



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CÓMO PREVENIR MALOCLUSIONES CAUSADAS POR
HÁBITOS (RECOMENDACIONES A LOS PADRES).

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

KAREN LILIANA SÁNCHEZ GUTIÉRREZ

TUTORA: Mtra. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA



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

Agradezco en primera instancia a Dios por darme fuerza, fe y esperanza para no claudicar en los momentos de desaliento, por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que me fuera posible alcanzar este triunfo, por la hermosa e incomparable familia que me brindó y sobre todo por ese gran motor, que dio fuerza a mi vida.

Mi Hijo al cual amo con todo mi ser y fue el mejor motivo para no dejarme vencer ante las adversidades. Te amo y te amaré con todo mi ser MARCO ANTONIO CORTES SÁNCHEZ.

A mis padres por su incondicional apoyo porque sin ellos no estaría concluyendo una etapa más en mi vida, y cumpliendo este sueño tan anhelado, gracias por creer en mí y enseñarme con verdaderos ejemplos de que nada es imposible, que solo se necesita desear algo y poner empeño y dedicación para lograrlo, por todo eso y más gracias.

A mis amigos que a lo largo de esta carrera fui cosechando que me dejaron parte de ellos, que siempre tuvieron algo que enseñarme y yo siempre tuve algo que aprender, gracias por esos buenos y malos momentos, gracias por compartir un poco de ustedes conmigo, gracias por sus consejos gracias porque sin ustedes nada hubiera sido igual.

Por último quiero agradecer a las personas que siempre estuvieron conmigo llenándome de sus conocimientos porque sin sus enseñanzas esto no hubiera sido posible gracias a mis profesores que a lo largo de éste gran caminar me dieron su ejemplo y dedicación para aprender más sobre mi amada carrera, pero sobre todo agradezco a mi preciada tutora la Mtra. Emilia Valenzuela que a pesar de todo estuvo conmigo al pie del cañón para poder concluir con este último pasó muchísimas gracias Dra., es usted un ejemplo de persona.



Índice:

Introducción	4
1. Prevención	5
1.1. Niveles de prevención	6
2. Oclusión	7
2.1 Planos terminales	8
2.2 Clasificación de Angle	10
2. Maloclusiones	11
3.1 Etiología de las maloclusiones	12
4. Hábito	13
4.1 Clasificación de los hábitos	14
4.2 Hábitos orales más frecuentes causales de maloclusiones	16
4.3 Succión digital	17
4.4 Deglución y deglución atípica	19
4.5 Habito de labio	22
4.6 Respiración oral	24
4.7 Bruxismo	26
4.8 Onicofagia	26
5. Maloclusiones más frecuentes ocasionadas por hábitos	28
5.1 Mordida profunda	28
5.2 Mordida abierta	29
5.3 Mordida cruzada posterior	30
5.4 Mordida cruzada anterior	31
5.5 Apiñamiento	32
6. Prevención de maloclusiones	33
7. Conclusiones	34
8. Referencias bibliográficas	35



Introducción

En la actualidad se sabe que en la mayoría de los casos, las maloclusiones son causadas por diferentes factores; como hábitos parafuncionales (succión de dedo, hábito de lengua, respirador bucal, hábito de labio etc.).

Según la organización mundial de la salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías en salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal. ¹

A pesar de los esfuerzos que realizan, los educadores para la salud y odontólogos, para erradicar estos problemas y sus consecuencias vemos que no se han obtenido los resultados esperados.

Las maloclusiones son un problema que puede ser prevenido con mayor información hacia los padres de familia por medio de campañas informativas; haciéndoles ver el daño que ocasionan los hábitos en las denticiones temporales y permanentes, cuando no son atendidas a tiempo y la manera en la que se correlacionan con las maloclusiones, por ello la importancia de eliminarlos a edades tempranas, para evitar los estragos.

La mayoría de los pacientes afectados muestran evidencias de esta patología desde la infancia y pueden ser asociadas de forma directa con hábitos bucales. ²

Por lo que nos motiva a conocer con más detalles las características de estos hábitos y las maloclusiones que se relacionan directamente con los mismos.



Objetivo:

Identificar los factores más importantes que ocasionan las maloclusiones como los hábitos, para poder evaluar y realizar un buen diagnóstico en cada uno de los pacientes y así prevenir de manera temprana maloclusiones y evitar tratamientos ortodónticos, además de contar con todos los conocimientos necesarios para dar recomendaciones a los padres.

1. Prevención.

Según la OMS, son básicamente medidas guiadas para, evitar la aparición de enfermedades, deficiencias físicas, mentales y sensoriales y evitar que se tengan consecuencias negativas físicas, psicológicas y sociales. ¹

El interés principal de la prevención de la salud es reflexionar sobre la función de la familia y los profesionales de la salud, como los elementos indispensables para el desarrollo de actividades encaminadas, no sólo a curar enfermedades, sino también a prevenirlas y a promover la salud, siendo de vital importancia la familia, ya que en está es donde se inicia el proceso de formación del individuo.³



1.1 Niveles de prevención.

Prevención primaria

A) primer nivel: promoción de la salud.- no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad dado, que incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud general del individuo.³

B) segundo nivel: protección específica.- consta de medidas para prevenir la aparición o la recurrencia de enfermedades específicas.³

Prevención secundaria

C) tercer nivel: diagnóstico y tratamiento, comprende la prevención secundaria, y su nombre define su objetivo.³

Prevención terciaria

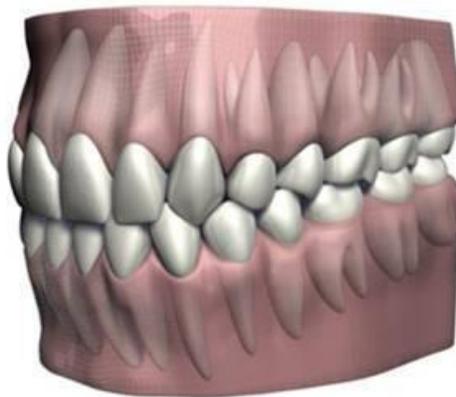
D) cuarto nivel: limitación del daño.- incluye medidas que tienen por objetivo limitar el grado de daño producido por la enfermedad .³



2. Oclusión

"Oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen cuando los arcos dentarios se encuentran en contacto". Cuando hablamos de una definición "normal", nos referimos a una situación en ausencia de enfermedad. Una oclusión dental adecuada es la que permite que los dientes de la mandíbula, se relacionen con los dientes de la maxila de una manera armónica haciendo que con esto, se permita una adecuada masticación y deglución de los alimentos, articular bien las palabras entre otras funciones y esto le dará a la cara un aspecto uniforme y estético.²

Algunos de los parámetros orofaciales más importantes de la oclusión son: la función de la vías respiratorias, la anatomía y función del tejido blando, el tamaño del maxilar y mandíbula (tanto la rama como el cuerpo), la forma del arco, la anatomía de los dientes, la ausencia congénita y la rotación de los mismos. Todos estos elementos importantes deben ser incluidos en el concepto de oclusión.⁴



3D SCIENCE.COM

Fuente: 3D science.com



2.1. Planos terminales.

Para tener una idea clara y poder prevenir a tiempo una maloclusión es necesario saber cómo identificar los cambios notorios en la oclusión esto se hace con el debido conocimiento de conceptos tales como planos terminales en dentición temporal o clase de Angle en dentición mixta o permanente.

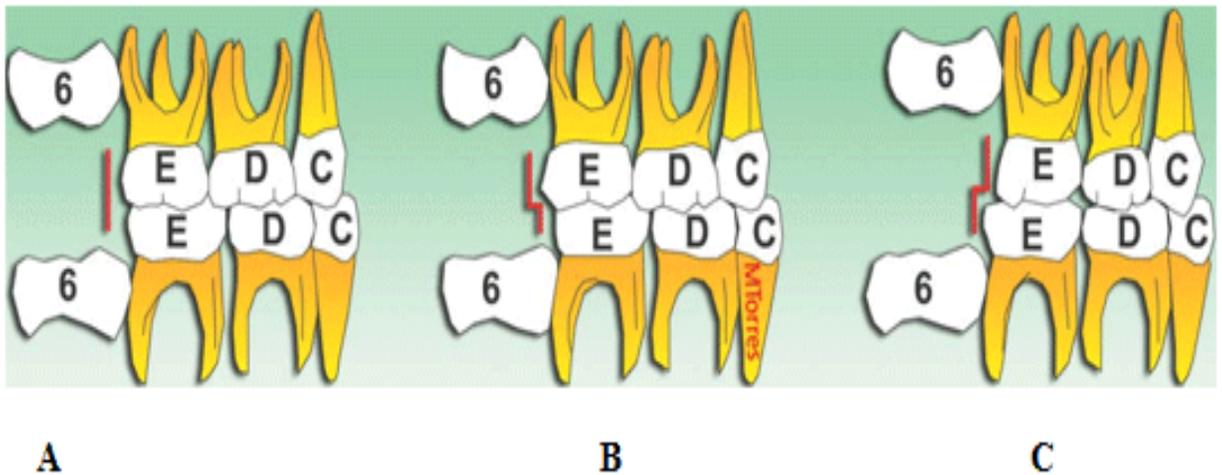
Los planos terminales como su nombre lo indica, son los planos que están perpendicular a la cara distal del segundo molar temporal superior e inferior y la colocación del plano terminal distal del molar inferior nos dará el tipo de oclusión que tendrán los primeros molares permanentes muy probablemente.⁵

En la literatura se encuentran descritos tres tipos de planos terminales que son:

- A. Plano terminal recto, cuando ambos planos están en un mismo nivel formando una línea recta. En este caso un porcentaje del 85% se ira a una relación de los primeros molares permanentes clase I y un porcentaje del 15% se ira a una relación clase II (borde a borde) de los primeros molares permanentes.

- B. Plano terminal con escalón mesial, cuando el plano del molar inferior está por delante del superior formando un escalón hacia mesial. En este caso la relación de los primeros molares permanentes puede irse hacia una relación oclusal clase I en un porcentaje de 80% y en un 20% hacia una relación clase III, sobre todo en aquellos casos en los cuales existe información genética de prognatismo.

- C. Plano terminal con escalón distal, cuando el plano del molar inferior esta por detrás del superior formando un escalón hacia distal. En este caso el porcentaje de que la relación de los primeros molares permanentes sea de una clase II es casi del 100%.⁵



FUENTE: www.ortodoncia.ws. Consultada, .../.../...

Esquema de los tres tipos de planos terminales a. Plano terminal recto, b. Escalón mesial c. Escalón distal



2.2 Clasificación de Angle

A principios del siglo XX, Angle (1899), 1907 estudió las características de la oclusión dental proponiendo una clasificación que permite ordenar de manera sistemática y cualitativa a las maloclusiones, para su diagnóstico y tratamiento. Esta clasificación se basa en la relación de la arcada dental inferior con respecto a la superior tomando en cuenta la relación entre en primer molar permanente superior y el primer molar permanente inferior. ⁶

CONDICION	DESCRIPCION
Oclusión Normal	Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesio-vestibular del inferior permanente.
Maloclusión Clase I	Cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesio-vestibular del inferior permanente pero existe alteración en la relación entre los dientes anteriores.
Maloclusión Clase II	Cuando el surco mesio-vestibular del primer molar inferior permanente ya no recibe a la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior permanente sino que hace contacto con la cúspide disto-vestibular del mismo, o puede encontrarse aún más distal.
Maloclusión Clase III	Cuando en oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial en relación con el primer molar permanente superior.

Fuente: <https://www.google.com.mx/search?Q=clasificacion+de+angle+odontologia+articulos>

Clase I: Relación Molar Normoclusión o Clase I, Relación Canina Clase I	Tipo 1	Apiñamiento
	Tipo 2	Espaciamiento, protrusión incisivos.
	Tipo 3	Incisivos a tope o mordida cruzada anterior
	Tipo 4	Mordida cruzada posterior
	Tipo 5	Pérdida prematura
Clase II: Relación molar Clase II, relación canina Clase II	Biprotrusión	Biprotrusión dental
	Normoclusión	Relación molar primaria plano de terminal recto o escalón mesial suave, relación canina primaria Clase I.
	División 1	incisivos superiores protruidos
Clase III: Relación molar Clase III, relación canina Clase III	División 2	incisivos centrales superiores retruidos
	Distoclusión	Relación molar primaria escalón distal, relación canina primaria Clase II
	Tipo 1	Incisivos a tope
	Tipo 2	Overjet normal con retrusión de incisivos inferiores
	Tipo 3	Mordida cruzada anterior
	Mesioclusión	Relación molar primaria escalón mesial, relación canina primaria Clase III

Fuente: <https://www.google.com.mx/search?Q=clasificacion+de+angle+odontologia+articulos>



3. MALOCLUSIONES

Las maloclusiones son definidas como alteraciones de carácter genético, funcional, traumático o dentario que afectan a los tejidos blandos y duros de la cavidad oral, las maloclusiones severas son acompañadas por desproporciones de la cara y de los huesos.⁷

Son también la consecuencia de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático, estas pueden originarse por las variaciones de cada individuo, como por ejemplo, las características en la dentición temporal, ya que esta influye en gran medida en el desarrollo de una adecuada oclusión en la dentición permanente, se definen también como la desviación de las relaciones intermaxilares y/o maxilares de los dientes, lo cual supone un riesgo para la salud oral del individuo.²

Aunque podríamos afirmar que la maloclusión es otra alteración que se ha acentuado con los cambios de la vida moderna, la maloclusión es una desviación significativa de la oclusión normal, la mayoría de las maloclusiones en la dentición primaria, a menos que se traten, persistirán en la dentición permanente, sin embargo, la maloclusión en dentición primaria puede autocorregirse hasta en un 45% de los casos.^{4,8}

Estas constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica, esta entidad ocupa el tercer lugar en prevalencia, precedido de la caries dental y la enfermedad periodontal.



3.1. Etiología de las Maloclusiones

Las maloclusiones tienen una etiología multifactorial, sobresaliendo factores de riesgo tanto ambientales como genéticos en el desarrollo de las mismas, tales como hábitos orales, reducida actividad en los músculos del maxilar, amígdalas y adenoides hipertróficos, trauma dental pérdida temprana de dientes primarios y enfermedad crónica severa en la niñez.

La persistencia de hábitos parafuncionales también es elevada y se correlaciona con las maloclusiones.

Algunas de las personas asumen que los problemas de desarrollo craneofacial, al igual que el apiñamiento dentario, son hereditarios. De hecho mientras algunos lo son, la mayoría de estos problemas derivan de alteraciones miofuncionales por hábitos. Los hábitos pueden interceptarse en edades tempranas y así evitar problemas de maloclusiones.⁸

Pérdida prematura: es cuando los dientes temporales son perdidos antes de su periodo normal de exfoliación y puede ser por diferentes factores como caries dental traumatismos etc.

Factores Genéticos. Las características esqueléticas son altamente heredables, como discrepancias entre los maxilares, prognatismo mandibular y síndrome de cara larga etc.



Retenciones prolongadas: La retención prolongada de los dientes temporales pueden ocasionar erupciones ectópicas, retención de los gérmenes de los dientes permanentes y esto puede producir discrepancia en el sector correspondiente y malposición dentaria de los dientes permanentes .⁸



Fuente: www.odontocat.com

Enfermedad crónica en la niñez tales como: enfermedad respiratoria crónica o alergias, causados generalmente por el crecimiento exacerbado de amígdalas hipertróficas y adenoides.⁸

4. HÁBITO

Definidos como actividades repetitivas no funcionales.

Los hábitos no fisiológicos, son uno de los principales factores etiológicos causales de maloclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales alteran, el desarrollo normal del sistema estomatognático lo que lleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en la que se inicia el hábito, cuanto menor es la edad, y él hábito persiste por periodos prolongados , mayor es el daño, porque el hueso tiene mayor capacidad de moldearse.⁹



Si actuamos de manera temprana en la erradicación de dichos hábitos, tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si se elimina el hábito a tiempo.

Los hábitos bucales son indudablemente la causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales, se consideran reacciones involuntarias que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.¹⁰

Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital, uso del chupón (de manera prolongada), y la respiración bucal, pueden llegar a afectar directamente en la oclusión.²

Existen hábitos beneficiosos o funcionales como lo es la masticación, deglución y respiración normal, los cuales sirven de estímulo para el crecimiento adecuado de los maxilares, pero los hábitos conocidos como perjudiciales o parafuncionales, actúan causando maloclusiones, ya que éstos alteran la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentales, interfiriendo en el crecimiento normal y la función de la musculatura orofacial, dando lugar a diferentes maloclusiones dentales y/o esqueléticas.¹¹

4.1. Clasificación de los hábitos

Los hábitos orales pueden ser clasificados en:

Útiles: hábitos que forman parte de la actividad natural como la respiración, posición correcta de los dientes, lengua, labios y mejillas durante la deglución, fonación, etc.

Nocivos: aquellos que ejercen fuerzas dañinas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos.



Los hábitos bucales nocivos o anormales, pueden afectar el crecimiento de los maxilares, debido a que actúan sobre rebordes alveolares maleables que están en proceso de calcificación o madurez, son capaces de producir serias alteraciones que traen consigo cambios en la oclusión, ya que estos repercuten en el posicionamiento de los dientes.²

Según Hale, Kellum y Gross (1991) los desórdenes miofuncionales de las estructuras orofaciales son: "*cualquier característica anatómica o fisiológica de las estructuras (labios, dientes, lengua, mandíbula, mejillas, paladar) que resulta notablemente diferente e interfiere con un desarrollo normal de la dentición, el habla, la salud afectando la estética y desarrollo psicosocial*". Citado en el artículo García., D'Jurisic A., Quirós O., Molero L., Alcedo C., Tedaldi J. Hábitos **susceptibles de ser corregidos mediante terapias miofuncionales.** ²

A esto se le atribuye, la postura de reposo de la lengua, la deglución y las posturas anómalas durante el habla u otras acciones, así como la presencia de hábitos inoportunos que influyen en la forma y función de las estructuras de cara y boca. ⁴

Si a partir de los 6 años de edad, se sigue contando con la presencia de cualquiera de estos hábitos miofuncionales, se provocará un desequilibrio notorio y severo en el desarrollo facial y dental, del individuo. Y por lo tanto influirá de manera psicológica y social a su autoestima evitando así la interacción con más individuos y llevando al paciente a aislarse.

Entre las disfunciones orales, más comunes destacan: la deglución, la respiración bucal y las alteraciones de la posición lingual en reposo.⁴



4.2 Hábitos más frecuentes causales de maloclusiones

Ciertos hábitos pueden actuar como factores causales del desarrollo de ciertas maloclusiones, donde pueden afectar el crecimiento óseo y el desarrollo dentario, pudiendo esta maloclusión estar potenciada o aliviada según las facies del individuo.²

Los hábitos más frecuentes se clasifican en dos grupos de acuerdo a la función de la estructura oral que alteren:

Hábitos que ocasionan maloclusión y alteración de los tejidos duros: succión digital; succión labial; succión del chupón; apretamiento o rechinamiento de dientes, respiración bucal.

Y los hábitos que producen patología de la mucosa oral: mordisqueo; hábitos automutilantes (morder lápices, uñas, cepillado excesivo; respiración bucal).

Los hábitos más frecuentes causales de maloclusiones son:

- ✓ Succión digital
- ✓ Deglución atípica
- ✓ Hábito de labio
- ✓ Respiración oral
- ✓ Bruxismo
- ✓ Onicofagia



4.3 Succión digital

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que se considera normal, probablemente está presente en más del cincuenta por ciento (50%) de los niños pequeños.

La succión digital se inicia en el primer año de vida, sin causar daño alguno que no sea reversible y si suele continuar hasta los cuatro años de edad o más es cuando se tendrán daños severos.

Entre la variedad de forma que existe de succión digital, la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical, con la uña dirigida hacia los dientes inferiores, en algunos casos, dos o más dedos son succionados a la vez; no se ha observado predilección por alguna mano determinada.

Los efectos de la succión digital dependen de la duración del hábito, frecuencia e intensidad del hábito, de los números de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la cavidad oral y del patrón morfogenético.

Es importante mencionar que si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente.

La frecuencia e intensidad con que se practica el hábito durante el día y la noche, también será de importancia para el resultado final, si bien los efectos serán menores en un niño que succiona el dedo de forma esporádica que en otro que lo haga de manera continua.

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral.



La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal al del dedo cuando descansa a manera de punto de apoyo sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el piso de la boca y por último, el patrón morfo genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito.

Si el niño presenta un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendrá una tendencia a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia. ²



Fuente: succiondigital.blogspot.com

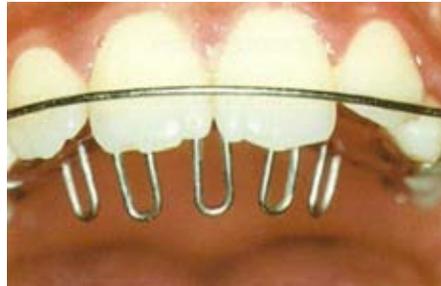
Consecuencias de la succión digital:

Protrusión de los incisivos superiores (con o sin presencia de diastema), retroinclinación de los incisivos inferiores, mordida abierta anterior, prognatismo alveolar superior, estrechamiento del arcada superior (debido principalmente a la acción del musculo buccinador), mordida cruzada posterior y dimensión vertical aumentada, etc.²

Tratamiento:

Se recomienda explicar al niño con palabras conforme a su edad de los daños que causará el persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.

- ✓ Aparatología removible o fija (rejilla lingual).
- ✓ Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral. ²

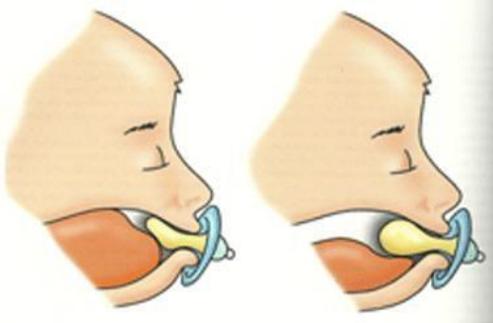


Fuente: ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Fláviovellini

4.4 Deglución y deglución atípica

Una de las funciones que se desarrolla, alrededor de la 12^a semana de vida intrauterina es la deglución. En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder succionar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (deglución infantil), cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder.²

La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores como la succión del pulgar, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.¹²



Fuente: ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Fláviiovellini

La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con nula actividad de la musculatura lingual.²

Deglución atípica

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre ambas arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es denominado lengua protráctil.²



Fuente: nuevoarticadental.com



Etiología de la deglución atípica:

Amígdalas hipertróficas, macroglosia (la cual es poco frecuente), alimentación prolongada por medio de biberón, pérdida prematura de los dientes temporales anteriores.²

Consecuencias de la deglución atípica:

Mordida abierta en la región anterior y posterior, protrusión de incisivos superiores, presencia de diastema en dientes antero superiores, labio superior hipotónico, Incompetencia labial, hipertonicidad de la borda del mentón.²

Tratamiento de la deglución atípica:

Ejercicio de terapia miofuncional para la reeducación de la posición lingual, Utilización de aparatología fija o movable (rejilla lingual o perla de tucat).

Deglución atípica con presión de la lengua:

Existen cuatro tipos:

Tipo I: no se observan alteraciones en los arcos dentales.

En el tipo II: presión anterior de la lengua en este caso se observan mordida abiertas anteriores, mordida cruzada posterior y un aumento del resalte.

Tipo III: se ejerce presión lateral con la lengua aquí es muy común encontrar mordida abierta lateral y mordida cruzada.

Tipo IV: presión lingual tanto anterior como lateral.

Una de las características para percatarnos de este hábito son: falta de contracción de los músculos maseteros, donde se encuentra involucrada la musculatura peri bucal durante la deglución, mayor volumen lingual y por lo tanto una mayor presión, frenillos linguales mal insertados.

Tratamiento:

Terapia miofuncional llevadas a cabo por el fonoaudiólogo, aparatos ortopédicos funcionales reeducadores de lengua ,tratamientos quirúrgicos de adenoidectomía o tonsilectomía, frenectomía y en casos extremos reducción del tamaño de la lengua ,métodos mecánicos con uso de rejilla lingual y reductores de diastemas.¹²



Fuente: ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávioelli

4.5 Hábito de labio (interposición labial).

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto, aquí los dientes están teniendo una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclinan en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan.²



La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.²



Fuente: acastillodental.blogspot.com

Tratamiento de la deglución atípica con presión atípica del labio (interposición labial).

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o lipbumper), o una placa de Halley inferior. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.²

Para la corrección de la hipotonía del labio superior se recomienda que el paciente haga algunos ejercicios, con la finalidad de aumentar el tono muscular.²

El aparato utilizado como auxiliar en los ejercicios para tonificación labial es la placa vestibular o escudo vestibular. Actúa básicamente en la corrección de la disfunción muscular perioral, el escudo vestibular, entre otras funciones, se utiliza para el ejercicio de tonificación de la musculatura labial y yugal.²



4.6 Respiración oral

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

Por obstrucción funcional o anatómica: es la respiración oral debido que a nivel de fosas nasales existe la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.²

Por hábito: el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas, se recurre al hábito, transformándose en costumbre.²

Etiología de respiración oral:

Amígdalas palatinas y adenoides hipertróficas, presencia de pólipos nasales, rinitis alérgicas, desviación del tabique nasal, hipertrofia idiopática de los cornetes, asma y bronquitis, Inflamación de la mucosa por infecciones o alergías.²



Fuente: www.lookfordiagnosis.com



Características faciales y dentarias de la respiración oral:

Facies adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso e invertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras), mordida cruzada posterior, uní o bilateral acompañada de una moderada mordida abierta anterior, paladar alto u ojival, retrognatismo del maxilar inferior, labio superior corto e hipotónico, labio inferior hipertónico, músculo de la borla del mentón hipertónico, maxilar superior estrecho, protrusión del maxilar superior, gingivitis crónica, incompetencia labial, incisivos inferiores lingualizados y apiñados, perfil convexo.²

Tratamiento de la respiración oral:

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.), Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc.⁴

Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla, Terapia miofuncional.²



4.7 Bruxismo

El esmalte de los dientes temporales contiene una menor proporción de sales minerales, lo que unido al mayor volumen de sus poros, explica el mayor desgaste de manera normal que se observa en dentición temporal.

Esto que es fisiológico se agrava cuando el paciente presenta bruxismo. En su etiología, además de los factores periféricos (morfológicos) se distinguen también factores centrales. En el pasado, los factores morfológicos como las discrepancias oclusales, fueron considerados como el principal factor causal del bruxismo. Actualmente se acepta que estos factores juegan sólo un papel menor.¹³



Fuente: www.clinicadentalidentis.com

4.8 Onicofagia

Costumbre de incidir, cortar, roer las uñas con los dientes, pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías, La palabra proviene del griego onyx y phagein que significan uña y comer respectivamente.

Hábito compulsivo por comerse o morderse las uñas cuyo origen se presenta generalmente en edades tempranas como en la infancia y la adolescencia, aunque este mismo hábito puede encontrarse en individuos de edad adulta, pero en menor porcentaje, tomando en cuenta que la mayor incidencia la encontramos en jóvenes sobre todo en la edad de la pubertad.



COMÓ PREVENIR MALOCLUSIONES CAUSADAS POR HÁBITOS (RECOMENDACIONES A LOS PADRES).



Representa una costumbre contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropática, se relaciona con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora, acompañada con cierto grado de tensión y ansiedad, considerándose a estos niños difíciles o nerviosos.

Características Clínicas: Casi siempre muerden en el mismo sitio por lo tanto producen maloclusiones localizadas, se encuentra alterada la estética de los dientes por abrasión, erosión o astillamiento, malposición dentaria.

Características psicológicas: Como hábito es muy frecuente que se presente en niños en edad escolar en igual proporción en ambos sexos, alcanza su cumbre entre los 11 y 13 años de edad, y no guarda relación con el nivel mental de la persona.¹⁴



Fuente: www.Elbloginfantil.com



5. MALOCLUSIONES MÁS FRECUENTES OCASIONADAS POR HÁBITOS.

Mordidas abiertas anteriores y o laterales, protrusiones dentarias, Protrusiones dentoalveolares, retención prolongada, mordida cruzada, apiñamiento.

5.1 Mordida profunda

La sobremordida o mordida profunda se define como la superposición vertical de los incisivos superiores sobre los inferiores y viceversa, sufre cambios significativos a lo largo de todo el proceso del recambio de dentición.

En una oclusión normal la sobremordida vertical es de 2mm esto significa que el 20% de la superficie labial de los incisivos inferiores está cubierta por los incisivos superiores, si los dientes superiores cubren más del 30% lo denominamos sobremordida (pueden llegar a cubrir los inferiores completamente).⁹

Normalmente no sufre cambios apreciables, excepto cuando aparecen algunas condiciones ambientales: como atrición u otros hábitos.

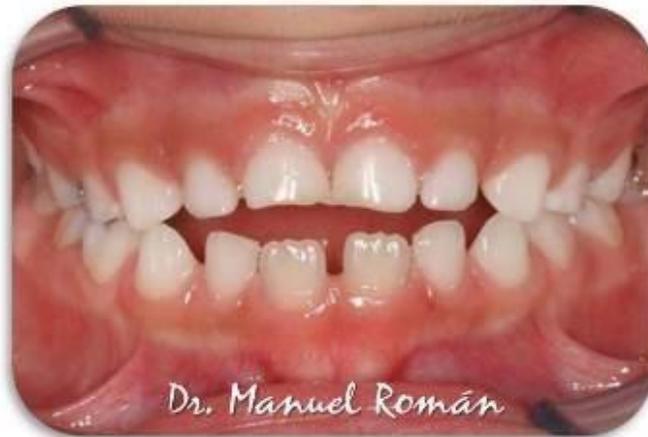


Fuente: <https://www.google.com.mx/search=oclusión>

5.2 Mordida abierta

La mordida abierta es resultado de una alteración no sólo dentaria sino también funcional, es indispensable tomar en cuenta si hay crecimiento o no de los huesos propiamente dichos y si las vías aéreas están permeables, así como la relación con los factores ambientales, los hábitos parafuncionales, etc.

Las mordidas abiertas debemos identificar las causas, que las están ocasionando y deben ser tratadas tempranamente; ya que pueden ser un problema en el desarrollo de los maxilares. ¹²



Fuente: www.ortodonciaamalaga.com



5.3 Mordida cruzada posterior

Esta es causada principalmente por los hábitos de succión tenidos por mucho tiempo, suelen ser causadas por un estrechamiento del maxilar.

Para su tratamiento, se utiliza aparatología fija y removible para la corrección de dicha maloclusión. ¹⁵



Fuente: www.ortodonciaamalaga.com



5.4 Mordida cruzada anterior

La mordida cruzada anterior es uno de los problemas más comunes en pacientes en crecimiento. Ocurre generalmente en la dentición temporal y mixta como resultado de una desarmonía en los componentes funcionales o dentales del sistema ortognático del niño.

Algunos de los factores etiológicos más comunes son el trauma a los incisivos temporales con desplazamiento de la erupción del diente permanente; así como el retraso en la exfoliación de los incisivos temporales con la desviación a palatino del incisivo permanente en erupción; dientes anteriores supernumerarios, odontomas, patrones congénitos anormales de erupción y perímetro de arco deficiente.

La mordida cruzada anterior se debe tratar en la dentición primaria y mixta. Ya que si permanece esta maloclusión en la dentición permanente proporcionará un ambiente menos ideal para un crecimiento en forma ordenada.¹⁵



Fuente: www.ortodonciaamalaga.com



5.5 Apiñamiento

La clasificación del apiñamiento que fue propuesta por Van Der Linden en 1974, ésta basada tanto en el momento de la erupción dental como durante el proceso de desarrollo de la dentición como en los factores etiológicos a los que es atribuible.

De acuerdo con la cantidad de espacio requerido, el apiñamiento se puede Clasificar en:

- apiñamiento leve: menos de 4mm.
- apiñamiento moderado: de 4mm a 7mm.
- apiñamiento severo o máximo: mayor de 7mm.



Fuente: clinicaencarnarui.com



6. PREVENCIÓN DE MALOCLUSIONES

Una forma de prevenir maloclusiones, es identificando y corrigiendo los hábitos a edades tempranas, así como la eliminación de procesos cariosos para evitar pérdidas dentales prematuras, y por lo tanto perder la guía eruptiva propiciando una maloclusión, por lo que se recomienda la revisión con el odontólogo cada seis meses.¹⁶

La identificación y eliminación oportuna de hábitos parafuncionales bucales de la población infantil, es de gran ayuda para evitar o interceptar algún tipo de maloclusión a tiempo, la cual puede instaurarse fácilmente en los pacientes que se encuentran en crecimiento y desarrollo.

Es importante que los programas educativos dirigidos a la salud oral involucren los conocimientos acerca de estas complicaciones y sus tratamientos dirigidos a los padres de familia y éstos a su vez puedan comprometerse a la supervisión de sus hijos, coadyuvando con él odontólogo o el profesional de la salud para erradicar dichos problemas.⁸

El odontólogo debe diseñar estrategias de prevención dirigidas a diversos grupos poblacionales como a los padres de familia en general y en comunidades rurales, con la finalidad de lograr cambios de actitudes en beneficio de mejorar finalmente la calidad de vida.

Así también, los hábitos deben erradicarse en el segundo año de vida o antes, si persisten más allá de los 3 años deben iniciarse acciones de eliminación, tomando en cuenta las interacciones físicas, emocionales y sociales que se dan en el desarrollo.



7. CONCLUSIONES:

Las maloclusiones y hábitos orales son de etiología multifactorial y son tratadas de manera multidisciplinaria, sumando esfuerzos de profesionales como pediatras, odontólogos, logopedas, psicólogos, ortodoncistas y otorrinolaringólogos.¹⁷

Los hábitos orales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones, en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento y desarrollo, por consiguiente, todo lo que se haga para interceptar y erradicar oportunamente dichos hábitos, redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático.¹⁸

La elevada prevalencia de maloclusiones así como hábitos orales y su asociación, evidencia la necesidad de identificarlos tempranamente.¹¹

La erradicación a tiempo de los hábitos bucales es de vital importancia ya que así podemos evitar elevados costos a los padres.¹⁹

Informar a los padres que si detectan algún hábito nocivo lo reporten al odontólogo con el fin de erradicar el hábito de manera efectiva.

Finalmente es importante destacar la necesidad de establecer programas de educación para la salud, dirigidos principalmente a la población preescolar y escolar, en donde se involucre a los padres de familia.²⁰



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. [Http://www.lr21.com.uy/comunidad/262507-definiciones-de-la-oms](http://www.lr21.com.uy/comunidad/262507-definiciones-de-la-oms).
2. Laboren m., medina c., Viloría c., Quirós o., D'Jurisic a. Alcedo c., molero I., Tedaldi J. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria. Revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatría "ortodoncia.ws" edición electrónica julio 2010. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada
3. Leavell h, Clark e. Preventive Medicine for Doctor in this Community. an Epidemiologic approach. New York: mc Graw-hill. Book Company; 1965.
4. Jeffrey A. Dean., David R. Avery., Ralph McDonald. "Odontología para el niño y el adolescente". 9ª.ed. Editorial Amolca, 2014, actualidades médicas, c.a Pp. 78
5. Marco Aurelio Enciso **Jiménez Ortodoncia preventiva**. Facultad de estomatología, Benemérita universidad autónoma de Puebla.
6. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALOCLUSIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. Acta odontológica venezolana.** VOLUMEN 48 Nº 2 / 2010 . <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/2/art15.asp>
7. Rodríguez Ezequiel. Ortodoncia contemporánea. Diagnóstico y tratamiento. 2a.ed. Editorial Amolca, 2008. Pp. 293.
8. Gôran Koch Sven Poulsen. Odontopediatría Abordaje Clínico. 2ª.ed. Editorial: Amolca, 2011. Pp.221.



COMÓ PREVENIR MALOCLUSIONES CAUSADAS POR HÁBITOS (RECOMENDACIONES A LOS PADRES).



9. Canut, José A. Ortodoncia clínica y terapéutica. Barcelona España. 1ª .ed. Editorial Masson, 2004. Pp. 96
10. Fernando Escobar Muñoz. Odontología Pediátrica. 1a. ed. Madrid: Editorial Amolca, 2012.Pp. 254-255.
11. Buitrago López. Asociación entre maloclusiones y hábitos orales en niños de 4 a 11 años. Revista colombiana de investigación en odontología. Vol 4, No 10 (2013) .
[Http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/236](http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/120/236)
12. Gedes pinto; Bonecker Rodríguez. Fundamentos de Odontología. 1a ed. Sao paulo. Editorial Santos, 2011.Pp.371-372
13. Escobar Muñoz Fernando. Odontología Pediátrica.1ª.ed Editorial Ripano, 2012. Pp 631.
14. Ferro, M. Naccif, A.; Sotillo, F. Velásquez I., Velez, K."Aspectos psicológicos de la onicofagia en los estudiantes de 2do año de la facultad de odontología de la universidad central de Venezuela .Revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatria "ortodoncia.ws" edición electrónica febrero 2010. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...
15. William R. Proffit, dds, phd .Ortodoncia Contemporánea. 2008 Elsevier España, s.l. Pp247-248
16. [Http://www.clinicadentalmediterraneo.com/ortodoncia/iquest-como-se-pueden-prevenir-las-maloclusiones/](http://www.clinicadentalmediterraneo.com/ortodoncia/iquest-como-se-pueden-prevenir-las-maloclusiones/).
17. Aguilar M.; Villaizá C.; Nieto I."Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de maloclusión en población escolar". Revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatria "ortodoncia.ws" edición electrónica octubre 2009. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...



COMÓ PREVENIR MALOCLUSIONES CAUSADAS POR HÁBITOS (RECOMENDACIONES A LOS PADRES).



18. Lugo c., Toyo "hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones." Revista latinoamericana de ortodoncia y Odontopediatria "ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...
19. [Http://www.clinicadentalmediterraneo.com/ortodoncia/quest-como-se-pueden-prevenir-las-maloclusiones/](http://www.clinicadentalmediterraneo.com/ortodoncia/quest-como-se-pueden-prevenir-las-maloclusiones/).
20. Damaris Bravo Lorenzo, Mercedes Reyes Altuna, José F. Llorach Duch, Julia Rodríguez Carraceras. Nuevas alternativas en prevención de maloclusiones dentarias utilizadas en consejería de salud bucal. Revista Médica Electrónica.2006.vol 28.



COMÓ PREVENIR MALOCLUSIONES CAUSADAS POR HÁBITOS (RECOMENDACIONES A LOS PADRES).

