O. G. Da Silva

Hábitos de succión y maloclusión: epidemiología en la dentadura temporal

Sucking habits and malocclusion: epidemiology in deciduous dentition

O. G. DA SILVA FILHO*, M. V. N. N. DO REGO**, P. R. B. E SILVA**, A. O. CAVASSAN* y J. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ***

São Paulo. Madrid

RESUMEN: Este estudio epidemiológico tuvo el propósito de verificar la frecuencia de los hábitos bucales de succión en la dentadura temporal y de los diferentes tipos de maloclusiones causados por ella. La muestra estuvo compuesta por 2.016 niños de 8 escuelas particulares y 12 escuelas públicas del municipio de Bauru-SP (Brasil), de los cuales 1.032 fueron varones y 984 mujeres, en fase de dentadura temporal completa. La franja de edad fue la comprendida entre los 3 y los 6 años de edad. Los hábitos bucales de succión estuvieron presentes en 48,86% de los niños, siendo más frecuentes en las niñas (54,37%) y en las escuelas públicas (54%). Los niños demostraron menor dependencia de hábitos bucales de succión con el aumento de la edad. En relación a las formas en que los hábitos se manifiestan, las más frecuentes fueron el biberón (29,96%), el chupete (28,95%), seguidos por la asociación de hábitos (20,68%), dedo (9,72%) y labio (0,89%). De las maloclusiones asociadas a los hábitos, la más frecuente fue la mordida abierta anterior (50,76%), seguida por la mordida cruzada posterior (18,88%) y por la asociación entre mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior (10,35%). Aproximadamente, el 20% de los niños con hábitos bucales de succión no exibieron maloclusión con etiología vinculada a la presencia de éstos. No fue observado ningún vínculo etiológico entre hábitos bucales de succión y relación dentaria de clase II de Angle.

PALABRAS CLAVE: Dentición temporal. Maloclusión. Hábitos linguales de succión. Mordida abierta.

ABSTRACT: The aim of this epidemiologic study was to verify the prevalence of oral sucking habits in the deciduous dentition and the different types of malocclusion related to them. The sample was comprised of 2016 children from 8 private and 12 public schools located in Bauru, state of São Paulo. Of the total sample, 1032 were males and 984 were females. All children were in the deciduous dentition with ages ranging from 3 to 6 years. Sucking habits were found in 48.86% of the children and were more frequent in females (54.37%) and in students from public schools (54%). Children were less dependent of habits as age increased. As for the type of habits, the most frequent were feeding bottles (29.96%) and pacifiers (28.95%), followed by associated habits (20.68%), thumb-sucking (9.72%) and lip-sucking (0.89%) habits. Among the malocclusions associated to habits, the most frequent was the anterior open bite (50.76%), followed by the posterior crossbite (18.88%) and by the association between anterior open bite and posterior crossbite (10.35%). Approximately 20% of the children with sucking habits did not present malocclusion caused by habits. No etiologic relationship between sucking habits and Class II dental relationship was noticed.

KEY WORDS: Deciduous teeth. Tongue habits. Malocclusion.

* Ortodoncistas. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Bauru-SP.
** Residentes. Sector de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva. Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Bauru-SP. Brasil.
*** Profesor titular. Universidad Europea de Madrid. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

El presente artículo toma una conocida cuestión: la gran prevalencia de maloclusión en la dentadura temporal, tema dotado de interés innegable en la clase odontológica, ya que la mala oclusión no se autocorrige a lo largo del desarrollo oclusal. Estudios epidemiológicos previos, realizados por ortodoncistas de la ciudad de Bauru (Brasil), en diferentes fases del desarrollo de la oclusión, dentadura temporal 73,26%[45], mixta 88,53%[46] y permanente 90%[3], confirmaron tal concepto.

De todas las maloclusiones encontradas en la dentadura temporal, en escuelas de Bauru[45], la más frecuente fue la mordida abierta anterior aislada (27,95%) o asociada a mordida cruzada posterior (7%). De esta forma, la frecuencia total de mordida abierta anterior en la dentadura temporal alcanza cifras próximas al 35%, más exactamente 34,95%. La frecuencia de esta maloclusión refleja la marcada influencia de los agentes etiológicos: los hábitos bucales de succión.

Estos hábitos constituyen elementos familiares en la vida cotidiana en esta fase de desarrollo, que enraizados desde la vida intrauterina confieren un carácter singular y tierno, además de un cierto tono de normalidad en los primeros años de vida. Aun, ante la generalizada y clásica convicción de que los hábitos variables de succión y la maloclusión tienen una relación de causa efecto[1,2,6,13,14,16,18,21,27-32,34-37,40,44,49,51], se impone la necesidad de considerar interceptarlos aun en la dentadura temporal, siempre que sea posible. De hecho, esta correlación entre hábitos y maloclusión no constituye una invención del tercer milenio, ya fue citada en la bibliografía en 1878[9] y tampoco está exclusivamente en la odontología (tabla 1), como demuestra la bibliografía revisada.

El objetivo de este trabajo de investigación es verificar la hipótesis, o mejor, la opinión comunmente

Tabla 1. Recopilación de los estudios sobre la frecuencia de los hábitos bucales de succión en la fase de dentadura temporal

Autores	*Año*	*País*	*N*	*Franja de edad*	*Hábitos de succión (%)*
Adair y cols.[1]	1995	EE.UU.	218	2-4	55
Agurto y cols.[2]	1999	Chile	1.110	3-6	62
Cerny[8]	1981	Australia	600	2-3	79,6
Corona y cols.[10]	1996	Brasil	317	4-5	51,5
Farsi y cols.[13]	1997	Arabia	583	3-5	48,36
Fukuta y cols.[14]	1996	Japón	930	3-5	27,8
Infante[16]	1976	EE.UU.	721	2,5-6	18,7
Kohler y Holst[19]	1973	Suecia	1.527	4	41
Larsson y Dahlin[23]	1985	Suecia	280	1-2	87
Larsson y Dahlin[23]	1985	Zimbawe	415	1-2	2
Larsson y cols.[24]	1992	Noruega	245	3	50
Larsson y cols.[24]	1992	Suecia	175	3	70
Martins y cols.[29]	1998	Brasil	838	2-6	30,9
Modeer y cols.[31]	1982	Suecia	588	0-4	88
Modeer y cols.[31]	1982	Suecia	588	4	48
Myllarniemi[32]	1973	Finlandia	760	0-7	28,15
Nanda y cols.[33]	1972	India	2.500	2-6	8
Peters y cols.[36]	1986	Brasil	795	3-6	41,5
Popovich[37]	1967	Canadá	1.265	3	43,2
Ravn[39]	1976	Dinamarca	310	3	43
Silva Filho y cols. (presente artículo)	2001	Brasil	2.016	3-6	48,86
Svedmyr[49]	1979	Suecia	462	3-5	78
Traisman y Traisman[51]	1958	EE.UU.	2.650	0-3	45,6
Vadiakas y cols.[52]	1998	Grecia	600	3-5	76
Warren y cols.[54]	2000	EE.UU.	600	0-3	90
Zadik y cols.[55]	1977	Israel	333	0-7	70

concebida, de que los hábitos de succión son frecuentes en la infancia e influyen produciendo un daño en el desarrollo normal de la oclusión.

MATERIAL Y MÉTODO

Material

La muestra utilizada en este estudio estaba compuesta por 2.016 niños brasileños de entre 3 y 6 años de edad. Los niños incluidos en esta muestra se encontraban en el período de dentadura temporal completa; los criterios de exclusión fueron la presencia de cualquier diente permanente, parcial o totalmente erupcionado o la realización de cualquier tratamiento ortodóncico previo (tabla 2).

Todos los niños estaban debidamente matriculados en instituciones de enseñanza, incluyendo 12 escuelas públicas y 8 escuelas privadas del municipio de Bauru en São Paulo, que fueron seleccionadas de forma aleatoria (tabla 3). Las visitas de estas unidades fue realizada conforme con la autorización de la Secretaría de Educación del municipio de Bauru.

Método

El examen clínico de los niños preescolares fue efectuado por profesionales con formación ortodóncica, previamente calibrados, que verificaron la presencia de oclusión normal y de maloclusión, buscando informaciones sobre la posible existencia de hábitos bucales de succión.

Los criterios utilizados para definir la oclusión normal en la dentadura temporal fueron: *a)* compatibilidad transversal entre los arcos dentarios (arco dentario inferior totalmente incluído en el superior); *b)* relación sagital de caninos de clase I (punta de cúspide del canino superior ocluyendo en el surco entre el canino y el primer molar temporal inferior); *c)* relación de incisivos con resalte y sobremordida positivos.

El examen clínico se realizó en sillas comunes existentes en las escuelas, bajo iluminación natural, y como instrumento sólo se utilizó depresores linguales de madera. Los datos recogidos fueron registrados en fichas especialmente realizadas con este fin.

Después de la recogida epidemiológica, los datos fueron sometidos a un análisis estadístico utilizando el test χ^2, con el fin de verificar la participación de dimorfismo sexual y socioeconómico en la epidemiología de los hábitos bucales de succión.

Tabla 2. Distribución de los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal, de acuerdo con la edad y el sexo

Franja de edad (años)	*Masculino*	*Femenino*	*Total*	
	(n)	*(n)*	*(n)*	*(%)*
3-4	232	238	470	23,32
4-5	319	293	612	30,35
5-6	341	329	670	33,24
6-7	140	124	264	13,09
Total	1.032 (51,2%)	984 (48,8%)	2.016	100

Tabla 3. Distribución de los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal, de acuerdo con la edad y la escuela, particular o pública (nivel socioeconómico)

Franja de edad (años)	*Masculino*	*Femenino*	*Total*	
	(n)	*(n)*	*(n)*	*(%)*
3-4	191	279	470	23,32
4-5	206	406	612	30,35
5-6	241	429	670	33,24
6-7	167	97	264	13,09
Total	1.032 (51,2%)	984 (48,8%)	2.016	100

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Es indiscutible que los hábitos bucales de succión componen una parte muy esencial en el entorno infantil. Y no se habla aquí de la succión nutricional, función que se desarrolla desde el nacimiento por razones obvias, pero sí del entusiasmo por la succión no nutricional, cuya etiología es una la incógnita inquietante. Prueba de esto, es que la mitad de los niños evaluados en el presente estudio epidemiológico presentaba algún hábito de succión. Más específicamente, la frecuencia de los hábitos bucales de succión entre los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad, fue del 48,86% (fig. 1). Este resultado no sorprende, pues en Brasil, los estudios epidemiológicos en la dentadura temporal aportan una frecuencia similar de hábitos de succión, aproximadamente de 30,9[29], 41,5[36] y 51,5%[10] (tabla 1).

Las variables sexo y nivel socioeconómico interfirieron en la estadística de la dependencia al hábito. Como demuestra la figura 2 y las tablas 4 y 5, los hábitos de succión estuvieron presentes con mayor énfasis en las niñas y en los niños de las escuelas públicas, hecho que se repite en todas las edades (figs. 3 y

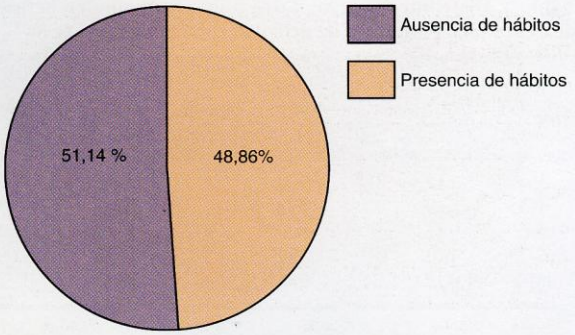


Figura 1. Distribución gráfica de los hábitos bucales de succión en los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal (en porcentaje), entre 3 y 6 años de edad.

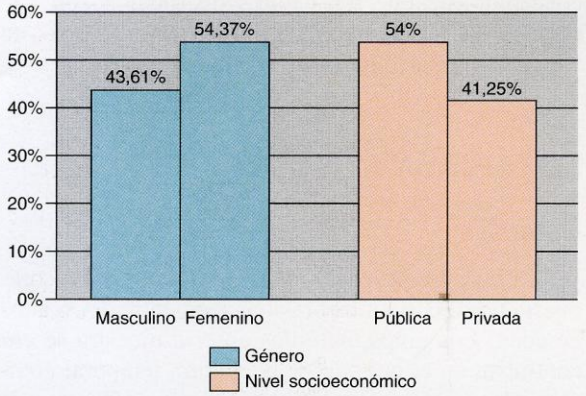


Figura 2. Distribución gráfica de los hábitos bucales de succión en los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal (en porcentaje), entre 3 y 6 años de edad, llevando en consideración el sexo y el nivel socioeconómico.

4). Las tablas 4 y 5 comprueban estadísticamente la frecuencia de los hábitos de succión para el sexo femenino y el nível socioeconómico más bajo. La bibliografía no es concluyente en relación a estos aspectos. Algunos autores encontraron mayor dependencia del hábito en las niñas[15,16,24,33], mientras que otros no encontraron relación entre el sexo y la frecuencia del hábito[4,13,25,35,48]. Algunos autores están de acuerdo que el hábito de succión y el chupete son más frecuentes en el grupo socioeconómico más bajo[7,11,17,50], mientras que otros no encontraron relación estadísticamente significativa entre estas variables[13,16] que observaron una frecuencia mayor en la clase socioeconómica más alta[12]. Como especulación, una probable explicación para la frecuencia de los hábitos en las escuelas públicas se refiere a la mayor preocupación de los padres en lo que atañe a la persistencia de los hábitos de succión en las clases socioeconómicas más privilegiadas.

En relación a las formas en que los hábitos se manifestaron, biberones y chupetes fueron los más difundidos, seguidos por el uso del dedo (fig. 5; tablas 6 y 7), independientemente del sexo y el nivel

Tabla 4. Distribución de los hábitos bucales de succión encontrados entre los 2.016 niños en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad, de acuerdo con el sexo

Hábitos bucales de succión	*Masculino*		*Femenino*		*Total*	
	(n)	*(%)*	*(n)*	*(%)*	*(n)*	*(%)*
Ausente	582	56,39	449	45,63	1.031	51,14
Presente	450	43,61	535	54,37	985	48,86
Total	1.032	100	984	100	2.016	100

$\chi^2 = 23,26$; $p < 0,001$.

Tabla 5. Distribución de los hábitos bucales de succión encontrados entre los 2.016 niños en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad, de acuerdo con la escuela, privada o pública (nivel socioeconómico)

Hábitos bucales de succión	*Masculino*		*Femenino*		*Total*	
	(n)	*(%)*	*(n)*	*(%)*	*(n)*	*(%)*
Ausente	473	58,75	558	46,07	1031	51,14
Presente	332	41,25	653	53,93	985	48,86
Total	805	100	1.211	100	2.016	100

$\chi^2 = 31,12$; $p < 0,001$.

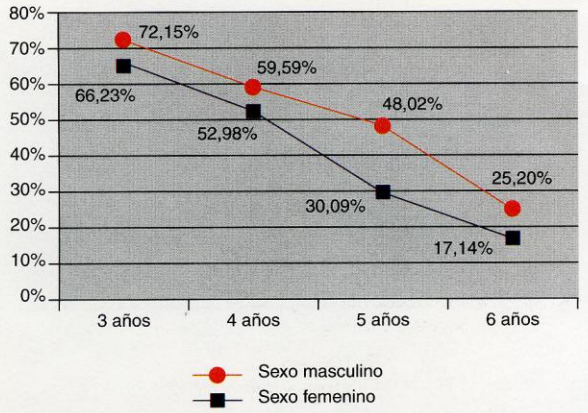


Figura 3. Evolución transversal de la presencia de los hábitos bucales de succión en los 2.016 niños estudiados en la fase de dentadura temporal, entre los 3 y 6 años de edad, de acuerdo con el sexo (en porcentaje).

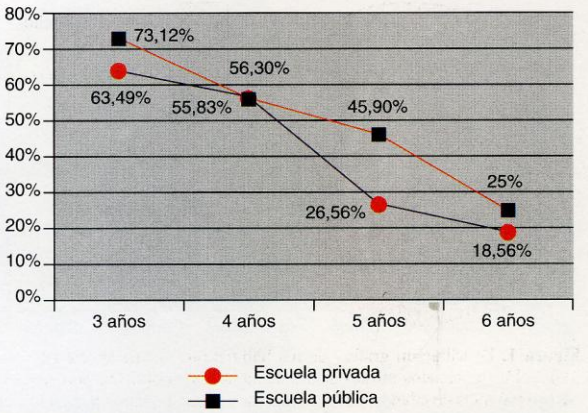


Figura 4. Evolución transversal de la presencia de hábitos bucales de succión en los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal, entre los 3 y 6 años de edad, de acuerdo con el nivel socioeconómico (en porcentaje).

socioeconómico. Este resultado puede ser considerado positivo, pues la experiencia clínica así como la revisión de la bibliografía[6,20,31,32,38,52] sugieren que es más fácil interrumpir en el niño el hábito de succión del biberón y chupete que la succión digital en la evolución natural. Por ejemplo, como otros autores[8,26], hemos estimulado la entrega del chupete ortodóncico para el recién nacido, cuando la dependencia de succión no nutritiva se manifesta con evidencia.

Un estudio reciente, realizado en la ciudad de Araraquara[10], reveló comportamientos semejantes al de Bauru, con un 31,5% de los niños con succión de chupete y un 11,7% con succión del dedo. Sin embargo, los niños chilenos hacen un uso más frecuente del dedo que del chupete[2] y muchos otros autores[6,16,31,32,38,39,49,52] encontraron mayor dependencia del chupete cuando se compara con el dedo entre niños en una fase de dentadura temporal. Un estudio reali-

Tabla 6. Distribución de los tipos de hábitos bucales de succión encontrados entre los 2.016 niños en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad, de acuerdo con el sexo

Hábitos bucales de succión	*Masculino (N = 1.032)*		*Femenino (N = 982)*		*Total (N = 2.016)*		χ^2	*P*
	(n)	*(%)*	*(n)*	*(%)*	*(n)*	*(%)*		
Dedo	78	7,55	118	12,01	196	9,72	11, 28	< 0,001
Chupete	263	25,48	321	32,68	584	28,95	12,47	< 0,001
Biberón	282	27,32	322	32,79	604	29,96	6,99	0,008
Labio	6	0,58	12	1,21	18	0,89	2,31	0,128 ns
Ausencia de hábitos	582	56,39	449	45,63	1.031	51,14	23,26	< 0,001

ns = no significativo.

Tabla 7. Distribución de los tipos de hábitos bucales de succión encontrados entre los 2.016 niños en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad, de acuerdo con la escuela, privada o pública (nivel socioeconómico)

Hábitos bucales de succión	*Particular (N = 805)*		*Femenino (N = 1.211)*		*Total (N = 2.016)*		χ^2	*P*
	(n)	*(%)*	*(n)*	*(%)*	*(n)*	*(%)*		
Dedo	78	7,55	118	12,01	196	9,72	11, 28	< 0,001
Dedo	39	4,84	157	12,96	196	9,72	36,32	< 0,001
Chupete	141	17,51	443	36,58	584	28,95	85,42	< 0,001
Biberón	265	32,91	339	27,99	604	29,96	5,59	0,018
Labio	4	0,49	14	1,15	18	0,89	2,37	0,123 ns
Ausencia de hábitos	473	58,75	558	46,07	1.031	51,14	31,12	< 0,001

ns = no significativo.

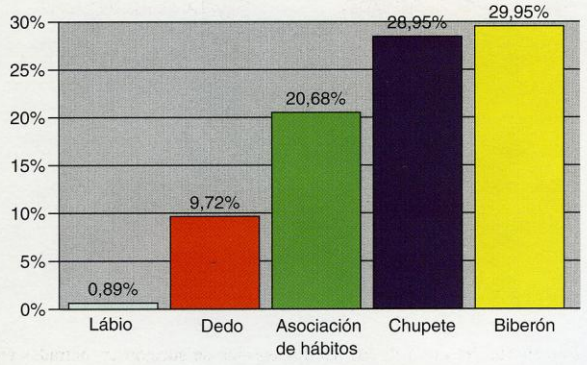


Figura 5. Distribución de los tipos de hábitos bucales de succión encontrados entre los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal (en porcentaje), entre 3 y 6 años de edad.

zado en Arabia mostró datos similares, con un 37,9% de hábitos de succión de chupete y un 10,46% de succión digital[13]. Una premisa que se encuentra en la bibliografía, está basada en los estudios epidemiológicos realizados en Escandinavia[24,32,38] y a la mayor dependencia del chupete en los últimos años. Larsson y cols.[24], en 1992 divulgaron el aumento de la dependencia de la succión del chupete desde el 45% de los niños nacidos en 1961 hasta el 70% de los niños nacidos en 1986 (fig. 6).

Un resultado esperado por la evolución natural se refiere a la dependencia progresivamente menor de los hábitos de succión con el aumento de la edad. Las figuras 3 y 4 revelan el comportamiento de los 2.016 niños bauruenses divididos por esta franja de edad. Estos gráficos dejan claro que con la edad, el apego a los hábitos de succión disminuye. La tendencia de la interrupción espontánea (sin intervención terapéutica) de los hábitos de succión traduce el comportamiento de la mayor parte de los niños. La bibliografía coincide con tal idea[16,24,31,54].

Hasta los primeros 6 meses de edad, por lo menos, todos los niños son succionadores no nutricionales[8], hasta la interrupción espontánea a partir de 3,8 años[51].

Que los hábitos causan daños en la oclusión no se discute. La presión crónica realizada por los hábitos de succión sobre el ambiente bucal acaba por alterar la morfologia de la arcada y las interarcadas, originando una maloclusión de dimensión dentoalveolar[16]. Las figuras 7-10 confirman este binomio «hábitos de succión y maloclusión», en los cuales se comprueban alteraciones morfológicas verticales y transversales en la relación interarcadas, asociadas o no. Los datos observados en la figura 7 expresan la frecuencia de la mordida abierta anterior en los niños con hábitos de succión. De los niños evaluados, el

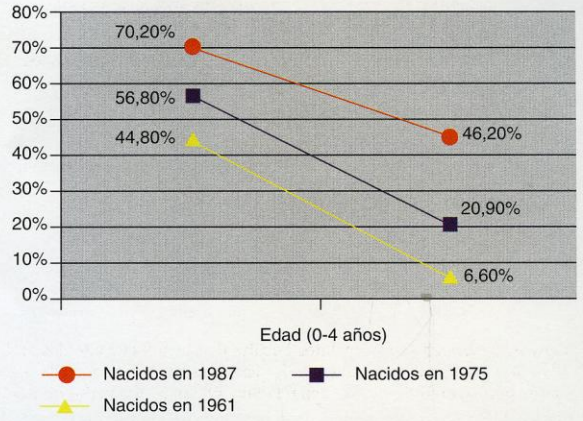


Figura 6. Dependencia del hábito de succión del chupete durante las últimas décadas en la región de Falköping (Suecia). Datos extraídos de Larsson y cols[24], 1992.

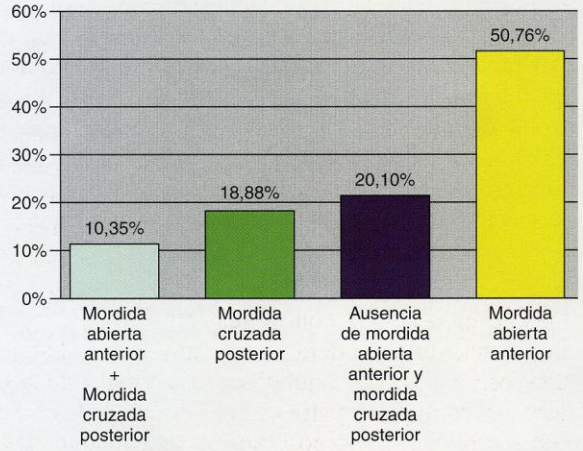


Figura 7. Distribución de los tipos de maloclusión y oclusión normal entre los 985 niños con hábitos bucales de succión evaluados en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad (en porcentaje).

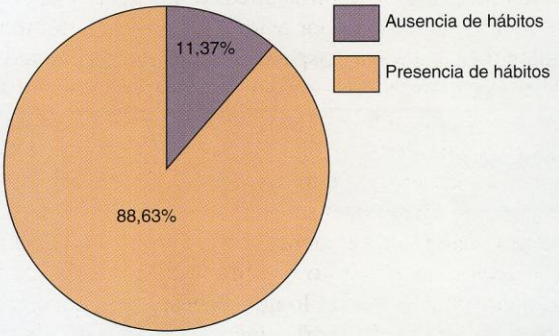


Figura 8. Presencia de los hábitos bucales de succión encontrados en los 564 niños con mordida abierta anterior evaluados en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad.

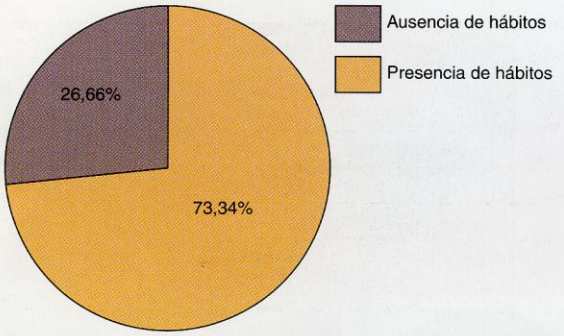


Figura 9. Presencia de los hábitos bucales de succión encontrados en los 141 niños con mordida abierta anterior asociada a mordida cruzada posterior evaluados en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad.

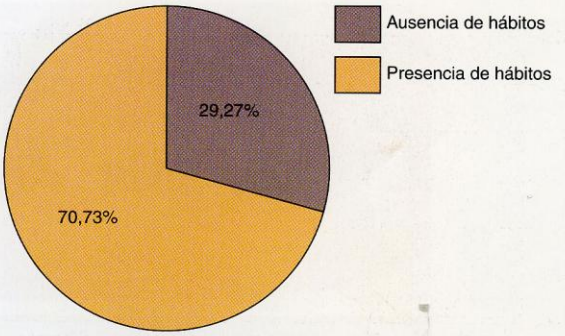


Figura 10. Presencia de los hábitos bucales de succión encontrados en los 263 niños con mordida cruzada posterior evaluados en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad.

50,76% exibió mordida abierta anterior, mientras que el 10,35% mostró mordida abierta anterior asociada a una mordida cruzada posterior. En total, más del 60% de los niños con hábitos de succión presentaron una mordida abierta anterior. La asociación entre mordida abierta anterior y hábitos de succión se ha comprobado por numerosos autores[1,4,6,13,14,34,35,40,49] y puede ser observada en las figuras 8 y 9.

La mordida cruzada posterior, reflejo de la compresión del arco dentario superior, también se manifestó con énfasis en los niños con hábitos de succión, de forma aislada (18,88%) o asociada a mordida abierta anterior (10,35%), totalizando casi el 30% de los niños (fig. 7). La mordida cruzada posterior también se ha asociado con la succión[19,22,27,31,35,36,40]. El fuerte vínculo entre deficiencia transversal y hábitos de succión puede ser aquí observado a partir de la figura 10, donde se registra que el 70,73% de los niños con mordida cruzada posterior en la dentadura temporal eran succionadores no nutricionales.

Por tanto, es cierto que los hábitos bucales de succión son considerados factores etiológicos de la maloclusión. Todo indica que a partir del carácter antisocial evocado, una de las justificaciones para esta intolerancia en los hábitos bucales de succión no nutricionales se explica por este binomio «succión-maloclusión», y en este aspecto, se encuentra acertado el adjetivo «deletéreo» ampliado a los hábitos bucales de succión, por aquellos que se preocupan con el desarrollo de la oclusión. Sin embargo, la maloclusión causada por los hábitos bucales de succión, por lo general, tiene un pronóstico favorable de tratamiento cuando no se cuenta con la posibilidad de autocorreción, si el hábito es eliminado antes de los 5 años de edad[5,39,42,43]. De lo que se desprende que, fundados en una razón morfológica, es necesario eliminar los hábitos de succión, que aunque realizable, es injustificable iniciar la interrupción de los hábitos mediante el empleo de dispositivos ortodóncicos antes de los 5 años de edad. Algunos dentistas, por ejemplo, demostraron su preocupación por suspender los hábitos ya a partir de 1[49], 2[31] y 3 a 4 años de edad[14]. No estamos de acuerdo y mucho menos adoptamos mecanoterapia ortodóncica antes de los 5 años de edad.

No es necesariamente el plazo de algunos años el que determina el pronóstico de corrección del desvio morfológico de la oclusión. Por esto, los hábitos bucales de succión pueden ser considerados deletéreos o perniciosos a partir de los 5 años de edad. Claro que, a partir de entonces, esta convivencia con los hábitos de succión da lugar al empeño legítimo en el tratamiento de la maloclusión y la corrección definitiva de los hábitos. Las bondades realizadas por estas mecánicas ortodóncicas incluyen la mecánica de tratamiento en la compresión del arco dentario superior, cuando está presente, seguido por la corrección de la mordida abierta anterior, en este orden, como se puede observar en la figura 11A-C.

Contrariamente al pronóstico de tratamiento favorable de la maloclusión ilustrada en la figura 11, la mordida abierta anterior, resultado de una alteración esquelética de la cara tiene un pronóstico de tratamiento sombrío. La mordida abierta anterior de las figuras 11 y 12 se produce por una dimensión puramente ortodóncica del desvio morfológico-compresión del arco dentario superior y mordida abierta anterior dentoalveolar con historia antigua vinculada a los hábitos de succión. La eliminación de los hábitos promueve remodelación dentoalveolar, con verticalización y extrusión de los incisivos[5,41,53]. Sin embargo, la divergencia de los planos cefalométricos horizontales explica la mordida abierta de las figura 13A-C, de carácter esquelético. Esta característica esquelética disminuye el alcance terapéutico de la ortodoncia convencional. La figura 13 introduce un panorama

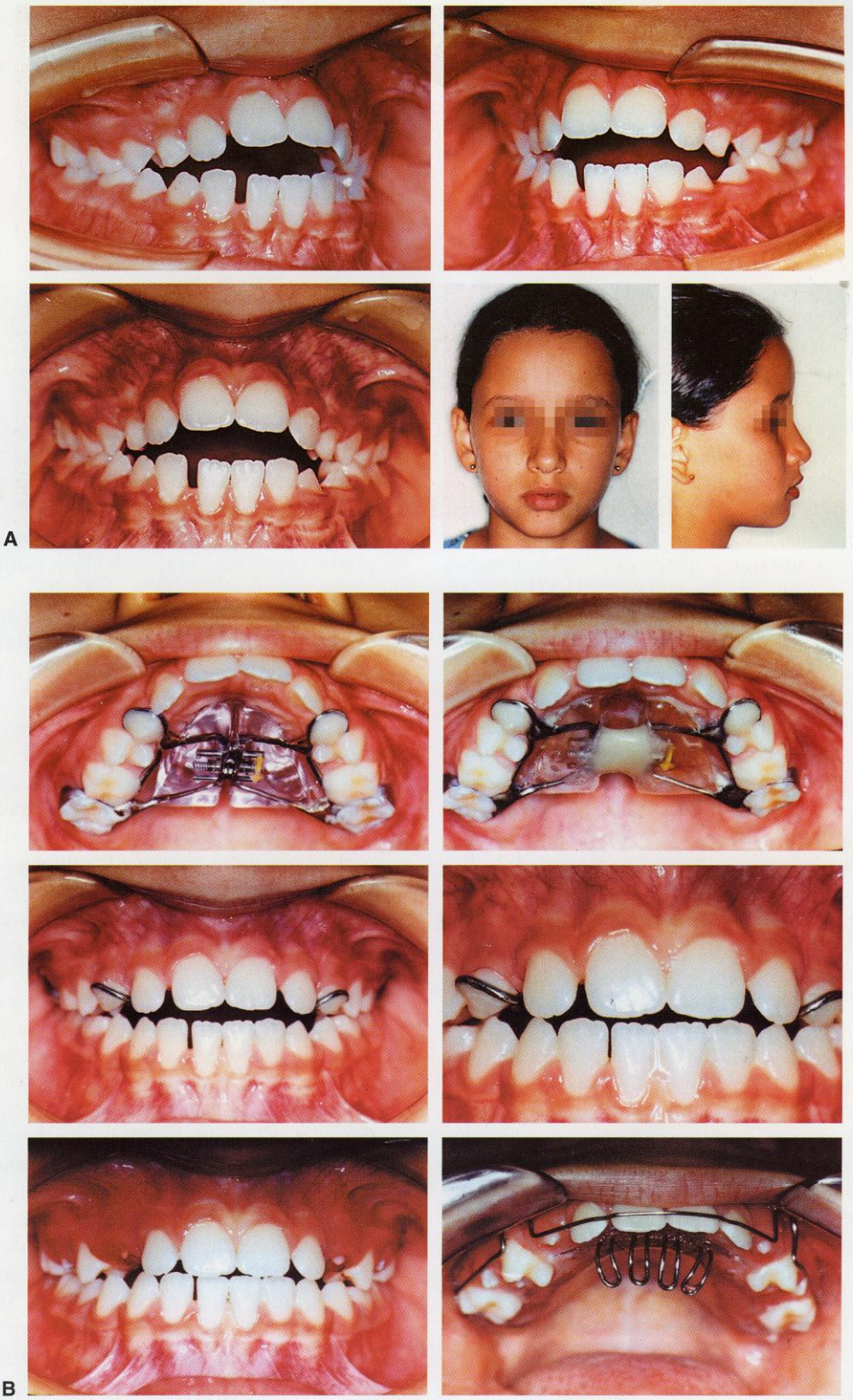
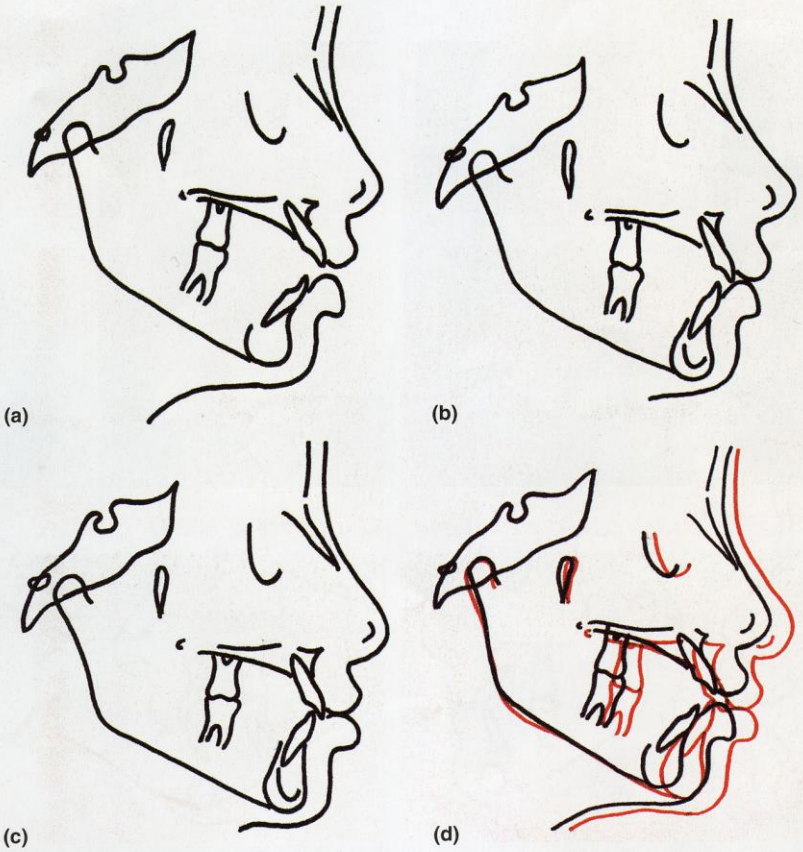


Figura 11. A: Mordida abierta anterior dentoalveolar en la dentadura mixta, asociada a la succión digital. B: Mecánica transversal en la corrección de la compresión del arco dentario superior y rejilla palatina removible para impedir el hábito de succión deletéreo.

C



D

Figura 11. C: Oclusión normal postratamiento. D: Trazados cefalométricos (a, b, c) y superposición cefalométrica pre y postratamiento ortodóncico (d) de la compresión del arco superior y la mordida abierta anterior.

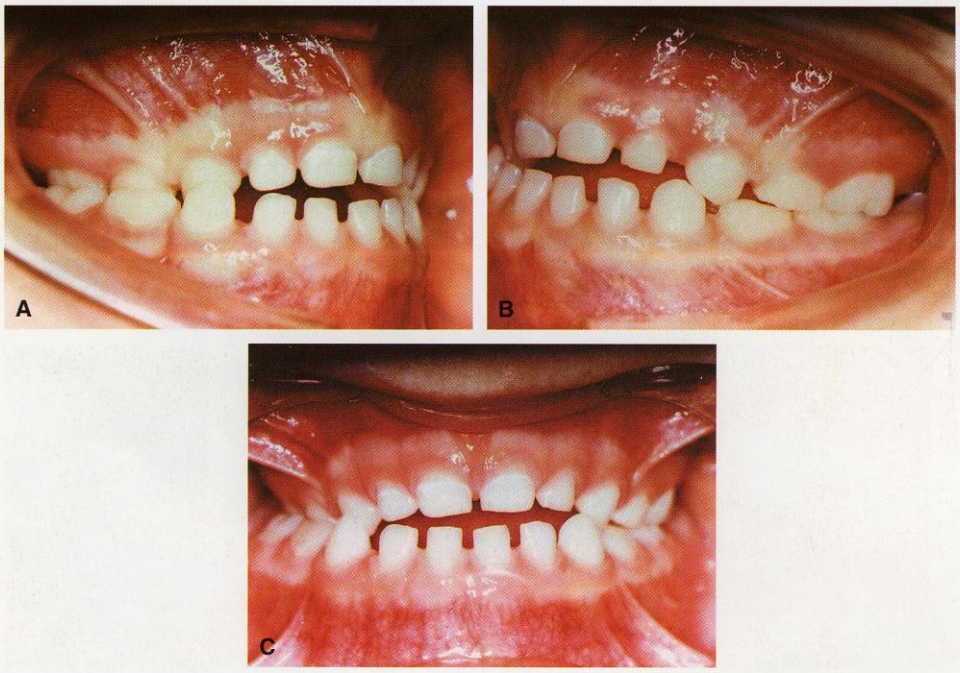


Figura 12. Maloclusión que involucra las dimensiones transversales y verticales en la dentadura temporal, vinculadas al hábito de succión del chupete.

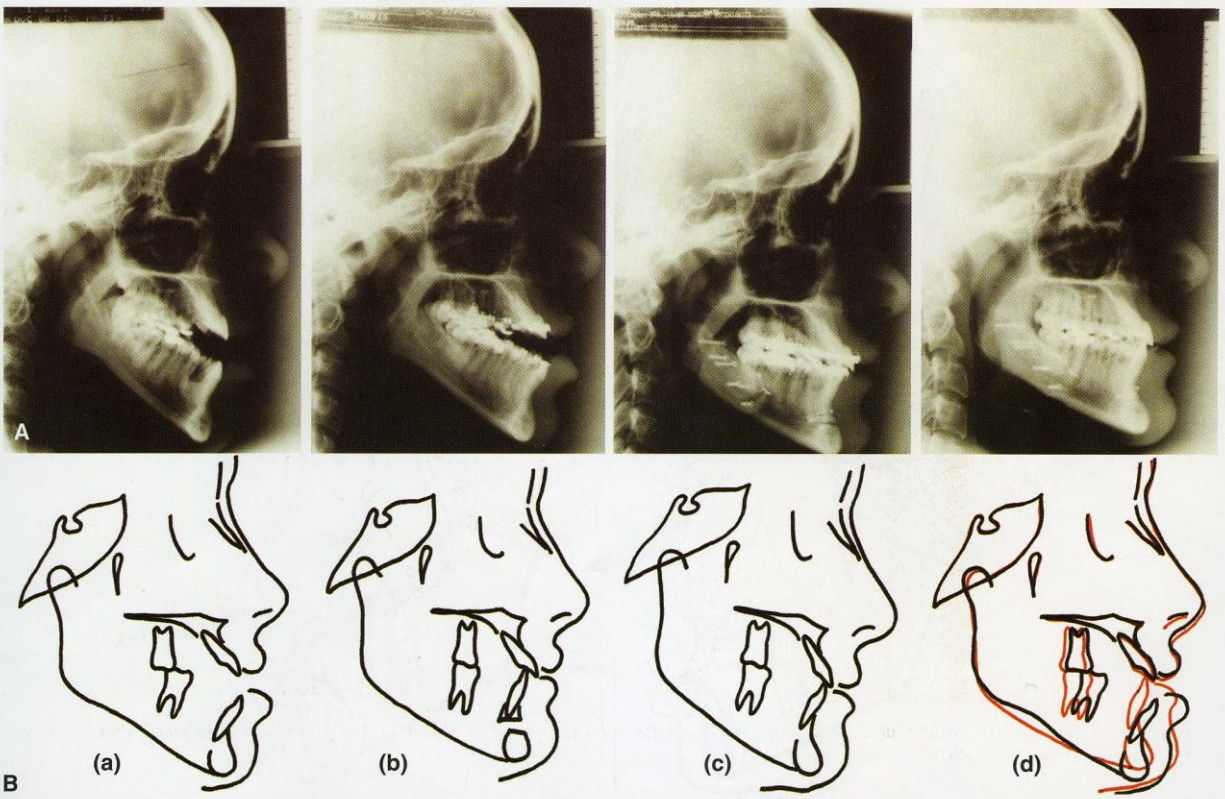


Figura 13. A: Diagnóstico (a), tratamiento ortodóncico (b) y quirúrgico (c), de la mordida abierta anterior de carácter esquelético. La corrección de la mordida abierta anterior (d) fue posible con el giro antihorario de la mandíbula. B: Trazados cefalométricos (a, b, c) y superposición cefalométrica pre y poscirugía ortognática (d), de la mordida abierta anterior de carácter esquelético.

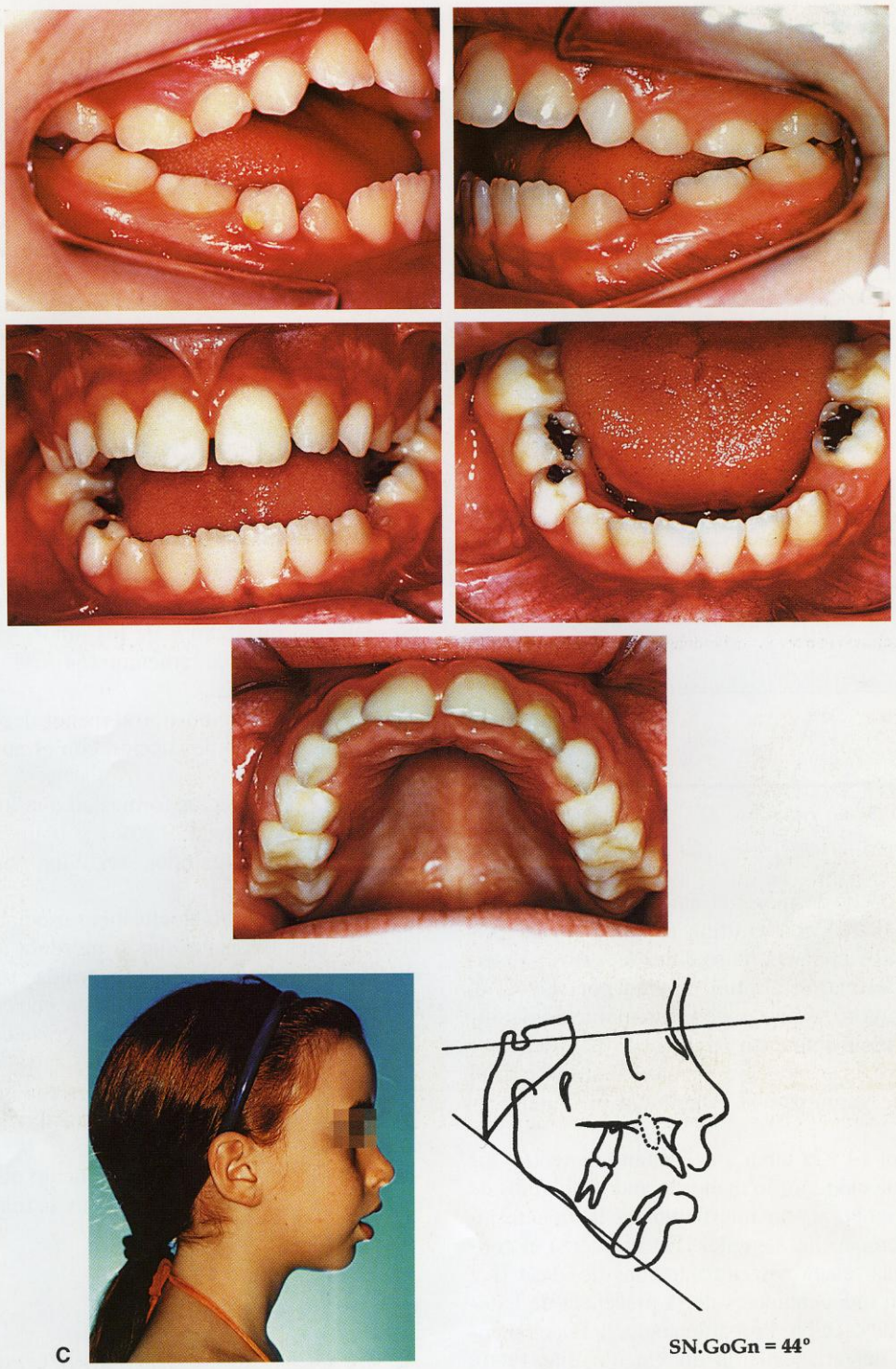


Figura 13. C: Mordida abierta anterior, de carácter esquelético, en la fase de dentadura mixta. Análisis facial y telerradiografía lateral. Pronóstico sombrío para el tratamiento ortodóncico.

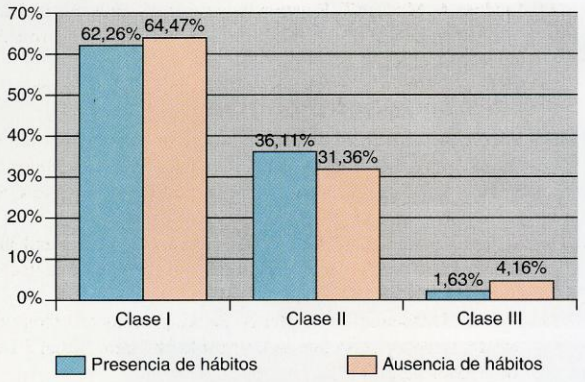


Figura 14. Relación sagital entre los arcos dentarios en 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal, 3 y 6 años de edad, en cuanto a la presencia o ausencia de los hábitos de succión (en porcentaje).

Tabla 8. Aplicación del test de la χ^2 para verificar la correlación entre los hábitos de succión y la relación sagital de clase II en los 2.016 niños evaluados en la fase de dentadura temporal, entre 3 y 6 años de edad

Hábitos bucales	*Clase II*	*Ausencia de clase II*	*Total*
	(n)	*(n)*	*(n)*
Presente	355	630	985
Ausente	324	707	1.031
Total	679	1.337	2.016

$\chi^2 = 0,10$; $p = 0,751$ no significativo.

de corrección de la mordida abierta anterior de carácter esquelético con cirurgía ortognática. Es evidente que las funciones musculares en estos pacientes huyen del patrón normal, motivo por el cual el tratamiento morfológico, independientemente del diferente abordaje impuesto (figs. 11 y 13), debe ser ampliado por la evaluación fonoarticulatoria con el propósito de garantizar la estabilidad postratamiento[47].

La figura 14 y la tabla 8 delimitan una teoría: los hábitos de succión, por lo menos cuando hablamos de dentadura temporal, no interfieren en la manifestación de discrepancias sagitales. Esto refuerza el concepto que las relaciones entre arcadas de clase II y clase III son independientes de la presencia de hábitos bucales de succión. Probablemente, la relación entre arcadas dentarias guarda un vínculo más fuerte con la genética que con los factores etiológicos ambientales. El presente estudio epidemiológico demuestra estadísticamente que los hábitos bucales de succión son incapaces de crear una relación sagital de clase II. Es evidente que hay una división de opiniones principalmente entre los legos, que creen que la maloclusión de clase II división 1.ª, es causada por la presencia de hábitos de succión, pero esa relación causa-efecto también fue sugerida en la bibliografía[2,14]. Fukuta y cols.[14] en 1996, sugieren que la succión digital puede provocar una relación sagital de clase II. Sin embargo, la metodología del referido autor[14], basada en el plano terminal de los segundos molares temporales, es contraria a esta muestra, inédita por considerar la llave de caninos como determinante en la relación sagital entre los arcos dentarios. Agurto y cols.[2] en 1999, encontraron, entre los niños con hábitos de succión, un 16% de relación sagital de clase II mediante el diagnóstico por la llave de caninos; sin embargo, no hicieron correlacción estadística entre las 2 variables: succión y maloclusión de clase II.

CONCLUSIONES

— Los hábitos bucales de succión estuvieron presentes en un 48,86% de los niños, y fueron más frecuentes en el sexo femenino (54,37%) y en las escuelas públicas (54%).

— Los niños demostraron menor dependencia de los hábitos bucales de succión con el aumento de la edad.

— En relación a las formas en que los hábitos se manifiestan, biberón (29,96%) y chupete (28,95%) fueron los más difundidos, seguidos por el uso del dedo (9,72%).

— De todas las maloclusiones asociadas a los hábitos, la más frecuente fue la mordida abierta anterior (50,76%), seguida por la mordida cruzada posterior (18,88%) y por la asociación entre la mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior (10,35%).

— Cerca del 20% de los niños con hábitos bucales de succión no mostraron alteraciones morfológicas verticales y/o transversales.

— No se encontró ningún vínculo etiológico entre los hábitos bucales de succión y la relación dentaria sagital de clase II.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C. Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24 to 59 month-old children. Pediatr Dent 1995;17:437-44.
2. Agurto PV, y cols. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev Chil Pediatr 1999;70:470-82.

3. Almeida RR, Fêo PS, Martins DR. Influência da fluoretação na prevalência de más oclusões. Estomat Cult 1970;4:35-42.
4. Baalak IB, Frisk AK. Finger sucking in children: a study of incidence and occlusal conditions. Acta Odontol Scand 1971;29: 499-512.
5. Boni CR, Veiga MCFA, Almeida RC. Comportamento da mordida aberta anterior após a remoção do hábito de sucção. J Bras Odontol 1997;2:35-40.
6. Bowden BD. A longitudinal study of digital and dummy sucking. Aust Dent J 1966;11:184-90.
7. Calisti LJP, Cohen MM, Fales MH. Correlation between malocclusion. Oral habits, and socioeconomic level of preschool children. J Dent Res 1960;39:450-4.
8. Cerny R. Thumb and finger sucking. Aust Dent J 1981;26:167-71.
9. Chandler TJ. Thumb-sucking in childhood as a cause of subsequent irregularity of the teeth. Dental Cosmos 1878;20:565-70.
10. Corona SAM, y cols. Prevalencia de hábitos bucais deletérios em pré-escolares. Odontol Clin 1996;6:45-9.
11. Fairclough MK, Cook PA. A study of the prevalence of the thumb and finger sucking. J Dent Res 1989;68;592, abstract, 268.
12. Fairclough MK, Cohen MM, Fales MH. Correlation between malocclusion, oral habits, and socio-economic level of preschool children. J Dent Res 1989;39:592, abstract 268.
13. Farsi NMA, Salama FS, Pedo C. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. Pediat Dent 1997;19:28-33.
14. Fukuta O, Braham RL, Yokoj K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger (digit) sucking. J Dent Child 1996; 63:403-7.
15. Hanna JC. Breast feeding versus bottle feeding in relation to oral habits. J Dent Child 1967;34:243-9.
16. Infante PF. An epidemiologic study of finger habits in preschool children, as related to malocclusion, socioeconomic status, race, sex and size of community. J Dent Child 1976;43: 33-8.
17. Jenkins PM, Feldman BS, Stirrups DR. The effect of social class and dental features on referrals for orthodontic advice and treatment. Br J Orthod 1984;11:185-8.
18. Kerosuo H. Occlusion in the primary and early mixed dentitions in a group of Tanzanian and Finish children. J Dent Child 1990;57:293-8.
19. Kohler L, Holst K. Malocclusion and sucking habits of four -years-old children. Acta Paediat Scand 1973;62:373-9.
20. Larsson E. Dummy and finger sucking habits with special attention to their significance for facial growth and occlusion. 1. Incidence study. Swed Dent J 1971;64:667-72.
21. Larsson E. Dummy and finger sucking habits with special attention to their significance for facial growth and occlusion. 4. Effects of facial growth and occlusion. Swed Dent J 1972;65: 605-34.
22. Larsson E. Prevalence of crossbite among children with prolonged dummy and finger sucking habit. Swed Dent J 1983;7: 115-9.
23. Larsson E, Dahlin K. The prevalence and the etiology of the initial dummy and finger-sucking habit. Am J Orthod 1985;87: 432-5.
24. Larsson E, Ögaard B, Lindsten R. Dummy and finger-sucking habits in young Swedish and Norwegian children. Scand J Dent Res 1992;100:292-5.
25. Levin GR, Kaye H. Non-nutritive sucking by human neonates. Child Develop 1964;35:749-58.
26. Lester M, Baer PN. The thumb, the pacifier, the erupting tooth and a beautiful smile. J Pedodont 1987;11:113-9.
27. Lindner A, Modeer T. Relation between sucking habits and dental characteristics in preschool children with unilateral crossbite. Scand J Dent Res 1989;97:278-83.
28. Martínez NP, Hunkler RJ. Managing digital habits in children. Int J Orthod 1986;24:33-45.
29. Martins JCR, y cols. Prevalência de má oclusão em pré-escolares de Araraquara: Relação da dentição decídua com hábitos bucais e nível sócio-econômico. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial 1998;3:35-43.
30. Melsen B, Stensgaard K, Pedersen J. Sucking habits and their influence on swallowing pattern and prevalence of malocclusion. Eur J Orthod 1979;1:271-80.
31. Modeer T, Odenrick L, Linder A. Sucking habits and their relation to posterior cross-bite in 4-year old children. Scand J Dent Res 1982;90:323-8.
32. Myllaerniemi S. Oral and dental state in Helsinki preschool children III. Prevalence of dummy and finger sucking habits. Proc Finn Dent Soc 1973;69:47-51.
33. Nanda RS, Khan I, Anand R. Effects of oral habits on the occlusion in preschool children. J Dent Child 1972;39:449-52.
34. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3 year - old children. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1994; 106:161-6.
35. Paunio P, Rautava P, Sillanpaa M. The finnishi family competence study. The effects of living conditions on sucking habits in 3- years old Finish children and association between these habits and dental occlusion. Acta Odontol Scand 1993;51:23-9.
36. Peters CF, Gavazzi JCC, Oliveira SF. Estudo da prevalência de mordidas cruzadas na dentadura decídua. Relação com hábitos de sucção. Rev Paul Odont 1986;3:38-43.
37. Popovich F. The prevalence of sucking habit and its relationship to malocclusion. Oral Hlth 1967;57:498-505.
38. Ravn JJ. The prevalence of dummy and finger sucking habits in Copenhagen children until the age of 3 years. Community Dent Oral Epidemiol 1974;2:312-22.
39. Ravn JJ. Sucking habits and occlusion in 3-year -old children. Scand. J. Dent Res 1976;84:204-9.
40. Serra Negra JMC, Pordeus IA, Rocha JF Jr. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. Rev Odont USP 1997;11:79-86.
41. Silva Filho OG, Chaves AS, Almeida RR. Efeitos terapêuticos suscitados pelo uso da grade palatina: um estudo cefalométrico. Rev Soc Paranaense Odontol 1995;1:9-15.
42. Silva Filho OG, Freitas SF, Cavassan AO. Hábitos de sucção - elementos passíveis de intervenção. Estomat Cult 1986;16:61-71.
43. Silva Filho OG, Freitas SF, Cavassan AO. Sucção digital - abordagem multidisciplinar: Ortodontia X Psicologia X Fonoaudiologia. Estomat Cult 1986;16:44-52.
44. Silva Filho OG, Gonçalves RMG, Maia FA. Suking habits: clinical management in dentistry. J Clin Pediat Dent 1991;15: 137-56.
45. Silva Filho OG, y cols. Epidemiologia da má oclusão na dentadura decídua. Ortodontia 2002;25:22-33.
46. Silva Filho OG, y cols. Prevalência de oclusão normal e má oclusão em escolares da cidade de Bauru (São Paulo). Rev Odont USP 1990;4:130-7.
47. Silva Filho OG, y cols. Recurso mioterápico como potencializador do efeito corretivo da grade palatina fixa. Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial 2001;6:67-75.
48. Shoaf HK. Prevalence and duration of thumb sucking in breast fed and bottle fed children. J Dent Child 1979;46:126-9.

49. Svedmyr B. Dummy sucking: a study of its prevalence, duration and malocclusion consequences. Swed Dent J 1979;3:205-10.
50. Taylor VJ, Cook PA. The prevalence of dummy sucking in two socio- economic groups in Leeds. J Dent Res 1989;68:567, abstract 72.
51. Traisman AS, Traisman HS. Thumb and finger-sucking: a study of 2650 infants and children. J Pediat 1958;52:566-72.
52. Vadiakas G, Oulis C, Berdouses E. Profile of non-nutritive sucking habits in relation to nursing behavior in pre-school children. J Clin Pediatr Dent 1998;22:133-6.
53. Villa NL, Cisneros GJ. Changes in the dentition secondary to palatal crib therapy in digit-suckers: a preliminary study. Pediat Dent 1997;19:323-6.
54. Warren JJ, y cols. Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: a longitudinal study. Pediat Dent 2000;22:187-91.
55. Zadic D, Stern N, Litner M. Thumb and pacifier sucking habits. Am J Orthod 1977;71:197-201.

Correspondencia:
OMAR GABRIEL DA SILVA FILHO
Setor de Ortodontia do HRAC-USP
Rua Silvio Marchione, 3-20
17043-900 Bauru-SP. Brasil
E-mail: ortoface@travelnet.com.br