



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**MALOCCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN
LINGUAL REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS**

Autor(as):

Albita Rondón

C.I 27.709.389

Ana Sofia Parra

C.I 26.006.980

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego

Telefono: (0241) 8714240 (máster) – Fax: (0241) 8712394



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**MALOCCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN
LINGUAL, REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICO.**

Autor(as):

Albita Rondón

C.I 27.709.389

Ana Sofía Parra

C.I 26.006.980

Tutor: **Od. Rodolfo Olivero.**

San Diego, octubre de 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Mediante la presente hago constar que he leído el Trabajo de Grado, elaborado por las ciudadanas ALBITA RONDÓN, titular de la cédula de identidad N° 27.709.389, y ANA SOFIA PARRA, titular de la cédula de identidad N° 26.006.980 para optar al grado académico de odontólogo, cuyo título es “**MALOCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL REPORTE DE DOS CASO CLÍNICO**”, y declaro que acepto la tutoría del mencionado Trabajo de Grado durante su etapa de desarrollo hasta su presentación y evaluación por el jurado evaluador que se designe; según las condiciones del Reglamento de Estudios de la Universidad José Antonio Páez.

En San Diego, a los veinticinco días del mes de febrero del año dos mil veintidós.

RODOLFO OLIVERO

C.I. 7.006.452



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**CONSTANCIA DE APROBACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN PÚBLICA
DEL TRABAJO DE GRADO**

Quien suscribe, Rodolfo Olivero, portador(a) de la cédula de identidad N° 7.006.452, en mi carácter de tutor (a) del trabajo de grado presentado por las ciudadanas ALBITA RONDON, titular de la cédula de identidad N° 27.709.389, y ANA SOFIA PARRA, titular de la cédula de identidad N° 26.006.980 titulado **“MALOCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL, REPORTE DE DOS CASO CLÍNICO”** presentado como requisito parcial para optar al título de **ODONTÓLOGO**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los 13 días del mes de octubre del año dos mil veintidós.

RODULFO OLIVERO



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



ACTA DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “MALOCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS”, realizado por las ciudadanas Ana Sofía Parra Agüero y Albita María Rondón Guerrero, titulares de la cédula de identidad 26.006.980 y 27.709.389. Cursantes de la carrera ODONTOLOGÍA, hace constar que después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su **aprobación**.

Jurado

Nombre:

C.I.:

Diana Ramos

12473636



Tutor Académico:

Nombre:

C.I.:

Rodrigo Olivero

7006452

Jurado

Nombre:

C.I.:

Jauch Rodríguez

8844992

Fecha: 13 / 10 / 2022.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios, por todo.

*A mis padres y mi hermanito, este logro es por ustedes.
A mi familia; a mis tías, y en especial a mis abuelas y abuelo, quienes cerca o en la distancia estuvieron para apoyarme y motivarme a no rendirme y cumplir esta meta.*

A mis amigas y amigos muy amados que conservo desde la infancia, y a los que han llegado en estos últimos años a regalarme su amistad sincera, quienes estuvieron conmigo en buenos y malos momentos y me dieron siempre palabras de aliento para seguir adelante.

A Carlos Eduardo, quien con paciencia y cariño me acompañó y apoyó en cada llanto y cada celebración de mi último año de carrera universitaria.

A mis profesores y a mi casa de estudio por todos estos años de aprendizaje, formación académica y recuerdos que llevaré siempre conmigo.

Ana Sofía Parra.

Mi agradecimiento se dirige a Dios y a la Virgen que están conmigo en todo momento de mi vida y son mi fortaleza siempre, a mis Padres por el apoyo, por el amor, por formarme para ser la gran persona que soy hoy, por los valores que me inculcaron y por hacer tanto esfuerzo para que yo logre mis sueños, a mis hermanas por su cariño y afecto incondicional, a mis sobrinos que me llenan de alegría los días y a mi novio por estar siempre presentes cuando más lo necesito, por su apoyo, por ser esa persona que me escucha y me da fuerzas en todo momento los amo con todo mi corazón. A mis amigos Juan José Chacón, Dagne Gonzales y Valeria Rodríguez por estar siempre para mí en las buenas y en las malas desde el primer día. Los quiero mucho. A nuestra querida universidad, casa de estudio que nos acogió durante todos estos años, nos formó, nos moldeó y nos soltó como seres menos incompletos, te debemos todo. Gracias a todos ustedes soy odontólogo

Albita Rondón.

DEDICATORIA

A mis padres, Rafael Enrique y Ana María, a mi hermano Rafael Ignacio; mis pilares, mi apoyo incondicional, por quienes esta meta hoy es posible y mi inspiración para ser cada día mejor.

A Gilberto Agüero, mi primer profesor, mi abuelo amado y ahora mi ángel que me acompaña desde el cielo.

Ana Sofía Parra.

Este trabajo está dedicado primeramente a Dios y a la Virgen, por guiarme en todos los aspectos de mi vida y permitirme terminar esta maravillosa carrera. A mis padres, por su apoyo incondicional, amor, trabajo y sacrificio en todos estos años de carrera y de mi vida, a mis hermanas, a mis sobrinos y a mi novio que están presente en todo, que me cuidan me guían y me ayudan siempre gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hija, hermano, tía y pareja son lo mejor de mi vida.

Albita Rondón.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



MALOCCLUSIONES ASOCIADAS AL HÁBITO DE INTERPOSICIÓN LINGUAL REPORTE DE DOS CASO CLÍNICO

Autores: Albita Rondón. Ana Sofia Parra.

Tutor: Od. Rodolfo Olivero.

Asesora: Prof. Aura Palencia.

Fecha: octubre de 2022.

RESUMEN

Los pacientes con interposición lingual y deglución atípica presentan alteraciones en su mordida como lo son las maloclusiones dentales, debido a que la lengua reposa sobre los incisivos empujando a estos hacia afuera trayendo consigo como consecuencia patologías y malformaciones en el crecimiento óseo de los niños, impidiendo también deglutir de la manera correcta y ocasionando también problemas en la fonación y respiración. Para realizar la investigación se fijó como objetivo general: Determinar las Maloclusiones Asociadas al Hábito de Interposición Lingual que Presentan los Pacientes en Estudio. Este trabajo se enmarcó en una investigación de campo, estudio de caso, el nivel de la investigación es descriptivo, la muestra utilizada fueron dos pacientes de 7 años de edad, de sexo masculino y femenino. Para recolección de datos se utilizó la historia clínica. Resultados: Luego de la instalación de la aparatología ortopédica se realizaron controles en los cuales se notó resultados y avances positivos con respecto a la interposición lingual y deglución atípica ya que con el uso del aparato el paciente no posicionaba la lengua en los incisivos y lo obliga a deglutir de manera correcta. Entre las Conclusiones se cita: Evolución adecuada en el tratamiento con aparatología de Bimler tipo “A” sobre la interposición lingual y deglución atípica. **Palabras clave:** Interposición lingual, deglución atípica, aparatología ortopédica, maloclusiones.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



MALOCCLUSIONS ASSOCIATED WITH THE HABIT OF LINGUAL INTERPOSITION, REPORT OF TWO CLINICAL CASE

Authors: Albita Rondón. Ana Sofia Parra
Tutor: Od. Rodolfo Olivero.
Asessor: Prof. Aura Palencia.
Date: Oct 2022.

ABSTRACT

Patients with tongue interposition and atypical swallowing present alterations in their bite such as dental malocclusions, because the tongue rests on the incisors pushing them outwards, bringing with it pathologies and malformations in the bone growth of children, preventing also swallowing in the correct way and also causing problems in phonation and breathing. To carry out the research, the general objective was set: To determine the Malocclusions Associated with the Habit of Lingual Interposition that the Patients in Study present. This work was framed in a field investigation, case study, the level of the investigation is descriptive, the sample used was two 7-year-old male and female patients. For data collection, the clinical history was used. Results: After the installation of the orthopedic appliance, controls were carried out in which positive results and advances were noted with respect to tongue interposition and atypical swallowing, since with the use of the appliance the patient did not position the tongue on the incisors and forced him to swallow correctly. Among the Conclusions is cited: Adequate evolution in the treatment with Bimler type "A" appliances on tongue thrusting and atypical swallowing.

Keywords: Lingual thrust, atypical swallowing, orthopedic appliances, malocclusions.

INDICE GENERAL

Paginas preliminares	vii
RESUMEN IFORMATIVO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
Planteamiento del Problema	14
Formulación del Problema	17
Objetivos de la Investigación	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Justificación de la Investigación	18
Alcance y Delimitación de la investigación	20
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación	21
Bases Teóricas	32
Definición de términos básicos	32
Bases Legales	54
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de Investigación	56
Nivel de la Investigación	56
Población y Muestra	57
Técnicas de Recolección de Datos	57
CAPITULO IV	
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	
Abordaje de los pacientes	58
Discusión de Resultados	64
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones	67
Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	60

LISTA DE CUADROS

	pp.
Cuadro 1. Características de los pacientes.	59

LISTA DE GRÁFICAS Y FIGURAS

	pp.
Figura 1. Paso 1 y 2 asignación de paciente y llenado de historia.	60
Figura 2. Paso 3 y 4 toma de impresión y vaciado en yeso y toma de radiografías panorámica y cefálica.	60
Figura 3. Paso 5 y 6 Cefalometría y análisis de modelo.	61
Figura 4. Paso 7 Realización del aparato Bimler tipo “A”.	61
Figura 5. Paso 8 Instalación del aparato Bimler tipo “A” en Caso A	62
Figura 6. Paso 8 Instalación del aparato Bimler tipo “A” en Caso B	62
Figura 7. Paso 9 Fase de control y evaluación del aparato Bimler tipo “A” en Caso A.	63
Figura 8. Paso 9 Fase de control y evaluación del aparato Bimler tipo “A” en Caso B	63

INTRODUCCIÓN

Al día de hoy, el desarrollo de las estructuras craneofaciales no puede ser evaluado sin analizar antes la influencia que tienen las distintas funciones que se llevan a cabo en la cavidad oral, los malos hábitos orales que se prolongan en el tiempo como la succión de dedo y chupete, interposición lingual y la respiración bucal, entre otras, alteran el crecimiento y desarrollo craneofacial y son importantes en establecimiento o severidad de las anomalías dentomaxilares.

Las anomalías dentomaxilares son afecciones del desarrollo, en la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a procesos patológicos, sino a una moderada distorsión del desarrollo anatómico. Es frecuente que dichos problemas sean el resultado de una compleja interacción entre varios factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo, y no es posible describir un factor etiológico específico. Si bien estas anomalías no producen un riesgo vital, son unos de los problemas más percibidos por la población general, debido a que afectan la estética y funcionalidad del aparato estomatognático.

La interposición lingual consiste en poner la lengua entre los dientes (centrales o laterales) en su estado de reposo. Debido a esta posición anormal de la lengua, el paciente tiene problemas al hablar y al deglutir con normalidad. En determinados casos, los niños con anomalías dentomaxilares tienen este problema lingual, y es la causa de muchas de ellas. La lengua tiene importantes funciones, pero un incorrecto

desarrollo de este órgano implica graves problemas que terminarán afectando a la vida de los niños. Por ello, es importante abordar a tiempo la interposición lingual y aprender a corregirla.

En el presente trabajo de investigación se describen dos casos clínicos de pacientes de siete años de edad, de sexo masculino y femenino. Los cuales presentan maloclusiones producto de hábitos tales como interposición lingual y succión labial de interés para el presente reporte. Detallando de esta manera su valoración y conducta odontológica.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema.

La humanidad en su desarrollo científico históricamente ha condicionado su evolución en el desarrollo de conocimientos que permitan avanzar tecnológicamente en la generación de soluciones a problemas de toda índole que puedan afectar su bienestar. La salud es uno de los aspectos que con mayor énfasis es motivo de interés permanente en este sentido, si bien la prolongación de la vida en el ser humano a través del uso de herramientas científicas solo es posible si se logran adecuar las condiciones idóneas para que la salud de cada individuo desde cualquier ámbito se hace crucial en los intereses que la investigación científica pueda proporcionar.

Cuando se considera la salud bucal del individuo, se fortalecen muchos otros elementos indispensables para que la salud integral del ser humano sea viable, comprendiendo que el sistema biológico que compone el cuerpo humano dentro de su complejidad obedece a cada una de sus partes, estas deben operar de manera adecuada y en sincronía con el resto de los subsistemas que le componen. La organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2016 estableció que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en la salud bucodental, luego de la caries y de enfermedades periodontales.

Hay que tener en cuenta que la función más importante del sistema estomatognático es la masticación de los alimentos. Este sistema también tiene como función secundaria

la deglución, que es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. Está definida como el tránsito del bolo alimenticio o la saliva desde la cavidad bucal al estómago. (1) En condiciones normales, la deglución se produce sin contracción de las musculaturas mímicas: Los dientes se encuentran en contacto y la masa lingual permanece dentro de la cavidad oral. (2)

Se puede decir que la interposición lingual o también llamada “deglución atípica” hace referencia al posicionamiento de la lengua en los dientes anteriores, haciendo que esto genere mayor apertura en mordidas abiertas ya que hay un empuje de la lengua sobre estos dientes ocasionando así maloclusiones dentales.

La maloclusión se define como el mal contacto entre los dientes superiores con los dientes inferiores cuando mordemos o cerramos la boca, este problema es debido a alteraciones en el desarrollo óseo del maxilar o de la mandíbula, así como una mala posición de los dientes. También es un problema que se puede desarrollar debido a hábitos como lo son succión digital, uso de chupete y biberón, succión labial, pérdida de piezas dentales, anomalías en el tamaño y posición de los dientes, respiración bucal, entre otros.

Para definir como los hábitos bucales en los niños afecta el establecimiento de una oclusión normal, es necesario definir la normalidad. "Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto". Una definición "normal" implica una situación hallada en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes del maxilar superior se relacionen con los

dientes del maxilar inferior de una manera armónica haciendo que esto permita una eficiente masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y le da a la cara un aspecto uniforme, de ser lo contrario se dice que estamos en presencia de maloclusiones.

Los hábitos como lo es la respiración bucal se producen en medio de dificultades respiratorias nasales, debido a la presencia de obstáculos en las vías respiratorias superiores, parcial o totalmente (3) esto hace que no se obtengan un sellado de los labios y un adecuado posicionamiento de la lengua, produciendo así características intraorales como los son: Giro bucal de los incisivos superiores, verticalización de los incisivos inferiores, paladar ojival y crecimiento transversal del paladar (3). Siguiendo con el hábito de chupar, durante la vida prenatal el desarrollo del sistema neuromuscular, la estimulación corporal del feto se produce alrededor de la semana 29, sin embargo, el establecimiento de la succión y la deglución no se completa hasta la semana 32, cuando el feto se chupa instintivamente la lengua, los labios y los dedos (3) de aquí el desarrollo del hábito de succión se puede prolongar a lo largo de la vida produciendo maloclusiones, acompañados por el uso del chupete y el biberón.

Por lo expuesto, el estudio de las maloclusiones cobra importancia en cuanto a los efectos secundarios que generan al sistema estomatognático y consecuentemente en la limitación de ciertas funciones como la deglución, masticación y el habla, produciendo incluso alteraciones temporomandibulares y afectando la estética facial, de acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) las maloclusiones ocupan el tercer lugar como problemas de salud oral (SO), se estima que

aproximadamente la prevalencia de maloclusiones a escala mundial va desde el 65 % hasta el 89% de la población afectada.

Es así como, en Latinoamérica se han realizado diversos estudios sobre maloclusiones obteniendo una prevalencia que supera el 80 %, también en Venezuela los estudios realizados sobre esta temática refieren que las maloclusiones ocupan el 2do lugar en cuanto a problema de salud pública bucal en la población pediátrica, presentando una prevalencia de 47,9% según FUNDACREDESA, dependiendo del indicador estudiado.

(4)

Al respecto, una de las principales causas de las maloclusiones en la etapa del crecimiento son los hábitos bucales, de allí la importancia de interceptarlos y erradicarlos a tiempo, para un desarrollo armónico del sistema estomatognático, siendo el conocimiento de la situación esencial para la implementación de programas que contemplen acciones preventivas, interceptivas y de tratamiento, siendo aplicados a estos hábitos la aparatología ortopédica acompañada de tratamientos psicológicos y miofuncional, en muchos casos también se requiere la atención de un otorrinolaringólogo.

Formulación de la investigación.

Una vez planteada la problemática del estudio surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las maloclusiones asociadas al hábito de interposición lingual que presentan los pacientes en estudio?

¿Cuáles son los hábitos de interposición lingual que presentan los pacientes Estudiados?

¿Cuál es la evolución de los pacientes en estudio luego del uso de la aparatología indicada a través de controles periódicos?

Objetivo de la investigación.

Objetivo general.

Determinar las Maloclusiones Asociadas al Hábito de Interposición Lingual que Presentan los Pacientes en Estudio.

Objetivos específicos.

1. Detallar los hábitos de interposición lingual que presentan los pacientes Estudiados.
2. Diagnosticar que tipo Maloclusiones Asociadas al Hábito de Interposición Lingual refieren los pacientes Estudiados.
3. Evaluar la evolución de los pacientes en estudio luego del uso de la aparatología indicada a través de controles periódicos.

Justificación de la investigación

Con el avance de la ciencia del siglo XXI, la calidad de vida del hombre aumentan, es por eso que la comunidad odontológica está llamada a mantener una mentalidad preventiva respecto a las enfermedades bucodentales que aparecen, es por esta razón que la presente investigación pretende determinar las consecuencias que produce la

deglución atípica con interposición lingual, con el fin de reconocer las diferentes afecciones que pueden incidir en la desarmonía oclusal del paciente, cuyos efectos se pueden prevenir o corregir gracias a un diagnóstico oportuno que conlleve a un tratamiento interceptivo (4).

Vale resaltar que el diagnóstico y tratamiento de la deglución atípica debe ser lo más precoz posible y adaptado a cada uno de los casos. Por lo tanto, se debe realizar un diagnóstico diferencial cuidadoso entre una protracción lingual simple y aquella causada por retención de un patrón infantil de deglución. Por consiguiente, la importancia de realizar un trabajo el cual abarque etiología, características, diagnóstico, consecuencias y tratamientos de la deglución atípica, para que de esta forma permita al odontólogo contar con los conocimientos necesarios para interceptar el problema a tiempo.

Por lo expuesto, la investigación realizada trata de ampliar las áreas del conocimiento en el área de ortopedia porque el uso de aparatos ortopédicos ha sido y es una excelente opción de tratamiento, para obtener resultados funcionales favorables, siempre que por medio de un diagnóstico correcto determine su empleo ; Se espera también sirva de guía y referencia bibliográfica a aquellos estudiantes de odontología de la Universidad “José Antonio Páez” y de otras Universidades así como investigadores interesados en el área temática a desarrollar.

Alcance y delimitación de la investigación

Al ser elaborado como un trabajo de grado los alcances y resultados de este trabajo se inclinan fundamentalmente a los estudiantes de pre grado de odontología de la Universidad José Antonio Páez y al gremio odontológico en general. La investigación está delimitada a un caso clínico realizado en la Universidad José Antonio Páez, en la clínica de ortopedia y ortodoncia, en Valencia Estado Carabobo que puedan incluirse como objeto de estudio y en un período de cuatro meses, tiempo con el que se cuenta para realizar el estudio de campo. El trabajo se enmarca en la línea de investigación de Salud Pública.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la investigación.

Se han encontrado estudios diversos relacionados con el tema de la presente investigación. A continuación, se comentan algunos de los artículos e investigaciones encontradas.

Se cita a Rueda, R. Salas: M (2021) cuya investigación estuvo enfocada en “Maloclusiones y hábitos bucales parafuncionales en adolescentes escolarizados de Mérida.” El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de hábitos parafuncionales y su relación con la presencia de maloclusiones en escolares de 12 a 15 años de edad de dos unidades educativas del municipio Libertador, estado Mérida, Venezuela. Se realizó un estudio descriptivo, transeccional y de campo, en una población conformada por 68 adolescentes, con el fin de determinar la presencia de hábitos bucales parafuncionales que presentaban maloclusión moderada o severa, a los cuales se les aplicó un cuestionario diseñado para la investigación, previo consentimiento informado considerando los aspectos éticos y legales de la investigación.

En la investigación señalada los datos fueron analizados usando el software estadístico SPSS, encontrando que 90,63% presentó algún tipo de hábito bucal parafuncional. Los hábitos más prevalentes fueron la onicofagia (46,9%) y la succión labial (46,9%), seguido de la succión digital (28,1%) y el bruxismo (25%). Se concluyó que para el grupo en estudio existe relación entre la presencia de maloclusiones dentales y los hábitos bucales parafuncionales, los adolescentes diagnosticados con algún tipo de maloclusión bien sean moderada o severa presentó también al menos un hábito bucal parafuncional, situación que queda en evidencia en los adolescentes mordida abierta anterior relacionada estrechamente con el hábito de succión digital.

Los autores recomendaron hacer un diagnóstico precoz de la presencia de hábitos bucales parafuncionales, así utilizar estrategias de prevención en la educación a los padres de familia sobre lo nocivo que puede llegar hacer la instauración de algún mal hábito relacionado con la cavidad bucal en particular. Los educadores o docentes deberían conocer más sobre estos temas de salud; y de esta forma educar a los estudiantes a adquirir buenos estilos de vida y a poner en práctica buenas costumbres higiénicas.

Se refiere esta investigación de Rueda y Salas porque se considera que los mismos en su estudio tratan sobre la investigación desarrollada como son las maloclusiones y los hábitos bucales siendo un apoyo bibliográfico para la misma.

En este orden de ideas se citan a Gil, J, Moreno, L. Vargas; K (2019) estos autores realizaron un estudio en Colombia sobre: Hábitos Orales y Maloclusión en un Grupo de Niños de 7 a 12 Años del Colegio Alberto lleras Camargo –Villavicencio 2019. Estos se plantearon el siguiente objetivo: Determinar la prevalencia de hábitos orales y tipos de oclusión en niños de 7 a 12 años de la institución educativa Colegio Alberto Lleras Camargo de la ciudad de Villavicencio – sede Cataluña. La investigación la enfocaron en un estudio descriptivo de corte transversal, seleccionaron como muestra a los Niños de 7 a 12 años de edad que asistieron a la Institución educativa Alberto Lleras Camargo- Sede Cataluña de la ciudad de Villavicencio, en el año 2018.

En efecto. a través de esta investigación los autores citan algunas conclusiones relevantes : que el 61% de los niños y niñas examinados presentaban algún tipo de hábito oral; la deglución atípica y onicofagia fueron las de mayor prevalencia con un 31% cada una; el 6% de los niños reportó succión digital, el 2% succión de labios, el 7% reporto rechinamiento de dientes, 9% Interposición labial, el 1% fueron respiradores orales y el 37% presentaron respiración mixta y maloclusiones asociadas al hábito de interposición lingual , El 75% de los niños presentaron un tipo facial mesoprosopo, el 23% un tipo facial leptoprosopo y un 2% con un tipo facial euriprosopo. Las autoras recomendaron realizar para próximos estudios instrumentos que midan frecuencia, intensidad y duración para cada tipo de hábito.

Se refiere la investigación de Gil, Moreno y Vargas en el presente estudio puesto que la misma pretendió identificar la prevalencia de hábitos orales y tipos de maloclusión

en niños de 7 a 12 años que asisten a instituciones educativas en una Unidad Educativa de Villavicencio, Colombia ; entendiendo que diversos autores han mencionado que los hábitos orales tienen consecuencias bucales a largo plazo, lo que perjudica la salud integral del niño, dado que no solo causan maloclusiones, sino alteraciones del sistema estomatognático y corporal a mediano y largo plazo teniendo relación con la temática estudiada.

Se cita también a Zarate, R (2019) quien elaboró una investigación en Perú con el fin de optar al título de Cirujano Dentista en la Universidad Nacional del Altiplano de Puno Facultad de Ciencias de la Salud Escuela profesional de Odontología en Puno – Perú 2021. Esta investigación es titulada: Hábitos Bucles Deletéreos Asociados con Maloclusiones Dentarias en Niños de 6 A 12 Años de la I.E.P. N° 70621, “20 de enero”. Juliaca 2019. El presente estudio tuvo como objetivo: Determinar la asociación de hábitos bucales deletéreos con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años de la “I.E.P. 70621 20 de enero”. Juliaca 2019. La metodología fue descriptivo observacional de corte transversal y de diseño no experimental, se empleó un muestreo no probabilístico y fue conformada por 83 estudiantes de 6 a 12 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, para ello fue necesario realizar una encuesta a los padres de familia y un examen clínico a los estudiantes, previo consentimiento y asentimiento informado.

Entre los resultados obtenidos en el estudio se citan: Los niños de 8 a 9 años presentaban mayor número de hábitos bucales deletéreos y predominó la respiración

bucal con un 35%, por otro lado los niños de 8 a 9 años presentaban con mayor frecuencia las maloclusiones verticales con un 43% y se encontró una asociación entre el hábito de interposición lingual con mordida abierta en un 90% correspondiente a la maloclusión vertical, asimismo se encontró una asociación entre el hábito de respiración bucal y mordida cruzada en un 73% correspondiente a la maloclusión transversal y por otro lado se evidenció una asociación entre el hábito de onicofagia y maloclusión clase I correspondiente a una maloclusión anteroposterior en un 94%.

La autora entre algunas de sus conclusiones cita: Se demostró que existe una asociación significativa entre los hábitos deletéreos y las maloclusiones dentarias con un valor $p=0.001$. Se evidenció con mayor frecuencia que los estudiantes presentaban el hábito de interposición lingual y mordida abierta, mostrando una asociación significativa entre hábitos bucales deletéreos y maloclusiones verticales; La misma recomendó a los profesionales de la salud, enfocarse en tomar medidas preventivas implementando programas de atención y brindando charlas informativas y concientizando a los padres de familia sobre los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos.

La investigación citada establece un marco de referencia para el estudio propuesto porque evidencia en su teoría una base sustentable de apoyo teórico ya que define con claridad aspectos sobre interposición lingual y maloclusión y otros elementos que lo conforman.

Por otro lado, Pérez. J (2019) realizó un estudio titulado: Maloclusiones y Hábitos Orales en Niños de Cinco a Doce Años de Edad de la Institución Educativa Particular Manuel Antonio Rivas 2019. El presente estudio tuvo por objetivo determinar la relación entre las maloclusiones y hábitos orales en escolares de la I.E.P. Manuel Antonio Rivas, 2019. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, prospectivo y de corte transversal, se realizó en los meses de septiembre a noviembre del 2019. Siendo la población 217 estudiantes, con una muestra de 139.

Al respecto, los datos fueron recolectados a través de una ficha clínica elaborado por Galeano, Mocha y Osorio, la escala de medición fue de tipo dicotómico y politómica, posterior al trabajo de campo, se realizó un control de calidad de los datos, y se realizó las inconsistencias halladas en la información recolectada con los instrumentos. El procesamiento del instrumento se procesó con el software estadístico SPSS versión 24, luego los resultados se exportaron en una hoja Excel para su edición. En todo el desarrollo de la investigación, se consideró los principios bioéticos personalistas y los criterios de rigor científico.

Concluyendo que, de 139 escolares examinados se pudo observar que la maloclusión dentaria que predominó fue la clase I con un (64.03%); seguida por la clase II división 1 (25.18%), la clase II división 2 (5.76%) y la clase III (5.04%). De los hábitos orales estudiados, en mayor porcentaje se encontró el hábito de succión digital 15.83%, hábito de postura 12.2%, queilofagia 9.35%, onicofagia 8.63%, no se encontró relación

51.8%. El autor en su estudio recomendó diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos bucales para prevenir la alta prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño y la información completa a los padres y/o representantes sobre el tratamiento de estos.

La investigación de Pérez se considera de relevancia para el estudio que se desarrolla porque los aspectos enfocados en la misma contribuyen a ser un apoyo teórico, donde su vinculación con la maloclusión y los hábitos en los niños permite reconocer que los hábitos bucales (no fisiológicos) son uno de los principales factores etiológicos causante de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y una deformación ósea que va a tener una mayor o menor repercusión según la edad que inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño.

Asimismo, Arias. G (2017) Esta investigadora realizó su estudio en Perú, cuya investigación la tituló: Prevalencia de Hábitos Bucles no Fisiológicos y su Relación con las Maloclusiones Dentarias en Niños de 3 a 5 Años de la Institución Educativa Inicial Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico Tacna 2017. La investigadora se fijó como objetivo: Determinar la prevalencia de los hábitos bucales no fisiológicos y su relación con las maloclusiones en niños de 3 a 5 años de la Institución Educativa Inicial Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico - Tacna 2017.

El estudio fue enmarcado en un diseño descriptivo, correlacional, transversal y clínico, se aplicaron diversos instrumentos para la recolección de datos, a 140 Alumnos de la Institución Educativa Inicial Nuestros Héroes de la Guerra del Pacífico año 2016, Tacna. Al análisis de los datos se encontró que un 40.7% presenta hábitos no fisiológicos, en relación con 59,3% que no tiene hábitos. Dentro de los hábitos no fisiológicos, tenemos que la respiración nasobucal se presenta en un 12.1%, la succión digital en un 7.9%, succión labial con 0.7%, onicofagia con 17.9%, deglución atípica 2.1%. respiración nasobucal.

Al finalizar el estudio la autora concluye que: No existe asociación estadísticamente significativa entre los hábitos bucales no fisiológicos y las maloclusiones dentarias verticales en los niños de 3 a 5 años de la I.E. I. NHGP. Tacna 2017. No existe asociación estadísticamente significativa entre los hábitos bucales no fisiológicos y las maloclusiones dentarias transversales en los niños de 3 a 5 años de la I.E. I. NHGP. Tacna 2017. Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos, que si existe asociación estadísticamente significativa entre los hábitos bucales no fisiológicos y las maloclusiones dentarias anteroposteriores en los niños de 3 a 5 años de la I.E. I. NHGP. Tacna 2017- Perú.

Este estudio se seleccionó como apoyo a la investigación que se elabora, porque Arias enfoca su trabajo sobre Hábitos Bucales no Fisiológicos y las Maloclusiones Dentarias aspectos que se desarrollan en la investigación desarrollada.

Por otra parte, Carrillo. A. Catari. P (2015) realizaron un estudio titulado: Hábitos bucales no fisiológicos y Maloclusión en niños que asisten a la consulta de Odontopediatría. Cuyo objetivo fue: Describir los hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión en niños de dentición mixta que asisten a la consulta de Odontopediatría II área de Pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el periodo 2014-2015. Aplicaron una Metodología ubicada en un estudio epidemiológico descriptivo no experimental transversal, con población de 190 historias clínicas, muestra no probabilística 110 historias clínicas pertenecientes a los niños que asisten a la consulta de Odontopediatría II.

La detección de los diferentes hábitos bucales no fisiológicos se realizó en 2 etapas: 1) llenado de la historia clínica de la FOUC y 2) Aplicación de una lista de cotejo con los datos obtenidos en la Historia Clínica. Resultados: El total de pacientes sanos fue de 29, los pacientes con maloclusión dieron un valor de 81; el hábito bucal de mayor frecuencia fue la onicofagia con un valor de 40 pacientes, con respecto a las maloclusiones se observó mayor frecuencia en los pacientes con apiñamiento dentario 22 pacientes, clase II subdivisión 2 con 21 pacientes, mordida abierta con 14 pacientes, por último, los pacientes que presentaron las ambas variables de hábitos bucales no fisiológicos y maloclusión fue de 51.

Conclusiones: Se encontró evidencia significativa con respecto a la influencia de los hábitos bucales no fisiológicos sobre la maloclusión, es por esto que, es necesaria la identificación oportuna de estos hábitos, si es posible la disminución o erradicación de estos hábitos durante el crecimiento y desarrollo de los maxilares, si el uso de estos dispositivos es indispensable, tratar de no anticipar su uso antes de los primeros 6 meses de vida. De igual manera los autores entre las recomendaciones refieren la detección oportuna de estos hábitos, para implementar el tratamiento ortodóntico preventivo o interoceptivo que favorezca el correcto desarrollo de la oclusión.

En este mismo orden de ideas, se cita a Medina. C (2015) quien elaboro un estudio titulado: Prevalencia de Maloclusiones Dentales en un Grupo de Pacientes Pediátricos. El Objetivo de la investigación fue: Evaluar la prevalencia de las maloclusiones dentales en los pacientes atendidos en el área de Ortodoncia Interceptiva del Postgrado de Odontología Infantil de la UCV. La población muestral la constituyeron 479 registros diagnóstico de estos pacientes. Se realizó el estudio descriptivo, transversal y retrospectivo utilizando la Clasificación de Angle, modificación Dewey-Anderson. Entre los resultados se citan el 64,30% de los pacientes presentó maloclusión Clase I; 20,67% Clase II y 15,03% Clase III. El 97,29% de los pacientes tuvo edades entre 5 y 12 años inclusive y un promedio de 8 años. Hubo mayor proporción de varones 52,82% que hembras 47,18%.

La autora entre las conclusiones: La maloclusión Clase I fue la más prevalente, seguida de la Clase II y en menor proporción la Clase III. Las variaciones metodológicas en la selección y diagnóstico, aunadas a las características inherentes al grupo estudiado, diferencian los resultados obtenidos a los publicados en otros estudios epidemiológicos de igual manera recomendó entre otras que el diagnóstico de maloclusiones en la población pediátrica sea realizado de manera temprana, permitiendo implementar programas de atención que incluyan medidas preventivas e interceptivas que disminuyan la prevalencia y severidad de las mismas, reduciendo la necesidad de tratamiento ortodóncico correctivo complejo.

La investigación de Medina se consideró mencionarla en el estudio porque trata sobre maloclusiones dentales en un grupo de pacientes siendo apoyo bibliográfico para la misma.

Por lo tanto, los antecedentes expuestos, se consideran de gran importancia, ya que estos ayudan al desarrollo de la presente investigación aportando planteamientos similares a lo expuesto por las autoras; además de proporcionar datos teóricos relacionados a la maloclusión y hábitos en los niños y demás aspectos relacionados con la investigación.

Bases teóricas

Se refieren a los postulados, y teorías, que dan sustento al tema de investigación; se hace referencia a los puntos de vista de autores de renombre que guardan relación o constituyen un apuntalamiento referencial del estudio. (Moret, Labrador y Palencia, citado por 7); A continuación, se presentan algunas teorías que sustentan el estudio.

Bases teóricas

La Maloclusión

La maloclusión dental es la incorrecta alineación de los dientes, el paciente presenta una diferencia de tamaño entre mandíbulas o entre mandíbula y diente. Cuando una persona sufre maloclusión dental, las piezas dentales superiores no encajan en la mordida de manera adecuada con las inferiores. (8)

Clasificación de las maloclusiones

Las primeras clasificaciones se establecieron en 1842. Carabelli dividió las maloclusiones como: oclusión normal, contacto incisal de borde a borde, mordida abierta, desequilibrio oclusal por protrusión, desequilibrio oclusal por retrusión, inversión de la oclusión por mordida cruzada. (8) Case en 1921, Carrea en 1922, Simón en 1922, e Izard en 1930. Sin embargo, la de mayor trascendencia en ortodoncia es la de clasificación de Edward Hartley Angle. (8)

Clasificación de Angle

Este autor en su publicación sobre las maloclusiones en 1899, destaca que la primera molar superior permanente ocupa una posición estable en el esqueleto craneofacial y que los desórdenes fueron consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior con relación a él. (9)

Clase I

Están incorporadas en este grupo en las maloclusiones anteroposterior normal entre los maxilares presenciada por la llave molar; Angle describió a la oclusión correcta en la primera molar superior e inferior donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. (9)

En las personas portadoras de la clase I de Angle, encontramos un perfil facial recto y equilibrio de los músculos peribucales masticatorias y de la lengua, donde los disturbios oclusales que pueden ocurrir aisladamente o combinados se dan por la presencia de falta de espacio en los maxilares o exceso de espacio en los mismos, malposiciones dentarias, mordida abierta, mordida profunda, mordida cruzada, biprotrusión. En las mordidas abiertas y en pacientes con biprotrusión mayormente el perfil facial es convexo. (9)

Clase II

El primer molar permanente inferior está distalizado con respecto al molar superior (distoclusión). El surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, generalmente el perfil facial de estos pacientes es convexo. (9)

Esta clase se divide en clase II división 1 y clase II división 2. La primera se da por la vestibularización de los incisivos superiores. Además, existe un desorden de la musculatura facial dado por el aumento del overjet, pues la convexidad facial es un rasgo clínico en estos pacientes. (9)

Mordida profunda: existe una alteración en el contacto incisal dado por el resalte. Esto suele obstruirse profundizando la mordida. (10)

Mordida abierta: relacionado a inadecuados hábitos como interposición lingual, succión digital, chuparse los dedos. (10)

Problema de espacio: Aumento o disminución de espacio en el arco (10).

Mordida cruzada: En estos casos la lengua se proyecta hacia adelante en la deglución y fonación donde se mantiene en el piso bucal, cuando la lengua se encuentra en estado de reposo. Este desorden da origen a la palatinización de los premolares y molares superiores provocando mordidas cruzadas. (10)

Malposiciones dentarias individuales: se dan cuando la relación molar clase II ocurre en una hermiarcada. En estos casos se denominó clase II división I, subdivisión derecha o izquierda según el lugar afectado. (10)

Por su parte, en la clase II división 2, los dientes anterosuperiores se encuentran palatinizados o verticalizados sin resalte de los incisivos superiores. El perfil facial recto y la leve convexidad son los patrones más predominantes de esta maloclusión. La mordida profunda anterior se da frecuentemente en los casos que hay contacto

interincisal. Cuando la maloclusión está en lado derecho e izquierdo se utiliza la subdivisión. (10)

Según Van der Liden,²¹ la clase II división 2 se clasifica en tipos A, B y C.

- Clase II división 2 tipo A: cuando los incisivos anterosuperiores se encuentran palatinizados.
- Clase II división 2 tipo B: los incisivos centrales están palatinizados y los incisivos laterales se encuentran vestibularizados.
- Clase II división 2 tipo C: los incisivos centrales y laterales están palatinizados y los caninos ectópicos. (10)

Clase III

Se da cuando el contacto del primer molar permanente inferior con el surco mesiovestibular está mesiolizado con respecto a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente. Por ende, el perfil facial cóncavo es un rasgo clínico de estos pacientes. (10)

Las mordidas cruzadas en lado derecho o izquierdo anterior o posterior son muy frecuentes. Escasamente podemos encontrar mordidas abiertas o profundas, problemas de falta espacio o apiñamiento y mal posiciones dentarias individuales. Si existiese alteración en uno de los lados se emplearía el término subdivisión. (10)

Clasificación de Lisher

En el año 1911, la clasificación individualizada de las posiciones inadecuadas dentarias en relación a su posición normal indicó el sufijo versión al término indicativo de la dirección del desvío.²⁰ Estos términos pueden combinarse con una, dos o más alteraciones, ejemplos: infra mesioversión, axio giroversión, linguosupraversión.⁽¹⁰⁾

Mesioversión: Cuando el diente se encuentra hacia mesial a su posición normal.

Distoversión: El diente está hacia distal en relación a su posición normal.

Vestibuloversión o labioversión: La corona del diente está vestibularizada a su posición normal.

Linguoversión: La corona del diente se encuentra lingualizada a su estado normal.

Infraversión: Cuando la posición del diente no alcanza al plano oclusal o incisal.

Supraversión: Se refiere cuando el borde incisal o la cara oclusal del diente excede el plano oclusal.

Giroversión: El diente se encuentra rotado a su eje longitudinal.

Axiversión: El eje longitudinal dentario se encuentra inclinado.

Transversión: Cuando el diente ocupa el lugar del otro diente.

- Perversión: El diente se encuentra impactado producto del espacio reducido en el arco. ⁽¹⁰⁾

Clasificación de Simón

En 1922, Simón clasifica relacionando los arcos dentarios con los planos anatómicos como sagital medio y orbitario. (11)

Anomalías anteroposteriores: El plano orbitario fue empleado como referencia, también denominó como protracción al desplazamiento hacia delante de todo el arco dentario. Y retracción al desplazamiento de uno o más dientes hacia atrás. (11)

Anomalías transversales: Relacionados al plano sagital medio y se dice contracción cuando existe acercamiento de un diente o segmento de arco y distracción para el alejamiento con relación al plano. (11)

Anomalías verticales: relacionada al plano de Frankfurt y denominada atracción cuando se acerca al plano (intrusión de los dientes de la maxila o extrusión de los dientes del maxilar inferior) y abstracción cuando se alejan. Esto tiene importancia clínica donde orienta los dientes o arcos dentarios al esqueleto craneofacial observando tridimensionalmente las maloclusiones cuando existen en los arcos dientes primarios y permanentes. (11)

Siendo las maloclusiones un problema descrito como frecuente, que puede contribuir al desarrollo de caries y enfermedad periodontal, generar problemas en la autoestima de las personas y costos económicos elevados en su resolución, es importante saber cuáles son los factores intrínsecos de riesgo para el desarrollo de maloclusiones y cuáles son los más prevalentes porque gracias a los avances en el desarrollo de la tecnología, la rehabilitación dentofacial con aparatología ortodóntica y ortopédica

ha tenido una gran evolución, ya que es un recurso especializado para la expansión de los maxilares y corrección de los mismos.

De allí pues, en el área de la rehabilitación oral, la toma de decisiones para elegir el tratamiento de mejor elección, es de vital importancia durante las diferentes etapas del tratamiento, por lo tanto, es esencial obtener materiales de alta calidad para poder llevar a cabo una terapia exitosa.

Hábito

Un hábito es una acción repetida que se realiza de forma automática, son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja, los cuales con la práctica se vuelven inconscientes y con frecuencia se incorporan en la personalidad, en cuanto a la cavidad oral, podemos encontrar la presencia de malos hábitos orales, aspecto de gran importancia en el desarrollo de las maloclusiones. Entre los más comunes se encuentran los hábitos de succión, respiradores bucales, alteraciones de la deglución e interposición de objeto. (12)

Los hábitos bucales se clasifican en fisiológicos o funcionales como son la respiración nasal, habla, masticación y deglución; y no fisiológicos como respiración bucal, onicofagia, succión digital, deglución atípica y bruxismo, dicho de otra manera, los hábitos no fisiológicos pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático lo que desencadenaría un desequilibrio entre fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal,

permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzca una deformación ósea. (12)

Otras veces se agrega a ellos fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, todas estas alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje, la deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores como la edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño.(13)

En efecto, esto se debe a que a edades tempranas el hueso está formándose y, por lo tanto, es más moldeable, otro factor que dependerá es el tiempo (minutos u horas) en que dura el mal hábito; y la frecuencia de este, es decir, el número de veces al día siendo los niños, en particular que practican estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención, debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, a la falta de atención de los padres, a la falta de madurez emocional, o bien, a los cambios constantes en el ambiente familiar.(14)

Deglución atípica con interposición lingual

Se produce cuando el patrón de deglución infantil persiste luego de la erupción de los dientes anteriores, porque la forma de deglutir con interposición de la lengua se caracteriza porque, en el momento de tragar, los dientes no se ponen en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos, pudiendo a veces interponerse lateralizada entre los

molares y premolares. Es importante considerar este aspecto de la expansión lateral. Algunas veces, los niños corrigen la interposición lingual anterior, pero siguen expandiendo lateralmente la musculatura lingual hacia los premolares y molares. (15)

Tipos de deglución atípica con interposición lingual

Existen cuatro tipos de deglución atípica con interposición lingual estos son: (16)

- Tipo I. Este tipo de deglución atípica con interposición lingual no causa deformación. (16)
- Tipo II con presión lingual anterior. La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones que se pueden producir son las siguientes: (16)

Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior. (17)

Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión) (17)

Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo. (17)

•Tipo III con presión lingual lateral. La presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son: (17)

Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares. Hay una mordida abierta lateral. (17)

Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de este lado. (17)

•Tipo IV con presión lingual anterior y lateral. Las maloclusiones resultantes son: (17)

Mordida abierta anterior y lateral. Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión. Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior. Todos estos problemas pueden ir acompañados de hábitos como lo son: Respiración bucal

La respiración bucal se produce en medio de dificultades respiratorias nasales, debido a la presencia de obstáculos en las vías respiratorias superiores, parcial o totalmente , es como una de las funciones reflejo-vegetativas realizadas por el sistema estomatognático, constituye un estímulo ininterrumpido de considerable importancia en el crecimiento del tercio medio de la cara en los jóvenes porque desde el nacimiento, las personas respiran por la nariz y en ausencia de obstáculos, este patrón asegurará una conformación craneofacial inducida por el patrón morfogenético (18).

Características clínicas

Rasgos faciales

- Fosas nasales estrechas: por falta de función, ya que no se dilatan durante la inspiración; condición clínica denominada insuficiencia valvulonasal. (18)
- Labios entreabiertos: para permitir el paso del aire debido a la falta de sellado de los labios, falla la humidificación y con el paso del aire se secan. (18)
- Alteración de la tonicidad labial: los labios entreabiertos al no tener una función adecuada se comportan según la postura adquirida, volviéndose la mayor parte del tiempo hipotónico. (18)
- Expresión inerte: llamada “facies adenoide” por el aspecto abatido del paciente en busca de aire, corroborado por la falta de eminencias malares debido a la atresia de la cavidad nasal. (18)

Características intraorales

- Giro bucal de incisivo superior: debido a la falta de sellado labial, el labio superior no desempeña su papel en el equilibrio labial – lingual. Para el posicionamiento de los dientes. La forma de V atrófica del maxilar también induce la protrusión de los incisivos superiores. (18)
- Verticalización de los incisivos inferiores: como durante la respiración bucal la mandíbula permanece baja, una mayor porción del labio inferior suplanta el borde incisal de los incisivos inferiores, permitiendo que las porciones musculares inferiores con mayor tonicidad ejerzan presión sobre las superficies bucales de los incisivos inferiores, verticalizándolos. (18).

•Paladar ojival: causado por el estrechamiento transversal del maxilar resultante de los factores correctos, como la pérdida de equilibrio funcional entre la musculatura yugal y la lengua. La lengua baja para permitir el paso del aire a través de la cavidad oral y no ejerce sobre el paladar la presión que estimula el crecimiento transversal del maxilar. (18)

El tratamiento para la respiración bucal debe ir de la mano con un otorrinolaringólogo que está cualificado para diagnosticar y tratar las obstrucciones en las vías respiratorias, luego el ortodoncista corrige las alteraciones dentoalveolares y finalmente se restablece la función muscular con ejercicios de logopedia.

Como se describió anteriormente, los respiradores bucales tienen deformaciones esqueléticas características y malposiciones dentales variables, según el grado de obstrucción y el tiempo que el paciente permanece respirando por la boca. La gravedad del caso varía según el patrón de crecimiento del esqueleto cefálico, los pacientes con tendencia al crecimiento vertical, así como la Clase II, características de 1ra división, presentan “facies adenoides” con un pronóstico más desfavorable. (18)

Los respiradores bucales generalmente necesitan corregir la mordida cruzada posterior (maxilar atrésico), la proinclinación de los incisivos maxilares y la verticalización de los incisivos mandibulares. Los expansores removibles y fijos están disponibles para la corrección de la atresia maxilar y los aparatos fijos se utilizan para las malposiciones dentales. Otros problemas de ortodoncia informados en algunos casos, como la mordida abierta anterior y la mordida cruzada anterior, implican procedimientos de ortodoncia más complejos. (19)

La expansión maxilar rápida ha demostrado ser ventajosa en el tratamiento de las atresias maxilares causadas por la respiración bucal, no solo por el menor tiempo necesario para realizar la expansión, sino también por el agrandamiento de la cavidad nasal inducido por el aumento de tamaño del piso nasal (paladar). (19)

La expansión esquelética eficaz de la cavidad nasal promueve la mejora de la capacidad respiratoria del paciente, computando como estímulo al tratamiento ortodóncico y como objetivo deseado en el tratamiento otorrinolaringológico. (19)

La corrección temprana de la mordida cruzada posterior es universalmente aceptada en la literatura de ortodoncia, basada en los siguientes fundamentos: aprovechar una mayor bioplasticidad ósea para obtener respuestas más favorables con una mecánica más simplificada; redirigir los gérmenes de los dientes permanentes a una posición más favorable para el desarrollo; proporcionar una mejor relación esquelética entre las bases óseas; elimina las posiciones desfavorables de la ATM, estableciendo relaciones simétricas en la posición del cóndilo dentro de la fosa articular y contribuyendo a una autoimagen más favorable del niño, especialmente en los casos en que la afectación estética es muy evidente. (19)

El dispositivo más utilizado para la expansión maxilar rápida es el expansor tipo Haas, realizado con cuatro bandas, dos en los primeros molares permanentes y los primeros premolares, en la dentición permanente. En pacientes con dentición temporal, los soportes se ubican en los segundos molares y caninos temporales, mientras que en la dentición mixta se utilizan molares permanentes y caninos temporales. Actualmente,

se utiliza una modificación, haciendo extensiones de los alambres de la estructura del dispositivo envolviendo los caninos deciduos, en lugar de vendarlos. (19)

Hábito de succión

Durante la vida prenatal, luego del desarrollo del sistema neuromuscular, la estimulación oral en el feto ocurre alrededor de la semana, sin embargo, el establecimiento de la succión y la deglución solo se completa alrededor de la semana 32 cuando el feto succiona instintivamente la lengua, los labios y los dedos. (19)

La maduración de este sistema proporciona el desarrollo adecuado de las funciones orales para la supervivencia después del nacimiento. A través de la lactancia materna, el bebé busca la satisfacción nutricional haciendo un esfuerzo por conseguir el alimento, ejercitando las regiones peri e intraorales. (19)

En un intento de prolongar esta sensación de placer, después de satisfacer la demanda fisiológica, el niño persiste en succionar siendo el chupete y/o el dedo los que pueden satisfacer esta necesidad sensorial motora, es decir, la exigencia de ejercitar los músculos orales, promoviendo la autosatisfacción en ausencia de la madre. Sin embargo, el uso de estos dispositivos puede generar dependencia, que se intensificará cuanto mayor sea la falta de atención por parte de los padres, especialmente de la madre ausente. (19)

Por consiguiente, el uso de la lactancia artificial debe cumplir con ciertos criterios cuando se introduce en la dieta del recién nacido, el bebé debe recibir una cantidad suficiente de líquido en la cavidad bucal para estimularlo a succionar. Rutinariamente, la madre aumenta la apertura de la tetina del biberón para dejar pasar más líquido, disminuyendo los ejercicios de succión esta deficiencia en la succión provoca la flacidez de los músculos que sostienen la lengua, los labios y la mandíbula. A medida que aumenta el agujero en la botella, la lengua se posiciona anteriormente en un intento de evitar la asfixia, El niño debe recibir alimentos más consistentes a partir de la erupción de los dientes temporales, para continuar con el desarrollo de la musculatura perioral. (17)

En efecto que, el hábito prolongado de chuparse el dedo o el chupete se considera normal hasta los 3 o 4 años, cuando el contacto con el medio exterior permite el desborde de emociones por otras vías, como la comunicación oral, que posibilita la comprensión y la convivencia mutua. La persistencia de este hábito induce a la deformación de la oclusión, por la interposición del dedo o del chupete y también por el desequilibrio muscular peri e intraoral (17)

Las anomalías conformacionales provocadas en las estructuras óseas y en el posicionamiento dentario, por la ejecución de un hábito, están relacionadas con factores propios del hábito y del propio paciente. Los factores vinculados al hábito dependen de la duración, frecuencia e intensidad de su práctica; en el caso de la succión también puede influir la posición en la que se introducen los dedos o el chupete en la boca.

Factores inherentes al paciente implican la resistencia alveolar y el patrón morfogénico de crecimiento facial (17)

La duración está relacionada con el tiempo de realización del hábito, siendo crítica a partir de los 3 o 4 años, es decir, cuando la ejecución del hábito lleva un tiempo considerable. La frecuencia del hábito implica la frecuencia de su ocurrencia. el niño que succiona esporádicamente, sólo en los períodos que preceden al sueño, es menos susceptible de sufrir daños, si se compara con quienes realizan este hábito a diario. La intensidad está relacionada con la función de los músculos periorales (17)

Los efectos del hábito sobre la oclusión de cada paciente dependen principalmente de la resistencia del hueso alveolar y del patrón morfogénico de crecimiento, ambos factores ligados a la herencia genética que determina el crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial (17)

Características clínicas

- Mordida abierta anterior: La alteración más frecuente se localiza principalmente en la región anterior de la arcada, de canino a canino, suele ser circular, aunque no siempre simétrica, como consecuencia de la posición del dedo en la boca. Ocurre en la dentición temporal por la inclinación bucal de los incisivos superiores e inferiores, Sin embargo, en la dentición permanente, el objeto de obstrucción (dedo o chupete) impide la erupción de los incisivos y altera la conformación local del hueso alveolar (20)
- Vestibularización de los incisivos superiores: La presión ejercida por la superficie interna del dedo o por el chupete induce a los dientes a sobresalir y/o

inclinarse hacia bucal. En los dientes permanentes, este cambio de posición se impone durante el proceso de erupción. (20)

- Verticalización de los incisivos inferiores: La presión ejercida por el dorso del dedo provoca una inclinación lingual de los incisivos inferiores. (20)

- Constricción lateral del maxilar: esta alteración esquelética se produce por el aumento de la actividad compresiva de los músculos yugulares y por el descenso de la postura de la lengua. Esta atresia maxilar resulta de la inclinación palatina de los dientes y la cresta alveolar posterior. (20)

- Mordida cruzada posterior: maloclusión transversal resultante de la atresia maxilar, generalmente acompaña a la mordida abierta anterior en pacientes con hábito de succión. (20)

- Cambio en el cierre mandibular: la mordida cruzada posterior suele inducir desviaciones posturales de la mandíbula, provocando cambios en el crecimiento de los cóndilos y posteriores trastornos en la articulación temporomandibular. (20)

- Alteración postural de la lengua: provocada por la falta de un estándar de postura de la lengua, ayudando a aumentar la mordida abierta anterior o manteniéndola cuando ha cesado el hábito de succión. (20)

Implicaciones psicológicas en el tratamiento

Quizás el éxito o el fracaso en el tratamiento de la maloclusión por hábito de succión residan en la conducta del profesional hacia la faceta emocional de tal hábito. Se debe evaluar el bienestar emocional del paciente, teniendo siempre presente el tratamiento

no solo de una maloclusión simple, sino de un niño con miedos y frustraciones psicológicas, por lo tanto, el profesional debe primero tomar conciencia, en la medida de lo posible, del comportamiento del paciente, de sus padres y del entorno en el que vive. (21)

En el primer contacto con el paciente, el odontólogo observa algunas características sociales y de personalidad que pueden indicar alguna inestabilidad emocional, este debe mostrarle al niño, utilizando los recursos disponibles y un lenguaje accesible, que sus dientes están mal colocados, y luego son aclarar la normalidad de las estructuras dentales y maxilares. La reducción en la ejecución del hábito sólo es posible cuando el niño ha adquirido disciplina, confianza y seguridad para asumir nuevos comportamientos sociales y de personalidad; lo que en algunos casos implica la necesidad de consultas psicológicas. (21)

Corrección ortodóntica de maloclusiones resultantes por el hábito de succión

Los hábitos de succión causan distorsiones dentoalveolares características, especialmente mordida cruzada posterior y mordida abierta anterior, la mordida cruzada posterior es más frecuente y pronunciada en los casos asociados a la respiración bucal debido al aumento de la presión de los músculos de las mejillas en la región dentoalveolar posterior del maxilar. Se destaca la mordida abierta anterior como la condición más asociada a los hábitos de succión, en vista de la interposición no solo del chupete y/o dedo, sino también de la lengua en un apoyo anterior, lo que agudiza la mordida abierta previamente instalada. (21)

Al igual que en los pacientes que respiran por la boca, es de suma importancia analizar la gravedad del caso, específicamente dictada por el hábito de succión por la duración, frecuencia e intensidad del hábito, además del patrón de crecimiento craneofacial del paciente (21)

La intervención de ortodoncia en la corrección de la mordida abierta indica el uso de una rejilla palatina en el período intertransitorio de la dentición mixta, también existe la presencia de mordida cruzada, lo que implica el uso conjunto de dos aparatos de ortodoncia: la rejilla palatina y el expansor bihélice fijo (21)

El aparato fijo bihélice es un arco transpalatino con dos helicoides distales a los primeros molares permanentes (dentición mixta o permanente) o a los segundos molares temporales (dentición temporal). Para restringir la acomodación anterior pasiva Este dispositivo fabricado con hilo de 0,8 mm (dentición temporal) o 0,9 mm (dentición permanente) tiene sus brazos más externos soldados a las bandas molares. (21)

Al igual que con todos los expansores fijos tipo arco palatino de expansión lenta, produce un aumento en el ancho transversal del arco dental con la inclinación bucal de los dientes y el proceso alveolar. Debido a la acomodación de su porción palatina anterior, actúa, por sí solo, como un recordatorio para realizar el hábito de succión. (21)

La rejilla palatina se puede asociar a la bihélice soldándola a la porción anterior de la misma, mediante tal combinación la rejilla palatina, que suele ser un aparato removible,

queda fijada, hecho que ayuda a una más pronta corrección de la maloclusión, ya que también permanece fijo. (21)

Parte de la función de este aparato es recordarle al niño que el dedo o el chupete no se pueden poner en la boca; al no tener el único propósito de ser un impedimento para la succión, actúa como un dispositivo de recordatorio para la no ejecución del hábito. Otra función principal de la rejilla palatina es evitar que la lengua se acomode en la presente mordida abierta; dicho posicionamiento, que conlleva el mantenimiento y/o aumento de la mordida abierta iniciada por succión, las rejillas deben tener una longitud de aproximadamente 12 mm extendiéndose hasta cerca del cingulado de los incisivos inferiores. (21)

Terapia de lenguaje

El abordaje de un paciente con hábito de succión puede representar una situación emocional del paciente que se hace más evidente en momentos de angustia y ansiedad. Por lo tanto, el logopeda, de manera más superficial que el psicólogo, hace uso del psicodiagnóstico para verificar las condiciones emocionales del niño. En algunos casos, el proceso terapéutico de ortodoncia y logopedia se establece después o durante la intervención psicológica, la eliminación del hábito es siempre el principal objetivo del ortodoncista y del logopeda, por lo tanto, la acción conjunta ayuda a orientar a los padres sobre los daños que el hábito puede causar al niño (22)

Succión labial

Se da cuando el niño interpone el labio, casi siempre inferior, en el momento de deglutir, o también en reposo a modo de chupete, entre los incisivos inferiores y superiores, suele ir acompañado de maloclusiones, con un gran resalte en los incisivos superiores y una retroinclinación de los incisivos inferiores y es como la succión permanente del labio inferior, con el consiguiente desequilibrio orofacial. A veces lo hace como sustitución de la succión digital, da como resultado la mordida abierta anterior (23)

Tratamiento

Se proponen varias opciones como lo son:

- Terapia miofuncional: intentar desarrollar la propioceptividad, los autorregistros, el masaje y la relajación sobre la zona implicada y sobre todo el aprendizaje a la deglución normalizada sin contradicciones ni succión (24)
- Ortodoncia: se proponen soluciones con aparatología como el uso de una pantalla vestibular, que es una lámina de resina acrílica colocada por detrás de los labios desde la parte superior hasta la parte inferior. Así mismo, existe el arco labial o parlabios (bumper) que es un aparato fijo que consigue evitar la interposición del labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores, además alivia la presión del musculo buccinador y el labio inferior sobre la dentición. (24)

Aparatología Bimler en maloclusiones asociadas a la interposición lingual

Bimler tipo A

Es un aparato funcional que posee un arco vestibular con alambre de 0.9mm, un arco labio-lingual con alambre de 0.9mm duro elástico, resorte anterior de 0.8mm. Activación: mediante el arco de Coffin, su función es tratamiento para incisivos protruidos clase II, división 1. (24)

Bimler tipo B

Es un aparato funcional que posee un resorte anterior 0.8 mm duro-elástico, arco de expansión 0.9 mm duro-elástico, espiga de retención 0.8 mm duro-elástico, arco labio-lingual 0.9 mm duro-elástico, ansa anterior 0.8 mm duro-elástico, además cuenta con un tornillo de expansión superior. Activación: se lo activa con el tornillo de expansión superior, su función es la corrección de incisivos centrales retruídos, utilizado en clase II división 2 (18).

Bimler tipo C

Es un regulador elástico con arco intermaxilar y almohadillas linguales que posee un Arco vestibular de Eschelr, resorte anterior 0.8 mm duro elástico, resorte de Coffin 0.9 mm duro- elástico, descanso oclusal 0.8 mm duro-elástico, arco mandibular 0.9 mm duro- elástico, arco de conexión inferior 0.9 mm duro-elástico. Activación: mediante el arco de Coffin, su función es el tratamiento de un prognatismo con mordida cruzada anterior, Clase III. (18)

Bases legales

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). La salud (19)

Artículo 83. Es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y creará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con la medida sanitaria y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

Artículo N° 84: Para garantizar el derecho a la salud, el estado creará, ejercerá la rectoría y garantizará un sistema público nacional de la salud, de carácter internacional, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de la salud y a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación,

ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Ley del Ejercicio de la Odontología (1970) (20).

Artículo 2. Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta ley y su Reglamento.

Ley sobre el Derecho de Autor.

Título I. Capítulo I. Sección primera

Artículo 1. Las disposiciones de esta Ley protegen los derechos de los autores sobre todas las obras del ingenio de carácter creador, ya sean de índole literaria, científica o artística, cualquiera sea su género, forma de expresión, mérito o destino.

Los derechos reconocidos en esta Ley son independientes de la propiedad del objeto material en el cual esté incorporada la obra y no están sometidos al cumplimiento de ninguna formalidad (22)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de la investigación.

Se realizó una investigación de campo como un estudio de caso, ya que se obtienen los datos primarios directamente de la fuente donde suceden los hechos (paciente con interposición lingual y mordida abierta anterior) y con un tipo descriptivo porque se describe que la interposición lingual y los hábitos producen maloclusión sus tipos y sus tratamientos (22).

Nivel de la investigación.

La profundidad con la que se estudiaron las variables fue descriptivo observacional, este nivel permite contextualizar las variables observadas para correlacionar factores (23).

Población y muestra.

La población es el universo de individuos que se consideran objetivo de evaluación dentro del estudio, en este caso particularmente paciente de la clínica de ortodoncia y ortopedia de la UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ ubicada en San Diego, Estado Carabobo. La muestra es corte de la población que puede ser seleccionada de distintas maneras, en este caso, la selección de la muestra fue específica en 2 pacientes de 7 años de edad, de sexo masculino y femenino.

Técnicas a instrumentos de recolección de datos.

Como técnica se aplicó la asignación de paciente, llenado de historia clínica, toma de impresión, evaluación y diagnóstico, asignación de aparatología y controles cada 15 días.

Esta información recopilada fue vaciada en una historia clínica que se usó como instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Abordaje de los pacientes

Para realizar el estudio de caso fue preciso acudir a la Clínica de ortodoncia y ortopedia de la UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ ubicada en San Diego, Estado Carabobo, previa a la autorización por los facilitadores de los Docentes de las clínicas en (11) fechas de asistencia. Se evaluaron en total 2 pacientes con Interposición lingual y hábitos. Fue necesaria la firma de consentimiento informado de los padres o representantes de los niños para formar parte de esta investigación.

El proceso de atención de los pacientes fue el siguiente: división del total de niños por separado, llenar la historia clínica con los datos relevantes como nombre, edad, sexo, dirección, reportado por sus padres, presentación de las investigadoras, explicación de los estudios que se debían hacer de la manera más concreta y sencilla, del abordaje del tratamiento a realizarse para la interposición lingual y sus hábitos.

A continuación, se disponen los resultados de la investigación a modo de cuadros que se separan según diversos factores:

Abordaje inicial

Cuadro 1, características de los pacientes

Paciente	Edad	Sexo	Hábito	Maloclusión
Caso 1	7	M	Interposición lingual con deglución atípica y succión digital.	Mordida abierta en anterior, Diastema en incisivos centrales superiores, Inserción de Frenillo vestibular en superior y Arcada inferior de forma cuadrada.
Caso 2	7	F	Interposición lingual con deglución atípica y hábito de succión labial inferior	Mordida cruzada, apiñamiento en antero-superior y antero-inferior, arcadas estrechas, proinclinación dentaria superior e inferior.

Fuente: Parra y Rondón (2022)

Respecto a estos pacientes se puede decir que en común como hábito se tiene la Interposición lingual con deglución atípica, pero se puede diferenciar que el paciente masculino de 7 años de edad presenta de hábito la succión digita y la paciente de sexo femenino de 7 años como hábito presenta succión labial inferior.

Aplicación de Estudios y aparatología en la clínica de Ortodoncia y ortopedia

Como bien se ha descrito previamente los estudios consisten en hacer la asignación del paciente, llenado de historia clínico, radiografías y diagnóstico, plan de tratamiento e instalación de aparatología seguido por sus controles.

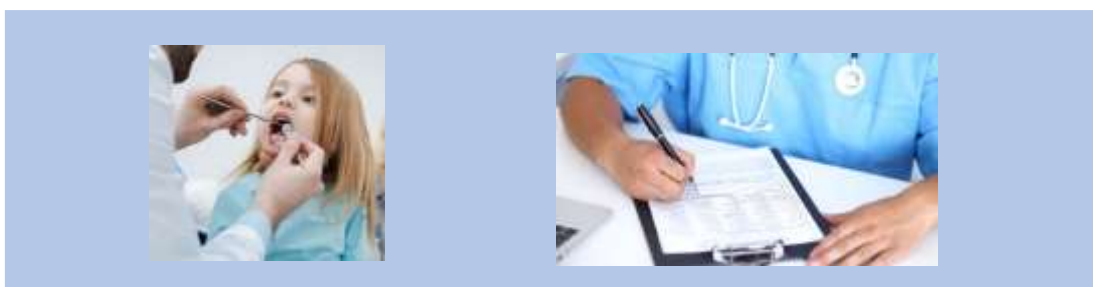


Figura 1. Paso 1 y 2 asignación de paciente y llenado de historia. Fuente: Parra y Rondón (2022)



Figura 2. Paso 3 y 4 toma de impresión y vaciado en yeso y toma de radiografías panorámica y cefálica. Fuente: Parra y Rondón (2022)



Figura 3. Paso 5 y 6 Cefalometría y análisis de modelo Fuente: Parra y Rondón (2022)



Figura 4. Paso 7 Realización del aparato Bimler tipo A. Fuente: Parra y Rondón (2022)



Figura 5. Paso 8 Instalación del aparato Bimler tipo A en Caso A. Fuente: Parra y Rondón (2022)



Figura 6. Paso 8 Instalación del aparato Bimler tipo A en Caso B. Fuente: Parra y Rondón (2022)



Figura 7. Paso 9 Fase de control y evaluación del aparato Bimler tipo A en Caso A.

Fuente: Parra y Rondón (2022)



Figura 8. Paso 9 Fase de control y evaluación del aparato Bimler tipo A en Caso B.

Fuente: Parra y Rondón (2022)

Discusión de los resultados

Al hablar de interposición lingual y deglución atípica se refiere a patologías que pueden causar maloclusiones, como mordida abierta, mordida cruzada, respiración bucal y compresión maxilar. Frecuentemente puede pasar desapercibida por sus padres por lo que es competencia del odontólogo su detección, diagnóstico y tratamiento. El tratamiento requiere la corrección del hábito, para lo cual es ideal realizar una interacción multidisciplinaria con el logopeda y en ocasiones también contar con ayuda del psicólogo y la aparatología ortopédica correspondiendo esta al odontólogo.

Son muchos los niños con maloclusiones derivadas de hábitos funcionales, como es el caso A y B. Durante su evaluación para realizar el diagnóstico se observó que su caso no solo era mordida abierta y diastema en los incisivos centrales superiores o apiñamiento, sino que esto iba más allá, porque cuando fueron colocados los retractores los pacientes al intentar tragar saliva y se notó como su lengua se posicionaba hacia las caras palatinas y linguales de los incisivos empujándolos hacia adelante y dándonos con esto como resultado su interposición lingual y deglución atípica.

Además, se puede observar en estos pacientes que se produce una contracción de la musculatura perioral y del suelo de boca al deglutir, en vez de producirse una contracción de los músculos masticatorios.

Tomando en cuenta todo esto luego de realizado el diagnóstico y el plan de tratamiento se eligió el uso del aparato ortopédico Bimler tipo “A” el cual con su fisiología dinámica y funcional ayuda a estimular la actividad muscular, movimientos de

lateralidad y movimientos linguales que permiten también el crecimiento óseo, este entre sus partes tiene los resortes palatinos y de corbata que nos ayuda a posicionar de manera adecuada la lengua cuando al tragar esta trata de ponerse hacia adelante y con esto se hace el tratamiento tanto a nivel funcional como las mejoras a nivel morfológico por sus otras partes como lo es el arco vestibular el cual nos ayuda con la mordida abierta, dichos resortes palatinos pueden ser verticales para restablecer las funciones de la lengua y así evitar la deglución atípica ya que cuando toca los incisivos superiores produce protrusión dentaria originando así la mordida abierta anterior y esto como consecuencia produce a su vez una deglución atípica. Continuamente, las aletas de acrílico permiten el estímulo de crecimiento transversal y se puede lograr la unión del aparato superior e inferior. El hacer los cambios de posturas terapéuticas en el aparato inferior va constituido por los arcos de conducción inferior, cuya función es el estímulo transversal; libera la musculatura peribucal inferior y a su vez lleva resorte doble corbata inferior que produce modificaciones en la lengua, esto va unido en el sector anterior por un escudo metálico o un escudo de acrílico que actúa como lip bumper para estimular el labio inferior y liberar la musculatura peribucal inferior. También el arco vestibular como parte constitutiva del aparato Bimler tipo "A" ayuda a liberar la musculatura peribucal, actúa sagitalmente y promueve la retrusión de los incisivos superiores, a su vez favorece la estimulación de la musculatura del labio superior.

En los pacientes estudiados después de utilizar la aparatología por 20 semanas (5 meses) se derivó como resultados que se han visto mayormente al eliminar los habito

de succión digital y succión labial , a nivel funcional con el posicionamiento adecuado de la lengua, en los controles a los aparatos se les hacían ajusten en los resortes ya que con el empuje de la lengua este se vestibularizaba y se debía adecuar para cumplir con el tratamiento, entre otras cosas observo mayor contracción en los músculos masticatorios y mejora en su crecimiento óseo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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. La colaboración del paciente, los padres de familia y la motivación por parte del ortodoncista es un factor vital para el éxito del tratamiento. El diagnóstico a edades tempranas es esencial para el tratamiento de ortopedia.

El tratamiento de las maloclusiones como mordidas abiertas y cruzadas debe ser realizado durante la etapa de crecimiento en dentición mixta, si este tipo de maloclusiones no son canalizadas durante la etapa de desarrollo, es probable que el caso se dificulte y se torne esquelético.

En el caso presentado se ha visto efectividad con el aparato Bimler tipo A, debido a la colaboración del paciente de querer mejorar sus dientes y su apariencia.

Con la ortopedia funcional de los maxilares se intenta ofrecer estímulos funcionales que faltaron durante la etapa de desarrollo.

Recomendaciones:

Se debe concientizar tanto al paciente como a los padres, acerca de los hábitos, a fin de evitar problemas posteriores. Siendo los representantes responsables de la supervisión para que el niño se mantenga utilizando los aparatos ortopédicos, y que así mismo cumpla con los ejercicios para estimular la musculatura.

También es importante destacar que se debe ser consecuente y llevar un control de la evolución de los casos, del mismo modo se debe incentivar y estimular a los niños, para que sigan colaborando y así obtener los mejores resultados.

Se requiere investigación por un periodo prolongado de tiempo, para evaluar la causalidad de los hábitos orales y maloclusiones, con la finalidad de resolver el problema y establecer relaciones causales. Además, realizar investigaciones en otras poblaciones con temas similares.

Fortalecer los sistemas de información epidemiológica con base en la información de las historias clínicas de los pacientes y ofrecer análisis más completos sobre las características faciales, esqueléticas y dentales de la población infantil.

Es recomendable diagnosticar correctamente la presencia o no de hábitos bucales para prevenir la alta prevalencia de maloclusiones a edades más avanzadas, proporcionándole una atención integral al niño y la información completa a los padres y/o representantes sobre el tratamiento de estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gregoret J (2003) Ortodoncia y cirugía ortognática. Diagnóstico y planificación. Barcelona, España, Espaxs, S.A.
2. Rakosi T, Jonas I (1992) Atlas de ortopedia maxilar diagnóstico. Barcelona, España. Ediciones científicas y técnicas S.A.
3. Gurgel J (2003) terapia multidisciplinaria en el tratamiento de la respiración bucal y la succión prolongada del pulgar o chupete. R Prensa dental ortopedia facial, Maringá, Vol.8, número 3, pág. 81-91.
4. Andrade M (2013) Deglución atípica con interposición lingual como factor determinante de una maloclusión [Internet]. Trabajo de graduación Universidad de Guayaquil, facultad piloto de Odontología. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3271/1/675%20Mayra%20Trinidad%20Andrade%20Vera.pdf>
5. Borrás S (2005) Guía para la reeducación de la deglución atípica y trastornos asociados. Logopedia e intervención. Serie patologías.
6. Zaldívar M, García P (2010) Deglución anormal: algunas consideraciones sobre este hábito. Archivo médico de Camagüey, Cuba, 14,6, noviembre – diciembre, pp 1 – 13.
7. Álvarez W, Jara B, Lagos M (2007) Patrones de deglución en un grupo de niños chilenos de 2, 3 y 4 años. Trabajo de investigación requisito para optar al título de fonoaudiólogo, Universidad de Chile, Santiago.

8. Marchesan I (1998) Fundamentos en fonología: Aspectos clínicos da matricidade oral. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. Cap.6, pp 151 – 158.
9. Escobar F (2004) Odontología pediátrica. Edición de actualidades médicas odontológicas Latinoameric, Caracas, Venezuela, pp 455 – 557.
10. Carreño L (2005) Prevalencia de anomalías dento - maxilares interceptable y malos hábitos bucales en niños con dentición temporal completa del área Sur de la Región Metropolitana. Revista Chilena Ortodoncia 22: pp 18 – 25.
11. Laboren M, Medina C, Vilorio C (2010) Hábitos bucales mas frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición primaria. [Internet] Revista Latinoamericana de ortodoncia y ortopedia. Edición electrónica, julio. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art20.asp>
12. Vera A, Chacón E, Ulloa R(2004) 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 del año 2001. [Internet] Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría, edición electrónica. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2004/art6.asp>
13. Jofre T (2006) Análisis comparativo en pacientes sometidos a cirugía ortognática con o sin tratamiento fonológico funcional post-quirúrgico, trabajo de investigación requisito para optar a título de cirujano dentista. Universidad de Chile, Santiago.

14. Álvarez M, Jané R, Turon E (2005) Protocolo de observación de la tipología facial y maloclusiones. Revista de Logopedia, Foniatría y audiología, Vol. 25, No. 1. 1pp 9 – 27.
15. Rodríguez E, (2007) 1.001 Tips de ortodoncia y sus secretos. Caracas, Venezuela. Editorial científica.
16. Borrás S, Rossel V (2005) Guía para la reeducación de la deglución infantil y trastornos asociados. Rafelbunyol. España; editorial científica.
17. Lugo C, Toyo I (2011) Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las maloclusiones. Caracas, Venezuela; editorial científica.
18. Guaman P (2014) Aparatos funcionales [Internet]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/pguaman/aparatos-funcionales>
19. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nro. 5.453 del 24 de marzo de 2000 (segunda versión). Con la Enmienda Nro. 1, Gaceta Oficial Nro. 5.908 del 19 de febrero de 2009.
20. REPÚBLICA DE VENEZUELA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. (1970) Ley del Ejercicio de la Odontología. Gaceta Oficial N° 29.288 del 10 de agosto de 1970. [En línea]. [Fecha de acceso 6 de noviembre del 2021]; Disponible en: <https://www.elcov.org/ley1.htm>
21. LEY SOBRE EL DERECHO DE AUTOR (1956). Congreso de la República de Venezuela, Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.638 (Extraordinario), octubre 1,1993.

22. UPEL. Manual de trabajos de grado de especialización y maestría y tesis doctorales. 5ta Edición (Venezuela): FEDEUPEL; 2016.
23. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ta. Edición. (México): Mc Graw-Hill Interamericana; 2014.
24. Arias F. El proyecto de investigación. Sexta Edición. Editorial Episteme. Caracas. 2012.