3 de los dientes incisivos superiores. b) El cierre realiza suavemente sin forzar el labio inferior. c) Labio inferior normal en relación al superior. Ausencia de irritación de la piel cercana al labio inferior.
3. Nariz: a) Forma de las aletas nasales: redondeadas o aplanadas. b) Al sellar manualmente la respiración se mantiene normal.

#### II. Examen intraoral:

1. Lengua: a) Lengua colocada por detrás de los dientes superiores al tragar. b) Lengua colocada por detrás de los dientes inferiores en reposo. c) En niños mayores de 5 años: lengua colocada por detrás de los dientes inferiores en los fonemas D, T, S. Se les hizo repetir fonemas como dado, dedo (para la D), tete (para el fonema T) y diez, días (para el fonema S). A esta información se le adicionó la obtenida mediante la encuesta a los padres ([anexo 2](#)).

**Succión:** se consideró un niño con mal hábito de succión si sus padres contestaban que tomaba succión de chupete, dedo, labio, pañal u otro objeto y/o presentaba alguna de las siguientes características: dedo de la mano con callosidades y limpio, irritación de la piel inferior al labio.

**Respirador bucal:** Los niños fueron examinados por un pediatra para descartar la presencia de amígdalas hiperplásicas como factor causante de la respiración bucal. Se consideró respirador bucal si los padres respondían que el niño pasaba día y noche con la boca abierta, y presentaba estas características: el niño mostraba casi toda o toda la superficie de los dientes constantemente superior corto ([figura 1](#)), cierre labial alterado (al juntar los labios se hace a expensas del inferior, el labio inferior tenso y aparecen depresiones en el mentón, labio inferior grueso y evertido ([figura 1](#)), irritación de la piel inferior al labio inferior, aletas nasales aplanadas, al sellar sus labios la respiración se acelera o se hace



**Figura 1:** Niño respirador bucal:  
Labio superior corto: el niño muestra casi toda la superficie de los dientes constantemente. Labio inferior tenso y evertido.

inferior se torna grueso y evertido.  
Ref: Cádiz, O. Unidad 6, U. Chile,  
Of. Educación Odontológica,  
"Detección fr Malos Hábitos". texto  
de Autoenseñanza, 1985. Con  
permiso del autor

**Interposición:** En reposo: estando el niño en una posición cómoda se separan sus labios y la lengua se encuentra interpuesta entre ambas arcadas. En deglución: al hacer tragar saliva al niño y sin dientes, el examinador separa sus labios y la lengua se encuentra entre ambas arcadas. Interfonofonación solo se consideró a los mayores de 5 años en la interposición lingual de los fonos.

Para determinar anomalías dentomaxilares se procedió de la siguiente forma:

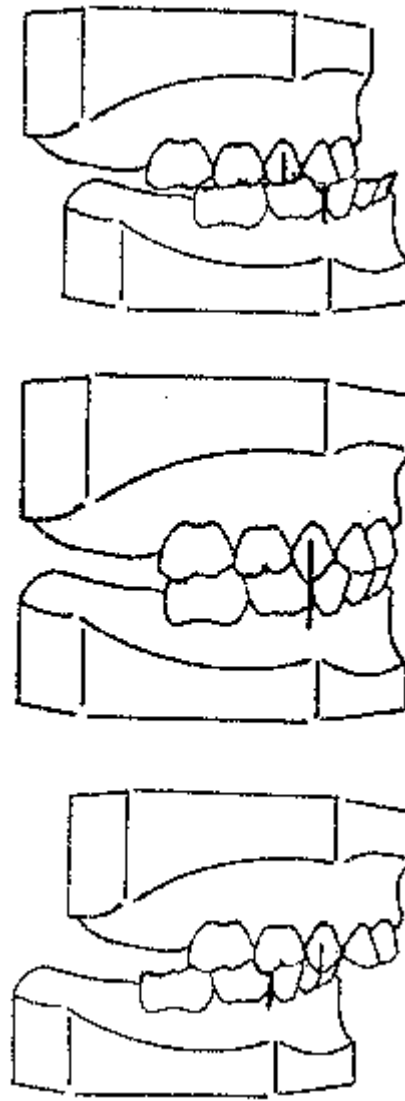
### III. Examen intraoral:

A. Arcadas por separado: a) **Compresión del maxilar superior** presentando una forma elíptica (semicircular) e incisivos inclinados hacia adelante (protruídos). b) Incisivos inferiores inclinados (retruidos).

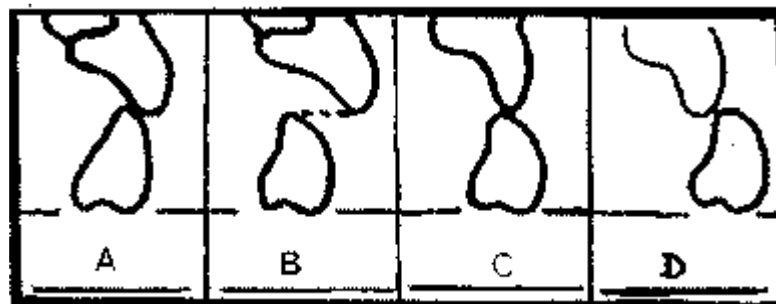
B. Arcadas en oclusión: relación de ambos maxilares en los tres sentidos del espacio (las anomalías destacadas en negrita): a) En sentido transversal: en forma normal, las piezas dentarias superiores se encuentran por dentro (hacia palatino) de las inferiores, se denomina **mordida cruzada**. b) En sentido sagital: Relación de caninos temporales: la relación normal es que la cúspide del canino superior ocluye en el punto de contacto entre el canino temporal inferior y el primer molar temporal. Si la cúspide del canino superior está por delante de este punto de contacto inferior, es **distoclusión canina** (figura 3a). Si la cúspide del canino superior está por detrás de los inferiores se denomina **mordida invertida** (figura 4d). c) En sentido vertical: Normalmente los incisivos superiores cubren 1/3 de los incisivos inferiores. De no ser así se pueden presentar dos tipos de mordidas: si los incisivos superiores cubren casi totalmente los incisivos inferiores al morder (**sobremordida**, figura 4c) o si los incisivos superiores se encuentran muy por delante de los inferiores es **resalte aumentado** (figura 4b). Si los incisivos superiores se encuentran por delante de los inferiores al estar en contacto (figura 4a) hablamos de una **mordida vis a vis** (figura 4c). Si los incisivos superiores se encuentran muy por delante de los inferiores es **resalte aumentado** (figura 4b). Si los incisivos superiores se encuentran por detrás de los inferiores se denomina **mordida invertida** (figura 4d). c) En sentido vertical: Normalmente los incisivos superiores cubren 1/3 de los incisivos inferiores. De no ser así se pueden presentar dos tipos de mordidas: si los incisivos superiores cubren casi totalmente los incisivos inferiores al morder (**sobremordida**, figura 4c) o si los incisivos superiores se encuentran muy por delante de los inferiores es **resalte aumentado** (figura 4b). Si los incisivos superiores se encuentran por detrás de los inferiores se denomina **mordida invertida** (figura 4d).



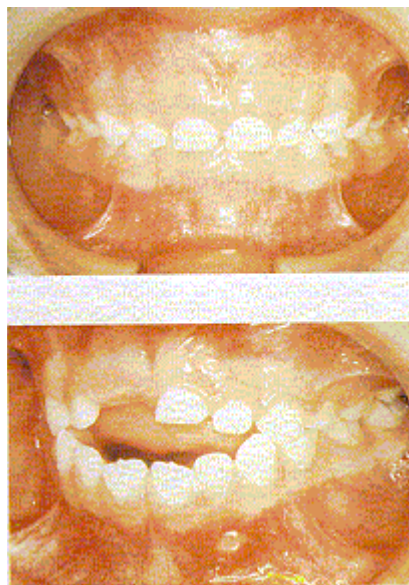
**Figura 2:** Mordida cruzada lado izquierdo



**Figura 3:** Relación sagital de caninos temporales. La marca superior indica la cúspide del canino temporal y la inferior indica el punto de contacto entre el canino temporal y el primer molar temporal. a) Neuroclusión; b) Distoclusión; c) Mesioclusión



**Figura 4:** Resalte: relación sagital de los incisivos: a) Normal; b) Aumentado; c) Vis a vis; d) Resalte invertido o mordida invertida anterior



**Figura 5:** Relación vertical de los incisivos: a) Sobremordida; b) Mordida abierta

### *Análisis de la información*

Para determinar la relación entre la presencia de malos hábitos y el desarrollo de anomalías dentales se aplicó el test de Chi cuadrado.

## **RESULTADOS**

De la población en estudio las mujeres constituyeron el 52,1% (578 niñas) y los varones el 47,9% con una edad promedio de 4,8 años (rango 3 años 2 meses a 5 años 11 meses).

Del total de la población en estudio, el 66% (732 niños), presentó a lo menos un mal hábito.

El total de malos hábitos fueron 1878, con un promedio de 2,5 malos hábitos/niño.

El 62% correspondió a malos hábitos de succión, 23% a respiración bucal y 15% a interposición lingual.

Del total de malos hábitos por succión (1164 lo que corresponde al 62% de malos hábitos), 55% mamadera, 23% el dedo y 15% chupete. En menor porcentaje succionaban pañal (5%) y el labio inferior (5%).

Respecto a la frecuencia con que tomaban mamadera, 60% lo hacían una vez al día, 30% 2 veces y más.

En cuanto a la ocasión en que succionaban el dedo, el 30% de los niños lo hacían durante todo el día cuando estaban aburridos y el 50% para quedarse dormidos.

De los casos con interposición lingual (283, lo que corresponde al 15% del total de malos hábitos), 45,9% en deglución y 11,3% en fonación.

Del grupo de niños con malos hábitos (732) el 57% (417) presentaron anomalías dentomaxilares sin malos hábitos (378) solo 10% (37) presentaron anomalías.

Al comparar la frecuencia de anomalías dentomaxilares existentes en cada grupo se corroboró que existió una diferencia altamente significativa entre ambos, con  $\chi^2 = 229,541$  ( $p < 0,0001$ ), siendo mayor la frecuencia de anomalías dentomaxilares en niños que presentan malos hábitos.

De los niños con malos hábitos y anomalías dentomaxilares (417 niños) el total de casos de malocclusiones fue de 668 con un promedio de 1,6 maloclusiones por niño. Las anomalías más frecuentes fueron la mordida cruzada 38%, mordida abierta 28% y en tercer lugar la distoclusión canina 16%. Las compresiones se presentaron en un 10% y las menores frecuencias fueron mesioclusión canina (5%) y resalte invertido (4%) ([tabla 1](#)).

**Tabla 1**

Anomalías dentomaxilares presentes  
en niños con malos hábitos

Anomalia dentomaxilar	n de casos	%
Compresión	67	10
Mordida Cruzada	187	28
Distoclusión Canina	107	16
Mesioclusión Canina	33	5
Resalte invertido	20	3
Mordida abierta	253	38
Total	667	100

## DISCUSIÓN

Del total de la población en estudio, el 66% presentó malos hábitos. No se encontraron investigaciones que permitan comparar este resultado, ya que en ellas no se observó la frecuencia de malos hábitos en sí mismo sino que se estudió cada uno en particular.

El total de malos hábitos fue 1878. Considerando que el número de niños afectados fue 732, esto equivale a 2,5 malos hábitos por niño. La presencia de más de un mal hábito hace que estos sean más difíciles de eliminar y por lo tanto la deformación dentomaxilar puede ser más grave y el tratamiento más complejo.

El mal hábito de mayor frecuencia fue la succión, con 62% de casos. En otras investigaciones los malos hábitos de succión son menores que el presente estudio (48,36%<sup>2</sup>, 48%<sup>3</sup>, 45% (22), 39,2% (16)); la causa de los malos hábitos presente en este estudio podría radicar en que se consideró también la succión de objetos como pañal y pese a que no son las más frecuentes, en los otros estudios no se incluyeron. De los casos por succión de pecho el porcentaje tomaba mamadera (55%), el cual es un hábito frecuente en niños de 5 y hasta 6 años. Los padres no lo reconocen como nocivo. Es sabido que las deformaciones dento-esqueléticas que producen los malos hábitos dependerán de la intensidad y frecuencia de este<sup>3, 6, 23</sup>. De los niños que toman mamadera al día (50%), generalmente lo hacen en la noche, antes de dormir y muchas veces se quedan dormidos lo que genera caries. Algunos autores consideran la lactancia artificial como agente etiológico de los malos hábitos de succión, debido a que con frecuencia es más breve y requiere de menor esfuerzo físico que el m.

Con relación a la succión de dedo, de los 267 niños que lo hacían (23% de los casos de succión de dedo) hacían durante todo el día, 20% solo cuando estaban aburridos y el 50% para quedarse dormidos. Estas cifras coinciden con los de Ozturk y cols<sup>26</sup>. Lo relevante de estas observaciones es que, de los malos hábitos de succión, el dedo es el más difícil de eliminar ya que, como es lógico, el niño está ante esta "tentación" durante las horas del día. El chupete con relación al dedo es menos nocivo, ya que es más fácil de eliminar. Como se ha comprobado las consecuencias de la succión en el aspecto psicosocial del niño<sup>5, 27-29</sup>. Se ha observado que el estrés es un estímulo fuerte en el mal hábito de succión de dedo<sup>5</sup>, es probable que este sea uno de los factores de su alta frecuencia considerando que los niños hoy en día son sometidos a estrés desde temprana edad como por ejemplo, en el examen de admisión al colegio. Algunos niños que presentan malos hábitos de succión presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento, onicofagia o tricotilomanía<sup>30</sup>. Es importante hacer notar que en el presente estudio muchos de los niños, cuyos padres admitieron que sus hijos succionaban dedo o chupete, los pequeños lo negaron; en cambio sí admitieron que tomaban chupete. Respecto a esto, un estudio comprobó que la succión del dedo era un factor que motivaba a otros niños a no aceptar al niño en sus juegos<sup>29</sup>. Quizás esta sea una de las causas por lo cual lo raro de la alteración de la succión es provocar interposición lingual que crea un patrón de deglución atípico. En la existencia de mordida abierta la deglución se compensa para conseguir así un sellado anterior<sup>3, 23, 26</sup>. Existen problemas de lenguaje<sup>5, 27</sup>, deformación de los dedos<sup>8, 27</sup>, paroniquia<sup>27</sup> y mayor riesgo de enfermedades gastrointestinales<sup>27, 28</sup>.



La succión de pañal y labio fueron las que se presentaron en menor porcentaje (5% y 2% respectivamente) son otras 2 formas de succión que se deberían considerar en un examen.

Para hacer un correcto diagnóstico de respiración bucal, los niños fueron evaluados por un pediatra para descartar factores que produzcan una alteración en el paso del aire por las fosas nasales. Los niños bucales representaron el 23% de los afectados por malos hábitos, porcentaje menor al encontrado en otros estudios<sup>16</sup> (31,6%), pero en ese estudio los niños no fueron evaluados por un pediatra, lo cual puede explicar las diferencias. La respiración bucal no solo produce alteraciones en el sistema estomatognático sino en otros sistemas del organismo, considerándose como un síndrome porque produce una gran cantidad de manifestaciones en otros sistemas y deformaciones del niño en el crecimiento, por esto se le considera dañino de los malos hábitos bucales. La respiración bucal puede también producir problemas de aprendizaje donde la deficiente oxigenación le impide al niño prestar atención en clases durante mucho rato, incluso una cara típica de niño distraído. Esto afecta tanto al niño como a sus padres ya que no puede jugar con la rapidez deseada, desconcentrándose durante las clases<sup>31, 32</sup>. Además estos niños presentan halitosis y gingivitis<sup>9, 29, 33</sup>, problemas que no son propios de los adultos, sino que por el contrario son frecuentes en niños. Por todo lo anteriormente expuesto, este es el mal hábito más complejo ya que requiere un tratamiento multidisciplinario que incluye a pediatras, ortodoncista, kinesiólogos, etc.

La interposición lingual correspondió al 15% de malos hábitos. Del número total de casos (283), en reposo y deglución se observó en porcentajes similares (42,7 y 45,9% respectivamente); la interposición lingual en fonación fue menor, ya que se consideró solo a los niños de 5 años, debido a que los niños mayores dominan por completo los fonemas D, S, T. El manejo de este mal hábito no es fácil porque el niño no puede controlar estos movimientos sin reconocerlos conscientemente<sup>10</sup> por lo tanto tampoco ayuda a reconocerlos en el tratamiento. Sin embargo, los investigadores coinciden en que la interposición lingual disminuye con la edad no considerándose perniciosa cuando aparece en forma temporal en el período en que el niño está erigiendo los dientes<sup>10</sup>.

Los daños que pueden provocar los malos hábitos dependen de variados factores como son la edad al comenzar el hábito, la frecuencia, duración, intensidad, así como factores nutricionales, genéticos y ambientales. Los profesionales que tienen contacto con los niños a edades tempranas, deben ser capaces de identificarlos y diagnosticar la existencia de malos hábitos orales, ya que la instauración de un tratamiento temprano disminuye los daños causados por estos. Lo más importante en la eliminación de estos hábitos es la colaboración de los niños, sus padres y los pediatras, principalmente, tienen en esta labor un papel importante. Cuando se identifica un mal hábito, se aconseja iniciar el tratamiento con la eliminación de este motivando al niño buscando su colaboración en el abandono de ese mal hábito<sup>34</sup>.

En el presente estudio se corroboró que los niños que presentan malos hábitos presentarían mayor riesgo de desarrollar una maloclusión, resultados que coinciden con los de otros estudios<sup>16, 17, 35-38</sup>.

De los niños que presentaron malos hábitos y maloclusiones (417) cada uno presentó en promedio una anomalía; la presencia de más de una anomalía puede provocar mayores daños en el sistema estomatognático y necesitar de tratamientos más complejos. Se sabe que los malos hábitos orales no son los únicos factores que causan una anomalía dentomaxilar; también otros factores como la genética, la nutrición, la pérdida de dientes, etc. inciden en su desarrollo. Sin embargo los malos hábitos son relativamente sencillos de detectar y probablemente los más fáciles de eliminar, disminuyendo el daño que puedan causar y en algún caso reduciendo la complejidad de la patología.

Las anomalías dentomaxilares más frecuentes fueron la mordida abierta (38%), mordida cruzada y distoclusión canina (16%). Esto es similar a otras investigaciones en que se ha observado que tanto la respiración bucal como la mordida abierta producen con mayor frecuencia mordida abierta<sup>16, 17, 19, 35-37</sup>, pero también se asocia a mordida cruzada<sup>21, 37, 39, 40</sup>, distoclusión<sup>40, 41</sup>, inclinación de incisivos<sup>23, 37</sup> y compresión de los dientes. En este sentido, es importante hacer notar que la corrección espontánea de la mordida abierta, que es una anomalía dentomaxilar más frecuente en niños preescolares, puede ocurrir si el mal hábito se elimina gradualmente entre los 4 y 6 años<sup>40, 43, 44</sup>. Al no eliminarse este mal hábito, el tratamiento se hace más complejo ya que la anomalía puede progresar y presentarse en dentición permanente. Si es así, la mayoría de los pacientes necesitarán ortodoncia e incluso a veces, algunos de ellos necesitarán la corrección quirúrgica de la maloclusión<sup>6, 21, 41, 44</sup>.

Es interesante resaltar que varias investigaciones indican que los cambios producidos por la respiración bucal son solo a nivel dentoalveolar. También se producen cambios posturales y quizás estos son los responsables de la maloclusión.

los cambios morfológicos de la cara, los cuales se establecen en forma temprana como una adaptación a una deficiencia de una vía aérea previa<sup>35-38</sup>. De este modo se producen alteraciones en el patrón de respiración, estas alteraciones incluyen rotación posterior de la mandíbula<sup>37-39</sup>, causando un aumento del tercio superior de la cara<sup>35, 37</sup>, retrognasia (posición francamente más posterior de la mandíbula respecto al maxilar superior) y cara de pájaro<sup>35</sup> y menor desarrollo sagital del maxilar superior<sup>36</sup>. De este modo la respiración requiere de un tratamiento multidisciplinario que incluya pediatra, kinesiólogo, ortodoncista.

Al igual que la succión y la respiración bucal, la deglución se encuentra con mayor frecuencia asociada a la respiración abierta<sup>45-47</sup>, es por eso que su tratamiento se hace más efectivo cuando incluye a fonoaudiólogo.

Las anomalías dentomaxilares generalmente son progresivas en el tiempo, en cambio en edad pediátrica son relativamente sencillas de resolver. El pediatra puede detectar en forma precoz algunos signos de anomalías dentomaxilares y derivar al niño al especialista (ortodoncista). Puede ser necesaria la interconsulta de ser detectada una causa de mayor trasfondo en la permanencia del mal hábito o la derivación a especialistas profesionales tales como otorrino, kinesiólogo y/o fonoaudiólogo.

### ANEXO 1

Nombre de niño: .....

Fecha de nacimiento: .....

#### I. Examen extraoral

1. Dedos	Limpios	Con callosidad
2. Labios		
a) Labio superior	Normal	Labio corto
b) Cierre labial	Normal	Alterado
c) Labio inferior	Normal	Gruoso y eversionado
d) Irritación de piel cercana al labio inferior	SI	NO
	3. Nariz	
	redondeadas	aplanada
a) Aletas nasales	respiración normal	respiración seccionada o insuficiente
b) Al sellar los labios		

#### II. Examen intraoral

	1. Lengua	
	Normal	Interpungente
a) En deglución	Normal	Interpungente
b) En reposo	Normal	Interpungente
c) En fonación		

#### 2. Oclusión

A. Arcadas por separado

	a) Arcada superior	
Forma	Semicircular	Elíptica (compresión)
Incisivos	Normales	

#### 3. Protruidos

	B. Arcada inferior	
a) Incisivos	Normales	Retruidos

#### C. Arcadas en oclusión

	a) En sentido transversal	
	Vis-à-vis	Mordida cru:
Normal		
b) En sentido sagital	Relación de caninos temporales	
Neutroclusión	Distoclusión	Mesioclusi
	Resalte	
Normal	Vis-à-vis Aumentado	Disminuido (inv
	c) En sentido vertical	
	Escalón	
Normal	Aumentado (sobremordida)	Disminuic (mordida abi

**ANEXO 2**

**Encuesta sobre malos hábitos orales a padres de preescolares**

Nombre de niño:

.....

Fecha de nacimiento:

.....

*Succión:* su hijo:

1. ¿Toma mamadera? SI N

*Frecuencia:*

1 vez al día 2 veces al día 3 o más ve

2. ¿Usa chupete? SI N

3. ¿Se chupa el dedo? SI N

*Ocasión:*

Cuando está aburrido Al dormir Todo

4. ¿Su hijo succiona el labio? SI N

5. ¿Su hijo succiona algún otro objeto como pañal, lápices, etc.? (cuáles) SI N

*Respiración:*

6. ¿Su hijo respira por la boca? SI N

7. Su hijo permanece con la boca abierta:  
Durante el día y la noche noche Sólo durante la

<sup>1</sup>. Cirujano Dentista. Ayudante Instituto de Rehabilitación de Malformaciones y Deformaciones M Central Odontológica Fuerza Aérea de Chile.

<sup>2</sup>. Cirujano Dentista, Central Odontológica Fuerza Aérea de Chile.

<sup>3</sup>. Cirujano Dentista, Ortodoncista (Clínica Privada).

4. Médico, Unidad de Tratamientos Intensivos Hospital Roberto del Río.

## REFERENCIAS

1. *De Nova García MJ, Planells del Pozo P, Marín Ferrer JM, López Manzanque A, Barbeara Leac González JP*: Succion digital como factor etiológico de maloclusión. *Odontol Pediatr* 1993; 2: 85- [ [Links](#) ]
2. *Farsi NM, Salama FS*: Sucking habits in Saudi children: prevalence contributing factors and ef primary dentition. *Pediatr Dent* 1997; 19: 28-33. [ [Links](#) ]
3. *Moderr T, Odenrick L, Lindner A*: Sucking habits and their relation to posterior crossbite in 4 y Scand J Dent Res 1982; 90: 323-8. [ [Links](#) ]
4. *Paunio P, Rautava P, Sillanpa M*: The finnish family competence study: the efeccts of living co sucking habits in 3 year old finnish children and the association between habits and dental occlu. *Odontol Scand* 1993; 51: 23-9. [ [Links](#) ]
5. *Van Norman RA*: Digit sucking: a review of the litera-ture, clinical observations and treatment tions. *Int J Orofacial Myology* 1997; 23: 14-34. [ [Links](#) ]
6. *Ravn JJ*: Sucking habits and oclusion in 3 year old children. *Scand J Dent Res* 1976; 84: 204
7. *Romero M, Bravo A, Pérez L*: Open bite due to lip suck-ing: a case report. *J Clin Pediatr Dent* 10. [ [Links](#) ]
8. *Reid DA, Price AH*: Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking. *Br J Plas* 445-52. [ [Links](#) ]
9. *Stokes N, Della Mattia D*: A student research review of the mothbrething habit: discussing me methods, manifestations and treatment of the moth-breathing habit. *Probe* 1996; 30: 212-14.
10. *Attia Y*: Midline diastemas: closure and stability. *Angle Orthod* 1993; 63: 209-12. [ [Li](#)
11. *Schifman EL, Frictiion FR, Hasley D*: The relationships of the occlusion parafintional habits ar event to mandibular dysfunction in a non patient population. *J Oral Rehabil* 1992; 19: 201-223.
12. *Melsen B, Attina L, Santuari M, Attina A*: Relationship between swallowing pattern, mode of r development of malocclusion. *Angle Orthod* 1987; 4: 113-19. [ [Links](#) ]
13. *Subtelny JD*: *Oral habits*. Studies in form, function and therapy. *Angle Orthod* 1973; 43: 347 [ [Links](#) ]
14. *Guerrero S, Villa A, Arias C, et al*: Prevalencia de anomalías dentomaxilares, caries y florosis sur de la Región Metropolitana. *Revista Dental de Chile* 1997; 88: 4-9. [ [Links](#) ]
15. *Iturriaga R, Whittle M*: Análisis de mil casos de anomalías dentomaxilares. *Revista Dental de* 116-123. [ [Links](#) ]
16. *Kurt A, Gajardo A, Fluxá L*: Prevención de anomalías dentomaxilares. Estudio comparativo e socioeconómicos diferentes. *Odontología Chilena* 1974; 111: 30-3. [ [Links](#) ]
17. *Navarrete M, Espinoza A*: Prevalencia de anomalías dentomaxilares y sus características en r años. *Odont Chilena* 1998; 46: 27-33. [ [Links](#) ]
18. *Van Norman RA*: Digit sucking: a review of the literature, clinical observations and treatmen recomendations. *Int J Orofacial Myology* 1997; 23: 14-34. [ [Links](#) ]
19. *Romero M, Bravo A, Pérez L*: Open bite due to lip sucking: a case report. *J Clin Pediatr Dent* 10. [ [Links](#) ]
20. *Reid DA, Price AH*: Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking. *Br J Pla* 37: 445-52. [ [Links](#) ]

21. *Lindner M*: Relation between sucking habits and dental characteristics in children with unilateral crossbite. *Scand J Dent Res* 1989; 97: 278-83. [ [Links](#) ]
22. *Garattini G, Crozzoli P, Valsasina A*: Role of prolonged sucking in the development of dentofacial anomalies in the face. Review of the literature. *Mondo Orthod* 1990; 15: 539-50. [ [Links](#) ]
23. *Larson E*: Artificial Sucking habits: etiology, prevalence and effect in occlusion. *Am J Orthod* 1985; 87: 432-5. [ [Links](#) ]
24. *Larson E, Nag D*: The prevalence and the etiology of the initial dummy and finger sucking habits. *J Dent Child* 1985; 87: 432-5. [ [Links](#) ]
25. *Westover KM, Diloreto MK, Shearer TR*: The relationship of breastfeeding to oral development concerns. *J Dent Child* 1989; 3: 140-143. [ [Links](#) ]
26. *Ozturk M, Ozturk OM*: Thumb sucking and falling asleep. *Thurk J Pediatr* 1990; 32: 161-74.
27. *Johnson E, Larson E*: Thumb sucking: literature review. *J Dent Child* 1993; 101: 382-5.
28. *Leung AK, Robson LM*: Thumb sucking. *Am Fam Physician* 1991; 44: 1724-28. [ [Links](#) ]
29. *Friman PC, Mc Pherson KM, Warzak WJ, Evans J*: Influence of thumb sucking on peer social relationships in first grade children. *Pediatrics* 1993; 91: 784-6. [ [Links](#) ]
30. *Waigaiyu EG, Ashley FP*: Mouthbreathing, lip seal and upper lip coverage and their relationship to periodontal inflammation in 11.14 year old school children. *J Clin Periodontol* 1991; 28: 698-702. [ [Links](#) ]
31. *Tourne LP*: The long face syndrome and impairment of the nasopharyngeal airway. *Angle Orthodont* 1973; 43: 167-176. [ [Links](#) ]
32. *Ribault JY, Fourestier J, Gacon J, Renon P*: Results of the evaluation of nasal respiration in children with mandibular malocclusion in children. Apropos of 53 cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofacial* 1990; 88: 1-8. [ [Links](#) ]
33. *Jacobson L*: Mouthbreathing and gingivitis, Gingival conditions in children with epipharyngeal obstruction. *Periodontal Res* 1973; 8: 269-77. [ [Links](#) ]
34. *Pierce RB*: Program to eliminate thumb (or finger) sucking. *Int J Orofacial Myology* 1994; 21: 1-10. [ [Links](#) ]
35. *Limme M*: Orthodontic studies in mouth breathing. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1993; 47: 197-202. [ [Links](#) ]
36. *Limme M*: Orthodontic treatment in mouth breathing. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1993; 47: 203-208. [ [Links](#) ]
37. *Limme M*: Orthognathic and orthodontic consequences of mouth breathing. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1993; 47: 145-55. [ [Links](#) ]
38. *Ngan P, Fields HW*: Openbite: a review of etiology and management. *Pediatr Dent* 1997; 19: 1-10. [ [Links](#) ]
39. *Moderr T, Odenrick L, Lindner A*: Sucking habits and their relation to posterior crossbite in 4 year old children. *Scand J Dent Res* 1982; 90: 323-8. [ [Links](#) ]
40. *Larson MA*: Effect of Dummy sucking on the prevalence of posterior crossbite in the permanent dentition. *Swd Dent J* 1986; 10: 97-101. [ [Links](#) ]
41. *Brenchley ML*: Is a digit sucking of significance? *Br Fdent J* 1991; 171: 357-62. [ [Links](#) ]
42. *Cerny C*: Thumb and finger sucking. *Aust Dent J* 1981; 26: 167-71. [ [Links](#) ]
43. *Lambertini P, Chateau M*: A propos des succions deformantes. Origine, durée, signification, et traitement. *Actualités Odontostomatologiques* 1988; 163: 589-602. [ [Links](#) ]

44. *Garattini G, Crozzoli P, Valsasina A*: Role of prolonged sucking in the development of dentoeuin the face. Review od the literature. *Mondo Orthod* 1990; 15: 539-50. [ [Links](#) ]
45. *Gellin ME*: Hábitos de chupar el dedo y empujar la lengua en niños. *Clin Odontol Norteam* 19 [ [Links](#) ]
46. *Subtelny JD*: Oral habits. Studies in form, function and therapy. *Angle Orthod* 1973; 43: 347 [ [Links](#) ]
47. *Melsen B, Attina L, Santuari M, Attina A*: Relationship between swallowing pattern, mode of r development of malocclusion. *Angle Orthod* 1987; 2: 113-19.

[ [Links](#) ]

---

© 2009

 e-Mail

**Alcalde Eduardo Castillo Velasco 1838**

**Ñuñoa, Santiago**

**Casilla 593-11**

**Teléfono: 2379757 - 2371598**

**Fax: 238 0046**