

28
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ACTUALIZACIÓN DE LOS CONCEPTOS
ETIOLÓGICOS EN HÁBITOS ORALES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

MARÍA ISABEL CRUZ MENDOZA

ASESOR : C.D. M.O. FERNANDO TAKIGUCHI A.



México, D.F.

1999

27/10/99

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA:

A MI MAMÁ:

Por tus desvelos, preocupaciones, por los momentos en los que necesite de alguien con quien llorar, reír, contarte mis preocupaciones, mis satisfacciones; por ser la persona que ha demostrado que me quiere con todos mis defectos, por darme todo sin recibir nada.

Por tu amor, paciencia y comprensión para ti mamá.

A MI PAPA:

Por esas palabras de aliento en los momentos más precisos, que me hicieron luchar y salir adelante. Por tú confianza apoyo y ayuda.

A MIS HERMANOS:

Por el cariño y apoyo que siempre me han demostrado y los consejo que me dieron durante el transcurso de mi carrera.

A TÍ, BETO:

Esa persona tan especial, con la que he compartido momentos muy agradables, la persona que me ha ayudado y enseñado muchas cosas.

A MIS AMIGOS:

Por brindarme incondicionalmente su amistad, por las cosas buenas y malas que pasamos, por la ayuda que me dieron cuando más la necesite.

En especial a: Ana Luisa, Gaby y Ramiro.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

En primer lugar por darme la vida, por darme a unos padres que me han enseñado a querer y valorar todo lo que me rodea, y por la felicidad y satisfacción que siento por ver lograda una de las metas más importantes de mi vida.

A LOS DOCTORES:

Que compartieron un poco de sus conocimientos durante el trayecto de mi carrera y supieron estimularme para poder salir adelante siempre.

A MI ASESOR:

Por brindarme sus conocimientos y sobre todo por su confianza y ayuda incondicional para la elaboración de ésta tesina.

A LA U.N.A.M.:

Por haberme formado profesionalmente, como una persona útil para la sociedad, por lo que trataré de ponerla orgullosamente siempre muy en alto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

I. HÁBITOS.

* Definiciones	1
* Características	2
* Clasificación	3

II. ETIOLOGÍA. 5

III. TRIADA DE LOS HÁBITOS. 8

- Frecuencia
- Intensidad
- Duración

IV. TIPOS DE HÁBITOS.

- Factores que intervienen.
- Efectos sobre los tejidos.

✓ Succión del pulgar y otros dedos.	9
✓ Respirador Oral.	17
✓ Deglución Atípica y hábito de lengua.	21
✓ Mordedor del Labio Inferior.	25
✓ Bruxismo.	27
✓ Onicofagia.	30
✓ Mordedor de Objetos.	32

V. TRATAMIENTOS.

◇ Succión del pulgar y otros dedos	33
◇ Respirador Oral	38
◇ Deglución Atípica y Hábito de Lengua	40
◇ Mordedor de labio inferior	42
◇ Bruxismo	45
◇ Onicofagia	48
◇ Mordedor de objetos	48
CONCLUSIONES.	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	51

INTRODUCCIÓN.

La evolución de la odontología pediátrica tiene gran relevancia especial para el estudio al servicio de la niñez, la cual ocupa en diversos grupos de edades específicas una necesidad que puede ofrecer a los padres y en especial a los niños; un modo favorable para la salud oral infantil, tanto en información como en diversas técnicas aplicables a las necesidades de cualquier paciente.

En la actualidad la odontopediatría, trata de abarcar técnicas clínicas en el campo de la odontología que permiten coordinar al dentista, en las diferentes etapas del menor, los cambios fisiológicos dinámicos ocurridos durante el crecimiento y desarrollo que exigen prestar mayor atención particular al tratamiento médico.

Por lo general el odontólogo debe orientar al paciente a tener un hábito de higiene bucal correcto, ya que permitirá prevenir a este de diversas enfermedades orales, y cuya finalidad es conservar el buen estado del sistema estomatognático.

Por estas circunstancias los hábitos han adquirido una fuerte importancia para los psicólogos, médicos, pediatras, odontopediatras y padres, el interés que se tiene para determinar el origen, la interpretación y cual es el procedimiento a seguir cuando el niño persiste con un hábito determinado.

Entendiendo como hábito, la tendencia que se tiene a repetir constantemente ciertos actos, que casi siempre son malos; para el odontopediatra es importante conocer todo acerca de los hábitos orales, existen diversos hábitos pero los que se observan con más frecuencia es, la

succión del o los dedos, la respiración bucal, succión del labio, la protusión de la lengua, la onicofagia y el bruxismo; por lo que se debe saber que es lo que lo provoca, la significación que éste tiene dentro del proceso del desarrollo y las alteraciones dentales que ocasionan.

En el presente trabajo, se tratará de explicar más ampliamente todo lo relacionado a los hábitos orales más frecuentes, su etiología, los efectos nocivos que ocasionan tanto en tejidos blandos como duros y sus posibles tratamientos.

ACTUALIZACIÓN DE LOS CONCEPTOS

ETIOLÓGICOS EN

HÁBITOS ORALES

I. HÁBITOS

DEFINICIÓN.

Es la facilidad que se adquiere por la práctica de un mismo ejercicio. (1)

El concepto de hábitos ha sido emitido por diversos autores, así tenemos que Thompson, citado por Raymond Pauley en su libro, establece que "el hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, a menudo, será relegado a una acción del todo inconsciente".

Langford da otro concepto con una idea similar a la anterior: "es la manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan como el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos". (2)

El autor S. L. Rubinstein, en su libro Principios de Psicología General define el hábito como "un componente automatizado". Aunque en forma distinta, todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo que resumiendo podemos establecer que un hábito es:

- Un patrón de conducta fijado por repetición.
- Una manera de actuar que se fija por el entrenamiento.
- Una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la consciencia. (2, 3)

CARACTERÍSTICAS.

1. Formación de conexiones temporales que tienen una fijeza considerable. La primera operación arrastra a las demás. Entrenamiento.
2. Rapidez. No se piensa la acción, no se tiene conciencia en el momento en que se realiza. El automatismo no es total, se toma conciencia posteriormente.
3. Eliminación de algunas operaciones.
4. No hay tensión al actuar. Movimientos extraordinariamente ligeros y libres.
5. Coordinación de movimientos entre sí y con la vista
6. Ausencia de cansancio, gracias a la libertad, ligereza y coordinación de los movimientos.
7. Las operaciones parciales pasan a formar un todo único.
8. La percepción se hace exacta y diferenciada.
9. Constancia y efectividad.
10. Flexibilidad. Cambios dentro de límites determinados de la manera de actuar al variar las condiciones en que se ejecuta la acción.
11. Gratificación. Reforzamiento positivo.
12. Transferencia e interferencia. (2, 5)

CLASIFICACIÓN.

Gómez Herrera los agrupa de acuerdo a los diferentes tipos de manifestaciones que se presentan en el individuo por medio de actos rutinarios y que bien pueden ser considerados como normas de costumbres o propiamente como un hábito. Los clasifica como:

A) Hábitos Generales: Estos a su vez se dividen en fisiológicos y sociales.

- Fisiológicos: Son acciones ejecutadas mecánicamente y consisten en la regularidad con que el individuo satisface su organismo ante la presencia de estímulos como: el hambre, la sed, el frío, etc.

- Sociales: Son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura.

B) Hábitos Orales: Son definidos como vías de desfogue emocional y de equilibrio de estados de ansiedad.

Según Gómez Herrera los hábitos orales más comunes y más frecuentes observados en niños tenemos: -succión del pulgar.

- bruxismo
- onicofagia

Según Sidney Finn, los hábitos orales se clasifican en:

Hábitos bucales no Compulsivos: Los niños experimentan modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de halagos y ciertos casos amenazas de castigo por parte de los padres.

Los hábitos que se adoptan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este se denomina como no compulsivos. Aquí el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un patrón de conducta más consciente con su nivel de madurez y responsabilidad.

Hábitos Bucales Compulsivos: Finn afirma que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada, por situaciones ocurridas en su mundo.

Cuando se trata de corregir el hábito el niño tiende a sufrir mayor ansiedad, estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. El niño realiza el hábito para escudarse de la sociedad que lo rodea, es una válvula de escape para soportar las presiones emocionales cuando estas se vuelven demasiado difíciles. (2, 4)

II. ETIOLOGÍA.

Los hábitos son sinónimo de vida. Pueden ser comparados con funciones fisiológicas como respirar, el digerir pero estos son hábitos involuntarios aunque los hay adquiridos. (3)

El tema del paciente con hábitos en su totalidad ha sido motivo de controversias por la profundidad o superficialidad con que se enfoca el problema muy especialmente dentro de la consideración de la existencia de una conciencia psíquica en formación, con características acordes con la edad, con los estímulos ambientales, con las necesidades físicas y afectivas de cada ser.

Podemos decir, que los hábitos son funciones propiciadas por el medio ambiente, el medio social en el que se desenvuelve el individuo factores económicos y también influyen los valores morales de cada persona, existen hábitos que aparecen debido a alteraciones psicológicas o fisiológicas.

Existen buenos y malos hábitos, para la mayoría de los individuos, la existencia de una repetición del esfuerzo, si lo desviamos sirve solo para señalar que control ejercemos nosotros en la forma de los hábitos.

El caminar, ir a la cama a horas establecidas, despertamos con la alarma del reloj el comer a horas específicas, estos son buenos hábitos, socialmente, psicológicamente y físicamente no producen daño.

Pero hay hábitos malos que si afectan adversamente a los individuos algunos de ellos son socialmente inaceptables, como las drogas, el alcoholismo hasta menos dañinas como el hurgarse la nariz, la ociosidad.

Todos los hábitos son exigencias de ciertas clases de actividad y constituyen la personalidad; en cualquier sentido inteligible de la palabra voluntad, forman nuestros deseos efectivos y nos proporcionan las

capacidades activas, rigen nuestros pensamientos, determinan cuales deben surgir y fortalecerse y cuales han de pasar de la luz a la obscuridad.

Nuestros hábitos individuales son eslabones que forman la interminable cadena de la humanidad, su significado depende del medio heredado de nuestros antecesores y se intensifican a medida que vemos por anticipado los frutos que nuestras obras rendirán en el mundo en que vivan nuestros sucesores.

Hábito quiere decir sensibilidad o accesibilidad especial a ciertas clases de estímulos, de predilecciones y aversiones permanente; no simple repetición de actos específicos, significa voluntad. (3, 4)

La infelicidad, la no seguridad y la frustración del niño, puede manifestarse perfectamente como un fenómeno psicológico, apelando el hábito de la succión.

Esta experiencia es un escape emocional que actúa como un real sustituto del calor humano, dándole cierta seguridad al niño. Debido a estos trastornos durante la niñez se pueden desarrollar múltiples complejos. (Landa, 1953).

Para Pauly (1957), los hábitos orales proceden de cinco distintas fuentes:

1. Instinto
2. Una fuente insuficiente o incorrecta de energía.
3. Dolor o disconformidad.
4. Tamaño anormal de las partes (amígdalas, etc.)
5. Imitación de los hábitos o imposición de los padres u otras personas

Heskia & Deplagne (1972), consideran que los hábitos viciosos pueden ser determinantes patológicas (1) por ejercitar presiones no fisiológicas. (2)por constituir obstáculos para el desarrollo armónico y (3)por provocar secundariamente hábitos musculares viciosos. (3, 4)

Según Moyers (1960), todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende. Todos los hábitos de presión anormal deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas porque pueden estar relacionadas con hambre o con el deseo de llamar la atención.

Los factores musculares dañinos están bastante dilucidados por investigadores de nuestros días y como bien nos dice Muñiz en 1977 "es indudable que un estímulo muscular constante produce una respuesta en la estructura ósea y en la posición dentaria".

En ciertos casos el efecto negativo de algunos hábitos pueden llegar a disturbar los mecanismos compensadores de crecimiento y, en la medida de su gravedad más precocemente se deberá tratar. (4, 5)

III. TRIADA DE LOS HÁBITOS.

Los efectos que ocasionan los hábitos dependerán de tres factores determinantes: la duración, la frecuencia y la intensidad.

La duración del hábito es importante, ya que si se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente.

La frecuencia con que se práctica el hábito también afecta al resultado final, los efectos serán menores si el niño se chupa el dedo esporádicamente, que el que mantiene continuamente el dedo en la boca.

La intensidad también es otro factor, la fuerza aplicada a los dientes durante la succión, hay niños en que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión va acompañada con la contracción de toda la musculatura perioral, produciendo un ruido que puede escucharse hasta la habitación próxima.

Los testimonios clínicos y experimentales sugieren que se requieren de cuatro a seis horas de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario.

En consecuencia, el niño que succiona con intensidad alta y de manera intermitente puede no causar mucho movimiento dental mientras que otro que succiona de manera permanente (más de seis horas), originaría un cambio dental grave. (4, 6, 7)

IV. TIPOS DE HÁBITOS.

SUCCIÓN DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

La succión del dedo es uno de los hábitos orales más comunes que producen anomalías dentofaciales, en el plano vertical del espacio. Aproximadamente, un 46% de los niños han tenido el hábito de chuparse el pulgar o algún otro dedo durante la niñez. Aunque la succión de un dedo se considera una conducta normal en la primera etapa de la infancia, pero si el hábito no se ha retirado a los 4 o 5 años que es la edad promedio para la suspensión de este hábito, deberá considerarse un tratamiento. (8)

La succión del dedo por lo general es un hábito, pero puede ser signo de un problema psicológico profundo, en ocasiones este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas entre ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.

Algunos autores consideran la succión como manifestación de otras psicopatologías subyacentes, o bien como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento. Así, algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento, onicofagia o tricotilomanía. (9,10)

Klein distingue entre la succión "significativa", la cual sugiere la existencia de una relación psicológica directa causa-efecto; y la succión "vacía", la que se refiere a una acción de chuparse el dedo sin causa detectable (un hábito) podría pensar en una interconsulta con el pediatra o psicólogo antes de intentar el tratamiento del problema.

Cumley cree que la succión prolongada del pulgar después de los 4 años de edad es síntoma de que el niño sufre "hambre" emocional y usa el pulgar para su comodidad y compensación. En algunos casos, el niño puede usar el hábito como un medio de venganza contra los padres.

Los hábitos orales no son particulares de ningún grupo de niños aunque Calisti, Cohen y Falls comunicaron que hay significativamente más hábitos orales en los grupos socioeconómicos más altos que en los medios y bajos. (11)

Mediante la conversación con los padres y el niño se podrá determinar si el hábito se relaciona con algún problema de alimentación a edad temprana, o bien si es adquirido por imitación o es el resultado de un problema emocional complejo. (11)

Hughes sostiene que la succión del pulgar es el resultado de un cuidado inadecuado del recién nacido, cree que el niño necesita padres adecuados e inteligentes que deberán saber desde el día del nacimiento como instalar un hábito de alimentación apropiado, natural y continuarlo con eficacia.

Estableció que la prevención del hábito es simple y fácil sosteniendo:

1. Alimentar al niño en cuanto esté hambriento, permitiéndole comer tanto como lo desee.
2. El alimento debe de ser natural o manufacturado..

Según Hughes si estas dos reglas se llevan a cabo disminuirá la succión del dedo al mínimo. (11, 12)

Hanna encontró que no hay ninguna relación del hábito de succión del dedo y la alimentación materna, ni el uso de biberón (mamila). Sin embargo, se ha encontrado una relación con el lugar que ocupa el niño entre sus hermanos, el hermano colocado en el primer lugar tiene el porcentaje más elevado de hábitos orales. Zadik encontró una asociación inversa entre succión de un dedo y succionar un chupón y sugirió el valor de recomendar a los padres y a las enfermeras de dar un chupón a los lactantes para impedir que adquieran el hábito de chuparse el dedo. (8)

Otros autores señalan que puede presentarse la succión en los siguientes factores:

- Rivalidad entre los hermanos.
- Escapar de la realidad hacia la fantasía: niño solitario y triste.
- Presencia de extraños: el nacimiento de un hermano
- Múltiples problemas entre padres e hijos: Sentirse disciplinado constantemente.

Para concluir podemos decir que el estudio del origen del hábito es muy importante para su tratamiento. Hay que diferenciar si verdaderamente se trata de una actitud emocional o de un reflejo condicionado.

Por ejemplo, muchos niños succionan el dedo para ver la televisión, para dormir, etc. El origen en estos casos puede ser simplemente de acción refleja, pues con esto se induce a la sedación o a la abstracción del medio circundante.

Para la escuela freudiana, el hábito de succión es una representación inicial de la vida psicosexual; su ejercicio conlleva a sensaciones o satisfacciones de orden sexual .

La succión prolongada después de la infancia y la niñez temprana la toman como iniciativa de problemas emocionales. La intervención física del hábito podría conducir a la sustitución de dicho hábito por conductas más graves como la masturbación, expresiones temperamentales, manifestaciones de inseguridad y otros trastornos de conducta. Los freudianos sostienen que ha esa edad se les debe de instruir a los padres de estos niños para que muestren más afecto y amor hasta que "estén listos" para dejar el hábito.

Los freudianos predicen que los niños privados de la succión (actividad sexual), mostrarán con mayor frecuencia e intensidad la succión en un tiempo posterior a la falta de gratificación. (2, 8)

Otra escuela de pensamiento se basa en las teorías del reaprendizaje neuromuscular la cual considera que cuando el lactante es alimentado, la respuesta de succión va seguida de estímulos gratificantes, por lo que se ve fortalecida o reforzada y la respuesta de succión será más probable en otras situaciones semejantes como consecuencia de un proceso de generalización, por ejemplo cuando se introduce en la boca un dedo o un chupete.

Así mismo, la teoría del reaprendizaje muscular justifica porque los niños introducen un dedo en la boca para aliviar el dolor producido por la erupción de los primeros dientes. En este caso, el dolor sería la estimulación desagradable. De forma que, la reducción o eliminación del dolor constituye un hecho reforzante para el niño.

De acuerdo con esta teoría la succión también puede estar mantenida por los padres, que inadvertidamente fortalecen este comportamiento con la atención que presentan al niño cuando le sorprenden con el hábito.

Mukai afirma que puede ser un mecanismo desarrollado para compensar insuficiencia respiratorias, y no un mero hábito para producir confort. Este autor ha observado como niños con insuficiencia respiratoria o anquiloglosia, mejoran su función cuando succionan. Los hábitos de succión tardíos o recidivas son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que les parece muy duro.

Moyers afirma que las distintas teorías no son completamente incompatibles unas con otras, más bien debe considerarse el hábito como un patrón de conducta multivariado. Es posible que comience por una razón y se mantenga luego por otros factores. (10, 12)

EFFECTOS.

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de dedos varían ampliamente, generalmente se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe la probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante la dentición mixta (de los 6 a los 12 años) pueden producirse consecuencias desfigurantes. (4)

Salzman cree que el efecto del hábito de succión sobre los huesos maxilares y sobre los arcos dentarios, incluyendo la oclusión, depende de diversos factores como la frecuencia con la que es practicado el hábito, la duración de cada práctica, el desarrollo osteogénico, la dotación genética del niño y su estado de salud. (8)

Según Swinehart citado por Salzman (1947), la presión del pulgar da lugar a una depresión palatina permanente que trae como resultado un trastorno del crecimiento de los maxilares superiores en dirección anterior. El espacio nasal resulta también influido por las arcadas contraídas. También observo que los siguientes trastornos nerviosos y mentales en los individuos afectados de succión del pulgar: (1) influencias sobre los procesos físicos y mentales generales, (2) tics musculares, (3) retardo del crecimiento, (4) peso deficiente, (5) funciones somáticas trastornadas, (6) trastornos del sueño, (7) anorexia, (8) inquietud, (9) llanto excesivo, (10) falta de concentración (aproxexia) y (11) conducta antisocial.

La distocclusión puede deberse, igualmente a una innata lentitud de crecimiento del maxilar inferior y la influencia del medio ambiente que entorpecen su desarrollo en longitud. Tales influencias son: la deficiencia de actividad de los maxilares al mamar, masticar y la respiración bucal junto con vegetaciones adenoideas y una lengua caída hacia atrás (glosoptosis), hábito de dormir con la cabeza en flexión dorsal y la boca abierta, raquitismo y vacíos succionales (Haupt 1965).

Pueden variar considerablemente los dientes afectados y el grado de afectación, dependiendo de los dientes que reciban la presión; el grado de desplazamiento guarda una relación con el número de horas de succión diaria. (10)

Existen varias formas de succionar el dedo, pero la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical con la uña dirigida hacia los dientes inferiores, en algunos casos son succionados dos o más dedos. No se ha observado predilección por una mano determinada.(2)

El pulgar puede apoyarse y presionar distintas áreas del paladar duro del maxilar superior. Según se apoye en el plano sagital o transversal los efectos serán distintos:

- En el plano sagital: el dedo puede apoyarse de tres formas distintas:

a) Sobre las caras linguales de los incisivos superiores: El efecto será únicamente dental produciendo labioversión de los incisivos superiores.

b) Sobre la zona post-dental del maxilar superior: En este caso no solo provocara manifestaciones dentales sino ortopédicas, en el sentido de inducir hacia una rotación antero-superior del maxilar.

c) Sobre el paladar duro en este caso los efectos serán básicamente ortopédicos.

- En el plano transversal: El pulgar puede ubicarse a nivel de la línea media o en una posición lateralizada con respecto a la misma. En el primero de los casos, la fuerza que el dedo ejerce actuara a nivel de la línea media del paladar duro produciendo con el tiempo una deformidad asimétrica aumentando la profundidad de la bóveda palatina, contrayendo las arcadas dentarias. Si la posición del pulgar es lateral el efecto de su fuerza provocara también un aumento de la profundidad de la bóveda palatina y una contracción unilateral de las arcadas dentarias, localizándose esta última zona en el lado opuesto con respecto a la ubicación del pulgar.

Los signos clásicos de un hábito activo son:

1. Mordida abierta anterior.
2. Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.
3. Constricción del maxilar. (7, 11)

La mordida abierta anterior, es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión que se presenta porque el dedo descansa en forma directa contra los incisivos

Esto origina un ligero aumento en la abertura vertical; el dedo impide la erupción de los dientes anteriores, mientras que los posteriores tienen la libertad para hacerlo. Normalmente es asimétrica y más pronunciada del lado donde se succiona.

El movimiento vestibulo-lingual de los incisivos depende de cómo el paciente coloca el pulgar o el índice en la boca. A menudo, pone el pulgar de tal modo que ejerce presión sobre la superficie palatina de los incisivos superiores y sobre vestibular de los incisivos inferiores.

El niño que succiona de modo activo, puede crear fuerza suficiente para inclinar los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores en dirección lingual; el resultado es una sobremordida horizontal aumentada. (7)

Aunque durante la succión se crea una presión negativa en el interior de la boca, no hay razón para creer que está sea responsable de la constricción del arco superior que suele acompañar al hábito de succión. Por el contrario parece razonable que el arco superior no se desarrolla a lo ancho por una alteración en el equilibrio entre la presión de las mejillas y de la lengua. Si se introduce el pulgar entre los dientes, la lengua debe descender, con lo que disminuye la presión que ejerce la misma sobre la cara palatina de los dientes posteriores superiores, al mismo tiempo que se incrementa la presión de las mejillas sobre esos dientes al contraerse el buccinador durante la succión

Otros efectos de los hábitos de succión no nutricional incluyen un mayor peligro de defectos del habla, problemas psíquicos si tal hábito se

interrumpe de manera impropia o prematura, y un mayor peligro de intoxicación. Se ha demostrado que los hábitos persistentes de introducción de un dedo en la boca deforman los dedos al grado de obligar a utilizar corrección quirúrgica.

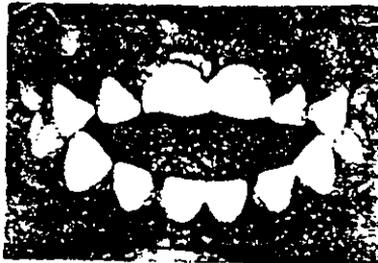
Algunos métodos de diagnóstico pueden ser:

- Antecedentes de la actividad de succión. Se les pregunta a los padres por dicha actividad. Cuando la respuesta es afirmativa, se indaga por su frecuencia, duración e intensidad. También se debe preguntar por remedios caseros que se hayan empleado.

- Examen extrabucal. Se observan los dedos y se comparan ambas manos. Se puede apreciar la formación de una callosidad en el dedo chupado, una uña más limpia o un dedo más rojizo. Estos datos también sirven de orientación sobre la duración, frecuencia e intensidad de la succión.

- Examen intrabucal. Se comprueba la presencia de las alteraciones típicas producidas por el hábito.

- Nowak, encuentra un aumento de la actividad muscular en el músculo mentoniano, aplicando un análisis electromiográfico. (7, 10, 12)



RESPIRADOR ORAL

Con mayor frecuencia se asocia a la respiración oral con un arco dental superior estrecho, conviene saber que aunque los seres humanos respiran fundamentalmente por la nariz, todos respiramos parcialmente por la boca en determinadas circunstancias fisiológicas, siendo la más importante de ellas el aumento de las necesidades de aire durante el ejercicio. (7)

El hábito de respirar por la boca, por mucho tiempo fue considerado un factor causal primario de la maloclusión; ahora más bien es un factor asociado o simbiótico y en menor grado, el resultado de la maloclusión.

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en 3 categorías:

1. Por obstrucción
2. Por hábito
- 3 Por anatomía

Algunos pacientes respiran por la boca debido a una obstrucción de vías respiratorias nasofaríngeas. Esta obstrucción puede producirse en las vías respiratorias nasales como resultado de hipertrofia de los cornetes, desviación del tabique nasal o rinitis alérgica, puede ocurrir en la faringe debido a hipertrofia de las adenoides y de las amígdalas y es posible que se produzca en el árbol bronquial o en la laringe. (13)

Cuando la obstrucción ocurre, los receptores sensoriales en los vasos sanguíneos y en los pulmones, envían una señal al cerebro para que incremente el flujo de aire, por lo que el niño se ve forzado a respirar por la boca.

La inflamación de la mucosa nasal que suele producirse en los resfriados comunes hace que todos respiremos en ocasiones por la boca en reposo utilizando este mecanismo; en alergias o en infecciones crónicas puede dar lugar a una obstrucción respiratoria crónica. (12)

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo; como cuando la respiración bucal a esas edades.

Los individuos que padecen obstrucción nasal crónica pueden seguir respirando parcialmente por la boca, incluso después de haber desaparecido la obstrucción. En este sentido, es posible considerar a veces la respiración bucal como un hábito.

Esto se debe a la acción anormal de los músculos durante el tiempo en el que el individuo respira por la boca, produciendo un hábito con condiciones favorables para la maloclusión.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo por lo que mantiene constantemente los labios separados.

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares y la lengua (y de la propia cabeza, en menor medida), parece muy razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca en vez de hacerlo por la nariz, puede modificar la postura de la cabeza los maxilares y la lengua.

Para poder respirar por la boca, es necesario deprimir la mandíbula y la lengua y extender (inclinarse hacia atrás) la cabeza, si se mantuviesen estos cambios posturales, aumentaría la altura de la cara y de los dientes posteriores que erupcionan en exceso. (9, 12, 14)

EFFECTOS.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico, que a veces se describe como "facies adenoidea" o "Síndrome de la cara larga" aunque no se ha demostrado que el respirar por la boca cause este aspecto.

La cara es estrecha y alargada, con un incremento notable del tercio inferior facial, alas nasales estrechas y elevación de la base de la nariz, las piezas anteriores superiores hacen protusión labialmente y los labios permanecen abiertos (son incompetentes); el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

Como existe falta de estimulación muscular normal de la lengua y debido a presiones mayores sobre las áreas de los caninos y primeros molares por los músculos orbiculares de los labios y buccinador, y los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban dando un maxilar superior en forma de "V" y una bóveda palatina elevada.

Una de las adaptaciones compensatorias más comunes consiste en que el individuo baja su mandíbula y coloca su lengua más hacia adelante para permitir que el aire entre a la laringe con la menor resistencia. (8, 9)

La persistencia de la boca entre abierta potencializa el crecimiento de las apofisis alveolares por lo que los molares se elongan y aumenta la distancia intermaxilar. El incremento vertical se acompaña de una protusión lingual que inhibe la erupción de los incisivos, por lo que se presenta una mordida abierta anterior.

Ya que los labios siempre quedan abiertos y la lengua baja provoca mordidas cruzadas posteriores unilaterales o bilaterales.

Las encías hiperplásicas e inflamadas, acompañan con frecuencia a la respiración por la boca debido a la exposición continua del tejido al aire seco.

Al revisar la literatura aparecen cuatro grupos de hipótesis explicativas que tratan de relacionar la anomalía funcional con la dismorfia facial y la maloclusión:

1. El primer grupo, proponía que la respiración oral altera la corriente y presiones a través de la cavidad nasal y oral cuando un desequilibrio en el desarrollo del área; el aumento de presión intraoral previene el normal

descenso del paladar y aparece el paladar ojival (Dentro de este grupo esta Bloch con su "teoría del escavamiento" en 1888).

2. Se postula la respiración oral que rompe el equilibrio muscular de la lengua, mejillas y labios ejercen sobre el arco maxilar. Al quedar la boca entre abierta el niño adelanta y desciende la lengua que queda situada en el interior del arco mandibular, la arcada maxilar sin el apoyo de la lengua no puede contrarrestar la presión de las mejillas y se estrecha, colapsa y alarga. (De esta está la "teoría de la compresión" propuesta por Tomes 1872).

3. La respiración oral suele estar condicionada a la inflamación crónica nasofaríngea que obstruye el paso del aire por la nariz. También se ha considerado este factor inflamatorio como agente causal de la deformidad maxilar. Afectaría el desarrollo del hueso vomer, y la falta de crecimiento vertical condicionarían el paladar alto y ojival característico del respirador oral. (Norklung denominó a esta "teoría de la atrofia por falta de uso").

4. Niega cualquier relación entre respiración oral y morfología facial. Kingsley fue uno de los primeros que considera que el paladar ojival era un rasgo hereditario y no algún tipo de trastorno funcional. También Gwynne-Evans y Ballard tras un estudio durante 15 años concluyeron que la respiración oral no produce deformidad maxilar ni maloclusión y no provoca las facies adenoidea.

No es posible negar la existencia de una relación entre la respiración y la morfología dentofacial, aunque tampoco se puede mantener que la respiración oral es el principal factor etiológico responsable de las anomalías dentofaciales que se observan en la facies adenoidea, ya que no está respaldado ni comprobado científicamente. (5, 6, 9)



DEGLUSIÓN ATÍPICA Y HÁBITO DE LENGUA.

También llamada anómala o infantil por la continuidad de la deglución infantil después de la aparición de los dientes anteriores en la dentición primaria, ya que está desaparece por lo general a los 18 meses de edad, momento en que ya han hecho erupción los incisivos, los caninos y los primeros molares temporales, por lo que podría decir que la deglución infantil se relaciona con la succión mientras que la deglución adulta lo hace con la masticación. (9)

Proffit cree que dado que hay un predominio relativamente alto de ubicación anterior de la lengua en los niños, ha esa condición a menudo se etiqueta inapropiamente como impulsión lingual o deglución anormal. Este autor también cree que hay dos razones importantes en esto: Las relacionadas con la fisiología del niño (maduración) y las relacionadas con la anatomía (crecimiento).

Desde hace mucho se ha reconocido que los bebés normales ubican la lengua en posición anterior en su boca. Tanto en reposo como durante la deglución. La prioridad fisiológica al nacimiento es que se establezca una vía aérea para que pueda comenzar la respiración. La realización de esta prioridad requiere que la lengua se mantenga hacia adelante y abajo. El conjunto de relaciones posturales de las estructuras orales y faringéas, establecidas en los primeros minutos de vida en respuesta a los requerimientos respiratorios, se mantiene posteriormente.

En un bebé la deglución normal esta caracterizada por una fuerte actividad labial para tomar el pezón. La ubicación de la punta de la lengua contra el labio inferior, debajo del pezón y la relajación de los músculos elevadores de la mandíbula de manera que la boca se abra grande. A medida que la función oral madura, hay una activación gradual de los músculos elevadores

de la mandíbula de manera que esta es llevada hacia lo que será, en última instancia, el contacto oclusal de los dientes. Esto ocurre mientras la punta de la lengua está aún aplicada contra el labio inferior. La transición fisiológica en la deglución comienza durante el primer año de vida y normalmente continúa durante los años siguientes. Un patrón maduro de deglución está caracterizado por la relajación de los labios, la ubicación de la lengua tras los incisivos superiores y la elevación de la mandíbula en toda su amplitud hasta que contactan las piezas posteriores; esto no se observa por lo general antes de los 4 o 5 años de edad. (11)

Entre ambos tipos de deglución existe un tiempo de transición o maduración del sistema neuromuscular, donde alteraciones durante este período pueden llevar a la persistencia de la deglución infantil, induciendo con ello la aparición de una maloclusión. (9)

Proffit y Mason creen que distintos factores influyen en la maduración normal del patrón de deglución. Los niños con hábito de succión del pulgar pueden retardar la transición hacia la deglución adulta y por ello pueden ser etiquetados como "impulsores linguales" en los años tempranos de su dentición mixta. El cambio, el patrón adulto de deglución no ocurrirá hasta que el hábito de succión pueda ser corregido, pero a menudo sucede la transición espontánea hacia la deglución adulta. (11)

Proffit y Mason, describen a la extensión de la lengua como una de tres condiciones o la combinación de ellas: (1) un gesto de movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución; (2) dirigir la lengua hacia el frente entre o contra la dentición anterior con la mandíbula abierta durante el habla; (3) un movimiento de la lengua hacia el frente contra o entre los dientes anteriores cuando se está en reposo. (8)

Se reconoce también que la posición adelantada de la lengua puede ser el resultado de problemas en las vías aéreas nasales y faríngeas. El tejido linfóide crece rápidamente en los niños. Además las amígdalas grandes en un niño pequeño son un hallazgo bastante común. A menudo es necesario para estos niños llevar la lengua hacia adelante y abrir la boca (rotar la mandíbula) para brindar despeje mecánico para respirar y deglutir. Debe reconocerse también que los estados alérgicos crónicos y las infecciones nasales y bloqueos mecánicos por los cornetes o un septum nasal desviado, pueden llevar a la respiración bucal crónica. La consiguiente obstrucción respiratoria puede producir golpe o impulsión lingual y tal vez maloclusión. (11)

EFFECTOS.

Durante la deglución la musculatura labial es auxiliada por la lengua, dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual.

Sin embargo, no ha sido comprobado si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta solo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho, puede ser fortalecido. Al igual que con la succión del pulgar, el empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida

abierta pronunciada y ceceo. Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protusión. (13, 14)

La posición anormal de la lengua y un apartamiento del así llamado movimiento normal de la lengua durante la deglución se han asociado desde hace mucho con mordida abierta anterior y también con la protusión de los incisivos superiores. Proffit ha investigado el tema en forma exhaustiva, publicando numerosos artículos. De acuerdo con tres problemas importantes están asociados usualmente con la posición anterior de la lengua, que ha sido llamada con los diversos nombres como impulsión lingual, deglución anormal, deglución visceral y deglución infantil. Estos problemas son: mordida abierta, protusión de los incisivos en especial de los superiores, y ceceo.

En definitiva, la deglución anómala conlleva interposición lingual entre los dientes, para estabilizar la mandíbula y producir el sellado de la cavidad oral, la falta de presión lingual sobre el paladar y la fuerte presión de los buccinadores contribuyen a la falta de desarrollo transversal del maxilar, presentando a menudo una mordida cruzada bilateral a la vez que se asocia con una mordida abierta anterior por la interposición lingual entre los incisivos que impide la erupción de los dientes anteriores.

Por consiguiente hay que considerar a la deglución con protusión dental como el resultado del desplazamiento de los incisivos, y no como su causa. Por supuesto, de ello se deduce que la corrección de la posición de los dientes debería inducir un cambio en el patrón de deglución, como suele ocurrir en realidad. (9, 11, 15)

MORDEDOR DEL LABIO INFERIOR.

El chupeteo del labio puede observarse aislado o acompañado del chupeteo del dedo, puede ser el labio inferior o el superior, trayendo como resultado la linguoversión o la labioversión, según de donde provenga la presión (Moyers 1960), Korkhaus (citado por Salzman, 1947) encontró que los hábitos de succión del pulgar, del labio y de la lengua eran más frecuentes entre los niños sometidos a la lactancia infantil. (9)

Los hábitos labiales son los que abarcan la manipulación de los labios y las estructuras peribucales. Hay varios tipos de hábitos y su influencia sobre la dentición es variable. En cuanto a efectos dentofaciales se refiere, la acción de lamer los labios y el hábito de tracción labial son relativamente benignos. Los cambios más evidentes que se relacionan con estas costumbres son labios y tejidos peribucales rojos inflamados y secos durante el periodo de clima frío.

Aunque la mayor parte de los hábitos labiales no provoca problemas dentarios, la succión labial y la mordedura de los labios ciertamente pueden conservar una maloclusión existente. Es cuestionable que estas costumbres ocasionen una maloclusión y no es una situación fácil de asegurar. (7)

La actividad anormal del labio con frecuencia esta asociada con el hábito de dedo. La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño se puede lograr el abandono de este.

En muchos casos el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

La observación más frecuente en la succión labial es un labio inferior remetido por detrás de los incisivos superiores. Esto produce una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular sobre los superiores. Lo anterior ocasiona inclinación vestibular de los incisivos superiores, retroinclinación de los inferiores y aumento en la severidad de la sobremordida horizontal. Este problema es muy frecuente en las denticiones mixtas.

Los cambios de color y descamación de los labios se observa con frecuencia en estos pacientes, debido a la sequedad y a la continua presión de colocar los labios entre los dientes. (7, 9, 13)

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protusión de los incisivos superiores y la creación de la mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite en cada deglución.

La mayoría de las veces estos pacientes tienden a realizar un esfuerzo para juntar los labios y así contrarrestar el aspecto desagradable de mostrar sus dientes constantemente, sobre todo cuando el paciente va entrando en el estado de la adolescencia, cuando van apareciendo las inquietudes de la presunción o por las burlas de los compañeros y familiares. En otros casos estos hábitos se producen por desajustes emocionales.

Muchos niños que se chupan el labio inferior o lo muerden, reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. (14)



BRUXISMO.

El bruxismo es un hábito de movimiento mandibular no funcional, voluntario o involuntario que se realiza durante el día o la noche con manifestaciones de rechinar o apretamiento ocasional o habitual de los dientes. (2)

El bruxismo nocturno tiende a ser subconsciente y a menudo se escucha un sonido, en tanto que el diurno puede ser consciente o subconsciente, y por lo común es silencioso. (16)

Los factores etiológicos que se manejan son:

- a) Los factores sistémicos - Abarcan parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y endocrinopatías.
- b) La teoría local o factor oclusal - Esta sugiere que es una reacción ante una interferencia oclusal es decir una restauración alta o cierto estado dental molesto y tensión excesiva.
- c) Factores psicológicos - El cual está representado por una expresión inconsciente de agresividad y rabia. En estudios psicofisiológicos, Reading encontró una asociación frecuente del bruxismo con los movimientos corporales efectuados durante las etapas de transición del sueño.

Si esto es cierto, el bruxismo puede ser sintomático de un estado de salida parcial del sueño y muy bien podría ser desencadenado por cualquier estímulo externo o interno. (2, 7)

En el campo de la psiquiatría se comprobó que el bruxismo aparece con mayor frecuencia en personas dependientes, hostiles, envueltas en conflictos vivenciales de larga evolución, personas que gradualmente llegan a situaciones más o menos intolerables. A medida que el rencor y el resentimiento van en aumento estas personas sienten una mayor necesidad de controlar su vehemencia para evitar conflictos con las personas de las cuales dependen, el resultado final de todo esto es la exageración de su bruxismo.

De acuerdo con esta hipótesis, la etiología del bruxismo queda establecida en la niñez temprana, cuando las restricciones morales excesivas prohíben cualquier expresión de hostilidad, o rabia por parte del niño. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedad, se observan nerviosos e irritables. (13, 16)

EFFECTOS.

Este hábito ocasiona desgaste moderado de caninos y molares primarios, se atribuyen al bruxismo la sensibilidad de la musculatura masticatoria, dolor de la articulación temporomandibular, dolor de cabeza y se observan mordeduras en los carrillos.

Rara vez, se puede llegar a ver un desgaste que ponga en peligro la pulpa, al avanzar con mayor velocidad que la producción de la dentina secundaria, con excepción de niños con alteraciones musculoesqueleticas (parálisis cerebral) y aquellos que padecen retraso mental, que rechinan los dientes con frecuencia siendo consecuencia por el estado mental y físico básico del enfermo. (7)

Si las fuerzas del bruxismo exceden la capacidad de la adaptación del organismo, se produce una lesión considerable de los tejidos y de las estructuras de soporte. Alguno de los signos y síntomas que se presentan son:

1. Desgaste o atrición anormal de los dientes, caracterizada por:
 - Facetas en superficies dentarias que, por lo general, no son alcanzadas por los movimientos funcionales.
 - Facetas exageradas en áreas funcionales.
 - Ensanchamiento de las superficies oclusales.
 - Reducción de la dimensión vertical, en casos más avanzados.

2. Ensanchamiento del ligamento periodontal y mayor densidad del hueso alveolár, lo cual suele ser una respuesta favorable del periodonto al aumento de la función.

3. Movilidad dentaria desmedida que no se explica por la pérdida ósea que produce la enfermedad periodontal destructiva crónica.

4. Contracciones visibles de los músculos de la masticación, especialmente de los maseteros.

5. Fracturas inesperadas de dientes o restauraciones.

6. Sonidos audibles percibidos por otras personas.

7. Sensibilidad de los músculos de la masticación.

8. Síntomas de la articulación temporo-mandibular. (7, 14)

ONICOFAGIA (MORDERSE LAS UÑAS)

Es un hábito normal que pasa directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas hasta la adolescencia.

La etiología de la onicofagia se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora encontrada en la mayoría de los pacientes con este hábito, acompañada dicha inestabilidad con cierto grado de tensión y ansiedad, se ha considerado a estos niños difíciles y nerviosos. (13)

Es frecuente encontrar en el ambiente familiar una situación tensa o anormal entre los padres, una clara rivalidad entre hermanos o una inadaptación al medio escolar.

Algunos autores asocian la onicofagia con conductas de tipo psicopático; sin embargo, Ajuriaguerra la considera únicamente como una descarga motora de un estado de tensión.

Para Bovet, la onicofagia resume bien los diversos aspectos de un fenómeno motor. Soluciona problemas conflictivos, actuando como un movimiento impulsivo que ha realizado ya su primer etapa, para hacerse un movimiento expresivo. La tendencia a la destrucción y a la agresividad manifiesta se trasponen a un plano simbólico.

Para Shentoub, la onicofagia es un comportamiento agresivo pero con sentido de culpa, que tiende a volverse en agresividad contra el propio cuerpo y ahí el auto castigo y el masoquismo. Para este autor, la onicofagia viene a ser la prolongación de la succión. (2, 7)

EFFECTOS.

La onicofagia es un hábito no pernicioso que por lo general, no produce maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a la del proceso masticatorio. Sin embargo, Moyers, establece que en aquellos casos en los que se pudiera encontrar alguna maloclusión asociada a este hábito, probablemente sean de naturaleza más localizada que la que se ve en alguno de los otros hábitos antes mencionados.

Entre los efectos sobre los tejidos encontrados se menciona la atrición de los dientes anteroinferiores.

“ El desajuste social y psicológico de los pacientes onicofagos es de mayor importancia que los efectos que el hábito pudiera producir”.

La acción de morderse las uñas puede ocasionar lesiones en los lechos ungüales de los dedos. (7, 13)

MORDEDOR DE OBJETOS.

El hábito de morder objetos como pueden ser palillos, lápices, pasadores, clavos, etc.; se encuentran con más frecuencia en adolescentes, por lo general estos se derivan de algún hábito en su etapa infantil.

El morder algún objeto como los antes mencionados pueden perjudicar al parodonto, el usar como palanca el lápiz puede originar la desviación o inclusive el movimiento de uno o más dientes además de producir un desgaste dentario localizado en la zona que sufre la presión.

El aspecto más importante de este problema reside en que el hábito ha sido adquirido como ayuda para aliviar la tensión interior.

Otro hábito que fue muy común entre las mujeres adolescentes, era abrir pasadores para el cabello con los incisivos anteriores, para colocárselos en la cabeza. En jóvenes que practican este hábito se han observado incisivos aserrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial.

Cuando el hábito inmaduro en el paciente es intermitente, o más exactamente, cuando aparece y desaparece clínicamente, se puede especular que es desencadenado por conflictos actuales que reactivan sentimientos tempranos de inferioridad y rechazo. (2, 13)

V. TRATAMIENTO

SUCCIÓN DEL PULGAR Y OTROS DEDOS.

El tratamiento oportuno es un factor de importancia crítica en este grupo etario. El niño debe recibir una oportunidad para suspender espontáneamente el hábito antes de que erupcionen sus dientes permanentes. Por lo tanto, la terapéutica a menudo se efectúa entre los 4 y 6 años. (7)

Las medidas terapéuticas aconsejables las podemos dividir de dos maneras:

- Medidas Preventivas
- Medidas Curativas

- Medidas Preventivas: Lo más importante es el equilibrio del medio ambiente familiar y el establecimiento de normas específicas que permitan al niño satisfacer todas sus necesidades tanto de orden físico como de orden emocional, para obtener su completo desarrollo.

Debemos de estar seguros que el recién nacido, en sus horas de alimentación, quede plenamente satisfecho física y psíquicamente. Debe sentir la compañía y el afecto del medio, para no tener que buscar sus propias satisfacciones en la succión. Cuando el niño llora debe verificarse la causa del llanto. Sin embargo, debe aclararse los cuidados que el recién nacido y el lactante necesitan para su desarrollo integral deben dársele en forma dosificada, porque el exceso de cuidados, el exceso de contemplación, etc. Generan estados de ansiedad en el niño que posiblemente se desahogue en el hábito de succión ya que cualquier exceso produce fuertes desadaptaciones que frenan o inhiben el normal proceso evolutivo para la formación de una estable y adecuada personalidad.

Podemos concluir diciendo que el amor que se le da a un niño no es ciertamente verdadero cuando se hace una total complacencia y se le deja crecer con exceso de libertad. Sin normas que riga sus potencialidades personales; como tampoco impedirle el normal desenvolvimiento con extrema autoridad. El verdadero amor es el balance fiel de un profundo y adecuado afecto que le permita orientarse y recibir de medio vivencias o estímulos positivos para enriquecer y rebustecer su personalidad.

- Medidas Curativas: Como vimos anteriormente, si el origen y en la interpretación del hábito existen diferencias entre las opiniones de los autores, en la forma de corregirlas, estas opiniones varían aun más. Para poder tratar el hábito es importante conocer donde radica el problema que hace que el niño involucone en este aspecto. El tratamiento del hábito conlleva siempre algunos cambios sustanciales en el medio ambiente familiar, tanto en la conducta que se sigue con el niño, como el normal equilibrio entre sus componentes. Por lo general habrá casos en lo que se hace necesario la consulta de los padres con los psicólogos. (17, 18)

Se han sugerido métodos totalmente inadecuados y en desuso tales como:

- Impedir que el niño se lleve los dedos a la boca mediante el uso de entablillado o guantes.
- Aplicar sustancias picantes o de otro tipo en el dedo del niño.
- Empleo de sustancias hipnóticas.

Estos tipos de tratamiento se perciben como castigo y no son tan eficaces.

(2, 7)

Un segundo recurso para influir sobre los hábitos bucales es mediante un sistema de recompensa; se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el niño y el odontólogo, donde sólo se mencione que el niño interrumpirá su hábito durante un periodo específico y como premio recibirá una recompensa, si se satisfacen las exigencias del pacto. La recompensa no tiene que ser extravagante pero sí especial para motivar al niño. Es más probable que el proyecto tenga buen éxito mientras mayor sea la participación del niño en el mismo.

Si el hábito aún perdura luego del tratamiento con recordatorios y recompensas y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos. Este tipo de terapéutica comprende la colocación de un dispositivo en la boca, que físicamente desaliente el hábito al complicar la succión del dedo. El odontólogo debe explicar al paciente y a los padres que el aparato no es un castigo sino un recordatorio permanente para no colocar el dedo en la boca. Los dos dispositivos usados más a menudo para este propósito son el "quad helix" y la trampa palatina. El primero es fijo y se emplea para expandir un arco superior constreñido. Las hélices del aparato sirven para recordar al niño que no debe colocar el dedo en la boca; éste es un dispositivo versátil pues puede corregir una mordida cruzada posterior y desalentar al mismo tiempo el hábito digital.

La trampa palatina se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo y la satisfacción derivada de la succión. Por lo regular se emplea en casos sin mordida cruzada posterior, sin embargo; también puede utilizarse como retenedor luego de la expansión maxilar con un quad helix. (5, 7)

Un contenedor parcial removible con una serie de ansas lisas ubicadas por palatino de los incisivos ha demostrado a menudo que es útil para ayudar al niño a superar el hábito.

Trampa con punzón : Es un instrumento reformador de hábitos que utilizan un " recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir: (1) romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior; (2) distribuir la presión también a las piezas posteriores; (3) recordar al paciente que esta entregándose a su hábito y (4) hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

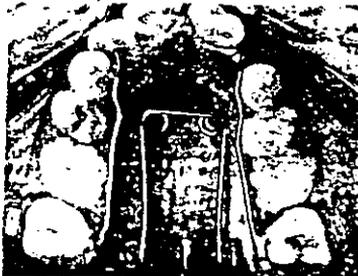
Trampa de rastrillo: Al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato en realidad, más que recordar al niño lo castiga. Se construye de igual manera que la de punzón, pero tienen las púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor del acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no solo la succión del pulgar, si no también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa. (5, 13, 17)

Si el niño no elimina el hábito, es cuando se indica la colocación de un aparato correctos. Si después de esto continua con el hábito recomendamos la consulta de un psicólogo clínico o un psiquiatra infantil. Habitualmente no debemos de colocar aparatos hasta que todos los problemas del niño estén definidos y la succión se analiza en forma integral.

El aparato ideal en la eliminación del hábito no debe:

- Impedir la actividad muscular normal
- Requerir recordatorios para usarlo.
- Avergonzar al niño al usarlo.
- Complicar a los padre.

Los aparatos usados para desalentar costumbres deben permanecer seis meses en la boca. La trampa palatina impide de inmediato que el niño succione, pero exige otros seis meses de uso para extinguir el hábito (Haryett y Cols, 1970). También el quad helix requiere seis meses de tratamiento; se necesitan 90 días para corregir la mordida cruzada y otros tanto para estabilizar el desplazamiento



El éxito del tratamiento depende del manejo consistente de cada caso por separado, el método curativo que puede dar buenos resultados en un paciente, en otro no surtirá ningún efecto. La asociación de dos o más métodos rendirá un buen efecto en ciertos tipos de pacientes. Existen tratamientos que pueden irritar al niño, violentarlos o inclusive surtir efectos contra producentes.

La incredulidad de los propósitos terapéuticos por parte de los padres, de seguro traerá un fracaso de antemano.

Sugerimos aplicar las siguientes normas para obtener un buen resultado terapéutico.

1. Ganar la confianza del niño, en preferencia de padres.
2. Darle importancia a las manos del niño frente a él.
3. Buscar las causas orgánicas.
4. Lograr entrevistas sucesivas con el niño.
5. Atención y cuidado del niño durante el tiempo requerido.

En algunos casos será necesario la hipnosis. No abusar de los tratamientos psicológicos, psiquiátricos, ni la aparatología, pues en todos los casos no están indicados.

Los ejercicios de la lengua durante 5 a 10 minutos diarios, consejos, conversaciones motivando al niño, enseñarle su imagen frente a un espejo, en el momento del chupeteo; puede dar buenos resultados las actividades sociales, juegos, pinturas, artes manuales, pueden contribuir grandemente a la cura. (5, 17, 18)

RESPIRADOR ORAL.

Se ha relacionado la separación o insuficiencia de los labios con la respiración bucal, pero es posible que algunas personas respiren de modo simultáneo con las vías nasales y con la boca o a través de las vías nasales solamente, en tanto dejan separados los labios. La postura de los labios abiertos no es un indicador neto de la respiración bucal.

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoide.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre. Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y fuerce la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico. Massler y Zwemer sugiere el uso de una torunda de algodón o partícula de papel delgado aplicado frente a los orificios nasales para

comprobar esto. El niño deberá cerrar los ojos antes de aplicársele el algodón a los orificios nasales y a la boca para que la respiración sea totalmente natural, y no forzada, como cuando se instruye al niño para que respire deliberadamente por la nariz. Si el niño no puede respirar por la nariz, o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviársele a un rinólogo, para que este formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedírsele, incluso después del ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual, y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración normal por la boca. El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuercen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que se succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca. El protector bucal, por lo tanto, puede servir para múltiples propósitos, y debería utilizarse más extensamente.

El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales

El más sencillo de utilizar, y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas. (13, 14)

DEGLUCIÓN ATÍPICA Y HÁBITOS DE LENGUA.

Proffit cree que la única fundamentación para un tratamiento miofuncional en un niño con impulsión lingual que no tiene problemas de dicción ni maloclusión sería que esta terapia evitaría el desarrollo de tales problemas en el futuro. Este autor sugiere además que la pauta más simple para tratar al niño con maloclusión y posición anterior de la lengua consiste en tratar la maloclusión y no precisamente el "golpe de lengua". Desde su punto de vista, la terapia miofuncional es un método auxiliar para el tratamiento del problema clínico. Proffit cree firmemente que no es habitual que el golpe lingual produzca maloclusión. Para la mayoría de los pacientes con maloclusión, las relaciones esqueléticas y otros factores son componentes importantes de la etiología. En consecuencia el tratamiento debe dirigirse a algo más que la lengua. Hasta donde este indicado el tratamiento miofuncional, debe proponerse para alteraciones de la posición de reposo de la lengua y no centrarse solamente en la deglución. Proffit cree que la postergación de la terapia lingual hasta que comience el tratamiento de la maloclusión tiene las siguientes ventajas principales.

- 1) En ausencia de factores predisponentes obvios, la corrección de la maloclusión usualmente dará como resultado la desaparición del golpe lingual sin ningún tipo de tratamiento destinado a eliminarlo.
- 2) La postergación del tratamiento lingual brinda al niño el máximo de oportunidades para completar la transición del patrón de deglución.
- 3) Para niños mayores o que no muestran progreso espontáneo hacia la deglución de tipo adulto y para los que esta indicado el tratamiento para promover cambios en la posición de reposo de la lengua, pareciera que el tratamiento es más efectivo si se realiza junto con terapia ortodóncica.

A pesar de que a menudo se recomiendan aparatos para el tratamiento de la impulsión lingual, primero debe intentarse la terapia funcional.

Andrews recomienda que se instruya al paciente para que practique la deglución correctamente 20 veces antes de cada comida. Frente a un espejo y teniendo un vaso de agua en una mano, el niño toma un sorbo de agua, cierra la boca en oclusión dental, ubica la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglute. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progresa satisfactoriamente.

El uso de pastillas de menta sin azúcar también dio como resultado un manejo exitoso del golpe lingual simple. Se instruye al niño para que use la punta de la lengua para mantener la pastilla en el techo de la boca hasta que aquella se disuelve. Mientras mantiene la pastilla fluirá la saliva y hará que el niño necesite deglutir. (11, 13)

Puede construirse una trampa de púas vertical. Se hace similar a la sugerida para evitar succión del pulgar, excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extienden hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante. (13)

MORDEDOR DE LABIO INFERIOR.

Una consideración importante aquí es la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial antes de intentar desterrar el hábito del labio. Si existe maloclusión de clase II división 1, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar.

Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es buscar el fracaso. El primer servicio que debería ser prestado en otros casos es el establecimiento de la oclusión normal.

Generalmente esto exige los servicios de un especialista en ortodoncia, así como terapéutica ortodóntica total.

Pero si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic nerviomuscular o, como dice la madre "un hábito nervioso", el aparato para el hábito del labio puede ser muy eficaz. Las malas relaciones menores de los dientes incisivos pueden eliminarse por el ajuste autónomo, y no suelen ser necesarios aparatos para mover los dientes.

Es muy agradable observar como la lengua alinea los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual. (9, 14)

En la fabricación de un aparato para el hábito del labio se colocan unas coronas de acero-cromo o pueden ser bandas de ortodoncia en el primer molar permanente inferior, sino ha erupcionado éste se colocará en el

segundo molar temporal inferior. Se adapta a continuación un alambre de acero inoxidable o de níquel y cromo de 0.040 pulgadas, que corra en sentido anterior desde el diente de soporte. Hasta el nicho entre el canino y el primer molar deciduo, o el canino y el incisivo lateral. Cualquier área interproximal puede ser seleccionada para cruzar el alambre de base hasta el aspecto labial dependiendo del espacio existente, que se determina por el análisis de los modelos articulados.

Después de cruzar el espacio interproximal, el alambre base se dobla hasta el nivel del margen incisal labiolingual que lleva hasta el nicho correspondiente del lado opuesto. El alambre entonces es llevado a través del nicho y hacia atrás, hasta el aditamento sobre el diente de soporte, haciendo contacto con las superficies linguales de los molares o premolares si están presentes.

Debemos verificar cuidadosamente que la porción anterior del alambre (porción labial) no haga contacto con las superficies linguales de los incisivos superiores al poner el modelo superior en oclusión. Si sucede esto, el alambre base deberá ser doblado para tomar una posición más gingival.

El alambre deberá estar alejado de las superficies labiales de los incisivos inferiores 2 o 3 mm. para permitir que estos se desplacen hacia adelante. A continuación puede agregarse un alambre de acero inoxidable de 0.036 ó 0.040 pulgadas, soldando un extremo en el punto en que el alambre cruza el nicho y llevándolo gingivalmente 6 u 8 mm. A continuación este alambre se dobla y se lleva cruzando la encía de los incisivos inferiores paralelo al alambre de base, se vuelve a doblar en la zona del nicho opuesto y se suelda al alambre de base. La porción paralela del alambre deberá estar aproximadamente a 3 mm. de los tejidos gingivales.

Después se suelda el alambre base a las coronas o bandas y se revisa todo el aparato, buscando posibles interferencias oclusales.

La posición labial puede ser modificada agregando acrílico entre los alambres de base y auxiliar. Esto tiende a reducir la irritación de la mucosa del labio inferior. (14)

No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retrusión mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se desplacen hacia adelante y el maxilar inferior podrá hacer lo mismo. (13)

BRUXISMO.

El bruxismo, apretamiento o rechinar es común, pero no todos los pacientes con este hábito están necesariamente afectados, quienes sufren sus efectos pueden tener trauma de la oclusión, periodontal, muscular y de la articulación temporomandibular.

Como ya se menciona, la etiología del bruxismo tiene un componente doble: por un lado los contactos oclusales prematuros y la tensión muscular excesiva, y por otro lado los factores emocionales; pero las opiniones de los autores no concuerdan sobre cual es el factor primario o el más importante.

El odontólogo debe abordar el tema buscando la causa. Ramfjord cree que las interferencias oclusales pueden actuar como disparadores del bruxismo en especial si se combinan con tensión nerviosa

Consecuentemente, el ajuste oclusal debe ser la primera aproximación al problema si se encuentran presentes interferencias. (11)

Las medidas terapéuticas aconsejables deben enfocarse bajo sus dos aspectos. Según Glickman, la clave del tratamiento del bruxismo es el ajuste oclusal para corregir contactos oclusales prematuros, en oclusión habitual o en céntrica los cuales son, por lo general, los que desencadenan el hábito del bruxismo.

La intensidad que debe tener un contacto prematuro para producir bruxismo es algo que depende del estado emocional, el cual también influye en la intensidad de la respuesta muscular. Para estos paciente puede ser necesaria la guía psicológica, pero el tratamiento del bruxismo comienza con el ajuste de la oclusión.

El ajuste oclusal incluso cuando se combina con el tratamiento psicológico, puede no ser eficaz en todos los pacientes. En casos rebeldes se usan protectores oclusales como medida preventiva. Los protectores oclusales son aparatos removibles de acrílico que cubren las superficies oclusales e incisales y se extienden hasta la máxima prominencia por vestibular y palatino o lingual. Proporcionan una superficie dura y lisa para proteger el periodonto y la membrana contra el impacto de las fuerzas laterales que, por lo general, crean los movimientos mandibulares del bruxismo. Se usa de noche, en el maxilar superior y en el inferior, pero se puede usar una sola férula cuando el paciente no tolere los dos.

La superficie de la férula debe ser plana y lisa. las férulas únicas se examinarán de cuando en cuando para eliminar las indentaciones producidas por los dientes antagonistas la guía psicológica, como terapia del bruxismo, consiste en eliminar las causas que producen dicho hábito. Este apoyo psicológico debe realizarse conjuntamente con el odontólogo para obtener así un resultado favorable.

Si la etiología tiene asiento en el ambiente familiar, se recomiendan conversaciones de los padres con el psicólogo.

Según Benson, la terapia de la relajación está recomendada en los pacientes con hábito de bruxismo, porque disminuyen la tensión emocional.

El mecanismo de la respuesta de relajación tiene una profunda influencia en la manera de enfrentar situaciones difíciles. Es muy sencillo provocar la relajación, solo se necesitan 4 elementos esenciales.

1. Un medio ambiente sereno.
2. Un recurso mental, como una palabra o frase, que debe ser repetida de manera práctica una y otra vez.
3. Adopción de una actitud pasiva que es tal vez el más importante de los elementos.
4. Una posición cómoda.

La práctica correcta de estos cuatro elementos, durante 10 ó 20 minutos, una o dos veces al día, pueden aumentar notablemente el bienestar. (2, 11)

En pacientes sin perturbaciones psíquicas graves evidentes pero con cierto grado de nerviosismo o inquietud, los sedantes han demostrado su utilidad.

Una dosis de 25 mg. de hidroxizina (Atarax) una hora antes de ir a dormir produjo la eventual interrupción del hábito. No pueden esperarse cambios notables en unas pocas noches con la medicación tranquilizante pero en un periodo de varios meses se observaron progresos importantes. (11)

ONICOFAGIA.

El tratamiento sintomático por el castigo o por la limitación física da pobres resultados. Con tolerancia, paciencia y oportunidades para un mejor ajuste personal y la provisión de canales adecuados para eliminar tensiones, la mayor parte de los pacientes pueden ser considerablemente mejoradas.

En algunos casos, con la edad, este hábito tiende a desaparecer espontáneamente o puede ser sustituido por otros objetos como cigarrillos, lápices, clips, etc. Ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes. (2, 13)

MORDEDOR DE OBJETOS.

La educación de los padres y su acercamiento con el niño o adolescente es el mejor tratamiento.

Como se menciona, este hábito es más común en adolescentes por lo que para abandonar el hábito, generalmente solo hace falta llamar la atención sobre los efectos nocivos de este.

En conclusión la mejor terapéutica es el autocontrol. (13)

• CONCLUSIÓN.

Es indudable la gran importancia que tiene para el odontólogo general y el odontopediatra el estudio de los hábitos orales, desde su psicogénesis hasta los efectos que estos pueden producir, no solo para instaurar un tratamiento dental adecuado sino para orientar a los padres, obteniendo así el mayor beneficio para el paciente, ya que de esta manera éste será atendido en forma integral.

Los factores etiológicos que principalmente se implican son la lactancia artificial, la falta de distracción así como los problemas psicológicos.

La edad mental del niño y su adaptación al medio ambiente son determinantes para el éxito del tratamiento.

La existencia de un hábito de succión hasta los dos años es considerada normal. Su persistencia más allá de esa edad es perniciosa. Las alteraciones en las posiciones o funciones de la boca o de reposo pueden tener notable influencia en la región bucofacial en desarrollo.

Para obtener resultados favorables en la corrección de los hábitos orales, el odontólogo debe ganarse la confianza del niño brindándole ayuda estable y seguro, ya que el paciente quiere ver en el profesional un apoyo que le ayude a eliminar el hábito.

Es un mal procedimiento ridiculizar o retar al niño castigándolo ya que esto puede producir una mayor fijación del mismo. Los castigos o represión encontrarían normas específicas de educación donde lo más importante debe ser estimular lo positivo y no reprimir lo negativo.

La patogenicidad del hábito es variable, siendo directamente proporcional a factores tales como duración, frecuencia e intensidad del hábito. Cuando se abandona el hábito antes de la erupción de los incisivos permanentes, las

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

maloclusiones ocasionadas por la succión, suelen corregirse espontáneamente.

Antes de iniciar el tratamiento es preciso descartar que existan problemas psicológicos subyacentes.

Los autores revisados aconsejan iniciar el tratamiento con métodos psicológicos motivando al niño y buscando su colaboración. Si no fuera suficiente o no hubiera colaboración, se recurrirían a los métodos extrabucales o los dispositivos ortodoncicos, haciendo hincapié en su carácter recordatorio para ayudar a eliminar el hábito y en ningún caso que el niño pueda considerarlos como un castigo.

El odontólogo general debe participar junto con el psiquiatra y el ortodoncista en el tratamiento de cualquier hábito oral.

El afecto en la temprana edad del niño influye en su vida emocional tanto, como la alimentación en el futuro desarrollo de hábitos orales, de allí que debe brindársele al niño durante estas etapas todos los cuidados necesarios para lograr un normal desarrollo integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selecciones del Reader's Digest
Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado
Tomo VI
p.p. 1765
2. Sogbe de Agell, Rosemary
Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica
Editorial Disinimed C. A.
Caracas 1996.
p.p. 575 - 597.
3. Davidoff, Linda L.
Introducción a la Psicología
Editorial Mc. Graw-Hill
3° Edición.
p.p. 355 - 358.
4. Bayardo, Mejía, Orozco y Montoya.
Etiology of Oral Habits
Journal of Dentistry for Children.
Vol. 63. 1996
p.p. 350 - 353.
5. Morbán Laucer, F.
Los Hábitos Orales en el niño y sus traumas psicológicos
Acta Odontologica. Pediat.
Junio, 1982.
p.p. 5 - 11.

6. Canut Brusola J. A.
Ortodoncia Clínica
Editorial Salvat.
Impreso en México.
p.p. 150-153, 221-223, 377-380.

7. Pinkham J. R.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana S. A de C. V.
Impreso en México.
p.p. 311 - 325.

8. Barber Thomas K.
Odontología Pediátrica
Editorial El Manual Moderno
4° reimpresión.
p.p. 263 - 270.

9. Barbería, Leache.
Odontopediatría
Editorial Masson S. A.
Imprimido en España.
p.p. 368 - 371.

10. Nieves, Martín, Echaniz.
Hábitos de Succión Digital y Chupete en el Paciente Odontopediátrico. Enfoques Terapéuticos
Artículos Originales, Abril 1997.
<http://www.denmad.org/05-97/articulo.html>.

11. Mc Donald, Ralph.
Odontología Pediátrica y del Adolescente
Editorial Panamericana
Quinta edición.
p.p. 727 - 732.

12. Anderson.
Ortodoncia Práctica
Editorial Mundi.
Primera edición.
p.p. 420 - 428.

13. Finn. Sidney B.
Odontología Pediátrica
Editorial Interamericana S. A de C. V.
Impreso en México.
p.p. 326 - 337-

14. Graber T. M.
Ortodoncia Teoría y Práctica
Editorial Interamericana S.A de C.V.
Impreso en México.
p.p. 219-226, 239- 244, 655- 658.

15. Proffit W. R.
Ortodoncia Teoría y Práctica
Editorial Mosby/Doyma Libros.
p.p. 125 - 131.

16. Josell S. D.
Hábitos que afectan el Crecimiento y Desarrollo Dental
Dent. Clin. North. America.
Octubre 1996.
p.p. 861 - 869.

17. Turgeon-O' Brien, Lachapelle, Gagnon.
Nutritive and Nonnutritive Sucking Habits
Journal of Dentistry for Children.
Septiembre - Octubre 1996.
p.p. 321 - 326.

18. Santoyo, L.M.
Consejos Médicos
Pediatric Dentist, Joliet, Illinois.
<http://babelfish.altavista.com/cgi-bin/translate?>