

318322

18
20



Universidad Latinoamericana

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HABITOS BUCALES PARAFUNCIONALES:
ETIOLOGIA, TRATAMIENTO Y
CONSECUENCIAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
LUIS ALFONSO MELO SANCHEZ

ASESOR: DR. CARLOS GONZALEZ

MEXICO, D. F.

1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

MAMA: Gracias a ti he logrado concluir mis estudios profesionales, soy el fruto de tu esfuerzo.

Espero que las enseñanzas que me has dado: amor, trabajo y honradez se vean reflejadas en mi vida profesional.

A TALIA: Gracias por tu amor y por tu ayuda incondicional en la realización de este trabajo.

Eres la inspiración que me impulsa a seguirme superando día con día.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
DEFINICION.....	4
ETIOLOGIA.....	5
CLASIFICACION DE HABITOS BUCALES	9
-Hábito de succión de dedo	14
-Hábito de proyección lingual	26
-Hábito de succión de labio	33
-Respiración bucal	36
-Bruxismo	38
-Automutilación	39
MALFORMACIONES MAS COMUNES OCASIONADAS	
POR MALOS HABITOS BUCALES	41
DIAGNOSTICO DE LOS HABITOS BUCALES	62
TRATAMIENTO DE LOS MALOS HABITOS BUCALES	64
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFIA	85

INTRODUCCION

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños, ya que se considera que estos hábitos son la posible causa de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros (que en la edad infantil son sumamente maleables) y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y de la oclusión. Es por ello, que una de las principales preocupaciones de los dentistas al atender éstos casos se relaciona con la posibilidad de que estos se puedan volver francamente anormales si los hábitos continúan por un largo tiempo.

Es bien sabido que en las profesiones de la salud, es mejor prevenir e interceptar las enfermedades, que tratar el problema cuando está totalmente establecido. Hace algunos años, los pacientes no eran referidos al ortodoncista a menos que tuvieran una marcada desviación de lo normal, esto de alguna forma se explica, porque tanto el público como el odontólogo no habían puesto el suficiente énfasis en la prevención e interceptación de las maloclusiones. Hoy en día está generalmente establecido que el cuidado dental para niños es necesario si queremos lograr una dentición normal.

Un número sustancial de maloclusiones es causado por factores etiológicos locales llamados **HABITOS BUCALES PERNICIOSOS**. Por lo que, el odontólogo debe realizar todos los esfuerzos para aprender y tratar de controlar estos hábitos; así como para comprender los factores biológicos relacionados a ellos y entender los efectos que esas fuerzas anormales pueden ocasionar en el hueso.

Los hábitos bucales parafuncionales han sido desde el principio de este siglo un importante tema de estudio, debido a la relación directa que existe entre estas entidades y las deformaciones maxilomandibulares. Desde entonces se ha investigado de que forma se originan los hábitos, cuales son los daños que producen y que tratamiento requieren.

En este trabajo de tesis se ha pretendido hacer una revisión bibliográfica de los títulos más reconocidos en cuanto a hábitos bucales se refiere. Con el objeto de abarcar de forma integral este tema, esencialmente nos enfocaremos a las relaciones causa-efecto, así como a su tratamiento. Básicamente se intentará explicar de una forma concisa y clara la manera en que los hábitos bucales se originan, mostrar la forma en que se correlacionan estos hábitos con las malformaciones que originan y siguiendo una secuencia didáctica haré mención del tratamiento y de los aparatos utilizados en éste.

Existen algunos autores que mencionan como factores etiológicos de los hábitos a un número determinado de circunstancias, mientras que hay otros que consideran que cada hábito en especial tiene un factor etiológico específico. Es por ello que he decidido contemplar ambas tendencias, para así dar un marco mucho más general sobre el tema. Para poder comprender mejor el mismo, incluiré las clasificaciones de los hábitos que son mayormente aceptadas.

Creo que el tema es de gran interés, ya que tiene una gran aplicación clínica; aplicación que en muchas ocasiones pasa desapercibida, debido a que las manifestaciones de un hábito no son tangibles a corto plazo, es lamentable, pero sólo nos percatamos de ellas cuando la malformación esquelética está presente.

Si observamos las estadísticas, nos daremos cuenta que un gran número de la población mexicana está afectada por esta patología, y una vez presente la deformidad, el tratamiento está enfocado básicamente a la corrección quirúrgica, la cual implica someter al paciente a una situación de alto riesgo.

El enfoque que daré a mi trabajo es hacia la **PREVENCION**; como se maneja actualmente en muchos otros países nosotros también debemos empezar a tener una mentalidad más que correctiva preventiva.

Actualmente muchos de estos pacientes son tratados ortopédica y ortodónticamente. De esta forma se están disminuyendo un gran porcentaje de maloclusiones, y en el peor de los casos los pacientes que necesitan cirugía tienen un pronóstico más favorable.

Durante el desarrollo de mi tesis me percaté, que a pesar de la existencia de bibliografía acerca de los hábitos, el tema es tan extenso que serían necesarios varios tomos para abarcar totalmente el mismo.

DEFINICION

Podemos decir que un hábito es la actividad cuya repetición es lo suficientemente frecuente como para que podamos considerarla una costumbre; todos los hábitos son patrones aprendidos por contracción muscular y de naturaleza muy compleja. Cada vez que se repite un acto, éste se vuelve menos consciente.

Los hábitos se forman gracias a la repetición constante, de esta forma los impulsos nerviosos se hacen cada vez más cortos y llegan más rápido a los músculos relacionados. Los hábitos en los distintos periodos de la infancia se van modificando tanto en cantidad como en calidad.

Thomson, en 1927 definió al hábito como la práctica fija o continua producida por la constante repetición de un acto, siendo un hábito pernicioso todo aquél que ejerce fuerzas anómalas externas sobre los rebordes alveolares y ocasiona deformaciones dentoalveolares. Sin embargo Johnson en 1938 menciona que aunque los hábitos perniciosos causen maloclusiones, los hábitos correctivos pueden ser grandes aliados. Como ejemplo la acción normal de los labios y la deglución correcta.

ETIOLOGIA

Para determinar el procedimiento más adecuado para eliminar los hábitos bucales es muy importante revisar las causas y las características que provocan el desarrollo de un hábito.

Para la prevención de los hábitos, y en general para cualquier prevención, es necesario que no sólo nos ocupemos del tratamiento de los procesos patológicos, sino también de las causas que los originaron. Ya que, si deseamos actuar como doctores en odontología, y no simplemente como técnicos, es esencial considerar que los hábitos pueden no ser la causa primaria de la patología, sino simplemente una causa intermedia. Y que, en gran medida, reconocer la causa básica del hábito nocivo es la única manera de lograr un verdadero éxito en nuestro tratamiento.

Muchos autores piensan que los hábitos son parte de los requerimientos normales de la vida, como el aprender a caminar, a vestir, etc. Estas actividades son sólo algunas de las cosas que debemos aprender si queremos vivir dentro de una sociedad moderna. También existen otros hábitos como el del estudio, y otros más llamados hábitos sociales como son bailar y tocar un instrumento musical.

Para desarrollar un hábito se debe tener el deseo de hacerlo. Es imposible para algunas personas desarrollar un hábito en contra de su voluntad. Este concepto de disponibilidad ha recibido mucha importancia, sobre todo, en el área de la educación donde se afirma que un niño no podrá aprender a leer o a escribir mientras no haya

desarrollado el deseo de hacerlo, esto también implica que el niño tenga la capacidad tanto física como mental para lograrlo.

El inicio de un hábito, a menudo requiere de un gran esfuerzo. Por otra parte, se requiere de cierto tiempo para que los impulsos pasen a lo largo de los nervios aferentes al cerebro y regresen a través de los nervios eferentes a los músculos relacionados. Por repetición constante el tiempo requerido es generalmente reducido.

Hay factores etiológicos subyacentes a los hábitos perjudiciales que ocasionan la maloclusión:

Causas mecánicas. Las causas mecánicas de los hábitos se observan en niños con patrones de respiración y deglución normales hasta que los incisivos permanentes erupcionan ectópicamente en una posición protruida y provocan una interferencia mecánica. Como resultado, el labio inferior puede quedar atrapado por los incisivos ectópicos. En otras palabras, en esta situación se originan patrones de deglución atípicos que surgen como una respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los dientes.

Causas patológicas. Una inflamación de las amígdalas y las adenoides puede acarrear la respiración bucal. Una vez que la infección ha remitido, las adenoides pueden quedar agrandadas y persistir dicha respiración. No obstante, la extirpación de las amígdalas y las adenoides ayudará al tratamiento del hábito, de modo que se puedan restaurar con rapidez los patrones de respiración adecuados.

Causas emocionales. Los niños que están aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluirán la succión de los dedos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta como retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes.

Muchas veces decimos que los disturbios emocionales son la causa de los hábitos, sin embargo el chuparse el dedo puede ocurrir aun en edades tempranas donde no se tienen indicios de disturbios emocionales. Actualmente se piensa que los disturbios emocionales sólo afectan la frecuencia y la intensidad del hábito, pero no son la causa directa del desarrollo de un hábito. El daño infligido por tales conductas depende de:

- 1.- Intensidad
- 2.- Duración
- 3.- Frecuencia

Un hábito de corta data y de ligera intensidad puede no provocar daño en absoluto. Lo que el niño puede requerir aquí es amor y comprensión y no un tratamiento miofuncional y con aparatos. En realidad, la terapia miofuncional podría aún agravar el hábito o hacerlo de suma importancia como para crear una maloclusión.

Causas imitativas. Los niños pequeños aprenden por imitación, como por ejemplo a hablar, a sentarse y a ponerse de pie, el resultado de esto es que con frecuencia desarrollan los problemas de fonación de sus padres. Los niños también imitarán sus posiciones de lengua y mandíbula.

Conducta al azar. Se refiere a situaciones en las que por determinadas circunstancias se puede lograr el desarrollo de un hábito. Por ejemplo un niño que sufre molestias provocadas por la dentición cuando erupcionaron sus incisivos superiores y que, para aliviar el dolor frota sus encías con el pulgar, y al descubrir que esta anestesia por presión es reconfortante, mantiene su dedo contra la encía adolorida del maxilar. Con rapidez puede comenzar a chuparse el dedo de forma regular ante el placer que esto le ocasiona.

CLASIFICACIONES DE HABITOS BUCALES

En la literatura existente encontramos varios tipos de clasificaciones de los hábitos bucales; aquí sólo mencionaremos las más comúnmente aceptadas.

Según William James, un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro mediante el cuál tratan de escapar ciertas corrientes aferentes. Según él, los hábitos relacionados con la maloclusión deben clasificarse como :1) útiles y 2) dañinos.

1) **Los hábitos útiles**, incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y uso normal de los labios al hablar.

2) **Los hábitos dañinos** son todos aquéllos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de mantener la boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios, y chuparse los pulgares.

Otros autores clasifican a los hábitos bucales en:

A) **Hábitos bucales no compulsivos** en donde los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar ciertos hábitos nuevos aceptados por la sociedad. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios a través de halagos, y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por medio de los padres. El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juegos y de clase. Los hábitos que se

adaptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, ya que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptado, a un nuevo patrón de conducta más consciente con un mayor nivel de madurez y personalidad.

B) Hábitos bucales compulsivos. Generalmente, se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

En la mayoría de los casos, los niños tienden a sufrir de mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe aclararse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Una clasificación más, se refiere a los hábitos bucales como:

C) Hábito fisiológico bucal normal. Se caracteriza por los signos extraorales siguientes:

I.- La respiración se hace por la nariz con la boca cerrada.

2.- La deglución ocurre con la boca cerrada sin proyectar la lengua, mostrar los dientes ni mover los labios.

3.- Los elementos extraorales, como los dedos, y ropas no deben llevarse a la boca.

4.- En descanso, los dientes están separados, los labios juntos, la punta de la lengua apenas por abajo de las rugas palatinas y las partes media y posterior de la lengua algo deprimidas.

5.- Cuando el paciente deglute es necesario crear un vacío para aspirar el bolo alimenticio hacia la faringe.

D) **Hábito bucal anormal.** La acción muscular anormal tiende a perturbar el equilibrio muscular entre los labios y los músculos buccinadores sobre las caras vestibulares de los dientes y la lengua sobre las caras linguales y palatinas de estos últimos. Como resultado de ello, los dientes tienden a asumir nuevas y malas posiciones.

El hábito bucal fisiológico anormal se caracteriza por:

1.- Respiración bucal.

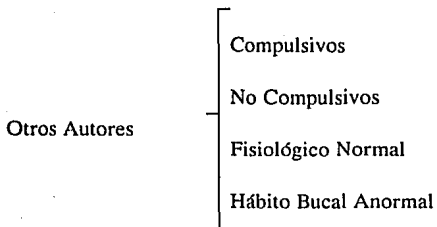
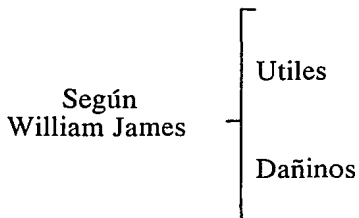
2.- Proyección de la lengua sobre los dientes y los labios durante la respiración.

3.- Cierre incompleto de los labios cuando se respira.

4.- Cierre incompleto de los labios durante la deglución.

5.- Movimiento notable de la musculatura facial peribucal durante la deglución, aunque los labios puedan permanecer cerrados.

6.- Dedos inflamados e irritados, inusualmente limpios.

CLASIFICACION DE LOS HABITOS BUCALES

HABITO DE SUCCION DE DEDO

El hábito de chuparse el pulgar y otros dedos es importante por la preocupación que causa a los padres. Con frecuencia, el pediatra, a quien acuden los padres alarmados, se encuentra tan confundido acerca del significado de este hábito como los mismos padres. El examen de estos pacientes requiere conocimientos acerca del significado de este hábito en diferentes edades. Se necesita saber qué daños puede provocar, qué factores conducen al desarrollo de este hábito y qué medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada. Haryett, Hansen, Davidson y Sandilands escribieron: "el chuparse el pulgar es un hábito adquirido y contradice la teoría psicoanalítica que atribuye este hábito a un síntoma de trastorno emocional más profundo."

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para succionar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no sólo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como el sentido de la seguridad, el sentimiento de calor por asociación y el sentirse necesitado. Los pediatras y los psiquiatras han reconocido la importancia de esta vía de comunicación con el mundo exterior, para los lactantes los labios son un órgano sensorial y la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada.¹

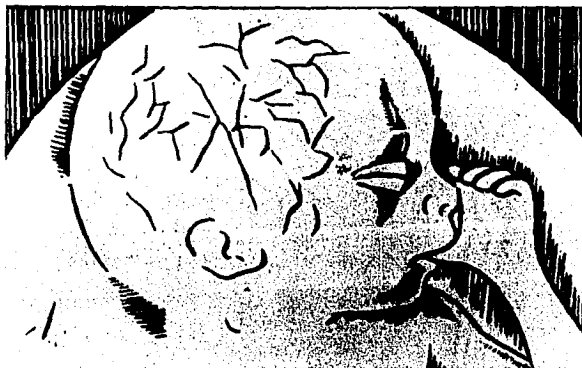
¹ Posteriormente al desarrollar sinápsis el lactante ya no necesita depender de esta vía de comunicación.

Brenchley indica que la incidencia del hábito de succión de dedo es de 30% en niños de un año de edad con igual número de niños de ambos sexos. Este porcentaje se reduce a 12% para niños de 9 años, y a 2% para niños de 12 años. Las mujeres tienen un mayor porcentaje de succión digital, y hay poca incidencia en niños de raza negroide y de sustrato económico bajo.

Instinto de succión en los mamíferos. Todos los mamíferos cuidan de sus hijos, brindándoles la protección y el alimento hasta que puedan valerse por sí mismos. Durante el período que sigue al nacimiento, toda la prole mamífera mama leche. En los humanos, el recién nacido debe ser capaz de succionar inmediatamente. Por lo que uno de los primeros reflejos manifestados en él es el de orientación, que ayuda al neonato a encontrar a ciegas el pezón. Para un bebé que no puede oír, ver o coordinar sus brazos, piernas o manos, o controlar su vejiga o intestinos, el acto de chupar, que comprende músculos voluntarios así como involuntarios, requiere un alto grado de experiencia y entrenamiento.

Según un estudio realizado por S. Saint-Anne Dargassies, los fetos de siete meses de vida intrauterina están capacitados para alimentarse. Esto fue demostrado en una rara serie de fotografías de embriones tomadas por el fotógrafo sueco Nilsson (Fig. 1). Es necesario acotar que este acto de succión está tan enraizado, que el embrión que se alimenta a través de la placenta se siente forzado a succionar aunque no recibe otra respuesta que la de su propiocepción neuromuscular bucal.

Figura 1.



La conducta de la succión se ve reforzada sólo por la quinestesia positiva o la sensación placentera de los movimientos rítmicos . Se ha sugerido que aquellos embriones incapaces de ubicar sus dedos con rapidez colocaron sus lenguas. Además, la almohadilla grasa vestibular o almohadilla de succión, que da la redondez a la cara de los infantes ayuda al proceso de succión.

Al mismo tiempo que se desarrollan los dientes y el niño pasa a ingerir alimentos sólidos la almohadilla grasa vestibular se atrofia. Las líneas faciales bastante delgadas

de la mayoría de los adultos señalan la desaparición virtualmente total de esta estructura, que sugeriría el término de la necesidad de succión. Sin embargo, no es raro que el hábito de succión persista mucho más allá después de que ha desaparecido la necesidad biológica.

Como mamíferos hemos sido programados biológicamente como embriones y como fetos para succionar. Somos entrenados para hacer esto antes del nacimiento y nuestras almohadillas de succión están preparadas para comenzar a trabajar enseguida de que se produzca el nacimiento, con esto en mente es preciso notar ahora que los neonatos empiezan su vida de aprendizaje sólo dos o tres días después de haber nacido. A causa de que su sensibilidad y musculatura bucal están muy desarrolladas en el momento del nacimiento, la generalidad de sus primeros aprendizajes está naturalmente asociada con la succión y con la alimentación. Aquellos hábitos que podemos aprender más pronto tienden a dejar una huella más permanente en nuestro comportamiento y, por tanto, a menudo tienden a influirnos durante el resto de nuestras vidas.

Fisiología de la succión natural. 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 encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana.

El niño siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia.

Fisiología de la succión digital. El hábito de chuparse el dedo abre la boca más allá de la posición postural de descanso, ejerciendo una presión labial y depresora sobre los incisivos superiores y una fuerza lingual y depresora sobre los incisivos inferiores.

En un estudio cinerradiográfico, Subtenly y Subtenly (1973) comprobaron que la variación en la posición del pulgar podía tener un efecto específico selectivo sobre la oclusión y la posición de los incisivos superiores e inferiores. Se comprobó que el pulgar podía adoptar cuatro tipos principales de posiciones durante la succión. En la primera de ellas, y la más frecuente, que se daba en un 50% de los individuos en los que el pulgar penetraba en la boca considerablemente hasta pasada la primera articulación ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar (Fig. 2A). El incisivo inferior presionaba contra el pulgar o se ponía en contacto con él, por detrás también de la primera articulación. En el segundo grupo (24%), el pulgar no se introducía totalmente en la zona abovedada del paladar duro (Fig. 2B). En el tercer grupo (18%), el pulgar se introducía totalmente en la cavidad oral y se ponía en contacto con la bóveda palatina, pero en este caso a diferencia de la primera posición descrita, el incisivo inferior no estaba en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión (Fig. 2C). En

el cuarto grupo (6%) el pulgar penetraba muy poco en la boca y el incisivo inferior establecía contacto con él aproximadamente en la uña (Fig. 2D).

Figura 2A



Figura 2B



Figura 2C



Figura 2D



Psicología en torno al hábito de succión digital. Algunos niños reconocen el chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar este hábito. Pero, al igual que otros hábitos, encuentran que es difícil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y auspiciar una actitud defensiva o de frustración (higiene mental poco deseable). En otros niños, el hábito de dedo puede tardar en desaparecer. Es un acto que produce euforia, y que está condicionado por la repetición constante, el niño aún no transfiere sus actividades para obtener placer a actividades maduras y extrovertidas propias de niños mayores.

A pesar del interés de muchos psicólogos de orientación freudiana y pediatras que consideran que el hábito de chuparse los dedos es síntoma de una neurosis profunda y que el destierro del hábito causará problemas en el adulto, las pruebas clínicas de estas afirmaciones no existen. Aquí, quizá más que en cualquier otro tema, los aficionados a la psicología se han divertido inventando interpretaciones pseudocientíficas y proyecciones no fundamentadas por una investigación objetiva.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como la succión de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. La succión del pulgar es con frecuencia la única manifestación de la inseguridad del niño o de su mala adaptación. El niño puede tener miedo a la obscuridad, a la separación de los padres, a los animales o insectos. Los conflictos en el hogar también pueden estar relacionados con el hábito y con otros problemas de adaptación normal. Por lo tanto, El problema de la succión puede no ser

un síntoma aislado, sino uno de varios síntomas relacionados con conflictos e inestabilidad emocional resultantes de una serie de acontecimientos pasados.

El Dr. Geis, realizó un estudio donde examinó a 52 pacientes masculinos y femeninos con rangos de edad de 9 a 12 años, y los dividió en dos grupos: A) niños que han mantenido el hábito de succión de dedo más allá de los seis años de edad, y han desarrollado deformidades dentales, y B) un grupo control que nunca había chupado el dedo. Los resultados arrojaron que los chupadedos no eran más emocionalmente inestables que el resto de la población, sin embargo, los niños que tenían una personalidad neurótica, (medida por medio de cuestionarios de personalidad), fueron encontrados dentro del grupo de chupadedos. La otra parte del estudio reveló que los chupadedos crónicos eran más introvertidos que el promedio de grupo control, y todos los niños coincidieron en que ellos preferían chupar sus dedos en situaciones estimulantes, como después de ser regañados, mientras esperan en el dentista, o mientras ven una serie de horror en la televisión.²

² El Dr. Arno Geis menciona que los niños que succionan el dedo lo hacen por reducir la tensión, lo cual lo llevó a pensar que hay una relación del hábito de succión de dedo y la introversión de los niños.



Daños en la oclusión. La duda acerca de si el daño de chuparse el dedo es temporal o permanente puede ser contestada "si" para ambos. Obviamente, es necesario calificar muchos aspectos de este problema. Contribuyendo al problema se encuentran entidades como morfología original, patrón de mamar y deglutir, ciclo de maduración de la deglución, persistencia, intensidad, duración del hábito, fuerza de palanca producida por posiciones específicas y otros factores. La morfología inicial y el patrón dentofacial inherente condicionan aún más cualquier predicción de la oclusión final. Si un niño ya posee una maloclusión inherente clase II, división 1, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado.

Durante los tres primeros años de vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de vida, no suele más que reducir la sobre mordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten con el hábito más allá de los tres años y medio. Como ha sido mencionado anteriormente, esto no se debe en su totalidad al hábito de dedos y pulgar, sino al auxilio importante de la musculatura peribucal. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la

deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos de 2800 a 3000 veces al día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución.

Existen pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en chupaderos confirmados. El acto infantil de la deglución, con su actividad a manera de émbolo, persiste, o se prolonga demasiado al período transicional, con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo.

El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir), pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o aplana. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior³.

Es factible que la proyección compensadora de la lengua, los patrones infantiles de deglución, y la función anormal de la musculatura peribuca sean auxiliares poderosos, aún en los casos de la oclusión unilateral de clase II asociados con el hábito de chuparse los dedos. Por lo tanto, el verdadero peligro, es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca.

³ Es de especial interés el músculo borla de la barba durante las posiciones de descanso y función.

Son estas fuerzas pervertidas las que ocasionan mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con hábitos de dedos.

La *duración* de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importantes son otros dos factores: la *frecuencia* del hábito durante el día y la noche afecta también el resultado final, ya que el niño que se chupa el dedo sólo cuando se va a dormir se causará menos daños que aquél que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La *intensidad* también es importante. El hábito en algunos niños es tan intenso que el ruido producido al succionar puede escucharse hasta la habitación próxima y la función muscular peribucal así como las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros casos, el hábito de succión no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin la actividad visible del buccinador.

HABITO DE PROYECCION LINGUAL

Definición: Dado que la interposición lingual se considera como el más común de los hábitos bucales, es importante definirla de algún modo. Se piensa que la interposición lingual constituye un patrón de deglución anormal, que condiciona un desequilibrio en los músculos orofaciales y problemas en la oclusión.

Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios. Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y el labio inferior ayuda a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución. Esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces al día.⁴

Etiología. Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar. Con la presencia de este hábito el patrón de deglución maduro no se desarrolla según está

⁴ Katrin en 1990, realizó un estudio donde midió la presión de la lengua en las posiciones de reposo, deglución, y masticación. Encontró, que en la posición de reposo, los incisivos superiores y los inferiores, así como, los molares superiores estaban sujetos a una presión negativa. La presión negativa durante la deglución fue mayor, y la presión durante la masticación fue la mitad de la de deglución.

previsto. Con la erupción de los incisivos a los 5 ó 6 años de edad la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante

Los investigadores han informado que un patrón de deglución normal de un bebé, es muy parecido al empuje lingual, con la punta de la lengua interpuesta entre los rebordes gingivales para contactar el labio inferior y obtener un sellado para la deglución. Sólo con la maduración y la erupción de los dientes temporarios se produce una lenta modificación hacia el patrón de deglución adulto. Aún así, un estudio demostró que el patrón de deglución infantil persiste en un alto porcentaje de niños de 4 a 6 años de edad. Sin embargo, en los niños que tienen hábitos de succión digital, la mordida abierta anterior resultante proporciona una perfecta vía de conveniencia a través de la cual la lengua puede proyectarse. Cuanto más persiste el hábito de succión, es más difícil que el patrón de deglución madure hacia lo normal.

Es importante comprender que las malposiciones de los dientes anteriores permanentes que han sido causadas por los hábitos de succión pueden ser mantenidas o aún empeoradas por un hábito de deglución aberrante continuo. La fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia adelante es obvia. Anderson corrobora las observaciones de Moyers, cuando afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos. En su estudio, 54.2% de los niños con hábito de lengua tenían antecedentes de chuparse los dedos. En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumenta la sobre mordida horizontal y la mordida abierta y las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares; por lo tanto la dimensión vertical de

descanso y dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento. (Esta no es una situación sana para los dientes).⁵

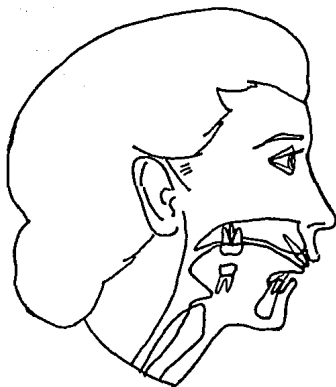
Características de la deglución anormal o atípica. En la deglución atípica la punta de la lengua puede descansar en cualquiera de las siguientes posiciones anormales:

- 1.- Contra los dientes superiores.
- 2.- Contra los dientes inferiores.
- 3.- Entre los dientes superiores y los inferiores.
- 4.- Entre los labios.

Fisiología de la deglución atípica

El paciente con una deglución atípica normalmente tiene sus labios y dientes separados, para deglutir él debe cerrar la boca con el objeto de crear un vacío y lo realiza mediante la proyección anterior de la punta de su lengua. A causa de que la boca está sellada por dicha proyección, la porción media de la lengua no puede elevarse lo suficiente como para originar la succión. Por tanto, esto es efectuado al levantar la parte posterior de la lengua hacia el paladar. Debido a su proyección entre los dientes durante el acto de la deglución, éstos no son tocados, lo cual puede detectarse a menudo por la inactividad de los músculos temporales y maceteros.

⁵ La proyección lingual puede causar o perpetuar, en algunos casos, una mordida abierta anterior o empeorar una maloclusión Clase II en desarrollo, especialmente si es Clase II división 1.

Figura 1

Maduración de la deglución. El término de la deglución infantil y la maduración del proceso de deglución se realizan de la siguiente forma: La lengua del neonato está restringida en sus movimientos y éstos suelen ser hacia arriba y abajo. Después de cuatro semanas, se hace visible el movimiento de la lengua hacia atrás. Al principio, este movimiento produce una proyección de la punta de la lengua hacia el frenillo, pero, más tarde, la lengua se proyecta sobre el labio inferior. A las doce

semanas, a la presentación del pezón, la lengua aplanada puede estar en el borde del labio o más allá. La lengua se torna activa y forma un surco de manera rítmica.

En reacción al alimento sólido, la lengua de un bebé de 16 semanas muestra una tendencia a eyectar los alimentos a causa del predominio de la pauta de proyección lingual. Gradualmente, la lengua inhibe esta proyección lingual. A la presentación del pezón o la cuchara, la lengua va hacia atrás y hasta puede hundirse a modo de anticipación. Los movimientos laterales de la lengua, relacionados con la masticación, se tornarán más definidos. Los carrillos parecen hundirse y cooperar con los movimientos laterales de la lengua.

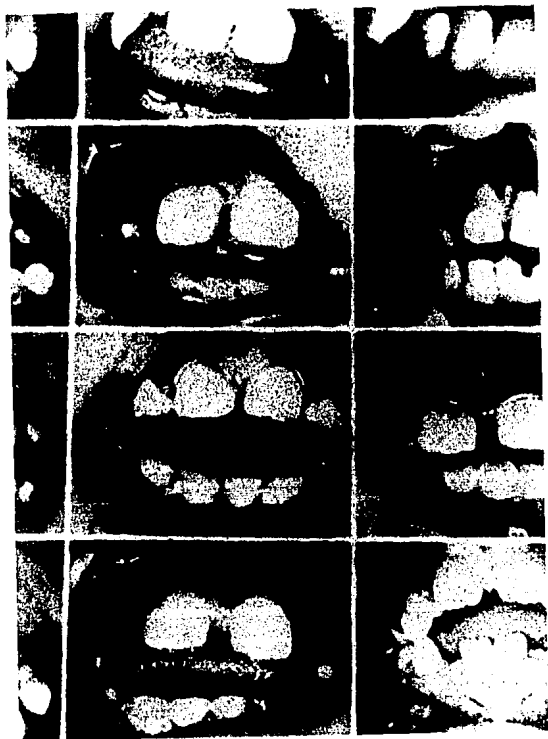
A los dos años, el niño puede tener una cierta habilidad para pasarse la lengua por el labio superior, pero, al año siguiente el niño es capaz de barrer con la lengua todo el labio superior de un lado a otro. Con el mayor control de la lengua llega una transición más rápida en la deglución, desde la deglución del bebé hasta la del adulto.

Habitualmente, hacia el quinto año de edad, la elevación de la mandíbula ha progresado hasta el punto del contacto molar posterior. Al realizarse la deglución, la lengua se ubica atrás de los incisivos superiores y mantiene a los labios relajados. El momento exacto en que ocurre la deglución adulta varía de un niño a otro y es un *continuum* que torna difícil determinar la cesación de la deglución infantil.

Profitt cree que los niños en las etapas transicionales de la maduración de la deglución tienden a ser calificados como proyectores linguales o deglutidores atípicos. En general, se acepta a la proyección de la lengua como secuela de succión digital y

que, como tal, mantiene la sobremordida abierta o incompleta. En vez de afirmar categóricamente que la lengua causó la sobremordida abierta o incompleta, se podría decir con igual convicción que la proyección lingual es el resultado de la sobremordida abierta o incompleta, un hábito compensatorio, en especial en pacientes con labios que no ocluyen.

La proyección lingual y las contracciones con fuerza de los labios pueden asegurar un sellado que ayude a la deglución. Se ha culpado a las amígdalas crecidas y adenoides de la proyección lingual y de la ubicación anterior de la lengua. Los estudios demostraron que la extirpación de las amígdalas y adenoides no hace desaparecer la deglución infantil.

Figura 2.

HABITO DE SUCCION DE LABIO

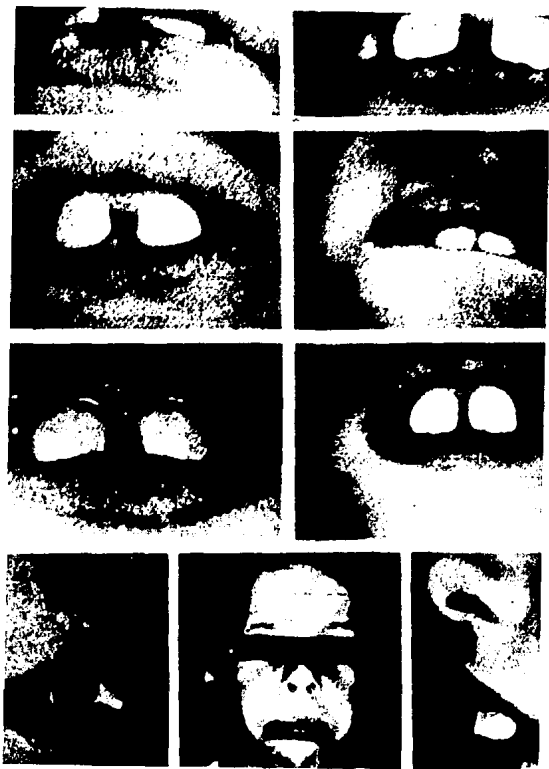
La succión del labio es un hábito observado en niños con un pronunciado resalte vertical, este hábito se lleva a cabo cuando se succiona el labio inferior entre los incisivos superiores y los inferiores, y si es constante se produce una lesión semicircular en el labio inferior. Esta lesión está sujeta a grietas y a infecciones sobreagregadas como el impétigo y la queilitis angular.

En los niños con succión labial de larga duración se suele hallar una inclinación hacia lingual en los incisivos inferiores, También puede producirse la protrusión hacia vestibular de los incisivos superiores, con un resalte exagerado y con frecuencia con sobre mordida profunda. Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de éstos por la actividad anormal del músculo borla de la barba. Por otra parte, el labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal, sino que éste permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina en la literatura como **postura de descanso incompetente del labio** ⁶.

⁶ Debido al intento de crear un sello labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y el labio inferior ayuda a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumenta la severidad de la maloclusión. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución; esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces al día.

Los niños que succionan el labio inferior o lo muerden, en realidad reciben la misma satisfacción que proporciona el chupado de dedo. Resumiendo, el apiñamiento de los incisivos inferiores es un problema ambiental limitado al arco inferior. El músculo mentoniano, por una contracción excesiva durante la deglución, puede ejercer una presión lo suficientemente desbalanceada sobre los incisivos inferiores recientemente erupcionados, como para empujarlos hacia lingual. Esta presión muscular es muy importante en la causa y subsecuente tratamiento del apiñamiento de los incisivos anteroinferiores. Fig 1.

Figura 1.

RESPIRACION BUCAL

Desde hace más de cien años se discute sobre la relación entre la reducción de la función respiratoria, la dentición y la morfología facial. Así, existe un tipo facial específico, *la facies adenoidea*, que se ha asociado con sujetos con una historia prolongada de respiración bucal.⁷

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

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

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquéllos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completas del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.

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

⁷ Ung, es un estudio sobre los modos de respiración y las características dentofaciales, revela una tendencia a que los respiradores bucales tengan un patron dentoesqueletal clase II y retroclinación de los incisivos maxilares y mandibulares, además se encontró que estos pacientes tenían un incremento de la altura facial anterior y ángulos mandibulares grandes. (1990)

esfuerzos. Debe poderse distinguir a cual de estas categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del de un niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que representan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.

A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tiene espacios nasofaríngeos anchos, como se encuentran en los individuos braquicefálicos. La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

1.- **Hipertrofia de los turbinatos:** Ocasionada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.

2.- **Tabique nasal desviado con bloqueo de conducto nasal.**⁸

3.- **Adenoides agrandados.**

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 debido a esta causa. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse sin tratamiento alguno al

⁸ Leiter en su estudio sobre el papel de la resistencia nasal, realizado en 1989, enfatiza en la necesidad de una definición objetiva en la forma de respirar de los pacientes, antes de considerar cualquier tratamiento.

crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.⁹

BRUXISMO

Muchos hábitos bucales producen sólo perturbaciones menores en la dentición, ya sea en el alineamiento o en la oclusión. Algunos sin embargo son muy dañosos y pueden amenazar la conservación de uno o más dientes, entre éstos se halla el BRUXISMO, que puede ser definido como el frotamiento con fuerza de los dientes. Como se produce más comúnmente durante la noche, a veces es mencionado como rechinar nocturno.

En estos pacientes se practica el rechinar con tal fuerza que a veces los padres con frecuencia se quejan de que el ruido los mantiene despiertos. Rara vez el niño tiene conciencia de rechinar los dientes, aunque algunos se quejan de sensibilidad o adolorimiento en la región de los músculos temporales y en la articulación temporomandibular.

Los dientes, en la mayoría de los casos, dan muestras del hábito en la forma de coronas molares aplanadas y desgaste lingual de los dientes anteriores superiores¹⁰. Algunos niños aprietan los dientes con tal fuerza que el rechinar hace que se salte el esmalte del área labioincisal en los dientes anteriores inferiores. Se piensa que el bruxismo es una respuesta a la tensión nerviosa y al stress.

⁹ Linder en 1993 realizó un estudio sobre la normalización en la posición de los dientes incisivos después de la adenoidectomía, observó una normalización en la posición de estos dientes vestibularizados, después de realizada la cirugía.

Sin embargo, un estudio demostró, que muchas veces se presentó en niños con prurito anal, en quienes la intensa picazón con frecuencia los hace apretar o rechinar los dientes como para producir una contra irritación para el prurito. Las interferencias oclusales o contactos prematuroa hallados en el rechinar serían desencadenantes del bruxismo, La provisión de férulas de goma blanda puede brindar alivio al niño en la dentición mixta o en las etapas permanentes del desarrollo.

AUTOMUTILACION

Con frecuencia, el examen de los dientes y tejidos blandos de sostén revelan patosis que afectan a uno o más dientes que sólo pueden ser atribuidas a un origen traumático. A menudo, esto se demostrará como una pérdida labial de tejido gengival y a un hueso alveolar. La interrogación cuidadosa y amable del niño a cerca de cual puede ser la causa del problema, habitualmente da por resultado la demostración de un hábito digital, por el cual se usa la uña del pulgar u otro dedo para despegar los tejidos de los dientes. Por lo general, los padres no tienen conciencia de este hábito y el sólo llamarles la atención al respecto, así como explicarles el peligro de esa práctica para el niño, a menudo será todo lo requerido para eliminar ese hábito.

Cuando el niño se presenta con una lesión localizada que sólo puede ser adscripta a un traumatismo repetido de la zona afectada, hay que sospechar un hábito masoquista. Los niños se valen de lápices y bolígrafos y otros objetos pequeños aguzados para

¹⁰ El bruxismo también puede ocasionar movilidad, fracturas, intrusión, erosión, abrasión, y problemas pulpaes.

infligir el daño. Muchas veces, la retención alimentaria es el mecanismo desencadenante, la corrección de los contactos interproximales de los dientes habitualmente prevendrá ulteriores lesiones.

MALFORMACIONES MAS COMUNES OCASIONADAS POR MALOS HABITOS BUCALES

El hueso ha sido descrito como el más plástico de todos los tejidos vivos. Hemeley dijo: "El hueso es uno de los tejidos más plásticos del organismo. Esta cualidad plástica es evidente a través de la vida del individuo y nos conduce a explicarnos el constante cambio en estructura y forma del hueso en respuesta a fuerzas externas".

Cuando hablamos de maloclusiones, nosotros automáticamente implicamos que es una deformidad del hueso alveolar que soporta las raíces de los dientes. Cuando el ortodoncista corrige una maloclusión, modifica la forma del hueso alveolar por fuerzas externas en el hueso con aparatos que trabajan sobre el diente. Esta es la cualidad plástica del hueso que permite hacer estos cambios y a la cual también se debe que el hueso se deforme bajo presiones externas.

Si los músculos alrededor de la cavidad bucal funcionan apropiadamente, entonces el paciente desarrollará una oclusión normal, si el hueso alveolar está sujeto a fuerzas anormales bajo fuerzas impropias de los músculos, la cavidad bucal adquirirá una forma anormal, y los dientes que están soportados en este hueso también tendrán posiciones anormales y maloclusiones.

En muchos casos, los pacientes en realidad no presentan ninguna patología en los dientes en sí, sino que es meramente una deformidad del hueso alveolar de soporte. Por tanto debemos estudiar cuidadosamente la manera en la que los músculos y la cavidad oral funcionan.

Para que una fuerza cause daño, no solamente debe ir en una dirección incorrecta sino que es también necesario que la fuerza sea dominante sobre el hueso y que actúe por un periodo prolongado de tiempo.

Entre las malformaciones más comúnmente encontradas ocasionadas por hábitos bucales mencionaremos:

MORDIDA ABIERTA

El diagnóstico y tratamiento de las mordidas abiertas ha sido y es uno de los temas más controvertidos en ortodoncia. A pesar de los múltiples estudios, investigaciones y experiencia clínica hay un clima de desconfianza hacia la interpretación de los agentes causales, la importancia de las medidas diagnósticas y la efectividad y estabilidad de la corrección. Ya Hoffmann, en 1838 expresaba las dudas que plantea el estudio de las mordidas abiertas.

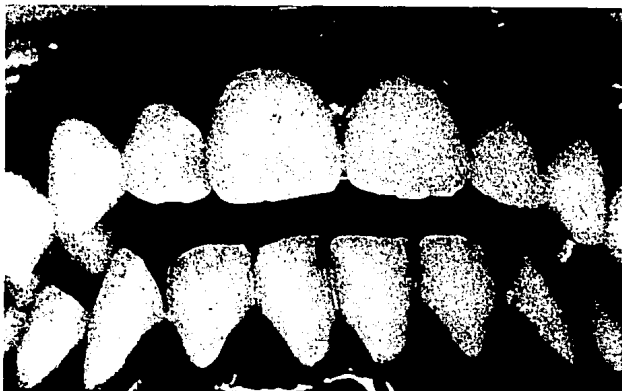
La definición de la mordida abierta también varía según los distintos autores. Desde la mitad del siglo pasado, en que fue descrita por Carabelli, conocemos como mordida abierta la maloclusión en que uno o más dientes no alcanzan la línea de la oclusión y no establecen contacto con los dientes antagonistas. También, en la misma época Defoulon hizo notar que hay influencias musculares internas y externas en el desencadenamiento de esa falta de contacto dentario.

El concepto de mordida abierta varía entre las diferentes escuelas. Para unos es la disminución del grado de sobremordida o resalte vertical normal, para otros, es el contacto borde a borde o una apertura clara entre los incisivos. Y puesto que los

critérios son distintos, también la incidencia de la maloclusión tiene una variabilidad de acuerdo con el concepto del clínico del investigador.

La mordida abierta responde a una falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores que se manifiesta bien a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de las arcadas. En ocasiones los incisivos superiores llegan a cubrir verticalmente a los inferiores, pero falta el contacto del borde incisal de incisivos mandibulares con la estructura antagonista. la presencia de una apertura interdientaria en el momento del cierre oclusal define así la mordida abierta Fig. 1

Figura 1



Clasificación. Una de las formas más usuales de clasificar las mordidas abiertas es:

1.- verdaderas

2.- falsas

Para la escuela británica las verdaderas (esqueléticas) corresponden a un patrón esquelético facial en que la dolicocefalia e hiperdivergencia en la relación de los maxilares constituye la base de la maloclusión, los huesos están ya separados entre sí, y los dientes no alcanzan la línea de contacto oclusal. Frente a estas mordidas abiertas de origen esquelético estarían las falsas o dentales, donde también falta el contacto, pero la morfología facial es normal y la apertura vertical tiene un origen local, la relación osea vertical es correcta y el problema es exclusivamente alveolodentario.

Según la zona donde se localiza la anomalía la mordida abierta se clasifica en:

- 1.- **Mordida abierta anterior o simple**, si la falta de contacto está localizada en la zona incisiva.
- 2.- **Mordida abierta posterior**, afecta a los segmentos bucales posteriores y los dejan en infraerupción dejando una brecha abierta entre las superficies oclusales.
- 3.- **Mordida abierta completa**, si el contacto sólo se realiza al nivel de los últimos molares y la apertura es tanto anterior como posterior.

Etiología. Pocas maloclusiones resultan de la actuación de una causa única, y la mordida abierta, como cualquier otro tipo de maloclusión, proviene de una serie de factores etiológicos de origen hereditario o no, que ejercen su acción en el período pre o postnatal sobre las estructuras que forman el aparato estomatognático. La maloclusión

tiene un origen multifactorial e influye en los caracteres constitucionales que se oponen o contribuyen a desarrollar la anomalía.

Las mordidas abiertas dentales resultan de la obstrucción o impedimento en la erupción de los incisivos. Muchas de ellas remiten y 75-80% de éstas mejoran espontáneamente sin ningún tipo de tratamiento. Son, por tanto consecuencia del fallo eruptivo en la fase del recambio dentario o de algún factor local que se opone al normal crecimiento vertical de los incisivos.

El grupo con malformación craneofacial tiene unas anomalías del esqueleto maxilofacial precedidas de un aumento de altura facial inferior, hiperdivergencia de los planos horizontales de referencia (plano mandibular, plano oclusal, plano palatino) y acortamiento de la altura facial posterior. El armazón óseo es el responsable de la anomalía y la mordida abierta anterior es una consecuencia de la displasia esquelética.

Factores etiológicos locales que originan una mordida abierta. Vamos a considerar en esta revisión etiológica solamente a aquellos factores locales:

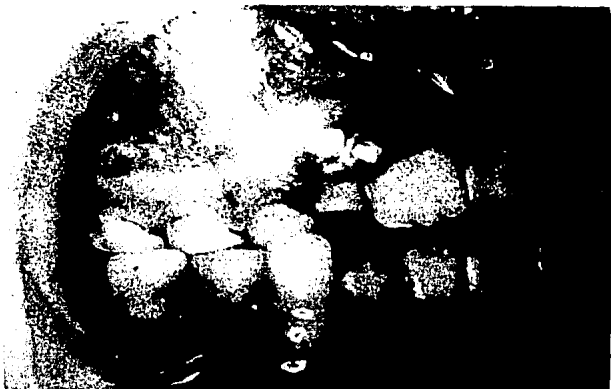
I.- **Hábitos de succión.** Es comúnmente reconocido que hay más mordidas abiertas en la infancia que en la adolescencia, esto indudablemente está ligado a la presencia de hábitos persistentes de succión de objetos o digitales, que inhiben el crecimiento de la apófisis alveolar y la erupción dentaria. El cuadro clínico derivado adopta múltiples formas dependiendo de la forma, frecuencia e intensidad de la succión, así como el marco facial del paciente. Es frecuente que la lengua se interponga en la

zona abierta contribuyendo a su persistencia,(aunque en realidad esta interposición lingual sea un mecanismo adaptativo funcional de un contorno bucal alterado).

Eliminando el hábito de dedo hay una tendencia a la remisión espontánea de la dismorfía. Todo hábito de succión prolongado más allá de los tres primeros años de vida deja una secuela en la oclusión, si hay hábito succional en los primeros meses, pero se abandona pronto, no suele dejar efectos oclusales permanentes.

Tiene importancia decisiva el tipo de succión digital que se superpone a una determinada morfología. En algunos casos, la persistencia de la succión digital por más de diez años no provoca una maloclusión florida porque el patrón facial no muestra una predisposición constitucional ni a la distoclusión ni a la mordida abierta Fig 2.

Figura 2.



En un reciente estudio epidemiológico brasileño, se demostró la gran prevalencia de maloclusiones en niños con dentición mixta. Esta prevalencia de normoclosión fue de 11.4 %, y el remanente de 88.5% fue dividido en diferentes tipos de maloclusión. Sorprendentemente 23% de estos problemas fueron causados por el hábito de succión de dedo, y por esta razón los hábitos prolongados de succión son considerados dañinos para la oclusión. En la dentición mixta 18.5% de los niños con maloclusiones

presentaron mordida abierta anterior, ésta tiene una relación directa con los hábitos de succión de dedo en 70% de los casos.

Sin embargo, la mordida abierta anterior encontrada en el 78.5% de los niños con hábito de succión de dedo no es el único efecto, puesto que puede estar asociado con mordida cruzada unilateral o bilateral posterior. La prevalencia de mordida cruzada posterior fue mayor entre los niños con hábito de succión de dedo.

II.- Deglución anómala. La protracción lingual y la persistencia de la deglución infantil se consideran patrones anómalos de función lingual, estas disfunciones linguales se observan frecuentemente unidas a mordidas abiertas anteriores o posteriores. La persistencia de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores o la interposición lateral entre las caras oclusales de las piezas posteriores, tanto en reposo como en el acto de la deglución, se ha estimado como causa primaria de las mordidas abiertas adquiridas.

Sin embargo, en un estudio, se observó la posición de la lengua por medios cinefluorográficos en individuos sin maloclusión, y se comprobó que existían signos clásicos de deglución infantil en individuos con oclusión normal. En otro estudio donde se revisaron a 1500 niños, sólo el 2.7% tenía protracción lingual anómala y, sin embargo, sólo la mitad de éstos tenían maloclusión.

En otro estudio, Kidd observó que la intensidad y dirección de las fuerzas en la deglución eran mayores en los niños con deglución anómala que las observadas en un

grupo control. Posteriormente se comprobó que degluten menos veces diarias los anómalos que los normales .

La morfología anómala afecta la función que se puede manifestar como fenómeno adaptativo por parte de los labios y la lengua. Si un paciente, por una causa u otra, mantiene una inclusión incisiva, su lengua y sus labios deberán adaptarse al defecto morfológico. Para deglutir se exige un sellado oral que en las mordidas abiertas habrá de lograrse merced a la protracción lingual y/o interposición labial compensatoria. La función oral anómala estimula y promueve de esta forma la persistencia de la apertura dental anterior, aunque se dude del papel de las partes blandas como factor etiológico primitivo de las mordidas abiertas, Parece desprenderse de las observaciones hasta ahora publicadas que en la mayoría de los casos es la lengua la que se adapta al medio ambiente. Tras aparecer, por otras causas la mordida abierta, la lengua se encarga de rellenar el hueco anterior colaborando, secundariamente en la persistencia de la mordida abierta.

Se observan casos individuales en que la lengua es excesivamente grande en relación con el volumen de la cavidad oral, este concepto, que antiguamente era un dato subjetivo, actualmente se puede medir por imagen de resonancia magnética (Lauder 1990)¹¹

III.-Respiración oral. La persistencia de la boca entreabierta potencia el crecimiento de las apófisis alveolares por los que los molares se elongan y aumentan la

¹¹ Tamari estudió la relación entre el volumen de la lengua y el tamaño de los arcos dentales inferiores, de esta forma afirma que el volumen anormal de la lengua o movimientos anormales de esta, pueden deformar la dentición, especialmente cuando esta en desarrollo.

distancia intermaxilar. El incremento vertical está, además, acompañado de una protrucción lingual que inhibe la erupción de los incisivos. Como consecuencia se presenta una mordida abierta anterior por exceso de crecimiento de los molares y disminución de la erupción de los incisivos.

La obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración oral han sido vinculados a una serie de anomalías en la morfología facial, maxilar y dentaria. Así, se ha descrito la *facies adenoidea* (o síndrome de la cara larga), caracterizado por una cara alargada, con incremento notable del tercio inferior facial, labios incompetentes y boca entreabierta, alas nasales estrechas, paladar estrecho en forma de V y mandíbula descendida con mordida abierta anterior.

Al revisar acerca de la respiración bucal aparecen cuatro grupos de hipótesis explicativas que tratan de relacionar la anomalía funcional con la dismorfia facial y la maloclusión.

1.- El primer grupo, propone que la respiración bucal altera la corriente y presiones a través de la cavidad nasal y bucal causando un desequilibrio en el desarrollo del área.

2.- Un segundo grupo postula que la respiración oral rompe el equilibrio muscular que la lengua, las mejillas y los labios ejercen sobre el arco maxilar.

3.- La respiración bucal suele estar condicionada a la inflamación crónica nasofaríngea que obstruye el paso del aire por la nariz.

4.- Un último grupo niega cualquier relación entre la respiración bucal y la morfología facial. Ballard tras un estudio de 15 años concluye que "la respiración bucal no produce deformidad maxilar ni maloclusión y no provoca la facies adenoidea".

No es posible negar que exista una relación entre el hábito respiratorio y la morfología maxilofacial; muchos autores, por otro lado, mantienen que la respiración bucal por obstrucción es un factor causal de prognatismo en el desarrollo vertical de la cara y en las mordidas abiertas. No está comprobado, en la extensa literatura existente, que halla una relación simple causa-efecto entre función respiratoria y desarrollo de la oclusión, ya que influyen una constelación de factores constitucionales y funcionales en la etiopatogenénesis de la maloclusión. Aunque es imposible predecir que un hábito respiratorio vaya a provocar una determinada dismorfia, sí es razonable asumir que se produzca una anomalía cuando el patrón morfogenético está predispuesto a esa tendencia. Si hay un patrón esquelético dólcofacial, la coexistencia de la respiración bucal potencia la mordida abierta dental y el crecimiento vertical de los maxilares, pero sin que la cooparticipación de la disfunción respiratoria se transforme en un factor etiológico primitivo como algunos clínicos e investigadores definen en la actualidad.

CLASE II DIVISION 1

2.- Características generales. De acuerdo con la clasificación de Angle, se denominan clases II, o distoclusiones a las maloclusiones caracterizadas por la relación distal de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior, en estos pacientes, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior está situada por detrás del surco medio vestibular del primer molar inferior. La definición se refiere exclusivamente a

una relación sagital de los primeros molares permanentes y está limitada por el propio sistema clasificatorio de Angle, no valora otros planos del espacio.

Dentro de las clases II distingue Angle la división 1 y la división 2 en función de la relación incisiva.

La división 1 se caracteriza por el aumento del resalte y la proclinación de los incisivos superiores, en la división 2 el resalte está reducido a la corona de los incisivos superiores, los cuales se encuentran inclinados hacia lingual. Tanto la división 1 como la 2 tienen un rasgo en común: el molar inferior está en distal de la posición que le correspondería ocupar para una normal interdigitación oclusal. Las clases II constituyen una anomalía muy frecuente que alcanza a más de la mitad de los pacientes ortodóncicos.

La clínica ortodóncica atiende más distoclusiones que cualquier otra maloclusión, aunque en la población general se observan dos veces más maloclusiones clase I que clase II. Fig. 3

Figura 3.



Agentes etiologicos de las distoclusiones

Hábitos. En la anamnesis se recogen los posibles hábitos como agentes causales o sobre añadidos a la distoclusión. Si existe succión digital, comprobaremos como se realiza y hasta que punto es posible controlar el hábito. La interposición del labio inferior, con succión o no de éste es un freno patológico para el desarrollo de la arcada

mandibular y un estímulo para el prognatismo maxilar, que debe eliminarse por medios mecánicos. La persistencia de la deglución infantil es, a veces, el factor etiológico primitivo o contribuye a que se perpetúe la distoclusión, se observará atentamente como se realiza la deglución analizando la posición de la lengua en reposo y en movimiento. El hábito respiratorio influye por la repercusión de la boca entreabierta.

3.- CLASE II DIVISION 2

Ya Angle calificó la división 2 como una anomalía funcional provocada por una presión excesiva de la musculatura orofacial que ocasiona la retrucción de la corona de los incisivos centrales superiores. De hecho, este rasgo morfológico es lo que preside la división 2, y en estudios cefalométricos se ha comprobado que es el único signo constante dentro de la variabilidad oclusal y facial.

ETIOLOGIA

En estudios longitudinales sobre un grupo mixto de maloclusiones se ha verificado el importante papel de la musculatura en la determinación de la inclinación de los incisivos tras la erupción.

Según esta hipótesis el crecimiento y la protrucción del maxilar superior enfrenta a los incisivos con la musculatura labial y la hipertonicidad funcional crea la retrucción de la corona de los centrales. La nueva posición dentaria acorta la longitud de arcada

superior y condiciona el bloqueo eruptivo y la típica labioversión de los incisivos laterales.

Para Frankel, el factor etiopatogénico fundamental es la presión muscular anómala del labio inferior sobre la corona del incisivo central permanente. La lingualización provoca que el borde incisal superior no llegue a entrar en contacto vertical con el labio inferior, que en condiciones normales actúa de tope, y sale en exceso incrementando el resalte vertical y la sobremordida. De esta influencia funcional y de la consecuente desviación del patrón eruptivo se derivarán el resto de anomalías oclusales: la retoinclinación, la sobremordida, la mesialización de los segmentos bucales superiores y el apiñamiento.

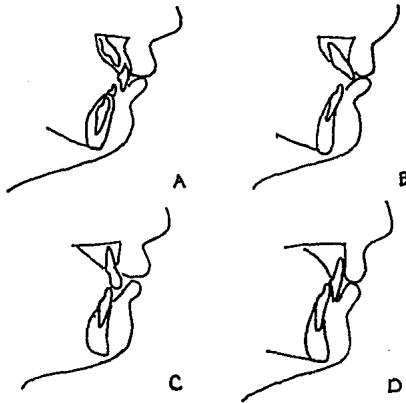
Posen analizó la presión máxima ejercida por los labios de individuos con diferentes tipos de maloclusiones. Observó que las maloclusiones que presentan las fuerzas más intensas son precisamente la clase II, división 2, que llegan a duplicar o triplicar la correspondiente a los individuos con biprotusión dentoalveolar. La hipertonicidad muscular es, indudablemente, un factor etiopatogénico de la división 2.

Fig. 4

Figura 4.



Posición del labio inferior. En la misma línea explicativa está la hipótesis desarrollada por Van Der Linden, para quien la característica más importante de la división 2 es la posición alta de la línea labial (línea de contacto funcional entre ambos labios en el plano medial) en relación con los incisivos maxilares. Normalmente, el labio superior e inferior entran en contacto a un nivel vertical situado a 1-3 mm por apical del borde incisal superior. En la división 2, la línea labial está más alta a nivel del tercio cervical del incisivo central superior y es lo que condicionaría a la retroinclinación de la corona. Fig.5

Figura 5

4.- CLASE III

Las maloclusiones de clase III, según la clasificación de Angle, se caracterizan por una posición mesial de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior, debido a esta mesialización hay una relación anómala de los incisivos con mordida cruzada anterior o, en casos más ligeros contacto borde a borde de los incisivos. Dentro de esta denominación de clase III, se incluye una variedad de tipos cuantitativa y cualitativamente distintos que tienen en común un adelantamiento relativo de los dientes inferiores con respecto a los superiores. Fig 6

Figura 6.



Junto con la denominación de clase III, hay otros términos que se aplican a estas maloclusiones y crean cierta confusión. Se habla de prognatismos mandibulares porque la mandíbula está más avanzada y desarrollada de lo normal. John Hunter ya describía este prognatismo en casos en que "el maxilar inferior se proyecta demasiado hacia adelante de tal manera que los dientes inferiores se encuentran por delante de los superiores cuando se cierra la boca, lo que se consigue con dificultad y desfigura grandemente la cara".

En la literatura germana se usa el término *progenie* para expresar este tipo de anomalías, aunque etimológicamente signifique un desarrollo excesivo del mentón, entre nosotros, *progenie* significa una mandíbula grande con una pronunciada barbilla.

Será más propio englobar a esta variedad de disgnatias en lo que se denomina " círculo de formas progénicas", donde incluye toda la variedad morfológica, incluso la mordida cruzada anterior sin mesioclusión posterior. En la mayoría de los estudios epidemiológicos, la clase III aparece como un tipo de maloclusión menos frecuente.

Papel de la lengua. Es también interesante la hipótesis propuesta por Frankel, sobre la importancia del factor lingual en la patogénesis de las clases III. Partiendo del supuesto del carácter reactivo de los centros de crecimiento mandibular, y sobre todo del cóndilo, la influencia de la posición de la lengua también tiene posibilidades de afectar el crecimiento mandibular.

La lengua se protruye y se acomoda aplanándose en una posición baja sobre la arcada dentaria mandibular. La consecuencia sobre el desarrollo mandibular es doble:

1.- La presencia de la lengua provoca un ensanchamiento cóncavo de la mitad inferior del espacio bucal (apófisis alveolar inferior) y potencia el avance de la mandíbula, que se adelanta y desciende para liberar la vía respiratoria, establece así un componente funcional favorable al crecimiento mandibular que en la mayoría de los casos produce como consecuencia final una clase III.

2.- La falta de contacto de la lengua con la bóveda palatina y la arcada dentaria superior condicionan una hipoplasia progresiva del maxilar superior que se comprime sagital y transversalmente. El hueso no crece hacia adelante por faltas del estímulo lingual y del bloqueo incisal, no hay crecimiento en anchura porque, al quedar la boca entreabierta, el buccinador comprime el arco superior que carece del soporte lingual en

su cara interna. La consecuencia es la compresión y la mordida cruzada transversal que en forma uni o bilateralmente acompaña a las clases III.

DIAGNOSTICO DE LOS HABITOS BUCALES

La búsqueda de los hábitos bucales debe ser muy minuciosa, ya que el éxito del tratamiento depende de esto. En el ansia de resolver los problemas odontológicos del niño, es demasiado fácil olvidar o pasar por alto aspectos que son muy importantes o decisivos para obtener un buen diagnóstico.

Es por eso que aquí sugerimos una secuencia de exploración para detectar oportunamente la presencia de hábitos bucales y disarmonías musculares relacionadas a ellos.

1.- Cuando el niño no tiene conocimiento de lo que se está escrutando se debe revisar lo siguiente:

- a) Perfil facial.
- b) Posiciones de los labios en reposo.
- c) Posiciones de los labios durante la deglución.

2.- Examinar la cavidad bucal para determinar el tamaño de la lengua en reposo:

- a) Observar la posición de la lengua durante la deglución (si es posible).
- b) Observar las simetrías de las posiciones incisales de los incisivos centrales y laterales superiores (la asimetría en esta área puede indicar que el niño se succiona el pulgar u otro dedo).

- d) Medir las dimensiones del over jet y del over bite

e) Buscar las evidencias de respiración bucal.

f) Buscar callosidades en el dorso de los dedos de la mano para así encontrar el dedo que es succionado con mayor frecuencia, si no existen, el dedo succionado será el dedo que está más limpio en comparación con los otros dedos.

De esta forma podemos llevar un orden en el análisis clínico, que como se mencionó anteriormente, es la base del tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO DE LOS MALOS HABITOS BUCALES MAS COMUNES

Uno de los servicios interceptivos más valioso que puede prestar el dentista es eliminar los hábitos perniciosos de chuparse el dedo, la lengua, o el labio antes de que puedan causar daño a la dentición en desarrollo.

Dificultades en la corrección de los hábitos. A pesar de que los hábitos fueron descritos a lo largo de 1900 como uno de los factores locales etiológicos que pueden causar maloclusión, poco se ha estudiado de la forma de eliminarlos. Aún hoy en día cuando los aparatos son hechos para romper los hábitos perniciosos, encontramos un pequeño porcentaje de resultados satisfactorios. Los aparatos " rompe hábitos" han sido usados por mucho tiempo con poco éxito, y haberles cambiado el nombre por el de " recordadores de hábitos" no ha tenido incremento en el porcentaje de éxito.

Se puede mencionar que dentro del tratamiento general de los hábitos existen dos elementos clínicos que están a disposición del profesional para combatir estas condiciones.

El éxito de esta técnica depende de la actitud de los padres durante este tipo de procedimientos, la ayuda de ellos es de innegable importancia, Si exigen del niño una perfección que éste no puede lograr, el procedimiento está condenado al fracaso. En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable del origen del hábito. Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por dejar el hábito durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio

insignificante esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una mejoría clara.

Los elementos del tratamiento se dividen en:

a) **terapia miofuncional:** algunos autores como Barnett y Hanson presentan evidencias experimentales y terapéutica práctica que demuestran como un niño puede rehabilitarse de un hábito debilitante a un uso más correcto de los músculos orofaciales, estos músculos comprimen la mayoría de los tejidos blandos a los que rodean e influyen en el crecimiento de los maxilares y dientes, puede verse que el entrenamiento miofuncional oral puede tener una influencia sustancial en guiar al niño hacia los patrones de crecimiento normales esperados.

b) **aparatosología mecánica:** al utilizar algún tipo de aparato en el tratamiento de los hábitos el profesional se deberá hacer las siguientes cinco preguntas:

1.- **Comprensión del niño:** ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento?, ¿quiere el niño que lo ayuden?

2.- **Cooperación paterna:** ¿Comprenden ambos padres lo que el tratamiento representa para su hijo, y le han prometido cooperación total?

3.- **Relación amistosa**

4.- **Definición de la meta:** Es importante que el dentista y el paciente fijen el objetivo del tratamiento en términos de tiempo y resultados.

5.- Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el periodo de adiestramiento?.

Dentro de la aparatología mecánica la mejor manera de clasificar a estos aparatos es como: instrumentos **fijos** e instrumentos **removibles**.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento, se deben tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de seis años en quienes sólo están presentes los dientes temporales, los instrumentos removibles pueden no ser bien aceptados a causa de su inmadurez.

En la edad de dentición mixta, entre 8 y 9 años, donde se produce la maduración del lenguaje un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo castigado, mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento sólo en períodos críticos como la noche.

Ciertamente, para el odontólogo la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo. La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva sólo cuando él desea.

Si la lactancia es realizada directamente por la madre o con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, creemos que la frecuencia de los hábitos bucales prolongados será reducida significativamente. Es posible que el bruxismo, tan frecuente en niños y adultos, también pueda ser reducido

al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación en épocas tempranas de la vida.

Rescapitulando: la terapia miofuncional así como la aparatología mecánica son elementos en el tratamiento de los hábitos bucales que pueden y deben ser utilizados como complemento uno del otro, y así poder tener un mayor porcentaje de éxito en el tratamiento de estos pacientes.

Tratamiento del hábito de succión de dedo. Si se presta atención debida a la lactancia, aconsejar a los padres que eliminen el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (el primer año y medio de vida), es ignorar la fisiología básica de la infancia.

Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción, y sublimarán sus actividades, buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento, Pero, muchos niños no lo harán, y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí sólo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo.

El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención, el niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consigue, Ningún padre debería de fijarse en este hábito, no obstante la provocación.

En los casos más persistentes siempre existe una historia clara de demostración de enfado de los padres e intentos de desterrar el hábito, Esto parece ser una de las explicaciones de la prolongación del hábito en niños que se encuentran más allá de la edad en que este hábito sería normalmente eliminado junto con otros mecanismos infantiles.

En el pasado, muchos odontólogos intentaron intervenir muy precozmente, para prevenir el daño a los arcos dentarios de los niños más pequeños, que mostraban hábitos de succión de dedos y del pulgar. Como regla general, la mayoría de los hábitos no son extremadamente dañinos para los rebordes alveolares y para la dentición, hasta que el niño alcanza la edad de cuatro a cinco años. Además los odontopediatras sugieren que no deben aplicarse aparatos interruptores de hábitos hasta el estadio precoz de la dentición mixta.

La morfología facial marca una diferencia importante. Un perfil recto con una oclusión firme de clase I parece tolerar los efectos de la succión del pulgar mejor que un esqueleto facial típico de clase II. No descuidar el rostro en el que aparece el hábito, Porque un hábito leve en algunas caras es más perjudicial que en otras. Así como los factores que contribuyen al hábito varían, también varían las caras en las que actúan, Es la combinación del hábito, más una cara en crecimiento, la que crea el problema clínico. Los aspectos clínicos del problema pueden ser divididos en tres fases distintas de desarrollo.

a) Fase I : Succión normal sub clínicamente significativa

Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los tres años, dependiendo del desarrollo social del niño.

Comúnmente la succión se resuelve en forma natural hacia el final de la fase I. Sin embargo, si el infante muestra algunas tendencias al tipo " pulgar específico" de succión vigorosa, el enfoque debe ser definitivamente profiláctico por el posible daño oclusal. El uso de un chupete correcto (forma ovalo chata) hacia el final de la fase I es habitualmente menos perjudicial, al menos desde el punto de vista dentario, que la succión vigorosa repetida del pulgar.

b) Fase II: Succión clínicamente significativa

La segunda fase se extiende desde los 6 hasta los 7 años. La succión digital deliberada durante esta época merece atención más seria del odontólogo por diversas razones:

1) Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa.

2) Es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

c) Fase III: Succión intratable.

Un hábito después de la fase III puede requerir Psicoterapia y va más allá de las edades entre los 8 años o más

Secuencia del tratamiento. El control de los hábitos bucales se comienza generalmente en la fase II. Es sensato comenzar con una discusión del problema

solamente con el niño , no usar amenazas ni avergonzarlo. Es preferible un intento amistoso, tranquilo, para conocer al niño y sus actitudes hacia al hábito, y si se consigue del pequeño una respuesta cooperadora y honesta, se sugiere la ayuda de un recordatorio que le servirá para controlar su hábito. Se le pueden mostrar modelos de bocas de niños que han tenido hábitos de succión deletéreos y mostrarle el resultado del tratamiento, para establecer lo que se puede lograr con la ayuda del odontólogo.

En otras palabras, usar la primera discusión para conocer al niño y enseñarle los métodos disponibles para la corrección de hábitos.

A medida que el niño entra en el período cuando intenta controlar el hábito por sí mismo, hay que conversar con uno o ambos padres, Insistir que ninguno debe discutir el problema con el niño, ni debe ser un tema de conversación familiar, ya que el odontólogo y el niño se ocuparán del asunto entre ellos, Por sobre toda otra cosa, nadie debe hacer comentarios de menosprecio respecto al hábito.

El niño pierde así los aspectos que fijan su atención en el hábito y se siente estimulado a trabajar en forma más madura con el odontólogo. Pocos niños dejan el hábito por completo en este período, la mayoría no, pero se beneficiará mucho por la eliminación de las tensiones familiares centradas en la succión del pulgar.

Si el niño está en fase II, el paso siguiente es la colocación de un aparato corrector del hábito. Si el niño está en fase III, el siguiente paso es una consulta con el médico de la familia o con un psicólogo clínico competente. Después de esa consulta, la terapia se convierte en un esfuerzo conjunto. Habitualmente, no se colocan aparatos hasta que

todos los problemas del niño están definidos y la succión del pulgar se ve con la perspectiva correcta.

Elección del aparato. El aparato ideal para ayudar en la corrección del hábito de succión del pulgar debería :

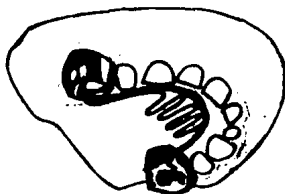
- 1.- No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.
- 2.- No requerir recordatorios para usarlo.
- 3.- No avergonzar con su uso.
- 4.- No complicar a los padres.

Quizá el mejor aparato es un arco lingual con puntas redondeadas, cortas y soldadas en zonas estratégicas para recordarle al pulgar que se mantenga fuera. Este arco va cementado en los primeros molares permanentes, o en los segundos molares temporales, en caso de que sea fijo. Si el aparato es removible deberá llevar los retenedores en los mismos dientes antes mencionados. Esta segunda opción de aparato no es recomendable, ya que su uso depende de la voluntad del niño.

El aparato deberá estar bien adaptado, no impedir el funcionamiento bucal normal, Una señal clara de incomodidad, un dolor leve producido por la presión del dedo sobre el metal, recuerda al sistema neuromuscular aún cuando el niño esté dormido, que es mejor que el pulgar no entre. En este punto, el niño sabe que necesita ayuda para recordar al pulgar que quede fuera cuando no puede hacerlo, por ejemplo, cuando está

dormido. Es un error colocar cualquier aparato como primer paso, por que la adaptación probablemente será muy difícil. Fig 1

Figura 1.



Después de un período de ajuste de dos o tres días, la mayor parte de los niños casi no están conscientes del aparato, Deberán hacerse visitas de revisión a intervalos de tres a cuatro semanas. El aparato para el hábito se lleva de cuatro a seis meses, en la mayor parte de los casos. El hábito desaparece después de la primera semana de utilizar el aparato. La estructura del aparato está diseñada para evitar la deformación del segmento premaxilar, para evitar el desarrollo de la deglución vical, y para permitir la corrección autónoma de la maloclusión producida por el hábito.¹²

¹² El Dr. Gabriel da Silva, menciona los excelentes resultados que obtuvo en el tratamiento del hábito de succión de dedo utilizando la clásica criba palatina, utilizada en pacientes que ya tenían cambios fisiológicos, funcionales y morfológicos como resultado del hábito.

Figura 2.

Haskell, propone para el tratamiento de succión digital un aparato diseñado por él llamado " Bluegrass", el cual está fabricado a base de un rollo de teflón, colocado en la misma posición del paladar en la que se colocaría el botón de Nance, y cementado en los primeros molares, a su vez es utilizado conjunto a un programa de refuerzo positivo en niños de 7 a 13 años de edad. El aparato está indicado para aquellos niños que tienen un hábito persistente y a su vez que los pacientes muestren el deseo de eliminar el hábito.

Los aparatos mal diseñados, que poseen espolones, que siguen el contorno del paladar, pueden en realidad acentuar la maloclusión.¹³

Tratamiento del hábito de proyección lingual. El empuje lingual se caracteriza por provocar una mordida abierta bien circunscrita en la región anterior. Si hay excesiva labioversión de los incisivos superiores, el tratamiento del empuje lingual no debe comenzar hasta que los incisivos hayan sido retruídos. Muchos empujes linguales simples se corrigen espontáneamente durante la terapia ortodóntica, los pasos en el tratamiento son como sigue:

a)Familiarizar al paciente con la deglución normal: colocando el dedo índice en la punta de la lengua y luego en la eminencia oval, formada por la papila incisiva, situada adelante de las rugas palatinas.Se le debe hacer del conocimiento del paciente que la mayoría de las personas degluten con esa parte de la lengua, en ese lugar del paladar,

¹³ Otro aparato utilizado para corregir el hábito de succión digital es el propuesto por Viazis, denominado "Corrector de triple loop".

se le debe enseñar a deglutir sus dientes en máxima oclusión, cerrando los labios y manteniendo la lengua en la posición indicada.

El uso de señales táctiles ayuda al paciente a comprender donde debe ir su lengua. El paciente debe ser instruido para practicar la deglución correcta, por lo menos 40 veces por día. La práctica puede hacerse con agua o con un trozo de cereal seco. Elásticos ortodónticos pequeños pueden ser sostenidos por la punta de la lengua contra el paladar, mientras las degluciones se practican. Si la deglución es correcta el elástico será mantenido, si es incorrecta el elástico será tragado.

Cuando se ha aprendido el nuevo patrón de deglución a nivel consciente, es necesario reforzarlo a nivel subconsciente. En la segunda cita, el paciente debe estar en condiciones de tragar correctamente a voluntad. Sin embargo, mostrará degluciones anormales inconscientes. Ahora pueden usarse pastillas chatas de fruta sin azúcar para reforzar el nivel subconsciente. Las pastillas preferidas son bicóncavas, y de un sabor ácido como el limón para promover el flujo de saliva. Se instruye al paciente para que coloque alguna de las pastillas en la lengua contra el paladar en la posición correcta hasta que se haya disuelto completamente. Al principio podrá sostenerla en su lugar apenas unos segundos, pero gradualmente se alargarán los períodos. Este es el mejor procedimiento que se ha descubierto para trasladar el control del reflejo de los niveles conscientes a los inconscientes.

Estos pasos corregirán un número importantes de empujes linguales, sin embargo, a veces, es necesario un paso adicional.

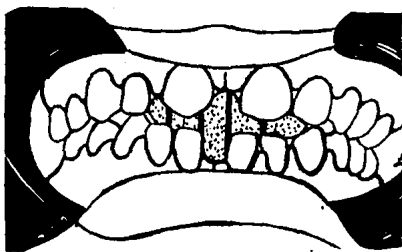
El Dr. Wasson propone el método de Falk para eliminar el hábito de lengua, llamado **facilitación neuromuscular**, (NF) el cual es un método subcortical de afectar el acto de deglución, usa estímulos sensoriales como la presión y el cepillado, para obtener una respuesta motora deseable a nivel reflejo. Esto condiciona al sistema nervioso a responder con patrones de movimiento adecuado, a su vez estos pacientes son tratados por una terapeuta con citas una vez al mes, y con el apoyo regular del ortodoncista. (los ejercicios requieren de sólo 10 minutos al día).

La lengua se estimula con un pincel No. 6 para pintura durante 10 segundos en las caras dorsales de la lengua. El cepillado incrementa la tonicidad de la lengua por el incremento de la actividad muscular longitudinal, posteriormente se coloca una barra de hielo en la papila incisiva. De esta manera la lengua ubica rápidamente el punto correcto, donde se debe colocar, y el ejercicio correcto durante 10 segundos refuerza la configuración del punto correcto a colocar. La siguiente fase del tratamiento usa presión en las áreas dorsal, lateral, e inferior de la lengua, posteriormente se aplica presión en el mentón colocando el dedo índice. Los pacientes son instruidos para seguir su tratamiento dos veces antes de cada comida, y dos veces más al día durante seis meses. Todos estos ejercicios se deben hacer con los molares en oclusión y los labios cerrados.

Elección del aparato. Se puede colocar un arco lingual soldado, bien adaptado a los dientes, con espolones doblados hacia abajo, para formar una cerca atrás de los incisivos superiores, así la lengua se ubicará correctamente durante la deglución. No colocar un aparato, así, como primer paso en la terapia, es demasiado traumático para el

paciente y muchos de ellos simplemente lo arrancan de la boca, sobre todo porque no se les adiestra en una nueva posición para su lengua, y sienten que el aparato viola los límites biológicos de la cavidad bucal. Fig 3

Figura 3.



El paciente ya no podrá proyectar la lengua a través del espacio incisal. El dorso es proyectado contra el paladar, y la punta de la lengua pronto descubre que la posición más cómoda para la deglución es contra las rugas palatinas. Dependiendo de la gravedad

del problema de mordida abierta, pueden ser necesarios de 4 a 9 meses para la corrección autónoma de la maloclusión.¹⁴

Hábito de succión labial. La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital. En muchos casos, el hábito de chuparse los labios es una actividad compensadora causada por la sobremordida horizontal excesiva y la dificultad que se presenta para cerrar los labios correctamente durante la deglución. Es más fácil para el niño colocar los labios en la cara de los incisivos superiores. Para lograr esta posición, se vale del músculo borla de la barba que en realidad extiende el labio inferior hacia arriba. Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Al igual que la lengua, el labio también, puede deformar las arcadas dentarias. Cuando el hábito se hace pernicioso se presenta un aplanamiento marcado así como apiñamiento en el segmento anterior inferior. Los incisivos superiores son desplazados hacia arriba y adelante hasta una relación protrusiva. En casos graves, el labio mismo muestra los efectos del labio anormal, el borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso, y se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisial. En algunos casos, aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio, el enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior pueden ser notados por un dentista observador.

¹⁴ El volumen anormal de la lengua o movimientos anormales de esta misma pueden deformar la dentición, según el estudio realizado por Tamari Kazuhiko (1991).

Si existe maloclusión de clase II, división I, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad anormal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar. Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es buscar el fracaso, El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal, generalmente la simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente, ayudaría poco a corregir el problema principal, pero si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio.

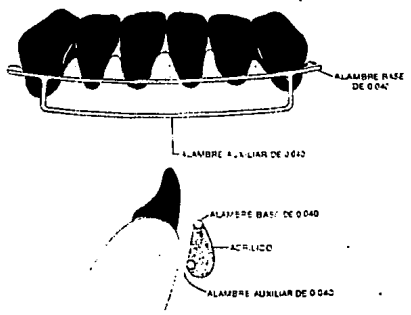
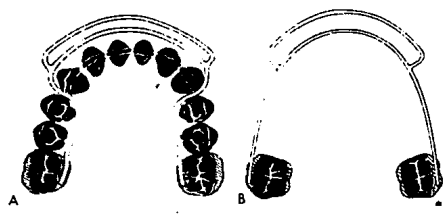
La actividad labial anormal casi siempre está ligada con maloclusiones de clase II, división I y problemas de mordida abierta. La eliminación de la maloclusión generalmente restablece la función muscular normal. En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular, el aparato para el hábito de labio puede ser muy eficaz. Los aparatos para la corrección de la succión del labio (lip bumpers), son usados para ganar longitud de arco, de esta forma se puede proveer de una alternativa más para evitar las extracciones seriadas. La mayoría de estos aparatos están hechos de alambre de acero inoxidable (0.28), cubiertos de plástico o acrílico (cubriendo el área de canino a canino), se colocan bandas en los primeros o segundos molares con tubos vestibulares, y usualmente lleva loops laterales de ajuste. (Fig. 3). El efecto terapéutico del lip bumper es el movimiento en cuerpo de los incisivos inferiores y movimiento de corona de molares. La presión que ejerce el lip bumper se estima en rangos de 100 a 300 gr., sin embargo sólo 1.7 gr de esta presión es necesaria para mover un diente. La colocación de un aparato para labio permite que los incisivos se

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

desplacen hacia adelante y la mandíbula podrá hacer lo mismo. Un período de 8 a 9 meses de uso es aceptable. No hay duda de que el aparato para labio 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.

Para evitar el reestablecimiento de los hábitos anormales de labio que pudieran acentuar la deformidad, se recomiendan ejercicios labiales sencillos. La característica más obvia de este tipo de problema son hipotonicidad y flacidez del labio superior. Al niño se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda, metiendo el borde bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Este ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 minutos diarios, durante un periodo de 4 a 5 meses, además se puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales, como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y apretar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar un instrumento musical bucal ayuda a dar tonicidad a los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

Figura 4.



CONCLUSIONES

Los hábitos bucales parafuncionales son un factor etiológico local causante de un gran número de maloclusiones. Entre los malos hábitos bucales más comunes encontramos:

1.- Hábito de succión de dedo: Este es uno de los hábitos que más preocupación causa a los padres, y también uno de los que más desconcierto causa para el dentista. Como profesionales dedicados al cuidado de la salud bucal, debemos aprender más acerca de los factores biológicos relacionados a estas patologías, así como también de su comportamiento psicológico y de los daños que ocasionan al sistema masticatorio. De esta manera podremos ofrecerle al paciente una adecuada orientación y un tratamiento favorable.

2.- El hábito de proyección lingual: Es el hábito bucal más frecuente, se encuentra en un gran porcentaje de pacientes infantiles (también es muy común encontrarlo en adultos), y se considera uno de los hábitos bucales más dañinos para la oclusión, debido a que el acto de la deglución se realiza de 2800 a 3000 veces diarias y condiciona a un desequilibrio de todo el sistema masticatorio.

3.- El siguiente hábito tratado en este trabajo, es el hábito de succión labial, que generalmente es el efecto secundario de un hábito primario. Se considera que la succión del labio es un mecanismo adaptativo al medio oral anormal, el cual obliga a este a colocarse en una posición anormal en las caras palatinas de los incisivos permanentes superiores, ocasionando resaltes horizontales anormales.

El daño en la oclusión de estos hábitos dependerá del patrón dentoalveolar inherente de cada paciente, así, un paciente que succione el dedo y tenga una clase II división 2, se verá más afectado que aquel que también succione el dedo y tenga una clase dental I y un perfil recto.

El tratamiento de los hábitos bucales también dependerá del tipo de hábito. Existen en la actualidad una serie de aparatos fijos y removibles que nos ayudan a controlar estas situaciones, sin embargo, la terapia miofuncional, y el deseo del paciente para eliminar el hábito, son parte esencial del tratamiento. Si el Odontólogo logra conjuntar estos tres elementos adecuadamente podremos ofrecerle a nuestros pacientes un diagnóstico más favorable.

Es así como, el deber de todo odontólogo es el de saber diagnosticar oportunamente estas entidades, y también el de tratarlas. De esta forma podremos brindarles a los pacientes una gran oportunidad para tener una oclusión normal.

BIBLIOGRAFIA

Barber, Thomas y Luke Larry, **Odontología Pediátrica**, Editorial El Manual Moderno, México 1985, pág. 431.

Brenchley, M.L., "Is Digit Sucking of Significance ?", **Br. Dent. J.**, 1991, Vol. 7, No. 21, pág 357-61.

Barnett, Edward, **Terapia Oclusal en Odontopediatria**, Editotial Panamericana, Argentina 1878, pág. 408.

Braham R.y Morris M., **Odontología Pediátrica**, Ed. Panamericana, Argentina 1984, pág. 647.

Canut Brusola, José Antonio, **Ortodoncia Clínica**, Editorial Salvat, España 1989, pág. 509.

Chaconas, Spiro, **Ortodoncia**, Ed. El Manual Moderno, México, 1982, pág. 312.

Finn, Sidney, **Odontología Pediátrica**, Ed. Interamericana, 4a ed., Mexico 1982, pág. 613.

Fishman, Leorand, "Postural and Dimensional Changes in the Tongue from Rest Position to Occlusion", **Journal of Clinical Orthodontist** 1969, Vol. 39, No. 2.

Frohlich, Katrin, "Pressure From The Tongue On The Teeth In Young Adults, **The Angle Orthodontist**, 1990, Vol. 61 No. 1, pág 17-24.

Geis, Arno, "Psychological Aspects of Prolonged Thumbsucking Habits", **Journal of Clinical Orthodontist** 1988, Vol. 22, No. 8, pág. 492-495.

Graber, **Ortodoncia Teórica y Práctica**, Ed. Interamericana, 3a ed., México 1985, pág. 892.

Haskell, Bruce, "An Aid Stop Thumb Sucking: Bluegrass Appliance", en: **Pediatric Dentistry**, 1991, Vol. 13, No. 2, pág 83-85.

Kato, Yoshiyuki, "Perioral Force Measurement by a Radiotelemetry Device", en: **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, 1989, 95, 410-414.

Lauder Robert, "Estimation of Tongue Volume Form Magnetic Resonance Imaging", **The Angle Orthodontist**, 1991, Vol. 61. No. 3. pág 175- 183.

Leiter, J.C., "Partitioning of Ventilation Between Nose and Mouth: The Role of Nasal Resistance", en: **Am J Orthod Dentofac Orthop**, 1989; 95: 432-8.

Leyt, Samuel, **El Niño en la Odontología**, Ed. Mundi, Argentina 1986, pág. 400.

Linder, Aronson, "Normalization of incisor position after adenoidectomy", en: **Am J Orthod Dentofac Orthop**. 1993; 103: 412-27.

Lowc, Alan, "Dentoskeletal and Tongue Soft-Tissue Correlates: a Cephalometric Analysis of Rest Position", **Am. J. Orthod.**, 1985, Vol. 88, 333-341.

Magnusson, Bengt, **Odontopediatría Enfoque Sistemático**, Ed. Salvat, España 1985, pág. 369.

Moyers, Robert, **Manual de Ortodoncia**, Ed. Panamericana, 4a ed., Argentina 1992, pág. 557.

Nevant, C.T., "Lip Bumper Therapy for Gaining Arch Length", **Am J Orthod. Dentofac. Orthop.**, 1991; 100: (4) 330-336.

Pavone Ben, "Bruxism and its effect on the natural teeth", **The Journal Of Prosthetic Dentistry** May 1985 Vol. 53 No. 5 Pag. 692-696

Posen Aaron, "The Influence Of Maximum Perioral And Tongue Force On The Incisor Teeth", **The Angle Orthodontist**, 1972, Vol. 42, No. 4.

Silva da, Gabriel Omar, "Sucking Habits: Clinical Management in dentistry", **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, 1991, Vol. 15, No. 3, pág. 137-156.

Tamari, Kazuhiko, "Relationship Between Tongue Volume And Lower Dental Arch Sizes", en: **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, 1991; 100: 453-8.

Ung, Nancy, "A Quantitative Assessment of Respiratory Patterns and their Effects on Dentofacial Development", **Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop.**, 1990; 98: 523-532.

Wasson, Joseph, "Correction of Tongue-Thrust Swallowing Habits", **Journal Of Clinical Orthodontist** 1989 Jan 23 (1) Pg. 27-29.

Viazis, Anthony, "The Triple - Loop Corrector (TLC): A new Thumbsucking Habit Control Appliance", *Am. J. Orthod. Dentofac. Othop.*, July 1991. 100 (1) Pag.

91-92