

24
224

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SUCCION DE PULGAR

ETIOLOGIA Y MALOCLUSION

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

MARIA DEL CARMEN LOSADA DE LOS SANTOS COY

MEXICO, D.F. , ABRIL 1989.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

- I Introducción.

- II Generalidades.
 - 1.- Hábitos.
 - 2.- Maloclusión.

- III Succión de pulgar.
 - 1.- Etiología.
 - 2.- Tipo de maloclusión.

- IV Conclusiones.

- Bibliografía.

I INTRODUCCION.

Uno de los problemas a los que se enfrenta el odontopediatra, es el de los hábitos bucales. Los cuales pueden ser el resultado de una serie de factores que afectan al niño desde su nacimiento, hasta tiempo prolongado sino se atienden correctamente.

Las consecuencias de un hábito por tiempo prolongado es la pre-ocupación esencial. De cualquier forma no podemos atacarlo sin tener el conocimiento necesario e indispensable sobre el diferente significado del hábito a diferentes edades, los daños que puede ocasionar, e incluso los factores que provocan el desarrollo del hábito.

El hábito de succión de pulgar puede ser el resultado de una in-suficiente succión en la infancia, algún trastorno emocional, o simplemente un hábito aprendido y que produce placer.

Un hábito prolongado causará severos daños en la oclusión, ya que el hueso es una estructura plástica que reacciona a las presiones. Debido a que el niño está en una etapa de crecimiento y desarrollo -- continuo, resentirán mucho estas presiones continuas; lo que originará maloclusiones.

De manera que, para resolver el hábito de succión de pulgar, deberán tomarse en cuenta por principio, las causas que lo originaron y tratar de corregir estas. Para después eliminar el hábito.

Sería un error el prestar solamente atención al efecto del dedo en la boca, sin tomar en cuenta las causas que originan que el niño se este llevando el dedo a la boca. Así que es deber de todo odontólogo- el tratar al niño como un individuo integral.

II GENERALIDADES.

1.- HABITOS.

Es el acto o actos que se repiten voluntaria o involuntariamente, hasta convertirse en acciones automáticas.

Los hábitos pueden ser benéficos o dañinos. Los benéficos son los que sirven para la supervivencia y los dañinos los que no son necesarios para la supervivencia y además causan alteraciones; como por ejemplo, bruxismo, hábito de succión pulgar, succión de labio, etc.

Estos último tienden a desaparecer gradualmente.

Finn y Sim dividen los hábitos en dos grupos: hábitos bucales no compulsivos y hábitos bucales compulsivos.

Los hábitos bucales no compulsivos, serán aquellos a los que se adaptan y abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar. Y no producen anormalidades.

Los hábitos bucales compulsivos, serán aquellos en que existe una fijación, y cuando se siente inseguro por algún acontecimiento específico recurre al hábito. De esta manera expresan una necesidad emocional.

Esta inseguridad puede ser producto de la falta de amor y ternura, o el mismo ambiente que rodea al niño, como ambiente familiar.

2.- MALOCLUSION.

Las maloclusiones pueden afectar; dientes, hueso, musculatura y nervios. En algunos casos solo afecta los dientes, en otros hueso, o pueden ser problemas combinados.

Existen tres tipos de maloclusiones:

1.- Displasias dentales: Los dientes individuales se encuentran en relación anormal. Sólo están afectados los dientes.

2.- Displasias esqueléticas: Sólo está afectado el maxilar y/o la mandíbula con respecto a la base del cráneo. Es difícil encontrar este tipo de problema aislado.

3.- Displasias esqueleto dentarias: Aquí no solo los dientes, sino que también hay una relación anormal entre el maxilar y la mandíbula.

Clasificación de las maloclusiones:

La más utilizada es la de Angle, que toma como base la relación anteroposterior que guarda el primer molar superior permanente con el primer molar inferior permanente.

Angle las divide en tres grandes grupos:

Clase I Neutroclusión.

Clase II Distoclusión.

Clase III Mesioclusión.

Clase I

La cúspide mesiovestibular del primer molar superior cae en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. En esta clase se incluyen las giroversiones, malposición de dientes individuales, falta de dientes y discrepancias en el tamaño de los dientes.

Clase II

La cúspide distovestibular del primer molar superior cae en el surco mesiovestibular del primer molar inferior; o a veces más distalmente.

Clase II división 1

La relación de los molares es igual a la descrita anteriormente. La dentición inferior puede ser normal o no con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada. La forma-

de la arcada de la dentición superior es de " V " , debido al estrechamiento de la zona de premolares y canino, junto con protusión o labioversión de los incisivos superiores. Existe una sobremordida vertical y horizontal excesiva, con actividad muscular compensadora.

Clase II división 2

El arco inferior puede o no mostrar irregularidades individuales, presenta una curva de spee exagerada. La arcada superior es mas amplia de lo normal en la zona intercanina. Existe un inclinación excesiva lingual de los centrales superiores y una inclinación labial de los laterales superiores. La mordida vertical es excesiva.

Clase III

El primer molar inferior permanente se encuentra mesial en su relación con el primer molar superior. Los incisivos inferiores se encuentran en mordida totalmente cruzada. La arcada superior es estrecha.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

III SUCCION DE PULGAR.

1.- Etiología.

El niño al nacer tiene un mecanismo bien desarrollado para succionar. Sus labios serán el medio de comunicación, ya que es la vía del cerebro más desarrollada, así el niño establece las bases del desarrollo de un personalidad sana.

Este efecto de succión le permitirá alimentarse de su madre , - no solo satisfacer sus necesidades alimenticias, también obtiene seguridad, al sentirse necesitado y por el calor que le transmite la madre.

Así la boca y los labios serán el sentido más desarrollado (tacto) y será su vía de comunicación más importante con el mundo.

Para no descuidar estas necesidades, dándole poca atención y -- las necesidades básicas de la lactancia fué diseñado el chupete.

Al ir creciendo el niño, va desarrollando el sentido del tacto y de la vista. Atrae todo lo que llama su atención y lo lleva hacia su boca y lo chupa. Si lo que se llevó a la boca es algo desagradable en sabor y textura, lo va a dejar; sin embargo, si es algo suave y ca^lientito lo va a chupar.

Si lo que se le atravesó fué el pulgar, y sus necesidades no están satisfechas, buscará satisfacciones secundarias para eliminar la frustración de hambre u otro malestar. Y si tenemos en cuenta que dedo está ahí siempre a su disposición, se puede desarrollar el hábito.

Con el chupete y biberones anatómicos se puede reducir considerablemente la necesidad y deseo del niño para buscar un ejercicio suplementario.

Si la lactancia se realiza con un biberón y con un adecuado contacto materno, la frecuencia de hábitos prolongados de succión se re-

ducen; ya que están relacionados con problemas alimenticios, por amamantamiento rápido, o con un estado de tensión de la madre durante la lactancia.

De ahí la importancia de la disposición de la madre afectuosa para la lactancia.

Esto se ha demostrado en estadísticas, donde se ve que los niños que han utilizado chupete como auxiliar a la necesidades de succión, presentaban un menor incidencia en el hábito de succión de pulgar.

La mayor parte de los hábitos de succión de pulgar se consideran normales durante el primer año de vida; como se dijo anteriormente porque representan un necesidad real, desaparecen a los dos años de vida, siempre y cuando se preste atención necesaria al niño y se maneje el hábito adecuadamente. Lo practican casi el 50% de la población de esta edad.

Muchos niños dejan el hábito en edades preescolares, y deberá ser desalentado en cuanto exista evidencia de que el hábito se está desarrollando haciendo muestras de prolongado.

Generalmente el niño lo dejará buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Hacia esta edad (seis años) solo el 15-20% persistirán en el hábito; y tendrá que analizarse el problema, ya que no solo será una necesidad fisiológica. En este momento se pensará en una necesidad emocional.

La mayor parte de los pacientes con hábito prolongado provienen de hogares en los que el intento mal hecho de que dejara el hábito solo hizo que se reafirmara.

El hábito prolongado suele ser el signo de un problema psicológico emocional profundo. Así el chuparse el dedo será en parte una forma forma de relacionarse y en parte un patrón reparador de adaptación con el objeto de sustituir y llenar los eslabonae ausentes en

el medio.

También es la manera de expresar su aislamiento del mundo exterior, su volverse a sí mismo, una regresión. Es una demostración objetiva de que anda mal y es entonces una forma de buscar equilibrio psíquico interno dominando así la ansiedad. No es difícil comprobar en esos niños que en la relación con los padres sus necesidades afectivas quedan insatisfechas. Y así aparece el hábito como una forma de conducta que le permite reducir la tensión interna desagradable.

En este tipo de conducta afecta también que posición ocupa entre los hermanos; su relación con ellos y con sus compañeros de juegos y compañeros de escuela.

La succión de pulgar es la manifestación del niño a su inseguridad o de su mala adaptación. El niño puede tener miedo a la obscuridad, o a la separación de sus padres, o a los animales o insectos; o también que el ambiente familiar esté enfermo y el niño sea el elemento expresivo del entorno familiar.

Algunos niños conservan el hábito de succión de pulgar como indicativo de temor a crecer, temor a presentarse como individuos sanos, activos y por medio de la succión se protegen.

Los padres se muestran ansiosos por la presencia del hábito, lo que provoca castigos, enojos y un ambiente muy tenso, que en lugar de corregir el hábito provocan mayor tensión e intensificación del hábito. Por lo que serán necesarios cambios de ambiente y la rutina hogareña para superar el hábito.

Algunos niños reconocen el chuparse el dedo como una actitud infantil y desean dejarlo; pero encuentran difícil dejarlo y el fracaso pone al niño a la defensiva, que es poco deseable.

Para algunos niños estos mecanismos infantiles funcionan como armas para atraer la atención.

Puede tardar en desaparecer, es un acto que produce euforia, es un hábito condicionado por la repetición constante y que el niño aún no lo transfiere en actividades más maduras de niños mayores que le -- produzcan placer.

2.- Tipo de maloclusión.

El pulgar es un cuerpo duro, y si se coloca con frecuencia dentro de la boca, tiende a desplazar hacia adelante la premaxila junto con los dientes incisivos, de manera que se proyectan hacia adelante, más allá del labio superior. Produce deformidades dentofaciales en el plano vertical.

El efecto del hábito de succión sobre los maxilares y sobre los arcos dentales, incluida la oclusión depende de una cantidad de factores, como frecuencia, duración, intensidad, desarrollo óseo, dote genético, y estado de salud del niño.

Su efecto sobre el crecimiento facial es importante y puede el hábito de succión de pulgar a una mordida abierta; el grado de deformación dependerá de la duración, frecuencia e intensidad.

También contribuye la morfología original, patrón de mamar, patrón de deglución, ciclo de maduración de la deglución, persistencia-intensidad, fuerza de palanca producidas por posiciones específicas y otros factores.

Durante los tres primeros años de vida, si es interrumpido el hábito no ejercerá efectos sobre la alineación de los permanentes. El daño será temporal y se limita solamente al segmento anterior; siempre y cuando el niño tenga por sí solo oclusión normal.

El hábito como consuecencias solo reduce la sobremordida vertical, aumenta la sobremordida horizontal y crea espacios entre los incisivos superiores; también puede existir un leve apiñamiento inferi-

or anterior.

Un maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobreimpresión profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de un hábito de succión de pulgar prolongado.

Vemos también mordidas abiertas, mordidas cruzadas unilaterales o bilaterales, protusión de los incisivos superiores, y apiñamiento inferior.

Asociadas con maloclusión clase II unilateral encontramos proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de deglución y función anormal de la musculatura peribucal.

A medida que la duración de hábito aumenta, las probabilidades de que un niño desarrolle una maloclusión clase II aumenta también.

Si el hábito persiste durante el período eruptivo de los incisivos permanentes superiores, habrá una perturbación de la erupción, -- del alineamiento o de ambas.

El labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores proyectandolos aún más adelante.

La succión no genera maloclusiones clase II verdaderas; produce deformaciones alveolar de los dientes involucrados; así el peligro será cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares que crean una maloclusión franca. Estas fuerzas -- son las que crean mordidas cruzadas laterales, asociadas con los hábitos.

Si un niño ya posee una maloclusión clase II división 1, los daños causados por el hábito se presentarán más pronto y en mayor grado.

Existe la posibilidad de que un hábito persistente provoque maloclusión clase II unilateral.

IV CONCLUSIONES.

Para poder entender y tratar un hábito bucal, específicamente el de succión de pulgar siempre será necesaria una historia clínica -- completa que nos de la información necesaria de las actividades y relaciones del niño con el medio que lo rodea; para así atacar primeramente el problema primario.

El hábito de succión de pulgar hasta antes de los dos años puede ser una actividad normal, pasajera e inofensiva, que tiene por objeto el satisfacer necesidades fisiológicas del niño.

El que el niño se lleve el dedo a la boca puede ser impedido o intercambiado, si se le da otro elemento que cumpla la misma función que el pulgar; la de proporcionarle una satisfacción al succionar, este elemento puede ser el chupete. Se ha comprobado que niños que utilizaron chupete no recurren al dedo.

Si el hábito persistiera después de los seis años, nos lleva a pensar que el hábito de succión de pulgar está siendo solo una manifestación de una frustración interna, o será el reflejo de una inseguridad, o de un hogar inestable o incómodo para el niño.

Aunque el hábito puede ser simplemente una actividad placentera que como cualquier costumbre le es difícil al niño dejar, y que por el mismo disgusto de los padres hacia el hábito, recurren a regaños -- que en vez de eliminarlo lo reafirman.

Cuanta mayor atención, respeto y amor presten los padres a los niños con respecto a todas sus necesidades básicas, tanto físicas, como emocionales estos crecerán más sanos y seguros de sí mismos para enfrentar el mundo que van descubriendo.

Un hábito de succión de pulgar que duró hasta los tres años aproximadamente, no provocará más que problemas en la oclusión pasajeros, como un mordida abierta que al sece del hábito desaparecerá. El problema comienza cuando se hace más largo en duración y ocasiona una

•

clase II uni o bilateral que junto con factores asociados como, pro--
tusión lingual originarán una maloclusión clase II verdadera y franca.

Lo más importante que debe tomar en cuenta el odontopediatra --
es que tiene la obligación de tratar al niño como una personita inte-
ligente con la que se puede hablar y que nos entiende, y así tratarlo
con mucho amor como un individuo integralmente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- T.M. Graber, ORTODONCIA. TEORIA Y PRACTICA, Editorial Interamericana, Tercera Edición, México 1985.
- 2.- Finn S., ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Editorial Interamericana, Cuarta Edición, México 1987.
- 3.- Leyt Samuel, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Editorial Mundi SAIC y F, Argentina 1980.
- 4.- Braham R., Morris M., ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Editorial Interamericana, Argentina 1984.
- 5.- Barber Thomas, ODONTOLOGIA PEDIATRICA, Editorial El -- Manual Moderno, Mexico 1985.
- 6.- McDonald Avery, ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, Editorial Mundi SAIC y F, Cuarta Edición, Argentina 1987.
- 7.- Larsson Erick, TREATMENT OF CHILDREN WITH A PROLONGED-DUMMY OR FINGER-SUCKING HABIT, European Journal of Orthodontics 10 -- (1988) 244-248.
- 8.- Newson J, Newson E, Mahalski P, PERSISTENT INFANT COMFORT HABITS AND THEIR SEQUELAE AT 11 AND 16 YEARS, J Child Psychol - Psychiat 23 (4) 421-436, 1982.
- 9.- Mahalski P, THE INCIDENCE OF ATTACHMENT OBJECTS AND -- ORAL HABITS AT BEDTIME IN TWO LONGITUDINAL SAMPLES OF CHILDREN AGED- 1.5-7 YEARS, J Child Psychol Psychiat, 24 (2) 283-295, 1983.