



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**Relación del biotipo facial y hábitos bucales en
niños con dentición mixta UCSG B-2025**

AUTOR:

Velásquez Mendoza, Estuardo Andrés

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

TUTOR:

Dra. Amado Schneider, Adriana Rocío

GUAYAQUIL - ECUADOR

27 de febrero del 2026



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 **Velásquez Mendoza Estuardo Andrés**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontólogo**.

TUTOR (A)

Dra. Adriana Rocío Amado

DIRECTOR DE LA CARRERA

Dra. Andrea Bermúdez

Guayaquil, a los 27 días del mes de febrero del año 2026



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE
ODONTOLOGÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Velásquez Mendoza Estuardo Andrés**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Relación del biotipo facial y hábitos bucales en niños con dentición mixta UCSG B-2025**, 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, a los 27 días del mes de febrero del año 2026

AUTOR

Velásquez Mendoza Estuardo Andrés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE
ODONTOLOGÍA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Velásquez Mendoza Estuardo Andrés**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Relación del biotipo facial y hábitos bucales en niños con dentición mixta UCSG B-2025**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 días del mes de febrero del año 2026

AUTOR:

Velásquez Mendoza Estuardo Andrés

REPORTE COMPILATIO



INFORME DE ANÁLISIS
magister

VELASQUEZ MENDOZA ESTUARDO ANDRES

0%
Textos
sospechosos

Nombre del documento: VELASQUEZ MENDOZA ESTUARDO
ANDRES.pdf
ID del documento: 5e8ecb72eb03878f1130319fcf899e07726ca045
Tamaño del documento original: 546,41 kB

Depositante: Adriana Rocio Amado Schneider
Fecha de depósito: 24/2/2026
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 25/2/2026

Ubicación de las similitudes en el documento:



Adriana Amado S.

AGRADECIMIENTO

Durante toda mi vida estudiantil siempre he contado con instituciones y personas quienes hicieron posible mi formación, con su apoyo emocional, orientación e inspiración.

En primer lugar, quisiera expresar mi agradecimiento a Dios por la guía y bendiciones en cada paso que he dado a lo largo de mi vida.

En segundo lugar, agradezco a la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Facultad de Odontología y muy especialmente a su directora Dra. Andrea Bermúdez Velásquez, quien supo forjar en mí, con dedicación, predisposición ayudar y entrega, la importancia de esta carrera.

En tercer lugar, doy gracias infinitas a la Dra. Adriana Rocío Amado Schneider, Tutora de mi tesis y Docente, a quien le debo el amor adquirido e inspiración hacia mi próxima especialidad: Ortodoncia, con su guía constante y su fe inquebrantable en mis habilidades.

En cuarto lugar, a todos mis profesores, compañeros y amigos de toda mi vida estudiantil, han sido pilares claves para mi completa formación.

Y al final no puedo dejar de agradecer a mis padres Milton y María de Lourdes, a mis hermanos Andrea, María Laura y Milton y a toda mi familia, quienes, con su apoyo y amor incondicional, me han ayudado y encaminado en todo momento de mi vida. Su fe en mí ha sido el motor que permite completar este camino.

DEDICATORIA

A mis padres que han sabido fomentar en mí buenos sentimientos, hábitos y valores, los que me han ayudado a salir adelante. Su sacrificio y lucha constante, la fe y confianza en mí, me ayudaron a ser la persona que soy.

Y a mi hermana menor Andrea quien fue pilar para mi superación, saber que ser hermano mayor no porque nací primero, sino por saberla guiar con mis conocimientos y buenos ejemplos.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

BERMÚDEZ VELÁSQUEZ, ANDREA CECILIA

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

AMADO SCHNEIDER, ADRIANA ROCÍO

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

TERREROS CAICEDO, MARÍA ANGÉLICA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – ODONTOLOGÍA
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

CALIFICACIÓN

TUTOR



Dra. Amado Shneider, Adriana Rocío

RELACIÓN DEL BIOTIPO FACIAL Y HÁBITOS BUCALES EN NIÑOS CON DENTICIÓN MIXTA UCSG B-2025

Relationship between Facial Biotype and Oral Habits in Children with mixed Dentition
UCSG B-2025

Velásquez Mendoza Estuardo Andrés¹, Amado Shneider Adriana Rocío²

¹ estudiante de Odontología de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

² especialista Odontopediatra y Ortodoncista Docente de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil

RESUMEN

Introducción: La mala oclusión dental es una de las patologías orales más frecuentes, afectando al 80% de la población pediátrica mundial, alterando estética, función y armonía facial hasta la edad adulta, causando patologías como caries, gingivitis y disfunción de la articulación temporomandibular, dificultando masticar, morder y hablar. Es por ello fundamental reconocer las variantes de biotipos faciales, causas, clasificación y opciones de tratamiento oportuno. **Objetivo:** Determinar la relación entre los hábitos orales nocivos y el biotipo facial en pacientes pediátricos con dentición mixta atendidos en la clínica Odontológica de la UCSG durante el semestre B-2025. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal con una muestra de 45 niños. Se incluyeron pacientes con dentición mixta y hábitos bucales, excluyéndose aquellos sin hábitos bucales, con dentición permanente o no atendidos en la clínica. **Resultados:** El Biotipo facial predominante fue el Dolicofacial 47% en niñas, seguido del Mesofacial 33% y Braquifacial 20% en niños. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el biotipo facial y los hábitos presentes, sin embargo, los hábitos prolongados mostraron cambios significativos en la simetría y forma de los arcos dentarios, con biotipos faciales severos. **Discusión:** Los resultados obtenidos en este estudio difieren de estudios realizados por Melo, Gonzales y Bellido. Pero si concuerda con los estudios de Cisneros D, que mencionan que las maloclusiones esqueléticas se correlacionan predominantemente al género femenino **Conclusión:** Se concluye que la edad, tipo y número de hábitos bucales nocivos no son factores únicos que modifiquen el biotipo facial o la mala oclusión dental, pero su persistencia puede provocar cambios estructurales importantes en el niño hasta su etapa adulta.

Palabras claves: Biotipo facial, mala oclusión dental, armonía facial, hábitos bucales, dentición mixta.

ABSTRACT

Introduction: Dental malocclusion is the most common oral pathology, affecting 80% of the global pediatric population. It alters esthetics, function, and facial harmony into adulthood, leading to other conditions such as caries, gingivitis, and temporomandibular joint dysfunction, making chewing, biting, and speaking difficult. It is important to recognize the different facial biotypes, their causes, classification, and timely treatments in order to correct deformities and prevent alterations in later stages of life. **Objective:** To determine harmful oral habits and their relationship with facial biotype in pediatric patients with mixed dentition treated at the UCSG Dental Clinic during semester B-2025. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted with a sample of 45 pediatric patients. Children with mixed dentition and oral habits were included. Patients without oral habits, with permanent dentition, and those who were not treated at the Dental Clinic were excluded. **Results:** Of the 45 children who participated in this study, presenting one, two, or three habits, the predominant facial biotype was Dolichofacial (47%), followed by Mesofacial (33%) and Brachyfacial (20%). No significant alteration was found in relation to facial biotype and the habits presented; however, when compared with the current prevalence of these habits, significant changes were observed in facial biotype, symmetry, and the shape of the dental arches. Among the 26 patients with prolonged habits, 12 had a Dolichofacial biotype (2 severe), 8 were Mesofacial, and 6 were Brachyfacial (5 severe). **Conclusion:** We conclude that harmful oral habits produce mild changes in the child's facial biotype and malocclusion; however, if these habits persist and are not corrected, they will cause significant changes, affecting the child's oral structure.

Keywords: Facial biotype, dental malocclusion, facial harmony, oral habits, mixed dentition.

INTRODUCCIÓN

1. Problema:

El biotipo facial es el conjunto de caracteres morfológicos y funcionales que determinan la dirección de crecimiento y el comportamiento funcional de la cara de un individuo, relacionados entre sí, que se dan por transmisión hereditaria o por trastornos funcionales, produciendo maloclusión y otros trastornos orales¹. Dentro de las variables de biotipo facial, tenemos: Mesofacial, Dólicofacial y Braquifacial^{1,4}.

La maloclusión dental se refiere al mal posicionamiento de los dientes y la oclusión incorrecta de los maxilares cuando la boca está cerrada, afectando la estética, la función y la armonía facial⁴, predisponiendo a otras patologías orales como caries, gingivitis y disfunción de la articulación ATM⁴, así como dificultades para masticar, morder y hablar. Se clasifican según los tres planos de espacio: vertical, transversal y sagital^{2,4}.

Los factores que contribuyen a la maloclusión es la presencia de hábitos orales dañinos tales como: chuparse el dedo, protrusión lingual, onicofagia, queilofagia, deglución atípica y respirar por la boca², así también como la mordida abierta anterior, la pro/retroinclinación dentaria y la mordida cruzada posterior,

que produce apiñamiento y son realizadas inconscientemente como parte de sus reflejos, o sentimientos de incomodidad o miedo. Si persisten más allá de los 3 o 4 años o después de la aparición de la dentición permanente, alteran el equilibrio entre las estructuras dentales, la musculatura oral y la función oclusal. El grado de impacto varía según la naturaleza, el inicio y la duración de estos hábitos. Además, la edad y el género del paciente también son factores importantes para considerar^{2,3,7}.

Siendo la maloclusión dental una de las patologías orales más frecuentes, reportando su prevalencia en pacientes pediátricos, en un 79,4%, esto produce un impacto en su bienestar psicosocial¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la tercera patología oral más frecuente. La prevalencia en pacientes pediátricos es de 80% según la Organización Panamericana de la Salud, afectando el bienestar no solo físico sino social del niño. En una encuesta, realizada por Melo y Pontes encontraron que la incidencia de morderse las uñas y respirar por la boca era más común en las niñas, mientras que la alimentación con biberón era frecuente en los niños¹.

Tener en cuenta que los hábitos no funcionales adquiridos en la infancia si se mantienen pueden afectar el desarrollo de la oclusión dental, chupete. En el estudio guiar el desarrollo dental desde la primera infancia es importante para lograr una buena oclusión a largo plazo. Eliminar los hábitos bucales indeseables e intervenir

en etapas temprana del desarrollo, ayudaría a minimizar sus efectos, tanto físicos y emocionales⁷. Este estudio busca diagnosticar los hábitos bucales indeseables, su relación con el biotipo facial, e intervenir en una etapa temprana del desarrollo del infante, para minimizar los efectos de una maloclusión.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio con un diseño observacional, analítico, transversal y con componente descriptivo, que buscará establecer la relación entre los malos hábitos bucales y la mala oclusión dental de los pacientes pediátricos atendidos en el semestre B-2025 en la Clínica Odontológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. La población de estudio estuvo conformada por pacientes pediátricos con hábitos bucales, atendidos en las clínicas odontológicas de Ortodoncia e Integral II del Niño.

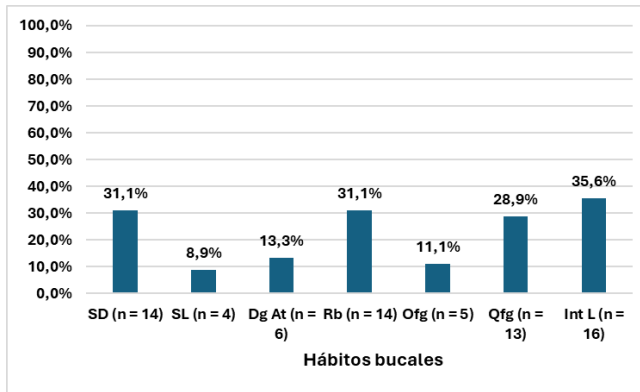
Se incluyeron a todos los pacientes pediátricos con hábitos bucales y dentición mixta que hayan sido atendidos en las Clínicas odontológicas en el semestre B 2025. Y se excluyeron a pacientes pediátricos sin hábitos bucales, con dentición permanente que hayan sido atendido en la clínica de Odontológica de

la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Aplicando estos criterios, la muestra estuvo conformada por 45 participantes. Se elaboró el protocolo y el instrumento de recolección de datos. Se obtuvieron los permisos necesarios para el acceso a las instalaciones de la clínica odontológica de la UCSG. Se hizo contacto inicial con los representantes de los participantes en la clínica odontológica y se obtuvo el consentimiento. Se hizo la revisión de historias clínicas y radiografías: panorámicas y lateral de cráneo. Se llenó y codificó la ficha estructurada con los datos obtenidos, tanto del padre o representante del niño, como de la revisión de las historias clínicas. Se analizaron los datos y se redactó el informe final con la respectiva revisión metodológica y estadística.

frecuencias fueron deglución atípica, onicofagia y succión labial. (Figura 2).

Figura 2. Distribución de los hábitos bucales parafuncionales en los niños en dentición mixta



El Biotipo facial que se presentó con más frecuencia fue el Dolicofacial 46,7% (n21), seguido del Mesofacial 33,3% (n15) y el número más reducido fue el Braquifacial 20% (n9). Presentándose Dólicofacial severo en 2 pacientes y Braquifacial severo en 5 pacientes. Se observó mayor concentración de Interposición Lingual y Succión Digital en el biotipo mesofacial. En el dolicofacial se observó mayor concentración de hábitos bucales como Succión Digital, Respiración bucal, Queilofagia e Interposición Lingual. En el biotipo braquifacial se observó mayor concentración de Interposición Lingual seguido de Respiración bucal y Queilofagia (Tabla 1).

En cuanto a la asociación entre ambas variables la prueba no resultó estadísticamente significativa (p-valor =0,525 \geq 0,05), esto sugiere que el biotipo

facial no depende de los hábitos bucales presentes en esta cohorte de niños con dentición mixta (Tabla 1).

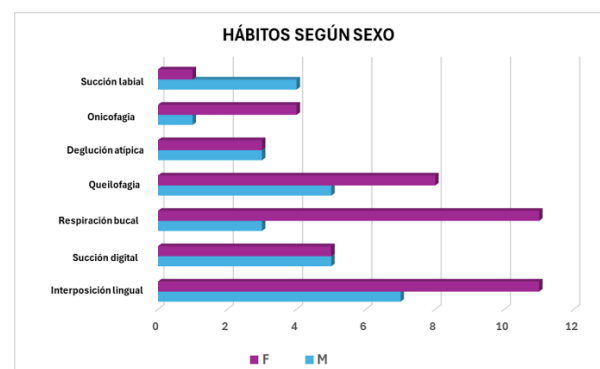
Tabla 1. Biotipo facial más frecuente en los niños con hábitos bucales en dentición mixta que acuden a la clínica odontológica de la UCSG.

Biotipo facial	Hábitos bucales ^a							Total	P-valor
	SD	SL	Dg At	Rb	Ofg	Qfg	Int L		
Mesofacial	n 7	0	3	6	0	5	7	15	0,525
	% 15,6	0,0%	6,7%	13,3%	0,0%	11,1%	15,6%	33,3%	
Dolicofacial	n 7	3	2	5	3	5	5	21	
	% 15,6	6,7%	4,4%	11,1%	6,7%	11,1%	11,1%	46,7%	
Braquifacial	n 0	1	1	3	2	3	4	9	
	% 0,0%	2,2%	2,2%	6,7%	4,4%	6,7%	8,9%	20,0%	
Total	n 14	4	6	14	5	13	16	45	
	% 31,1	8,9%	13,3%	31,1%	11,1%	28,9%	35,6%	100,0	
	%	%	%	%	%	%	%	%	

Nota: los hábitos bucales son de opción múltiple (un niño puede tener al menos un hábito). Prueba de asociación exacta de Fisher-Freeman-Halton (frecuencias esperadas < 5). Nivel de significancia 5%.

Se observó también que los hábitos más frecuentes en las niñas fueron Interposición lingual y respiración bucal en 11 niñas y queilofagia en 8, y los menos frecuentes fueron succión digital en 5 niñas, onicofagia 4, deglución atípica en 3 y succión labial 1 niña. (Figura 3)

Figura 3. Frecuencia de hábitos bucales según el sexo



Se relacionó también el biotipo facial con el sexo de los niños, y resultó que en las niñas el biotipo facial que se presentó con más frecuencia es el Dolicofacial (n15), Mesofacial (n8) y Braquifacial (n4). En cambio en los niños el Biotipo facial que se observó con más frecuencia fue el Mesofacial (n7), Dolicofacial (n6) y Braquifacial (n5). El biotipo facial que con frecuencia presentaron las niñas fue el Dolicofacial y en los niños el mesofacial(Figura 4)

Figura 4. Frecuencia del Biotipo facial según el sexo



En cuanto a la tendencia del biotipo facial se observó que mayor frecuencia de casos en la categoría Mesofacial 0 (33,3%), seguido de Dólico -1 (24,4%), Dólico suave -0,5 (17,8%) y el resto en menor concentración de casos (Tabla 2).

Tabla 2. Tendencia del biotipo facial más frecuente en los niños con dentición mixta

Tendencia del Biotipo Facial	n	%
Dólico sev: -2	2	4,4%
Dólico -1	11	24,4%
Dólico suave -0,5	8	17,8%
Mesofacial 0	15	33,3%
Braquifacial +0,5	4	8,9%

Braquifacial sev +1

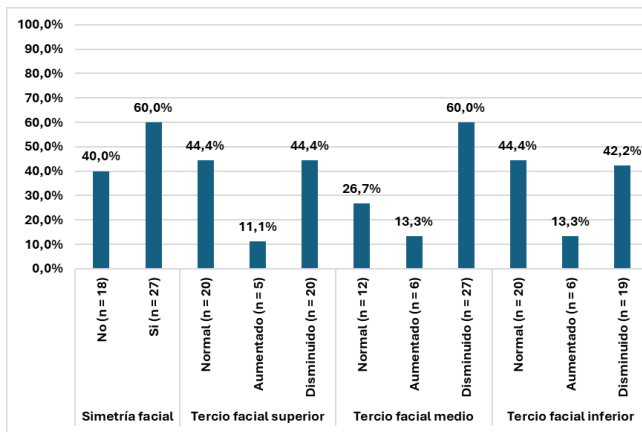
5

11,1%

6

Las características faciales evidenciaron mayoría de niños con simetría facial 27 pacientes (60%). En las características faciales al analizar por tercios, en el tercio facial superior hubo una distribución igual entre normal y disminuido cada uno con el 44,4%. El tercio facial medio se observó la mayoría con disminución y en el tercio facial inferior, la distribución fue similar entre normal (44,4%) y disminuido (42,2%). (Figura 5). Adicionalmente las pruebas de asociación exacta no evidenciaron asociación de los hábitos bucales con la simetría facial (p-valor = 0,344). En cuanto al tercio facial superior, medio no hubo evidencia de asociación significativa con los hábitos bucales, a excepción del inferior que si hubo relación (p-valor = 0,794; p-valor = 0,180, p-valor = 0,013 respectivamente). lo que sugiere que las características faciales observadas en los niños estudiados no dependen de los hábitos bucales presentes en esta cohorte de niños en dentición mixta.

Figura 5. Distribución de las características faciales que presentan los niños en dentición mixta con hábitos bucales.



Nota: los hábitos bucales son de opción múltiple (un niño puede tener al menos un hábito).

Con los resultados se identificó que el arco dentario maxilar superior tiene mayor concentración en el tipo ovalado (71,1%) y el resto fue cuadrado (28,9%). De acuerdo con los hábitos bucales en el ovalado se presentó mayor concentración de Succión Digital, Queilofagia, Interposición Lingual y Respiración bucal. En el cuadrado se presentó mayor concentración de Interposición Lingual y Respiración bucal. En el arco dentario maxilar inferior se observó mayor concentración de tipo ovalado (42,2%) seguido del cuadrado (33,3%) y triangular (24,4%). De acuerdo con los hábitos bucales en arco ovalado presentó mayor concentración de Respiración bucal, Succión digital y Queilofagia. En los arcos cuadrado y triangular el hábito bucal con mayor frecuencia fue la interposición lingual. (Tabla 3). La prueba de asociación de los hábitos bucales con el arco dentario de ambos maxilares no fue estadísticamente significativa (superior p

= 0,565; inferior p-valor = 0,28 \geq 0,05) (Tabla 3).

Tabla 3. Características oclusales que presentan los pacientes en dentición mixta con hábitos bucales.

Arco dentario		Hábitos bucales							Total	P-valor	
		SD	SL	Dg At	Rb	Ofg	Qfg	Int L			
Maxilar superior	Ovalado	n	10	3	4	8	4	10	9	32	0,565
		%	22,2%	6,7%	8,9%	17,8%	8,9%	22,2%	20,0%	71,1%	
	Cuadrado	n	4	1	2	6	1	3	7	13	
		%	8,9%	2,2%	4,4%	13,3%	2,2%	6,7%	15,6%	28,9%	
Maxilar inferior	Ovalado	n	7	1	2	8	2	6	3	19	0,28
		%	15,6%	2,2%	4,4%	17,8%	4,4%	13,3%	6,7%	42,2%	
	Cuadrado	n	4	3	2	3	1	4	9	15	
		%	8,9%	6,7%	4,4%	6,7%	2,2%	8,9%	20,0%	33,3%	
	Triangular	n	3	0	2	3	2	3	4	11	
		%	6,7%	0,0%	4,4%	6,7%	4,4%	6,7%	8,9%	24,4%	

Nota: los hábitos bucales son de opción múltiple (un niño puede tener al menos un hábito). Prueba de asociación exacta de Fisher-Freeman-Halton (frecuencias esperadas < 5). Nivel de significancia 5%.

La distribución del perfil facial fue más heterogénea predominando el convexo 88.9% (m40), seguido de recto y en menor porcentaje el cóncavo. De acuerdo con los hábitos bucales en el perfil recto se presentó mayor concentración de Interposición Lingual y Deglución Atípica. En el convexo se presentó mayor concentración de Succión Digital, Interposición Lingual, Respiración bucal y Queilofagia. En el cóncavo hubo un único caso con Queilofagia (Tabla 4).

A pesar de esta distribución no se observó asociación entre los hábitos bucales y el perfil facial (p = 0,710 \geq 0,05). Lo que sugiere que el perfil facial es independiente de los hábitos bucales

presente en esta cohorte de niños en dentición mixta (Tabla 4).

Tabla 4. Perfil facial que presentan los pacientes en dentición mixta con hábitos bucales.

Perfil facial	Hábitos bucales ^a								Total	P-valor
	SD	SL	Dg	At	Rb	Ofg	Qfg	Int L		
n	0	0	2	1	1	0	2	4		
Recto	% 0,0%	0,0%	4,4%	2,2%	2,2%	0,0%	4,4%	8,9%		
n	14	4	4	13	4	12	14	40		0,710
Convexo	% 31,1%	8,9%	8,9%	28,9%	8,9%	26,7%	31,1%	88,9%		
n	0	0	0	0	0	1	0	1		
Cóncavo	% 0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	2,2%		

Nota: los hábitos bucales son de opción múltiple (un niño puede tener al menos un hábito). Prueba de asociación exacta de Fisher-Freeman-Halton (frecuencias esperadas < 5). Nivel de significancia 5%

Los 45 niños de este estudio no presentaron una alteración significativa relacionada entre el biotipo facial y los hábitos presentados, pero al comparar con la prevalencia hasta la actualidad de estos hábitos, se encontró que, los cambios en el biotipo facial, simetría y forma de los arcos dentarios se afectaron significativamente. De los 26 pacientes con hábitos prolongados 12 tuvieron el biotipo Dolico facial, 8 Mesofacial y 6 Braquifacial severo. (Tabla 5 y 6).

Tabla 5. Relación de los hábitos bucales prolongados, edad, sexo y el Biotipo facial

(a)	Edad		Sexo				Biotipo Facial					
	pctes	%	Masc.	%	Femen.	%	Mesof.	%	Dolico f.	%	Braquif.	%
6	4	15.4	1	9.1	3	20	1	12.5	2	16.7	1	16.7
7	9	34.6	2	18.1	7	46.6	3	37.5	4	33.3	2	33.3
8	3	11.5	1	9.1	2	13.3	1	12.5	1	8.3	1	16.7
9	8	30.8	5	45.4	3	20	2	25	5	41.7	1	16.7
10	1	3.8	1	9.1	0	0	1	12.5	0	0	0	0
11	1	3.8	1	9.1	0	0	0	0	0	0	1	16.7
	26	100	11	42.31	15	57.69	8	30.7	12	46.1	6	23.1

Tabla 6: Comparación entre Pacientes con 1,2,3 hábitos bucales prolongados, el Biotipo facial y forma de arcos dentarios

Hábitos prolong #	Biotipo Facial								Forma de Arcos dentarios							
	Mesof.		Dolico f.		Braquif. sev.		Braquif. sev.		MaxSup			MaxInf				
	%	%	%	%	%	%	%	%	ovalado	triang	cuadr	ovalado	triang	cuadr		
1	3	11.5	7	58.3	1	8.3	5	83.3	5	83.3	12	3	0	5	5	5
2	3	11.5	2	16.6	1	8.3	0				2	3		2	2	1
3	2	7.6	3	25			1	16.6			4	2	1	2	0	3
26 ptes	8	30.8	12	46.1			6	23.1			18	8	1	9	7	9

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que las variables sexo, edad y tipo y número de hábitos no son factores únicos ni significativos que modifiquen el biotipo facial o la oclusión dental, es la prevalencia en el tiempo de dichos hábitos nocivos y la falta de tratamiento temprano, los que la afectan.

Discusión

En este estudio de los 45 pacientes pediátricos que participaron, entre 6 y 11 años, con 1, 2 o 3 hábitos, el Biotipo facial que prevaleció fue Dolico facial, no hubo una alteración significativa relacionada entre el biotipo facial y los hábitos que presentaron, pero si se encontró cambios importantes en el biotipo facial, la simetría y la forma de los arcos dentarios, al comparar con la prevalencia de estos hábitos nocivos bucales hasta la actualidad. Hubo 26 pacientes que presentaron hábitos bucales prolongados 12 tuvieron como biotipo facial el Dolico facial, de los cuales 2 fueron

severos, 8 fueron Mesofacial y en 6 niños fue Braquifacial, con 5 casos severos.

De los resultados obtenidos en mi estudio el hábito que predominó en las niñas fue interposición lingual y respiración bucal, y en los niños la interposición lingual, succión digital y queilofagia. Esto difiere en parte con el estudio de Melo y Pontes que encontraron que la incidencia de morderse las uñas y respirar por la boca era más común en las niñas, mientras que la alimentación con biberón era frecuente en los niños¹, y del estudio de Gonzales y Alarcón en su trabajo realizado en niños entre cinco a 12 años predominaron la práctica de hábitos deformantes y una mayor afectación de autoestima en el sexo masculino, y los hábitos que con mayor prevalencia fueron la onicofagia en niñas y respiración bucal en niños.

Pero con el estudio de Cisnero D et al. sí tuvo coincidencia con mi estudio. Ellos mencionan que las maloclusiones esqueléticas se correlacionan al género y determinó que el género predominante es el femenino.

Por otra parte, Bellido, encontró que el patrón facial más frecuente en adolescentes femeninas fue el mesofacial, mientras que en varones fue el dolicofacial. Esto también difiere con los resultados obtenidos en mi estudio, donde encontramos que el biotipo que más

presentaron las niñas fue el Dolicofacial y el mesofacial en niños

Caruso et al, en su estudio el 79,79% de los niños explorados utilizaron el chupete en los primeros tres meses de vida, de los cuales el 43,49% prolongó su uso por más de 2 años². En mi estudio los hábitos que más se prolongaron fueron la respiración bucal y queilofagia, por más de 7 años.

Recomendaciones

Es primordial guiar el desarrollo dental desde la primera infancia para lograr una buena oclusión a largo plazo. Eliminar los hábitos bucales indeseables e intervenir en etapas temprana del desarrollo, ayudaría a minimizar sus efectos. Este estudio busca hacer conciencia tanto en el profesional dental, así como en los padres de niños con hábitos bucales dañinos, intervenir en una etapa temprana del desarrollo del infante, para minimizar los efectos de una maloclusión.

Conclusiones

Concluimos que en este estudio las variables sexo, edad, tipo y número de hábitos no son factores únicos ni significativos que modifiquen el biotipo facial o la mala oclusión dental, pero si estos hábitos parafuncionales o dañinos se prolongan en el tiempo y no se corrigen a temprana edad, van a producir cambios

muy importantes afectando la estructura bucal del niño hasta su etapa adulta.

Referencias bibliográficas

1. Hattan K, Amatullah A, Abdulmajeed A. **INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES EN LA MALOCLUSIÓN PEDIÁTRICA: ETIOLOGÍA Y ENFOQUES PREVENTIVOS.** CUREUS 2024: 16 (11). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/310412-influence-of-oral-habits-on-pediatric-malocclusion-etiology-and-preventive-approaches#!/>
2. Santos M, Ribas D, Caleza C, et al. **HÁBITOS ORALES EN PATOLOGÍAS DE LA INFANCIA Y OCLUSAL: UN ESTUDIO DE COHORTE.** Clinic and Practics. 2024: 14(3):718–728. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2039-7283/14/3/57>
3. Farias J, De La Torre E, Tello A. **LA RELACIÓN DEL BIOTIPO Y PERFIL FACIAL SEGÚN ANÁLISIS DE RICKETTS Y BURSTONE Y LEGAN EN PACIENTES CON MALOCLUSIONES.** Estudios interdisciplinarios en ciencias de la salud. Investigación aplicada y actualización científica: 2024. Vol III. 81-92. En M. A. Santacruz Vélez (Ed) Disponible en: <https://press.religacion.com/index.php/press/catalog/download/237/801/1003?inline=1>.
4. Gómez J, Ubilla W. **AFECCIONES NEUROMUSCULARES POR HÁBITOS NOCIVOS Y SU RELACIÓN CON LA MALOCLUSIÓN.** Rev. Científica Especialidades Odontológicas UG. 2025:8(1). Disponible en: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eoug/article/view/2185/4978>
5. Cortés J, Gutiérrez J. **ASOCIACIÓN ENTRE EL BIOTIPO FACIAL Y LA POSICIÓN DEL LABIO SUPERIOR EN LA SONRISA.** Cient Dent. [internet]. 2024.21, (1), 57-61. Disponible en: https://coem.org.es/pdf/publicacion/es/cientifica/vol21num1/asociacion_biotipo.pdf
6. Alvarez P, Veliz C. Santos T. **PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES ESQUELÉTICAS EN RELACIÓN CON EL GÉNERO Y LOS HÁBITOS ORALES**

- PERNICIOSOS.** 2024. Rev. Odontológica Basadrina. 8(2). Disponible en: <https://revistas.unibg.edu.pe/index.php/rob/article/view/2102>
7. González D, Aguilar K, Raventos A. **HÁBITOS BUCALES DEFORMANTES Y AUTOESTIMA EN ESCOLARES DE NUEVE A 12 AÑOS.** Rev. Progaleno [Internet]: 2021.4 (1);6-18. Disponible en: <https://revprogaleno.sld.cu/index.php/progaleno/article/view/266/93>
8. Priede D, Roze B, Parshutin S, Arklina D. **ASOCIACIÓN ENTRE MALOCLUSIÓN Y TRASTORNOS MIOFUNCIONALES OROFACIALES EN NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR EN LETONIA.** Res. craneofacial ortopédica: 2020;23(3):277-283. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31989782/>
9. Toral J, Lima M. **HÁBITOS PERNICIOSOS EN RELACIÓN CON LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.** Rev. Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología. 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9297313>
10. Rajashri K, Abhay K, Vishakha K, et al. **INFLUENCIA DEL ÍNDICE FACIAL, EL PERFIL FACIAL, EL TAMAÑO DE LOS LABIOS Y LAS ANGULACIONES DE LOS DIENTES EN LAS CARACTERÍSTICAS GINGIVALES DE LOS DIENTES ANTERIORES: UNA EVALUACIÓN BASADA EN EL GÉNERO.** Rev. Odontología Estética y Restauradora.2020. 32(5):496-504. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32462779/>
11. Sharma S, Premsagar S, Madhok S, et al. **COMPARISON OF MESIODISTAL WIDTH OF MAXILLARY ANTERIORS WITH ARCH FORM IN VARIOUS MALOCCLUSIONS: A RETROSPECTIVE STUDY.** J Contemp Dent Pract. 2020: 1;21(4):377-382. Disponible en: <https://www.thejcdp.com/doi/JCDP/pdf/10.5005/jp-journals-10024-2800>
12. Trigo S, Mercado S, Vega A. **PATRÓN FACIAL Y ESPACIOS PRIMATES.** Evidencias en Odontología Clínica 2018. 3(2):65. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335486076_PATRON_FACIAL_Y_ESPACIOS_PRIMATES
13. Moreira T, Mazzini M, Melgar A. **REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE**

- LOS TIPOS DE TRATAMIENTOS RELACIONADOS CON LA ORTODONCIA INTERCEPTIVA EN JÓVENES Y NIÑOS.** 2020. Revista Científica Especialidades Odontológicas UG: 3(1). Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/353256297_Revision_sistemica_sobre_los_tipos_de_tratamientos_relacionados_con_la_Ortodoncia_Interceptiva_en_jovenes_y_ninos
14. Nucci L, Marra P, Femiano L, Isola G, Flores C, Perillo L, Grassia V. **CAMBIOS EN LA ACTIVIDAD MUSCULAR PERIORAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO LIP BUMPER.** European Journal of Paediatric Dentistry, 2021. 22(2), 129-135. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34238003/>
15. Mesquita B, Castro J, Pedroso P. **CORRECCIÓN DE LA SOBREMORDIDA PROFUNDA EN PACIENTES BRACIOFACIALES ADULTOS.** Disponible en:
<https://rdta.facsete.edu.br/monografia/items/show/2944>
16. Hameed H, Mahmood Z, Khursheed M. **ESTUDIO COMPARATIVO DEL ANCHO MESIODISTAL DE LOS DIENTES MAXILARES ANTERIORES UTILIZANDO VARIOS FACTORES EXTRAORALES EN DIFERENTES FORMAS DE ARCO Y PALATINAS.** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria y Clínica Integrada. 2025. 25(2):1-9. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/394104876_A_Comparative-Study_on_the_Mesiodistal-Width_of_the_Maxillary-Anterior-Teeth_Using_Several_Extra_Oral_Factors_in_Different_Arch-Form_and_Palatal-Form#full-text
17. Zhang J, Fu Y, Wang L, Wu G. **FACIES ADENOIDEAS: UN CÍRCULO VICIOSO A LARGO PLAZO DE LA RESPIRACIÓN BUCAL, LA HIPERTROFIA ADENOIDE Y EL DESARROLLO CRANEOFACIAL ATÍPICO.** 2024. Salud Publica frontal. Pubmed 12(12). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39726660/>
18. Patano A, Malcangi G, Inchingolo A, Garofoli G, De Leonardis N, Azzollini D, et al. **MANDIBULAR CROWDING: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT—A SCOPING REVIEW.** J. Pers. Med. 2023; 13 (774): 1-13. Disponible en:

<https://doi.org/10.3390/jpm130507>

74

19. Spín M, Revello G. **Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 8 años que acuden a la Universidad Central del Ecuador.** KIRU. 2021;18(1):5-10. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/kiru.2021.v18n1.01>.


20. Fonseca M, Ocón A, Napoleón S. **Concordancia del biotipo facial según el índice Vert de Ricketts y el ángulo de apertura facial en pacientes de ortodoncia en una clínica universitaria de Nicaragua.** Rev. Odontológica. 2025;27(ESP), febrero-marzo, pp. 15-23. Disponible en: <https://orcid.org/0009-0008-5601-4774>



21. Vazirizadeh Y, Mirmohamadsadeghi H, Behnaz M, **Anexos:**

Kavousinejad S. **Desarrollo y evaluación de una red neuronal convolucional para la detección automatizada de la separación de labios en fotografías de perfil y frontales.** J Res Dent Maxillofac Sci 2025; 10 (2): 111-124 URL: <http://jrdms.dentaliau.ac.ir/article-1-751-en.html>

22. Lucas S, Robles N, Lara E, Scougall R, Pontigo A, Rueda V, Loyola J, et al. **La caries interproximal y la pérdida prematura de dientes en la dentición primaria como factores de riesgo para la pérdida de espacio en el sector posterior: un estudio transversal.** Medicina (Baltimore). Marzo de 2019; 98 (11): E14875. doi: 10.1097/MD.00000000000014875. PMID: 30882692; PMCID: PMC6426507.

CUADRO 1: Cuadro de operacionalización de las variables u operacionalización de la Hipótesis

Tipos de variable	Definición de la variable	Dimensión de la variable (como la mido)	Indicador	Referencia bibliográfica
Variables dependientes	Biotipo facial: Es el conjunto de	Tipos: -Mesofacial: En este biotipo, la dirección de crecimiento del cóndilo es vertical, hacia arriba. Es un crecimiento	Mesofacial 	Farias Vera Javier, De La Torre Escalante Edwin, Tello Rodriguez Analy. LA RELACIÓN DEL BIOTIPO Y PERFIL

	<p>características morfológicas y funcionales que determinan la dirección y el comportamiento del crecimiento facial. Es utilizado para clasificar a la persona en función de las variaciones en proporción a los huesos faciales en dirección lateral y vertical.</p>	<p>normal, la cara tiene los planos verticales y horizontales simétricos o proporcionales, la relación maxilar-mandíbula es normal y los contornos del mentón y los tejidos blandos parecen armoniosos.</p> <p>-Dolicofacial: En vista frontal, tienen una forma de cara alargada y estrecha con un crecimiento vertical, es decir, un perfil convexo de la mandíbula hacia abajo y hacia atrás, en el que el plano de la altura facial anterior tiene mayor aumento durante el crecimiento que el plano de la altura posterior.</p> <p>-Braquifacial: En vista frontal los pacientes tendrán caras cortas, anchas con perfiles cóncavos, con un tercio inferior y una altura frontal de la cara más pequeña en comparación con la altura facial posterior.</p> <p>Las arcadas dentales son amplias con un crecimiento horizontal de la mandíbula, de arriba hacia adelante.</p> <p>Índice de vert de Ricketts: Es un método para clasificar los biotipos faciales. Se basa en medidas cefalométricas que proporcionan la dirección del crecimiento facial, facilitando el manejo biomecánico de maloclusiones.</p>	<p>Dolicofacial</p>  <p>Braquifacial</p>  <p>Factores de Ricketts: -Eje facial(EF): 90° -Profundidad facial(PF): 87° -Angulo del plano mandibular(PM): 26° -Arco mandibular(AM): 26° -Altura facial inferior(AFI): 47° -PF: aumenta 0,3 por año -PM: disminuye 0,3 por año -AM: aumenta 0,3 por año</p> <p>-Dolico severo: -2</p>	<p>FACIAL SEGÚN ANÁLISIS DE RICKETTS Y BURSTONE Y LEGAN EN PACIENTES CON MALOCLUSIONES. Estudios interdisciplinarios en ciencias de la salud. Investigación aplicada y actualización científica: 2024. Vol III. 81-92. En M. A. Santacruz Vélez (Ed) Disponible en: https://press.religacion.com/index.php/press/catalog/download/237/801/1003?inline=1.</p> <p>Fonseca Alcalá, María; Ocón Vargas, Ana; Napoleón Cuadra, Steven. Concordancia del biotipo facial según el índice Vert de Ricketts y el ángulo de apertura facial en pacientes de ortodoncia en una clínica universitaria de Nicaragua. Rev. Odontológica. 2025,27(ESP), febrero-marzo, pp. 15-23. Disponible en: https://orcid.org/0009-0008-5601-4774</p>
--	--	--	--	---

			-Dólido: -1 -Dólido suave: -0,5 -Mesofacial: 0 -Braquifacial: +0,5 -Braquifacial severo: +1	
	<p>Características faciales: El tipo de cara en cuanto a morfología y proporciones que se modifica con el crecimiento y se perfila definitivamente con el cese del desarrollo facial. Se basa en el examen directo, fotografías clínicas, e imagenología. Nos ayudamos con las fotos extraorales de los pacientes.</p>	<p>-Tercio superior: Desde el triquion hasta la glabella.</p> <p>-Tercio medio: Desde la glabella hasta el punto subnasal.</p> <p>-Tercio inferior: Desde el punto subnasal hasta el mentón.</p> <p>-Incompetencia labial: Es un espacio de más de 3-4 mm entre los labios en reposo, lo que puede contribuir a problemas de salud bucal y maloclusiones.</p>	<p>Examen clínico extraoral (fotos extraorales) Estudio frontal</p> <p>Simetría:</p> <p>Si <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p> <p>Lado <input type="checkbox"/></p> <p>Estudio facial vertical</p> <p>Cara en 3 tercios:</p> <p>-Superior: Trichion-Glabela</p> <p>Aumentado <input type="checkbox"/></p> <p>Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Disminuido <input type="checkbox"/></p> <p>-Medio: Glabela-Subnasal</p> <p>Aumentado <input type="checkbox"/></p> <p>Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Disminuido <input type="checkbox"/></p> <p>-Inferior: Subnasal-Mentoniano</p> <p>Aumentado <input type="checkbox"/></p> <p>Normal <input type="checkbox"/></p> <p>Disminuido <input type="checkbox"/></p> <p>Cara en 2 tercios:</p> <p>-Porción superior: Nasion-Subnasal</p> <p><input type="checkbox"/> mm</p>	<p>Sheila Trigo Cano. Sively Luz Mercado Mamani. Alex Vega Ramos. PATRÓN FACIAL Y ESPACIOS PRIMATES. Evidencias en Odontología Clínica 2018. 3(2):65. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/335486076_PATRON_FACIAL_Y_ESPACIOS_PRIMATES</p> <p>Vazirizadeh Y, Mirmohamadsadeghi H, Behnaz M, Kavousinejad S. Desarrollo y evaluación de una red neuronal convolucional para la detección automatizada de la separación de labios en fotografías de perfil y frontales. J Res Dent Maxillofac Sci 2025; 10 (2): 111-124 URL:http://jrdms.dentaliau.ac.ir/article-1-751-en.html</p>

			<p>-Porción inferior:</p> <p>Subnasal-Mentón</p> <p><input type="text"/> mm</p> <p>Incompetencia labial:</p> <p>Relación normal interlabial: 0 a 3 mm.</p> <p>Incompetencia labial: +3mm</p>	
	<p>Características oclusales: Estas hacen referencia a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan u ocluyen al cerrar la boca y determinan la función masticatoria, fonética y la estética. Nos ayudamos con las fotos intraorales de los pacientes.</p>	<p>FOTOS LATERALES DERECHA E IZQUIERDA Y FRENTE.</p> <p><u>Tipos de maloclusión molar:</u></p> <p>-Maloclusión molar clase 1: Cuando la cúspide del 1er molar superior ocluye con el surco central del 1er molar inferior.</p> <p>-Maloclusión molar clase 2: Cuando la cúspide del 1er molar superior ocluye mesial del surco central del 1er molar inferior.</p> <p>-Clase 2 división 1: Cuando los incisivos superiores están proinclinados.</p> <p>-Clase 2 división 2: Cuando los incisivos superiores están retroinclinados.</p> <p>-Maloclusión molar clase 3: Cuando la cúspide del 1er molar superior ocluye distal del surco central del 1er molar inferior.</p> <p><u>Sobremordidas:</u></p> <p>-Mordida abierta: Es la presencia de dimensión vertical negativa entre los bordes incisales de los dientes anteriores tanto superiores como inferiores.</p> <p>Frecuente en niños con dentición primaria.</p>	<p>FOTOS LATERALES DERECHA E IZQUIERDA Y FRENTE.</p> <p>Examen clínico intraoral (fotos intraorales)</p> <p>Oclusión Clase Molar (permanentes)</p> <p>-Clase 1:</p> <p>Lado derecho <input type="text"/></p> <p>Lado izquierdo <input type="text"/></p> <p>-Clase 2:</p> <p>Lado derecho <input type="text"/></p> <p>Lado izquierdo <input type="text"/></p> <p>-Clase 3:</p> <p>Lado derecho <input type="text"/></p> <p>Lado izquierdo <input type="text"/></p> <p>Sobremordida</p> <p>-Horizontal (overjet)</p> <p><input type="text"/> mm</p> <p>-Vertical (overbite)</p> <p><input type="text"/> mm</p>	<p>Bruna Mesquita Cabral. Jorge Luiz de Castro. Patricia Lúcia Pedroso. CORRECCIÓN DE LA SOBREMORDIDA PROFUNDA EN PACIENTES BRACIOFACIALES ADULTOS. Disponible en: https://rdta.facsete.edu.br/monografia/itms/show/2944</p> <p>Jéssica Andrea Toral-Duchi; Miriam Verónica Lima-Illescas. HÁBITOS PERNICIOSOS EN RELACIÓN CON LA MORDIDA ABIERTA ANTERIOR. Rev. Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología. 2023. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/372623055_Habitos_perniciosos_en_relacion_con_la_mordida_abierta_anterior</p> <p>Patano, A.; Malcangi, G.; Inchingolo, A.D.; Garofoli, G.; De Leonardis, N.; Azzollini, D.; Latini, G.; Mancini, A.; Carpentiere, V.;</p>

		<p>-Mordida profunda: Es la superposición vertical de los incisivos superior a 2 mm. Es multifactorial y con diversas modalidades de tratamiento. Algunos factores importantes, como el diagnóstico facial, verifica el grado de exposición de los incisivos superiores en reposo y al sonreír, la altura facial y la edad.</p> <p>-Mordida cruzada anterior: Ocurre cuando los incisivos superiores muerden por detrás de los incisivos inferiores.</p> <p>-Mordida cruzada posterior: Se produce cuando los dientes molares y premolares no encajan correctamente. Las cúspides de los molares superiores muerden en las fosas de los inferiores en lugar de su pared vestibular.</p> <p>-Unilateral: Los dientes molares de un solo lado de la boca no se alinean correctamente, con los superiores por dentro de los inferiores en ese lado.</p> <p>-Bilateral: El problema de oclusión ocurre en ambos lados de la boca simultáneamente.</p> <p>FOTOS DE ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR</p> <p>-Apiñamiento: Es un signo de falta de espacio en los arcos, no se corrige por sí mismo, pero puede empeorar con el tiempo con una disminución progresiva y fisiológica del perímetro del arco.</p> <p>-Pérdida prematura de dientes deciduos: Es la pérdida del diente temporal antes que el diente permanente</p>	<p>Líneas medias</p> <p>Coinciden <input type="checkbox"/></p> <p>No coinciden <input type="checkbox"/></p> <p>Relación interarcada</p> <p>-Mordida cruzada anterior</p> <p>Lado derecho <input type="checkbox"/></p> <p>Lado izquierdo <input type="checkbox"/></p> <p>-Mordida cruzada posterior</p> <p>Lado derecho <input type="checkbox"/></p> <p>Lado izquierdo <input type="checkbox"/></p> <p>FOTOS DE ARCADAS SUPERIOR E INFERIOR</p> <p>Relación intraarcada</p> <p>-Arcada superior</p> <p>Diastema <input type="checkbox"/></p> <p>Apiñamiento <input type="checkbox"/></p> <p>-Arcada inferior</p> <p>Diastema <input type="checkbox"/></p> <p>Apiñamiento <input type="checkbox"/></p>	<p>Laudadio, C.; et al. Mandibular Crowding: Diagnosis and Management—A Scoping Review. J. Pers. Med. 2023; 13 (774): 1-13. Disponible en: https://doi.org/10.3390/jpm13050774</p> <p>Spín Flores M, Revello Motta G. Pérdida prematura de dientes temporales en niños de 4 a 8 años que acuden a la Universidad Central del Ecuador. KIRU. 2021;18(1):5-10. Disponible en: https://doi.org/10.2465/kiru.2021.v18n1.01.</p> <p>Lucas-Rincón SE, Robles-Bermeo NL, Lara-Carrillo E, Scougall-Vilchis RJ, Pontigo-Loyola AP, Rueda-Ibarra V, Loyola-Rodríguez JP, Escoffié-Ramírez M, Medina-Solís CE. La caries interproximal y la pérdida prematura de dientes en la dentición primaria como factores de riesgo para la pérdida de espacio en el sector posterior: un estudio transversal. Medicina (Baltimore). Marzo de 2019; 98 (11): E14875. doi: 10.1097/MD.00000000000014875. PMID: 30882692; PMCID: PMC6426507</p>
--	--	---	--	--

		<p>sucesor se pueda palpar. Sus efectos incluyen la alteración en la fonación con distorsión del habla, cambios en la dimensión anterior y posterior de los arcos maxilares, pérdida de espacio posterior a la extracción del diente temporal, linguoversión de los incisivos inferiores y sobrepase aumentado.</p> <p>-Caries en molares temporarios: Es la principal causa de pérdida dental prematura durante la infancia, y está relacionado con la pérdida de espacio en el sector posterior. Frecuente en preescolares y escolares.</p>		
	<p>Perfil facial: Es la vista lateral del rostro y se caracteriza por la relación entre la frente, nariz, labios y mentón. Influyen, factores hereditarios, raza, etnia, factores ambientales (respirador bucal, hábitos atípicos de deglución), posición sagital-maxilo mandibular, biotipo facial y tipo de músculo.</p>	<p>Tipos de perfiles faciales:</p> <p>-Recto: Los tejidos blandos (frente, nariz, mentón) se alinean de forma equilibrada en un mismo plano.</p> <p>-Cóncavo: El mentón se proyecta significativamente hacia adelante en relación con el maxilar superior.</p> <p>-Convexo: El maxilar superior se adelanta más que la mandíbula inferior, creando una apariencia de "adelanto".</p>	<p>Perfil facial del pcte</p> <p>Recto (clase 1)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Convexo (clase 2)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Cóncavo (clase 3)</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Farias Vera Javier, De La Torre Escalante Edwin, Tello Rodriguez Analy. LA RELACIÓN DEL BIOTIPO Y PERFIL FACIAL SEGÚN ANÁLISIS DE RICKETTS Y BURSTONE Y LEGAN EN PACIENTES CON MALOCLUSIONES. Estudios interdisciplinarios en ciencias de la salud. Investigación aplicada y actualización científica: 2024. Vol III. 81-92. En M. A. Santacruz Vélez (Ed) Disponible en: https://press.religacion.com/index.php/press/catalog/download/237/801/1003?inline=1.</p>

<p>Variables independientes</p>	<p>Hábitos bucales parafuncionales:</p> <p>Se forman cuando existe una tendencia hacia un acto ejecutado repetidamente.</p>	<p>-Succión digital: Hábito de chuparse el pulgar u otros dedos, para consuelo y autorregulación.</p> <p>-Respiración bucal: Hábito de respirar por la boca en lugar de la nariz, ya sea de forma constante o intermitente.</p> <p>-Onicofagia: Hábito compulsivo de morderse y comerse las uñas de las manos o de los pies.</p> <p>-Queilofagia: Hábito de morderse, lamerse o chuparse los labios de forma excesiva y automática.</p> <p>-Protrusión dental: Donde los dientes superiores sobresalen significativamente por delante de los inferiores.</p> <p>-Deglución atípica: Trastorno en el que la lengua se posiciona incorrectamente al tragar, presionando contra los dientes en lugar del paladar</p>	<p>Frecuencia:</p> <p>Duración: Horas al día</p> <p>Intensidad: 1 2 3</p> <p>Durante la noche: si o no</p> <p>Lo hace cuando esta tenso o siente miedo: si o no</p> <p>Se despierta con sueño tras el hábito: si o no</p>	<p>Jainer Gómez Campuzano. William Ubilla Mazzini. AFECCIONES NEUROMUSCULARES POR HáBITOS NOCIVOS Y SU RELACIÓN CON LA MALOCCLUSIÓN. Rev. Científica Especialidades Odontológicas UG. 2025:8(1). Disponible en: https://revistas.ug.edu.ec/index.php/eou/article/view/2185/4978</p> <p>Jiaqi Zhang, Yongwei Fu, Lei Wang, Geng Wu. FACIES ADENOIDEAS: UN CÍRCULO VICIOSO A LARGO PLAZO DE LA RESPIRACIÓN BUCAL, LA HIPERTROFIA ADENOIDE Y EL DESARROLLO CRANEOFACIAL ATÍPICO. 2024. Salud Pública frontal. Pubmed 12(12). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39726660/</p>
<p>Variables intervinientes</p>	<p>Edad: La maloclusión se puede presentar a cualquier edad, pero es más evidente entre los 6 a 11 años.</p> <p>Género: Pueden existir diferencias anatómicas que se manifiestan en la</p>	<p>6, 7, 8, 9 10 y 11 años con dentición mixta.</p> <p>Masculino y femenino</p>	<p>6 <input type="checkbox"/></p> <p>7 <input type="checkbox"/></p> <p>8 <input type="checkbox"/></p> <p>9 <input type="checkbox"/></p> <p>10 <input type="checkbox"/></p> <p>11 <input type="checkbox"/></p> <p>Masculino <input type="checkbox"/></p>	

forma y tamaño del arco dental.		Femenino <input type="checkbox"/>	
---------------------------------	--	-----------------------------------	--

(a)	Edad		Sexo				Biotipo Facial					
	pctes	%	Masc.	%	Femen.	%	Mesof.	%	Dolicof.	%	Braquif.	%
6	4	15.4	1	9.1	3	20	1	12.5	2	16.7	1	16.7
7	9	34.6	2	18.1	7	46.6	3	37.5	4	33.3	2	33.3
8	3	11.5	1	9.1	2	13.3	1	12.5	1	8.3	1	16.7
9	8	30.8	5	45.4	3	20	2	25	5	41.7	1	16.7
10	1	3.8	1	9.1	0	0	1	12.5	0	0	0	0
11	1	3.8	1	9.1	0	0	0	0	0	0	1	16.7
	26	100	11	42.31	15	57.69	8	30.7	12	46.1	6	23.1

Cuadro de pacientes con 1,2,3 hábitos bucales prolongados, el Biotipo facial y forma de arcos dentarios

Hábitos prolong #	Biotipo Facial										Forma de Arcos dentarios					
	Mesof		Dolicof		Dolicof sev		Braquif		Braquif sev		Max Sup			Max Inf		
	.	%	.	%		%	.	%		%	ovalado	triang	cuadr	ovalado	triang	cuadr
1	3	11.5	7	58.3	1	8.3	5	83.3	5	83.3	12	3	0	5	5	5
2	3	11.5	2	16.6	1	8.3	0				2	3		2	2	1
3	2	7.6	3	25			1	16.6			4	2	1	2	0	3
26 pctes	8	30.8	12	46.1			6	23.1			18	8	1	6	7	6

Gráficos

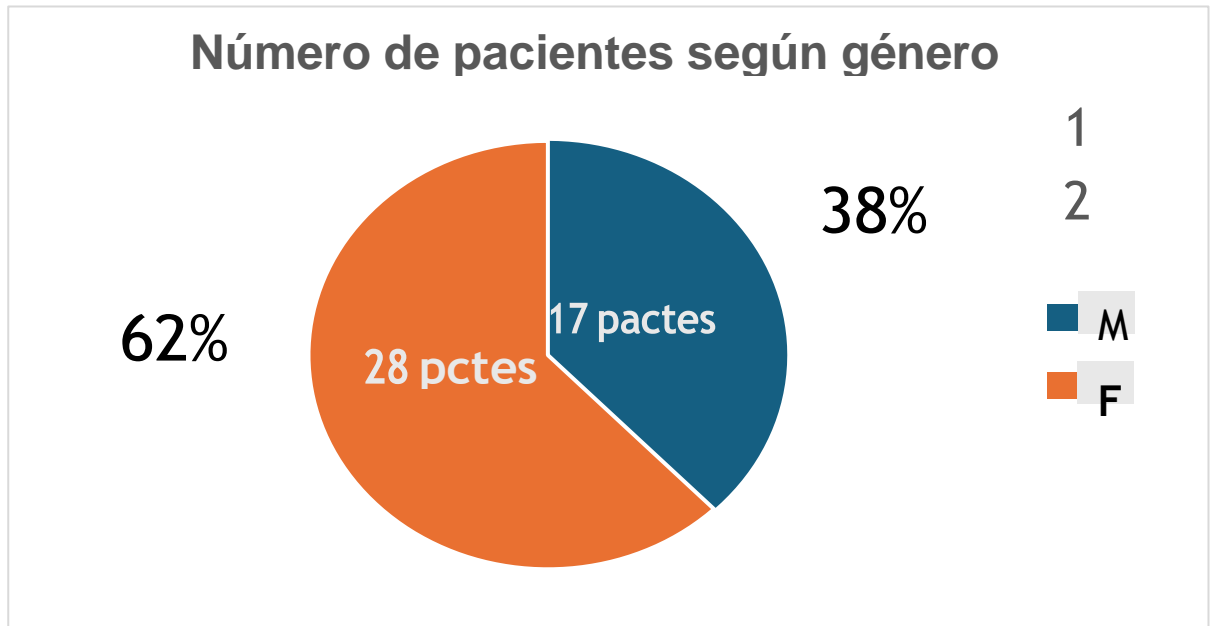


Gráfico 1

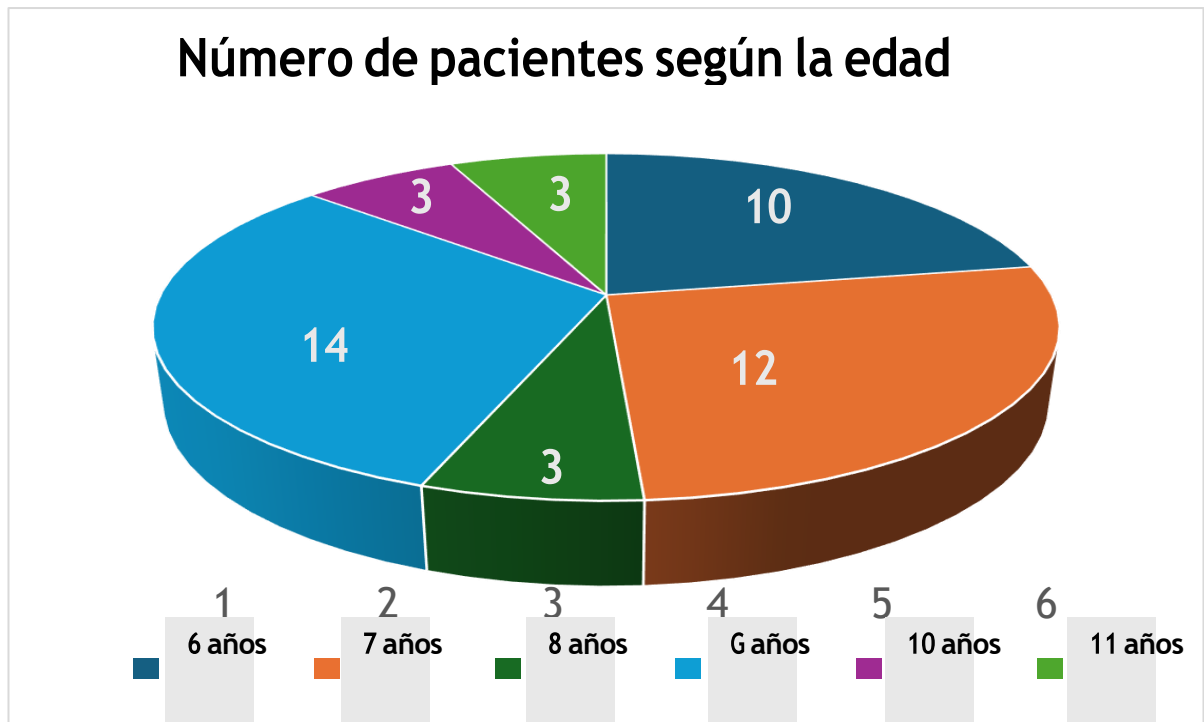


Gráfico 2

Hábitos bucales

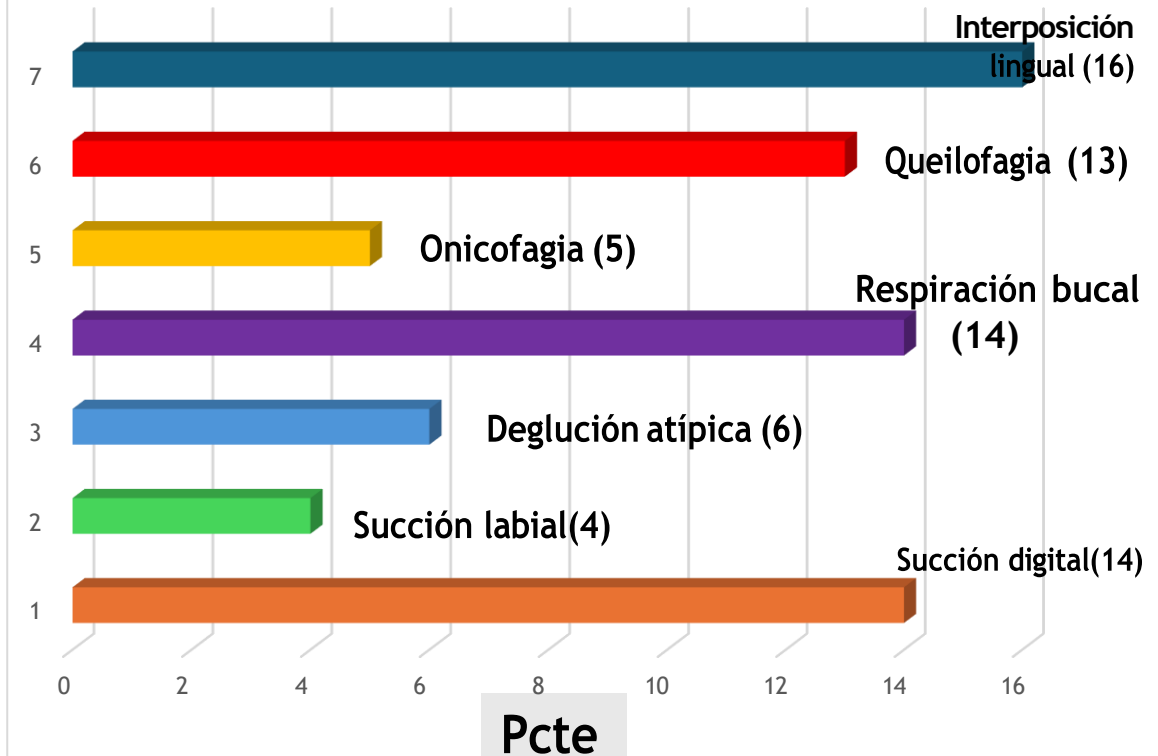


Gráfico 3

Presencia de mas de 1 hábito

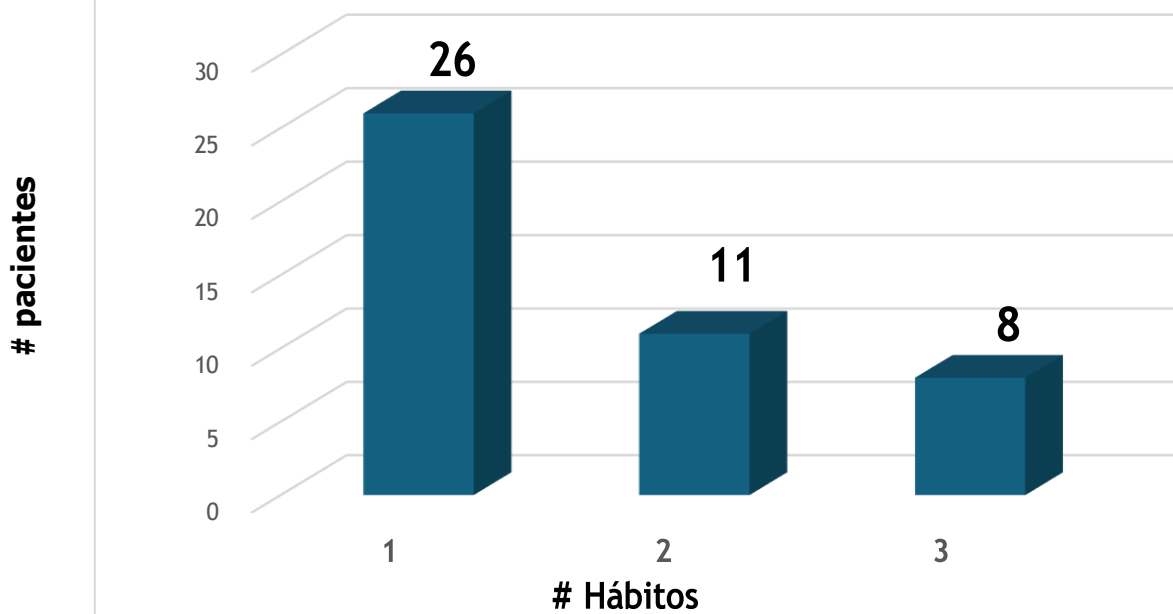


Gráfico 3a

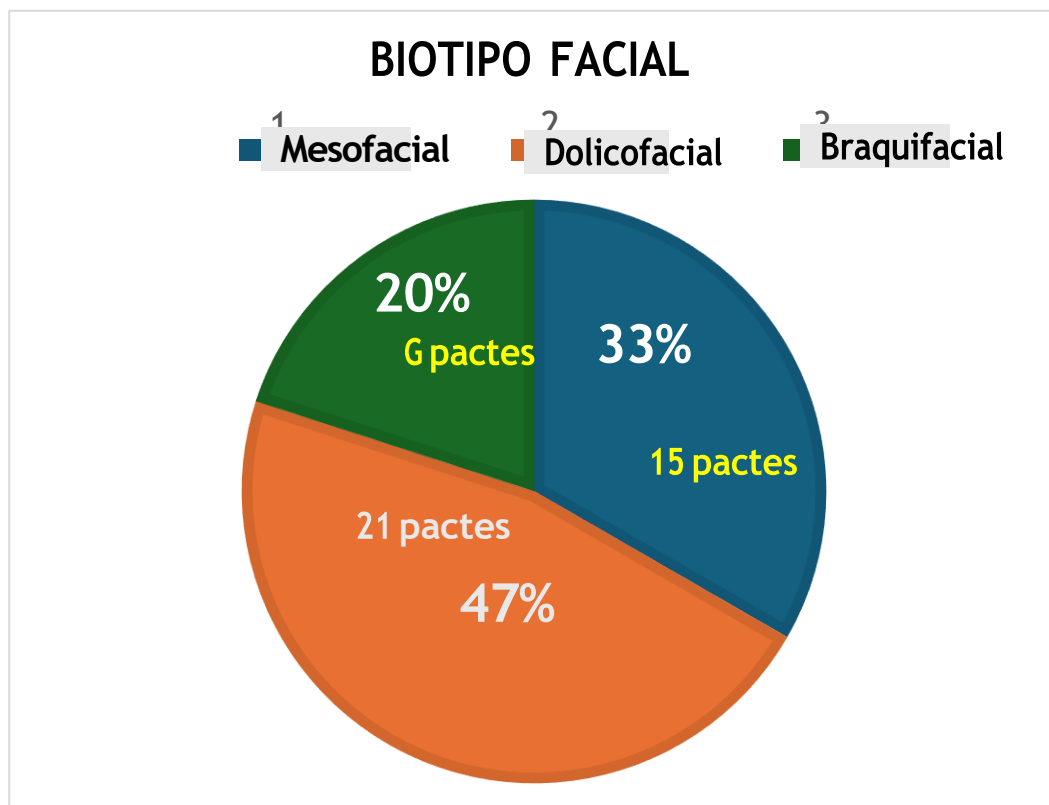


Gráfico 4

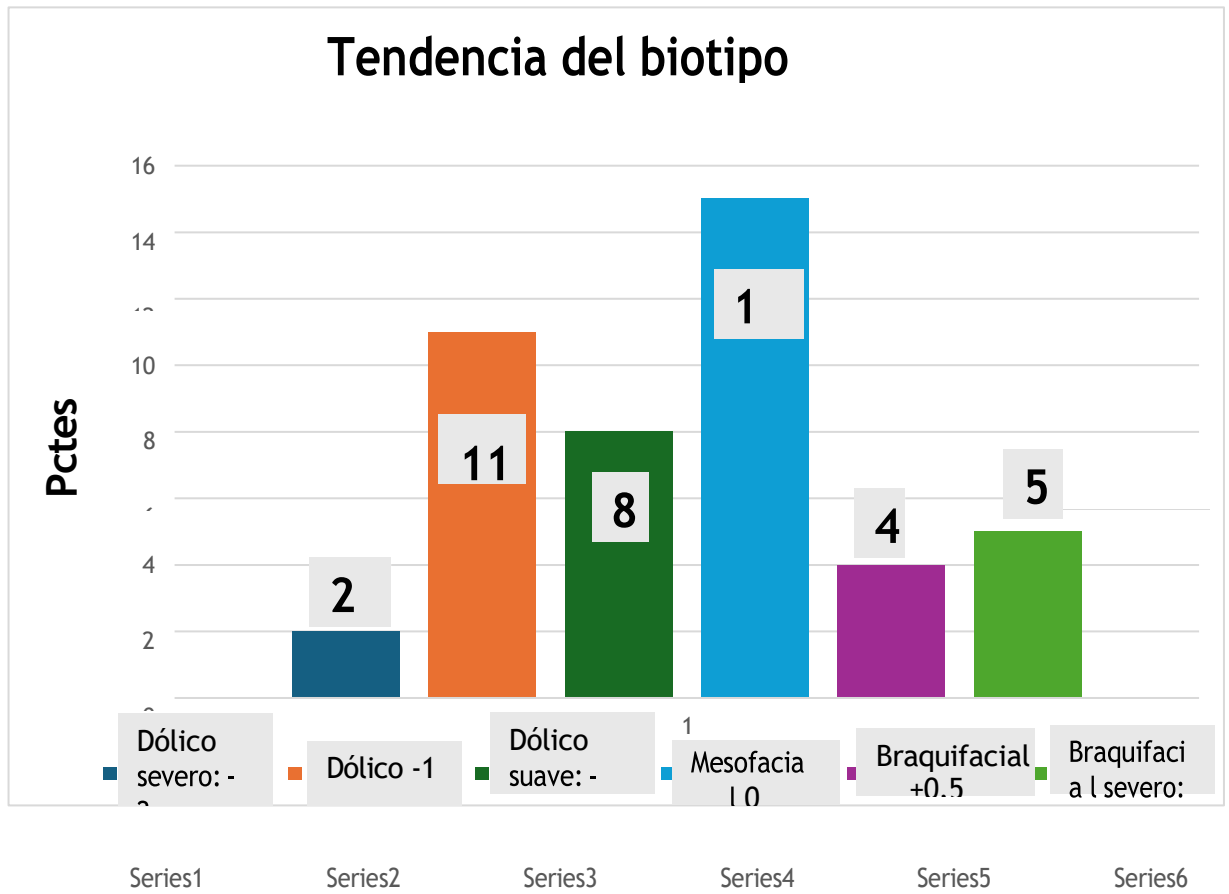


Gráfico 5

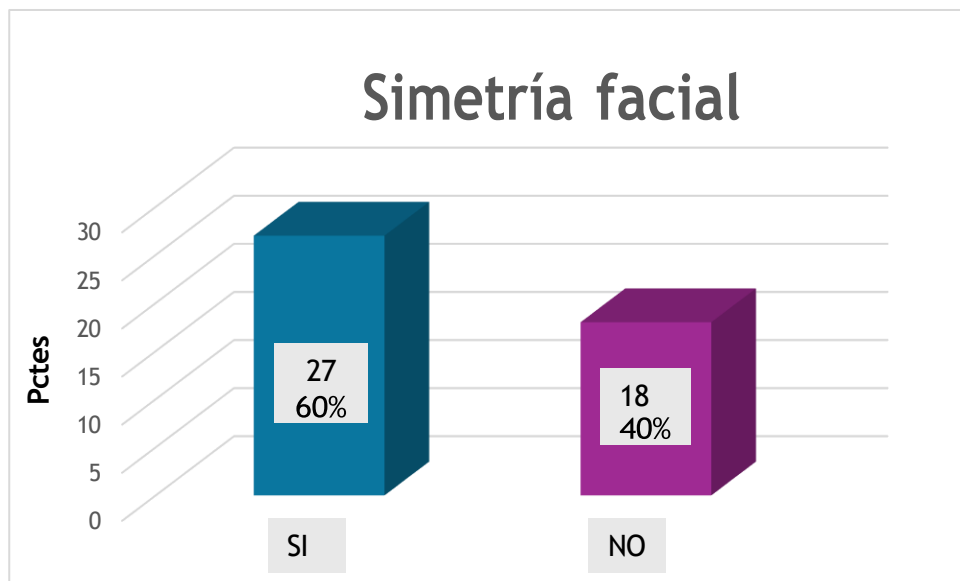


Gráfico 6

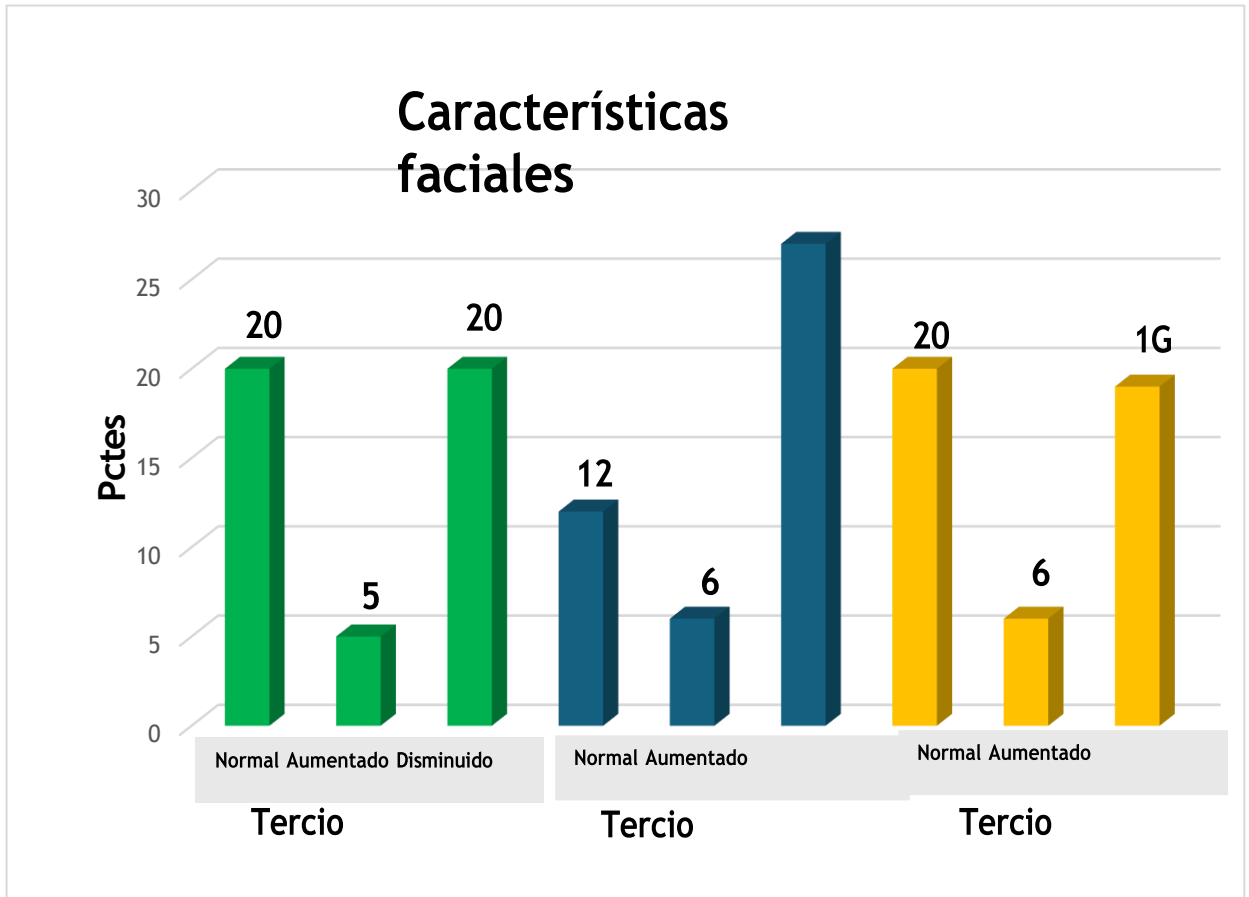


Gráfico 7

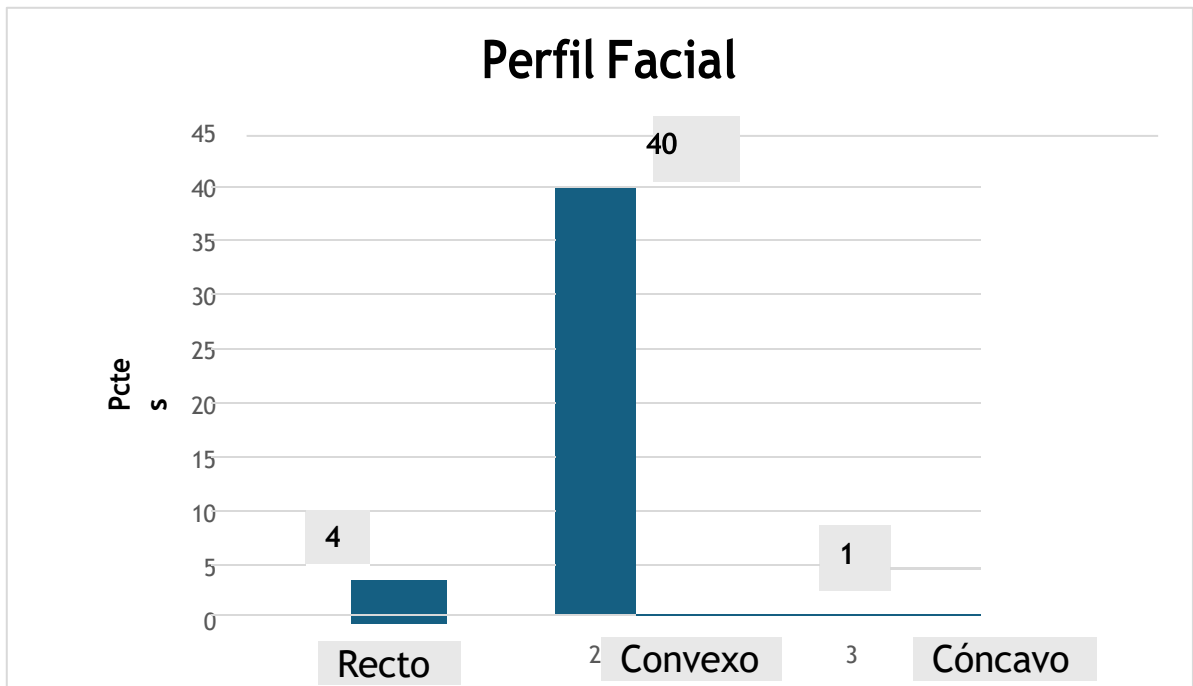


Gráfico 8

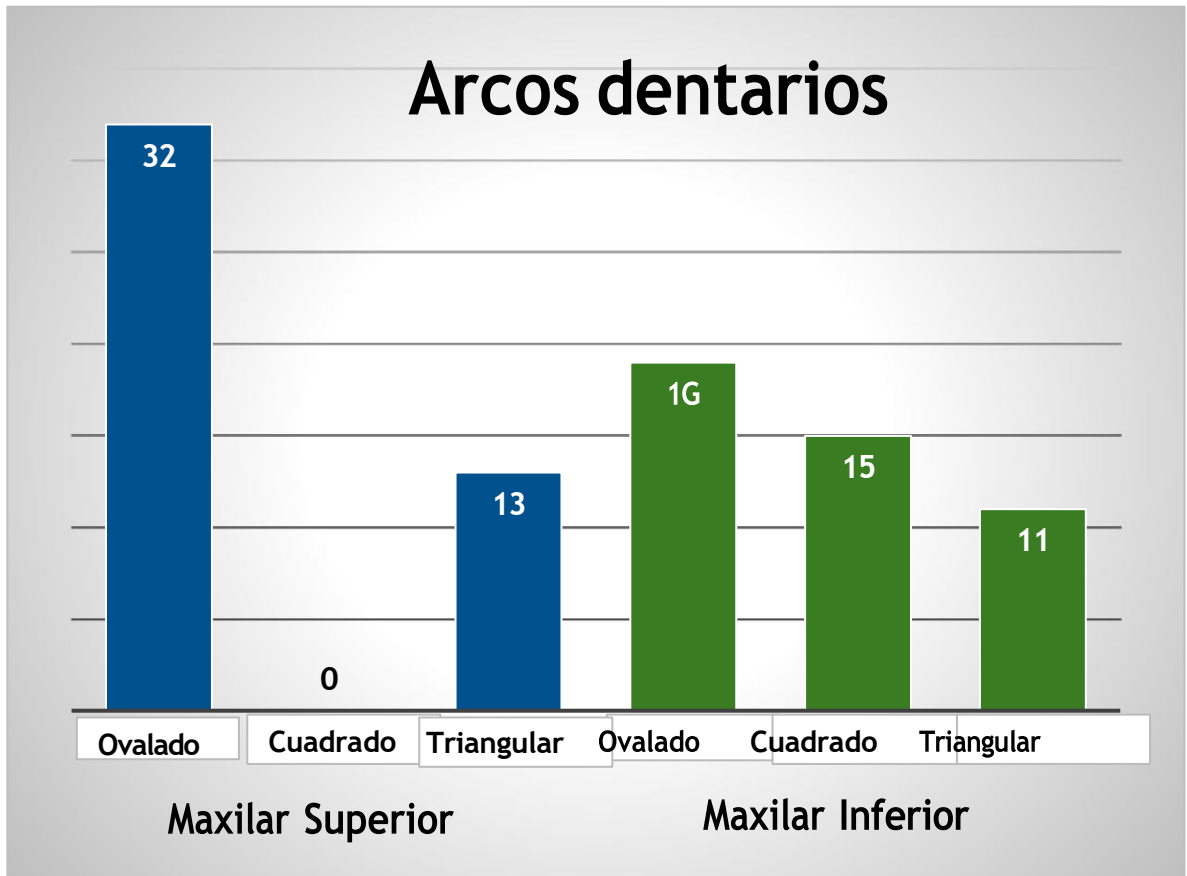


Gráfico 9

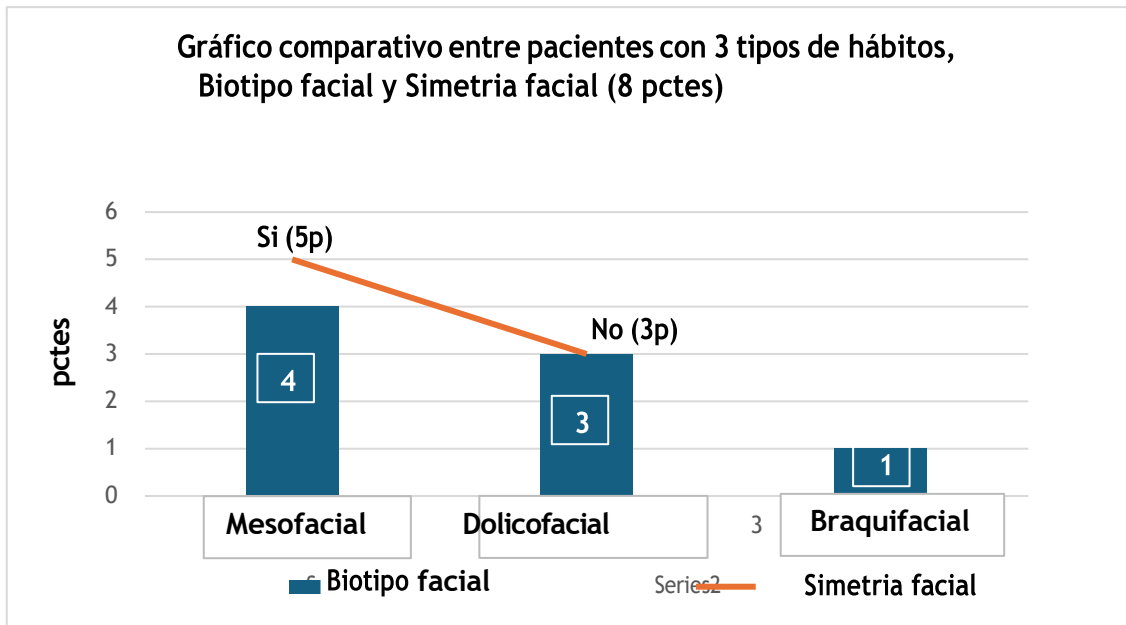


Gráfico 10

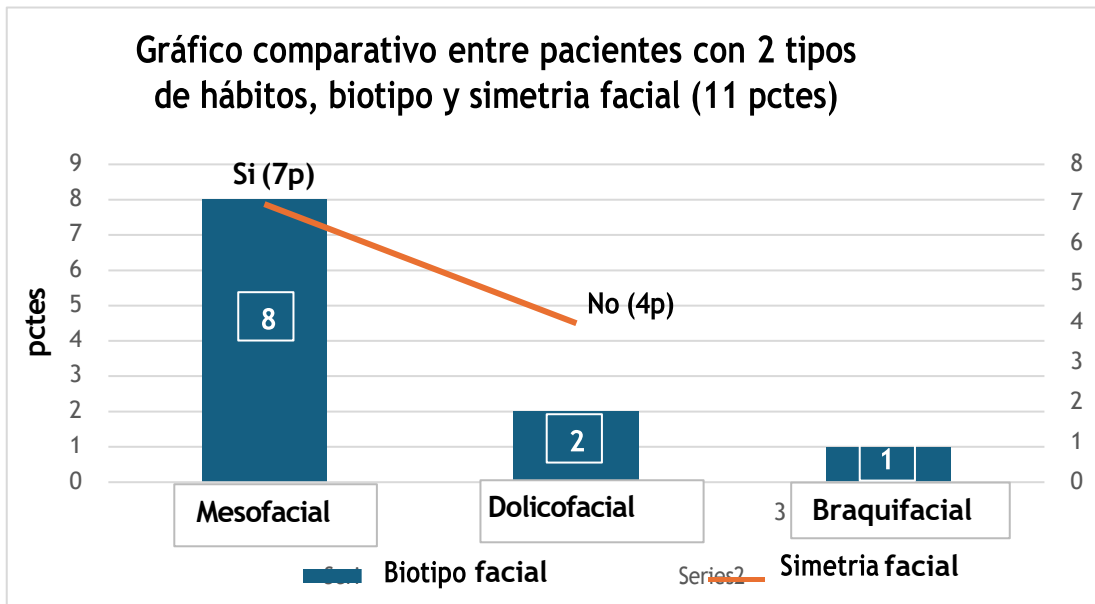


Gráfico 11

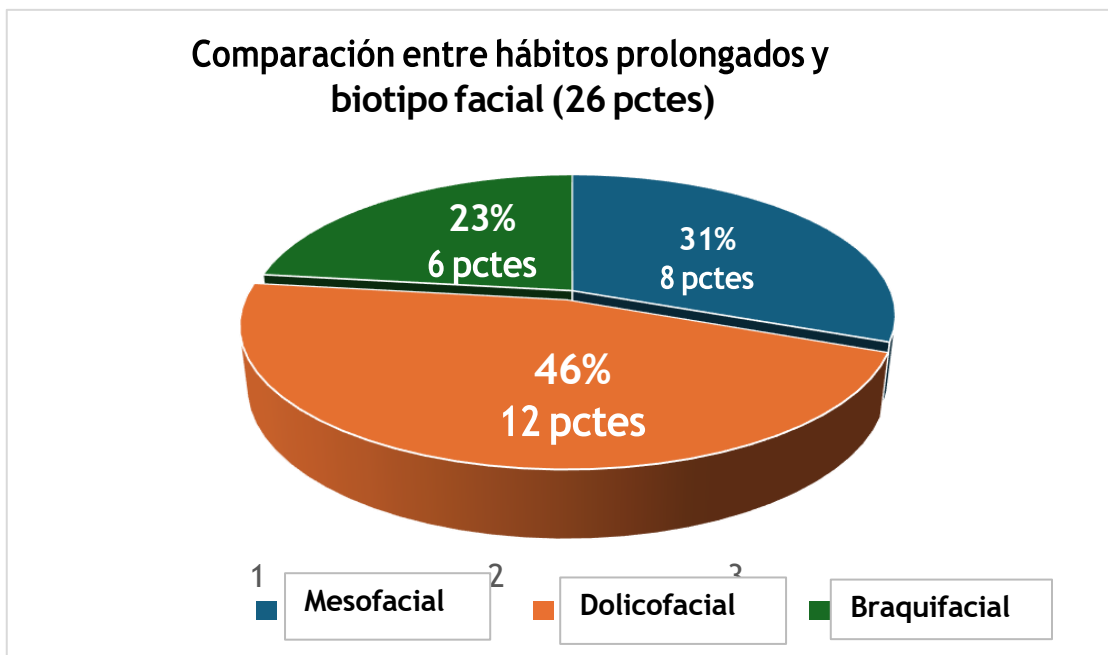


Gráfico 12

Comparación entre los hábitos prolongados y Biotipos Dolicofacial y Braquifacial

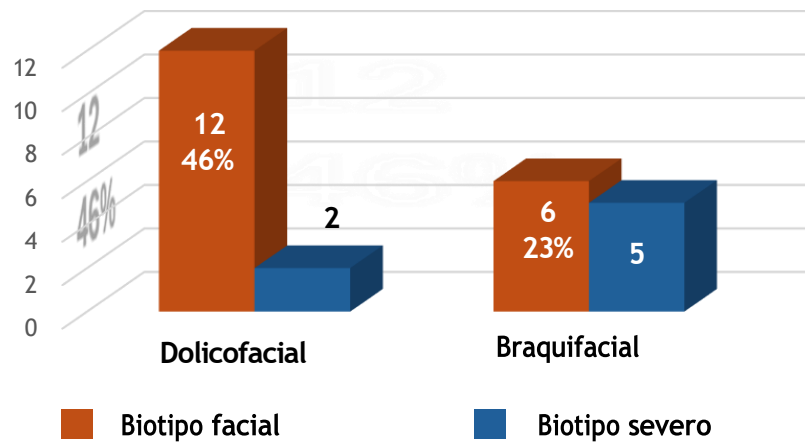


Gráfico 13

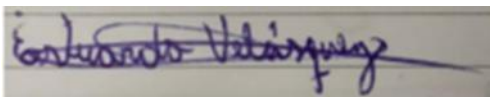
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Velásquez Mendoza Estuardo Andrés**, con C.C: **#0926810003** autor del trabajo de titulación: **Relación del biotipo facial y hábitos bucales en niños con dentición mixta UCSG B-2025**, 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, 27 de febrero de 2026



f. _____

Nombre: **Velásquez Mendoza Estuardo Andrés**

C.C: **0926810003**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Relación del biotipo facial y hábitos bucales en niños con dentición mixta UCSG B-2025		
AUTOR(ES)	Velásquez Mendoza Estuardo Andrés		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Amado Schneider Adriana Rocío		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Odontología		
TITULO OBTENIDO:	Odontólogo		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de febrero de 2026	No. DE PÁGINAS:	28 pág.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Odontopediatría, Ortodoncia		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Facial biotype, dental malocclusion, facial harmony, oral habits, mixed dentition.		
RESUMEN/ABSTRACT:			
<p>Introducción: La mala oclusión dental es la patología oral más frecuente, afectando al 80% de la población pediátrica mundial, alterando la estética, función y armonía facial hasta la edad adulta, causando otras patologías como caries, gingivitis y disfunción de la articulación temporomandibular, dificultando masticar, morder y hablar, es importante reconocer las variantes de biotipos faciales, causas, clasificación y tratamientos oportunos para corregir deformidades y alteraciones en edades avanzadas. Objetivo: Determinar los hábitos orales nocivos y su relación con el Biotipo Facial en pacientes pediátricos con dentición mixta atendidos en la clínica Odontológica de la UCSG durante el semestre B-2025. Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal con una muestra de 45 pacientes pediátricos. Se incluyeron niños con dentición mixta y hábitos bucales. Se excluyeron pacientes sin hábitos bucales, con dentición permanente y que no hayan sido atendidos en la clínica Odontológica. Resultados: De los 45 niños que participaron en este estudio, con 1, 2 o 3 hábitos, el Biotipo facial que prevaleció fue Dolicofacial 47%, Mesofacial 33% y Braquifacial 20%, no encontrando una alteración significativa en relación con el biotipo facial y los hábitos presentados, pero al comparar con la prevalencia hasta la actualidad de estos hábitos, se encontró que, los cambios en el biotipo facial, simetría y forma de los arcos dentarios era significativa. Los 26 pacientes con hábitos prolongados 12 tuvieron biotipo Dolicofacial (2 severos), 8 Mesofacial y 6 Braquifacial (5 severos). Conclusión: Concluimos que los hábitos bucales nocivos producen leves cambios en el biotipo facial y maloclusión del niño, pero si estos se prolongan y no se corrigen, van a producir cambios muy importantes afectando la estructura bucal del niño.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-990885464	E-mail: estuardo.velesquez@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Estefania Del Rocio Ocampo Poma		
	Teléfono: +593-99-675-7081		
	E-mail: estefania.ocampo@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):			