

107



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**HABITOS BUCALES EN  
ODONTOPEDIATRIA**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**ELVA ROSALVA CRESPO ESPINOSA**



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 está 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.

## I N D I C E

I      **Introducción.**

II     **Crecimiento y Desarrollo.**

III    **Maloclusiones.**

A)    **Definición.**

B)    **Etiología.**

C)    **Generalidades.**

IV     **Hábitos.**

A)    **Generalidades**

a)    **Succión digital / pulgar.**

1.    **Etiología.**

2.    **Tipo de maloclusión.**

3.    **Tratamiento.**

b)    **Protrusión Lingual**

1.    **Etiología.**

2.    **Características.**

3.    **Tratamientos.**

- c) **Succión del Labio.**
  - 1. **Características.**
  - 2. **Tratamiento.**
  
- d) **Respirador Bucal.**
  - 1. **Etiología.**
  - 2. **Características.**
  - 3. **Tratamiento.**
  
- e) **Bruxismo.**
  - 1. **Etiología.**
  - 2. **Características.**
  - 3. **Tratamiento.**
  
- f) **Mordedor de uñas.**
  - 1. **Características.**
  - 2. **Tratamiento.**
  
- g) **Otros tipos de hábitos.**
  - 1. **Características.**
  - 2. **Tratamiento.**

**V Resultados de la Investigación en la Clínica de Apoyo de Odontopediatría.**

- A) Cuestionario aplicado a los padres.
- B) Resultado del cuestionario.
- C) Gráfica de resultados de anomalías de cada hábito.

**VI Conclusiones.**

**Bibliografía.**

## **CAPITULO I**

### **I N T R O D U C C I O N .**

## I N T R O D U C C I O N .

Los poetas, profetas de nuestro tiempo, poseen la intuición necesaria para describir lo que a los técnicos tanto - se nos dificulta. Por eso, a veces hay que recurrir a ellos para comprender cómo el hombre, ente biológico, puede convertirse en un ser humano.

Conviene subrayar algunas etapas en el crecimiento - del niño, que conllevan la formación de estas estructuras: La primera y fundamental es la habilidad del niño para diferenciar entre sí mismo y el mundo que lo circunda.

Al nacer, cambian bruscamente sus condiciones ambientales y su organismo debe pasar de un estado de total protección a otro - que lo obliga a adaptarse a trastornos externos para satisfacer sus necesidades. Su primer contacto con el mundo lo constituye la madre, proveedora esencial en su nuevo medio.

Sin embargo, una negación parcial y moderada de los - satisfactores es condición necesaria para que el niño empiece a distinguir entre sí mismo y los objetos.

En la medida en que le es accesible, el seno se le presenta - como parte de sí mismo; mientras que si sufre de privación, la diferenciación empieza a surgir. No obstante, tal distinción no puede prescindir de un mínimo de recompensa.

Por tal motivo es el inició de una divergencia total o parcial para cualquier tipo de hábito que llegue a nosotros. Encontrándose básicamente 3 teorías que tratan de explicar la prolongación de estos hábitos que son:

- Satisfacción insuficiente de las necesidades de succión en la infancia.
- Disturbios emocionales.
- Un simple hábito aprendido del cual se deriva el deleite.

Para cualquier Odontólogo es imprescindible del conocimiento general de éste tipo de problemas, debido a las consecuencias inmediatas del niño en cavidad oral; y tal vez en una parte que para muchos pasa inadvertida, el estado psicológico del niño que a largo plazo es en él, quién repercutirá por vida en todos los aspectos.

No es fácil, atender a éste tipo de problemas que influyen o contribuyen al inicio de éstos hábitos. Pero para tratar un hábito, que éste presente, se precisa más que nada de la cooperación del niño. Siendo un factor importante la madurez mental del niño, para poder hacer conciencia de las consecuencias del problema.

Lo anteriormente afirmado, ha sido analizado a lo largo de una pequeña investigación realizada y aplicada a una serie de niños que han presentado varios tipos de hábitos.



Por lo tanto es labor de Médicos, Psicólogos, Maestros y de los Odontólogos para evitar estos traumas a largo plazo.

Por tal motivo, en éste presente escrito trato de motivar el empeño de ayudar y proteger al niño, al igual que solventar la necesidad de superar las técnicas de este punto vehemente que son los hábitos.

## **CAPITULO II**

### **CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

## DESARROLLO DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE CARA.

**CRECIMIENTO.-** Es el aumento de tamaño y peso de un organismo en desarrollo. El crecimiento estará dado por la - proliferación celular, condicionado por la síntesis protoplás- mica, metabolismo del agua y sales minerales de las células y el depósito de las sustancias intercelulares.

**DESARROLLO.-** Es la serie de cambios que se suceden en un organismo, desde el momento que se integra el huevo ó - cigoto, hasta su completa formación.

Se puede decir que el crecimiento es un aumento de ta- maño y el desarrollo es el progreso hacia la madurez.

En el desarrollo se encuentran cuatro fases:

1. Proliferación celular.
2. Diferenciación.
3. Crecimiento.
4. Integración.

1. La proliferación celular que en los organismos - superiores se lleva a cabo mediante las mitosis.

2. El crecimiento que se da en el aumento de tamaño y peso de un organismo en desarrollo, como consecuencia de una proliferación celular y está condicionada por factores tales -

como: la síntesis protoplásmica, el metabolismo del agua y sales minerales de las células y depósito de sustancias intercelulares.

3. La diferenciación se refiere al aumento de la complejidad y organización de un organismo, éste comprende la morfogénesis y la histogénesis; la primera se refiere al cambio de la forma y organización del individuo y sus partes; y la segunda corresponde al proceso de especialización de las células en tejidos.

4. La integración se refiere al resultado de la coordinación anatómica y funcional de los tejidos, órganos, aparatos y sistemas de un individuo, dependiendo del funcionamiento normal de las glándulas endócrinas y el sistema nervioso.

#### PERIODOS PRENATALES:

Los períodos prenatales son tres:

1. Período de huevo.- Va desde la fecundación, hasta el final del catorceavo día.
2. Período embrionario.- Va desde la segunda semana hasta la octava semana de vida intrauterina.
3. Período fetal.- Desde el tercer mes hasta el décimo mes "in útero".

1. **Período de huevo.**- Se realizará la fecundación que es un proceso biológico que consiste en la formación de una nueva célula capaz de dividirse y que presenta su cromatina completa.

La fecundación se realiza mediante la penetración del espermatozoide al óvulo, mediante las enzimas contenidas en el semen que desintegran las células que forman parte de la corona radiada y reblandecen la zona pelúcida del óvulo, permitiendo así la penetración del mismo. La fecundación es de gran importancia pues será la base de la herencia y es en ésta en la que se pueden ocasionar problemas importantes.

Una vez realizada la conjugación de los pronúcleos masculino y femenino, se iniciará el período de huevo, que consiste en la segmentación del huevo y su incursión a la pared del útero. Al final de éste período el huevo mide 1.5 mm de largo y para entonces se ha iniciado la diferenciación cefálica.

2. **Período embrionario.**- Es en la tercera y octava semana de vida intrauterina, cuando el embrión humano mide 3 mm, será cuando se desarrolla la mayor parte de la cara.

Este período principia con el establecimiento de la boca primitiva. El ectodermo se profundiza hasta unirse con el endodermo del tracto digestivo, estas se encuentran separadas por

la membrana bucofaríngea que se rompe a la cuarta semana estableciéndose la comunicación entre ambos.

Por arriba de la cavidad oral se encuentra la prominencia llamada frontonasal y por abajo se encuentran los cinco arcos branquiales, que son agrandamientos tubulares que se empiezan a segmentar en la cuarta semana, se encuentran separados por hendiduras y surcos en los que están elementos esqueléticos, musculares, vasculares, tejido conectivo, epitelial y neural; que van a abastecer a la cara. La mayor parte de la cara se va a originar del primero y segundo arcos branquiales llamados mandibular y hioideo; así como de tejidos que rodean al proscencéfalo, que se encuentra arriba de los arcos branquiales. La lengua se va a originar de los arcos branquiales hioideos y tirohioideo, que se van a unir al primer arco branquial.

Es también en la cuarta semana cuando el corazón va a iniciar su primer latido. En esta época el corazón es proporcionalmente más grande que de lo que será en el cuerpo adulto y no solamente va a bombear sangre por el cuerpo del embrión, sino que también conduce sangre, por y desde el sistema placentario de vuelta a éste corazón.

El crecimiento del corazón afecta el desarrollo de la cara no solo por lo importante de la irrigación sanguínea, sino porque en este período la cara está apretada entre el pros-

cencéfalo que se agranda y el corazón pulsante.

### Desarrollo embriológico de la cara.

En la porción superior del primer arco branquial -- esta constituida por dos yemas laterales llamadas procesos maxilares y que van a dar origen a las porciones laterales del labio superior, porción superior de las mejillas, paladar duro y arcada del maxilar superior. La porción inferior esta constituida por los procesos maxilares inferiores, porción inferior de la cara, mentón y porción anterior de la lengua.

La prolongación frontonasal principia a desarrollarse una vez formados los procesos maxilares superiores e inferiores y va a dar origen a la frente y proscencéfalo. Abajo de este aparecen dos pequeñas zonas elevadas ovas, justo por encima de las partes laterales de la futura boca, en las 48 horas siguientes; los centros de éstas zonas elevadas se van a invaginar a medida que los tejidos crecen hacia adelante formándose así las futuras ventanas de la nariz, punta y lados de la nariz externa. El tejido entre las fosas nasales se llama proceso nasal medio y las que están al costado; procesos laterales. El proceso nasal medio va a dar origen a la porción media y punta de la nariz; además origina un crecimiento interior secundario que formará el tabique ó septum, debajo de las

fosas nasales se encuentra tejido subyacente que va a establecer la separación entre la cavidad nasal y cavidad bucal y se llama paladar primario. Debajo del proceso nasal medio se encuentran dos procesos globulares, que son unidos por una curvatura y darán origen al labio superior uniéndose a los procesos maxilares superiores.

Este período es de mucha importancia, ya que si no existe una buena fusión de los procesos mencionados o existe falta de desarrollo de las estructuras embrionarias, puede resultar en defectos congénitos, como es: labio leporino, que se produce cuando existe una fusión parcial ó no se fusionan los mamelones globulares con los procesos maxilares superiores; las hendiduras palatinas, que se producen cuando en el paladar hay fusión incompleta ó total entre los procesos palatinos medios y los procesos palatinos laterales, en ocasiones se asocian el labio leporino y la hendidura palatina. La fusión de los procesos queda terminada al final del segundo mes de la vida intrauterina.

#### Desarrollo embriológico del paladar.

Principia su desarrollo alrededor de la mitad del segundo mes de la vida intrauterina, es entonces cuando los procesos palatinos maxilares, a partir de su superficie interna,



dan lugar a unas prolongaciones llamadas procesos palatinos laterales, los que se dirigen hacia adentro y hacia abajo tomando su dirección por la presencia de la lengua, que se coloca entre los procesos palatinos laterales. Entonces existirá una comunicación entre la cavidad bucal y el tabique nasal. Entonces los procesos globulares dan lugar a la formación de pequeñas salientes que constituyen los procesos palatinos medios.

En un embrión de once semanas "in útero" los procesos palatinos laterales crecen tan rápido que se unen entre sí con los procesos palatinos medios y con el tabique nasal, quedando separada definitivamente la cavidad oral de las fosas nasales.

El techo de la boca y premaxila se formarán de la unión de los procesos palatinos laterales y los procesos globulares. Será en la premaxila donde se implanten los incisivos superiores. Esta fusión de los procesos se realiza hasta el final del cuarto mes de la vida intrauterina. Los procesos palatinos laterales dan origen tanto al paladar duro como al paladar blando.

#### Desarrollo embriológico de mandíbula y articulación temporomandibular.

El maxilar inferior crece aceleradamente entre la octava y doceava semana de vida fetal desalojando la lengua ha -

cia abajo y hacia los lados. Inicialmente la parte inferior se encuentra soportada por una barra conocida como cartílago de Meckel; que se extiende desde la línea media del arco mandibular, hasta la cápsula ótica en los elementos que posteriormente serán el yunque y el martillo del oído medio y que temporalmente se fusionan para dar movimiento a la mandíbula, posteriormente se osificará formando huesos del oído medio. La mandíbula ósea se desarrolla lateralmente al cartílago de Meckel. El cóndilo surge al principio independientemente como un cartílago en forma de zanahoria y es encerrado por el hueso en desarrollo de la mandíbula. El cartílago condilar se transforma rápidamente en hueso, excepto en su extremo proximal donde forma la articulación en la fosa glenoidea del hueso temporal.

Esta parte cartilaginosa del cóndilo persistirá como un centro de crecimiento hasta aproximadamente los 25 años de vida. Entre el cóndilo y el hueso temporal se forma un disco de tejido fibroso que va a separar los compartimientos superior e inferior de la cavidad articular, éste se irá engrosando hasta que se desarrolla la articulación completa.

La osificación del maxilar inferior cesa en el punto que será la espina de Spix.

El hueso se forma rápidamente a lo largo de la superficie superior del cuerpo de la mandíbula entre los dientes en desarrollo:

## DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LA LENGUA.

Se lleva a cabo durante el segundo mes de vida intrauterina por unión de los primeros tres arcos branquiales, a principios del tercer mes "in útero" la lengua adquiere una forma reconocible.

La lengua se origina a partir de dos prominencias laterales llamados tubérculos linguales laterales, que darán origen al cuerpo de la lengua y una tercera elevación impar que aparece entre los tubérculos laterales. La base de la lengua se desarrolla de un abultamiento situado en la parte media llamado cópula.

Se pueden presentar dos tipos de problemas en el desarrollo de la lengua: la lengua Bífida y la Glositis Romboidea; la primera consecuencia de un defecto en la fusión de los tubérculos linguales laterales y la segunda se debe a una persistencia del tubérculo impar.

Aparece un pliegue a lo largo de los bordes laterales de la lengua que los separa de los rebordes alveolares en desarrollo. La lengua crece tan rápidamente que empuja la cavidad nasal y las prolongaciones palatinas hacia arriba. Para las ocho semanas y media ó nueve, los músculos del cuerpo de la lengua aparecen claramente diferenciados.

Las cavidades bucal y nasal que se originan de una sola cavidad se van separando a medida que se elevan y crecen entre ellas las prolongaciones palatinas.

DESARROLLO DE LA DISTRIBUCION DE LOS NERVIOS CRANEALES  
Y LOS ORIGENES DE LOS MUSCULOS DE LA CARA.

La división del maxilar superior del nervio Trigénimo (no es inervación de Músculo esquelético). Músculos de la masticación desarrollándose a partir del mesénquima branquiométrico del arco maxilar inferior (primero) inervados por la división maxilar inferior del Nervio V. Nervio Hipogloso para los Músculos intrínsecos de la lengua. Cuerda del Tímpano, rama del nervio facial que deja el segundo arco faríngeo para entrar en la lengua y prestar inervación sensitiva (gustatoria). Músculos faciales en desarrollo a partir del Mesénquima del arco Hioideo, inervados por el nervio facial (VII). Músculos Estilofaríngeos originado en el tercer arco, inervado por el nervio IX. Músculos Faríngeos inervados por el nervio X. Músculos Trapecios y Esternocleidomastoideo inervados por el nervio Espinal.

Los Músculos se forman a partir del Mesénquima de los arcos. Este Mesénquima se denomina Branquiométrico (del griego

branquia, agalla y meros, segmento).

Apartir del Mesénquima Branquiomérico del segundo arco se desarrollan los Músculos de la Expresión facial y el Estilohioideo, el Estapedio, el vientre posterior del Digástrico y los Músculos de la oreja. Los nervios craneales específicos que inervan el primer arco son las ramas Maxilar inferior y Maxilar superior del Nervio Trigémico (V). El nervio craneal específico del segundo arco es el nervio facial (VII).

#### DESARROLLO DENTARIO:

Alrededor de la séptima semana, aparece a lo largo de los procesos maxilar y mandibular una lámina labial epitelial y junto a manera de cuña células epiteliales penetran separando el futuro reborde alveolar del labio. Aparece también una segunda lámina dental labial y crece en el reborde alveolar, esta será la lámina dental que a intervalos regulares dará origen a los órganos epiteliales del esmalte, estos con las papilas dentales subyacentes de tejido conectivo, se diferencian rápidamente para formar el esmalte y dentina de los dientes. A medida que las coronas y las raíces aumentan de tamaño, las maxilares también crecerán en todas direcciones para dar espacio a los dientes y procesos alveolares en crecimiento.

### DESARROLLO DE GLANDULAS SALIVALES.

Es en la sexta semana cuando las glándulas Parótica y Submaxilar aparecen en el tejido conjuntivo del carrillo y las glándulas salivales sublinguales aparecen en la octava semana, se inicia un crecimiento de células epiteliales desde la mucosa hasta el lugar que ocupará la futura glándula salival, formándose cordones sólidos de células, en cuyos extremos se forman los acinos secretores en forma de granos. Posteriormente los cordones se ahuecan y forman así el sistema de conductos de la glándula. Será pues el sitio de origen de cada glándula, el conducto principal al que la Glándula lleva su secreción a la cavidad bucal. La organización está completa para el tercer mes. La diferenciación de las células acinales y la canalización de los conductos ocurre al sexto mes prenatal. Los acinos de las glándulas mucosas se hacen funcionales al sexto mes mientras que las glándulas serosas comienzan a funcionar hasta el nacimiento.

### CRECIMIENTO DEL CRANEO.

El crecimiento de la base del cráneo, se debe a la proliferación del cartílago que se reemplaza por hueso, principalmente por la sincondrosis. En la bóveda del cráneo el

crecimiento se realiza por proliferación del tejido conectivo, entre las suturas y su reemplazo por hueso. A pesar de la rápida oscificación al final de la vida fetal, los huesos se encuentran separados uno del otro por fontanelas al nacer el niño. Los cambios que se producen durante los primeros tres meses de vida intrauterina son los más importantes, los que siguen serán de cambios en el tamaño y posición.

BIBLIOGRAFIAS:

CASTELLINO.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

EDITORIAL INTERAMERICANA.

1982            PAGINAS: 350 - 382.

ORBAN

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCALES.

EDITORIAL LA PRENSA MEDICA MEXICANA.

1981            PAGINAS: 1 - 17.



### CAPITULO III

### MALOCCLUSIONES.

## M A L O C L U S I O N E S

Se llama oclusión al contacto entre los dientes superiores e inferiores en todos los movimientos de la mandíbula.

La definición de maloclusión, es cualquier desviación de la oclusión normal de los dientes o de los maxilares que los rodean. Según Wendall Wylie, "la maloclusión surge de una combinación casual de partes desproporcionadas". La variación que se aparta de lo normal puede ser pequeña, y consistir en modificaciones leves de las unidades dentarias, o más acentuadas, abarcando arcos dentarios completos y los huesos de los maxilares. Aunque los tejidos blandos que constituyen el medio ambiente, como es la musculatura bucofacial contribuyen al mantenimiento de la oclusión normal, en presencia de una maloclusión estos pueden también perpetuar la relación anormal de los elementos dentales o esqueléticos ó de los dos. Es más, los tejidos blandos circundantes contribuyen, a veces, al origen de la maloclusión por su función aberrante.

Aunque se sabe que la caries es la principal enfermedad de los dientes, la maloclusión también es muy frecuente.

En grupos de personas en las que se realizaron estudios, se hizo notar que el tipo más frecuente de maloclusión en la dentición temporal, fue la mordida abierta anterior, relacionada con los hábitos; de la lengua y dedo, después seguía

la retrusión del maxilar inferior. En las denticiones mixtas, el apiñonamiento fue el problema más frecuente, con retrusión del maxilar inferior en segundo término.

En la dentición permanente la retrusión del maxilar inferior y el apiñonamiento presentaban la misma distribución. La maloclusión va a afectar a cuatro sistemas tisulares: Dientes, Huesos, Músculos y Nervios.

Las maloclusiones se pueden agrupar en tres grupos:

1. Displasias Dentales.
2. Displasias Esqueletodentarias.
3. Displasias Esqueléticas.

1. Displasias Dentales.- Será cuando únicamente - el sistema dentario esta afectado. La relación entre los maxilares se considera normal, el equilibrio facial es casi siempre bueno y la función muscular será también normal. En las displasias dentarias casi siempre existe una falta de espacio para acomodar todos los dientes permanentes ó retención prolongada de los temporales.

2. Displasias Esqueletodentarias.- En este caso - se encuentran afectados los cuatro componentes del sistema tisular; los dientes están en mal posición, existe relación anormal entre maxilar superior y maxilar inferior y ambos con la -

base del cráneo, la función muscular no es normal, es en este grupo en el que se encuentran la mayor cantidad de pacientes.

3. Displasias Esqueléticas.- Es cuando se encuentra alguna alteración en la relación anteroposterior de los maxilares entre sí y estos con la base del cráneo. Se encuentra que con frecuencia el sistema óseo, neuromuscular y dentario están adaptados por la actividad compensadora o de adaptación a la displasia esquelética.

Sin duda, la clasificación más conocida y perdurable es del Dr. Edward Angle, enunciada en 1899. La clasificación de Angle se vale de la relación de los molares inferiores de los seis años y de los caninos inferiores respecto de los superiores para la determinación de las clases.

CLASE I.- Incluye todos los casos de maloclusión en las cuales el cuerpo mandibular y los dientes correspondientes se hallan en la relación mesiodistal correcta con el maxilar superior.

De estos dos factores, la posición del cuerpo del maxilar inferior es el más importante. Una relación molar de Clase I es aquella en la cual la cúspide mesiovestibular del primer molar superior de los seis años ocluye en el surco ves-

tibular del primer molar inferior de los seis años, mientras - que el canino superior ocluye por el distal del canino infe -- rior.

#### Primera Clase:

Cuando la cúspide mesiobucal del primer molar supe - rior permanente estará en relación mesiodistal correcta con el surco bucal o mesiobucal del primer molar inferior permanente.

#### Segunda Clase:

La cúspide mesiobucal del primer molar superior per - manente estará en relación con el intersticio entre el segundo premolar mandibular y el primer molar mandibular.

#### Tercera Clase:

La cúspide mesiobucal del primer molar maxilar perma - nente estará en relación con el surco distobucal del primer - molar mandibular permanente o con el intersticio bucal entre - el primero y el segundo molares mandibulares, o incluso, dis - tal.

#### Primera Clase, Tipo I :

Presentan incisivos apilónados y rotados, con falta - de lugar para que los caninos permanentes o premolares se en -

cuentren en su posición adecuada.

Las causas locales de esta afección parecen deberse a excesos de material dental para el tamaño de los huesos mandibulares o maxilares superiores; se considera a los factores hereditarios la causa inicial de estas afecciones.

#### TRATAMIENTOS :

1. Puede expandir el arco dental lateralmente.
2. Puede expandirlo anterior - posteriormente, en un esfuerzo por hacer el soporte óseo igual a la cantidad de substancia dental.
3. Puede decidir extraer algunas piezas para lograr que la cantidad de substancia dental sea igual a la de soporte óseo.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS

##### INCLUIDAS EN ALGUNOS CASOS EN DENTADURAS MIXTAS

1. Apañamiento anteriores leves pueden aliviarse recortando el lado mesial de los caninos primarios.
2. Las faltas leves de espacio para los primeros premolares pueden remediarse recortando el mesial del segundo molar primario.

3. El uso de hilos metálicos de separación, a cada lado de un segundo premolar que encuentra lugar casi suficiente para hacer erupción a veces hace posible que la pieza brote en su posición correcta. Los casos de primera clase, Tipo I son frecuentemente casos de "extracciones en serie".

**Primera Clase, Tipo II :**

Presentan relación mandibular adecuada, los incisivos maxilares están inclinados y espaciados. La causa es generalmente la succión del pulgar. Estos incisivos están en posición antiestética, y son propensos a fracturas.

**TRATAMIENTO :**

Por lo general son fáciles de tratar.

**Primera Clase, Tipo III :**

Afectan a uno o varios incisivos maxilares trabados en sobremordida. El maxilar inferior es empujado hacia adelante por el paciente, después de entrar los incisivos en contacto inicial, para lograr el cierre completo.

**TRATAMIENTO :**

Esta situación generalmente puede corregirse con planos inclinados de algún tipo.

El método mas sencillo son los ejercicios ordenados de espátu-

la lingual en los casos en que puede esperarse la cooperación total del paciente. Debe haber lugar para el movimiento labial de las piezas; o para que las piezas superiores e inferiores se muevan recíprocamente.

#### Primera Clase, Tipo IV :

Presentan mordida cruzada posterior. Dentro de las limitaciones, afectando de una a dos piezas posteriores en cada arco.

#### TRATAMIENTO :

Puede tratarse bien sin enviar el caso a un Ortodoncista, -- siempre que exista lugar para que la pieza o las piezas puedan moverse.

En la mayoría de las malocclusiones Clase II, división I, el cuerpo del maxilar inferior y los dientes inferiores se hallan en relación distal respecto del maxilar superior y los incisivos superiores generalmente presentan una inclinación axial vestibular. La relación de los primeros molares superiores de los seis años y de los caninos respecto de sus antagonistas inferiores son tales que la cúspide distovestibular del primer molar superior ocluye con el surco vestibular del primer molar inferior, y el canino superior ocluye por el mesial de los caninos inferiores. Además de la inclinación --



axial vestibular de los incisivos superiores, hay otras malposiciones individuales de la alineación dentaria (apiñonamiento).

La Clase II división 1 comprende maloclusiones que de un lado tienen relación Clase II del arco superior con un cuadrante antagonista, mientras que del otro lado presentan relación Clase I. Por lo tanto, la protusión superior u otras anomalías anteriores suelen estar limitadas a un lado del arco superior.

La Clase II, división 2, es una maloclusión en la cual el cuerpo del maxilar inferior y los dientes también están en relación distal con el maxilar superior, y la oclusión de molares y caninos es idéntica a la clase II división 1.

Sin embargo, en la división 2, los incisivos centrales superiores presentan una inclinación axial vertical o lingual, a diferencia de la inclinación vestibular de los incisivos centrales de la maloclusión Clase II división 1.

Otra característica dentaria de la Clase II, división 2, es la posición de los incisivos laterales superiores que generalmente tienen una inclinación vestibulomesial y se superponen a los incisivos centrales.

Las maloclusiones comprenden con frecuencia displasias verticales así como anomalías horizontales. La componente vertical de la maloclusión Clase II se refleja en un entre-

cruzamiento (incisivos inferiores que ocluyen un poco más alla del plano horizontal común con los incisivos superiores).

El entrecruzamiento puede variar desde sobre mordida mínima hasta profunda compresiva, donde incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina en la zona de los incisivos superiores. Una característica común de la maloclusión de Clase II división 2 es el entrecruzamiento profundo. Otra displasia vertical, la oclusión abierta también puede acompañar a las maloclusiones. Es una anomalía en la cual los dientes superiores e inferiores (generalmente incisivos) no llegan al plano oclusal cuando los dientes posteriores están en oclusión.

La mayoría de las maloclusiones de Clase III, son aquellas en las que el maxilar inferior y sus dientes están en relación mesial con la base del cráneo y el maxilar superior. El primer molar superior, por lo tanto, ocluye por distal del primer molar inferior, mientras que el canino superior se halla en posición exageradamente distal respecto del inferior.

Por consiguiente, los incisivos inferiores están adelantados respecto de los superiores y el paciente no puede alcanzar los incisivos superiores con los inferiores cuando su maxilar inferior va a la posición no forzada de retrusión máxima. También es característica de la maloclusión de Clase III "verdadera" la mandíbula prognática, o sea, que la posición del mentón es más mesial o ventral de lo que se observa

en estructuras esqueléticas faciales normales. Asimismo puede haber una relación Clase III de los maxilares cuando la relación del maxilar inferior con el cráneo es normal pero el maxilar superior está poco desarrollado y por ende, es retrognático.

La pseudomaloclusión Clase III es aquella en la cual, aunque los incisivos inferiores estén por delante de los superiores en oclusión céntrica (cierre en posición de intercuspidación máxima) el paciente puede llevar la mandíbula hacia atrás sin esfuerzo y poner los incisivos superiores con los inferiores en contacto.

Este tipo es, por consiguiente, una forma más leve de la verdadera maloclusión Clase III y cede mejor a un tratamiento Ortodóntico conservador que la maloclusión Clase III genuina, que frecuentemente requiere corrección quirúrgica.

**BIBLIOGRAFIAS :**

**DE ANGELIS, VINCENT.**

**EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO BUCAL.**

**ORTODONCIA**

**EDITORIAL INTERAMERICANA**

**PAGINAS: 35 - 49**

**GRABER**

**ORTODONCIA**

**EDITORIAL INTERAMERICANA**

**PAGINAS: 204 - 210**

## CAPITULO IV

### H A B I T O S.

## GENERALIDADES.

## H A B I T O S

La oclusión adulta es el producto final de una serie de interacciones sumamente complejas entre pautas heredadas de crecimiento y la influencia normal o anormal del medio ambiente.

Los factores extrínsecos o ambientales actúan como agentes coetiológicos en el desarrollo de la maloclusión aún en presencia de pautas genéticas favorables. Los hábitos bucales son un ejemplo de causas ambientales de maloclusión, la succión del pulgar o digital y el empuje lingual que se observa en la deglución anormal son los hábitos perniciosos más comunes.

La succión extranutricia o fuera del amamantamiento parece surgir de una necesidad residual de succión que se origina en la primera infancia.

El destete prematuro y la alimentación deficiente durante la lactancia son factores ligados a la succión extranutricia persistente.

En la actualidad los odontólogos consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre estructuras bucales y también cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si con -

tinúan estos hábitos por largo tiempo.

La experiencia y actitud profesional del dentista como asesor son fundamentales, ya que los pacientes no siempre son conscientes de sus alteraciones o no están suficientemente preocupados por ellas.

**Hábito.-** Lo podemos definir como los actos del individuo que se reiteran voluntariamente o involuntariamente hasta persistir por sí mismo y convertirse así en acciones automáticas.

El hábito, es pues, un componente automatizado de la actuación consciente del hombre, que se elabora dentro del proceso de su ejecución.

Una característica principal de los hábitos consiste en que cuando ya se han formado las acciones, se realizan sin recapacitarlas previamente, no se dividen en distintas operaciones parciales, no se traza previamente un plan para realizarlas cada una de ellas.

Esto ocurre así porque las acciones se han efectuado antes muchas veces, y se han fijado que no se necesita ya tener conciencia de cada operación aislada.

Siempre que los hábitos no conduzcan a la adaptación biológica del organismo y no sirvan para la supervivencia, quedan sujetos a la extinción y desaparecen gradualmente.



## CLASIFICACION DE HABITOS BUCALES

Los hábitos bucales se dividen en: Compulsivos y no Compulsivos.

### Hábitos bucales compulsivos.

Son aquellos hábitos que han adquirido fijación en el niño, al grado de que recurre a ellos cuando se sienten inseguros.

En este caso siente una mayor ansiedad al querer corregir dicho hábito.

Su etiología se considera que pueden ser que los patrones de alimentación pudieron haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poca leche en cada toma.

También se considera que la inseguridad del niño, producida por la falta de ternura y amor de la madre juega un papel muy importante para la adquisición de un hábito compulsivo.

### Hábitos bucales no compulsivos.

Son aquellos hábitos adoptados y abandonados por el niño con facilidad, de los cuales generalmente no resultan reacciones anormales.

El hábito consta de tres partes; estímulo que guía el deseo o demanda que lleva hacia la acción automática.

Para que los hábitos lleguen a producir deformaciones maxilares y malposiciones dentarias serán aquellos adquiridos en los primeros años de vida y deben llevar como condición indispensable la continuidad de su repetición.

Son necesarios cierto número de factores para tener éxito en la corrección del hábito:

1. El dentista necesita la cooperación incondicional del niño.
2. Cooperación de los padres, explicándoles lo que se intenta hacer y cómo se pretende hacer.

#### **BRUXISMO (Briquismo, Bruxomanía)**

Frotamiento con fuerza de los dientes, y se produce comúnmente durante la noche, desgaste en caras oclusales e incisales.

Se piensa que el Bruxismo es una respuesta a la tensión nerviosa y el stress, al producirse sobre todo en niños muy tensos e irritables y que pueden presentar otros hábitos, como succión digital o morderse las uñas.

#### **TRATAMIENTOS :**

Para el niño que tiene sólo la dentición primaria o en quien apenas están erupcionando los primeros molares permanentes y tiene abrasión de las caras oclusales de molares primarios, el tratamiento a elección es el uso de coronas de acero inoxidable.

ble para recuperar la dimensión vertical.

La provisión de férulas de goma blanda por las noches puede brindar alivio al niño en la dentición mixta o en etapas de erupción de piezas permanentes.

#### **AUTOMUTILACION:**

A menudo esto se mostrará como una pérdida vestibular de tejido gingival y aún hueso alveolar, habitualmente es el resultado de un hábito digital por el cual se usa la uña del pulgar u otro dedo despegar los tejidos de los dientes. Al igual de una lesión localizada que sólo puede ser por un traumatismo repetido de la zona afectada o sospecharse de un hábito masoquista, valiéndose de lápices, bolígrafos y otros objetos pequeños aguzados para inflingir el daño.

#### **TRATAMIENTO:**

La demostración del daño que se está ocasionando y, cuando desempeñe un papel la retención alimentaria, la corrección de los contactos habitualmente, prevendrán posteriores lesiones al igual que la motivación al paciente por medio de premios.

#### **MORDIDA DEL CARRILLO Y DEL LABIO (Queilofagia)**

En el labio se produce una lesión semicircular en el labio inferior. Esta lesión está sujeta a grietas y a infecciones sobreagregadas. Produce la retrusión del segmento incisivo correspondiente, afectando también a los incisivos --

opuestos que los vestibulariza.

En la mordida del carrillo ocasiona un aplastamiento lateral de las arcadas. La mucosa del carrillo ocasiona un pronunciado relieve y las depresiones dentarias correspondientes.

Puede deberse a un stress emocional que con frecuencia es el resultado de infelicidad y conflictos en el hogar.

#### TRATAMIENTO:

Es la responsabilidad del Odontólogo llevar el hábito a la atención de los padres y efectuar recomendaciones de asesoramiento terapéutico.

#### SUCCION DEL LABIO:

Hipertoncicidad del labio inferior, éste labio aprieta a los dientes lingualizándolos y provoca apiñonamiento.

Cuando se reconoce clínicamente este tipo de casos, primero - abrir espacio al mismo tiempo evitar que el labio siga empujándolos.

También puede producirse la vestibularización exagerada de los dientes incisivos superiores y con frecuencia sobremordida profunda.

#### TRATAMIENTO:

Se le puede sugerir ejercicios labiales, tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a -

ejercer presiones en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores, o también con un instrumento (recordatorio) ortodóntico.

#### MORDEDOR DE UÑAS:

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el morderse las uñas. No es un hábito pernicioso y no ocasiona maloclusiones, ya que las fuerzas o tensiones aplicadas al morderse las uñas son similares al proceso de masticación.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente.

#### TRATAMIENTO :

Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a las uñas, y utilizan goma de mascar, cigarrillos, lápices, goma de borrar e inclusive las mejillas o la lengua de la misma persona, ya que cada quien tiene sus propios tranquilizantes.

#### RESPIRADOR BUCAL:

Es más correcto "respirador buco-nasal".

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

1. **Por obstrucción:** Son aquellos que presentan existencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal.
2. **Por hábito:** Es aquel que respira continuamente por la boca y lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo.
3. **Por anatomía:** Es aquel cuyo labio superior es corto y no permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

También debe diferenciarse el segundo tipo del niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados que pueden ser causados por:

- a) Hipertrofia de los turbinatos causados por alergias, infecciones crónicas, condiciones climáticas.
- b) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- c) Adenoides agrandados.

Características de mordida abierta o boca "abierta", respiran por la boca, con frecuencia presentan problemas de tejido gingival irritado e inflamado en la arcada antero superior.

Las arcadas en sentido transversal se estrechan y se

alargan hacia el frente, en la parte anterior puede existir - diastemas o vestibularización de dientes que pueden estar asociados con el hábito de lengua. Otra característica es la consistencia de los labios en los respiradores bucales es flácida en los músculos orbiculares.

#### TRATAMIENTO:

1. Remitir con la persona adecuada a su tratamiento: El - Otorrinolaringólogo.
2. Puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoide.
3. Construir un protector bucal (pantalla oral) que bloquee el paso del aire por la boca y force la inhalación y -- exhalación de aire a través de los orificios nasales, con previa atención del Otorrinolaringólogo.

#### SUCCION DIGITAL:

Responde a factores de tipo psicológico, de inestabilidad emocional, inseguridad, temor. Suele presentarse en - fechas tempranas en la vida de un individuo, si continua hasta los cinco años de edad será conveniente resolverlo por medios Ortodónticos.

Los padres han de saber que la mayoría de los chicos dejan la succión digital a los 4 ó 5 años de edad.

Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta (de 6 a 12 años), puede producir consecuencias.

El grado de defecto depende de la frecuencia, duración e intensidad del hábito.

Debe mencionarse que el desplazamiento de piezas o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes:

1. La posición del dedo en la boca.
2. La acción de palanca que ejerce el niño contra las otras piezas y el alveolo y la fuerza que genera, además de succionar.

Clinicamente podemos apreciar efectos del acto de succionar que se manifiestan en las estructuras, modificando las formas de éstas:

- a) Ahondamiento del paladar.
- b) Intrusión de dientes anteriores y vestibularización.
- c) En algunos suele verse el dedo en cuestión con alteración en la epidermis y algunos casos modificación de la forma del mismo.

Es frecuente que con la otra mano, el niño realice algo también, se le llama hábito accesorio: Tomarse el lóbulo de la oreja, el pelo, etc.

**TRATAMIENTO :**



1. Aunque el niño pudiera tener las mejores intenciones de detener el hábito será para él difícil recordarlo a menos que tenga alguna forma de recordatorio. El uso del aparato (instrumento) recordatorio servirá para el proceso de realineamiento para el niño, dando una sensación de éxito y logro para reforzar el deseo de interrumpir el hábito.
2. Cuando el niño reconoce el hábito y su efecto y desea interrumpirlo.
3. Este puede variar desde un sistema de propia supervisión hasta instrumentos Ortodónticos (recordatorios).

Que pueden ser de los siguientes tipos:

**EXTRABUCALES**

- a) Cinta adherida al dedo.
- b) El uso de algún guante.
- c) Sustancia desagradable.

**INTRABUCALES**

Instrumentos

Intrabucal (recordatorio)

Fija

Removible

Habitualmente, se colocan aparatos fijos para servir de propósito doble, detener los hábitos digitales y reprimir

la interposición lingual.

Es importante mencionar que la edad conveniente para la colocación de una trampa de dedo será después de los cinco años, ya que antes provocaría problemas mayores de tipo psicológico al paciente.

Podemos considerar que para reforzar el tratamiento es necesario reunir los siguientes factores:

1. Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito, de 1 a 2 semanas.
2. No criticar al niño si el hábito continúa.
3. Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

#### PROTUSION LINGUAL O PROYECCION LINGUAL:

- a) En general se acepta a la proyección de la lengua como secuela de la succión digital.
- b) El hecho que se haya perdido un diente anterior temporal y se forme el hábito.
- c) Hiperplasia amígdalina; proyectándose a dientes anteriores o posteriores.

La protusión lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque puede presentarse depresión de los incisivos inferiores como mordida abierta pro -

nunciada y ceceo.

**TRATAMIENTO:**

Terapéutica funcional antes de todo, después que el paciente adiestró su lengua y sus músculos, para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un instrumento recordatorio.

## BIBLIOGRAFÍAS:

BARBER K. THOMAS

Odontología Pediátrica.

Editorial Manual Moderno 1985

Páginas 244 - 270

BRAHAM L. RAYMOND

Odontología Pediátrica

Editorial Médica Panamericana 1984

Páginas 420 - 424

FINN B. SIDNEY

Odontología Pediátrica

Editorial Interamericana 1980

Páginas 326 - 338

GUARDO J. ANTONIO

Ortodoncia

Editorial Mundi 1985

Páginas 165 - 174

**MAGNUSSON O. BENGT**

**Odontopediatría (Enfoque Sistemático)**

**Editorial Salvat 1985**

**Páginas 243 - 257**

**SUCCION DIGITAL / PULGAR.**

El organismo es notablemente plástico en su adaptabilidad y en extremo dependiente de la interacción social para sus cualidades propiamente humanas.

A partir del nacimiento necesita una interrelación muy estrecha con adultos protectores y responsables con el fin de alcanzar el tipo de madurez de la personalidad hacia el cual todos tendemos. Toda personalidad es influida tanto genética como ambientalmente.

El factor genético es responsable de las limitaciones del Sistema Nervioso Central típicos del individuo.

El ambiente comienza ya antes del nacimiento, los sentimientos y actitudes de la mujer embarazada hacia su hijo, - todavía no nacidos tienen una importancia fundamental ya que - factores tales como el deseo de quedar embarazada, el estado - económico del hogar y las actitudes hacia el parto influirán en la aceptación o rechazo de su estado.

Al principio la madre es la fuerza ambiental, predominante, pero más tarde aumenta el número de personas y de experiencias que intervienen en la formación del desarrollo infantil. Una parte muy importante de la personalidad en cuanto a su desarrollo que comienza muy temprano en la vida, es la percepción del ego, o sea el darse cuenta de su individualidad.

La unidad de la cual el niño tiene primero conciencia es de sí mismo y de su madre o substituta. Hasta los tres -

meses de edad el bebé no reconoce a su madre y suele estar satisfecho si le cuida adecuadamente sin importar quién lo haga. A los tres meses cesa en sus gritos cuando la madre se aproxima o le muestra otro tipo de reconocimientos pues ya sabe que lo que necesita ha de ser satisfecho.

Es probable que el niño tenga tres o cuatro años de edad, hasta la cual la percepción del yo no este completa a punto de distinguirse a sí mismo como entidad separada. Este proceso de aprendizaje es estimulado en parte por la separación de la madre y puede manifestarse entre los siete u ocho meses, como dependencia con respecto a la misma y miedo a los extraños.

Aunque la exploración de los objetos inanimados se realiza mediante visualización, tocamiento y contacto oral, a temprana edad raras veces se manifiesta un interés real y persistente a no ser que el objeto vaya asociado a una experiencia agradable o con la figura paternal.

El primer año de vida de los bebés debería ser un período encantador para cada padre. Con rápido crecimiento somático y desarrollo psicomotor, el bebé empieza a adquirir su carácter y temperamento, teniendo los padres una influencia predominante, no obstante de que la mayoría de los padres goza de la infancia de sus hijos, una pequeña porción de bebés saludables causa mucha ansiedad a los padres debido a sus hábitos



o aspectos de conducta por su temperamento, el cual a sus padres pueden considerar irregular.

El papel sexual asimilado por el niño aparece fuertemente enraizado de los tres meses a cuatro años. Estudios recientes afirman la idea de que la orientación sexual es determinada casi exclusivamente por el modo de ser educado.

Debido que la succión del dedo es un acto natural para el infante, el detenerlo violentamente podría ser perjudicial para el desarrollo psicológico.

Klein cree que es normal por los 2.5 años de vida. Después de los 3.5 años sugiere que la succión se hace un problema.

La teoría psicoanalítica dice "Si hay, ya sea frustración o sobreindulgencia de las necesidades orales durante la infancia, después del comportamiento mostrará alguna forma de empeoramiento".

Freud afirma "sí sigue después de los 4.5 años es un signo de trauma desarrollado, ocurrido en la infancia".

El desagrado paternal, la represión y el castigo por succionarse pueden precipitar una crisis emocional, y por medio de eso se refuerza el hábito, probado por Kawata. (1)

De todos los aspectos del comportamiento, los más difíciles de clasificar y graduar son las emociones, en los niños particularmente, las respuestas francas a estímulos diferentes

pueden estimularse tan íntimamente que no es posible diferenciar la naturaleza o la intensidad de la causa por simple observación de la respuesta.

En cada individuo hay un manejo de hábitos:

Muchos son deseables y conservan tiempo y energía, otros son perniciosos y tienden a perturbar la función normal o deformar.

Un hábito adquirido, desde el punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes. El recién nacido tiene un mecanismo de succión relativamente bien desarrollado que constituye su forma de contacto más importante con el mundo exterior. Por lo tanto, la succión del pulgar durante el primer año de vida puede considerarse normal.

Con el término de "succión del pulgar" se describe la colocación del pulgar o de cualquier dedo (s) en el interior de la boca repetidamente, tanto durante el día como por la noche. El hábito, para el niño que lo está aprendiendo, es un procedimiento difícil y requiere mucho esfuerzo consciente mientras que el adulto lo hará con su mente ocupada en otros problemas, el hábito se convierte así realmente en un modelo mental inconsciente.

Los actos infantiles resultantes en modelos mentales

inconscientes parecen surgir de cinco fuentes principales, a saber:

Instinto insuficiente o incurrencia de energía, dolor o incomodidad, tamaño físico anormal de las partes, imitación de/o imposición de los padres y otros.

Se decide que el niño que se succiona el pulgar tiene cierta inclinación hacia la pasividad y la inhibición, pero es sensible, tierno y parece tener menos conflictos en su entorno. (2)

Este tema es motivo de mucha controversia e interesa a todos quienes trabajan con niños como: Pediatras, Odontopediatras, Ortodontistas, psicoanalistas, psicoterapeutas, maestros.

La psicología francesa Anne Marie Mairesse define a la succión como una actividad instintiva. (2)

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que permite desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos esencialmente aceptables. Los hábitos que se adoptan y abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño al madurar éste, se denominan no compulsivos.

Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado que éste acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento de cada toma.

También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación; y así mismo, se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

Se adquiere el hábito durante el primer año, especialmente antes de los 6 meses, y que no se abandona hasta los 6 ó 7 años (en niñas, un 9% dura hasta los doce años).

Por tanto, la succión del pulgar durante el primer año de vida puede considerarse normal.

La mayoría de los niños abandonan espontáneamente sus hábitos de succión y por tanto, no es necesario emplear ninguna medida terapéutica general para combatirlo durante los primeros 4 años.

Afirmando éste hecho el autor Castells; que las defor-

maciones dentales se corrigen solas si se deja la succión antes de los 6 años, (preferible a los 4.5 años). (2)

Se comprobó que el pulgar podía adoptar cuatro tipos principales de posiciones durante la succión.

En la primera de ellas, y la más frecuente, que se daba en el 50% de los sujetos, el pulgar penetraba en la boca considerablemente hasta pasada la primera articulación, ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar. El incisivo inferior presionaba contra el pulgar o se ponían en contacto con él, por detrás también de la primera articulación.

En el segundo grupo (24%), el pulgar no se introducía totalmente en la zona abovedada del paladar duro.

En el tercer grupo (18%), el pulgar se introducía totalmente en la cavidad oral y se ponía en contacto con la bóveda palatina, pero en este caso, a diferencia de lo dicho en la primera posición descrita, el incisivo inferior no estaba en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión.

En el cuarto grupo (6%), el pulgar penetraba muy poco en la boca y el incisivo inferior establecía contacto con él aproximadamente en la uña. (A)

Es corriente que a la succión del pulgar asocien: "movimientos accesorios", con la otra mano, por ejemplo: acariciarse el lóbulo de la oreja, retorcerse el pelo, estru -

jar una tela, etc. (2)

La succión del pulgar es capaz de movilizar a los dientes anteriores y ocasionar la posición protrusiva, diastemas, mordida abierta.

Esta fuerza es capaz de producir gingivitis y si tiene suficiente duración puede afectar las estructuras periodontales. En los incisivos inferiores pueden movilizar a los dientes a una posición de lingualización y puede resultar gingivitis y alargamiento gingival. (3)

En otros estudios realizados se reportó que éste hábito incluye: mordida abierta, mordida cruzada posterior, exagerada sobre mordida horizontal y vertical, problemas de la ATM, diastemas, retrusión de la mandíbula y cambios en el tono y postura del labio. (4)

Los efectos variables pueden ser agrupados en:  
Frecuencia, Duración, Intensidad y posición de la influencia digital (es).

Este reporte sugiere que la succión digital (dedos y/o pulgar) tiene un efecto sobre lo normal en procesos de resorción radicular de incisivos centrales primarios en maxilar, las cuales pueden ser notadas radiográficamente.

El autor propone que el Síndrome de succión digital debe incluirse radiografías con los cambios de los ápices de los incisivos, además cambios reportados en hueso, tejidos blandos,

dientes, en el lenguaje, comunicación y en especial la relación de los arcos dentales.

Manifestaciones potenciales del hábito de succión digital, acordadas por Moyers y Finn que son las siguientes:

1. Protrusión Anterior Maxilar.
2. Retrusión Anterior Mandibular, comprimiendo el labio interno (mucosa) durante el deglutamiento.
3. El pulgar - dedo - succionados tiene presiones que sumadas conllevan al empuje de las piezas dentarias.
4. Mordida Abierta
5. Lengua Protrusiva como resultado de la mordida abierta y el tipo de incisivos del Maxilar.
6. Estrechura en el arco Palatino del Maxilar debido a las contracciones en la cavidad bucal.
7. Hipotonocidad del labio Superior, dando un "labio eminentemente revestido" e hiperactividad del labio inferior, el cual puede descansar labialmente detrás de la inclinación de los incisivos.

Además la interpretación radiográfica de fracturas apicales u otro proceso reabsorvedor no debe ser confundido con la resorción atípica de la succión digital.

Para propósitos de identificación de los modelos de resorción, el autor presenta la siguiente clasificación:

**TIPO I** Este grupo parece mostrar un proceso circunferencial, fuera de pérdida de la total longitud de la raíz.

**TIPO II** Resorción radicular externa, resultados en forma cónica reducción apical (efecto de cono de helado de crema).

**TIPO III** Aquí parece ser redondeado o coronamiento de reducción en la mitad de la raíz (es). (5)

#### **FASES STARR:**

**FASE I** Cualquier dedo desde el nacimiento a los 5 años.

**FASE II** De los 5 años, es cuando debe eliminarse el hábito.

**FASE III** Cuando los dientes de la segunda dentición hacen erupción y es irreversible su tratamiento, sólo con Ortodoncia.

Un punto importante son las alteraciones que se presentan en dedo (s): heridas que pueden sangrar hasta formar callosidades, para evitar el hábito, los padres utilizan sustancias amargas.

Tratamiento en niños pequeños que presentan dentición primaria:

Después de los cuatro años de edad, se empieza con el tratamiento asegurándose de que esté psicológicamente prepara-



do para esto.

No se utiliza ningún intrabucal, más bien el dentista debe orientar sus esfuerzos hacia el asesoramiento de los padres.

El tratamiento requiere únicamente la explicación y tranquilización de los padres acerca de la necesidad bucal del niño así como cierta satisfacción de estas exigencias, prolongando la alimentación y proporcionando al niño juguetes apropiados para meterlos a la boca. El empleo de medidas físicas frenadoras o de castigo solo sirven para agravar la situación.

La aplicación a un grupo de niños, con sustancias de sabor amargo, ayudó a la eliminación de succiones de dedo / pulgar en todos los niños del estudio, edad promedio de los niños 7 años.

El enseñar el procedimiento del tratamiento fue breve, y las visitas consecutivas al dentista ayudan a reforzar. (6)

Existen por lo tanto 2 ventajas importantes:

1. Es cierta guía del dentista que incluyen en su programa al principio del análisis de la conducta y puede ser utilizado en casa por los padres.
2. Comprende el uso de materiales baratos que se consiguen fácilmente. (7)

El precedente es un perfil de una técnica que puede

incorporarse dentro de un programa básico.

1. ¿ Dónde está tu pulgar ?

Calcomanías que pueden ser situadas estratégicamente en su casa, sobre espejos, camas, refrigeradores, t.v., carros, teléfonos, etc.

2. Un animalito de peluche favorito, apareciendo en algunos tiempos y lugares, recordando al niño no succionar su pulgar/dedo.

Para los pacientes con más edad, una fotografía favorita de una estrella de rock puede asegurar un recordatorio.

3. El registro gráfico de tiempos pueden ser usados para checar, donde se encuentra específicamente el pulgar/dedo por tiempo.

Indicando, si este se encuentra dentro o fuera de la boca.

4. Boletos que pueden ser dados a los pacientes cuando los padres tengan noticias de que él no esta succionando, pero ellos no dan permisos cuando los pacientes succionan.

Un cierto número de boletos puede ser recompensado con una pequeña sorpresa.

5. El paciente puede ser instruido para dar un eficiente comportamiento cuando él siente la urgencia de succio-

nar.

6. Nombre del hábito: Conceder al paciente que escoja el nombre de una persona o alimento que tenga antipatía y enseñando la remisión del hábito por su nombre.
7. Surgiendo al niño lentamente refregar su lengua encima de los labios por 5 minutos sustituyéndolo por la succión del pulgar.
8. Sugiriendo inconscientemente la terapia. El paciente es instruído para decir en voz alta: "Yo puedo sostener mi pulgar / dedo, fuera de mi boca toda la noche", en 5 tiempos al ir a su cama.

Después de ser apagadas las luces, el paciente continúa recordando a si mismo (silenciosamente) debo sostener mi pulgar/dedo fuera de mi boca.

Se tiene que explicar claramente al niño sobre la deformación que están sufriendo sus dientes por succionarse el pulgar/dedo.

Se le puede decir que se le va a ayudar para que el dedo no se meta a su boca, colocándole una bandita elástica en el codo que le va a recordar el sacarse el dedo al sentir las cosquillas que está le causa. (8)

Tratamiento para niños cuando empieza la erupción de los incisivos permanentes.

El Odontólogo puede recurrir a un programa de autoayuda para tratar de obtener la colaboración del niño.

Sólo hay que tranquilizar y hacer comprender al niño porque queremos suprimir el hábito.

El Odontólogo debe halagar al paciente acerca de su -  
aparencia y encontrar algo positivo que decir de referencia a  
sus dientes, color, figura, tamaño, ausencia de caries, limpieza,  
hay que convencer al paciente de que no obstante las con -  
diciones en que pueden estar sus dientes, si trabajan juntos,  
él podrá tener una hermosa dentadura si se rinde ante su hábito.

En este momento, se le puede mostrar algunos modelos  
de peores proyecciones dentarias que tengamos y el mismo caso  
después de que la maloclusión ha sido resuelta.

Ya que todos los incisivos permanentes han erupcionado,  
si el hábito continúa, la colocación de un aparato intrabuca  
l puede estar indicado.

Los padres deben suprimir todos los remedios caseros  
y deben entender hasta que grado el hábito ha contribuido a la  
maloclusión.

Ambos padres deben aceptar el hecho de que el trata -  
miento es un asunto estrictamente entre el dentista y el niño.

Dentro del tratamiento dental, el dentista debe estudiar  
la oclusión y el perfil facial. Si hay un componente -

esquelético para maloclusión Clase II división 1, habrá superposición dentaria horizontal, esté o no succionando el dedo el niño.

Por lo tanto la inserción de un aparato para impedir la succión digital no tendrá ningún efecto sobre la maloclusión.

Pero si el patrón de crecimiento es favorable y la mordida abierta sólo tiene un componente dental, un dispositivo intrabucal puede estar indicado: (recordatorio ortodóntico).

El aparato ideal para ayudar a la corrección del hábito de succión digital deberá:

- a) No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.
- b) No requerir recordatorio para usarlo.
- c) No avergonzar con su uso.
- d) No complicar aún más los problemas de los padres.

A continuación se presentan algunos tipos de aparatos:

1. Espolones: Es el método que resulta el de mejor pronóstico en la mejor resolución de mordida abierta, ya que el aparato con espolones produce un cambio en el ambiente bucal, no permite que la lengua no se apoye ni en los dientes, ni en el aparato, dejando que hagan erupción las piezas dentarias.

Este cambio modifica la alimentación sensorial que re

cibe el cerebro obteniéndose una nueva respuesta motora funcional y posición postural normal de la lengua.

Esta respuesta puede llegar a estar permanentemente impresa en el cerebro si se dejan los espolones por el tiempo adecuado de 6 meses a un año, evitándose así la reincidencia.

2. **Placa Tucat:** Tiene su origen en Francia, nos ayuda a quitar el hábito pero, no bruscamente.

Consta de una placa Howley, con una modificación en la zona del paladar en la cual se colocará una perla, con la cual el pequeño podrá jugar, al introducir su pulgar/dedo y evitando de manera sutil, la eliminación de la succión.

Las trampas pueden consistir en un arco de Nance y es donde está el botón de acrílico salen loop's ó dobleces de alambre. Pueden ser una trampa con placa tipo Howley que al contener un arco vestibular, se puede ir activando para lograr que los incisivos permanentes superiores se vayan hacia atrás y así se logra que se vaya cerrando la mordida.

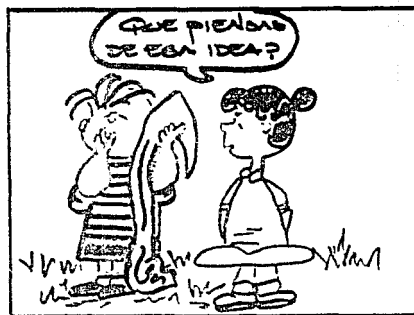
En el caso de existir hábito de lengua asociado a la succión digital y mordida abierta anterior es más recomendable usar el recordatorio con espolones, pero recordando que es contradictorio, debido a ser un tanto más agresivo para la mentalidad del pequeño.

Quisiera mencionar como suplemento que cuando se presenta, alguna personita con retraso mental se puede y debe ayudar sobre todo cuando se presenta con algún hábito.

Sin embargo al masticar, los dedos y/o pulgar pueden sufrir una severa mutilación que puede llevarlo a una amputación.

Por tal motivo se describe una técnica fácil de realizar:

Es un molde de la forma del pulgar, que cubre la cobertura completa del dedo. El molde está perforado para sujetar un cordón para prevenir que el paciente se lo quite. (9)





**BIBLIOGRAFIAS:**

1. FLETCHER T. BRUCE

"Etiology of Fingersucking: Review of Literature"

Journal of Dentistry for Children 1975

Páginas 293 - 298

2. CASTELLS CUIXART P.

"Suprimir la Succión del Pulgar"

Archivo Pediátrico 1986

Páginas 265 - 266

3. COHEN MICHAEL M.

"Stomatologic Alterations in Childhood, Part II"

Journal of Dentistry for Children Julio-Agosto 1977

Páginas 327 - 329

4. CIPES H. MONICA

"Monitoring and reinforcement to eliminate thumbsucking"

Journal of Dentistry for Children Enero-Febrero 1986

Páginas 48 - 52

5. RUBEL IRVING

"Atypical root resorption of maxillary primary central incisors due to digital sucking: a report of 82 cases"

Journal of Dentistry for Children Mayo-Junio 1986

Páginas 201 - 204

6. FRIMAN P.C.

"Aversive Taste Treatment of finger and thumb sucking"

Pediatrics Julio 1986

Páginas 174 - 176

7. DE LA CRUZ MAUREEN BS.

"Elimination of thumbsucking through contingency management"

Journal of Dentistry for Children Enero-Febrero 1983

Páginas 39 - 41

8. WEDDELL A. JAMES

"A therapy program to eliminate digital sucking habits"

Noviembre 1985

Páginas 779 - 784

9. ENGELMEIER ROBERT L.

"Technique for constructing custom thumb-chewing  
guards"

Journal Prosthetic Dentistry      Julio    1985

Páginas    154 - 155

A.- BARBER K. THOMAS

Odontología Pediátrica

Ed. Manual Moderno 1985

Páginas    244 - 270

**PROTRUSION LINGUAL**

## PROTRUSION LINGUAL

La deglución visceral (infantil).

El bebé deglute con los rebordes gingivales desdentados separados. Al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto, el reflejo de deglución normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par entran en acción. Una demora en este cambio podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con la mamila, o el uso de pezones que sean demasiado largos o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya libremente, y por la demora en incorporar los alimentos sólidos.

Un hábito precoz de succión del pulgar también podría ser responsable de esa conservación del patrón infantil. Los pacientes que conservaron su patrón anormal de deglución pueden tener sólo los dientes posteriores en oclusión.

La posición y la forma determinada de los dientes y arcadas dentales son directamente influenciadas por el correcto balance de la lengua, los labios y músculos faciales.

La lengua ejerce presión externa, los labios y carrillos presión interna; entre los dos se colocan las fuerzas de balance.

Fletcher, Casteel y Bradley resumieron el proceso de

deglución: "Los músculos de masticación ajustan energicamente, llevando los dientes dentro de la oclusión para formar una cavidad ósea de como la lengua puede funcionar. La lengua es ayudada por el Milohioideo cuando diestramente colecciona la comida, levantando el dorso de la lengua y por la motivación peristáltico, transporta el bolo alimenticio dentro de la faringe donde el reflejo involuntario empieza en el sitio de acción. La musculatura facial activamente participa durante la aprhensión, incisión y masticación de la comida pero asume un papel pasivo durante la deglución".

En la ingestión de fluidos, el proceso es diferente: los músculos de masticación, la posición postural de la mandíbula está estabilizada, la mandíbula y maxilar son separados, los fluidos son succionados por resbalamiento de la parte anterior de la lengua, tiempo restado al posterior volumen y presión intraoral, es creado, por la succión de fluidos dentro de la boca por ser acarreados de la faringe por la acción peristáltico de la lengua.

El modelo anormal de deglución usualmente reveló los siguientes signos clínicos:

Extrema tensión de la musculatura en la boca cerrada, disminución o ausencia de la contracción palpable de los músculos de masticación durante la deglución, y protrusión de la -

lengua causando con este sacar fuera los incisivos. (12)

Este hábito vuelve estrecho al arco dental y hacer hacia adelante los dientes, asociado con dificultades del lenguaje.

La lengua protrusiva, al igual que la succión del pulgar, es capaz de movilizar los dientes anteriores de ambas arcadas hacia adelante, produciendo una mordida abierta y diastemas entre los dientes anteriores. Estas predisposiciones del periodonto en la impactación de los alimentos, causa la gingivitis. Cuando esto ocurre, los tejidos gingivales son sometidos por la impactación de la comida causando: inflamación gingival y en algunas instancias, ensanchamiento gingival.

Con una mordida abierta, el niño encuentra mucho mayor dificultad de llevar satisfactoriamente las medidas de higiene oral. (3).

En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumenta la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento, esto es una situación muy difícil para los dientes.

Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la brico - manía; otro es el estrechamiento bilateral del maxilar supe - rior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior.

**Protrusivos linguales son clasificados por Moyers:**

1. Simple
2. Complejo
3. Retención infantil de deglución. (alguna parálisis).

En la simple la lengua protrusiva los dientes son jun - tados durante la deglución. Pacientes con protrusión lingual simple son usualmente respiradores nasales.

La clase compleja de protrusión lingual es visto con - los dientes separados durante la deglución. La oclusión bu - cal es usualmente degenerada en esta clase de protrusión lin - gual.

La retención de deglución infantil es la persistencia de un tipo de modelos de infantes después de la permanencia de los dientes que tienen en la boca. Pocas personas entran en ésta categoría.

Ricketts desarrolló una clasificación de protrusión - lingual acerca de las consideraciones morfológicas y aspectos funcionales de la lengua. Los tipos de la clasificación son:



- a) **Adaptable**
- b) **Transitorio**
- c) **Habitual**

Un protrusivo lingual de tipo adaptable es visto cuando la lengua se adapta en una mordida abierta causada por dientes ausentes y succión del pulgar como resultado de la adaptación de la mandíbula o la obstrucción de la faringe.

La protrusión lingual transitoria empuja la lengua hacia adelante únicamente en la parte pequeña del acto de deglución. Este tipo de protrusión lingual es rápido pero potente y el paciente puede no tener una mordida abierta.

La tercera clasificación es inferior en el sentido habitual en el momento del problema postural y no por el hábito, aunque esto puede ser un hábito. Aquellas lenguas descansan entre los dientes y el resto acomete a más distancia, hacia adelante en el acto de la deglución. Pacientes con estos problemas, tienen mordidas abiertas y desplazamiento de los dientes. (13)

Straub cree que tanto la posición anormal de deglución y de la lengua pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones de Clase III.

Clinicamente, esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia

un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior - lateralmente bajo la influencia de los dientes.

La protrusión puede ser continuo o inconstante.

Asociado con hábitos, incluyendo:

Succión del pulgar, succión del labio, mordedor de uñas y succionador de objetos.

#### Causas que ocasionan protrusión lingual.

- a) Problemas estructurales (macroglosia)
- b) Herencia; lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides.
- c) Incorrecta alimentación de mamila.
- d) Prematura o pérdida de los incisivos.
- e) Desarrollo Neurológico de la lengua.
- f) Musculatura Oral.
- g) Succión del Pulgar. (12)

Como Moyers y Linder-Aronson han demostrado, el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser consecuencia - del desplazamiento anterior de la base de la lengua. (C)

Existen ciertas razones anatómicas para la posición anterior de la lengua en los niños pequeños. La lengua crece casi hasta el tamaño del adulto a la edad de 8 años. En cam-

bio la mandíbula sólo tiene una dimensión de 50 % de la del adulto para esa edad. Las amígdalas y las adenoideas alcanzan casi dos veces el tamaño del adulto a los doce años y entonces retroceden. Esta combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña, requiere que el niño transporte a la lengua en posición alta y al frente para conservar abiertas las vías respiratorias. En la pubertad, encontramos un crecimiento acelerado de la mandíbula y una disminución en la cantidad del tejido linfóide contribuyendo ambos a un incremento en el espacio orofaríngeo y a un cambio de la lengua a una posición más posterior. (A)

Además de las pruebas de pronóstico, el examinador considera la madurez de los pacientes, su nivel intelectual y su correcta motivación a las dificultades en ordenar y llegar a la determinación y realización del tratamiento.

La experiencia del autor concluye:

A los niños de 6 años de edad normal o mejor grado de inteligencia, con motivación correcta de facultades y capacidad de prosperar para la corrección de los modelos anormales de deglución en el período de 3 meses. En un período de cada semana por media hora de 6 semanas consecutivas con 2 visitas al dentista; 2 semanas después de la formal instrucción. (12)

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución.

Estando frente al paciente, se colocan los dedos suavemente - sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal el músculo temporal se contrae. Si no se ponen los dientes en oclusión como debieran durante el acto normal, el músculo temporal no se contraerá.

Aunque con frecuencia se recomienda aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debiera intentar la terapéutica funcional. Andrews recomendó que el paciente fuera instruido para practicar la deglución correcta 20 veces antes de cada comida. Con un vaso de agua en una mano y un espejo delante, se servirá un trago de agua, cerrará los dientes hasta ocluir, colocará la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutirá.

Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progrese sin tropezos.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de menta sin azúcar: se indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta que se disuelva. Mientras mantiene así la pastilla, fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Ejercicio con un elástico dental; requiere de los pacientes para detener el elástico dental en el lugar adecuado; con la punta de la lengua contra el paladar duro justo en la

papila y así la deglución de la saliva va fuera del movimiento del elástico. (12)

Después que el paciente adiestro su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior, con una "valla", para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución. (C)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIAS:

3. COHEN MICHAEL M.

"Stomatologic Alterations in Childhood, Part II"

Journal of Dentistry for Children Julio - Agosto 1977

Páginas 327 - 329

12. "The Problem of Tongue-Thrusting and its  
Treatment"

Journal of Dentistry for Children Second Quarter 1965

Páginas 85 - 88

13. BIBBY R.E.

"The hyoid bone position in mouth breathers and  
tongue-thrusters"

American Journal Orthodontic Mayo 1984

Páginas 431 - 433

A.- BARBER K. THOMAS

"Problemas Ortodónticos Comúnes"

Editorial El Manual Moderno 1985

Páginas 244 - 270

C.- MC. DONALD RALPH E.

"Odontología para el niño y el adolescente"

Editorial Mundi Argentina 1975

Páginas 384 - 388

## SUCCION DEL LABIO



## SUCCION DEL LABIO

Se presenta a la edad escolar, cuando apelar al buen juicio y la cooperación del niño puede lograr el abandono de éste.

Es un hábito observado en niños con un pronunciado resalte de la mordida. Succionándose el labio entre los incisivos superiores e inferiores.

Produce la retrusión del segmento incisivo correspondiente, afectando también a los incisivos opuestos que los vestibulariza.

En muchos casos, el hábito de succionarse 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.

Es más fácil para el niño colocar los labios en el aspecto lingual de los incisivos superiores.

Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplastamiento marcado, así como el apiñamiento en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protusiva, con un resalte exagerado y sobremordida profunda.

Es un hábito constante que se produce una lesión semicircular en el labio inferior. Esta lesión está sujeta a

grietas y a infecciones sobre agregadas como el Impétigo.

El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso.

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.

En los casos en que el hábito es primordialmente un "tic" neuromuscular; el aparato para el hábito del labio puede ser muy eficaz.

Este aparato es para evitar la presión esforzada por la hiperactividad del músculo Borla de la Barba.

Se pueden elaborar dos tipos de aparatos:

**Removible:** El arco se puede retirar e insertarse dentro de tubos, que se encuentran soldados a las bandas o coronas de acero cromo, por la parte vestibular.

**F i j o :** El arco puede ser soldado a las bandas de los molares o en coronas de acero cromo inoxidable, ligadas dentro de los tubos para molares.

La posición del tope labial es relativa para los incisivos y repliegue mucobucal, así como la Anatomía individual y

variación funcional. (10)

La presencia del hábito en pacientes con retraso mental, se recomienda colocar un aparato Removible (semifijo).

Debido que cuenta con las siguientes ventajas:

1. Los tubos son fáciles de ver y alcanzar facilitando así la remoción del arco por su tutor.
2. En un momento dado no podrán interferir con la erupción de las piezas dentarias.
3. Es más fácil de mantener una higiene oral adecuada porque el arco, puede ser removido.

Frankel incorporó un escudo de acrílico en la zona vestibular que va de 2 a 3 mm de la cara labial de los incisivos del arco para evitar el efecto sobre éstos.

Un dato importante es que puede ser que el labio débil o hipotónico continúe ejerciendo fuerza. (11)

El Odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales; tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enlaxar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

**BIBLIOGRAFIAS:**

**10.- GHAFARI JOSEPH**

**"A LIP-ACTIVATED APPLIANCE IN EARLY ORTHODONTIC  
TREATMENT"**

**JADA    Noviembre 1985**

**Páginas    771 - 774**

**11.- JASMIN R. JEAN**

**"SEMI-FIXED APPLIANCE TO TREAT INJURIOUS LIP HABIT;  
REPORT OF CASE"**

**Journal of Dentistry for children    Mayo - Junio 1985**

**Páginas    188 - 190**

**B.- MGNUSSON O. BENGT**

**Odontopediatría (Enfoque Sistemático)**

**Editorial    Salvat    1985**

**Páginas    243 - 258**

## RESPIRADOR BUCAL

## RESPIRADOR BUCAL

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

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

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal.

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

Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo. El niño que respira por la boca por razo -

nes anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Frecuentemente, se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se encuentran en los individuos braquicefálicos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

1. Hipertrofia de los turbinatos causada por alergia, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
3. Adenoides agrandados.

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 contrac-

ción del tejido adenoideo.

El adenoideo es de cara pálida, ojeroso, enfermizo, con expresión de poca inteligencia y boca abierta. El labio superior corto se presenta con una marcada atonía por la atrofia del orbicular, deja ver los incisivos superiores salientes en labioversión, y en el examen bucal encontramos un paladar estrecho y alargado, con una bóveda alta, es decir, una clase II de Angle. (D)

Como consecuencia de la obstrucción nasal se comprueban trastornos fonéticos y de la pronunciación, voz gangosa, y dificultad en las nasales, hipoacusia y pesadez de la cabeza y pereza intelectual. Lógicamente, dentro de este cuadro, encontramos una gama de variedades según la gravedad de la misma.

Individuos que tienen problemas nasofaríngeos (amígdalas engrandecidas) con las siguientes características:

Una cara larga y angosta, una nariz achatada, aberturas nasales poco desarrolladas, el labio superior hipotónicamente corto, el labio inferior grueso e hipertónicamente volteado hacia afuera un maxilar angosto en forma de V, una elevada bóveda palatina con una inclinación anterior hacia arriba, incisivos maxilares prominentes y una postura mandibular de mordida abierta. Linder-Aronson notó las siguientes características en ciertos niños que son respiradores bucales.

Una cara angosta, una cavidad nasofaríngea pequeña, una



nariz angosta, el arco superior angosto con alta frecuencia de mordida cruzada, una posición de lengua baja y retroversión de los incisivos superiores e inferiores. (14)

En 1981 el Doctor Preston realizó un estudio en el cual investiga los efectos de respirador bucal y protrusión lingual sobre la posición del Hueso Hioides por medio del análisis del triángulo Hioides. Los resultados mostraron que el hueso - Hioides tiene una posición estable e independientemente de alteraciones de posición, debidas a la lengua protrusiva o respirador bucal. (13)

Según investigaciones realizadas por la Dra. O'Ryan, los respiradores bucales tienen las siguientes características:

- a) Abatimiento largo vertical del primer tercio de la cara.
- b) Bases angostas de las alas pterigoidales.
- c) Labio Incapacitado.
- d) Una larga y estrecha arcada maxilar.
- e) Mayor tamaño a lo normal de la mandíbula según el plano de Angle.

Esto es generalmente aprobado por factores del medio ambiente pueden ejercer drámaticos y penetrantes efectos sobre la morfología dentofacial, dependiendo de su magnitud, duración y tiempo del acontecimiento. (15)

Al tener el niño, su boca entreabierta, por la constante

respiración bucal, la fisiología de la boca, se altera por la ruptura de sus equilibrios intermusculares e interdentarios. Recordemos que el orbicular es el único músculo que cierra la boca por adelante, manteniendo la curva de la arcada dentaria y como sostén de las fuerzas internas de la boca, pero al estar dichos labios separados, su tonismo muscular disminuye, - roto este equilibrio linguo-vestibular, los dientes se van poco a poco vestibularizando.

El respirador bucal a más de sus signos de obstrucción - por parte de la nariz que hemos visto, y de sus facies características presentan también signos de orden general: peso y estado general disminuido, alteraciones del aparato respiratorio: como tos, insuficiencia de expansión torácica; trastornos digestivos y nerviosos: psiquis subnormal, retardo escolar y disminución auditiva.

La hipertrofia de las amígdalas palatinas, se estudia dentro de los obstáculos bucofaringeos capaces de producir anomalías de relación de los arcos. Cuando esta hipertrofia se instala en un niño pequeño, haciéndose crónica, los pilares posteriores cierran el espacio, produciendo un obstáculo a la respiración, en forma tal que el niño para compensar desplaza su mandíbula hacia adelante. Los autores observaron que con el tiempo se produce por dicho desplazamiento una Clase II de Angle.

Otras veces, se produce mordida abierta anterior por interposición de la lengua. (D)

Cuando la tonicidad del orbicular está aumentada, ya por el hábito adquirido o por contracciones espasmódicas que se efectúan en los movimientos mímicos, tics, y otras modalidades gesticulares se producen un exceso de presión externa que sumadas al final del día, no ha sido compensada por las presiones internas, estableciéndose un desequilibrio que en algunos niños perturba el crecimiento y es capaz de detener el desarrollo de los maxilares.

Cuando los respiradores bucales continúan por mayor tiempo, los tejidos gingivales se vuelven inflamados y ensanchados. En dado caso se convierte en gingivitis crónica en los respiradores bucales y por consiguiente sigue la enfermedad periodontal crónica destructiva y no es tratable. (3)

Un paciente que respira por la boca y demuestra una maloclusión deberá ser minuciosamente examinado por un Otorrinolaringólogo por una posible obstrucción de vías respiratorias y si está indicado deberá corregirse la obstrucción.

El tratamiento consistirá en la corrección de la maloclusión, que sería mejor llevarla a cabo tras la erupción de todos los dientes permanentes. La lengua se adaptará rápidamente al nuevo medio y, en la mayoría de los casos, no existe necesidad de una terapéutica miofuncional.

Finalmente para denotar la manera correcta de introducir aire, el paciente puede ser ayudado, con la construcción de un protector bucal (pantalla oral), que obligue al paciente a la inhalación y exhalación del aire por los orificios nasales, complementando de esta forma una terapia exhaustiva.

Esta pantalla oral, tiene como fin ser estimulante. Se fabrica con acrílico y alambre; por un tiempo mínimo de 3 meses y podrá utilizarse en el día como en la noche. Sirve para ejercitar los músculos de los labios, e impedir que vuelva a respirar por la boca.

Mientras los investigadores continúan buscando una fórmula matemática para probar el equilibrio muscular, el dentista se esfuerza por una respiración normal y las adecuadas posiciones de la lengua.

BIBLIOGRAFÍAS:

3. COHEN MICHAEL M.

"Stomatologic Alterations in Childhood, Part II"

Journal of Dentistry for Children Julio - Agosto 1977

Páginas 327 - 329

13. BIBBY R. E.

"The hyoid position in mouth breathers and  
tongue-thrusters"

American Journal Orthodontic Mayo 1984

Páginas 431 - 433

14. ACKERMAN I. RONALD

"Tongue position and open-bite: the key roles of  
growth and the nasopharyngeal airway"

Journal of Dentistry for Children Sept. - Oct. 1981

Páginas 339 - 345

15. O'RYAN S. FELICE

"The relation between nasorespiratory function and  
dentofacial morphology: A review"

American Journal Orthodontic November 1982

Páginas 403 - 410

D.- GUARDO J. ANTONIO

"Ortodoncia"

Editorial Mundi 1981

Páginas 160 - 170

## BRUXISMO

## B R U X I S M O

(Briquismo, Bricomania, Bruxomania)

Muchos hábitos bucales producen sólo perturbaciones menores de la dentición, ya en el alineamiento, ya en la oclusión. Algunos, sin embargo, son muy dañinos y pueden amenazar la conservación de uno o más dientes; entre éstos se halla el bruxismo.

Puede ser definido como el frotamiento con fuerza de los dientes o bien; la contracción tetánica de los músculos masticadores y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado durante el sueño. Como se produce comúnmente durante la noche, a veces es designado como "rechinar nocturno".

El bruxismo es frecuentemente visto en pequeños niños en la primera o mixta dentición y a veces en dentición permanente. En severos casos de Bruxismo en niños con dentición primaria, cuando todos los dientes están presentes. éstos son gastados, casi cerca de la línea gingival. Sorpresivamente, sólo una pequeña patología encontrada en la estructura parodontal. De tal forma alguno de los dientes primarios son perdidos, esto es idóneo para la deformación oclusal que puede resultar una severa destrucción cercana a los dientes, de tal forma que ellos son sometidos a un excesivo trauma oclusal del Bruxismo. Niños quiénes son persistentes bruxistas en la



dentición mixta y a veces en la dentición permanente mostrará el desgaste oclusal y una moderada manifestación de gingivitis. (3)

Los dientes, en la mayoría de los casos, dan muestras del hábito en la forma de coronas molares aplanadas y desgaste lingual de los dientes anteriores superiores. Y atroffas alveolares, que traen una disminución de la distancia vertical.

La relación de la causa y efecto no es muy clara.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. Pero también sabemos que existen factores como: psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental.

Tal vez tenga una base muy importante, la parte emocional, ya que ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar o morderse las uñas.

Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades. El Bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como: Corea, Epilepsia y Meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

La falta de armonía oclusal o la sobremordida excesiva con frecuencia están asociadas con estas aberraciones funcionales.

Aunque la causa precisa del Bruxismo y/o Bricomanía es desconocida se sabe que influyen determinados impulsos senso -

riales y propioceptivos, al igual que con los trastornos de la articulación temporomandibular. Por lo tanto, la maloclusión con puntos de contacto prematuros o la sobremordida profunda es capaz de "disparar" este hábito. (F)

La magnitud de la contracción es enorme y los efectos nocivos sobre la oclusión son obvios. El proceso se convierte en un círculo vicioso. Es tan frecuente en personas de todas las edades en nuestra sociedad compleja y nerviosa.

#### TRATAMIENTO:

La provisión de férulas de goma blanda puede brindar alivio al niño en la dentición mixta o en las etapas permanentes del desarrollo. Para el niño que tiene sólo la dentición primaria o en quien apenas están erupcionando los primeros molares permanentes y tiene totalmente abrasionadas las piezas dentarias, se demostró que el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la dimensión vertical. La restauración de las coronas primarias a su altura original permite la erupción total de los primeros molares permanentes.

El tratamiento además debe participar con el médico familiar, el psiquiatra y el Odontopediatra. (E)

**BIBLIOGRAFIAS:**

**3. COHEN MICHAEL M.**

**"Stomatologic Alterations in Childhood, Part II"**

**Journal of Dentistry for Children Julio-Agosto 1977**

**Páginas 327 - 329**

**D.- GUARDO J. ANTONIO**

**"Ortodoncia"**

**Ed. Mundi 1981**

**Páginas 160 - 170**

**E.- BRAHAM RAYMOND L.**

**"Hábitos bucales y su manejo"**

**Ed. Panamericana 1984**

**Páginas 420 - 421**

**F.- GRABER T. M.**

**"Ortodoncia" "Teoría Práctica"**

**Ed. Interamericana 1978**

**Páginas 306 - 309**

**ONICOFAGIA**

**0**

**MORDEDOR DE UÑAS**

## ONICOFAGIA O MORDEDOR DE UÑAS

Es un hábito común en todas las edades, que consiste en morderse las uñas y llega a producir pequeñas ulceraciones cutáneas.

En la operación de roer las uñas, el diente resbala sobre la superficie lisa hasta conseguir romperla. Seguir el fragmento de la uña caer sobre la lengua, es una victoria después del repetido ataque, es el ejemplo típico del alivio que sucede a la tensión, fenómeno que se considera de gran importancia en Psicología.

Morderse las uñas es lo que necesita al ansioso para obtener un minuto de respiro, se encuentra ocupado y distraído por un trabajo cuyo efecto podrá comprobar inmediatamente y cuyo resultado previsible, sin ningún género de dudas, será completamente su propia obra.

Este sentimiento de alivio o éxito es sumamente paradójico. Este éxito tiende a la destrucción de una parte de sí mismo satisface en el primer momento pero en el fondo es muy poco satisfactorio ya que una nueva fuente de ansiedad se originará por reciente destrucción. (H)

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el de morderse las uñas. Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de

morderse las uñas.

Este no es un hábito pernicioso, y no produce maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. (G)

La evidente agresividad que encierra el gesto de morderse las tendrá su origen en el período de la primera infancia que corresponde a la salida de los dientes.

Cuando tiene las encías irritadas, el niño experimenta la necesidad de masticar, de comer y destruir mientras come y absorbe al mismo tiempo. De igual modo tira los objetos, los golpea y rompe. (H)

Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos substituyen a los dedos. Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar, o incluso las mejillas o lengua de la misma persona como substituto de los dedos, ya, que cada edad tiene sus propios tranquilizantes. (G)

BIBLIOGRAFIAS:

G. FINN B. SIDNEY

"Odontología Pediátrica"

Ed. Interamericana 1976

Páginas 326 - 331

H. WATSON H. ERNEST

"Crecimiento y desarrollo del niño"

Ed. Trillas 1977

Páginas 149 - 161

## OTROS HABITOS



## OTROS HABITOS

### a) MASOQUISTA

Este hábito se da en niños donde la madre demuestra demasiada atención cuando el niño sufre una experiencia levemente dolorosa, lo cual establece la predisposición del niño a obtener satisfacción ante un conflicto.

En ocasiones los niños se traumatizan los tejidos bucales con el fin de ser la atención en el hogar.

El Odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe de buscar la causa que lleva al niño a practicar este hábito. Sí se descubre que se debe a factores dentales, puede ser corregido. Sin embargo en la mayoría de los niños, se encuentra involucrado un problema emocional.

### b) AUTOMUTILACION

Con frecuencia, el examen de los dientes y tejidos de sostén revela patosis que afectan a uno o más dientes que sólo pueden ser atribuidos a un origen traumático. A menudo esto se mostrará como una pérdida labial de tejido gingival y aún hueso alveolar.

Habitualmente da por resultado la demostración de un hábito digital por el cual se usa la uña del pulgar u otro dedo para despegar los tejidos de los dientes.

Muchas veces, la retención alimentaria es el mecanismo desencadenante. Hay ocasiones que los niños se valen de lápices, bolígrafos y otros objetos aguzados para inflingir el daño.

Sólo llamarles la atención al respecto, así como explicarles el peligro de esa práctica para el niño, a menudo será todo lo requerido para quebrar ese hábito.

**c) MORDER OBJETOS**

El morder lápices, palillos, juguetes, cuadernos; etc. producen un desgaste en el esmalte dentario, lo realizan consecutivamente, pero no ocasionan ninguna maloclusión.

La responsabilidad del Odontólogo es llevar el hábito a la atención de los padres y efectuar recomendaciones de asesoramiento terapéutico.

## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.**

## CUESTIONARIO

1. Usted se presenta al dentista para aliviar algún dolor, molestia o revisión en el niño (a).
2. Su hijo se succiona el dedo, la ropa, el pelo, u otro (s) objeto (s).
3. Usted sabe qué es un hábito.
4. Se había dado cuenta del hábito.
5. A qué edad empezó a notar éste hábito.
6. Tiene dificultad para respirar.
7. Duerme con la boca abierta.
8. Le gusta succionarse o morderse los labios.
9. Se mordisquea las uñas u otros objetos.
10. Toca algún instrumento de viento.
11. Tiene problemas nasorespiratorios.
12. Hay algún problema de dicción.
13. Se observa alguna irregularidad en algún dedo o nudillo del niño.
14. Existe algo que Usted considerará irregular en la mordida de su hijo.
15. Hubo alguna (s) extracción (es) prematuras.
16. El niño tiene aspecto relajado o tenso.
17. Sabe Usted qué tipo de problemas posteriores se ocasionan con cualquier tipo de hábitos.

18. En otro de sus familiares existe éste tipo de hábitos u otro.
19. Desea el niño de cesar el hábito.
- a) con tratamiento.
  - b) no, le importa.
  - c) ningún deseo.
20. Hábitos bucales:
- Edad del comienzo del hábito (aproximadamente).
- Duración en el día y noche (horas aproximadamente).
21. Hábitos secundarios:
- a) mesarse los cabellos.
  - b) tirarse de la oreja.
  - c) hurgarse la nariz.
  - d) succionarse los labios.
22. Método usado para controlar el hábito.
- a) ninguno
  - b) dental
  - c) otro
23. Usted sabía qué existen tratamientos especiales para corregir y evitar el hábito del niño (a).
24. Lo sabía por:
- a) Por alguna persona que tuvo algún problema similar con su niño.

- b) por algún dentista.
  - c) otra razón.
  - d) o no sabía.
25. Usó chupón.
26. Se le dió pecho: cuánto tiempo.
27. Usó biberón: cuánto tiempo.
28. A qué edad dejó el biberón.
29. El niño ha estado en tratamiento psicológico.
30. Tiene amigos.
31. Cómo son las relaciones con sus demás hermanos.
32. Tiene algún problema de aprendizaje en la escuela.
33. Comportamiento social.
- a) Introverso.
  - b) Adaptado.
  - c) Extroverso.
34. Le gusta jugar.
35. Actitud de los padres:

Madre:

Padre:

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| a) Sin tratamiento | a) Sin tratamiento |
| b) Con tratamiento | b) Con tratamiento |
| c) es indiferente  | c) es indiferente  |
36. Estado civil de los padres:

- a) Casados
  - b) Divorciados
  - c) Unión libre
  - d) Madre soltera
37. Educación de los padres:
- a) Ninguna
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Preparatoria
  - e) Profesional
  - f) Otros estudios
38. Números de hijos:
- a) 1
  - b) 2
  - c) 3
  - d) 4
  - e) + de 4
39. Trabaja la madre del niño  
De ser así, quién lo cuida.
40. Nivel socioeconómico:
- a) medio bajo
  - b) medio
  - c) medio alto





**RESULTADOS DE LA ESTADISTICA EFECTUADA  
EN LA CLINICA DE APOYO DE ODONTOPEDIATRIA**

- + Total de pacientes: 35      F : 18      M : 17
- + Pacientes que se presentaron para atención dental debido a:
  - Molestias 38%
  - Dolor 56%
  - Revisión 28%
  - Por hábito 0%

- + Promedio de edad de los niños investigados:  
7 años - 8 meses

**HABITOS**

Succión del Pulgar/Dedo	...	11
Protrusión lingual	...	10
Succión del labio	...	5
Respirador bucal	...	3
Bruxismo	...	1
Mordedor de uñas	...	2
Mordedor de objetos	...	3
Otros	...	0

- + 19 pacientes anotaron la presencia de hábito en otros familiares.

Succión del Pulgar/Dedo	...	10
-------------------------	-----	----

Protrusión lingual	...	5
Mordedor de Uñas	...	2
Succión del labio	...	2

16 pacientes que no saben o no recuerdan si hay presencia de hábitos en otros familiares.

+ Edad promedio del inicio del hábito:

En los pacientes masculinos: 3 años

En las pacientes femeninas: 3 años - 6 meses

+ Promedio de horas en la frecuencia del hábito:

Protrusión lingual 6 horas en el día

Succión labial 5 horas en el día

Succión del Pulgar/Dedo 11 horas en el día y noche

Mordedor de objetos 1 hora en el día

Mordedor de uñas 1 hora en el día

Bruxismo 9 horas en la noche

+ Presencia de hábitos secundarios:

4 mesarse los cabellos

2 tirarse la oreja

2 hurgarse la nariz

4 succionarse los labios

1 optó por cubrirse la boca con el dorso de la mano

+ Hay presencia de algún método que controle el hábito:

32 pacientes que no presentan ningún método

3 pacientes que presentan recordatorios dentales

+ Porcentaje del conocimiento que tienen los padres para

la corrección del hábito. Presentándose el siguiente resultado:

(16) 47% de las personas manifestaron saber que sí tienen conocimiento de la corrección del hábito.

(19) 53% de las personas manifestaron no saber de la corrección del hábito.

+ La información la obtuvieron por:

13 pacientes lo supieron por el dentista.

2 por otras personas que presentan el mismo problema.

1 por otra razón.

19 no sabían.

+ Promedio del uso del chupón en los pacientes:

13 pacientes con un promedio de 19 meses de duración.

22 pacientes que no presentan uso de chupón.

+ Promedio de niños alimentados con pecho:

26 pacientes con un promedio de 11 meses

9 pacientes no fueron alimentados

+ Promedio de niños alimentados con biberón:

17 niños con un promedio de duración de 16 meses.

18 niños no se alimentaron con biberón

+ Promedio de número de hijos:

Promedio general es de 2 hijos por familia

+ Relaciones con sus demás hermanos:

26 de los 35 niños son buenas sus relaciones con sus

hermanos.

4 de los 35 niños no son buenas porque tal vez son más de 4 hermanos en la familia

5 de los 35 niños son neutros debido a que son hijos únicos.

+ Porcentaje de las relaciones con los demás niños:

el 25% (9) no tienen amigos debido a su edad

el 75% (26) sí tienen amigos

+ Problemas de aprendizaje en la escuela:

4 de los 35 niños tienen problemas escolares debido a la falta de adaptación en su casa, y de cariño.

31 de los 35 niños no presentan ningún tipo de problemas escolares.

+ Porcentaje del comportamiento social:

83% de los niños son adaptables a su medio.

17% de los niños son introvertidos debido a su edad y comportamiento de los padres con los niños.

+ La adaptación de todo tipo de juegos:

31 pacientes (89%) les gusta jugar todo tipo de juegos infantiles.

4 pacientes (11%) no les gusta jugar debido a su escasa edad, en alguno de los casos es muy consentido por su madre o por ser único hijo.

+ Estado civil de los padres:

31 de los 35 pacientes sus padres están casados.

4 del resto de los pacientes presentan diferente estado civil de sus padres.

+ El término medio en la educación de los padres es de secundaria (89%), el 11% restante se encuentra sin terminar de cursar la primaria.

+ El 50% de las madres de los pacientes trabajan en diversas actividades, además de encargarse del hogar. El otro 50% de las madres, se dedica exclusivamente en el hogar.

+ Aceptación de los padres para su tratamiento:  
55% de los pacientes, ambos padres solicitan tratamiento para eliminar el hábito.

17% de las madres solicitan tratamiento para el niño y los padres, le es indiferente su tratamiento.

28% por completo están en desacuerdo en algún tratamiento a los niños, les interesa solamente su problema dental.

+ Nivel socioeconómico, en términos generales es el siguiente:

Clase media con el 45% (16), clase media baja 35% (11) y clase media alta 20% (8).

+ Salud general:

20 de los 35 pacientes (60%) tienen una salud regular.

- 12 de los 35 pacientes (30%) tienen una salud aceptable.
- 3 de los pacientes (10%) tienen una salud precaria.
- + Por lo general el término medio de horas de sueño es de 8 horas.
- + Higiene bucal:
  - 26 pacientes (72%) utilizan cepillo.
  - 6 pacientes (18%) no utilizan ningún medio.
  - 2 pacientes (7%) utilizan gasa debido a su edad.
  - 1 paciente (3%) utiliza enjuages.
- + Término medio de veces en la limpieza dental:
  - 2 veces al día
- + Realización de la limpieza bucal:
  - 29 pacientes (82%) por sí mismos
  - 4 pacientes (12%) por adulto.
  - 1 paciente (3%) por ambos.
  - 1 paciente (3%) nadie le realiza la limpieza.
- + Promedio de la higiene dental en la población investigada:
  - 19 pacientes (52%) es regular
  - 9 pacientes (27%) es mala.
  - 7 pacientes (21%) es buena.



PROTRUSION LINGUAL

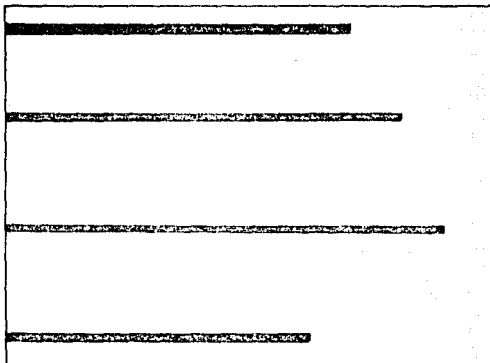
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Mordida abierta.

Deformación de la  
lengua.

Vestibularización  
anterior.

Sobremordida  
horizontal.





## SUCCION DEL LABIO

1 2 3 4 5

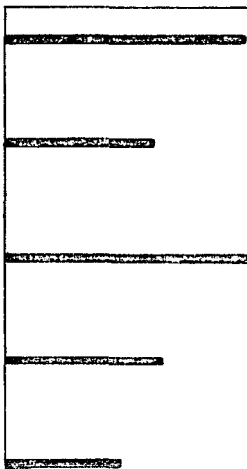
Lingualización de  
dientes inferiores.

Resequedad de los  
labios.

Marca de la succión  
en el mentón.

Alteración en el  
labio.

Palatinización.



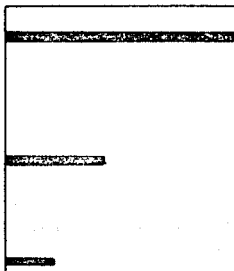
**MORDISQUEO DE OBJETOS Y UÑAS.**

1 2 3 4 5

**Deformaciones de  
dedos y/o uñas.**

**Ligero desgaste del  
esmalte en incisivos.**

**Alteración en labios.**

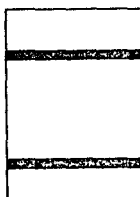


**RESPIRADOR BUCAL**

1 2 3

**Labios resecos.**

**No atendidos medicamente  
con problemas nasorespi-  
ratorios.**



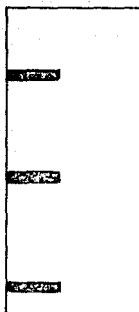
## BRUXISMO

1 2 3

Desgaste oclusal  
unilateral.

Alteración en la  
ATM.

Causado por extracción  
prematura de premolar.



## **CAPITULO VI**

## **CONCLUSIONES.**

## CONCLUSIONES

1. Como punto esencial en cualquier terapia, para la eliminación de algún hábito, será la cooperación espontánea del niño de acuerdo a su madurez mental, encontrando dentro de los niños investigados dificultad de cooperación, tanto en padres como de los propios niños.
2. El niño será considerado como un ser íntegro, del cual no sólo nos interesará el aspecto bucal, sino que se tomará muy en cuenta su personalidad y sentimientos.
3. El niño va a obtener durante la lactancia, los sentimientos de seguridad, alegría y protección que lo ubicará como un ser humano adulto estable. Afortunadamente los pacientes investigados en su mayoría fueron alimentados con pecho.
4. Dentro de la actividad que se realiza en la Odontopediatría se debe contar siempre con un equipo de elementos como Pediatras, Psicólogos, Maestros, Padres, etc.; que ayudarán al mejoramiento de la salud del niño.
5. La presencia de elementos de juego, de competencia, de premiación como motivación a la eliminación del hábito constituyó, en mi participación un logro satisfactorio, porque se aceptaba mentalmente el problema, y por lo tanto la lucha entre los 2 elementos sería más firme.
6. La presencia de los hábitos al ser constantes llega a la

deformación anatómica, funcional y psicológica de los niños.

7. Dentro de la perspectiva de análisis oclusal, se encontró la reafirmación de la presencia de maloclusiones como punto esencial en los hábitos, que a su vez provocan alteraciones faciales, fonéticas, fisiológicas, etc.; que serán motivo de desajustes emocionales en un futuro.
8. La realización de aparatos recordatorios en los diversos casos fueron modificados según la persistencia de éstos, ayudandome a la vez con 2 tipos de aparatos en casos necesarios.
9. Considero que al igual de propocionarnos cooperación por parte del niño, es necesario realizar un tratamiento que signifique seguridad no que "castigue".  
Debe empezar cualquier tratamiento por recordatorios removibles para habituarse, y después pasar con certeza a un recordatorio fijo para evitar ocasionar problemas psicológicos.
10. Dentro de la pequeña investigación realizada he llegado a concluir que desafortunadamente nuestra población carece de medios de información de cómo se inicia los hábitos, - al igual de sus consecuencias.  
Logrando despertar conciencia solamente en aquéllos padres que verdaderamente quieren a sus hijos. Encontrando además en otros, medios inestables entre los padres y desafortunadamente un índice de baja atención dental hacia los niños.
11. Logré a lo largo de un año, la realización y colocación - de diversos aparatos de todos los hábitos presentados, logrando en su mayoría satisfactorios resultados con un período de duración de 8 a 10 meses del tratamiento.