

# Hábitos de Succión y Oclusión Dentaria en Niños

## Sucking Habits and Dental Occlusion in Children

Recibido: 01/05/2024

Aceptado: 27/06/2024

Mendel N<sup>1</sup>, Fuks J<sup>1</sup>, Levy T<sup>1</sup>,  
Fernandez M<sup>1</sup>, Gualtieri A<sup>2</sup>

**1 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Odontología Integral Niños. Buenos Aires, Argentina.**

**2 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Odontología. Cátedra de Odontología Legal, Forense e Historia de la Odontología. Buenos Aires, Argentina.**

Cita (APA)

Mendel, N. B., Fuks, J., Levy, T., Fernandez, M., y Gualtieri, A. (2024). Hábitos de succión y oclusión dentaria en niños. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires*, 39(92), 47-54. <https://doi.org/10.62172/revfouba.n92.a209>

### RESUMEN

**Objetivo:** estimar la prevalencia de maloclusiones en niños de 3 a 5 años y su relación con los hábitos de succión nutritiva y no nutritiva. **Población:** Se evaluaron 64 niños de 3 a 5 años de edad, que concurrieron a la Cátedra de Odontología Integral Niños FOUBA durante los años 2014 y 2015. **Metodología:** Se empleó un diseño descriptivo, prospectivo, transversal y observacional. Se evaluó la oclusión en modelos de yeso y registro de mordida, y los hábitos de succión mediante un cuestionario. **Comité de Ética FOUBA 002/14.** Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes con intervalos de confianza al 95% (IC95), estimados mediante el método de Wilson. Los resultados se analizaron a través de la prueba Chi-cuadrado ( $p < 0,05$ , significativo). Cuando correspondía, se estimó la medida *odds ratio* con IC95 para evaluación de riesgo. **Resultados:** el 50% (IC95: 38-62) de los niños presentó maloclusión. 25% (IC95: 16-37) tuvieron mordida cruzada: 11% (IC95: 5-21) unilateral y 14% (IC95: 8-25) anterior. El 23% (IC95: 15-35) reveló una sobremordida > 3 mm; 16% (IC95: 9-26), 0 mm; y 16% (IC95: 9-26), mordida abierta. Se encontró asociación significativa entre la lactancia con biberón y la presencia de maloclusión ( $p < 0,05$ ; OR = 4,4, IC95: 1-17): el porcentaje de niños que presentaron maloclusiones fue de 57% (IC95: 43-70) en los que tuvieron lactancia con biberón; mientras que dentro de los que tuvieron exclusivamente lactancia materna fue de 23% (IC95: 8-50). No se encontró asociación significativa entre maloclusión y succión de chupete ( $p = 0,43$ ) o succión digital ( $p = 0,39$ ). Se observó asociación significativa entre el tiempo de lactancia materna y la utilización de chupete ( $p < 0,05$ ): en los niños con una lactancia menor a 6 meses la presencia de chupete fue mayor que en los niños con lactancias de entre 6 a 12 meses y más de 12 meses. **Conclusión:** La lactancia con biberón se presentó como factor de riesgo para la maloclusión. La lactancia materna inferior a 6 meses favorecería el uso de chupete.

**Palabras clave:** maloclusión, dentición primaria, hábitos de succión no nutritiva, lactancia con biberón.

## ABSTRACT

**Objective:** to estimate the prevalence of malocclusions in children aged 3 to 5 years and its relationship with nutritive and non-nutritive sucking habits. **Population:** 64 children from 3 to 5 years of age were evaluated, who attended the department of dentistry for children FOUBA during the years 2014 and 2015. **Methodology:** A descriptive, prospective, transversal and observational design was used. Occlusion was assessed on plaster models and bite registration, and sucking habits were assessed using a questionnaire. FOUBA Ethics Committee 002/14. **Categorical variables** were described as absolute frequencies and percentages with 95% confidence intervals (CI95), estimated using Wilson's method. The results were analyzed using the Chi-square test ( $p < 0.05$ , significant). When appropriate, the odds ratio measure with CI95 was estimated for risk assessment. **Results:** 50% (CI95: 38-62) of the children presented malocclusion. 25% (CI95: 16-37) had a crossbite: 11% (CI95: 5-21) unilateral and 14% (CI95: 8-25) anterior. 23% (CI95: 15-35) revealed an overbite  $> 3$  mm; 16% (CI95: 9-26), 0 mm; and 16% (CI95: 9-26), open bite. A significant association was observed between bottle feeding and the presence of malocclusion ( $p < 0.05$ ; OR = 4.4, CI95: 1-17): the percentage of children with malocclusions was 57% (CI95: 43-70) in those who were bottle-fed, while in those who were exclusively breast-fed it was 23% (CI95: 8-50). No significant association was found between malocclusion and pacifier sucking ( $p = 0.43$ ) or digital sucking ( $p = 0.39$ ). A significant association was observed between breastfeeding time and pacifier use ( $p < 0.05$ ): in children breastfed for less than 6 months, the presence of pacifiers was greater than in children breastfed for 6 to 12 months and more than 12 months. **Conclusion:** Bottle-feeding was presented as a risk factor for malocclusion. Breastfeeding for less than 6 months would favor pacifier use.

**Keywords:** malocclusion, primary dentition, non-nutritive sucking habits, bottle feeding.

## INTRODUCCIÓN

Una oclusión normal se refiere a la correcta relación entre el maxilar superior y la mandíbula, y está directamente relacionada con el crecimiento armónico de ambos maxilares y sus estructuras (Morales-Chávez y Stabile-Del Vecchio, 2014). Ese crecimiento y desarrollo del complejo cráneo facial va a ser el resultado de la interacción entre factores genéticos, congénitos y ambientales (Nihi et al., 2015; Peres et al., 2007; Vilela et al., 2008). Por lo tanto, todas las funciones que realiza el sistema estomatognático van a influir en su desarrollo, y si estas funciones se realizan correctamente, el sistema se desarrollará en armonía.

El reflejo de succión es la primera actividad muscular coordinada que realiza el recién nacido. Es un reflejo natural para satisfacer una necesidad fisiológica (nutritiva) o psicológica (no nutritiva). Entonces se considera succión nutritiva (HSN), la que se produce a través de la alimentación, como lactancia materna o la lactancia con biberón, y succión no nutritiva (HSNN), con la cual el niño busca generar ese sentimiento de calma, calidez y seguridad mediante la succión digital o un objeto como, por ejemplo, el chupete (AAPD, 2022). Esta actividad de succión temprana podría influir en el crecimiento del complejo craneofacial (Vilela et al., 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida para lograr un óptimo crecimiento, desarrollo y salud. Estas recomendaciones se apoyan en una revisión sistemática que establece los beneficios de la lactancia materna durante seis meses para minimizar el riesgo de infección gastrointestinal y déficit de crecimiento en los niños pequeños. Pero, además, hay que considerar que la lactancia materna se considera un hábito de succión nutritiva que protege contra la maloclusión en la dentición primaria (Nihi et al., 2015). El recién nacido presenta una retrusión mandibular fisiológica, en donde la mandíbula está en posición posterior o distal con respecto al maxilar superior, con un promedio de entre 2 a 5 mm (Guerra y Mujica, 1999).

Con la lactancia materna, se pueden observar tres aspectos estimuladores del crecimiento y desarrollo facial: 1) Respiración exclusiva por la nariz, manteniendo y reforzando el circuito de respiración nasal; 2) Intenso trabajo muscular cuando el bebé comprime, avanza y retrae la mandíbula, haciendo que los músculos maseteros, temporales y pterigoideos, adquieran el desarrollo y el tono muscular; preparando los músculos para la masticación, y 3) Los movimientos protrusivos y retrusivos mandibulares, ejercitan también la parte posterior de los meniscos y superior de las ATM, generando un crecimiento posteroanterior de la rama mandibular haciendo que la mandíbula se posicione en neutroclusión para el momento de erupción de los piezas primarias (Planas, 1994). Por ello, la lactancia materna es un estímulo que favorece el avance de la mandíbula de su posición distal con respecto al maxilar superior. "Es llamado el primer avance fisiológico de la oclusión. De esta manera, se evitan retrognatismos mandibulares y se obtiene mejor relación entre el maxilar y la mandíbula" (Morales-Chávez y Stabile-Del Vecchio, 2014, pp. 20).

Cuando la lactancia es con biberón, especialmente antes de los tres meses de vida, las necesidades nutritivas del niño se satisfacen, pero no se da un adecuado desarrollo oral ni neuromuscular, ya que el niño no cierra los labios con tanta fuerza, por lo que no se genera el vacío bucal. Tampoco realiza ejercicio muscular, especialmente los movimientos de avance y retroceso mandibular, permaneciendo

la mandíbula en una posición distal (Guerra y Mujica, 1999).

Además, hay otra diferencia, y es que con la lactancia materna el niño utiliza 60 veces más energía para ingerir su alimento comparado con la lactancia artificial (Morales-Chávez y Stabile-Del Vecchio, 2014). Los niños amamantados con biberón, al hacer poco esfuerzo les cuesta más dormirse tras la ingesta, por lo cual muchos recurren a hábitos viciosos o inadecuados como la succión de los dedos, chupete o el labio, entre otros, para así satisfacer su instinto de succión (Gallardo-Sotelo y Díaz-Pizán, 2012).

La presencia de estos hábitos orales parafuncionales afecta el balance neuromuscular orofacial y el crecimiento craneofacial y facilita el desarrollo de maloclusiones dependiendo del tipo, duración, e intensidad del hábito (Nihi et al., 2015, Monzón Lagreca, 2018; Larsson, 2001; Warren et al. 2001; Warren y Bishara, 2002; Duncan et al., 2008).

La Academia Americana de Odontología Pediátrica (AAPD) reconoce la importancia del desarrollo de la oclusión y su efecto en el bienestar de bebés, niños y adolescentes. El diagnóstico temprano y el tratamiento exitoso de maloclusiones en desarrollo pueden tener beneficios tanto a corto como a largo plazo mientras se logran los objetivos de armonía y función oclusal y estética dentofacial (AAPD, 2023).

El objetivo de este trabajo fue estimar la prevalencia de maloclusiones en niños de 3 a 5 años y relacionarla con la presencia de hábitos de succión nutritiva y no nutritiva.

## POBLACIÓN Y MUESTRA

Se tomó una muestra consecutiva de todos los pacientes que cumplían con los criterios de elegibilidad: tener de 3 a 5 años de edad, de ambos sexos, con dentición primaria y que concurrieron a la Cátedra de Odontología Integral Niños de la FOUBA durante los años 2014 y parte de 2015. Fueron evaluados 64 niños, 28 mujeres y 36 varones, con una mediana de edad de 4 años (Figura 1).

Se excluyeron los niños que presentaban: caries o restauraciones próximo-oclusales, pérdida temprana de piezas primarias, alteraciones de número, tamaño y forma de dichas piezas, presencia de por lo menos una pieza dentaria permanente y síndromes o enfermedades sistémicas que afecten el crecimiento craneofacial; también aquellos casos cuyos padres que no estuvieron de acuerdo con su participación o no firmaron el consentimiento informado.

## METODOLOGÍA

Se empleó un diseño descriptivo, prospectivo, transversal y observacional.

El examen de los arcos dentarios y la oclusión fue realizado en modelos de yeso y registro de mordida. Los datos sobre los hábitos de succión se recogieron mediante un cuestionario completado durante la entrevista personal del examinador con la madre o responsable de cada niño. El mismo incluía preguntas

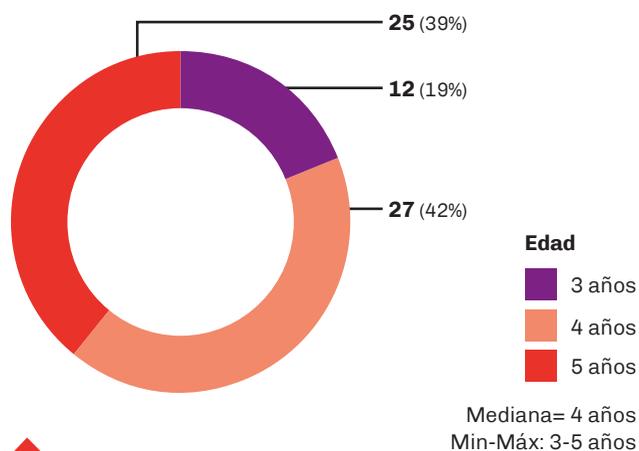


FIGURA 1. Edad. Gráfico circular: N(%).

como fecha de nacimiento, sexo, presencia o ausencia de hábitos de succión no nutritiva como succión de chupete y/o dedo, su inicio, cantidad de horas diarias y oportunidad del mismo. Posteriormente se realizó el examen clínico del niño en el sillón odontológico y se realizó la toma de impresiones con alginato de los arcos mandibular y maxilar, para luego obtener modelos de yeso piedra. Se tomaron registros de mordida guiados manualmente en oclusión centrada empleando la maniobra de Dawson. Las mediciones en los modelos fueron realizadas por el mismo examinador/investigador.

## VARIABLES DEL ESTUDIO

**-Resalte:** distancia en milímetros medida con compás de puntas secas sobre un plano horizontal entre la cara vestibular del incisivo central inferior y el borde incisal del incisivo central superior más vestibularizado. Se considera resalte normal la relación de 1 a 3 mm, relación de borde a borde cuando presenta 0 mm, y valor negativo si están invertidos.

**-Mordida abierta anterior:** distancia vertical en milímetros entre el borde incisal del incisivo central superior y el borde incisal del incisivo central inferior. Se considera normal la sobremordida de 1 a 3 mm y relación de borde a borde cuando presenta 0 mm. Se considerará mordida abierta anterior cuando haya falta de superposición o contacto vertical entre uno o más pares de dientes opuestos. Dicha distancia se registrará en milímetros negativos.

**-Mordida cruzada posterior:** cuando las cúspides vestibulares de uno o más molares superiores ocluyan por palatino de la cúspide vestibular de los molares inferiores del mismo lado. Esta anomalía puede ser izquierda, derecha o bilateral.

Se consideró maloclusión la presencia de una o más de las siguientes características: resalte >3 mm o <1 mm, sobremordida > 3 mm o < 1 mm y mordida cruzada unilateral, bilateral o anterior. Relación canina < 2 o > 3 mm. Relación molar con escalón mesial aumentado o escalón distal.

Se consideraron hábitos de succión nutritiva (lactancia materna y biberón) y no nutritiva (succión digital y chupete).

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para describir variables categóricas se emplearon frecuencias absolutas y porcentajes con intervalos de confianza al 95% (IC95), estimados mediante el método de Wilson. Cuando correspondía, a fin de evaluar riesgo se estimó la medida *odds ratio* (OR) y su respectivo intervalo de confianza IC95. Para analizar asociación entre variables categóricas se utilizó la prueba Chi-cuadrado. Un valor p menor que 0,05 fue considerado significativo. Se emplearon los programas InfoStat (Di Rienzo et al., 2020) y R (R Core Team, 2023) con paquete *DescTools* (Signorell et al., 2023).

**RESULTADOS**

**MALOCCLUSIONES**

El 50,0% (IC95: 38,1-61,9) de los niños de 3 a 5 años presentó maloclusión. En el 25,0% de los niños (IC95: 16,0-36,8) se observó mordida cruzada: 14,1% (IC95: 7,6-24,6), mordida cruzada anterior; 10,9% (IC95: 5,4-20,9), unilateral. El 60,9% (IC95: 48,7-71,9) presentó un resalte de 1 a 3 mm; 17,2% (IC95: 9,9-28,2), 0 mm; 10,9% (IC95: 5,4-20,9), > 3 mm; y 10,9% (IC95: 5,4-20,9), resalte negativo. El 45,3% (IC95: 33,7 a 57,4) reveló una sobremordida de 1 a 3 mm; 23,4% (IC95: 14,7-35,1), > 3 mm; 15,6% (IC95: 8,7 a 26,4), 0 mm; y 15,6% (IC95: 8,7 a 26,4), mordida abierta (Figura 2).

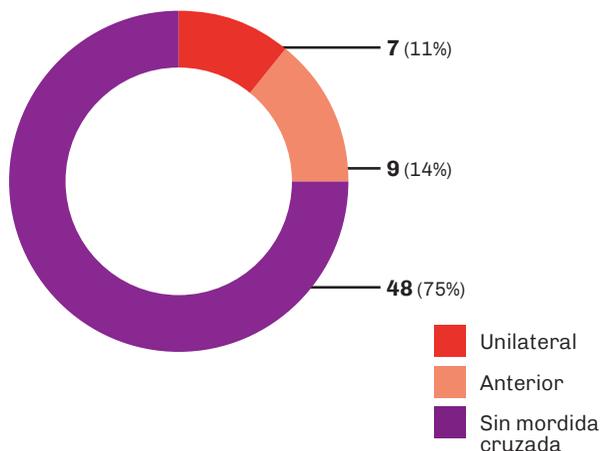
**LACTANCIA CON BIBERÓN**

El 79,7% (IC95: 68,3% a 87,7) de los niños tuvo lactancia con biberón. Se encontró una asociación significativa entre la lactancia con biberón y la presencia de maloclusión (Chi-cuadrado = 4,73; *gl* = 1; *p* < 0,05; OR = 4,4 [1,2-16,6]): El porcentaje de niños que presentaron maloclusiones fue de 56,9% (IC95: 43,3-69,5) en los que tuvieron lactancia con biberón; mientras que dentro de los que tuvieron exclusivamente lactancia materna fue de 23,1% (IC95: 8,2-50,3) (Tabla 1; Figura 3).

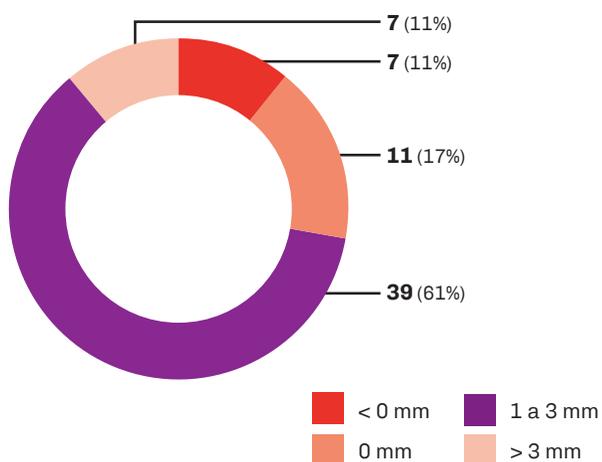
**HÁBITOS DE SUCCIÓN NO NUTRITIVA**

El 35,9% (IC95: 25,3-48,2) de los niños utilizó chupete y el 9,4% (IC95: 4,4- 19,0) tuvo succión digital. No se encontró asociación significativa entre maloclusión y succión de chupete (Chi-cuadrado = 0,61; *gl* = 1; *p* = 0,43; OR=1,5 [IC95: 0,6-4,1]; Figura 4) o succión digital (Chi-cuadrado = 0,74; *gl* = 1; *p* = 0,39; OR = 2,1 [IC95: 0,4-10,9]) (Tabla 1). Hubo asociación significativa entre el tiempo de lactancia materna y la utilización de chupete (Chi-cuadrado = 9,44; *gl* = 2; *p* < 0,05): mientras que dentro de los niños con una lactancia menor a 6 meses la presencia de chupete fue de 75,0% (IC95: 46,8 a 91,1); en los niños con lactancias de entre 6 a 12 meses y más de 12 meses, la presencia de chupete fue de 32,0% (IC95: 17,2 a 51,6) y 25,0% (IC95: 12,7 a 43,4), respectivamente (Figura 5).

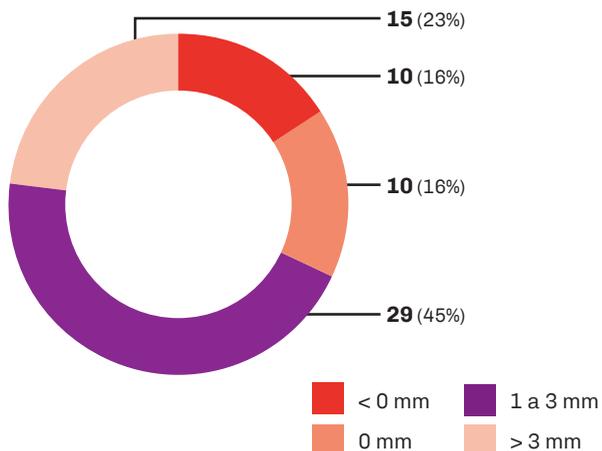
**A) MORDIDA CRUZADA**



**B) RESALTE**



**C) SOBREMORDIDA**

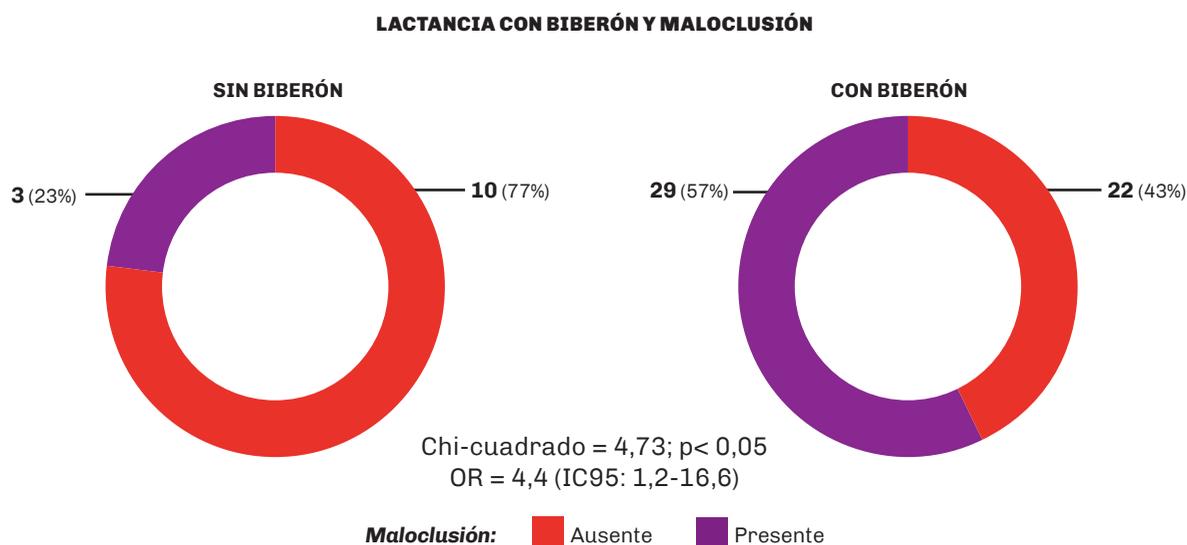


**FIGURA 2.** Distribución de maloclusiones: (A) mordida cruzada, (B) resalte y (C) sobremordida. N(%).

		Presencia de maloclusión							
		No			Sí			Total	
		N	Porcentaje (%)	IC95	N	Porcentaje (%)	IC95	N	Porcentaje (%)
Lactancia con biberón	No	10	76,9	49,7 a 91,8	3	23,1	8,2 a 50,3	13	100,0
	Sí	22	43,1	30,5 a 56,7	29	56,9	43,3 a 69,5	51	100,0
Succión de chupete	No	22	53,7	38,7 a 67,9	19	46,3	32,1 a 61,3	41	100,0
	Sí	10	43,5	25,6 a 63,2	13	56,5	36,8 a 74,4	23	100,0
Succión de dedo	No	30	51,7	39,2 a 64,1	28	48,3	35,9 a 60,8	58	100,0
	Sí	2	33,3	9,7 a 70,0	4	66,7	30,0 a 90,3	6	100,0

Lactancia con biberón y maloclusión: Chi-cuadrado = 4,73; gl = 1; p = 0,03 (p<0,05); OR = 4,4 (IC95: 1,2-16,6)  
 Succión de chupete y maloclusión: Chi-cuadrado = 0,61; gl = 1; p = 0,43; OR = 1,5 (IC95: 0,6 a 4,1)  
 Succión de dedo y maloclusión: Chi-cuadrado = 0,74; gl = 1; p = 0,39; OR = 2,1 (IC95: 0,4 a 10,9)

**TABLA 1.** Maloclusión y hábitos de succión no nutritiva



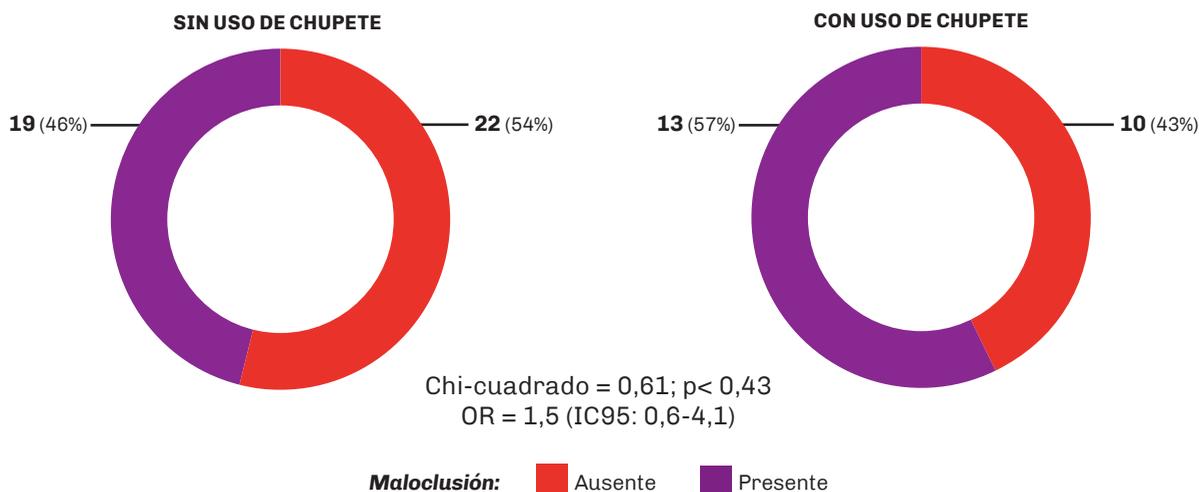
**FIGURA 3.** Relación entre lactancia con biberón y maloclusión. N(%).

**DISCUSIÓN**

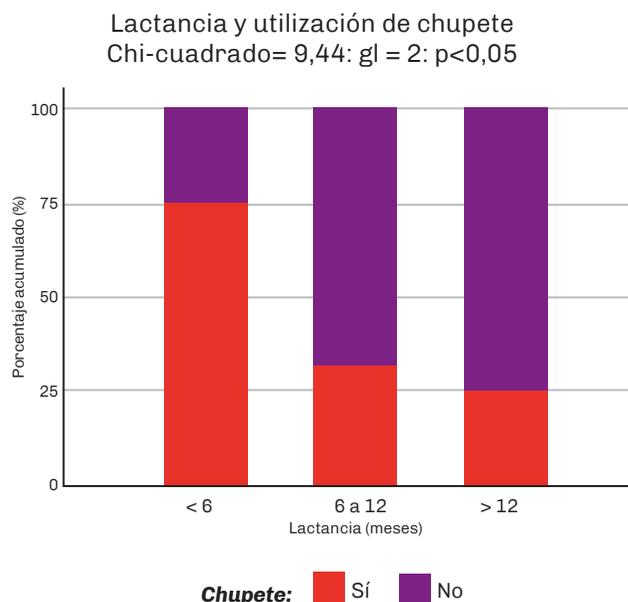
El presente estudio analizó la oclusión dentaria en una muestra compuesta por niños de entre 3 y 5 años, de ambos sexos, con un ligero predominio del género masculino, y con dentición primaria completa. La mitad de los niños de esta muestra presentó maloclusión dentaria.

La prevalencia de los hábitos de succión no nutritiva en niños de hasta 3 años de edad ha sido estimada, por diferentes autores, entre el 61% y el 90% (Larsen, 2001; Warren y Bishara, 2001). Además, algunas investigaciones reportan la relación entre los hábitos de succión digital y maloclusiones con 65,7% (OR 1,54) y hábito de chupete y maloclusión con 81,2%

**CHUPETE Y MALOCCLUSIÓN**



**FIGURA 4.** Relación entre utilización de chupete y maloclusión. N(%).



**FIGURA 5.** Asociación entre tiempo de lactancia materna y utilización de chupete.

(OR 5,46) (Fukuta et al., 1996). En la presente muestra la prevalencia fue menor (36 % chupete y 9% succión digital), y además no hubo asociación significativa con la maloclusión.

La alta prevalencia de maloclusión de esta muestra está asociada principalmente a la lactancia con biberón, especialmente antes de los 6 meses de vida, ya que por un lado no se realiza el avance mandibular para corregir la distoposición propia del recién nacido, pero además está relacionada con la instalación de HSNN como el chupete.

Diversos autores comprobaron la influencia de los hábitos de succión no nutritiva en la característica de los arcos dentarios y el desarrollo de la oclusión (Nihi et al., 2015; Monzón Lagreca, 2018; Larsson, 2001; Warren et al., 2001; Warren y Bishara, 2002; Duncan et al., 2008). Esto incluye: disminución de la sobremordida o mordida abierta anterior, aumento del resalte y una mayor incidencia de una relación distal canina y molar. Dichos hábitos también están asociados a una disminución del ancho del arco maxilar y un aumento del ancho del arco mandibular, que conduce a una mayor probabilidad de desarrollar una mordida cruzada posterior. En la dentición primaria, es más probable que una mordida cruzada posterior sea originada por el chupete que por la succión del dedo (Warren et al., 2001; Bishara et al., 2006).

En relación al tipo de maloclusión asociada a los hábitos de succión nutritiva y no nutritiva, en esta muestra predomina la sobremordida aumentada (23%) y la mordida cruzada -posterior y anterior- (25%), y en menor proporción: mordida abierta anterior (16%) y resalte aumentado (11%). Coincidente con los resultados de Rondón et al. (2012), quienes, al analizar el tipo de lactancia, observan una tendencia a una distoposición mandibular, mordida abierta anterior y mordida cruzada posterior cuando hay un periodo de lactancia materna menor a 6 meses (Rondón et al., 2012).

En un estudio en niños de cuatro años en Recife (Brasil), Katz et al., determinaron una prevalencia de maloclusión del 49,7%, semejante a la prevalencia hallada en este estudio, sin embargo, encuentran que el chupete y la succión digital son los hábitos directamente relacionados con la maloclusión. Dentro de ese porcentaje de maloclusiones causadas por

hábitos, un 12,1% corresponde a mordida cruzada posterior, un 36,4% a mordida abierta anterior y un 29,7%, resalte aumentado (Katz et al., 2004). También Infante (1976) encontró una fuerte correlación entre el hábito de succión no nutritiva prolongada y la mordida abierta anterior (entre 17,7% a 46,2% de los niños), así como para mordida cruzada posterior 5,8% a 18,2% en niños de 3 a 5 años (Infante, 1976). Para Pipa Vallejo et al., (2011), la prevalencia general de maloclusión es del 37,37%, y demuestra la relación directa entre los HSNN y la maloclusión porque en las tres patologías oclusales estudiadas hay diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), con mayor prevalencia de maloclusión en el grupo con succión digital y/o chupete más de 3 años. La patología más frecuente es el resalte aumentado, seguida de la mordida cruzada posterior y por último la mordida abierta anterior.

Según la Academia Americana de Odontología Pediátrica, los hábitos de succión no nutritiva afectan la oclusión por la duración del hábito más que por la frecuencia de su uso. La presencia de mordida abierta se relaciona con la duración de la succión no nutritiva más allá de los tres años de edad, mientras que el aumento del resalte y la disposición mandibular se asocian más fuertemente con el hábito de succión digital (AAPD, 2022).

## CONCLUSIÓN

En esta muestra la mitad de los niños presentó alguna alteración en la oclusión, siendo la mordida cruzada y la sobremordida las más frecuentes. La lactancia con biberón fue un factor de riesgo para la maloclusión. Además, los resultados obtenidos sugieren que la lactancia materna inferior a 6 meses favorecería la instalación de hábitos de succión no nutritiva, como el uso de chupete.

## REFERENCIAS

American Academy of Pediatric Dentistry. AAPD. (2022). Policy on pacifiers. En *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. (pp. 77–80). American Academy of Pediatric Dentistry. [https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/p\\_pacifiers.pdf/](https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/p_pacifiers.pdf/)

American Academy of Pediatric Dentistry. AAPD. (2023). Management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. En *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. (pp. 466–483). American Academy of Pediatric Dentistry. <https://www.aapd.org/research/oral-health-policies--recommendations/management-of-the-developing-dentition-and-occlusion-in-pediatric-dentistry/>

Bishara, S. E., Warren, J. J., Broffitt, B., y Levy, S. M. (2006). Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 130(1), 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2004.11.033>

Di Rienzo J. A., Casanoves F., Balzarini M. G., Gonzalez L., Tablada M., Robledo C.W. InfoStat versión 2020. Centro de Transferencia InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. URL <http://www.infostat.com.ar>

Duncan, K., McNamara, C., Ireland, A. J., y Sandy, J. R. (2008). Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18(3), 178–188. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00905.x>

Fukuta, O., Braham, R. L., Yokoi, K., y Kurosu, K. (1996). Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger (digit) sucking. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 63(6), 403–407.

Gallardo-Sotelo, C. E., y Díaz-Pizán, M. E. (2012). Lo que el odontopediatra debe conocer sobre lactancia materna. *Boletín Asociación Argentina de Odontología para Niños*, 41(1), 20–27.

Guerra, M. E., y Mujica, C. (1999). Influencia del amamantamiento en el desarrollo de los maxilares. *Acta Odontológica Venezolana*, 37(2). <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1999/2/art-2/>

Infante P. F. (1976). An epidemiologic study of finger habits in preschool children, as related to malocclusion, socioeconomic status, race, sex, and size of community. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 43(1), 33–38.

Katz, C. R., Rosenblatt, A., y Gondim, P. P. (2004). Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 126(1), 53–57. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2003.06.011>

Larsson E. (2001). Sucking, chewing, and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age. *The Angle Orthodontist*, 71(2), 116–119. [https://doi.org/10.1043/0003-3219\(2001\)071<0116:SCAFHA>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1043/0003-3219(2001)071<0116:SCAFHA>2.0.CO;2)

Monzón Lagreca M. V. (2018). Riesgo en disgnacias. *Revista Uruguaya de Ortopedia y Ortodoncia*, 1(1), 04–64. <https://www.ruoo.uy/index.php/ORTUY/article/view/8>

Morales-Chávez, M. C., y Stabile-Del Vecchio, R. M. (2014). Influencia de la lactancia materna en la aparición de hábitos parafuncionales y maloclusiones. Estudio transversal. *Universitas Odontologica*, 33(71), 161–166. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo33-71.ilma>

Nihi, V. S., Maciel, S. M., Jarrus, M. E., Nihi, F. M., Salles, C. L., Pascotto, R. C., y Fujimaki, M. (2015). Pacifier-sucking habit duration and frequency on occlusal and myofunctional alterations in preschool children. *Brazilian Oral Research*, 29, 1–7. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2015.vol29.0013>

Peres, K. G., Barros, A. J., Peres, M. A., y Victora, C. G. (2007). Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Revista de Saúde Pública*, 41(3), 343–350. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102007000300004>

Pipa Vallejo, A., Cuerpo García de los Reyes, P., López-Arranz Monje, E., González García, M., Pipa Muñoz, I., y Acevedo Prado, A. (2011). Prevalencia de maloclusión en relación con hábitos de succión no nutritivos en niños de 3 a 9 años en Ferrol. *Avances en Odontoestomatología*; 27(3), 137–145. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852011000300004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000300004)

Planas, P. (1994). *Rehabilitación neuro-oclusal (RNO)*. Ediciones Científicas y Técnicas.

R Core Team. (2023). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>

Rondón, R. G., Zambrano, G. A., y Guerra, M. E. (2012). Relación entre el período de lactancia materna y maloclusiones. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 2(2). <https://doi.org/10.47990/alop.v2i2.60>

Signorell, A. (2023). DescTools: Tools for Descriptive Statistics. R package version 0.99.49. <https://CRAN.R-project.org/package=DescTools>

Vilela H. M., Tornisiello Katz, C. R., y Rosenblatt, A. (2008). Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study. *European Journal of Orthodontics*, 30(6), 580–585. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjn035>

Warren, J. J., y Bishara, S. E. (2002). Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 121(4), 347–356. <https://doi.org/10.1067/mod.2002.121445>

Warren, J. J., Bishara, S. E., Steinbock, K. L., Yonezu, T., y Nowak, A. J. (2001). Effects of oral habits' duration on dental characteristics in the primary dentition. *Journal of the American Dental Association (1939)*, 132(12), 1685–1726. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0121>

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

## Dirección para correspondencia

Cátedra de Odontología Integral Niños  
Facultad de Odontología  
Universidad de Buenos Aires  
Marcelo T de Alvear 2142. Piso 15  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, C1122AAH  
[nancy.mendel@odontologia.uba.ar](mailto:nancy.mendel@odontologia.uba.ar)

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0

