

FRECUENCIA DE HÁBITOS ORALES EN ESCOLARES DE 5 A 14 AÑOS EN LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI.

Jesús Alberto Hernández Silva ¹

Libia Soto Llanos ²

Judy Villavicencio Florez ³

PALABRAS CLAVES: Hábitos, succión, digital, onicofagia, deglución atípica, respiración.

RESUMEN

173 niños de los centros educativo Rufino José Cuervo y Alvaro Echeverry Perea; con edades entre los 5 y los 14 años cumplidos hicieron parte del estudio; estos pacientes fueron diagnosticados sanos ya que no presentaron caries, pérdida prematura de dientes temporales o permanentes.

Noventa niños correspondientes al 52 % de los pacientes presentaron alguna clase de hábito y en algunos casos presentaban hasta dos clases de hábitos.

De estos pacientes se encontró onicofagia en cincuenta pacientes (55.5%), hábito de succión digital en 23 pacientes (25.5%), deglución atípica en 14 pacientes (15.5%), respirador oral en dos pacientes (2.2%), objetos en boca seis pacientes (6.6%), hábito de lengua en ocho pacientes (8.9 %), labio inferior en un paciente (1.1 %) y tetero en un paciente (1.1 %).

Un numero elevado de pacientes presentaron alguna clase de hábito y el hábito que se presentó con mayor frecuencia fue onicofagia.

INTRODUCCION

El conocimiento acerca de los hábitos orales durante el proceso de crecimiento del paciente forma una parte esencial dentro de la educación de los odontólogos y especialistas que tratan pacientes en desarrollo. Esto es aplicable tanto al desarrollo normal como al desarrollo anormal que es lo que observamos más frecuentemente. ^{1,2}

Los hábitos se han definido como patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Existen hábitos orales que sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares y hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial ³.

Durante muchos años los hábitos orales en el niño y en el adolescente han sido un tema de gran controversia y preocupación para padres, odontólogos, pediatras, psicólogos y fonoaudiólogos, entre otros, además por su carácter multifactorial, el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las patologías orales y maloclusiones asociadas se torna más complejo ⁴.

Dentro de los hábitos orales los que ejercen más presión en el complejo orofacial son: la succión digital, succión de labio inferior (hábito mentalis) y los de mayor controversia son: interposición lingual y respiración oral ⁵.

¹ Odontopediatra. Profesor asociado. Escuela de Odontología Universidad del Valle.

² Odontopediatra. Profesora asociada. Escuela de Odontología Universidad del Valle.

³ Odontopediatra. Profesora asistente. Escuela de Odontología Universidad del Valle.

La presencia de un hábito oral puede o no tener efecto marcado en el desarrollo de la dentición y estructura faciales del niño ^{6,15}.

La relación entre los hábitos orales y las maloclusiones se puede explicar desde el momento en que se da la succión no nutritiva y otros hábitos como la succión digital, chupo, onicofagia, morder objetos, etc. Dentro de las alteraciones orofaciales producidas por los hábitos están: retrognatismo mandibular, prognatismo maxilar, mordida abierta anterior, hipotonía labial superior, hipotonía del labio inferior, atresia palatina, interposición lingual, etc ^{6,7,8}.

El recién nacido requiere de una succión oral instintiva para sobrevivir, la cual además de proporcionarle su nutrición le da satisfacción y seguridad, sirviéndole de intercambio con el mundo que lo rodea. ^{5,8}.

Es de gran valor diagnóstico conocer que tipo de alimentación recibió el paciente en sus primeros años de vida, pues algunos autores han relacionado el tipo de alimentación con la futura presentación de hábitos deletéreos⁷. La persistencia del hábito de succión digital según la teoría psicoanalítica se debe a un impulso psicosexual no controlable que responde a un cambio psicológico necesario para afrontar el estrés, otros autores refieren que el hábito es una respuesta adaptativa y no necesariamente es consecuencia de un desequilibrio emocional^{8,10}.

Algunos estudios han reportado presencia de conductas de succión no nutritiva en niños; dichas conductas son consideradas normales pero si persisten después de los 4 a 5 años de edad pueden ser difíciles de controlar y pueden causar anomalías estructurales de los maxilares ^{9,10}.

Se conocen varios hábitos de succión no nutricional como chuparse un dedo de la mano, utilizar el chupo, y morderse las uñas. La persistencia y la intensidad de las alteraciones dependen de la frecuencia, la duración y la intensidad

del hábito así como la alteración de los arcos determinan la severidad del problema; otras alteraciones que se pueden presentar son defectos en el habla, problemas síquicos si se le suspende de manera prematura ^{9,11,12}.

Los pacientes con hábito digital tienen un alto riesgo de tener un patrón de persistencia de empuje lingual o deglución atípica. ^{5,6,16}.

Los hábitos labiales tienen una etiología que valora el funcionamiento y configuración adecuada de los labios; con respecto a la configuración se pueden clasificar como labios competentes, incompetentes y revertidos; en las anomalías de la función se encuentran succión labial, compresión labial e insuficiencia labial ^{13,14}.

Las necesidades respiratorias constituyen un factor determinante primario de la posición del maxilar inferior y la posición de la lengua; si existe una obstrucción nasal se intensifica la respiración por la boca; una vez se ha evaluado objetivamente el paciente y se ha corroborado la obstrucción de las vías respiratorias se debe identificar el origen de la resistencia nasal ¹⁵.

El bruxismo es un hábito que se considera nocturno y puede ir acompañado de dolor de los músculos de la masticación, cefaleas, problemas de la articulación, mordeduras en los carrillo, etc., convirtiéndose en un problema multifactorial.

Algunos investigadores han corroborado una correlación positiva entre el bruxismo y los signos clínicos de disfunción muscular y articulación temporomandibular-. ¹⁶.

La realización de una buena historia clínica con todos sus componentes será el punto de partida para la identificación adecuada de los trastornos que pueden generar los hábitos orales en la articulación temporomandibular, mordidas abiertas, mordidas cruzada tanto anteriores como posteriores de nuestros pacientes. ^{16,17,18,19,20}.

El objetivo general de este estudio fue establecer la frecuencia de hábitos orales en niños y adolescentes en una escuela de la ciudad de Cali.

MATERIALES Y METODOS

Un total de 173 pacientes fueron seleccionados para en el estudio del Centro Educativo Rufino José Cuervo durante los meses los meses de Septiembre de 1999 y Junio del 2000.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta pacientes con edades entre los 5 y los 14 años; que no presentaban caries, exodoncias prematuras de dientes tanto temporales o permanentes.

Como procedimiento se realizaron exámenes clínicos de los 173 pacientes de los centros educativos teniendo en cuenta los diferentes hábitos que presentaba cada paciente.

Los hábitos tenidos en cuenta inicialmente fueron deglución atípica succión del labio inferior, onicofagia, morder diferentes clases de objetos.

Se descartó bruxismo por ser un hábito nocturno y los niños fueron solos al examen y esto por lo general sólo lo puede verificar un acompañante que lo escuche mientras el paciente duerme.

RESULTADOS

Se realizó la clasificación de los 173 pacientes teniendo en cuenta el tipo de dentición.

El 82% este porcentaje representa a 142 pacientes que presentaron dentición mixta (82%); con edades entre los 6 y los 14 años. 22 pacientes presentaron dentición permanente (12%) con edades entre los 11 y 14 años que representan; nueve pacientes presentaron dentición temporal (5.3%).

Con respecto al sexo el 60.1% fueron niñas o sea 104 pacientes y 69 pacientes pertenecían al sexo masculino esto representa el 39.9%.

El total de pacientes con hábitos es de 90 y esto representa el 52% del total de los pacientes, de los cuales 58 pacientes eran niñas (64.4%) eran niñas y 32 eran niños (35.6%).

De nueve pacientes con dentición temporal seis pacientes (66.7%) presentaron hábitos y los otros tres pacientes (33.3%) no tenían ningún hábito.

De 142 pacientes con dentición mixta 70 pacientes (49.2.4%) se encontró presencia de hábitos y no presentaron ningún hábito 72 pacientes (50.7%).

De 22 pacientes con dentición permanente, 14 pacientes (63.6%) presentaban algún tipo de hábito oral, los otros 8 pacientes (36.4%) no presentaron ningún hábito.

La clase de hábitos que presentaron fueron: onicofagia 50 pacientes (55.5%); succión digital 23 pacientes (25.5%); deglución atípica 14 pacientes (15.5%); respiradores orales dos pacientes (2.2%); objetos en boca como lapices, reglas, muñecos, etc, seis pacientes (6.6%); morderse el labio inferior un solo paciente (1.1%); tetero un paciente (1.1%), y hábito de lengua ocho pacientes (8.9%).

Los pacientes mas pequeños de 5 a 8 años presentaban hábitos como succión digital, respirador oral, deglución atípica, y los niños después de los 9 años hasta los 14 presentaron mayor porcentaje en hábitos como onicofagia y objetos en boca.

DISCUSION

La presencia y la intensidad de un hábito oral podría o no tener una influencia determinante en el desarrollo de la dentición y las estructuras del complejo craneofacial del paciente y producir un patrón de crecimiento irregular^{7,15,18}.

La presencia de los hábitos más en niñas que en varones es corroborado por varios autores con

anterioridad la cual confirma los hallazgos del presente estudio^{11,14,20}.

El hábito más frecuente fue onocofagia (55.5%), después succión digital 23 (25.5%).

Es importante tener en cuenta que el porcentaje de presencia de hábitos es alto y que en algunos pacientes se presentaron hasta dos clases de hábitos.

El bruxismo es un hábito nocturno esto es verificado por Negoro.T. et al²⁰ y Lindqvist L.,²¹ por esta razón fue imposible incluirlo dentro del estudio pues se realizó con un examen clínico y los pacientes asistieron solos a la consulta dificultando obtener un dato verídico sobre este hábito.

CONCLUSIONES

Con base en el análisis de la información se pudo determinar que:

En hábitos orales la mitad (52%) de los pacientes presentaron algún tipo de hábito.

Los diferentes hábitos se clasificaron de la siguiente manera: onicofagia, objetos en boca, labio inferior, deglución atípica, respirador oral, succión digital, hábito de lengua, y tetero.

De esta manera podemos concluir que existe un numero elevado de pacientes que presentaron hábitos orales; es importante anotar que los hábitos como succión digital, respiración oral, labio inferior, deglución atípica, se presentaron con mayor frecuencia en niños de 5 a 8 años y los hábitos de onocofagia, y objetos en boca en pacientes de 9 a 14 años.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios complementarios donde se analice cuales hábitos se presentan con mayor

frecuencia y el manejo que se le da adecuadamente por parte de los odontólogos.

2. El estudio de los hábitos reviste una gran variabilidad y una alta incidencia dentro de la población escolar. Estudios específicos de hábitos se pueden llevar a cabo en la población escolar en estos centros docentes conducentes a un mejor entendimiento de sus características como hábito y su repercusión en la oclusión de los diferentes estadios de la dentición.
3. Analizar el estado emocional de los pacientes que presentan hábitos orales y determinar tratamientos interdisciplinarios.

SUMMARY

A descriptive study was made at the Rufino José Cuervo educative center, with 173 children 5 to 14 year old. These children were orally healthy, it means out of cavities, periodontitis and lost temporal or permanent teeth.

Ninety children (52%) had at least one kind of habit, some cases presented two kinds of habits.

Habits detected were digital suction, 23 cases (25.5%), onicophagia 50 cases (55.5%), atypical deglutition in 14 cases (15.5%), tongue habit 8 cases (8.9%), objects in mouth in 6 cases (6.6%), mouth breath in 2 cases (2.2%), inferior lip in one cases (1.1%) and bottle use in one (1.1%).

REFERENCIAS

1. Brusola, J.A. Ortodoncia Clínica. Barcelona. Edit. Salvat. 1988;43-68.
2. Finn, S.B. Odontología Pediátrica. Edit. W.B. Saunders. Cuarta edición. México, 1976:40-59.
3. Moyers, R.E. Handbook of orthodontics Chicago, Year Book Medical Pub., 1958:99-143.

4. Graber TM. Orthodontics. Principles and practice. Segunda edición. Philadelphia W.B Saunders, 1966:261-327.
5. Pinkham JR: Odontología pediátrica. 3ª Ed. McGraw-Hill Interamericana México, 2001:222-226.
6. Cardena .D. Odontología Pediátrica Edt. Corporación pra Investigaciones Biológicas. Medellín 2000:226-248.
7. Garliner, Daniel. Facts the every mother should know when choosg an artificial nursing system for her child.IJO.1984;22(4):18-20.
8. Bayardo R. Majia J. Orozco S. Montoya K Etiology of oral habits. J Dent Child 1999;350-353.
9. Serra. Negra JMC et al. Estudo da associacao entre aleitamento, habitos bucais e maloclusoes Rev odontol Univ Sao Paulo, 1997;11(2):79-86.
10. Ngan P Open bite: a review of etiology and management .J. Pediatr Dent. 1997;19:91-98.
11. Turgeon, O'Brien. H, et al: Nutritive and non nutritive sucking habits: a review J. Dent Child. 1996;63(5):321-371.
12. Maguire Ja. Evaluation and treatment of Pediatric oral habits. Dent Clin North Am .2000;44:659-669.
13. Nowak A. J. Warren J.: Infant oral health and oral habits. Dent Clin North Am 2000. 44:659-669.
14. Dahan S.J. Oral perception in tongue thrust and others oral habits 2000:325-330
15. Vadiakas G. Oulis C. Berdouses E.: Profile of digit-sucking habits. Pediatr Dent.1999;21:451-453.
16. Josell Stuart D.:Hábitos que afectan el crecimiento y el desarrollo dentales y maxilofaciales. Clínicas de Norte Am 1995;4:861-870.
17. Egermrk-Eriksson I. et al,: The prevalence of mandibular dysfunction in children on functional and morphologic malocclusion Amporth.1983;83:187.
18. Perez, L.J. Trastornos temporo mandibulares en niños y adolescentes. Acta Clínica Odontológica. 1990;13(26):5-11.
19. Morawa, A. Temporomandibular joint dysfunction in children and adolescents. Quintessence. Int 1985;11:771-776.
- 20.Gavish A.: Oral habits and their Association with signs and symptoms of temporo mandibular disorders in adolescent Girls. J Rehaes 2000;27:22-23.
21. Negro T.,Briggs J. Plesh.O., Nielsen I., McNeill C., Miller A. Bruxing patterns in children compared to intercuspal clenching end chewing assessed with dental models electromyography, and incisor jaw tracing: Preliminary study J. Dent Child.1998:449-458.

Correspondencia:

Jesús Alberto Hernández Silva
Escuela de Odontología.
Facultad de Salud Universidad del Valle-Cali
Teléfono: 5542464 - E-mail: sualberto@msn.com