

156
2ej.

Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SUCCION DIGITAL

T E S I S I N A

QUE COMO REQUISITO PARA PRESENTAR EL EXAMEN PROFESIONAL DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

VELIA MARGARITA JACOBO SOTO
CARLA GABRIELA RIVERA COELLO

Dirigió y Supervisó:
DR. ANTONIO VILLAVICENCIO



FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

MEXICO, D.F. 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En este momento y por medio de ésta tesina hemos llegado al fin de una etapa que significa un gran paso en nuestras vidas.

Hemos concluido uno de tantos sueños, que aún nos faltan por cumplir, pero estamos seguras que algún día podremos llegar al final de cada uno ya que DIOS no nos hubiera dado la capacidad de soñar, sino nos hubiera dado también la capacidad de hacerlos realidad.

Este momento significa mucho para nosotras, pero no sólo se necesita de esfuerzo y dedicación para llegar hasta aquí, sino también comprensión, cariño y confianza de muchas personas; es por eso que queremos agradecer:

*Primeramente a DIOS por dejarnos
existir e iluminarnos en nuestro
camino.*

*Damos gracias a ésta Universidad por habernos
dado la oportunidad de pertenecer a ella como
estudiantes; y realmente nos sentimos orgullosas
de ser egresadas de la máxima casa de estudios la
UNAM. Así también agradecemos a la Facultad
de Odontología el habernos preparado como
CIRUJANOS DENTISTAS.*

*Agradecemos especialmente al Dr.
ANTONIO VILLAVICENCIO y al
Dr. CESAR A. PEREZ CORDOVA
por su gran colaboración para la
elaboración de ésta tesina, por ello les
decimos: "mil gracias" por su apoyo,
confianza, tiempo y sobre todo esa gran
amistad que nos brindaron. Así
mismo reciban nuestra gran
admiración.*

Queremos también agradecer al
Dr. **ALEJANDRO MARTINEZ**
SALINAS por su amistad,
comprensión, apoyo y asesoría a
lo largo de éste seminario al igual
que a los doctores colaboradores
en la clínica.

También agradecemos a todos los
PROFESORES que a lo largo de nuestra
carrera nos apoyaron y nos brindaron su
confianza; al igual que compartieron sus
conocimientos.

Por supuesto agradecemos a
nuestras **FAMILIAS, AMIGOS**
y **COMPAÑEROS** por
habernos brindado su confianza y
darnos el apoyo más importante
que es el **AMOR**.

· G R A C I A S ·

Con cariño:

VELIA MARGARITA JACOBO SOTO
CARLA GABRIELA RIVERA COELLO

INDICE

Introducción.

Capítulo 1

GENERALIDADES DE HABITOS BUCALES.

Capítulo 2

SUCCION DIGITAL.

Capítulo 3

SIGNOS Y SINTOMAS CLASICOS.

Capítulo 4

TRATAMIENTO.

Capítulo 5

CASO CLINICO.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

Con frecuencia se consulta al odontopediatra sobre los hábitos orales del niño y su influencia en la dentición. Ya que es común que el niño adquiera estos hábitos durante la infancia, tales como morderse o succionar el labio, proyectar la lengua, respirar por la boca, morderse las uñas, bruxismo y el mas frecuente succión digital; del cual nos enfocaremos.

El recién nacido tiene un mecanismo de succión relativamente bien desarrollado que constituye su forma de contacto más importante con el mundo exterior. Por lo que ésta succión llamada succión no nutritiva se considera parte normal del desarrollo fetal y neonatal.(8)

El niño durante la lactancia tiende a succionar el dedo, chupón u otros objetos cuando esta cansado, así como en ambientes nuevos o que les resulten amenazantes. Por lo que las medidas para desalentar la succión no nutritiva están contraindicadas en éste grupo de edad.

La mayor parte de los niños abandonan el hábito espontáneamente entre los dos o cuatro años, si esto no ocurre es necesario la intervención del odontopediatra para buscar la causa y considerar un tratamiento. Ya que el hábito de succión digital puede conducir a una maloclusión dependiendo de la duración, frecuencia e intensidad.

La succión digital es uno de los hábitos orales más comunes que producen anomalías dentofaciales en el plano vertical del espacio.(1) De ahí su importancia para intervenir como odontopediatra en los casos que se considera anormal y perjudicial para el niño.

Existen diversos esfuerzos para desalentar el hábito de succión digital desde una conversación entre dentista y niño hasta un tratamiento más complejo con aparatos, no sólo para desalentar el hábito, sino también para corregir la maloclusión.

capítulo 1

GENERALIDADES DE HABITOS BUCALES

Se denomina hábito a la tendencia a repetir constantemente ciertos actos.

Los hábitos bucales son patrones aprendidos de contracción muscular, que sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares, por ejemplo la masticación.(6)

Cabe mencionar que existen los llamados hábitos no compulsivos y compulsivos. Los hábitos no compulsivos son aquéllos que se adoptan y abandonan fácilmente en el patrón de conducta al madurar, por lo que son considerados hábitos normales ya que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal. Mientras que los hábitos compulsivos producen una fijación en el niño, al grado que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo, por lo que se consideran hábitos anormales, ya que pueden intervenir en el patrón regular de crecimiento facial.(11) Sin embargo los hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada.

Las causas de los hábitos bucales anormales pueden ser:

> Mecánicas. Cuando existen interferencias que impiden llevar a cabo una función. Como serían las erupciones ectópicas, las cuales pueden ocasionar proyección lingual.

> Patológicas. Cuando alguna patología impide el funcionamiento normal. Por ejemplo una inflamación de las amígdalas puede acarrear una respiración bucal.

> Emocionales. Se refiere a la necesidad afectiva del niño.

> Imitación. Los pequeños aprenden por imitación diferentes actividades (hablar, sentarse, ponerse de pie, posturas), y así mismo pueden adquirir hábitos por imitación.

> Conducta al azar. Se refiere a que en muchos casos, el comportamiento parece carecer de objetivo y ser al azar. Por ejemplo, el niño puede descubrir el placer de chuparse el dedo cuando se lo coloca en la boca, después de lastimarse por algún golpe. Algunos autores llaman a esto succión "vacía", es decir que la acción de chuparse el dedo es sin causa detectable.

> Aberraciones de succión perinatales residuales:

Compulsión por la gratificación oral. Las frustraciones del hábito de succión infantil y la resultante satisfacción incompleta de las primeras experiencias de alimentación, podrían acarrear un deseo continuo de succión digital. Por ejemplo, una madre con pecho del que fluye continuamente o que ensancha la abertura de la tetina del biberón, puede frustrar sin quererlo, el instinto de succión del niño.

Respuesta de succión condicionada. La succión o las gratificaciones orales con una conducta aprendida o condicionada es una respuesta a diferentes situaciones de la vida. Por ejemplo, cada vez que el niño llora para llamar la atención, la madre reacciona colocándole un

biberón en la boca, o un chupón; por lo que el niño es entrenado en forma inadvertida para buscar una gratificación oral, cuando se enfrenta con diferentes problemas de la vida que van desde la simple soledad hasta la frustración o el hambre.

Empuje lingual aprendido a la succión. Puede ser una respuesta aprendida a anomalías en las primeras experiencias de alimentación. Por ejemplo, si el pezón de la madre permite un flujo tan continuo que la leche casi ahoga al niño, éste tendrá a empujar su lengua hacia adelante para controlar y reducir el flujo de leche; así aprende a deglutir con su lengua proyectada entre los rebordes alveolares o dientes.(2)

El daño que ocasionan estos hábitos dependerá de 3 factores:

- * Intensidad
- * Duración
- * Frecuencia

Dentro de los hábitos bucales encontramos:

- Succión digital
- Hábito con chupón
- Hábitos labiales
- Proyección lingual
- Hábitos de respiración bucal
- Mordedura de uñas
- Bruxismo

Succión Digital

Es la colocación del pulgar o de cualquier otro dedo o dedos en el interior de la boca repetidamente durante el día como por la noche. Este hábito es uno de los más frecuentes.(5)

Hábito con chupón

Este hábito es semejante al hábito de succión digital y puede causar las mismas anomalías en la dentición. Sin embargo se considera más sencillo dar fin al hábito de chupón que a los digitales porque bajo el control de los padres es posible suspender el chupón de manera gradual o de momento.(8)

En pocos casos el hábito de chupón puede desarrollar el hábito de succión digital y requerir un tratamiento más profundo para eliminarlo.

Hábitos labiales

Son los que abarcan la manipulación de los labios y estructuras peribucales, produciendo efectos variables.

La succión o mordida de labio pueden producir problemas verticales semejantes al hábito de succión digital como una mordida abierta, labioversión de los incisivos superiores y en ocasiones linguoversión de los incisivos inferiores, o simplemente causar labios y tejidos peribucales rojos, inflamados y resecos.

A veces los hábitos labiales son el remanente de un instinto de chupar, o la transferencia de un hábito digital anterior; otras veces son el resultado de labios irritados por el frío o una reacción ante la erupción ectópica de los incisivos superiores.(2)

El tratamiento puede ser paleativo limitándose a la humectación de los labios cuando únicamente se encuentran irritados.(8) Cuando encontramos alteraciones en la oclusión se requerirá un tratamiento mas complejo a base de aparatología que puede ser una trampa o protector para el labio.

Proyección lingual

La proyección lingual puede ser de tres formas o bien la combinación de las mismas:

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

Al igual que la succión del pulgar, el empuje lingual produce protusión e inclinación labial de los incisivos superiores, aunque puede presentar depresión de incisivos superiores con mordida abierta pronunciada y ceceo.(11)

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir, sin embargo esto es difícil, hasta que el niño llegue a la edad donde pueda cooperar. También puede colocarse una trampa de púas vertical.(11)

Hábitos de respiración bucal

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

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- 1) Por obstrucción, son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal; por lo que el niño se ve en la necesidad de respirar por la boca.
- 2) Por hábito, son aquellos niños que respiran continuamente por la boca por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.
- 3) Por anatomía, es aquél niño que tiene un labio superior corto, el cual no le permite cerrar la boca por completo.(11)

Se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos, que presentan caras estrechas y largas y espacios nasofaríngeos estrechos.(11) Estos pacientes también presentan incisivos superiores e inferiores en posición retrusiva, mordidas cruzadas posteriores debido a un maxilar estrecho y tendencia hacia la mordida abierta. Se ha observado que éste hábito puede conducir a una variedad de anomalías incluyendo las maloclusiones clase II y clase III.(1)

Cuando el hábito persiste por costumbre y se ha eliminado la causa como podría ser la obstrucción, o por anatomía; el tratamiento a seguir será la colocación de un protector bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerce la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.(11)

Mordedura de uñas

Se considera un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Este no es un hábito pernicioso y no produce maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas son similares a las del proceso de masticación.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, aunque no es aceptable socialmente.(11)

Bruxismo

Es un rechinar o frotación de los dientes no funcional. Este es un hábito generalmente nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto.

El niño puede producir atrición considerable de los dientes, y puede incluso presentar molestias matutinas en la articulación temporomandibular.

Ocurre en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión del pulgar.

El tratamiento para éste hábito será una férula de caucho blando, para ser usada durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera el hábito pierde su eficacia satisfactoria.(11)

capítulo 2

SUCCION DIGITAL

El término de succión digital se describe a la colocación del pulgar o de cualquier otro dedo o dedos en el interior de la boca repetidamente, durante el día como la noche.(5)

La succión digital es un hábito común entre los niños y puede combinarse con otra actividad como tomar algún objeto, tirarse del pelo o unirse la nariz; es decir el niño combina hábitos bucales primarios con hábitos secundarios. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.(11)

Los niños tienden a chuparse el dedo cuando están cansados, así como en ambientes nuevos o que les resulten amenazantes.

Numerosos investigadores han observado su frecuencia en distintas poblaciones. Y en general se han observado que un 50% es practicados por niños de 1 año de edad, sólo el 15 a 20% por niños de 6 años y un 5% en niños de 9 a 14 años. En México se considera un hábito muy frecuente.(5)

Succión no nutritiva

La succión digital durante los primeros dos años de vida se considera normal, ya que el recién nacido tiene un mecanismo de succión relativamente bien desarrollado que constituye su forma de contacto más importante con el mundo exterior.(5) Y aún en su etapa fetal y neonatal la succión no nutritiva es un factor importante para su desarrollo. Es decir que el feto tiene movimientos de succión y deglución desde las semanas 13-16 de gestación, los cuales se consideran precursores importantes de la respiración y deglución.(8) Además se ha observado que el niño posee una almohadilla vestibular o de succión que da la redondez a su cara y ayuda al proceso de succión.(2)

La succión no nutritiva guarda relación con dos reflejos presentes al nacimiento:

- 1) el de búsqueda que es el movimiento de cabeza hacia un objeto que toca la mejilla del lactante que usualmente es el seno materno, pero puede ser un dedo o un chupón.
- 2) el de succión que hace que salga la leche de los pezones.(8)

Estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizaje y contribuyen a su desarrollo psíquico; el calor de la leche que llega a su cuerpo y la sensación de alivio de hambre que sigue a la succión hace que éste reflejo sea marcadamente predominante.

Por lo que de estos dos reflejos el primero tiende a desaparecer hacia los siete meses, y el segundo hasta el año, ya que en ésta etapa de su desarrollo el niño ya ha aprendido a alimentarse sin necesidad de éste reflejo.(8)

Durante la succión, el lactante coloca la lengua bajo el pezón, en contacto con el labio inferior, y deglute con los maxilares separados y los labios juntos, lo que se denomina deglución infantil. Al modificarse la dieta del lactante, de alimentos líquidos a sólidos, se atrofia la almohadilla vestibular, aumenta la actividad de los músculos de la masticación y coloca en oclusión los molares primarios. Esta deglución es habitual en niños de 3-10 años. En cambio la deglución adulta es usual a los 9-10 años, la cual se diferencia de la infantil porque los dientes están juntos, la punta de la lengua contra el paladar y los labios relajados.(8)

A medida que se desarrolla la vista y el oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca los objetos que hayan sido vistos y oídos a distancia para ser lamidos, gustados y examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable puede tratar de comerlo, por lo contrario si la sensación es desagradable, lo escupe y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto. Estas pruebas bucales no sólo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño u otra frustración, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles lo que es bueno y malo.(11)

El niño al succionar el dedo satisface la necesidad de tener algo en la boca, así como la necesidad de asimiento. Algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.(11)

Generalmente el niño abandona el hábito de succión digital antes de los 4 años, por lo que no es necesario emplear ninguna medida terapéutica, ya que hacerlo sería incorrecto por la necesidad afectiva y de protección del niño, así como la sensación de plenitud. Si el hábito persiste después de esa edad y causa maloclusiones, que es muy frecuente que las cause, el odontopediatra tiene la obligación de buscar la causa y considerar un tratamiento.

Se ha observado que los niños que usaron chupón tenían una tasa significativamente menor de succión de dedo, por lo que se recomienda a los padres dar chupón a los lactantes para impedir que adquiera el hábito de chuparse el dedo.(1)

Los hábitos orales no son particulares de ningún tipo de niños, aunque investigadores comunicaron que hay significativamente más frecuencia de los hábitos en los grupos socioeconómicos más altos que en los medios y bajos.(7)

Se cree que la succión prolongada del pulgar después de los 4 años de edad es un síntoma de que el niño sufre de hambre emocional y usa el pulgar para su comodidad y compensación, o bien es una manifestación de inseguridad del niño o su mala adaptación con el medio que lo rodea. En otros casos el niño puede usar el hábito como medio de venganza contra los padres o simplemente para llamar la atención. Se ha observado en algunos niños con éste hábito, dificultad en el control de esfínteres, a la vez que se tornan aislados, retraídos, tristes, con dificultades en la escuela y en su entorno familiar; ya que en ocasiones el problema de la succión digital puede no ser un síntoma aislado, sino ser uno de los síntomas vinculados con conflictos e inestabilidad emocional resultante de una serie de hechos anteriores.(7) Por lo que el niño que sufre frustraciones o agotamiento debe ser animado a que ponga en marcha actividades verbales, a fin de establecer contacto con su ambiente, en vez de introducirse a la boca el dedo o un objeto,(5) y de ser necesario consultar a un psicoterapeuta para solucionar la causa del hábito.

La succión del dedo u otros objetos no es frecuente en niños alimentados por seno materno, ya que este acto a diferencia del biberón les produce fatiga y cansancio muscular, por el esfuerzo que tiene que hacer el niño para ordeñar el seno materno, a lo que sigue el sueño; al terminar de amamantarse. Si no se amamanta de pecho, sólo ha aprendido a tragar pero no se fatiga, y precisamente la falta de esta fatiga la suple chupando el dedo en las más diversas formas. Este hábito de la succión en el bebé, puede ser orientada hacia la actividad masticatoria cuando pasa de la lactancia a la fase de la masticación; esto se hace retirando el dedo de la boca y reemplazarlo con un sustituto que sea un objeto masticable. En niños más grandes, el uso de ayudas visuales puede ser útil para mostrarles como el hábito de succión del pulgar puede dañar su boca si persiste.(7)

Se considera que la succión digital es uno de los hábitos más comunes que producen anomalías dentofaciales en el plano vertical del espacio.

Estos cambios dentofaciales dependen de 3 factores:

* INTENSIDAD que es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión,

* DURACION se define a la cantidad de tiempo que se dedica la succión de un dedo,

* FRECUENCIA que es el número de veces que se práctica el hábito durante el día.(8)

La duración tiene la función más crítica en el movimiento dental que se produce por el hábito digital.(8) Analizando los otros dos factores, se observa que es más difícil que sufra algún tipo de malformación el niño que succiona esporádicamente o sólo cuando va a la cama, que aquel que mantiene constantemente el dedo en la boca. En cuanto a la intensidad, no es lo mismo oír la succión en la habitación continua, mientras que en otros sólo es la introducción pasiva del dedo a la boca.

Se ha observado que el hábito de succión digital se vuelve cada vez menos aceptable, desde el punto de vista social, por lo que los padres se sienten involucrados emocionalmente, además de la preocupación por las consecuencias que origina el hábito en la dentición. De ahí su importancia del odontopediatra de intervenir cuando el hábito de succión digital persiste, y más aún si existe la presencia de alguna anomalía dentofacial en el niño, ya que con este se evitarán problemas posteriores tanto de tipo dental como facial.

capítulo 3

SIGNOS Y SINTOMAS CLASICOS

Se ha visto que el hábito de succión digital causa ciertos signos y síntomas clásicos en el aparato estomatológico del niño, causando una maloclusión ya sea de tipo dental o en casos muy graves llega a ser de tipo esquelética; pero para entender mejor estas anomalías causadas por el hábito revisemos brevemente lo que es una oclusión infantil normal, y recordemos las causas que nos pueden llevar a una maloclusión, y que tipo de maloclusiones existen.

Desarrollo oclusal

La arcada dental está en constantes cambios desde el nacimiento, el momento que hace erupción el primer diente (aproximadamente 6 meses) hasta que todos los dientes permanentes han erupcionado y alcanzado la oclusión (18-25 años). Aún después de que el desarrollo es completo, la arcada dental a través de la dentición estará sujeta a cambios como el desgaste, la caries, la enfermedad paradontal.(1)

En el momento de el nacimiento ya se han formado en gran medida las coronas de los dientes temporales, pero el desarrollo radicular no ha comenzado aún, los procesos gingivales son bajos y la bóveda palatina plana, las encías son ligeramente lobulares debido a las posiciones de los gérmenes dentarios.

El comienzo de la formación radicular de los dientes temporales induce el desarrollo de los tabiques periodontales y el proceso de erupción. En este momento se produce un crecimiento vertical de la cara, y un aumento de la altura del paladar. Durante este período de erupción aumentan las dimensiones sagital y transversal de las paredes alveolares, cuando erupcionan los segundos molares temporales aproximadamente a los 2 1/2 años de edad, termina este período de crecimiento.

La oclusión propiamente dicha, se establece cuando han erupcionado los primeros molares temporales y se estabiliza con la erupción de los segundos molares. Los segundos molares temporales erupcionan sin contacto proximal con los primeros molares, y entran en contacto proximal entre los 3 y 4 años de edad.

En la dentición primaria ó temporal la mayoría de los niños presentan espacios (diastemas) muy marcados entre los incisivos laterales y los caninos, en el maxilar superior; y entre los caninos y primeros molares, en el inferior; denominados ESPACIOS PRIMATES.(1)

También se observan espacios interdentes en la parte anterior, entre los incisivos centrales y laterales denominados ESPACIOS DE DESARROLLO Y/O FISIOLÓGICOS. Cuando encontramos estas características podemos hablar de arcos abiertos, a diferencia de cuando están ausentes hablamos de arcos cerrados; los cuales seguramente durante el período de exfoliación y cambio de dentición, encontraremos muy probablemente problemas de oclusión, debido a la falta de espacio.

Normalmente el valor medio de sobremordida y resalte es de 2 mm, es decir que hay una sobremordida profunda; que posteriormente disminuye (aproximadamente después de los 3 años).

En cuanto a la relación sagital de los maxilares el crecimiento comienza con un pequeño desplazamiento antero-interior que se da durante la lactancia.(5)

En la dentición temporal totalmente erupcionada la relación sagital se analiza a partir de los PLANOS TERMINALES, estos planos terminales permiten realizar predicciones con respecto a la futura oclusión de los molares de los 6 años. Los planos terminales dependen de la posición relativa de las superficies distales de los segundos molares temporales. Existen 4 planos terminales, los cuales son:

1)Plano terminal en un mismo nivel (recto) -> esto permitirá que los primeros molares permanentes erupcionen en una relación borde a borde, cuando los segundos molares temporales son exfoliados, el primer molar inferior permanente se desplaza a mesial más que el superior, alcanzando una posición molar CLASE I.

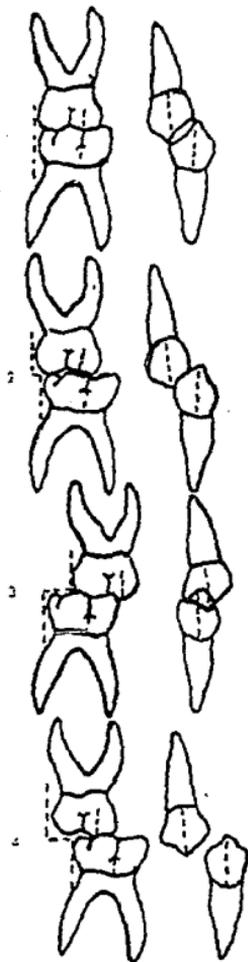
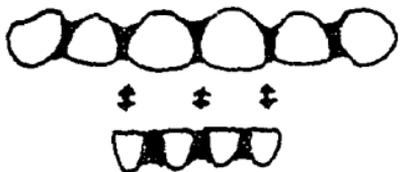
2)Plano terminal con escalón mesial -> esto permite que los primeros molares permanentes erupcionen directamente en una oclusión CLASE I.

3)Plano terminal con escalón distal -> esto permite que los primeros molares permanentes erupcionen en una oclusión CLASE II.

4)Plano terminal con escalón mesial exagerado -> esto permite que los primeros molares permanentes erupcionen en una posición CLASE III.(12)

PLANOS TERMINALES.

ESPACIOS FISIOLÓGICOS
Y ESPACIOS PRIMATES.



En dentición funcional temporal las cúspides están aplanadas como consecuencia de la atrición oclusal, lo que permite que la interdigitación oclusal de la dentición primaria se haga menos pronunciada con el tiempo.

Es de gran importancia que la dentición primaria se conserve si no sana totalmente, con restauraciones adecuadas y ser examinada periódicamente, debido a su potencial influencia sobre el desarrollo de la oclusión permanente así como el crecimiento cráneo-facial.(1)

Clasificación de las maloclusiones

Las maloclusiones se pueden clasificarse en 2 tipos:

1. MALOCLUSIONES DENTARIAS (Angle/Anderson)

Están regidas por la relación de cúspide entre los primeros molares superiores e inferiores permanentes, así tendremos:

> Relación molar clase I. Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. Se establece una relación normal entre los arcos (NEUTROCLUSION).

> Relación molar clase II. Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar. El maxilar se encuentra en posición mesial en relación al arco mandibular, y cuerpo de la mandíbula en relación distal con el arco maxilar (DISTOCLUSION).

División 1.- Cuando los incisivos superiores se encuentran en labioversión. Se caracteriza por un overjet excesivo en la región anterior. Estos pacientes muestran mayor crecimiento hacia abajo, presión muscular anormal y un perfil convexo.

División 2.- Cuando los incisivos centrales se encuentran en posición casi normal o en ligera linguoversión y los laterales se encuentran inclinados labial y mesialmente.

> Relación molar clase III. Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás de la cúspide distovestibular del primer molar inferior. La mandíbula se encuentra con relación mesial al maxilar (MESIOCLUSION).(7,10)

Cabe mencionar que tanto la clase I y III tienen subdivisiones como la clase II, pero no fueron mencionadas porque el hábito de succión digital sólo se ve relacionado en ocasiones con una maloclusión clase II, de ahí nuestro interés por ver sus subdivisiones.

2. MALOCLUSIONES ESQUELETICAS

Los problemas de la maloclusión pueden presentar un origen real de tipo esquelético, acompañado de problemas de tipo dentario, de allí la importancia de la cefalometría en el análisis de las maloclusiones. Esqueléticamente podemos observar:

> Clase I

- a) Posición normal de los maxilares con respecto a su base craneal.
- b) Posición de avance de ambos maxilares con respecto a su base craneal (BIPROTUSION).
- c) Posición de retrusión de ambos maxilares con respecto a su base craneal (DOBLE RETRUSION).

> Clase II

- a) Maxilar en buena posición, mandíbula retruida.
- b) Maxilar protruido, mandíbula en buena posición.
- c) Maxilar protruido, mandíbula retruida.

> Clase III

- a) Maxilar en buena posición, mandíbula protruida.
- b) Maxilar retruido, mandíbula en buena posición.
- c) Maxilar retruido, mandíbula protruida.(10)

Existen otras maloclusiones de tipo dental, como son: mordida abierta (anterior y/o posterior), mordida profunda (horizontal y/o vertical), y mordida cruzada posterior (unilateral y/o bilateral).

Etiología de las maloclusiones

Existen diversos factores que ocasionan maloclusiones ya sea de tipo dental o esquelético, los cuales veremos a continuación:

A) FACTORES PREDISPONENTES

1. Factores hereditarios

* Tamaño y forma del maxilar, mandíbula y dientes (mandíbula bífida, micrognasia, prognatismo, ausencias congénitas, dientes supernumerarios, biprotrusión, apiñamiento dentario, diastemas, labio y/o paladar fisurado, mordida profunda, mordida abierta).

2. Influencia prenatales

* Causas maternas (alimentación defectuosa, enfermedades graves durante el embarazo, traumatismos).

* Causas embrionarias (labio leporino entre otras).

B) FACTORES LOCALES (causas posnatales)

1. Grupo intrínseco (pérdida prematura de dientes temporales y/o permanentes, retención prolongada de dientes temporales, dientes ausentes y supernumerarios, actividad funcional disminuida y desviada de los dientes, traumatismos dentarios).

2. Factores ambientales

* Desviaciones de procesos funcionales normales (hábitos de succión, respiración bucal, hábitos de deglución anormal, hábitos de fonación anormal).

* Anormalidades de tejidos musculares (hipertiroidismo, hipotonismo, hipertrofia, atrofia)

* Presión por defectos de posición.

* Estados psicológicos.(10)

Una vez revisado lo anterior nos enfocaremos en la maloclusión provocada por el hábito de succión digital y revisaremos cada uno de los signos y síntomas característicos de tal hábito.(5)

En un estudio Subtelny (1973) comprobó 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 4 tipos principales de posiciones durante la succión, las cuales son:

A) En el 50%, el pulgar penetra 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. El incisivo inferior presiona contra el pulgar o se ponía en contacto con él, por detrás también de la primera articulación.

B) En el 24%, el pulgar no se introducía totalmente en la zona de la bóveda del paladar duro.

C) En el 18%, el pulgar se introducía totalmente en la cavidad oral y se ponía en contacto con la bóveda palatina, pero el incisivo inferior no está en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión.

D) En el 6%, el pulgar penetra muy poco en la boca y el incisivo inferior establece contacto con él aproximadamente en la uña.(5)

Se informa que los signos clásicos de un hábito de succión digital activo son:

I. **MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.** Es una falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores, cuando los demás dientes se encuentran en oclusión. Se presenta porque el dedo descansa en forma directa contra los incisivos, esto origina un ligero aumento en la abertura vertical.

DIFERENTES POSICIONES DURANTE LA SUCCION DIGITAL.



A



B



C



D



La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultad de lenguaje.

2. MOVIMIENTO VESTIBULAR DE LOS INCISIVOS SUPERIORES Y DESPLAZAMIENTO LINGUAL DE LOS INFERIORES. El movimiento vestibulolingual de los incisivos depende de cómo el niño se coloca el pulgar o el índice en la boca, y la presión que ejerza sobre estos dientes. La inclinación de los incisivos superiores hacia vestibular es por la presión que ejerce el niño con el dedo en dichos dientes. La combinación de ambos movimientos causa una sobremordida horizontal aumentada.

La inclinación vestibular de los incisivos superiores ocasiona que no haya un sellado labial y por lo tanto el niño se ve obligado a respirar por la boca.

3. CONSTRICCIÓN MAXILAR. La constricción de la arcada superior sucede por un cambio entre la musculatura labial y la lengua. Cuando se pone el pulgar en la boca, se fuerza a que la lengua se dirija hacia abajo y lejos del paladar. Los músculos orbicular de los labios y los buccinadores siguen aplicando fuerza sobre las superficies vestibulares de la arcada superior en particular cuando estos músculos se contraen durante la succión. Como la lengua deja de ejercer fuerza de contraequilibrio desde lingual, el arco superior posterior se colapsa ocasionando una mordida cruzada unilateral.(8)

Investigadores han observado una relación entre la clase II y la succión digital, y concluyeron que a medida que aumenta la duración del hábito, la probabilidad de que el niño desarrolle una maloclusión de clase II aumenta también.(7) Esto es debido a que la retracción postural mandibular puede desarrollarse, si el peso de la mano o el brazo fuerza continuamente a la mandíbula asumir una posición retraída para practicar el hábito.(6)

En cuanto al perfil del niño que succiona el dedo es convexo y se ha visto que tienen un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo.(6)

Otro signo muy particular de este hábito es encontrar un dedo (pulgar u otro) perfectamente limpio y con un callo, el cual nos revela sin duda alguna que se trata de un niño que succiona el pulgar.(1)

En cuanto a los síntomas de la succión digital, encontramos:

- dificultad en el control de esfínteres, por lo que el niño moja la cama por las noches;
- falta de voluntad para integrarse a actividades grupales en la escuela;

- falta de interés en el aprendizaje;
- presenta problemas de comportamiento (se torna en ocasiones agresivo, o bien retraído y tímido).

Con los signos y síntomas clásicos, el odontólogo podrá percatarse de la existencia del hábito de succión digital, ya sea sólo o asociado a otros hábitos, y podrá establecer un tratamiento si él lo considera necesario.

capítulo 4

TRATAMIENTO

Una vez que el odontopediatra esta enterado del hábito del paciente ha tomado la decisión de instituir un tratamiento que generalmente se efectúa entre los 4 y 6 años, son necesarios ciertos factores para el éxito en la corrección del hábito de succión digital.

Primero se necesita la cooperación del niño y esta se logra solo si este reconoce el hábito y su efecto; y por lo tanto desee interrumpirlo. En la mayoría de los casos, el propio niño desee deshacerse de su hábito y muchas veces es suficiente una charla agradable con el cirujano dentista para explicarle en que consiste el problema con ayuda de modelos de su propia dentición.

El siguiente factor es la cooperación de los padres, el cirujano dentista debe explicar a los padres lo que pretende hacer y como lo logrará, además de ponerse de acuerdo con ellos para que no regañen al niño acerca de su hábito durante el curso del tratamiento, de lo contrario pueden reforzar el hábito más que refrenarlo.

Se aconsejan 4 métodos diferentes para el tratamiento, los cuales son:

1.- **TERAPEUTICA DE RECORDAMIENTO.** Se lleva a cabo mediante recordatorios extraorales tales como una banda adhesiva pegada al dedo causal hasta que el hábito desaparezca, estímulos desagradables como pintar soluciones de mal sabor en el dedo, pero sin ser tóxicas; sin embargo este tipo de tratamiento se percibe como un castigo y puede no ser tan eficaz como un recordatorio neutral.

2.- **TERAPEUTICA DE RECOMPENSA.** Se establece un convenio entre el niño y el odontólogo, donde se menciona que el niño interrumpirá su hábito durante un período y al término de este se le dará un premio que sea especial para él, esto tendrá aún más éxito con una mayor participación del niño, por ejemplo la colocación de calcomanías en forma de estrella en un calendario hecho en casa, cuando él evite exitosamente el hábito durante todo el día. Y al término del período con halagos verbales.

3.- **TERAPIA MIOFUNCIONAL.** Esto se hace enseñándole al paciente una serie de ejercicios y luego guiándolo o motivando su conducta para que realice correctamente estos ejercicios con la frecuencia adecuada.(2)

Algunas terapéuticas miofuncionales prescriben una serie intensiva de 24 a 30 visitas de media hora o más, en la cual se entrena todo el sistema neuromuscular oral. Este tipo de terapia

solo es posible emplearla en niños mayores. Esta terapia miofuncional puede ser combinada con terapia por aparatos.

4.- **TERAPEUTICA CON APARATOS.** Los aparatos son recordatorios intraorales que físicamente desalientan el hábito al complicar la succión digital interfiriendo en la colocación del dedo y por lo tanto en la satisfacción derivada de la succión de dedo. Los aparatos correctores no deben producir dolor.(8)

Existen numerosos aparatos para la corrección del hábito de succión digital y no solo para ello sino también para la corrección de sus secuelas. Sin embargo solo mencionaremos los más usuales de los cuales encontramos dos grupos:

APARATOS PASIVOS

TRAMPA PALATINA

La trampa palatina es básicamente una criba sin bordes agudos, también permite que la lengua adopte su posición correcta durante la deglución. En el momento que se cierran los maxilares, los dientes posteriores tocan la criba y esta pasa por debajo y hacia lingual de los bordes incisales inferiores, pero no interfiere con los tejidos blandos.

Aunque este aparato no impide que el niño introduzca los dedos en la boca, no induce a la succión necesaria con su lengua provocando que el hábito se torne menos satisfactorio.

La criba básica puede estar unida a un aparato howley removible o bien a un arco palatino fijo.

> INDICACIONES:

- 1.- Succión digital.
- 2.- Empuje lingual.
- 3.- Deglución atípica.
- 4.- Respiración bucal.

El tratamiento con este aparato tiene una duración de 6 meses aproximadamente.(2)

PANTALLA ORAL

Es uno de los más antiguos aparatos, introducido en 1912 por Newell y recientemente modificado por Frankel.

La pantalla vestibular u oral ha demostrado que es un aparato versátil y simple en el tratamiento interceptivo precoz de deformidades del arco dentario, especialmente cuando las maloclusiones son causadas o agravadas por una función muscular defectuosa, produciendo excesivo resalte.

El aparato consiste en una placa acrílica o de plástico que se conforma a la anatomía anterior de las arcadas quedando en contacto con los incisivos superiores y llegando lo más posible al surco vestibular del maxilar superior, se extiende hasta los segundos molares temporales y va ligeramente separada del fondo del véstibulo. En la zona anterior lleva un anillo que facilita al paciente retirarlo de la boca.

Con este aparato los labios ejercen presión a través del material plástico contra la parte anterior de la dentición y su soporte óseo. En la parte posterior la pantalla no hace presión en los dientes posteriores, ya que tiene 2 o 3 mm de separación a cada lado de los primeros molares temporales. Así observamos que el segmento anterior está bajo la influencia directa del aparato, mientras que los segmentos posteriores están bajo la influencia del alejamiento de los músculos de las mejillas, permitiendo que la postura y la función de la lengua expandan las zonas posteriores.

> INDICACIONES:

- 1.- Hábitos (succión digital, mordedura labial, empuje lingual, respiración bucal).
- 2.- Distoclusiones ligeras con protusión premaxilar y mordida abierta en dentición primaria y mixta.
- 3.- Musculatura orofacial hipotónica y flácida.

En el caso de una distoclusión en desarrollo, el aparato puede hacerse con los maxilares en una relación sagital más próxima a la normal; por lo que es necesario tomar una MORDIDA CONSTRUCTIVA. Aunque cabe mencionar que sólo puede llevar la mandíbula hacia adelante de 1 a 3 mm, por lo que sólo puede utilizarse en casos muy leves.

Para la mordida abierta a menudo no hay necesidad de expandir los segmentos posteriores y el aparato se apoya en los tejidos. En cuanto a la protrusión premaxilar habitual

el arco superior es angosto, la pantalla mediante las fuerzas intraorales (postura y función de la lengua) actúa sobre las zonas de caninos y molares o bien premolares aumentando la expansión.

La colocación temprana de la pantalla vestibular no sólo intercepta el empeoramiento de la maloclusión con tendencia a clase II, sino que la corrige.

Se dice que el tratamiento tiene una duración de 3 a 6 meses de uso intensivo de la pantalla vestibular.(4,10)

APARATOS DE ORTOPEDIA FUNCIONAL

B I O N A T O R

El bionator es una modificación del activador que básicamente cumple las mismas funciones, pero es menos complicado y mejor tolerado por los pacientes. Fue creado por Balters.

El bionator provoca cambios sagitales y verticales en la dentición y se considera un aparato muy efectivo para tratar las secuelas de hábitos de succión. Además normaliza la función y asegura la armonía de las relaciones anatómicas.

> CARACTERISTICAS:

- Es menos voluminoso que el activador, ya que carece de la parte que cubre la sección anterior del paladar.
- Permite una mejor fonación, aunque el aparato queda flojo en la boca.
- Se usa tanto en el día como por la noche, excepto durante las comidas.

> OBJETIVOS:

- Lograr el cierre labial y traer el dorso de la lengua en contacto con el paladar blando.
- Agrandar el espacio oral y disciplinar su función.
- Llevar a los incisivos a una relación de borde a borde.
- Lograr una mejor relación de los maxilares, la lengua y la dentición; así como de los tejidos blandos circundantes.

> CLASIFICACION:

- A) Aparato estándar.
- B) Aparato para clase III.

C) Aparato para mordida abierta.

> INDICACIONES:

* APARATO ESTANDAR

1.- Tratamiento para clase II, división 1, corrigiendo la posición posterior de la lengua Y sus consecuencias.

2.- Tratamiento de arcos dentarios angostos en una maloclusión clase I.

* APARATO PARA CLASE III

1.- Tratamiento en prognatismo mandíbula, compensando la posición anterior de la lengua.

* APARATO PARA MORDIDA ABIERTA

1.- Para cerrar la abertura formada en las zonas anteriores o laterales.

2.- Tratamiento de disfunción de ATM.

El bionator consta de 3 partes principales, las cuales son: base de acrílico, arco palatino o arco de Cofi, y el arco vestibular con proyecciones distales (ansas buccinadores). De acuerdo al tipo de bionator puede haber diferencias, sin embargo aquí sólo mencionaremos el aparato estándar y el aparato para mordida abierta, ya que son los indicados para el tratamiento de succión digital dependiendo de las alteraciones que este haya provocado en la oclusión.

Aparato estándar.- Esta formado en conjunto el arco vestibular por un alambre labial (0,9 mm) y los dobleces buccinadores. El alambre palatino es más grueso (1,2 mm) y se curva en dirección distal.

Aparato para mordida abierta.- Los alambres vestibular y palatino son idénticos a los del bionator estándar. La porción superior del acrílico está modificada y el acrílico se extiende hacia arriba por detrás de los incisivos superiores al mismo nivel que para los dientes posteriores. No toca los dientes ni los alvéolos. Su propósito es evitar que la lengua empuje entre los dientes.

En el caso de las maloclusiones clase II, división 1, la lengua se coloca hacia adelante; por lo que el aparato mediante la estimulación de la parte distal del dorso de la lengua, desarrolla la mandíbula en dirección anterior para establecer una relación de clase I. Este cambio agranda las vías respiratorias y aumenta los reflejos de la deglución, volviéndola normal.

El aparato también logra el sellado labial en todos los tipos de maloclusión, condición previa para el libre desarrollo del potencial de crecimiento. Esto es posible gracias a la posición de mordida incisal borde a borde que se logra mediante la MORDIDA CONSTRUCTIVA.(4)

Modificación del Bionator

(Erich y Annette Fleischer)

> MODIFICACIONES:

- El cuerpo del acrílico del bionator se reduce de tamaño.
- Se sustituye el arco vestibular con ansas buccinadoras por un arco bucolabial superior y un arco inferior separado.
- La banda transpalatina se abre en dirección distal como el bionator para clase III.
- El anclaje sagital se refuerza con topes de alambre situados por mesial de los primeros molares temporales o caninos superiores.
- Consta con un plano de mordida oclusal metálico para facilitar la corrección de la sobremordida profunda.

> INDICACIONES:

- 1.- Maloclusiones de clase II, división 1 o 2.
- 2.- Maloclusiones de clase I con mordida profunda y/o cruzada de incisivos (seudo-clase III).
- 3.- Maloclusiones por hábitos (succión digital, succión labial, interposición lingual, mordedura de carrillos). En este caso si existe una mordida abierta de tipo esquelética, esta contraindicado el aparato.

El tiempo promedio necesario para lograr la corrección puede estimarse razonablemente en 1 año a 1 año y medio. El mismo aparato se usa para retención, durante la noche durante 6 meses a 1 año más.(4)

SIMOES-NETWORK

NETWORK (red) = Es una cadena de sistemas operando como unidades.

SIMOES NETWORK (SN) = Es una conexión de la cadena de aparatos ortopedicos funcionales usados en determinados periodos de desarrollo ontogénico.

El SN es un aparato de ortopedia funcional que pertenece al grupo de los híbridos, con propiedades inherente. El aparato surge de la combinación de la filosofía de dos aparatos (Bimbley y placas de Planas). Su principal ventaja es obtener resultados más rápidos y estables.

> CLASIFICACIÓN:

- A) SN1 (modelo de deslizamiento ligero).
- B) SN2 (mantenedor de la lengua).
- C) SN3 (modelo con aletas inferiores).
- D) SN4 (modelo con pantalla o escudo).
- E) SN5 (tipo especial de conexión con aletas).

SN 1

> INDICACIONES:

- 1.- En casos de pequeño resalte.
- 2.- Neutroclusión o ligera distoclusión, JAMAS mesioclusiones.
- 3.- Necesidad de desarrollo transversal de la mandíbula.
- 4.- Control de desarrollo transversal superior.

> OBJETIVOS:

- Mayor espacio oral funcional.
- Movimientos lateroprotusivos.
- Mantiene el DA.
- Elimina la interferencia de los arcos dorsales en la erupción de los premolares y molares.
- Ofrece mejor anclaje en los casos de incisivos muy vestibularizados o poco erupcionados.
- Permite la inclusión de accesorios.
- Permite la eliminación del escudo Bimbley en biotipos con labios gruesos o cuando no son necesarios.
- > El SN1 debe ser sustituido por AOF-Planas o AOF-Bimbley, aún cuando haya aumento natural del espacio oral funcional.

SN 2

> INDICACIONES:

- 1.- Neutroclusiones y mesioclusiones.
- 2.- Mordidas abiertas (funcionales) o mordidas cruzadas.

3.- Biprotusiones.

4.- Control en el desarrollo del maxilar inferior o excitación en el desarrollo transversal mayor del maxilar superior.

5.- Control en la posición de la lengua a través de estímulos más suaves, influyendo a su vez en la posición de la mandíbula.

> OBJETIVOS:

- Espacio oral funcional más amplio.

- Movimientos lateroprotusivos.

- Toca la lengua hacia los lados y en la punta para inducirla a obtener una ubicación distinta en sentido transversal alejándola ligeramente del arco dentario.

SN 3

> INDICACIONES:

1.- Control de desarrollo de los arcos dentarios, principalmente en sentido anterior.

2.- Clase III (Arco de Heisler).(10)

3.- Clase I, tipo 3 (pseudo-clase III) o en ligera mesioclusión.

4.- Biprotusiones.

5.- Tratamiento precoz de mordidas abiertas estructurales desfavorables.

6.- Divergencia del plano oclusal.

> OBJETIVOS:

- Espacio oral funcional más amplio.

- Cambiar la posición de la lengua, variando ligeramente la posición de la mandíbula.

- Mayor anclaje mandibular en sentido anterior y posterior que el SN2.

-> Como se encuentra anclada bimaxilarmente mediante sus pequeñas aletas puede ser excitada la mandíbula más transversalmente.

SN 4

> INDICACIONES:

1.- Cuando se necesite excitación neural en el vestíbulo.

2.- Mordidas cruzadas.

> OBJETIVOS:

- Mediante los escudos laterales ya sean usados unilateralmente o bilateralmente actúa sobre el maxilar y/o la mandíbula.
- Acelerar el resultado en tratamientos de mordidas cruzadas, estimulando el cierre mandibular sobre el aparato, aumentando el anclaje bimaxilar, en pacientes que mantienen la boca abierta.

SN 5

> INDICACIONES:

- 1.- Aumentar los movimientos lateroprotusivos.

> OBJETIVOS:

- Disminuir la frecuencia de la ruptura de los arcos dorsales actuando como rompeduerza.
- Maneja clínicamente el CPT, y que facilita el cambio de arcos dorsales sin asistencia del laboratorista.(10,13)

La **MORDIDA CONSTRUCTIVA** se refiere a la mordida en cera con la mandíbula en una posición de ventaja oclusal que no corresponde a la posición de reposo ni a la oclusión habitual del paciente. Balters sugirió que esta debía tomarse en una posición de borde a borde de los incisivos que determina automáticamente el espacio libre interoclusal del paciente en los segmentos posteriores, ya que pensó que era la posición más efectiva para alcanzar una relación armoniosa y estable de los arcos dentarios.(4)

Antes de esto debe estudiarse el perfil blando directamente en el paciente, para ver si un posicionamiento anterior de la mandíbula puede mejorar el perfil.(4)

La posición anterior seleccionada para la mandíbula debe ser tolerada y aceptada por el paciente.(4)

capítulo 5

CASO CLINICO

Paciente femenino de 4 años de edad con el antecedente de que se chupa el dedo pulgar, con un tiempo de evolución desde el nacimiento hasta la actualidad.

Se llevo a cabo la HISTORIA CLINICA, se tomaron MODELOS DE ESTUDIO y RADIOGRAFIAS (panorámica y lateral de cráneo) encontrando lo siguiente:

Antecedentes personales no patológicos:

Es originaria y reside en el D.F., tiene la edad de 4 años con 4 meses, va en 2o año de kinder, ocupa el 2o lugar de 2 hijos en la familia, su estado socioeconómico es medio. Cuenta con su cartilla de inmunizaciones completa compatible con su edad.

Antecedentes heredo-familiares:

Los abuelos paternos son diabéticos.

Antecedentes personales patológicos:

No hay datos de importancia para el padecimiento.

Padecimiento actual:

El motivo de la consulta es porque la madre refiere constancia en el hábito de chuparse el dedo desde el nacimiento, el cual se va acentuando al crecer, provocando deformación de las arcadas y alteraciones dentales de una manera poco común debido a la posición no frecuente que adopta la paciente al momento de la succión digital. Esta posición consiste en la colocación del pulgar hacia abajo apoyándose en los incisivos inferiores y llevando la mandíbula hacia atrás en el momento de la succión.

También refirió que la respiración es por la cavidad oral durante las noches acompañado de ronquido.

Posteriormente se llevo a cabo:

1. **Análisis Facial** (frontal y perfil). Se encontró simetría, musculatura labial hipertónica, incompatibilidad labial, y perfil convexo.

2. **Análisis Dental**. Se encontró con una dentición temporal de acuerdo a su edad, presencia de espacios primates en ambas arcadas, presencia de espacios fisiológicos sólo en la arcada inferior, una arcada superior en forma triangular y una arcada inferior de forma ovoidal, una relación molar con escalón distal (clase II), una relación canina de clase II, una sobremordida horizontal

de 6 mm, no se encontró mordida abierta ni mordida cruzada, no presenta dientes ausentes ni malformados. Presenta caries, las cuales son tratadas colocando las siguientes obturaciones y restauraciones: en la arcada superior 2 coronas en ambos A, 1 resina en un surco del E; y en la arcada inferior 1 amalgama en el D.

3. **Análisis Radiográfico (CEFALOMETRICO)**. Se realizó el trazado cefalométrico con la técnica de Rakosi obteniendo el siguiente resultado:

Tipo de crecimiento vertical con una maloclusión esquelética clase II, cuya causa es una combinación de protrusión maxilar y retrognatismo mandibular, en donde también apreciamos una ligera divergencia de sus bases maxilares.

La relación dento-alveolar se encuentra alterada de una manera poco común, debido a la posición que adopta la paciente al momento de la succión digital, por lo que encontramos protrusión y retroclinación dento-alveolar maxilar y protrusión y proclinación dento-alveolar mandibular.

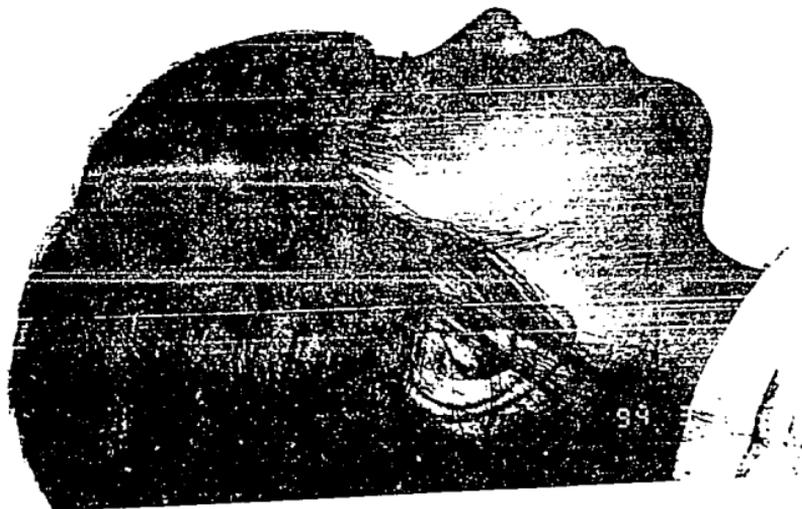
Diagnóstico:

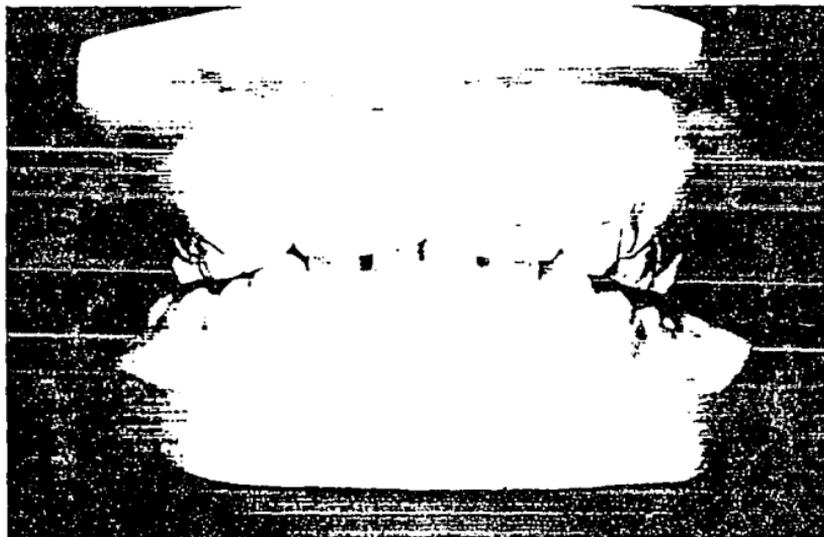
Con todos los datos reunidos se llegó a la conclusión de que la niña presentaba un hábito de SUCCION DIGITAL, combinado con el hábito de respiración bucal. La causa del hábito es una aberración de succión perinatal residual, debido a una respuesta de succión condicionada.

La succión provocó alteraciones dentales y esqueléticas.

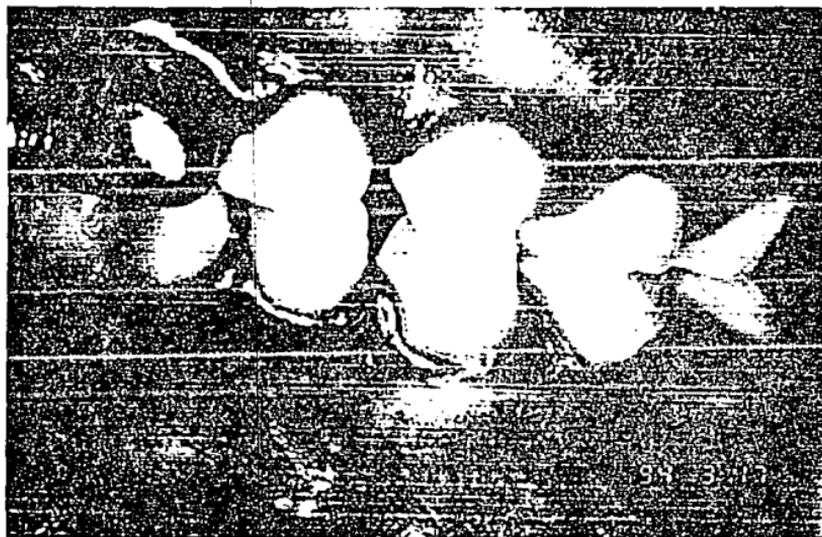
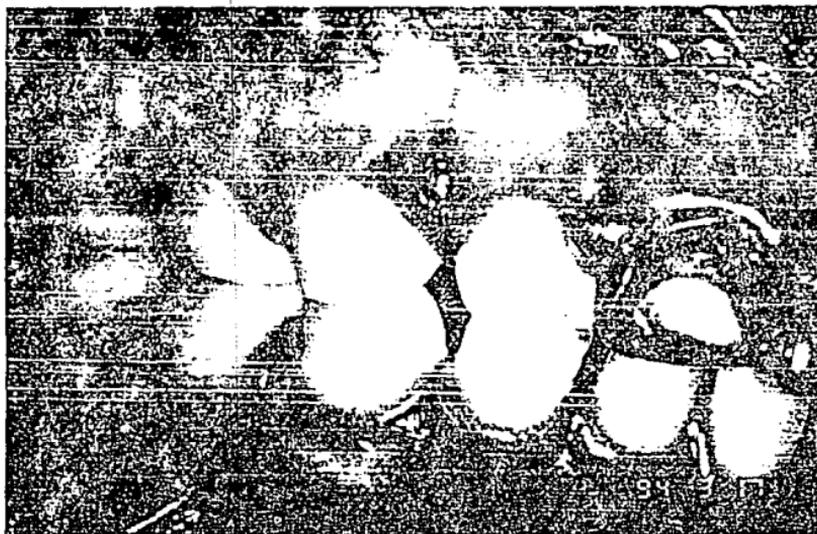
Tratamiento:

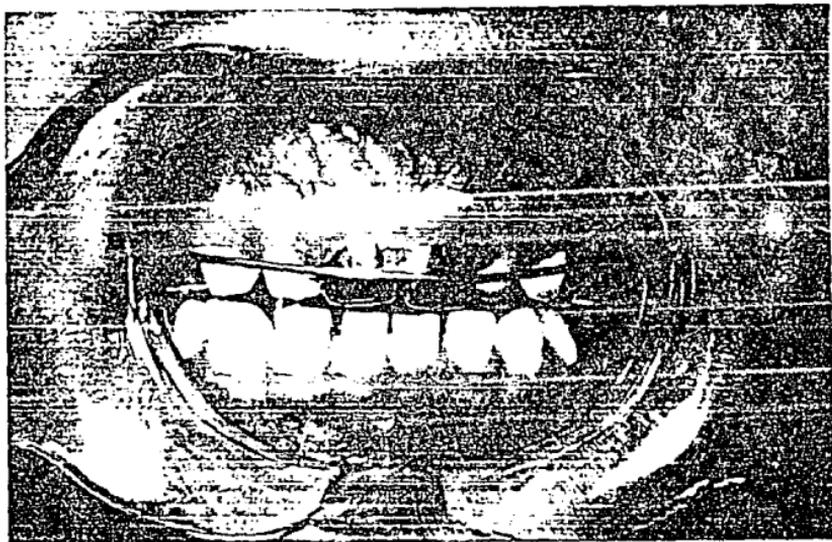
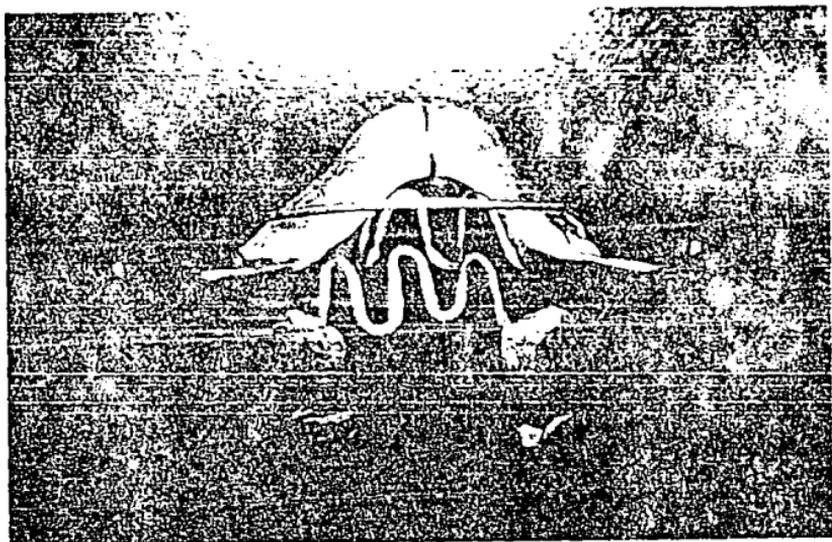
Por las características del diagnóstico y etiología se decidió colocar un NETWORK SN3, con el objetivo de eliminar la succión digital y corregir la posición esquelética, así como estimular y cambiar la posición lingual por medio de un pequeño cambio de posición mandibular; logrando con esto un equilibrio funcional del aparato estomatológico.



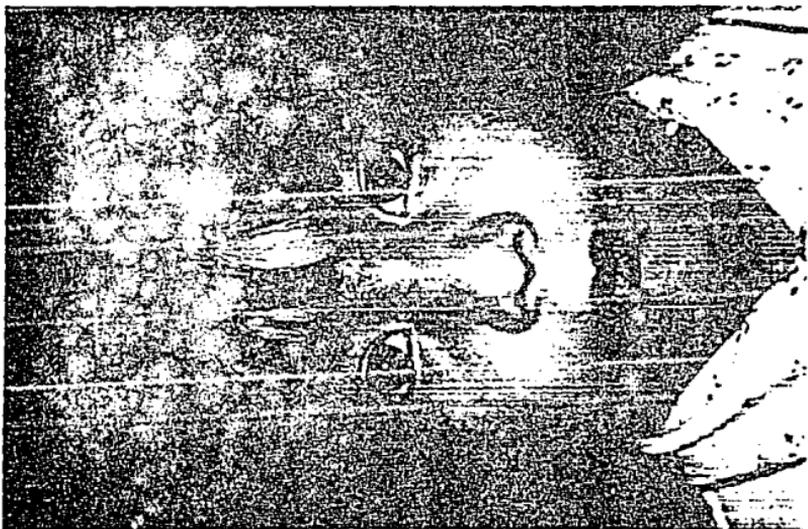


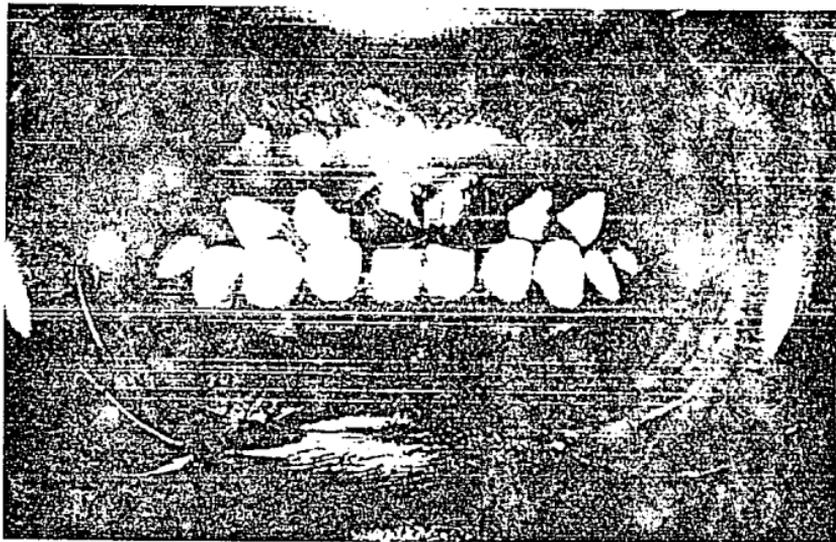






RESULTADOS
PRELIMINARES (1mes)





CONCLUSIONES

La succión para el lactante es indispensable para el buen desarrollo cráneo-facial, así como la importancia afectiva que significa para el niño al momento de amamantarse.

La succión digital en niños menores de 4 años es considerada normal, ya que es una succión no nutritiva que reconforta las emociones del niño. Sin embargo después de esta edad, la succión digital es perjudicial, ya que provoca alteraciones funcionales, dentales y en un momento dado puede llegar a causar problemas esqueléticos en el aparato estomatognático.

Generalmente la succión digital ocasiona signos clásicos en la cavidad oral dependiendo de la posición que adopte el niño en el momento de la succión, sin embargo esto no es un patrón a seguir ya que el niño puede adoptar variadas posiciones poco comunes y causar otro tipo de alteraciones no muy frecuentes.

Es obligación del odontopediatra detectar la presencia del hábito, así como la causa y sus efectos; para poder instituir tratamiento adecuado, eliminando tanto la causa como el hábito y sus efectos para prevenir residivas.

La importancia de perseguir que la dentición temporal se conserve en estado de salud y con un equilibrio funcional; libre de cualquier tipo de maloclusión, cae sobre una futura dentición permanente sana.

BIBLIOGRAFIA

1. Barber Thomas K; *Odontología Pediátrica*; Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V.; 1985, págs. 221-223, 263-270.
2. Barnett; *Terapia Oclusal en Odontopediatria*; Ed. Panamericana; 1978; págs. 86, 92, 185-192.
3. Braham/Morris; *Odontología Pediátrica*; Ed. Panamericana; 1984; págs. 59-63, 422.
4. Graber/Neumann; *Aparatología Ortodóntica Removible*; Ed. Panamericana; 2da ed. 1982; págs. 68-74, 344-347, 373-380, 383.
5. Magnusson Bengt O.; *Odontopediatria Enfoque Sistemático*; Ed. Salvat; 1985; págs. 102-107, 245-248.
6. Mayers; *Manual de Ortodoncia*; Ed. Panamericana; 1992; págs. 156-160.
7. Mc Donald/Avery; *Odontología Pediátrica y del Adolescente*; Ed. Panamericana; 5a ed. 1990; págs. 652, 655, 726-732.
8. Pinkham J. R.; *Odontología Pediátrica*; Ed. Interamericana; 1991; págs. 170-173, 311-317.
9. Planas Pedro; *Rehabilitación Neuro-oclusal*; Ed; Salvat; 1987; págs. 149,150.
10. Quiroz Oscar J.; *Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva*; Ed. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericana S.A.; 1993; págs. 13, 18-20, 81, 83, 88-90.
11. Sidney B. Finn; *Odontología pediátrica*; Ed. Panamericana; 1976; págs. 326-338.

12. Sim Joseph M.; *Movimientos Dentarios Menores en Niños*; Ed. Mundi S.A.; 2da ed.; págs. 22-24, 39.

13. Wilma Alexandre Simóes; *Ortopedia Funcional de los Maxilares*; Tomo II; Ed. Isaro; 1989; págs. 96-104.