

## CLÍNICA ESTOMATOLOGICA DOCENTE CIEGO DE ÁVILA

### **Alteraciones clínicas bucales en niños con habito de succion digital. Oral clinical alteration in children with digital suction habit.**

Loris M Vázquez Amoroso(1), Solangel González Luna(2), Loris Antelo Vázquez (3)

#### **RESUMEN**

Se realiza un estudio epidemiológico descriptivo transversal, en un universo de 608 niños de ambos sexos, comprendidos entre 6 y 11 años de edad, de la escuela Augusto César Sandino del municipio Ciego de Ávila, durante el curso 2004-2005, con la finalidad de revelar las principales alteraciones bucales que presentan los niños con hábito de succión digital, a modo, de contribuir al perfeccionamiento de la intervención preventiva y curativa. Para la recogida de la información se utilizó la observación directa y la técnica de entrevista estandarizada para la identificación de la presencia de dicho hábito y de las alteraciones bucales. Los resultados pusieron de manifiesto que del total de niños portadores del hábito de succión digital el 75.4% presentaron maloclusiones; evidenciándose entre las alteraciones clínicas bucales más frecuentes la vestibuloversión de incisivos superiores y la mordida abierta anterior.

Palabras clave: Alteraciones bucales, Succión digital, maloclusión.

1 Especialista de 1er Grado en Ortodoncia y profesor instructor. Clínica Estomatológica Docente Ciego de Ávila.

2. Especialista de 1er Grado en Estomatología general Integral Clínica Estomatológica Docente Ciego de Ávila.

3. Estudiante de 4to año de Estomatología. Facultad de Ciencias Médicas Ciego de Ávila.

#### **INTRODUCCIÓN**

La succión digital consiste en la introducción de uno o varios dedos de una de las manos del niño en la cavidad bucal, generalmente el pulgar, cuyo pulpejo apoya sobre la bóveda palatina, el proceso alveolar y la cara palatina de los incisivos superiores, su dorso permanece en contacto con la lengua que la presiona durante la succión y refuerza la acción deformante de éste. Cuando el niño se introduce el dedo en la boca ambas arcadas permanecen separadas y la presión que ejerce la mano fuerza la mandíbula en sentido posterior. (1). Esta presión generalmente puede ocasionar una deformación del maxilar superior caracterizada por la profundidad del paladar, mordida abierta, mordida cruzada posterior, retrusión mandibular, proinclinación de los dientes anteriores superiores y retroinclinación de los dientes anteriores inferiores. (2)

La succión digital en niños ha sido motivo de estudio de psicólogos, psiquiatras y odontólogos por más de un siglo, aunque hay discrepancia en cuanto a su etiología y tratamiento. (3)

La etiología del hábito de succión digital es controvertida, algunos consideran a los hábitos como causa de una insuficiente satisfacción alimentaria en la primera infancia. (4), otros lo consideran como una repetición de un comportamiento aprendido. (3)

Algunos autores (5) coinciden que la gravedad y el tipo de anomalías producidas por este hábito está relacionado con una triada: frecuencia, intensidad y duración de estos hábitos, reconocidos por Graber como tridente de factores.

En nuestros días se está identificando un nuevo fenotipo de perturbación dental del desarrollo (maloclusiones), que apoya las evidencias de que los mecanismos genéticos están presentes. Sin embargo es más conocido entre los profesionales el efecto de determinados factores sobre el desarrollo craneofacial, principalmente los que actúan en la época postnatal, como son los agentes físicos de origen dentario y los hábitos bucales deformantes tales como el empuje lingual y la succión digital. (6, 7)

Existe una relativa contribución genética y del medio ambiente en la etiología de las maloclusiones y este tema ha sido un factor de controversias a todo lo largo del siglo XX. Los mecanismos genéticos son claramente predominantes durante la morfogénesis embriológica craneofacial, pero el medio ambiente tiene influencia en la morfología dentofacial post-natal, particularmente durante el crecimiento facial (8).

La etiología de las maloclusiones son difíciles de establecer, puesto que ésta es de origen "multifactorial"; sin embargo, actualmente se sabe que está determinada por dos factores: "herencia" y "ambiente", y que de la interacción recíproca de éstos, dependerá el desarrollo de una maloclusión. (9)

El diagnóstico de este hábito es fácil, porque es referido por los padres y pacientes durante el interrogatorio. (1).

No todos los succionadores digitales presentan maloclusiones, pero si la gran mayoría de ellos manifiestan alteraciones de la oclusión y necesitan tratamientos ortodónticos.

Algunos autores sostienen que entre los 3 y 4 años de edad, el 45% de los niños se succionan uno o varios dedos. Además exponen que esto se manifiesta en el 13,6% de los niños de 6 años, y va disminuyendo hasta el 5,9% a los 11 años, excepcionalmente está presente después de los 15 años (1).

Aunque la mayoría de los niños que comienzan a chuparse el pulgar interrumpen esta costumbre hacia los 2.5 - 3 años, en algunos casos este hábito permanece hasta edades entre los 6 y 12 años. (10)

A pesar de la importancia que tienen las anomalías producidas por el hábito de succión digital, en el contexto de Ciego de Ávila en la actualidad, no se cuenta con la información suficiente sobre las principales alteraciones bucales que se manifiestan en los niños que presentan maloclusiones portadores del referido hábito; lo que limita la acción estratégica en las áreas de salud; por tanto, atendiendo dicha problemática se establece el siguiente objetivo: Determinar las alteraciones clínicas bucales más frecuentes en los niños con hábito de succión digital de la escuela primaria Augusto César Sandino del municipio de Ciego de Ávila; con la finalidad de mejorar la intervención en el universo objeto de estudio.

Para la realización de este trabajo se ejecutó un estudio epidemiológico de corte transversal descriptivo que se llevo a cabo en la escuela primaria Augusto César Sandino del municipio Ciego de Ávila, durante el curso escolar 2004-2005. Para la realización del mismo, se obtuvo la autorización de la dirección del centro, así como la distribución de la matrícula.

El universo objeto de estudio estuvo representado por los 608 niños matriculados de ambos sexos en las edades comprendidas entre 6 y 11 años.

Para la recogida de la información se utilizó la observación directa y los datos fueron procesados y analizados en formulario establecido al efecto,

Las alteraciones clínicas bucales en los niños con hábitos de succión digital fueron determinadas mediante el examen facial y bucal, observando las arcadas por separado y en oclusión céntrica.

En cuanto a la valoración estadística, se realizó el análisis porcentual, las distribuciones de frecuencia se valoraron de forma descriptiva. En las tablas de salidas de dos entradas en que se establecen relaciones o comparaciones se utilizó el test de Chi cuadrado ( $X^2$  con un 95% de certeza) para establecer la significación estadística.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presencia del hábito de succión digital, se encontró en un 20,7 del total de niños estudiados, o sea, en 126 casos, mientras que el conjunto de otros hábitos se manifestó en el 23.5% de los menores. (Ver tabla N° 1)

Estudio realizado por Fernández Torres refleja la presencia del hábito de succión digital en un 15,26 % de casos; en una muestra de 270 niños entre los 6 y los 11 años de edad (11).

Otra investigación realizada en México a una población de niños de 5 a 13 años demostró la presencia del hábito de succión digital en un 10% de los 200 estudiados (12). Además por otra parte Pamela Agurto V. (13) observó que de un total de 1878 casos de niños encuestados, entre 3 y 6 años de edad, el hábito más frecuente era el de succión digital con un comportamiento del

62%. Indudablemente tanto este resultado como los citados están enmarcados en un universo objeto de estudio determinado.

Respecto al hábito de succión digital y la oclusión según la edad. Se observó en esta relación que de un total de 126 niños con este hábito, 95 presentaron maloclusiones, lo cual representa un 75,4 % y 31 niños presentan oclusión compensada para un 24,6 %. Las edades de mayor prevalencia de maloclusión fueron las comprendidas de 7 a 9 años. (Ver tabla N° 2)

Al aplicar el Test de Chi cuadrado en el análisis estadístico los resultados fueron significativos. Mostrando que la oclusión compensada y la maloclusión son independientes de la edad, para niños con hábito de succión digital.

Sin embargo, en los niños con succión digital se presentan el fenómeno de la maloclusión en proporción de 3:1 con respecto a los que presentan oclusión compensada; es decir, del total de niños con hábitos de succión, se encuentran 3 con maloclusión por cada 1 con oclusión compensada, lo que demuestra el efecto negativo de este hábito.

Se comprobó que no existen diferencias entre ambos sexos, pues la maloclusión se comportó en el 75,9 % del sexo femenino y en el 74,5 %, demostrándose en el análisis estadístico que las maloclusiones son independientes del sexo. En la bibliografía consultada no se encontraron resultados que sirvieran para comparar con los resultados de este estudio. (Ver tabla N° 3)

En el análisis de la clasificación de Angle, se evidencia que la prevalencia relevante de maloclusión encontrada en los niños con hábito de succión digital correspondió a la Clase I de Angle con un 41,1 % de manifestación, seguido de la clase II con 38,9 %, comportamiento que se corresponde con otros autores que han encontrado una mayor prevalencia en la Clase I de Angle. (Ver tabla N° 4)

Gellin (14), encontró un 65,0 % de la clase I y un 23,0 % de la Clase II. Ruiz M (15) en su tesis de grado obtuvo un 57,1 % de maloclusión Clase I y un 26,1 % de Clase II. Leal mencionado por Ruiz M encontró un 63,4 % de Clase I y un 9,4 % de Clase II.

Los resultados de los estudios anteriores no difieren de los encontrados en el presente trabajo. Las principales alteraciones clínicas bucales que se manifestaron en los niños con hábito de succión digital portadores de maloclusiones fueron; la vestibuloversión de incisivos superiores en un 86,3 %, seguida de la mordida abierta anterior con un 50,5 %, la incompetencia labial con 43,2 %, el paladar profundo con 22,1 % y los diastemas anterosuperiores en 21,1 %. Encontrándose además un 9,5 % de otras alteraciones. (Ver tabla N° 5)

Hotz (16) explica en sus estudios sobre la succión del pulgar que la misma al actuar provoca mordida abierta anterior, protrusión espaciada, mayormente unilateral, de los incisivos superiores e inclinación del eje de los incisivos inferiores hacia atrás, desde luego, ello puede dar lugar a una oclusión distal o puede empeorar en gran manera una oclusión distal ya existente.

En estudios realizados por Nápoles (17) en Camagüey, se encontró que las características clínicas más frecuentes fueron: labios incompetentes, resalte aumentado, y en menor grado mordida abierta.

No todos los succionadores digitales presentan maloclusiones, pero sí la gran mayoría de ellos manifiestan alteraciones de la oclusión y necesitan tratamientos ortodónticos (18).

Otros autores encontraron como características clínicas más frecuentes la mordida abierta anterior, la compresión maxilar y el aumento del resalte (19).

Según Domínguez RA y colaboradores (20) se han encontrado valores estadísticamente significativos de mordidas abiertas, resalte aumentado y rotaciones dentarias, señalando que cuanto más dura el hábito, más grande es la alteración oclusal.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados de este estudio muestran que las tres cuartas partes de los niños con hábito de succión digital presentaron maloclusiones con prevalencia en las edades comprendidas de 7 a 9 años, y el sexo femenino resultó el más afectado; aun que se demostró en el análisis estadístico que las maloclusiones son independientes de la edad y del sexo. En síntesis del total de niños con hábitos de succión, se encuentran 3 con maloclusión por cada 1 con oclusión compensada, lo que demuestra el efecto negativo de este hábito.

En la valoración de la clasificación de Angle, se manifestó que la mayor prevalencia de maloclusión encontrada en los niños con hábito de succión digital correspondió a la Clase I de Angle.

Las principales alteraciones clínicas bucales detectadas en los niños con hábito de succión digital portadores de maloclusiones por orden de prevalencia fueron:

- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Mordida anterior abierta.
- Incompetencia labial.
- Paladar profundo

En otros estudios se han encontrados algunas de estas alteraciones, pero no en este orden de relevancia; estas corresponden propiamente al universo de este estudio.

## **ABSTRACT**

A transversal epidemiological descriptive study was done in a sample of 608 children among 6 to 11 years old of Augusto Cesar Sandino school year 2004-2005 with the aim of showing the main oral alterations that present children with digital suction habit to contribute to the improvement of preventive and curative intervention. To obtain the information direct information and standard interview technique was used to identify the presence of the habit and the oral alterations. The results showed that of all children with digital suction habit 76.4 presented malocclusion. It was also found that among the more frequent oral clinical alterations were present upper incisive vestibularversion and anterior open bite.

## **REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

1. Echevarria García JJ, Cuenca E, Fumarola J. Hábito de succión. En su: Manual de odontología: Barcelona: Masson Salvat; 1995.p. 1308-40.
2. Enciso Jiménez, MA. Ortodoncia Preventiva. [En línea] 2003 [Fecha de acceso 5 de mayo de 2005]. URL disponible en: <http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/especiales/ee-7-2003/01.htm>
3. Haryet H, Hansen C, Davidson PO. Chronic thumb sucking, a second report on treatment and its psychological effects. Am J Orthod 1970; 57(8): 164-78.
4. Massler M. Oral habits: development and management Journal Of Pedodontics 1983; 7 (2):109-119.

5. Profit WR. Ortodoncia Contemporánea. 2da. Ed. Río de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995; 5: 95-123.
6. Fernandez CM. Resultado del control de factores de riesgo de anomalías dentomaxilofaciales. Rev Cubana Ortod 2000; 15(1): 33-36.
7. Picotajo L. Malposición de segundos premolares inferiores no erupcionados asociados a agenesis. J Orthod Dentofacial Orthod 2002; 12(1): 53-6.
8. Mossey PA. The heritability of malocclusion: Part 1-Genetics, principles and terminology. Br J Orthod 2000 jun; 26(2): 103-13.
9. Etiología de las maloclusiones. Zona Ortodoncia [En línea] 2002. [Fecha de acceso: 21 de mayo de 2005]. URL disponible en: [www.dentinador.net/especialidades/ortodoncia/apuntes/etiologmalocclus.htm](http://www.dentinador.net/especialidades/ortodoncia/apuntes/etiologmalocclus.htm)
10. Succión del dedo pulgar en el niño. [En línea] 2005 [Fecha de acceso 22 de mayo de 2005]. URL disponible en: <http://www.iqb.es/monografia/fichas/ficha047.htm>
11. Fernández Torres CM. Hábitos deformantes en escolares de primaria. [En línea] 2000 [Fecha de acceso 5 de abril de 2005]. URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12\\_2\\_97/ord02297.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ord/vol12_2_97/ord02297.htm)
12. Miranda Cruz J, Villanueva Nandayapa E, Sánchez Aldama M. Hábitos orales más frecuentes en una población de cinco a trece años que acuden a la clínica de Iztacala al diplomado de ortopedia maxilar 2003. [En línea] 2003 [Fecha de acceso 5 de abril de 2005]. URL disponible en: <http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias15col/contenido/oral/habitosoral58.htm>  
URL disponible en: [www.encolombia.com/odontología](http://www.encolombia.com/odontología)
13. Pamela Agurto V, Rodrigo Díaz M, Olga Cádiz D, Fernando Bobenrieth K. 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. [En línea] 2003 [Fecha de acceso: 25 de abril de 2005] URL disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061999000600004&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41061999000600004&script=sci_arttext&tlng=es)
14. Gellin ME. Hábito de chupar el dedo y empujar la lengua en los niños. Act Estomatol Serie inf. Temática 1980; 4 (3): 47-65.
15. Ruiz M. Estudio epidemiológico de maloclusiones. Escuela Pedagógica "Josué País". Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Ciego de Ávila: FCM; 1986.
16. Hotz R. Ortodoncia Clínica .2.ed. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica; 1961.
17. Nápoles A, Romero E, Alfonso O. Factores etiológicos del hábito de succión digital. Rev Cubana Ortod 1987; 2 (1):52-3.
18. Águila Ramos J, Almiñana Guzmán R, González Rubio E , Céspedes Isasi R. Prevalencia de hábitos bucales deformantes en niños de 3 a 5 años. Ciudad de la Habana. Rev Cubana Estomatol 1980; 17 (3): 137-42.
19. Paredes Gallardo V, Paredes Cencillo C. Prevalencia de hábitos bucales y alteraciones dentarias en escolares valencianos. [En línea] 2003 [Fecha de acceso: 25/4/2005] URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13071842>
20. Domínguez Reyes A, Galán González A, Aznar Martín T. Succión digital y parámetros oclusales: Estudio en niños de 3 a 6 años de edad. Ortodoncia Española.2000; 39 (3): 143-147.

## ANEXOS

**TABLA 1. Presencia del hábito de succión digital en los niños estudiados**

Hábitos	Niños examinados	
	No.	%
Con succión digital	126	20.7
Otros hábitos	143	23.5
Sin hábitos	339	55.8
<b>Total</b>	<b>608</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario

**TABLA 2. Relación entre el hábito de succión digital y la oclusión según edad.**

EDAD	OCCLUSIÓN COMPENSADA		MALOCLUSIÓN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
6	8	6,3	14	11,1	22	17,4
7	7	5,6	23	18,3	30	23,8
8	5	4,0	25	19,8	30	23,8
9	5	4,0	23	18,3	28	22,2
10	4	3,2	6	4,8	10	8,0
11	2	1,6	4	3,2	6	4,7
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>24,6</b>	<b>95</b>	<b>75,4</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario

$$X^2_{cal} = 4.80 < X^2_{(95\%;4)} = 9.49$$

**TABLA 3 Relación entre el hábito de succión digital y la oclusión según sexo**

SEXO	OCCLUSIÓN COMPENSADA		MALOCLUSIÓN		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	19	24,1	60	75,9	79	62,7
MASCULINO	12	25,5	35	74,5	47	37,3
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>24,6</b>	<b>95</b>	<b>75,4</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Formulario

$$X^2_{(95\%;1)} = 3,84 > X^2_{cal} = 0,035$$

**TABLA 4. Clasificación de angle en los niños con hábito de succión digital portadores de maloclusión**

<b>CLASIFICACIÓN DE ANGLE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CLASE I</b>	<b>39</b>	<b>41,1</b>
<b>CLASE II</b>	<b>37</b>	<b>38,9</b>
<b>CLASE III</b>	<b>16</b>	<b>16,8</b>
<b>INCLASIFICABLE</b>	<b>3</b>	<b>3,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100,0</b>
<b>Fuente: Formulario</b>		

**TABLA 5. Alteraciones clínicas en niños con hábito de succión digital portadores de maloclusión**

<b>ALTERACIONES CLÍNICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Vestibuloversión de Incisivos Superiores</b>	<b>82</b>	<b>86,3</b>
<b>Incompetencia Labial</b>	<b>41</b>	<b>43,2</b>
<b>Diastemas Anterosuperiores</b>	<b>20</b>	<b>21,1</b>
<b>Mordida abierta anterior</b>	<b>48</b>	<b>50,5</b>
<b>Paladar Profundo</b>	<b>21</b>	<b>22,1</b>
<b>Otras</b>	<b>9</b>	<b>9,5</b>

**NÚMERO DE NIÑOS CON MALOCLUSIÓN: 95**

**Fuente: Formulario**