

870122
2425

Universidad Autónoma de Guadalajara
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



ESTUDIO DE LOS METODOS MAS EFICACES PARA LA
ELIMINACION DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL
EN ESCOLARES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ARACELI MARIA PALAZUELOS GONZALEZ

ASESOR: DR. GUILLERMO HERNANDEZ ORTIZ

GUADALAJARA, JALISCO 1990



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

	Págs
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.- SUCCION DIGITAL:	
a) ORIGEN E INCIDENCIA	3
b) FORMAS Y TIPOS DE SUCCION	11
c) DAÑOS Y PROBLEMAS CAUSADOS POR LA SUCCION	15
CAPITULO II.- ELIMINACION DEL HABITO:	
a) APARATOLOGIA ODONTOLOGICA	23
b) ASPECTO PSICOLOGICO	31
c) METODOS MIXTOS (PSICOLOGICO/ ODONTOLOGICO)	38
CAPITULO III.- CASUISTICA	41
 CONCLUSIONES	 60
 BIBLIOGRAFIA	 62

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

La etapa oral de desarrollo en el infante es un fenómeno natural. La succión digital en un infante es un reflejo y desaparece durante el crecimiento normal entre los 1 y 3 años.

La motivación biológicamente determinada para la actividad de succión es reforzada por el hecho de que la boca es uno de los principales terminales nerviosos (centro de terminales nerviosos) del cuerpo humano. Por lo tanto, la boca es altamente sensible a cualquier estímulo que resulte en experiencias sensoriales agradables.

La succión digital es un acto infantil y representa un retraso en el desarrollo dento-facial, cuando se prolonga por encima de los 4 años de edad.

La succión digital infantil ha sido correlacionada de manera significativa con la maloclusión tanto en las denticiones temporarias como permanentes. Si la succión digital es eliminada antes del final de los 4 años de edad, generalmente se presenta una autocorrección de la maloclusión, siempre que el crecimiento sea favorable y que no haya ningún otro defecto en el desarrollo.

Si el hábito persiste más allá de la edad mencionada, -
generalmente se requiere de la intervención profesional.

De esta forma, el objeto principal de la elabora-
ción de esta tesis, es examinar el origen, efectos de -
los hábitos digitales sobre el desarrollo oclusal de -
los niños y diversos procedimientos de tratamiento.

CAPITULO I

SUCCION DIGITAL

a) ORIGEN E INCIDENCIA

La succión digital es practicada por muchos niños, por lo que diversos autores han realizado investigaciones sobre la etiología de este hábito.

La succión digital ha sido relacionada con la inadecuada actividad de succión. Los niños no chupadores de pulgar toman un tiempo más prolongado para alimentarse que el de los chupadores de pulgar.

En oposición a la teoría de la actividad de succión inadecuada está la teoría del impulso oral de Sears y Wise (16), cuyo trabajo sugiere que la fuerza del impulso oral es, en parte, una función de cuanto tiempo un niño continúa alimentándose por medio de la succión. Así, no es la frustración del destete lo que produce la succión del pulgar, sino el impulso oral que ha sido reforzado por la prolongación de la lactancia.

Benjamín (17) en una interesante serie de experimentos con monos, encontró que había mucho menos succión del pulgar entre aquéllos cuya experiencia de succión nutritiva había sido muy reducida. Este teoría sostiene que la succión del pulgar es expresión de una necesidad de chupar que surge de la asociación de la

succión con los aspectos reforzadores primarios de la alimentación.

Otra teoría propuesta por Benjamín, sugiere que la succión del pulgar surge simplemente de los reflejos arraigados comunes a todos los infantes mamíferos. Estos reflejos primitivos son máximos durante los primeros 3 meses de vida (14).

Según Kantorowicz (18), el lactante está guiado por dos instintos: el instinto alimentario y el instinto de chupar; para satisfacerlos existen dos reflejos heredados, que se extienden a varios grupos coordinados, el reflejo de deglución y el reflejo de succión. "Los dos son herencias filogenéticas, antiquísimas, imprescindibles para la vida, que sin ejercitación alguna deben funcionar ya a la perfección inmediatamente después de nacer. El amamantar con pecho satisface los dos instintos. El lactante toma en los 5 a 6 minutos la parte principal de la leche, mientras que en los siguientes 15 minutos junto al pecho, estimulado por pocas gotas de leche, principalmente satisface su instinto de succión. Dado que la madre percibe la succión, aunque no la secreción de leche, ella prolonga el amamantar todo el tiempo que succiona el lactante, es decir, hasta que éste satisfizo su instinto de succión. En la usual ali

mentación con mamadera, se satisface el instinto de alimentarse, pero no el de succión. Generalmente se retira la mamadera cuando está vacía, lo que ocurre, según el tamaño del agujero en el chupete y según la energía empleada, después de 5 a 10 minutos, cuando todavía el niño no ha satisfecho su necesidad de chupar, para la cual todavía no hay una norma establecida. El lactante intenta enseguida seguir succionando el pulgar".

Según Kantorowicz (18), pues el hábito de chupar reconoce dos fuentes: la reducción del tiempo de amamantamiento, debido a la alimentación con mamadera, y el repentino paso a la alimentación con intervalos fijos.

También Ohlsen (19), por experiencias seriadas encontró relaciones entre la frecuencia del hábito de succión y los tiempos empleados para cada comida: niños que tomaban muy lentamente, se succionaban mucho más raramente que los niños que terminaban muy rápidamente las comidas.

La mayoría de los chupetes tienen aberturas demasiado grandes, de modo que la mamadera que vacía en pocos minutos; a causa del cansancio insuficiente el niño, se mantiene el deseo de chupar y se satisface con los dedos. Los chupetes tendrían que permitir sólo un

flujo reducido de leche, para alargar así la duración - de la comida hasta por lo menos 15 a 20 minutos.

Kantorowicz (18) opina que el peligro de adquirir el hábito de succión se limita a la época entre el apren dizaje de movimientos voluntarios de los brazos, es decir, desde más o menos la 6ta. semana, hasta que se acostumbra al niño a las comidas con intervalos de 4 horas, en la 10a. a 12a. semana. No sólo para alargar el tiempo de las comidas con mamadera, se puede contrarres tar ese peligro, sino también por el paulatino paso a las comidas con intervalos fijos, y además por una pequeña y corta limitación de los movimientos de los brazos, "en aquellos casos en que existe el peligro de que los niños se acostumbren a succionar cuando no comen" - (6).

E. Gil de Moulinier (20) escribe que la succión - del dedo produce deleite, siendo un medio de vencer la ansiedad cuando el bebé no puede tocar los objetos que están a su alcance, satisfaciendo también la necesidad de amor (15).

R. Hotz (21) dice que muchos niños chupan en su época de lactante, pero pierden espontáneamente esta cos tumbre tan pronto aparecen los primeros dientes. Otros

conservan este hábito o lo aprenden en este período, quizá porque al romper los dientes piden una especie de función, un masaje, y una alimentación blanda no la puede proporcionar. (8)

Para Robert Moyers (22), los bebés alimentados con biberón muestran más frecuentemente hábitos de succión indescables, si el biberón ha sido usado como dispositivo para aquietarle e inducir el sueño. Después que un niño es destetado, aprende a chuparse el pulgar u otro dedo cuando va a dormir. Muchas madres dirán que su hijo nunca se chupa el pulgar "excepto cuando va a la cama". Otros niños aprenden temprano que la forma más segura de atraer la atención de los padres es chupar sus dedos. (14)

Ralph E. Mc Donald (23), afirma que la succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores desusados como a la oscuridad, a la separación de los padres, o a los animales o insectos. La historia revelará a menudo dificultades en el adiestramiento de los esfínteres; algunos niños siguen mojan-do la cama varios años después de haber iniciado la escuela. Hechos como la mala voluntad para entrar en actividades grupales en la escuela podrían surgir en la -

historia. Los conflictos en el hogar también podrían estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación. Por lo tanto, el problema de la succión puede no ser un síntoma suelto, aislado, sino en vez uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados. (12)

Sidney B. Finn (24), menciona que el niño al realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por la falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos. (3)

Hanna (25), encontró que ni la alimentación materna ni el uso de mamilas, tiene relación con el desarrollo de succionar un dedo. Sin embargo, se ha encontrado una relación con el lugar que ocupa el niño entre sus hermanos, el hermano colocado en el primer lugar

tiene el porcentaje más elevado de hábito de succión.

Zadik (26) encontró una asociación inversa entre succión de un dedo y succionar un chupón y sugirió el valor de recomendar a los padres de dar un chupón a los lactantes para impedir que adquirieran el hábito de chuparse el dedo. (2)

Nord (27) dice, que un chupete correctamente formado constituye el menor mal, entre los objetos succionables. Se le puede quitar mucho más fácilmente que el pulgar. (6)

N. Buckley y H. Walker (28), afirman que determinada conducta tiene una causa original, de difícil identificación, así como unos estímulos bajo cuya presencia se produce la conducta específica (es decir, la respuesta), en este caso la succión del pulgar. (15)

Según Robert Moyers (29), la succión del pulgar tiene su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende. (13)

Graber (30), menciona que una afección bucal molesta frecuentemente estimula al niño para que se coloque

los dedos dentro de la boca, lo que a su vez puede conducir al hábito de chuparse los dedos. (5)

Cumley (31) cree que la succión prolongada del pulgar después de los 4 años suele ser un síntoma de que el niño sufre hambre emocional y que emplee el pulgar para consuelo y compensación. En algunas instancias parece usar el hábito como un medio de venganza contra los padres. (12)

Samuel Leyt (32), considera el chupeteo compulsivo como un síntoma, como demostración objetiva de que algo anda mal y es entonces una forma de buscar "el equilibrio psíquico interno dominando la ansiedad". No es difícil comprobar en esos niños que en la relación con los padres sus necesidades afectivas quedan insatisfechas. Y así el hábito aparece como una forma de conducta que le permite "sobre un transfondo de carencia emocional... reducir la tensión interna desagradable que deriva de la agresión y dar placer a su propio cuerpo". (9)

El hábito de succión digital debe ser considerado por el clínico como un patrón de conducta de naturaleza multivariada. Es muy posible que la succión del pulgar pueda comenzar por una razón y ser mantenida en las edades siguientes por otros factores.

b) FORMAS Y TIPOS DE SUCCION

En un estudio cinerradiográfico, Subtelny y Subtelny [1973] (33), comprobaron que la variación en la posición del pulgar podía tener un efecto específico sobre la oclusión y la posición de los incisivos superiores e inferiores.

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

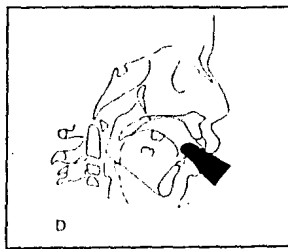
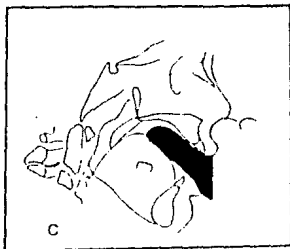
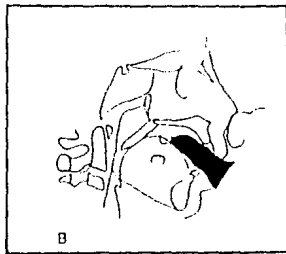
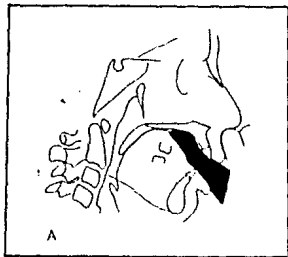
En la primera de ellas y la más frecuente [fig.A], que se daba en el 50% de los sujetos, el pulgar penetraba en la boca considerablemente hasta pasada la primera articulación, ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar. El incisivo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

En el segundo caso [fig. B] (24%), el pulgar no se introducía totalmente en la zona abovedada del paladar duro.

En el tercer grupo [fig. C] (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 [fig. D] (6%), el pulgar penetra muy poco en la boca y, el incisivo inferior establecía contacto con aproximadamente en la uña. (10)



El tipo de hábito puede variar de una simple succión del pulgar o dedo hasta una combinación de la succión acompañada por la presión firme de otros dedos contra los dientes inferiores en dirección lingual. En este último tipo, no solamente podemos esperar protusión de los incisivos superiores, sino en ciertos casos también el apiñamiento de los incisivos inferiores. El niño puede preferir una mano a la otra y dirigir de tal forma su actividad de succión que se produzca la distorción de los dientes y hueso alveolar en una zona circunscrita.

En algunos casos de succión del pulgar, se invierte la mano y la mandíbula es tomada por los dedos. Se produce una fuerza de tensión contra los incisivos inferiores, y se produce protusión tanto de los segmentos anteriores superiores cuanto de los inferiores. La lengua puede convertirse en activo participante de dicho hábito y ayudar al mantenimiento de la mordida abierta, incluso si se interrumpe el hábito. (7)

La succión del pulgar con la yema hacia arriba y en íntimo contacto con el paladar, generalmente esta succión se combina con el apoyo del índice en la nariz estableciendo una presión constante y fuerte, generalmente de horas, originando en algunos niños deformacio-

nes de la nariz en pseudo-silla de montar. (4)

El niño que se chupa el pulgar a menudo utiliza - los dedos índice y medio como fulcro para ejercer presión considerable contra las piezas y la superficie palatina del borde alveolar.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. (5)

En ocasiones algunos niños succionan cualquiera de sus dedos o en combinación entre ellos optando diversas posiciones, ejerciendo diferentes presiones interfiriendo en la oclusión y provocando anomalías dento-facial.

La succión del dedo índice se considera mucho menos frecuente, así como la succión de varios dedos. (4)

c) DAÑOS Y PROBLEMAS CAUSADOS POR LA SUCCION

Durante el desarrollo de la oclusión normal, tienden a ser transitorios los cambios en el sector dentario anterior causados por la succión de dedo antes de los cuatro años. Sin embargo, a partir de esta edad ya tiene importancia la influencia del hábito sobre la posición de dientes anteriores, la configuración del arco dentario y la forma del paladar y hueso alveolar. (7)

La dentadura que se desarrolla normalmente, las tensiones se ejercen sobre los dientes y sus componentes alveolares en 3 direcciones básicas: bucal, labial y lingual. La lengua ejerce la mayoría de las fuerzas labiales y bucales sobre los dientes anteriores y posteriores. Las fibras orbiculares ejercen fuerzas linguales sobre los dientes anteriores maxilares y mandibulares, mientras que los músculos buccinadores aplican fuerzas linguales a las superficies bucales de los dientes posteriores. El equilibrio entre la musculatura compleja de los modiolos periorales y la lengua mantiene la oclusión normal. Los hábitos digitales intensos, frecuentes y prolongados pueden alterar ese equilibrio delicado y romper el estado dinámico de la oclusión normal. Cuando la maloclusión tiene un origen genético, la velocidad y el alcance de estas aberraciones se exa-

geran. (11)

Las opiniones sobre los efectos nocivos de hábitos de succión de dedos varían ampliamente.

Generalmente, se concuerda en que si el hábito se abandona antes de la erupción de piezas permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de las piezas. Pero si el hábito persiste durante el período de dentadura mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes.

La gravedad del desplazamiento de las piezas dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión.

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

- 1) De la posición del dedo en la boca.
- 2) De la acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas y el alveolo por la fuerza que genera si, además de succionar, presiona contra las piezas. (3)

El diagnóstico de un hábito digital deberá incluir una triología de factores: duración, frecuencia e intensidad.

La continuación de un hábito digital pasada la prima infancia, aumenta las posibilidades de que la oclusión deforme sea permanente; por lo tanto, todos los casos que sobrepasan los 4 años de edad deberán ser tratados. (11)

La duración del hábito, una vez transcurridos los primeros años de vida, no es el único determinante, sino que influyen también su frecuencia e intensidad.

La frecuencia del hábito durante el día y la noche condiciona el resultado final. Es más difícil que sufra algún tipo de malformación el niño que succiona esporádicamente, o sólo cuando va a la cama, que aquél - que mantiene constantemente el dedo en la boca.

En cuanto a la intensidad, ésta es igualmente importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse hasta la habitación próxima. La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito del - pulgar no es más que la inserción pasiva del dedo en la

boca sin actividad visible del buccinador. (10)

En un hábito frecuente, altamente intenso y sostenido por largo tiempo, en el cual la superficie palmar del pulgar es colocada palatinamente, se ejercerán las siguientes 4 fuerzas o tensiones:

1. La lengua y el pulgar labializan el segmento premaxilar.
2. La superficie dorsal del pulgar hace fulcro sobre los dientes inferiores.
3. El complejo buccionador ejerce una fuerza lingual sobre los dientes posteriores.
4. El movimiento hacia arriba de la mandíbula durante la acción de la succión, tiende a irritar los dientes anteriores (sus encías y zonas contiguas). (11)

Observando el contorno presente de la mordida abierta, casi se puede decir a qué mano pertenece el dedo ofensor. Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera casual la mano del niño y buscando el dedo más limpio, o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo. (3)

La presión del pulgar da lugar a una depresión palatina permanente que trae como resultado un trastorno del crecimiento de los maxilares superiores en dirección anterior. El espacio nasal resulta también influido por las arcas contraídas. (13)

El mal alineamiento de las piezas generalmente produce una abertura labial pronunciada de las piezas anteriores superiores. Esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida; y, según la acción de palanca producida, puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de las piezas mandibulares anteriores.

La succión intensa provoca que los segmentos posteriores maxilares puedan verse forzados lingualmente por la musculatura en tensión, que puede estrechar el arco y producir una mordida cruzada posterior. (3)

El desarrollo oclusal del niño puede determinar la velocidad y el alcance de la deformación causada por el hábito.

En la neutroclusión, la mayoría de los niños con una oclusión de desarrollo normal, tienen un plano terminal liso en el cual los molares permanentes presentan

una relación cúspide con cúspide.

Sin embargo, esta condición cambia cuando la pérdida de los segundos molares deciduos proporciona espacio para una relación cúspide-surco del primer molar permanente.

La tracción de los dedos sobre la mandíbula causa protusión en esta área, dando como resultado la mordida cruzada y la mordida abierta. La protusión mandibular y la mordida abierta corresponden al lado sobre el cual se sostiene el dedo cuando es chupado.

Si hay una relación molar Clase I con una tendencia esquelética Clase II, la succión del pulgar causará distoclusión.

En un niño con una tendencia inherente hacia una maloclusión Clase II, División I, un hábito digital cambia drásticamente la oclusión, permitiendo la aparición temprana de desviación o empuje de la lengua y sobre actividad del músculo mental, que puede causar mayor daño.

Una oclusión molar de paso mesial, que es una indicación de una tendencia hacia una maloclusión Clase III no es potencializada por los efectos de un hábito de succión digital. (11)

Debe mantenerse cierta perspectiva cuando se tratan relaciones de arco y pieza en el niño que exhibe hábitos bucales.

El hecho de que el niño haya desarrollado una maloclusión de segunda clase, primera división, y casualmente también succiona su pulgar, no justifica la conclusión de que succionar el dedo, por sí solo, produjo la maloclusión de segunda clase.

Deberán considerarse cuidadosamente los factores de herencia. La observación minuciosa de las oclusiones de los padres pueden revelar factores importantes a este respecto.

Según el hábito, puede presentarse tendencia a producir sobreerupción en las piezas posteriores, aumentando por lo tanto la mandíbula abierta. La prominencia resultante de los incisivos permanentes, emplazados labialmente, los vuelve particularmente vulnerables a fracturas accidentales. (3)

Los labios pueden volverse ineficaces, con el labio inferior colocado por debajo de los bordes incisales de los incisivos superiores. lo cual produce una fuerza adicional hacia adelante.

Por otra parte, el medio físico creado (una mordida abierta) es propicio al desarrollo de un patrón de deglución con proyección lingual, o la exacerbación de una proyección lingual no tan acentuada previamente.

Con frecuencia aún cuando se supere el hábito de succión de los dedos, continua esta función anormal de labios y lengua. La necesidad de crear un sellado bucal durante la deglución y el desco de cerrar la boca por razones estéticas puede conducir a una hiperactividad de los músculos del mentón y el apiñamiento progresivo de los incisivos inferiores. (7)

CAPITULO II

ELIMINACION DEL HABITO

a) APARATOLOGIA ODONTOLOGICA

Son necesarios cierto número de factores para tener éxito en la corrección del hábito de succión del dedo.

En primer lugar, el dentista necesita la cooperación incondicional del niño. Sólo si el niño comprende la necesidad de dejar el hábito y expresa su deseo de hacerlo el dentista deberá considerar el tratamiento.

En algunas ocasiones el niño no percibe a su hábito de succionarse el dedo como un problema. Una explicación breve acerca del daño que está causando a sus dientes y un recordatorio gentil acerca del ridículo en que el niño puede quedar delante de sus compañeros a menudo provocará una respuesta positiva de que el niño de sea suspender el hábito. (2)

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más un recordador para cumplir esa tarea. (12)

El siguiente factor necesario para el tratamiento exitoso es la cooperación de los padres.

Una vez que el cirujano dentista ha decidido insti
tuir un plan de terapéutica, deberá explicar a los pa--
dres lo que intenta hacer y cómo pretende hacerlo.

El dentista deberá ponerse de acuerdo con los pa--
dres para que no regañen al niño acerca de su hábito du
rante el curso del tratamiento. Un disgusto, admoni--
ción o castigo por parte de los padres, puede de hecho
reforzar el hábito más que refrenarlo. (2)

Existen varios instrumentos para romper hábitos de
succión digital, que pueden ser contruidos por el o--
dontólogo. La mejor manera de clasificarlos es en ins--
trumentos fijos y removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el den
tista deberá elegir el tipo más apropiado de instrumen--
to, después de tomar en consideración la edad del niño
y su dentadura.

Los niños menores de 6 años, en quienes sólo están
presentes las piezas primarias, los instrumentos removi
bles pueden no ser bien aceptados a causa de la inadu--
rez del niño.

En la edad de dentadura mixta, engrapar piezas per

manentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles. En este grupo, entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado", mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento sólo en períodos críticos, como la noche.

Ciertamente para el dentista, la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de los hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo.

La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva sólo cuando él desea. (3)

Si se emplea un aparato debe ser tal que no sea doloroso y que no interfiera en la oclusión; ha de actuar como recordador únicamente. (12)

El aparato ideal para ayudar en la corrección del hábito de succión del pulgar deberá:

1. No impedir de ninguna manera la actividad muscular - normal.
2. No requerir recordatorios para usarlo.
3. No avergonzar con su uso.
4. No complicar a los padres. (14)

El aparato desempeña varias funciones:

1. Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido eliminando la succión. El niño, desde luego, - podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo.

Deberá procederse con sumo cuidado e informar tanto al niño como a los padres que el aparato no es una - medida restrictiva, que no se utiliza para evitar cosa alguna, sino para enderezar los dientes, mejorar la apariencia y proporcionar una "máquina para masticar" sana.

2. En virtud de su construcción, el aparato evita que - la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de la mordida abierta, así como reacciones adaptativas y deforman-

tes de la lengua y de los labios.

3. El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más ancha y normal. (5)

Cualquier dispositivo que sirva para llevar el hábito de la subconciencia a la conciencia permitirá al niño quebrar el hábito si no lo necesita o desea más. -

(1)

TRAMPA CON PUNZON

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos de succión que utiliza un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño permita continuar con su hábito.

La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para:

1. Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
2. Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
3. Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
4. Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

TRAMPA CON RASTRILLO

Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón, pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño lo castiga.

Se construye de igual manera que la de punzón, pero tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversables o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no sólo la suc

ción del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa. (3)

Después de colocar un dispositivo intrabucal es necesario dar algunas explicaciones y recomendaciones al niño y a sus padres acerca de cuanto tiempo tendrá que llevarlo, cuales serán sus efectos inmediatos sobre el niño y con que frecuencia debe volver al consultorio el niño para inspección del dispositivo.

Así, se explicará al niño y a sus padres que el - dispositivo debe ser llevado por lo regular 3 a 6 meses (aunque en algunas ocasiones se prolonga más tiempo dependiendo de la gravedad del caso), aún si el niño deja de chupar al cabo de una semana después de haber colocado el dispositivo.

Además, el niño debe volver al consultorio una vez al mes para inspección del aparato; estas visitas son indispensables para asegurarse de que el dispositivo no ha sufrido cambios y también para hablar con los padres y niño acerca de como se va adaptando el niño al aparato.

Estas visitas mensuales son aprovechadas también -

para mostrar al niño como está mejorando la posición de sus dientes.

b) ASPECTO PSICOLOGICO

Los factores psicológicos desempeñan un papel muy importante en el tratamiento exitoso de los hábitos digitales.

Cuando el niño es llevado al odontólogo, la situación generalmente se ha agravado, conjugándose una serie de factores como son el continuo malestar o la reprobación permanente del hábito por parte de los padres, los intentos frustrados del niño por dejar el hábito, o el uso del hábito por parte del niño para atraer la atención.

La forma inicial del tratamiento siempre deberá ser conductista.

La primera cita se lleva a cabo sólo con el niño presente, de manera que el dentista pueda evaluar la conducta del niño hacia su propio hábito, y definir su duración, frecuencia e intensidad. (11)

No usar amenazas ni avergonzarlo, es preferible un intento amistoso, tranquilo, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito. (14)

Se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de succión deletéreos.

Mostrarle el resultado del tratamiento, también, para establecer en su mente lo que se puede lograr con ayuda del odontólogo.

En otras palabras, usar esta primera discusión para hacerle saber al niño sobre los métodos disponibles para la corrección del hábito.

Ser amable, porque puede no haber tenido nunca una conversación amistosa sobre el asunto.

Si se consigue del niño una respuesta cooperadora y honesta, será bueno sugerirle que puede disponer de un recordatorio si es que en los dos o tres meses siguientes no puede manejar el problema solo. Dejarle con la idea que él va hacer lo que pueda por sí mismo durante esos meses, y que después de ese tiempo discutirán nuevamente la situación. (14).

METODOS CONDUCTISTAS PARA NIÑOS CON HABITOS
INFRECIENTES DE BAJA INTENSIDAD:

Uno de los métodos es el de recompensa, en el cual el niño recibe algo desde dinero, permiso para ver T.V., etc., a cambio de una conducta apropiada. (11)

Otro método es el uso de una tarjeta, que se entrega al niño para que anote si fue chupado el dedo. No debe ser una ficha impresa, sino una tarjeta con el nombre del niño escrito, especialmente para él.

Se trazan dos columnas SI y NO. Hacer una cita para que el niño regrese en dos semanas, o menos, y traiga la tarjeta. Se la habrá dicho que puede chuparse su pulgar si lo desea, pero que debe llevar el control para que se pueda conocer la severidad del hábito.

No estimular al niño inseguro, perturbado, a que mienta para complacerle. Enseñarle que un adulto está interesado en él y que puede hablar de la succión del pulgar sin burlarse o avergonzarlo.

A medida que el niño entra en el período en que intenta controlar el hábito por sí mismo, hay que conversar con uno o ambos padres.

Insistir que ninguno debe discutir el problema con el niño ni debe ser un tema de conversación familiar, ya que el odontólogo y el niño se ocuparán del asunto entre ellos. (14)

Evitar que castiguen al niño y evitar que el hábito se vuelva un método para conseguir despertar la atención durante el período de tratamiento conductivo de dos a tres meses.

Proporcionar material distractivo o de juegos acorde con la etapa del desarrollo del niño.

Reducir al mínimo la supervisión del niño, proporcionándole tanta libertad como sea posible.

Proporcionar una atmósfera hogareña plena de felicidad, simpatía, paciencia y entendimiento. (11)

Por sobre toda otra cosa, nadie debe hacer comentarios de menosprecio respecto al hábito.

El niño pierde así los aspectos que fijan su atención en el hábito y se siente estimulado a trabajar en forma más madura con el odontólogo. (14)

Otra teoría conductiva para la corrección del hábito sostiene que el paciente aprende eventualmente a abandonar el hábito practicando el hábito indeseable con la intención de abandonarlo.

Sin embargo, se debe hacer entender al niño que está practicando el hábito con el fin de dejarlo o de romper con él. No se deberá permitir que el niño fantasee durante el día. Eventualmente, el niño dejará de derivar sensaciones placenteras o agradables de su hábito, debido a la repetición intencional y experimentará una reacción dolorosa al hábito.

Gradualmente, el hábito irá siendo abandonado.

Este método es exitoso solamente cuando se aplica a niños relativamente mayores y cooperadores. (11)

También en niños mayores, que ya son accesibles a los consejos personales, se debe apelar a la conciencia de los mismos y tocarles su amor propio.

Cuando pretenden dejar de chupar, se les hace firmar una declaración escrita.

Se hace volver al niño después de algunos días y -

se le pregunta si verdaderamente cumplió con el contrato. (6)

El método del teléfono es igualmente eficaz. Un autor propone que los niños, con conocimiento de los padres, les hablan por teléfono al consultorio. Después de conversar, sugería simplemente que quien llamaba sonaba tan "mayor" que, naturalmente, no podía ser el niño que "antes" se chupaba el pulgar; con esto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento del niño.

Si el niño lo descaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio. Esto era para asegurarse de que no se chupaba el pulgar, para que esta información pudiera incluirse en "el registro especial de nuestro consultorio".

Después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de estos niños se habían sentido alentados para romper su hábito. (3)

Otro método que es clínicamente provechoso, es exigir a los pacientes realizar los ejercicios de labio y lengua. Pasando la lengua rítmicamente hacia atrás y hacia adelante sobre los labios 5 o 10 minutos antes de

acostarse.

Esto con frecuencia proporcionará suficiente satisfacción y relajamiento, disminuyendo la necesidad de - chuparse los dedos en el momento de acostarse.

La leche tibia o la música suave al retirarse también tienden a reducir el desco de chuparse los dedos.

(5)

En los casos que se presentan con síntomas más severos, se deberán llevar a cabo una sesión de consejo - de media hora con el paciente. En ella se enseña al niño conductas competitivas, tales como cerrar los puños o el sostener un objeto cuando se presente la necesidad o urgencia de chupar el dedo. (11)

Sin tener en cuenta cual programa conductivo se aplica, el niño deberá tener en cuenta que si no puede - controlar su hábito sin ayuda, habrá un "aparato recordador" que se le puede colocar para romper el hábito.

Aún cuando es necesario recurrir al aparato, el niño está psicológicamente listo para él. (14)

c) METODOS MIXTOS (PSICOLOGICO/ODONTOLOGICOS)

En los casos de niños con hábitos digitales intensos y frecuentes, el tratamiento deberá estar combinado en cuanto a las técnicas conductistas e interceptiva. -

(11)

Uno de los factores importantes necesarios para manejar el hábito de chuparse el dedo es el refuerzo positivo, tanto de tipo material como del tipo verbal.

Deberán establecerse metas a corto plazo para permitir que el niño pronto observe un efecto positivo del aparato y alguna forma del éxito.

El día siguiente de la inserción del aparato, el niño deberá telefonar al dentista para explicarle la forma en que se ha adaptado al aparato el día y la noche anterior.

Esto hace que el niño comprenda que el tratamiento es importante y el hecho de que debe telefonar e informar personalmente al dentista, es suficiente estímulo para hacer que el primer día transcurra bien.

Después de premiar al niño por no succionarse el -

pulgar, deberá hacerse otra cita para una semana después con el objeto de verificar el progreso del niño. Esto le da un tiempo ligeramente mayor, pero todavía es una meta a corto plazo para trabajar.

Después de la inserción inicial del dispositivo - pueden presentarse algunas desventajas pero éstas por lo general son mínimas e insignificantes. Es poco frecuente que los padres reporten que se ha presentado un período temporal de trastornos después de la inserción del aparato.

Como una meta a término más prolongado, el dentista debe ponerse de acuerdo con el padre para premiar al niño por el éxito de completar 2 semanas sin chuparse el pulgar.

Es muy agradable si la recompensa puede ser algo que el niño desea y algo que puede ser "semejante a las cosas de adultos" porque puede servir como símbolo de que el niño ha dejado atrás el período de la niñez y ha adelantado hacia un período más formal de la vida.

Después del período inicial de 2 semanas, el niño es observado al mes para reforzar su logro y de nuevo a los 3 y 6 meses, o el tiempo que sea necesario es obsery

vado hasta ser retirado el aparato. (2)

CAPITULO III

CASUISTICA

CASO CLINICO N° 1

- 1.- NOMBRE: B.E.T.L.
- 2.- EDAD: 3 años
- 3.- SEXO: Femenino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: Maternal

5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:

Es la mayor de dos hermanos.

6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:

Alta, de padres profesionistas (médicos).

7.- PREDOMINIO DEL HABITO:

La succión del pulgar lo realiza tanto de día como de noche (compulsivo), acompañado con hábito de biberón.

8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:

Presenta paladar estrecho y profundo, protusión de incisivos superiores e inclinación lingual de incisivos inferiores.

9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

Se proyectó un programa audiovisual específico para niños de esta edad, en el que tocó tanto el tema de hábito de dedo como el síndrome o caries de bibe---rón, así como sus consecuencias.

Dichos programas le fueron presentados a la niña en presencia de sus padres y abuelo.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Los resultados fueron satisfactorios dado que a la segunda cita (5 días después), en la que se hizo el tratamiento preventivo rutinario, la niña había dejado por completo ambos hábitos, llegando a la conclusión de la eficacia que tiene mostrar este tipo de programas a los niños y el efecto tan positivo que se logra con la cooperación de los padres.

CASO CLINICO N° 2

- 1.- NOMBRE: V.D.M.
- 2.- EDAD: 5 años
- 3.- SEXO: Femenino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: Kinder
- 5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:
Es la mayor de dos hermanos.
- 6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:
Alta, padres profesionistas (mamá médico).
- 7.- PREDOMINIO DEL HABITO:
Practica el hábito de succión solamente por las no
ches.
- 8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:
Ligera disarmonía labial, mordida cruzada posterior
del lado izquierdo, paladar estrecho y profundo, -
asociada con protusión de lengua.
- 9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:
Se proyectó un programa audiovisual y se colocó -
aparatoología fija de tipo rejilla, lográndose la -
erradicación del hábito a los dos meses.

Posteriormente se hizo la corrección de la mordida
cruzada mediante la utilización de un cuadihélix
por tres meses.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La correlación paciente, padres y odontólogo, hace más fácilmente el manejo del tratamiento para obtener buenos resultados.

CASO CLINICO N° 3

- 1.- NOMBRE: M.E.G.B.
- 2.- EDAD: 7 años
- 3.- SEXO: Femenino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: 2° de primaria
- 5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA: Hija única.
- 6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:

Alta, padres profesionistas.

- 7.- PREDOMINIO DEL HABITO:

Hábito compulsivo de succión de ambos pulgares, -
practicando el hábito durante lapsos prolongados.

- 8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:

Marcada mordida abierta, paladar estrecho y protu
sión de dientes anteriores.

- 9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

Anteriormente (tres ocasiones) ya se había tratado dicho hábito no obteniendo logro alguno. En común acuerdo, paciente-padres, se colocó un dispositivo de tipo fijo con rejilla, así como también se recurrió el uso de un método psicológico (tarjeta) - obteniendo extraordinarios resultados. Al cabo de tres meses el aparato fue retirado.

Posteriormente a los ocho meses se colocó un arco de Hawley para la corrección de los incisivos, el cual se logró y el aparato fue retirado.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La utilización del método conductista así como la colaboración familiar fue de gran ayuda para el éxito - en la eliminación del hábito.

CASO CLINICO N° 4

- 1.- NOMBRE: R.B.T.
- 2.- EDAD: 5 años
- 3.- SEXO: Masculino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: Kinder

5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:

Es la menor de tres hermanos.

6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR: Media-alta

7.- PREDOMINIO DEL HABITO:

El hábito de succión del pulgar lo realizaba muy - esporádicamente, pero a raíz de problemas familia- res (separación de los padres), el hábito se exa- cervó ejerciéndolo tanto de día como de noche. Con- virtiéndose así en un hábito compulsivo.

8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:

Mordida abierta, protusión de incisivos superiores, asociada con respiración bucal.

9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

Se colocó aparatología fija de tipo rejilla, el - cual se retiró a los dos meses, dado que no dejaba el hábito y se estaba provocando la envajinación - del tejido en el aparato. Posteriormente se vol- - vió a colocar el aparato logrando así la elimina- - ción del hábito.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

La estabilidad familiar influye en manera muy gran de en la adquisición o eliminación de los hábitos. En - este caso coincidió la exacerbación del hábito con los problemas familiares agudos y vino la mejoría cuando hu bo mayor estabilidad familiar.

CASO CLINICO N° 5

- 1.- NOMBRE: G.M.H.
- 2.- EDAD: 5 años
- 3.- SEXO: Femenino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: Kinder
- 5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:
Es la mayor de tres hermanos.
- 6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:
Alta, padre profesionista.
- 7.- PREDOMINIO DEL HABITO:
Succión del pulgar practicada solamente por las no
ches y de baja intensidad.
- 8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:
Protusión de incisivos superiores, paladar estre--
cho y profundo que se agravó por la ausencia congé
nita del incisivo lateral, y mordida cruzada en he
miarcada izquierda.
- 9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:
Se colocó aparatología fija en forma de reja. El a
parato permaneció en su sitio durante cuatro me--
ses, el término de los cuales fue removido, logrand
do así la eliminación del hábito.

Después se colocó un expansor fijo, para lograr -
una sobreexpansión.

Posteriormente se le colocará prótesis en el incisivo lateral derecho para mantener el espacio.

Se logrará un balance de piezas anteriores, se nivelará la mordida relación clase I y por último se colocará una prótesis del incisivo lateral derecho de tipo Marylan.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Se logró la eliminación total del hábito, excepto el problema de oclusión, ya que se exacerbó por la ausencia congénita del incisivo lateral.

CASO CLINICO N° 6

- 1.- NOMBRE: C.M.M.
- 2.- EDAD: 7 años
- 3.- SEXO: Femenino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: 2° año

5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:

Es la menor de seis hermanos.

6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:

Alta, padres profesionistas.

7.- PREDOMINIO DEL HABITO:

Succiona el pulgar por las noches combinando con - respiración bucal, causado por problemas sinusales.

8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:

Paladar profundo y estrecho, logrando una marcada incompatibilidad de espacio, con disponible apiñamiento en dientes inferiores anteriores y marcada falta de espacio en dientes anteriores superiores.

9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

En este caso se presentó no sólo el hábito de succión digital, sino que también hay un antecedente genético dominante en la disposición y acomodo de los dientes (sus hermanos presentaron la misma situación) y con un marcado hábito de respiración bucal causado por sinusitis crónica.

El manejo se efectuó primeramente con el rompimiento del hábito de dedo mediante la colocación de aparatología de tipo fijo (rejilla) y refuerzo psicológico (concurso) logrando un éxito total en dos meses.

Las secuelas ortodónticas en la actualidad se está tratando con aparatología.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

En este caso se conjuntaron el hábito de succión - de dedo junto con otro tipo de antecedentes, lo que nos trajo como consecuencia un problema ortodóntico serio.

CASO CLINICO N° 7

- 1.- NOMBRE: I.R.M.
- 2.- EDAD: 5 años
- 3.- SEXO: Masculino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: Kinder
- 5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:
Es el segundo de tres hermanos.
- 6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:
Alta, padre comerciante.
- 7.- PREDOMINIO DEL HABITO:
Succión del pulgar en forma compulsiva, y protusión de lengua.
- 8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:
Mordida abierta, protusión de incisivos superiores y lengua protusiva.
- 9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:
Se colocó aparatología fija (rejilla) y se estableció un concurso de 45 días.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Inicialmente el paciente aceptó de mala gana la aparatología, la cual destruyó a la segunda semana del tratamiento.

Después de este pequeño fracaso se motivó nuevamen

te al niño y se colocó otra vez el aparato, logrando su total cooperación y un éxito absoluto tanto en el aspecto dental como psicológico.

CASO CLINICO N° 8

- 1.- NOMBRE: J.M.M.C.
- 2.- EDAD: 8 años
- 3.- SEXO: Femenino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: 3° de primaria.
- 5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:
Es la mayor de dos hermanos.
- 6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:
Alta, padre comerciante.
- 7.- PREDOMINIO DEL HABITO:
Presenta el hábito de succión del pulgar desde su primera infancia en forma compulsiva y asociada con respiración bucal.
- 8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:
Marcada mordida abierta, paladar estrecho y profundo, protusión de incisivos superiores e inferiores, mordida cruzada posterior del lado derecho e inclinación de las piezas.
- 9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:
Se diagnosticó y colocó un rompe hábitos fijo de tipo rastrillo. Después de diez meses se logró controlar el hábito y un año después se inició el tratamiento de ortodoncia correctiva con el objeto de corregir las secuelas que quedaron.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

Fue difícil la eliminación del hábito pero en un tiempo un poco más de lo normal se logró, pero quedaron secuelas de tipo ortodóntico bastante serias.

CASO CLINICO N° 9

- 1.- NOMBRE: V.V.A.
- 2.- EDAD: 14 años
- 3.- SEXO: Femenino
- 4.- NIVEL ESCOLAR: Secundaria
- 5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:
Es la mayor de dos hermanos.
- 6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR: Alta.
- 7.- PREDOMINIO DEL HABITO:
Succiona el pulgar solamente por las noches.
- 8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:
Sobre mordida anterior, paladar estrecho sin llegar a mordida cruzada y evidente disarmonía muscular en labios.
- 9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:
Se utilizó un rompe-hábito y posteriormente se corrigió el problema ortopédico maxilar y de armonía muscular mediante aparatología fija.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

El contenedor que se colocó posterior al tratamiento ortodóntico se diseñó con una pequeña rejilla porque persistía aunque levemente la tendencia de chuparse el dedo.

CASO CLINICO N° 10

- 1.- NOMBRE: M.S.C.
- 2.- EDAD: 10 años
- 3.- SEXO: Masculino.
- 4.- NIVEL ESCOLAR: 4° primaria (sobresaliente).
- 5.- LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:

Menor de dos hermanos, con diferencia de cinco años.

- 6.- CONDICION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR:

Alta, hijo de profesionistas.

- 7.- PREDOMINIO DEL HABITO:

Presenta el hábito de succión del pulgar desde su primera infancia, solamente que no en forma compulsiva ni con asociación a algún otro hábito secundario. Normalmente lo ejercía durante las horas propicias a ir a la cama.

Desde hace aproximadamente tres años el hábito se exacerbó en forma alarmante ejerciéndolo durante toda la noche y horas libres del día.

- 8.- ALTERACIONES BUCODENTALES:

Paladar estrecho y profundo, protusión de incisivos superiores y mordida cruzada posterior (izquierda).

9.- DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

Se asoció la complicación del caso (3 años) con motivo del fallecimiento de su padre. Se propuso y colocó aparatología fija en forma de reja durante seis meses. No logrando mejoría en cuanto el hábito pero si se logró controlar la protusión. Se retiró el aparato y no se colocó nada durante los siguientes seis meses.

Posteriormente (1 año) en común acuerdo, paciente-madre y profesional, no se volvió a interferir con el hábito que resultaba imposible para el niño de controlar.

Pasados dos años se colocaron aparatos de expansión (cuadrihélix) para descruzar la mordida. Objetivo que se logró, pero el hábito aunque bastante atenuado continúa intermitentemente.

CONCLUSION Y COMENTARIOS:

Hay ocasiones en que por necesidades psicológicas ajenas a la odontología se requiere de un tratamiento no muy drástico para eliminar hábitos, pero encaminado a solucionar parcialmente las secuelas del mismo.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En esta investigación se ha presentado una revisión del hábito infantil de succión digital, haciendo énfasis en el diagnóstico clínico, los efectos del hábito sobre la oclusión en desarrollo y el tratamiento.

Se dice según la mayoría de las investigaciones que la succión digital es considerada normal en la primera infancia, desde el nacimiento hasta los cuatro años de edad. Pero después de esta fecha y sobre todo cuando hay un exceso del hábito, debemos considerar que estamos frente a un estado patológico.

Se mencionó que el grado de maloclusión de un niño provocada por la succión digital está directamente relacionada con la duración, frecuencia e intensidad. Así como también el grado de deformación varía de una persona a otra.

La primera técnica que se deberá tratar para romper el hábito será la conductista.

Si un paciente con una succión digital severa no responde a la asesoría psicológica, pero aún así quiere romper con el hábito, se recomienda un aparato intra-oral.

En la mayoría de los casos de succión digital, la terapia conductista-mecánica será exitosa.

La selección apropiada del caso y de las técnicas adecuadas, en unión con la colaboración familiar, serán los factores que contribuirán el éxito.

La modificación de conducta constituye, así, un arma valiosa para la eliminación del hábito de succión digital.

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

1. Braham Raymond L.
Morris Merle E.
Odontología Pediátrica
Primera Edición
Editorial Médica Panamericana
Buenos Aires, Argentina
1984.
pp. 422
2. Barber Thomas K.
Larry S. Luke
Odontología Pediátrica
Tercera Edición
Editorial El Manual Moderno
México, D.F.
1985
pp. 264, 266
3. Finn Sidney B.
Odontología Pediátrica
Cuarta Edición
Editorial Interamericana
1976
pp. 328, 332
4. Guardo Antonio J.
Guardo Carlos R.
Ortodoncia
Primera Edición
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina
1978
pp. 171

5. Graber T.M.
Ortodoncia Teoría y Práctica
Tercera Edición
Nueva Editorial Interamericana
1974
pp. 296, 625, 641.

6. Harndt Ewald
Weyers Helmut
Odontología Infantil
Primera Edición
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina
1967
pp. 494, 517

7. Hirschfeld Leonard
Geiger Arnold
Pequeños Movimientos Dentarios en Odontología Gral.
Primera Edición
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina
1969
pp. 135, 137

8. Hotz Rudolf
Ortodoncia en la Práctica Diaria
Segunda Edición
Editorial Científica Médica
Barcelona, España
1974
pp. 32

9. Leyt Samuel
El niño en la Odontología
Primera Edición
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina
1986
pp. 388

10. Magnusson Bengt O.
Goran Kock
Odontología Pediátrica Enfoque Sistemático
Primera Edición
Editorial Salvat
1985
pp. 246, 247

11. Martínez Norman P
Hunckler Richard J.
Compendio de la Educación Continua en Odontología
Edición Latinoamericana
Caracas, Venezuela
Septiembre-Octubre
1986
pp. 25, 28

12. Mc. Donald Ralph E.
Odontología para el Niño y el Adolescente
Segunda Edición
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina
1975
pp. 386, 388

13. Morbán Laucer Fernando
Acta Odontológica Pediátrica
Vol. 3, N° 1
Junio, 1982
pp. 6
14. Moyers Robert E.
Manual de Ortodoncia
Tercera Edición
Editorial Mundi, S.A.
Buenos Aires, Argentina
1976
pp. 252, 254 y 732, 733
15. Sogbe de Agell Rosemary
Acta Odontológica Venezolana
Vol. XXIII, N° 2
Mayo-Diciembre, 1985
pp. 160

CITAS BIBLIOGRAFICAS

16. Sears y Wise. En: Moyers Roberts E. Manual de Ortodoncia. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina.- Editorial Mundi, S.A. 1976. pp. 253.
17. Benjamín. En: Moyers Roberts E. Manual de Ortodoncia. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, S.A. 1976. pp. 254.
18. Kantorowicz. En: Harndt Ewald y Weyers Helmut. - Odontología Infantil. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, S.A. 1967. pp 494 510.

19. Olshen. En: Harndt Ewald y Weyers Helmut. Odentología Infantil. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, S.A. 1967. pp. 510
20. E. Gil de Moulinier. En: Sogbe de Agell Rosemary. Acta Odontológica Venezolana. Vol. XXIII, N° 2. Mayo-Diciembre, 1985. pp. 160.
21. R. Hotz. En: Hotz Rudolf. Ortodoncia en la Práctica diaria. Segunda Edición. Barcelona, España. - Editorial Científica Médica. 1974. pp. 32.
22. Moyers. En: Moyers Robert E. Manual de Ortodoncia. Tercera Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, S.A. 1976. pp. 252.
23. Ralph E. Mc. Donald. En: Mc. Donald Ralph E. Odentología para el niño y el adolescente. Segunda Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, - S.A. 1975. pp. 387.
24. Finn. En: Finn Sidney B. Odentología Pediátrica. - Cuarta Edición. Editorial Interamericana. 1976. - pp. 328.
25. Hanna. En: Barber Thomas K. y Larry S. Luke. Odentología Pediátrica. Tercera Edición. Editorial El Manual Moderno. México, D.F. 1985. pp. 264.
26. Zadik. En: Barber Thomas K. y Larry S. Luke. Odentología Pediátrica. Tercera Edición. Editorial El Manuel Moderno. México, D.F. 1985. pp. 264.

27. Nord. En: Harndt Ewald y Weyers Helmut. Odontología Infantil. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, S.A. 1967. pp. 511.
28. N. Buckley y H. Walker. En: Sogbe de Agell Rosemary. Acta Odontológica Venezolana. Vol. XXIII, N° 2 Mayo-Diciembre, 1985. pp. 160.
29. Noyers. En: Morbán Laucer Fernando. Acta Odontológica Pediátrica. Vol. 3, N° 1. Junio, 1982. pp.254.
30. Graber. En: Graber T.M. Ortodoncia Teoría y Práctica. Tercera Edición. Nueva Editorial Interamericana. 1974. pp. 625.
31. Cumley. En: Mc. Donald Ralph E. Odontología para el Niño y el Adolescente. Segunda Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, S.A. 1975. pp. 386.
32. Samuel Leyt. En: Leyt Samuel. El Niño en la Odontología. Primera Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, S.A. 1986. pp. 32.
33. Subtelny y Subtelny. En: Magnusson Bengt O. y Goran Kock. Odontología Pediátrica Enfoque Sistemático. Primera Edición. Editorial Salvat. 1985, pp. 246.