

 **Guía diagnóstica de hábitos lesivos orales para pediatras**
Diagnostic guide of oral injurious habits for pediatricians.
Guia de diagnóstico para pediatras sobre hábitos lesivos orais.

 <https://doi.org/10.35954/SM2022.41.2.2.e302>

Mayte Prat ^a  <https://orcid.org/0000-0003-0925-5686>

María Noel Perdomo ^b  <https://orcid.org/0000-0002-5766-1104>

a) Doctora en Odontología. Facultad de Odontología, UdelaR. Especialista en Ortodoncia y Ortopedia BMF. Especialista en Gestión de Servicios de Salud.

b) Doctora en Medicina. Facultad de Medicina, UdelaR. Especialista en Pediatría.

RESUMEN

Introducción: la etiología de las maloclusiones se encuentra relacionada a factores genéticos y ambientales, siendo relevantes los hábitos lesivos orales en ella; por lo que en un concepto de Salud Integral de los niños, debemos contar no solo con el rol activo preventivo del odontólogo sino también de pediatra.

Método: crear guía clínico práctica para médicos pediatras, que permitan identificar sistemáticamente hábitos no fisiológicos vinculados a maloclusiones.

Resultado: el pediatra con los conocimientos básicos podrá elaborar revisiones preventivas durante los controles periódicos de rutina.

Discusión: considerar la atención en equipo multidisciplinario, con énfasis en la prevención, punto donde todo el equipo de salud debe contribuir.

Conclusiones: consideramos que los efectos sobre el crecimiento y desarrollo provocados por hábitos lesivos orales/funciones no fisiológicas tendrán mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios. Se impone entonces un interrogatorio y examen funcional precoz y sistemático para la detección de desviaciones y trastornos funcionales en niños, así como enfocar los tratamientos desde equipos multidisciplinarios (odontólogo, pediatra, fonoaudiólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo) y alcanzar resultados de excelencia.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico precoz; Hábitos; Maloclusión; Sistema Estomatognático; Odontología; Pediatría.

ABSTRACT

Introduction: : the etiology of malocclusions is related to genetic and environmental factors, and oral injurious habits are relevant in it; therefore, in a concept of integral health of children, we should count not only on the active preventive role of the dentist but also of the pediatrician.

Method: to create a practical clinical guide for pediatricians that will allow the systematic identification of non-physiological habits linked to malocclusions.

Result: the pediatrician with basic knowledge will be able to elaborate preventive check-ups during routine periodic check-ups.

Discussion: consider multidisciplinary team care, with emphasis on prevention, a point to which the entire health team should contribute.

Conclusions: we consider that the effects on growth and development caused by harmful oral habits/ non-physiological functions will have greater or lesser repercussions depending on the age at which the habit begins. If we act early we will have more possibilities of modifying the growth pattern of the jaws and the development of the dental arches. Therefore, an early and systematic interrogation and functional examination is necessary to detect deviations and functional disorders in children, as well as to focus the treatments from multidisciplinary teams (dentist, pediatrician, speech therapist, otorhinolaryngologist, psychologist) and achieve excellent results.

KEY WORDS: Early Diagnosis; Habits; Malocclusion; Stomatognathic System; Dentistry; Pediatrics.

RESUMO

Introdução: a etiologia das más oclusões está relacionada a fatores genéticos e ambientais, e hábitos orais nocivos são relevantes para ela; portanto, em um conceito de saúde integral das crianças, devemos confiar não apenas no papel ativo preventivo do dentista, mas também no do pediatra.

Método: criar um guia clínico prático para que os pediatras identifiquem sistematicamente os hábitos não fisiológicos ligados às más oclusões.

Resultados: o pediatra com conhecimentos básicos será capaz de desenvolver check-ups preventivos durante check-ups periódicos de rotina.

Discussão: considerar os cuidados de equipe multidisciplinar, com ênfase na prevenção, um ponto para o qual toda a equipe de saúde deve contribuir.

Conclusões: consideramos que os efeitos no crescimento e desenvolvimento causados por hábitos orais nocivos/ funções não-fisiológicas terão maiores ou menores repercussões dependendo da idade em que o hábito começa. Se agirmos cedo, teremos mais chances de modificar o padrão de crescimento das mandíbulas e o desenvolvimento dos arcos dentários. O questionamento precoce e sistemático e o exame funcional são, portanto, necessários para a detecção de desvios e distúrbios funcionais em crianças, assim como a aproximação de tratamento de equipes multidisciplinares (dentista, pediatra, fonoaudiólogo, otorrinolaringologista, psicólogo) e a obtenção de excelentes resultados.

PALAVRAS CHAVE: Diagnóstico precoce; Hábitos; Má oclusão; Sistema Estomatognático; Odontologia; Pediatria.



INTRODUCCIÓN

Las patologías orales en los niños constituyen un problema de salud pública mundial. Las maloclusiones, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), ocupan el tercer lugar en prevalencia de patología buco-dental, estando relacionada su etiología a factores genéticos y ambientales, siendo un factor importante las funciones fisiológicas alteradas o hábitos lesivos orales. Si bien la educación sanitaria y la incorporación gradual al sistema sanitario con concepción integral de la Odontología ha mejorado notablemente en los últimos años, aún no es una práctica habitual la revisión periódica de la población pediátrica por odontólogo cuando no presenta patología. Sin embargo el pediatra normalmente sí controla el desarrollo del niño; esta circunstancia le permitiría detectar cualquier alteración del desarrollo buco-maxilo-facial que se produzca en el niño (2), realizando así las derivaciones oportunas y de forma precoz, para interceptar alteraciones en el crecimiento y desarrollo del Sistema Estomatognático del niño.

OBJETIVO

Crear una guía clínica para médicos pediatras que brinde herramientas diagnósticas a fin de: detectar hábitos lesivos orales de forma precoz, reducir la variabilidad diagnóstica entre profesionales y realizar consulta odontológica especializada en el área y tratamiento oportuno.

MARCO TEÓRICO

El aparato masticatorio es una encrucijada anatómica donde convergen importantes funciones: respiración, fonación, deglución y masticación. Es este aparato, hacia dónde se dirige la atención de todas las especialidades derivadas de la estomatología (3).

Esta unidad vital morfofuncional indisociable, ubicada en la región craneofacial, se la denomina Sistema Estomatognático (SE), y está constituido por un conjunto heterogéneo de tejidos y órganos

(dentición, maxilares, articulación temporomandibular -ATM-, músculos masticadores, glándulas salivales, lengua, labios, mejillas y paquetes vasculonerviosos).

Cuando todos estos componentes son compatibles unos con otros y existe armonía morfofuncional entre ellos, las funciones se realizan con una máxima eficiencia y con el mínimo gasto energético. A su vez la propia función normal preserva y crea las condiciones que favorecen la normal integridad morfológica de los diferentes componentes del SE y se estimula su funcionamiento óptimo (4).

Cuando las funciones son realizadas de manera incorrecta y afectan al sistema se las denomina parafunciones y si estas parafunciones perduran en el tiempo se las llama **hábitos lesivos**. Un gran porcentaje de problemas craneofaciales en general y maloclusivos en particular, se deben a alteraciones funcionales o están íntimamente conectadas con éstas (5).

Forma, función y postura están íntimamente conectadas, por lo cual alteraciones en una de estas, particularmente durante los estadios tempranos de crecimiento y desarrollo, afecta las otras dos. Es así que, la morfología y la estructura dependen del equilibrio o desequilibrio de músculos antagonicos (6).

Hábitos Bucales

Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente (7), como son la respiración nasal, masticación, fonación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos también no fisiológicos o lesivos entre los cuales tenemos la succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica.

Los hábitos no fisiológicos o lesivos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del

SE y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, mayor es el daño, porque el tejido óseo tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios (8).

Toda función realizada incorrectamente y con cierta frecuencia es considerada un hábito lesivo. Por lo cual estas interferencias en el crecimiento, redireccionará al mismo de forma alterada, produciendo diversas deformaciones en las estructuras óseas del SE y otras no vinculadas directamente al mismo. Todos los hábitos no fisiológicos modifican la posición de los dientes, la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí. El manejo de los hábitos orales se debe iniciar en el momento en que se diagnostica, y preferiblemente en edades tempranas con el fin de tratarlas en el nivel primario de prevención de manera de no llegar a tratamientos complejos.

La oclusión funcional debe ser tenida en cuenta desde la dentición temporaria para prevenir alteraciones que posteriormente causarían serios problemas oclusales en el adulto, ya que la dentición en estas edades además de permitir la respiración, fonación y alimentación del niño, servirá de guía en la erupción de los dientes permanentes y permitirá el correcto desarrollo de las arcadas dentarias (9).

Es entonces, en edades tempranas donde toma gran relevancia el examen funcional que debe ser realizado en forma precoz y sistemática para la detección de los mencionados trastornos, ya que la alteración funcional reviste particular importancia en el niño. El grado de las alteraciones producidas por un hábito no funcional dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, así como también de las características biotipológicas del paciente. El área de las alteraciones producidas por hábitos bucales en general se limita a la región dentoalveolar. En ese sentido, si bien se ha

avanzado en la incorporación de la Odontología hacia un sistema de salud integrado, es el médico pediatra quien con mayor frecuencia realiza un seguimiento más pormenorizado del crecimiento y desarrollo del niño; por lo cual, resulta de vital importancia el trabajo multidisciplinario para la detección precoz de estas alteraciones funcionales.

Hábitos lesivos más frecuentes (9):

(1) Interposición lingual y deglución atípica: La interposición lingual puede identificarse como la proyección de la lengua entre las arcadas dentarias, tanto en reposo como durante el acto deglutorio o fonación (seseo). Suele ser consecuencia de amígdalas hipertróficas o residuo de un hábito anterior de succión.

La deglución se define como una compleja actividad neuromuscular, resultado de una serie de movimientos coordinados de diferentes grupos musculares, que incluyen la cavidad bucal, la faringe y el esófago. Su objetivo es permitir que los alimentos - tanto líquidos como sólidos- sean transportados desde la boca al estómago (10). Es un mecanismo que se repite entre 800 y 1.000 veces por día generando fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueléticas.

La deglución atípica se produce si persiste el patrón de deglución infantil (presión anterior o lateral de la lengua contra las arcadas dentarias, y contracción de músculos periorales) luego de la erupción de los dientes anteriores, en la cual durante su fase oral se produce la interposición lingual. Entre los factores etiológicos que favorecen su instauración se encuentran:

- Infecciones respiratorias altas a reiteración.
Ej. amigdalitis constantes.
- Desequilibrio del control nervioso.
Ej. Alteraciones neurológicas.
- Macroglosia.
- Pérdida temprana de piezas temporales anteriores.
- Asociada a respiración bucal, hábitos de succión.



(2) Hábito de succión digital o chupete: En el hábito de succión, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden generar desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, por ej. tiempo de duración, frecuencia, intensidad del hábito, entre otros.

(3) Respiración bucal: La respiración nasal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se considera respirador bucal a quien reemplaza la respiración nasal por la bucal o combina ambos patrones por un período superior a seis meses. La respiración bucal afecta a lactantes, niños y adultos (11). Cualquier obstáculo para la respiración nasal deriva en respiración por la boca. En estos casos la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo del aire. Las causas de la respiración bucal están relacionadas con la poca permeabilidad de la vía aérea superior, ya sea por hipertrofia de las adenoides palatinas, rinitis alérgicas, desviaciones del tabique nasal y/o cavidad nasal estrecha con hipertrofia de cornetes. La respiración bucal constituye un síndrome llamado Síndrome de Respirador Bucal que puede ser etiológicamente diagnosticado por:

- Causas obstructivas
- Hábitos
- Anatomía (8)

Podemos identificar en el niño y adolescente con Síndrome de Respirador Bucal ciertas características físicas relevantes al examen clínico facial, bucal y postural. (Tabla 1)

(4) Interposición labial: Nos referimos a cuando el labio inferior se interpone entre los incisivos superiores e inferiores, impidiendo el adecuado cierre labial anterior. Generalmente secundario a otras alteraciones funcionales que producen alteraciones morfológicas, provocando la instalación del mencionado hábito en el sistema, por ejemplo respiración bucal. Este hábito puede causar cambios estructurales asociados con la hipertonía del músculo mentoniano.

En la mayoría de los casos se presenta como una marcada protrusión maxilar, donde el labio inferior se posiciona posterior a los incisivos superiores, provocando inclinaciones linguales de los incisivos inferiores o retrusiones dentoalveolares.

(5) Onicofagia: La onicofagia se define como el acto de morderse las uñas y se caracteriza por lesiones repetidas en el lecho ungueal. Teniendo en cuenta, como en todo hábito, la duración, frecuencia e intensidad, provocará mayor o menor alteración morfológica.

METODOLOGÍA

Crear un conjunto de recomendaciones diagnósticas, a modo de guía clínica práctica para los médicos pediatras, que permitan identificar sistemáticamente hábitos no fisiológicos vinculados a maloclusiones, teniendo en cuenta la prevalencia de las mismas en la población infantil/adolescente, obteniendo su detección precoz y derivación a la consulta odontológica especializada en el área y tratamiento oportuno, optimizando la atención de los pacientes.

EXAMEN FACIAL	Boca entreabierta por falta de competencia labial o hipotonicidad labial. Labio evertido.	Incisivos superiores expuestos.	Debilidad muscular facial. Hiperpigmentación suborbital (ojeras).	Tercio medio de cara presenta hipoprecimiento con pómulos hundidos (falta de neumatización de senos paranasales).	Narinas estrechas.
EXAMEN BUCAL	Mordida abierta anterior y cruzada posterior.	Incisivos vestibularizados y/o apiñados.	Falta de desarrollo y crecimiento transversal del maxilar superior (paladar ojival).	Mayor incidencia de gingivitis y caries por sequedad bucal.	Lengua baja.
EXAMEN POSTURAL	Hipercifosis torácica, protrusión de hombros, elevación y abducción de las escápulas.	Adelantamiento de la postura cefálica con reducción de la lordosis cervical.	Incremento de la lordosis lumbar y proyección anterior de la pelvis para compensar el desequilibrio en la postura alterada.		

Tabla 1. Características identificables en niños/adolescentes con Síndrome de Respirador Bucal.

La guía se establecerá en la consulta pediátrica de control rutinario, durante el interrogatorio y examen clínico, y será dirigida a población infantil/adolescente comprendida en la franja etaria entre 3 y 13 años de edad.

1- Interposición lingual/Deglución atípica:

Cuestionario:

- ¿Existe dificultad para ingerir alimentos sólidos?
- ¿Existe babeo nocturno?
- ¿Existe alteración en la fonación, dificultad para pronunciar fonemas? (d, l, t, s, y)
- ¿Existe acumulación de saliva?

Examen clínico: identificar visualmente PRESENCIA o AUSENCIA de las siguientes características:

- Labios separados en reposo, dificultad para lograr cierre oral anterior.
- Posición de lengua atípica entre arcadas dentarias, mayor tamaño.
- Dificultad para deglutir, acumulación de saliva.
- Contracción de musculatura peribuca para deglutir.
- Mordida abierta anterior (falta de contacto de piezas dentales anteriores).
- Dificultad para pronunciar fonemas (d, l, t, s, y).

2- Hábito de succión digital o chupete:

Cuestionario:

- ¿Tiene hábito de succión? SI o NO
- ¿Cuál? CHUPETE o DEDO
- ¿Con qué frecuencia? ¿Duración?
- ¿Desde cuándo?

Examen clínico: identificar visualmente PRESENCIA o AUSENCIA de las siguientes características:

- Mordida abierta anterior (falta de contacto de piezas dentales anteriores).
- Piezas dentales anteriores muy protruidas (muy adelantadas).
- Dificultad para lograr cierre oral anterior.
- En caso de succión digital, identificar dedo/s, callosidades (idea de intensidad).

3- Respiración bucal:

Cuestionario:

- ¿Ronca por las noches?
- ¿Existe babeo nocturno?
- ¿Infecciones respiratorias frecuentes? ¿Rinitis frecuentes?
- ¿Existe cansancio crónico?
- ¿Cómo es el rendimiento académico/escolar? ¿Dificultades de concentración?
- ¿Boca abierta de forma constante?

Examen clínico: identificar visualmente PRESENCIA o AUSENCIA de las siguientes características:

- Incompetencia labial en reposo, labio evertido inferior y/o labio superior acortado.
- Narinas estrechas. Hipocrecimiento de tercio medio de cara. Cara alargada.
- Debilidad muscular. Contracción de músculo mentoniano.
- Ojeras.
- Piezas dentales anteriores muy protruidas (muy adelantadas).
- Alteraciones posturales: hundimiento del esternón y elevación de escápulas, falta de desarrollo torácico. Cifosis dorsal y lordosis lumbar.

Maniobras clínicas:

- Reflejo nasal de Gudin: paciente debe mantener la boca bien cerrada, el operador comprime las alas de la nariz durante 20 a 30 segundos, soltándose rápidamente; la respuesta refleja será una dilatación inmediata de las alas nasales, en pacientes respiradores bucales la dilatación será muy poca o inexistente y por lo general tienden a auxiliarse abriendo ligeramente la boca para inspirar (12).
- Espejo de Glatzel: colocamos un espejo bajo la nariz del paciente y le indicamos que inspire y espire, si el espejo no se empaña de alguno de los dos lados puede haber una obstrucción nasal respiratoria de ese lado (12).

4- Interposición labial:

Cuestionario:

- ¿Identifica que se muerde o succiona el labio inferior?
- ¿Identifica que coloca labio inferior por detrás de dientes superiores?
- ¿Diariamente?



Examen clínico: identificar visualmente PRESENCIA o AUSENCIA de las siguientes características:

- Labio inferior colocado por detrás de piezas dentarias antero-superiores.
- Piezas dentarias antero-superiores muy adelantadas.
- Irritación de piel del labio inferior.

5- Onicofagia:

Cuestionario:

- ¿Tiene la costumbre de morderse las uñas?
- ¿Diariamente?

Examen clínico:

- Examinar manos (uñas, falanges).

Nombre:
Edad:
Sexo:

	CUESTIONARIO	Sí/No	EXAMEN CLÍNICO	Ausencia/ Presencia
Interposición lingual/ Deglución atípica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Dificultad para ingerir alimentos sólidos? • ¿Babeo nocturno? • ¿Alteración en la fonación? • ¿Acumulación de saliva? 		<ul style="list-style-type: none"> • Labios separados en reposo. • Posición de lengua atípica. • Dificultad para deglutir. • Contracción de musculatura peribucal. • Mordida abierta anterior. • Dificultad para pronunciar fonemas. 	
Succión	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene hábito de succión? • ¿Cuál? • ¿Frecuencia? • ¿Desde cuándo? 		<ul style="list-style-type: none"> • Mordida abierta anterior. • Piezas dentales anteriores muy protruidas. • Dificultad para lograr cierre oral anterior. • Identificar dedo/s, callosidades. 	
Respiración bucal	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ronca? • ¿Babeo nocturno? • ¿Infecciones respiratorias frecuentes? • ¿Cansancio crónico? • ¿Dificultades de concentración? • ¿Boca abierta de forma constante? 		<ul style="list-style-type: none"> • Incompetencia labial en reposo. • Hipoprecimiento de tercio medio de cara. • Debilidad muscular. Contracción de músculo mentoniano. • Piezas dentales anteriores muy protruidas. • Alteraciones posturales. 	
Interposición labial	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Muerde o succiona el labio inferior? • ¿Coloca labio inferior por detrás de dientes superiores? • ¿Diariamente? 		<ul style="list-style-type: none"> • Labio inferior colocado por detrás de piezas dentarias ant.-sup. • Piezas dentarias antero-superiores muy adelantadas. • Irritación de piel del labio inferior. 	
Onicofagia	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Costumbre de morderse las uñas? • ¿Diariamente? 		<ul style="list-style-type: none"> • Examinar manos (uñas, falanges). 	

Tabla 2. Recomendaciones esquemáticas para Cuestionario y Examen Clínico Funcional.

DISCUSIÓN

Según la OMS, las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia en las patologías de Salud Bucodental (1). En Latinoamérica se reportan niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población (1). La etiopatogenia de la maloclusión involucra no sólo factores genéticos sino también ambientales, ya que el desarrollo craneofacial es estimulado por actividades funcionales (respirar, masticar, succionar, deglutir) (13). En la mayoría de los casos las maloclusiones siempre se encuentran asociadas a uno o varios hábitos, por lo tanto a veces resulta difícil definir el factor etiológico específico causante de la maloclusión.

La existencia de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el país desde el año 2008, desde su génesis se propuso incluir a la salud como un derecho (14).

Integrando al SNIS, se crea el Programa de Salud Bucal, que propone prevenir, alcanzar, optimizar y mantener la Salud Bucal de la población y por lo tanto no ser solo un plan de tratamiento de patologías (15). En ese marco la asistencia a la salud debe ser integral y por ello es necesario que las prestaciones en salud bucal sean incluidas al igual que en cualquier otra especialidad de la medicina para asegurar que las personas se mantengan sanas y puedan atenderse cuando están enfermos y ser rehabilitados cuando corresponda (14).

Es entonces importante tener presente, que la instalación de hábitos lesivos en edades tempranas, redirecciona el crecimiento, provocando alteraciones en las estructuras, ya que el mismo no se detiene, se produce igual pero con interferencias. Debemos entender que el SE no es una estructura aislada, sino que forma parte de un sistema integrado, que al presentarse deformaciones en un eslabón, desencadenará alteraciones en otras para compensar las mismas. En ese sentido, el tratamiento de estos trastornos debe estar enfocado desde un equipo multidisciplinario, integrado por pediatras, odontólogos, fonoaudiólogos, otorrinolaringólogos, sicólogos para lograr óptimos resultados. Creemos que los hábitos orales deben ser interceptados precozmente para prevenir alteraciones dento-esqueléticas y promover el crecimiento y desarrollo del macizo cráneo-facial de forma armónica; por lo cual el monitoreo desde edades tempranas resulta fundamental.

Las patologías orales parecen corresponder sólo a los odontopediatras, pero cabe resaltar 2 aspectos. El primero, entender al SE como una unidad que forma parte de un conjunto como es el Cuerpo Humano, ya que su afectación interferirá en otros Sistemas del mismo; y el segundo que en el marco de un Sistema de Salud Integrado debemos considerar la atención en equipo multidisciplinario, y es allí donde cabe resaltar que la prevención es un punto donde los médicos pediatras deben contribuir.

Por otra parte, en las Instituciones prestadoras de salud del SNIS se evidencia una escasez de infraestructura en términos absolutos y en términos de calidad así como de recursos humanos y materiales destinados a promover, preservar y garantizar la salud bucal (en ASSE: 300 odontólogos para 1.200.000 personas). La propuesta de integración de la Salud Bucal presentó dificultades, por un lado no hay control del cumplimiento de las normativas vigentes relacionadas con la odontología, ni de la oferta de atención que reali-

zan los prestadores integrales. De este modo no se controla el cumplimiento de las prestaciones establecidas en el PIAS, que generalmente se encuentran por debajo de lo exigido para cumplir con el primer nivel de atención (14).

Es así que a pesar que el sistema sanitario y la educación en materia odontológica han mejorado notablemente en los últimos años, no es habitual que el niño/a concurra a controles periódicos al odontopediatra y ortodoncista cuando no presenta patología, siendo, en cambio, derivados a la consulta cuando son detectadas maloclusiones de moderadas a severas en edades tardías, limitándose las posibilidades terapéuticas, presentando también alteraciones concomitantes en otros sistemas/estructuras además del estomatognático. Sin embargo el pediatra controla periódicamente, desde su nacimiento a niños/as, circunstancia que le permitiría detectar precozmente cualquier alteración funcional y estructural asociada.

Mayoritariamente los pediatras desconocen aspectos fundamentales de la influencia de los factores ambientales/funciones como estímulo directriz en la armonía de crecimiento y desarrollo del macizo cráneo-facial, así como también de características de normalidad de las estructuras.

El pediatra con los conocimientos básicos podrá elaborar revisiones preventivas durante los controles periódicos, en relación a maloclusiones y alteraciones asociadas a ellas, derivar oportunamente al área odontológica, fonoaudiológica y/u otorrinolaringológica, e intervenir en la detección, prevención e intercepción de patología, contribuyendo así a un verdadero concepto integral de salud de la población infantil.

CONCLUSIONES

Cuando históricamente los sistemas de salud se han centrado en conceptos curativos, junto con el afán de lucro, modelos asistenciales deshumanizados, aumentando costos que conllevan a la inaccesibilidad de la población a ciertos trata-



mientos (15), generando múltiples ineficiencias, es cuando se impone enfatizar un concepto integral de salud, con la aplicación y el fortalecimiento de una estrategia preventiva, generando herramientas para los equipos de salud, lo cual resulta decisivo para mejorar la eficiencia, la calidad de atención y en definitiva la salud de la población. Consideramos que los efectos sobre el crecimiento y desarrollo provocados por hábitos lesivos orales/funciones no fisiológicas tendrán mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios. Se impone entonces un interrogatorio y examen funcional precoz y sistemático para la detección de desviaciones y trastornos funcionales en niños, así como enfocar los tratamientos desde equipos multidisciplinarios (odontólogo, pediatra, fonoaudiólogo, otorrinolaringólogo, psicólogo) y alcanzar resultados de excelencia.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Las autoras no reportan ningún conflicto de interés. El estudio se realizó con recursos propios de las autoras y/o la institución a la que representan.

REFERENCIAS

- (1) Kiep P, Duerksen G, Cantero L, López A, Núñez Mendieta H, Keim L, Ortiz R. Grado de maloclusiones según el índice de estética dental en pacientes que acudieron a la Universidad del Pacífico. *Rev. cient. cienc. salud* [Internet]. 31 de mayo de 2021 [citado 17 de junio de 2022]; 3(1):56-62. Disponible en: https://www.upacifico.edu.py:8043/index.php/PublicacionesUP_Salud/article/view/135
- (2) Palma Fernández JC. Odontología para pediatras. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2015*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 207-12. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p207-212.pdf> [Consulta 15/05/2022].
- (3) Canut JA. Ortodoncia Clínica. 1era. ed. Barcelona: Salvat; 1988; Cap. 2. p. 17-23.
- (4) Moss Melvin L. Genetics, epigenetics, and causation. *Am J Orth* 1981; 80(4):366-375. [https://doi.org/10.1016/0002-9416\(81\)90172-X](https://doi.org/10.1016/0002-9416(81)90172-X).
- (5) Padrós Serrat E. Cómo cuantificar las funciones y la postura en la consulta de ortodoncia. *Rev Ortod Clín* 2004; 7(4):174-204.
- (6) Camps D, Forés A, Duran J. Conceptos básicos de ortodoncia (I). Valoración de la oclusión. Barcelona. *Form Médica Contin Aten Primaria* 2000; 7(10):653-661.
- (7) Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática. *Int J Odontostomatol* 2018; 12(2):188-193. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-381x2018000200188>
- (8) Medina C, Laboren M, Vilorio C, Quirós O, D'Jurisic A, Alcedo A, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. Caracas: *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* [Internet] [Citado 15 de mayo de 2022]. 2010;1-29. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
- (9) Meza E, Olivera P, Rosende M, Peláez A. Maloclusiones funcionales y su relación con hábitos orales en niños con dentición mixta. *Rev Asoc Odontol Argent* 2021; 109(3):171-176. <https://doi.org/10.52979/raoa.1151>
- (10) Logemann JA. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. 1a. ed. San Diego: Ed. College Hill Press, 1983. p. 39-44.
- (11) Rotemberg E, Smaisk Frydman K. Respiración bucal en niños y adolescentes. *Salud Mil* 2014; 33(1):14-19. <https://doi.org/10.35954/SM2014.33.1.3>
- (12) Quirós O. *Bases biomecánicas y aplicaciones clínicas en ortodoncia interceptiva*. 1a. ed. Caracas: Amolca, 2006. Cap. 4. p. 75-86.
- (13) Paolantonio EG, 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.
- (14) Uruguay. Facultad de Odontología, Ministerio de Salud Pública. [Internet]. La salud bucal una prioridad para la integralidad del sistema sanitario de calidad. Período 2015-2020. Facultad de Odontología – Udelar, Julio 2015. [Citado 17 de mayo de 2022]. 23 p. Disponible en: <https://odon.edu.uy/sitios/revalidas/wp-content/uploads/sites/61/2021/06/Salud-Bucal-Prueba-RU.pdf>
- (15) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. [Internet]. Programa Nacional de Salud Bucal. Ministerio de Salud Pública, Uruguay; 2007 [citado 17 de mayo de 2022]. 52 p. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PROGRAMA%20SALUD%20BUCAL%202008.pdf>

CONTRIBUCIONES AL MANUSCRITO:

- (a) Concepción, diseño, adquisición de datos, análisis de datos, interpretación y discusión de resultados, redacción y revisión crítica, y aprobación de la versión final.
- (b) Concepción, diseño, adquisición de datos, redacción y revisión crítica.