

205
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HABITOS BUCALES PERNICIOSOS EN NIÑOS.
Investigación realizada en la Clínica Periférica
de Azcapotzalco con 150 niños de 2 a 12 años
de edad.

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
presentan

MARIA GUADALUPE MENDOZA RODRIGUEZ
LUCRECIA RAVELO OCHOA



Asesor:
C. D. Sara Gómez Guerrero

México, D. F.

1993

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.

**HABITOS BUCALES PERNICIOSOS EN NIÑOS.
INVESTIGACION REALIZADA EN LA CLINICA
PERIFERICA DE AZCAPOTZALCO CON 150
NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS DE EDAD.**

INDICE

	Pág.
I INTRODUCCION.....	2
II ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.....	3
III MATERIAL Y METODOS.....	28
IV CASO CLINICO.....	33
V RESULTADOS.....	38
VI DISCUSION.....	96
VII CONCLUSIONES.....	99
VIII APENDICE.....	101
IX BIBLIOGRAFIA.....	118

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es observar los diferentes tipos de hábitos perniciosos bucales que presentan una comunidad de niños (2 a 12 años), que llegan a atenderse a la Clínica Periférica de Azcapotzalco. se pretende determinar cual de todos los hábitos presentados es el más frecuente, a que edad, en que sexo, así como la duración del mismo, factores que lo provocan y medidas que se han tomado para evitarlos, así como las alteraciones que se presentan en los dientes (posición), procesos alveolares, paladar, oclusión y huellas características en dedos, uñas, labios, lengua, etc.

Otro objetivo es descubrir la importancia que se le debe dar a problemas como lo son los hábitos perniciosos bucales en niños, ya que la falta de información por parte de los padres influye enormemente en futuras alteraciones bucales.

Al mismo tiempo se trata de aportar a la población orientación adecuada para prevenir y canalizar los hábitos con sus respectivas alteraciones a tiempo sin esperar a que agudicen siendo más difícil su tratamiento.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

El problema que ha existido sobre hábitos bucales perniciosos en niños, viene desde muchos años atrás (50 años aproximadamente), es por eso que muchos autores han hecho estudios sobre este tema. Tomando en cuenta esta serie de estudios e investigaciones, nos basaremos para apoyar este trabajo de investigación.

Empezaremos por definir la palabra "hábito", la cual se refiere a una forma metódica en que actúan la mente y el cuerpo como resultado de la repetición frecuente de ciertos impulsos nerviosos, por otro lado hay quien lo considera como una causa de presiones desequilibradas que ocasionan daños.

Entonces, el hábito bucal nos ocasionará daños a la cavidad bucal ya sean leves o severos dependiendo de la duración del mismo. Una gran parte de pacientes que llegan al consultorio y que presentan alteraciones estructurales en boca, y el diagnóstico posterior al examen bucal y clínico determinan la presencia de algún tipo de hábito bucal que ha desencadenado estas alteraciones, es obligación del odontólogo buscar las evidencias del hábito (por medio del examen bucal que realizó), e intentar establecer la causa probable que le está ocasionando, describiendo las consecuencias posibles y sobre todo intentar brindarle ayuda al niño para superar el hábito.

Dentro de estas posibilidades se le puede dar mayor importancia a los problemas de conducta que influyen enormemente al desarrollo del hábito.

Floyde(25) dice (en lo que se refiere a la existencia del hábito bucal) " el niño se protege construyendo un sistema de satisfacciones para si mismo".

Los padres frecuentemente no saben la forma correcta de tratar el problema y casi siempre caen en métodos tales como: castigos corporales, sobornos, aplicación de sustancias desagradables en el dedo (en el caso del hábito de succión digital y mordedura de uñas) o ridiculizar al niño, y esto es contraproducente.

Gallis(20) advierte que la colocación de artilugios sobre el pulgar, los reproches, las reprimendas y los castigos son tan imprudentes como desagradables, y solo incrementan el negativismo del niño y lo hacen sentirse desgraciado, circunstancias ambas que tienden a intensificar el hábito.

La etiología probable de los hábitos bucales son:

- a) Imitación de otros niños que practican el hábito.
- b) Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar.
- c) Dificultades y conflictos familiares.
- d) Presión escolar en el trabajo.
- e) Ansiedad producida por el exceso de actividad propia de las grandes ciudades.
- f) Programas impropios de violencia o terror no aptos para menores.
- g) Molestias que causan la erupción de los primeros dientes.
- h) Falta de satisfacción oral en la forma de la alimentación.

HABITO DE SUCCION DIGITAL.

Se dice que es uno de los mas frecuentes en lo que respecta a habitos bucales.

Un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duracion y frecuencia.

El hábito de succionar se considera como una conducta normal a la edad de 1 a 3 años y si se rebasa este limite (que seria mas de 4 años) ya seria un problema que se tendria que atacar.

La succion del pulgar en niños ha sido relacionada con la alimentacion deficiente que tuvieron en los primeros meses de vida (amamantamiento rápido o un estado de tension en la lactancia). Por otro lado se encontro que ni la alimentacion materna ni el uso de mamilas, tienen relacion con el hábito de succionar el dedo, sin embargo, se ha encontrado una relacion con el lugar que ocupa el niño entre sus hermanos: el hermano que ocupa el primer lugar tiene el mayor porcentaje en hábitos bucales.

Ninguno de los muchos tratamientos para corregir el hábito puede ser aceptado hasta no haber acompletado una historia clinica para intentar descubrir la causa, hablando con el niño y con el padre, muchas veces el odontologo puede establecer si el hábito está relacionado a un problema temprano de alimentacion, si es adquirido por imitacion o es el resultado de un problema emocional complejo.

La succion del pulgar es con frecuencia la única manifestacion de la inseguridad del niño o de su mala adaptacion; el niño puede tener miedo a la oscuridad, a la separacion de los padres, o a los animales.

Los conflictos en el hogar también pueden estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación normal. Cuando un niño succiona de modo persistente aparecen los siguientes signos:

- Mordida abierta.
- Movimiento vestibular de los incisivos superiores.
- Desplazamiento lingual de los incisivos inferiores.
- La forma del paladar aparece profunda.
- Marcas en el dedo.

La mordida abierta anterior es una falta de contacto entre los incisivos superiores y los incisivos inferiores, cuando los otros dientes se encuentran en oclusión, y se presenta por que el dedo descansa en forma directa contra los incisivos, esto origina un ligero aumento en la abertura vertical.

El movimiento vestibular de los incisivos superiores y la lingualización de los incisivos inferiores depende de como el paciente coloque su dedo en la boca. A menudo lo coloca de manera que se haga presión en las caras palatinas de los incisivos superiores, y vestibulares de los incisivos inferiores. (Ver dibujo en pag. 110, 111).

El niño que succiona de modo activo puede crear fuerza suficiente para llevar los incisivos superiores a vestibular y los inferiores a lingual, el resultado es una sobremordida horizontal aumentada. Otra característica del succionador de dedo es que al examinarlo las manos y los dedos, el dedo afectado presentará un callo.

Barber(5) dice que una vez que el cirujano dentista está enterado del hábito del paciente y se ha tomado una decisión para instituir el tratamiento, son necesarios cierto número de factores

para tener éxito en la corrección del hábito de succión del dedo; en primer lugar el dentista necesita la cooperación incondicional del niño, solo si el niño comprende la necesidad de dejar el hábito y expresa su deseo de hacerlo, el dentista deberá considerar el tratamiento.

En algunas ocasiones el niño no percibe a su hábito de succionar el dedo como un problema. Una explicación breve sobre el daño que está causando a sus dientes y un recordatorio gentil acerca del ridículo en que el niño puede quedar delante de sus compañeros a menudo provocará una respuesta positiva de que el niño desea suspender el hábito. El siguiente factor necesario para el tratamiento exitoso es la cooperación de los padres.

El odontólogo deberá explicar a los padres lo que intenta hacer y como pretende hacerlo, él se deberá poner de acuerdo con los padres para que no regañen al niño acerca de su hábito durante el curso de su tratamiento. Un disgusto, o castigo por parte de los padres puede reforzar el hábito más que refrenarlo.

El niño puede tener una forma de recordatorio intraoral, como los aparatos intraorales, pueden diseñarse de diversas maneras, el tipo más común se denomina trampa, que es una defensa y que se suelda a un arco palatino en el maxilar. La trampa además de servir como recordatorio al paciente de no chuparse el dedo, también lo hace físicamente difícil lograr la succión y por lo tanto disminuye la fuerza sobre los dientes anteriores, y por lo tanto la trampa quita el gusto de chuparse el dedo.

HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS

Se dice que después de chuparse el dedo, el hábito de morderse las uñas es uno de los más frecuentes. Se considera como la transferencia de un hábito frustrado o prohibido de la succión digital. Es hábito registrado pocas veces antes de los 3 o 6 años de edad, dicho hábito es una manifestación en la cual el paciente está pasando por un momento de mayor stress.

Se cree que este hábito no es pernicioso y que no provoca maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.

El hábito de morderse las uñas sigue 4 posturas diferentes:

- a) La colocación de cualquiera de las 2 manos cerca de la boca, esta postura continua por algun tiempo, desde unos cuantos segundos hasta medio minuto.
- b) El dedo golpea rápidamente contra los dientes anteriores.
- c) Una serie de mordeduras rápidas y espasmodicas con la uña del dedo apoyada fuertemente contra el borde incisivo de los dientes.
- d) El niño retira el dedo de la cavidad bucal y lo inspecciona visualmente o lo palpa.

En los dientes los signos que podrían ser visibles a consecuencia de este hábito hubiera tenido una duración muy prolongada:

- Marcada atrición en el tercio incisal de las piezas anteriores inferiores.
- Las uñas se observan mordisqueadas.

- En algunos pacientes se ha observado que traumatizan los tejidos gingivales libres y adheridos con la uña.

El hábito de morderse las uñas alivia normalmente la tensión, el acto de prohibiciones, reprimendas, burlas, el uso de sustancias de sabor desagradable carecen de valor y que muchas veces puede ser contraproducente y perjudicial.

Se coincide en que el tratamiento deberá esforzarse por reducir la tensión del ambiente, aumentar el sentimiento de confianza en el individuo y con esto se alivian las tensiones internas, ante todo el tratamiento deberá procurar eliminar los factores emocionales que son causa del acto.

HABITO DE RESPIRAR POR LA BOCA

La respiración bucal, es una forma de respiración que puede provocar varios problemas, y se les puede clasificar en tres categorías:

- Por obstrucción.
- Por hábito.
- Por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción producida en las vías respiratorias nasales como resultado de hipertrofia de los cornetes, desviación del tabique o rinitis alérgica, infecciones crónicas de la membrana mucosa, rinitis atrófica por condiciones climáticas frías y calidas o aire contaminado, también puede ocurrir en la faringe debido a hipertrofia de las adenoides y de las amígdalas y es posible que se produzca en el árbol bronquial o en la laringe.

En algunos casos en que la obstrucción de vías respiratorias ha sido aliviada, el paciente puede seguir respirando por la boca como hábito (costumbre).

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

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa, sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Estos pacientes presentan:

- Tendencia a tener la boca abierta.
- Resequedad de encías (encías hiperplásicas e inflamadas, acompañan con frecuencia a la respiración por la boca debido a la exposición continua del tejido al aire seco).
- Garganta irritada.
- Por las noches se puede presentar jadeo o ronquido.
- Incisivos superiores e inferiores en posición retrusiva.
- Mordidas cruzadas posteriores debido a un maxilar estrecho.
- Tendencia hacia la mordida abierta.

Las personas que respiran por la boca presentan un aspecto típico que a veces describe como "facies adenoideas", aunque no se ha demostrado concluyentemente que respirar por la boca causa este aspecto, la cara es estrecha.

El odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz (en caso de que no exista factor obstructivo), esto puede lograrse por medio de la construcción de un protector bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerce la inhalación y la exhalación del aire a través de los orificios nasales.

HABITO DE BRUXISMO

El bruxismo también llamado briquismo, bricomania o bruxomania, es otro hábito encontrado en los niños que por lo general es un hábito nocturno, producido durante el sueño.

El bruxismo se define como "el frotamiento con fuerza de los dientes"(20).

Los niños que presentan este hábito, muy pocas veces tienen conciencia de que rechinan los dientes aunque algunos se quejan de dolor o sensibilidad en los músculos temporales y en la región de la articulación temporomandibular.

El niño puede tener corona de molares aplanados y desgaste en palatino de los dientes anteriores superiores, el apretar con una fuerza mayor provoca que el esmalte salte del área labio incisal en los dientes anteriores inferiores.

Se cree que el bruxismo tiene una base emocional representada como una respuesta a la tensión nerviosa y al stress al producirse sobre todo en niños muy tensos o irritables.

Por otro lado se demostró que el bruxismo se produce en niños con prurito anal con nematodos (*enterobius vermicularis*) en quienes

la intensa picazon con frecuencia los hace apretar o rechinar los dientes como para producir una contra irritacion para el prurito.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades organicas como corea, epilepsia y meningitis, así como el transtorno gastrointestinal.

El tratamiento de este habito es con la construccion de una férula para ser llevada sobre los dientes durante la noche.

HABITO DE PROTRUSION DE LENGUA

Frecuentemente en niños que presentan mordidas abiertas, incisivos superiores en protrusion, marca de los dientes en la lengua, son debido al hábito de empuje lingual.

No ha sido comprobado a ciencia cierta si la presión lingual produce la mordida abierta, o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio que hay entre los incisivos superiores e inferiores.

Al igual que la succión del pulgar, el empuje de lengua produce protrusion e inclinacion labial de los incisivos centrales superiores.

El tratamiento de protrusion de lengua consiste en enseñar al niño para que mantenga la lengua en posicion adecuada durante el acto de deglutir enseñándole a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del paladar y tragar con la lengua en esa posicion.

Se ha considerado que las amígdalas crecidas y adenoides son causa de la protrusion lingual, pero hay estudios que demostraron que la extirpacion de las amígdalas y adenoides no hacen desaparecer a este habito. (Ver dibujo en pag.112,113).

HABITO DE CHUPON Y DE MAMILA

El hábito de chupón y de mamila es otro de los hábitos que son parecidos al de succión digital.

"El uso de chupón se tolera con bastante amplitud en un recién nacido, nadie se extraña demasiado al ver un bebé durmiendo con él, sin embargo, conforme avanza la edad, este hábito se va haciendo objeto de rechazo por el entorno"(27).

Se piensa que el uso del chupón en el niño tiene efectos tranquilizantes, sobre todo cuando su deseo de succión no puede ser satisfecho de otra manera.

Otra variante de este hábito es que en algunos niños que desde muy pequeños no pudieron ser amamantados por la madre y que desde chiquitos se les dió el chupón, al transcurrir los años se les convierte en hábito.

"El bebé nace con el reflejo de succión por instinto de supervivencia, ya que solo así puede adherirse al pecho y asegurar su alimento"(26).

Freud plantea que además de ser un reflejo primitivo en sí es placentero, con lo que se deduce que la principal fuente de placer para el bebé (denominada etapa oral) recibe en la boca y labios (7).

Se ha observado que en muchas ocasiones el niño llora y se pone enfadado aún estando limpio, alimentado y sin síntomas de que se encuentre enfermo, solo por el hecho de que no tiene chupón que en este caso actúa como tranquilizante al dárselo.

El hábito de chupón puede causar cambios dentales, estos cambios son casi idénticos a los provocados por el hábito de succión digital.

El movimiento vestibulo-lingual de los incisivos no es tan notorio como lo es en el hábito de succión digital.

La recesión gingival traumática en infantes es tomada como un resultado de los hábitos de succión habitual o chupeteo.

Desde el punto de vista teórico se dice que el hábito de chupón y el hábito de succión digital (entre otros hábitos que existen) son muy difíciles de quitar aunque para ello, hay algunos padres que tratan de obligar al niño a abandonar el hábito, utilizando un sin fin de métodos en donde tenemos que les dicen a los niños que ya no son bebés, que ya están grandecitos para que usen el chupón y/o mamila o incluso los ponen sustancias desagradables al chupón como es el chile entre otras sustancias agresivas para el niño o simplemente se los esconden y les dicen que el chupón ya se perdió, o simplemente se hacen los desentendidos cuando los niños lo piden; desgraciadamente muchos (por no decir que todos) de estos métodos fracasan, ya que los niños empiezan a llorar, hacen berrinches hasta obligar a los padres a ceder y dárselos nuevamente.

Puede suceder que el niño llegue a cambiar el hábito del chupón o de mamila por la introducción de otros objetos a la boca, como lo es algún juguete o simplemente el dedo; y es que estos niños con hábito sienten la necesidad de estar chupeteando algo, actuando este chupeteo como tranquilizante.

Muchos veces los padres además de poner castigos (como lo son las sustancias agresivas) hacen que el niño se sienta prisionado por medio de las burlas, como diciéndoles que se ve mal, y los hacen comparaciones con otros niños que no presentan el hábito, pero por lo

regular esto no les da resultado, ya que esto es negativo, por que lo unico que lograrán es que el niño se sienta tensionado.

Entonces cuando el habito a pesar de esto no desaparece, los padres acuden al servicio odontológico para que ahí les pongan un tipo de aparato recordatorio, para que obstaculice la entrada del chupon.

Es mencionado que un habito es difícil de adquirir pero todavía es más difícil de quitar.

HABITO DE MORDERSE EL LABIO

Los habitos bucales abarcan la manipulacion de los labios y estructuras dentales, los cuales se podria sospechar de su existencia en niños que presentan mordida abierta anterior, debido a la frecuencia con que se repite el habito.

"Los padres muchas veces desconocen la existencia de este habito, para el odontólogo es muy frecuente ver que existe este tipo de habito como morderse el labio, los padres por la ignorancia de esto no le dan la debida importancia en cuanto a las consecuencias posteriores al habito, una de esas consecuencias es la mordida abierta anterior ya sea leve o exagerada"(20).

Se cree que los niños que caen en esto suelen estar pasando por un periodo de stress emocional que con frecuencia es el resultado de infelicidad y conflictos en el hogar.

Es más frecuente observar la succion o mordedura de labio inferior, el cual es el que se succiona entre los incisivos superiores anteriores, y al ser muy repetitivos trae como

consecuencia, lesiones semicirculares en el labio inferior, estas lesiones están sujetas a grietas y a infecciones como el impétigo.

Se suele encontrar con inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores, aumentando notoriamente una sobremordida horizontal.

Los cambios mas evidentes que se relacionan con estas costumbres son labios y tejidos peribucales rojos e inflamados y resecos. El odontólogo para su tratamiento utiliza un protector para labio, ya que este desplaza el labio anteriormente, haciendo difícil que se retraiga y quede entre los incisivos superiores e inferiores, este tipo de aparatos son nada mas como un recordatorio para el niño, y como un castigo que el odontólogo lo coloque, además de que este debe ser colocado con el consentimiento del niño, siempre y cuando el niño este dispuesto a abandonar el hábito por que de lo contrario nada nos servirá el aparato recordatorio, ya que el niño no lo va a usar y lo va a perder por el poco cuidado que le va a dar.

HABITO DE INTRODUCIR OBJETOS A LA BOCA

Este hábito de introducción de objetos a la boca (pasadores, juguetes, ropa, lápices, etc.) provocan problemas de infección, además de ser un hábito predisponente a otros hábitos de chupón o mamila, puede cambiar al de succión del pulgar.

Todos estos hábitos son mecanismos que sirven para aliviar la tensión, y por lo mismo revelan la existencia de tensiones internas.

Es deber del odontólogo aconsejar a los padres respecto de los posibles efectos dentales y los métodos existentes para la corrección del hábito.

A continuación se redactan referencias más actuales de autores acerca de los hábitos bucales.

Dorland(15) define al hábito como una practica de repeticion frecuente.

Hay una extensa variedad de habitos bucales en el infante y en niños juvenes, lo que ha sido el centro de mucha controversia para muchos años.

Tanto los padres, pediatras, psicologos, patólogos y odontologos han discutido este tema, teniendo argumentos de la significacion de dichos habitos.

Magnusson(6) refiere que el odontopediatra tiene que estar consultando frecuentemento acerca de los habitos bucales y la influencia que tienen en la denticion. Esta informacion de los habitos para evitar de alguna manera que estos aparezcan ayudando asi a la prevencion de las anomalias dentarias.

El hábito de dedo, de lengua, labio, mordedura de uñas y respirador bucal son los mas comunes.

El odontologo debe de tomar encuesta los siguientes puntos:

1) Frecuencia.- Que se refiere a que entre mas sean las veces que el hábito se repite mayor será la deformación.

2) Intensidad.- Entre mayor fuerza se aplique, es mayor la deformación.

Graber(6) dice que el hábito esta creado para ser destruido o quitado por el odontólogo.

Desde el punto de vista de Swinehart(16), los niños de más edad y que tienen hábito son de mayor interés, ya que la mayoría de los

niños (según el autor) interrumpen el hábito mas o menos a los 4 años de edad.

Para Silva Filho(37) el tener hábito esta vinculado a una dependencia emocional.

Para Graber(6) existe una terapia del hábito en la que intervienen los siguientes factores:

1) Edad del paciente.- El paciente debería tener 6 años de edad, ya que es importante que sea razonable y entienda.

2) Madurez del paciente.- Es importante que el paciente tenga deseos de ayudar correctamente, cualquier evidencia de inmadurez en el paciente puede contradecir cualquier deseo del dentista para tratar el problema.

3) Cooperación del padre.- El niño que elige o acepta la terapia por medio de un aparato debe tener apoyo y aliento necesario de los padres a través del periodo de tratamiento.

4) Deliberación oportuna.- El dentista debería haber observado y estar familiarizado con el paciente sobre un periodo de varios meses o más tiempo, debe de presentar atención con la actitud general y mas específicamente la habilidad para tratar de dejar el hábito, el dentista debería estar alerta a los problemas psicologicos sugestivos.

5) Evaluación de la deformidad.- El dentista debe de evaluar el grado de deformidad, si la deformidad es sin importancia, el dentista debería pensar seriamente en la prevención con terapia.

Sim(6) sugiere el uso de una aparatología para corregir el hábito pero esto va de acuerdo a cada uno de estos, señala además que aproximadamente el 10% de la población total de niños tienen algún

tipo de mordida cruzada, además que se puede observar mordida cruzada anterior, posterior o una combinación.

Koch(20) termina diciendo que así como los padres, los niños también deberían estar informados acerca de los efectos que ocasionan los hábitos de succión prolongados.

Dorland(15) sugiere que para romper con un hábito debemos de tomar en cuenta:

- Primero la disposición por parte del paciente.

- Segundo debemos de intentar devolver a la conciencia del niño los movimientos que dan lugar a estos hábitos.

-Tercero el esfuerzo consciente necesario para practicar los movimientos para establecer un entorno normal.

Geis y Piarulle(19) indican que las maloclusiones están frecuentemente provocadas por un prolongado hábito de succión digital.

Se ha encontrado que los succionadores de pulgar crónicos no sufren desordenes neuróticos o emocionales más que otros niños, existe una conclusión contradictoria para el psicoanalista que considera al succionador de dedo como una urgencia sexual innata o la satisfacción del deseo oral y es que un succionador del pulgar puede estar encontrado en un feto que contradice la teoría conductista de que es una respuesta aprendida.

El estudio que realizaron Geis y Piarulle se basó en la búsqueda para averiguar si había alguna deferencia significativa en personalidad entre un niño succionador de pulgar crónico y otros niños.

La conclusión a la que llegaron es que el comportamiento del succionador de pulgar parece aumentada con el grado de introversión en la personalidad del niño; el neurosismo, por otra parte no parece ser un indicador confiable.

El succionador de dedo aparece como un medio de auxilio de la tensión, pero no está relacionado con la demanda de los padres en el desempeño escolar.

Graber(6) piensa que los infantes que succionan un pulgar o un dedo en el primer año y medio de vida puede ocurrir sin efectos perniciosos, sostiene que el hábito de dedo desaparece espontáneamente, si el niño persiste con el hábito de dedo a los 3 años de vida daña de manera que encontramos una mordida abierta teniendo una oclusión posterior normal; después de los 4 años de edad el hábito se establece fuertemente.

Cheirif(11) en uno de sus capítulos en donde se habla de hábitos, indica que uno de los signos clínicos del succionador digital es el cierre incompleto entre los dientes anteriores tanto superiores como inferiores. Cuando el pulgar ha sido succionado excesivamente, el dedo puede tener un callo en la superficie dorsal donde contactan con los incisivos.

Para Magnusson(20) el niño que succiona su pulgar el, primer año de vida es bastante normal, pero si lo hace después de los 4 años ya tiene un problema.

El niño que succiona esporádicamente o justamente cuando se va a dormir es mucho menos probable que tenga problemas dentales, que uno que tiene el dedo en la boca constantemente.

Westover(40) nos dice que algunos estudios han mostrado o sugerido que la lactancia materna disminuye la incidencia de la succión digital y otros hábitos orales nocivos.

Meyers(32) indica que la succión de dedo ha estado asociado con la maloclusión en la mayoría de los estudios. Nelson, Stensgaard y Petterson(32) han demostrado y asociado a la alimentación con la succión de dedo o uso de chupón y el patrón de deglución anormal.

Friman(18) dice que un niño de 5 años o más que esta siendo tratado para eliminar el hábito de succión del pulgar, va a ser difícil si lo hace a cada rato en la casa o en la escuela y que por lo tanto es crónico.

Dice que la succión del pulgar es muy común en niños jóvenes, pero que el succionador del pulgar crónico mayor de 5 años ya no lo es tanto.

Para Tully(16) la etiología del respirador bucal ha estado disputado por diversos autores, pero la mayoría de los investigadores dicen que hay una incapacidad para desempeñar el acto fisiológico de respiración a través de la nariz, las posibles causas pueden ser debido al agrandamiento de tonsilas, adenoides y el tabique desviado.

Los síntomas de un respirador bucal están encontrados durante el examen bucal y son:

- El secamiento de la cavidad bucal, y el crecimiento excesivo de bacterias.

Varios estudios han mostrado que la reducción de la respiración nasal se encuentra asociada con el agrandamiento adenoides y con caras estrechas y largas.

La mordida abierta anterior no esta provocada solamente por la succión de dígito, si no que también por el hábito de lengua.

Tully(16) concluye que algunas personas con hábito de empuje de lengua estan caracterizados por la mordida abierta, ademas este autor y Meyers sienten que este tipo de postura de lengua es extremadamente difícil de tratar.

El succionador de labio puede dar como resultado una inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores con una protrusión de los incisivos superiores provocado por la presión excesiva.

Nos dice que el empuje de lengua es uno de los hábitos mas comunes. Los signos mas frecuentes de este hábito incluyen:

- Protrusión a través o entre los dientes anteriores.
- Excesiva actividad de los músculos durante la deglución.

Para Magnusson(6) la protrusión de la lengua ocurre durante la deglución.

Por otro lado Cheirif(11) dice que la postura de la lengua puede ser determinante para una deglución atípica, y una apertura anterior al igual que en la succión de dedo.

Existen evidencias de investigaciones en donde refiere que no hay relación entre el empuje de lengua, maloclusiones y la alimentación que practica el infante.

Muchos métodos han sido utilizados para corregir el hábito de lengua.

Wasson(39) dice que existen dispositivos mecanicos, que sirven como ayuda temporal a la malposición de la lengua, pero al retirar el dispositivo el hábito regresa.

Los pacientes con hábito de lengua deben ser vistos por un terapeuta y conjuntamente con un ortodoncista para que entre los dos puedan resolver su problema ya sea por medio de ejercicios de como deglutir para poder lograr la posición adecuada de la lengua para que cese el hábito.

Cualquier terapeuta debe de tener en tratamiento al paciente por lo menos de 6 a 9 meses para evitar que este regrese.

Meyers(30) realizó un estudio para determinar si había alguna asociación entre la alimentación por biberón y la maloclusión, este estudio se realizó en 737 pacientes de 10 a 12 años de edad. Las preguntas incluyeron el método y la duración de la alimentación del infante, el tipo de biberón, si utilizaban chupón, si tenían hábito de succionar, historia clínica del tratamiento ortodóntico anterior (si es que la tenían) y la historia clínica del tratamiento ortodóntico de los padres.

Este autor indica que la asociación entre la alimentación por biberón y la maloclusión ha sido sugerida pero nunca ha sido demostrada. Para aclarar esta posible etiología realizó Meyers este estudio.

En total se analizaron 454 niños (61.6%) del total, se obtuvo que el 12.6% de la muestra fue amamantado exclusivamente, el 37.2% estuvo alimentado tanto con biberón como con pecho y el 50.2% fue alimentado con biberón exclusivamente.

Indica también que entre los factores anteriores, genéticos y ambientales influyen en la maloclusión. Se ha demostrado que ciertas características oclusales (maloclusiones) son hereditarias al igual

que pueden ser provocadas por factores del medio ambiente (la dieta por ejemplo).

Para Silva Filho el 23% de las maloclusiones fueron provocadas por hábito de succión; como lo son succión de dígito, succión de chupón o hábito de lengua.

Esta aceptado ampliamente que los hábitos bucales como dígito y/o chupón después de los 4 años de edad, son factores importantes contribuyentes para la maloclusión.

Cuando la cantidad de la mordida cruzada posterior en los niños con succión de dígito y/o chupón (37%) es comparada con la incidencia general (18%) de maloclusiones en la población; se está de acuerdo con otros que el predominio de la mordida cruzada posterior se presenta en un número mayor entre los niños que presentan hábito de succión.

Suedmyr(36) encontró una fuerte asociación entre la mordida cruzada posterior y el succionador de chupón que con el succionador de dígito.

Sin embargo, los aspectos morfológicos son distintos, por ejemplo en la mordida abierta provocada por el dígito y/o chupón muestra un contorno circular, mientras que el provocado por el hábito de lengua (empuje de lengua) es más difuso o rectangular.

Attanasio(4) define al bruxismo como el apretar o rechinar los dientes durante la no funcionalidad en los movimientos del sistema masticatorio, de modo que se considera como un comportamiento mandibular parafuncional.

Las actividades orales parafuncionales además de rechinar y apretar los dientes pueden presentarse como morder las uñas o tejidos

orales, meter la lengua entre los incisivos superiores e inferiores y la succión de dedos. Cuando esto ocurre en las personas al despertar se le denomina como parafuncion diurna.

El bruxismo nocturno es tomado como un factor contribuyente potencial en el desajuste del sistema masticatorio.

Attanasio nos dice que el término bruxomania estuvo tratado en la literatura dental en 1907. El término bruxismo también estuvo utilizado para la disfunción de los movimientos de la mandíbula en 1931.

En una investigación realizada el predominio informado de síntomas relacionados con el bruxismo varía desde 15% a 90% o más alto en la población adulta (R. Attanasio, artículo no publicado 1989).

Aunque la mayoría de las personas demuestran signos de bruxismo, solamente el 5% al 20% de la población general son conscientes que desempeñan esta actividad mandibular parafuncional, (R. Attanasio, artículo no publicado 1989).

Por definición la actividad parafuncional del bruxismo nocturno ocurre durante la noche, y se presenta con rechinos rítmicos de la mandíbula.

El bruxismo nocturno puede generar una increíble fuerza oclusal que puede ser mayor que la que hace una persona consciente resultando daños significativos a la dentición, a tejidos periodontales y a la A.T.M.

El bruxismo nocturno tiene variables en cada persona, esta relacionado con periodos de tensión emocional.

Las estructuras generalmente involucradas son la dentición y sus tejidos de sostén, las musculaturas y la A.T.M.

Otro trauma a la dentición y a sus tejidos de sostén pueden incluir: hipersensibilidad térmica, dientes móviles, lesión al ligamento periodontal, hipercementosis, fractura de cúspides y hasta pulpitis y necrosis pulpar; hay dolor en los músculos masticatorios especialmente a la palpación, hipertrofia del músculo masetero siendo el signo más obvio la atrición dental en bordes incisales y oclusales.

Para Attanasio la etiología del bruxismo es controversial, muy probablemente sea multifactorial (tensión emocional, desorden psicológico u origen en el sistema nervioso central).

Los síntomas del bruxismo para Tully(18) varían de facetas en las superficies de los dientes, puede haber abrasión, la pulpa del diente puede estar visible a través de la dentina delgada. Su etiología no ha sido determinada pero puede ser por alguna tensión emocional.

Lundeen(26) separa las causas del bruxismo como siguen:

- 1) Aquellos de origen psicológicos.
- 2) Aquellos provocados por disarmonía oclusal.

Sugiere que el común denominador del bruxismo es la tensión emocional. Ramfjord(28) planteo que algún tipo de interferencia oclusal se encontró en cada paciente con bruxismo una reducción marcada en el tono muscular. Dawson siente que el bruxismo está provocado por disarmonía oclusal.

El hábito del bruxismo tiene efectos nocivos en la oclusión de las estructuras bucales. Las expresiones del bruxismo son creadas por tensión nerviosa y stress.

El restablecimiento de la dimensión vertical puede ser un factor tan significativo de corrección de los hábitos.

Existe una variación en la manera en que las fuerzas son ejercidas, no solamente por los músculos sino por la introducción de los dedos o cuerpos extraños.

MATERIAL Y METODOS

En el presente estudio se revisaron a 150 niños que asistieron a la Clínica Periférica de Azcapotzalco, perteneciente a la UNAM; se encontraron niños entre los 2 y 12 años de edad, en su mayoría del sexo femenino (78 niñas y 72 niños), también encontramos que prevalecieron más los niños que llegaron a atenderse a la clínica por primera vez (99 asistían a consulta de primera vez).

Se aplicó una historia clínica convencional impresa, que nos proporcionó información esencial acerca del propio niño, su familia, la razón por la que llegó a atenderse a la clínica, así como también su salud general, su condición dental (incluyendo su estado de higiene bucal).

Dentro de sus condiciones dentales se tomaron en cuenta aspectos que repercuten o tienen cierta significación dentro de la dentición primaria y posteriormente a la dentición permanente. A continuación se detalla brevemente cada uno de los puntos que se tomó en cuenta dentro de la historia clínica.

Los planos terminales tienen gran influencia sobre la oclusión de la dentición primaria y es por eso que tiende a ser importante su revisión en los niños.

Todos los planos terminales se observan en las caras distales de los E (segundos molares de la dentición primaria).

Plano terminal vertical.-Se traza una línea imaginaria sobre la cara distal del E superior y la cara distal del E inferior, esta línea es recta.

Esto permite que los primeros molares permanentes erupcionen en una relación de borde a borde, después cuando se produce la erupción de los segundos molares permanentes, los primeros molares permanentes inferiores se desplazan hacia mesial, este desplazamiento se denomina: "desplazamiento mesial tardío" y nos va a dar una relación clase I, normal.

Plano terminal distal.- Se toma cuenta la cara distal del E superior con la cara distal del E inferior.

El E inferior se encuentra más distalizado y esto forma un escalón; esto da lugar a que los molares de los 6 años erupcionen solo en maloclusión de clase II.

Plano terminal mesial.- Se toma cuenta la cara distal del E superior y la cara distal del E inferior.

Cuando el E inferior se encuentra mesializado se forma un escalón; este plano permite que los primeros molares permanentes erupcionen directamente en oclusión clase I, normal.

Plano terminal mesial exagerado.- El escalón que se forma es igual al anterior, solo que es más marcado.

Permite que los molares de los 6 años erupcionen solo a una maloclusión clase III.

Cuando el niño tenía ya presentes sus primeros molares permanentes se clasificaron de acuerdo a la relación de Angle y así se presentan:

Clase I.-La cúspide mesio-bucal del primer molar superior permanente, descansa en el surco bucal del primer molar inferior permanente. (Ver dibujo en pag.114).

Clase II.- (distocclusion) el surco mesial del primer molar inferior permanente descansa por detras de la cuspidé mesio-bucal del primer molar superior permanente. (Ver dibujo en pag.115).

Clase II, division 1.- Hay sobremordida anterior. (Ver dibujo en apéndice).

Clase II, division 2.- En la que los incisivos centrales estan en posicion casi normal en sentido anteroposterior, o ligeramente hacia vestibular, mientras que los incisivos laterales superiores se han vestibularizados. (Ver dibujo en pag.116).

Clase III.- (Mesiocclusion) el surco mesial del primer molar inferior permanente descansa por delante de la cuspidé mesio-bucal del primer molar superior permanente. (Ver dibujo en pag.117).

Los espacios primates son aquellos espacios que hay entre los dientes de la primera denticion y se encuentran en:

Maxilar.- Entre lateral y canino.

Mandibula.- Entre canino y primer molar.

Los espacios que se encuentran por delante de los espacios primates son llamados espacios fisiologicos.

Mordida cruzada.- Los dientes superiores anteriores pasan por detras de los dientes inferiores.

Sobremordida.- Se traza una línea imaginaria del borde incisal del central superior y el borde incisal del central inferior (las dos líneas son horizontales) y si hay mas de 2 mm. tanto en sentido horizontal (sobremordida horizontal) como en sentido vertical (sobremordida vertical) se presenta esta malocclusion.

Mordida abierta.- Cuando al cerrar no hay oclusion en la parte anterior o posterior.

Malposicion dentaria.- Presencia de giroversiones, distalizaciones, mesializaciones, vestibularizaciones, lingualizaciones, etc.

Diastemas.-Son los espacios que existen entre diente y diente, esto solo se presenta en la denticion permanente.

Secuencia anormal.- Se presenta por ejemplo: cuando erupciona primero un central y luego los primeros molares.

Perdida prematura.- Por algun trauma, extraccion o caries.

Retension prolongada.- Cuando hay persistencia del diente primario en denticion permanente.

Erupcion retardada.- No erupcionan los dientes en la etapa indicada.

También se le dio relevancia a los niños que presentaron algunos de los siguientes hábitos bucales:

- Succión digital.
- Morderse el labio.
- Protrusion de lengua.
- Respirador bucal.
- Morderse las uñas.
- Chupón y/o mamila.
- Bruxismo.

-Otros (introducción de ciertos objetos a la boca como los son: pasadores, lapices, juguetes, ropa, entre otros).

A la historia clinica se le anexo un cuestionario dirigido a los padres (con dibujos demostrando como se presentaban los hábitos) (ver cuestionario y dibujos en el apéndice) de cada uno de los niños que

presentaron hábito, para saber el grado de conocimiento que tienen los padres acerca de los hábitos bucales.

Las historias clínicas se aplicaron en la Clínica Periférica de Azcapotzalco, se utilizó un sillón dental, un espejo, explorador, pinzas de curación, cubrebocas, abatelenguas, hilo dental (para observar la línea media), lámpara con luz artificial y una cámara fotográfica (EYE ORAL YASHICA), un rollo fotográfico a color marca kodak de 35mm.

Todos los datos obtenidos se vaciaron en cuadros y gráficas posteriormente.

El tiempo que nos llevó para elaborar estas historias clínicas a los niños y a sus padres fue del 7 de Febrero al 27 de Mayo de 1992.

CASO CLINICO

Durante la elaboración de la tesis se atendió el siguiente caso clínico.

Etania Betsaida Aguilar Hernandez, de 6 años de edad, nacida en el estado de México. Se presentó a la clínica el 14 de febrero de 1992, con el problema de hábito de succión digital (el dedo que se succionaba era el pulgar), al elaborar el examen bucal correspondiente a la historia clínica se detectó también el hábito de protrusión lingual, presentaba mordida abierta, vestibularización de dientes anteriores superiores, se indagó acerca de tratamientos anteriores, por lo que se supo que sí había utilizado una trampa removible, la cual no le dio resultado a su problema por no usarla.

Revisando la historia clínica nos dimos cuenta que la niña solo contaba con un hermano, siendo ella la mayor; el cuestionario dirigido a los padres nos reveló que ellos pensaban que la niña se succionaba el dedo por llamar la atención, ya que lo notaron cuando nació su hermanito y todas las atenciones eran para el bebé. Trataron de quitarle el hábito por medio de regaños, de amarrarle el dedo, de amarrarle la mano y de colocarle chicle en el dedo, sin obtener resultados positivos.

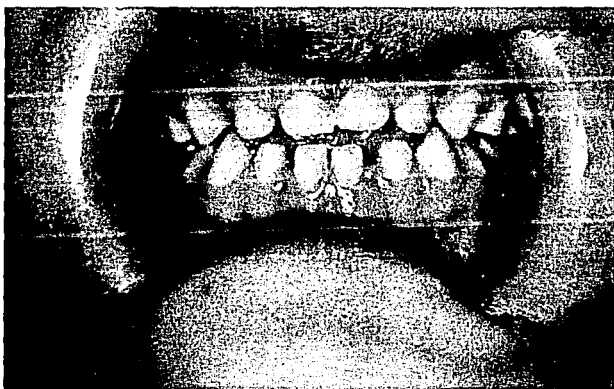
Por tal motivo se optó por colocar una trampa fija (con bandas cementadas en los primeros molares permanentes) y que fuera un poco más agresiva que la anterior.

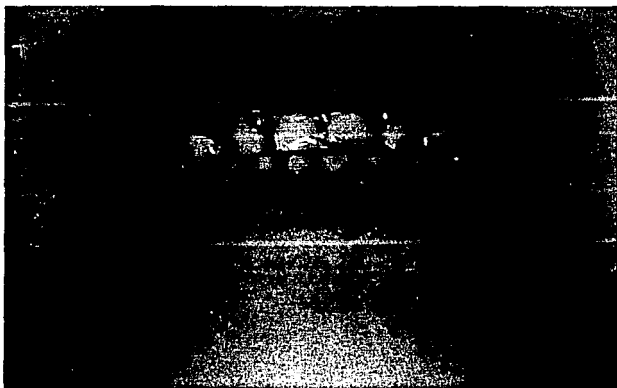
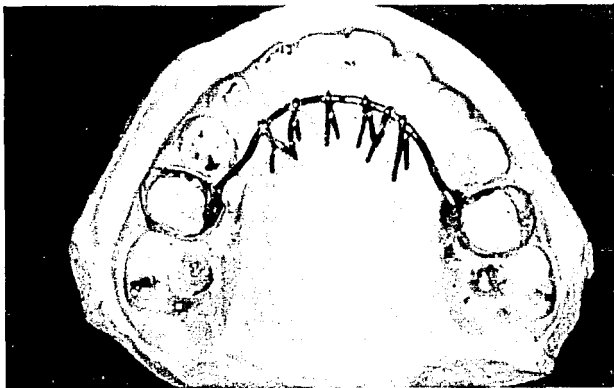
Se tomaron impresiones para obtener los modelos de estudio y diseñar el aparato (la trampa).

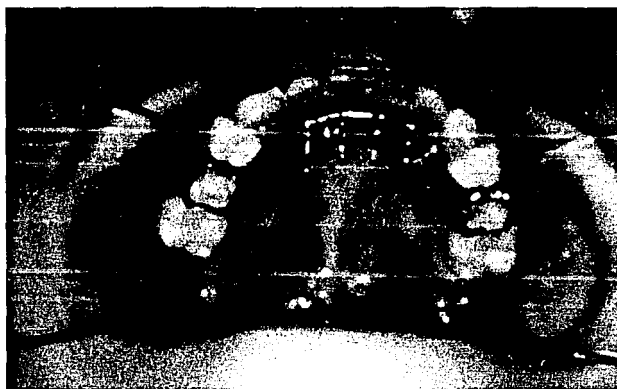
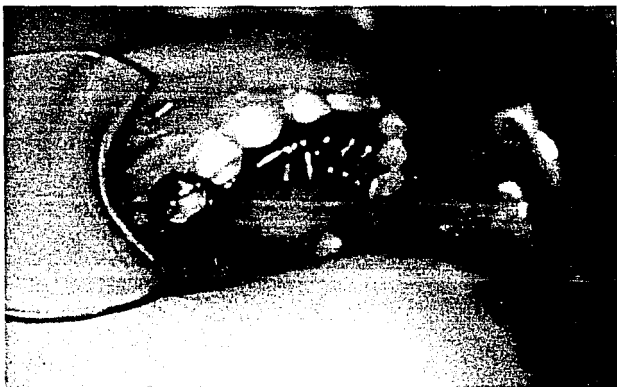
El 5 de marzo de 1992 se colocó el aparato, se le tomaron fotos antes y después de su cementación en boca (ver fotos anexas al caso clínico). Terminada su colocación la niña tenía dificultades al hablar y al pasar saliva. Se indicó a los padres y a la niña que las molestias que iba a presentar eran normales; el plan de tratamiento incluía la revisión de la niña cada 15 días; en su primera revisión los padres de la niña refirieron que había tenido muchas molestias a los 3 primeros días al comer, al hablar y presentaba lesiones en lengua; posteriormente la niña soportó el aparato sin mayores problemas.

El tratamiento duró 2 meses más 1 mes de observación (después de retirado el aparato), se retiró el aparato el 25 de mayo de 1992, se le dio cita a los 15 días para verificar que la niña no había vuelto a chuparse el dedo y a protruir la lengua, a los siguientes 15 días la niña se dio de alta; en los cuales ya no hubo reincidencia de dichos hábitos.

Fotografias del caso clinico anteriormente descrito.



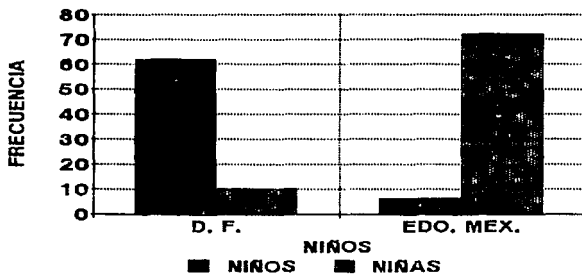




CUADRO No.2

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
D. F.	62	6	68
EDO. MEX.	10	72	82
TOTAL	72	78	150

DISTRIBUCION DE NIÑOS SEGUN EL LUGAR DE NACIMIENTO

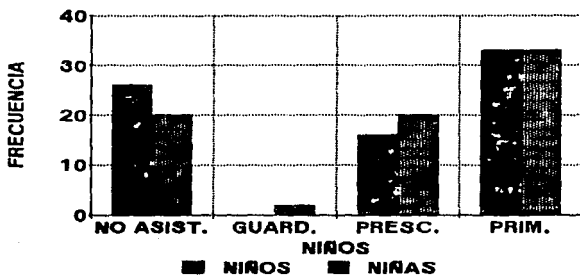


Predominando los niños que viven en el Estado de México en un 54.6%.

CUADRO No.3

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
NO ASIST.	26	20	46
GUARD.	0	2	2
PRESC.	16	20	36
PRIM.	33	33	66
TOTAL	75	75	150

**DISTRIBUCION DE NIÑOS DE ACUERDO
AL GRADO ESCOLAR**

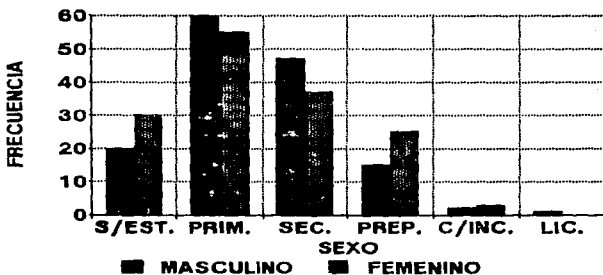


Predominando los niños que asisten a la primaria en un 44%.

CUADRO No. 4

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
S/EST.	20	30	50
PRIM.	60	55	115
SEC.	47	37	84
PREP.	15	25	40
C/INC.	2	3	5
LIC.	1	0	1
TOTAL	145	150	295

DISTRIBUCION DE ACUERDO AL GRADO ESCOLAR DE LOS PADRES

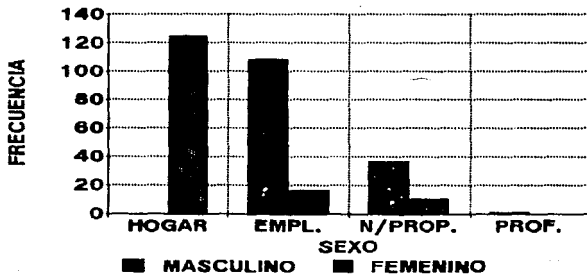


Predominando los padres con grado escolar de primaria en un 38.9%.

CUADRO No.5

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
HOGAR	0	124	124
EMPL.	108	16	124
N/PROP.	36	10	46
PROF.	1	0	1
TOTAL	145	150	295

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LA
OCUPACION DE LOS PADRES

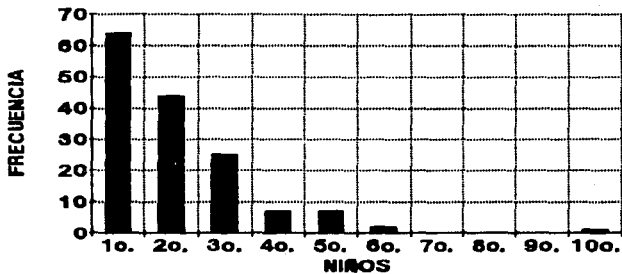


Predominando en un 82.6% las mujeres dedicadas al hogar y en un 85.5% los hombres que son empleados

CUADRO No.6

NIÑOS	
1o.	64
2o.	44
3o.	25
4o.	7
5o.	7
6o.	2
7o.	0
8o.	0
9o.	0
10o.	1
TOTAL	150

DISTRIBUCION DEL LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO ENTRE SUS HERMANOS

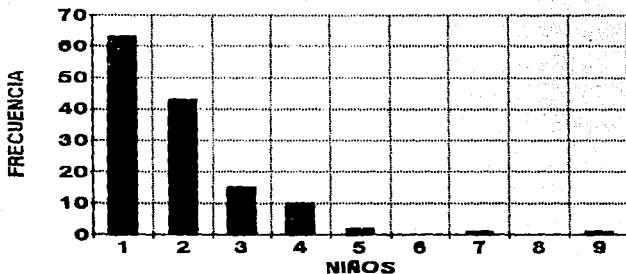


Predominando los niños que ocupan el primer lugar dentro de la familia en un 42.6%.

CUADRO No.7

NINOS.	NINOS
1	63
2	43
3	15
4	10
5	2
6	0
7	1
8	0
9	1
TOTAL	135

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE HERMANOS

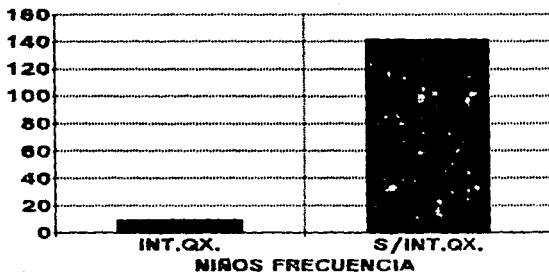


Predominan los niños que tienen un solo hermano en un 46.6%.

CUADRO No.8

NIÑOS	
INT.QX.	9
S/INT.QX.	141
TOTAL	150

DISTRIBUCION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN LOS NIÑOS



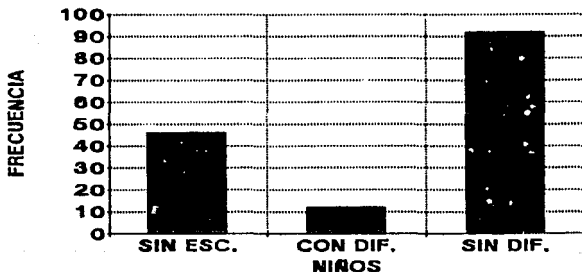
Predominan los niños que no han sido intervenidos quirúrgicamente en un 94.0%.

CUADRO No.9

NIÑOS

SIN ESC.	46
CON DIF.	12
SIN DIF.	92
TOTAL	150

DISTRIBUCION DE NIÑOS QUE TIENEN DIFICULTAD EN LA ESCUELA



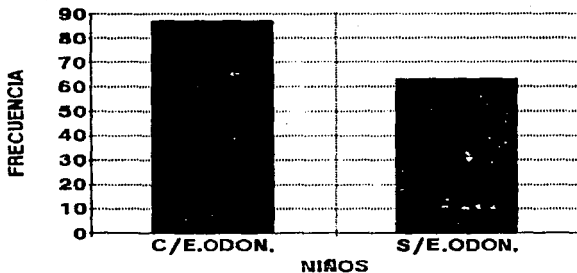
Predominan los niños que no tienen dificultad en la escuela en un 61.3%.

CUADRO No. 10

NIÑOS

C/E. ODON.	87
S/E. ODON.	63
TOTAL	150

DISTRIBUCION DE NIÑOS CON Y SIN EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

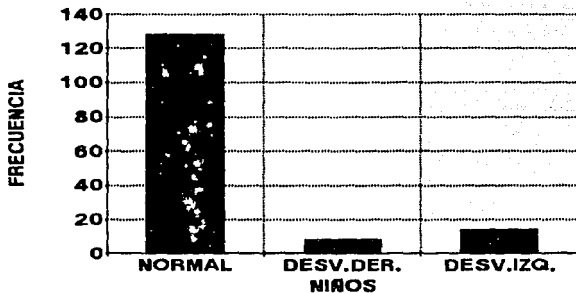


Predominando los niños que tienen experiencia odontológica en un 58.0%.

CUADRO No. 11

NIÑOS	
NORMAL.	128
DESV. DER.	8
DESV. IZQ.	14
TOTAL	150

CLASIFICACION DE LA LINEA MEDIA

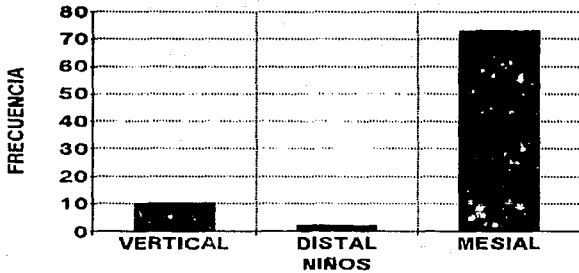


La línea media normal se presentó en un 85.0% a la edad de 6 años.

CUADRO No.12

NIÑOS	
VERTICAL	10
DISTAL	2
MESIAL	73
TOTAL	85

**CLASIFICACION DE PLANOS
TERMINALES**

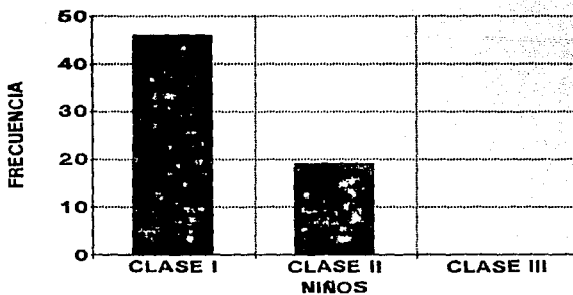


Prevalció en los niños el plano terminal mesial en un 85.8%.

CUADRO No.13

NIÑOS	
CLASE I	46
CLASE II	19
CLASE III	0
TOTAL	65

CLASIFICACION DE ANGLE

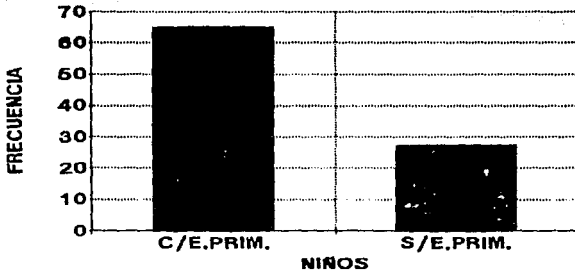


Prevalcib en los niños a los 7 años la clase I de Angle en un 70.7%.

CUADRO No. 14

NIÑOS	
C/E.PRIM.	65
S/E.PRIM.	27
TOTAL	92

**DISTRIBUCION DE ESPACIOS PRIMATES
EN NIÑOS**

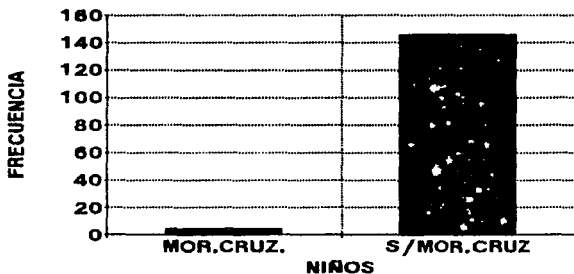


La prevalencia general de los espacios primates en los niños fué de 70.6%.

CUADRO No.15

NIÑOS	
MOR.CR.UZ.	4
S/MOR.CR.UZ	146
TOTAL	150

**CUANTIFICACION DE MORDIDA CRUZADA
EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS DE EDAD**

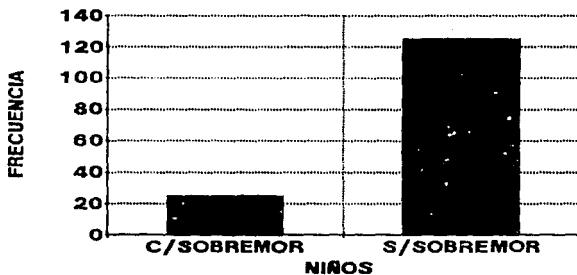


La mordida cruzada se presentó en los niños de 2 a 12 años en un 02.6%.

CUADRO No. 16

NIÑOS	
C/SOBREMOR	25
S/SOBREMOR	125
TOTAL	150

**DISTRIBUCION DE SOBREMORDIDA EN
NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS DE EDAD**

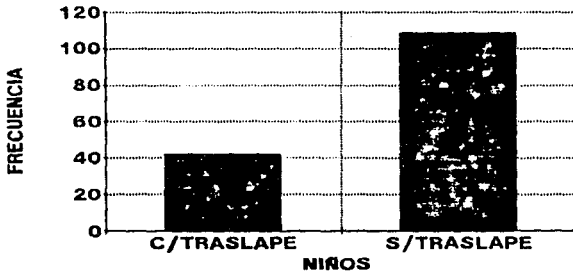


La sobremordida se presentó en los niños de 2 a 12 años de edad en un 16.6%.

CUADRO No. 17

NIÑOS	
C/TRASLAPE	42
S/TRASLAPE	108
TOTAL	150

**DISTRIBUCION DEL TRASLAPE HORIZONTAL
EN NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS DE EDAD**



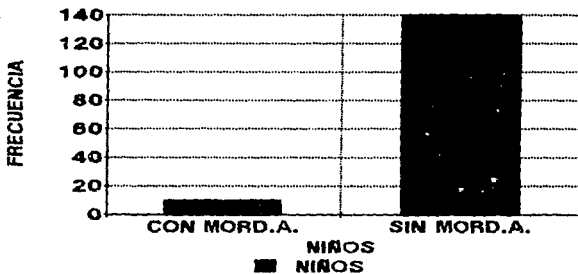
El traslape horizontal se presentó en los niños en un 28.0%.

CUADRO No. 18

NIÑOS

CON MORD.A.	10
SIN MORD.A.	140
TOTAL	150

DISTRIBUCION DE MORDIDA ABIERTA
EN NIÑOS

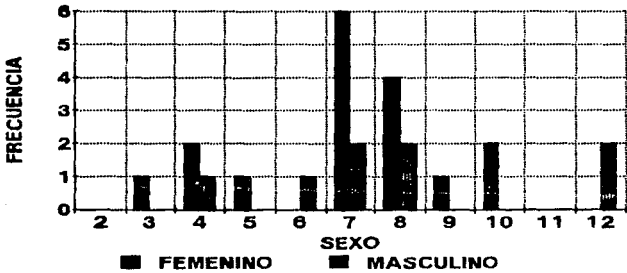


La mordida abierta se presentó en un 06.6% en el grupo de los 150 niños de los 2 a los 12 años de edad.

CUADRO No. 19

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	1	0	1
4	2	1	3
5	1	0	1
6	0	1	1
7	6	2	8
8	4	2	6
9	1	0	1
10	2	0	2
11	0	0	0
12	0	2	2
TOTAL	17	8	25

**DISTRIBUCION DE LA MALPOSICION DENTAL
SEGUN EDAD Y SEXO**

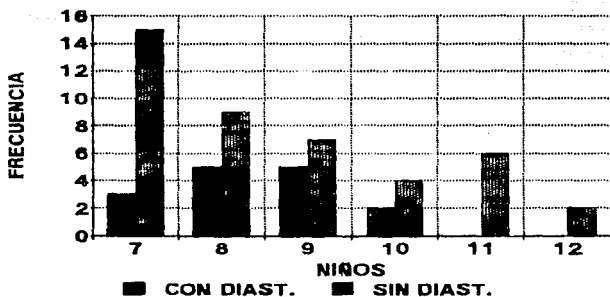


La malposición dentaria prevaleció en un 11.3% en el sexo femenino.

CUADRO No.20

EDAD	CON DIAST.	SIN DIAST.	TOTAL
7	3	15	18
8	5	9	14
9	5	7	12
10	2	4	6
11	0	6	6
12	0	2	2
TOTAL	15	43	58

DISTRIBUCION DE DIASTEMAS EN NIÑOS

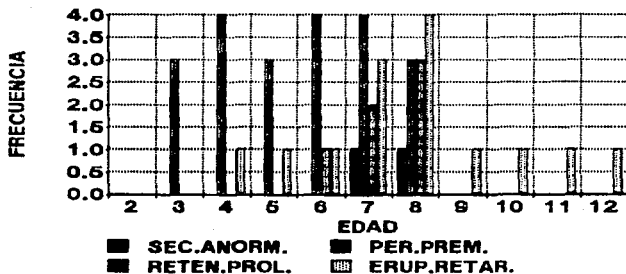


La prevalencia de diastemas fué de 74.1%.

CUADRO No.21

EDAD	SEC. ANORM.	PER. PREM.	RETEN. PROL.
2	0	0	0
3	0	3	0
4	0	4	0
5	0	3	0
6	0	4	1
7	1	4	2
8	1	3	3
9	0	0	0
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
TOTAL	2	21	6

DISTRIBUCION DE LA ERUPCION Y DENTICION SEGUN LA EDAD

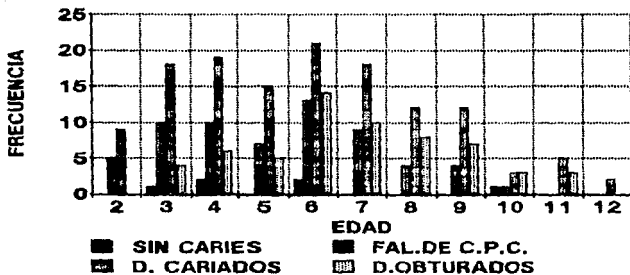


Prevalció la pérdida prematura en un 14%.

CUADRO No.22

EDAD	SIN CARIES (SIN RX)	FALTA DE C. CARIADOS	DIENTES CARIADOS	DIENTES OBTURADOS
2	0	5	9	0
3	1	10	18	4
4	2	10	19	6
5	0	7	15	5
6	2	13	21	14
7	0	9	18	10
8	0	4	12	8
9	0	4	12	7
10	1	1	3	3
11	0	0	5	3
12	0	0	2	0
TOTAL	6	63	134	60

DISTRIBUCION DE NIÑOS CON PROBLEMAS DE CARIES

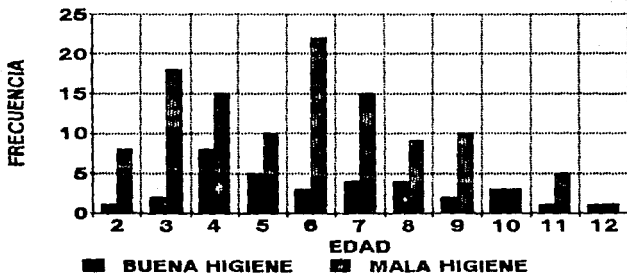


Prevalció un índice alto de caries en un 89.3%.

CUADRO No.23

EDAD	BUENA HIG.	MALA HIG.
2	1	8
3	2	18
4	8	15
5	5	10
6	3	22
7	4	15
8	4	9
9	2	10
10	3	3
11	1	5
12	1	1
TOTAL	34	116

DISTRIBUCION DE LA HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS SEGUN LA EDAD

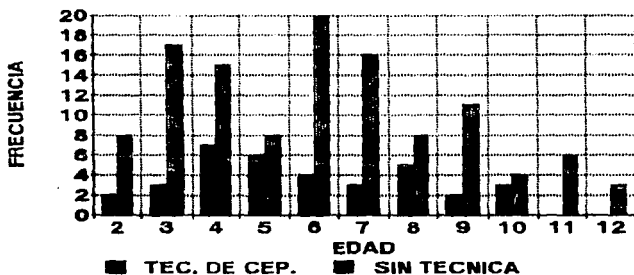


Prevalció la mala higiene en un 77.3%, ya que 99 niños eran de primera vez y la buena higiene se presentó en un 22.6%.

CUADRO No.24

EDAD	TEC. DE CEP.	SIN TEC.
2	2	8
3	3	17
4	7	15
5	6	8
6	4	20
7	3	16
8	5	8
9	2	11
10	3	4
11	0	6
12	0	3
TOTAL	34	116

**DISTRIBUCION DE LA HIGIENE ORAL
EN LOS NIÑOS SEGUN LA EDAD**



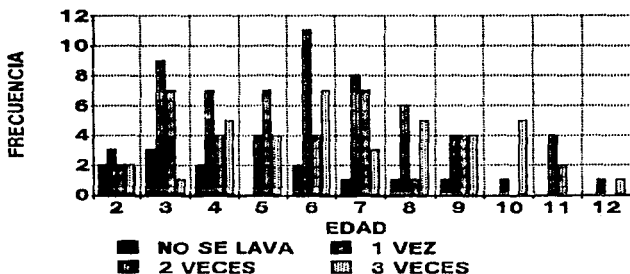
El porcentaje de niños con técnica de cepillado es de 22.6%.

El porcentaje de niños sin técnica de cepillado es de 77.3%.

CUADRO No.25

EDAD	NO SE LAVA	1 VEZ	2 VECES	3 VECES
2	2	3	2	2
3	3	9	7	1
4	2	7	4	5
5	0	4	7	4
6	2	11	4	7
7	1	8	7	3
8	1	6	1	5
9	1	4	4	4
10	0	1	0	5
11	0	4	2	0
12	0	1	0	1
TOTAL	12	58	38	37

DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA CON LA QUE SE CEPILLAN LA BOCA SEGUN LA EDAD



Prevalcieron los que se cepillan 1 sola vez al día en un 38.6%.

CUADRO No.26

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
PRESENTAN HABITO	34	25	59
NO PRESEN. HABITO	44	47	91
TOTAL	78	72	150

DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE HABITOS BUCALES SEGUN EL SEXO

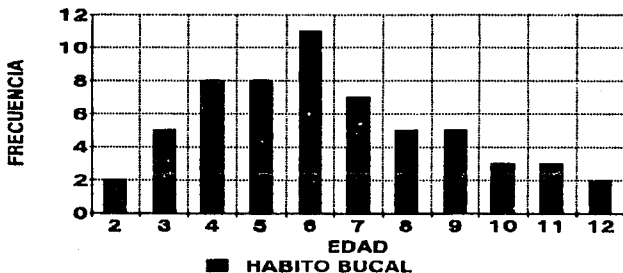


De los 150 niños revisados el 39.3% presentó hábito bucal, prevaleciendo más en el sexo femenino.

CUADRO No.27

EDAD	HAB. BUCAL
2	2
3	5
4	8
5	8
6	11
7	7
8	5
9	5
10	3
11	3
12	2
TOTAL	59

DISTRIBUCION DE LA PRESENCIA DE HABITO BUCALES EN NIÑOS SEGUN LA EDAD

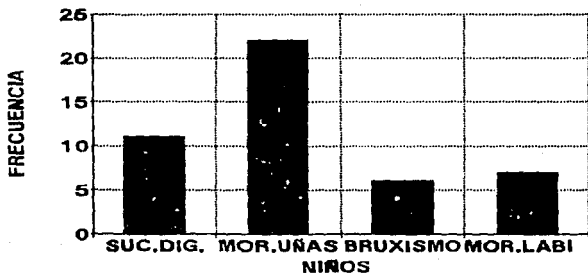


La prevalencia de hábitos bucales es más frecuente en los niños de 6 años en un 18.6%.

CUADRO No.28

TIP. HAB.	NIÑOS
SUC.DIG.	11
MOR.UÑAS	22
BRUXISMO	6
MOR.LABIO	7
TOTAL	46

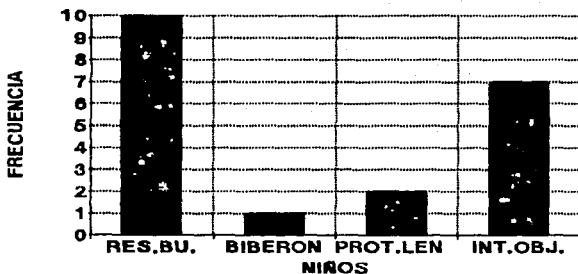
**DISTRIBUCION DE TIPOS Y FRECUENCIA
DE HABITOS BUCALES**



CUADRO No.29

TIP. HAB.	NIÑOS
RESP. BU.	10
BIBERON	1
PROT. LENG.	2
INT.OBJ.	7
TOTAL	20

DISTRIBUCION DE TIPOS Y FRECUENCIA DE HABITOS BUCALES

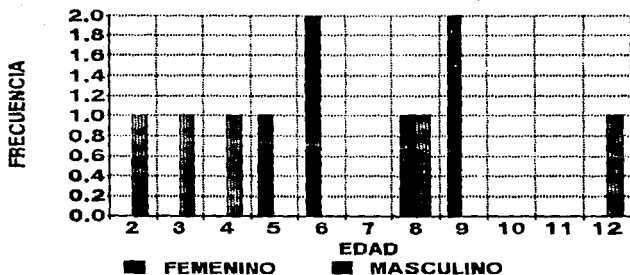


El hábito bucal que más prevaleció en este grupo de niños fué el de morderse las uñas en un 33.3%.

CUADRO No. 30

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	1	1
3	0	1	1
4	0	1	1
5	1	0	1
6	2	0	2
7	0	0	0
8	1	1	2
9	2	0	2
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	1	1
TOTAL	6	5	11

DISTRIBUCION DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL SEGUN LA EDAD Y SEXO

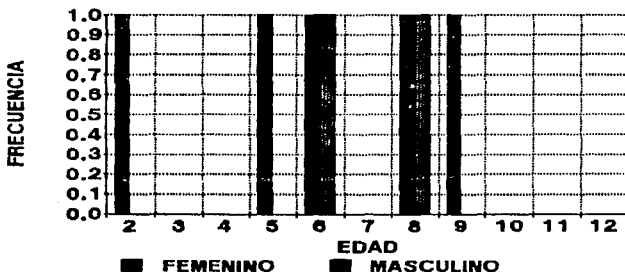


La succión digital se presentó en un 54.5% en el sexo femenino y en un 18.1% a la edad de 6-9 años.

CUADRO No.31

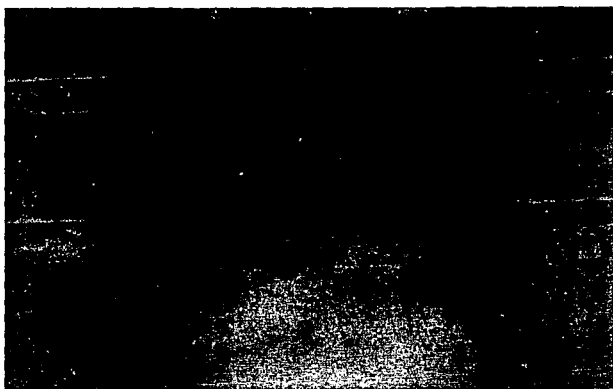
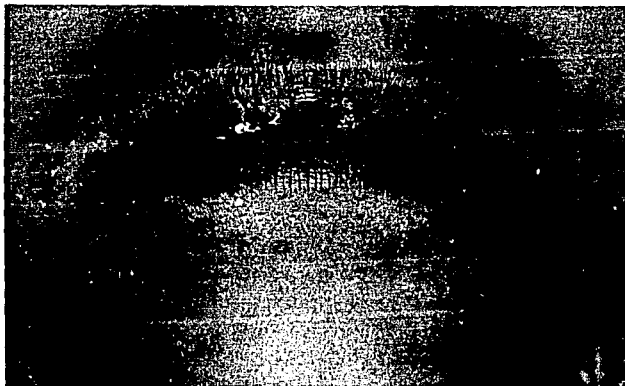
EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	1	0	1
3	0	0	0
4	0	0	0
5	1	0	1
6	1	1	2
7	0	0	0
8	1	1	2
9	1	0	1
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
TOTAL	5	2	7

**DISTRIBUCION DEL HABITO DE MORDERSE
EL LABIO SEGUN LA EDAD Y SEXO**



Prevalencia en un 71.4% en el sexo femenino y en un 28.5% a la edad de 6-8 años.

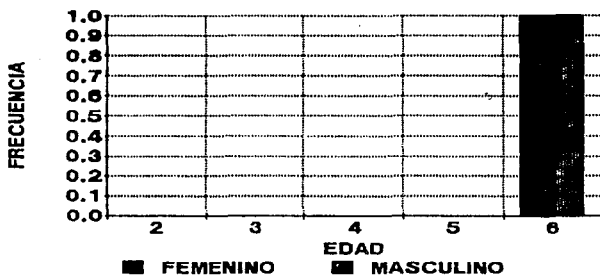
Sección de Labios, Retojo, Tor, Im. Fla. (construcción de un edificio de
Labios, Cerequidad, C. Zona Alampocera).



CUADRO No.32

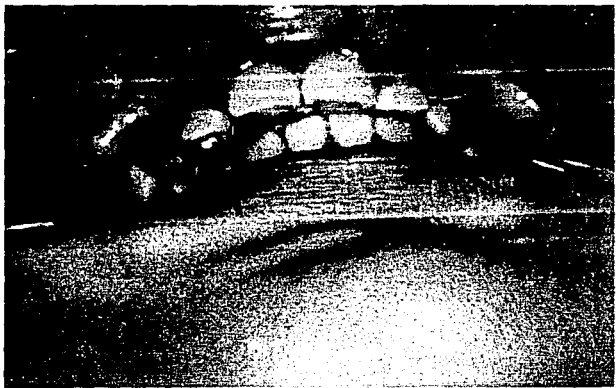
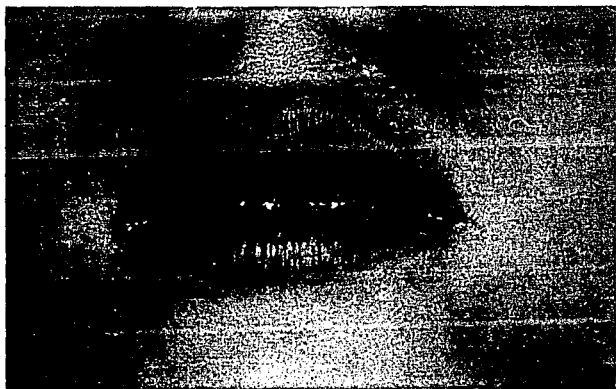
EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
6	1	1	1
TOTAL	1	1	2

DISTRIBUCION DEL HABITO DE PROTRUSION DE LENGUA SEGUN LA EDAD Y SEXO



El habito de protrusion de lengua se presentó de igual manera en ambos sexos a la edad de 6 años.

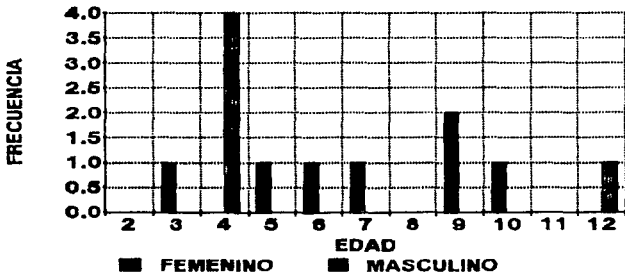
Habito de Protrusion de Lengua. Habitualmente protruye la lengua, sus movimientos de dientes al hablar, al tragar, al producir palabras habituales.



CUADRO No. 33

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	1	0	1
4	0	4	2
5	1	0	1
6	1	0	1
7	1	0	1
8	0	0	0
9	2	0	2
10	1	0	1
11	0	0	0
12	0	1	1
TOTAL	7	3	10

**DISTRIBUCION DE HABITO DE RESPIRACION
BUCAL SEGUN LA EDAD Y SEXO**

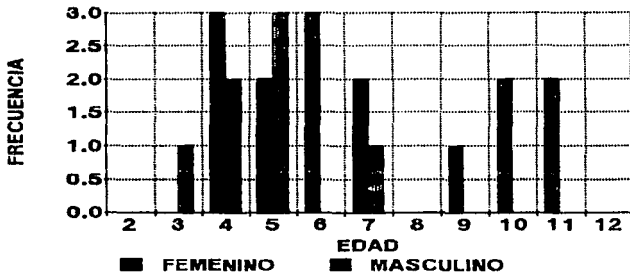


Este hábito se presentó en un 70.0% en el sexo femenino y en un 20.0% a la edad de 4-9 años.

CUADRO No.34

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	0	1	1
4	3	2	5
5	2	3	5
6	3	0	3
7	2	1	3
8	0	0	0
9	1	0	1
10	2	0	2
11	2	0	2
12	0	0	0
TOTAL	15	7	22

**DISTRIBUCION DEL HABITO DE MORDERSE
LAS UÑAS SEGUN LA EDAD Y SEXO**

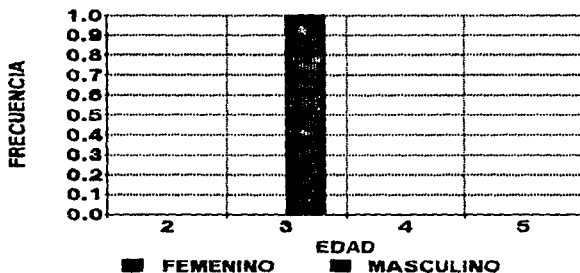


Este habito se presento en un 68.1% en el sexo femenino y en un 22.7% a la edad de 4-5 años.

CUADRO No.35

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	0	1	1
4	0	0	0
5	0	0	0
TOTAL	0	1	1

**DISTRIBUCION DEL HABITO DE BIBERON
SEGUN LA EDAD Y SEXO**

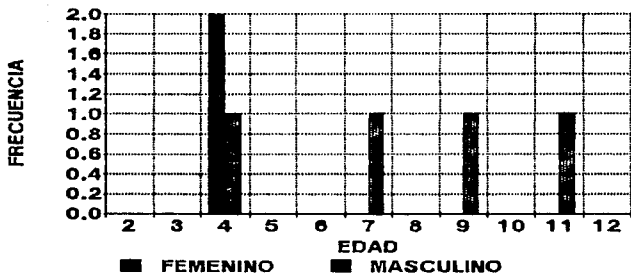


Sólo se encontró un paciente del sexo masculino de 3 años de edad con hábito de biberón.

CUADRO No.36

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	0	0	0
4	2	1	3
5	0	0	0
6	0	0	0
7	0	1	1
8	0	0	0
9	0	1	1
10	0	0	0
11	0	1	1
12	0	0	0
TOTAL	2	4	6

DISTRIBUCION DE BRUXISMO SEGUN LA EDAD Y SEXO

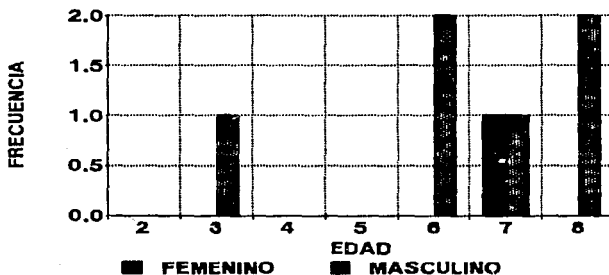


El bruxismo se presentó más en el sexo masculino en un 66.6% a la edad de 4 años en un 50.0%.

CUADRO No. 37

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	0	1	1
4	0	0	0
5	0	0	0
6	0	2	2
7	1	1	2
8	0	2	2
TOTAL	1	6	7

**DISTRIBUCION DE INTRODUCIRSE OBJETOS
A LA BOCA SEGUN LA EDAD Y SEXO**

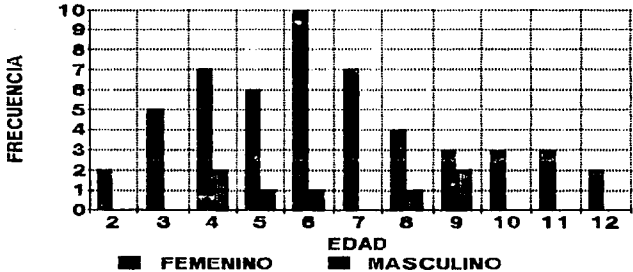


Este hábito se presentó en el sexo masculino en un 87.7% y en un 28.5% a la edad de 6-8 años.

CUADRO No.38

EDAD	1 HABITO	2 HABITOS	TOTAL
2	2	0	2
3	5	0	5
4	7	2	9
5	6	1	7
6	10	1	11
7	7	0	7
8	4	1	5
9	3	2	5
10	3	0	3
11	3	0	3
12	2	0	2
TOTAL	52	7	59

DISTRIBUCION DE NIÑOS QUE PRESENTAN DOBLE HABITO

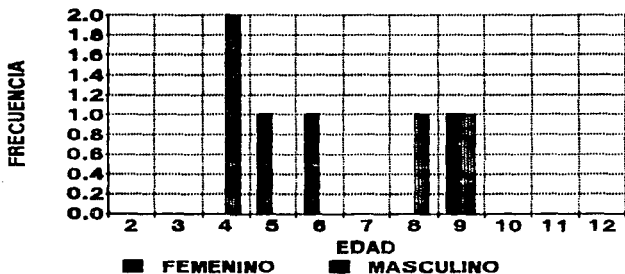


La frecuencia con la que se presentó el doble hábito fué de 11.8%.

CUADRO No.39

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	2	2
5	1	0	1
6	1	0	1
7	0	0	0
8	0	1	1
9	1	1	2
10	0	0	0
11	0	0	0
12	0	0	0
TOTAL	3	4	7

DISTRIBUCION DE NIÑOS QUE PRESENTAN DOBLE HABITO SEGUN LA EDAD Y SEXO

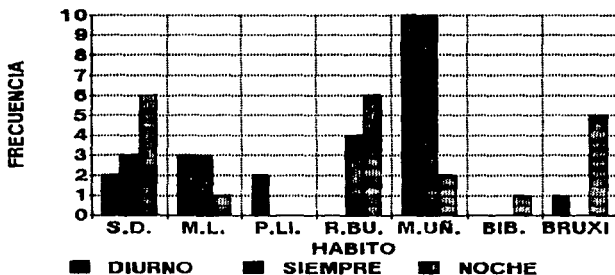


La presencia de doble hábito en los pacientes se dio más en el sexo masculino en un 57.1%.

CUADRO No.40

HABITO	DIURNO	SIEMPRE	NOCHE
S.D.	2	3	6
M.L.	3	3	1
P.LI.	2	0	0
R.BU.	0	4	6
M.UÑ.	10	10	2
BIB.	0	0	1
BRUXISMO	1	0	5
TOTAL	18	20	21

**DISTRIBUCION DE LA FRECUENCIA CON QUE
SE INTENSIFICAN LOS HABITOS BUCALES**

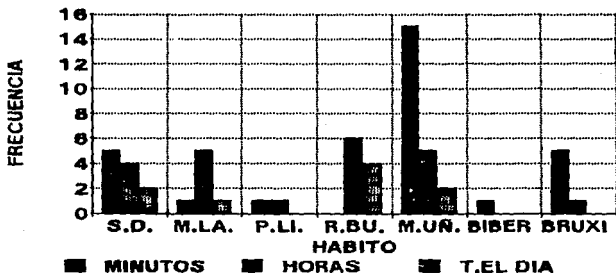


Es por las noches cuando los niños que tienen habito bucal lo intensifican en un 35.5%.

CUADRO No.41

HABITO	MIN.	HRS.	T.EL DIA
S.D.	5	4	2
M.LA.	1	5	1
P.LI.	1	1	0
R.BU.	0	6	4
M.UN.	15	5	2
BIBERON	1	0	0
BRUXISMO	5	1	0
TOTAL	28	22	9

DISTRIBUCION DE LA DURACION QUE TIENEN CADA UNO DE LOS HABITOS



Se presento que la duracion que tuvo cada habito, prevalecio que solo requieren de minutos para realizarlo, en un 96.5%.

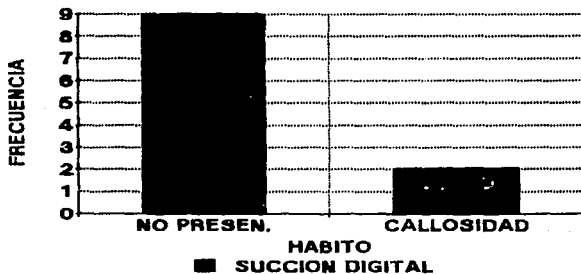
CUADRO No.42

HABITO NO PRESEN. CALLOSIDAD

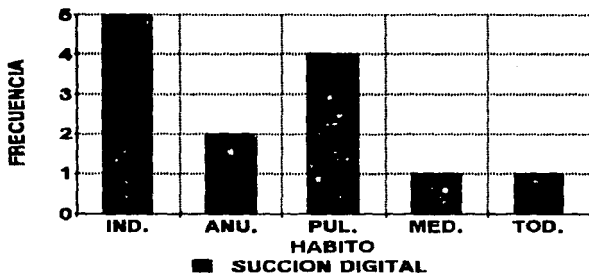
S.D. 9 2

HABITO	IND.	ANU.	PUL.	NED.	TOD.
S.D.	5	2	4	1	1

DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS DEL HABITO DE SUCCION DIGITAL



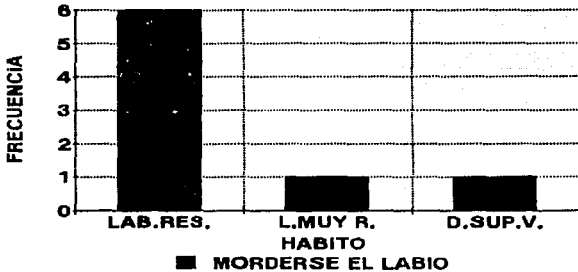
**DISTRIBUCION DEL DEDO QUE UTILIZAN
LOS NIÑOS EN LA SUCCION DIGITAL**



CUADRO No.43

HABITO	LAB.RES.	L.MUY R.	D.SUP.V.
MOR.LA.	6	1	1

DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS DEL HABITO DE MORDERSE EL LABIO



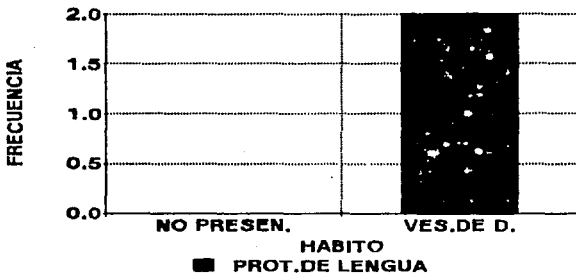
La mayoría de los niños que tienen el hábito de morderse el labio presentan más la característica de labios resacos en un 85.7%.

CUADRO No.44

HABITO NO PRESEN. VES.DE D.

PROT.LI. 0 2

**CRACTERISTICAS DEL HABITO DE
PROTRUSION LINGUAL**

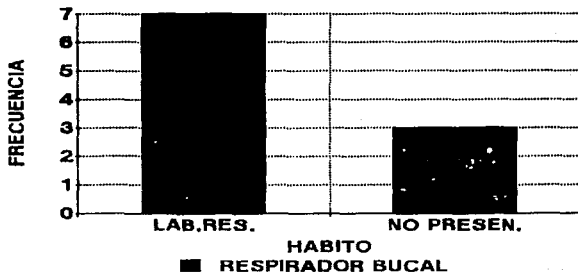


Se presentó vestibularización de los dientes anteriores superiores.

CUADRO No.45

HABITO	LAB.RES.	NO PRESEN.
RES.BUCAL	7	3

**CARACTERISTICAS QUE PRESENTA EL
HABITO DE RESPIRADOR BUCAL**

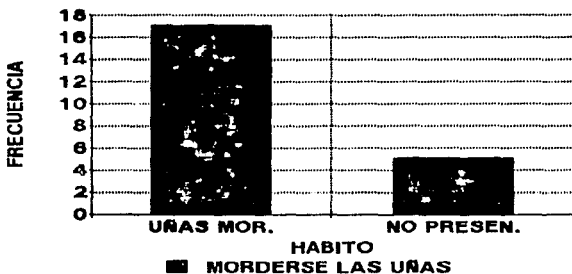


La mayoría de los niños que tienen el hábito de respirar por la boca presentan labios resecos en un 70.0%.

CUADRO No.46

HABITO	UÑAS MOR.	NO PRESEN.
MOR.UÑAS	17	5

**DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS
DEL HABITO DE MORDERSE LAS UÑAS**



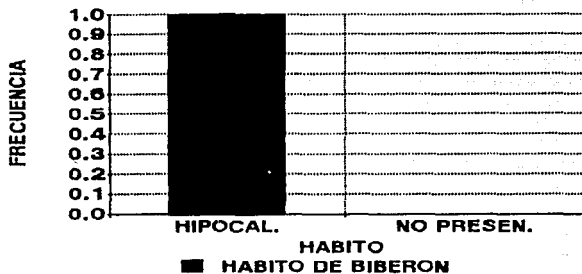
Los niños que tienen el hábito de morderse las uñas presentan uñas mordisqueadas en un 77.2%.

CUADRO No.47

HABITO HIPOCAL. NO PRESEN.

BIBERON 1 0

DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS DEL HABITO DE BIBERON

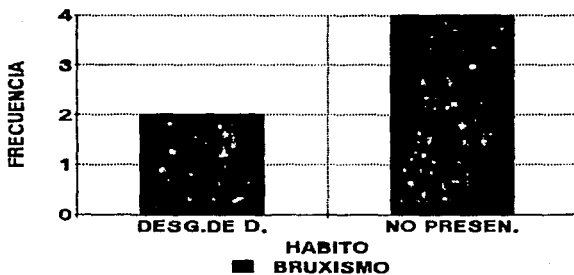


Se presentó un solo paciente con hábito de biberón, teniendo como única característica hipocalcificación en los dientes.

CUADRO No.48

HABITO	DESG.DE D.	NO PRESEN.
BRUXISMO	2	4

**DISTRIBUCION DE LAS CARACTERISTICAS
DEL HABITO DE BRUXISMO**



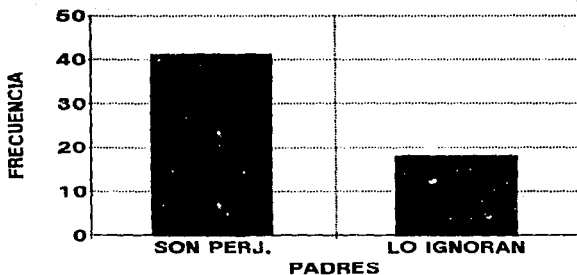
Unicamente hubo 6 casos de bruxismo, de los cuales 2 pacientes presentaron desgaste en dientes en un 33.3%.

Los siguientes cuadros fueron hechos en base al cuestionario que se les aplicò a los padres de los niños que presentaron hábito bucal (59 de 150 niños).

CUADRO No.49

PADRES	
SON PERJ.	41
LO IGNORAN	18
TOTAL	59

**QUE PIENSAN LOS PADRES ACERCA
DE LOS HABITOS BUCALES?**

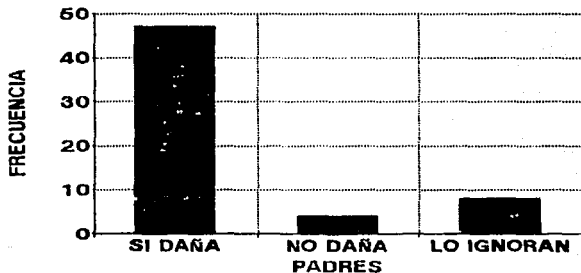


CUADRO No.50

PADRES

SI DAÑA	47
NO DAÑA	4
LO IGNORAN	8
TOTAL	59

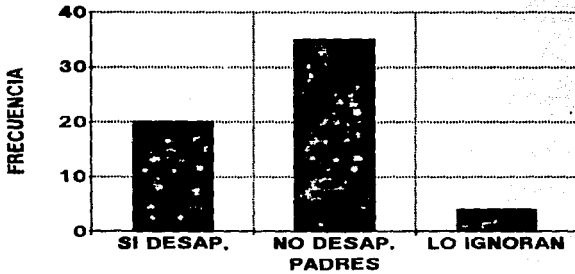
CREE QUE ESE HABITO LE HAGA
DAÑO AL NIÑO?



CUADRO No.51

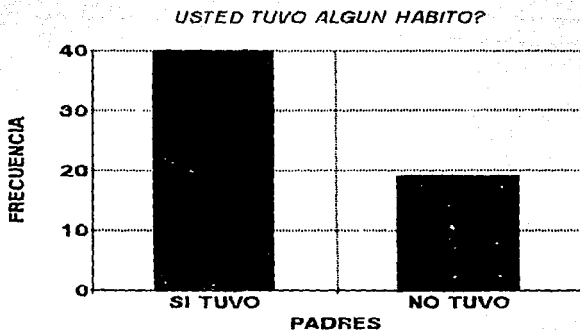
PADRES	
SI DESAP.	20
NO DESAP.	35
LO IGNORAN	4
TOTAL	59

**CREE USTED QUE LOS HABITOS
DESAPARECEN POR SI SOLOS?**



CUADRO No.52

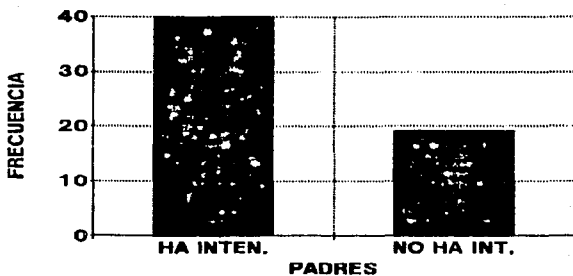
PADRES	
SI TUVO	40
NO TUVO	19
TOTAL	59



CUADRO No.53

PADRES	
HA INTEN.	40
NO HA INT.	19
TOTAL	59

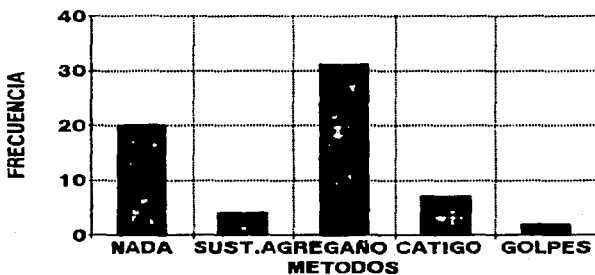
**HA INTENTADO QUITARLE ALGUNA
VEZ EL HABITO?**



CUADRO No.54

PADRES	
NADA	20
SUST. AGRE.	4
REGAÑOS	31
CATIGOS	7
GOLPES	2
TOTAL	64

**METODOS QUE HAN UTILIZADO LOS PADRES
PARA QUITARLES EL HABITO A SUS HIJOS**



DISCUSION

Muchos autores han estudiado los problemas diversos que ocasionan los diferentes tipos de hábitos bucales.

La población de la Clínica Periférica de Azcapotzalco ofrece factores ambientales y condiciones socio-económicas culturales homogéneas, dando una evaluación confiable en los resultados.

Se selecciono la siguiente cronología en la que destacan las siguientes investigaciones basadas en hábitos bucales.

En 1988, Meyers(30) realizo un estudio con 454 pacientes, de los cuales el 50.2% se alimentaba con biberon exclusivamente y presentaron algun tipo de maloclusion. En nuestra investigación solo encontramos 1 paciente (de los 150 niños) que se alimentaba por medio de biberón, por lo que debido a su edad aun no se podia observar algun tipo de maloclusion.

En 1988, Geis y Pirulle(19) utilizaron a 52 pacientes entre 9 y 12 años para determinar si habia diferencia significativa en personalidad entre un niño succionador de pulgar crónico y otros niños normales.

En esta investigación se tomó en cuenta no tanto la personalidad del niño, sino que la influencia que podía tener el lugar que ocupaba el niño entre sus hermanos, en este caso obtuvimos como resultados que los niños con hábito bucal casi siempre ocuparon el primer lugar en la familia.

Los resultados que obtuvo el autor anterior fué que los succionadores de dedo crónico tuvieron más problemas emocionales que la población promedio.

En 1989, Suedmyr(37) encontró una fuerte asociación entre la mordida cruzada posterior y el succionador de chupón que con el succionador de dígito. En esta investigación no se introdujo si había alguna diferencia (en lo que se refiere a lo referente a maloclusiones) entre estos 2 hábitos.

Westover (40), en 1989, en un estudio mostró que la lactancia materna disminuye la incidencia de la succión digital y otros hábitos bucales nocivos. El resultado que obtuvo este autor no se comprobó en esta investigación, ya que solo revisamos niños de 2 a 12 años.

En 1989, Attanasio (4) (en un artículo no publicado) dice que la mayoría de las personas demuestran signos de bruxismo, y que solamente el 5% al 20% de la población general son consientes que desempeñan esta actividad mandibular.

Larsson (8), 1991, en un estudio realizado con 3 grupos de niños de 9 a 16 años de edad en donde el primer grupo eran succionadores de dígito, el segundo grupo eran succionadores ficticios y el tercer grupo de control no tenían hábito de succionar. Encontró diferencias significativas en el grupo de succionadores de dígito, como son arco dental maxilar estirado hacia vestibular, existiendo protrusión de dientes anteriores superiores. La investigación de este autor apoya la nuestra, ya que encontramos las mismas características (huellas en boca) en el hábito de succión digital.

En 1991, Silva Filho (37) en un estudio epidemiológico brasileño demostró un predominio alto de maloclusión en niños con dentición

mixta. En los 150 niños que nosotros revisamos el porcentaje de maloclusiones en dentición mixta fue muy bajo.

Sorprendentemente para Silva Filho, (entre otros factores) el 23% de las maloclusiones fueron provocadas por hábito de succión digital, succión de chupón o hábito de lengua. Esta última referencia apoya nuestra investigación ya que en los niños que encontramos con hábito bucal si había alguna alteración dental.

Branchley, 1991, sugiere que hay estudios que han mostrado la asociación que tiene el hábito de succionar con el desajuste psiquiátrico, y que hay probabilidad de que en la mayoría de los niños que tienen hábito de succionar lo hayan aprendido de otros niños, y que frecuentemente esta vinculado para dormir, existe una minoría de niños con hábito de succión que se asocian con problemas emocionales. En nuestra investigación no se indaga acerca de posibles problemas psiquiátricos emocionales que tuviera el niño, y a la vez provocara algún hábito bucal.

Los resultados obtenidos nos invitan a concientizarnos más del problema de los hábitos bucales en niños y tratar de realizar siempre un examen clínico cuidadoso, para poder detectar cualquier alteración producida por hábito, con el fin de poder tratarlos en el momento indicado y muchas veces con el tratamiento menos complicado y más exitoso que si progresaran hacia alguno más complicado.

CONCLUSIONES

Se realizó una recopilación de datos mediante historias clínicas (ver apéndice) aplicadas a una población de 150 niños que asisten a la Clínica Periférica de Azcapotzalco (turno matutino y vespertino), y que oscilan entre los 2 y 12 años de edad.

De los 150 pacientes que se revisaron 99 iban a consulta de primera vez, 72 niños y 78 niñas (ver cuadro 1).

Estas historias clínicas se elaboraron a partir del 7 de febrero al 22 de mayo de 1992. El interrogatorio se basó en datos generales aplicados directamente a los padres, historia clínica médica, exploración bucal de tejidos duros y blandos, dándole más énfasis a lo referente a hábitos bucales, características y posibles causas. Se incluyó también un cuestionario dirigido a los padres para determinar el conocimiento que tienen ellos acerca de los hábitos bucales y medidas que han tomado para evitarlos (ver apéndice y cuadro 54).

Se llegó a la conclusión de que esos 150 niños, 59 presentaron hábito bucal (como lo son succión digital, protrusión de lengua, bruxismo, morderse el labio, utilización de chupón y/o biberón, morderse las uñas, introducción de objetos a la boca) (ver cuadro 28 y 29), 7 de estos niños presentan 2 hábitos bucales (ver cuadro 39). Se encontró más frecuencia de hábitos en el sexo femenino (ver cuadro 26), y la edad en la que oscilan es de 4 a 6 años (ver cuadro 27).

El hábito que se presentó con más frecuencia fué el de morderse las uñas (22 de los 150 niños) seguido de la succión digital, respirador bucal, morderse el labio e introducción de objetos a la boca se presentó en la misma frecuencia, seguido de bruxismo,

protrusión de lengua y la utilización de chupón y/o mamila (ver cuadros 28 y 29).

En lo referente al cuestionario dirigido a los padres (solo de los que tenían hijos con hábito bucal, que fueron 59 padres de familia), cuatro piensan que los niños utilizan el hábito bucal como manera de llamar la atención, y 2 opinaron que puede ser por algún estado de nerviosismo del niño.

De los 59 padres de familia solo 2 están concientes que para estos casos el niño necesita ayuda profesional. Nos dimos cuenta con esto que la mayoría de ellos no tienen la información adecuada y suficiente acerca de las alteraciones que pueden llegar a tener los niños en la cavidad bucal sino se canalizan o atienden a tiempo (ver cuadros 49 al 54).

Con esto nos damos cuenta que existe muy poca información dirigida a la comunidad en general con respecto a los hábitos bucales y el como referirlos en caso de que existan. Lo anterior lo pudimos corroborar con el caso clínico presentado, ya que los padres de la niña le dieron muy poca importancia a su problemática dejando pasar mucho tiempo.

Esta investigación queda abierta a otras investigaciones posteriores, para que se siga con la búsqueda de posibles soluciones a este tipo de problemas que atacan a la niñez como lo es el de hábitos bucales.

APENDICE

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CLINICA AZCAPOTZALCO

UNAM

HISTORIA CLINICA

DATOS GENERALES.

Nombre _____ () Fecha _____

Edad y lugar de nacimiento _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Grado escolar _____

Nombre del padre _____

Ocupación _____ Grado escolar _____

Nombre de la madre _____

Ocupación _____ Grado escolar _____

Lugar que ocupa el niño en la familia _____

Número de hermanos y edades _____

Responsable del tratamiento _____

Motivo de la consulta _____

HISTORIA CLINICA MEDICA

Fecha de la última visita del niño (a) a su médico _____

Motivo de la consulta _____

Intervenciones quirúrgicas _____

Problemas durante el embarazo y/o perinatales _____

¿A padecido el niño alguna enfermedad propia de la infancia?

Tiene el niño dificultades en la escuela? Si () No ()

Qué tipo de dificultades? _____

Antecedentes familiares, patológicos y no patológicos _____

Experiencias odontológicas Si () No ()

Actitud del niño hacia el odontólogo

Favorable _____ Desfavorable _____

OCCLUSION Y ALINEAMIENTO

- | 1) Línea media | Normal | Desviada a la izquierda | Derecha |
|-------------------------|---|-------------------------|---------|
| 2) Planos terminales | 1) vertical, 2) mesial, 3) distal, 4) mesial exagerado. | | |
| 3) Espacios primates | Si () | | No () |
| 4) Angle | I, II 1, 2, III | | |
| 5) Mordida cruzada | Si () | | No () |
| 6) Sobremordida | Si () | | No () |
| 7) Traslape horizontal | Si () | | No () |
| 8) Mordida abierta | Si () | | No () |
| 9) Malposición dentaria | Si () | | No () |
| 10) Diastemas | Si () | | No () |

HABITOS PERNICIOSOS

1.-Succión digital

Desde cuando se dió cuenta? _____

Frecuencia (diurno, siempre, noche) _____

Duración _____

Posicion del dedo _____ que dedo es? _____

Huellas que presenta _____

2.-Morderse el labio

Desde cuando se dió cuenta? _____

Frecuencia (diurno, siempre, noche) _____

Duración _____

Huellas que presenta _____

3.-Protrusion de lengua

Desde cuando se dió cuenta? _____

Frecuencia (diurno, siempre, noche) _____

Duración _____

Huellas que presenta _____

4.-Respirador bucal

Desde cuando se dió cuenta? _____

Frecuencia (diurno, siempre, noche) _____

Duración _____

Huellas que presenta _____

5.-Morderse las uñas

Desde cuando se dió cuenta? _____

Frecuencia (diurno, siempre, noche) _____

Duración _____

Huellas que presenta _____

6.-Hábito de chupón y/o biberón

Desde cuando se dio cuenta? _____

Frecuencia (diurno, siempre, noche) _____

Duración _____

Huellas que presenta _____

7.-Bruxismo (rechinar los dientes)

Desde cuando se dio cuenta? _____

Frecuencia (diurno, siempre, noche) _____

Duración _____

Huellas que presenta _____

8.-Otros (introducción de objetos a la boca) _____

Qué ha hecho para evitarlos? _____

ERUPCION Y DENTICION

- 1) Secuencia anormal _____ Si () No ()
- 2) Pérdida prematura _____ Si () No ()
- 3) Retención prolongada _____ Si () No ()
- 4) Erupción retardada _____ Si () No ()
- 5) Falta de contacto
proximal por caries _____ Si () No ()
- 6) Malposición dentaria _____ Si () No ()
- Giroversiones ()
- Inclinación del diente () ()
- 7) Dientes cariados y obturados Si () No ()

Obturados	Cariados	Cariados y obturados
8) Otras anomalías _____		
Edad dental _____		
Higiene oral	Buena _____	Mala _____
Método y frecuencia _____		

CUESTIONARIO A LOS PADRES

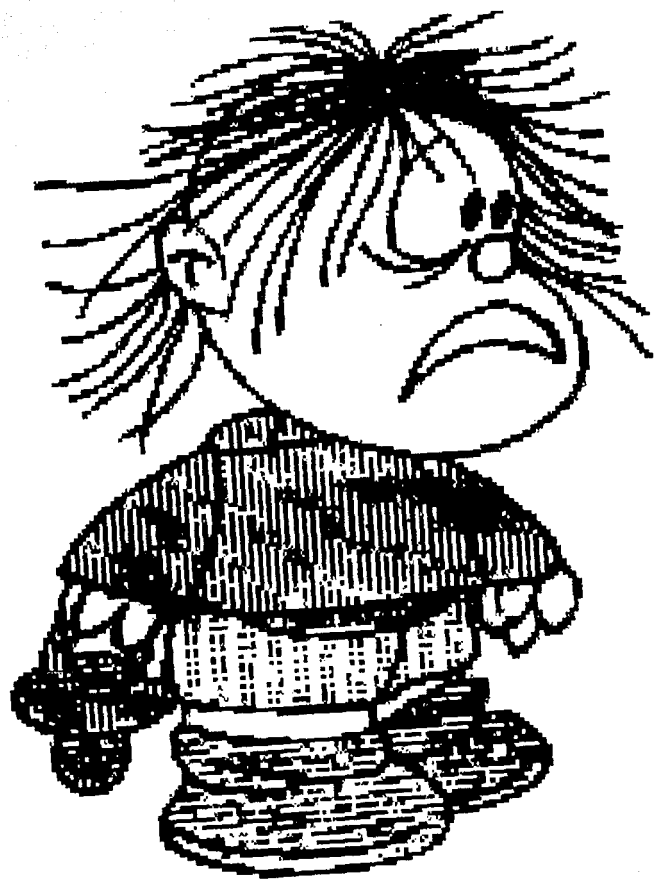
- 1.-¿Qué piensa usted de los hábitos? _____

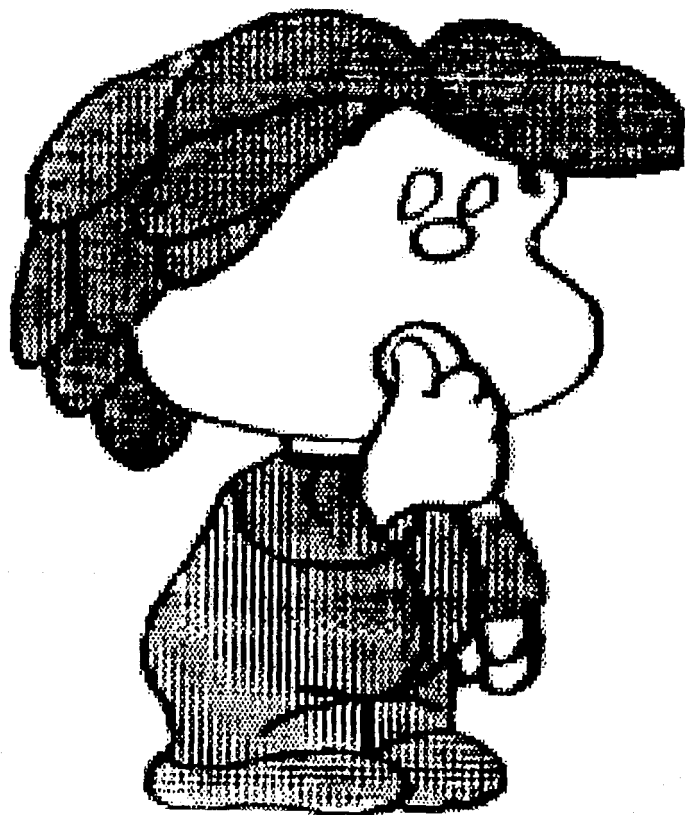
- 2.-¿Usted cree que ese hábito le haga daño al niño? _____

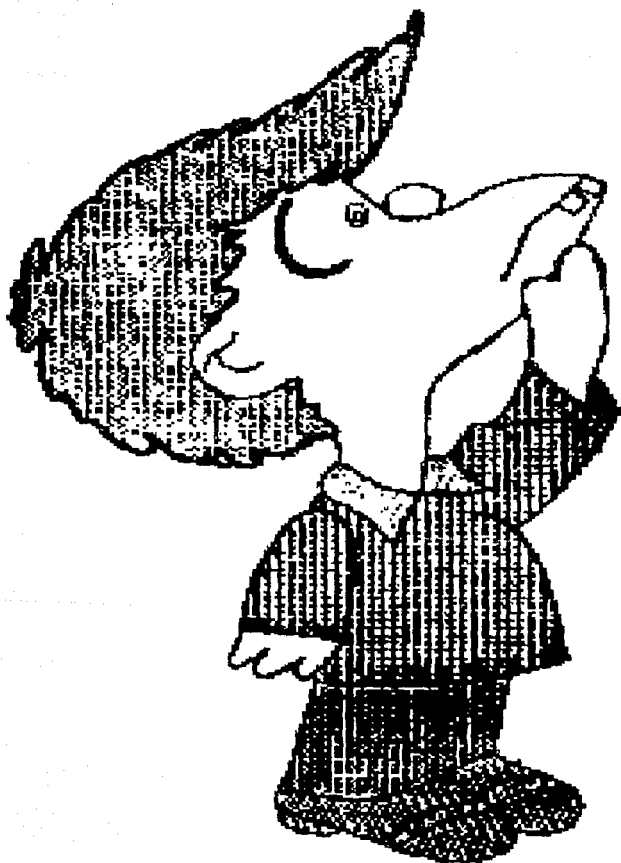
- 3.-¿Cree usted que los hábitos desaparecen solos? _____

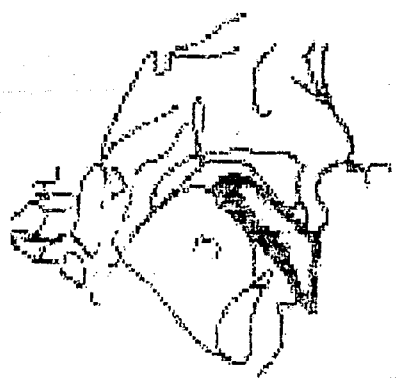
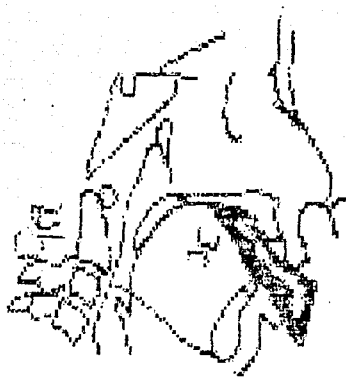
- 4.-¿Usted tuvo algún hábito? _____

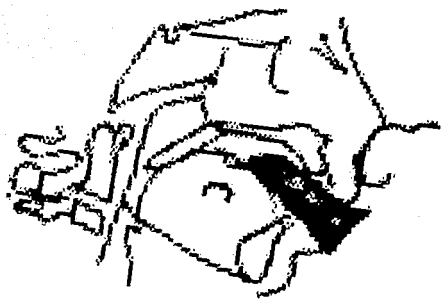
- 5.-¿Ha intentado quitarle alguna vez el hábito? _____
¿Qué ha hecho para quitárselo? _____

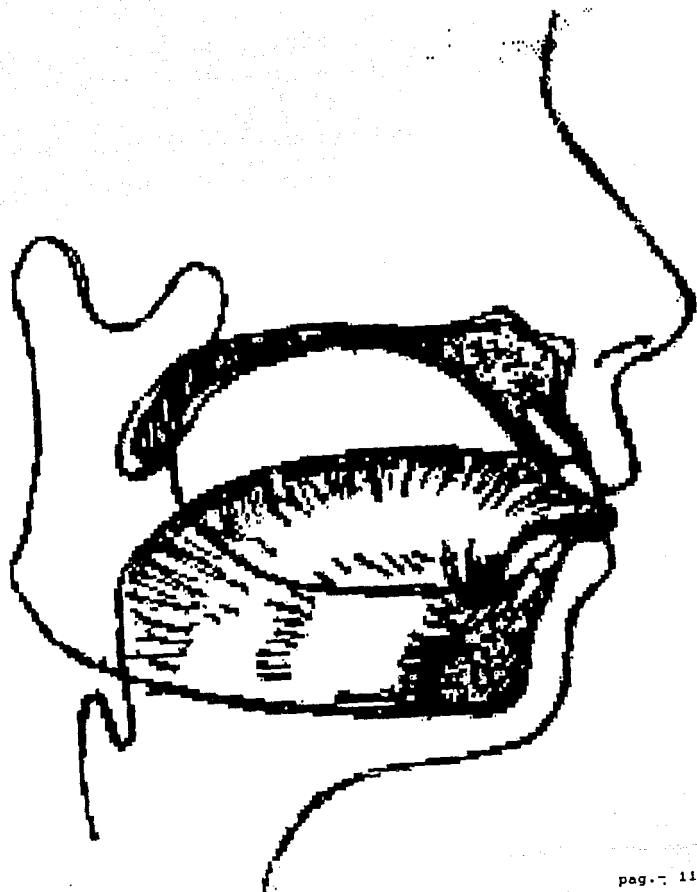


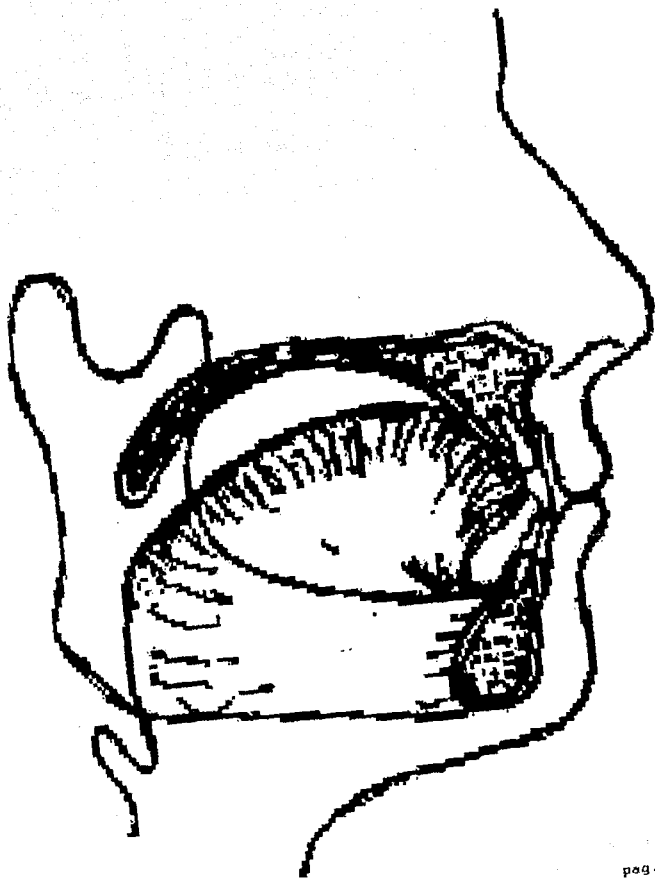


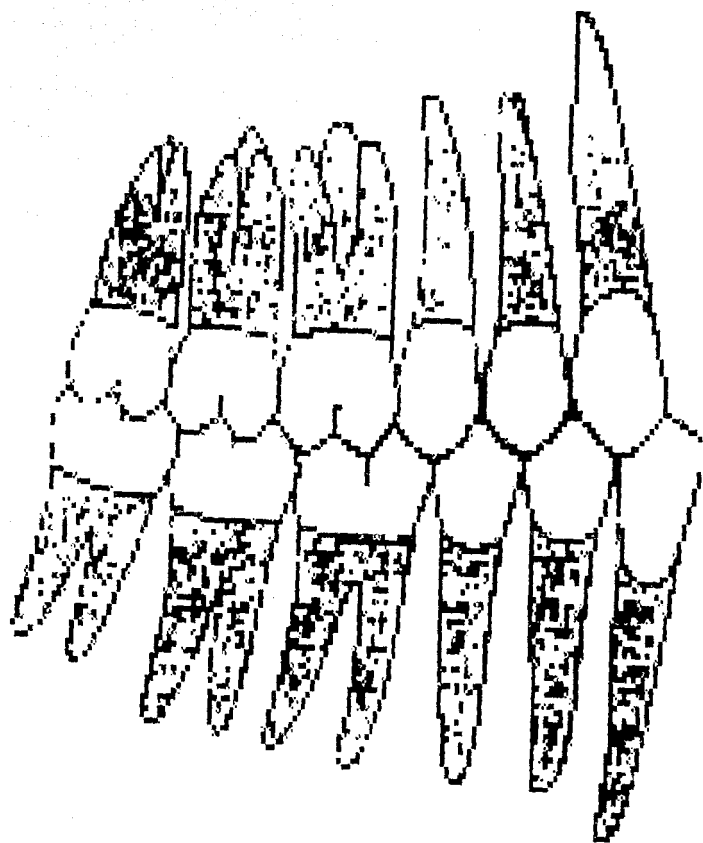


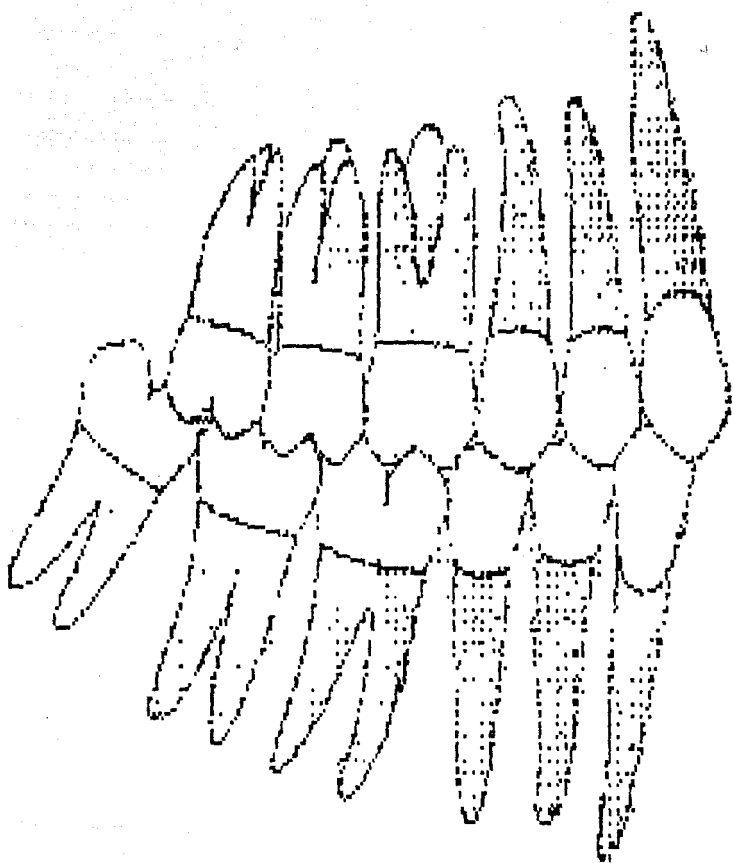


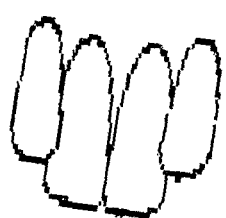


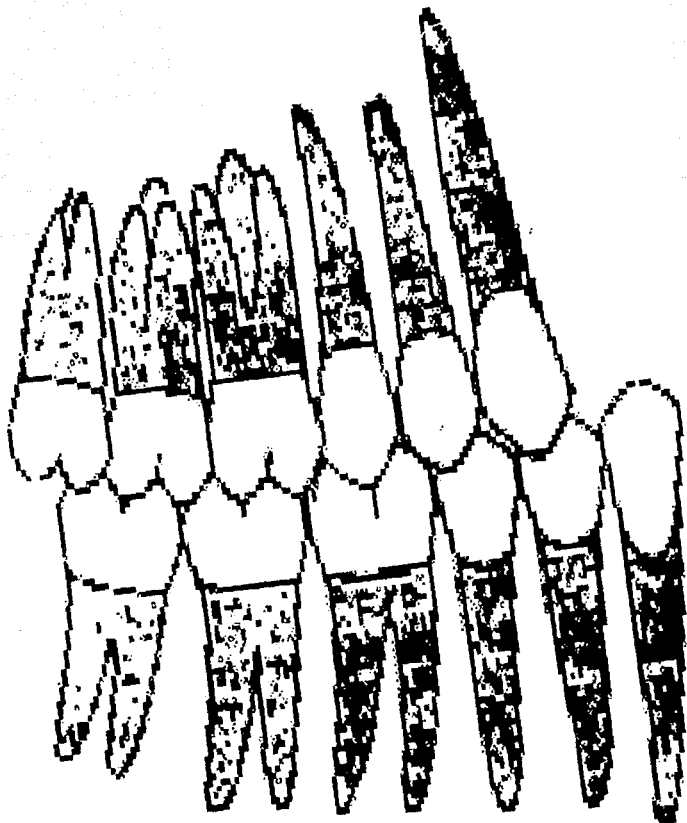












BIBLIOGRAFIA

- 1.- AGUILAR GARCES GERARD. Succion del Pulgar, Problemas Causas y Tratamientos. Revista ADM. XXXVI (4):417-419, Julio-Agosto 1979.
- 2.- ANDERS LINDERS, MODEER THOMAS. Relation Between Sucking Habits and Dental Characteristics in Preschool Children With Unilateral Cross-Bite. Journal Dental Res. 97:451, 1989.
- 3.- ANDLAW R. J. ROCK W. P. Manual de Odontopediatria. Ed. Interamericana. 1989. cap. 21.
- 4.- ATTANASIO RONALD. Nocturnal Bruxism and Its Clinical Management. Dental Clinics of North America, 35 (1):250, January 1991.
- 5.- BARBER K. THOMAS, LUKE S. LARRY. Odontologia Pediatrica. Ed. Manual Moderno 1988. Pag. 263-270.
- 6.- BENGT O. MAGNUSSON, KOCH GORAN, SWEN POULSEN. Odontopediatria: Enfoque Sistemático. Ed. Salvat 1985. Pag. 257-330.
- 7.- BRAHAM RAYMOND L. Odontologia Pediatrica. Ed. Medico . Panamericana Buenos Aires, 1984. Pag.420-424.
- 8.- BRENCHLEY M. L. Is Digit Sucking of Significance? British Dental Journal, 171 (11/12):357-358, 1991.

- 9.- CADENA GALDOS ANTONIA, HINOJOSA ALEJANDRO. Maloclusiones en la Dentición Primaria. Revista ADM. XLVII (3):107-111. Mayo-Junio 1990.
- 10.-CANUT BRUSOLA JOSE ANTONIO. Ortodoncia Clínica. Ed. Salvat 1992. Cap. 13. Pág. 224.
- 11.-CHEIRIF BERKOTEIN SIMON, RAJUNOW SARAFANOW SAMUEL. Analisis de los Hábitos Orales. Revista ADM. XXXVII (2):95-98, Marzo-Abril 1980.
- 12.-CHRISTENSEN JOHN, HENRY FIELDS. Los Años de la Dentición Primaria de 3 a 7 años. Pág. 311-317. 1986.
- 13.-CHISTENSEN JOHN R., FIELDS HENRY W. Desde la Concepción Hasta los 3 años de edad. Pág. 170-172. 1986.
- 14.-DAVIS JOHN M., LAW B. DAVID. Paidodoncia Atlas. Ed. Médica Panamericana, 2da. Edición 1984. Cap. 2. Pág.33-41.
- 15.-DORLAND WILLIAN ALEXANDER. Dorland's Illustrated Medical Dictionary. 26ed. Ed. Philadelphia. Pág.687. 1986.
- 16.-FORRESTE R. DONALD J., WAGNER MARK L., FLEMING JAMES. Podiatric Dental Medicine. Ed. Lea Febiger. 1981. Pág. 235-256.

- 17.-FORREST O. JOHN. Odontologia Preventiva. Ed. Manual Moderno.
1983. Cap. 6. 2da. edición.
- 18.-FRINAN PATRICK. Thumb-Sucking. American Journal of Diseases of
Children. Vol. 145:(7/8); 845-846, August 1991.
- 19.-GEIS H. ARNO, PIARULIE H. DIANE. Psychological Aspects of
Prolonged Thumbsucking Habits. Journal the Clinical
Orthodontics. 22 (8): 492-495. August 1988.
- 20.-GORAN KOCK. Pedodontics. A Clinical Approach. Ed. Munksgaard
1991. Cap.16. 1ra. edición. Pag. 279-283.
- 21.-HOEKELMAN ROBERT A. Principios de Pediatría. Ed. McGraw Hill
1983. Pag. 265.
- 22.-HOGEBOM EDDY FLOYDE. Odontologia Infantil e Higiene Odontologica
Ed. Hispanoamericana. Cap. 15.
- 23.-HOTZ RUDOLF. Odontopediatria. Odontologia para Niños y
Adolescentes. Ed. Medica Panamericana Buenos Aires. 1980.
- 24.-KENNETH P. SNAWDER, RULNICK B. MICHAEL. Manual de Odontopediatria
Clínica. Ed. Labor 1984.
- 25.-LEYT SAMUEL. El Niño en la Odontologia. Ed. Mundi. 1986. Cap. 15.

- 26.-LUNDEEN HARRY C., GIBBS H. CHARLES. Bruxism. Postgraduate Dental Handbook. Vol. 14:61-62. 1988. Pag.62.
- 27.-LUQUE COQUI MERCEDES. Extinción del Hábito Infantil de Chupón. Practica Odontologica. 10(2):8-10. 1989.
- 28.-MATHEWSON/THWSON/PRIMOSCH/ROBERTSON. Fundamentals of Pediatric Dentistry. Ed. Quintessence. 1987. Pag. 366-370.
- 29.-McDONALD E. RALPH. AVERY R. DAVID. Odontología para el Niño y el adolescente. Ed. Mundi 1987.
- 30.-MEYERS ALAN. Bottle-Feeding and Malocclusion: Is There an association? American Journal of Orthodontics and Dento Facial Orthopedics. Vol. 93 (1-3): 149-152, 1988.
- 31.-MINCHOM D. R. Is Digit Sucking of Significance. American Journal of Diseases of Children. Vol. 145 (7-8): 10, December 1991.
- 32.-MOYERS E. ROBERT. Manual de Ortodoncia Para el Estudiante y Odontólogo General. Ed. Médica Panamericana. Pag. 252-260. 4ta. ed. Buenos Aires. 1992.
- 33.-NAKATA MINORU. Occlusal Guidance in Pediatric Dentistry. Tokio: Ishiyaku Euroamérica. 1988.

- 34.-PINKHAM J.R. Odontologia Pediátrica. Ed. Interamericana-Mc Graw Hill 1991. Cap.13.
- 35.-SALCEDO GUTIERREZ ENRIQUE, CASTELLANOS S. JOSE LUIS Estudio sobre la Correlacion de Ruidos en la Articulacion Temporo-Mandibular con el Tipo de Oclusion y Habitros Bucales. Revista ADM. XLIV: 4 , Pag. 149-154, Julio-Agosto 1987.
- 36.-SEGURA DE LA FUENTE GAVITO, VARGAS ROSALES MANUEL. Mordida Abierta. Practica Odontológica, 11(5): 37-43, 1990.
- 37.-SILVA FILHO OMAR GABRIEL. Sucking Habits. Clinical Management in Dentistry. Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 15(3):137-155, 1991.
- 38.-VAN HEERDEN W. PIETER. Derotating a Tooth With a Lingual Rotation Tie. Journal of Clinical Orthodontics, 25(3): 160-162, 1989.
- 39.-WASSON L. JOSEPH. Correction of Tongue-thrust Swallowing Habits. Journal of Clinical Orthodontics, 23(1):27-29, 1989.
- 40.-WESTOVER M. KRISTINE. The Relationship of Breastfeeding to Oral Development and Dental Concerns. Journal of Dentistry for Children, 56(2): 140-143, 1989.
- 41.-WOODALL R. IRENE, DAFOE R. BONNIE. Odontologia Preventiva. Ed. Interamericana 1983. Cap. 26.