

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TEMA:

**" Prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos
orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años. UCSG 2018."**

AUTOR (ES):

Espinoza Espinoza, Aldo Josué

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
ODONTÓLOGO**

TUTORA:

Velásquez Solórzano, Gabriela Alejandra

Guayaquil, Ecuador

11 de septiembre de 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Espinoza Espinoza, Aldo Josué** como requerimiento para la obtención del título de **Odontólogo**.

TUTOR (A)

f. _____

Velásquez Solórzano, Gabriela Alejandra

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Luzardo Jurado, Geoconda María

Guayaquil, 11 de Septiembre del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Espinoza Espinoza, Aldo Josué**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación" **Prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años. UCSG 2018.**", previo a la obtención del título de **Odontólogo**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 11 de Septiembre del 2018

EL AUTOR (A)

f. _____
Espinoza Espinoza, Aldo Josué



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Espinoza Espinoza, Aldo Josué**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "**Prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años. UCSG 2018.**", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 11 de Septiembre del 2018

AUTOR:

f. _____
Espinoza Espinoza, Aldo Josué

REPORTE URKUND

URKUND

Documento [PREVALENCIA DE MALOCCLUSIONES RELACIONADA CON HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS.docx](#) (D40969774)

Presentado 2018-08-24 22:28 (-05:00)

Presentado por aldo094@hotmail.com

Recibido gabriela.velasquez.ucsg@analysis.orkund.com

0% de estas 5 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes Bloques Gabriela Alejandra Velasquez Solorzano (gabriela.velasquez@cu.ucsg.edu.ec)

+	Categoría	Enlace/nombre de archivo
+		https://www.propdental.es/ortodoncia/clasificacion-angle/
+	>	http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652010000100015
+		http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000500005
+	Fuentes alternativas	
+	Fuentes no usadas	

3 Activo

0 Advertencias. Reiniciar Exportar Compartir

55% Fuente externa: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652010000100015 **55%**

clase II y III; el hábito de onicofagia presentó 4 pacientes clase I, 1 paciente clase II y ningún paciente clase III; y por último el hábito de bruxismo presentó 2 pacientes clase I, 1 paciente clase II y ningún paciente clase III (Tabla 2).

El tipo de plano terminal más identificado en este estudio fue el plano terminal mesial con un porcentaje de (39,1%), el plano terminal recto (21,7%) y el plano terminal distal (5,8%) en ambas hemiarcadas, existió un grupo denominado otras relaciones donde se ubicaron a los pacientes que no presentaron un mismo plano terminal de forma bilateral (Gráfico No4).

El patrón de crecimiento facial que tuvo mayor prevalencia de los 69 pacientes evaluados fue el biotipo Mesofacial o dirección de crecimiento normal con (43,5%), seguido del biotipo Braquifacial o dirección de crecimiento horizontal (33,3%) y el biotipo Dolicofacial o dirección de crecimiento vertical (23,2%). (Gráfico No 5). De la misma manera se procedió a evaluar la forma del arco dentario del maxilar superior, dando como resultado un (58%) para la forma ovalada, (28%) para la forma triangular y 14% para la forma cuadrada; en el maxilar inferior se obtuvieron resultados similares, (53,6%) para la forma ovalada, (37,7%) para la forma triangular y (8,7%) para la forma cuadrada (Gráfico No6).

Este estudio tuvo el propósito de determinar la prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años mediante ciertos criterios o variables: el tipo de maloclusión, tipo de hábito oral no fisiológico, tipo de plano terminal, patrón de crecimiento facial, forma del arco dentario. que fueron considerados importantes para desarrollar este trabajo de investigación. El tipo de maloclusión que prevaleció en el estudio fue la clase I (71%), se relacionó esta variable con la edad y obtuvimos una edad promedio, a los 9 años los niños se ven afectados por maloclusiones. El hábito oral que tuvo mayor prevalencia fue deglución atípica (75,4%), todos los pacientes que participaron en este estudio presentaron 1 o más hábitos y un tipo de maloclusión dentaria. El escalón mesial, el biotipo mesofacial y la forma del arco dentario ovalado fueron los más prevalentes en este trabajo de investigación. Zapata M.et al.(2014)2 y García V.et al.(2011)4 en su estudio obtienen valores similares en cuanto al tipo de maloclusión, la maloclusión predominante fue la clase I (71,4%) (72,8%), seguida por la clase II (20,1%) (24,2%), luego la clase III (7,8%) (2,9%), respectivamente. Buitrago A.et al.(2013)3 en su estudio demostraron que el hábito oral que tuvo mayor prevalencia fue la deglución atípica (78,2%). Por otra parte, Zapata M.et al.(2014) y García V.et al.(2011) en su estudio demostraron que el hábito que tuvo mayor prevalencia fue la onicofagia (25,3%) (46,4) respectivamente, ambos estudios en pacientes con un rango similar al de este trabajo de investigación. Arias A.et al (2017)12

Urkund Analysis Result

Analysed Document: PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES RELACIONADA CON HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS.docx (D40969774)
Submitted: 8/25/2018 5:28:00 AM
Submitted By: aldo094@hotmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES RELACIONADA CON HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS. UCSG 2018. PREVALENCE OF MALOCCCLUSIONS RELATED TO NON-PHYSIOLOGICAL ORAL HABITS IN CHILDREN AGED 5 TO 10 YEARS. UCSG 2018. ALDO JOSUÉ ESPINOZA ESPINOZA¹, GABRIELA ALEJANDRA VELÁSQUEZ SOLÓRZANO¹. ¹UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL, GUAYAQUIL-ECUADOR. Las anomalías dentomaxilares pertenecen a las patologías odontológicas con mayor prevalencia en la población. El término maloclusión dentaria está relacionado a factores hereditarios, de malnutrición, de enfermedades generales y de hábitos no fisiológicos que se manifiestan desde temprana edad y tienen su progresión en el tiempo. Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años atendidos en la clínica De Ortodoncia III de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el Semestre A-2018. Estudio clínico de carácter descriptivo, observacional de tipo transversal en 69 pacientes de 5 a 10 años que asistieron a la clínica de la UCSG área de Ortodoncia III, considerando los criterios de inclusión y exclusión se procedió a evaluar el tipo de maloclusión dentaria, la presencia y el tipo de hábito no fisiológico, tipo de plano terminal, biotipo facial y la forma del arco dentario. El tipo de maloclusión que prevaleció en el estudio fue la clase I (71%), se relacionó esta variable con la edad y obtuvimos una edad promedio, a los 9 años los niños se ven afectados por maloclusiones. El hábito oral que tuvo mayor prevalencia fue deglución atípica (75,4%). El escalón mesial, el biotipo facial y la forma del arco dentario ovalado fueron los más prevalentes en este trabajo de investigación. La importancia de conocer la prevalencia de las maloclusiones dentarias, la prevalencia de los hábitos orales no fisiológicos y la posible relación que éstas mantienen a edades tempranas podría ser un indicador de prevención, corrección y control en el crecimiento infantil por la gran susceptibilidad a desarrollar cualquier tipo de estas anomalías dentomaxilares. Palabras clave: prevalencia, maloclusión dentaria, hábitos orales, plano terminal, biotipo facial, arco dentario. Dentomaxillary anomalies belong to the dental pathologies with the highest prevalence in the population. The term dental malocclusion is related to hereditary factors, malnutrition, general diseases and non-physiological habits that manifest from an early age and have their progression over time. To determine the prevalence of dental malocclusions related to non-physiological oral habits in children aged 5 to 10 years attended in the Orthodontics III clinic of the Catholic University of Santiago de Guayaquil in Semester A-2018. A descriptive, observational, cross-sectional clinical study in patients from 5 to 10 years old who attended the clinic of the UCSG area of Orthodontics III, considering the inclusion and exclusion criteria, the type of dental malocclusion was evaluated, the presence and the type of non-physiological habit, type of terminal plane, facial biotype and the shape of the dental arch. The type of malocclusion that prevailed in the study was class I (71%), this variable was related to age and they obtained an average age, at 9 years, children are affected by malocclusions. The oral habit that had the highest prevalence was atypical swallowing (75.4%), all patients who participated in this study presented 1 or more habits and a type of dental malocclusion. The mesial step, the facial biotype and the shape of the oval dental arch were the most prevalent in this research work. The importance of knowing the prevalence of dental malocclusions, the prevalence of non-physiological oral habits and the possible relationship that these maintain at an early age could be an indicator of prevention, correction and control in childhood growth due to the great susceptibility to develop any type of these dentomaxillary anomalies.

Key words: prevalence, dental malocclusion, oral habits, terminal plane, facial biotype, dental arch.

Las patologías en el ámbito odontológico con mayor prevalencia en la población son la caries dental, la enfermedad periodontal y las anomalías dentomaxilares. Las anomalías dentomaxilares mediante la deformación de los huesos maxilares alteran la posición dentaria, se manifiestan desde temprana edad y tienen una importante progresión en el tiempo. La prevalencia de esta patología se encuentra entre el 44,4 y 68,3%, los factores relacionados en su aparición pueden ser hereditarios, de mal nutrición y hábitos orales no fisiológicos, también existen enfermedades generales que modifican el proceso evolutivo de las denticiones temporal, mixta y permanente pudiendo existir más de un agente que cause deformación. La oclusión dental se atribuye a la relación de contacto que presentan las arcadas dentales en función y parafunción y a los elementos que forman parte en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio. Por otra parte, podemos definir a la maloclusión dentaria como la alteración, variabilidad en la posición o movimiento dental que está por fuera de los límites normales. En la primera dentición los patrones normales de oclusión van enfocados con la posición terminal de los segundos molares temporales, el plano terminal mesial y el plano terminal recto determinarán una clase I molar de Angle en la dentición permanente, el plano terminal distal y el plano terminal mesial exagerado están considerados como factores de maloclusión en la segunda dentición (clase II y III molar de Angle). Los primeros molares en la segunda dentición tienen una gran importancia para el diagnóstico de cualquier maloclusión, la posición del primer molar superior y la del primer molar inferior en oclusión determinará el tipo de clase molar de Angle. Los hábitos son actos realizados de manera regular y automáticamente, adquiridos mediante la experiencia, son comportamientos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Según su clasificación los hábitos orales pueden ser fisiológicos cuando cumplen funciones que ayudan al crecimiento de los huesos maxilares tales como, la respiración nasal, el habla, la masticación y la deglución y no fisiológicos cuando se interponen al patrón de crecimiento facial y causan defectos dentomaxilares como el hábito de respiración bucal, deglución atípica, succión digital y labial, onicofagia y bruxismo. Los hábitos no fisiológicos forman parte etiológica de las maloclusiones dentarias, alteran el normal desarrollo estomatognático, las fuerzas musculares bucales y periorales se ven afectadas y causan deformaciones a nivel óseo según la edad en la que se inicia dicho hábito. Es importante conocer que mayor será el daño cuanto menor sea la edad, esto se debe a que los huesos pueden moldearse con más facilidad, donde se vería afectada la posición dentaria y la relación que sostienen las arcadas entre sí. Un correcto control de la alimentación, vigilancia y regulación de padecer algún tipo de hábito oral favorecerá a la población infantil con la existencia de oclusión adecuada. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años atendidos en la clínica de la UCSG en el área de Ortodoncia II

Se realizó un estudio clínico de carácter descriptivo, observacional de tipo transversal en 69 pacientes, 26 de sexo masculino y 43 de sexo femenino, con edades de 5 a 10 años atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el área de Ortodoncia III del Semestre A-2018.

La selección de los pacientes se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes de 5 a 10 años. Pacientes voluntarios con su respectivo consentimiento informado firmado por sus representantes. Pacientes que presenten clínicamente maloclusión dentaria. Pacientes que presenten clínicamente hábitos orales no fisiológicos.

Los criterios de exclusión fueron: Pacientes mayores o menores a la edad propuesta en la investigación (5 a 10 años). Pacientes que no tengan firmado el consentimiento informado por sus representantes. Pacientes que no deseen participar en la investigación. Pacientes que no presenten clínicamente maloclusión dentaria. Pacientes que no presenten clínicamente hábitos orales no fisiológicos.

Previo a la firma del representante, en el consentimiento informado recibieron una explicación de forma clara y precisa sobre el trabajo de investigación. Para la recolección de datos se utilizó la historia clínica de cada paciente llenada por los alumnos para poder recolectar los datos personales y valores de los distintos análisis del paciente. Se elaboró una ficha clínica con parámetros específicos para este estudio, las variables independientes que fueron utilizadas son tipo de maloclusión dentaria, tipo de hábito oral no fisiológico, tipo de plano terminal, biotipo facial y forma del arco dentario.

El tipo de maloclusión dentaria se determinó clínicamente de acuerdo a la clasificación de Angle (1890) Clase I, II, III en donde dice que su clasificación

está basada en la relación anteroposterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

El tipo de hábito oral no fisiológico se determinó clínicamente si presentaba o no, y de acuerdo a la información referida por los padres tomando en cuenta los rasgos característicos de cada hábito, entre los más comunes: deglución atípica, respiración bucal, succión digital, succión labial, onicofagia y bruxismo. El tipo de plano terminal se determinó clínicamente considerando los segundos molares temporarios, de acuerdo a los 3 planos, mesial, recto y distal, se procedió a hacerlo de forma bilateral, cuando coincidan un solo plano en ambas hemiarcadas y cuando no coincidan se lo describió como "otras relaciones". El biotipo facial se determinó de acuerdo al análisis de Rickkets donde lo clasifica en Mesofacial, Braquifacial y Dolicofacial de acuerdo a los valores sujetos a dicho análisis. La forma del arco dentario se la determinó de acuerdo a 3 tipos de formas básicas, de forma cuadrada, de forma triangular, de forma ovalada en ambos maxilares. Los datos fueron registrados, tabulados y se procesaron en un programa estadístico de Microsoft Excel, finalmente la información fue analizada y se elaboró el informe de resultados.

Participaron en el estudio 69 niños, de los cuales 26 son de género masculino y representaron el (37,7%) y 43 son de género femenino con (62,3%). La edad promedio fue de 8 y 9 años con una mínima de 5 años y una máxima de 10 años (Gráfico No 1).

El tipo de maloclusión con mayor prevalencia fue la clase I en 49 pacientes, 17 de género masculino y 32 de género femenino, con una representación porcentual de (71,0%) donde se pudo observar que hubo una relación normal a nivel de los molares, pero presentaron

problemas dentarios en el sector anterior, el más común el apiñamiento dental, seguido de la clase II en 18 pacientes, 9 de género masculino y 9 de género femenino con (26,1%) y la clase III en 2 pacientes de género femenino con (2,9%) (Gráfico No 2). Entre 7, 8 y 9 años fueron las edades más afectadas por el tipo de maloclusión (Tabla 1).

El tipo de hábito no fisiológico que se presentó mayor prevalencia en este estudio fue el hábito de deglución atípica con un porcentaje de (75,4%) en 52 pacientes, respiración bucal (13,0%) en 9 pacientes, succión digital (11,6%) en 8 pacientes, succión labial (13,0%) en 9 pacientes, onicofagia (7,2%) en 5 pacientes y bruxismo (4,3%) en 3 pacientes. (Gráfico No 3). En relación al tipo de hábito y el tipo de maloclusión, el hábito de deglución atípica presentó 35 pacientes con clase I, 15 pacientes con clase II y 2 pacientes clase III;

el hábito de respiración bucal presentó 6 pacientes clase I, 3 pacientes clase II y ningún paciente clase III; el hábito de succión digital presentó 6 pacientes clase I, 1 paciente clase II y 1 paciente clase III; el hábito de succión labial presentó 9 pacientes clase I y ningún paciente

clase II y III; el hábito de onicofagia presentó 4 pacientes clase I, 1 paciente clase II y ningún paciente clase III; y

por último el hábito de bruxismo presentó 2 pacientes clase I, 1 paciente clase II y ningún paciente clase III (Tabla 2).

El tipo de plano terminal más identificado en este estudio fue el plano terminal mesial con un porcentaje de (39,1%), el plano terminal recto (21,7%) y el plano terminal distal (5,8%) en ambas hemiarcadas, existió un grupo denominado otras relaciones donde se ubicaron a los pacientes que no presentaron un mismo plano terminal de forma bilateral (Gráfico No4).

El patrón de crecimiento facial que tuvo mayor prevalencia de los 69 pacientes evaluados fue el biotipo Mesofacial o dirección de crecimiento normal con (43,5%), seguido del biotipo Braquifacial o dirección de crecimiento horizontal (33,3%) y el biotipo Dolicofacial o dirección de crecimiento vertical (23,2%). (Gráfico No 5). De la misma manera se procedió a evaluar la forma del arco dentario del maxilar superior, dando como resultado un (58%) para la forma ovalada, (28%) para la forma triangular y 14% para la forma cuadrada; en el maxilar inferior se obtuvieron resultados similares, (53,6%) para la forma ovalada, (37,7%) para la forma triangular y (8,7%) para la forma cuadrada (Gráfico No6).

Este estudio tuvo el propósito de determinar la prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años mediante ciertos criterios o variables: el tipo de maloclusión, tipo de hábito oral no fisiológico, tipo de plano terminal, patrón de crecimiento facial, forma del arco dentario, que fueron considerados importantes para desarrollar este trabajo de investigación. El tipo de maloclusión que prevaleció en el estudio fue la clase I (71%), se relacionó esta variable con la edad y obtuvimos una edad promedio, a los 9 años los niños se ven afectados por maloclusiones. El hábito oral que tuvo mayor prevalencia fue deglución atípica (75,4%), todos los pacientes que participaron en este estudio presentaron 1 o más hábitos y un tipo de maloclusión dentaria. El escalón mesial, el biotipo mesofacial y la forma del arco dentario ovalado fueron los más prevalentes en este trabajo de

investigación. Zapata M.et al.(2014)² y García V.et al.(2011)⁴ en su estudio obtienen valores similares en cuanto al tipo de maloclusión, la maloclusión predominante fue la clase I (71,4%) (72,8%), seguida por la clase II (20,1%) (24,2%), luego la clase III (7,8%) (2,9%), respectivamente. Buitrago A.et al.(2013)³ en su estudio demostraron que el hábito oral que tuvo mayor prevalencia fue la deglución atípica (78,2%). Por otra parte, Zapata M.et al.(2014) y García V.et al.(2011) en su estudio demostraron que el hábito que tuvo mayor prevalencia fue la onicofagia (25,3%) (46,4) respectivamente, ambos estudios en pacientes con un rango similar al de este trabajo de investigación. Arias A.et al (2017)¹² demostraron en su estudio que la deglución atípica fue el hábito que se encontró en mayor relación con maloclusiones de forma estadísticamente significativa. Álvarez M.et al. (2011)⁸ demostraron en su estudio que el hábito de succión digital tiene repercusión en la profundidad del paladar, así como en la relación del plano terminal recto y distal. Padilla N.et al. (2016)¹⁶ demostraron en su estudio que la forma del arco dentario mas prevalente en el maxilar superior e inferior es la forma ovalada (58,67%), forma triangular (37,33%) y forma cuadrada (4%). Arocha A.et al.(2016)⁶ demostraron y concluyen en su estudio que la presencia de maloclusiones dentarias está relacionada con disfunciones bucales deformantes. La importancia de conocer la prevalencia de las maloclusiones dentarias, la prevalencia de los hábitos orales no fisiológicos y la posible relación que éstas mantienen a edades tempranas podría ser un indicador de prevención, corrección y control en el crecimiento infantil por la gran susceptibilidad a desarrollar cualquier tipo de estas anomalías dentomaxilares. Las revisiones clínicas periódicas, los diagnósticos oportunos y un tratamiento temprano son los principios básicos para evitar alteraciones en la oclusión dental.

Hit and source - focused comparison, Side by Side:

Left side: As student entered the text in the submitted document.

Right side: As the text appears in the source.

AGRADECIMIENTO

A Dios por sobre todas las cosas, por darme las fuerzas necesarias para nunca desmayar y seguir adelante.

A mis padres y abuelos por ser mi ejemplo de superación a seguir, porque siempre creyeron en mí y por brindarme la mejor educación, su esfuerzo se ve reflejado en esta meta alcanzada.

A Katherine Ledesma Moreira por su amor y apoyo incondicional a lo largo de esta etapa académica.

A mi tutora Gabriela Velásquez por su paciencia y comprensión en la elaboración de este trabajo de titulación, a todos mis docentes que a lo largo de estos 5 años aportaron con sus conocimientos para formarnos como los profesionales que somos ahora.

A mi familia, amigos y compañeros por haber sido parte de cada momento, por cada consejo, por los momentos felices y tristes compartidos.

Sin duda alguna a cada uno de ustedes los llevo guardados en mi corazón.

Aldo Josué Espinoza Espinoza

DEDICATORIA

Mi trabajo de titulación se lo dedico con mucho amor y cariño a Dios, a mis padres Elvis y Marcia, a mis hermanos Elvis, Enzo y Steeven, a mi tío Rubén (+), a mis abuelitos paternos Rigail y Petita, a mis abuelitos maternos Francisco y Emilia por ser mis pilares fundamentales y la fuente de motivación para haber obtenido este título, gracias por ser parte de mi vida y por permitirme ser parte de su orgullo.

Aldo Josué Espinoza Espinoza



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Luzardo Jurado Geoconda María
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Pino Larrea José Fernando
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Terreros Caicedo María Angélica
OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

f. _____

Pino Larrea José Fernando
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

f. _____

**VELÁSQUEZ SOLÓRZANO GABRIELA ALEJANDRA
TUTORA**

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES RELACIONADA CON HÁBITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS EN NIÑOS DE 5 A 10 AÑOS. UCSG 2018.

PREVALENCE OF MALOCCLUSIONS RELATED TO NON-PHYSIOLOGICAL ORAL HABITS IN CHILDREN AGED 5 TO 10 YEARS. UCSG 2018.

ALDO JOSUÉ ESPINOZA ESPINOZA¹, GABRIELA ALEJANDRA VELÁSQUEZ SOLÓRZANO¹.

¹UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL, GUAYAQUIL-ECUADOR.

Resumen

Introducción: Las anomalías dentomaxilares pertenecen a las patologías odontológicas con mayor prevalencia en la población. El término maloclusión dentaria está relacionado a factores hereditarios, de malnutrición, de enfermedades generales y de hábitos no fisiológicos que se manifiestan desde temprana edad y tienen su progresión en el tiempo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años atendidos en la clínica De Ortodoncia III de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el Semestre A-2018. **Materiales y Métodos:** Estudio clínico de carácter descriptivo, observacional de tipo transversal en 69 pacientes de 5 a 10 años, el promedio fue de 7,7 años, los mismos que asistieron a la clínica de Ortodoncia III, considerando los criterios de inclusión y exclusión se procedió a evaluar el tipo de maloclusión dentaria, la presencia y el tipo de hábito no fisiológico, tipo de plano terminal, biotipo facial y la forma del arco dentario. **Resultados:** La clase I fue la maloclusión de mayor prevalencia (71%), el hábito oral no fisiológico de deglución atípica (75,4%), el plano terminal mesial (39,1%), el biotipo Braquifacial (43,5%) y la forma del arco dentario ovalado (58%) (53,6%) en el maxilar superior e inferior respectivamente. **Conclusión:** La mayor parte de la población de este estudio presentó el hábito de deglución atípica con un predominio de la maloclusión clase I; el hábito de bruxismo y la maloclusión clase III en menor proporción.

Palabras clave: prevalencia, maloclusión dentaria, hábitos orales, plano terminal, biotipo facial, arco dentario.

Summary

Introduction: Dentomaxillary anomalies belong to the dental pathologies with the highest prevalence in the population. The term dental malocclusion is related to hereditary factors, malnutrition, general diseases and non-physiological habits that manifest from an early age and have their progression over time. **Objective:** To determine the prevalence of dental malocclusions related to non-physiological oral habits in children aged 5 to 10 years attended in the Orthodontics III clinic of the Catholic University of Santiago de Guayaquil in Semester A-2018. **Materials and Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional clinical study in 69 patients from 5 to 10 years old, the average was 7,7 years, who attended the clinic of the UCSG area of Orthodontics III, considering the inclusion and exclusion criteria were evaluated the type of dental malocclusion, the presence and type of non-physiological habit, type of terminal plane, facial biotype and the shape of the dental arch. **Results:** Class I was the malocclusion with the highest prevalence (71%), the nonphysiological oral habit of atypical swallowing (75.4%), the mesial terminal plane (39.1%), the Braquifacial biotype (43.5%) and the shape of the oval dental arch (58%) (53.6%) in the upper and lower jaw respectively. **Conclusion:** The majority of the population of this study presented the habit of atypical swallowing with a predominance of class I malocclusion, the habit of bruxism and class III malocclusion in a lower proportion.

Key words: prevalence, dental malocclusion, oral habits, terminal plane, facial biotype, dental arch.

INTRODUCCIÓN

Las patologías en el ámbito odontológico con mayor prevalencia en la población son la caries dental, la enfermedad periodontal y las anomalías dentomaxilares. Las anomalías dentomaxilares mediante la deformación de los huesos maxilares alteran la posición dentaria, se manifiestan desde temprana edad y tienen una importante progresión en el tiempo.⁶⁻⁷

La prevalencia de esta patología se encuentra entre el 44,4 y 68,3%, los factores relacionados en su aparición pueden ser hereditarios, de mal nutrición y hábitos orales no fisiológicos, también existen enfermedades generales que modifican el proceso evolutivo de las denticiones temporal, mixta y permanente pudiendo existir más de un agente que cause deformación.⁶⁻⁷

La oclusión dental se atribuye a la relación de contacto que presentan las arcadas dentales en función y parafunción y a los

elementos que forman parte en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio. Por otra parte, podemos definir a la maloclusión dentaria como la alteración, variabilidad en la posición o movimiento dental que está por fuera de los límites normales. En la primera dentición los patrones normales de oclusión van enfocados con la posición terminal de los segundos molares temporales, el plano terminal mesial y el plano terminal recto determinarán una clase I molar de Angle en la dentición permanente, el plano terminal distal y el plano terminal mesial exagerado están considerados como factores de maloclusión en la segunda dentición (clase II y III molar de Angle). Los primeros molares en la segunda dentición tienen una gran importancia para el diagnóstico de cualquier maloclusión, la posición del primer molar superior y la del primer molar inferior en oclusión determinará el tipo de clase molar de Angle.⁶

Los hábitos son actos realizados de manera regular y automáticamente, adquiridos mediante la experiencia, son comportamientos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Según su clasificación los hábitos orales pueden ser fisiológicos cuando cumplen funciones que ayudan al crecimiento de los huesos maxilares tales como, la respiración nasal, el habla, la masticación y la deglución y no fisiológicos cuando se interponen al patrón de crecimiento facial y causan defectos dentomaxilares como el hábito de respiración bucal, deglución atípica, succión digital y labial, onicofagia y bruxismo.²⁻⁶

Los hábitos no fisiológicos forman parte etiológica de las maloclusiones dentarias, alteran el normal desarrollo estomatognático, las fuerzas musculares bucales y periorales se ven afectadas y causan deformaciones a nivel óseo según la edad en la que se inicia dicho hábito. Es importante conocer que mayor será el daño

cuanto menor sea la edad, esto se debe a que los huesos pueden moldearse con más facilidad, donde se vería afectada la posición dentaria y la relación que sostienen las arcadas entre sí. Un correcto control de la alimentación, vigilancia y regulación de padecer algún tipo de hábito oral favorecerá a la población infantil con la existencia de oclusión adecuada.⁵⁻⁶

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años atendidos en la clínica de la UCSG en el área de Ortodoncia III.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio clínico de carácter descriptivo, observacional de tipo transversal en 69 pacientes, 26 de sexo masculino y 43 de sexo femenino, con edades comprendidas entre 5 a 10 años, atendidos en la clínica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el área de Ortodoncia III del Semestre A-2018.

La selección de los pacientes se realizó mediante los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes de 5 a 10 años que presenten clínicamente maloclusión dentaria y que su representante haya firmado el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: Pacientes mayores o menores a la edad propuesta en la investigación (5 a 10 años) que sus representantes no hayan firmado el consentimiento informado.

Previo a la firma del representante, en el consentimiento informado recibieron una explicación de forma clara y precisa sobre el trabajo de investigación.

Para la recolección de datos de filiación se utilizó la historia clínica de cada paciente.

Se elaboró una hoja de registro de datos, con parámetros específicos para este estudio, las variables independientes que fueron utilizadas son: tipo de maloclusión dentaria, tipo de hábito oral no fisiológico, tipo de plano terminal, biotipo facial y forma del arco dentario.

El tipo de maloclusión dentaria se determinó clínicamente de acuerdo con la clasificación de Angle (1890) Clase I, II, III basada en la relación anteroposterior entre los primeros molares permanentes superiores e inferiores.

El tipo de hábito oral no fisiológico se determinó al examen clínico y de acuerdo con la información referida por los padres considerando los rasgos característicos de cada hábito, entre los más comunes: deglución atípica, respiración bucal, succión digital, succión labial, onicofagia y bruxismo.

El tipo de plano terminal se determinó clínicamente como mesial, recto y distal de acuerdo a las características presentes observadas en la cara distal de los segundos molares temporarios; anotado de forma bilateral, cuando coincidan el mismo plano en ambas hemiarcadas y cuando no coincidan se lo describió como "otras relaciones".

El biotipo facial se determinó según el análisis de Ricketts como Mesofacial, Braquifacial y Dolicofacial de acuerdo con los valores sujetos a dicho análisis.

La forma del arco dentario fue registrado de acuerdo a sus características como de forma cuadrada, forma triangular y forma ovalada en ambos maxilares.

Los datos registrados fueron tabulados y se procesaron en un programa estadístico de Microsoft Excel, finalmente la información fue analizada y se elaboró el informe de resultados.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 69 niños, prevaleciendo el género femenino (62,3%) (Gráfico N° 1). La edad promedio fue de $7,7 \pm 1,11$. La mayor frecuencia de niños fue de 9 años (32%) y la menor frecuencia fue de 5 años (1%) (Gráfico N°2).

Gráfico 1. Porcentaje total de niños por género.

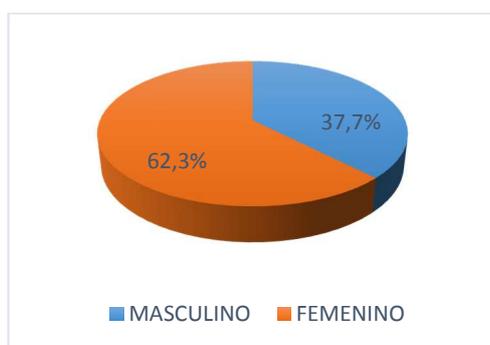
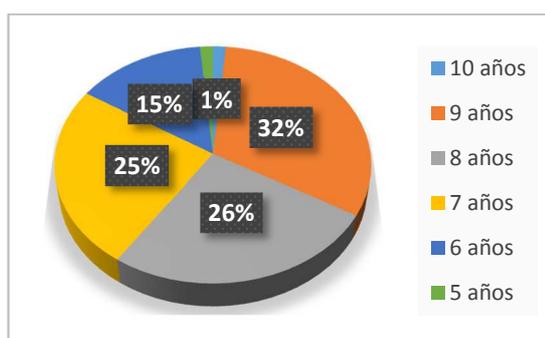


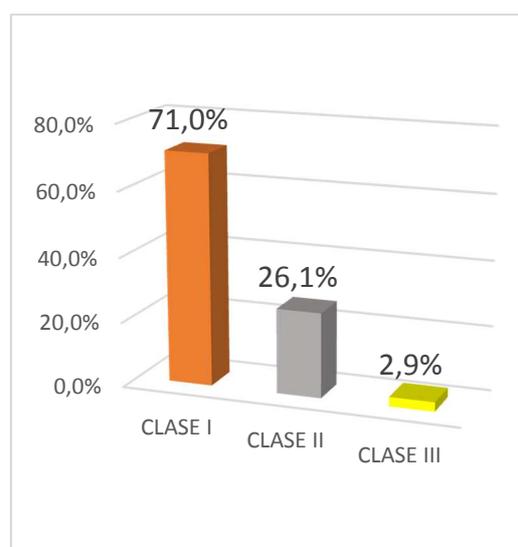
Gráfico 2. Distribución de niños por edad.



El tipo de maloclusión de mayor prevalencia en la población de estudio fue la clase I (71%), considerando relación intermolar predominante; la clase III se presentó en menor proporción (2,9%), aunque se aprecia una

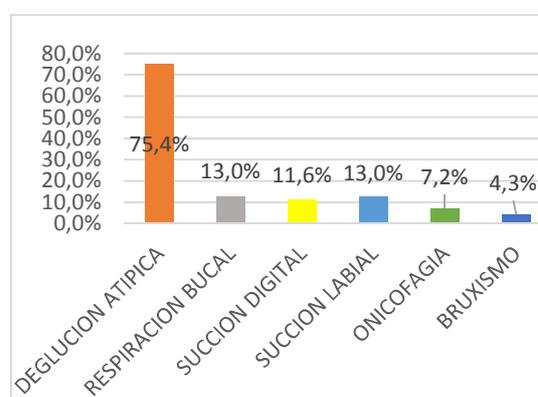
prevalencia levemente significativa de la relación molar de clase II (26,1%) (Gráfico N° 3).

Gráfico 3. Prevalencia del tipo de maloclusión en el grupo de estudio.



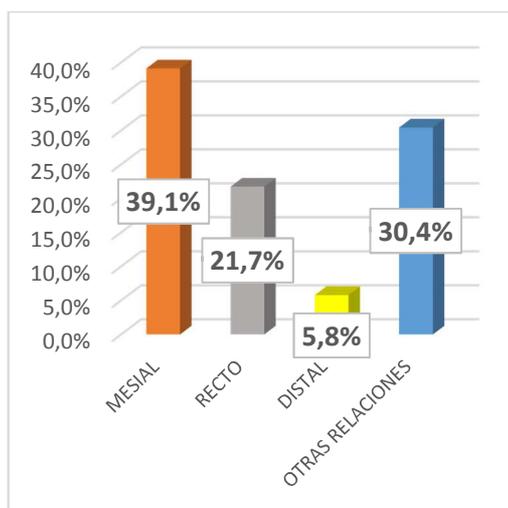
El tipo de hábito no fisiológico de mayor frecuencia en este estudio fue el hábito de deglución atípica (75,4%) y el hábito de bruxismo en menor frecuencia (4,3%) (Gráfico N°4).

Gráfico 4. Prevalencia del tipo de hábito oral no fisiológico en el grupo de estudio.



El tipo de plano terminal más identificado en este estudio fue el plano terminal mesial (39,1%), el plano terminal recto y el plano terminal distal se presentaron en menor proporción en ambas hemiarcadas, existió un grupo denominado otras relaciones donde se ubicaron a los pacientes que no presentaron un mismo plano terminal de forma bilateral. (Gráfico N°5).

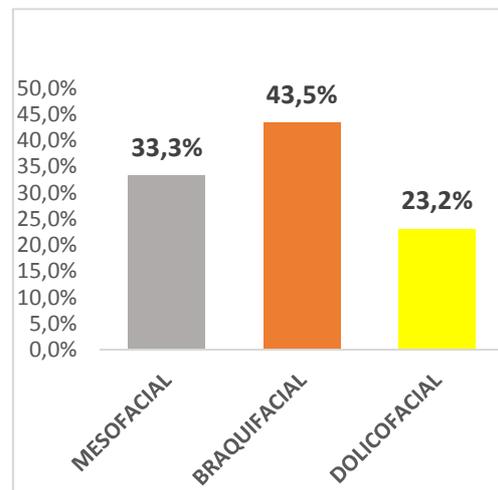
Gráfico 5. Prevalencia del tipo de plano terminal en el grupo de estudio.



El patrón de crecimiento facial de mayor prevalencia fue el biotipo Braquifacial o dirección de crecimiento horizontal (43,5%), seguido del biotipo Mesofacial o dirección de crecimiento normal (33,3%) y el biotipo Dolicofacial o dirección de

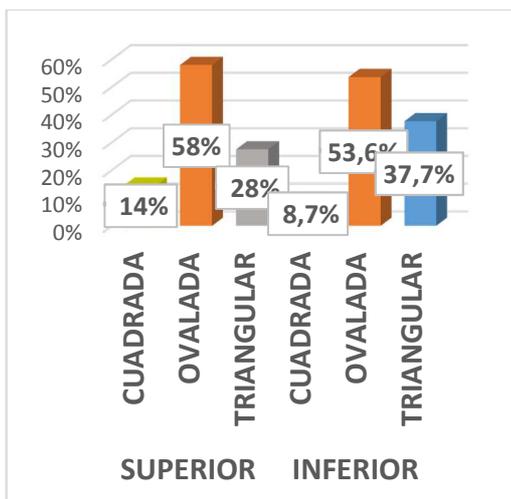
crecimiento vertical (23,2%) en menor proporción. (Gráfico N°6).

Gráfico 6. Prevalencia del biotipo facial en el grupo de estudio.



La forma del arco dentario de mayor prevalencia en el maxilar superior fue la forma ovalada (58%) aunque también hubo presencia de formas triangular y cuadrada. De la misma manera, las formas ovaladas, triangular y cuadrada se presentaron en el maxilar inferior (Gráfico N°7).

Gráfico 7. Prevalencia de la forma de arco dentario superior e inferior en el grupo de estudio.



DISCUSIÓN

En el presente estudio se consideraron niños de 5 a 10 años, justificando que a estas edades son más susceptibles al desarrollo de maloclusiones dentales y/o de presentar algún tipo de hábito oral no fisiológico.

Zapata M.et al.(2014)² y García V.et al.(2011)⁴ en su trabajo obtienen valores similares a los del presente estudio, en cuanto al tipo de maloclusión predominó la clase I (71,4%) (72,8%), seguida por la clase II (20,1%) (24,2%), luego la clase III (7,8%) (2,9%), respectivamente.

Buitrago A.et al.(2013)³ en su estudio demostraron que el hábito oral que tuvo

mayor prevalencia fue la deglución atípica (78,2%) obteniendo un porcentaje similar al presente trabajo. Por otra parte, Zapata M.et al.(2014)² y García V.et al.(2011)⁴, demostraron que el hábito que tuvo mayor prevalencia fue la onicofagia (25,3%) (46,4) respectivamente, a diferencia de este trabajo que presentó dicho hábito en menor frecuencia.

Arias A.et al (2017)¹² demostraron en su estudio que la deglución atípica fue el hábito que se encontró en mayor relación con maloclusiones.

Padilla N.et al. (2016)¹⁶ demostraron en su estudio que la forma del arco dentario mas prevalente en el maxilar superior e inferior es la forma ovalada (58,67%), forma triangular (37,33%) y forma cuadrada (4%) con porcentajes similares al de este estudio.

Arocha A.et al.(2016)⁶ demostraron y concluyen en su estudio que la presencia de maloclusiones dentarias está

relacionada con disfunciones bucales deformantes.

CONCLUSIÓN

El tipo de maloclusión de mayor prevalencia en la población de estudio fue la clase I.

El tipo de hábito no fisiológico de mayor frecuencia en este estudio fue el hábito de deglución atípica.

El tipo de plano terminal más identificado en este estudio fue el plano terminal mesial.

El patrón de crecimiento facial de mayor prevalencia fue el biotipo Braquifacial o dirección de crecimiento horizontal.

La forma del arco dentario de mayor prevalencia en el maxilar superior e inferior fue la forma ovalada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Mesa N. Medrano J. Hábitos bucales deformantes y maloclusiones en niños del

Policlínico Máximo Gómez. Correo Científico Médico. 2016

2.- Zapata M. Lavado A. Anhelía S. Hábitos bucales y su relación con maloclusiones dentarias en niños de 6 a 12 años. KIRU. 2014. Vol.11. No.1

3.- Buitrago A. et al. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Rev Colomb Investig Odontol. 2013. Vol.4. No.10

4.- García V. Ustrell M. Sentís J. Evaluación de la maloclusión, alteraciones funcionales y hábitos orales en una población escolar: Tarragona y Barcelona. Avances en Odontoestomatología. 2011. Vol.27. No.2

5.- Mendoza L. et al. Prevalencia de las maloclusiones asociada con hábitos bucales nocivos en una muestra de mexicanos. Revista Mexicana de Ortodoncia. 2014. Vol.2. No.4

6.- Arocha A. et al. Maloclusiones y hábitos bucales deformantes en escolares con

dentición mixta temprana. Medisan. 2016;20(4)

7.- Carvajal J. et al. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las maloclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, 2012, Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Bolivia. 2014.

8.- Álvarez M. et al. Estudio Piloto: Influencia de los hábitos orales en el desarrollo de maloclusiones en infantes. Odontol. Sanmarquina 2011;14(2):13-16

9.- Galeano G. et al. Oclusión y hábitos bucales en niños de 5 a 12 años de una institución educativa de Medellín, 2012. Revista Nacional de Odontología. 2013. Vol.9. No.

10.- Franco V. et al. Prevalencia de hábitos orales infantiles y su influencia en la dentición temporal. Rev pediátr aten primaria. 2012.

11.- Carrillo M. et al. Relación de la succión no nutritiva con la maloclusión en niños ecuatorianos. Rev Odontología. 2016. Vol. 18, N° 1, Pag 13-19.

12.- Arias A. et al. Frecuencia de hábitos orales relacionados con la maloclusión en pacientes de 4 a 12 años: estudio comparativo entre San Luis de Potosí-México y Medellín –Colombia, 2016. Rev Nac de Odont. 2107. Vol. 13, N° 26.

13.- Jiménez J. Importancia de la deglución atípica en las maloclusiones. Odontol. Sanmarquina 2016; 19(2): 41-44.

14.- Campos F. Prevalencia de maloclusión en las escuelas del distrito de Tacares, Grecia. 2011. Publicación Científica Facultad de Odontología. UCR. 2103. No.15.

15.- Salamanca R. Murrieta J. Frecuencia de alteraciones en la oclusión en dentición primaria y su asociación con algunos hábitos bucales parafuncionales en un

jardín de niños del estado de México. Rev.
Cient. Odontol. 2015, Vol.11 / No. 2.

16.- Padilla N. et al. Relación entre el
biotipo facial y los tipos de arcos dentarios

en estudiantes de la Facultad de
Odontología de la UNAP. Conoc. Amaz.
2016.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prevalencia de maloclusiones relacionado con hábitos orales en niños de 5 a 10 años. Clínica Odontológica UCSG 2018.

Cualquier alteración, cambio de posición o movimiento no considerado dentro de los límites dentarios normales se denomina maloclusión. Por otra parte, un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia, realizado regular y automáticamente, puede ser considerado un comportamiento obtenido sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario. Los hábitos bucales se clasifican en fisiológicos cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares (respiración nasal, habla, masticación y deglución), y no fisiológicos cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales (succión digital o labial, respiración bucal, deglución atípica, onicofagia y bruxismo).

Por tal motivo, el presente estudio tiene como objetivo: Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias relacionada con los hábitos orales en niños de 5 a 10 años atendidos en la Clínica Odontológica UCSG 2018.

Usted, como tutor(a) de el/la niño(a) _____ es invitado a participar voluntariamente en este estudio, el cual es libre de aceptar o rechazar, sin ofrecerle incentivos de ningún tipo, si usted da su consentimiento, se procederá a realizar la respectiva encuesta y examen clínico al niño(a). la información será manejada confidencialmente, enfocándonos en cumplir el objetivo ya antes mencionado, en donde se ingresarán los datos del paciente, se realizará la evaluación intraoral respectiva, se revisarán las radiografías laterales de cráneo para realizar los trazados correspondientes y se tomará fotografías intraorales como anexos de la investigación.

Yo, _____ con CI _____
representante del niño(a) _____ autorizo voluntariamente
la participación en este estudio.

Firma del Representante

Firma del Investigador

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

NOMBRE:

HISTORIA CLINICA:

EDAD: _____ AÑOS _____ MESES

SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____

- TIPO DE MALOCCLUSION DENTARIA SEGÚN ANGLE:

TIPO DE MALOCCLUSION SEGÚN ANGLE	
CLASE I	
CLASE II	
CLASE III	

- HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS PRESENTES:

HABITOS BUCALES PRESENTES SEGÚN SU CLASIFICACION					
NO FISIOLÓGICOS					
SUCCION DIGITAL	SUCCION LABIAL	RESPIRACION BUCAL	DEGLUCION ATIPICA	ONICOFAGIA	BRUXISMO

- TIPO DE PLANO TERMINAL:

TIPO DE PLANO TERMINAL	
MESIAL	
RECTO	
DISTAL	

- TIPO DE CRECIMIENTO FACIAL

BIOTIPO FACIAL			
	BRAQUIFACIAL	MESOFACIAL	DOLICOFACIAL
RICKETTS			

- FORMA DEL ARCO DENTARIO:

FORMA DEL ARCO DENTARIO	
OVOLADA	
TRIANGULAR	
CUADRADA	



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Espinoza Espinoza, Aldo Josué**, con C.C: # 0921949806 autor del trabajo de titulación: “**Prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años. UCSG 2018**” previo a la obtención del título de **Odontólogo** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **11 de septiembre del 2018**

f. _____

Nombre: **Aldo Josué Espinoza Espinoza**

C.C: **0921949806**

REPOSITORIO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Prevalencia de maloclusiones relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años. UCSG 2018".		
AUTOR(ES)	Aldo Josué Espinoza Espinoza		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Gabriela Alejandra Velásquez Solorzano		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de ciencias médicas		
CARRERA:	Odontología		
TÍTULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	11 de septiembre del 2018	No. DE PÁGINAS:	15 páginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ortodoncia		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Prevalencia, maloclusión dentaria, hábitos orales, plano terminal, biotipo facial, arco dentario.		

RESUMEN/ABSTRACT

Introducción: Las anomalías dentomaxilares pertenecen a las patologías odontológicas con mayor prevalencia en la población. El término maloclusión dentaria está relacionado a factores hereditarios, de malnutrición, de enfermedades generales y de hábitos no fisiológicos que se manifiestan desde temprana edad y tienen su progresión en el tiempo. Objetivo: Determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias relacionada con hábitos orales no fisiológicos en niños de 5 a 10 años atendidos en la clínica De Ortodoncia III de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el Semestre A-2018. Materiales y Métodos: Estudio clínico de carácter descriptivo, observacional de tipo transversal en 69 pacientes de 5 a 10 años, el promedio fue de 7,7 años, los mismos que asistieron a la clínica de Ortodoncia III, considerando los criterios de inclusión y exclusión se procedió a evaluar el tipo de maloclusión dentaria, la presencia y el tipo de hábito no fisiológico, tipo de plano terminal, biotipo facial y la forma del arco dentario. Resultados: La clase I fue la maloclusión de mayor prevalencia (71%), el hábito oral no fisiológico de deglución atípica (75,4%), el plano terminal mesial (39,1%), el biotipo Braquifacial (43,5%) y la forma del arco dentario ovalado (58%) (53,6%) en el maxilar superior e inferior respectivamente. Conclusión: La mayor parte de la población de este estudio presentó el hábito de deglución atípica con un predominio de la maloclusión clase I; el hábito de bruxismo y la maloclusión clase III en menor proporción.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593980360408	E-mail: aldo094@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Pino Larrea José Fernando	
	Teléfono: +593-4-993682000	
	E-mail: jose.pino@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	