

Frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 7 a 12 años de edad en un centro dental docente de Lima- Perú. Estudio Retrospectivo

Frequency of oral habits and dentoalveolar alterations in children from 7 to 12 years at a dental teaching healthcare in Lima- Perú. Retrospective study

Recibido: 12/01/2022
Aceptado: 17/05/2022

Nadia Paola Vicente Ramos
orcid 0000-0002-9880-5610

Especialista en Odontopediatría, Docente de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Miembro de la Sociedad Peruana de Odontopediatría, Lima Perú.

José Fernando Silva-Esteves Raffo
orcid 0001-6868-6772

Especialista en Ortodoncia, Docente de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Miembro de la Sociedad Peruana de Odontopediatría, Lima – Perú.

Roberto Antonio León-Manco
orcid 0000-0001-9641-1047

Especialista en salud pública estomatológica, Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia departamento de odontología social, Lima – Perú.

Citar como Vicente N, Silva-Esteves J, León R. Frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 7 a 12 años de edad en un centro dental docente de Lima- Perú. Estudio retrospectivo. *Odontol Pediatr* 2022;21 (1); 12 - 22.

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 7 a 12 años de edad.

Material y métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo; se revisaron las historias clínicas de ortodoncia de niños en edades de 7 a 12 años del servicio de odontopediatría del centro dental docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante el periodo 2015 - 2020.

Resultados: Se analizaron un total 149 historias clínicas, el 55,7% (n=83) pertenecieron al sexo femenino y 44,3% (n=66) al sexo masculino. El porcentaje de hábitos orales fue del 38,93%, presentándose la deglución atípica (21,48%), interposición labial (10,07%) y respiración bucal (8,72%). Dentro de las alteraciones dentoalveolares en el plano transversal se encontró mordida cruzada anterior (30,20%); en el plano vertical la mordida profunda (24,16%) y en el plano sagital, maloclusión clase I (57,72%), maloclusión clase II (23,49%) y maloclusión clase III (18,79%). Respecto a alteraciones dentoalveolares congénitas se encontró agenesia de pieza permanente (17,45%); y en otras alteraciones adquiridas, desviación de línea media (79,87%) y apiñamiento dental (77,86%).

Conclusión: La deglución atípica fue el hábito oral más frecuente. Dentro de las alteraciones dentoalveolares encontramos desviación de línea media, apiñamiento dental y maloclusión clase I. Según el orden de frecuencia.

Palabras clave: Hábitos, maloclusión, niños.

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the frequency of oral habits and dentoalveolar alterations in children from 7 to 12 years.

Materials and methods: The study is descriptive, cross-sectional and a retrospective study. Children's orthodontic medical records between 7 to 12 years were revised at the pediatric dentistry service of the Universidad Peruana Cayetano Heredia during the period 2015-2020.

Results: 149 dental records were reviewed, 55.7% (n = 83) female and 44.3% (n = 66) were male. The prevalence of oral habits was 38.93%, the most frequent habits were tongue thrusting (21.48%), lip sucking (10.07%) and mouth breathing (8.72%). Transverse anomalies such as anterior crossbite (30.20%), vertical anomalies like deep bite (24.16%) and sagittal anomalies, such as class I malocclusion (57.72%), class II malocclusion (23.49%) and class III malocclusion (18.79%) were found. The congenital dentoalveolar alterations found was, absent permanent tooth (17.45%); and in other acquired alterations, midline deviation (79.87%), and dental crowding (77.86%).

Conclusions: Tongue thrust is the most frequent oral habit. Other usual dentoalveolar anomalies are midline deviation, dental crowding and class I malocclusion.

Key words: Habits, malocclusion, children.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud cataloga a las maloclusiones como un problema de salud pública, ocupando el tercer lugar en la lista de prioridades en salud oral.

Las alteraciones dentoalveolares se presentan en los planos vertical, sagital y transversal las cuales influyen en el correcto desarrollo de estructuras dentales y craneofaciales que causan deformidades faciales, problemas funcionales y estéticos que

comprometen la calidad de vida del niño y el adolescente¹.

La etiología de las alteraciones dentoalveolares es multifactorial, derivan de causas genéticas, ambientales, y biológicas las cuales pueden ser adquiridos como en los hábitos orales nocivos². Actualmente la prevalencia de maloclusiones a nivel mundial es del 56%, registrándose un alto porcentaje en África con el 81% seguido de Europa con 72%,

América con una prevalencia del 53% y Asia con el 48%. En dentición mixta y permanente el porcentaje oscila entre el 10% al 97%¹⁻³.

Los hábitos orales son un factor de riesgo en el desarrollo de problemas de maloclusión, la gravedad de estos dependerá de la edad, frecuencia, intensidad y duración con que ocurren⁴. Se clasifican en funcionales y parafuncionales, los hábitos funcionales son el resultado de repetir una acción fisiológica normal como son: la respiración nasal, la masticación, la fonoarticulación y la deglución, mientras que los hábitos parafuncionales se adquieren al practicar una acción no funcional o innecesaria como, por ejemplo, succión digital, empuje de lengua o deglución atípica, onicofagia, bruxismo, respiración bucal y succión o interposición labial^{5,6}.

Los estudios reportan que la prevalencia de hábitos orales nocivos en dentición primaria es del 35%; en dentición mixta varía desde el 33% a 55% y son más frecuente en mujeres (65%)^{7,8}. La Asociación Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) reconoce que el bienestar de un niño o adolescente, se puede ver afectado por problemas de maloclusión y por hábitos orales nocivos, en consecuencia, alienta a los profesionales de la salud adoptar un enfoque individualizado de cada paciente, con el fin de diagnosticar, interceptar y brindar un tratamiento temprano, de esta manera, reducir la gravedad de la maloclusión o el tiempo de tratamiento en dentición permanente⁹.

El propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 7 a 12 años de edad del servicio de odontopediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante los años 2015-2020.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, la población muestral estuvo conformada por todas las historias clínicas de niños que recibieron tratamiento ortodóntico en el servicio de odontopediatría de la clínica dental docente UPCH, en el periodo de enero del 2015 a febrero del 2020 (n = 244). Dentro de los criterios de inclusión se consideraron todas las historias clínicas de ortodoncia de pacientes en edades de 7 a 12 años. Se excluyeron historias clínicas incompletas, historias clínicas sin firma de aceptación del docente responsable, historias clínicas de niños que no presenten los primeros molares e incisivos permanentes erupcionados, historias clínicas de niños con dentición primaria, así como también, historias clínicas sin radiografías panorámicas o pacientes que presentaban tratamiento ortodóntico previo.

La recolección se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de ortodoncia. Posteriormente, se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en el programa Microsoft Excel y se realizó el procesamiento y análisis de datos en el programa estadístico Stata 16.0. En el análisis univariado se aplicó la estadística descriptiva, frecuencia absoluta y frecuencia relativa de las variables, además se aplicó la prueba de chi-cuadrado para determinar significancia estadística en cuanto a edad y sexo.

El estudio fue aprobado por la Unidad Integrada de Gestión de Investigación, Ciencia y Tecnología de las Facultades de Medicina, de Estomatología y de Enfermería y con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) en el que se firmó un acuerdo de confidencialidad de datos de los pacientes.

RESULTADOS

En el presente estudio de un total de 244 historias clínicas, se incluyeron 149 historias de ortodoncia, de las cuales el 55.7% (n= 83) pertenecieron al sexo femenino y el 44.3% (n= 66) al sexo masculino, con una edad media de $8,18 \pm 1,02$ años. (Tabla N°1)

La presencia de hábitos orales tuvo un porcentaje del 38.93% (n=58), el hábito oral más frecuente fue deglución atípica con el 21.48% (n=32), seguido de interposición labial 10.07% (n=15), respiración bucal y onicofagia con 8.72% (n=13) cada uno. La mayor prevalencia de hábitos se encontró en el grupo de 7 a 9 años y en el sexo femenino sin significancia estadística (Tabla N° 1).

Según planos las alteraciones dentoalveolares se presentaron de la siguiente manera: en el plano transversal, se observó mayor frecuencia de mordida

cruzada anterior con 30.20% (n = 45); en el plano vertical, mordida profunda con 24.16% (n=36) y en el plano sagital, se encontró maloclusión clase I con el 57.72% (n=86), seguido de maloclusión clase II en un 23.49% (n=35), dividida en maloclusión clase II-1 con 22.15% (n=33) y maloclusión clase II-2 con 1.34% (n=2) y maloclusión clase III con 18.79% (n=28). En lo que respecta al overjet, se encontró una frecuencia mayor en el grupo de 3 a 6 mm con 37.58% (n=56). En cuanto a la edad hubo mayor prevalencia en el grupo de 7 a 9 años y en el sexo femenino sin mostrar diferencia estadísticamente significativa (Tabla N° 2).

En relación a alteraciones dentoalveolares congénitas, se presentó en mayor porcentaje pieza permanente ausente con un 17.45% (n= 26), no mostró diferencia estadísticamente significativa en edad y sexo (Tabla N° 3).

Tabla 1. Frecuencia de hábitos orales según sexo y edad en niños del servicio de odontopediatria de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 2015-2020

		Sexo						Edad					
		n	%	Femenino		Masculino		p*	7 a 9 años		10 a 12 años		p*
				n	%	n	%		n	%	n	%	
Hábitos orales	Si	58	38.93	34	58.62	24	41.38	0.567	49	84.48	9	15.52	0.208
	No	91	61.07	49	53.85	42	46.15		83	91.21	8	8.79	
Respiración bucal	Si	13	8.72	4	30.77	9	69.23	0.058	9	69.23	4	30.77	0.066
	No	136	91.28	79	58.09	57	41.91		123	90.44	13	9.56	
Succión digital	Si	10	6.71	7	70.00	3	30.00	0.346	8	80.00	2	20.00	0.376
	No	139	93.29	76	54.68	63	45.32		124	89.21	15	10.79	
Deglución atípica	Si	32	21.48	21	65.63	11	34.38	0.202	26	81.25	6	18.75	0.140
	No	117	78.52	62	52.99	55	47.01		106	90.6	11	9.4	
Interposición labial	Si	15	10.07	8	53.33	7	46.67	0.845	14	93.33	1	6.67	0.542
	No	134	89.93	75	55.97	59	44.03		118	88.06	16	11.94	
Onicofagia	Si	13	8.72	7	53.85	6	46.15	0.888	10	76.92	3	23.08	0.166
	No	136	91.28	76	55.88	60	44.12		122	89.71	14	10.29	
Total		149	100.00	83	55.7	66	44.3		132	88.59	17	11.41	

n: Frecuencia absoluta %: Frecuencia relativa p: Significancia estadística *Prueba de Chi-cuadrado

Tabla 2. Frecuencia de alteraciones dentoalveolares por plano transversal, vertical y sagital según sexo y edad en niños del servicio de odontopediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 2015-2020

Planos	n	%	Sexo				p*	Edad				p*		
			Femenino		Masculino			7 a 9 años		10 a 12 años				
			n	%	n	%		n	%	n	%			
Plano transversal	mordida cruzada no presenta	80	53.69	48	60.00	32	40.00	0.419	72	90.00	8	10.00	0.380	
	mordida cruzada superior	45	30.20	23	51.11	22	48.89		40	88.89	5	11.11		
	mordida cruzada inferior	11	7.38	7	63.64	4	36.36		8	72.73	3	27.27		
	ambas	13	8.72	5	38.46	8	61.54	12	92.31	1	7.69			
	mordida en tijera presenta	145	97.32	80	55.17	65	44.83	0.431	128	88.28	17	11.72		0.467
	mordida cruzada no presenta	4	2.68	3	75.00	1	25.00		4	100	0	0		
Plano vertical	mordida abierta no presenta	136	91.28	73	53.68	63	46.32	0.243	120	88.24	16	11.76	0.879	
	mordida abierta anterior	12	8.05	9	75.00	3	25.00		11	91.27	1	8.33		
	mordida cruzada posterior	1	0.67	1	100.00	0	0.00		1	100	0	0		
	ambas	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0	0	0			
	mordida profunda no presenta	113	75.84	63	55.75	50	44.25	0.983	101	89.38	12	10.62		0.591
	mordida profunda presenta	36	24.16	20	55.56	16	44.44		31	86.11	5	13.86		
Plano sagital	Clase I	86	57.72	49	56.98	37	43.02	0.136	79	91.86	7	8.14	0.070	
	Clase II - 1	33	22.15	21	63.64	12	36.36		25	75.76	8	24.24		
	Clase II - 2	2	1.34	2	100.00	0	0.00		2	100.00	0	0.00		
	Clase III	28	18.79	11	39.29	17	60.71		26	92.86	2	7.14		
Overjet	no registrable	9	6.04	4	44.44	5	55.56	0.453	9	100.00	0	0.00	0.071	
	3mm a menos	3	2.01	2	66.67	1	33.33		2	66.67	1	33.33		
	0 a -2 mmm	27	18.12	10	37.04	17	62.96		26	96.3	1	3.7		
	1mm a 2mm	31	20.81	19	61.29	12	62.96		29	93.55	2	6.45		
	3mm a 6mm	56	37.58	34	60.71	22	38.71		48	85.71	8	14.29		
	7mm a 9mm	17	11.41	10	58.82	7	41.18		12	70.59	5	29.41		
	10mm a más	6	4.03	4	66.67	2	33.33		6	100.00	0	0.00		
Total	149	100.00	83	55.7	66	44.3		136	88.59	17	11.41			

n: Frecuencia absoluta %: Frecuencia relativa p: Significancia estadística *Prueba de Chi-cuadrado

Finalmente, dentro de otras alteraciones dentoalveolares adquiridas, se encontró en mayor porcentaje desviación de línea media con el 79.87% (n = 119), más frecuente en el maxilar inferior con

el 56.38% (n= 84); seguido de apilamiento dental con el 77.86% (n = 116) y con mayor prevalencia en ambos maxilares con 45.64% (n = 68). (Tabla N° 4).

Tabla 3. Frecuencia de alteraciones dentoalveolares congénitas según sexo y edad en niños del servicio de odontopediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 2015-2020

Alteraciones dentoalveolares congénitas		n		%		Sexo				Edad				
						Femenino		Masculino		7 a 9 años		10 a 12 años		p*
						n	%	n	%	n	%	n	%	
Pieza permanentemente ausente	Si	123	82.55	71	57.72	52	42.28	0.281	110	89.43	13	10.57	0.483	
	No	26	17.45	12	46.15	14	53.85		22	84.42	4	15.38		
Frenillo labial	Si	144	96.64	81	56.25	63	43.75	0.472	127	88.19	17	11.81	0.414	
	No	5	3.36	2	40.00	3	60.00		5	100	0	0		
Anomalías dentarias de hueso y de tejido	Si	122	81.88	69	56.56	53	43.44	0.656	109	89.34	13	10.66	0.538	
	No	27	18.12	14	51.85	13	48.15		23	85.19	4	14.81		
Total		149	100.00	83	55.7	66	44.3		132	88.59	17	11.41		

n: Frecuencia absoluta %: Frecuencia relativa p: Significancia estadística *Prueba de Chi-cuadrado

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados en este estudio, encontramos que la frecuencia de hábitos orales en niños en edades de 7 a 12 años fue del 38.93%. Según los estudios de prevalencia revisados se reportan porcentajes bastante variables, que van desde un 13% a un 80%^{6,7,11,14,16,19,20,21}. El hábito oral más frecuente encontrado en nuestro estudio fue la deglución atípica (21.59%), similar a los estudios de Agrawal⁷, Jajoo¹¹ y Espinoza²², con valores del 39.6% al 58.8%; donde nos explican que este hábito se encuentra relacionado al periodo de dentición mixta, en el que se generan espacios interdentes, producto del recambio dentario y, en consecuencia, la lengua toma posición entre los dientes en erupción tratando de lograr un adecuado sellado durante la deglución²².

Como se observa, existe una amplia variación de porcentajes tanto en la prevalencia como en la distribución de hábitos orales en los distintos estudios; que puede estar relacionado a factores socioeconómicos, que generan un estrés físico o mental y favorecerían a la aparición de hábitos orales en las diferentes poblaciones¹¹. Dentro de las

alteraciones dentoalveolares en el plano transversal en nuestro estudio, encontramos que la mordida cruzada anterior se presentó con mayor frecuencia (30.2%), sin embargo, la literatura nos muestra un rango muy amplio de variabilidad entre el 5.2% al 80.6%^{15,22,16}. Según Lombardo y cols. Esto podría estar relacionado al impacto de tratamientos tempranos de ortodoncia interceptiva en dentición primaria y mixta realizados en países desarrollados¹. En el plano vertical, la alteración más frecuente encontrada en nuestra investigación fue la mordida profunda (24.16%), similar a otros estudios, con valores que oscilan entre el 16% al 31%^{1,10,13,22,26}. Lombardo y cols, explican que puede deberse a una oclusión inestable en niños en dentición mixta, por a la falta de crecimiento de la rama mandibular y la erupción incompleta de premolares y segundos molares permanentes; que por lo general este tipo de maloclusión tiende a disminuir o corregirse espontáneamente en la dentición permanente^{1,2}.

En el plano sagital, en nuestro estudio encontramos maloclusión clase I como la más frecuente (57.72%), seguido de maloclusión clase II (23.49%) y maloclusión clase III (18.79%); esto coincide con lo reportado en otros estudios en lo que respecta a

Tabla 4. Frecuencia de alteraciones dentoalveolares por plano transversal, vertical y sagital según sexo y edad en niños del servicio de odontopediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 2015-2020

Otras alteraciones adquiridas		Sexo						Edad					
		n	%	Femenino		Masculino		p*	7 a 9 años		10 a 12 años		p*
				n	%	n	%		n	%	n	%	
Pérdida prematura de pieza temporal	no presenta	117	78.52	64	54.70	53	45.30	0.637	105	89.74	12	10.26	0.397
	presenta	32	21.48	19	59.38	13	40.63		27	84.38	5	15.63	
Erupción ectópica de un diente	no presenta	108	72.48	63	58.33	45	41.67	0.294	96	88.89	12	11.11	0.853
	presenta	41	57.52	20	48.78	21	51.22		36	87.8	5	12.2	
Inclinación o rotación 1ª molar permanente	no presenta	100	67.11	53	53.00	47	47.00	0.342	88	88.00	12	12.00	0.746
	presenta	49	32.89	30	61.22	19	38.78		44	89.80	5	10.20	
Punto de contacto prematuro	no presenta	140	93.96	78	55.71	62	44.29	0.993	125	89.29	15	10.71	0.293
	presenta	9	6.04	5	55.56	4	44.44		7	77.78	2	22.22	
Desviación de línea media	no presenta	30	20.13	19	63.33	11	36.67	0.74	26	86.67	4	13.33	0.786
	desviación línea superior	17	11.41	8	47.06	9	52.94		14	82.35	3	17.65	
	desviación línea inferior	84	56.34	46	54.76	38	45.24		76	90.48	8	9.52	
	ambas	18	12.08	10	55.56	8	44.44		16	88.89	2	11.11	
Apiñamiento dental	no presenta	33	22.15	16	48.48	17	51.52	0.577	28	84.85	5	15.15	0.807
	apiñamiento maxilar superior	15	10.07	8	53.33	7	46.67		14	93.33	1	6.67	
	apiñamiento maxilar inferior	33	22.15	17	51.52	16	48.48		30	90.91	3	9.09	
	ambas	68	45.64	42	61.76	26	38.24		60	88.24	8	11.76	
Total		149	100.00	83	55.7	66	44.3		132	88.59	17	11.41	

n: Frecuencia absoluta %: Frecuencia relativa p: Significancia estadística *Prueba de Chi-cuadrado

distribución, pero en diferentes porcentajes. Según los estudios de prevalencia revisados, la maloclusión clase I presenta valores que van desde el 42% al 72%,^{1,2,10,26}. Lin y cols. Indican que en la población china los valores más altos registrados, están asociados al alto consumo de azúcares refinados, caries interproximal y déficit de higiene oral, con la consecuente pérdida prematura de dientes primarios y la erupción temprana de piezas permanentes, estableciéndose así este tipo de maloclusión².

En lo que respecta a maloclusión clase II, según otros estudios se presentó en un rango de 9% al 32%, con un mayor porcentaje de maloclusión clase II- 1 similar a lo encontrado en nuestra investigación. por último, maloclusión clase III con valores del 3% al 19.9%^{1,2,10,27}, en la mayoría de investigaciones se registran porcentajes bajos de este tipo de maloclusión. Sin embargo, Lin y cols. En su revisión sistemática y metanálisis realizada en niños en dentición mixta, destacan el papel de la genética y encontraron que en la raza asiática la prevalencia

de maloclusión clase III fue del 19.9%, similar al porcentaje obtenido en nuestro estudio, y esto es debido principalmente a una deficiencia del desarrollo maxilar más que al prognatismo mandibular².

La alteración dentoalveolar congénita más frecuente encontrada fue agenesia de pieza permanente con el 17.45%, lo que difiere con el estudio de Rapeepattana y cols. quienes reportaron un porcentaje del 1.5%³. Al respecto no tenemos mucha evidencia que identifique factores biológicos, debido a que en la mayoría de estudios solo se realizó una evaluación clínica sin incluir radiografías panorámicas o tomografías para un diagnóstico más preciso.

Con respecto a otras alteraciones adquiridas, en primer lugar, resalta la desviación de línea media con un 79.87% con predominio de línea media inferior (56.38%), otros estudios muestran valores más bajos (27% al 35%)^{1,27}. En segundo lugar, encontramos apiñamiento dental también con un alto porcentaje 77.86%.

En comparación con otras investigaciones se reportan porcentajes más bajos del 16% al 28%^{1,2,16,27}. Según Rapeepattana y cols. Explican que el apiñamiento dental se encuentra asociado al desarrollo de caries interproximal³. Sin embargo, Lin y cols. Nos dicen que el apiñamiento en dentición mixta puede ser transitorio ya que los molares primarios son reemplazados por premolares permanentes de menor diámetro mesiodistal, que generalmente resulta en espacios fisiológicos y la consecuente mejora en la alineación de los dientes².

Con respecto a la edad tanto en nuestro estudio como en otros se observa una mayor prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en el grupo de 7 a 9 años^{7,11,14,21,27}. Según Agrawal y cols. encontraron una correlación positiva entre hábitos

orales y dentición mixta inherente a este grupo etáreo⁷. Adicional a esto Garde y cols. Indican a su vez, que los hábitos orales muestran una disminución después de esta edad, debido principalmente a la presión social de grupo ejercida por los mismos niños, a excepción de la deglución atípica que es el único hábito que persiste^{11,14,21}.

En relación al género en nuestra investigación el mayor predominio de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares fue en el sexo femenino, pero sin mostrar diferencia estadísticamente significativa, similar a varios estudios revisados^{7,14,16,27}. Sin embargo Garde y cols. si encontraron resultados estadísticamente significativos para el sexo femenino.

Y nos explican que, estos hábitos orales, pueden ser el resultado de la presión social a la que las niñas están sometidas; así como también la imagen corporal, los cambios hormonales y factores psicológicos y emocionales propios de esta edad.^{18,21} Lo que no concuerda con del hábito de respiración bucal, donde se encontró una mayor prevalencia para el sexo masculino^{7,11,12,19}.

Motta y cols. En su estudio, evaluaron el género como factor de riesgo para el desarrollo de hábitos orales, y encontraron que el sexo masculino es más proclive a desarrollar el hábito de respiración bucal y sugieren que está asociado a enfermedades obstructivas de vías aéreas altas más comunes en varones. Además, del desarrollo de otros hábitos orales en edades tempranas como el uso de chupón, succión digital, chupar o morder objetos¹².

En lo concerniente a alteraciones dentoalveolares Lin y cols. En China, afirman que el sexo masculino tiene una prevalencia ligeramente mayor en cuanto a maloclusiones, este hallazgo puede atribuirse a las

altas tasas de obesidad y sobrepeso en varones y se ha demostrado que la obesidad es un factor de riesgo para generar maloclusiones. Adicionalmente, El dimorfismo sexual en la madurez esquelética, los picos de crecimiento se producen a edades más tempranas en el sexo femenino; por lo tanto, pueden influir en la prevalencia de maloclusiones en dentición mixta en el sexo masculino².

CONCLUSIONES

La frecuencia de hábitos orales nocivos en la población estudiada fue del 38.93%; la deglución atípica fue el hábito más común y el hábito de respiración bucal fue el más frecuente en el sexo masculino.

En el plano transversal, la mordida cruzada anterior es la alteración dentoalveolar más frecuente, en el plano vertical, la mordida profunda y en el plano sagital, la maloclusión clase I.

Con respecto a alteraciones dentoalveolares la más frecuente fue la agenesia de pieza permanente y, en segundo lugar, la desviación de la línea media. Las alteraciones dentoalveolares y hábitos orales se encontraron en mayor prevalencia en el grupo de 7 a 9 años y en el sexo femenino sin mostrar diferencia estadísticamente significativa.

REFERENCIAS

1. Lombardo G, et al. Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Paediatr Dent.* 2020; 21(2):115-122.
2. Lin M, Xie C, Yang H, Wu C, Ren A. Prevalence of malocclusion in Chinese schoolchildren from 1991 to 2018: a systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent.* 2020; 30(2):144-155.
3. Rapeepattana S, Thearmontree A, Suntonlohanakul S. Etiology of Malocclusion and Dominant Orthodontic Problems in Mixed Dentition: A Cross-sectional Study in a Group of Thai Children Aged 8-9 Years. *J Int Soc. Prev Community Dent.* 2019; 9(4):383-389.
4. Feres M, Abreu L, Insabralde N, de Almeida M, Flores-Mir C. Effectiveness of open bite correction when managing deleterious oral habits in growing children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Orthod.* 2017; 39(1):31-42.
5. Vellini F. *Ortodoncia Diagnóstico y Planificación Clínica.* 2a Edición. Brasil: Editorial Artes Médicas LTDA; 2004.
6. Bosnjak A, Vučićević-Boras V, Miletić I, Božić D, Vukelja M. Incidence of oral habits in children with mixed dentition. *J Oral Rehabil.* 2002; 29(9):902-907.
7. Agrawal S, Dali M, Bhagat T, Koirala B, Shrestha S, Niraula S. Prevalence of Oral Habits of Schoolchildren in the Mixed Dentition in Dharan, Nepal. *J Dent Child (Chic).* 2019; 86(2):88-92.
8. Paolantonio E, Ludovici N, Saccomanno S, La Torre G, Grippaudo C. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion in Italian preschoolers. *Eur J Paediatr Dent.* 2019; 20(3):204-208.
9. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Policy on oral habits. *Pediatr Dent.* 2008; 30(7):51-52.
10. Maged A, Halboub E, Fayed M, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. *Dental Press J. Orthod.* 2018; 23(6): 40-50.
11. Jajoo S, Chunawala Y, Bijle M, Shah R, Amol Y, Gaonkar N. Oral habits in school going children of Pune: A prevalence study. *J Int Oral Health.* 2015; 7(10):96-101.
12. Motta L, et al. Gender as risk factor for mouth breathing and other harmful oral habits in preschoolers. *Braz. J. Oral Sci.* 2015; 11(3):377-80.
13. Traebert E, Zanini F, Nunes R, Traebert J. Nutritional and non-nutritional habits and occurrence of malocclusions in the mixed dentition. *An Acad Bras Cienc.* 2020; 92(1):54-61.
14. De Melo A, De Oliveira J, Flach L, Lenza M, Ferrante S, De Góis N. Ocorrência de mordida aberta anterior e hábitos bucais deletérios em crianças com 4 a 12 años de idade. *Rev. Clin Ortod Dental Press.* 2011; 10(4):58-62.
15. Mutlu E, Parlak B, Kuru S, Oztas E, Pinar-Erdem A, Sepet E. Evaluation of Crossbites in Relation with Dental Arch Widths, Occlusion Type, Nutritive and Non-nutritive Sucking Habits and Respiratory Factors in the Early Mixed Dentition. *Oral Health Prev Dent.* 2019; 17(5):447-455.
16. Kolawole K, Folayan M, Agbaje H, Oyedele T, Onyejaka N, Oziegbe E. Oral habits and malocclusion in children resident in Ile-Ife Nigeria. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2019; 20(3):257-265.
17. Machado S, Manzanares M, Ferreira J, Ferreira J, Abreu P, Ustrell J. A Sample of Non-Nutritive Sucking Habits Pacifier and Digit in Portuguese Children and Its Relation with the Molar Classes of Angle. *J Clin Exp Dent.* 2018; 1:1-12.
18. Leme M, Barbosa T, Castelo P, Gavião M. Associations between psychological factors and the presence of deleterious oral habits in children and adolescents. *J Clin Pediatr Dent.* 2014; 38(4):313-317.
19. Dhull K, Verma T, Dutta B. Prevalence of Deleterious Oral Habits among 3- to 5-year-old Preschool Children in Bhubaneswar Odisha, India. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018; 11(3):210-213.
20. Chour R, Pali S, Chour G, Kenchappannavar S, Parameshwarappa P. Assessment of various deleterious oral habits and its effects on primary dentition among 3-5 years old children in Davangere city. *J Pediatr Dent.* 2014; 2:37-43.
21. Garde J, Suryavanshi R, Jawale B, Deshmukh V, Dadhe D, Suryavanshi M. An epidemiological study to know the prevalence of deleterious oral habits among 6 to 12 years old children. *J Int Oral Health.* 2014; 6(1):39-43.
22. Espinoza S. Prevalencia de hábitos orales y alteraciones dentoalveolares en niños de 6 a 12 años atendidos en la clínica docente UPC en el año 2011 -2014. [Tesis]. Lima: Universidad Privada de Ciencias Aplicadas; 2016.

23. Silva L, Vedovello S, Vedovello F, Meneghin M, Ambrosano B, Degan V. Anxiety and oral habits as factors associated with malocclusion. *Cranio*. 2019;1-5.
24. Proffit W. *Ortodoncia contemporánea*. 4a edición. Madrid: Elsevier; 2008.
25. Grippaudo C, Paolantonio E, Antonini G, Saule R, La Torre R, Deli R. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2016; 36 (5): 386-394.
26. Alajlan S, Alsaleh M, Alshammari A, Alharbi S, Alshammari A, Alshammari R. The prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need of school children in Northern Saudi Arabia. *J Orthod Sci*. 2019; 23 (5): 8-10.
27. Montiel J. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Rev Adm*. 2004; 61(6):209-214.