



**"ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA"**

U. N. A. M.

170

**"HABITOS PERNICIOSOS Y SU REPERCUSION
EN EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES"**



T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A :

Armando Hernández Domínguez

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO - 1981 -



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.

HABITOS ORALES Y SU REPERCUSION EN
EL DESARROLLO DE LOS MAXILARES.

INDICE.	PAGINA.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
HISTORIA DE LOS HABITOS ORALES	3
CAPITULO II.	
CLASIFICACION DE LOS HABITOS ORALES PERNICIOSOS Y ETIOLOGIA	6
CAPITULO III.	
HABITO DE SUCCION	14
CAPITULO IV.	
HABITO DE SUCCION DIGITAL	19
CAPITULO V.	
HABITO DE CHUPETES Y MANILAS	33
CAPITULO VI.	
SUCCION LABIAL	37
CAPITULO VII.	
LENGUA PROTRACTIL	41
CAPITULO VIII.	
RESPIRACION BUCAL	47
CAPITULO IX.	
BRUXISMO	53
CAPITULO X.	
OTROS HABITOS	58
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA	66

INTRODUCCION.

El propósito de ésta tesis, es poder mostrar la gran importancia que tiene el tema; ya que el Cirujano Dentista debe de tener los conocimientos necesarios para poder diagnosticar y tratar de corregir los hábitos orales perniciosos, malformaciones o repercusiones de los mismos.

El conocimiento de los hábitos orales en niños es de importancia primordial para el Cirujano Dentista dada la frecuencia con que se presenta en la práctica profesional con la subsecuente repercusión sobre la base fundamental de salud de la vida del niño, manifestada en la boca por las deformaciones bucodentarias que la persistencia del hábito ocasiona.

En el presente trabajo se analizarán los hábitos y sus repercusiones en el desarrollo de los maxilares.

Resultará para estudiantes y odontólogos sin duda alguna, sumamente útil para poder guiarlos a una mayor comprensión de las posibilidades que existen en prevenir y tratar estas anomalías.

Generalmente el paciente ignora la existencia de un hábito lesivo, la tensión emocional, las frustraciones y la agresividad; siendo éstas consideradas como factores etiológicos.

Para prevenir los hábitos es necesario el tratamiento de los agentes causantes que pueden producir una alteración de la oclusión, así como; observar los cambios de crecimiento y desarrollo que presentan los maxilares en condiciones normales.

Los hábitos de presión anormal producen efectos que pueden observarse en el crecimiento anormal del hueso, — así mismo; en las posiciones de los dientes y dificultad para hablar, también podríamos notar alteraciones del — equilibrio de la musculatura facial.

Estas alteraciones provocadas por hábitos son:

Anatómicas, deformaciones estéticas, conflictos psicológicos; repercutiendo con mayor frecuencia en la niñez.

La conducta a seguir en cuanto a su tratamiento, la encontramos en el bello pensamiento del doctor Leyt:

"No es el dedo, ni un diente, ni un grupo de dientes lo que nos interesa sino el niño íntegro, sus sentimientos y su personalidad, con su plena potencialidad de vida y fruto en un ambiente familiar y un medio social determinado; porque si mientras se están enderezando los dientes se está torciendo la personalidad del infante, toda la validez del proceso será nula".

Creemos firmemente que la única solución para eliminar a tan peligroso enemigo de la boca y personalidad — de nuestros pacientes, es la cooperación de sus padres.

Es a ellos a quienes debemos instruir de muestras limitaciones, para lograr un mejor resultado y mayor desenvolvimiento del niño, futuro adolescente en la sociedad.

Debido a la gran cantidad de hábitos que existen sería imposible explicar cada uno de ellos, por lo que me concretaré a escribir los que se presentan con mayor frecuencia y que más alteraciones provocan.

HISTORIA DE LOS HABITOS ORALES.

Desde hace aproximadamente 50 años, los investigadores han correlacionado a las maloclusiones — dentales con los problemas de anomalías anatomofuncionales de la cavidad oral con respecto a la práctica de diversos tipos de hábitos orales.

En una seleccionada cronología destacan los siguientes estudios:

En 1921, Hellman estudió a 354 pacientes con maloclusiones; 90 eran succionadores de lengua, de labio o succionadores digitales; 219 observaban clase II. El estudio no especifica la edad de los pacientes.

En 1930, se estudiaron 170 niños de 9 años de edad; 70 tenían algún mal hábito bucal; 35 succionaban el pulgar. Se afirma que esta es la causa de la maloclusión.

En 1938, Swenhart estudió la relación entre maloclusión y la succión digital. En 38 casos elegidos al azar encontró que 34 presentaban protrusión maxilar; 24 mordida abierta; 27 eran respiradores bucales; 22 eran clase I, y; 4 eran clase II.

En 1945, Bliss estudió a 300 niños y encontró que el 17% (51 niños) presentaban succión digital.

En 1964, Ray estudió a 32 personas comprendidas entre los 20 a los 60 años de edad.

Todas ellas presentaban problemas periodontales mismos que el autor asocia a anomalías de la deglución.

En 1966, Brasil y Moyers estudiaron 24 casos - con maloclusión y en ellas encontró que 10 personas presentaban deglución infantil; 9 presentaban degluciones de adulto y el resto deglución mixta.

En 1967, Elin estudió a 100 individuos, y encontró que 56 presentaban hábitos orales de lengua.

En 1968, Leech examinó a 500 niños, cuyas edades fluctuaban entre los 2 y 13 años. Estudió las anomalías maxilares y la conducta bucofacial de esos niños; 216 presentaban deglución atípica; 125 interposición lingual y contracciones labiales y 30 eran respiradores bucales.

En 1969, apareció uno de los trabajos más concluyentes, publicado por Straub, quien estudió 478 casos de los cuales todos presentaron deglución atípica y maloclusiones; 171 presentaron succión digital.

En 1971, Ward estudió 358 casos, de los cuales 136 eran succionadores digitales, 170 presentaban maloclusiones y 26 presentaban deglución atípica.

En 1973, Kortsch examinó 660 casos; 106 eran succionadores digitales; 134 presentaban deglución atípica; 18 presentaban amígdalas inflamadas; 64% trastornos de la deglución y la palabra; en 55 casos se encontró succión del pulgar, deglución atípica y dislalis.

En 1976, Fami publicó una estadística sobre 2324 niños de edades de los 6 a los 10 años; 416 presentaron mordida abierta.

En 1977, Garliner estudió a un grupo de 985 niños con problemas de deglución atípica y maloclusiones y llegó a la conclusión de que este problema se encuentra íntimamente ligado a la deficiente alimentación materno infantil.

**CLASIFICACION DE LOS HABITOS
ORALES PERNICIOSOS.**

I).- Hábitos correspondientes a perversiones de los procesos fisiológicos normales:

- a).- Hábitos de succión.
- b).- Hábitos anormales de la respiración.
- c).- Hábitos anormales de la deglución.
- d).- Hábitos anormales de la fonación.

II).- Hábitos diversos:

De la lengua, de las mejillas, introducir ---
cuerpos extraños en la cavidad oral, morderse
las uñas, etc.

III).- Hábitos de postura:

Presiones anormales, malos hábitos al dormir
o estudiar, mímica, etc.

IV).- Hábitos nerviosos espasmódicos:

Respuesta del infante bajo stress, actitud ---
paterna, etc.

ETIOLOGIA.

- A).- Imitación de otros niños que practican el hábito
- B).- Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar.

- C).- Dificultades y conflictos familiares.
- D).- Presión escolar en el trabajo.
- E).- Ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades.
- F).- Programas impropios de violencia o terror no aptos para menores.
- G).- Molestias que causan la erupción de los primeros dientes.
- H).- Falta de satisfacción oral en la forma de la alimentación.

TEORIAS PSICOLOGICAS.

Pese a lo que la gran mayoría de la gente cree pocas son las teorías referentes a los hábitos orales con fundamento científico.

TEORIA PSICOANALITICA.

Entre las antiguas teorías una de las más importantes es la enunciada por FREUD.

Existe una gran polémica en cuanto a la etiología de los problemas de succión, ciertos autores consideran que el hábito debiera tratarse por un psicólogo.

La palabra sexual no cambio en su denominación a partir de Freud, sino que amplio su significación.

Para Freud el concepto sexual lo abarca todo.

En su biografía se lee.- "La sexualidad esta - divorciada de su concepción demasiado estrecha con - los genitales y considero como una función más am - plia de cuerpo, que tiene como meta final el placer y secundariamente la reproducción".

En términos generales podemos concluir que pa - ra la escuela Freudiana el término sexual denota la obtención de placer en cualquiera de sus manifesta - ciones.

Es así como Freud da como ejemplo el chupeteo del pulgar en un infante como una caracterización - del placer sexual, que estudiado por Serba dice lo siguiente:

"Un niño chupetea el pulgar con labios y ca - rrillos sin obtener por ello ningún tipo de grati - ficación desde el punto de vista de autoconserva - ción. Es en el acto mismo del chupeteo que se pue - den observar reacciones propias del acto sexual -- adulto; los niños chupetean sus dedos en forma rít - mica, al igual que la mayoría de los actos sexuales adultos, con el mismo movimiento, iniciándose en un movimiento lento para luego incrementarse en el pun - to de excitación y posteriormente decrecer".

La analogía que existe entre la succión y el - acto sexual adulto es, sin duda, la búsqueda del -- placer en ambos casos.

ETAPA ORAL.

Como primera manifestación de sexualidad en el infante se verá en la necesidad de obtener placer - a través de su boca.

La succión, aunque para muchos sea la necesidad relevante de obtener alimento, será también un requerimiento psicológico del niño.

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

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

"Su sentido de seguridad está relacionado con la boca".- dice la pediatra norteamericana Margaret Ribble, al referirse a la importancia de la etapa - oral.

Otro aspecto importante es el incremento sanguíneo a la cabeza y la cara contribuyendo así al - ulterior desarrollo armónico de la musculatura facial y probablemente del cerebro.

En cuanto a la teoría de la doble fusión postulada por Freud, establece que el niño desempeña - la actividad de alimentación conjuntamente con la obtención de placer; asimismo menciona que el niño, a medida que va madurando psicológicamente tiende a desechar muchos de los hábitos autoeróticos y placeres relacionados con las zonas erógenas, razón por

la cual debe esperarse que el hábito desaparezca entre los 2 y 3 años de edad.

Por eso debe suponerse que si persiste el hábito a los 5 o más años de edad, tendrá algún problema de tipo emocional.

Aún cuando la teoría psicoanalítica es aceptada por gran número de psicólogos y psiquiatras, contribuirá en muy poca escala al entendimiento de la problemática de la succión digital.

TERAPIA DE LA CONDUCTA.

Según en recientes investigaciones, el Dr. Kible considera a los síntomas neuróticos como patrones de conductas adquiridas, las cuales, por alguna razón, llegan a ser inadaptados. Estos síntomas podrán ser de dos clases:

A).- Exceso de reacciones condicionadas:

Son adquiridas como respuesta a una motivación. Estos hábitos pueden estar bien encaminados en algunas ocasiones pero pueden llegar a ser indeseables en otras.

B).- Reacciones condicionadas deficientes:

Son reacciones normalmente adquiridas por la mayoría de los individuos que viven en una sociedad a la cual se adaptan, pero que por alguna razón no han sido adquiridas por todas las personas.

MÉTODOS Y MATERIALES.

En un centro deportivo y recreativo se realizaron 500 entrevistas a madres de un nivel socioeconómico medio alto, cuyos hijos fluctuaban entre los 3 y 18 años de edad. Cada madre llenó un cuestionario:

- 1).- ¿Qué piensa Ud. de los hábitos orales?
- 2).- ¿Cree Ud. que existen problemas psicológicos —
anexados a éstos?
- 3).- ¿Cuáles hábitos recuerda haber tenido Ud.?
- 4).- ¿En manos de quien considera Ud. que deben tratarse los hábitos?

Un profesional	Un maestro	Uno mismo
----------------	------------	-----------
- 5).- ¿Cree Ud. que los hábitos desaparecerán por sí solos?

Sí	No	A veces
----	----	---------
- 6).- ¿Cree Ud. que sean contagiosos? (Imitados)

Sí	No	No se
----	----	-------
- 7).- ¿Cree Ud. que la eliminación de un hábito pueda traer consigo otros hábitos?

Sí	No	No se
----	----	-------
- 8).- ¿Cree Ud. que la persona debe ser consciente a —
dejar el hábito para desalojarlo?

Sí	No	Da lo mismo
----	----	-------------
- 9).- ¿Cuál de los hábitos cree Ud. que sea el más —
nocivo?
- 10).- ¿Qué consecuencias conoce Ud. por culpa de los
hábitos?

- 11).- ¿Qué métodos conoce para la eliminación de los hábitos?

RESULTADOS DE LA EVALUACION.

- 1).- El 13.36% opina que son reprobables socialmente como conducta regular.
- 2).- El 12.66% cree que es una etapa lógica del crecimiento.
- 3).- El 10.06% alega que tales hábitos son inconcientes.
- 4).- El 9.09% opina que son innatos y heredados.
- 5).- El 6.8% cree que se deben a imitación.
- 6).- El 72% de la gente opinó que existen problemas psicológicos anudados a los hábitos orales; el 16% cree que no existen tales implicaciones y el 12% que resta no sabe.
- 7).- El hábito con mayor incidencia fué: el de la succión digital con un índice de 40%; deglución atípica y hábitos linguales en el 20%, onicofagia en el 15%; automutilación en un 10%; respiradores bucales en un 9% y bruxismo en un 6%.
- 8).- El 32% de la gente considera visitar al especialista como norma general para el tratamiento de los hábitos; mientras que el 68% restante considera el tratar uno mismo la corrección de tales.
- 9).- El 30.43% de la gente opina que los hábitos desaparecen por sí solos; el 13.4% opina que no lo harán y el 52.56% cree que a veces, suceda esto.

- 10).- El 47.83% de la gente considera que la eliminación de un hábito acarreará la aparición de uno nuevo muchas veces más perjudicial que el primero; y el 39.07% cree que no será así mientras que el 13.04% no lo sabe.
- 11).- El hábito que para la mayor parte de la gente constituye el mayor peligro fué la succión digital con 42%; le sigue el hábito mixto de fumar con 18.42%; onicofagia con un 13.63%; deglución atípica con 9.09% al igual que la automutilación y como último la respiración bucal con 6.31%.
- 12).- La consecuencia más conocida como producto de la práctica de los hábitos orales fué la malposición dentaria con 27.50%; le siguen las deformaciones óseas o musculares con 20%; trauma psicológico y represión social con 17.5% y finalmente infecciones respiratorias y estomacales con 12.05%.
- 13).- En cuanto a las terapias utilizadas para desalojar los malos hábitos el más difundido fueron las trampas linguales y de otros tipos con 24.32%; le siguen el autocontrol (22.62%), la siquiatria con 20.60% y finalmente la distracción manual con 10.81%.

HABITO DE SUCCION.

En 1929, Olson realizó estudios muy valiosos sobre los hábitos en los niños normales. Los sujetos de estudios fueron 225 varones y 242 niñas de primero a sexto grado, siendo estudiado cada uno durante períodos de 20 minutos. En este estudio se observaron todos los posibles hábitos nerviosos en niños, como los bucales, nasales, genitales, auriculares, pilosos y oculares.

Con excepción de los hábitos auriculares y genitales, en todos los demás hábitos y principalmente la onicofagia y la succión del pulgar revelaron una incidencia consistentemente más alta en las niñas.

Según Bolaffio y Artom en experimentos realizados en fetos, desde el tercer mes de vida intrauterina, la succión es teóricamente posible, es decir, que los mecanismos neuromusculares necesarios para producir esta acción están ya constituidos; pero que es — hasta el sexto mes en el que la estimulación directa de la boca y de la lengua determinan el reflejo de la succión.

Notaron también que en fetos de mayor edad, con la simple estimulación de los labios se producían los movimientos de la succión, los males podían eventualmente estar acompañados por un movimiento protrusivo de la lengua.

Por el contrario indica Gesell (1945), que es — hasta el séptimo mes de vida intrauterina, aproximadamente, cuando aparece la succión y hasta el nacimiento cuando este reflejo se presenta en una buena forma y con fuerza.

Debido a que todos los niños al nacer, y en la primera época de su vida acostumbran llevarse a la boca todo lo que encuentran por su camino, no podemos considerar esto como algo anormal, pero si esta costumbre persiste después de un tiempo bastante prolongado, es cuando se puede considerar esto como un hábito fuera de lo normal.

Este hábito, sin duda, y bajo diversas formas, es una de las causas principales más frecuente de las malposiciones dentarias.

Esto no debe sorprendernos porque la función de la succión es una de las primeras manifestaciones de actividad fisiológica en las estructuras del órgano masticatorio.

Para comprender el efecto producido por el abuso de este acto debemos estudiar las actividades musculares de la succión normal y luego el esfuerzo desarrollado en el mismo, distribuido entre las partes — componentes del órgano masticatorio.

La función de succión comprende normalmente las siguientes actividades musculares y cambios tisulares:

- 1).- La mandíbula se deprime por la contracción de los músculos pterigoideos externos, esto agranda el espacio intraoral, permitiendo el desarrollo de una presión negativa.

- 2).- Se contraen los músculos de los labios para impedir que el aire se precipite en la boca destruyendo el vacío creado por el movimiento descendente de la mandíbula. Los músculos labiales en acción son el orbicular de los labios, triangular, canino y mentoniano, que estrechan la — apertura bucal y redondean los labios como para silbar.
- 3).- Las fibras centrales de los buccinadores y los tejidos de los carrillos se introducen entre — las superficies oclusales de los molares, premolares y caninos por el vacío intraoral creado — por el movimiento mandibular y las acciones musculares antes descritas. Esto produce una fuerte presión lingual sobre las porciones posteriores de las arcadas dentarias.
- 4).- La lengua pierde contacto con la superficie lingual de los incisivos, caninos, premolares superiores e inferiores y con la membrana mucosa del paladar duro, por la presión de la mandíbula. También cambia la forma. La parte central se deprime por la acción de los músculos genioglosos, condroglosos, mientras que los que la arrollan — hacia arriba son el longitudinal superior y el — estilogloso. Esta acción combinada forma el plato de succión de la lengua. La base se eleva contra el paladar blando por la contracción de los músculos suprahióideos, el estilogloso y el palatogloso.

5).- Los músculos del paladar blando, o sea el tensor del velo del paladar y el elevador, se relajan y permiten el descenso de este órgano que se encuentra con la base elevada de la lengua, cerrando así la faringe y permitiendo que se forme el vacío.

El acto de succión puede ser continuo o consistir en una serie de acciones rítmicas de succión.

La última es la forma usual en que está función se manifiesta consistiendo en numerosas repeticiones de los movimientos antes descritos, dan depresión y elevación de la mandíbula y contracción y relajación de los músculos.

Cuando el hábito de succión comporta el uso de una substancia dura entre los incisivos, los molares temporales y premolares y molares permanentes no llegan muchas veces a establecer contacto oclusal, en grado tal que desarrollan una supraoclusión mientras que los incisivos muestran infraoclusión.

Si al succionar se emplea el cular y otros dedos, los incisivos pueden sufrir alteraciones, afectados por el tironeamiento digital y la tracción del brazo, lo mismo puede suceder cuando se succiona o se muerde el labio principalmente el inferior.

Los efectos de la succión pueden ser variados, - estos dependerán de varios factores como es la clase de objeto succionado, la dirección, la frecuencia, la intensidad de la fuerza ejercida y la duración del hábito.

**MALFORMACIONES PRODUCIDAS POR EL
HABITO DE SUCCION.**

Las malformaciones causadas por la succión y presiones inadecuadas se pueden notar en:

Las malposiciones dentarias, crecimiento anormal o retardado del hueso, respiración defectuosa, alteraciones faciales, dificultades para hablar y problemas psicológicos.

El dolor y la incomodidad, especialmente los provenientes de trastornos nutricionales, pueden producir cualesquiera de los hábitos de succión, pero son de particular interés aquellos que llevan la mandíbula hacia adelante y las posturas incorrectas durante el dormir.

HABITO DE SUCCION DIGITAL.

La succión digital es uno de los malos hábitos infantiles que más han preocupado e interesado a padres, psicólogos, pediatras y dentistas. Desde el punto de vista paterno, la succión digital es un hábito que no es aceptado socialmente; el psicólogo se interesa por este ya que puede ser la manifestación o repercusión de otro problema mayor; el pediatra teme a las deformaciones de los dedos, o bien a una alimentación deficiente del niño y al igual que el Cirujano Dentista a las malformaciones bucales que el niño puede sufrir por este hábito.

Según Lewis, las condiciones de debilidad como son la fatiga, el hambre, una tensión emocional, enfermedades, después de un resaca; pueden ser factores preponderantes en la estimulación de la succión digital.

Existen otros autores que indican que este hábito puede ser debido a un destete prematuro, causando al niño una experiencia desagradable y frustradora, la cual puede tener una conexión importante con el desarrollo emocional del niño.

Concretamente se pueden agrupar todas las distintas ideas en tres teorías:

A).- La succión como una respuesta a un impulso oral:

Según algunas opiniones el niño succiona el pulgar o los otros dedos ya que la necesidad de ejercitar

el mecanismo de succión no queda satisfecha durante el proceso para obtener su alimento.

Levy (1937), ratificó estas ideas diciendo que según su teoría es más probable que un niño el cual está siendo alimentado con biberón siga haciendo succión si la abertura de la tetina es grande y permite que la leche salga fácilmente, que si el agujero es pequeño provocando un mayor esfuerzo durante un mayor tiempo, obteniendo la misma cantidad de leche.

Otro ejemplo que también señala Levy, es el de un niño que presentaba succión del dedo pulgar cuando no se le daba su alimento en su horario cotidiano, pero dejaba de hacerlo cuando se le volvía a dar el alimento.

B).- La actividad oral como auxiliar del anhelo de alimentarse:

Una de las primeras y más profundas satisfacciones en la vida del niño es el alivio del hambre, siendo este el motivo por el cual succiona.

Es por lo que no debe de extrañar que el niño trate de descubrir los medios para poder restablecer aunque sea en parte esta sensación de bienestar y satisfacción, los cuales logra por medio de la succión y es por lo que esta teoría dice que si el alivio del hambre que es la satisfacción primaria va acompañada de la acción de succionar que es la satisfacción secundaria, y no siempre se puede obtener esta satisfacción primaria, entonces el niño se conformará con su satisfacción secundaria que es la de succionar.

0).- La succión como una actividad sexual:

Está teoría que es la que apoya Freud, nos dice que el estímulo que reciben las membranas internas de boca y que es producido por la acción de succionar es una especie de estimulación erótica, que proporciona un placer sensual del mismo tipo que las sensaciones agradables provenientes de la estimulación de los órganos genitales.

Dice esta teoría que cuando el niño presenta estas satisfacciones bucales, manifiesta una especie de erotismo oral.

Se ha llamado fase ó etapa oral al período de la presencia de estas actividades, y es considerada como una de las etapas pregenitales del desarrollo sexual.

Strang.- Indica que la succión del pulgar se presenta con mayor frecuencia cuando existe una falta de armonía en la relación materno - infantil.

Divide el problema de la succión digital según su aspecto clínico en 3 fases de desarrollo:

FASE I.- Considerada igualmente por Gesell e Ilg es en la que se puede tomar a la succión como normal y de una significación subclínica; está comprendida entre el nacimiento y los dos años de edad, y en esta época la gran mayoría de los niños se succionan el pulgar u otro dedo, en especial al dejar de mamar.

Klackenberg.- Cita en un estudio que ninguno de los niños a los cuales se les había dado chupón desarrolló hábito de chupeteo posteriormente.

FASE II.- Chupeteo con significación clínica; se extiende esta fase aproximadamente de los dos a los 4 años de edad, aquí es importante una mayor atención por dos causas:

- A).- Indica a veces ansiedad de significación — clínica.
- B).- Al final de esta fase, esta la época en que el hábito tiene efectos sobre la dentición permanente.

FASE III.- Es considerada como de chupeteo intratable del pulgar, persistente después de los 4 años de edad.

En esta fase el hábito necesita una terapéutica dental y psicológica completa, y las consultas necesarias entre el dentista, el psicólogo o médico para hacer posible un resultado útil. La importancia dada a esta fase, se basa en el hecho de que el hábito puede ser la manifestación de un sistema, correspondiente a un problema más importante que el referido a la propia maloclusión.

La relación que guarda el hábito con el hambre es muy importante ya que la succión es una actividad temprana, asociada a la ingestión de alimentos y a las reacciones que preceden el apetito, puede entonces formarse el hábito si los períodos existentes en la alimentación del niño son muy prolongados.

Los llamados hábitos auxiliares o accesorios ejecutados por el niño se asocian con frecuencia a la —

succión, siendo condición necesaria llevarla a cabo - con la ayuda de la mano libre.

Los hábitos auxiliares pueden ser:

El frote de la oreja, acariciarse el pelo, jalar - el cuello del vestido o rascarse las fosas nasales.

MALFORMACIONES.

La malformación que con más frecuencia se presenta como resultado de la succión del pulgar es:

La mordida abierta anterior, maloclusiones.

Durante la succión la mandíbula se retrae, pero muchas veces esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano o el brazo favorecen a una mayor retracción y los incisivos inferiores se lingualizan.

Al retraerse la mandíbula puede acompañarse de un cambio articular, y frecuentemente inhibe los movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar, al producirse la linguo versión de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad oral, los músculos de los carrillos que originan la succión, ejercen una sobreposición provocando una inhibición en el desarrollo del

maxilar en dirección lateral, resultando un arco dental estrecho elevándose la bóveda palatina con lo que muchas veces resulta casi imposible que el piso nasal baje a la posición de normalidad; se presenta una protrusión de los dientes anteriores superiores, una sobremordida vertical profunda (overbite); una protrusión en el segmento de la premaxila, el labio superior se vuelve hipotónico y el labio inferior se ve aprisionado bajo los incisivos superiores.

Al producirse la protrusión del maxilar superior y la retracción de la mandíbula, provocando consigo una mordida abierta, se va a producir una dislalia ó sea un trastorno de la articulación de los fonemas, como cuando se deja escapar involuntariamente parte del aire que se encuentra en la cavidad bucal o bien la lengua no puede hacer un buen contacto con los incisivos superiores, ya que están protruidos ó con el paladar el que se encuentra sumamente elevado.

Cuando la succión es muy intensa y prolongada, las alteraciones no son nada más bucales, sino que se pueden observar también en el dedo, como el espesamiento de la piel, callosidades o cicatrices.

La succión digital al provocar la protrusión de los incisivos superiores puede dar origen a otros hábitos bucales, como son: la lengua protráctil y la succión del labio inferior.

TRATAMIENTO.

Historia clínica completa. En caso de succión di
gital se recomienda una historia clínica especial so-
bre hábitos que complementará la otra y la cual debe
ser obtenida preferentemente con el niño fuera del —
cuarto.

Debemos de saber que ningún tratamiento nos dará
resultado si no hacemos consciente al niño del proble-
ma y logramos contar con su ayuda, es decir, que nie
tras el niño no este convencido de que quiere romper
con el hábito, el tratamiento prácticamente será inú-
til, ya que tarde o temprano el niño regresará al há-
bito.

Para lograr esta colaboración tendremos una plá-
tica con el niño, la cual deberá de ser sin la presen-
cia de los padres, tratar de ganarnos su confianza.

Le indicaremos que trate de hacer conciencia del
hábito y procure dominarlo por si mismo, y que si no
lo logra después de un determinado tiempo nosotros le
colocaremos un aparato que le sirva de ayuda para re-
cordar que no debe chuparse el dedo.

El aparato que llegemos a colocar nos servirá -
para:

- A).- Para romper el hábito de succión, ya que a pesar
de que el niño puede meterse el dedo a la boca,
no recibirá una verdadera satisfacción.
- B).- Para evitar la sobrefuerza sobre el segmento an-
terior ya que debido a su construcción, el apa -

rato previene la presión del dedo que desplazará a los incisivos superiores hacia labial, evitando así una mordida abierta mayor y una deformación de la función de la lengua y los labios.

C).- Para distribuir también la presión existente sobre los dientes posteriores, ya que durante la posición de descanso el aparato fuerza a la lengua hacia atrás, cambiando su forma de una masa alargada longitudinalmente a una lengua más normal la cual ejercerá una mayor presión hacia las caras bucales del maxilar superior, contrarrestando así el estrechamiento del arco dental del maxilar debido al hábito de succión.

D).- Para recordar al paciente que está recayendo en su hábito.

E).- Para que su hábito en vez de placentero le resulte molesto.

El aparato ideal para la corrección del hábito de la succión digital sería aquel que reuniera las siguientes características:

I).- Que no presente resistencia a ninguna actividad muscular normal.

II).- Que no requiera de ningún recordatorio para su uso.

III).- Que su uso no avergüence al niño.

IV).- Que no dependa del recordatorio paterno.

La mejor edad para la colocación del aparato es entre los 3 y medio y cuatro y medio años de edad, y es recomendable que sea durante la primavera o el verano cuando la salud del niño es óptima y el deseo de succión puede ser inhibido durante juegos al aire libre y actividades sociales.

La construcción del aparato que es utilizado con frecuencia, se hace de la siguiente manera:

Se toma una impresión con alginato o cualquier otro material de impresión y se obtiene el modelo de trabajo.

Se podrán utilizar bandas o coronas de acero las que se adaptarán a los segundos molares primarios superiores. Después con alambre de ortodoncia del número 0.040 se procederá a hacer el cuerpo central del aparato, el alambre va a ir desde el segundo molar primario hasta el punto de unión entre el primer molar primario y el canino primario en donde se hará un dobléz al alambre hacia el canino del lado opuesto -- donde se hace otro dobléz hacia el segundo molar molar primario de este mismo lado, dándole así al alambre la forma de una letra "U", el alambre deberá ir al nivel del margen gingival.

Después con alambre del mismo número se hace un dobléz en forma de curva (Loop), el cual se extiende hacia atrás hasta el tercio mesial del segundo molar primario superior y hacia adelante en donde quedan como espolones, 2 mm., por detrás de los incisivos infe

riores; se solda al cuerpo del aparato a 45° del plano oclusal.

Se coloca un tercer alambre en medio de los otros dos que es el tercer espolón y se solda. Luego se procede a soldar todo el cuerpo a las bandas o coronas según sea el caso. Se cortan y pulen los bordes sobrantes, y ya esta lista para llevarse a la boca.

En la siguiente cita se retira del modelo y se prueba dentro de la boca, si se utilizan coronas se revisan los puntos altos, se comprueba que los incisivos inferiores no choquen con los espolones, en cuyo caso se recortarán hasta que queden 2 mm., por detrás de los anteriores inferiores y 3mm., por debajo del borde incisal de los superiores. Si queda bien se cementa.

Una vez cementado se le explica al niño que le tomará algunos días en acostumbrarse que tal vez en un principio le cueste un poco de trabajo limpiar la comida que se atore en el aparato, y que trate de hablar despacio y claro.

El aparato se usa generalmente de 4 a 6 meses pero esto varía, se dejará unas cuantas semanas después de desaparecido el hábito y se podrá retirar.

HISTORIA CLINICA ESPECIAL PARA LOS
HABITOS ORALES, PROPUESTA POR No -
DONALD Y GRABER.

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

PROBLEMAS DE HABITOS ORALES.

Remitido por: Dentista Pediatra Otro
Específique: _____

Edad: Años Meses. Sexo: Masc. Fem.
Peso al nacer: . Kg. Prematuro Anomalías
Congénitas

Específique: _____

HOGAR.

No. Hermanos: Edad Hermanos: _____

No. Hermanas: Edad Hermanas: _____

Niño viviendo con: Madre Padre Otro

Específique: _____

Temperamento Madre: Calmada Padre: Calmado

Violenta Violento

Nerviosa Nervioso

Paterno:

Ocupación: Madre _____ Padre _____

Otras personas en el hogar: _____

	Buena	<input type="checkbox"/>	Comentarios: _____
Alimentación:	Excelente	<input type="checkbox"/>	_____
	Indiferente	<input type="checkbox"/>	_____
Actual:	Pobre	<input type="checkbox"/>	_____

DOÑIR:

Durante	Regularmente	<input type="checkbox"/>	Durante	No. de horas	<input type="checkbox"/>
el	Irregularmente	<input type="checkbox"/>	la	Profundamente	<input type="checkbox"/>
día:	Raramente	<input type="checkbox"/>	Noche:	Interrupciones	
				Frecuentes	<input type="checkbox"/>

LIBERACION DE ESPINTERES:

	Anormales	<input type="checkbox"/>	Comentarios: _____
Hábitos:			_____
	Normales	<input type="checkbox"/>	_____

Edad completamente educado Años Meses.

HABITO ORAL:

Succión	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>	Succión	Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
del	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	de otros	Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
pulgar:	Raramente	<input type="checkbox"/>	dedos:	Raramente	<input type="checkbox"/>

Edad en que el hábito comenzó Años Meses.

Edad en que el hábito terminó Años Meses.

Durante el día Durante la noche

Continúa:

En la escuela Viendo Televisión

Hábitos Enrollarse el pelo Acariciar una colcha
 Secunda Jalar la oreja Chuparse los labios
 rios: Secudriñarse la nariz Otros

Especifique: _____

Métodos usados Ninguno Especifique: _____
 para parar Dental _____
 el hábito: Otros _____

Conocimiento El niño esta conciente Especifique: _____
 del Reñado por conocidos _____
 Reñado por la madre _____
 Reñado por el padre _____
 hábitos: Otro _____

Otros con el Ninguno Padre Otros
 mismo hábito: Hermanos Madre

Especifique: _____

TERAPIA:

El niño desea termi Sí: Con tratamiento Indiferente
 nar con el hábito: Sin tratamiento Indeciso

COMENTARIOS GENERALES:

FECHA: _____

HABITO DE CHUPETES Y MAMILAS.

La alimentación que es sin duda uno de los actos más importantes en la vida humana, en la infancia, — una correcta alimentación va a ser un factor pre^{di}ca — ponente en el favorable desarrollo del niño.

Los fabricantes de mamilas, al concentrarse úni^{ca}mente en la obtención del alimento han olvidado la fisiología básica del amamantamiento.

En la alimentación de pecho, la lengua es traída hacia adelante poniéndose en contacto con el labio in^{fe}rior, la mandíbula se mueve rítmicamente hacia arri^{ba} y abajo y hacia adel^{ante} y atrás, provocando así — el mecanismo de succión.

El calor y el amor materno dan sin duda una sen^sación de alegría y bienestar que unidos al alimento van a lograr una completa satisfacción del niño.

Las mamilas convencionales no pueden dar el ca^{lor} y el amor del cuerpo materno y es por lo que la fisiología del amamantamiento no es duplicada.

Debido al mal diseño de las mamilas, la boca en^cuentra más abierta y se requiere de una dem^{anda} anor^{mal} por parte del mecanismo de succión. Los movi^{en}tos rítmicos hacia adelante y atrás por parte de la mandíbula, la elevación y declinación de la lengua se ven reducidos, y esta reducción se incrementa aún más cuando el agujero de la mamila se ve agrandado, y la leche o el líquido alimenticio practicamente son cho^rreados dentro de la garganta del niño, disminuyendo

así el ejercicio que debería de hacer el niño durante su amamantamiento y que es el que favorece a el crecimiento de la mandíbula.

Según varios estudios, la alimentación a pecho — es más recomendable que la realizada con biberón.

Anna Freud y Borlingham (1944), lo expresaron de la siguiente manera:

"Los niños criados a pecho, naturalmente, están en mejores condiciones que los criados a biberón".

De acuerdo con Harwick (1930), los niños criados con biberón se encuentran expuestos frecuentemente a sofocaciones y a sufrimientos de ansiedad como consecuencia.

Anderson realizó un estudio comparativo entre la alimentación por medio del pecho, del biberón y mixta llegando a las conclusiones de que los niños alimentados con pecho se encontraban mejor ajustados y presentaban menor número de hábitos orales, mientras que los niños alimentados con botella mostraban frecuentemente hábitos de succión, los cuales se veían incrementados cuando el biberón había sido usado como un medio para aquietarlos e inducirlos al sueño.

Una alimentación incompleta, o sea que no se termina de alimentar al niño hasta que este completamente satisfecho, puede provocar que el niño enfique está hambre hacia hábitos de lengua, labios y succión digital.

Es necesario tratar de que el niño se quede con hambre.

Aparte de una alimentación incompleta, existen otros factores los cuales son predisponentes en la -- presencia de problemas pediátricos y dentales, como -- mamilas mal diseñadas y técnicas deficientes de ali -- mentación con botella.

La mamila convencional requiere del niño única -- mente que succione, no tiene que trabajar y ejercitar su mandíbula para que se desarrolle.

Con este tipo de mamila y debido a su nariz re -- donda, la boca se encuentra abierta indebidamente más de lo normal y los labios sellan difícilmente propi -- ciando una entrada mayor de aire, y una presión anor -- mal de los músculos es efectuada como una respuesta -- compensatoria a los excesivos movimientos de apertura.

Tratando de duplicar al máximo el pecho materno la casa Rocky Mountain fabrico una mamila la cual in -- cita al niño a realizar la misma actividad funcional que durante la alimentación a pecho.

Esta mamila consta de un chupón de mayor tamaño que el normal, que entra en contacto no solamente con los labios, sino con una mayor área alrededor de la -- boca; su nariz es más larga y se encuentra diseñada -- en tal forma que permite un mejor sellado entre la -- lengua y el paladar durante la alimentación.

Mucho se ha discutido sobre el uso de los chupe -- tes. Algunos padres los utilizan como "tranquilizado -- res" ó bien para inducirle al niño, sueño.

En muchas ocasiones el niño lo ra satisfacer su hambre, más no su deseo de succión y es cuando busca algo en que desahogar este deseo.

Al igual que la masilla, el diseño del chupete es de gran importancia para prevenir probables malocclusiones.

La casa Rocky Mountain fabrica dos tipos de chupetes para niños. El primero, que es un ejercitador, está diseñado de tal manera que estimula y provoca -- los movimientos del amamantamiento, dándole así al niño una agradable satisfacción.

El otro chupete que es mayor y se utiliza para niños mayores de un año, tiene un contacto palatartal que permite toda posible estimulación para el crecimiento del arco dental.

Es de esperarse que el uso del biberón anatómico junto con el chupete fisiológico usados correctamente reducirán de gran manera la necesidad y el deseo del niño para ejercicios suplementarios entre comidas y durante las horas de sueño como son la succión digital y los hábitos de lengua.

SUCCION LABIAL.

La succión labial o quelofagia:— Es una actividad anormal la cual aparece en muchas ocasiones como resultado de una succión digital, pudiéndose presentar simplemente como una mordida al labio, o bien como una — succión labial con mayor fuerza.

Cuando existe una sobremordida horizontal, le es más difícil al niño lograr un cierre normal de los labios para poder efectuar la deglución, y es por lo que coloca su labio inferior pegado a la cara palatina de los incisivos superiores, ejerciendo así una presión — negativa sobre los dientes anteriores al intentar cerrar la boca.

En muchas ocasiones varios de los niños que presentan succión digital se dan cuenta que al succionar — se el labio inferior o simplemente mordiéndoselo, lo — gran obtener la misma satisfacción que obtenían al chuparse el dedo, y así poco a poco irán desplazando a la succión digital para dedicarse por completo a su nuevo hábito que les parecerá más cómodo y conveniente.

REALIZACIONES.

La presencia de succión labial va a causar una sobremordida horizontal amplia.

Al colocar el niño el labio inferior sobre la cara palatina de los incisivos superiores y deglutir con una actividad anormal de los músculos, va a ejercer —

una sobrepresión sobre estos dientes labiolizándolos, y los incisivos inferiores por la misma sobrepresión van a tender a lingualizarse.

El labio superior no va a poder hacer contacto — con el inferior como debería de ocurrir en la deglución normal, y tiende a volverse hipotónico, además — que al dejar de funcionar se retrasa o se vuelve corto.

A su vez el labio inferior en casos severos muestra por sí solo los efectos del hábito, ya que su borde se encuentra abultado y se vuelve hipertrófico en algunos casos aparecen herpes crónicos acompañados de áreas de irritación.

Los efectos producidos por este hábito son:

- A).- Protrusión de los incisivos superiores.
- B).- Supraoclusión y apilamiento de los incisivos inferiores.
- C).- Sobreentrecruzamiento vertical u horizontal.

TRATAMIENTO.

Para poder realizar un tratamiento correcto requerimos antes de un buen diagnóstico.

Si intentamos romper el hábito sin haber corregido antes la oclusión, se puede asegurar que el paciente después de un tiempo recaerá en el hábito, y tendremos un fracaso, ya que al colocar un aparato lingual sin corregir la mordida lo único que hacemos es atacar un síntoma pero no el origen del problema.

Es por lo que como primer paso del tratamiento de beremos de corregir la oclusión con ayuda de un orto - donciata y en la mayoría de los casos desterraremos — así el hábito pernicioso sin necesidad de ningún apara to rompehábitos.

Para la fabricación del aparato se tomarán:

- 1o.- Dos impresiones con alginato.
- 2o.- Se corren para obtener los modelos de trabajo.
- 3o.- Se montan en un articulador sencillo para un mejor manejo.
- 4o.- Dependiendo de la edad del paciente se tomarán — los primeros molares inferiores permanentes o los segundos molares primarios inferiores como pila - res para el aparato.
- 5o.- En los pilares se colocarán coronas metálicas o - bien bandas ortodoncicas las que se ajustarán.
- 6o.- Se toma un alambre de ortodoncia del # 0.040 el - cual nos servirá como cuerpo del aparato y se --- ajustará lingualmente desde el primer molar infe - rior hasta el espacio interproximal comprendido - por el primer molar primario inferior y el canino en donde se pasa el alambre hacia labial y se lle - va a la altura del tercio gingival de los incisi - vos hasta el lado opuesto para pasarlo también -- por el espacio interproximal del canino y primer molar primario hacia lingual y llevarlo hasta el primer molar inferior.

La porción labial del aparato deberá de quedar de 2 a 3 mm., aproximadamente separado de la cara la bial de los incisivos y además se deberá de revi -

sar que el alambre no haga contacto con la cara palatina de los anteriores superiores, si esto sucede se doblará el alambre más hacia gingival.

Se toma posteriormente otro alambre auxiliar del # 0.036 ó 0.040 el cual se solda al alambre principal en el lugar en que este pasa de lingual a labial y se contornea paralelo al alambre principal de 6 a 8 mm., hacia gingival, llevándolo hacia el otro lado en el - que se solda el extremo libre.

Este alambre auxiliar debe de ir separado del tejido gingival aproximadamente 3 mm. Se solda el alambre principal a las coronas y se prueba en el modelo para quitar las posibles interferencias oclusales, se limpia, se pule y ya puede ser cementado en la boca.

La porción labial puede ser modificada al agregar acrílico entre el alambre principal y el auxiliar esto es con el fin de evitar la irritación del labio inferior. Otra variante del aparato es en el que el alambre principal va totalmente por bucal.

El aparato deberá de permanecer al igual que el de succión digital por varios meses en la boca y puede ser retirado por partes, se retira primero el alambre auxiliar y luego el resto del aparato.

Una vez retirado el aparato es conveniente recomendar al paciente una serie de ejercicios con el fin de evitar una reincidencia del hábito y para disminuir la hipotonicidad y flacidez del labio superior.

LENGUA PROTRÁCTIL.

El hábito de lengua protráctil.- Es el acto en el cual el niño interpone o adelanta su lengua durante el acto de la deglución.

La lengua protráctil se observa frecuentemente en niños que presentan una mordida abierta anterior y una protrusión de los incisivos superiores.

ETIOLOGIA.

Varios autores, entre ellos Anderson, Graber y Moyers afirman que el hábito de lengua protráctil es el resultado de un hábito de succión digital, ya que después de que esta ha creado una mordida abierta anterior, la lengua se proyecta hacia este espacio ocupándolo, aumentándolo e impidiendo que este se cierre. En un estudio realizado por Anderson, notó que el 34.2 de los sujetos observados con hábito de lengua protráctil habían presentado succión digital, y que de los sujetos que no presentaban lengua protráctil, únicamente el 25% había tenido succión digital.

Cuando existen amígdalas hipertróficas e hipersensitivas, provocan una posición incorrecta de la lengua, haciendo que la base de esta se desplace hacia adelante creando así el hábito de lengua protráctil.

Otra de las causas que pueden dar origen a este mal hábito lingual es el haber alimentado al niño con zamila por demasiado tiempo y haber demorado en substituirla por alimentos más sólidos.

Anderson en su estudio mencionado anteriormente el 93% de los sujetos en observación fueron alimentados con botella, mientras que con pecho únicamente el 17%, pero el 91.7% de los alimentados con botella presentaban lengua protráctil y de los alimentados con - pecho únicamente el 3.3%.

La presencia de macroglosia.- Es una de las causas que provocan lengua protráctil. Al no poder mantener el niño dentro de su boca la lengua por ser demasiado grande, comenzará a protruírla, y si esto no es corregido dará origen a este hábito lingual.

El acto de proyectar la lengua hacia adelante - se realiza principalmente durante la deglusión y se - provoca así un acto de deglusión anormal.

Durante la deglusión normal los músculos de la - masticación actúan para poner en oclusión los dientes y mantenerlos así durante todo el acto, la punta de - la lengua hace contacto con la papila incisal del ma- xilar y con las caras linguales de los incisivos su- periores, el dorso y los lados de la lengua se acer- can al paladar haciendo presión sobre este y los la- bios se encuentran cerrados suavemente.

En la deglusión anormal los músculos de la asti- cación no trabajan para ocluir los dientes y realizar así el "sellado bucal", sino que la lengua es protruí- da por entre los dientes superiores e inferiores rea- lizando de esta manera la deglusión.

Según varios autores, una de las causas de la deglusión anormal es:- La persistencia de la deglusión visceral o infantil aún después de que han hecho erupción los dientes.

En la deglusión infantil el niño deglute con sus rebordes gingivales separados, los cuales aún se encuentran desdentados, al hacer erupción los incisivos primarios forman estos una separación ó barrera entre los labios y la lengua, y normalmente la forma de la deglusión cambia, entrando en función los músculos de la masticación pero en ocasiones no sucede así y la deglusión visceral persiste.

MALFORMACIONES.

El hábito de lengua protráctil, como ya se dijo puede ser causado en algunos casos por una mordida — abierta anterior, pero casi siempre el hábito es la causa y no el resultado.

Los distintos efectos, ya sean causados por el tamaño, la postura ó la forma de la lengua ó del acto de deglutir, van a repercutir grandemente en la estructura y constitución de los tejidos bucales.

La macroglósia:- Es una de las causas que mayormente afectan a los arcos dentales, es capaz de causar mordida abierta, tanto anterior como posterior, diastemas y en casos severos, incrementar el crecimiento de la mandíbula.

Durante la deglución la lengua ejerce una presión desde adentro hacia afuera contra los dientes, esta — presión es compensada por la fuerza que ejercen los labios y los carrillos, pero cuando la fuerza de la lengua es mayor, ya que es protruida en cada deglución y como deglutimos por lo menos 1000 veces al día, da como resultado la labialización de los dientes anteriores, así como diastemas, sobremordida horizontal, mordida abierta anterior y por consiguiente patología en los tejidos de soporte, además de que al persistir este hábito por demasiado tiempo puede causar la aparición de un hábito secundario de ceceo así como problemas del lenguaje.

TRATAMIENTO.

Para poder realizar el mejor tratamiento es necesario obtener un buen estudio del hábito por medio de los signos y síntomas que manifiesta el paciente.

En aquellos casos en que las malformaciones sean debidas a una macroglosia, el tratamiento adecuado será una glossectomía parcial ó cirugía correctiva de la lengua combinada con agentes esclerosantes.

Las amígdalas deben de ser revisadas para comprobar que no es esta la causa de la protrusión lingual, ya que en los casos en que las amígdalas se encuentran inflamadas y dolorosas, los lados de la base de la lengua las rozan produciendo un aumento del dolor y por consiguiente un movimiento reflejo en el que la mandíbula desciende, separándose así los dientes lengua -

gua se coloca entre ellos, originándose así un nuevo - reflejo de deglución.

Antes de colocar un aparato es recomendable ins - truir al paciente para deglutir correctamente.

Se le indica que durante la deglución la punta de la lengua debe de estar colocada en la papila incisiva se le hace que degluta varias veces para que localice perfectamente el lugar correcto; luego con una pasti - lla de menta o limón sin azúcar se le indica que la - mantenga con la punta de la lengua contra el paladar - hasta que esta se disuelva; el estar colocada la pas - tilla contra el paladar el niño segrega saliva y se ve obligado a deglutir correctamente.

Pocos van a ser los niños que logran vencer su há - bito lingual tan fácilmente, pero de esta manera ten - drán conciencia del lugar en que debe de colocarse la lengua. En los casos en que no se venza el hábito por medio de ejercicios el tratamiento más adecuado será - la colocación de un aparato rompehábitos.

El aparato que se utiliza para corregir el hábito de lengua protráctil es un arco lingual muy semejante al de succión digital pero con unas pequeñas variacio - nes.

El aparato lleva los mismos espolones aunque es - tos se encuentran más curvados hacia abajo con el ob - jeto de formar una barrera que de mayor protección a - los dientes anteriores, tanto superiores como inferio - res, de la sobrefuerza que ejerce sobre ellos la len - gua durante la deglución.

El aparato que se utilice para la corrección de - este hábito lingual deberá de llenar dos objetivos, --

gua se coloca entre ellos, originándose así un nuevo - reflejo de deglución.

Antes de colocar un aparato es recomendable ins - truir al paciente para deglutir correctamente.

Se le indica que durante la deglución la punta de la lengua debe de estar colocada en la papila incisiva se le hace que degluta varias veces para que localice perfectamente el lugar correcto; luego con una pasti - lla de menta o limón sin azúcar se le indica que la - mantenga con la punta de la lengua contra el paladar - hasta que esta se disuelva; el estar colocada la pas - tilla contra el paladar el niño segrega saliva y se ve obligado a deglutir correctamente.

Pocos van a ser los niños que logran vencer su há - bito lingual tan fácilmente, pero de esta manera ten - drán conciencia del lugar en que debe de colocarse la lengua. En los casos en que no se vence el hábito por medio de ejercicios el tratamiento más adecuado será - la colocación de un aparato rompehábitos.

El aparato que se utiliza para corregir el hábito de lengua protráctil es un arco lingual muy semejante al de succión digital pero con unas pequeñas variacio - nes.

El aparato lleva los mismos espolones aunque es - tos se encuentran más curvados hacia abajo con el ob - jeto de formar una barrera que de mayor protección a - los dientes anteriores, tanto superiores como inferio - res, de la sobrefuerza que ejerce sobre ellos la len - gua durante la deglución.

El aparato que se utilice para la corrección de - este hábito lingual deberá de llenar dos objetivos, --

que son:

- A).- Eliminar la fuerza que ejerce la lengua durante la deglución al ser proyectada esta hacia adelante.
- B).- Reeducar a la lengua para que esta tome una postura correcta durante la deglución y en reposo.

Otro aparato que también es utilizado, es el que consta al igual que el mencionado con anterioridad de un arco lingual, pero en la zona de los dientes anteriores tiene una serie de curvas en forma de "3" continuas, las cuales forman una barrera que protege a los dientes de la protrusión lingual; el aparato debe de quedar por debajo del borde incisal de los incisivos inferiores para brindarles también protección. Este tipo de aparato tiene la ventaja de que cuando la lengua es proyectada también contra la zona de los premolares o molares primarios y molares permanentes produciendo una mordida abierta posterior, es utilizado; colocando la zona de curvas en el lugar en donde la mordida abierta se presenta.

El tiempo de duración de este aparato o del anterior dentro de la boca dependerá de la severidad de la mordida abierta y podrá variar de 4 a 9 meses. En muchas ocasiones la malformación es ya tan extensa que el aparato no puede resolver por sí solo la deformidad y es cuando se requiere también de un tratamiento ortodóntico.

RESPIRACION BUCAL.

La respiración bucal:- Es un hábito oral nocivo que pueden presentar frecuentemente los niños, y el cual muchas veces pasa desapercibido ante los padres y los cercanos al niño.

Para el niño, su manera de respirar le parecerá normal, ya que por falta de conocimientos y a pesar de presentar una obstrucción nasal o alguna otra causa que predisponga la respiración bucal, va a pensar que todas las personas respiran igual que él.

ETIOLOGIA.

La respiración bucal puede deberse a varias causas, las cuales se pueden clasificar arbitrariamente dentro de tres grupos:

- A).- Por problemas nasales.
- B).- Por problemas bucales.
- C).- Por costumbre.

Los problemas nasales que causan una obstrucción en las vías respiratorias, son las que con más frecuencia dan origen a la respiración bucal.

Los niños que padecen de una obstrucción nasal presentan una ventilación entorpecida, esta obstrucción puede ser total ó parcial, pero indudablemente va a dificultar la inspiración y expiración provocando que el niño respire por la boca.

Dentro de las obstrucciones nasales que más frecuentemente presentan los niños y que pueden dar origen a la respiración bucal tenemos las amígdalas y las adenoides hipertróficas, cornetes demasiado grandes ó inflamados, sinusitis crónica, rinitis medicamentosa, la cual es causada por ciertas drogas las que congestionan la mucosa nasal obstruyendo los conductos nasales, esto desaparece al suspender el medicamento; rinitis vasomotora, que es más bien un término bajo el cual varias enfermedades nasales sin un diagnóstico específico son clasificadas; alergias que afectan a la mucosa nasal y el tabique nasal desviado.

Ciertas maloclusiones dentales tales como incisivos superiores labializados ó mordida abierta anterior, impiden que el labio superior haga contacto con el inferior, o en muchas ocasiones es el mismo labio que al encontrarse corto no logra realizar el "sellado bucal", favoreciendo de esta manera la respiración bucal.

En algunas ocasiones cuando la causa aparente de la respiración bucal ha sido eliminada, ya sea nasal ó bucal y el niño sigue respirando por la boca, presenta este una respiración bucal por hábito o costumbre.

MALFORMACIONES.

Un aspecto típico que casi siempre presentan todos los respiradores bucales es el que se conoce como "Facies Adenoidea", que se caracteriza por amplia hinciancia interpupilar, boca entreabierta, los dientes -

superiores anteriores se encuentran labializados, existe apiñamiento de los dientes anteriores inferiores, - hipotenia del labio superior e hipertrofia y agrietamiento del inferior, frecuentemente sobremordida, desarrollo pobre del piso de la nariz y falta de crecimiento de la mandíbula.

En estudios realizados por otorrinolaringólogos, comprobaron que las personas que presentan respiración bucal padecen con mayor frecuencia molestias en el aparato respiratorio.

En un examen clínico de un paciente con respiración bucal podremos observar abundancia de cálculos dentales, la mucosa bucal se encuentra enrojecida y edematosa debido a la irritación que provoca la respiración anormal, las encías están crecidas en la zona labial de los incisivos superiores, si el labio superior cubre parte de la mucosa gingival es posible notar una clara diferencia en el límite del tejido que se encuentra protegido y del no protegido.

La intensidad de la irritación variará según la porción expuesta al aire así como el grado de respiración bucal que haya efectuado el paciente.

Por lo general la zona más afectada es la anterior del maxilar superior, ya que la porción posterior del maxilar superior y toda la mandíbula se encuentran más protegidos del aire por los carrillos y la lengua, pero en casos extremos la afección se puede extender en toda la boca, provocando una inflamación crónica y la degeneración progresiva de los tejidos gingivales, así no son sometidos a tratamiento.

Durante la respiración bucal, la mandíbula se encuentra abatida y la lengua es colocada sobre los incisivos inferiores con el fin de dejar un libre paso al aire, dando como consecuencia una ligera mordida abierta.

Debido a que la respiración se encuentra relacionada intimamente con el habla, los pacientes que presentan respiración bucal así como las malformaciones resultantes de esta anomalía, padecerán de alteraciones en el habla.

TRATAMIENTO.

El primer paso que se debe de seguir para tratar a un niño con respiración bucal es revisar y comprobar que no presenta ninguna obstrucción nasofaríngea, si esta obstrucción existe, es necesario remitirlo con un médico otorrinolaringólogo el cual realizará el tratamiento adecuado para el libre paso del aire a través de la nariz.

En ciertos casos cuando la respiración bucal es debida a alguna malformación dental, la eliminación de la sobremordida horizontal excesiva y el establecimiento de una función normal de la musculatura perioral, logran reactivar al labio superior, permitiendo así el cerrade labial y estimulando la respiración nasal normal.

En algunas ocasiones a pesar de que la corrección nasofaríngea o la bucal cualquiera que sea la indicada, ha sido realizada, el niño continúa respirando por la boca, debido a la costumbre y es en estos casos en que el Cirujano Dentista debe de colocar una placa bucal o pantalla vestibular, que obliga al niño a respirar por la nariz.

Antes de colocar una placa bucal es de suma importancia comprobar y estar seguros de que el niño no presente ninguna obstrucción nasal y pueda respirar libremente por la nariz.

Esta placa nos servirá también para evitar la succión digital a la vez que se fortalece la acción de los labios y evita la succión labial.

Para la construcción de la placa tomaremos impresiones tanto superiores como inferiores las cuales se articularán y mantendrán en oclusión; posteriormente con un lápiz se marca el contorno de lo que será el aparato, cuyo límite debe de ser el surco vestibular evitándose las inserciones musculares.

Se toma una hoja de papel estalo la que se coloca sobre el molde y se recorta siguiendo la línea luego esta hoja se coloca sobre una hoja de plexiglas la cual al calentarse se puede recortar según la forma del estalo.

Una vez recortado el plexiglas se calienta nuevamente y se adapta al modelo, se recorta, se pulc y ya puede ser colocado en la boca.

Esta placa se utilizará durante las noches y se mantendrá hasta que el hábito desaparezca.

BRUXISMO.

Es considerado dentro de los hábitos orales infantiles uno de los que más repercusiones y trastornos produce en la cavidad oral y tejidos adyacentes - ha sido nombrado de distintas maneras, tales como bruxomanía, parafunción, neurología traumática y más recientemente bruxismo y bruxomanía.

Por bruxismo podemos definir: - A los movimientos de trituración, desgaste y rechinchamiento de los dientes sin un propósito funcional.

Este hábito se efectúa a un nivel subconsciente y es controlado de una manera refleja, es por esta razón que en la mayoría de los casos los pacientes desconocen la existencia de este hábito a menos de que alguien se los haya hecho notar, por consiguiente - nuestro diagnóstico deberá de basarse con mayor énfasis en la observación de los tejidos bucales con el fin de localizar los probables signos y síntomas típicos del bruxismo, de los cuales se hablará más adelante y del interrogatorio a los padres ó acompañantes del niño.

El desconocimiento de la existencia del bruxismo por parte de el paciente fué comprobado por Bundgaard Jørgensen en un estudio de 496 pacientes, de los cuales el 98% padecía el hábito. A su vez Reding indicó que un 15% de los sujetos observados por él en un estudio, presentaban bruxismo.

ETIOLOGIA.

La etiología del bruxismo es un tema al cual - hasta la fecha sigue siendo punto de discusión, sin embargo los estudios más recientes indican que las - principales causas del bruxismo son la sobrecarga -- psíquica ó emocional, y las causas locales o bucales en las que sobresalen las interferencias oclusales.

El bruxismo es considerado como un resultado de el aumento del tono muscular, dicho aumento es cau - sado por las interferencias oclusales, la tensión -- nerviosa o emocional, por dolor o molestias.

Dentro de los factores locales que van a dar -- origen a movimientos musculares no funcionales te -- neros:

Las interferencias oclusales que pueden ser de - bidas a cúspides prominentes, obturaciones mal ajus - tadas, etc., hiperplasia gingival o cualquier enfer - medad parodontal; colgajos gingivales de los mola - res, irregularidades linguales, labiales o en los -- carrillos, dolor en la articulación temporomandibu - lar y músculos masticadores y molestias.

Las perturbaciones gastrointestinales así como enfermedades del sistema nervioso como son la menin - gitis, epilepsia, corea, parálisis cerebral y defi - ciencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo. Durante las horas del sueño, las pesadi -- llas pueden también provocar rechinar de dientes.

MALFORMACIONES.

Los daños que con mayor frecuencia son observados a causa del bruxismo se encuentran en las coronas de los dientes los que presentan una reducción que va en aumento en su longitud y la cual es debida al desgaste causado por el frotamiento de unos contra otros y que no coincide con el desgaste normal masticatorio ó de deglución. Se presentan también trastornos en las relaciones de contacto interproximal, bordes del esmalte afilados e irritantes, astillamientos de las coronas e inclusive fracturas de estas y de las raíces.

En la pulpa también se presentan alteraciones como son:

La hipercemia pulpar, hipersensibilidad principalmente al frío y en casos avanzados necrosis pulpar.

La repercusión del bruxismo puede verse también en el parodonto, en la articulación temporomandibular y en los músculos masticadores, puede producir irritabilidad del sistema nervioso y cefálea crónica.

Al aumentar el tono muscular puede dar origen a una hipertrofia de los músculos masticadores, la cual puede ser unilateral o bilateral. Esta hipertrofia muscular puede influir en el desarrollo de la mandíbula y provocar una asimetría facial.

La hipertonicidad muscular puede provocar que el paciente se muerda la lengua, los carrillos o los labios.

Existe frecuentemente un dolor muscular como lo indica Forsberg que de 157 pacientes examinados con bruxismo el 76% presentaba molestias musculares.

TRATAMIENTO.

Se le deberá de proporcionar psicoterapia encaminada a disminuir la tensión emocional ó psíquica productora de la tensión muscular.

Los ejercicios relajantes, así como la fisioterapia pueden ser de gran ayuda para disminuir la tensión muscular y por consiguiente el bruxismo.

Eliminar las interferencias oclusales por medio de un ajuste para evitar la producción de una tensión muscular.

Se puede utilizar también una placa para mordida o una férula oclusal. Una placa debe de lograr los siguientes objetivos:

- 1).- La eliminación de las interferencias oclusales con el mínimo de abertura de la mordida.
- 2).- Mantener a los dientes dentro de una posición estable mientras el aparato es utilizado.

Las férulas oclusales que son de mucho mejor resultado que las placas para mordida, para el tratamiento del bruxismo abarcan no solo el borde incisal de los dientes anteriores sino que también cu --

bren las caras oclusales de los dientes posteriores.

La férula se fabrica sobre los modelos montados en un articulador, utilizando morfíco de fraguado - en frío o en caliente indistintamente.

Está férula deberá de tener superficies oclusa_ les planas para evitar todas las posibles interfe - rencias en cualquier excursión.

El uso de la placa debe de realizarse únicamen_ te durante la noche.

OTROS HABITOS.

Dentro de los hábitos orales infantiles perniciosos, existen algunos que no se llegaren a presentar tan frecuentemente como los anteriores ó bien — sus repercusiones bucales no son tan grandes.

Según Angle existen ciertos hábitos de mímica, los cuales son producidos por los músculos bucales, los que podrían causar deformidades en la cavidad oral ó bien inhibir el éxito de un tratamiento de ortodoncia.

Hellman indicó que también el tartamudeo puede llegar a repercutir en la boca.

SUCCION DE CARRILLOS.

Existen autores que indican que tal vez este hábito tiene los mismos orígenes que la succión labial y digital, es decir, que pueden deberse a un impulso para satisfacer una necesidad oral ó alimenticia la cual no fué debidamente satisfecha.

Un factor que puede dar origen a la succión de carrillos es una mordida abierta posterior, la cual se va a ver incrementada por el hábito.

TRATAMIENTO.

Podemos colocar una placa bucal como la utilizada en la respiración bucal, revisando únicamente que la placa abarque la zona de la mordida abierta.

Este aparato se usa únicamente durante la noche.

El aparato está formado por un alambre que va adaptado y se sostiene por bucal y lingual de los dientes en los que se ha producido la mordida abierta, generalmente en la zona de los molares y premolares, y en la parte bucal lleva una masa de acrílico que protege tanto a los dientes superiores como inferiores de la succión del carrillo y permite a la vez que los dientes continúen su erupción para cerrar la mordida abierta.

HABITO DE OCEEO.

El hábito de oceeo que correctamente es llamado sigmatismo es un defecto en la articulación del fonema "S".

En inglés se le conoce como lisp, en alemán lis peln, en francés zozotement, en catalán papissot y - en vasco sispasa.

Los sigmatismos orales pueden ser debidos a una posición defectuosa de la lengua durante el habla, ó deficiencia en el desarrollo del lenguaje, falta de habilidad motora, imitación.

Muy frecuentemente aparece en los niños que han perdido prematuramente los incisivos superiores de la primera dentición y no ha sido colocado ningún — mantenedor de espacio ó prótesis. Puede presentarse también por malformaciones dentarias y fisuras palatinas.

Para un estudio más completo de los sigmatismos estos se han dividido según su causa y así tenemos:

- 1).- **Sigmatismo Linguolabial:** = En este sigmatismo el fonema es producido entre la lengua y el labio inferior.
- 2).- **Sigmatismo Labiodental:** = Es producido entre el labio inferior y los incisivos superiores y es semejante al sonido "f".

- 3).- **Sigmatismo Interdental:**— Este es uno de los más frecuentes y es debido a una protrusión lingual la que se efectúa al colocar la punta de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores. Es común que se produzca este sigmatismo cuando caen los incisivos superiores y no es colocada una prótesis.
- 4).- **Sigmatismo Dental:**— La lengua no es colocada contra los incisivos inferiores como debería sino contra los superiores debido a anomalías dentarias como apilamiento inferior, giroversiones, linguoversiones.
- 5).- **Sigmatismo Palatal:**— Este defecto se presenta al retroceder la punta de la lengua y producir el sonido entre esta y el paladar.

Este hábito puede ser debido a prognatismo ó por una mordida abierta anterior en la que la lengua no puede alcanzar fácilmente a los incisivos.

El ceceo puede provocar serias lesiones en los tejidos bucales, debido al mal uso de la lengua, ya que al ser protruida puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y mordida abierta ante -

rior; así como posterior al desplazarse hacia los -
lados, ó bien provocar un paladar ojival al hacer -
presión sobre este.

TRATAMIENTO.

El tratamiento se basará primeramente en iden -
tificar la causa del sigmatismo, en los casos que se
deba a problemas dentales como por ejemplo la falta
de incisivos superiores, se hará la corrección de --
esta anomalía y el paciente deberá de ser remitido -
a un terapeuta del lenguaje; en los casos en que la
causa sea un mal empleo de la lengua se remitirá di -
rectamente al terapeuta para que una vez enseñado el
niño a pronunciar correctamente el fonema "S" puedan
ser corregidas las malformaciones que este hábito --
haya causado.

Los niños que padezcan de sigmatismo deben de -
ser curados preferentemente antes de que entren a la
escuela.

ONICOPAGIA.

Este hábito por lo general no aparece antes de los tres ó cuatro años de edad y su duración es aproximadamente hasta los 18 años, pudiendo terminarse - antes ó después.

En estudios realizados se ha visto que un gran número de niños presenta ó ha presentado este hábito.

Michaelis y Goodman vieron que de 475 niños y -- niñas observados el 45.7% de los niños y el 57.1% de las niñas presentaban onicofagia.

En una encuesta en la marina de los Estados --- Unidos se vió que el 80% del personal había practi- cado la onicofagia.

Wechsler observó a 3000 niños neoyorkinos de -- los 3 a los 18 años de edad, los cuales se mordían -- las uñas.

La onicofagia raramente causará maloclusión, -- en casos extremos podrá preveer una atricción en -- los dientes inferiores, pero por lo general este há- bito desaparecerá e será substituído por otros hábi- tos como morder lápices ó fumar al ser mayores.

HABITOS DE POSICION.

Existen investigadores que indican que las posiciones deficientes así como las prolongadas durante las horas del sueño, pueden producir malformaciones bucales así como faciales y craneales.

Se ha mencionado que niños que duermen sobre su brazo pueden causarse una retrusión mandibular o una mordida abierta, o niños pequeños que por dormir en una misma posición pueden golpear la cabeza produciendo una asimetría facial.

Sobre este respecto se ha investigado y poco ha sido comprobado, lo que sí puede suceder es que una maloclusión ya existente pueda ser acentuada pero no originada por esta causa.

VOVEDORES DE OBJETOS DIVERSOS.

Este hábito generalmente se ve en niños ya mayores y en personas adultas. Se considera que este hábito es un modo de escape de una tensión emocional que pueda presentar un niño o adulto. Según varios autores es la continuación de diversos hábitos infantiles como la succión digital, la succión de chupetes, la onicofagia y otros. El niño puede meterse cualquier objeto y mantenerlo en la boca convirtiéndolo así veremos niños en edad escolar que morderán lápices o plumas, o niñas que abrirán pasadores para el pelo con la boca. Las malformaciones que pueda producir este hábito dependerán del objeto que sea introducido a la boca, así como la duración y la intensidad con que se practique.

CONCLUSIONES.

- 1).- Debido al gran número de maloclusiones dentales producidas por los distintos tipos de hábitos, es de suma importancia el conocimiento de estos por todo Cirujano Dentista.
- 2).- Requeriremos siempre de una buena historia clínica para lograr un diagnóstico correcto y así nuestro tratamiento podrá tener éxito.
- 3).- No se logrará realizar ningún tratamiento exitoso de succión digital si no hacemos consciente de este problema al niño y obtenemos su colaboración.
- 4).- Ningún aparato rompehábitos deberá de ser retirado inmediatamente después de que desaparezca el hábito, sino que hay que dejarlo un poco más de tiempo en la boca para evitar que el niño pueda recaer.

BIBLIOGRAFIA.

Odontología Pediátrica.
Dr. Sidney B. Fium.
Nueva Editorial Interamericana.
Cuarta Edición.

Odontología Infantil.
Dres.: Ewald Hardnt.
Helmut Weyers.
Editorial Mundi, S.A.O.I.F.
Edición Argentina.

**Hábitos anormales de la cavidad bucal, etiología y
tratamiento.**
Velasco Morales Acela del Pilar.
UNAM 78.

**Manifestaciones orales de los malos hábitos en el -
niño. Revista de la A.D.M. Vol. XXIV.**
Julio - Agosto 1967.

Hábitos, su importancia en odontopediatría.
Sanguino Delgado, Marvín D. de M.
UNAM 68.

Ortodencia en la práctica diaria.

Dr. Rudolf Hets.

Editorial Científico - Médica.- 1974.

Segunda Edición.

Análisis de hábitos orales.

Revista de la A.D.F. Vol. LXXVII. Número 2.

Marso - Abril 1980.

Malos hábitos orales y su tratamiento en edentulo -
gía infantil.

Rubinstein Berebey Jaime Michel.

UNAM 74.

a).- Susción del pulgar, probables causas y tratamien
tes.

b).- Anomalías de posición de los maxilares, estudio
estadístico.

Revista de la A.D.N. Vol. XXXVI. Número 4.

Oclusión.

Dres.: Sigurd P. Ramfjord.

Major M. Ash, Jr.

Editorial Interamericana.

Segunda Edición.- 1972.