

24  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

## HABITOS BUCALES INFANTILES

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A N

ENRIQUE ARANDA MICHEL  
EDGAR BONILLA Y CALDERON  
JORGE ROJAS MENDOZA

**FALLA DE ORIGEN**



México, D. F. 1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# I N D I C E

## INTRODUCCION.

### I. CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL

- 1.1 Definiciones
- 1.2 Desarrollos embriológicos
  - 1.2.1 Desarrollo facial
  - 1.2.2 Desarrollo del paladar
  - 1.2.3 Desarrollo del maxilar inferior y ATM
  - 1.2.4 Desarrollo de la lengua
  - 1.2.5 Desarrollo dentario
  - 1.2.6 Crecimiento del cráneo

### II. MALFORMACIONES FACIALES

- 2.1 Definición
- 2.2 Labio y maxilar hendido
- 2.3 Paladar hendido
- 2.4 Fositas labiales
- 2.5 Anomalías linguales
- 2.6 Quistes del desarrollo

### III. DIAGNOSTICO DE HABITOS BUCALES

- 3.1 Historia clínica
- 3.2 Exámen pediátrico
- 3.3 Modelos de estudio
- 3.4 Estudio radiográfico

### IV. HABITOS BUCALES INFANTILES

- 4.1 Definición
- 4.2 Clasificación de hábitos bucales.
  - 4.2.1 Hábitos compulsivos
  - 4.2.2 Hábitos no compulsivos
  - 4.2.3 Hábitos diversos
  - 4.2.4 Hábitos de postura

- 4.2.5 Hábitos nerviosos
- 4.3 Factores etiológicos
- 4.4 Otros hábitos bucales

V. TRATAMIENTO

- 5.1 Dispositivos intrabucales
  - 5.1.1 Aparatos fijos
  - 5.1.2 Aparatos removibles
- 5.3 Psicología

CONCLUSION

BIBLIOGRAFIA

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

Los hábitos bucales infantiles anormales, es un tema de suma importancia, por la frecuencia con que se presentan y los -- trastornos que se llegan a producir en los niños.

Por medio del método de la investigación bibliográfica con base científica, se planearán algunas explicaciones acerca de - los malos hábitos que se presentan durante la etama de la niñez, sus repercusiones tanto ffsicas como psicológicas y el tratamiento específico en cada uno de los casos.

Es de suma importancia el papel que ejerce el Cirujano Dentista, ya que posee los conocimientos necesarios para tratar por métodos intraorales o extraorales los hábitos que presente el -- niño durante sus diferentes etapas de la niñez y así corregirlos.

En ocasiones el Cirujano Dentista se enfrenta con problemas que no están sujetos en un momento dado a una controversia. Existen matices claros que determinan una decisión sobre lo que es normal y anormal, además entender los aspectos fisiológicos y patológicos, establecidos por la interacción de enseñanza y experiencia del profesionista.

El niño tiene necesidades que corresponden al medio interno y al medio externo como por ejemplo; aliviar el hambre, el malestar, hacer succión y la necesidad de la seguridad por parte de los padres, así como la estimulación suficiente mediante la plástica de los mismos.

El niño va a expresar sus necesidades no satisfechas por medio de la inquietud, irritabilidad, llanto y tensión física. Además que lo expresa mediante los hábitos bucales.

También se tomará en cuenta las causas que originan los hábitos bucales, ya que para tratar este tipo de problemas es necesario tener el conocimiento de su etiología.

Es necesario que el profesional tenga conciencia, para que además de eliminar los malos hábitos bucales, inculque buenos hábitos al paciente como serán el de la higiene dental y el de la correcta alimentación.

Por último para poder realizar un adecuado tratamiento es válido apoyarnos de la ortodoncia para elaborar los diferentes tipos de aparatos ya sean fijos o removibles y preparar al niño para la aceptación de dichos aparatos mediante pláticas, explicándole el uso y los beneficios que obtendrá de éstos.

## CAPITULO I

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRANEOFACIAL

1.1 DEFINICION

Cuando existe un aumento de tamaño y peso de un organo u organismo en desarrollo se estará hablando de un crecimiento. El crecimiento se caracteriza por la proliferación celular está -- quiere decir un aumento en el número de células, condicionado -- por las siguientes características:

- 1.- Síntesis Protoplásmica.
- 2.- Metabolismo del agua.
- 3.- Depósitos de substancias intercelulares.
- 4.- Sales minerales.

Por el contrario cuando existe una serie de cambios que se suceden en un organismo desde el momento que se integra el huevo o cigoto, hasta su completa formación estaremos hablando de un desarrollo.

Por lo tanto el crecimiento es un aumento de tamaño y el desarrollo es un proceso inclinado a la madurez. El desarrollo consiste en cuatro fases fundamentales:

- 1.- Proliferación celular.
- 2.- Diferenciación
- 3.- Crecimiento
- 4.- Integración

1.- La proliferación celular se lleva a cabo en los organismos mediante la mitosis de cada una de las células.

2.- La diferenciación es el aumento y organización de un organismo comprendiendo en esta la morfogénesis y la histogénesis. La morfogénesis se refiere a los cambios de un individuo en cuanto a su forma y organización de sus partes; mientras que la histogénesis se refiere al proceso de especialización de las células en cada uno de los tejidos.

3.- El crecimiento como ya se había mencionado se da en el aumento de tamaño y peso de un organismo en desarrollo, como consecuencia de una proliferación celular condicionado por los siguientes factores:

- a) Síntesis Protoplasmica
- b) Metabolismo del agua
- c) Sales minerales de las células
- d) Depósitos de substancias intercelulares

4.- La integración celular consiste en el resultado de la coordinación anatómica fisiológica de los tejidos, órganos, aparatos y sistemas de un individuo dependiendo fundamentalmente del funcionamiento normal de las glándulas endocrinas y del sistema nervioso.

## 1.2 DESARROLLO EMBRIOLOGICO

### 1.2.1 Desarrollo Facial

El desarrollo de la cara y de la cavidad bucal, comprende una serie dinámica de hechos que comienzan durante el segundo mes de vida intrauterina.

Estos cambios dan lugar a la formación de la cara embrionaria a - el conducto nasal, la lengua, la separación de las cavidades nasales y bucal mediante la formación del paladar, este período se puede dividir en dos fases:

1.- En la primera fase durante la 5a. y 6a. semana, se prepara los bloques formadores de la cara, se establece la comunicación entre la cavidad bucal y el intestino anterior, y se forman los conductos nasales. Al final de este período las cavidades nasal y bucal se comunican ampliamente y la lengua ya se ha desarrollado.

2.- En la segunda fase, durante la 7a. y 8a. semana, se efectúa el desarrollo del paladar dando lugar a la separación de las cavidades nasal y bucal.

En el embrión humano de 3mm de longitud (3 semanas) la mayor parte de la cara consiste en una prominencia redondeada formada por el cerebro anterior (prosencefalo) que está cubierto por una capa delgada de mesodermo y ectodermo. Debajo de la prominencia redondeada hay un surco profundo, que es la fosa bucal primaria (estomodeo) limitada caudalmente por el arco mandibular (primer arco branquial), lateralmente por los procesos maxilares (2) los dos procesos nasales laterales, y el proceso nasal medio. Los procesos mandibulares y maxilares se originan del primer arco branquial mientras que el nasal medio y los dos nasales laterales provienen de los procesos frontonasales, que su vez se originan en la prominencia que cubre al cerebro anterior.

El primer cambio importante en la configuración de la cara es consecuencia de la proliferación del mesoderma que cubre al cerebro anterior. Esta prominencia, que es el proceso frontonasal, formará la mayor parte de las estructuras de las porciones superior y media de la cara.

A continuación lo más notable es la formación y ahondamiento del estomodeo, de las fositas olfatorias y la división de la porción caudal del proceso frontonasal en los procesos nasal medio y los 2 nasales laterales están junto a los maxilares y separados de ellos por medio de los surcos nasomaxilares.

El proceso nasal medio al principio es mayor que los procesos nasales laterales, pero después se retrasa en su crecimiento, sus ángulos inferolaterales, redondeados y prominentes, se conectan como los procesos globulares y están unidos originalmente con los procesos de ambos maxilares.

Los cambios subsecuentes que ocurren se deben solo en parte a la unión de los procesos inicialmente separados. Por ello la mayoría de los cambios considerados como fusiones resultante la disminución en profundidad y desaparición de los surcos.

### 1.2.2 Desarrollo del paladar

El desarrollo del paladar se divide en:

- 1.- Formación del paladar primario
- 2.- Formación del paladar secundario

1.- Durante la 5a. semana y 6a. semana de vida intrauterina se forma una estructura conocida como paladar primario. De esta se desarrollará el labio superior y la porción anterior del proceso alveolar del maxilar superior.

El primer paso en la formación es la elevación de sus bordes de las fositas olfatorias (nasales) a lo largo de la mitad inferior (caudal) Los bordes de las fositas olfatorias se forman a partir del proceso nasal medio en su parte central, y de los procesos nasales laterales y maxilares en la parte lateral. Los márgenes inferiores de las fositas olfatorias crecen hasta ponerse en contacto y unirse, reduciendo el tamaño de la abertura externa de las fositas, las ventanas nasales primarias y transformándolas en fondo de saco.

Los bordes laterales y medios de la porción inferior de las fositas olfatorias se juntan primero por unión epitelial, pero el mesodermo proleferante invade la lámina epitelial y por lo tanto hace permanente esta unión, sin embargo, en el fondo del -saco que se forma de las fositas olfatorias, el epitelio se adelgaza por el crecimiento de las partes contiguas, que no es sustituido por el mesodermo. La membrana nasobucal resultante separa la cavidad bucal primitiva del saco olfatorio. Cuando esta membrana se rompe el saco olfatorio se transforma en conducto olfatorio comunicando desde las ventanas nasales hasta la abertura - que da a la cavidad bucal, o sea la coana primitiva, la barra horizontal de tejido, formada por la unión de procesos nasales laterales con el proceso nasal medio y los procesos maxilares del

paladar primario.

2.- En el momento que se completa el paladar primario la cavidad nasal primaria es un conducto corto que conduce de las ventanas nasales hacia la cavidad bucal primitiva.

Conforme la cavidad bucal primitiva aumenta en altura el tejido que separa a las 2 ventanas nasales primitivas crece hacia atrás y hacia abajo, para formar el futuro tabique nasal, la cavidad bucal tiene un techo incompleto, en forma de herradura, -- formado en la parte anterior por el paladar primario, y en las partes laterales por la superficie bucal de los procesos maxilares a cada lado del tabique nasal la cavidad bucal se comunica con las cavidades nasales.

Posteriormente se desarrollan plegues en las porciones laterales del techo bucal que crece hacia abajo a cada lado de la lengua, estas estructuras que crecen verticalmente a partir del proceso maxilar, es el proceso palatino.

El paladar secundario que esta destinado a separar las cavidades nasal y bucal se forma por la unión de los dos procesos palatinos, después la lengua adquiere una posición más inferior y los procesos palatinos han tomado posiciones horizontales.

La porción anterior de los procesos palatinos se unen con el tabique nasal, en esta región anterior se desarrolla el paladar duro y en la posterior, donde se desarrolla el paladar blando y la úvula, no hay unión con el tabique nasal.

Cuando los procesos palatinos adquieren su posición horizontal, se ponen en contacto con el borde inferior del tabique nasal, pero todavía están separadas por una sutura media, más ancha en la parte posterior que en la anterior. La hendidura se --

cierra gradualmente desde la región anterior hasta la posterior.

Cuando los procesos palatinos adquieren su posición horizontal se ponen en contacto con el borde inferior del tabique nasal, pero todavía están separados por una hendidura media, más ancha en la parte posterior que en la anterior. La hendidura se cierra gradualmente desde la región anterior hasta la posterior.

En la fase temprana, se encuentra una sutura epitelial entre los dos procesos que formaron el paladar. Después la mayor parte de este epitelio es invadido por el mesodermo en crecimiento y, conforme se desarrolla se forman restos epiteliales que pueden persistir en etapas posteriores de la vida. El epitelio persistente en esta región forma un conducto que comunica con la cavidad nasal y se une, abajo, con el epitelio bucal, con los conductos de los conductos nasopalatinos.

Solamente el paladar blando y la porción central del paladar duro se forman a partir de los procesos palatinos, las partes periféricas, en forma de herradura, se originan de los procesos maxilares.

El paladar está separado del labio por un surco poco marcado en cuya porción profunda se originan 2 láminas epiteliales. La lámina externa es la vestibular y la interna la dental. El proceso alveolar se forma después del mesodermo situado entre esas láminas.

La papila palatina se desarrolla muy tempranamente como una prominencia redondeada en la parte anterior del paladar. Las rugosidades palatinas cruzan la parte anterior del paladar como pliegues transversales irregulares. En esta etapa el labio muestra una división bien definida en una zona lisa externa, la pars-glabra y una zona interna dotada de bellosidades finas, la pars-villosa, en la porción central de la pars-villosa es promi-

nente y forma el tubérculo del labio superior un pliegue llamado frenum tecto labial.

Durante etapas posteriores cuando el proceso alveolar en -- crecimiento aumenta de tamaño, el frenum tecto labial se separa de la papila palatina y persiste como el frenillo labial superior, conectando el borde alveolar con el labio superior.

No existe un borde pseudo alveolar previo, por lo tanto el proceso alveolar crece gradualmente en la cavidad bucal, dentro de los límites del surco labial. El surco labial profundiza hasta formar el vestíbulo bucal que se extiende hacia atrás hasta las regiones limitadas por las mejillas.

### 1.2.3 DESARROLLO DEL MAXILAR INFERIOR Y ATM

El maxilar inferior crece rápidamente entre la octava y doceava semana de vida intrauterina, este crecimiento rápido se establece cuando la lengua se desaloja hacia abajo de los lados.

Aproximadamente en la octava semana de vida intrauterina se forma el cartílago de Meckel. El cual se encuentra en la parte inferior de la cara, y se extiende desde la línea media del arco mandibular, hasta la cápsula ótica en los elementos que posteriormente serán el yunque y el martillo de oído medio y que temporalmente se fusionan para dar movimiento a la mandíbula, y estos posteriormente se osificarán formando huesos del oído medio.

La mandíbula o maxilar inferior se desarrolla lateralmente al cartílago de Meckel. El cóndilo surge al principio como un cartílago independiente y es encerrado por el hueso en desarrollo de la mandíbula éste cartílago independiente una vez que es atrapado por la mandíbula se transforma aceleradamente en hueso excepto en su extremo proximal donde se forma la articulación en la fosa gleinoidea del hueso temporal.

Este extremo proximal cartilaginoso del cóndilo persistirá como un centro de crecimiento hasta aproximadamente los 23 o 25 años de vida.

Entre el hueso temporal y el cóndilo de la mandíbula se forma un disco de tejido fibroso cartilaginoso denso que va a separar a la cavidad articular en dos compartimientos uno superior y uno inferior.

En el compartimiento superior se va a establecer un movimiento de rotación del cóndilo, esto quiere decir una apertura mínima de la mandíbula.

Por el contrario el compartimiento inferior va a funcionar cuando el cóndilo rote y se traslade dentro de la cavidad glenoides, esto quiere decir una apertura máxima de la mandíbula.

La osificación del maxilar inferior cesa en el punto de la espina de spix o lingula.

El hueso se formará rápidamente a lo largo de la superficie superior del cuerpo de la mandíbula entre los dientes en desarrollo.

#### .2.4 DESARROLLO DE LA LENGUA

La lengua se deriva de los primeros, segundos y terceros arcos branquiales. Las estructuras que se derivan de los primeros arcos branquiales están separados, durante toda la vida, de los derivados de los arcos más caudales por el surco terminal en la zona de las papilas circunvaladas. El cuerpo y la punta de la lengua se originan en tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial o mandibular. Existen dos prominencias linguales laterales y una prominencia media solitaria que es el tubérculo impar.

La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases de los segundos y terceros arcos branquiales. El tubérculo impar que al principio es prominente, reduce pronto su tamaño relativo y después casi desaparece.

En la línea media sobre la base del primer arco y entre las estructuras derivadas de los primeros y segundos arcos branquiales se desarrolla la glándula tiroides por crecimiento y diferenciación progresivos hacia abajo. El conducto tirogloso crece hacia abajo a través de la lengua en desarrollo, hasta llegar al sitio futuro de la glándula (en la edad adulta agujero ciego).

En las etapas tardías en desarrollo, la lengua crece muy rápidamente y en la parte anterior se diferencian varios tipos de papilas, mientras que en la parte posterior de la mucosa lingual aparece tejido linfático. Los músculos extrínsecos de la lengua crecen en su mesodermo primitivo y los músculos intrínsecos se diferencian a partir del mesenquima situado en el espesor de la lengua.

### 1.2.5 DESARROLLO DENTARIO

Alrededor de la séptima semana, aparece a lo largo de los procesos maxilares y mandibulares una lámina labial epitelial y junto, a manera de cuña aparecen células epiteliales que penetran separando el futuro reborde alveolar del labio.

Aparece también una segunda lámina labial que crece en el reborde alveolar y que será la lámina dental que a intervalos regulares dará origen a los órganos epiteliales del esmalte, estos con las papilas dentales subyacentes del tejido conectivo, se diferencian rápidamente para formar el esmalte y dentina de los dientes, conforme aumentan las coronas y raíces de los dientes, también aumentan de tamaño los maxilares y crecerán en todas direcciones para dar espacio a los dientes y procesos alveolares en crecimiento.

### 1.2.6 CRECIMIENTO DEL CRANEO

Una vez formado el cartílago que va a ser reemplazado por hueso, se inicia el crecimiento de la base del cráneo, principalmente en la sincondrosis. En la bóveda del cráneo se realiza por proliferación del tejido conectivo, entre las suturas y su reemplazo por hueso a pesar de la rápida osificación al final de la vida intrauterina, los huesos se encuentran separados por fontanelas. - Los cambios se producen durante los primeros tres meses de vida intrauterina, son los más importantes ya que posteriormente los cambios serán en cuanto a crecimiento y posición.

## CAPITULO II

## MALFORMACIONES FACIALES

2.1 DEFINICION

Las malformaciones más frecuentes de la cara son hendiduras. Las hendiduras del labio, del maxilar o del paladar, habitualmente en alguna combinación, aparecen en proporción de 1:800 nacimientos. El labio hendido (queilosquisis, labio leporino) es una hendidura, a un lado de la línea media, que parte el labio. Puede ser unibilateral y se encuentra entre las estructuras derivadas de los procesos nasal medio y laterales. Las hendiduras labiales de la línea media son extraordinariamente raras. El maxilar hendido (gnatosis) se presenta en el maxilar superior, entre las estructuras derivadas de los mismos procesos y, de modo parecido, puede ser uni o bilateral. El paladar hendido (uranoquisis) afecta comúnmente tanto el paladar duro como al blando. El paladar hendido es consecuencia de la falla de unión entre los dos procesos palatinos.

Las hendiduras faciales oblicuas se inician en un punto situado en el labio superior y cruzan oblicuamente la mejilla hasta el ojo, a lo largo de la línea de unión de los procesos maxilares y nasales laterales. La falla en la unión completa de los procesos maxilar y mandibular produce macrostomía, o sea una boca anormalmente ancha.

## 2.2 LABIO Y MAXILAR HENDIDO

En la mayor parte de los casos, tanto el labio como el maxilar están hendidos (quellognatosquisis). Esta hendidura se extiende a partir del borde inferior de la ventana nasal, a un lado de la línea media, a través del maxilar superior y del proceso alveolar maxilar, hasta la región del foramen incisivo. Esta malformación fue considerada durante mucho tiempo simplemente como una falta de fusión del proceso nasal medio con los procesos nasales laterales. Se ha demostrado que la fusión epitelial se realiza en estos casos, pero que la pared epitelial no es perforada por el mesodermo y la unión epitelial se abre. El labio y maxilar serían evidentes durante la semana seis o siete de la vida intrauterina.

La relación del maxilar hendido con los dientes y el hueso -- varía. En algunos casos el hueso se encuentra situado entre el -- premaxilar y el maxilar, frecuentemente al lado del segundo incisivo. Ocasionalmente, se encuentra en situación media respecto a -- este sitio y al segundo incisivo. Otras veces puede faltar el segundo incisivo o desarrollarse un diente supernumerario, las partes esqueléticas y los dientes comienzan su desarrollo después de efectuada la unión normal de los procesos faciales. Por tanto, los dientes y las partes esqueléticas se desarrollan en un tejido uniforme sin relación con la localización exacta de los límites antiguos entre los procesos.

### 2.3 PALADAR HENDIDO

En el paladar hendido puede haber falta de unión de los procesos palatinos entre sí y con el tabique nasal, o uno de los procesos palatinos puede unirse con el tabique nasal, pero no con el opuesto. Si se va a realizar la unión palatina, se completa ordinariamente antes del tercer mes, puesto que la unión comienza en la región anterior y progresa hacia atrás, el grado del hueco puede variar desde falta total de unión hasta úvula escotada o bífida, relativamente inocua.

El paladar hendido se asocia con labio hendido en el 84 por ciento de los enfermos. En el labio y paladar hendido bilaterales puede haber una masa excrecente de tejido formada a partir del proceso nasal medio. Si hay atrofia de este tejido, resulta un hueco amplio que puede ser diagnosticado equivocadamente como hendidura media.

Probablemente la herencia es un factor importante en la formación de las hendiduras, aunque pueden contribuir las deficiencias nutritivas, las enfermedades infecciosas, los traumatismos durante la vida intrauterina, y otros factores. Otras anomalías como la craneosquisis, la espina bífida, la polidactilia o el pie equino se asocian frecuentemente a las hendiduras faciales.

#### 2.4 FOSITAS LABIALES

Pueden persistir pequeñas depresiones a los lados de la línea media del labio inferior.

Se deben a la falla en la desaparición de las fositas - labiales embrionarias.

## 2.5 ANOMALIAS LINGUALES

La glositis romboidea media, una zona inocua, rojiza, lisa, en forma de rombo en la línea media de la lengua inmediatamente por delante del agujero ciego, se considera consecuencia de la persistencia del tubérculo impar.

La falta de fusión entre las dos prominencias linguales laterales puede producir una lengua bífida. Puede encontrarse tejido tiroideo en la base de la lengua. Una parte del conducto tirogloso puede persistir y formar quistes en la base de la lengua.

## 2.6 QUISTES DEL DESARROLLO

Los restos epiteliales en las líneas de unión de los procesos faciales o bucales, o a partir de órganos epiteliales, es decir vestigios de los conductos nasopalatinos, puede originar quistes revestidos con epitelio.

Los quistes pueden provenir de restos epiteliales después de la fusión de los procesos nasal medio y laterales. Se llaman quistes globulomaxilares y están recubiertos con epitelio cilíndrico pseudostratificado y epitelio escamoso, sin embargo, se pueden desarrollar como quistes primordiales a partir de un germen dental supernumerario.

Los quistes palatinos anteriores están situados en la línea media del proceso alveolar maxilar. Antes se creían derivados de los residuos de la fusión de los dos procesos, pero actualmente se consideran quistes primordiales de origen odontogénico, el término de quiste palatino anterior es engañoso y debe evitarse.

Los quistes nasolabiales, originados en la base del ala de la nariz, que forman salientes hacia el vestíbulo nasal y bucal y en la raíz del labio superior, y que a veces dan una depresión plana en la superficie anterior de los procesos alveolares, son también explicados a partir de restos epiteliales en la línea del labio leporino. Sin embargo, es más probable que se deriven de proliferaciones epiteliales excesivas que normalmente, durante algún tiempo en la vida embrionaria, taponan las ventanas nasales. También es posible que se trate de quistes de retención de glándulas nasales vestibulares, o que se desarrollen a partir del epitelio del conducto nasolagrimal.

## CAPITULO III

## DIAGNOSTICO DE HABITOS BUCALES

Para establecer una diagn6stico de los h6bitos bucales en los ni6os, primero necesitamos saber el significado de la palabra DIAGNOSTICO.

Diagn6stico deriva del griego "diagnosis", que significa, -- conocimiento de los signos de las enfermedades, o sea, determinar el car6cter objetivo de una enfermedad mediante el examen de sus signos.

Es importante elaborar un adecuado diagn6stico, ya que de lo contrario, se tratar6a la enfermedad de una manera totalmente -- err6nea.

El diagn6stico debe ser una descripci6n expl6cita y clara del trastorno presentado por el enfermo, y analizar correctamente cada uno de los signos de la enfermedad.

Además el análisis debe incluir las influencias apremiantes de la identidad y del estado de salud, así como la descripción del alineamiento dentario, relación mandibular, configuración facial y articulación funcional.

La historia clínica, los modelos de estudio y los exámenes radiográficos, ayudarán al Cirujano Dentista a la obtención de un buen diagnóstico.

### 3.1 HISTORIA CLINICA

En la medicina moderna, para elaborar el diagnóstico se realiza una serie de datos históricos de la enfermedad, como por ejemplo: inspección, auscultación, palpación, percusión, etc., con todos los instrumentos y métodos químicos, físicos y bacteriológicos, entre los cuales figuran en primer lugar la radiografía.

Podemos decir que la historia clínica es una biografía médica de un paciente, en la que se da atención a trastornos físicos, emocionales, caracteres hereditarios, hábitos y medio ambiente que los rodea. Su elaboración debe llevarse a cabo en forma ordenada y sistemática de tal manera que facilite la recolección de datos.

El procedimiento de la historia clínica es por medio del lenguaje y un examen clínico detallado.

El aspecto del lenguaje, se realiza por medio de un interrogatorio, que puede ser directo o indirecto.

El interrogatorio directo, es el que se va a realizar al enfermo mismo. Por el contrario el indirecto es el que por diversas causas como es el caso de los niños, enfermos con deficiencia mental, etc., no puede realizarse este cuestionamiento y entonces se le dirige a otras personas que acompañen al enfermo, que se encuentren en posibilidad de responder el cuestionario.

El interrogatorio que debemos utilizar o realizar, debe de tener como requisito que nos dirijamos con sencillez y al mismo tiempo con un lenguaje que sea entendible, y se encuentre al alcance de la persona interrogada.

Se debe procurar que las preguntas vayan dirigidas a un objeto

y que por lo tanto tengan y reporten un provecho a la investigación que se hace.

En el caso del interrogatorio para el niño se debe tomar en cuenta un factor muy importante, que es la cordialidad hacia el niño y además ser amistoso para que de esta forma podamos hacernos amigo del paciente infantil, y así estar seguros de su cooperación en el tratamiento dental y contar con la ayuda de los padres.

En situaciones ideales, los padres pueden completar el cuestionario en la sala de espera, durante la primera visita. Posteriormente el odontólogo revisará el cuestionario y lo completará con anotaciones especiales en el registro del paciente.

En un paciente de odontopediatría, la historia clínica se puede dividir en:

1. Datos generales
2. Antecedentes
  - a) Hereditarios
  - b) Personales
3. Padecimiento actual
4. Examen clínico
  - a) Apreciación general del paciente
  - b) Examen bucal

#### 1. Datos generales

Estos datos son esenciales para tener el registro de nuestro paciente en el consultorio. De esta información el odontólogo obtiene una visión del nivel social de la familia. Los datos son los siguientes:

- a) Nombre
- b) Edad

- c) Sexo
- d) Año escolar
- e) Nacionalidad
- f) Dirección
- g) Teléfono

Además se anotará el nombre del que elaboró la historia clínica, para consultarle o para obtener información médica adicional cuando se necesite.

## 2. Antecedentes

a) Hereditarios.- Proporcionan alguna indicación del desarrollo hereditario del paciente. También informa al odontólogo, sobre antecedentes familiares con diferentes enfermedades de tipo sistémico como: diabétes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, etc., y también enfermedades de tipo emocional.

b) Personales.- Se dividen en dos partes:

- 1) Historia prenatal y natal.
- 2) Historia posnatal y de lactancia.

1) La prenatal y natal, proporcionan indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de los dientes temporales y permanentes. También se analizan los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante las etapas de formación del niño.

2) La historia posnatal y de lactancia, revisa los sistemas vitales del paciente.

## 3. Padecimiento actual

Se registra la queja principal con las palabras de la madre o del niño. Esto puede ser un problema agudo y sólo un deseo de atención rutinaria.

En los casos de que no exista una patología en evolución, en el momento de la consulta odontopediátrica, es indispensable obte-

ner un pequeño resumen al respecto que incluya el tratamiento que se ha utilizado.

#### 4. Examen clínico

A) Apreciación general del paciente.- En este aspecto se realiza una perspectiva general, incluyendo estatura, lenguaje, manos, temperatura, examen de cabeza y cuello, etc., sobre estas características se hablará más adelante en el examen pediátrico.

B) Examen bucal.- En esta parte de la historia clínica se elaborará un examen detallado de la cavidad bucal, como:

- Aliento
- Labios, mucosalabial y bucal
- Saliva
- Tejido gingival y espacio sublingual
- Paladar
- Faringe y amígdalas
- Dientes

Aliento.- Por lo general un niño sano, va a presentar generalmente un aliento agradable. La halitosis, puede ser atribuida a causas locales o generales.

Los factores locales incluyen:

- a) Higiene bucal inadecuada
- b) Presencia de sangre en la boca
- c) Alimentos volátiles de fuerte olor

Los factores generales son:

- a) Sinusitis
- b) Deshidratación
- c) Trastornos en tracto digestivo superior
- d) Fiebre tifoidea
- e) Trastornos gastrointestinales

Labios, mucosa labial y bucal..- Después de observar tamaño, forma, color y textura, deberán ser palpados utilizando el dedo pulgar y el índice.

Frecuentemente se ven en los labios úlceras, vesículas y costras. Cualquier inflamación o masa en los labios deberá ser palpada entre el dedo pulgar y el índice, para observar el tamaño y la consistencia.

Se pueden encontrar labios traumatizados o bien, mordedura labial como hábito.

Deberá ser evaluada cualquier lesión o cambio de color o de consistencia de la membrana mucosa.

Pueden palparse con el dedo índice y pulgar, las inflamaciones de las mejillas. Las lesiones más comunes que se observan en la mucosa bucal de los niños, son las que se asocian con virus de tipo herpes simple, en las que se observan pequeñas ulceraciones dolorosas, o pueden ser generalizadas, extendiéndose al tejido gingival y al paladar, produciendo tejido gingival demasiado doloroso.

Saliva..- La calidad de la saliva puede ser muy delgada, normal o extremadamente viscosa. La parodontitis epidémica se caracteriza por una inflamación muy sensible y dolorosa, unilateral o bilateral de las glándulas salivales.

Las glándulas salivales pueden tener secreciones alteradas, cuando existen infecciones generales.

Tejido gingival..- El frenillo labial situado en la línea media del maxilar superior e inferior puede ser responsable de espaciamiento anormal entre los incisivos centrales.

Esto puede ocasionar el desarrollo del hábito llamado, empuje de frenillo.

El color, tamaño, forma, consistencia y fragilidad de la encía, deberán de tomarse en consideración. La combinación de higiene bucal inadecuada, desnutrición y malestar general, puede contribuir a la gravedad de esta enfermedad en: Estomatitis de Vincent aunque, generalmente en los niños no se observa que pueda aparecer.

Lengua y espacio sublingual.- El agrandamiento patológico puede deberse a mongolismo o puede asociarse con un quiste o neoplasia. Una descamación de las papilas superficiales asociada con -- cambio de color y sensibilidad, puede deberse a ciertas avitaminosis anemia, o trastornos emocionales. El frenillo lingual corto - puede ser causa de defectos de fonación.

Deben de observarse las costumbres de posición de la lengua, para descubrir posibles asociaciones de maloclusión.

La inflamación en el piso de boca puede hacer que la lengua se eleve y afecte a la fonación y el movimiento lingual del niño.

Paladar.- Deberán de observarse la forma, el color y la presencia de cualquier tipo de lesión en el paladar duro y en el paladar blando.

Faringe y amígdalas.- También se diagnosticará cualquier cambio de color, úlceras o inflamación. La proliferación de tejido de la amígdala, puede ser tan extensa que exista muy poco espacio en la garganta para que pasen los alimentos.

Dientes.- Es importante establecer el número de dientes, ya que puede existir anodoncia parcial o total, o bien, dientes supernumerarios.

También se observará el tamaño de los dientes, en donde la herencia desempeña un papel importante en la predeterminación del tamaño de los dientes.

El color también se toma en cuenta ya que la tinción anormal de los dientes es debido a factores intrínsecos como drogas; o factores extrínsecos como invasión de bacterias cromogénicas.

Es importante determinar, la oclusión y las malformaciones de los dientes, así como las lesiones cariosas que estos presentan.

### 3.2 EXAMEN PEDIATRICO

Como ya se había mencionado, el examen pediátrico va a consistir en una apreciación general del paciente, además de un -- examen de cabeza y cuello.

En la apreciación general del paciente, se incluye en el -- examen:

- a) Estatura
- b) Lenguaje
- c) Temperatura
- d) Manos

En el examen de cabeza y cuello, se van a establecer las si- guientes características:

- a) Tamaño y forma de cabeza
- b) Piel y pelo
- c) Asimetría facial
- d) Articulación temporomandibular
- e) Oídos
- f) Ojos
- g) Nariz
- h) Cuello

#### APRECIACION O PERSPECTIVA GENERAL DEL PACIENTE

##### a) Estatura

Se hace una perspectiva de la estatura rápidamente, cuando el niño entre al consultorio. La comprensión de la estatura requiere de conocimientos prácticos de crecimientos lineales. Esto incluye las características de crecimiento en los varios períodos de edades y efectos de herencia, medio, nutrición, enfermedad, anomalías de desarrollo y secreciones endócrinas.

## b) Lenguaje

El desarrollo del lenguaje depende de la capacidad que tiene uno de reproducir sonidos que ha escuchado.

Hay que considerar cuatro tipos de trastornos de lenguaje:

1. Afasia motriz - Es rara y generalmente denota pérdida de lenguaje como resultado de algún daño al sistema nervioso central.

2. Retrasos en el lenguaje - Puede tomarse en consideración si el niño no habla cuando llega a los tres años. Algunas causas de retraso son:

- Pérdida de audición
- Retraso intelectual
- Retraso del desarrollo general
- Enfermedades prolongadas
- Falta de motivación

Los niños demasiado dependientes de sus padres también pueden ser muy lentos en el lenguaje.

3. Tartamudeo o disfemia - Ocurre en casi todos los niños en algún periodo de la vida. Es más común en niños que en niñas. La tensión psicológica juega un papel importante en el desarrollo y la persistencia de este problema.

4. Trastornos articulaciones del lenguaje - Estos son: omisión inserción y distorsión. Los niños con parálisis cerebral, -- lesión neurológica central, paladar hendido o maloclusión a menudo tienen dificultades articulatorias.

## c) Temperatura

La fiebre o elevación de la temperatura es uno de los síntomas más comunes experimentado por los niños.

Los niños pueden presentar abscesos dentales o enfermedades gingivales agudas y también algunas infecciones respiratorias y

bucales que dan como resultado estados febriles en los niños.

d) Manos

Las manos son una de las pocas áreas del cuerpo de un niño que el dentista puede observar normalmente. Se pueden observar todas las lesiones primarias y secundarias de la piel tales como máculas, pápulas y vesículas.

Deben tomarse en consideración, si las uñas están mordidas, cortas, como resultado de su ansiedad y tensión ya que el niño puede presentar el hábito de morderse las uñas.

También el hábito de succión digital deja su huella en el dedo, que ocupen para realizarlo.

EXAMEN DE CABEZA Y CUELLO

a) Tamaño y forma de la cabeza

La macrocefalia, se debe frecuentemente a trastornos del desarrollo o traumatizantes. La microcefalia, se debe a trastornos del crecimiento, enfermedades, o traumas que afecten al sistema nervioso.

b) Piel y pelo

La alopecia o pérdida del cabello, puede observarse en pacientes de corta edad. Una de las calvicies más comunes es un área pequeña, redondeada y rodeada de una línea endurecida o inflamada y que generalmente lleva a diagnosticar empeine. Esto se ve más a menudo en niños que en niñas.

c) Asimetría facial

La asimetría de la cara puede ser fisiológica o patológica.

Se ha demostrado que los hábitos del lactante en el momento de dormir, especialmente en los niños que nacieron antes de un término normal, afectan a la forma de la cara de manera permanente.

Las infecciones, ya sea de origen bacteriano o viral, y el traumatismo, son en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

#### d) Articulación temporomandibular

Se debe de analizar, si existen discrepancias de la ATM, y también los desequilibrios musculares y desviaciones anatómicas desde la línea media.

Debe palpase suavemente la inflamación o enrojecimiento sobre la región de la articulación, para determinar el grado de firmeza y extensión.

Pueden observarse trismus o espasmos de los músculos masticadores, cuando hay una infección.

#### e) Oídos

El odontólogo deberá estar consciente de cualquier deficiencia de audición en el paciente infantil. Generalmente la queja principal, será la molestia en la cavidad bucal que se irradia al oído. Si al hacer un examen radiológico clínico no se encuentra problema dental alguno, deberá de enviarse al niño, con un médico para que le haga un examen detallado del oído.

#### f) Ojos

El odontólogo deberá observar si el niño tiene o no dificultad para ver, y si usa lentes o no. la observación de los ojos debe incluir, la acción de los párpados, presencia o ausencia de inflamación, inchazón o irritación alrededor del ojo, presencia o ausencia de conjuntivitis, defectos del iris o lagrimeo anormal.

g) Nariz

En los niños, el odontólogo a menudo se encuentra con drenaje nasal, que indica infección respiratoria superior, algunas enfermedades infecciosas pueden dejar su huella en la nariz a la cavidad bucal, la extensión de la inflamación a través del maxilar superior, puede alterar la forma, el tamaño y el color de la nariz.

h) Cuello

El examen del cuello se hace por observación y palpación. Frecuentemente es evidente que el paciente infantil, presente un agrandamiento de ganglios linfáticos submaxilares y esto puede asociarse con amigdalitis o infección respiratoria crónica.

### 3.3 MODELOS DE ESTUDIO

Los modelos de estudio, sirven para dar un paso definitivo - en los planes de tratamiento y diseño de aparatos, ya que una de las ventajas de estos modelos de estudio es que son exactos. Podemos a su vez estudiar; los planos oclusales, espacio interoclusal, la distribución de los dientes y las posibles interferencias que los dientes pudieran tener.

Es necesario, tomar el modelo de estudio antes de dar el tratamiento a seguir, en nuestro paciente.

Las impresiones anatómicas registradas correctamente con alginato o modelina, deben vaciarse lo más pronto posible después de su retiro de la boca, con una mezcla gruesa de yeso paris y de yeso piedra, en partes iguales; de lo contrario se producirán distorsiones y deformaciones.

Otras de las utilidades de los modelos de estudio, es conocer la forma y contorno de los tejidos blandos, como son; frenillos, - fondo de saco, etc., ya que con esto podemos observar las delimitaciones a las cuales debemos sujetarnos para la elaboración de la aparatología y tratar de librar estas posibles interferencias, en el caso de que lo amerite, y de esta forma evitar que estos tejidos nos puedan desplazar el aparato recién fabricado. Este tipo de situaciones, sucede principalmente en los aparatos inferiores.

Por último, podemos utilizarlo, para montarlo en el articulador, y de esta forma tener una visión más amplia para poder examinar a estos modelos de una forma más objetiva y al mismo tiempo -- funcional.

Con esto podemos mencionar, que por medio del articulador, - podemos ver la relación que existe entre un diente y su antagonista, dientes en giroversión que puedan alterar a la oclusión, etc.

### 3.4 ESTUDIO RADIOGRAFICO

Hay que tomar en cuenta, que el estudio radiográfico nos servirá únicamente como un método auxiliar, pero no como un método determinante para el diagnóstico.

Dentro de los problemas que nos encontramos, son; que la boca es pequeña y difícil de colocar la película. Si el niño experimenta molestia, no permitirá la toma de radiografías. Si las radiografías son la primera experiencia del niño, debemos proceder con cautela y comprensión, para asegurar una buena experiencia.

Es bueno explicarle lo que va a suceder, quizá permitiéndole que él tome la radiografía, y referirse al cono del aparato como una nariz, trompa de elefante, etc. Siempre debemos ser sinceros evitando decir la palabra "no te va a doler", porque quizá le due la, podemos referirnos a decirle "te va a pellizcar". Otras de las palabras que pueden provocar miedo o prehensión en el niño son: disparo o disparar, por lo tanto estas palabras no deberán de ser empleadas. Podemos emplear o decir al niño, que "se le van a tomar unas fotografías a los dientes", por lo tanto el niño va a -- comprender lo que se esta realizando en ese momento.

La utilidad del método radiográfico, es sólo auxiliar, más no determinativo, esto es, que podemos utilizar este método para una infinidad de usos tanto en la odontología integral, como en cada una de sus diferentes ramas.

Se aconseja, no tomar radiografías, si el diagnóstico se puede realizar clínicamente, como pequeñas caries, ya sea en molares o en dientes anteriores.

En odontopediatría, las indicaciones principales para obtener una radiografía son: cuando se realiza una pulpotomía, así como -

saber si se encuentra bien realizada la obturación, también se -- utiliza en la colocación de las coronas de acero-cromo conocer -- si se encuentra bien ajustada, auxiliarnos para saber y determinar las extracciones seriadas, para tener en cuenta el espacio que ocuparán los dientes permanentes y sabe si existe alguna patología.

A continuación se presenta una lista de qué hacer y que NO - hacer, en la obtención de radiografías infantiles.

- a) Explicar lo que se va a realizar
- b) Dejar que el niño sostenga la radiografía
- c) Explicar el uso del mandil de plomo
- d) Indicarle al niño que no se mueva
- e) Hablar constantemente y alabarlo
- f) No utilizar palabras como "disparo"
- g) Evitar que el niño se enoje.

## CAPITULO IV

## HABITOS BUCALES INFANTILES

4.1 DEFINICION

Hábito; del latín HABITUS, práctica o costumbre adquirida por la repetición frecuente de actos de la misma especie.

Una disposición adquirida por actos que se repiten día tras día y que resultan de una modificación de conductas o de una actividad compensadora provocada por la presencia de un trastorno emocional de otro tipo, se llama hábito. Los hábitos tienden a alterar el equilibrio dentro de la boca, dicho equilibrio está dado -- por la interrelación de los dientes, así como de las fuerzas musculares.

Los factores que hacen que un hábito sea diferente son:

- a) Duración
- b) Frecuencia

c) Intensidad

a) La duración es el tiempo establecido por algún hábito.

b) La frecuencia es la cantidad de veces que el hábito es -  
realizado en un cierto tiempo.

c) La intensidad es la fuerza con la que es ejecutado un --  
hábito.

## 4.2 CLASIFICACION DE HABITOS BUCALES.

### 4.2.1 HABITOS COMPULSIVOS

Se dice que los hábitos bucales compulsivos son aquellos -- cuando en el niño existe una fijación que ha adquirido con el tiempo, a tal grado de que lo llega a practicar.

El niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se le trata de corregir algún tipo de hábito. Generalmente los hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional, en muchas ocasiones los hábitos sirven como escudo contra la sociedad que los rodea. Cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar, puede decirse que el niño se retrae asimismo, por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, logrando así la satisfacción que ansia.

Los hábitos bucales compulsivos pueden deberse a que los patrones de alimentación fueron demasiado rápidos. También pudo haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación.

El papel más importante en este tipo de hábitos es que existe demasiada inseguridad en el niño, producida por falta de amor y ternura de los padres.

#### 4.2.2 HABITOS NO COMPULSIVOS

Los hábitos no compulsivos son los que se pueden eliminar -- cuando el niño experimenta algunas modificaciones en su conducta. Así se van formando hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial en este tipo de hábitos puede reforzar los nuevos patrones pudiéndose lograr ciertos cambios por medio de halagos y en ciertos casos por amenazas de castigos por parte de los padres.

La personalidad del niño puede irse moldeando cuando llegue a la madurez, al verse sometido por presiones, ya sea de sus padres, hermanos, o compañeros de clases, así los hábitos que va adoptando los abandona fácilmente al madurar el niño.

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

#### 4.2.3 HABITOS DIVERSOS

Estos hábitos se pueden dividir para su estudio en:

- 1.- Hábitos de succión
- 2.- Hábitos linguales

A su vez los hábitos de succión se dividen en:

- a) Succión digital
- b) Succión de chupones y mamilas
- c) Succión labial
- d) Succión de carrillos

2.- Los hábitos linguales se dividen en:

- a) Lengua precatil
- b) Hábito de seseo

1.- Hábitos de succión

- a) Succión Digital

La succión digital es la colocación del dedo pulgar o de varios dedos a diferentes profundidades de la boca.

Existen tres teorías acerca de la etiología de este hábito que son:

1.- La succión como respuesta a un impulso oral, el niño succiona el pulgar u otros dedos, ya que la necesidad de ejercitar el mecanismo de succión, no queda satisfecho para obtener su alimento durante el proceso.

2.- La actividad oral, como auxiliar de un anhelo de alimentarse.

La succión digital o de cualquier objeto es un esfuerzo para poder lograr parte del placer que se encuentra asociado con la obtención de alimento, inclusive cuando este existe.

3.- La succión como actividad sexual. Esta teoría es apoyada por FREUD que nos dice, que es un estímulo que reciben las membranas internas de la boca y que es producida por la acción de succionar, en una estimulación erótica, que proporciona un placer sensual del mismo tipo de las sensaciones agradables provenientes de la estimulación de los órganos genitales.

Algunos autores dividen el problema de la succión digital según su aspecto clínico en tres fases de desarrollo:

Fase I - Esta fase está comprendida entre el nacimiento y los dos años de vida, y en esta época la gran mayoría de los niños se succiona el pulgar y otro dedo, por lo general al dejar de mamar.

Fase II - Esta comprende los dos y los cuatro años de edad, y requiere de mayor atención ya que a esta edad el chupeteo nos muestra una ansiedad principalmente desde el punto de vista odontológico, y por lo tanto se debe de iniciar el retiro de hábito.

Fase III - Al persistir el hábito en el niño hasta después de los cuatro años, representa para el dentista un problema mayor ya que en esta edad el hábito puede presentar una patología psicológica o emocional, la cual influiría grandemente en la persistencia del hábito.

Se puede reconocer el hábito de succión digital recurriendo a cuatro procedimientos de diagnóstico:

- 1.- Antecedentes de la acción de succión digital
- 2.- Evaluación del estado emocional del niño.
- 3.- Examen extrabucal
- 4.- Examen intrabucal

1.- El odontólogo debe hacerle a los padres preguntas como:  
 ¿Con qué frecuencia succiona el niño? ¿Cuanto tiempo aproximado dura la succión? ¿ Con qué intensidad succiona?

Las respuestas indicarán el grado del efecto que pueda esperarse sobre la dentición.

2.- A partir de esta serie de cuestionamientos podemos darnos cuenta si el niño se encuentra en diferentes estados como puede ser el emocional; en donde podemos saber si la succión es una actividad con o sin sentido y con esta identificación podemos saber si el niño quiere dejar de succionar el dedo y sólo necesita que lo ayuden en cambio hay cosas cuando el niño no está emocionalmente preparado para aceptar cualquier intervención como sucede, cuando el niño se da cuenta que los padres piensan divorciarse o cuando el niño va mal en la escuela.

Muchas veces el éxito de la actividad adecuada dependerá de un adecuado diagnóstico de la actividad de succionar.

3.- Examen extrabucal. Los objetivos de este examen es observar cual es el dedo que succiona y como es colocado en la boca; -- esto puede indicar si habrá algún defecto en la dentición. Cuando el niño introduce el pulgar, no implica necesariamente que habrá fuerza suficiente para mover los dientes o impedir la erupción de estos. En cambio la introducción de otros dedos si suelen tener efecto en la dentición, mientras el pulgar haya en la boca, la lengua queda apretada contra el piso de boca y contra la superficie lingual de los incisivos inferiores, la cual origina una posición más labial de los dientes.

Las características del dedo succionado con su contraparte - en la otra mano son:

- A) Engrosamiento de la piel
- B) Callosidad
- C) Cicatrices
- D) Uñas limpias y de color rojizo

#### 4.- Examen intrabucal

Consiste en la inspección detallada de las estructuras de la boca y la malformación que se presenta con mayor frecuencia en la mordida abierta anterior. Durante la succión, la mandíbula se retrae y esta acción se ve incrementada cuando el peso de la mano favorece a una mayor retracción y los incisivos inferiores se lingualizan al retraerse la mandíbula puede acompañarse de un cambio articular y por lo tanto inhibe los movimientos fisiológicos de mesialización desde una posición distal en el nacimiento.

Con respecto al maxilar al producirse la linguaversión de los dientes inferiores, la lengua se pega contra el maxilar superior y crea una presión negativa dentro de la cavidad, los músculos del carrillo que crean la succión ejercen una sobrepresión provocando una inubicación del desarrollo del maxilar en una 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 su posición normal. Muchas veces se presenta una protrusión de los dientes anteriores superiores una sobre mordida vertical profunda, una protrusión en el segmento de la premaxila el labio superior se vuelve hipotónico el labio inferior se ve aprisionado bajo los incisivos superiores. Al producirse la protrusión maxilar y retracción de la mandíbula provoca una mordida abierta.

## b) Succión de Chupones y Mamilas

Estudios realizados por diferentes autores, manifiestan que los niños con alimentación materna tenían menos hábitos, que los que tuvieron alimentación con mamilas.

En la alimentación de pecho la lengua es atraída hacia adelante poniéndose en contacto con el labio inferior, la mandíbula se mueve rítmicamente hacia arriba, adelante, abajo y atrás provocando de esta forma el mecanismo de succión.

Existen algunos tipos de mamilas que han tratado de imitar al pecho materno. Estas mamilas entran en contacto no sólo con los labios, sino que entra a una profundidad mayor al rededor de la boca; es de mayor tamaño que el normal y permiten un sellado entre la lengua y el paladar durante la alimentación.

El objetivo que tiene el chupón y la mamila, es que el niño reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario que evite volver a la succión digital o hábito de la lengua entre las comidas y a la hora de dormir. - Al igual que la mamila, el diseño del chupón debe tener una vital importancia para evitar mal oclusiones, ya que algunos niños se hacen adictos al biberón o a la mamila, en la cual, aún sin alimento, ellos encuentran satisfecho su placer, es por ello que en algunos casos podemos observar mordida abierta ya que los niños traen colgando la mamila, únicamente por hábito. Un biberón correctamente diseñado, tiene una acción similar a la actividad natural, los labios deben estar en contacto con la base tibial del biberón que es flexible y se adapta a los contornos del labio, es por ello que los padres deben tener sumo cuidado con este tipo de hábito, - ya que solamente los niños lo hacen por tener una satisfacción y - además de causarles una mal oclusión, también puede afectar a los dientes mismos es el caso del síndrome de mamila.

### c) Succión Labial

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos que produce la succión digital, aunque el hábito general se presenta en la edad escolar, pudiendo sin mucha dificultad abandonar este hábito.

La succión labial también se conoce como quillofagia.

El hábito de morderse y chuparse los labios, es una actividad compensadora causada por la sobre mordida horizontal excesiva, y la dificultad que se presenta para cerrar los labios durante la deglución.

Es por esta razón, 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. Para lograr esta posición se vale del músculo borla de la barba, esto se hace de manifiesto con la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución.

La succión labial puede producir las siguientes características:

1. Labialización de los dientes anteriores superiores.
2. Lingualización de los dientes anteriores inferiores.
3. Deformación de arcadas dentarias.
4. Apilamiento del segmento anterior.
5. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso.
6. Se acentúa el surco mentolabial en la hendidura suprasinfisal.

La actividad labial anormal casi siempre está ligada con mal oclusión de clase II división I de Angle, y con problemas de mordida abierta.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic y -- hábito nervioso, este hábito puede controlarse por medio de algún tratamiento introral. Las malas relaciones de los dientes incisivos en menor grado, pueden eliminarse por medio de un ajuste autónomo, no suele ser necesario utilizar aparatos para mover los -- dientes.

#### d) Succión de Carrillos

En este hábito puede producirse una hinchazón horizontal del carrillo.

Las causas exactas que producen la succión del carrillo no -- son muy conocidas, pero se ha pensado que este hábito tiene los -- mismos orígenes que la succión digital o labial. Un factor que -- puede dar origen a dicho hábito, es la mordida abierta posterior, la cual se va incrementando por el hábito.

Cuando existe un hábito como el de morderse el carrillo, se -- puede utilizar una criba removible para eliminar el hábito, también se puede utilizar una pantalla vestibular o bucal, y esta debe abarcar la zona de la mordida abierta, este tipo de aparato tiene el -- inconveniente que se utiliza sólo durante la noche.

### 2.- Hábitos linguales

#### a) Lengua Protráctil

Este hábito consiste en que el niño interpone o adelanta la -- lengua durante el acto de la deglución, y en algunos casos se ha -- descrito que este tipo de hábito es más evidente cuando existe mordida abierta anterior.

Graber, describe que el hábito de la lengua proctátil es el -- resultado de una succión digital, y una vez que se ha creado una --

mordida abierta anterior, la lengua es proyectada hacia el espacio de dicha mordida, ocupándola por completo, aumentando así la mordida abierta e impidiendo que esta se cierre. Otras causas de este mal hábito, es cuando existe una incorrecta posición de la lengua, haciendo que la base de esta se desplace hacia adelante creando este hábito, otra causa es el haber alimentado al niño con mamila -- durante mucho tiempo, en lugar de sustituirla por alimentos sólidos.

La macroglosia provoca una lengua protractil al no poder el niño mantenerla dentro de su boca por ser esta demasiado grande, y -- por lo tanto comenzará a protuirla.

La deglución típica se produce cuando los dientes se encuentran en oclusión con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos inferiores y la proción anterior del paladar. La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser -- forzados contra el paladar duro, y con los dientes ocluidos. La -- fuerza de la lengua contra los dientes desde adentro es compensada -- normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y los labios. Si la fuerza de la lengua excede a la fuerza compensatoria ejercida por otras estructuras, el resultado final será un cambio -- en la posición y relación de los dientes.

Los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares, hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de -- la lengua está involucrada con mordida abierta, sólo en la zona de caninos y molares. En esta alteración pueden estar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la -- expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente trata -- de llevar el bolo alimenticio hacia atrás.

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de la deglución. Se pueden

colocar los dedos sobre el músculo temporal y se dice al paciente que degluta y si el músculo no se contrae se sabrá de antemano - que el acto es anormal.

La lengua también se puede presentar en una posición anormal, la cual puede estar asociada a una mala oclusión de los dientes. - La deglución visceral (infantil) se lleva a cabo cuando los bordes gingivales desdentados, toma posición entre los labios y la lengua.

Los distintos efectos, ya sean causados por tamaño, color, - postura o forma de la lengua, van a repercutir en la estructura y constitución de los tejidos sanos.

La macroglosia, es capaz de asumir la responsabilidad de causar mordida abierta, tanto anterior como posterior, diastemas y - en casos muy severos incrementar el crecimiento de la mandíbula.

La proyección simple de la lengua puede ser tratada con éxito y se pueden obtener cambios notables en la oclusión anterior.

#### b) Hábito de Seseo

Este hábito se refiere a un problema de articulación del fonema "S", que es incorrecto y vicioso, a este hábito, se le llama también sigmatismo.

Es ocasionado por una posición defectuosa de la lengua durante el habla. Además aparece muy frecuentemente, en niños que han perdido prematuramente los dientes incisivos anteriores y no ha sido colocado ningún mantenedor de espacio.

Los sigmatismos se clasifican en:

1. Sigmatismo linguolabial.
2. Sigmatismo interdental.
3. Sigmatismo palatal.

El seseo puede provocar serias lesiones en los tejidos bucales, debido al mal uso de la lengua, ya que al ser protuída puede provocar una labioversión de los incisivos superiores y también - una mordida abierta anterior, así como posterior al desplazarse - la lengua hacia los lados.

#### 4.2.4 HABITOS DE POSTURA

Los hábitos de postura son cotidianos y los mismos padres no saben el problema serio que puede ocurrir en el niño por el hecho de que jamás se imaginan que estos problemas pueden estar presentes tanto a nivel de oclusión como en la ATM, en este caso únicamente se reservan a dar ordenes para eviat la postura del niño ya sea cuando este se encuentra haciendo los deberes escolares apoyando la mandíbula sobre la palma de la mano en su lado anterior, esto lo que provoca es que la mandíbula se deslice hacia un lado semejando un movimiento de lateralidad al mismo tiempo que el cóndilo tiende a realizar el movimiento hacia adelante, abajo y afuera. Los padres o maestros o la gente que se encuentre en contacto directo con el niño fijan su atención a otros problemas que pueden ser bilaterales a los antes mencionados como son los casos de problemas de espalda, cuello, etc.

Los problemas que son frecuentes en este tipo de mal hábito son la mordida abierta cruzada, o en casos que pueden considerar como severos es la pérdida de parte del menisco articular y dar lugar a problemas de crepitación, chasquido o dolor a nivel de esta región.

Otros de los malos hábitos que acompañan a las posturas de los niños son el llevarse los diversos objetos a la boca y adquirir al mismo tiempo posturas que acompañan, se puede mencionar que este tipo de hábito es consecuencia de la onicofagia y es dependiendo de la edad del niño.

Otros malos hábitos de postura que pueden ocasionar una mala oclusión son:

1. Una mala posición durante el sueño, que podría ser originada por la presión que se recibe al dormir con varias almohadas o bien por dormir en posición boca abajo.

2. Otro daño es el que se asocia con el uso del aparato ortopédico de Milwaukee, que es utilizado en los pacientes con escoliosis idiopática de la columna vertebral. Para evitar estas maloclusiones se deberá establecer un nexo con el cirujano ortopédico, para evitar la aparición de una maloclusión, y por lo tanto utilizar férulas intrabucales. Estas férulas serán diseñadas especialmente para los activadores, posicionadores y aparatos ortopédicos dentofaciales, como por ejemplo placas Hawleys modificadas.

Lo más importante será la utilización correcta del aparato de Milwaukee, que deberá estar de dos a tres dedos entre el sitio para colocar el mentón y el maxilar inferior.

#### 4.2.5 HABITOS NERVIOSOS

En este tipo de hábitos el más frecuente es el Bruxismo.

El bruxismo puede definirse como "El rechinar o movimiento de trituración de los dientes sin propósito funcional".

Al Bruxismo se le puede dividir en:

1. Bruxismo Excéntrico consiste en los movimientos de los dientes en excursiones excéntricas.

2. Bruxismo Céntrico se le denomina así al apretamiento de los dientes en relación céntrica.

El Bruxismo es un hábito producido generalmente por la noche, que regularmente los pacientes que presentan este hábito no están conscientes de él, pero se quejan de cansancio o molestias en los músculos, particularmente por la mañana cuando la molestia o dolor se irradia a la cabeza y al cuello.

El hábito puede mantenerse por un periodo prolongado provocando la abrasión de los dientes temporales y permanentes. Los niños nerviosos pueden desarrollar el bruxismo consciente o inconscientemente por periodo definido.

El bruxismo se puede desencadenar por una tensión psíquica, además de una discrepancia entre relación céntrica y oclusión céntrica.

Otro factor desencadenante son las interferencias oclusales en el lado de trabajo además de las excursiones protrusivas. La hipertonicidad de los músculos y la formación de movimientos maxilares anormales, son factores locales que pueden provocar el bruxismo.

Las perturbaciones gastrointestinales, así como enfermedades del sistema nervioso como la meningitis, epilepsia, parálisis cerebral, deficiencia mental, pueden dar origen a la aparición del bruxismo.

Una de las malformaciones más frecuentes que produce el bruxismo es la atrición dentaria, que se caracteriza por fosetas en superficies dentarias que por lo general no son alcanzadas por los movimientos funcionales normales, ensanchamiento de las superficies oclusales y en casos avanzados reducción de la dimensión vertical.

El bruxismo no causa necesariamente destrucción alveolar. El periodonto puede responder favorablemente al exceso de función mediante el ensanchamiento del ligamento periodontal y la mayor densidad del hueso alveolar.

Sin embargo, el impacto repetido creado por el bruxismo y el apretamiento puede lesionar el periodonto al privarlo de periodos funcionales que necesita para la reparación normal.

La lesión periodontal es más intensa alrededor de los dientes en contacto prematuro. Los hábitos de golpeteo que se encuentran sobre un diente aislado son más propensos a producir lesiones que los generalizados de bruxismo y apretamiento.

Los hábitos oclusales también pueden originar alteraciones temporomandibulares secundarias a la hipertonisidad de los músculos masticadores o la disminución de la dimensión vertical -- por la atrición excesiva no compensada por la erupción pasiva.

En general los signos característicos son patrones de desgaste oclusal, astillamiento, fractura de los dientes, movilidad, hipertrofia, dolor muscular y en algunas ocasiones exostosis.

#### 4.3 FACTORES ETIOLOGICOS

Existen varios factores etiológicos que pueden propiciar el desarrollo de hábitos bucales en los niños.

En general los principales factores causantes de este problema son:

1. Problemas emocionales.
2. Problemas de alimentación
3. Problemas de deglución
4. Problemas de lenguaje.
5. Problemas de respiración.

##### 1. Problemas emocionales.

Para poder comprender los problemas emocionales que puede tener un niño, ya que pueden ser causa del desarrollo de hábitos bucales, es necesario estudiar primero y en forma general, el desarrollo psicológico del mismo, así como los patrones de conducta - que un niño puede seguir a lo largo de su vida, los tipos psicológicos existentes y el desarrollo de la personalidad del niño.

El desarrollo psicológico es una complicada serie de acontecimientos que se manifiestan exteriormente como un patrón de conducta así como la adquisición de conocimientos, destreza e intenciones.

Así la maduración del individuo está determinado por factores propios de este, pero al medio ambiente sirve para conservar o modificar el grado de desarrollo.

Investigaciones recientes indican insistentemente que hay periodos críticos o sensitivos durante los cuales, algunos procesos

psicológicos importantes se desarrollan con especial rapidez.

Las perturbaciones sufridas durante estos periodos pueden -- afectar al desarrollo de estos procesos de manera decisiva.

Así pues, el odontólogo que guía con éxito a los niños, se da cuenta que un niño normal pasa por un crecimiento mental además de físico, compende además que el niño esta adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos.

Es importante que el Cirujano Dentista al elaborar el diagnóstico tome en consideración las edades psicológicas y fisiológicas del niño.

## 2. Problemas de alimentación.

Se hicieron estudios con respecto a los problemas de alimentación y se encontró que hay una asociación inversa, entre el hábito y la duración de la alimentación. Así se vió que cuando hay una amamantación prolongada la succión digital es menor o no existe.

Se ha observado que los bebés que son alimentados cada tres horas, no succionan sus pulgares tanto como un bebé que es alimentado cada cuatro horas.

No todos los bebés nacen con el mismo instinto de succión. Se pueden observar bebés, que no se amamantan por más de 15 minutos y quienes nunca han puesto su pulgar en su boca. En cambio hay otros que toman su botella por más de 20 min. y que succionan excesivamente su pulgar. Por esto se sospecha que hay un instinto de succión más fuerte en algunas familias.

Por otra parte, con respecto a la masticación uno de los problemas más comunes que podemos encontrar cuando un niño no come -- bien es la imposibilidad de masticar correctamente, que por lo ge-

neral es un factor asociado, o bien porque puede ser el resultado de una maloclusión.

Cuando hay dientes faltantes y colocados irregularmente, provoca con frecuencia, el inicio de un patrón particular de masticación. Por esto la mayoría de los niños no distribuyen el bolo alimenticio en forma correcta favoreciendo más a un lado. Esta selectividad masticatoria de un lado de trabajo, es provocada también por restauraciones altas.

Ahora bien, desde el punto de vista odontológica, una masticación inadecuada puede provocar el desarrollo de un hábito bucal, ya que el niño al no tener una estimulación de su sistema estomatognático va a desarrollar seguramente una frustración buscando así una salida a su problema. Esta puede ser: succión digital, mordedura digital o labial, etc.

Es por esto que debemos estar conscientes de la importancia de que un niño se amamante y mastique adecuadamente de acuerdo a su edad, y con esto evitar un problema futuro.

### 3. Problema de deglución.

La hipotonisidad e hipertonisidad de un grupo muscular rompe el equilibrio normal, alterando la morfología de las arcadas y su función.

Cuando el acto de deglutir es anormal, los maxilares no se juntan y los dientes no ocluyen y la punta de la lengua está presionada entre los dientes anteriores.

Se considera que el estado emotivo o detención produce entre los niños, casos de lengua protráctil. Los chupadores de dedo dejan el espacio libre entre los dientes donde se introduce la punta

de la lengua en el momento de deglutir. Se afirma que todo comienza con el biberón, ya que la succión es diferente a la del pecho, pues con frecuencia la leche de la botella sale del biberón sin esfuerzo de succión, todo lo contrario de lo que ocurre con la leche de pecho materno. Por esto, el niño trata de detener el exceso de leche que fluye, presionando con la lengua la mamila contra el paladar. Esto puede perdurar, constituyendo así un hábito con resultados desastrosos fisiológicos y estéticos.

Es por esto que desde hace algunos años se introdujo el biberón con chupón anatómico para simular el pezón materno pero aún no se ha podido apreciar sus resultados.

También se ha visto que las amígdalas hipertróficas, pueden ser causa de lengua protráctil, ya que el dolor de la amígdalas inflamadas produce caída de la mandíbula para que la lengua pueda proyectarse hacia adelante, alejándose así de la región faríngea. Por esto, hay una notable y fuerte contracción del músculo mentoniano, cada vez que la lengua se proyecta hacia adelante durante la deglución.

En conclusión tenemos que los padres deberán de estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución infantil prolongada así como de las actividades de lactancia que se extienden más allá del tiempo en que deberán de ser reemplazadas por un comportamiento más duro o somático.

#### 4. Problemas de lenguaje.

Según diversos autores, los efectos sobre el habla pueden ser directos o indirectos.

1. Los directos son por la dificultad mecánica que tienen las personas al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla.

2. Los indirectos son debido a la influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

Con todo esto podemos ver que los problemas del habla pueden ser una causa para el desarrollo de hábitos bucales, ya que como se mencionó anteriormente, el problema del habla puede ejercer una influencia en la salud mental del niño.

Así cuando el odontólogo descubra un problema o defecto del habla, deberá de investigar su causa. Si la causa es una mala oclusión, deberá corregirla. Si la causa es otra, deberá remitirlo a un foniatra para que estudie y trate el caso.

Con esto se podrá evitar la aparición de un hábito, o si ya - está establecido por el problema del habla existente, se logrará eliminarlo aplicando el tratamiento requerido.

#### 5. Problema de respiración

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse de - 3 formas:

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

1. Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Por lo cual el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca.

2. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo.

3. El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite, cerrar por completo su boca sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debemos distinguir, en primer lugar a cual de estas categorías corresponde el niño. Además debe diferenciarse en el segundo tipo, al niño que respira por la nariz, pero que a causa de - labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan cara estrecha y larga y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara nasofaríngeo estrecho, estos niños son más propensos a sufrir obstrucción nasal, que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios, como se encuentra en los individuos braquicefálicos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

a) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergia, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías, y aire contaminado.

b) Tabique nasal desviado con bloqueo de conducto nasal.

c) Adenoides agrandados. Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de cierta edad respiren por la boca. Sin embargo; respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural, causa la contracción de tejido adenoideo.

Con esto podemos ver que los problemas de respiración, pueden provocar un hábito bucal cuando el niño se acostumbra a respirar por la boca aunque su problema esté resuelto.

#### 4.4 OTROS HABITOS BUCALES

Además de los hábitos tratados con anterioridad, existen -- otros hábitos que el niño puede llegar a presentar a partir de la pubertad, y en ocasiones hasta la edad adulta. Los más frecuentes son:

1. Hábito de mordedura de uñas.
2. Hábitos masoquistas.
3. Hábito de abertura de pasadores de pelo.

##### 1. Hábito de mordedura de uñas.

A este hábito se le conoce también como Onicofagia. No se considera que sea un agente casual de una maloclusión. Es considerado como un hábito que se realiza por una gran cantidad de individuos en alguna etapa de su vida.

Es considerado un medio para eliminar tensiones, y se ha observado que niños que anteriormente han tenido el hábito de succión -- digital, presentan el hábito de mordedura de uñas.

Este hábito no es considerado como pernicioso, aunque se puede observar atrición o desgaste de los dientes anteriores inferiores.

El hábito de mordedura de uñas se presenta generalmente hasta los tres o cuatro años y se asienta durante la pubertad.

Es considerado por los Psicólogos como un síntoma de desajuste de la personalidad o ansiedad, por lo tanto será conveniente atacar el problema primario que esté ocasionando dichos trastornos, del -- cual este hábito es solo un síntoma.

Psicoanalíticamente se interpreta como una satisfacción de ne-

cesidades infantiles, siendo resultado de una fijación a nivel oral.

Se dice que los sujetos que se muerden las uñas, tienen dificultades para exteriorizar su hostilidad y la manejan de manera interna.

El tratamiento será sintomático, del cual se descartará el castigo o la limitación física. Con tolerancia, paciencia, oportunidades para un mejor ajuste personal y laprovisión de canales --adeucados para eliminar tensiones.

## 2. Hábitos Masoquistas.

No es hábito frecuente, sin embargo se ha observado en niños y adolescentes, con graves problemas emocionales.

Generalmente un niño con un hábito masoquista o de automutilación, no admitirá la existencia del mismo, a menos que este sea observado pranticandolo.

El tratamiento será ante todo tratar de encontrar la causa que motiva tal situación. En la mayoría de los casos será un problema emocional, de tensión, desdicha o conflictos en familia, en la escuela o en su medio social. Será cuando el cirujano dentista, se verá en la necesidad de remitir al paciente con el Psicólogo.

Este tipo de hábito se llega a presentar desde los cuatro años.

Los daños que un niño se puede ocasionar con hábito masoquista puede ser movilización de algún diente, traumatizar con la uña los tejidos libres y adherentes de las encías, desnudamiento de las raíces mediante la uña al desgarrar el tejido gingival marginal.

### 3. Hábito de abertura de pasadores de pelo.

Otro hábito nocivo que fué común entre las mujeres adolescentes, era abrir pasadores para el pelo con los incisivos anteriores, para colocarselos en la cabeza. En jóvenes que practicaban este hábito, se ha observado que los dientes incisivos están a serrados y piezas parcialmente privadas de esmalte labial. A esta edad para abandonar este hábito, sólo se hace llamar la atención sobre los efectos nocivos de este.

Otro hábito que es menos común pero no deja de ser importante es el hábito de empuje de frenillo.

El hábito de empuje de frenillo se presenta principalmente cuando existe un diastema entre los dientes incisivos superiores.

Este diastema puede existir por diversos factores como son:

1. Frenillos labiales anchos.
2. Microdoncia.
3. Macrodoncia.
4. Dientes supernumerarios.
5. Laterales en forma de cono.
6. Incisivos laterales faltantes.
7. Oclusión enérgica, de incisivos inferiores contra las superficies linguales superiores.
8. Quistes en la línea media.
9. Hábitos tales como; chuparse el pulgar, proyección de lengua, o chuparse el labio.

Es un hábito rara vez observado, probablemente originado como parte de un juego ocioso.

Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a --

cierta distancia el niño puede trabar su frenillo entre los dientes y dejarlo en esta posición por varias horas. Ya que mantienen separados los incisivos centrales, este hábito puede desplazar -- los dientes. Este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO V

TRATAMIENTO

El tiempo ideal para la colocación de la aparatología es entre las edades de tres y medio y cuatro años y medio de edad, se recomienda también que sea en la temporada de verano, ya que en esta temporada el niño se puede encontrar en condiciones inmejorables y los deseos de succionar pueden ser substituidos por los juegos o actividades que él tenga, aunque es bueno recordar que esto no se puede tomar como una regla a seguir. Hay que tomar en cuenta que ningún tratamiento será efectivo si no hacemos que el niño esté consciente del problema para de esta forma contar con su ayuda.

### 5.1 DISPOSITIVOS INTRABUCALES

Antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos, el odontólogo debe hacerse las siguientes preguntas:

1. ¿Comprende el niño la necesidad de utilizar el instrumento?  
¿Quiere el niño que lo ayuden?

2. ¿Comprenden los padres lo que está tratando de elaborar - el dentista, y la cooperación que necesita?

3. ¿Ha establecido una relación amistosa con el niño de manera que en la mente de este, exista una situación de recompensa en vez de una situación de castigo?

4. ¿Han elegido los padres del paciente y usted una meta definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?

5. ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el periodo de adiestramiento que puede producir ansiedades a corto -- plazo?

La mayoría de los aparatos intrabucuales, fabricados por el -- odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de -- éste, son considerados por el niño instrumentos o aparatos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

En la mayoría de los niños, estos aparatos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter alegre a un niño "nervioso". En

este caso el costo de las curaciones demasiado elevado.

Es por esto que es necesario que el odontólogo, formule las preguntas antes mencionadas.

Generalmente el niño puede sentirse seguro al aplicar un -- aparato y no provocar con este la formación de nuevos hábitos.

La falta de preparación del niño y de los padres para aceptar el tratamiento, casi siempre condena el tratamiento a un fra caso.

El aparato desempeña varias funciones:

1. Hace que el hábito pierda sentido, ya que debido a la pre presencia del aparato, el niño tiene verdadera satisfacción cuando - trata de realizar el hábito.

Deberá procederse con mucho cuidado e informar tanto a los - niños como a los padres que el aparato no es una medida restricti va que no se utiliza para evitar cosa alguna, sino para enderezar los dientes y mejorar la apariencia.

2. En virtud de su construcción, el aparato evita la creación de mordida abierta, así como las reacciones adaptativas y deforman tes de la lengua y de los labios.

3. Si los niños son sanos normales, se observarán pocas secue las desfavorables, salvo un defecto del habla temporal sibilante - que generalmente; desaparece cuando el aparato es usado o inmedia tamente después de que se ha retirado.

Una vez cementado el aparato, se le dice al niño que tardará

varios días en acostumbrarse al aparato que experimentará alguna diferencia y dificultad para limpiar los alimentos que se alojen debajo del aparato y que debemos hablar lentamente con cuidado.

Después de un periodo de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato. Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de 3 a 4 semanas. El aparato para el hábito se lleva de 4 a 6 meses en la mayor parte de los casos. Un periodo de 3 meses en el que desaparece completamente el hábito del dedo, es un buen seguro contra la residiva.

Existen varios tipos de aparatos para romper hábitos bucales, que pueden ser construídos por el odontólogo:

a) Aparatos fijos.- Pueden ser adaptados y retirados por el odontólogo.

b) Aparatos removibles.- Que será usado por el niño en las -- ocasiones sugeridas por el odontólogo, pero que el paciente podrá quitarse de la boca en intervalos específicos, tales como las horas de las comidas y las ocasiones de juegos activos.

El odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de aparato después de tomar en consideración, la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal.

### 5.1.1 APARATOS FIJOS

Los aparatos fijos son aquellos que van cementados en la boca del paciente, y no pueden ser removidos por el paciente ni por sus padres, sino únicamente por el odontólogo.

Existen varios tipos de aparatos fijos para los diferentes hábitos, así por ejemplo tenemos con 4 espolones agudos para reeducar a la lengua, pero se considera traumático, por lo que su uso no esta generalizado.

Existe un arco palatino de 0.36 pulgadas de diámetro soldado a 2 bandas, molares cementado. En su parte interior lleva soldado de 6 a 8 espolones agudos de 0.26 pulgadas de diámetro y de 1 a 3mm de longitud. Estos espolones están dirigidos hacia abajo y atrás, y tiene por objetivo impedir el hábito de succión digital y el de la lengua protráctil. Los espolones no dejan que la lengua y el dedo se apoyen en los dientes o el aparato.

Debemos tener en cuenta que cuando se colocan aparatos con espolones que impiden que el paciente hable con una pronunciación perfecta, sobre todo durante las 2 primeras semanas después de cementado el aparato en la boca del paciente.

Además debemos de indicar al paciente que es necesario que se cepille su paladar a nivel de los cúngulos de incisivos superiores, ya que los espolones impedirán, que la lengua elimine la placa dentobacteriana, que se acumula en esta zona y se le indicará que durante los primeros días cubra los espolones con algodón mientras su lengua se acostumbra al nuevo ambiente bucal.

El paciente al cual se le motiva dejas su hábito de succión digital o de lengua protráctil puede usar los espolones como recordatorio sin tener temor a crearle problemas psicológicos o de transferencia de hábito.

APARATOS UTILIZADOS PARA ELIMINAR EL HABITO DE SUCCION DIGITAL

La prescripción ortodóntica para la reducción de los hábitos adopta diversas formas, una de las cuales y más eficaces es una CRIBA FIJA, para esto se prueban bandas ortodónticas o coronas de acero-cromo, en los segundos molares temporales superiores o en los primeros molares permanentes superiores. Posteriormente se toma una impresión superior y también inferior para checar la altura. Se corren ambos modelos y se procede a la fabricación del aparato.

En la segunda visita, el aparato es colocado en la boca del paciente. Si el tejido gingival se pone blanco en forma exagerada, o si el paciente se queja de dolor, deberá de recortarse la porción gingival, de las bandas o de las coronas que sostienen el aparato en los segundos molares temporales y primeros permanentes.

Una vez hecho esto, el aparato se vuelve a colocar y se le pide al niño que muerda tan fuerte como le sea posible esto ayuda a adaptar los contornos oclusales y proporciona un método de verificación si existe presión sobre la encía. Además se deberá checar que la periferia de las bandas o de las coronas, se encuentren bajo el margen gingival Deberá procurarse que los incisivos inferiores no ocluyan contra las proyecciones anteriores del aparato.

Si existe contacto, esos espolones deberán de ser recortados y doblados hacia el paladar.

Para colocar o cementar el aparato los dientes de soporte se aíslan, se limpian y se secan. El aparato se seca perfectamente bien y se coloca con cemento, se limpia la mayor parte del exceso de cemento y el resto se limpia con un raspador de tipo universal 5 a 10 minutos después.

Habitualmente, se asigna un periodo de 3 meses con meta hacia la cual se trabajará. Si el niño ha logrado cambios en sus hábitos para ese entonces, se podrá quitar el aparato para un periodo de prueba. Pero si se despertaran signos de ansiedad en el niño como - por ejemplo un retorno a la enuresis, las pesadillas y los episodios de llanto, el odontólogo deberá de pensar en quitar el aparato. El uso de estos dispositivos exige cierto grado de madurez en el niño.

#### APARATOS UTILIZADOS PARA EL HABITO DE PROYECCION LINGUAL

Los aparatos para eliminar el hábito de proyección lingual son generalmente aquellos que tienden a desplazar la lengua hacia arriba y hacia atrás durante la deglución, y evitar al mismo tiempo que la lengua toque los dientes durante la deglución.

Así dicho aparato para evitar la proyección lingual deberá:

1. Eliminar la proyección anterior y dar efecto a manera de ém bolo durante la deglución.
2. Modificar la postura lingual de tal forma que el dorso de la lengua se aproxime a la bóveda palatina y la punta haga contacto con las arrugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

Al desplazar la lengua dentro de los límites de la dentición, se expande hacia los lados, con las porciones perifericas encima de las superficies oclusales de los dientes posteriores.

Esto conserva la distancia interoclusal o la aumenta cuando es suficiente, de esta manera evita la sobre erupción.

El acto de deglución maduro es estimulado por este aparato - mientras que la lengua se adapta a su nueva posición y función.

El aparato fijo para eliminar la proyección lingual, es colocado y cementado de la misma manera y forma como fué descrito para el aparato para eliminar el hábito de succión digital.

La mejor edad para la colocación de este aparato es entre los 5 y 10 años de edad. Si se coloca después de esta edad, es posible que se requiera de los servicios de un especialista en ortodoncia y aparatos ortodónticos completos.

Los aparatos fijos más usados para la corrección de la proyección lingual reciben el nombre de pantallas linguales o trampas de lengua.

#### APARATOS UTILIZADOS PARA CORREGIR EL HABITO DE CHUPARSE O MORDERSE LOS LABIOS

Existen varios procedimientos de construcción del aparato para el hábito del labio. Primero se ajustan las bandas o coronas -- completas metálicas en los dientes pilares.

Sobre los modelos se construye el aparato utilizando las coronas o bandas que anteriormente se adaptaron en los segundos molares temporales o primeros molares permanentes.

En la segunda visita se coloca el aparato en la boca del paciente

Para cementarlo se hace lo ya explicado para cementar el aparato para hábito de succión digital.

El aparato para el labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial. Esto no solo mejora su inclinación

ción axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. En algunos casos en que parece haber retracción mandibular funcional, como resultado de actividad muscular asociada con la actividad aberrante del labio, la colocación del aparato permite que los incisivos se desplacen hacia adelante igual que el maxilar.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

### 5.1.2 APARATOS REMOVIBLES

Los niños de menos de 6 años, en quienes sólo están presentes los dientes temporales, los aparatos removibles pueden ser aceptados.

La mayoría de los aparatos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo. La mayor ventaja de estos es que el niño los lleva cuando el lo desea.

Los aparatos básicos para tratar este problema son aparatos de Hawley inferiores y superiores.

#### APARATOS REMOVIBLES PARA HABITOS ANORMALES DE DEDO, LABIO Y LENGUA

Un método eficaz para controlar los hábitos y al mismo tiempo utilizar la musculatura para lograr la corrección de la maloclusión en el desarrollo, es la pantalla bucal o vestibular. Estos aparatos han sido perfeccionados hasta lograr un alto grado de eficacia. La pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial normal y para la retracción de los incisivos.

La pantalla bucal es un activador de acrílico. Puede construirse una barrera de acrílico o de alambre para evitar la proyección de la lengua y el hábito de chuparse los dedos. Pueden agregarse -- ganchos sobre los molares si se necesita retención adicional.

Puede fabricarse una pantalla bucal y vestibular combinada para controlar las fuerzas musculares, tanto fuera como dentro de las arcadas dentarias. Si se utiliza y se construye correctamente, las fuerzas musculares anormales pueden ser interceptadas y canalizadas hacia actividades positivas, reduciendo la mal oclusión que se encuentra en desarrollo.

APARATO REMOVIBLE PARA MORDEDURA DE CARRILLO

Cuando existe un hábito persistente como el de mordedura de carrillo, puede utilizarse una criba removible para eliminar el hábito, aunque también se puede utilizar una pantalla vestibular o bucal. Es necesario colocar alguno de estos aparatos porque la mordedura de carrillo puede causar mordida abierta o mal posición individual de los dientes en los segmentos bucales.

APARATO UTILIZADO PARA EL HABITO DE FRENILLO O EL HABITO DE SUCCION DIGITAL

Se trata de un aparato Hawley superior, que es el recurso más apropiado para guiar los dientes anterosuperiores, espaciados y - protruidos, hacia una posición más lingual y menos protrusiva.

La retención del aparato es por medio de ganchos tipo Adams - en los primeros molares superiores permanentes.

Existen diferentes tipos de aparatos que pueden ser fijos o - removibles, como por ejemplo:

- 1.- Trampa de Punzón
- 2.- Trampa de Rastrillo

1.- La trampa de punzón, se utiliza para evitar que el niño - continúe con su hábito. Consiste en un alambre incrustado en un -- aparato de acrílico removible, parecido a una placa Hawley, que -- puede ser una defensa añadida a un arco lingual superior y utiliza da como instrumento fijo. Las funciones principales de este tipo de aparato son:

- a) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.

- b) Distribuir la presión a los dientes posteriores.
- c) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente

2.- La trampa de rastrillo se construye de igual manera que - el de punzón, pero tiene espolones que se proyectan a las barras - transparentes o del retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina.

Los espolones dificultan no solo la succión del pulgar, sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

#### APARATOS UTILIZADOS PARA EL HABITO DE RESPIRACION BUCAL

Con respecto a este hábito es recomendable el uso de un protector bucal. Este aparato obliga a el niño a respirar por la nariz ya que bloquea el paso del aire por la boca y fuerza la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de tratar de forzar al niño a respirar por la nariz, - debemos asegurarnos que el conducto nasofaríngeo este suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire.

Si el niño respira sin dificultad por la nariz cuando se lo pedimos, la respiración bucal es habitual y deberá de corregirse con la ayuda del protector bucal, que es un sólido escudo insertado en la boca, que se utiliza durante la noche.

## 5.2 DISPOSITIVOS EXTRAORALES

Existen métodos extraorales utilizados por el cirujano dentista que consisten en recubrir el pulgar con sustancias comercialmente disponibles, de sabor desagradable. También se puede recubrir el dedo afectado con tela adhesiva, o adherir por algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada.

Todos estos métodos tienen algo en común y es que se basan en la aceptación para romper el hábito. Deberá advertirse a los padres que la eliminación de algún hábito puede dar lugar al re surgimiento de otro.

En ocasiones es útil eliminar un hábito como el de succión digital y reemplazarlo con un sustituto como algo masticable. En niños mayores el empleo de ayudas visuales puede ser útil para mostrarles como el hábito de succión del pulgar le perjudica la boca si mantiene dicho hábito.

Por último debemos recordar que los hábitos como el de succión digital, y el de mordedura de uñas, eliminan tensiones emocionales, por lo que debemos tener cuidado al aplicar un tratamiento.

La mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos pueden considerarse como normales durante el primer año de vida y desaparecer espontáneamente al final del segundo año si se le presta atención debida a la lactancia.

Para proporcionar una copia fiel del seno materno fué diseñada una tetilla que provoca la misma actividad funcional, que la lactancia natural. La tetilla de latex diseñada funcionalmente elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores.

Se espera que esta tetilla anatómica usada correctamente reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo, entre comidas y a la hora de dormir.

El destete deberá ser por lo menos hasta el primer cumpleaños, si la lactancia se realiza con la tetilla artificial anatómica, junto con el contacto materno y la frecuencia de los hábitos prolongados.

En el caso de bebés que desarrollan hábitos de succión, lo que se puede hacer es dejar que estos tomen su tetilla más tiempo del que ellos usan.

Si el niño es fuerte y tiende a romper el chupón provocando que la leche salga más rápido es preferible comprarle chupones sin agujero y nosotros hacerle con una aguja dos o tres agujeros, de esta manera hacemos que el niño tarde más en terminarse la leche. Con esto vamos disminuyendo el número de frecuencias en la alimentación y por lo tanto el instinto de succión. Pero debemos de ir despacio, al ir omitiendo el número de veces con que es alimentado un niño, esperando unos cuantos meses.

### 5.3 PSICOLOGIA

Los problemas de la personalidad entran claramente en el --  
área de trabajo, de quienes tratan los aspectos psicológicos de -  
la salud, pero a menudo los padres piden la intervención del odon  
tólogo en casos en los que se encuentra un hábito bucal anormal,  
que es causado o asociado con problemas de personalidad, que está  
causando distorsiones en el hueso alveolar, y posición dentaria.

Muchos niños se sienten alentados, para romper el hábito na-  
turalmente, el procedimiento completo implica que los padres estén  
de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en  
el hogar.

Estas sugerencias pueden enlistarse de la siguiente manera:

- 1.- Establecer una meta a corto plazo, en la cual se dá de  
una a dos semanas para romper el hábito.
- 2.- No criticar al niño si el hábito continúa.
- 3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el  
hábito.

Debemos informarle a los padres lo que deben decirle al niño,  
lo que no deben mencionarle, no usar la odontología como castigo  
o asegurarle que no se le hará ningún tratamiento en el consulto-  
rio dental.

El padre que educa a su hijo para que sea receptivo al trata-  
miento dental, encontrará una respuesta favorable al tratamiento -  
dental.

Generalmente se encuentran dificultades cuando los padres u otras personas han inculcado temores profundos al niño.

Debe instruirse a los padres para que no traten de vencer el miedo al tratamiento de sus hijos por medio de burla frente a otras personas.

El padre no debe prometer lo que va hacer o no el odontólogo. El padre deberá dejar al niño en cuidados del Cirujano dentista al llegar al consultorio, y entrar a la sala de tratamientos sólo que el odontólogo así lo requiera.

El odontólogo deberá comprender que el niño está adquiriendo constantemente hábitos, dejándolos y modificándolos. Por lo cual el niño puede tener diferentes reacciones en el consultorio entre una consulta y otra.

En el diagnóstico de los problemas de conducta y en la planificación del tratamiento deben considerarse tanto edades psicológicas como fisiológicas.

Los niños de más de tres años no deben entrar a la sala de -- tratamiento acompañados de sus padres.

Debemos de respetar al niño y no engañarlo sobre lo que se le va hacer, pero sí podemos utilizar términos diferentes para no asustarlo, además debemos dejar que crea que él maneja la situación.

La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener temores desusados como la obscuridad, la separación de los padres o temor a animales e insectos.

Los conflictos en el hogar también pueden relacionarse con los hábitos, así como los problemas de adaptación. Por lo tanto el pro-

blema de succión puede no ser un síntoma suelto, sino uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad.

Los padres deben recordar a amigos y parientes del niño que es mejor no mencionar el hábito delante de él, y mucho menos bromear acerca de esto, ya que lo harían sentir cada vez más solo. Al mismo tiempo, los padres pueden alentar al niño, para que deje de succionar sus dedos. Además pueden hacer sentir al niño que ellos entienden que es difícil eliminarlo y que aprecian su esfuerzo.

Con un niño que se chupa el dedo, es mejor no decirle nada. El se dará cuenta y poco a poco irá dejando ese hábito.

En la mayoría de los casos, la tendencia a succionar el dedo desaparece antes de que erupcine el segundo diente, pero cuando el niño tiene una enfermedad, o dificultad, este hábito aparece de nuevo.

No todos los hábitos relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato.

No todos los hábitos causan daño, estos casos deberan de observarse periódicamente y no se deben de intervenir directamente. En ocasiones una discusión franca del problema con el niño podrá al menos eliminar el hábito de chuparse los dedos y los otros elementos podrán ser superados por una actividad fisiológica más madura.

En conversaciones privadas con el niño, el dentista discute el problema y sus efectos.

Se le pide al niño que lleve un registro diario en una tarjeta de cada vez que se lleve el pulgar a la boca y que cada semana llame al dentista e informe de su progreso en la cesación del hábito.

Una reducción a lo largo de una semana en la cantidad de veces que se practica el hábito es evidencia que se progresa, indicio de que finalmente lo dejará.

El papel de los padres en la corrección de un hábito bucal es muy importante.

Los padres se muestran a menudo por demás ansiosos acerca -- del hábito y de sus posibles efectos. Esta ansiedad puede provocar resongo y castigos que a menudo crean una mayor tensión e intensificación del hábito es frecuente que sea necesario cambiar el medio y la rutina del hogar antes de que el niño pueda superar el hábito.

Si los hábitos de chupar son solo una faceta de una multitud de síntomas de un problema o de un comportamiento anormal la primera consideración es pedir una consulta con un Psiquiatra.

Si es que existe la cooperación del paciente, los padres y los hermanos deberán considerarse la utilización de un aparato.

El paciente sin perturbaciones psicológicas graves aparentes pero con un cierto grado de nerviosismo e inquietud, pueden ser atendidos mediante drogas, tranquilizantes que puedan superar esta situación.

## C O N C L U S I O N

Como conclusión podemos establecer la importancia que tiene conocer los distintos tipos de hábitos y así poderlos diagnosticar y realizar con esto una adecuada terapia.

Como se menciona en el capítulo III de esta tesis si no realizar un adecuado diagnóstico se puede realizar un tratamiento -- completamente erróneo, llegando a producir una yatrogenia.

Para evitar este tipo de problema, es necesario y obligatorio realizar una completa y adecuada Historia Clínica la cual se puede realizar combinando el interrogatorio directo con el interrogatorio indirecto.

Una vez realizado el interrogatorio, obtendremos datos exactos y así obtendremos un diagnóstico acertado para atacar el problema que presente el paciente, tomando en cuenta la edad fisiológica y psicológica del infante.

Se tomará en cuenta que durante el primero y segundo año de vida el niño presentará hábitos bucales que se podrán considerar como hábitos normales.

Ahora si el hábito persiste más allá del cuarto cumpleaños - se considerará anormal ya que con frecuencia podrá producir trastornos de maloclusión o psicológicos de diferentes grados dependiendo de la frecuencia, intensidad, duración de hábito.

Sea cual sea el hábito, los resultados finales serán; mordida abierta anterior, mordida abierta posterior, maloclusiones o patología de los tejidos de soporte.

Por lo general cuando el niño es menor de cinco años no se logrará la cooperación necesaria de este, para la eliminación de el hábito bucal.

Por lo tanto es importante lograr la confianza del niño, mostrándole interés en ayudarlo, mediante pláticas que mantendrán al niño en la mejor disposición de cooperar.

Por esta razón podemos premiar a nuestro paciente por los esfuerzos realizados a lo largo del tratamiento, eliminando el castigo.

Como se ha descrito durante el desarrollo de esta tesis, el Cirujano Dentista deberá realizar en muchas ocasiones una labor de conjunto con otros profesionistas como por ejemplo: el médico general, el psicólogo, el médico psiquiatra, el foniatra, Puericulturista, etc.

Es importante la cooperación de los padres así como una buena relación amistosa entre el dentista y el niño para que el tratamiento resulte todo un éxito.

Para finalizar diremos que existen diversas opiniones en relación a las causas, diagnóstico y terapia de los hábitos bucales infantiles

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

- 1.- Orban J. Balint.  
Histología y Embricología Bucales.  
Editorial, La Prensa Médica Mexicana, S.A.-Cuarta Edición.
- 2.- Finn B. Sidney  
Odontología Pediátrica.  
Ed. Interamericana. Cuarta Edición.  
México D.F. 1976.
- 3.- José Mayoral, Guillermo Mayoral  
Ortodoncia; Principios Fundamentales y Práctica.  
Editorial Labor  
México D.F. 1983.
- 4.- Braham, R.L.  
Odontología Pediátrica.  
Editorial Panamericana  
México D.F. 1984.
- 5.- Davis J.M.  
Paiodoncia Atlas.  
Editorial Panamericana. Segunda Edición  
México D.F. 1984
- 6.- Adams, P.  
Diseño y Construcción de Aparatos Ortodónticos Removibles.  
Editorial Mundi  
Buenos Aires, Argentina 1969.

- 7.- Ruff, Roberto M.  
Manifestaciones Orales de los Malos Hábitos del Niño.  
A D M. Vol. XXIV Núm. 4  
Julio - Agosto 1967.
- 8.- Silvert K. Henry, Kreeempe C. Henry, Bruyn B. Henry  
Manual de Pediatría.  
Ed. El Manual Moderno. Tercera Edición.  
México D.F. 1977.
- 9.- R. Mink, John.  
Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Odontología Pediátrica.  
Ed. Interamericana. Segunda Edición.  
Impresión Enero 1983.
- 10.- Thomas K. Barber. Lawi S. Luke.  
Odontología Pediátrica.  
Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
México D.F.
- 11.- Dr. T. M. Graber.  
Ortodoncia, Teoría y Práctica.  
Ed. Interamericana. Tercera Edición.  
México D.F. 1974.
- 12.- Tenorio Sandoval, Jaime.  
Hábitos Orales en Niños.  
Tesis U.N.A.M. 1964.
- 13.- González Núñez, Ma. Cristina  
Importancia de la Alimentación Frente al Hábito de Succión.  
Tesis U.N.A.M. 1987.