



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TEMA:**

**Características dentofaciales de respiradores bucales en  
niños de 8 a 12 años**

**AUTORA:**

**Salcedo Cano, Nicole**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
ODONTÓLOGA**

**TUTOR:**

**Pino Larrea, José Fernando**

**Guayaquil, Ecuador**

**19 de febrero del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Salcedo Cano, Nicole**, como requerimiento para la obtención del título de **Odontóloga**.

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Pino Larrea, José Fernando**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia**

**Guayaquil, a los 19 días del mes de febrero del año 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

## **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Salcedo Cano, Nicole**

### **DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Características dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años**, previo a la obtención del título de **Odontóloga**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 19 días del mes de febrero del año 2024**

**EL AUTOR**

f. NICOLASALCEDO.C  
**Salcedo Cano, Nicole**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Salcedo Cano, Nicole**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Características dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 19 días del mes de febrero del año 2024**

**EL AUTOR:**

f. Nicolesalcedo.c  
**Salcedo Cano, Nicole**



## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar le agradezco a mis padres por todo su amor, sacrificio y sobre todo apoyo, el cual fue indispensable para poder alcanzar este logro.

A mis hermanos y abuelos por siempre acompañarme, y a mi abuela por creer en mí. A mis tíos por siempre estar pendientes y su constante disposición ayudarme.

Le agradezco a amigos y a José por estar conmigo en cada paso y motivarme a seguir.

A mis docentes que fueron fundamentales en mi formación académica y en especial a la Dra. Luzardo.

Y a mi tutor, el Dr. Pino por su invaluable apoyo y orientación durante estos meses.

## **DEDICATORIA**

Le dedico este trabajo a mis papás y a mi tío Francisco, que sin ellos no habría logrado alcanzar este punto en mi trayectoria académica.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Bermúdez Velásquez, Andrea Cecilia**  
DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Ocampo Poma, Estefanía del Rocío**  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Cruz Moreira, Karla Elizabeth**  
OPONENTE





**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CALIFICACIÓN**

**TUTOR (A)**

f. \_\_\_\_\_  
**Pino Larrea, José Fernando**

# CARACTERÍSTICAS DENTOFACIALES DE RESPIRADORES BUCALES EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS

Nicole, Salcedo Cano. José, Pino Larrea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

## RESUMEN

**Introducción:** los rasgos faciales y dentales que pueden ser influenciados por la respiración oral, son conocidos como Las características dentofaciales de respiradores. Este hábito parafuncional provoca cambios clasificados como bucales, esqueléticos, faciales, fisiológicos y psicológicos **Objetivo:** determinar las características dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023. **Materiales y Métodos:** estudio observacional, transversal, cuantitativo y descriptivo, se utilizó la guía para el análisis facial clínico y cefalométrico en pacientes con disfunción respiratoria, en 20 pacientes de ambos sexos registrados en la clínica con edades entre 8 a 12 años, previo consentimiento informado de los tutores o padres. **Resultados:** Alta prevalencia de obstrucción de vías nasofaríngeas, con narinas estrechas, hipertrofia de cornetes. Tipo facial leptoprosopo, perfil convexo, asimetría facial, facie adenoidea y ojeras. Resalte y sobrepase aumentado, arcada superior ovoide. Cansancio crónico y ronquidos. Alta prevalencia de tórax estrecho, mandíbula hacia atrás y abajo y cabeza inclinada hacia adelante. Tipo facial dolicofacial, maxilar con prognatismo, mandíbula con retrognatismo y Frankfort-Mandibular aumentado. **Conclusión:** Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar no solo las implicaciones dentales al abordar la respiración bucal en la población pediátrica. **Discusión:** se observó concordancia con otros estudios sobre las alteraciones en los patrones musculares, cambios en la morfología facial, cambios posturales, alteraciones del desarrollo maxilar y la mandíbula, entre otros.

**Palabras Claves:** características bucales, características cefalométricas, características faciales, características fisiológicas, y psicosociales.

## DENTOFACIAL CHARACTERISTICS OF MOUTH BREATHERS IN CHILDREN AGED 8 TO 12 YEARS.

Nicole, Salcedo Cano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

### ABSTRACT

**Introduction:** Facial and dental traits influenced by oral breathing are known as Orofacial Characteristics of Mouth Breathers. This parafunctional habit leads to changes classified as oral, skeletal, facial, physiological, and psychological. **Objective:** To determine the orofacial characteristics of mouth breathers in children aged 8 to 12, treated at the dental clinic of the Catholic University of Santiago de Guayaquil during Semester B-2023. **Materials and Methods:** Observational, cross-sectional, quantitative, and descriptive study using a guide for clinical and cephalometric facial analysis in patients with respiratory dysfunction. Twenty patients of both sexes, aged 8 to 12, registered in the clinic with prior informed consent from guardians or parents, were included. **Results:** High prevalence of nasopharyngeal airway obstruction with narrow nostrils and hypertrophy of turbinates. Leptoprosopic facial type, convex profile, facial asymmetry, adenoid facies, and dark circles. Increased overjet and overbite, ovoid upper arch. Chronic fatigue and snoring. High prevalence of narrow chest, retruded and downward jaw, and forward-leaning head. Dolico-facial facial type, maxillary prognathism, mandibular retrognathism, and increased Frankfort-Mandibular plane. **Conclusion:** These findings underscore the importance of considering not only dental implications when addressing mouth breathing in the pediatric population. **Discussion:** Concordance was observed with other studies regarding alterations in muscle patterns, changes in facial morphology, maxillary and mandibular developmental abnormalities, postural changes, among others.

**Keywords:** cephalometric characteristics, facial characteristics, Oral characteristics, physiological and psychosocial characteristics

## INTRODUCCIÓN

Las "características dentofaciales de respiradores orales" se refieren a los rasgos faciales y dentales que pueden ser influenciados por la respiración oral<sup>1</sup>. Este tipo de respiración es considerada un hábito parafuncional, frecuentemente observado en la población infantil<sup>2</sup>

Existen diversas causas, que pueden dar origen a la respiración bucal como obstrucción de las vías respiratorias debido a la presencia de adenoides hipertróficas, rinitis alérgicas, asma o alteraciones anatómicas como la hipertrofia de cornetes y desviación del septo nasal<sup>3,4</sup>.

Los cambios ejercidos por la respiración bucal se han clasificado como bucales, esqueléticos, faciales, fisiológicos y psicológicos<sup>4,5</sup>.

Los malos hábitos bucales incluyen maloclusión dental, una ligera superposición de los dientes superiores sobre los inferiores<sup>6</sup> que se manifiestan en problemas como la mordida abierta, la mordida cruzada o el apiñamiento

dental y vestibuloversión de los incisivos superiores<sup>7</sup>

Los cambios faciales son consecuencia de mantener la boca entreabierta, donde es posible observar narinas estrechas, labios agrietados y ojeras<sup>8</sup>, alterando el equilibrio muscular, causando presión anormal de la lengua en los dientes, resultando en maloclusión, cambio en la relación de las arcadas dentarias y atrofia de los senos maxilares debido al flujo de aire constante<sup>2,8</sup>.

La respiración oral impacta la apariencia facial al afectar el desarrollo de los huesos craneofaciales, comprometiendo la armonía facial y la estética. Este fenómeno puede resultar en una facie adenoidea característica del paciente<sup>2,9</sup>.

La respiración bucal conlleva cambios fisiológicos como ronquidos y mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias. A nivel psicológico, los niños pueden enfrentar dificultades respiratorias durante el sueño, impactando negativamente en la calidad del descanso y afectando su bienestar emocional y comportamiento diurno<sup>10,11</sup>.

Los cambios esqueléticos asociados con la respiración bucal incluyen la inmersión del esternón y la cifosis dorsal, la respiración oral puede afectar la postura de la cabeza y el cuello, influyendo en la posición del esternón. También impacta la postura y función de los músculos cervicales y dorsales, contribuyendo a la formación de cifosis dorsal<sup>10,13</sup>.

La identificación temprana y el abordaje multidisciplinario son fundamentales, ya que este hábito perturba adversamente el desarrollo fisiológico típico de los niños<sup>10,14</sup>.

La persistencia de este síndrome impacta de manera integral en el individuo, afectando especialmente las funciones estomatognáticas, la postura y la calidad de vida, por lo que requiere de una atención multidisciplinaria para abordar este fenómeno<sup>14</sup>.

Una revisión sistemática de la literatura, abordando hábitos orales deformantes en niños de 3 a 12 años, señaló que Cuba lidera (78,18%), seguida por México (68,2%), Colombia (67%), y Ecuador (52,6%)<sup>15</sup>.

Autores han evidenciado asociación entre la respiración bucal en niños con factores dentales y esqueléticos, sugiriendo que esta condición tiende a intensificarse a medida que los niños entran en la adolescencia<sup>1</sup>.

También han indentificado características faciales como ojeras, párpados caídos y labios con rasgos específicos<sup>9,10</sup>. Además, de distintas relaciones caninas y perfiles faciales, con mordida cruzada posterior, arcada en forma de "V", mordida abierta y apiñamiento en la arcada superior. La presencia de paladar profundo también se vincula a la succión labial o gingivitis en algunos niños<sup>9</sup>.

Se han notado diversas características, como la presencia o ausencia de amígdalas grandes, paladar profundo, labios incompetentes e incisivos vestibularizados, entre otros aspectos<sup>16</sup>. En lo que respecta a las características cefalométricas, se han observado biotipos dolicofaciales y mesofaciales predominantes así como maloclusiones severas y problemas de profundidad palatina<sup>17</sup>.

Estas investigaciones evidencian la relación entre los hábitos de respiración bucal y las alteraciones resultantes de la descoordinación entre los músculos de la masticación, la lengua y los labios. La persistencia de este hábito tiene repercusiones negativas en el desarrollo infantil y afecta las estructuras craneofaciales<sup>12</sup>.

Además, la función nasorespiratoria no solo concierne a estomatólogos y ortodoncistas, sino también a profesionales de diversas disciplinas como pediatras, otorrinolaringólogos, alergólogos, terapeutas del lenguaje, neumólogos y cirujanos maxilofaciales, todos ellos relacionados con la función nasorespiratoria y el crecimiento facial<sup>18</sup>.

Por tanto, identificar y comprender estas características es esencial para abordar de manera efectiva los posibles problemas asociados, tales como maloclusiones y alteraciones en el crecimiento maxilofacial.

En ese sentido, el objetivo general de la investigación es Determinar las características

dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023. Con los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar la prevalencia de obstrucción de vías nasofaríngeas en niños respiradores bucales de 8 a 12 años, atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023

2. Describir las características faciales en niños respiradores bucales de 8 a 12 años, atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023

3. Examinar los cambios que provoca la respiración bucal en el desarrollo de la cavidad bucal en niños respiradores bucales de 8 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023

4. Evaluar el impacto de la respiración bucal en las

características postulares y cefalométricas en niños de 8 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023

5. Describir los cambios fisiológicos y psicosociales en niños respiradores bucales de 8 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023.

La información derivada de este estudio no solo contribuirá a la literatura científica actual sobre respiración bucal en niños, sino que también proporcionará conocimientos valiosos para los profesionales de la salud, permitiéndoles desarrollar estrategias de detección temprana y protocolos de tratamiento más precisos y personalizados.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

La investigación es observacional, transversal. De enfoque cuantitativo y de alcance descriptivo, de método deductivo-inductivo.

Se dispone de acceso a la clínica de Ortodoncia e Integral del

niño de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil. En estas instalaciones, se realiza una evaluación clínica de niños respiradores bucales en el rango de 8 a 12 años.

Los criterios considerados para la inclusión de pacientes son: registrados en la clínica, edad entre 8 a 12 años, ambos sexos, consentimiento informado firmado por sus tutores o padres, sin tratamiento de ortodoncia. Se excluyen del estudio los pacientes que no cumplan con esos criterios.

La población se ha abordado mediante un estudio de casos que incluye 20 casos específicos, elegidos por su representatividad en relación con los aspectos cruciales de la investigación. En consecuencia, no se ha aplicado un cálculo de muestra tradicional debido a la naturaleza detallada y específica de este enfoque.

El procedimiento para la recolección de la información fue:

1. Se solicitará la autorización a la directora de la carrera de odontología para llevar a cabo el proyecto, informándole de todos los detalles.

2. Después de obtener la aprobación, se explicará en detalle a los pacientes, respondiendo preguntas y proporcionando la hoja de consentimiento informado.

3. Se procederá a la búsqueda de pacientes según los criterios de inclusión y exclusión.

4. Se realizarán las preguntas de la guía para el análisis facial clínico y cefalométrico en pacientes con disfunción respiratoria.

Mediante estas preguntas se respondieron las variables de interés para la investigación, las cuales son: edad, sexo, color de piel, tipo de respirador bucal. Características faciales (tipo facial, análisis de perfil, labio superior e inferior, ángulo nasolabial, facie adenoidea, ojeras)

Características bucales (resalte, sobrepase, mordida abierta anterior, arcada superior, posición de incisivos superior e inferior, paladar, apiñamiento, egresión de dientes, mordida cruzada posterior y gingivitis crónica).

Cambios fisiológicos y psicosociales (hábitos secundarios, anorexia falsa, cansancio crónico, disminución de

la concentración, ronquidos). Características posturales (cabeza inclinada hacia adelante, mandíbula hacia abajo y atrás, tórax estrecho, esternón hundido, escápulas aladas).

Características cefalométricas (Tipo facial/ricketts/vert, maxilar, mandíbula, Frankfort- mandibular, incisivo superior e inferior, espacio faríngeo superior e inferior).

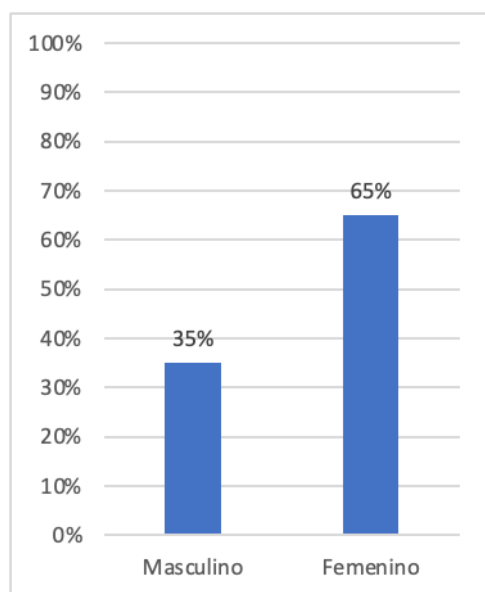
Los datos se recopilaron en una matriz mediante Microsoft Excel y posteriormente se importaron al programa estadístico SPSS v27. En esta plataforma, se generaron tablas de frecuencias absolutas y porcentuales, así como gráficos de barras para facilitar el análisis y las conclusiones.

## **RESULTADOS**

La evaluación clínica de 20 niños respiradores bucales (edades de 8 a 12 años) en la clínica de Ortodoncia e Integral del niño de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil reveló que el 65% eran niñas y el 35% niños. En cuanto al color de piel, se observó un predominio del 55% en niños con piel negra y un 45% con piel blanca.

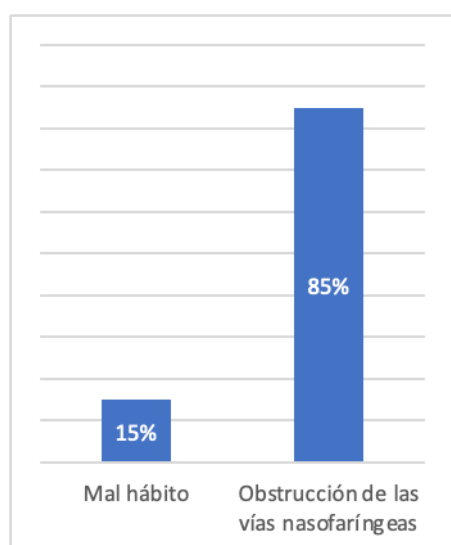


**Figura 1** Distribución del sexo de los pacientes



La figura 2 muestra que la mayoría de los niños(as) que son respiradores bucales es debido a obstrucción de las vías nasofaríngeas.

**Figura 2** Tipo de respirador bucal



Los criterios de observaron revelaron: estreches de la narinas en el 100% de los pacientes, 45%

con desviación septal, 60% con hipertrofia de cornetes, 35% con secreción nasal abundante, 10% con hipertrofia de adenoides, 35% hipertrofia de amígdalas y 50% con rinitis alérgica.

**Tabla 1** Criterios de observación

Criterio	N	%
Desviación septal		
Se observa	9	45,0
No se observa	11	55,0
Hipertrofia de cornetes		
Se observa	12	60,0
No se observa	8	40,0
Secreción nasal abundante		
Se observa	7	35,0
No se observa	13	65,0
Hipertrofia de adenoides		
Se observa	2	10,0
No se observa	18	90,0
Hipertrofia de amígdalas		
Se observa	7	35,0
No se observa	13	65,0
Rinitis alérgica		
Se observa	10	50,0
No se observa	10	50,0
Total	20	100,0

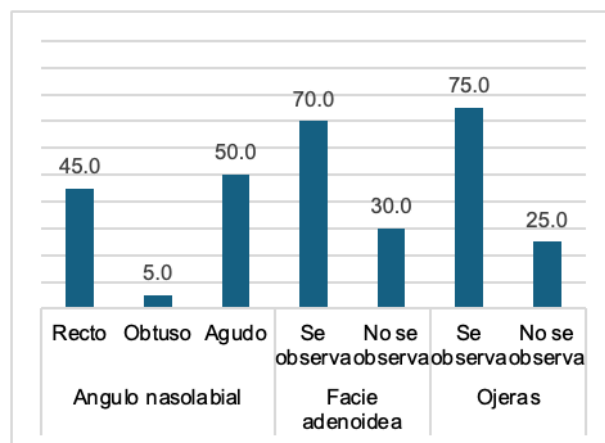
Las características faciales que se muestran en la tabla 2 y figura 3 evidenciaron: 60% de tipo facial leptoprosopo, 75% perfil convexo, 50% con asimetría facial, 60% con tercio inferior aumentado incompetencia bilabial. En cuanto al labio superior se observó 30% normal y 30% hipotónico, el 50% con labio inferior reseco, ángulo

nasolabial agudo en el 50% y recto en el 45%. Facie adenoidea en el 70% y ojeras en el 75% de los niños(as).

**Tabla 2 Características faciales**

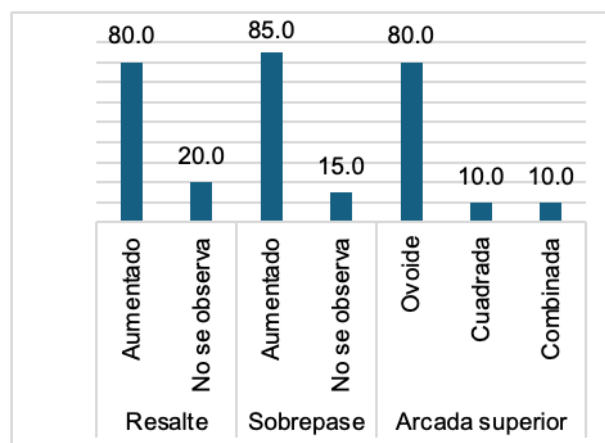
Tipo Facial	N	%
Mesoprosopo	8	40,0
Leptoprosopo	12	60,0
<b>Análisis del perfil</b>		
Perfil recto	2	10,0
Perfil convexo	15	75,0
Perfil cóncavo	3	15,0
<b>Asimetría facial</b>		
Se observa	10	50,0
No se observa	10	50,0
<b>Tercio inferior aumentado incompetencia bilabial</b>		
Se observa	12	60,0
No se observa	8	40,0
<b>Labio superior</b>		
Normal	6	30,0
Hipotónico	6	30,0
Agrietado	2	10,0
Reseco	5	25,0
Hipocoloreado y Agrietado	1	5,0
<b>Labio inferior</b>		
Normal	6	30,0
Agrietado	4	20,0
Reseco	10	50,0
Total	20	100,0

**Figura 3 Características faciales**



Las características bucales en los niños de 8 a 12 años con mayor prevalencia fueron: resalte aumentado (85%), sobrepase aumentado (85%), mordida abierta con interposición lingual (45%) (figura 4).

**Figura 4 Características bucales**



Continuando con las características bucales se obtuvo prevalencia de Arcada superior ovoide (80%), posición normal de incisivos superiores (50%),

linguoversión en la posición de incisivos inferiores (55%), paladar profundo y estrecho (50%), apiñamiento superior e inferior (55%), Egresión de dientes anteriores (50%), mordida cruzada posterior bilateral (65%) y no se observó gingivitis crónica (60%) (Tabla 3).

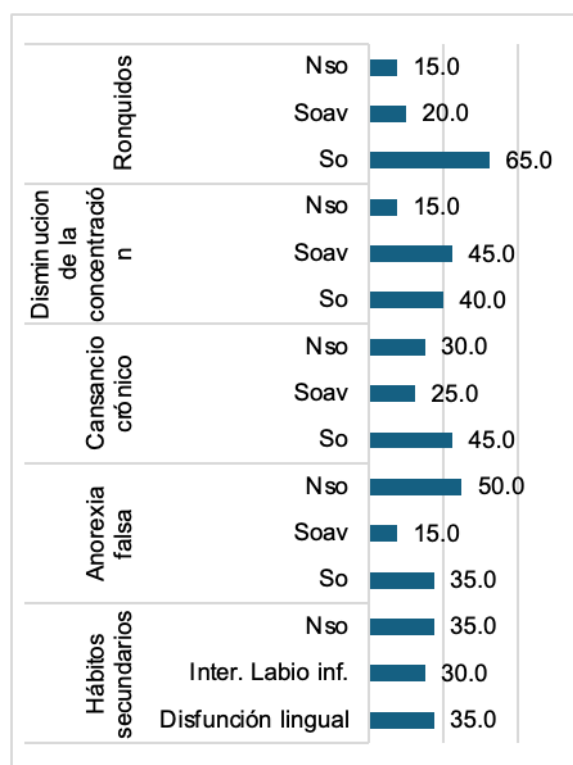
**Tabla 3** Características bucales (cont)

<b>Mordida abierta</b>	N	%
Con interposición lingual	9	45,0
Sin interposición lingual	6	30,0
No se observa	5	25,0
<b>Posición de incisivos superiores</b>		
Normal	10	50,0
Vestibuloversión	4	20,0
Vestibuloversión y protusión	6	30,0
<b>Posición de incisivos inferiores</b>		
Normal	8	40,0
Vestibuloversión	1	5,0
Linguoversión	11	55,0
<b>Paladar</b>		
Normal	6	30,0
Profundo	4	20,0
Profundo y estrecho	10	50,0
<b>Apiñamiento</b>		
Superior	2	10,0
Inferior	3	15,0
Ambos	11	55,0
Sin apiñamiento	4	20,0
<b>Egresión de dientes</b>		
Anteriores	10	50,0
Ambos	2	10,0
No se observa	8	40,0
<b>Mordida cruzada posterior</b>		
Bilateral	13	65,0
No se observa	7	35,0
<b>Gingivitis crónica</b>		

Se observa	8	40,0
No se observa	12	60,0
Total	20	100,0

Entre otros hábitos, cambios fisiológicos y psicosociales el 35% de los pacientes mostraron disfunción lingual, se observó anorexia falsa en el 35% de los casos y a veces en el 15%. El cansancio crónico fue prevalente en el 45%, se observó a veces disminución de la concentración (45%) y en la mayoría se observaron ronquidos (65%) (Figura 5)

**Figura 5** Otros hábitos, cambios fisiológicos y psicosociales.



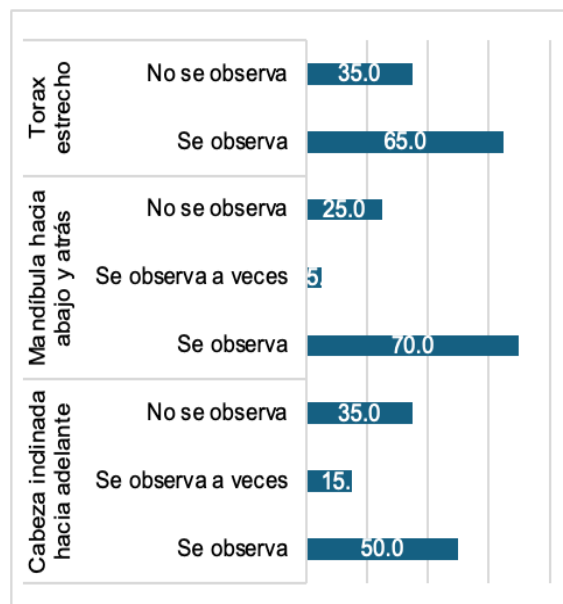
La Tabla 4 muestra las características posturales con alta prevalencia de tórax estrecho (65%), mandíbula hacia atrás y abajo (70%) y cabeza inclinada hacia adelante (50%).

**Tabla 4** Características posturales

<b>Cabeza inclinada hacia adelante</b>	N	%
Se observa	10	50,0
Se observa a veces	3	15,0
No se observa	7	35,0
<b>Mandíbula hacia abajo y atrás</b>		
Se observa	14	70,0
Se observa a veces	1	5,0
No se observa	5	25,0
<b>Tórax estrecho</b>		
Se observa	13	65,0
No se observa	7	35,0
Total	20	100,0

Las características cefalométricas de los niños (as) respiradores bucales mostraron prevalencia de: tipo facial dolicofacial (50%) y mesofacial (45%), el maxilar con prognatismo (65%), la mandíbula con retrognatismo (60%) (Figura 6).

**Figura 6** Características cefalométricas.



Entre otras características cefalométricas el análisis clínico evidenció: Frankfort-Mandibular aumentado (75%), incisivo superior Vestibuloversión (55%), incisivo inferior linguoversión (60%), espacio faríngeo superior e inferior ambos disminuido con el 70% y 65 % respectivamente.

**Tabla 5** Características cefalométricas

<b>Frankfort-Mandibular</b>	N	%
Aumentado	15	75
No se observa	5	25
<b>Incisivo superior</b>		
Vestibuloversión	11	55
Protruido	7	35
No se observa	2	10
<b>Incisivo inferior</b>		
Vestibuloversión	1	5

Linguoversión	12	60
Protruido	3	15
Retruído	2	10
No se observa	2	10
<b>Espacio Faríngeo superior</b>		
Aumentado	1	5
Disminuido	14	70
No se observa	5	25
<b>Espacio Faríngeo inferior</b>		
Aumentado	1	5
Disminuido	13	65
No se observa	6	30
Total	20	100

## DISCUSIÓN

La investigación buscó identificar las características dentofaciales de niños respiradores bucales de 8 a 12 años tratados en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023. Se detectaron diversas manifestaciones que contribuyen a un diagnóstico más preciso, abarcando cambios faciales, bucales, esqueléticos, fisiológicos y psicosociales.

Los resultados evidenciaron que en la mayoría de los pacientes analizados el tipo de respirador fue por obstrucción de las vías nasofaríngeas, acompañado de estreches de la narinas en todos los casos, hipertrofia de cornetes y rinitis alérgica entre los criterios de mayor prevalencia. Resultados

que concuerdan con varias investigaciones, que reportan diagnósticos similares<sup>4,9,19,20</sup>.

Los niños presentaron características faciales destacadas, como un tipo facial leptoprosopo con perfil convexo, asimetría facial y tercio inferior aumentado con incompetencia bilabial predominante.

Respecto a los labios, se notó normalidad e hipotonía en el superior, resequedad en el inferior y un ángulo nasolabial agudo. Además, se observó la presencia de facie adenoidea y ojeras en los niños.

Al respecto autores mencionan que la respiración bucal crónica puede afectar el desarrollo facial, contribuyendo a un tipo facial leptoprosopo con perfil convexo, hallazgos similares a la investigación de Ramírez y Parejo<sup>20</sup>. Para Pérez et al., la incompetencia bilabial predominante podría ser resultado de la adaptación de los músculos faciales ante la obstrucción nasal. Esta particularidad impide el cierre normal de los labios, resultando en una disminución de la tonicidad del

labio superior, que se vuelve hipotónico<sup>21</sup>.

La obstrucción de las vías nasofaríngeas puede influir en la musculatura facial y la postura, dando lugar a asimetría facial y ángulo nasolabial agudo<sup>2,22</sup>.

La manifestación de facie adenoidea y ojeras se atribuye a una mayor extensión en la parte inferior del rostro, la adopción de una postura con los labios separados, una base alar estrecha<sup>23</sup>.

En cuanto a las características bucales determinadas en los niños(as), la respiración bucal puede influir en la posición de los labios y la lengua, afectando el desarrollo de las arcadas dentales provocando cambios en la morfología facial, incluyendo el resalte aumentado y la forma ovoide de la arcada superior<sup>2,3</sup>.

La interposición lingual y la mordida abierta pueden estar relacionadas con patrones musculares alterados debido a la respiración bucal<sup>3,5</sup>.

La obstrucción nasal, que a menudo acompaña a la respiración bucal, puede influir en el desarrollo del paladar y la posición de los

dientes<sup>9,10</sup> Posadera et al., determinaron una asociación significativa entre tipo de respiración resalte aumentado y el tipo facial dolicofacial<sup>24</sup>

La mordida cruzada posterior puede estar relacionada con alteraciones en el desarrollo del maxilar y la mandíbula afectando el encaje de los dientes<sup>11,13,14</sup>.

De los cambios fisiológicos y psicosociales, la disfunción lingual identificada puede estar relacionada con patrones anómalos de respiración y posición de la lengua, influenciando negativamente en el desarrollo facial y la oclusión dental<sup>13,14,25</sup>.

El cansancio crónico y la disminución de la concentración podrían estar asociados con la calidad del sueño alterada, comúnmente vinculada a la respiración bucal y ronquidos<sup>11</sup>.

Estos hallazgos subrayan la importancia de abordar no solo las consecuencias dentales sino también los aspectos fisiológicos y psicosociales en la evaluación y gestión de la respiración bucal en esta población.

Las características posturales mostraron alta prevalencia de tórax estrecho mandíbula hacia atrás y abajo y cabeza inclinada hacia adelante.

Se han establecido conexiones entre la respiración bucal y desviaciones en la postura, indicando que la obstrucción o la reducción del espacio aéreo faríngeo podrían resultar en una inclinación hacia adelante de la cabeza<sup>26,27</sup>.

Este ajuste postural se propone como una respuesta para facilitar el flujo de aire hacia las vías respiratorias inferiores, generando adaptaciones adicionales en la postura<sup>28,29</sup>.

Esto provoca un desequilibrio muscular que afecta no solo a los músculos del cuello, sino también a la zona escapular, la caja torácica<sup>30</sup>.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar no solo las implicaciones dentales, sino también las consecuencias posturales al abordar la respiración bucal en esta cohorte de pacientes.

Con relación a las características cefalométricas prevalentes en la población

estudiada, se encontraron investigaciones que concuerdan con los hallazgos<sup>9,15,16,20</sup>. Estos resultados subrayan la necesidad de considerar la influencia de la respiración bucal en el desarrollo facial.

Investigaciones sugieren que la vestibuloversión del incisivo superior y la linguoversión del incisivo inferior pueden reflejar desplazamientos dentales característicos de la respiración bucal<sup>31,32</sup>. Asimismo, la disminución del espacio faríngeo superior e inferior destaca la estrechez de las vías respiratorias superiores, un hallazgo consistente con la respiración bucal crónica<sup>31-33</sup>.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar no solo las implicaciones dentales, sino también las consecuencias posturales, faciales, cefalométricas al abordar la respiración bucal en la población pediátrica.

## **CONCLUSIONES**

Se encontró prevalencia de respiradores bucales por obstrucción de las vías nasofaríngeas, la mayoría con diagnóstico de hipertrofia de

cornetes y rinitis alérgica. No se observó desviación septal, abundante secreción nasal, hipertrofia de adenoides o amígdalas.

Las características faciales más resaltantes fueron ángulo nasolabial agudo, facie adenoidea y ojeras.

De las características bucales los niños (as) analizados evidenciaron alta prevalencia de resalte y sobrepase aumentado, arcada superior ovoide. La mordida abierta con interposición lingual fue mas frecuente, con posición normal de incisivos superiores y linguoversión para los inferiores.

El paladar más frecuente fue estrecho y profundo, con apiñamiento en ambos lados y erosión de dientes anteriores. En la mayoría no se observó gingivitis crónica y la mordida cruzada posterior bilateral fue más prevalente.

Entre otros hábitos, cambios fisiológicos y psicológicos se observó disfunción lingual e interposición del labio inferior, cansancio crónico y ronquidos. También se observó a veces disminución de la concentración y

mayormente no se observó anorexia falsa.

Las características postulares observadas con mayor relevancia fueron cabeza inclinada hacia abajo y adelante, mandíbula hacia abajo y atrás. Y tórax estrecho.

Finalmente, las características cefalométricas de los niños (as) respiradores bucales mostraron prevalencia de: tipo facial dolicofacial y mesofacial, el maxilar con prognatismo, la mandíbula con retrognatismo. Frankfort-Mandibular aumentado, incisivo superior vestibuloversión, incisivo inferior linguoversión, espacio faríngeo superior e inferior ambos disminuido.

### **Recomendaciones basadas en las conclusiones del estudio:**

Para casos de respiradores bucales con obstrucción de las vías nasofaríngeas, se sugiere realizar una evaluación más detallada de la presencia de hipertrofia de cornetes y rinitis alérgica como posibles causas subyacentes.

Considerar la monitorización de la angulación nasolabial aguda,



facie adenoidea y ojeras como indicadores visuales de respiración bucal en niños.

En casos de características bucales como resalte y sobrepase aumentado, así como arcada superior ovoide, se podrían explorar opciones de tratamiento ortodóntico temprano para corregir estas irregularidades.

La identificación de mordida abierta con interposición lingual y la posición de los incisivos superiores e inferiores destaca la necesidad de intervenciones ortodónticas específicas, especialmente en lo que respecta a la linguoversión.

Ante la presencia de un paladar estrecho y profundo con apiñamiento, se recomienda considerar opciones de tratamiento ortodóntico para abordar estas condiciones y prevenir posibles complicaciones dentales.

La observación de mordida cruzada posterior bilateral prevalente enfatiza la importancia de una evaluación temprana para la corrección ortodóntica.

Se sugiere un seguimiento periódico para la detección temprana de posibles problemas bucales, considerando la ausencia

general de gingivitis crónica en la muestra

## REFERENCIAS

1. Rossi R, Rossi NJ N, Yamashita H, Pignatari S. Dentofacial characteristics of oral breathers in different ages: a retrospective case-control study. *Prog Orthod.* 2015; 16(23): p. 1-10.
2. Wasnik M, Kulkarni S, Gahlod N, Khekade S, Bhattad D, Shukla H. Mouth breathing habit: a review. *Int J Community Med Public Health.* 2021; 8(1): p. 495-501.
3. Mattar S, Matsumoto M, Valera F, Anselmo-Lima W, Faria G. The effect of adenoidectomy or adenotonsillectomy on occlusal features in mouth-breathing. *Pediatr Dent.* 2012; 34(5): p. 108-112.
4. Campanha S, Freire L, Fontes M. Impact of asthma, allergic rhinitis and mouth breathing in life quality of children and adolescents. *Rev. CEFAC.* 2018; 10(4): p. 513-519.

5. Achmad H, Ansar A. Mouth Breathing in Pediatric Population: A Literature Review. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. 2021; 25(6): p. 4431–4455.
6. Oliveira R, Noronha W, Bonjardim L. Masticatory performance evaluation in patients with nasal and mouth breathing. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(1): p. 114-121.
7. Lyu L, Zhao Z, Tang Q, Zhao J, Huang H. Skeletal class II malocclusion caused by mouth breathing in a pediatric patient undergoing treatment by interceptive guidance of occlusion. *J Int Med Res*. 2021; 49(6).
8. Li J, Zhao Z, Zheng L, Daraquel B, Liu J, Hu Y. Effects of mouth breathing on maxillofacial and airway development in children and adolescents with different cervical vertebral maturation stages: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2022; 22(1).
9. Tavizón J, Martínez R, Carrillo M, Moreno M, María C. Características faciales y oclusales en niños respiradores bucales de 5 a 12 años en Zacatecas. *Rev Invest Cien Sal*. 2021; 16(1): p. 119-122.
10. Ramírez-Yanez G. Mouth Breathing: Understanding the Pathophysiology of an oral habit and its consequences.. *Medical Research Archives*. 2022; 11(1).
11. Lee S, Guilleminault C, Chiu H, Sullivan S. Mouth breathing, "nasal disuse," and pediatric sleep-disordered breathing. *Sleep Breath*. 2015; 19(4): p. 1257-1264.
12. Zhao Z, Zheng L, Huang X, Li C, Liu J, Hu Y. Effects of mouth breathing on facial skeletal development in children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. 2021; 21(1).
13. Giraldo-Velez N, Olarte-Sosa M, Ossa-Ramírez J, Parra-Isaza M, Tobón-Arango F, Agudelo-Suárez A. Características de la oclusión

- en respiradores bucales de 6 a 12 años de la Clínica del Niño en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Rev Nac Odontol.* 2015; 11(20): p. 21-28.
14. Parra-Iraola Sandra Susana ZMAG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares: Revisión Sistemática.. *Int. J. Odontostomat.* 2018; 12(2): p. 188-193.
  15. Orozco L, Castillo L, Bribiesca M, González M. Maloclusiones dentales y su relación con la respiración bucal en una población infantil al oriente de la Ciudad de México. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud.* 2016; 19(1): p. 43-47.
  16. Moreyra K. Características Dentofaciales de Respiradores Bucales y Nasales en niños de 6 a 11 años en el distrito de la Perla-Callao 2020. Tesis de maestría. Lima: UAP, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud; 2021.
  17. Abreu R, Rocha R, Lamounier JGA. Etiology, clinical manifestations and concurrent findings in mouth-breathing children. *J Pediatr (Rio J).* 2008; 84(6): p. 529-535.
  18. Bianchini A, Guedes Z, Vieira M. A study on the relationship between mouth breathing and facial morphological pattern. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2007 Jul-Aug; 73(4): p. 500-505.
  19. Retamoso L, Knop L, Guariza O, Tanaka O. Facial and dental alterations according to the breathing pattern. *J Appl Oral Sci.* 2011 Apr; 19(2): p. 175-181.
  20. Ramírez M, Parejo D. Elementos del examen facial que influyen en la detección precoz de las maloclusiones. *La Lisa.* 2019-2020. *Jorcienciapdcl.* 2022; 25(30).
  21. Pérez Y, Fernández M, Rodríguez A, Vila D. Influencia del sobrepase y la incompetencia bilabial como factores predisponentes de traumatismos dentoalveolares.. *Rev Cubana Estomatol.* 2011; 48(4).

22. Ucar F, Uysal T. Comparison of orofacial airway dimensions in subject with different breathing pattern. *Progress in Orthod.* 2012; 13(3): p. 210-217.
23. Pereira SBSWL. Adenotonsillectomy in facial growing patients: Spontaneous dental effects. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011; 77(5): p. 600-604.
24. Podadera Z, Flores L, RA. Repercusión de la respiración bucal en el sistema estomatognático en niños de 9 a 12 años. *Rev Ciencias Médicas.* 2013Ago; 17(4).
25. Calle K, Revelo G. Prevalencia de halitosis en niños y su asociación con la higiene bucal, caries dental, saburra lingual, tipo de respiración, edad y sexo. *Odontología Vital.* 2021; 3(5): p. 64-72.
26. Silveira WD, Mello FC, Guimaraes FS, Menezes SL. Postural alterations and pulmonary function of mouth-breathing children. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010; 7(6): p. 683–686.
27. Boscan M, Salinas B, Trestini M, Tomat M. Actitud de las madres en el cumplimiento del calendario de vacunación de niños menores de 6 años. *Salus.* 2012; 16(1): p. 33-41.
28. Kamper SJ, Henschke N, Hestbaek L, Dunn KM, Williams CM. Musculoskeletal pain in children and adolescents. *Braz J Phys Ther.* 2016; 2(1): p. 275-284.
29. Malhotra S, Pandey RK, Nagar A, Agarwal SP, Gupta VK. The effect of mouth breathing on dentofacial morphology of growing child. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2012; 3(1): p. 27-31.
30. Neiva P, Kirkwood R, Mendes P, Zabjek K, Becker H, Mathur S. Postural disorders in mouth breathing children: a systematic review. *Braz J Phys Ther.* 2018 Jan-Feb; 22(1): p. 7-19.
31. Lin L, Zhao T, Qin D, Hua F, He H. The impact of mouth

breathing on dentofacial development: A concise review. *Front Public Health*. 2022 Sep; 8(10).

32. Grippaudo C, Paolantonio E, Antonini G, Saulle R, La Torre GDR. Association between oral habits, mouth breathing and malocclusion. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2016 Oct; 36(5): p. 386-394.
33. Barahona J, Benavides J. Principales Análisis Cefalométricos Utilizados Para El Diagnóstico Ortodóntico. *Revista Científica Odontológica [Internet]*. 2006; 2(1): p. 11-27.

## ANEXOS

### GUÍA PARA EL ANALISIS FACIAL CLÍNICO Y CEFALOMÉTRICO DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN RESPIRATORIA EN EDADES ENTRE 8 – 12 AÑOS, QUE SE ATIENDEN EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

#### NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

EDAD:                      SEXO:                      RAZA:

#### TIPO DE RESPIRADOR BUCAL:

##### 1. POR OBSTRUCCIÓN DE VÍAS NASOFARÍNGEAS:

CRITERIOS DE OBSERVACION	SO	SOAV	NSO
ESTRECHES DE LAS NARINAS			
DESVIACIÓN SEPTAL			
HIPERTROFIA DE CORNETES			
SECRECIÓN NASAL ABUNDANTE			
HIPERTROFIA DE ADENOIDES			
HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS			
RINITIS ALÉRGICA			

- **previa valoración por las especialidades  
Otorrinolaringología y Alergia**

## 2. CARACTERÍSTICAS FACIALES:

CRITERIOS DE OBSERVACION	S0	S0AV	NSO
TIPO FACIAL: - EURIPROSOPO - MESOPROSOPO - LEPTOPROSOPO  (ÍNDICE FACIAL)			
ANÁLISIS DEL PERFIL: - PERFIL RECTO - PERFIL CONVEXO - PERFIL CÓNCAVO			
ASIMETRÍA FACIAL			
TERCIO INFERIOR AUMENTADO  INCONMPETENCIA BILABIAL.  (expresado en mm)			
LABIO SUPERIOR: - NORMAL - HIPOTÓNICO - HIPOCOLOREADO - AGRIETADO - RESECO			
LABIO INFERIOR - NORMAL - HIPERACTIVO - EVERTIDO - AGRIETADO - RESECO - HIPOCOLOREADO			
ÁNGULO NASOLABIAL:			

- RECTO - OBTUSO - AGUDO			
FASCIE ADENOIDEA			
OJERAS			

### 3. CARACTERÍSTICAS BUCALES:

CRITERIOS DE OBSERVACION	SO	SOAV	NSO
RESALTE: - AUMENTADO - DISMINUIDO  (expresado en mm)			
SOBREPASE: - AUMENTADO - DISMINUIDO  (expresado en mm)			
MORDIDA ABIERTA ANTERIOR: - Con interposición lingual - Sin interposición (expresado en mm)			
ARCADA SUPERIOR: - OVOIDE - TRIANGULAR - CUADRADA - COMBINADA			
POSICIÓN DE INCISIVOS SUPERIORES: - NORMAL			



<ul style="list-style-type: none"> <li>- VESTIBULOVERSIÓN</li> <li>- PROTRUSIÓN</li> <li>- VESTIBULOV. Y PROTRUCIÓN</li> <li>- OTROS</li> </ul>			
<p>POSICIÓN DE INCISIVOS INFERIORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NORMAL</li> <li>- VESTIBULOVERSIÓN</li> <li>- PROTRUSIÓN</li> <li>- VESTIBULOVERSIÓN Y PROTRUSIÓN</li> <li>- LINGUOVERSIÓN</li> <li>- OTROS</li> </ul>			
<p>PALADAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NORMAL</li> <li>- PROFUNDO</li> <li>- PROFUNDO Y ESTRECHO</li> </ul>			
<p>APIÑAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SUPERIOR</li> <li>- INFERIOR</li> <li>- SIN APIÑAMIENTO</li> </ul>			
<p>EGRESIÓN DE DIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ANTERIORES</li> <li>- POSTERIOES</li> </ul>			
<p>MOORDIDA CRUZADA POOSTERIOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UNILATERAL</li> <li>- BILATERAL</li> </ul>			
<p>GINGIVITIS CRÓNICA</p>			

#### **4. OTROS HÁBITOS, CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES**

<b>CRITERIOS DE OBSERVACION</b>	<b>SO</b>	<b>S0AV</b>	<b>NSO</b>
HÁBITOS SECUNDARIOS: - DISFUNCIÓN LINGUAL - INTERPOSICIÓN DEL LABIO INFERIOR			
ANOREXIA FALSA (POR DIFICULTAD A LA HORA DE COMER)			
- CANSANCIO CRÓNICO			
- DISMINUCIÓN DE LA CONCENTRACIÓN			
- RONQUIDOS			

#### **5. CARACTERÍSTICAS POSTURALES:**

<b>CRITERIOS DE OBSERVACION</b>	<b>SO</b>	<b>SOAV</b>	<b>NSO</b>
CABEZA INCLINADA HACIA ADELANTE			
MANDÍBULA HACIA ABAJO Y ATRÁS			

TORAX ESTRECHO:			
ESTERNÓN HUNDIDO			
ESCÁPULAS ALADAS			

**6. CARACTERÍSTICAS CEFALOMÉTRICAS:**

CRITERIOS CEFALOMÉTRICOS	SO	SOAV	NSO
TIPO FACIAL/ RICKETTS/VERT: - MESOFACIAL - BRAQUIFACIAL - DOLICOFACIAL			
MAXILAR: - ORTOGNÁTICO - PROGNATISMO - RETROGNATISMO			
MANDÍBULA: - ORTOGNÁTICO - PROGNATISMO - RETROGNATISMO			
FRANKFORT- MANDIBULAR: - AUMENTADO - DISMINUIDO			
INCISIVO SUPERIOR: - VESTIBULOVERSIÓN - LINGUOVERSIÓN - PROTRUIDO - RETRUIDO			
INCISIVO INFERIOR:			

<ul style="list-style-type: none"> <li>- VESTIBULOVERSIÓN</li> <li>- LINGUOVERSIÓN</li> <li>- PROTRUIDO</li> <li>- RETRUIDO</li> </ul>			
ESPACIO FARINGEO SUPERIOR: <ul style="list-style-type: none"> <li>- AUMENTADO</li> <li>- DISMINUIDO</li> </ul>			
ESPACIO FARINGEO INFERIOR: <ul style="list-style-type: none"> <li>- AUMENTADO</li> <li>- DISMINUIDO</li> </ul>			

**So: se observa**

**Soav: se observa a veces**

**Nso: no se observa**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

### Consentimiento informado

**“GUÍA PARA EL ANALISIS FACIAL CLÍNICO Y CEFALOMÉTRICO DE  
PACIENTES CON DISFUNCIÓN RESPIRATORIA EN EDADES ENTRE 8 –  
12 AÑOS, QUE SE ATIENDEN EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
SANTIAGO DE GUAYAQUIL”**

Hola mi nombre es Nicole Salcedo Cano estoy desarrollando un trabajo de investigación acerca de las “Características dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años “

Si decide participar en este estudio le haremos una revisión clínica facial, bucal y según la radiografía, cefalométrica. Y junto con un Dr. Otorrinolaringólogo las vías nasofaríngeas.

---

Nicole Salcedo

---

Representante



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Salcedo Cano, Nicole** con C.C: **0923015424** autor del trabajo de titulación: **Características dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años**, a la obtención del título de Odontóloga en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, a los 19 días del mes de febrero del año 2024

**EL AUTOR**

*NicoRsalcedo.c*

**Nombre: Salcedo Cano, Nicole**

**C.C: 0923015424**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Características dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Salcedo Cano, Nicole		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	José Fernando Pino Larrea		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Odontología		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Odontóloga		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	19 de febrero de 2024	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	26
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Odontopediatría, Respiración bucal, Características bucales		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Características bucales, Características cefalométricas, Características faciales, Características fisiológicas, y psicosociales.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras): <b>Introducción:</b> los rasgos faciales y dentales que pueden ser influenciados por la respiración oral, son conocidos como Las características dentofaciales de respiradores. Este hábito parafuncional provoca cambios clasificados como bucales, esqueléticos, faciales, fisiológicos y psicológicos <b>Objetivo:</b> determinar las características dentofaciales de respiradores bucales en niños de 8 a 12 años atendidos en la clínica odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil durante el Semestre B-2023. <b>Materiales y Métodos:</b> estudio observacional, transversal, cuantitativo y descriptivo, se utilizó la guía para el análisis facial clínico y cefalométrico en pacientes con disfunción respiratoria, en 20 pacientes de ambos sexos registrados en la clínica con edades entre 8 a 12 años, previo consentimiento informado de los tutores o padres. <b>Resultados:</b> Alta prevalencia de obstrucción de vías nasofaríngeas, con narinas estrechas, hipertrofia de cornetes. Tipo facial leptoprosopo, perfil convexo, asimetría facial, facie adenoidea y ojeras. Resalte y sobrepase aumentado, arcada superior ovoide. Cansancio crónico y ronquidos. Alta prevalencia de tórax estrecho, mandíbula hacia atrás y abajo y cabeza inclinada hacia adelante. Tipo facial dolicofacial, maxilar con prognatismo, mandíbula con retrognatismo y Frankfort-Mandibular aumentado. <b>Conclusión:</b> Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar no solo las implicaciones dentales al abordar la respiración bucal en la población pediátrica. <b>Discusión:</b> se observó concordancia con otros estudios sobre las alteraciones en los patrones musculares, cambios en la morfología facial, cambios posturales, alteraciones del desarrollo maxilar y la mandíbula, entre otros. <b>Palabras Claves:</b> características bucales, características cefalométricas, características faciales, características fisiológicas, y psicosociales.			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-0985532385	E-mail: nicolesalcedoc@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Ocampo Poma Estefanía Del Rocio</b>		
	<b>Teléfono: +593-996757081</b>		
	<b>E-mail: estefania.ocampo@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación