

70  
2 ej°



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“HABITOS BUCALES EN EL NIÑO”

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

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

**VERONICA CARBAJAL GUERRERO**

*Irma Celis B*

ASESOR: C.D. IRMA I. CELIS BRAVO

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ***AGRADECIMIENTOS***

*A mis padres Camilo y Asunción  
por el apoyo que me brindaron y  
la oportunidad que me dieron de estudiar.*

*A mis abuelitas Mercedes (+) y Pilar  
por su ejemplo de salir adelante.*

*A mi hermano Fide  
gracias a ti, elegí esta carrera  
en la que siempre me ayudaste.*

*A mis hermanos Alfredo, Fer y Pilar  
por el ejemplo que me dieron.*

*A mi esposo Héctor  
por estar siempre a mi lado.*

*A mi hija Diana Verónica  
por darme la dicha de ser madre.*

## **INDICE**

PROTOCOLO	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1	5
Etiología	
CAPÍTULO 2	9
Clasificación de los hábitos bucales y alteraciones	
CAPÍTULO 3	21
Tratamiento	
CAPÍTULO 4	28
Caso clínico	
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43

# PROTOCOLO

## *PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA*

El Cirujano Dentista no tiene los conocimientos básicos de la Rehabilitación Ortopédica, debido a que el programa de estudios no lo incluye, por lo tanto no están capacitados como debieran para detectar un hábito bucal.

## *JUSTIFICACIÓN*

Es muy poco lo que los estudiantes de Odontología conocemos acerca de la rehabilitación bucal por medio de aparatos ortopédicos. Aunque no se va aportar nada nuevo a la Odontología pretendo que mis compañeros al igual que yo tengamos una visión más amplia de las áreas que la Odontología puede abarcar y no solo enfoquemos a una cavidad bucal con dientes, sino que se trata de una entidad que esta constituida por músculos, una articulación temporo-mandibular que al no funcionar adecuadamente nos causará alteraciones en el sistema buco-dental.

## *HIPÓTESIS*

Si se elabora un programa preventivo dentro de la clínica de apoyo, para detectar en edad temprana los hábitos los alumnos de la carrera podrán estar capacitados para llevar a cabo una intervención preventiva, y así evitar secuelas como serían las maloclusiones.

## *OBJETIVO GENERAL*

Capacitar a los alumnos de la carrera de Cirujano Dentista para detectar la presencia de un hábito bucal en el niño. Enfocando principalmente a los hábitos más comunes, como los hábitos de succión (digital, lengua, labio, chupón, mejillas, objetos y deglución atípica) y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, morder tejidos corporales, objetos, etc.).

### *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

- Conocer la etiología de los hábitos bucales.
- Saber cual es la clasificación de los hábitos.
- Identificar las alteraciones que causan los hábitos.
- Conocer los tratamientos de algunos casos.

### *MATERIAL*

- Revisión bibliográfica de revistas y libros.
- Computadora
- Alginato
- Yeso
- Acrílico
- Alambre
- Pinzas
- Portaimpresiones
- Papelería

### *CRONOGRAMA*

Revisión bibliográfica  
Protocolo  
Puesta en marcha.

# INTRODUCCIÓN

Los hábitos son patrones aprendidos; se denomina hábito a la tendencia de repetir constantemente ciertos actos. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, por ejemplo, la acción normal del labio y la masticación.

Actualmente el odontólogo le ha dado más importancia a la atención de los hábitos bucales en niños, ya que se ha observado que estos causan malposiciones dentarias teniendo como resultado maloclusiones.

Los hábitos anormales pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados que son parte de la función orofaríngea normal y juega así un papel importante en el crecimiento cráneo-facial.

Los hábitos bucales pueden deberse a diversas causas que se encuentren dentro de la familia o en su ambiente social.

La persistencia de los hábitos de succión (digital, labio, mejilla, objetos, deglución atípica) y la aparición de hábitos de morder (onicofagia, bruxismo, morder, tejidos corporales, objetos) han sido asociados a la fijación en la evolución de la etapa oral psicosexual que repercutiría a mediano plazo en un cambio problemático de los procesos psicofisiológicos de la oralidad, los cuales dependiendo de la duración, intensidad y frecuencia, alteran las estructuras estomatológicas.

Hace aproximadamente cincuenta años que los hábitos orales no constituían un motivo de preocupación y por lo tanto su estudio no había tomado el auge manifiesto de nuestros días. Observar a un niño con un hábito oral, algunas veces le preocupaba a los padres, quizás por la repulsión que les causaba esta fea costumbre y no porque pensaban en las consecuencias que éstos acarrearían a causa de este vicio.

El cuidado de los dientes va mas allá de los hábitos de limpieza bucal que se llevan a cabo en casa. Sin embargo existen otros problemas que pueden causar mucho daño a la dentadura y que son los malos hábitos que se adquieren o inician por parte del individuo. Los que generalmente resultan en alteraciones buco-dentales indeseables al mismo.

La posición que los dientes adoptan en los arcos dentarios está determinada por las fuerzas que actúan en los mismos una vez que estos han erupcionado, estas fuerzas son: movimientos de la lengua que los empuja, movimiento del labio que detienen a los dientes, así como los músculos de las mejillas, presiones que ocurren cuando un diente choca con su antagonista.

El morderse los labios, empujar con la lengua hacia adelante, morderse las uñas o mejillas son hábitos que como chuparse el dedo cubren una necesidad emocional.



# **CAPITULO 1**

## **ETIOLOGÍA**

La supervivencia del recién nacido depende de la succión oral instintiva, que le permitirá su satisfacción nutricional. Se reconoce además que los labios, lengua y mucosa oral, experimentan una satisfacción de placer que nutre y construye sus primeras estructuras y funciones psicológicas e interpersonales (binomio madre-hijo) que le permite iniciarse a la exploración de su ambiente social, siendo estos dos aspectos parte del desarrollo normal de la infancia.

Una vez que las funciones biológicas y psicológicas del niño han iniciado su maduración y este puede separarse de la madre, sin experimentar ansiedad significativa entre los 9 y 18 meses de edad, se verá expuesto a otro tipo de gratificadores propios de su nuevo círculo de actividades sociales desapareciendo espontáneamente muchos de los hábitos orales. (4)

Algunos factores etiológicos que han sido señalados como responsables de los malos hábitos orales incluyen:

- a) Imitación de otros niños que practican el hábito
- b) Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar.
- c) Presión escolar en el trabajo.
- d) Dificultades y conflictos familiares
- e) Ansiedad producida por exceso de actividad propia de las grandes ciudades.
- f) Molestias que causan la erupción de los primeros dientes.
- g) Falta de satisfacción oral en la forma de alimentación. (3)

La infelicidad, la no seguridad y frustración del niño puede manifestarse perfectamente como un fenómeno psicológico apelando al hábito de succión. Esta experiencia es un escape emocional que actúa como un real sustituto de calor humano, dándole cierta seguridad al niño. (1)

Según Moyers todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular puesto que son factores reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende

## *TEORÍAS PSICOLÓGICAS*

Pese a lo que la gran mayoría de la gente cree, pocas son las teorías referentes a los hábitos orales con fundamento científico; a continuación se enuncian las siguientes:

## *TEORÍA PSICOANALÍTICA*

Es un síntoma neurótico de la perturbación emocional resultante de una fijación del estadio psicosexual oral. La misma teoría dice que si hay una frustración o sobreindulgencia de necesidades orales durante la infancia, la conducta posterior del niño sufrirá algún deterioro.(2)

Como primera manifestación de sexualidad en el infante se verá en la necesidad de obtener placer a través de su boca. La succión aunque para muchos sea la necesidad relevante de obtener alimento, será también un requerimiento psicológico del niño.

Al succionar el pecho, el niño no sólo satisface su necesidad de alimentación sino que adquiere la primera sensación de captar el mundo exterior.

Trata de integrar las sensaciones de todo lo que lo rodea, por su único medio posible: su boca.(3)

## *TEORÍA DE LA PERDIDA DE LA FUNCIÓN*

Se basa en que la succión insuficiente o inadecuada en los primeros 24 meses de vida, contribuye a la formación del hábito. Levy sigue diciendo que Fletcher llega a creer que una reducción o una fácil succión del seno materno o del biberón son causa de la instalación del chupeteo.

## *TEORÍA DE LA CONDUCTA ADQUIRIDA*

Esta Teoría sugiere que el niño aprende asociar la succión con perspectivas agradables, como la hora de comer o que pronto lo tomarán en brazos. (2)

El Dr. Kimble considera los síntomas neuróticos como patrones de conducta adquirida, los cuales por alguna razón llega a ser inadaptado. Estos síntomas podrán ser de 2 clases:

a) Exceso de reacciones condicionadas; son adquiridos como respuesta a una motivación. Estos hábitos pueden estar bien encaminados en algunas ocasiones, pero pueden llegar a ser indeseables en otras.

b) Reacciones condicionadas deficientes; son reacciones normalmente adquiridas por la mayoría de los individuos que viven en una sociedad a la cual se adaptan pero que por alguna razón no han sido adquiridas por otras personas. (3)

La generalización de la condición y estímulo puede iniciar un hábito, el cual si se repite y refuerza llega a formar un patrón de conducta adquirida.

## **CAPITULO 2**

### **CLASIFICACIÓN DE LOS HÁBITOS BUCALES**

Los malos hábitos orales (MHO) se clasifican de acuerdo a sus tipo en:

- Succión digital
- Succión de labio
- Empuje lingual
- Bruxismo
- Onicofagia (morderse las uñas)
- Mordedura de carrillo
- Respiración bucal
- Hábitos con chupón
- Hábitos compulsivos y no compulsivos (4, 10)

### *HÁBITOS CON LOS DEDOS PULGAR E INDICE*

Estos conforman la mayor parte de las costumbres bucales (14).

La succión del dedo pulgar es un hábito adquirido, sencillo y contradice a la teoría psicoanalítica que atribuye este hábito a un síntoma de trastorno emocional mas profundo. (1)

Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Esta temprana organización nerviosa permite al niño alimentarse de su madre y agarrarse de ella. A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a al boca aquello que ha visto y oído a distancia, a pesar de la mala coordinación de las extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a la boca para ser lamidos, gustados y efectivamente ser examinados por medio de sensaciones bucales.

Los objetos introducidos a la boca especialmente si son calientes y blandos traen asociaciones de alimentos y bien estar pasados. Utilizando esas experiencias satisfactorias se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones de hambre y otro malestar, al introducirse su dedo o pulgar en la boca.

El pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, ahora no disponible con su alimento tibio. Satisface la

necesidad de mantener algo en la boca y también de agarrarse de algo. (10)

### *ALTERACIONES*

El hábito de succión digital abre la boca más allá de la posición natural de descanso, ejerciendo una presión labial y depresora sobre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre el segmento antero inferior; así mismo la lengua desaloja de su posición habitual lo que ocasiona un desequilibrio de las fuerzas en la cavidad oral. (15)

El chupeteo de los dedos puede causar mordidas abiertas de difícil corrección, mordidas cruzadas y estrechamiento de las arcadas contribuyendo a la persistencia de una maloclusión. (1)

Los signos clásicos de este hábito son:

- Mordida abierta anterior.
- Movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores.
- Constricción maxilar.

La mordida abierta anterior es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los otros dientes se localizan en oclusión.

El movimiento vestibular y lingual de los incisivos depende de como el paciente coloca el índice o el pulgar en la boca.

La constricción de la arcada superior sucede por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. (14)

### *SUCCIÓN DE LABIO*

Son los que abarcan la manipulación de los labios y estructuras peribucales. (14)

El chupeteo del labio puede observarse aislado o acompañado del chupeteo del dedo, puede ser el labio inferior o el superior. En muchos casos el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora, causada por la sobremordida excesiva y la dificultad

que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

La mayor de las veces estos pacientes tienden a realizar un esfuerzo para juntar los labios y así contrarrestar el aspecto desagradable de mostrar sus dientes constantemente y sobre todo cuando el paciente va entrando en estado de la adolescencia, cuando van apareciendo las inquietudes de la presunción o por las burlas de sus compañeros y familiares. En otros casos estos hábitos se producen por desajustes emocionales.(1)

Este hábito generalmente se presenta en la edad escolar.(10)

La succión del labio es un hábito observado en niños, con un pronunciado resalte de la mordida. Se succiona el labio inferior entre los incisivos superiores e inferiores.(8)

Es uno de los hábitos que llegan a prestares más tempranamente en los niños desde los 3 y 4 años de edad. No existe razón al niño sano tenga los labios partidos aún durante el invierno. Lo más curioso de este hábito es que pasa desapercibido la mayoría de las veces, hasta ser detectado por el médico o dentista al notarse la mucosa labial más gruesa que la del labio superior.(16)

## *ALTERACIONES*

El chupeteo del labio puede ir acompañado del chupeteo del dedo, trayendo como resultado linguoversión y labioversión según donde provenga la presión.

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

Existe cambio de color y descamación de los labios, debido a la resequedad y la continua presión de colocar los labios entre los dientes. (1)

Así mismo se denota la mucosa labial más gruesa que la del otro labio. (16) La succión labial y la mordedura del labio pueden



conservar una maloclusión existente. La observación más frecuente en la succión labial es un labio inferior remetido por detrás de los incisivos superiores. Esta produce una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular sobre los superiores; lo anterior ocasiona inclinación vestibular de los incisivos superiores, retroinclinación de los inferiores y aumento en la severidad de la sobremordida horizontal. También se produce una lesión semicircular en el labio inferior. (8, 14)

### *EMPUJE LINGUAL*

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que los bebés normales ubican la lengua en posición anterior en su boca, tanto en reposo como durante la deglución. La prioridad fisiológica al nacimiento es que se establezca una vía aérea para que pueda comenzar la respiración. La realización de esta prioridad requiere que la lengua se mantenga hacia adelante y abajo.

En un bebé la deglución normal está caracterizada por una fuerte actividad labial para tomar el pezón, la ubicación de la lengua contra el labio inferior de bajo del pezón y la relajación de los músculos elevadores de la mandíbula, de manera que la boca se abra grande. (12)

Este suele ser uno de los hábitos musculares más difíciles de detectar y corregir por el dentista; observe al niño detallada y meticulosamente, si es un empujador lingual cada vez que trague empujará su lengua hacia adelante descansándola sobre los dientes superiores e inferiores al estar estos cerrados en oclusión. (16)

Desde hace poco tiempo se ha dado mucha importancia a la proyección de la lengua y a los hábitos de respiración bucal como causa de maloclusión.

La proyección lingual es característica de la deglución infantil, transitoria ambas consideradas para el neonato. (14)

## *ALTERACIONES*

En niños que se presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual. Sin embargo no ha sido comprobado definitivamente que se produzca mordida abierta; el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque en el último hábito puede presentarse depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo. (10, 12)

## *ONICOFAGIA*

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el morderse las uñas. Frecuentemente el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas esto es un hábito pernicioso y según Finn en su libro de odontología pediátrica, no ayuda a producir maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morderse las uñas, son similares a las de el proceso de masticación. (10)

Sin embargo el Dr. Samuel Rajunov en la revista *Práctica Odontológica* comenta que al rededor de los 2 años empiezan algunos niños a morderse las uñas, aquellas madres que nunca tienen que cortarles las uñas a sus hijos descubrirán esta situación; el morderse las uñas provoca una rotación de los dientes anteriores, además de la introducción de gérmenes y bacterias a la boca como cualquier hábito, es importante concientizar al niño acerca de esto con recordatorios amigables, algunas veces la aceptación social de sus compañeros ayudará a discontinuarlos cuando sea un poco mayor de edad. (16)

Es un hábito registrado pocas veces antes de los 3 a los 6 años de edad. Se dice que dicha costumbre es una manifestación de mayor estrés en el sujeto. (14)

### *ALTERACIONES*

Existen casos de individuos que presentan impurezas debajo de las uñas y una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores. Así mismo al morderse las uñas puede lesionar los lechos ungueales de los mismos por lo que puede ser preciso usar productos para el cuidado de la uñas a fin de protegerlas. (10, 14)

#### *MORDEDURA DE CARRILLO (QUEILOFAGIA)*

Los odontólogos observan con frecuencia los hábitos de morderse los carrillos y labios. Habitualmente los padres lo desconocen, las lesiones resultantes son mas discretas que las traumáticas por accidentes o postanestesia. El niño que cae en esto suele estar pasando por un estrés emocional que con frecuencia es el resultado de infelicidad y conflictos en el hogar la corrección de este hábito no está dentro del terreno del Odontólogo, sino del psicólogo infantil, el psiquiatra o el consejero familiar. (8)

Este es uno de los hábitos más difíciles de detectar por los padres, hay que examinar la parte interna de las mejillas para ver si existen inflamación. Si se encuentra algún indicio de este hábito, indique al niño el mal que está haciendo para que lo discontinue; de persistir podría infectarse las heridas y causar molestias al ingerir. (8, 16)

## *BRUXISMO.*

Puede ser definido como el frotamiento con fuerza de los dientes; como se produce más comúnmente durante la noche es designado como rechinar nocturno. (8)

Se considera usualmente un hábito oral en los niños nerviosos, pueden desarrollar bruxismo que puede continuar de manera consciente o inconsciente durante tiempos indefinidos. (12)

Se desconoce la causa exacta del bruxismo aunque ciertas explicaciones se dan en torno a motivos locales, sistémicos y psicológicos. Esto es frecuente en los niños con alteraciones músculo-esqueléticas (parálisis cerebral) y aquellos que padecen retraso mental rechinan los dientes con frecuencia. (14)

Existe cierta tendencia por parte de algunos niños de rechinar los dientes al dormir y aún en ocasiones en posiciones de descanso en el transcurso del día. Algunos psicólogos afirman que el rechinar es una expresión de un hábito muscular amortiguador de tensiones, el cual provoca ruidos al hacerse repetitivo.

El bruxismo por sí solo no causa maloclusión alguna, pero tiende a retrasar la caída de los dientes primarios. Los dientes permanentes erupcionaran en la boca mucho más difícilmente si el niño es bruxista, pudiendo retrasarse o alterarse la secuencia de erupción y causar maloclusión debido a estas interferencias. No existe manera para discontinuar el hábito de bruxismo aunque se recomienda el uso de protectores bucales para evitar el desgaste de los dientes sea más severo. (16)

## *ALTERACIONES*

Los dientes en la mayoría de los casos dan muestra del hábito en la forma que las coronas están aplanadas y desgaste lingual de los dientes anteriores superiores. Algunos niños aprietan los dientes con tal fuerza que el rechinar hace que se salte el esmalte del área labio incisal en los dientes anteriores inferiores. ( 8)

El hábito generalmente ocurre por la noche y si continua por tiempo prolongado puede dar como resultado la abrasión de los dientes permanentes y temporarios. Cuando el hábito continua hasta

la edad adulta puede producirse enfermedad parodontal y aun trastornos de la articulación temporomandibular mandibular. (12)

### *RESPIRACIÓN BUCAL.*

La expresión de respiración bucal no es en realidad muy exacta. En la mayoría de los casos sería preferible respiración buco-nasal pues la respiración bucal en sí es rara. (8)

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca; los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en 3 categorías:

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

Los que respiran por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada y obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar el 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 obligaba a hacerlo.

El niño que respira por razones anatómicas es aquel cuyo labio superior es corto y no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos. La resistencia al respirar por la nariz puede ser causada por:

- Alergias o infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales.
- Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
- Adenoides agrandados. (10)

La corrección de la respiración bucal suele llegar con la madurez. Rara vez requiere la remoción de adenoides para corregir la respiración bucal pues su efecto obstructivo disminuye al madurar el niño. (8)

## *ALTERACIONES*

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces se describe como facies adenoide aunque no se ha demostrado concluyentemente que el respirar por la boca cause este aspecto. La cara es estrecha, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores, así como los segmentos bucales del maxilar superior se derrumban dando un maxilar superior en forma de V, una bóveda palatina elevada y labios resecos. (10, 14)

### *HABITO CON CHUPÓN.*

El chupón es algo que los niños en edad de desarrollo requieren como necesidad emocional. Al querer suprimirlo forzosamente podría traer como consecuencia alguna desviación en el comportamiento, como berrinches, mojar la cama durante la noche, etc.

La mayoría de los niños dejan el hábito cuando empiezan ir al kinder o a la primaria y existen presiones sociales de sus compañeros. (16)

Se producen chupones que según sus fabricantes son muy parecidos al pezón materno y no son tan nocivos a la dentición como un pulgar o un chupón ordinario.

Desde el punto de vista teórico es más sencillo dar fin a los hábitos del chupón que a los digitales, porque bajo el control de los padres es posible suspender el chupón de manera gradual o de momento. (14)

## *ALTERACIONES*

Los cambios dentarios que se ocasionan por esta clase de costumbre son similares a los producidos por hábitos digitales, como son:

- Mordidas abiertas anteriores
- Movimiento vestibulo lingual de los incisivos que puede ser no tan pronunciada.
- Constricción del maxilar.

## *HÁBITOS NO COMPULSIVOS Y COMPULSIVOS*

Los no compulsivos son los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño.

El moldeado sutil y no sutil de personalidad del niño continúa en la madurez al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres o de sus compañeros de clase o juego.

De estas situaciones no resultan reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable a un nuevo patrón de conducta más consciente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

Los hábitos compulsivos es cuando han adquirido una fijación en el niño, al grado que este acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad, se ve amenazada por eventos ocurridos en su mundo. Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir este hábito. El realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo 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 y así mismo cuando el niño recibe poco alimento en cada toma o bien por falta de amor y ternura maternas.  
(10)



## **CAPITULO 3**

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento de los hábitos en Odontología puede definirse como la prevención, intersección y tratamiento de los problemas bucales por medio de la modificación de aquellos.

Los procedimientos de control en el tratamiento dental preventivo se ocupan en esencia, de la modificación de tales hábitos en el paciente como su higiene bucal personal, dieta y nutrición. El éxito del tratamiento depende del manejo conciente de cada caso por separado, la asociación de 2 o más métodos rendirá un buen efecto en ciertos tipos de pacientes. Existen tratamientos que pueden irritar al niño, violentarlo e inclusive sufrir efectos contraproducentes. se sugiere las siguientes normas para obtener un buen resultado terapéutico:

- 1) Ganar la confianza del niño.
- 2) Darle importancia a las manos del niño indicándole que estas se pueden usar para otras actividades y no para morderse las uñas.
- 3) Buscar las causas orgánicas.
- 4) Lograr entrevistas sucesivas con el niño.
- 5) Atención y cuidado del niño durante el tiempo requerido.

El tratamiento de los hábitos en última instancia alude a la corrección, el control o eliminación de comportamientos orales indeseables como la succión del dedo, mordedura de labio, empuje lingual, respiración bucal y el patrón atípico de la deglución.

El tratamiento de los hábitos en la prevención e intercepción y de los problemas oclusales de los niños, se ocupa de la modificación de aquellos relacionados con maloclusión. Algunos llamaron a esto terapia miofuncional. MIO significa músculo y el objeto de la terapia es cambiar la función de los músculos faciales y orales para impedir, interceptar o tratar una maloclusión. Aunque el término miofuncional es útil en los estudios de investigación y de laboratorio clínicamente la denominación tratamiento del hábito parece ser más significativa. Cuando se trata de corregir el hábito de un paciente de chuparse el dedo o empujar, se debe de tratar no sólo con la musculatura del niño, sino también con todo su comportamiento y a menudo con el de su familia y amigos.

## *APARATOS PARA LOS HÁBITOS*

### PROTECTOR LINGUAL

Es una criba sin bordes agudos que impide el hábito, o por lo menos lo hace menos gratificante.

El protector lingual o criba debe construirse de modo que la lengua adopte la posición correcta durante la deglución. Aunque el aparato no impide que el niño se ponga los dedos en la boca, no puede inducir la succión necesaria con su lengua, por lo que el hábito se torna menos satisfactorio.

La criba básicamente puede estar unida a un aparato Hawley removible, un arco palatino fijo o un botón palatino removible. El aparato básico al cual puede estar adherido depende básicamente de las contraindicaciones e indicaciones.

### ACCIÓN

Estos aparatos impiden o vuelven a los hábitos nocivos menos satisfactorios para el paciente.

### INDICACIONES

- Succión digital
- Empuje lingual
- Deglución atípica
- Respiración bucal

### CONTRAINDICACIONES

- Niño travieso
- Niño hiperactivo (atlético)
- Niño descuidado
- Malas retenciones
- Mala higiene
- Cuando la conducta oral refleja un problema médico o de conducta más seria.

### VENTAJAS

Estas se comparan con la terapia miofuncional de la manera siguiente:

- Se requiere menos tiempo profesional
- Costo más bajo
- Menos visitas del paciente al consultorio

### DESVENTAJAS

Si el aparato para corregir el hábito frena al niño, pero no le ayuda a desarrollar ciertos patrones de conducta los hábitos reaparecerán al retirarlos.

Las alternativas para el tratamiento con aparatos en esta situación pueden ser la terapia miofuncional intensiva o una combinación con aparatos y algún ajuste de la conducta. (7)



*Protector lingual*

### PANTALLA ORAL.

Es un aparato introducido en 1912 por Newell y recientemente modificado por Frankler. La pantalla oral o vestibular ha demostrado ser un aparato versátil, simple en el tratamiento interceptivo precoz con deformidades del arco dentario, especialmente cuando las maloclusiones son causadas por una función muscular defectuosa produciendo un excesivo resalte.

El aparato consiste en una placa acrílica o de plástico que se conforma a la anatomía anterior de las arcadas quedando en contacto con los incisivos superiores y llegando lo más posible al surco vestibular del maxilar superior, se extiende hasta los segundos molares temporales y va ligeramente separada del fondo del vestíbulo. En la zona anterior lleva un anillo que facilita al paciente retirarlo de la boca.

Con este aparato los labios ejercen presión a través del material plástico contra la parte anterior de la dentición y su soporte óseo. El aparato en su parte posterior no hace presión en los dientes posteriores ya que tiene 2 a 3 mm. de separación a cada lado de los primeros molares temporales.

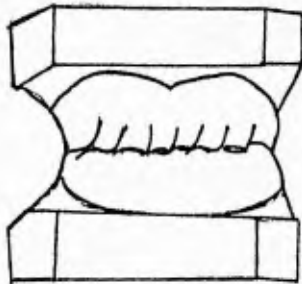
Así observamos que el segmento anterior está bajo la influencia directa del aparato, mientras que los segmentos posteriores están bajo influencia del alejamiento de los músculos de las mejillas permitiendo que la postura y la función de la lengua expanda las zonas posteriores.

### INDICACIONES.

- Hábito de succión digital.
- Hábito de mordedura de labio.
- Empuje lingual.
- Respiración bucal.

La colocación temprana del aparato no sólo intercepta el empeoramiento de la maloclusión con tendencia a clase II, sino que la corrige.

Se dice que el tratamiento dura de 3 a 6 meses en forma intensiva de la pantalla vestibular. (11)

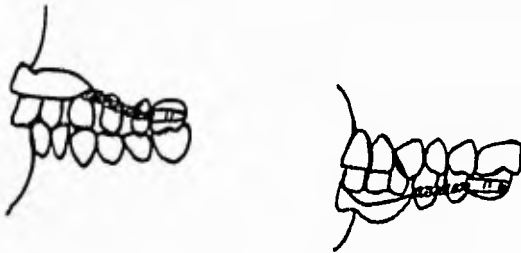


*Pantalla oral*  
**LIP BUMPERS**

(Escudos labiales o amortiguador labial)

Es un aparato que en su arco vestibular lleva un alambre en el cual se inserta un material plástico y cuyo alambre llega a los molares. El alambre tiene una pestaña plástica alrededor de la parte anterior que compromete al labio y cierra en el molar con un loop vertical, comprimiendo el resorte espiral.

El lip bumpers permite mantenerlo en el perímetro así como combinarlo en la posición incisal. Puede usarse en la arcada superior o bien en la arcada inferior, evitando así que el labio pueda introducirse detrás de los dientes superiores para ser mordido. (14)



*Lip bumpers*  
TRATAMIENTO PARA EL BRUXISMO

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, psiquiatra y el odontopediatra.

El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando para ser llevada sobre los dientes durante la noche.

El caucho blando no forma una superficie dura al frotamiento, de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria. (10)

## **CAPÍTULO 4**

### **CASO CLÍNICO**



Paciente masculino de 10 años de edad de integridad completa, bien ubicado en sus 3 esferas bio-psico-social que accede al interrogatorio y se presenta para su tratamiento en forma integral.

Se llevó a cabo Historia Clínica, se tomaron modelos de estudio y radiografías (panorámica y lateral de cráneo) encontrando lo siguiente:

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Es originario del D.F., y reside en Teotihuacán Estado de México, tiene la edad de 10 años con 10 meses, va en quinto grado de primaria, ocupa el segundo lugar de 2 hijos en la familia su estado socioeconómico es medio.

#### ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Los abuelos paternos son diabéticos, también refiere que el abuelo presenta protrusión de dientes anteriores superiores y el paciente presenta el mismo problema dental.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

El motivo de la consulta es porque la madre refiere que su hijo presenta los dientes anteriores superiores separados y protrusivos, provocando una maloclusión de los dientes anteriores debido a la posición en que coloca el labio inferior para morderlo.

Esta posición consiste en la colocación del labio inferior detrás de las caras palatinas de los dientes anteriores superiores y por lo tanto la mandíbula hacia atrás al momento de morder el labio. También refirió que la respiración es por la cavidad oral durante la noche acompañada de ronquido.

Posteriormente se llevó a cabo lo siguiente:

1.- Análisis facial (frontal y perfil), se encontró simetría, musculatura labial hipertónica y un perfil convexo.

2.- Análisis Dental, se encontró dentición mixta de acuerdo a su edad, presencia de caries las cuales fueron tratadas colocando las siguientes restauraciones y obturaciones.

En la arcada superior una corona de acero-cromo en el diente 55, en la arcada inferior amalgamas en los siguientes dientes,

74,75,84,85. Existiendo una ausencia del 65 debido a una extracción prematura y debido a esta hay una mesialización del primer molar superior del mismo lado.

La forma de la arcada superior es de forma ovoidal y la arcada inferior en forma de herradura; una relación de molares en clase II y una sobremordida horizontal de 10 mm.

3.- Análisis radiográfico (cefalométrico). Se realizó el trazado cefalométrico, con la técnica de Downs y de Steiner, encontrando lo siguiente:

Según la técnica de Steiner no se trata de un retrognata mandibular, ya que el SNA nos dio una medida de  $90^\circ$ , siendo la norma de  $82^\circ$  existiendo por lo tanto una discrepancia de  $8^\circ$  refiriéndose a un prognatismo maxilar y el SNB resultó de  $81^\circ$  siendo la norma de  $80^\circ$ , por lo que se corrobora la buena posición mandibular. El ANB nos da una discrepancia de  $9^\circ$ , siendo la norma de  $2^\circ$ . Los resultados del SND fueron de  $77^\circ$  siendo la norma  $76^\circ$  enfatizando la correcta posición mandibular. Además la relación del plano de Frankfort con respecto al incisivo superior nos marco  $122^\circ$  siendo la norma  $105-112^\circ$ , por lo que cuando esto está aumentado nos indica la vestibularización de los incisivos superiores. El ángulo interincisal refirió  $117^\circ$  siendo la norma  $131^\circ$  por lo que al estar disminuido nos indica que existe un perfil convexo. Siendo por lo tanto un problema esquelético en la maxila que se encuentra protruida y no en la mandíbula que esta en posición correcta, dando así una falsa clase II (dental).

El análisis de Downs nos refirió los siguientes datos; el plano facial nos mide  $88^\circ$  siendo la norma  $87.8^\circ$  cayendo dentro de la norma diagnosticando la correcta posición mandibular. El ángulo de la convexidad es de  $9^\circ$  y la norma  $0^\circ$ , indicando que el maxilar superior está protruido. El plano A-B es de  $11^\circ$  mostrando una discrepancia entre el maxilar superior y la mandíbula, encontrándose la primera más protrusiva en relación a la segunda. Plano mandibular de  $28^\circ$  dentro de la norma. El eje Y de crecimiento  $60^\circ$  y la norma de  $59.4^\circ$  siendo normal el crecimiento mandibular. Verificando así que el patrón esquelético está alterado en el maxilar superior y no en la mandíbula.

El plano oclusal es de 4° y la norma 9.3° y según el polígono de Downs cae dentro de la norma. El ángulo interincisal mide 117° señala que existe una vestibularización de los dientes anteriores. El incisivo inferior con plano oclusal nos da 25° indicando una discrepancia dental en las arcadas provocada por los incisivos superiores que se encuentran vestibularizados, corroborado por el siguiente dato. Incisivo inferior con plano mandibular es de 3° y cae dentro de la norma. Por último el incisivo superior con el plano AB mide 10 mm. por lo que este se encuentra protrusivo y existe una mordida cerrada.

### DIAGNOSTICO

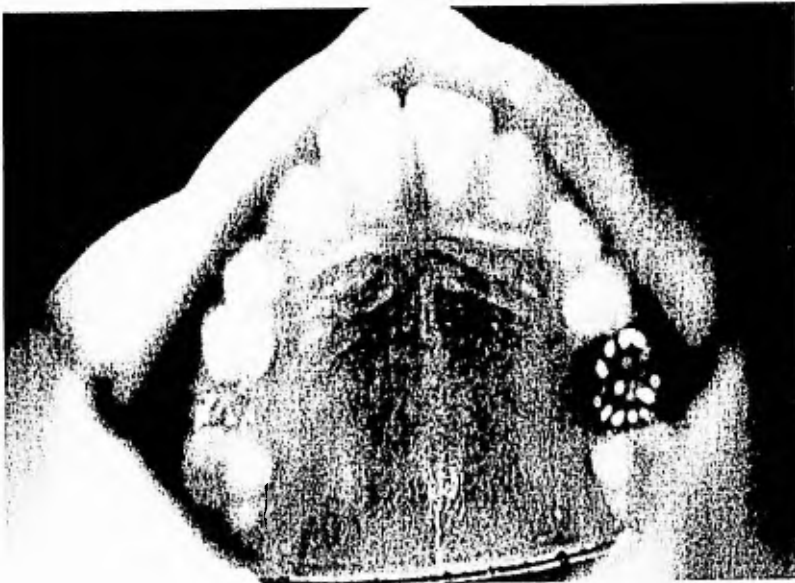
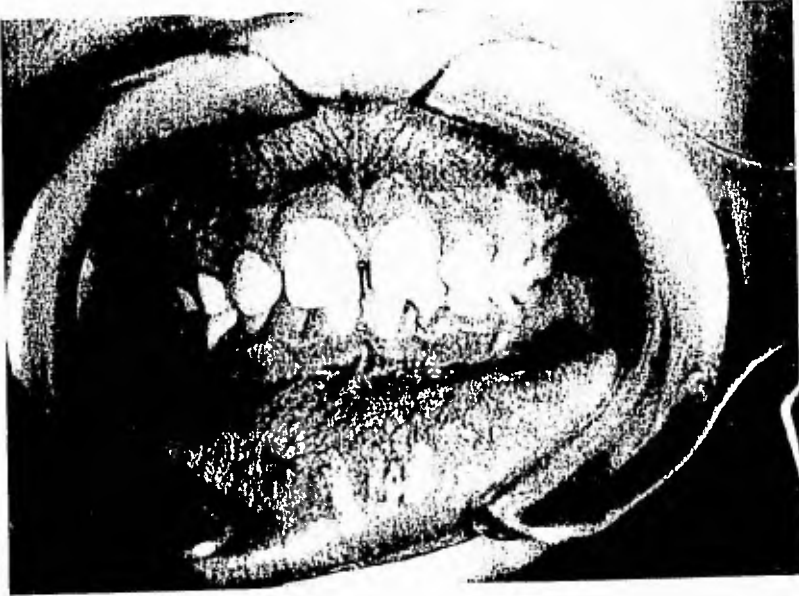
Con los datos reunidos se llegó a la conclusión de que el niño presentaba un hábito de mordedura de labio inferior provocando alteraciones dentales ya mencionadas.

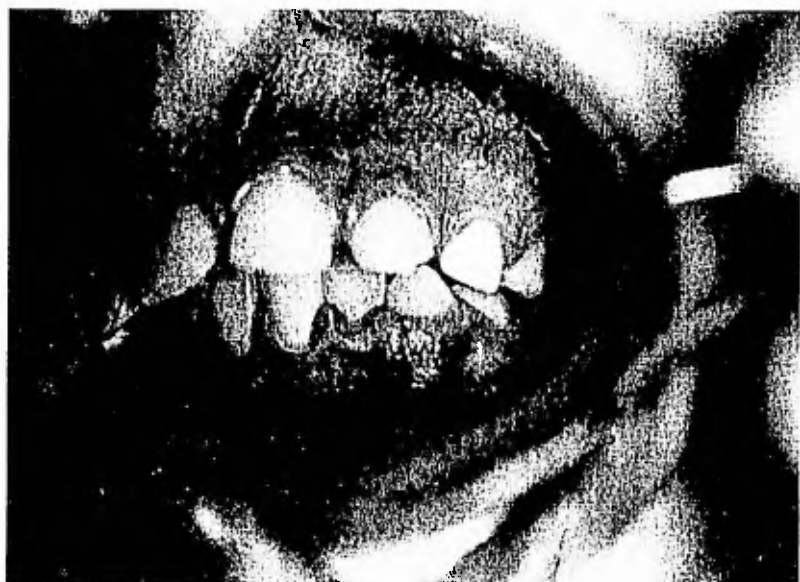
### TRATAMIENTO

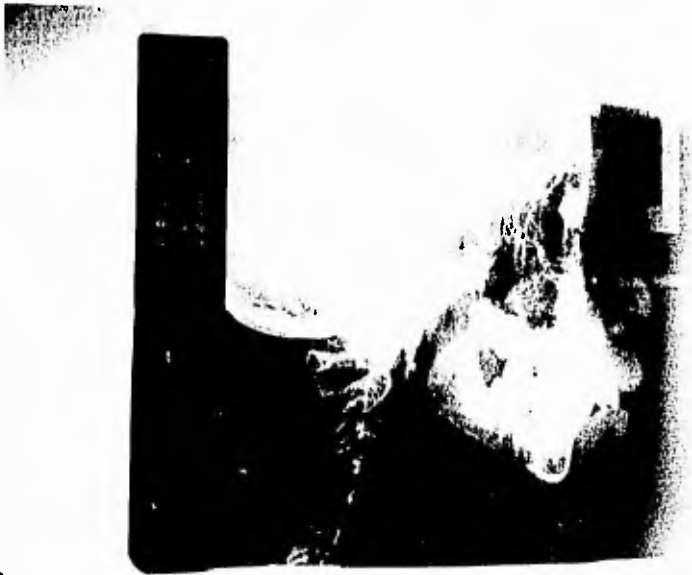
Por las características del diagnóstico y etiología se decide colocar en la arcada inferior un Lip Bumper con objeto de eliminar el hábito de mordedura de labio, y en la arcada superior una placa Hawley con un tornillo de expansión en forma de \*U\* con el objeto de distalizar el primer molar superior izquierdo y un arco vestibular haciendo contacto con las caras vestibulares de los dientes anteriores para disminuir la sobremordida horizontal.

El tornillo en \*U\* se va activar dos veces por semana, citando al paciente cada 8 días a la revisión del aparato, el cual va a estar colocado en la boca hasta que el paciente haya eliminado el hábito.



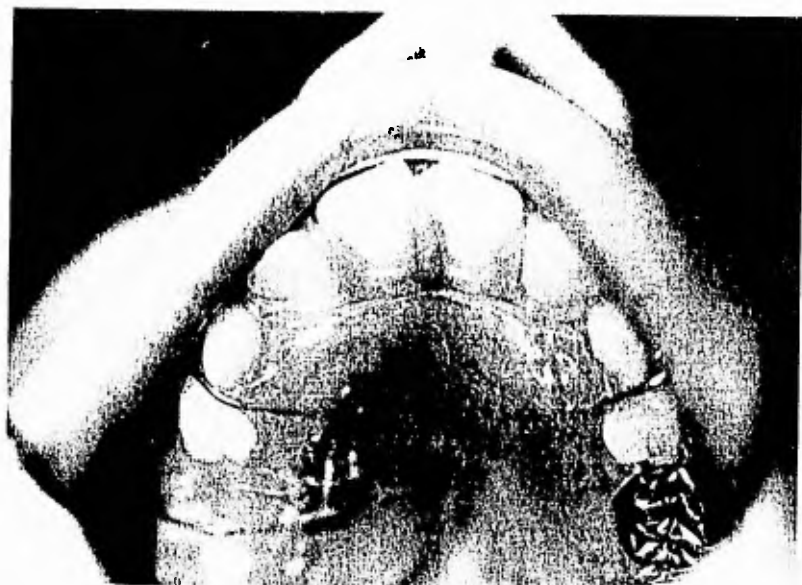


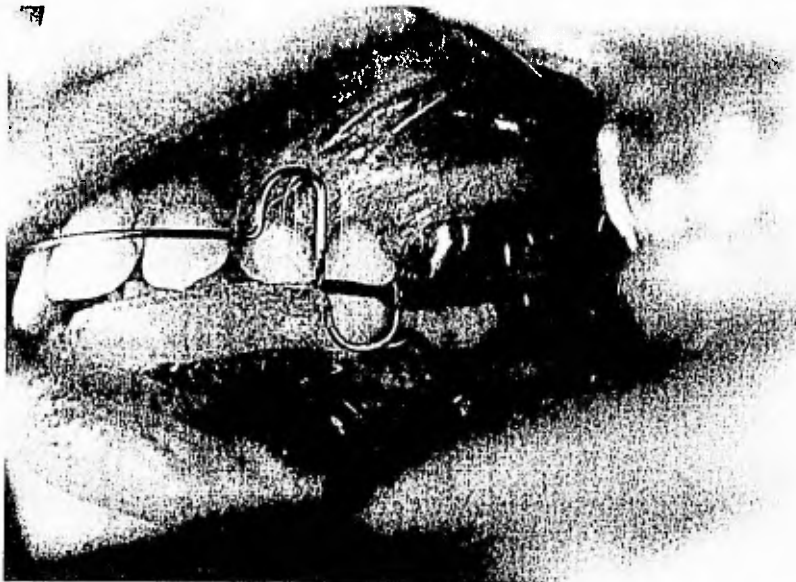
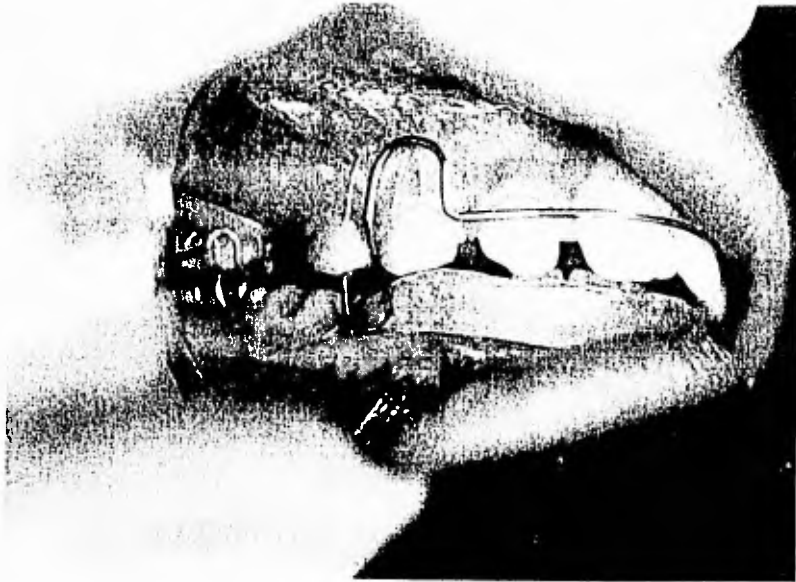




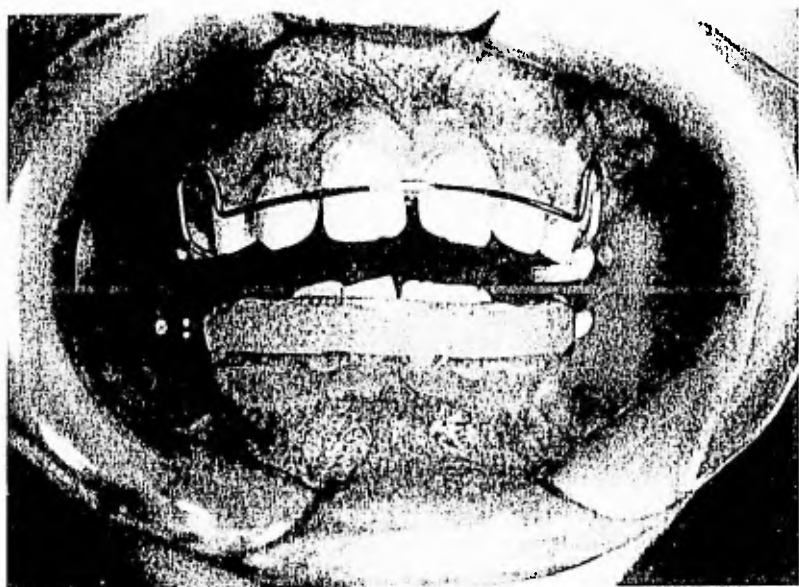
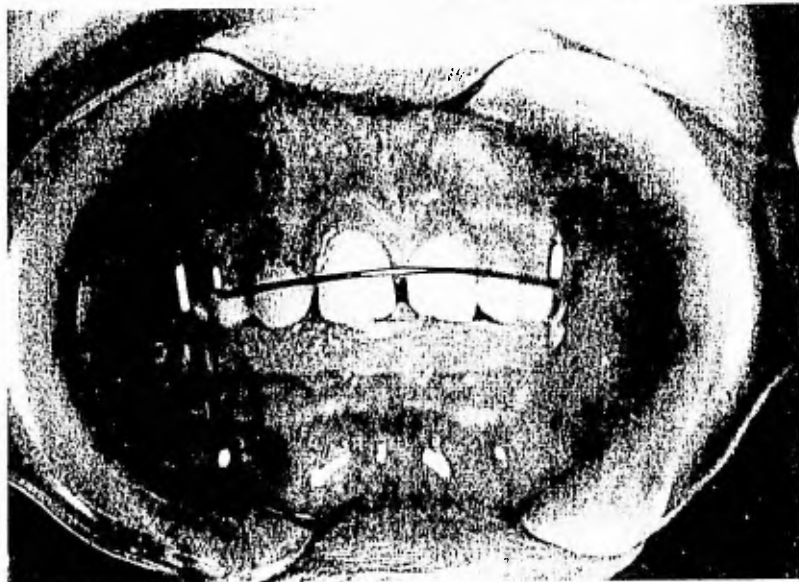








ESTO PESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA







## CONCLUSIONES

Los Cirujanos Dentistas deben concientizar a los padres de familia de que los hábitos bucales pueden ocasionar daños degenerativos y así podremos evitar el empeoramiento de las relaciones esqueléticas ya existentes, así como la formación de nuevos malos hábitos y maloclusiones más severas.

Es importante tomar en cuenta el aspecto psicológico y tener un criterio más amplio en el tratamiento y corrección de estas anomalías; para esto es necesario que los pacientes pediátricos asistan a cualquier centro de salud para su evaluación dental detectando a tiempo estos hábitos bucales e interceptarlos a temprana edad.

Así mismo la prevención y el tratamiento de los malos hábitos tendrá que ser ubicado socialmente, como un problema de conducta que afecta la cavidad oral y tomar en cuenta que este problema es influido por factores familiares, sociales, ambientales y biológicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- ACTA EN ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA \*Los hábitos orales en el niño\* Dr. Fernando Morban Laucer  
Vol. 3 N° 1 1986
- 2.- ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA \*Succión del pulgar. Probables causas y tratamientos\* Dr. Gerardo Aguilar Garcés.  
Vol. XXXVI N° 4 Julio- Agosto 1989 pp 417-419
- 3.- ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA \*Análisis de los hábitos orales \* Dr. Samuel Rajunov Sarafanov  
Vol. XXXVII N° 2 Marzo- Abril 1980 pp 95-98
- 4.- ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA \*Los hábitos orales en el niño. Aspectos Epidemiológicos\* Primera parte  
CD Rubén Bayardo Casillas  
Vol. LII N° 1 Marzo-Abril 1995 pp 22-26
- 5.- ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA \*Los malos hábitos orales\* CD Rubén Bayardo Casillas Segunda parte  
Vol. LII N° 2 Marzo-Abril 1995 pp 79-84
- 6.- ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA \*Succión digital\* El niño con el hábito Samuel Leyt  
Vol. 83 N° 2 Abril-Junio 1995 pp 125-128
- 7.- BARNETT Edward M. \*Terapia oclusal en odontopediatría\*  
1978 pp 86-92, 185-190.
- 8.- BRAHAM Raymond I \*Odontología pediátrica\* 1984 pp 420-424.
- 9.- DENTISTA Y PACIENTE \*Los malos hábitos orales y sus consecuencias\* Vol. I N° 9 1993 pp 26.

10.- FINN Sidney B. \*Odontología pediátrica\* Cuarta edición  
1976 pp 326-338.

11.- GRABER NEUMAN \*Aparatología ortodóntica removible\*  
Segunda edición 1982 pp 68-74, 347,373,381.

12.- MC DONALD Ralph E. \*Odontología pediátrica y del  
adolescente\* Quinta edición 1990 pp 726-782.

13.- MOYERS Robert E. \*Manual de ortodoncia\* Cuarta edición  
1992 pp 156-160.

14.- PINKHAM J:R: \*Odontología Pediátrica\* 1991 pp 311-317.

15.- PRÁCTICA ODONTOLÓGICA \*Hábitos de presión  
anormales\* Sánchez Cruz Othon Vol. 12 N° 7 Julio 1991

16.- PRÁCTICA ODONTOLÓGICA \* Posición de los dientes y  
los malos hábitos\* Dr. Samuel Rajunov  
Vol. 12 N° 15 1993 pp 22-24.