



318322  
Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

23

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

2ej

"HABITOS ORALES ETIOLOGIA  
PREVENCION Y TRATAMIENTO"

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
P R E S E N T A :  
CARMEN ROSA PEREZ RAMIREZ

ASESOR: C.D.E.O. DR. DIEGO CORRAL URQUIZA



MEXICO, D. F.

1992.



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.

## CAPITULO. I

### HABITOS ORALES ETIOLOGIA

- I. 1. INTRODUCCION
- I. 2. DEFINICION
- I. 3. ETIOLOGIA
- I. 4. CLASIFICACION DE LOS HABITOS ORALES

## CAPITULO. II

### CARACTERISTICAS Y CONSECUENCIAS

- II. 1. INTRODUCCION
- II. 2. SUCCION DEL PULGAR
- II. 3. SUCCION DE OTROS DEDOS
- II. 4. SUCCION DE OBJETOS EXTRAÑOS
- II. 5. HABITOS DE PROYECCION LINGUAL
  - II. 5. 1. PROYECCION LINGUAL SIMPLE
  - II. 5. 2. PROYECCION LINGUAL COMPLEJA
- II. 6. RETENCION DE LA DEGLUCION INFANTIL
- II. 7. HABITO DE RESPIRACION BUCAL
  - II. 7. 1. OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS
  - II. 7. 2. POR HABITO
  - II. 7. 3. PREDISPOSICION ANATOMICA
  - II. 7. 4. OBSTACULOS RESPIRATORIOS ALTOS
  - II. 7. 5. OBSTACULOS RESPIRATORIOS BAJOS
- II. 8. HABITOS LABIALES
- II. 9. HABITO DE CARRILLO
- II. 10. HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS (ONICOFAGIA)

- II. 11. HABITO DE FONACION
- II. 12. HABITO DE IMITACION
- II. 13. HABITO DE POSTURA
- II. 14. BRUXISMO

## CAPITULO. III

### TRATAMIENTO

#### III. 1. PREVENTIVO

- III. 1. 1. INTRODUCCION
- III. 1. 2. ELIMINACION POR MEDIOS PASIVOS

#### III. 2. CORRECTIVO

## CONCLUSIONES

## BIBLIOGRAFIA

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

La gran cantidad de hábitos que se presenta relacionados con la cavidad oral, así como la inquietud que existe por establecer su etiología y tratamiento, ha despertado un gran interés entre las diferentes ramas profesionales medicas.

Es sumamente importante abordar el problema del desarrollo de hábitos perniciosos bucales en los niños, por la extraordinaria significación posterior que tendrán, puesto que al ejercer presiones desequilibradas y dañinas sobre los bordes alveolares inmaduros, van a provocar maloclusiones de diferentes tipos y gravedad.

Aún existe la gran polémica en cuanto al tratamiento a seguir para la eliminación de los hábitos orales se ha llegado a reconocer, en forma general la necesidad de una intervención a tiempo a fin de eliminarlos.

Por otra parte, es obligación nuestra trabajar arduamente en esta tarea; evitar la aparición de los hábitos en los niños detenerlos cuando ya esten presente, corregirlos y hacer conciencia tanto en los padres como en los niños de los posibles problemas posteriores, relacionados con la presencia de malos hábitos.

## CAPITULO. 1

## HABITOS ORALES ETIOLOGIA

## I.1. INTRODUCCION

La gran cantidad de hábitos que se presentan relacionados con la cavidad oral, así como la inquietud que existe por establecer su etiología y tratamiento, ha despertado un gran interés entre las diferentes ramas profesionales médicas.

De ahí nuestra preocupación por divulgar este tema al público en general, considerando las secuelas de los mismos (deformaciones físico estéticas y anatómicas). Si estos hábitos se presentan en edad temprana pueden provocar que el niño tenga un crecimiento deficiente. Y si estos no son atendidos debidamente se pueden presentar, en la adolescencia o en la edad adulta, síntomas de problemas orgánicos, algunos de ellos de repercusión psicológica.

El conocimiento de las bases fisiológicas de los mismos, así como la presencia de ciertas conductas de ordinario y clasificadas como malos hábitos (naturales o adquiridos) será de una gran ayuda invaluable en el tratamiento de éstos.

La conducta a seguir en cuanto al tratamiento, la encontramos en el bello pensamiento del doctor LEYT: " NO ES EL DEDO, NI UN DIENTE, NI UN GRUPO DE DIENTES LO QUE NOS INTERESA,

SI NO EL NIÑO INTEGRO, SUS SENTIMIENTOS Y SU PERSONALIDAD, CON SU PLENA POTENCIALIDAD DE VIDA Y FRUTO EN UN AMBIENTE FAMILIAR Y UN MEDIO SOCIAL DETERMINADO;PORQUE SI MIENTRAS SE ESTAN ENDEREZANDO LOS DIENTES, SE ESTA TORCIENDO LA PERSONALIDAD DEL INFANTE TODA LA VALIDEZ DEL PROCESO SERA NULA " .

Aún cuando existe la gran polémica en cuanto al tratamiento a seguir para la erradicación de los hábitos orales se ha llegado a reconocer, en forma unánime, la necesidad de una intervención a tiempo a fin de eliminarlos.

Creemos firmemente que la única solución para exterminar a tan peligroso enemigo de la boca y personalidad de nuestros pacientes,es la cooperación de sus padres. Es a ellos a quienes debemos instruir de nuestras limitaciones, para lograr un mejor resultado y mayor desenvolvimiento del niño, futuro adolescente en la sociedad.

## I.2. DEFINICION.

ETIMOLOGICAMENTE: Modo especial de proceder o conducirse adquirido por repetición de actos iguales o semejantes u originados por tendencias instintivas. Facilidad que se adquiere por larga y constante práctica en un mismo ejercicio.

ODONTOLOGICAMENTE: Es la práctica producida por la constante repetición de un acto; y si a menudo se repite este puede llegar a relajarse por completo al subconciente, convirtiéndose el hábito en un modelo mental inconsciente.

### I.3. ETIOLOGICA.

El estudio de las causas de los diversos hábitos no sigue un patrón definido, ni es igual en cada una de las investigaciones, si no que en cada caso, la etiología puede ser diferente.

En términos generales las causas que pudieran llevar a desarrollar un hábito bucal pueden ser:

1. Imitación de otros niños con los cuales tiene relación y que practican algún hábito.
2. Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar, por hermanos o por los padres.
3. Dificultades y conflictos familiares, que aunque el niño no siempre comprende, es afectado por ellos de alguna manera en ocasiones hasta indirecta.
4. Presión escolar ya sea porque los padres exigen más de lo que el niño da, porque se le compara con otros niños que tiene más capacidad, o por un maestro exigente, etc.
5. Ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades.



6. Programas de televisión impropios, de violencia o terror que no son aptos para menores, pues como todavía los niños no controlan sus emociones y las descargan con un hábito.
7. Molestias producidas por la erupción de los dientes.
8. Falta de satisfacción oral en la forma de alimentación.
9. Por alteraciones respiratorias y musculares esqueléticas.
10. Por traumatismo causados por fracturas dentarias, pérdidas de dientes etc.

#### I.4. CLASIFICACION DE LOS HABITOS ORALES.

El hábito es aquella forma de obtener los objetivos para responder a ciertas necesidades. Se crean por una repetición constante y organizada en forma específica y con un fin concreto.

A los hábitos orales se les clasifica en :

##### I. HABITOS ORALES NO COMPULSIVOS.

Son aquellos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste. Generalmente no se presentan reacciones anormales puesto que en el niño esta siendo entrenado de cierta forma para cambiar de un hábito personal antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente.

## 2. HABITOS ORALES COMPULSIVOS.

Son aquellos que se han adquirido por una fijación en el niño, al grado de que el niño acude a este cuando siente inseguridad ante el medio en el cual se esta desarrollando.

Con este tipo de hábito el niño siente más ansiedad al tratar de corregirlo, ya que toman estos hábitos como un arma contra los eventos que ocurren en su mundo, se ha observado que este tipo de hábito es una manifestación a la necesidad emocional, y lo sigue realizando como una válvula de escape.

## CAPITULO II.

### CARACTERISTICAS Y CONSECUENCIAS.

#### II. 1. INTRODUCCION.

La musculatura bucofacial es posiblemente la más desarrollada en el recién nacido de tal forma que se mantenga la vía aérea para la respiración y las exigencias nutricionales, a esta edad se encuentran presentes los reflejos no condicionados.

Al nacimiento, la boca es la única vía de comunicación con el mundo exterior y la agudeza táctil de esta zona persiste porque el niño se lleva todo tipo de objetos primero a la boca.

El lactante toma el alimento mediante la acción de mamar que es un reflejo automático no aprendido. Al mamar o succionar el lactante colapsa los carrillos, hay movimientos del hueso hioides, la lengua tiene movimiento a manera de serpiente, hay protrusión anterior del maxilar inferior, los labios se mueven a manera de esfínter y la cabeza se mueve de forma rítmica.

El lactante aprende a usar los labios para evitar que el alimento sea desalojado de la boca durante la acción peristáltica de la lengua y los carrillos para desplazar el alimento hacia atrás en dirección de la faringe por los constrictores superiores, medios e inferiores de la faringe, pasando por la epiglotis, hasta el esófago.

Mediante el acto de succionar el lactante satisface sus necesidades como son: sentido de seguridad, sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado.

En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a que la vía condilar está plana, al sentir el lactante el contacto del pezón en su boca y la sensación de calor en todos sus tejidos aumenta la sensación de euforia, seguridad y bienestar.

En la lactancia artificial, la tetilla hace contacto con la membrana mucosa de los labios ( borde bermellón ) la boca se abre más y se exige más acción del buccinador, la acción de la lengua y el maxilar inferior es reducida, convirtiéndose el MAMAR EN CHUPAR, debido al gran agujero de la tetilla artificial.

Se ha diseñado una tetilla funcional llamada ejercitador o pacificador (chupete ); usados correctamente reducen la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario volviendo al dedo pulgar o dedos entre las comidas y a la hora de dormir.

Los pediatras aconsejan a las madres emplear el tiempo suficiente para alimentar a su hijo, aproximadamente de 30 a 40 minutos, pues la boca del lactante es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación . Cuando el lactante no ha satisfecho la necesidad de chupar, el lactante intenta enseguida succionando el pulgar; si esto ocurre entre los tres primeros meses y el año y medio durante breves instantes es considerado normal.

Existe una triada de factores del hábito que se deben tener en consideración:

- a). DURACION DEL HABITO: Si va más allá de la primera infancia.

- b). FRECUENCIA: Si es durante el día , la noche, esporádicamente o constantemente.
- c). INTENSIDAD: Si es activa, la función muscular peribucal y las contorciones faciales son visibles.
- Si es pasiva la inserción del dedo sin actividad visible del buccinador.

## II. 2. SUCCION DEL PULGAR.

El lactante utilizando experiencias pasadas satisfactorias, se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo pulgar en la boca, el pulgar mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre, satisface la necesidad de agarrarse a algo.

Los efectos que causa la succión del pulgar son : malaoclusión anterior de mordida abierta, anormalidades dentofaciales en el plano vertical del espacio, el grado de deformación depende de la duración, frecuencia e intensidad del hábito.

La succión del pulgar ocasiona retrognatismo inferior, prognatismo alveolar superior e hipoclusión de incisivos (mordida abierta anterior) . La succión del pulgar puede tener otras causas como problemas de respiración bucal, pues colocan el dedo entre los dientes para facilitar el paso del aire por la

boca manteniendo los maxilares separados y descansando sobre el dedo.

En la succión del pulgar el paladar duro es empujado de una manera constante hacia arriba, produciéndose un marcadísimo hundimiento conocido con el nombre del paladar paraboide.

Las fuerzas musculares ejercidas sobre los dientes, la tracción que sufre el pulgar y el peso del brazo, ocasiona estragos en la oclusión, en paladar duro y en los músculos peribucales y carrillos.

Cuando el hábito de succionarse el pulgar se efectúa de manera compulsiva y persistente, se observan oclusiones en que los incisivos anteriores superiores se encuentran con un gran desplazamiento hacia labial, cuando el pulgar se mantiene por largo tiempo en la boca, impidiendo que los incisivos superiores e inferiores lleguen hacer contacto, presentándose de esta manera una mordida abierta.

Las repetidas contracciones musculares llegan a producir alteraciones en el tono muscular, presentándose un hipertoniismo de las fibras musculares, estas fibras al mismo tiempo se hipertrofian' produciéndose a largo plazo estrechamiento de las arcadas dentarias y apiñamientos de los dientes en la región anterior.

Los músculos que están activos en la función de la succión, tienen por objeto la producción de un vacío dentro de la cavidad oral.

La succión comprende las siguientes actividades musculares y cambios tisulares:

1. La mandíbula se deprime por la contracción de los músculos pterigoideos externos, esto agranda el espacio intraoral permitiendo el desarrollo de una presión negativa.
2. Hay contracción de los músculos de los labios para evitar que el aire del exterior entre y rompa el vacío creado por el movimiento de la mandíbula. Los músculos de los labios son : orbiculares de los labios, elevador común del ala de la nariz y del labio superior, elevador propio del labio superior, el canino, los cigmáticos menor y mayor, el buccinador, el risorio, el triangular de los labios, el cuadrado de la barba y el músculo borla de la barba.
3. Las fibras centrales de los buccinadores y de los tejidos de los carrillos se introducen entre las superficies oclusales de los molares premolares y caninos, por el vacío intraoral creado por el movimiento mandibular de las acciones musculares ya descritas.  
Esto produce una fuerte presión bucal sobre las porciones posteriores de las arcadas.

4. La lengua pierde contacto con la superficie lingual de los y incisivos, caninos y premolares superiores e inferiores con la membrana del paladar duro, por la depresión de la mandíbula por lo cual toma otra forma.

La parte central se deprime por la acción de los músculos genigloso mientras que los costados se desarrollan hacia arriba por la longitudinal superior y el estilogloso. Esta acción combinada forma el plato de succión de la lengua. La base se eleva contra el paladar blando por la contracción los músculos suprahioides, el estiloglosos y el palatogloso.

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

La succión puede ser continua o repetirse una serie de acciones rítmicas de succión.

A todas éstas se le suma la tracción que sufren con el objeto que el niño succiona y el peso del brazo, lo más frecuente es el dedo pulgar con la palma de la mano hacia arriba esto ocasiona más estragos en la oclusión, paladar duro y carrillos.

Cuando el hábito se realiza de una manera compulsiva principalmente del pulgar se producen:

- Desplazamiento de los incisivos superiores hacia labial.
- Desplazamiento de los incisivos inferiores hacia lingual.



- Mordida abierta.
- Paladar parabólico.
- Apíñamiento de los incisivos.
- Estrechamiento de las arcadas dentarias.

Cuando se presenta más succión de los carrillos para producir más presión en el pulgar, se presenta una mordida cruzada y los arcos dentales se contraen.

Cuando la permanencia del hábito persiste más allá de los tres años y medio y como resultado de esto se ha observado:

- El segmento premaxilar protruido.
- La mandíbula retrognática.
- Sobremordida profunda.
- Labio superior flácido.
- Bóveda palatina alta.
- Arcadas dentarias estrechas.
- La succión digital trae consigo infecciones intestinales.
- La introducción de objetos extraños en la boca como son la pipa, cigarrillos con boquilla y el sostener alfileres, clavos o pasadores pueden ocasionar notorias mordidas abiertas.

En la succión del pulgar se pueden encontrar otros trastornos como mentales y nerviosos.

1) Influencias sobre los procesos físicos y mentales generales,

2) Tics nerviosos y musculares, 3 ) Retardo en el crecimiento, 4) Peso deficiente, 5) Funciones somáticas trastornadas, 6) Trastornos del sueño, 7) Anorexia, 8) Inquietud, 9) Llanto excesivo, 10) Falta de concentración (aprosaxial), 11) Conducta antisocial.

La succión del pulgar no solo ocasiona consecuencias graves en el aparato masticatorio y otros trastornos ya nombrados, también en el dedo succionado se producen verdaderas deformaciones como elongación del dedo o de los dedos afectados, frecuentemente aparecen ciertas micosis por la constante humedad que conserva, infecciones virales y la formación de callos.

## II. 3. SUCCION DE OTROS DEDOS.

La de otros dedos así como la succión del pulgar comienza a muy temprana vida del lactante, pueden estar relacionados por problemas de la lactancia como son el hambre, la insatisfacción del instinto de succión de los dedos esta considera como un cuadro clínico de un patrón de conducta de naturaleza multivariada.

Las fuerzas musculares ejercidas desplazan los dientes y deforman el crecimiento del hueso. Las manifestaciones bucales clínicas son las siguientes: Desplazamiento de los incisivos superiores hacia labial y de los incisivos inferiores hacia lingual, mordida abierta, paladar paraboide, apiñamiento de los

incisivos y estrechamiento de las arcadas; todo dependerá de la forma en que el niño succione sus dedos y la posición que tome el dedo al recargarse sobre alguna estructura dental.

Este hábito trae como consecuencia otros hábitos como el chuparse los labios y respiradores bucales.

Este hábito ocasiona un hábito secundario como es el de acompañarlo con movimientos de la otra mano.

Teóricamente el hábito de chuparse los dedos crea una protrusión tomal maxilar, con el aumento de presión del mecanismo del buccionador activado, el rafe pterigomaxilar justamente detrás de la dentición y desplazando los dientes superiores hacia adelante y apiñamiento de los dientes inferiores.

#### II. 4. SUCCION DE OBJETOS EXTRAÑOS.

Es todo cuerpo que se introduzca en la boca como el hecho de fumar pipa, cigarrillos con boquilla, sostener clavos o alfileres con los dientes y labios, abrir pasadores con los dientes, morder o chuparse la pluma, morder la goma.

Este tipo de hábito repercute generalmente sobre arcadas y el hueso basal de diferentes maneras, alterando el equilibrio normal de las actividades musculares del sistema masticatorio, con nuevas fuerzas musculares que llevan a los dientes a

posiciones incorrectas y poniéndolos en contacto con una masa ajena que impide que estén en contacto en el plano oclusal normal, desplazándolos y ocasionando mordidas abiertas muy notorias.

Si es de un solo lado se producen maloclusiones por desgastes de los dientes, o extrucción de los mismos por no hacer contacto con el antagonista. Pero si el hábito no es constante el daño dentario y las alteraciones musculares son mínimas.

## II. 5. HABITOS DE PROYECCION LINGUAL.

### 5.1 PROYECCION LINGUAL SIMPLE:

Es cuando se presente una proyección lingual con una deglución con dientes juntos; la maloclusión esta asociada a una mordida abierta anterior, el pronóstico suele ser excelente, se corrige espontáneamente durante la terapia ortodóntica.

### 5.2 PROYECCION LINGUAL COMPLEJA:

Es una proyección lingual con deglución los dientes separados; la maloclusión se presenta con una pobre adaptación oclusal con un desplazamiento anterior y mordida abierta anterior generalizada, no presenta estabilidad en el engranaje cuspídeo.

El pronóstico no es bueno hay problemas neuromusculares como reflejo oclusal anormal y un reflejo de deglución anormal.

**II. 6. RETENCION DE LA DEGLUCION INFANTIL.**

Es la persistencia indebida del reflejo de deglución infantil. Las características de estos pacientes es que ocluyen solo sobre un molar de cada cuadrante, muestran contracciones fuertes, estos pacientes no tienen rostro expresivo porque los músculos que están inervados por el séptimo par craneal ( facial ) están usados para el esfuerzo masivo de estabilizar la mandíbula y no para los movimientos fáciles delicados de la expresión facial.

Estos pacientes tienen varios problemas como : la masticación les cuesta trabajo, el pronóstico para la corrección es muy pobre, estos casos son muy raros de encontrar.

La deglución normal en un niño es : traga con los dientes en oclusión, los labios están juntos y la lengua contra el paladar, detrás de los dientes anteriores.

Por lo general este hábito esta asociado como secuela del hábito de succión digital, pacientes con problemas respiratorios como son amígdalas hipertróficas e hipersensitivas, faringitis y respiradores bucales.

En los problemas de amígdalas hipertróficas e hipersensitivas el niño para evitar el dolor. la mandíbula cae reflejamente separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos

dolorosa, el dolor y la disminución del espacio de la garganta precipita a una nueva postura adelantada de la lengua y de la deglución, mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan a las nuevas fuerzas musculares.

En la deglución anormal la interposición de la lengua entre los arcos dentarios se debe al uso prolongado de chupetes y biberones, causando anomalías en los dientes, maxilares y tejidos blandos como pueden ser: prognatismos alveolares, retrognatismos inferiores, hipoclusión y vestibuloversión de incisivos, proquelia superior e hipotonicidad del orbicular de los labios.

La lactancia artificial va ligada con la deglución anormal por la persistencia de la forma visceral de deglución en el lactante sin dientes.

#### CARACTERISTICAS

En este hábito, los labios son proyectados hacia adelante, los carrillos presionan sobre las caras bucales de los dientes posteriores hacia lingual y la lengua es forzada fuertemente entre los incisivos, dando como resultado un labioversión de éstos o mordida abierta marcada de incisivos, caninos premolares y a veces de molares, así como un estrechamiento de los arcos.

El empuje afecta sólo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado.

Al igual que la succión digital, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos superiores y depresión de los incisivos inferiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

Ya como se ha mencionado, este hábito puede presentarse como residuo de succionar el pulgar como también cuando se presentan patologías como amígdalas hipertróficas e hipersensitivas. También puede ser el resultado de un respirador bucal, también pueden ser concomitantes a una deglución anormal.

Las manifestaciones bucales son que el empuje ejerce una presión lateral excesiva que puede ser traumatizante para el parodonto, otras secuelas son como la inclinación alterada de los dientes anteriores superiores que genera un cambio en la dirección de las fuerzas funcionales aumentando la presión lateral sobre las coronas. ( Interponiendo la lengua entre los bordes alveolares ), pero después cambia a deglución somática con la aparición de los dientes - ( Colocando la punta de la lengua en la parte anterior del paladar por detrás de los incisivos superiores ).

En la deglución del lactante intervienen exclusivamente el orbicular de los labios y músculos mentonianos, después de la

aparición de los dientes entran en función los músculos masticadores.

En el lactante hay una combinación de lengua grande en una cavidad oral pequeña.

El lactante transporta la lengua en posición alta y al frente para conservar abierta las vías respiratorias. La lengua crece casi hasta el tamaño del adulto a la edad de 8 años. El empuje lingual afecta los músculos linguales y el tono del labio inferior.

Según PROFITT Y MASON:

Describen la proyección lingual como :

1. Movimiento hacia el frente de la lengua entre los dientes anteriores para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución.
2. Dirigir la lengua hacia el frente entre o contra la detención anterior con la mandíbula abierta durante el habla.
3. Un movimiento de la lengua hacia el frente contra o entre los dientes anteriores cuando se esta en reposo.



## II. 7 HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

La respiración y la inspiración por la boca es una forma de respiración que puede conducir a problemas orofaciales.

Las causas por las cuales algunos pacientes respiran por la boca puede ser:

### II. 7.1 OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

Presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal del aire a través del conducto nasal.

Pueden ser causado por :

1. Hipertrofia de los turbinatos causado por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atróficas, condiciones climáticas frías cálidas o aire acondicionado.
2. Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.
3. Adenoides agrandadas.

### II.7.2 POR HABITO

El niño que respira por la boca como consecuencia de una obstrucción nasal ya corregida, le queda la costumbre de respirar por la boca.

### II.7.3 PREDISPOSICION ANATOMICA

El niño respira por la boca por razones anatómicas, como es labio superior corto que no la permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos, labio leporino y/o paladar hendido. Otro tipo es cuando el niño presenta cara ectomórficas, que es caras estrechas, largas y espacios nasofaríngeos estrechos, estos niños tienen mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales.

Cuando se presenta una obstrucción en las vías respiratorias, los receptores sensoriales en los vasos sanguíneos y en los pulmones envían una señal al cerebro para que incremente el flujo del aire y una de las adaptaciones más comunes del individuo es bajar su mandíbula y colocar la lengua más hacia adelante para permitir que el aire entre a la laringe con la menor resistencia.

## II. 7.4 LOS OBSTACULOS RESPIRATORIOS SE SUELEN DIVIDIR EN:

### 1. OBSTACULOS RESPIRATORIOS ALTOS.

Es decir todas las las afecciones de las fosas nasales o en la parte posterior de los fosas nasales, en su comunicación con la faringe son:

1. Las vegetaciones adenoides o sea hipertrofia de la amígdala faringea.
2. Los pólipos.
3. Rinitis repetidas
4. Hipertrofia de los cornetes.
5. Desviación del tabique nasal.

El aspecto de la dentadura y de la cavidad oral en los respiradores bucales es la siguiente:

- Retrognatismo total inferior.
- Distoclusión del arco dentario inferior.
- Egresión y hiperoclusión de los incisivos superiores.
- Prognatismo alveolar superior.
- Mesogresión de los dientes superiores posteriores y linguoversión por estrechamiento transversal del proceso alveolar superior (paladar parabóide).

- En los tejidos blandos se presenta proquelia e hipotonicidad superior e hipertonicidad del labio inferior.

El paladar parabóide (micrognatismo transversal superior) es debido a que la presión de los músculos del mecanismo buccinador (mejillas y labios) no va hacer contrarrestada por la presión de la lengua por la parte interna, puesto que la lengua no está llenando la cavidad bucal si no que se coloca más hacia abajo siguiendo el movimiento hacia atrás y hacia abajo de la mandíbula.

El individuo con desarrollo normal de los maxilares y respiración normal, el equilibrio se halla asegurado por la parte anterior, por los labios, por la parte interna, por la lengua que ocupa toda la cavidad bucal y los dientes están en contacto proximal normal y en relación de oclusión también normal.

#### II.7.5 OBSTACULOS RESPIRATORIOS BAJOS:

Pueden ser:

- Hipertrofia de las amígdalas palatinas.
- Amigdalitis repetitivas.

Las anomalías que se producen son contrarias a uno de los obstáculos respiratorios altos como pueden ser :

- Prognatismo total inferior.
- Este prognatismo tiene buen pronóstico por ser solo anomalías de posición a diferencia del prognatismo hereditario.

Las personas que respiran por la boca tienen un aspecto físico típico como es :

FACIES ADENOIDEA; la cara es estrecha, los dientes anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores. Presentan mordida cruzada posterior, hay agrietamiento del labio inferior, apiñamiento de los incisivos superior e inferior, hipotomía, acortamiento del labio superior, sobremordida y hipertrofia del tejido gingival.

## II.8 HABITOS LABIALES.

El hábito del labio llamado también "QUEILOFAGIA" , se inicia al dejar el hábito de succión del pulgar u otros dedos.

El labio que con más frecuencia se muerde es el labio inferior y por lo general ocurre en la edad escolar.

Los efectos que produce el morderse el labio inferior son nocivos en el crecimiento y desarrollo de los huesos de la cara.

Cuando es constante se produce una labioversión de los dientes superiores anteriores, mordida abierta y en ocasiones linguoversión de los dientes inferiores anteriores.

Cuando se muerde el labio superior habrá protrusión mandibular causando mordida abierta.

En ambos casos hay flacidez de los labios deformaciones marcadas. En los casos graves, el borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso, se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial.

Este tipo de hábito es una actividad que causa desplazamiento similares a los del hábito de succión digital. La succión labial dificulta cerrar los labios adecuadamente en la deglución, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior o cerrar durante el acto de la deglución.

Este hábito se inicia en la edad preescolar, en los niños que han dejado el hábito de chuparse el pulgar o bien en niños nerviosos o tímidos, otra causa puede ser el hundimiento del labio agrietado por el frío.

El inicio del hábito es humedecerse el labio inferior con la lengua, después el labio se vuelve hacia dentro, posteriormente la lengua se retrae y el labio queda sujeto entre los dientes anteriores ejerciéndose presión sobre el labio,

mientras se ejerce esa presión el labio vuelve a su posición normal lentamente, la fuerza como resultado del deslizamiento causa la movilidad en los incisivos superiores.

El labio afectado se encuentra más enrojecido, húmedo e irritado, con áreas de hipertrofias producidas por la misma mordida de los incisivos, presentan hipergueratosis en el labio superior debido al constante roce de los dientes y a la humedad constante.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictora eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión.

El hábito de chuparse los labios se considera como una acción compensadora, causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución.

Cuando el hábito se hace pernicioso presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento anterior inferior, los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una posición protrusiva.

**II.9. HABITOS DE CARRILLO.**

Este hábito como el hábito labial influyen o actúan sobre el hueso basal de los maxilares y de los arcos dentarios de diversas formas.

1. Perturban el equilibrio normal y la armonía muscular.
2. Originan nuevas direcciones de las fuerzas musculares que conducen a movimientos de los dientes hacia posiciones incorrectas.

Se presenta estrechamiento de las arcadas, falta de contacto entre las piezas dentarias superiores e inferiores, posiciones axiales incorrectas , puede presentarse de forma unilateral o bilateral.

**II. 10 HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS. ( ONICOFAGIA ).**

Se presenta como una liberación de tensiones emocionales o como sustituto del hábito de succión.

Es frecuente en niños de cuatro a catorce años, pues en los adultos este hábito se sustituye por la goma de masticar, cigarrillos, lapices, goma de borrar, incluso carrillos, labios o lengua.

La onicofagia produce maloclusión por la fuerza realizada al morderse las uñas ya que es similar a la masticación.



La forma en que se acostumbra a morderse las uñas producirá labioclusión si se jala, si se gira la uña producirá giroversión, también se producirán desgastes dentarios en la zona, y como anomalías permanentes en la oclusión pueden quedar proyecciones mandibulares o clase III de ANGLE.

Este hábito es una alteración nerviosa, es síntoma de inseguridad y descarga de tensiones.

#### II.11 HABITOS DE FONACION.

La posición de los dientes y a la relación de los tejidos de soporte son fundamental en la fisiología del habla.

Muchos expertos en este campo reconocen que las maloclusiones dentarias son factores importantes en la patología del habla.

La articulación de las consonantes y vocales pueden ser atribuidas a la mala adaptación funcional en la maloclusión dentaria.

SEGUN BLOOMER:

Afirma que los efectos sobre el habla pueden ser directos o indirectos.

## 1.- DIRECTOS.

Por las dificultades mecánicas que tiene la persona al tratar de lograr la posición correcta y el movimiento de los tejidos del habla ( cuerdas vocales ).

## 2.- INDIRECTOS.

La influencia que las deformaciones pueden ejercer en la salud física y mental del individuo.

## SEGUN WEST:

Las funciones del habla son:

- 1.- Las innatas, automáticas y vegetativas, como la deglución respiración
- 2.- Las aprendidas, automáticas y vegetativas, como morder -- másticar y chupar.
- 3.- Las aprendidas, automáticas y emocionales, como muecas, amaneramientos y tics.
- 4.- Las innatas, automáticas y emocionales, como la risa, los pucheros y la sonrisa.
- 5.- Las aprendidas, no automáticas, discriminatorias y especialmente voluntarias, como movimiento exploratorios de la lengua separación de los labios, besar y soplar.

- 6.- Las aprendidas, automáticas y prácticas, como silvar, tocar un instrumento de viento y tararear una melodía.

La respiración simultanea necesaria para crear una columna de aire es indispensable para producir vibraciones necesarias para el sonido. Los labio lengua y estructuras velofaríngeas modifican el chorro de aire saliente para producir variaciones sonoras.

Las consonantes, las vocales y los diptongos, las fricativas y las explosivas se ven afectadas por los problemas de maloclusión.

La mayor parte de los defectos son de orden de fenómenos dislálicos ( articulación defectuosa causada por aprendizaje deficiente o anomalías de los órganos del habla externos no debido a lesiones del sistema nervioso central ).

Algunas maloclusiones son difíciles de compensar y son capaces de provocar anomalías del habla como son :

- Problemas de CLASE I con mordida abierta anterior o falta de anteriores.
- Problemas de CLASE II división I, caracterizados por sobre mordida horizontal y vertical excesiva, así como función muscular peribucal anormal.

- Problemas de CLASE III, con falta total de contacto incisal labio inferior redundante y función lingual pervertida.

#### II.12 HABITOS DE IMITACION.

Los niños imitan a los adultos, hermanos y amiguitos que los rodean, ellos observan y de igual manera empiezan a realizar lo que otros realizan.

Por ejemplo :

Si la madre tiene protrusión mandibular, el niño trata de imitarla tomando la posición de la mandíbula que tiene la madre.

Si su amiguito o su hermano se chupa el dedo el niño tratará de imitarlo empezando así el hábito de succión digital.

Estos casos se tratan por medio del convencimiento del niño.

#### II.13 HABITOS DE POSTURA.

La postura se considera como la expresión de los reflejos musculares principalmente de origen propioceptivos y como tal un hábito susceptible de cambios y correcciones.

Los hábitos de postura incorrecta son influjos anormales, que afectan directamente la dentición durante las fases críticas del desarrollo dental.

Los hábitos de posturas se encuentran frecuentemente en los niños que:

1. Que se acostumbran a dormir con la mejilla sobre una mano o sobre el brazo.
2. Otros apoyan la cara sobre la mano al momento de escribir o estudiar causando malformaciones en las arcadas dentarias.
3. Los que durante el sueño toman una posición lateral como erizo, la cabeza se inclina hacia el pecho, con esta postura la mandíbula es empujada forzosamente hacia adelante.
4. Los niños que duermen en posición decúbito supino o lateral pero con la cabeza hacia atrás, los retractores de la mandíbula y los músculos del piso de la boca se ponen tensos y tiran la mandíbula en dirección posterior, esta posición se observa en los lactantes que conservan muchas veces esta posición por más de 12 horas de las 24 horas del día, esta posición favorece la hipoplasias de la mandíbula y una posición distal de la misma.
5. La posición dorsal durante el sueño del niño favorece la respiración bucal, estos hábitos de postura se pueden corregir con la cooperación del niño y por medios correctivos como podría ser mentoneras etc.

6. La posición de la cabeza durante el sueño puede evolucionar hacia la oclusión distal o mesial.
7. Los niños encorvados con la cabeza hacia abajo, el mentón descansa sobre el pecho creando de esta manera su propia retrusión mandibular lo cual a su vez produce maloclusiones.

#### II.14 BRUXISMO.

Dentro de la literatura médica, psicológica y odontológica, el término " BRUXISMOS" proviene de la palabra francesa : "BRUXOMANTE". Posiblemente el primero que empleo la palabra bruxismo fué FROHMAN en 1931, siendo KAROLGY quien introdujo en 1901 la mayoría de los conceptos actuales sobre el padecimiento.

El término se le define como el apretamiento (bruxismo céntrico) o rechinar habitual de los dientes (bruxismo excéntrico ), excepto durante la masticación o deglución, ya sea que el paciente se encuentre dormido o despierto, es decir el apretamiento o rechinar no funcional de los dientes.

SALZMANN: Lo define como las excursiones involuntarias de la mandíbula que producen un choque perceptible o imperceptible, rechinar, choque cuspídeo y otros efectos traumáticos.

Ha recibido diferentes términos como:

- Bruxomania
- Bricomania

- Neurosis oclusal
- Efecto de KAROLY
- Stritor dentium
- Neurología traumática
- Parafunción

#### ETIOLOGIA.

1. Componentes dentales locales.
2. Elementos psicológicos-emocionales.
3. Factores sistémicos.
4. Factores ocupacionales.

1. Componentes dentales locales.

Se atribuye a la presencia de interferencias oclusales, puntos prematuros de contactos, o ambas cosas aunado a un Stress emocional.

2. Elementos Psicológicos- Emocionales.

Los factores Psíquicos pueden actuar como predisponente aumentando la tensión muscular del sistema masticatorio.

La gran mayoría de los bruxistas se encuentran bajo tensión emocional, al psicoanálisis establece que el bruxismo es una expresión inconciente de agresión oral reprimida.

### 3. Factores Sistémicos.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como son:

- Epilepsia
- Meningitis
- Transtornos gastrointestinales

### 4. Factores Ocupacionales.

Cuando se encuentran sometidas las personas a una tensión emocional se produce un momento en los contactos dentales y en la actividad muscular del masetero y de temporal.

El bruxismo presenta algunos de los siguientes síntomas y signos clínicos:

- 1- Facetas sobre los dientes que indican un desgaste oclusal.
- 2- Desgaste oclusal excesivo y desigual.
- 3- Tomo muscular aumentado y resistencia no controladas a la manipulación de la mandíbula.
- 4- Hipertrofia compensadora de los músculos de la oclusión, especialmente el masetero.
- 5- Movilidad aumentada de los dientes.
- 6- Sonido apagado a la percusión de los dientes.
- 7- Sensación de cansancio en los músculos de la oclusión, al despertar en las mananas.



- 8- TRABA de la mandíbula y una tendencia a morderse los labios.
- 9- Músculos de la oclusión adoloroso a la palpación.
- 10- Dolor o molestias en las articulaciones temporomaxilares.
- 11- Cefalea.
- 12- Sensibilidad de los dientes al stress masticatorio.
- 13- Sensibilidad pulpar al frío.
- 14- Sonidos perceptibles de la bruxomanía.

La bruxomanía se puede llevar a cabo de varias maneras.

- 1- Rechinando los dientes desde la relación céntrica hasta una excursión lateral y retornando a céntrica, repitiendo el ciclo.
- 2- Deslizándose desde céntrica hasta protrusiva y retornando, con apoyo solo en los dientes anteriores.
- 3- Con movimientos complicados e irregulares de los dientes anteriores inferiores contra las superficies.

### CAPITULO III. TRATAMIENTO.

#### III.1 PREVENTIVO.

##### III.1.1 INTRODUCCION.

Una vez que sabemos cual es la causa por la que el niño practica el hábito oral, se debe hacer todo lo posible por

lograr de una manera no agresiva que el niño lo abandone o remitirlo al psicólogo, si el caso así lo amerita.

Se debe de tratar de entretener al niño, mejorando sus métodos de distracción y dedicarle la mayor atención posible, sin llegar al extremo de la sobre protección.

Se debe instituir un tratamiento correctivo de las anomalías bucodentarias producidas por el hábito, remitiendo al ortodoncista, al foniatra, y al psicólogo, cuando las lesiones son severas.

Muchos autores opinan que se debe tratar al niño hasta después de los tres años para eliminar el hábito oral, pues las deformaciones bucodentales que a esta edad se encuentran pueden desaparecer por las fuerzas naturales de crecimiento y desarrollo.

### III. 1.2 ELIMINACION DEL HABITO POR MEDIOS PASIVOS.

Actualmente se restringen el usar medios agresivos para eliminar los hábitos , por causar problemas psicológicos secundarios. Para tratar esto utilizamos medios pasivos como el hacer comprender al niño que abandone el hábito por voluntad propia , explicándole en forma clara y sencilla lo que podría suceder a su boca y a sus dientes si continua con el hábito, darle ejemplos sencillos como el parecido a la boca de los consejos.

A menudo es eficaz hacer que el niño efectue el hábito frente a un espejo y si logra repetirlo tres veces al día se dará cuenta de su hábito pasando de inconsciente a lo consciente, e involuntariamente cesará de hacerlo hasta lograr eliminar el hábito.

Es muy importante que el niño demuestre ser ayudado y escoger la terapia más adecuada para cada tipo de hábito.

### III.2 TRATAMIENTO CORRECTIVO.

#### TRATAMIENTO

- 1.- PSICOLOGICOS.
- 2.- POR MEDIOS MECANICOS O POR APARATOS.

- 1.- PSICOLOGICO.

Este problema debera solucionarse en conjunto con el cirujano dentista, del pediatra, psicólogo, ortodoncista y la ayuda de los padres.

El cirujano dentista está en la obligación de aconsejar a los padres recurrir a la ayuda del psicólogo y del ortodoncista para así determinar la causa y eliminar el hábito pues se dice que existe una relación íntima CAUSA-EFECTO.

## 2.- MEDIOS MECANICOS O POR APARATOS

## FUNCIONES

- 1.- Lograr eliminar la succión provocada por la falta de satisfacción que antes le proporcionara el hábito.
- 2.- Evitar la presencia de mordidas abiertas, la deformación de los labios y de la lengua.

Los instrumentos para romper los hábitos pueden ser removibles o fijos.

## APARATOLOGIA UTILIZADA.

## II.2.1 HABITO DE SUCCION DIGITAL.

## III.2.1.1 TRAMPA DE RASTRILLO.

Este aparato sirve para recordarle al niño que no debe succionar el dedo.

Puede ser fijo o removible.

## FINALIDAD:

- Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- Distribuir la presión a las piezas posteriores.

- Recordar al paciente que se está entregando a su hábito.
- Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

#### FORMA Y FUNCION:

Posee pues romas o espolones que salen de las -- barras transversales o del retenidos de acrílico hacia la bóveda palatina.

Las puas dificultan no sólo la succión al pulgar si no también los hábitos de empuje lingual y la deglución defectuosa.

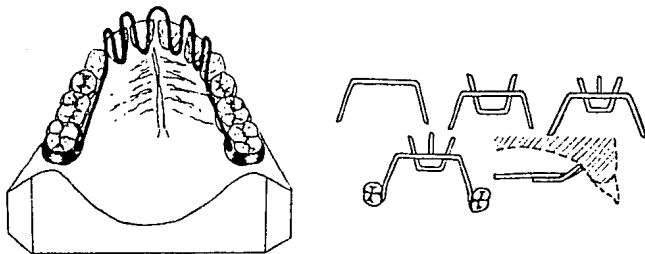
Duración del tratamiento es aproximadamente entre ocho y diez meses.

#### III.2.1.2 TRAMPA CON PUNZON.

Es un instrumento reformador de hábitos que emplea un recordatorio afilado de alambre para evitar que el niño continúe con lo hábitos.

Consiste en un alambre encajado en un instrumento removible de acrílico tal como el retenido de Hawley o puede ser una

defensa adherida a un arco palatino usado como instrumento fijo.



### III.2.2. HABITO DE PROYECCION LINGUAL.

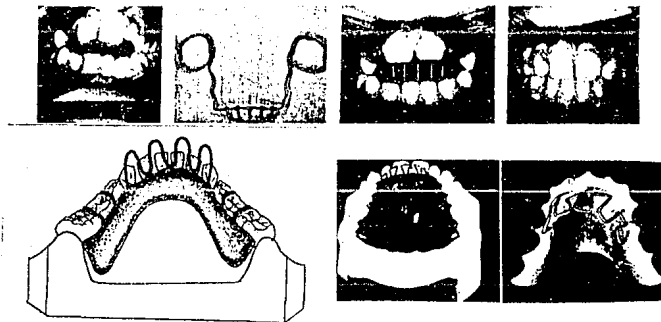
El aparato que es empleado para la proyección lingual es similar al utilizado en el hábito de succión digital.

Todo se le instruye al paciente en el acto de deglutir. Se le recomienda antes de usar el aparato una terapia funcional:

- a.- Practicar la deglución veinte veces antes de cada comida, con un vaso se coloca y enfrente de un espejo; toma un trago de agua, y se coloca la punta de la lengua contra la papila incisiva y se deglute.
- b.- Emplear una pastilla de menta sin agua indicándole al niño que la mantenga con la punta de la lengua contra el paladar detrás de los incisivos hasta que se disuelva.

### III.2.3. HABITO DE PROYECCION LINGUAL.

Este aparato tiende a desplazar la lengua hacia arriba y hacia atrás durante la deglución, los espolones son doblados hacia abajo para que formen una especie de cerca atrás de los incisivos inferiores, obtenemos una barra más eficaz contra la proyección lingual. Cuando se presenta esta patología la lengua se lleva a una posición baja y no tiende aproximarse al paladar.



#### FUNCIONES:

1. Eliminar la proyección anterior energética y efecto a manera de embolo 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 rugar palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio incisal.

### III.2.4 HABITO DE RESPIRACION BUCAL.

Se emplea por lo general el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración bucal.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Este descansa contra los pliegues labiales y, se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal.

Generalmente se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector se puede fabricar de cualquier material compatible con los tejidos bucales, siendo el más utilizado el de resina sintética. El protector bucal cumple con exigencias esenciales para el tratamiento del niño: - Sencillo modo de actuar comprensible también para los padres y actúa de forma pasiva sin elementos elásticos y sólo se activa por fuerzas musculares.

Asimismo, deja completamente libre el espacio lingual, el niño se acostumbra con facilidad e incluso puede aceptarlo complacido para dormir si se le sugiere su uso como chupeta.

Si el hábito se debe a una obstrucción nasofaríngea por exceso de tejido linfóide, se recurrirá al tratamiento quirúrgico eliminando de esta manera interferencia nasal y reduciendo la hipertrofia gingival y el tono muscular perioral.





### III.2.5 HABITOS LABIALES.

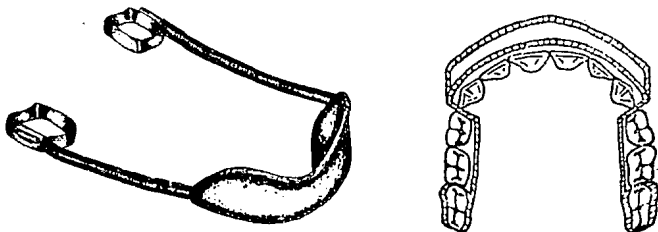
Se puede ayudar al niño siempre y cuando se tenga su total cooperación. El tratamiento puede iniciar proponiéndole al niño ejercicios del labio como :

1. Extender el labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar el labio inferior sobre el superior con fuerza.
2. Enderezar los músculos labiales a través de tocar instrumentos de viento como: trompeta, flauta, etc.

Se recomienda el uso de un aparato presionador para labios llamado LIP-BUMPER, que consiste en una barra soldada a coronas metálicas completas colocadas sobre los segundos molares deciduos o los primeros molares permanentes.

Por otro lado se puede sustituir el uso de las coronas por bandas dependiendo de la extensión de las caries. La barra puede cruzar de labial a lingual ya sea mesial o en distal del canino, dependiendo de la oclusión y de los espacios anteriores. La porción labial puede ser modificada agregando acrílico entre los

alambres de base y auxiliar, reduciendo así la irritación de la mucosa inferior. Al colocar el aparato se debe observar que el aparato quede separado dos o tres milímetros delante del aspecto labial de los incisivos inferiores.



La utilidad del aparato estriba en que el paciente no pueda morderse el labio, debido a que su diseño dificulta llevar el labio afectado entre los dientes, por otro lado permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial; esto no sólo mejora su inclinación axial sino que con frecuencia reduce la sobremordida horizontal.

La duración del tratamiento es de tres a seis meses, dependiendo de la gravedad del hábito del labio y la cantidad de la sobremordida.

### III.2.6 HABITOS DE CARRILLO.

El pronóstico puede ser favorable siempre y cuando se cuente con la colaboración del paciente. Para la eliminación del hábito de Carrillo puede usarse una criba removible de acrílico y alambre impide el hábito de morderse permitiendo la erupción de los dientes.

La pantalla vestibular es un auxiliar para restaurar la función labial moral y para la retracción de los incisivos.

La pantalla bucal es un paladar de acrílico modificado, similar al activador por su aspecto, pero menos voluminoso.



### III.2.7 HABITO DE MORDERSE LA UÑAS (ONICOFAGIA ).

Este es un hábito en el cual se necesita mucha colaboración del paciente, como se realiza de forma inconsciente por nervio o stress en muchos de los casos.

Se puede ayudar al paciente o recordarlo por medio de trampa para dedo o un LIP-BOMPER.

### III.2.8 HABITO DE FONACION.

En la gran mayoría de los casos este hábito es causado por factores psicológicos.

Nuestro papel en este caso sera el remitir al paciente con el especialista indicado: terapeuta del lenguaje ,foniatra etc.

### III.2.9 HABITOS DE IMITACION.

Cuando se presenta este tipo de hábito se trata por medio de convencimiento del niño.

### III.2.10 HABITOS DE POSTURA.

Cuando el niño presenta una mala postura durante el sueño es difícil corregirla sin embargo, se puede recurrir al empleo de dispositivos especiales como pueden ser entre ellos:

1. Uso de correas atadas en las muñecas y a la cama.
2. Suprimir el uso de almohadas durante el sueño.

En caso de protrucción en el niño se puede corregir mediante el ajuste oclusal con el objeto de eliminar interferencias oclusales como también puntos prematuros de contacto .

### III. 2.11 BRUXISMO

Los tratamientos sugeridos para las manifestaciones del sistema gnaticos son:

1. El ajuste oclusal por desgastes mecánicos, es el más indicado y de efectos inmediatos.
2. El uso de placas acrílicas nocturnas, guardas oclusales para impedir el encuentro de las superficies oclusales oponente.
3. Psicoterapia encaminada a disminuir la tensión psíquica o emocional del paciente.
4. La auto sugestión, que supone la repetición de una frase u oración fija y positiva, redactada de forma tal que de una reacción inconsciente de armonía y de acuerdo con las exigencias conscientes.
5. Ejercicios relajantes para disminuir la tensión muscular y el bruxismo.
6. Reconstrucción dentaria para devolver la anatomía y funcionamiento de los dientes afectados.

**C O N C L U S I O N E S**

Aún cuando existe la gran polémica en cuanto al tratamamiento a seguir para la erradicación de los hábitos orales se ha llegado a reconocer, en forma unanime, la necesidad de una intervención a tiempo con el fin de eliminarlos.

Creemos firmemente que la única solución para exterminar a tan peligroso enemigo de la boca y que afecta la personalidad del niño es la cooperación de los padres.

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

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

- MOYERS, ROBER E. TRATADO DE ORTODONCIA. EDITORAL INTERAMERICANA. PRIMERA EDICION. MEXICO D.F. 1960.
- McDONALD, RALPH E. ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES. 1971.
- RAMFJORD, SIGMUND P. ASH, MAJOR M. OCLUSION. EDITORIAL INTERAMERICANA. SEGUNDA EDICION. MEXICO D.F. 1972.
- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA. ODONTOLOGIA PEDIATRICO. ED. INTERAMERICANA. ENERO 1973.
- GRABER, T.M. ORTODONCIA, TEORIA Y PRACTICA . NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. DE C.V. 1974.
- FINN , SIDNEY B. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. EDITORIAL INTERAMERICANA . CUARTA EDICION. MEXICO D.F. 1976.
- JOSEPH M. SIN. MOV. DENT. MENORES EN NIÑOS. EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. Y F. SEGUNDA EDICION ARGENTINA 1980.
- SAMUEL LEY T. ODONTOLOGIA PREVENTIVA. EDITORIAL MUNDI S.A.I.C Y F. PRIMERA EDICION ARGENTINA 1980.
- MAYORAL. ORTODONCIA . PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA. EDITORIAL LABOR, S.A. 1983.
- THOMAS K. BARBER. LARRY S. LUKE. ODONTOLOGIA PEDIATRICA. ED. MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V. MEXICO D.F. PRIMERA EDICION 1988.
- AGUILAR GARCES, GERARDO. SUCCION DEL PULGAR PROBABLES CAUSAS Y TRATAMIENTOS. adm XXXVI/JULIO. AGOSTO. 1979.
- BERKSTEIN CHEIRIF, SIMON. RAJUNOV SARAFANOV, SAMUEL. ANALISIS DE LOS HABITOS ORALES. adm XXXVI/2 MARZO. ABRIL. 1980.
- MORBAN LAUCER, FERNANDO. DDC. LOS HABITOS ORALES EN EL NIÑO Y SUS TRAUMAS PSICOLOGICOS. ACTA ODONTOLOGICA PEDIATRICA. 3(1) 5-11, JUNIO, 1982 SANTO DOMINGO.