

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
LEÓN**



**PREVALENCIA DEL HÁBITO SUCCIÓN DEL PULGAR Y FRECUENCIA DE  
ALTERACIONES OCLUSALES EN ESCOLARES DE 6 a 8 AÑOS DE LAS  
ESCUELAS " RUBÉN DARÍO " Y " HERMANOS DE SALZBURGO ",  
LEÓN, SEPTIEMBRE DEL 2004.**

**Tutora: Dra. Elbia Marina Morales Gutiérrez.**

**Asesora: Dra. Tania Almendárez.**

**Autor: Bra. J. Samaria Villafranca Arguello.**

**León, noviembre del 2005.**

## **DEDICATORIA**

**Con todo mi amor, respeto y admiración dedico este trabajo monográfico a mi madre, Ruth M. Arguello Sampson, mujer fuerte e inteligente, quien con su lema: " Perseverancia y esfuerzo "; adopta las situaciones y las desafía con responsabilidad.**

**AGRADESCO A:**

- **JESÚS, por ser el padre silencioso, complaciente y piadoso quien además de darme el privilegio de tener una familia especial, guió mi vida con su amor en el caminar educativo, levantándome en cada tropiezo con la mirada hacia adelante.**
- **Mi madre, hermanos y familiares, siendo los pilares más importantes en cada área de mi vida.**
- **Personas, vidas y "almas" de individual y muy gran afecto.**
- **Docentes colaboradores en esta monografía, Dra. Tania Almendares, Dra. Elvia Morales, Lic. Esther Póveda y Dr. Jorge Cerrato quienes dedicaron parte de su tiempo para lograr un buen trabajo.**
- **De igual agradecimiento y amor a los docentes y amigos que me apoyaron a lo largo de este camino con su amistad y optimismo.**

## ÍNDICE

<b>1. Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>3. Objetivo general y objetivos específicos.....</b>	<b>5</b>
<b>4. Marco teórico.....</b>	<b>6</b>
• Generalidades de hábitos, 6	
• Generalidades de succión, 7	
• Succión del pulgar, 8	
• Generalidades de Oclusión, 14	
• Alteraciones oclusales, 18	
<b>5. DISEÑO METODOLOGICO.....</b>	<b>20</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>8. CONCLUSIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>9. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>44</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>45</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>49</b>

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del hábito succión del pulgar y alteraciones oclusales, producidas por la frecuencia de succión, ilustrada en este estudio como período del día, ya sea una succión diurna, nocturna o en ambos períodos; de igual manera se observó la duración del hábito según el tiempo que dedica o dedicó el niño o niña a la succión de este dedo.

Este estudio se realizó a 355 escolares de 6, 7 y 8 años de ambos sexos en la ciudad de León, en las escuelas " Rubén Darío " y " Hermanos de Salzburgo ", ubicados en los barrios Guadalupe y Fundeci respectivamente.

El 34% de los 355 escolares, manifestaron prevalencia del hábito de succión del pulgar sin diferencia de sexo. Del grupo de niños succionadores existe una alta frecuencia de alteraciones oclusales, especialmente en escolares que succionaron su pulgar a una edad avanzada y durante ambos períodos del día. El orden de las alteraciones oclusales estudiadas, de mayor frecuencia a menor, corresponden a mordida abierta anterior, protrusión de incisivos maxilares, linguo versión, arco dental superior estrecho; mostrando diferencia entre ambos sexos.

## INTRODUCCIÓN

Generalmente los hábitos tienen diversas etiologías, cuando el niño nace presenta hábitos fisiológicos sin los cuales no podría sobrevivir, como: respirar, deglutir, succionar, entre otros. Cuando el niño va creciendo puede adquirir otros hábitos que en su desarrollo pueden actuar como factores causales al desarrollo de ciertas maloclusiones.

Los hábitos bucales han sido motivo de controversia, lo que llama la atención a los dentistas y especialistas de esta época, debatiendo en sí, si estos puede causar movimientos dentales como lo realiza un aparato ortodóntico.<sup>8</sup>

La succión del pulgar es uno de los hábitos más comunes de los niños, tiene su inicio desde las primeras semanas de vida, formando parte de la fase oral del desarrollo psicológico, permitiéndole al niño vivir sus propias experiencias y conocer el mundo que le rodea.<sup>12</sup>

Existen diferentes argumentaciones en cuanto a la edad límite de succión del pulgar, que va desde los tres hasta los cinco años o antes de que erupcionen los dientes frontales permanentes. Según Pinkham y Graber, hasta los tres años se considera normal que un niño presente este hábito bucal; más allá de esta edad se considera patológico y un dato importante para el examen clínico, debido a que puede tener repercusiones tanto en el entorno social del niño como a nivel orgánico, pudiendo ser desde una deformidad del dedo que se succiona hasta repercutir en la posición de los dientes, en la forma de las arcadas, y como consecuencia sobre las relaciones intermaxilares, puede dar lugar todo ello a alteraciones en la masticación, el habla y la estética del niño.<sup>2, 4, 7</sup>

La patogenicidad del hábito es variable, siendo directamente proporcional a factores, tales como intensidad, duración y frecuencia.

Los informes sobre la frecuencia del hábito de succión del pulgar, varían desde el 16 por 100 hasta el 45 por 100. En forma similar varían los datos acerca de las maloclusiones dependiendo de la oclusión original y del tiempo que duró el hábito.<sup>4</sup>

En estudios realizados internacionalmente sobre este tema, Traisman y Traisman examinaron 2.650 lactantes y niños de más edad, desde el nacimiento hasta los 16 años, y observaron que el 46 por 100 de ellos succionaron sus pulgares en alguna etapa del periodo. De estos, el 25 por 100 comenzaron durante su primer año de vida y la mayoría había abandonado el hábito al llegar a los 4 años, sin embargo, algunos habían continuado el hábito hasta edades avanzadas como 12 ó 15 años.<sup>2</sup>

Varios estudios monográficos en Nicaragua, han concluido que el hábito de succión del pulgar, es uno de los que se presentaba con mayor frecuencia, relacionado con dentición primaria y mixta, ocasionando maloclusiones clase II; división 1, las deformidades dentofaciales y la predilección por sexo fueron variables en los resultados.<sup>14, 15, 16,17</sup>

Este estudio se realizó en escolares de 6 a 8 años, en los cuales el hábito succión del pulgar ya no se considera normal. Existe una alta prevalencia de niños y niñas escolares que succionan su dedo pulgar, presentando una alta frecuencia de alteraciones en la cavidad bucal. Por primera vez en la facultad de Odontología, se realiza un estudio, donde se asocian los factores duración (tiempo de succión del dedo) y frecuencia (período del día) como potencializadores de las alteraciones oclusales.

Los resultados obtenidos pueden servir como indicadores de un problema real en nuestro país, los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusión. El origen multicausal de las maloclusiones, así como su aparición desde edades tempranas del niño, condicionan la necesidad de implementar programas preventivos basados en diferentes medidas y

procedimientos, en las escuelas públicas de nuestra ciudad, donde se pueden ejecutar a través de la cooperación de las actividades prácticas educativas de terreno de la facultad de Odontología, con la mediación de los estudiantes de Psicología de nuestra universidad; todo ello con el objetivo de disminuir su incidencia, pues el tiempo y período de succión del hábito en el día a edades no aceptadas, indican que no solo es una problemática en las alteraciones oclusales, sino en el comportamiento emocional del niño, como un problema de conducta profundamente arraigado. La evaluación de la etiología es la llave del plan de tratamiento. El tratamiento es más etiológico que sintomático.



## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia del hábito succión del pulgar y frecuencia de alteraciones oclusales, en escolares de 6 a 8 años.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Medir la prevalencia del hábito succión del pulgar en niños escolares según edad y sexo.
2. Establecer la frecuencia de alteraciones oclusales en niños con hábito de succión del pulgar según edad y sexo.
3. Determinar la frecuencia de las alteraciones oclusales en cavidad bucal en niños y niñas con hábito de succión del pulgar según tiempo y período del día.

## MARCO TEÓRICO

Un hábito se puede definir como una acción del individuo que, de forma voluntaria o involuntaria se ve repetido hasta persistir por sí mismo, llegando a transformarse en una acción automática o inconsciente, y pudiendo ser reflejo o no a ciertas situaciones. <sup>11</sup>

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, por ejemplo, la acción normal de los labios y la masticación adecuada. Los hábitos de presión anormal que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseados. Los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento anormal o retardado de hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificultad para hablar, alteraciones del equilibrio de la musculatura facial y problemas psicológicos. Todos los hábitos de presión anormal deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas, porque pueden estar relacionados con hambre o con un deseo de llamar la atención. <sup>6</sup>

Por esta relación de presión normal, considerada como un hábito positivo, o de presión anormal, considerada como un hábito negativo; los hábitos se clasifican en dos grupos:

- “ Beneficiosos o funcionales ” son aquellos cuya práctica da una función normal, realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal de la estructura en función.
- “ Perjudiciales o deletéreos ” resultado de la práctica repetida de un acto que ya no es funcional ni necesario o que desde el momento de adquirirlo nunca fue un hábito de función normal. <sup>9</sup>

Aunque la mayoría de estos hábitos desaparecen con la edad, por las continuas modificaciones de conducta que experimenta el niño desechando hábitos indeseables y formando hábitos nuevos y aceptables socialmente, a estos hábitos que se adoptan y abandonan fácilmente en el Patrón de conducta del niño, al madurar este, se denominan actos bucales no compulsivos, que se convierten en hábitos bucales compulsivos, cuando el hábito a adquirido una fijación en el niño, por ser producto de situaciones extremas de ansiedad y/o son reforzados positivamente por los mismos padres). <sup>10,3</sup>

### **Etimológicamente los hábitos pueden ser clasificados en <sup>14</sup>**

- Instintivo o involuntario: Reflejo natural que los bebés realizan desde el vientre, es innato, el sistema nervioso central ya ha madurado lo suficiente para realizar muchos procesos integrativos, que se conocen como " Reflejos incondicionados " traducido en las actividades neuromusculares, que no implica acondicionamiento o aprendizaje previo. <sup>13,9</sup>
- Placenteros: Hábito agradable para el niño, lo hace cuando está cansado, es una forma de relajarse.
- Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. La respiración bucal se torna un hábito defensivo.
- Hereditarios: Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear un hábito concomitante a dicha malformación.
- Adquiridos: Son actos voluntario o consciente producto de situaciones nuevas que se plantean. <sup>13,9</sup>
- Imitativos: La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc. ...

### **GENERALIDADES DE SUCCIÓN**

Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, mencionados anteriormente, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño

contracciones bucales y otras respuestas reflejas. Se debe a que el reflejo de la succión aparece aproximadamente desde la semana 16, esto al nacimiento, está bien desarrollado y conforma los reflejos de búsqueda y succión que favorecen que el niño encuentre el pezón materno y sea alimentado. <sup>3, 8,10</sup>

La Doctora Marisa Gandsas, Afirma que existen ya en el vientre materno dos tipos de succión, que presentan los bebés.

- La alimenticia o nutritiva: Es la que le permite succionar y tragar, es decir la que cumple la función de alimentarlo y calmarle la sensación del hambre. Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre, y agarrarse a ella como lo demuestran los reflejos de succión. <sup>3,10</sup>
- No nutritiva: El sólo hecho de succionar por placer y para calmarse solo. Esta succión se lleva a cabo a través de "succionarse" los dedos, chupetes y otros objetos no relacionados con la ingesta de nutrientes. Se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal. <sup>8,10</sup>

## **SUCCIÓN DEL PULGAR**

La succión del pulgar es uno de los hábitos más comunes de los niños. El hábito comienza en las primeras horas de vida, el 90 por ciento, de los recién nacidos muestran alguna forma de chuparse la mano a las dos horas después del nacimiento. <sup>7, 9,13</sup>

La succión del pulgar se realiza cuando el niño o niña se introduce el pulgar, apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior, y dirigiendo la uña hacia el suelo de la boca. Los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral, la mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa, los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado. En cuanto a la mano, no existe predilección por ninguna de las dos en concreto y cualquiera puede ser la favorita. <sup>10</sup>

Todo recién nacido presenta un reflejo primario de búsqueda y de succión y casi todos se chupan el pulgar en alguna etapa de su desarrollo. Se ha podido observar que algunos fetos se chupan el pulgar intrauterino, pero hasta que el bebé no cumpla los tres meses no ha desarrollado aún la coordinación suficiente como para mantener el pulgar dentro de la boca durante un período prolongado de tiempo.<sup>8,10</sup>

La succión del pulgar es un proceso de gratificación oral, una necesidad poderosa en los lactantes y una actividad normal cuyo pico se alcanza a los dos años. Ésta puede ser una fuente importante de placer para un bebé y, generalmente, no debe causar preocupación puesto que el niño normalmente abandona el hábito al crecer.

Sigmund Freud, en su teoría psicoanalítica afirma que la succión forma parte de la fase oral del desarrollo psicológico, permitiéndole al niño vivir sus propias experiencias y conocer el mundo que le rodea. En esta fase los niños exploran con la boca, ya que es la zona donde tienen más sensibilidad.<sup>12</sup>

**Existen diversas teorías y estudios que tratan de explicar los factores etiológicos del hábito de succión del pulgar:**

- 1. Culturales o de civilización** como la falta de lactancia al pecho y alimentación artificial. No se ha observado la persistencia del hábito de succión mientras tiene lugar el amamantamiento materno. La lactancia artificial se considera como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere un menor esfuerzo físico. Al no fatigar al bebé impide su adormecimiento por cansancio y no agota todo su instinto natural de succión.<sup>12</sup>

## **2. Factores psicológicos.**

- La teoría psicoanalítica basada en los escritos de Freud, afirma que el niño pasa distintas fases en su desarrollo mental. Para que éste sea satisfactorio, el hábito de succión tiene que ser satisfecho durante la fase oral que va del nacimiento a los dieciocho meses de edad. Si persiste en la siguiente fase del desarrollo emocional, se produce una " fijación " del hábito. Por otra parte, también puede ocurrir que el niño interrumpa el hábito al final de la fase oral y posteriormente, como resultado de algún estrés psicológico, lo reanude, denominándose " regresión ".
- Otra escuela de pensamientos se basa en las teorías de reaprendizaje neuromuscular, la cual considera que cuando el lactante es alimentado, la respuesta de succión va seguida de estímulos gratificantes, por lo que se ve fortalecida o reforzada y la respuesta de succión será mas probable en otras situaciones semejantes como consecuencia de un proceso de generalización, por ejemplo cuando se introduce en la boca un dedo o un chupete.

De acuerdo con esta teoría, la succión también puede estar mantenida por los padres, que inadvertidamente fortalecen este comportamiento con la atención que prestan al niño cuando le sorprenden con el hábito.<sup>12</sup>

- ### **3. Factores fisiológicos.**
- Como mecanismo desarrollado para compensar insuficiencias respiratorias, y no un mero hábito para producir confort. Los hábitos de succión tardía o residivas son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro.<sup>12</sup>

Moyers, afirma que las distintas teorías no son completamente incompatibles unas con otras, mas bien debe considerarse el hábito como un patrón de

conducta multivariado. Es posible que comience por una razón y se mantenga luego por otros factores.<sup>12</sup>

Starr piensa que el hábito de chupeteo del pulgar esta relacionado con el acto de amantamiento. El chupeteo sin relación con el proceso de alimentación es un desarrollo natural, puesto que el niño o niña una de las primeras actividades musculares coordinadas es la reacción mano-boca alrededor de los 2 ó 3 meses.

Starr divide los tres aspectos clínicos del problema en tres distintas fases de desarrollo:<sup>9</sup>

1. Succión del pulgar normal y subclínicamente significativa, se extiende desde el nacimiento hasta los 3 ó 4 años, en la que la mayoría de los niños lo abandonan espontáneamente, y si se observa una succión vigorosa del pulgar, se recurre a medidas profilácticas, como el uso de teteras o chupetes hacia el final de la fase.
2. Succión del pulgar clínicamente significativo, va de los 3 a los 6 ó 7 años, el acto práctico requiere atención cuidadosa por el odontólogo ya que es indicador de posible ansiedad clínicamente significativa, se requiere conocimiento psicológico por parte del odontólogo.
3. Succión del pulgar complicada, va después de los 6 ó 7 años en el cual los efectos son mas marcados ya que el niño presenta dentición mixta, constituyendo un problema clínico para el odontólogo y requiere muchas veces la colaboración más estrecha con el pediatra y el psicólogo.

**La duración del hábito más allá de la infancia no es el único factor que actúa sobre la posición de los dientes. Asimismo se encuentra la frecuencia e intensidad con que se realiza.<sup>2</sup>**

### **1. Duración:**

Es la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de uno o más dedos. Por su duración pueden ser sub-clasificada en:<sup>7,10</sup>

- Infantil: (0 meses hasta dos años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
- Pre-escolar: (tres a cinco años), si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir mal posiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad producida es reversible en alto porcentaje en los casos con relativa facilidad.
- Escolar: (seis a doce años), requiere de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dentó-esqueléticas.

## **2. Frecuencia:**

Es el periodo del día (24 horas) en que se realiza el hábito.<sup>7</sup>

Hay niños que succionan a cualquier hora del día (diurnos) y otros que lo realizan solo en la noche (nocturno) para dormirse, o son succionadores de ambos periodos. El grado de desplazamiento dental guarda una relación más estrecha con el número de horas de succión diaria que con la magnitud de la presión, en tanto que los que chupan durante 6 horas o más (en especial los que duermen con el pulgar u otro dedo entre los dientes durante toda la noche) pueden sufrir una maloclusión importante.<sup>2, 8</sup>

En este estudio la frecuencia será estudiada como periodo (diurno, nocturno) y no como " el número de horas que el niño realiza el hábito ".

## **3. Intensidad:**

Es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión. La intensidad se puede observar de dos maneras para su categorización:<sup>7,13</sup>

- Poco intensa: cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los buccinadores.



Generalmente no se introduce el dedo completo si no distraídamente la punta del dedo.

- Intensa: cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

Según Proffit con independencia de que una pauta de conducta sea esencial o no, innata o adquirida, su efecto sobre la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre los mismos, sino del tiempo de actuación de la misma.

Si el hábito durase menos tiempo, cabría esperar un efecto escaso o nulo, cualquiera que fuera la intensidad de la presión.<sup>8</sup>

Chuparse el dedo durante los primeros 18 meses no implica ningún riesgo para la dentición y debería considerarse casi fisiológico, entre los 18 meses y 4 años el daño se limita al segmento anterior: los dientes sobresalen ligeramente y la mordida se abre con cambios reversibles a la deformidad; siempre tomando en cuenta la oclusión original del niño. Cuando el hábito persiste más de los tres y medio años con intensidad y frecuencia significativas los incisivos inferiores empiezan a inclinarse hacia atrás, el labio inferior se interpone entre ellos y los superiores, la lengua se introduce a su vez entre las dos arcadas manteniendo el círculo vicioso de la mordida abierta. Si el niño continúa chupándose el pulgar después de los cuatro años, puede desarrollar una malaoclusión de los dientes con cambios irreversibles a la deformidad.<sup>13,2</sup>

La posición de los dientes dentro de los maxilares son determinados por procesos del desarrollo, y la forma de la oclusión son determinados por procesos del desarrollo que actúan sobre los dientes y sus estructuras asociada durante los períodos de formación, crecimiento y modificación postnatal, que llevará al individuo a una oclusión que será positiva o negativa en los arcos dentarios.<sup>4</sup>

## **OCCLUSIÓN**

Es la relación normal entre los planos inclinados oclusales de los dientes, cuando los maxilares están cerrados. La oclusión se caracteriza únicamente un estado, la posición en que quedan los dientes cuando entran en contacto con aproximación de los maxilares; no constituye un estado de reposo o estático sino un estado dinámico.<sup>4</sup>

## **OCCLUSION NORMAL**

Corresponde al complejo de estructuras constituidas fundamentalmente por dientes y los maxilares caracterizados por una relación de los llamados planos inclinados oclusales de los dientes y las estructuras óseas presentando contacto proximales y axiales correctos acompañados de crecimiento, desarrollo, posición y correlaciones normales de todos los tejidos y estructuras de soporte.<sup>5</sup>

## **OCCLUSIÓN ANORMAL O PATOLÓGICA:**

Es una oclusión donde no satisface una relación funcional, anatómica y psicológica, para el individuo que se encuentra alterada por un factor interno o externo.

Moyers define maloclusión como todas aquellas desviaciones en el desarrollo normal de la oclusión. Se refiere a una oclusión inestable producto del desequilibrio opuesto a la masticación, lengua y labios.<sup>6</sup>

Graver considera la maloclusión cuando los dientes individuales en uno o ambos maxilares se encuentran en relación anormal, esta afección puede estar limitada a un par de dientes o la mayor parte de los dientes existentes.<sup>4</sup>

## **ETIOLOGÍA DE MALOCLUSIÓN.**

La etiología de las maloclusiones son difíciles de encasillarlas a una sola causa, con frecuencia la etiopatogenia es multifactorial, hoy en día se ha descubierto que es una interacción entre los factores ambientales y la herencia, siendo esta última justo señalar que las investigaciones realizadas aún no han permitido aclarar el papel exacto de la herencia como factor etiológico en la maloclusión.<sup>8</sup>

Factores etiológicos de la maloclusión.

- Factores locales:  
Causas específicas.
- Factores generales:  
Influencias hereditarias,  
Influencias ambientales.

Entre los factores generales se encuentran los hábitos de presión anormal relacionada con presión bucal excesiva como problemas nutricionales tal, lactancia no fisiológica como la succión del pulgar, que es un agente causal de las alteraciones oclusales en estudio.

El verdadero peligro del chupeteo prologando es un posible cambio en la oclusión, que permite que las fuerzas musculares deformantes potentes creen una maloclusión permanente.<sup>2</sup>

Las maloclusiones resultantes de la práctica chupeteo del pulgar podemos ubicarlas dentro de la clasificación de Angle, siendo la más frecuente la clasell.<sup>9</sup>

Angle postulaba que los primeros molares superiores eran fundamentales en la oclusión y que los molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que la cúspide mesiobucal del molar superior ocluya con el surco bucal del molar inferior.<sup>8</sup>

Posteriormente, Angle describió tres tipos de maloclusión, basándose en las relaciones oclusales de los primeros molares.

- Clase I Relación normales entre los molares, si bien la línea de oclusión es incorrecta por malposición dental, rotación u otras causas.<sup>8</sup>
- Clase II (Distoclusión): La arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada dentaria superior, situación que solo es manifestada por la relación de los primeros molares permanentes. El surco mesiovestibular del primer molar inferior hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior o puede encontrarse aun mas distal. La interdigitación de los dientes refleja esta relación posterior. Y la relación de los molares puede ser unilateral bilateral. La línea de oclusión puede ser correcta o incorrecta

Existen dos divisiones de la mal oclusión Clase II:

- Clase II división I: Aquí la relación de los molares es igual a la descrita anterior (distoclusión). La dentición inferior puede ser normal o no con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada. La forma de la arcada de la dentición superior pocas veces es normal. En lugar de la forma habitual de "U", toma una forma que se asemeja a la de una "V". Esto se debe a un estrechamiento demostrable en la región de premolares y canino, junto con protrusión de los incisivos superiores. La función muscular es anormal, se convierte en una fuerza deformante aumentando la sobremordida horizontal. La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior. La lengua ya no se aproxima al paladar durante el descanso. Durante la deglución, la actividad muscular es anormal de los músculos del mentón y buccinador, junto con la función compensadora de la lengua y cambio en la posición de la misma, tienden a acentuar el estrechamiento de la arcada superior, la protrusión de los incisivos superiores, la curva de spee y el aplanamiento del segmento anterior inferior.<sup>4</sup>

- Clase II división II: Como en la maloclusión clase II, división 1, la división 2 también presenta una distoclusión. Esta es la única relación que tienen en común las dos discrepancias. Una maloclusión clase II, división 2, típica esta caracterizada por una sobremordida vertical anterior profunda, (mordida cerrada), los incisivos centrales maxilares tienen inclinación lingual, los incisivos laterales superiores están inclinados labialmente y una curva de Spee exagerada en el arco mandibular con poco o nada de apiñamiento. En algunos casos, se presentan variaciones en la posición de los incisivos superiores. Tanto los incisivos centrales como los laterales pueden estar inclinados en sentido lingual y los caninos inclinados en sentido labial. No existe problema con la musculatura, debido a la mordida cerrada y a la excesiva distancia interoclusal. La arcada superior pocas veces es angosta, siendo por lo general más amplia que lo normal en la zona intercanina.<sup>2, 4</sup>

Clase III: Molar inferior situado mesialmente en relación con el molar superior, línea de oclusión sin especificar, puede ser correcta o incorrecta..<sup>8</sup>

La línea de oclusión o curva de Spee, es una curva suave (catenaria) que pasa por la fosa central de cada uno de los molares superiores y a través del cíngulo de los caninos e incisivos superiores. La misma línea discurre por las cúspides bucales y los bordes incisales de los dientes inferiores, determinando las relaciones oclusales y entre los arcos dentales una vez establecida la posición de los molares.<sup>8</sup>

Las alteraciones oclusales producidas por el hábito de succión del pulgar se relaciona en dentición primaria y mixta, algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II, división 1, que provocan un maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas.<sup>4, 10</sup>

- **Protrusión de incisivos maxilares:** Es cuando los dientes anteriores superiores se encuentran inclinados hacia delante, esto se da por la presión del dedo sobre la superficie lingual o palatina de los incisivos superiores dando como resultado un aumento de la sobremordida horizontal, que es mayor de lo promedio, 2 a 3 mm.<sup>7</sup>
- **Lingualización de dientes antero inferior:** La posición de la mano, en sentido posterior sobre las caras labiales de los incisivos inferiores y la mandíbula, ocasionara una inclinación lingual de los primeros, y una retracción mandibular.<sup>7</sup>
- **Mordida abierta anterior:** La relación entre la mordida abierta anterior y la succión del pulgar se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Cuando se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación. El pulgar interpuesto impide directamente la erupción de los incisivos, al mismo tiempo la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical impidiendo la erupción de los dientes posteriores y como resultado, la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias normales. Debido a la geometría de los maxilares, 1mm de elongación posterior abre la mordida anteriormente unos 2mm, lo cual puede contribuir notablemente al desarrollo de una mordida abierta anterior.<sup>8</sup>

Si hay una mordida abierta anterior, el paciente tiene que empujar la lengua hacia delante para poder deglutir, igual que el recién nacido.<sup>2</sup> Por consiguiente, cualquiera que fuera el patrón de deglución con protrusión dental no puede ser considerado como una causa de esta alteración oclusal, sino como producto del desplazamiento de los incisivos, como se explicó anteriormente.<sup>8</sup>

Hay pocas circunstancias, como la macroglosia, que pueden causar un movimiento de la lengua verdadero y un síndrome de mordida abierta anterior.<sup>2</sup>

- Arco superior estrecho: Es el crecimiento inadecuado a lo ancho en el maxilar, por una alteración en el equilibrio entre la presión de las mejillas y la de la lengua, adoptando la forma de “V” con mayor constricción a nivel de caninos que de molares. La introducción del pulgar entre los dientes, forja el descenso de la lengua, disminuyendo la presión que ejerce la misma sobre la cara lingual de los dientes posteriores superiores, al mismo tiempo que se incrementa la presión de las mejillas sobre esos dientes al contraerse el buccinador durante la succión. La presión de las mejillas es máxima a nivel de las comisuras bucales, y es probable que esta sea la explicación de que el arco maxilar tienda a adoptar forma de “V”. <sup>2, 8</sup>

Aunque el hábito de succión puede contribuir notablemente a la maloclusión, la succión por sí sola no produce maloclusión grave, a no ser que el hábito persista hasta bien entrado el período de la dentición mixta. Algunas malas oclusiones producidas por este hábito pueden auto corregirse, cuando existe un buen patrón esquelético y el hábito no ha persistido mucho tiempo. <sup>10</sup>

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo de corte transversal.

### **ÁREA DE ESTUDIO:**

Este estudio se realizó en la ciudad de León, en las escuelas " Rubén Darío " y " Hermanos de Salzburgo ", ubicados en los Barrios Guadalupe y Fundeci respectivamente. Los centros escolares presentan características similares, construcción de concreto, piso de ladrillo, techo de zinc, agua potable, luz eléctrica, servicio higiénico y los niños que asisten a estas escuelas públicas son hijos de padres de familia de escasos recursos.

### **POBLACIÓN ESTUDIADA:**

355 escolares de 6 a 8 años matriculados en las escuelas " Rubén Darío " y " Hermanos de Salzburgo ", en el año 2004.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Todos los escolares fueron de 6,7 y 8 años de edad, matriculados en las escuelas " Rubén Darío " y " Hermanos de Salzburgo ", en el año 2004.
- En las fichas se incluyó únicamente a los escolares que succionan o succionaron su dedo pulgar en alguna etapa de su desarrollo, sin presencia de otro hábito deformante para no causar distorsión en los resultados sobre las alteraciones obtenidas a excepción de los que manifestaban hábitos deformantes como onicofagia, bruxismo (que no causan alteraciones oclusales similares al hábito en estudio)
- El hábito de protrusión lingual, se incluyó solamente que estuviera asociada a los que manifestaron o manifestaban el hábito en estudio y expusieran una mordida abierta anterior y/o protrusión de incisivos maxilares
- Las piezas dentales frontales tenían que tener dos tercios coronarios erupcionados como mínimo para observar con claridad las alteraciones y protrusión de incisivos maxilares linguo versión, a excepción de la mordida



abierta anterior, que los dientes tenían que estar en su total exposición coronaria.

**CRITERIO DE EXCLUSION:**

- Presencia de otro hábito que cause las mismas deformaciones como: respiración oral, succión labial, succión de otro dedo como índice, medio, anular o varios dedos a la vez.
- Niños que portaban aparatos ortodónticos o tratamientos con dispositivos intraorales fijos, para eliminar el hábito.
- Niños que debido al proceso eruptivo u otra razón, como exodoncia temprana junto a una pieza exfoliada, no manifestaban dos piezas frontales consecutivas erupcionadas.

**VARIABLES:**

Se seleccionaron para el mismo una serie de variables y se evaluó cada una de ellas independientemente en determinado momento, para luego describirlas y relacionarlas.

- Hábito de succión del pulgar.
- Período de succión del pulgar.
- Duración del hábito succión del pulgar.
- Alteraciones oclusales.
- Edad.
- Sexo.

# **OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>VARIABLE</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALORES</b>
<b>Hábito de succión del pulgar</b>	Es la introducción del pulgar, apoyando la yema del dedo sobre la zona retroincisiva superior dirigiendo la uña hacia el suelo de la boca.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuando el niño al preguntarle sobre el chupeteo, afirmaba la succión digital, eligiendo el pulgar como preferido.</li><li>▪ Cuando en algunas ocasiones, la uña del dedo pulgar se observaba más limpia que la de los demás, observándose algunas veces callosidad, teniendo esa zona callosa un color más claro que los otros dedos.</li><li>▪ Confirmación del tutor del menor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Presente.</li><li>▪ Ausente.</li></ul>
<b>Período de succión del pulgar</b>	Período del día, (24 horas) en que se realiza el hábito.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuando el niño succionaba su dedo pulgar solo en el día, solo en la noche o en ambos períodos.</li><li>▪ Confirmación del tutor del niño.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Día</li><li>▪ Noche</li><li>▪ Día y noche</li></ul>

<b>Duración del hábito succión del pulgar.</b>	<b>Años de realizar el hábito de succión del pulgar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Tiempo durante el cual el niño tuvo o ha tenido el hábito.</b></li><li>▪ <b>Confirmación del tutor del niño.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>De 0-2 años.</b></li><li>▪ <b>De 3-5 años.</b></li><li>▪ <b>De 6-12 años.</b></li></ul>
<b>Alteraciones oclusales</b>	<b>Trastorno que refleja una expresión de la variabilidad biológica normal en la forma en que se articulan los dientes maxilares y mandibulares.</b>		
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Protrusión de incisivos maxilares.</b></li></ul>	<b>Cuando el escolar mostraba sus dientes antero superiores, con posición hacia labial.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Mayor de 3 mm</b></li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Mordida abierta anterior.</b></li></ul>	<b>Cuando el escolar exponía falta de entrecruzamiento vertical entre los incisivos superiores e inferiores, quedando la región posterior en oclusión.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Presente.</b></li><li>▪ <b>Ausente.</b></li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Arco dental superior estrecho.</b></li></ul>	<b>Cuando el arco maxilar adoptaba la forma de v, con mayor constricción a nivel de caninos que de molares.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Presente.</b></li><li>▪ <b>Ausente.</b></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Linguo versión</b></li></ul>	<b>Cuando al examen clínico los dientes antero inferiores se encontraban desviados lingualmente, perdiendo la dirección vertical al eje longitudinal del diente.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Presente.</b></li><li>▪ <b>Ausente.</b></li></ul>
<b>Edad</b>	<b>Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la observación.</b>	<b>Años cumplidos a través de la hoja de matrícula.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>6 años.</b></li><li>▪ <b>7 años.</b></li><li>▪ <b>8 años.</b></li></ul>
<b>Sexo</b>	<b>Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Características físicas externas.</b></li><li>▪ <b>Hoja de matrícula.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Femenino.</b></li><li>▪ <b>Masculino.</b></li></ul>

## **PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Previo a la recolección de la información, la tutora realizó una estandarización de criterios con las examinadoras en el uso de los indicadores a utilizar y se hizo una aplicación piloto del instrumento de recolección de la información en las clínicas de odontopediatría, con el doble propósito de unificar los criterios del examen y probar el instrumento de recolección de información. En el material de recolección de información, la ficha recolectora fue modificada en el orden de su contenido, ya que primeramente se observaba la presencia de alteraciones oclusales, sin tomar en cuenta la presencia de otro hábito deformante que causase las mismas alteraciones oclusales del hábito en estudio, otra modificación fue la presencia o ausencia del hábito ya sea en historia pasada o presente, siendo este dato, la primera pregunta en la ficha recolectora.

Este cambio de criterios reduce el trabajo en tiempo y dinero, explicando posteriormente de una forma más práctica y sencilla la recolección de la información.

Se solicitó autorización escrita a la dirección de cada centro escolar para realizar el examen a los niños dándoles a conocer la importancia y objetivos del estudio. Allí mismo se le explicó el proceso mediante el cual se levantaría la información, solicitándoles su colaboración para ello.

La recolección de la información se llevo a cabo en cada una de las escuelas indicadas, en las horas previamente asignadas por la dirección de las mismas. La selección de la población a estudiar se realizo en base a los registros escolares en donde se encuentran anotadas las edades de los niños, involucrando únicamente a aquellos con edades oscilantes entre los 6 y 8 años.

El procedimiento para la ejecución del examen físico y clínico fue el siguiente: se condujo de forma ordenada a cada escolar a un sitio fuera del aula de clases y en condiciones de iluminación natural se le solicitó sentarse en una silla,

procediendo a explicarles el objetivo de su presencia para disminuir la ansiedad del niño y establecer relaciones de confianza con el mismo, con el fin de que el menor de manera fluida exteriorice la verdad en cada caso. A continuación mediante un primer examen clínico se eliminaron los niños con presencia de otro hábito deformante que causase las mismas alteraciones ocasionadas por el hábito en estudio (succion del pulgar), a los niños restantes se les procedió a preguntarles si succionan o succionaron su dedo pulgar verificándolo a su vez con los indicadores plasmados en la tabla de operacionalización de variables, posteriormente se estableció el periodo de succion del pulgar a lo largo de las 24 horas del día, especificando si este se llevaba a cabo solamente en el día, en la noche o en ambos períodos. Para determinar la duración, se evaluó los años de realizar el hábito de succion del pulgar, desde su nacimiento hasta los 8 años. Finalmente se verificó la presencia de posibles alteraciones oclusales en estudio, tomando en cuenta el indicador específico de cada alteración oclusal, descrito en la tabla de operacionalización de variables.

A pesar de los datos obtenidos y plasmados en las fichas recolectoras de datos, se le envió al tutor del menor una ficha de verificación, de especial diseño, para cotejar los datos no confiables y aquellos que no pudieron ser obtenidos en la ficha anterior, excluyendo las alteraciones oclusales que solo pueden ser verificadas por la examinadora.

## **PROCESAMIENTO Y PLAN DE ANALISIS DE LOS DATOS.**

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS para Windows versión 6. 1. 3. Octubre 1995. Los datos se presentaron en cuadros y gráficos, expresados en porcentajes.

## **RECURSOS UTILIZADOS**

### **RECURSOS HUMANOS:**

Examinadora  
Anotadora e instrumentista.

### **RECURSOS MATERIALES:**

Mesa  
Silla  
Guantes, nasobuco, gabachas  
Papel toalla  
Espejo bucal  
Regla milimétrica  
Baja lengua  
Vaso descartable  
Agua  
Solución antiséptica  
Panas plásticas  
Lapicero  
Ficha de recolección de datos  
Ficha de verificación.



# RESULTADOS

**TABLA 1. Prevalencia de hábito de succión del pulgar en escolares de 6,7 y 8 años. León, septiembre 2004.**

<b>Edad</b>	<b>n.</b>	<b>Con hábito</b>	<b>Prevalencia por cien.</b>
<b>6</b>	121	50	41.6
<b>7</b>	115	38	33
<b>8</b>	119	33	27.7
<b>TOTAL</b>	355	121	34

La prevalencia del hábito de succión del pulgar mostró tendencia a disminuir al aumentar la edad de los niños. La prevalencia más alta se dio a los 6 años y la más baja a los 8 años.

**TABLA 2. Prevalencia del hábito de succión del pulgar en escolares de 6 a 8 años según sexo. León, septiembre 2004.**

<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>Con hábito</b>	<b>Prevalencia Por cien.</b>
<b>Femenino</b>	176	60	34.0
<b>Masculino</b>	179	61	34.0
<b>TOTAL</b>	355	121	34.0

La prevalencia del hábito de succión del pulgar no mostró diferencias entre el sexo masculino y femenino.

**TABLA 3. Frecuencia de alteraciones oclusales en escolares de 6 a 8 años, con hábito de succión del pulgar. León, septiembre 2004.**

<b>Alteraciones en niños con hábitos</b>	<b>Nº</b>	<b>Por cien.</b>
<b>Mordida abierta anterior</b>	46	40.7
<b>Protrusión de incisivos superiores</b>	27	23.8
<b>Linguo versión</b>	27	23.8
<b>Arco dental superior estrecho</b>	13	11.5
<b>TOTAL</b>	113	100

Nota: algunos niños tenían más de una alteración.

La alteración más frecuente fue mordida abierta anterior, seguido por la protrusión de incisivos superiores y linguo versión en igual número de afectación, por último con menor frecuencia se mostró el arco dental superior estrecho.

**TABLA 4. Frecuencia de alteraciones oclusales en escolares de 6 a 8 años, con hábito de succión del pulgar, según la edad del niño. León, septiembre 2004**

Alteración		Mordida Abierta Anterior		Protrusión de incisivos maxilares		Linguo Versión		Arco dental superior estrecho		Sin Alteración	
		Nº	Por cien	Nº	Por cien	Nº	Por cien	Nº	Por cien	Nº	Por cien
Edad	N										
6	50	18	36	11	22	7	14	-		25	50
7	38	8	21.0	8	21.0	14	36.8	5	13.1	17	44.7
8	33	20	60.6	8	24.2	6	18.1	8	24.2	4	12.1

A los 8 años la alteración más frecuente fue la mordida abierta anterior, seguido de igual reincidencia la protrusión de incisivos maxilares y arco dental superior estrecho, siendo la linguo versión la menos frecuente; A los 7 años la linguo versión mostró ser la más frecuente seguido por la mordida abierta anterior y protrusión de incisivos maxilares en igual reincidencia y a los 6 años la alteración más frecuente fue la mordida abierta, seguido por la protrusión de incisivos maxilares siendo la menos frecuente la linguo versión sin datos deformantes de arco dental superior estrecho.

**TABLA 5. Frecuencia de alteraciones oclusales en escolares de 6 a 8 años con hábito de succión del pulgar, según el sexo. León, septiembre 2004.**

<b>Alteración oclusal</b>	<b>Femenino</b>		<b>Masculino</b>	
	<b>Nº</b>	<b>Por cien</b>	<b>Nº</b>	<b>Por cien</b>
<b>Mordida Abierta Anterior</b>	23	40.3	23	41.0
<b>Protrusión de incisivos superiores</b>	15	26.3	12	21.4
<b>Linguo Versión</b>	13	22.8	14	25.0
<b>Arco dental superior estrecho</b>	6	10.5	7	12.5
<b>TOTAL</b>	57	100	56	100

La frecuencia de alteraciones oclusales en niños con hábito de succión del pulgar, mostró diferencia entre el sexo masculino y femenino, presentándose mayor frecuencia de alteraciones oclusales en el sexo masculino, que es donde se dio un mayor número de niños sin alteraciones.

**TABLA 6. Frecuencia de alteraciones oclusales en escolares de 6 a 8 años con hábito de succión del pulgar, según el tiempo de tener el hábito. León, septiembre 2004.**

<b>Duración del Hábito</b>	<b>0 Meses a 2 Años</b>		<b>3 a 5 Años</b>		<b>6 a 8 Años</b>	
	<b>Nº</b>	<b>Por cien</b>	<b>Nº</b>	<b>Por cien</b>	<b>Nº</b>	<b>Por cien</b>
<b>Mordida Abierta Anterior</b>	2	66.6	5	55.5	39	38.6
<b>Protrusión de incisivos superiores</b>	1	33.3	2	22.2	24	23.7
<b>Linguo Versión</b>	-	-	1	11.1	26	25.7
<b>Arco dental superior estrecho</b>	-	-	1	11.1	12	11.8
<b>TOTAL</b>	3	100	9	100	101	100

Esta tabla muestra la relación entre la frecuencia de alteraciones oclusales según el tiempo de tener el hábito, siendo la frecuencia de cada una de las alteraciones mayor en los niños que mostraron mayor tiempo de tener el hábito.

**TABLA 7. Frecuencia de alteraciones oclusales en escolares de 6 a 8 años con hábito de succión del pulgar, según el período del día. León, septiembre 2004.**

Período de succión del pulgar	Día		Noche		Día y Noche	
	Nº	Por cien	Nº	Por cien	Nº	Por cien
<b>Mordida Abierta Anterior</b>	10	47.6	10	41.6	26	38.2
<b>Protrusión de incisivos superiores</b>	4	19.0	6	25.0	17	25.0
<b>Linguo Versión</b>	4	19.0	6	25.0	17	25.0
<b>Arco dental superior estrecho</b>	3	14.2	2	8.3	8	11.7
<b>TOTAL</b>	21	100	24	100	68	100

Esta tabla muestra la relación entre frecuencia de alteraciones oclusales y período del día del hábito succión del pulgar, notándose una clara relación entre ambas variables pues la frecuencia de cada una de las alteraciones es mayor entre los escolares que mostraron mayor período de succión de este hábito.



## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

El total de niños examinados fue de 355 de los que solamente 121 niños conciernen al hábito succión del pulgar. La prevalencia de este hábito en las edades estudiadas 6, 7 y 8 años, fue mayor a los 6 años con un 41.6% disminuyendo a medida que se aumentaba la edad, dato que refiere similitud a estudios monográficos realizados en nuestro país por la doctora Sayda García<sup>14</sup>, Valentina Mendoza<sup>17</sup> y literatura consultada de Sydney Finn<sup>3</sup>, que explica: " la mayoría de estos hábitos desaparecen con la edad, por las continuas modificaciones de conducta que experimenta el niño en su desarrollo psicológico y social."

La distribución por sexo es la siguiente: 60 del sexo femenino y 61 del sexo masculino, no mostrando diferencia en la prevalencia de este hábito en ambos sexos, siendo en el sexo femenino de 34.0% y en el sexo masculino de 34.0%; la doctora García<sup>14</sup>, demuestra tener predilección por el sexo masculino, en un alto porcentaje, la doctora Jiménez<sup>15</sup> manifiesta predilección por el sexo femenino y del doctor Marín<sup>16</sup> manifiesta que no existe predilección por sexo. La similitud de los datos en ambos sexos se debe a que este hábito no tiene predilección por ningún sexo, el total de niños masculinos y femeninos extraídos de la hoja de matriculas de los colegios, resulto tener una distribución bastante equitativa como para acreditar el resultado en este estudio.

Del total de niños examinados la alteración oclusal más frecuente la representa la mordida abierta anterior con 40.7%, dato que coincide con los estudios de la doctora Mendoza<sup>17</sup> y Moyers<sup>6</sup> constando que la mordida abierta constituye en la región anterior de los arcos el problema clínico más frecuente, esto depende de la posición del pulgar, de las contracciones acompañantes de los músculos de los carrillos y de la posición de la mandíbula durante el chupeteo; pero contrario a los estudios de la doctora García<sup>14</sup>, siendo esta alteración la segunda más frecuente en ese estudio sin argumentar los resultados. La protrusión de incisivos superiores, constituye la segunda alteración oclusal más frecuente con

un 23.8%, resultados que armonizan con los de la doctora Mendoza<sup>17</sup>, pero no con los de la doctora García<sup>14</sup>; la linguo versión, se manifestó en igual frecuencia que la protrusión de incisivos superiores, 23.8%, y por último se presentó el arco dental superior estrecho con un 11.5%, alteración que no ha sido investigada en ninguno de los estudios <sup>14, 15, 16, 17</sup>

La mayor frecuencia de alteraciones oclusales, según la edad, se presentó a los 8 años, de 33 succionadores, 4 no presentaron alteraciones oclusales y 29 niños sí las presentaron con una frecuencia de 42 alteraciones oclusal.

La alteración más frecuente a esta edad la representa la mordida abierta anterior con un 60.6%, esta alta frecuencia se debió a que la mayoría de los niños que presentaron esta alteración, fueron niños con presencia de dentición mixta avanzada, la interposición de este dedo impide directamente la expulsión de los incisivos en erupción. Un 24.2% lo representa la protrusión de incisivos maxilares y arco dental superior estrecho, logrando observar claramente la desviación de los dientes hacia delante, además que la presión negativa que se ha ejercido durante el chupeteo prolongado a marcado notablemente la compresión de los músculos a nivel de las comisuras labiales, colocando al arco dental superior estrecho en una categoría también de segundo lugar a esta edad. Por último en este grupo de edad con menor frecuencia se encuentra la linguo versión, con un 18.1%, el dedo obliga al empuje de los incisivos inferiores hacia lingual, que en la mayoría se encuentran en total proceso eruptivo, en especial los incisivos laterales

A los 7 años, de los 38 niños succionadores, 17no manifestaron alteraciones oclusales, y 21 sí las presentaron con una frecuencia de 35 alteraciones oclusales.

La linguo versión mostró mayor frecuencia, en un 36.8%, este resultado es debido a que a los 7 años según la cronología de erupción las piezas dentarias inferiores se encuentran erupcionadas, especialmente los incisivos centrales, los

laterales en su mayoría, ya sea por una erupción temprana, logrando observar con exactitud la desviación hacia lingual de estas piezas.

En segundo lugar se observó con igual frecuencia de 21.0% la mordida abierta anterior y protrusión de incisivos maxilares, aquí aún no está completa la erupción de los incisivos centrales, lo que no permitió lograr observar con exactitud el futuro aumento de la abertura vertical, solamente en los niños que manifestaron un avanzado estado de deterioro en su oclusión, de igual manera la protrusión de incisivos maxilares, donde pocos escolares mostraron la desviación hacia labial de las piezas frontales. La tercera alteración frecuente la representó el arco dental superior estrecho en un 13.1%.

La edad menos afectada se demostró a los 6 años, del equivalente de 50 niños con hábito de succión del pulgar, 25 no manifestaron ninguna alteración y 25 sí presentaron con una frecuencia de 36 alteraciones.

La alteración oclusal más frecuente fue la mordida abierta anterior con 36%, seguido por la protrusión de incisivos maxilares con 22%, dato que coincide con el estudio de la doctora Mendoza<sup>17</sup> pero contrario a los de la doctora García quien además de no coincidir con el orden de las alteraciones no manifiesta edades de referencia en ese estudio; la alta frecuencia de alteraciones observadas claramente en el maxilar superior, es debido a que en esta edad aún se encuentra la dentición temporal, pero observando una disminución en la lingua versión con un 14%, también tomando en cuenta el proceso eruptivo de los incisivos centrales inferiores, no encontrando ninguna afectación en el arco dental superior estrecho. Estos resultados responden a la literatura consultada de Proffit<sup>8</sup>, que nos dice " si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad producida es reversible en alto porcentaje de los casos con relativa facilidad. "

En la frecuencia de alteraciones oclusales según el sexo, se observó que el sexo masculino es más propenso a las maloclusiones. De 61 niños con el hábito succión del pulgar, 33 presentaron alteraciones oclusales y 28 no manifestaron ninguna alteración, con una frecuencia de 56 alteraciones, siendo más frecuente

la mordida abierta anterior con 41.0%, protrusión de incisivos maxilares con 21.4%, lingu versión con 25.0%, y arco dental superior estrecho con 12.5%. En el sexo femenino de 60 niñas con hábito, 42 presentaron alteraciones oclusales y 18 no las manifestaron, con una frecuencia de 57 alteraciones oclusales, el orden de las alteraciones es de igual disposición al sexo masculino, siendo la mordida abierta anterior la más frecuente con 40.3%, protrusión de incisivos maxilares con 26.3%, lingu versión con 22.8%, y por último arco dental superior estrecho con 10.5%,

Según Proffit<sup>8</sup>, " Debido a la respuesta biológica, la duración de una fuerza es más importante que su magnitud " y Pinkham dice, " tener la función más crítica en los movimientos dentales."

La duración en este estudio se realizó de acuerdo a la sub-clasificación, infantil, pre-escolar, escolar.

Las alteraciones más frecuentes, según el tiempo de tener el hábito, se dieron en niños entre 6-8 años, el número de maloclusiones en este grupo infantil, fue de 101 alteraciones oclusales, dando la mordida abierta anterior la mayor frecuencia con 38.6%, protrusión de incisivos maxilares con 23.7%, lingu versión con 25.7%, y arco dental superior estrecho con 11.8%. En el grupo de niños que demostraron haber tenido el hábito entre las edades 3-5 años, el número de alteraciones disminuyó notoriamente, dándose un total de 9 alteraciones en la oclusión, siempre la mordida abierta anterior en primer lugar con una frecuencia de 55.5%, protrusión de incisivos maxilares con 22.2%, lingu versión y arco dental superior estrecho de igual frecuencia con 11.1%. Según Proffit<sup>8</sup>, " es frecuente observar un desplazamiento leve de los incisivos primarios en niños de 3 ó 4 años que se chupan el pulgar." En la frecuencia de maloclusiones en niños que abandonaron el hábito durante el período normal de succión, 0 meses- 2 años, se dio un número mínimo de alteraciones, presentándose 3 únicamente, mordida abierta anterior con una frecuencia de 66.6%, y protrusión de incisivos maxilares con 33.3%, este dato responde a la literatura consultada de W. Proffit<sup>8</sup> y otras investigaciones expuestas en diferentes temas de la conferencia anual de la AMON<sup>10</sup>, que nos dice " La

etiología de las maloclusiones son difíciles de encasillarlas a una sola causa, con frecuencia la etiopatogenia es multifactorial, hoy en día se ha descubierto que es una interacción entre los factores ambientales y la herencia, siendo esta última justo señalar que las investigaciones realizadas aún no han permitido aclarar el papel exacto de la herencia como factor etiológico en la maloclusión", pero en este estudio, la presencia de alteraciones en niños que abandonaron el hábito a temprana edad, la herencia puede tener mucho que ver al respecto.

La frecuencia de las alteraciones oclusales, según el período del día, es decir si la succión era diurna, nocturna, o en ambos espacios, reveló tener preferencia en niños que succionaron su pulgar en ambos períodos, presentándose 68 alteraciones, con una alta frecuencia en mordida abierta anterior con 38.2%, protrusión de incisivos maxilares y linguo versión con 25.0%, arco dental superior estrecho con 11.7%. Recordando que la prevalencia más alta de succión del pulgar en este estudio se dio entre las edades 6-8 años, momento en que la presencia de este hábito no es normal tornándose ya a esta edad en un hábito involuntario, una acción automática o inconsciente reflejo o no a ciertas situaciones, dando como respuesta a una alta frecuencia de alteraciones en estudio. Posterior se dieron 24 alteraciones en niños que solamente succionaron durante la noche, dándose una frecuencia de mordida abierta anterior con 41.6%, protrusión de incisivos maxilares y linguo versión con 25.0%, arco dental superior estrecho con 8.3%. La alta frecuencia durante la noche se debe a que en la edad de mayor prevalencia del hábito, el niño inicia relaciones escolares desde primer grado y el chupeteo se torna una vergüenza en ciertos niños, prefiriendo la noche para su disfrute, momento en el que por la cantidad de horas continuas que el escolar le dedica al chupeteo cuando se va a dormir, la frecuencia de las alteraciones es mayor que en el día; el resultado de esta investigación armoniza con la literatura de W. Proffit<sup>8</sup> exponiendo en su documento que el grado de desplazamiento dental guarda una relación más estrecha con el número de horas de succión diaria que con su magnitud, la succión del dedo por 6 horas o más puede causar una maloclusión importante. Durante el período diurno únicamente, las alteraciones disminuyeron, en un

47.6% la mordida abierta anterior, 19.0%; protrusión de incisivos maxilares y linguo versión; un 14.2% responde a alteraciones en el arco dental superior estrecho.

## **Conclusiones**

Se concluyó que existe una alta prevalencia del hábito succión del pulgar, mostrando aun más el grado de frecuencia de las alteraciones oclusales. A medida que el hábito persiste es mayor la posibilidad de que ocurran alteraciones oclusales, siendo el problema mayor en aquellos escolares que succionaron su dedo en ambos periodos del día.

El sexo no muestra diferencia en la prevalencia del hábito, a diferencia de las alteraciones oclusales, en el cual el sexo masculino presenta mayor frecuencia de alteraciones.

El hábito succión del pulgar no es causa de maloclusión en un 100%, aunque puede contribuir notablemente a la maloclusión la succión por si sola no produce mal oclusión grave, a no ser que el hábito persista hasta bien entrado el periodo de la dentición mixta.

## **Recomendaciones**

1. Implementar estrategias de salud oral sobre la práctica de este mal hábito y los efectos deletéreos que producen en el aparato masticatorio cuando excede la edad límite de succión, a través de la creación de programas de prevención en el área de maloclusiones, orientados a motivar e informar a los padres que asisten a las clínicas multidisciplinarias de la facultad de Odontología. Esto puede ejecutarse mediante afiches u otro medio de publicidad, colocados en los cubículos y elaborados por los mismos estudiantes de la facultad, recordando que esta profesión no sólo cuenta con el lado práctico, sino también con el preventivo, todo esto con el fin de que la mayor cantidad de población infantil se beneficie, y así disminuir el alto porcentaje de deserción de los pacientes infantiles en los servicios odontológico, aunado a un alto porcentaje de la población que vive en estado de pobreza e ignorancia.
2. Realizar otros trabajos de investigación, por los mismos estudiantes unificados con los de Psicología, identificando realidades específicas en el hogar de cada niño, que ayuden a orientar este tipo de programa preventivo a disminuir la frecuencia y duración del hábito succión del pulgar, recordando que de perpetuarse este mal hábito no solo afecta las estructuras dentofaciales sino también su relación social y autoestima.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Bishara, Samir E. Ortodoncia  
Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. México, D. F. 2003.
2. Chaconas, Spiro J. Ortodoncia  
Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. 1982.  
Pág. 27, 200, 204.
3. Finn, Sydney, B. Odontología Pediátrica  
Cuarta Edición. Nueva Editorial Interamericano, México, D.F. 1983.  
Pág. 326, 327, 328.
4. Graber, T. M. Ortodoncia Teoría y práctica.  
Tercera Edición. Editorial Interamericana. México D. F. 1987.  
Pág.169, 219, 220, 225, 289, 294.
5. Mayoral, Pedro, Guillermo y José. Ortodoncia principios  
Fundamentales y práctica. Sexta edición. Editorial LABORS,  
S. A. 1990.
6. Moyers, Manual de Ortodoncia  
Tercera edición, Buenos Aires, 1976.  
Pág.117, 119.
7. Pinkham, J. R. Odontología Pediátrica.  
Tercera Edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. México,  
D. F. 2001.  
Pág. 375

8. Proffit, William R. Ortodoncia Teoría y Práctica.

Segunda Edición. Mosby, Doyma libros S.A. Impreso en España por CLAMADES, 1996.

Pág. 3, 47, 48, 49,69, 105, 121,122, 126,127, 128, 133, 175.

9. Folleto de Ortodoncia, Departamento de Ortodoncia, Facultad de Odontología U. N. A. N. León, Nicaragua, 1983.

Pág. 120, 121, 122, 124, 125, 126, 127.

10. RESUMEN DE CONFERENCIAS DICTADA 4TA REUNIÓN ANUAL AMOM. COLOMBIA, 1999.

<http://www.amom.com.mx/>

- Dra. Trinidad Aparicio Pérez.  
Psicóloga Clínica, psicóloga escolar. Universidad de Granada.  
Actualizada: 1<sup>ro</sup> de Abril 2003.
- Chupete: Ventajas y desventajas.  
Dra. Marisa Gandsas.  
Médica Pediatra
- Hábitos: Los buenos, los malos y los feos.  
Dr. Eduardo Hernández G. Pediatra y Terapeuta de la Conducta Infantil.
- Sarabia J. Ortodoncia Preventiva ¿Mito o realidad?
- Dra. María Patricia Vega.  
Odontóloga. Última actualización: 14/05/2002.

11. Hábitos Perjudiciales para los dientes.

Copyright .2003. Saludalia Interactiva Actualización: Marzo 2004.

<http://www.saludalia.com>

12. ¿Por qué se chupa el dedo?

[www.PULEVA.Salud.com](http://www.PULEVA.Salud.com)

13. ENCICLOPEDIA MÉDICA en español.

Succión del pulgar. Copyright 2001. Actualizado: 12/8/2001

<http://www.adam.com/urac/edrev.htm>.

Succión del pulgar.

Elizabeth. Hait. M.D.

Departament of pediatric, Rainbow Babies and children's Hospital,

Actualizado 07/30/2001

La succion del pulgar.

B.D. Schmitt. M. D. Your child's. health.

Copyright. 1986-2001 Mc Kenson. HEALTH Solution LLC.

- REFERENCIAS MONOGRÁFICAS

14. García Bonilla Sayda y colaboradores.

Frecuencia de hábito de succión del pulgar, de los colegios de la ciudad de León, Nicaragua, 1985

W 43 G216 1987

15. Jiménez Ángeles y colaboradores.

Frecuencia del hábito de succión del dedo pulgar y la presencia de Maloclusiones, Managua, Nicaragua. 1992

W 43 J61F 1992

16. Marín Rivas José Benito.

Frecuencia de hábitos deformantes y su relación con las maloclusiones.

W43 M337 1986.

17. Mendoza Medal Valentina y colaboradores.

Prevalencia de succión del pulgar y grado de severidad en las alteraciones bucales, en niños de 4-10 años, León, Nicaragua.1993

W43 P944P 1993.

# **ANEXOS.**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha No. \_\_\_\_\_

Nombre del colegio: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### HÁBITO SUCCIÓN DEL PULGAR:

Historia pasada de succión del pulgar: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.

Historia presente de succión del pulgar: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.

### FRECUENCIA DEL HÁBITO SUCCIÓN DEL PULGAR:

Durante el día: \_\_\_\_\_ Durante la noche: \_\_\_\_\_

Durante el día y la noche: \_\_\_\_\_

### DURACIÓN DEL HÁBITO SUCCIÓN DEL PULGAR:

De 0 meses a 2 años: \_\_\_\_\_

De 3 a 5 años: \_\_\_\_\_

De 6 a 8 años: \_\_\_\_\_

### ALTERACIONES OCLUSALES PRESENTES EN CAVIDAD BUCAL:

Protrusión de incisivos maxilares: \_\_\_\_\_

Mordida abierta anterior: \_\_\_\_\_

Linguo versión: \_\_\_\_\_

Arco dental superior estrecho: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Estimado señor o señora tutor del niño/a, somos estudiantes de la Facultad de Odontología UNAN- León, solicitamos su colaboración en el llenado de esta ficha para datos descriptivos en nuestra monografía, agradeciendo su respuesta confiable a la **VERDAD**, debo recordar que su hijo o hija **NO SERÁ REGAÑADO, ASARIADO, NI CUALQUIER OTRA GROSERIA QUE LO PERJUDIQUE EMOCIONALMENTE.**

Conteste las preguntas colocando una **X** a la respuesta que considere.

1. ¿Su hijo se chupa el dedo?    SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_.

2. ¿Su hijo se chupó el dedo?    SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_.

3. ¿Cuál de estos 5 dedos de la mano?

4. Se lo chupa o chupó el dedo:

Solo en el Día\_\_\_\_\_ Solo en la noche\_\_\_\_\_ En el Día y Noche\_\_\_\_\_.

¿A que edad se lo dejo de chupar, si se lo chupa actualmente escriba su actual edad?



**Succión del pulgar**





**Mordida abierta anterior**



**Mordida abierta anterior.**



**Mordida abierta anterior**



**Interposición lingual al deglutir  
a causa del desplazamiento de  
los incisivos por la succión del  
dedo pulgar.**



Interposición del labio inferior