



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**MALOCLUSIONES DENTOMAXILARES POR HÁBITOS
ORALES EN NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y
ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO.**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

XÓCHITL MENDOZA HERNÁNDEZ

TUTOR: Mtro. ANTONIO GÓMEZ ARENAS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

El presente trabajo es un reto académico y personal, en este proceso han contribuido distintas personas tanto profesionales, como grandes seres humanos que me brindaron su apoyo incondicional y es por eso que quiero agradecer:

A mi tutor de tesina y profesores del diplomado de Ortodoncia Interceptiva por su paciencia y entrega a la enseñanza

Mtro Antonio Gómez gracias por siempre estar dispuesto ayudarme en la realización de esta tesina

Agradezco a todos mis profesores porque de todos aprendí la pasión y entrega de esta hermosa profesión que es la Odontología y en la especialidad de Ortodoncia siendo una de las más nobles en mi opinión personal; entre ellos Roberto Ruiz, Jaime Ito ,Enrique Jiménez, Ricardo Ortíz, Filiberto Hernández , Marichi y Gisela.

Un especial agradecimiento a la Dra Rina por todo su apoyo, sin su colaboración no estaría aquí realizando mi sueño.

Un reto académico que se ha vuelto mi sueño realidad, gracias a todos por su colaboración y apoyo.

Dedico este logro más en mi vida a mi amado esposo Fabian por creer en mi todo el tiempo y siempre estar presente mostrándome su comprensión, amistad y su respeto como persona y como profesional, gracias mi amor.

A mi hija Valentina quien es mi motor de querer hacer bien y mejor todas las situaciones de mi vida, gracias por permitirme ser tu mamá, trataré de ser tu mejor guía con el ejemplo y no defraudarte, te amo Mirary.

A mis hermanos y padres por ser parte de todo esto, y sobre todo a mi adorada hermana Leah por ser mi confidente y apoyo siempre, te amo hermana.

A mi amiga Paty que sin su apoyo no hubiera sido posible, terminar un ciclo más en mi vida gracias amiga te quiero mucho.

Índice	
Introducción.....	6
Propósito.....	8
Objetivos.....	8
Antecedentes.....	9
1.-Clasificación de Angle de las Maloclusiones.....	13
1.1.-Maloclusión Clase I de Angle.....	13
1.2.-Maloclusión Clase II-división 1 de Angle.....	15
1.3.-Maloclusión Clase II-división 2 de Angle.....	16
1.4.-Maloclusión Clase III de Angle.....	18
2.-Etiología de las maloclusiones.....	21
2.1.-Hereditarias.....	21
2.2.-Congénitas.....	21
2.3.-Alteraciones genéticas.....	22
2.4.-Etiología adquirida.....	23
2.4.1.-Generales	23
2.4.2.-Locales.....	24
3.-Hábitos Orales.....	27
3.1.-Succión digital.....	27
3.2.-Biberon.....	29
3.3.-Chupete entrenador.....	31

3.4.-Dieta blanda.....	32
3.5.-Onicofagia.....	34
3.6.-Queilofagia.....	35
3.7.-Postural.....	37
3.8.-Bruxismo.....	38
3.9.-Deglucion atípica.....	40
3.10.-Respirador oral.....	41
4.-Aparatos de tratamiento que se utilizan para algunos malos hábitos.....	44
5.-Marco de referencia.....	49
6.-Conclusiones.....	55
7.-Referencias bibliográfica.....	56

Introducción

Es todos conocida que para el logro de la salud bucal resulta el control de hábitos bucales deformantes muy común en los niños y que puede considerarse normal hasta los 2 años y medio después de esta edad debe eliminarse, por su repercusión en el desarrollo de maloclusiones que provocan deformaciones tanto en el orden biológico, psíquico, social y económico por lo costoso de estos tratamientos.

La maloclusión a nivel mundial ocupa el tercer lugar dentro de las afecciones del aparato estomatognático, precedido por las caries y las periodontopatías, y es considerado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como uno de los denominados problemas de salud.

Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fátiga o aburrimiento, así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Estos hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos de tiempo.

Los hábitos pueden clasificarse en 2 grupos: beneficiosos y perjudiciales. Los hábitos beneficiosos o funcionales son aquellos cuya práctica, de una función normal realizada correctamente, beneficia y estimula el desarrollo normal. La masticación, la deglución y la respiración normal, constituyen ejemplos de hábitos beneficiosos o funcionales.

Los hábitos perjudiciales o deletéreos son los que resultan de la perversión de una función normal, o los que se adquieren por la práctica repetida de un acto que no es funcional ni necesario.

Los hábitos deletéreos o deformantes que son causantes de maloclusión dentaria y que más frecuentemente se observan son:

- Succión del pulgar u otros dedos.
- Empuje o protracción lingual
- Respiración bucal
- Con menos frecuencia se observan
- Succión o mordisqueo del labio (queilofagia)
- Mordisqueo de uñas (onicofagia)
- Hábitos posturales, entre otros

Por lo general estos hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de estos hábitos antes mencionados. Es importante además la cooperación de los padres, pues la llave para eliminación satisfactoria de un hábito es la motivación de padre e hijo, así como un tratamiento precoz para evitar las consecuencias indeseables de estos.

Con la realización de actividades educativas encaminadas a eliminar hábitos perniciosos se lograrán cambios de conducta que ayudarán a reducir las maloclusiones dentarias. Solo así podremos obtener en nuestros niños una sonrisa sana y perfecta para toda la vida.

Propósito

Desarrollar una revisión bibliográfica sobre las maloclusiones por causa de los hábitos orales en población infantil, y la asociación que existe entre ambas.

Objetivos

-General: Relacionar la influencia que tienen los hábitos orales en las maloclusiones dentomaxilares en niños con dentición temporal y mixta

-Específico: Determinar como influyen los hábitos bucales deformantes en la población infantil, con dentición temporal y mixta.

Antecedentes

Para reconocer una maloclusión el profesional necesita entender lo que es una oclusión normal e ideal. Las personas con oclusión ideal tienen sus 32 dientes permanentes en excelente relación, en sus tres planos. La punta de la cúspide mesiovestibular se ajusta en el surco vestibular del primer molar inferior, y la punta del canino superior se ajusta a la escotadura que esta entre el canino inferior y el primer premolar.¹

Canut en 1989 comenta que la diferencia ente oclusión y maloclusión se realiza un análisis de las relaciones oclusales en una posición mandibular que se le llama oclusión en relación céntrica condílea, se establece analizando el contacto de ambas arcadas cuando la mandíbula está en posición terminal, donde los cóndilos están en posición no forzada más posterior, superior y media dentro de las fosas gleinoideas.

Experiencia e investigaciones clínica se sabe que la oclusión ideal se acompaña de una distribución normal de las fibras periodontales y estructuras óseas alveolares, crecimiento armónico de los maxilares apropiando funcionalismo y sistema neuromuscular equilibrado.

Edward H. Angle en 1890 dio la primera definición de la oclusión normal y postulaba que la cúspide mesiobucal del primer molar superior ocluyera en el surco vestibular entre la cúspide mesio y distobucal del primer molar inferior.

Para el eran fundamentales los primeros molares superiores como punto de referencia ya que se encuentran dentro de la estructura facial mientras que los molares inferiores dependían de un hueso

que depende de una articulación que puede modificarse o inclinarse a error.

Se refiere como maloclusiones u oclusión anormal a las relaciones interdientarias atípicas que se presentan aunque la mandíbula en posición retruida coincida con la oclusión habitual con la céntrica maloclusión funcional si la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica donde la función estomatognática esta alterada, maloclusión estructural que es anormal en ciertos rasgos morfológicos por su potencial patógeno o en apariencia estética y no se ajusta a las normas de la sociedad.

No hay que interpretar la maloclusion como la antítesis de la normooclusion que hay una línea entre lo ideal, normal y maloclusivo. Maloclusion debe aplicarse a situaciones que necesiten intervención ortodontica más que cualquier desviación de la oclusión ideal y esta calificación de normal y anormal es cuestión de diferencia de grados y se matiza individualmente.

Angle en 1899 introdujo el termino clase para denominar las relaciones mesiodistales de los dientes donde consideraba a los primeros molares superiores como puntos fijos o de referencia

Dividió las oclusiones en 3 clases

Clase I: relación anteroposterior normal de los primeros molares permanentes; cúspide mesiovestibular del primer molar superior en mismo plano que el surco vestibular del primer molar inferior, pero con malposiciones individuales de los dientes ya sea en relaciones verticales trasversales o desviación sagital de los incisivos.

Clase II: surco vestibular del molar inferior por distal de la cúspide mesiovestibular del molar superior. Se distinguen diferentes tipos o divisiones por la posición de los incisivos:

División 1: incisivos en protrusivos y aumento del resalte.

División 2: incisivos centrales retroinclinados y los incisivos laterales con marcada inclinación vestibular hay una disminución en el resalte y aumento en sobremordida interincisiva.

Clase III: surco vestibular del molar inferior por mesial de la cúspide del mesiovestibular del molar superior. ² (fig.1)



Fig.1 Oclusiones en 3 clases según Angle

La mayoría de las maloclusiones esqueléticas moderadas suelen ser el resultado de un patrón heredado, excepto las que ya se conoce su etiología. Como en la mayoría de las Clase II que suele existir un patrón heredado de déficit mandibular o en los de Clase III que existe tendencia familiar y racial, y en los problemas de excesos verticales. Estas maloclusiones esqueléticas heredadas, pueden ser más severas si presentan factores ambientales. Sobre el factor

herencia y refirieron que solo podemos actuar con la detección precoz y el consejo genético, aunque en un futuro y según los descubrimientos del genoma humano, será posible influir a nivel genético para prevenir las maloclusiones.³

1.- Clasificación de Angle para las maloclusiones

Angle clasifico las maloclusiones con base en la relación anteroposterior de los dientes superiores e inferiores. Sus observaciones en las diferentes clases son útiles y validas hasta hoy. Su sistema de clasificación también aumenta la comunicación entre los clínicos.(fig 2)

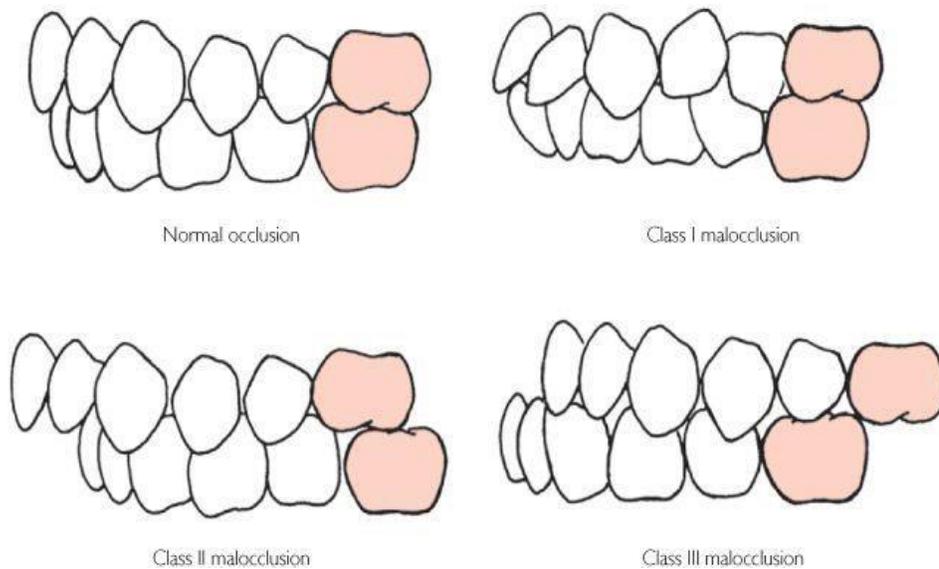


Fig 2 Clasificación de Angle para las maloclusiones

1.1.-Malocclusion Clase I de Angle

Las maloclusiones Clase I son las que tienen las relaciones dentales más normales en sentido anteroposterior en combinación con una discrepancia entre el tamaño del diente y la longitud de la arcada. La discrepancia por lo general se debe al apiñamiento y

con menor frecuencia al espaciamiento entre los dientes. Los pacientes Clase I con apiñamiento tienen dientes más grandes de lo normal, longitud de la arcada menor de lo normal y anchura de la arcada menor de lo normal.

Maloclusiones Clase 1 en Dentición Temporal y Mixta

Se considera Clase I normal, cuando al visualizar las superficies vestibulares de los segundos y primeros molares temporales, está presente un escalón mesial, que se ubica entre las superficies distales de las coronas, correspondientes a los molares superiores e inferiores. Un escalón mesial se produce cuando la superficie distal del segundo molar inferior temporal, es mesial a la superficie distal del segundo molar temporal superior.

Los problemas de apiñamiento rara vez se consiguen en las denticiones temporales. Si no se observan espacios entre los incisivos temporales, podemos esperar que los dientes se apiñen. Cuando los incisivos permanentes comienzan a erupcionar lo primero en manifestarse en la dentición mixta es el apiñamiento. En una dentición donde hay apiñamiento, los incisivos pueden erupcionar en posición vestibular o lingual a la línea de la arcada. La línea de la arcada se localiza a lo largo de la cresta del proceso alveolar, donde los puntos anatómicos de contacto de los dientes puedan ser localizados de manera idónea en un determinado proceso alveolar. Es común observar incisivos rotados y desplazados en el desarrollo de una maloclusión con apiñamiento.(fig. 3)



Fig.3 Maloclusiones clase 1 en dentición mixta

1.2.-Maloclusion Clase II de Angle División 1

En la maloclusion Clase II-1, los dientes inferiores se encuentran distales respecto a los dientes superiores, esto usualmente genera un mayor sobremordida horizontal. Los incisivos superiores tienen una inclinación vestibular haciéndolos susceptibles a fracturas accidentales. La cúspide distovestibular del primer molar ocluye en el surco del primer molar inferior. La punta de la corona del canino superior se localiza cerca de la superficie mesial del canino inferior. Los pacientes con estas maloclusiones pueden tener o no arcadas apiñadas y variar en el grado de sobremordida, partiendo de una mordida abierta a una profunda sobremordida vertical. El ancho de

los maxilares es más estrecho en los pacientes clase II-1 que en las personas de oclusión normal.(fig.4)

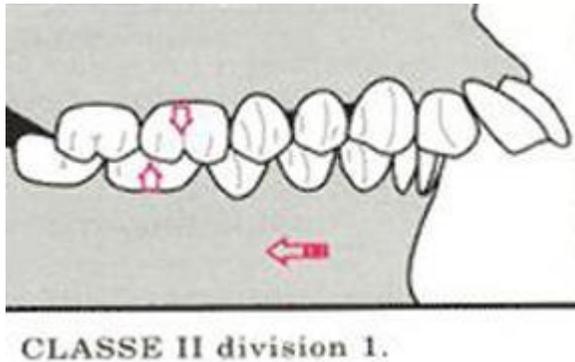


Fig. 4 Maloclusión clase II de Angle división 1

1.3.-Maloclusion Clase II de Angle División 2

En las maloclusiones Clase II-2, las coronas de los incisivos superiores, especialmente los incisivos centrales, están inclinados hacia lingual en contraste con la excesiva inclinación vestibular que se observa en muchas maloclusiones Clase II-2. El número de los incisivos superiores con inclinación lingual varia de uno a cuatro. la inclinación lingual de los incisivos centrales superiores trae como resultado que las mediciones de la sobremordida horizontal disminuyan, de leves a moderadas. Frecuentemente la sobremordida vertical es más profunda que lo normal, debido a la inclinación lingual de los incisivos superiores. El ángulo collum (ángulo del cuello) está ubicado entre el eje longitudinal de la corona de los incisivos centrales superiores y el eje longitudinal de la raíz de los mismos, se ha mostrado como el más amplio ejemplo en los pacientes Clase II-2 en comparación a otros grupos con maloclusiones. Los pacientes con el ángulo collum amplio están

predispuestos a tener sobremordida vertical mayor de lo normal. Las arcadas de los pacientes con estas maloclusiones son más estrechas que lo normal, pero más largo con respecto al ancho observado en los pacientes Clase I-1(fig.5)

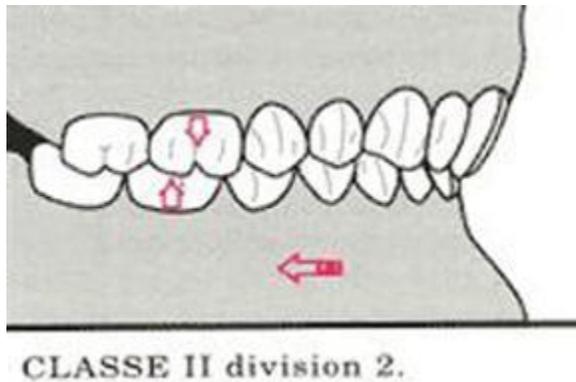


Fig. 5 Maloclusión clase II de Angle división 2

Maloclusiones Clase II en Dentición Temporal y Mixta

Se considera Clase II cuando en las coronas de los segundos molares temporales se observa el escalón distal entre las superficies distales de las coronas en los segundos molares temporales superiores e inferiores. En esta situación, la superficie distal del segundo molar temporal inferior está posicionada distal a la superficie distal de la segunda corona molar temporal superior.(fig.6)



Fig.6 Maloclusión clase II en dentición temporal y mixta

Oclusión Tope a Tope

Se considera relación tope a tope cuando molares y caninos están posicionados entre Clase I y Clase II. Estas maloclusiones son menos severas que una maloclusión Clase II completa cuando se les quiere clasificar según Angle, son asignadas como Clase II. Las oclusiones tope a tope se presentan tanto en Clase II-1 como las Clase II-2.

En molares temporales la relación tope a tope se le denomina plano terminal nivelado. En el plano terminal nivelado, las superficies distales de los segundos molares temporales superiores e inferiores coinciden verticalmente.

1.4.-Maloclusiones Clase III de Angle

En este tipo de maloclusiones, los dientes inferiores se encuentran en una posición mesial respecto a los dientes superiores trayendo como resultado una mordida cruzada anterior. La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el espacio interdental, entre el primer y segundo molar inferior. La

sobremordida vertical varía desde una mordida abierta a una sobremordida vertical profunda. El alineamiento de los dientes en el arco varía de leve hasta un apiñamiento severo, estando la arcada superior más propensa al apiñamiento que la arcada inferior. El ancho de los maxilares en estos pacientes es, en promedio, más estrecho que los de aquellos con oclusiones normales. La estrechez de la arcada superior y el desplazamiento anteroposterior de las arcadas, están asociados con las mordidas cruzadas posteriores.(fig.7)

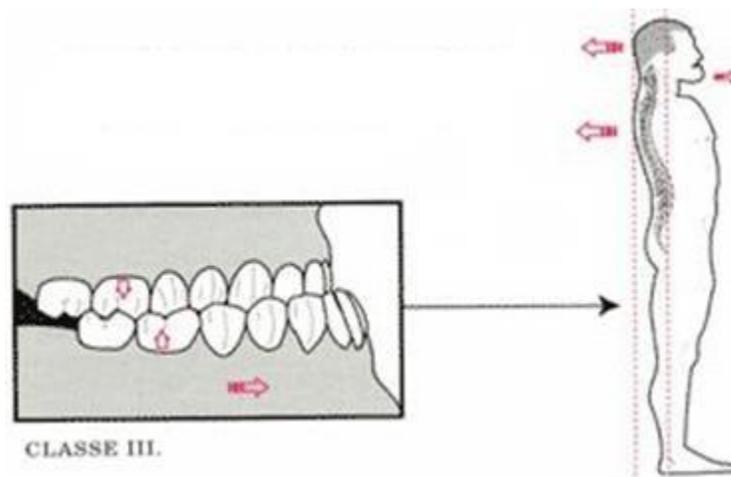


Fig.7 Maloclusión clase III de Angle

Maloclusiones Clase III en Dentición Temporal y Mixta

Las maloclusiones Clase III en la dentición temporal, se manifiestan con un exagerado escalón mesial, entre las superficies distales de los segundos molares superiores e inferiores. Con frecuencia una oclusión Clase III es menos severa en los pacientes

más jóvenes de lo que será en un futuro, porque la mandíbula crece hacia adelante por más tiempo que el maxilar.(fig.8)



Fig.8 Maloclusión clase III en dentición temporal y mixta

Valoración en la severidad de una Maloclusion

La valoración de una maloclusion está relacionada, con el número de problemas observado entre los arcos dentales y la relación de las maloclusiones con la cara. Los problemas entre las arcadas, pueden ocurrir en los tres planos espaciales: anteroposterior, transversal y vertical. La severidad de una maloclusion aumenta cuando involucra dos o tres planos espaciales. Las maloclusiones también aumentan en severidad, a medida que los maxilares están más involucrados en desviaciones esqueléticas, en sentido anteroposterior, transversal vertical respecto a lo normal.¹

2.-Etiología de las maloclusiones

Conocer las causas da la oportunidad de hacer prevención y realizar tratamiento temprano.

2.1.-Hereditarias

Son las que se transmiten de generación en generación. Estas características hereditarias se pueden manifestaren el nacimiento o en el transcurso del crecimiento y desarrollo, y se clasifican en:

- Prognatismo
- Agenciasias
- Supernumerarias
- Patrones de erupción dentaria
- Diastemas
- Clase II división dos
- Microdoncia
- Macrodoncia
- Giroversiones

Las manifestaciones hereditarias se presentan en los músculos maxilares y dientes. En los dientes la herencia se observa en la forma, tamaño, posición, y numero.

2.2.- Congénitas

Se originan en el periodo embrionario y se presentan debido a:

- Tratamientos médicos
- Agresiones de la madre

Tranquilizante

- Alcoholismo
- Drogadicción

Ejemplos:

- La hemorragia intrauterina en la región del primer y segundo arco branquial es causante de la microsomía hemifacial (subdesarrollo asimétrico de un lado de la cara)
- Trastornos por inadecuado amoldamiento intrauterino.
- La aspirina puede producir durante el embarazo labio paladar hendido
- El dilantín puede producir labio paladar hendido
- El cigarro puede producir labio paladar hendido
- Las radiografías producen microcefalia, hidrocefalia y microftalmia.
- El Valium produce labio paladar hendido
- El alcohol etílico produce deficiencia mesofacial
- La ausencia del ácido fólico en las gestantes es una de las causas del labio paladar hendido en las primeras etapas de formación del bebe.

2.3.- Alteraciones genéticas

Son alteraciones en la estructura de los cromosomas. Se presentaron diferentes características originando síndromes variados.

Ejemplos:

-Síndrome de Down

Síndrome de Turner

-Síndrome de Patov

-Displasia clidocraneal

-Displasia ectodérmica

2.4.- Etiología adquirida

Se encuentra dividida en:

2.4.1-Generales

-Nutricion

-Enfermedades: raquitismo, como causa de la mordida abierta

-Sistema endocrino: problemas de tiroides y paratiroides

-Acromegalia. El crecimiento de las sincondrosis basecraneales es influenciado por la hormona hipofisiaria. Esta hormona cuando se encuentra en déficit puede causar retardo del crecimiento óseo, pero si el incremento de la hormona se da, antes que la epífisis de huesos largos se cierre, produce gigantismo. Por otro lado, si el incremento se produce más tarde en la vida luego del cierre epifisiario se genera la acromegalia causando que la mandíbula se agrande a causa del crecimiento condíleo acelerado, produciendo un prognatismo. El retardo en la erupción dentaria sin demora en el crecimiento óseo, puede ser por déficit de la hormona tiroidea. Los trastornos endocrinos pueden afectar la velocidad de la osificación la época de la erupción dental y la velocidad de la reabsorción de los dientes temporales.

2.4.2.-Locales

-La onicofagia: la succión de los labios, de dedo, cigarrillo, objetos, mordisqueo de labios y la interposición lingual son hábitos funcionales deformantes.

Tetero: produce caries, mordida abierta, distoclusión, protrusión superior con diastemas. El chupón es inadecuado porque tienen huecos grandes los cuales producen fuerzas anormales musculares de los labios buccinadores, además succionan aire que pasa por los lados de las comisuras produciendo gases y vómitos.

-Partos con fórceps producen fractura condilar

-Respiración oral alergias

-Caries, dieta blanda. Falta de la lactancia

-Exodoncia prematura sin mantenedores de espacio

-Interposición labial

-Traumatismo

-Trastornos en la erupción

-Succión digital: produce cara larga, protrusión dental superior, mandíbula corta, deglución atípica y mordida abierta anterior.

-Deglución atípica

-Onicofagia: produce microtrauma de la ATM

-Frenillo lingual corto, frenillos sobreinsertados

-Hipertrofia adenoidea

-Hipertrofia de amígdalas

-Hipertrofia de cornetes

Odontomas: se pueden dividir en compuesto y complejos

En cuanto a los odontomas compuestos se localizan, por lo general, en la región de dientes anteriores y se caracterizan por tener estructuras de tipo dentario reconocible. Los odontomas complejos se encuentran en la región posterior de ambos arcos y se caracterizan por tener los tejidos duros dispuestos de manera desordenada.

Se debe tener en cuenta la combinación de la raza humana, blancos, negros, indios y otros; es una causa también de las maloclusiones. El problema es multifactorial, en las maloclusiones intervienen muchas causas a la vez.

-Dientes anquilosados: se debe recordar que la extracción en dentición mixta de un diente anquilosado, por lo general un molar temporal, se deberá realizar cuando el diente homólogo se encuentre cerca de la exfoliación.

-Alteraciones dentales: en cuanto a la forma, tamaño número y posición. Ejemplos: supernumerarios, agenesias, micro dientes, trasposición, dientes ectópicos, fusión y geminación

-Frenillos: son bandas aponeuróticas que se adhieren a los labios carrillos, a la lengua o al reborde alveolar. Si el frenillo corto lingual interfiere con la fonación e influye en la mordida abierta anterior, deglución atípica o en la maloclusion de Clase III se deberá hacer la frenilectomía.

-Causas del diastema entre 11 y 12: herencia, microdoncia, laterales conoides, mesodientes, aquí no estará indicada la frenilectomia, solo se hará si está adherida a la papila incisiva y la radiografía periapical muestra una muesca en la cresta alveolar entre los incisivos centrales.

-Consideraciones sobre los supernumerarios: se debe hacer un diagnóstico precoz y tratamiento temprano. Existen supernumerarios suplementarios y rudimentarios. La exodoncia del supernumerario se

realizará cuando incurra en una interferencia para que el diente permanente erupcione; siempre será mejor mantenerlo en observación clínica y con radiografías hasta que el paciente esté más grande, para que pueda colaborar y evitar desvitalizar o dañar el desarrollo de los dientes adyacentes.

Causas de la Clase I

Genética, dieta blanda, supernumerarios, mesogresión de los posteriores, micrognatismo, alteraciones de forma y tamaño dental.

Causas de la Clase II

Genética, hábitos, respiración oral, succión digital y dieta blanda

Causas de la Clase III

Genética, contactos prematuros de caninos temporales, adenoides hipertróficas, amígdalas hipertróficas, frenillo lingual corto y macroglosia.

Causas de la mordida abierta

Genética, patología dental, succión digital, deglución atípica, respiración oral, hipotonicidad muscular y patrón morfogénico vertical.

3.-Hábitos orales

Los hábitos son patrones de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden y que al repetirse llegan a convertirse en inconscientes, pueden ser beneficiosos cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, ejemplo de ello es la acción normal de los Inios y la adecuada masticación, o perjudiciales cuando interfieren con el patrón regular de crecimiento facial y pueden llegar a producir anomalías dentomaxilofaciales. Entre estos casos podemos citar la succión digital, succión del tete, interposición lingual en reposo y en deglución y la respiración bucal.⁶

El paciente utiliza los hábitos orales para disminuir la tensión emocional, dependiendo de la frecuencia, intensidad y duración, será la severidad de las consecuencias.

Causas de los hábitos orales:

- Psicológicas
- Anatómicas
- Patológicas
- Fisiológicas

Clases de los hábitos orales

3.1.-Hábito de Succión digital

En la succión digital los efectos esta en relación con la repetición y la fuerza con que se práctica , y hasta los 3 o 4 años es considerada por muchos autores como normal pero sus persistencia, acompañada de un patrón esquelético desfavorable, ocasiona diversas anomalías, entre las cuales encontramos la vestibuloverción de incisivos superiores con

diastemas, linguoversion de incisivos inferiores, retrognatismo mandibular, bóveda palatina profunda, mordida abierta, que dependerá de los dedos succionados, micrognatismo trasversal, labio superior hipotónico e inferior hipertónico y deformidades en dedos succionados.⁷

Si un hábito como el chuparse el pulgar ejerce una presión sobre los dientes por encima del umbral correspondiente (6 horas diarias o más), podría llegar a desplazarlos. El efecto de la posición de los dientes no dependerá de la fuerza que se ejerce sobre los mismos, sino del tiempo de actuación del hábito.⁸ (fig.9)

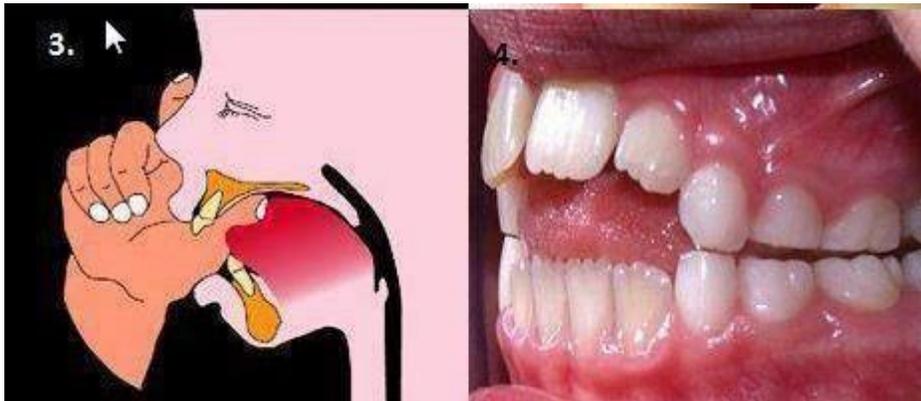


Fig.9 hábito de Succión digital

El hábito más deletéreo en la boca y en la cara de un niño, sin embargo, su tratamiento se debe iniciar a partir de los cinco años y medio de edad, debido a que antes es un estabilizador sus ansiedades y de su parte emocional. El tratamiento tiene como alternativa usar una rejilla en canastilla, en donde las consecuencias de la succión digital son reversibles.

El tratamiento sugerido: es una rejilla en canastilla, donde además de las impresiones inferior y superior, se toma el registro de mordida en oclusión máxima y se retira a los tres meses.

Siempre existe el paciente que sigue chupando dedo hasta con la rejilla, por lo cual se le puede colocar el Tridente de Graber.

Podrá tener ayuda psicológica

El Tridente de Graber es utilizado para el control de la succión digital en casos de niños muy difíciles, en donde no funciona la rejilla en canastilla. Presenta tres extremos libres y cortos del alambre redondeado.(fig.10)



Fig.10 Hábito de Succión digital y tratamiento tridente de Graber

3.2.-Hábito del Biberón

Usarlo hasta los 18 meses como máximo. Al chupón se le debe perforar cinco o seis agujeritos con una agua caliente asemejando al

medio natural del pezón materno. Evite un agujero grande. El niño debe satisfacer el deseo de succionar para que no necesite el dedo. Si se usa más tiempo del sugerido produce caries y mordida cruzada posterior. Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupete conlleva un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinador. Estos cambios provocan un aumento de la distancia transversal maxilar, mostraron que el uso de chupete prolongado, 24 a 36 meses, resulta en un aumento de la prevalencia de la mordida cruzada posterior. A los 18 meses el niño ya puede recibir el vaso.⁹ (fig.11)



Fig.11 Hábito del biberon

3.3.-Hábito de Chupete o entrenador

Usarlo máximo hasta los 18 meses, se debe tener varios por parte de la madre y muy limpios. Si el uso del chupete pasa de los 18 meses produce el hábito de tragar con la lengua interpuesta entre los dientes formando una mordida abierta anterior. Nunca dar un chupete con dulce.

Los tratamientos para este hábito se clasifican en tres categorías:

- Tratamiento psicológico (persuasivos), se debe motivar al niño informándole sobre la importancia de dejar este hábito y las consecuencias que tendría si no lo deja
- Utilización de dispositivos ortodónticos que dificultan el hábito, la utilización de una trampa palatina o trampa de dedo que impide la colocación de un objeto dentro haciendo que el niño ya no experimente satisfacción derivada de la succión. (fig.12)



Fig.12 Hábito de chupete o entrenador

3.4.-Hábito de Dieta blanda

La licuadora se debe usar con medida para evitar que el niño no se acostumbre a la dieta blanda. La reducción del tamaño de los maxilares

se debe también en gran parte a la masticación de alimentos de consistencia blanda, ayudando a conformar el

Síndrome de la pereza masticatoria. Dejar que el niño mastique.(fig.13)



Fig.13 Hábito de Dieta Blanda

3.5 Hábito de Onicofagia

Es antihigiénica, produce movilidad en los dientes, problemas estomacales y de encías, y posiciones de la mano inadecuadas sobre la mandíbula.

Produce microtrauma de la ATM.

Tratamiento sugerido: ante todo tomar conciencia e identificar las situaciones que activen el hábito de morderse las uñas; estados obsesivos compulsivos, nerviosismo, ansiedad, stress y considerar ayuda psicológica para el control de dicho hábito.(fig.14)



Fig.14 Hábito de Onicofagia

3.6.-Hábito de Queilofagia

Chuparse o morderse los labios produce alteraciones de la posición en los dientes y la mandíbula. Esta alteración anatómica produce a nivel dento alveolar, un efecto similar al de la succión digital, es decir una protrusión superior y una retrusión inferior.(fig.15)



Fig.15 Hábito de Queilofagia

Tratamiento sugerido : la mejor opción será un lip-bumper, es un aparato fijo pasivo que posee un escudo acrílico en el sector anterior.(fig.16)



Fig.16 Tratamiento sugerido para Queilofagia es Lip-Bumper

3.7.-Hábito de Posturas

El dormir por parte del niño con un muñeco de peluche o las manos debajo de la cara puede alterar el libre y normal desarrollo de la misma. Produce desviaciones de la mandíbula. (fig.17)



Fig.17 Hábito de Posturas

3.8.-Hábito de Bruxismo

Es el rechinar de los dientes de manera involuntaria, producto de un trabajo neurológico y muscular anormal del sistema masticatorio.

Causas

- Se encuentra en niños por la sensación del oído tapado.
- Por la proximidad de la exfoliación de los temporales
- Por la proximidad de la erupción del primer molar permanente.
- Es una forma de sacar la agresividad y estrés ante las presiones de la sociedad.
- Problemas alérgicos, asma, molestias digestivas, nerviosidad y hasta herencia.

Consecuencias

- Desgastes dentarios
- Sensibilidad dental
- Mordida profunda
- Clicking o desplazamiento discal anterior con reducción
- Caras cuadradas por hipertrofia muscular maseterina con disminución del tercio inferior de la cara. Para algunos autores es una función más del sistema estomatognático.
- Sensación de dientes flojos
- Disminución del tercio inferior de la cara. (fig.18)

¿QUE PASA EN EL BRUXISMO?

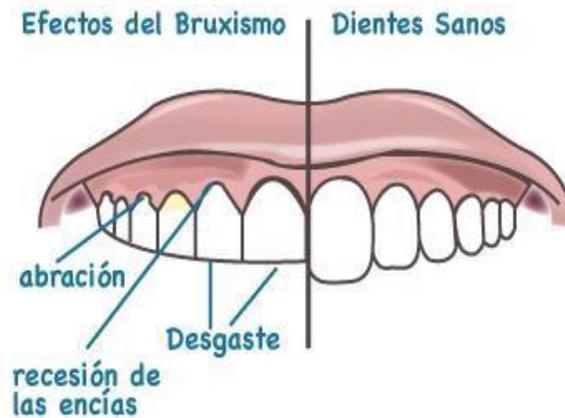


Fig.18 Hábito de Bruxismo

Tratamiento

- Apoyo psicológico
- Activador abierto elástico (AAE) de Klammt
- Pistas indirectas planas simples
- Si presenta clicking colocar el Activador Elástico de Klammt con plano posterior de mordida para producir un infracondilismo y recuperar el disco.
- Tener en cuenta que el bruxismo debe desaparecer de manera espontánea hacia la dentición mixta. Es transicional.
- Es normal en dentición temporal.

3.9.-Hábito de Deglución atípica

Se produce cuando al deglutir hay ausencia del contacto de la punta de la lengua contra la unión de las rugas palatinas y el tercio cervical palatino de los incisivos superiores, al igual que cuando hay ausencia de la contracción de los maseteros y ausencia del contacto dental de los posteriores, lo anterior debido a la interposición lingual entre los incisivos.

Consecuencias

- Mordida abierta anterior
- Protrusión dento-alveolar superior
- Biprotrusion.(fig.19)



Fig.19 Hábito de Deglución Atípica

Tratamiento

- Al retirar la causa, que es la mala posición de la lengua, los incisivos empiezan a buscar el contacto anterior

- Terapia con la fonoaudióloga: mioterapia lingual
- Tratamiento con ortopedia maxilar
- Rejilla en canastilla
- Rejilla lingual fija
- Bionator protector
- Bolídeglutor
- SN2 y SN3
- Todos con mioterapia lingual

Existen el síndrome de la deglución atípica y ocurre cuando el paciente mantiene constantemente la lengua entre los incisivos.

3.10.-Hábito de Respiración oral

- No es normal que el niño duerma con la boca abierta
- Puede que tenga problemas de adenoides, amigdalitis, hipertrofia de los cornetes inferiores, desviación del tabique nasal u otro problema de las vías respiratorias altas.

Características del respirador oral

- Se puede ayudar para el diagnóstico de adenoiditis, la radiografía de perfil, observa el cavun faríngeo.
- Iritis, es decir ojos irritados
- Perfil convexo
- Incompetencia labial

- Gingivitis por la resequeidad
- Halitosis
- Alteraciones en la posición postural
- Puede estar en clase II o en clase III, con posible crecimiento vertical.
- Mentón en forma de pelota de golf
- Prognasia superior. Overjet aumentado por falta de contacto del labio superior
- Apiñamiento
- Deglución atípica con posición baja de la lengua
- Mordida cruzada posterior porque la lengua no se coloca contra la bóveda palatina y el buccinador trabaja sin que su presión sea equilibrada
- Paladar profunda
- Labios resecos por el continuo fluir del aire entre ellos
- Microrrinodisplasia narinas estrechas
- Labios incompetentes en donde el superior es hipotónico, corto funcional y el inferior es hipertónico
- Surco nasogeniano y mentolabial pronunciado
- Crecimiento vertical de la cara, aumentado gracias a una musculatura hipotónica, falta de sellado labial y a una posición baja de la lengua para permitir el paso del aire. (fig.20)



Fig.20 Hábito de Respiración Oral

Tratamiento

- Remitir al otorrinolaringólogo
- Terapia con la fonoaudióloga
- Terapia miofuncional para devolver la respiración nasal, el cierre labial y la posición normal de la lengua
- Ortopedia maxilar con el diseño necesario y orden adecuado para corregir la severidad de la maloclusion.

4.-Aparatos en Tratamientos que se utilizan para algunos malos hábitos Quad Helix (antidedo)

Aparato de metalico fijo consiste en dos bandas molares soldados a una parrilla de alambre, aque impide que dedo toque el paladar con lo cual no se puede hacer el vacio para la sujeción del dedo contra el paladar. (fig.21)

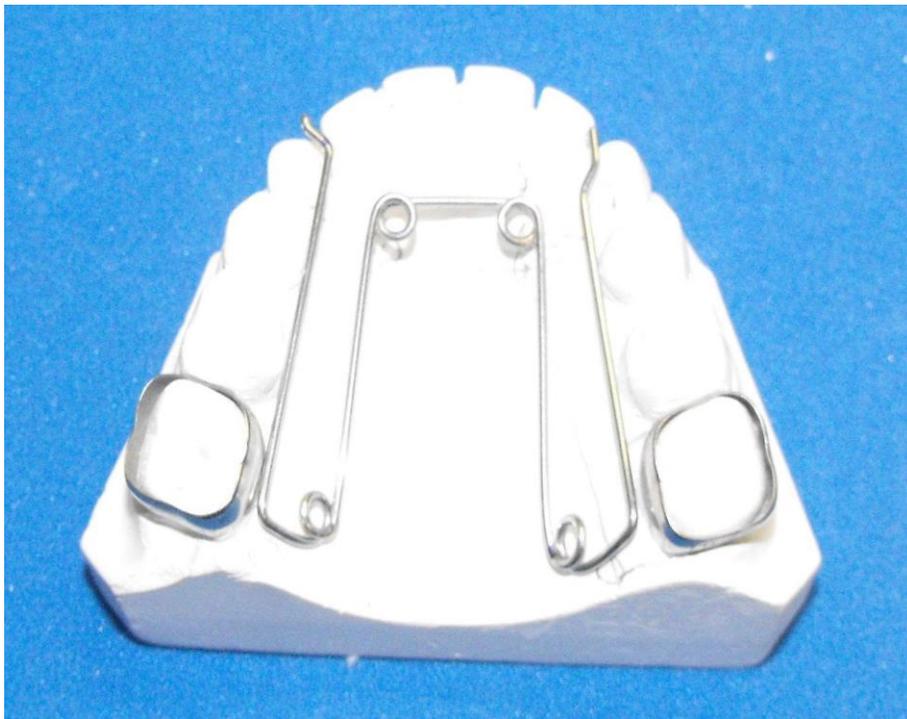


Fig.21 Quad Helix

Aparato con rejilla lingual

Es una estructura metálica, que va sobre el paladar, a nivel de las arrugas palatina.

Esta rejilla puede ir soldada a bandas metálicas que se cementan en los molares superiores o puede ser un aditamento de una placa removible. Su función es impedir que la lengua se ubique en una posición anterior a ella, eliminando así la interposición lingual en reposo y deglución. (fig.22)



Fig.22 Aparato con rejilla lingual

Escudillo Vestibular

Es un aparato que se utiliza en los pacientes con interposición de labio inferior, diseñado para separar los tejidos del labio inferior, de la cara vestibular de los incisivos inferiores, permitiendo una reeducación neuromuscular del labio, adoptando éste un mejor posición, para no presionar ni interferir con los incisivos inferiores, y de esta forma facilitar el cierre labial. Puede ser adosado a un aparato removible o se puede soldar de manera fija a bandas cementadas en los molares inferiores. (fig.23)



Fig.23 Escudillo Vestibular

Quad Helix

Aparato metalico fijo diseñado para lograr una expansión ortopédica del maxilar, está formado por un alambre con cuatro dobleces helicoidales, soldados a bandas metálicas que se cementan en los molares superiores. Esta indicado en muchos de los pacientes respiradores bucales, cuando presentan un pobre desarrollo del piso nasal por falta de desarrollo transversal del maxilar. (fig.24)

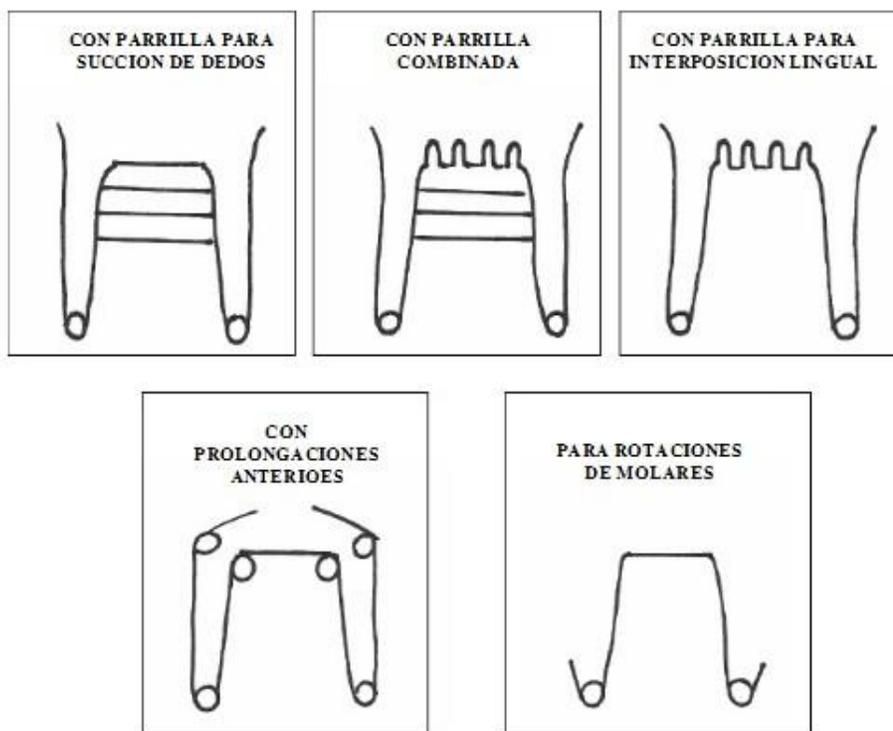


Fig.24 Quad Helix

Placa acrílica inferior elevadora de lengua

Es una placa removible de uso parcial. Su función consiste en ubicar la lengua en una posición más elevada, esto mediante una aleta acrílica que le da apoyo a la lengua en una posición más alta, de la que habitualmente adopta la lengua en el piso de la boca (paciente con lengua descendida). Esta nueva posición lingual permite a los músculos elevadores de la lengua, los que en la posición anómala baja, habitualmente se encuentran contraídos, logren la elongación favorable para los movimientos linguales. El frenillo lingual también se beneficia adquiriendo más movilidad y elongación.

5.- Marco de Referencia

En 2013 Muller y Piñeiro estudiaron que, el desarrollo de las estructuras craneofaciales no puede ser evaluado sin analizar la influencia que tienen las distintas funciones que se llevan a cabo en la cavidad oral. Malos hábitos orales que se prolongan en el tiempo como la deglución infantil, la succión de dedo y chupete, interposición de labio y la respiración bucal alteran el crecimiento y desarrollo craneofacial y son de gran importancia en establecimiento o severidad de las anomalías dentomaxilares.

Es decir la presencia de malos hábitos orales en pacientes en crecimiento puede llevar a establecer o agravar la presencia de anomalías dentomaxilares, debido a la alteración del equilibrio neuromuscular establecido entre labios, lengua y mejillas. El deficiente trabajo neuromuscular que establecen los malos hábitos ejercen presiones indebidas sobre las estructuras dentoalveolares y maxilares, modificando sus patrones de crecimiento. Es vital la identificación y eliminación de estos en los primeros años de vida, de manera que la correcta función y neuromusculatura guíe un crecimiento y desarrollo armónico de las estructuras orofaciales.

Reni Muller y Soledad Piñeiro

Malos Hábitos Orales: (Rehabilitación Neuromuscular y Crecimiento Facial), Revista Medical Clinical. Vol 25, 2013

En el 2007 Alemán Sánchez concluyó en su estudio que la relación entre la presencia de los hábitos bucales deformantes y del escalón distal desfavorable, alterando posteriormente la relación de los primeros molares permanentes a la cual Angle llamó la relación de cúspide o fisura de los primeros molares permanentes.

Los 6 son muy estables durante su desarrollo, es el primero en brotar de los dientes permanentes, lo hace a una edad temprana y en condiciones favorables, ya que tiene el espacio necesario, el diente que brota por distal de él, lo hace 6 años después por lo tanto, no sufre presiones y sirve de guía para el resto de los dientes, por lo que plantea que son la llave de la oclusión. Además, en los 6 se recibe mayor fuerza de cierre, contribuyen a establecer la posición mandibular, lo que proporciona mayor superficie periodontal y oclusal, y por lo tanto, el mayor aporte de información propioceptiva. Se concluyó entonces que la práctica de hábitos deletéreos, de no ser tratados adecuadamente y a tiempo, pueden producir interferencias en el crecimiento y desarrollo normal del aparato estomatognático, y como consecuencia de ello anomalías tanto morfológicas como funcionales. En nuestro estudio prevaleció el hábito de succión del tete, seguido de la respiración bucal y la interposición lingual en deglución. Se encontró una estrecha relación entre los hábitos bucales deformantes y la presencia del escalón distal desfavorable al nivel de los segundos molares temporales, sobre todo en los hábitos de interposición lingual en deglución y en reposo.¹²

De igual forma en 2007 Cepero Sánchez en su estudio sobre la intervención educativa en escolares de 5y 6 años con hábitos bucales deformantes determinaron la importancia de eliminar el hábito de forma eficaz y temprano y por ello se impone valorar previamente la edad, comprensión y cooperación del niño al respecto demuestran que hay motivos suficientes para lanzarse de inmediato a un régimen riguroso para dominar un hábito y para ello se debe tomar el tiempo necesario para ayudar a eliminarlos y siempre de una forma agradable al niño.¹³

En el 2010 Medina y Silva en su estudio de factores de riesgo asociados a maloclusión en pacientes pediátricos, determinaron que las maloclusiones tienen una etiología multifactorial, destacándose factores

de riesgo tanto ambientales como genéticos en el desarrollo de las mismas. En este estudio la presencia de pérdidas prematuras de dientes primarios es elevada y se correlaciona con las maloclusiones Clase I, tipos 1, 3 y 5 Clase III tipo 3. La persistencia de hábitos parafuncionales también es elevada y se correlaciona con las maloclusiones Clase II. Las alteraciones del número de dientes en esta muestra presentan una altísima prevalencia, independientemente de la maloclusión en el plano sagital. Se recomienda la detección oportuna de estos factores para implementar el tratamiento ortodóncico preventivo o interceptivo que favorezca el correcto desarrollo de la oclusión.¹⁶

Asimismo en 2014 Carbone concluye en su estudio que el equilibrado oclusal y las pistas directas planas, basados en un correcto diagnóstico y respetando sus indicaciones clínicas, se presentan como un excelente recurso terapéutico para restablecer, la normalización funcional y promover condiciones para que el sistema estomatognático rescate su capacidad de autogerenciar el crecimiento y desarrollo que queda por delante. Esta terapéutica está indicada para correcciones dentarias y funcionales en niños en fase de dentición caduca y mixta temprana, tiene la capacidad de normalizar reflejos neuromusculares, patológicos así como la oclusión, posición mandibular y condilar dentro de las articulaciones temporomandibulares, logrando restablecer una función masticatoria fisiológica. Presenta la gran ventaja de mantenerse activos, independientemente de la colaboración del niño y de ser una técnica eficiente que requiere solamente la habilidad y conocimiento por parte del profesional que la realiza.¹⁷

En un estudio realizado en 2011 por Solarte donde incluyeron 439 escolares entre 5 y 16 años, donde la prevalencia de caries fue de 88%. Las alteraciones de la oclusión que se presentaron con mayor frecuencia fueron la mordida abierta anterior (10 % con mayor frecuencia en mujeres sin diferencias significativas) mordida cruzada anterior 9.6%

mayor prevalencia en mujeres. Los hábitos que presentaron mayor frecuencia fueron: deglución atípica 38%, dificultad en la pronunciación 19%, y onicofagia 15%. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de clase II y clase III. ¹⁸

Meneses en 2016 describe el perfil epidemiológico de la oclusión dental estática y algunos hábitos orales de un grupo de escolares en la ciudad de Medellín, la edad promedio fue de 7-8 años presentaron relación canina clase I derecha e izquierda respectivamente 63.6% y relación molar Clase I derecha y 61.2% izquierda. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis segmentado por sexos para las variables. La mordida cruzada posterior se relaciona posiblemente y de manera significativa con el hábito de succión digital. ¹⁹

En 2009 Aguilar Roldan y sus colaboradores estudiaron la frecuencia de hábitos factor etiológico de maloclusión en población escolar, es un conjunto de anomalías que deben ser tratadas con diferentes especialidades médicas en coparticipación llegando a la conclusión que en condiciones óptimas, los hábitos deben discontinuarse en el segundo año de vida o antes, y si persisten más allá de los 3 años deben iniciarse acciones para su cese, recordando las interacciones físicas, emocionales y sociales que se dan en su desarrollo.

El diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones y hábitos orales debe ser etiológica y multidisciplinar, aunando esfuerzos pediatras, odontólogos, logopedas, psicólogos, ortodoncista y otorrinolaringólogos. ²⁰

Agustín Vera en su investigación en 2007 determinó en su estudio de la relación entre la deglución atípica, mordida abierta, dicción y rendimiento escolar, que la población total por sexo y edad es mayor en niñas entre 7 y 8 años, la deglución atípica por sexo es más severa en las hembras y más leve en los varones, 7 y 8 años más leve entre los 5 y 6 años. La

relación de mordida abierta anterior se concluyó que a mayor severidad de la deglución atípica mayor es la severidad de la mordida abierta anterior. Y en la relación entre la deglución atípica y la dicción se concluyó que a mayor severidad de la deglución atípica, los niños presentaron mayor problema para pronunciar fonemas (dicción) o sea que presentaron una dicción mala, y por consecuencia presentan un rendimiento escolar bajo.²¹

En 2004 Montiel Jaime también concluyo que el género femenino resulto más afectado por hábitos bucales perniciosos, los que predominaron fueron la onicofagia con un 41%, respiración bucal en un 20%. En el análisis multivariado se encontró que el hábito que se considera de alto riesgo para maloclusión es el empuje lingual, no teniendo significancia estadística, esto puede deberse a que la población estudiada es muy pequeña, probablemente si se incrementa el tamaño de la población se podrá encontrar alguna diferencia significativa, ya que en este análisis solo se estudiaron 135 pacientes de los cuales 68 eran género femenino y 67 masculinos la edad más frecuente fue de 6 a 8 años en ambos grupos.

Con respecto a la frecuencia de maloclusión observamos 92% para la clase I, tomando en cuenta que ésta se considera como normal y 43 sujetos con maloclusion clase I y II, no resultando algún género en predominio.²²

En 2004 Maroto realizo una comparación de 2 casos del tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta, en el primer caso expuesto, las alteraciones observadas en relación con el hábito se concentraban en la región anterior, la paciente mostraba disposición a cooperar al igual que los padres, que mostraban gran preocupación al respecto del hábito. El tratamiento elegido consistió en el uso de una

placa hawley con reja lingual, para evitar la introducción del pulgar. La paciente fue citada para revisiones mensuales con la intención de reforzar su actitud, y asimismo se reforzó el trabajo en casa. Los resultados fueron evidentes al sexto mes de seguimiento, el hábito estaba erradicado y solucionada la mordida abierta dentaria. Se mantuvo el seguimiento durante otros seis meses para valorar la erradicación definitiva del hábito y para el control de la recidiva. En el segundo caso clínico presentado, la complejidad del tratamiento era mayor, dado que el hábito coexistía con alteraciones esqueléticas y con incompetencia labial. Asimismo, no estaba clara la disposición a colaborar por parte del paciente. Se optó por un tratamiento que incluía dispositivo ortodóncicos activos junto al uso de la reja lingual (Quad Helix para producir expansión de maxilar superior, AEO de tiro alto para favorecer la intrusión de los molares y cerrar la mordida) se realizaron por parte del paciente ejercicios de mioterapia para aumentar la tonicidad labial y del mismo modo que en el caso anterior se utilizó refuerzo positivo, tanto en casa como profesional. Por lo tanto se considera que el hábito influye de un modo negativo en el desarrollo bucodentario desde la erupción completa y asentamiento de la dentición temporal, demostrándose que produce efectos perjudiciales a nivel dentario a partir de los cuatro o cinco años de edad.²

6.-Conclusiones

Las maloclusiones se asocian a los hábitos orales, la sobremordida horizontal, aumentada se asocia al hábito de succión, así como la interposición lingual y respiración oral a temprana edad empiezan a presentar anomalías en la oclusión anterior, pero se necesita más tiempo o más intenso en el hábito para provocar la maloclusion severa en posterior.

Por lo general los hábitos comienzan en la niñez, lo que hace más difícil su eliminación por la poca capacidad de comprensión del niño, por lo que esta es la tarea más importante y en ocasiones compleja del ortodoncista al tratar de convencer al paciente del daño que ocasiona la práctica de cualquiera de algún hábito oral específicamente. Es importante además contar con el apoyo de los padres o tutor de los niños para as eliminar satisfactoriamente cualquier hábito que el paciente tenga ya que es de mucha importancia la motivación de padre a hijo.

Así pues concluimos que una intervención oportuna de cualquier hábito oral será la clave de prevenir cualquier maloclusión en un futuro.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Robert N. Stanley/ Neil T. Reske; Fundamentos en Ortodoncia Diagnostico y Tratamiento; Amolca; Edicion 12; 2012; p.3;
- 2.- Canut Juan; Ortodoncia Clinica y Terapeutica; Doyma 1989; p 59-64
- 3.- Graber T.M;
Ortodoncia Teorica y Practica
Interamericana 3ª edición; 1991; pags 209-226
- 4.- Camilo Hurtado Sepulveda
Ortopedia Maxilar Integral; Ecoediciones 2012 ; pags 13-16,19-32
- 5.- Oscar Quiroz Alvarez
Haciendo Facil la Ortodoncia; Amolca 2012 ; pags 119-122
- 6.- Moyers R.E.
Manual de Ortodoncia; Panamericana 4ª edición; 1992; pag.161
- 7.- Gregoret J.; Ortodoncia y Cirugía Ortognática Diagnostico y planificación ; Espaxs, 1997 pags 17-21
- 8.- Proffit W. R., Fields HW; Ortodoncia Contemporánea teoría y practica; Harcourt 3ª edición, 2001; pags 02-20
- 9.-Martínez L., Diaz E, GarciaTornel; Uso del chupete Beneficios y Riesgos;Anales Españoles de Pediatría; 2000 pags 580-585
- 10.-Fernandez Torres , Acosta Coutin; Hábitos Deformantes en escolares de primaria ; Revista Cubana 1997; pags. 79-83

ARTICULOS

- 11.-Reni Muller, Soledad Piñeiro; Malos Hábitos Orales; Revista Medical Clinica; vol. 25; 2013
- 12.- Alemán Sánchez et al; Hábitos bucales deformantes plano poslácteo en niños de 3 a 5 años

Revista Cubana de Estomatología ; vol. 44 num 2;2007

13.-Cepero Sánchez et al; Intervención Educativa en escolares de 5 y 6 años con hábitos bucales deformantes; Revista Cubana de Estomatología ; Vol. 44 Num 4; 2007

14.- Pierce R.B.; Program To Eliminate Thunb Sucking; Journal Orofacial Myology;1996

15.- Medina Quiñones G.B.; Hábitos orales, requieren tan solo un tratamiento; Revista Facultad Odontológica; 2001 Vol. 13

16.- Carolina Medina et al; Factores de Riesgo asociados a maloclusiones en pacientes pediátricos; Acta Odontológica Venezolana; Vol. 48 Num 2, 1010

17.- Carbone Irujo,; Tratamiento temprano de las maloclusiones sin aparatología funcional ; Internacional Journal of Odontostomatology; Vol. 8. Num.2 ;2014

18.- Solarte Solarte et al; Perfil epidemiológico de las alteraciones de la oclusión en la población escolar; Revista Facultad de Odontología; Vol. 23 Num.1; 2011

19.- Meneses Gómez et al; Perfil epidemiológico de la oclusión está tica y hábitos orales en un grupo de escolares de la ciudad de Medellin; Revista Nacional de Odontología, Vol. 12 Num. 22; 2016

20.- Aguilar Roldan, et al; Frecuencia de hábitos orales factor etiológico de Maloclusión en población escolar; Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Pediatría, Octubre 2009

21.- Vera E. et al; Estudio de la relación entre la deglución, atípica, mordida abierta , dicción y Rendimiento escolar por sexo y edad en niños de preescolar a sexto grado en dos colegios ;Revista Latinoamericana de Ortodoncia y

Odontopediatria; 2007 febrero

22.- María Elena Montiel Jaime; Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos de 6-12 años de edad; Revista ADM; Vol. LXI, num. 6; 2004

23.- Romero Romero et al; Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta; RCOE ; Vol. 9 ,Num. 1 ; ene-feb 2004

Imágenes

[-Clinicadentisimplant.blogspot.com](http://Clinicadentisimplant.blogspot.com)

[-Malos-habitos-orales.webnode.cl](http://Malos-habitos-orales.webnode.cl)

[-Habitooral.blogspot.com](http://Habitooral.blogspot.com)

[-Diariorepublica.blogspot.com](http://Diariorepublica.blogspot.com)

[-Diariorepublica.blogspt.com](http://Diariorepublica.blogspt.com)

[-El blogdelhigienista.blogspot.com](http://El_blogdelhigienista.blogspot.com)

[-Med-dentaire.e-mosite.com](http://Med-dentaire.e-mosite.com)

[-Ortodoncianueva.blogspot.com](http://Ortodoncianueva.blogspot.com)