



118
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Universidad Nacional Autónoma
de México**

Facultad de Odontología

Dinzi Levin
C.D. NORA MONTEAGUESCA BAZAN
5 de mayo de 1994

**"Relación Hábitos Bucales vs.
Maloclusiones"**

TRABAJO DE INVESTIGACION

Que, para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

Guadalupe Gil Almanza

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D.F.

1994



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.

Todo tiene su tiempo, y todo
lo que se quiere debajo del ---
cielo tiene su hora.

Todo lo hizo hermoso en su tiempo;
ha puesto eternidad en el corazón de-
ellos, sin que alcance el hombre a en-
tender la obra que ha hecho Dios des-
de el principio hasta el fin.

Ec.3:1,11.

Pelea la buena batalla de la fe,
echa mano de la vida eterna, a la --
cual asimismo fuiste llamado, habien-
do hecho la buena profesión delante-
de muchos testigos.

1Ti.6:12.

" TODO LO PUEDO EN CRISTO QUE ME FORTALECE " .

A TI DIOS MIO:

Por que siempre has estado conmigo en los momentos más difíciles iluminando mi camino y dandome fuerzas para la lucha diaria, protegiendome contra lo inesperado, regalandome tu -- cariño y protección que solo un amigo eterno como tú sabe --- dar.

A MI PAPITO Y A MI MAMITA:

Por darme la vida y fundamentalmente por inculcarme los--- valores que ahora poseo, que fueron piedra angular para términar con éxito mi carrera profesional que más que mía es de -- ustedes, por sus desvelos y cariño inimaginable los guardo en mi corazón.

A MI HERMANO ENRIQUE, LOLA, CLAUDIA Y LUPITA:

Por el gran cariño, comprensión y apoyo recibido, para términar otra etapa de mi vida y sobre todo a tí Enrique por ser mi segundo padre, con admiración y respeto ¡Gracias!.

A MIS HERMANOS VICTOR, JOSE LUIS, ESMERALDA, JULIO CESAR Y -- EDGAR:

Con el amor y cariño que les tengo, por ser el impulso -- para superarme, por su confianza y apoyo los recuerdo siempre

A MIS SOBRINOS Y CUÑADAS:

Por ser lo más querido en la vida de mis hermanos, que -- Dios los guarde.

A MI ABUELITA:

Por ser el ejemplo de una gran madre y mujer, por tus con-
sejos y cariño que Dios te bendiga.

A MIS TIOS (TOÑO, JULY, ARTURO, ALONSO, MARTHA):

Por su cariño y todas esas cosas grandes que guardan en su corazón para ejemplo de los demás, los amo mucho.

A MIS PRIMOS EN ESPECIAL A: (CARMEN, ALONSO, GISELA Y ONASIS

Por ser mis compañeros de juegos, de alegrías y de --- tristezas. Los recuerdo siempre.

A MI ESPOSO:

Por ser en mi vida lo más especial que me ha sucedido, por ser mi mejor amigo, después de Dios y sobre todo por creer en mí y por todo el amor que me das día con día No me faltas nunca.

A MI HIJO (A)?:

Por ser la bendición y el regalo más grande que Dios--- nos ha dado a mi esposo y a mí, te esperamos con ansia.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA:

Por ser el alma mater de muchos profesionistas, gracias por que en tí forje mis sueños y mi futuro.

A LA CLINICA PERIFERICA NAUCALPAN:

por que en ella encontré a mis mejores amigos, a los--- mejores doctores. por sus enseñanzas y consejos nunca los ---- olvido.

AL DR. VICTOR GARCIA BAZAN:

Por ser mi Director de tesis y el ejemplo de rectitud-- en el servicio profesional lo admiro y respeto siempre.

AL HONORABLE JURADO:

Con admiración y respeto.

A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIOS:

Por compartir conmigo las vivencias de estudiante y los
gratos momentos.

Dentro de tí
y en el fondo de tu corazón
está el secreto
de la motivación y la excelencia.

I N D I C E.

CAPITULO I.

"RELACION HABITOS BUCALES VS. MALOCCLUSIONES".

INTRODUCCION.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
JUSTIFICACION.....	4
OBJETIVOS.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	12
DISCUSION.....	13
RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	14

CAPITULO II.

HABITOS ORALES.

A).- RESPIRADOR BUCAL.....	16
B).- SUCCIONADOR DE DEDO.....	17
C).- PROTUSION LINGUAL.....	17
D).- SUCCION Y MORDEDURA DEL LABIO.....	18
E).- MORDEDURA DE UÑAS.....	18
F).- OTROS HABITOS.....	19

CAPITULO III.

TIPO DE ALTERACIONES CAUSADAS POR HABITOS ORALES.

A).- RESPIRACION BUCAL.....	20
B).- SUCCIONADOR DE DEDO.....	21
C).- PROTUSION LINGUAL.....	22
D).- SUCCION Y MORDEDURA DEL LABIO.....	22
E).- MORDEDURA DE UÑAS.....	22
F).- OTROS HABITOS.....	23

CAPITULO IV.

PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS ORALES.

A).- RESPIRACION BUCAL.....	24
B).- SUCCION DE DEDO.....	24
C).- PROTUSION LINGUAL.....	25
D).- SUCCION Y MORDEDURA DEL LABIO.....	25
E).- MORDEDURA DE UÑAS.....	25
F).- OTROS HABITOS.....	25
REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES.....	26

CAPITULO V.

METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO.

A).- METODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.....	28
B).- USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR LOS HABITOS NOCIVOS.....	28

CAPITULO V.

EJEMPLOS DE ALGUNAS ALTERACIONES PROVOCADAS POR HABITOS BUCALES

.....40

BIBLIOGRAFIA.....44

INTRODUCCION:

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo, la acción normal de labio y la masticación correcta. Los hábitos anormales que pueden interferir en el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse los hábitos normales deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan un papel importante en el crecimiento craneo/facial y en la fisiología oclusal. Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de las maloclusiones.

El hábito de la succión de un dedo puede considerarse normal en los primeros tres o cuatro años de vida de un niño. Pero después de esta fecha y sobre todo cuando hay un exceso del hábito, debemos considerar que estamos frente a un estado patológico. La infelicidad, la no seguridad, y frustración del niño, pueden manifestarse perfectamente como un fenómeno psicológico, apelando al hábito de la succión (Landa, 1953).

Esta experiencia es un escape emocional que actúa como un real sustituto del calor humano, dándole cierta seguridad al niño. Debido a estos trastornos durante la niñez se pueden desarrollar múltiples complejos (Landa, 1953). Para Pauly (1957) los hábitos orales proceden de cinco distintas fuentes: (1) instinto, (2) una fuente insuficiente o incorrecta de energía, (3) dolor o disconformidad, (4) tamaño anormal de las partes (amígdalas, etc) y (5) imitación de los hábitos o imposición por los padres u otras personas. Heskia & Deplagne (1972) consideran que los hábitos viciosos pueden ser determinantes patológicas (1) por ejercitar presiones no fisiológicas (2), por constituir obstáculos para el desarrollo armónico y (3) por provocar secundariamente hábitos musculares viciosos.

Según Moyers (1960), todos los hábitos tienen su origen -- dentro del sistema neuromuscular, puesto que son reflejos de con tracción muscular de naturaleza compleja que se aprende. Todos - los hábitos de presión anormal deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas porque pueden estar relacionadas con -- hambre o con el deseo de llamar la atención. Los factores musculares dañinos están bastante dilucidados por los investigadores de nuestros días y como bien nos dice Muñiz (1977), "Es indudable que un estímulo muscular constante produce una respuesta en la - estructura ósea y la posición dentaria". En ciertos casos el--- efecto negativo de algunos hábitos pueden llegar a disturbar los mecanismos compensadores de crecimiento y, en la medida de su gravedad, más precozmente se deberá tratar.

Massler (1961) nos dice : "El chupador del pulgar compulsivo es el niño que se chupa el pulgar todo el santo día. Cuando va a la cama se chupa el pulgar, se duerme, pero el dedo no lo - saca de la boca y mientras está durmiendo se oye la succión, es el que tiene una maloclusión. (Pueden encontrarse mordida abierta). Existe una serie de hábitos orales que pueden engendrar el chupeteo, pero otros pueden ser el resultado posterior al pasado vicio. Por ejemplo: las degluciones atípicas. La lengua protractil, este hábito acompaña o queda como residuo del chupeteo de algún dedo, pero también puede ser causado por amígdalas hipertroficadas o hipersensitivas (Moyers, 1960).

El chupeteo del labio puede observarse aislado o acompañado del chupeteo del dedo, puede ser el labio superior o el inferior, trayendo como resultado la linguoversión o la labioversión según donde provenga la presión (Moyers, 1960).

Korkhaus (1947), encontró que los hábitos de la succión -- del pulgar, del labio y de la lengua eran más frecuentes entre los niños sometidos a la lactancia infantil. 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 al cerrar los labios correctamente durante la deglución. Los cambios de coloración y descamación de los labios se observa con frecuencia en estos pacientes debido a la sequedad y a la continua presión al colocar los labios entre los dientes.

Los hábitos perniciosos pueden ser definidos como destructivos o muy lesivos, de la integridad de los dientes, sus estructuras de retención y soporte, la lengua, las membranas mucosas, la articulación temporomandibular, etc., Estos hábitos pueden -- afectar el uso de los músculos inherentes a la cavidad bucal o -- utilizar otras partes del cuerpo u objetos extraños en patrones de hábitos exógenos. Puede considerarse inconciente la motiva--- ción de los hábitos inherentes y se les puede relacionar más con gratificaciones emocionales que los hábitos que suponen fuerzas u objetos externos a la boca. Por lo común, se puede consignar-- que es más facil eliminar los hábitos exógenos, que han sido factores etiológicos en la malposición dentaria, que los inherentes a la cavidad bucal es importante hacer esta distinción cuando se trata de pronóstico de las medidas correctoras.

Los bebés alimentados con biberón muestran frecuentemente hábitos de succión indeseables, si el biberón ha sido usado como dispositivo para aquietarlo e inducir sueño.

Autores como Johson (1), enfocaron el problema psicológico de los hábitos bucales, así como las consideraciones biológicas y el origen del mismo. Ruff(2) y Freud citado por Ayer(3), opinan que la etiología de los malos hábitos del niño intervienen-- los factores psicilógicos por lo que es necesario tratar las causas que lo provocan, para atender al paciente de manera integral teniendo en cuenta que es un ser biopsicosocial.

Se admite hoy, en general, que la estabilidad emocional y material del hogar, la coherencia de conducta de los padres, la cierta regulación de la vida cotidiana y muy particularmente el sentimiento en el niño de ser amado, de ser tomado en cuenta por quienes lo rodean y de ser aceptado como es, constituyen componentes principales de la seguridad sin los cuales el pequeño no podría desarrollarse armoniosamente cuando estos factores no --- existen contribuyen a la aparición de los hábitos bucales como manera de llamar la atención.

El enfoque en la odontología hacia la rama de trabajo infantil, requiere algo mas que conocimientos dentales comunes debido a que estamos tratando con organismos en periodo de formación y el niño esta adquiriendo constantemente hábitos, modificandolos, dejandolos o reforzandolos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los hábitos bucales son posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y fácilmente maleables y también de cambios potenciales en el desplazamiento de los dientes y en oclusiones anormales. Este tipo de problemas es de interés para el pediatra los psiquiatras, los especialistas del lenguaje, el Cirujano Dentista y de los padres de familia, ya que es necesario conocer su origen a fin de poder evitar que se presenten o de resolverlos cuando éstos ya se hayan manifestado. El hecho repetitivo de un hábito bucal, sobrepasando los límites que se estipulan como normales pueden condicionar a un problema de maloclusión. Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende.

Es indudable que un estímulo muscular constante produce una respuesta en la estructura ósea y posición dentaria lo que da como resultado una maloclusión.

JUSTIFICACION:

Mediante la investigación se propone establecer hasta qué grado afecta un hábito bucal en el desarrollo y armonía entre las arcadas siempre y cuando sea repetitivo y de presión anormal para que sean lesivos o por el contrario puede haber niños que no presenten hábito alguno y sin embargo tienen problemas de maloclusión. Este estudio nos podrá ayudar a que de una manera u otra se puedan prevenir o reducir el número de maloclusiones mediante un tratamiento con el cual en un futuro sea de ayuda a generaciones venideras.

OBJETIVOS:

Mostrar de que manera influyen los hábitos bucales en las maloclusiones.

Conocer cuáles son esos hábitos bucales y cuáles son los más agresivos.

Valorar el tiempo de persistencia del hábito atendiendo la edad y el sexo.

Sugerir y aplicar las siguientes normas para obtener un buen resultado terapéutico.

- 1.- Ganar la confianza del niño, en preferencia de padres.
- 2.- Darle importancia a las manos del niño frente a él.
- 3.- Buscar las causas orgánicas.
- 4.- Lograr entrevistas sucesivas con el niño.
- 5.- Atención y cuidado del niño durante el tiempo requerido.

Dar consejos, conversaciones motivando al niño, enseñarle su imagen obtenida, frente al espejo en el momento del chupeteo u cualquier otro hábito.

Buscar un tratamiento adecuado para cada caso.

MATERIAL Y METODOS:

Un total de 500 niños (del sexo masculino y femenino) fueron estudiados, 250 niños pertenecían al Estado de Toluca y 250 pertenecían al D.F. para obtener una muestra comparativa, estos niños oscilaban entre 3 a los 6 años y de los 6 a los 12 años,-- sanos, con algún hábito bucal (succión de dedo, protusión lingual, mordedor de labios, mordedor de uñas, etc.), después de haber obtenido el consentimiento de los padres para dicho estudio se procedió a llenar una historia clínica que constaba de -- sus datos personales que a continuación se expondran, con espejos bucales se procedió a examinar la cavidad oral para observar que alteraciones presentaban, después se le interrogó, cual dedo se chupaba y si contesta que ninguno, se procedía a examinar los -- dedos de ambas manos en busca de señas que pudieran insinuar la presencia de succión digital. Se les preguntó también si les--- gustaba respirar por la boca o si se sentían mejor respirando -- normalmente demostrándoseles con una pequeña práctica entre nosotros, observando si el paciente presentaba labios resecos o -- mordida abierta por este mismo hecho, se les preguntó también si acostumbraban a empujar la lengua en contra de los dientes inferiores o superiores mostrándoseles a manera de juego para obtener resultados veraces observando que no hubiera alteración en -- su oclusión. Se les preguntó si se chupaban el labio o se lo --- mordían y si esto les hacia sentir bien, observando detenidamente si había presente una labioversión, se les preguntó a los padres de los niños, si sus hijos presentaban nerviosismo y si se mordían la uñas, observando si habían malposiciones dentarias en otras preguntas se hacia, saber si les gustaba chupar lápices, - chupetes u otros objetos.

Para comparar si la frecuencia del hábito fué significativa con respecto al sexo se utilizó una regla de tres.

HISTORIA CLINICA.

TIPO DE HABITO _____ NOMBRE _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____

SEXO _____ EDAD _____

REMITIDO POR: DENTISTA _____ MEDICO _____ OTRO _____ ESPECIFICAR _____

ANOMALIAS CONGENITAS: _____ ESPECIFICAR _____

HOGAR

A).- CON QUIEN VIVE EL NIÑO _____

B).- NOMBRE, EDAD, SEXO DE LOS HERMANOS _____

C).- CARACTER DE LA MADRE _____

D).- PROBLEMAS DE LOS PADRES _____

ALIMENTACION

A).- ALIMENTACION CON PECHO MATERNO _____

DURACION _____ MESES _____ EDAD DEL DESTETE _____ MESES _____

B).- LACTANCIA POR BIBERON _____ DURACION _____ MESES _____ EDAD DEL DESTETE _____ MESES.

C).- HABITOS ALIMENTARIOS ACTUALES _____

D).- COMENTARIOS _____

HABITOS DE SUEÑO.

A).- SIESTAS, REGULARIDAD, DURACION, POSICION _____

B).- DE NOCHE, CANTIDAD, HORAS, FRECUENCIA DE LAS INTERRUPCIONES, NORMALIDAD, ETC. _____

C).- COMENTARIOS. _____

W.C.

- A).- CUANDO EMPEZO A CONTROLAR ESFINTERES? _____
- B).- CON QUE FRECUENCIA MOJA SU CAMA? _____
- C).- TIENE COMPLETO CONTROL DE ESFINTERES? _____
- D).- TEMORES DESUSADOS _____
- E).- COMENTARIOS _____

COMPORTAMIENTO SOCIAL

- A).- TIPO DE PERSONALIDAD _____
- B).- HABITOS DE JUEGO _____
- C).- PROBLEMAS DE APRENDIZAJE _____
- D).- RELACION CON LOS AMIGOS _____
- E).- REACCION BAJO TENSION _____
- F).- LE GUSTA VER PROGRAMAS DE T.V., FRECUENCIA Y TIEMPO _____

SALUD GENERAL

- A).- COMO ES SU ESTADO DE SALUD GENERAL? _____
- B).- CON QUE FRECUENCIA TIENE RESFRIADOS? _____
- C).- EN QUE EPOCA DEL AÑO SE ENFERMA? _____

HABITOS.

- A).- QUE TIPO DE HABITOS PRACTICA? _____
- B).- LO ACOMPAÑA OTRO HABITO? _____
- C).- PRESENTA CAMBIOS DE COLOR, CONSISTENCIA O CALLOSIDADES EN--
ALGUN DEDO O MANO? _____
- D).- PROFUNDIDAD DEL PALADAR DURO: _____

- E).- RESPIRA POR LA NARIZ Y CON LA BOCA CERRADA SIEMPRE: _____
- F).- DETECTA DIFICULTADES RESPIRATORIAS CONTROLANDO LA RESPIRACION Y EL PASO DEL AIRE: _____
- G).- OBSERVAR TIPO DE DEGLUCION Y POSICION DE LA LENGUA: _____
-
- H).- LESIONES DE LOS LABIOS: _____
- I).- CORRESPONDEN SU DICCION Y SU EDAD? _____
- J).- PRESENTA MORDEDURAS EN LOS CARRILLOS? _____
- K).- INTRODUCE CUERPOS EXTRAÑOS EN SU BOCA? _____
- L).- PRESENTA INDICIOS DE ALGUN HABITO MASOQUISTA? _____
- M).- SE COME LA UÑAS CON FRECUENCIA? _____
- N).- EJERCE PRESIONES DAÑINAS EN SU BOCA AL DORMIR, ESTUDIAR O POR PERIODOS PROLONGADOS? _____

ACTITUD CLINICA.

- | | | |
|---|----|----|
| 1.- EL PACIENTE TIENE MAS DE 3 AÑOS DE EDAD? | SI | NO |
| 2.- ESTA OCASIONANDO PROBLEMAS FAMILIARES EL HABITO | SI | NO |
| 3.- ESTE HABITO ESTA AUMENTANDO DE INTENSIDAD, FRECUENCIA Y ---
DURACION? | SI | NO |
| 4.- ESTA CAPACITADO POR SU EDAD Y CAPACIDAD DE DISCERNIMIENTO --
PARA ENTENDER LOS DAÑOS QUE LE PUEDEN CAUSAR SU MAL HABITO? | SI | NO |
| 5.- EL HABITO SE PRESENTA DURANTE TODO EL DIA? | SI | NO |
| 6.- HA MANIFESTADO EL NIÑO ESPONTANEAMENTE SU INTENSION DE ELI--
MINARLO? | SI | NO |
| 7.- EL HABITO ESTA CAUSANDO UNA MALOCCLUSION? | SI | NO |
| 8.- ESTA CAUSANDO ESTE HABITO LA FORMACION DE OTROS NUEVOS? | | |
| 10.- ESTA EMPEORANDO LA MALA RELACION ESQUELETICA? | SI | NO |
| 11.- PRESENTA BUENA SALUD EL NIÑO? | SI | NO |
| 12.- PSICOLOGICAMENTE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES? | SI | NO |

RESULTADOS.

De los 500 niños examinados 250 niños representaban al --- D.F. y 250 al Estado de Toluca. Entre éstos la mayor proporción estuvo ubicada en el D.F. ya que el 59% de la población entre niños y niñas presentaba succión digital, el 10% presentaba respiración bucal, el 15% protusión lingual, el 6% succión del labio y mordedura de labio, el 5% presentaba mordedura de uñas y otro 5% mostraba otro tipo de hábitos (como chupar lápices, chupetes y otros objetos duros). De los niños examinados del Estado de Toluca el 40% presentaba succión digital, el 6% presentaba -- respiración bucal, el 9% presentaba protusión lingual, el 3% --- presentaba succión y mordedura del labio, el 5% mordedura de --- uñas y el 3% otros hábitos ya antes mencionados.

De éstos 209 correspondían el sexo femenino y 291 al sexo masculino. Ninguna de estas diferencias fué estadísticamente significativa con respecto al sexo.

Se observa que a medida que incrementa la edad, disminuye-- el hábito de succión, sin embargo aún a los 12 años de edad, en ambos sexos, más de un 10% de los niños posee algún hábito de -- succión.

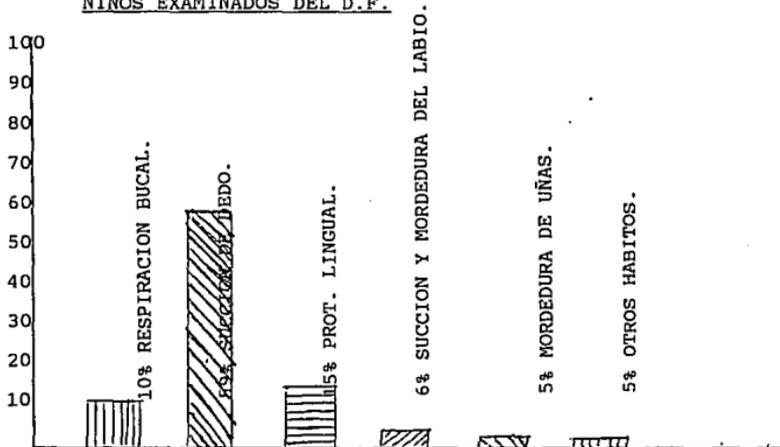
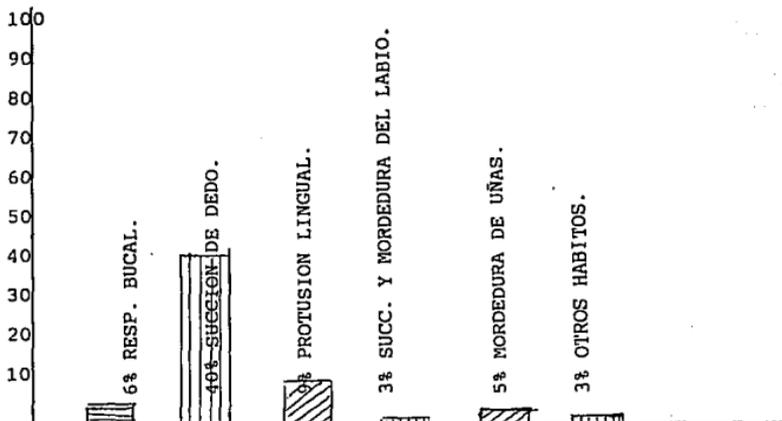
El alto porcentaje de niños con hábitos de succión observados en el presente estudio resulta importante y determinante para el desarrollo de un programa de medidas preventivas para los hábitos de succión prolongados (después de los 3-4 años de edad) y por tanto contribuyen a las maloclusiones.

Los niños del Estado de México procedían de diferentes lugares del mismo, en nuestra experiencia personal hemos observado que los niños que viven en el Estado los hábitos como el de succión son más escasos en proporción a los de la ciudad posible-- mente a su forma de vida, la cual no presenta esos múltiples estados de angustia, traumas, frustraciones, etc., que con tanta-- frecuencia padecen los niños del D.F., la vida en provincia no-- exige tantas necesidades y su existencia se desarrolla con incre-- ble sencillez.

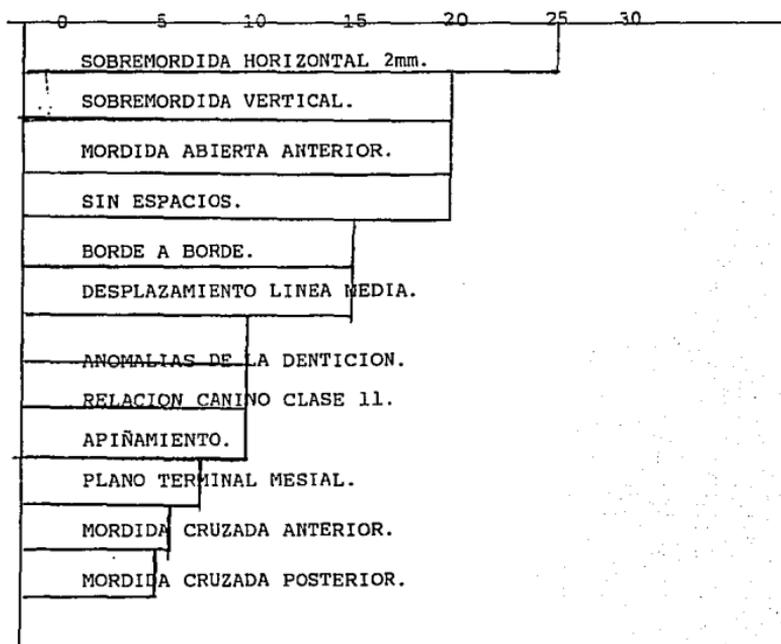
En la población de Toluca, el hábito oral de la succión así como otros vicios orales tales como los mordiscos del labio, carrillos y lengua, chupete, deglución atípica, hábitos acentuados en los niños de las ciudades en nuestros días, debido a la gran cantidad de factores causantes de la angustia, tensiones emocionales, los problemas hogareños, económicos, celos entre hermanos, causado por la proliferación de programas de la televisión, películas de violencia, crímenes, sexualidad que viene a engendrar trastornos en la conducta del niño, que pueden manifestarse de diferentes maneras como lo son los hábitos orales.

Los hábitos perniciosos, principalmente, de tipo bucal, no deben ser vistos solamente desde el punto de vista dental, sino social, puesto que debemos tomar en cuenta, que un niño además de su crecimiento físico, está atravesando por un desarrollo mental.

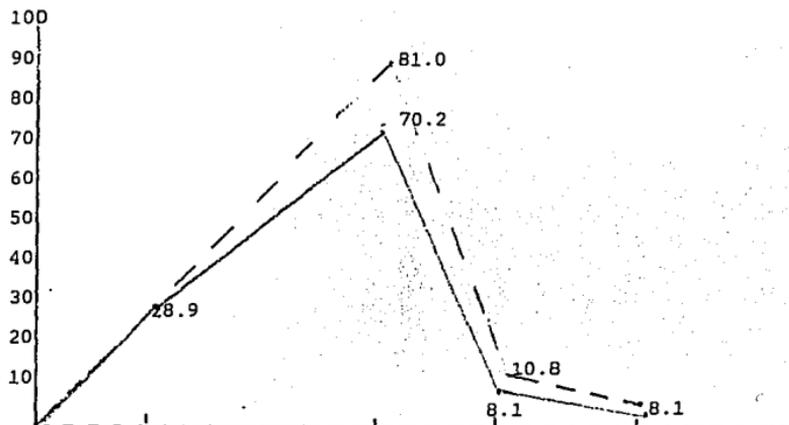
TABLAS DE LOS PORCENTAJES EN LOS HABITOS ESTUDIADOS.

NIÑOS EXAMINADOS DEL D.F.NIÑOS EXAMINADOS DEL ESTADO DE TOLUCA.

Distribución general de todas las maloclusiones encontradas en los niños examinados.

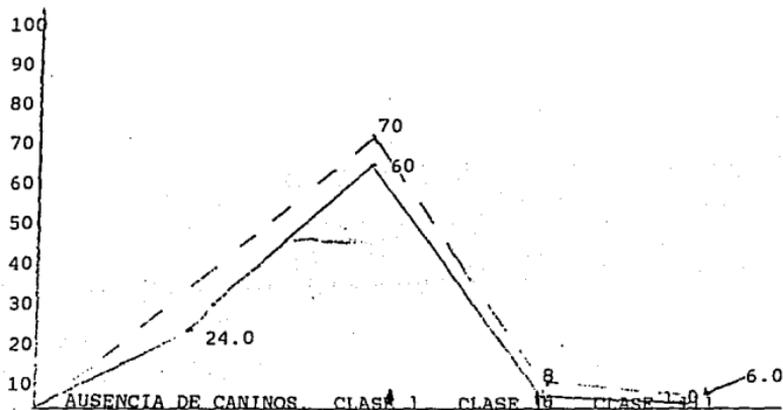


CLASIFICACION DE ANGLE EN LOS NIÑOS ESTUDIADOS EN EL D.F.



AUSENCIA DE CANINOS. CLASE I. CLASE II. CLASE III.

CLASIFICACION DE ANGLE EN LOS NIÑOS ESTUDIADOS EN EL ESTADO DE TOLUCA.



AUSENCIA DE CANINOS. CLASE I. CLASE II. CLASE III.

ANOMALIAS LOCALIZADAS EN LOS HABITOS BUCALES.SOBREMORDIDA VERTICAL OVERVITE.

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
REDUCIDA	7	9	16%
AUMENTADA.	7	13	20%
MORDIDA ABIERTA.	8	12	20%

ANOMALIAS TRANSVERSALES..MORDIDA CRUZADA POSTERIOR.

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
LADO DERECHO.	1	3	4%
LADO IZQUIERDO.	1	1	2%
			6%
DESPLAZAMIENTO LINEA MEDIA.	6	9	15%

ANOMALIAS DE ESPACIOARCO SIN ESPACIO.

	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
APIÑAMIENTO.	8	12	20%
MAX. SUPERIOR.	3	5	8%
MAX. INFERIOR.	5	5	10%

DISCUSION.

Los estudios sobre prevalencia de hábitos orales en diferentes poblaciones nos dió como resultado que el de succión en niños de 3-6 años y de 6-12 años forman una población del 59%,-- los resultados más elevados los encontramos en los niños de la ciudad del D.F.

El alto porcentaje de niños con hábitos de succión observados en el presente estudio resulta importante y determinante para el desarrollo de medidas preventivas para los hábitos de succión prolongados (después de los 3-4 años de edad), y por tanto de las maloclusiones. Los hábitos perniciosos, principalmente--- los de tipo bucal, no deben ser tratados solamente desde el punto de vista dental, sino social, puesto que debemos tomar en --- cuenta, que un niño además de su crecimiento físico, esta atrave-- zando por un desarrollo mental, el conocimiento respecto a la -- trascendencia que puede tener un mal hábito es poco conocida por los padres, a esto se debe que no le den la importancia que tiene y son muy pocos los niños que son atendidos adecuadamente.

Es sumamente importante abordar el problema del desarrollo de hábitos perniciosos bucales en niños, por la extraordinaria-- significación posterior que tendrán, puesto que al ejercer presiones desequilibradas y dañinas sobre los bordes alveolares inmaduros, van a provocar maloclusiones en diferentes tipos y gravedad. La prevención de las alteraciones que producen, así como el diagnóstico, control y tratamiento oportuno de éstos hábitos-- es de fundamental importancia no solo para el Odontólogo sino--- para todas aquellas personas que se interesan en la salud inte-- gral del infante, ya que las deformaciones anatómicas y funciona-- les vendrán a repercutir en la salud física y psicológica del--- adolescente y durante su edad adulta.

Debe integrarse en forma prioritaria a los padres de familia. pues son ellos quienes por estrecho contacto con el niño,-- pueden conocer las causas por las cuales se ha dado ese hábito y coadyuvar con el especialista en la consecución del tratamiento adecuado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

El objetivo del presente estudio fue reportar la prevalencia de los hábitos orales en 500 niños de 3-6 y de 6-12 años, -- los cuales 250 pertenecían al Estado de Toluca y 250 al D.F.

No hubo diferencia significativa entre los sexos, en ambos sexos la succión digital fue común. Pero existe una serie de hábitos orales que pueden engendrar el chupeteo, pero otros pueden ser el resultado posterior al pasado vicio, por ejemplo: las degluciones atípicas. La lengua proctatil, este hábito acompaña o queda como residuo del chupeteo de algún dedo, pero también puede ser causado por amígdalas hipertróficas o hipersensitivas (Moyers 1960).

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. 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 adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este, se denominan no 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. Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales-compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos, o que el niño recibía poco alimento en cada toma.

También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y asimismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

HABITOS ORALES:

A).- RESPIRADOR BUCAL.

Los respiradores bucales son todas aquellas personas que respiran por la boca.

Subtenly¹ anota que por necesidad los respiradores bucales requieren de numerosos cambios musculares. Los labios deben permanecer en reposo y por lo menos la parte posterior de la lengua debe moverse hacia abajo y adelante desde el paladar --- blando para permitir el paso del aire a la faringe y concomitantemente se presenta un descenso de la mandíbula.

Ricketts² describió una condición a la cual el denominó -- "Síndrome de obstrucción respiratoria" basado en sus hallazgos clínicos de la alta frecuencia de las siguientes características colaterales con la presencia de adenoides y amígdalas crónicamente hipertrofiadas y una marcada historia de algún tipo de obstrucción respiratoria: maloclusión, mordida abierta, respiración bucal, empuje lingual durante la deglución y constricción bilateral del maxilar.

Linder-Aronson³ efectuó un estudio longitudinal de pacientes antes y después de la adenoidectomía. El notó las siguientes características en determinados niños que eran respiradores bucales : cara estrecha, cavidad nasofaríngea pequeña, nariz--- estrecha, arco superior estrecho con alta frecuencia de mordida cruzada, una posición baja de la lengua y retroversión de incisivos superiores e inferiores.

Vig⁴ realizó observaciones interesantes entre los respiradores bucales en contra de los respiradores nasales. El notó que el término respirador bucal está mal empleado debido a que la obstrucción nasal total virtualmente no existe y el describir respiración oronasal es más válido.

Hellman reporta que las maloclusiones que se corrigieron -

por si solas fueron igual corregidas con tratamiento ortodóntico. Kantorowicz y Korkhaus reportaron también que existe el doble de la maloclusión en la población de 6 años de edad (4.2%) que en la población de 14 años de edad (2.5%).

Las personas que respiran por la boca y que se clasifican en tres categorías :

- POR OBSTRUCCION.
- POR HABITO.
- POR ANATOMIA.

Los respiradores bucales por obstrucción son aquellas--- personas que presentan resistencia incrementada u obstrucción-- completa del flujo de aire a través de la nariz; es por eso que cuando la persona tiene dificultad para inhalar o exhalar aire, se ve forzada a hacerlo por la boca.

Los respiradores bucales por hábito son las personas que respiran por la boca continuamente, aunque previamente eran--- respiradores bucales por obstrucción y que al corregirseles el problema, estas personas continúan haciéndolo.

Los respiradores bucales por anatomía son las personas a-- las que su labio superior es muy corto, lo cual no les permite-- cerrar por completo la boca obligándolos a realizar un esfuerzo mayor al normal para poder hacerlo.

B).- SUCCIONADOR DE DEDO.

Es la adaptación muscular, bucal y facial al pulgar provocando alteraciones buco dentales. (la succión de dedo es normal-hasta el tercer año de vida, si se sobre pasa este tiempo condiciona a la formación de una maloclusión).

La succión del pulgar es el hábito más común y el más temprano en los niños, afectando al 46% antes de la adolescencia.

La frecuencia de la succión del pulgar declina con la edad el hábito tiende a ocurrir en preescolares y en preadolescentes.

C).- PROTUSIÓN LINGUAL.

El empuje lingual como término más comunmente usado se refiere a una posición anterior de la punta de la lengua entre los dientes, durante el acto de la deglución.

Este hábito es frecuentemente un reflejo de un periodo normal de maduración que progresa desde la deglución infantil a la deglución madura. Una deglución infantil se caracteriza por una fuerte contracción de las mejillas y de los músculos labiales,-- lo que lleva a un empuje de la lengua hacia adelante entre las-- almohadillas gingivales.

Una deglución madura, por otro lado se caracteriza por la contracción de los músculos elevadores de la mandíbula, lo que-- lleva a los dientes a una oclusión a la punta de la lengua a una área sobre el foramen incisal. Los cambios hacia una deglución-- madura usualmente comienzan a presentarse a la edad de un año y paralelamente a la erupción de los dientes primarios, así como un cambio en la dieta hacia alimento sólido, sin embargo esta progresión puede no ocurrir sobre el periodo de un año y algunos--- niños pueden no presentar consistentemente una deglución madura-- hasta algún punto en el periodo de la dentición mixta, un niño-- puede exhibir ambos tipos de deglución durante ese periodo de --- transición. El empuje lingual durante la deglución frecuentemente acompaña un hábito de succión digital y este con frecuencia--

continúa una vez que el hábito ha desaparecido y puede provocar-vestibularización de dientes anteriores, mordida abierta y respi- ración bucal. Salzman (1), indica que la posición de la lengua - es más importante que el empuje lingual durante la deglución pa- ra causar mordidas abiertas. Proffit (2), está de acuerdo y con- cluye que la posición de descanso de la lengua es más importante que el ancho del arco y la protusión de incisivos que el comer, - hablar o presiones en la deglución. El empuje lingual durante la deglución indica una etapa en la progresión normal de desarrollo de los niños, mientras examinamos algunas de las razones de la - posición anormal del descanso de la lengua. La protusión lingual es la facilidad que presenta el paciente de empujar la lengua en contra de los dientes inferiores al deglutir.

Las degluciones con la lengua adelantada, pueden ser etio- lógicas de la maloclusión y pueden ser de dos tipos:

La deglución por empuje lingual simple, que es un empuje--- lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.

La deglución con empuje lingual complejo, es un empuje lin- gual asociado con una deglución con dientes separados.

D).- SUCCION Y MORDEDURA DEL LABIO.

La succión del labio puede aparecer sola o puede verse con la succión del pulgar. En varios casos se ve implicado el labio- inferior, aunque también se ha observado hábitos de mordedura -- del labio superior. Cuando el labio inferior es mantenido repeti- damente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes.

E).- MORDEDURA DE UÑAS.

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una-- causada de malposiciones dentarias. Niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran esta hábito.

F).- OTROS HABITOS.

El chupar habitualmente lápices, chupetes y otros objetos duros, puede ser tan deletéreo para el crecimiento facial como la succión del pulgar o de otros dedos.

TIPO DE ALTERACIONES CAUSADAS POR HABITOS ORALES.

A).- RESPIRADOR BUCAL.

Las consecuencias a las que tiene que enfrentar una persona que respira por la boca son las siguientes:

Puede ocasionar labios resecos.

Rinitis atrófica.

Cambios en la forma del maxilar.

Cambios en la bóveda palatina haciéndola más profunda.

Puede causar maloclusión.

Puede causar resorción ósea.

B).- SUCCIONADOR DE DEDO.

Generalmente se coincide en que si el hábito se abandona antes de la aparición de los dientes permanentes anteriores, no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes, pero si el hábito persiste durante el periodo de dentición mixta (de los 6 a los 12 años), pueden producirse consecuencias graves.

La gravedad del desplazamiento de los dientes dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada periodo de succión.

Cabe mencionar que el desplazamiento de los dientes proviene de dos fuentes:

De la posición del dedo en la boca, y

De la acción de palanca del dedo.

Otras consecuencias de la succión de dedo son las que a continuación se mencionan:

Los dientes anteriores superiores se separan hacia los -- lados y hacia adelante.

Puede producir sobre erupción de los dientes posteriores.
Puede ser la causa de problemas del lenguaje.

Los daños asociados con este hábito incluyen mordida abierta, mordida cruzada posterior, exagerada mordida abierta horizontal y mordida abierta vertical, problemas en la articulación temporomandibular (ATM), diastemas, posición retruida de la mandíbula y cambios en la lengua y postura de los labios.

La maloclusión es particularmente evidente en niños que-- continúan con el hábito más allá de los cuatro años de edad.

Popovich y Thompson,³ de Rudder, y Gellin en sus estudios del efecto de la succión del dedo pulgar, sobre la oclusión no pudieron concluir si tal hábito muestra sólo la causa de maloclusión. Ripa,¹ Barenie y Andrews declararon que la succión de dedo puede causar labio acampanado, espacio anterior, protusión de dientes anteriores, del maxilar superior y mordida abierta anterior. La succión de dedo crónica no produce la misma situación en todos los casos, ni es la misma severidad de la oclusión, las variables afecciones pueden ser agrupadas dentro de la frecuencia, duración, intensidad y sobre la posición del dedo. El hábito de dedo puede provocar resociación apical. El origen de la resociación apical puede ser fisiológico, natural o como resultado de eventos patológicos. Ambos procesos presentan una -- histología similar en los odontoclastos que están íntimamente-- relacionados con áreas de resorción activa, los procesos están-- considerados por debajo de las condiciones patológicas tales-- como el mov. dental pulgar o trauma oclusal, ortodóntico o---- accidental.

Las manifestaciones accidentales del hábito de succión de dedo de acuerdo con Moyers y Finn son las siguientes:

- a).- Protusión anterior del maxilar.
- b).- Retrusión mandibular anterior debida a la contrac-- ción del músculo mentoniano comprimiendo el labio interno, afectando a la deglución, la succión del dedo pulgar incluye la --- presión contra los dientes inferiores.
- c).- Mordida abierta anterior.

d).- Empuje de la lengua como resultado de la mordida abierta.

e).- Maxilar grande y estrecho debido a la contracción de la pared bucal.

f).- Hipotonicidad del labio del maxilar, teniendo una línea de labio grande e hiperactividad del labio inferior, el cual puede venir a descansar atrás del labio en los incisivos del maxilar inferior.

C).- PROTUSION LINGUAL.

La protusión lingual o empuje de la lengua trae como consecuencia las siguientes:

-Mordidas abiertas.

- Protusión de incisivos superiores.

D).- SUCCION Y MORDEDURA DEL LABIO.

La succión o mordedura del labio puede llevar a las mismas consecuencias que el hábito de succión de dedo.

Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por -- debajo de los dientes superiores, el resultado es la labiover-- sión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces-- linguversión de los incisivos inferiores.

E).- MORDEDURA DE UÑAS.

La maloclusión asociada con esta hábito, probablemente -- sea de naturaleza más localizada que la que se ve con alguno de los hábitos de presión mencionados. Niños nerviosos, tensos, --- con mucha frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que solo es un síntoma del problema básico.

F).- OTROS HABITOS.

El chupeteo de lápices, chupetes y otros objetos duros,---
pueden llevar a las mismas consecuencias que el hábito de suc--
ción de dedo.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS HABITOS ORALES.

A).- RESPIRADOR BUCAL.

PREVENCIÓN.

Antes que nada, debemos distinguir ante que tipo de respirador bucal nos encontramos, para así darle el tratamiento-- adecuado. Un método adecuado para la corrección de la respira-- ción bucal es la utilización de un aparato denominado protec-- tor bucal, el cual se utiliza durante el sueño, para que de-- ésta forma el usuario se vea forzado a respirar por la nariz y así poco a poco ir corrigiendo su hábito.

Cuando el respirador bucal es causado por obstrucción -- del conducto nasal debido a que el tabique nasal se encuentra-- desviado, se requerirá de una intervención quirúrgica previa - para poder corregir el hábito, el cual se verá complementado-- con el uso de aparatos.

B).- SUCCIONADOR DE DEDO.

El tratamiento para este tipo de hábito consiste en la-- construcción de un aparato llamado "Trampa lingual" que se co-- loca en la boca y que sirve para que el paciente recuerde que-- se se ésta sometiendo a un tratamiento para quitarle el hábito que le esta causando daño, así que cada vez que el paciente -- meta el dedo a su boca ya no lo podrá chupar y a medida que ya no se encuentra la sensación agradable el hábito tenderá a de-- saparecer.

Es importante que la familia no ridiculice ni presione al pequeño, porque cuando se involucran problemas emocionales, di-- ficultara el tratamiento y disminuirá la cooperación del pe-- queño. Antes de intentar cualquier aparatología se deberán --- usar métodos mas sencillos; como colocar vendas en el dedo, -- pastas o soluciones de sabor desagradable untadas en el dedo, - lograr la cooperación del niño mediante el entendimiento del-- daño que se esta causando a su boca, muchas veces con esto se-- logra que un hábito que era inconsciente llegue a transformarse en consciente hasta desaparecer.

C).- PROTUSION LINGUAL.

El tratamiento de la protusion lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en la posición adecuada durante el acto de pasar alimentos. También puede enseñarse a colocar la punta de la lengua en el techo de la boca y a tragar con la lengua en esa posición. Puede construirse una trampa ligal similar a la indicada en el hábito de succión del dedo.

D).- SUCCION Y MORDEDURA DEL LABIO.

El Cirujano Dentista puede ayudar, sugiriendo ejercicios labiales, como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el labio superior.

En estos casos está indicado un arco de soporte lingual-- como medida preventiva también está indicada la construcción-- de un "LIPBUMPER" como medida para inhibir la presión muscular y mentoniana sobre los dientes.

E).- MORDEDURA DE UÑAS.

Atención psicológica para atender el origen de ese nerviosismo y tensión en el niño.

F).- OTROS HABITOS.

Entre otro tipo de hábitos orales que pueden causar movimiento o posición anormal de los dientes encontramos los siguientes:

- MORDISQUEO DE LA LENGUA.
- EMPUJE LINGUAL LATERAL. (provoca festoneamiento en la--- lengua por la fuerza ejercida).
- MORDISQUEO DE CARRILLOS.
- IMPULSION DEL FRENILLO. (Provocando diastemas entre los incisivos centrales superiores).
- MORDER O CHUPAR ALGUN OBJETO.

El Odontólogo debe considerar que siempre hay una razón-- para una malposición dentaria, el escribir "Causa desconocida"

se dejara como último recurso.

REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES.

Debemos tomar en cuenta, que no todos los hábitos requie-
ren tratamiento con aparatos y no todos los hábitos ocasionan-
daño. En éstos casos se debe dejar a los niños en paz y obser-
varlos periódicamente. En ocasiones el comentario de los pro-
blemas con el niño puede eliminar el hábito, en tanto que los
otros pueden ser superados con mayor madurez psicológica.

Se puede tomar en cuenta algún tipo de tratamiento con
aparatos siempre que los padres cooperen. En muchas ocasiones
es en manos del Cirujano Dentista donde se encuentra la solu-
ción y el evitar que el caso siga avanzando hasta terrenos don-
de posteriormente sera muy difícil corregir el daño causado.

Es obligación nuestra trabajar arduamente en eliminar --
los hábitos presentes, corregirlos cuando ya han afectado ---
y sobre todo crear una conciencia en los padres y en los niños
para evitar problemas posteriores relacionados con la presen-
cia de malos hábitos.

Concluyendo éste tema de hábitos bucales, se hace men---
ción a la importancia de clasificar el tipo de hábito bucal --
que desarrolla un paciente, para que una vez establecido el --
origen, poder dar un correcto y adecuado tratamiento.

MÉTODOS PSICOLÓGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO.

Aunque los problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención con el Odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal esta causando distorsiones de hueso alveolar y posición de la pieza.

Algunos ortodoncistas afirman que, antes de emprender cualquier intervención habrá de examinar cuidadosamente la duración, frecuencia, desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño.

Es casi axiomático considerar que la eliminación de un hábito como succionar el pulgar, podrá hacerlo conscientemente el niño mismo, guiado por el Odontólogo y sus padres, únicamente si el niño esta psicológicamente preparado y quiere romper el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios -- tales como succión de de dedo y pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse el pelo o hurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario. Sin embargo, existen otros métodos, menos drásticos igualmente eficaces.

Se propone que los niños con conocimiento de los padres, hablará por teléfono al consultorio, después de conversar, sugería simplemente que quién llamaba sonaba tan "mayor" que, naturalmente, no podía ser el niño, que antes se chupaba el -- pulgar; con ésto generalmente se daba el primer paso importante hacia el nuevo adiestramiento al niño, si este lo deseaba, se concertaba una visita de refuerzo al consultorio, después de una visita corta y amistosa al consultorio, se encontró que muchos de éstos niños se habían sentido alentados para romper el hábito. Naturalmente, el procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo con cooperar y seguir la sugerencias del Odontólogo en casa:

1.- Establecer una meta a corto plazo para romper el hábito (una o dos semanas).

2.- No criticar al niño, si el hábito continúa.

3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito, sin ésta cooperación se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.

MÉTODOS DE ADIESTRAMIENTO EXTRABUCALES.

Algunos métodos utilizados son sustancias, comercialmente disponibles a este efecto de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado etc. Deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de un hábito puede dar lugar a: surgimiento de otro, aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de innegable importancia. Si exigen al niño una perfección que éste no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso.

En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito.

Sin embargo, si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento, por medio de usas actos y de algún premio insignificante, esto impresionará profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.

En este campo, el odontólogo puede ayudar a los padres a decidir sobre la elección, métodos o alternativas.

USO DE INSTRUMENTOS INTRABUCALES PARA ELIMINAR HABITOS NOCIVOS

La mayoría de los instrumentos intrabucales colocados en la boca del niño, con o sin permiso de éste, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir transtornos emocionales más difíciles y costosos de curar, que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito.

En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven--- para añadir el complejo de "CULPABILIDAD" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un "Niño nervioso". En estos casos, el costo de la curación es demasiado elevada.

Las siguientes cinco preguntas que deberá hacerse el --- Odontólogo antes de tratar de colocar en la boca del niño algún instrumento para romper hábitos nocivos.

1.- Comprensión del niño: Comprende plenamente el niño-- la necesidad de utilizar el instrumento? Quiere el niño que le ayuden?.

2.- Cooperación paterna: Comprenden ambos padres lo que está tratando de hacer, y le han permitido cooperación total?.

3.- Relación amistosa: Ha establecido usted una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de este exista una situación de "recompensa", en vez de una sensación de castigo.

4.- Definición de la meta: Han elegido los padres del pa- ciente y usted una "Meta", definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?.

5.- Madurez: Ha adquirido el niño madurez necesaria para superar el periodo de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo?.

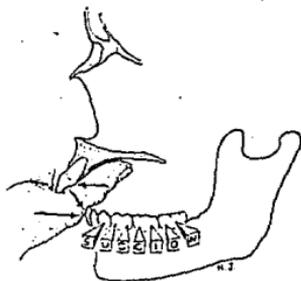
El odontólogo inteligente que se formule estas preguntas y se asegure de que, una por una, las respuestas son afirmati- vas, generalmente puede sentirse seguro de aplicar un instru- mento de formación de nuevos hábitos.

EJEMPLOS DE ALGUNAS ALTERACIONES PROVOCADAS POR HABITOS BUCALES

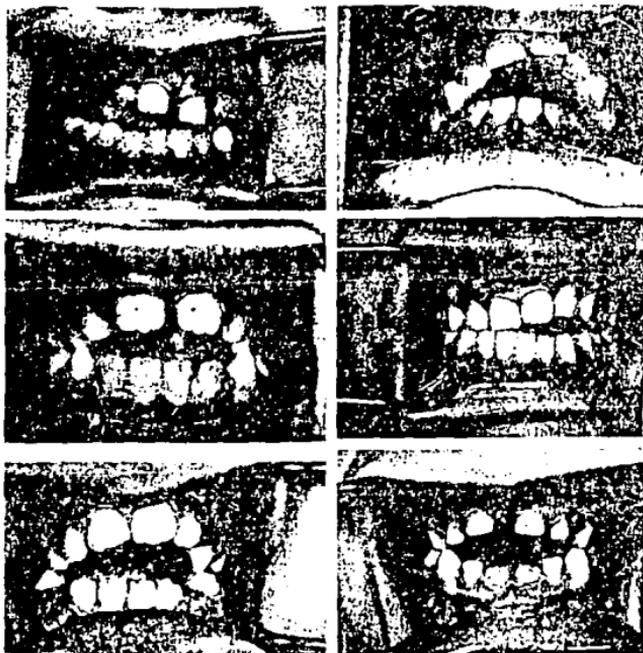
Diversas posiciones para chuparse el pulgar y los demás--
dedos. Obsérvese la palanca que se hace al chupar los dedos ---
índice y medio cuando las superficies palmares están orientadas
hacia arriba.



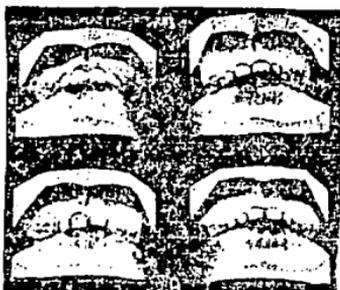
Adaptación de la musculatura bucal y facial a la succión del pulgar. Nótese la posición de la lengua, mandíbula y músculos que rodean la boca.



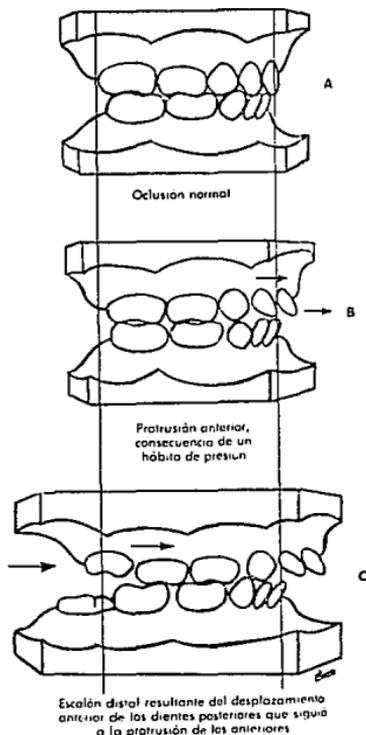
Dirección de la aplicación de fuerza a la dentición durante la succión del pulgar. Los incisivos superiores son empujados labialmente, los incisivos inferiores labialmente, mientras los músculos bucales ejercen presión hacia lingual contra los dientes en segmentos laterales del arco dentario.



Maloclusiones asociadas con el hábito de chuparse el pulgar y los demás dedos y el hábito de empujar con la lengua.



A, modelos de yeso efectuados a la misma edad en cuatro--hermanos todos succionadores de dedos el mas joven imitando al mayor bajo la influencia del medio ambiente. B, maloclusión severa en denticiones mixtas y permanentes, atribuibles directamente a un hábito de succión de dedo largo y activo y función--muscular anormal alrededor de la boca.



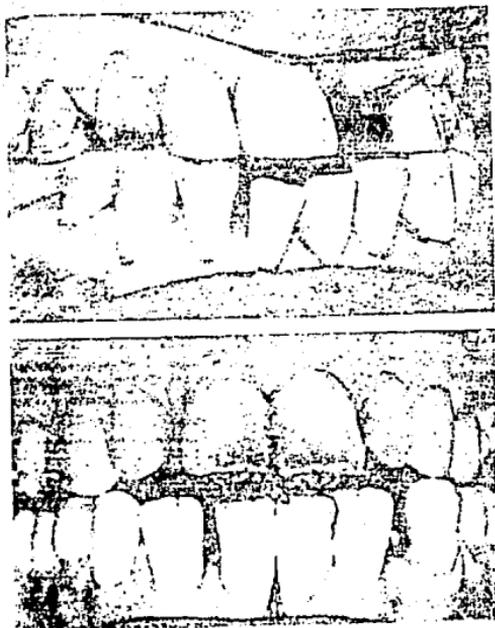
A, dentición primaria normal. B, la iniciación de un hábito de presión causó el desplazamiento mesial de los incisivos primarios. Nótese la alteración y la inestabilidad de los dientes posteriores. C, la erupción del primer molar superior permanentemente bajo el contorno distal del segundo molar inferior primario y el movimiento anterior de los incisivos permitió un desplazamiento anterior de los segundos molares superiores primarios, origen de un escalón distal y una maloclusión de clase II.



Mordida abierta anterior, asociada con el hábito de succión digital. Notese la presencia de dos caninos en el cuadrante superior derecho.



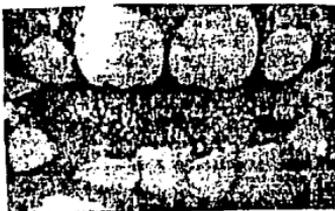
Maloclusión por succión digital.



La presión intensa de la lengua sobre un segmento o sobre el arco provoca la migración vestibular. A, los incisivos inferiores fueron proyectados hacia vestibular. B, la lengua se hallaba aprisionada por los dientes, y evitaba la erupción adecuada de los dientes.



Maloclusión causada por un hábito de empuje lingual duran la deglución.



Mordida abierta provocada por un hábito de presión. Este es un ejemplo de empuje lingual causante de una mordida abierta

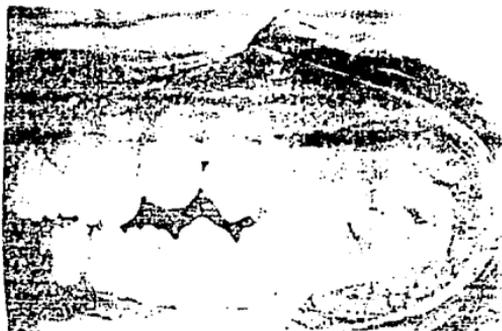
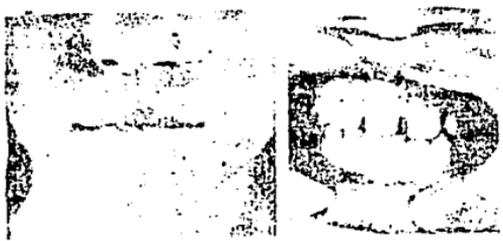


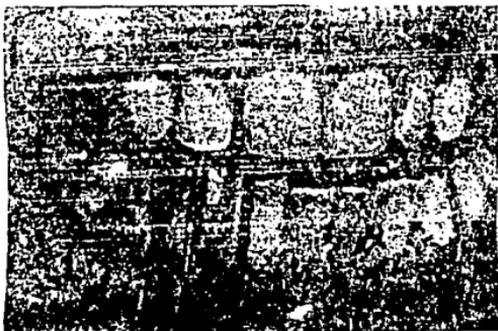
Imagen intraoral de un empuje lingual complejo antes del tratamiento.



Maloclusión causada por la succión del labio. Nótese la--
labioversión de los dientes anteriores superiores y la mordida--
abierta anterior.



Un hábito labial nocivo se iniciará como resultado del---
impulso de succión o, como en este caso, por consecuencia de su
atrapamiento por la erupción ectópica de los dientes, resultan-
do de una marcada diferencia entre el ancho de los dientes y la
longitud del arco.



El morder habitualmente un objeto ejerce presión intensa-- sobre un diente o dos, este paciente muerde de manera constante la patilla de sus anteojos, siempre con el incisivo lateral superior derecho, que se movió hacia vestibular.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- FINN, B. SIDNEY; ODONTOLOGIA PEDIATRICA; INTERAMERICANA; 4a. EDICION.
- 2.- SIM JOSEPH M; MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS; MUNDI-BUENOS AIRES.
- 3.- MARTINEZ ROSS E.; OCLUSION ORGANICA; SALVAT; 1a. ED.
- 4.- DECHAUME, GRELLET, LAUDENBACH; ESTOMATOLOGIA; TORAY-MANSON;-2a. ED. BARCELONA, 1981.
- 5.- MOYERS E. ROBERT.; MANUAL DE ORTODONCIA; MUNDI; BUENOS AIRES
- 6.- B.A. HIRSCHFELD; PEQUEÑOS MOVIMIENTOS DENTARIOS EN ODONTOLOGIA GENERAL; MUNDI; 1a. ED. BUENOS AIRES.
- 7.- ANDERSON G.M.; ORTODONCIA PRACTICA; MUNDI; 9a. ED. BUENOS-AIRES.
- 8.- BARNETT. TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA; INTERAMERICANA-1a. ED.
- 9.- J. MAJORAL; ORTODONCIA PRINCIPIOS FUNDAMENTALES Y PRACTICA;-LABOR; 5a. ED.
- 10.- MARTINEZ E. ; REHABILITACION NEURO/OCLUSAL; SALVAT; 1a.ED.-
- 11.- BERESFORD.; ORTODONCIA ACTUALIZADA; MUNDI; 1a. ED. BUENOS--
- 12.- GRABER.; ORTODONCIA; MUNDI; 5a. ED.; BUENOS AIRES.
- 13.- ACKERMAN, L.J. AND PROFIT R.W.; PREVENTIVE AND INTERCEPTIVE ORTHODONTICS; THE ANGLE ORTHODONTIST; 50(2):75-87, ABRIL -- 1990.
- 14.- SANIN, C. AND SAVARA, B.S.; A LONGITUDINAL STUDY; AM. J. -- ORTHODONTICS 64(3): 248-257, SEP. 89.

- 15.- MARIN LUIS A.; PROBLEMAS COMUNES EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA; ACTA ODONTOL. PEDIAT. 6: 14-19, JUN. 85.
- 16.- GARCIA FRANKLIN.; HABITOS DE SUCCION EN NIÑOS DE 6-15 AÑOS-DE EDAD, DE SANTO DOMINGO; ACTA ODONTOL. PEDIATRICA 3(1);--1-4, JUN. 82.
- 17.- LAUCER M. F.; LOS HABITOS ORALES EN EL NIÑO Y SUS TRAUMAS--PSICOLOGICOS; ACTA ODONTOL. PEDIAT.; 3(1); 6-12, JUN. 82.
- 18.- SOGHE M. ROSE.;PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA PARA---ELIMINAR EL HABITO DE SUCCION DEL PULGAR; ACTA ODONTOL. VENEZOLANA; 2-3; 159-174; MAY-DIC. 85.
- 19.- DE GRASSFY VASLLOS S.; VALORACION DE LA DINAMICA OSEA EN LA CLINICA DE LAS MALOCLUSIONES; ODONTOL. URUGUAYA; 1: 1-3, ---ENERO 89.
- 20.- GUTIERREZ J.; INTRODUCCION A LA OCLUSION; MONTEVIDEO URU---GUAY ODONTOESTOMATOLOGIA; 2: 10-12; OCTUBRE 89.
- 21.- CASAMAYOU E. Y GODOY D.; FICHA EPIDEMIOLOGICA PARA REGISTRO DE MALOCLUSIONES EN NIÑOS DE EDAD ESCOLAR; ODONTOL. DE POST GRADO; 3: 4-15; AGOSTO 92.
- 22.- ANICH B. MARIA E.; ESTUDIO DE PREVALENCIA DE BRUXISMO EN---ESCOLARES DE 5-7 AÑOS; ODONTOL. CHILEÑA; 38: 3-8; ABRIL 90.
- 23.- RAMIREZ NAPOLES A.; ESTUDIO DE DOS VARIANTES EN EL TRATAMI-ENTO DE MALOCLUSIONES PRODUCIDAS POR HABITO DE SUCCION DI--GITAL; REV. CABANA DE ESTOMATOLOGIA; 27: 65-73; MARZO 90.
- 24.- CASTELLANOS B. J.; CEFALOMETRIA EN NIÑOS PARA DETERMINAR---LAS ANOMALIAS ANTEROPOSTERIORES DE LOS MAXILARES; PRACTICA-ODONROLOGICA; 11: 11-16; OCTUBRE 1990.
- 25.- OJEDA L. S.; PREVALENCIA DE MORDIDA CRUZADA EN NIÑOS MEXICA NOS; PRACTICA ODONTOLOGICA; 11: MARZ. 93.
- 26.- COQUI L. M.; EXTINCION DEL HABITO INFANTIL DEL CHUPON; PRA~~C~~TICA ODONTOLOGICA; 10: 11-16; FEB. 89.

- 27.- HERRERA A.G.; ESTADO NUTRICIONAL Y BUCAL DE NIÑOS DE 3-6 -- AÑOS; ACTA ODONTOL; 29: 73-84; MARZO-ABRIL 92.
- 28.- CADENA G. A.; MALOCCLUSIONES EN DENTICION PRIMARIA; REV. ADM 3: 107-111; MAYO-JUN. 90.
- 29.- DUQUE H. M.; HACIA UNA VERDADERA PREVENCION EN ODONTOLOGIA- EN EL TRATAMIENTO DE MALOCCLUSIONES DURANTE LA DENTICION --- MIXTA; ACTA CLINICA ODONTOL. REV. ACADEMICA DE ANTIOQUIA.;- 8; 36-58; JUN. 89.
- 30.- A. MARINI L.; PROBLEMAS COMUNES DE OCLUSION EN ODONTOL. PE- DIATRICA; 6: 44-47; DIC. 89.
- 31.- KEROSUO, HEDI.; OCCLUSION IN THE PRIMARY AND EARLY MIXED--- DENTITIONS IN A GROUP OF TANZANIAN AND FINNISH CHILDREN;--- JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN; 57: 293-298; JUL-AGOS--- 90.
- 32.- YUCHEVED BEN-BASSAT; OCCLUSAL DISTURBANCES RESULTING FROM-- NEGLECTED SUBMERGED PRIMARY MOLARS; JOURNAL OF DENTISTRY--- FOR CHILDREN; 58: 129-133; MARCH-APRIL 91.
- 33.- ARTHUR NOUEL, A.; ALGUNAS NOCIONES SOBRE DISGNACIAS. EL ME- DICO DOMINICANO. 7: 16-20, 1989.
- 34.- BARRETO, A.L.; SUGESTOES NOCTURNAS PARA CORREGIR OS MAUS--- HABITOS INFANTIS. REV. SELESCOES ODONT. 10: 53-62, 1953.
- 35.- HESKIA, J.E. & DEPLAGNE, E.; CONSECUENCIAS ORTODONTICAS DE- LOS HABITOS VICIOSOS DE LA INFANCIA. REV. ESP. ESTOMATOL.-- 20: 314-317, 1972.
- 36.- MASSLER, M.; EL CRECIMIENTO EMOCIONAL. CURSO DICTADO EN EL- CONGRESO INTERNACIONAL ODONTOLOGICO URUGUAYO-MONTEVIDEO 61.
- 37.- MUÑIZ, B.R.; PROBLEMAS DE OCLUSION EN NIÑOS. REV.ASOC.ODONT ARG. 65: 14-18, 1977.
- 38.- PAULY, R.; ODONTOLOGIA INFANTIL. SAN JOSE, UNIVERSIDAD DE-- COSTA RICA, FACULTAD DE ODONTOLOGIA, p 233, 1957.
- 39.- TRAISMAN A.S. & FRAISMAN, H.S.; THUMB- AND FINGER SUCKING:-- A STUDY OF 2650 INFANTS AND CHILDREN. J. PEDIATR. 52:566--- 572,1958.

- 40.- CANUT BRUSOLA JOSE ANTONIO. ORTODONCIA CLINICA. ED. SALVAT 1990. P.P. 95-98.
- 41.- IRVING RUBEL, D.D.S. ATYPICAL ROOT RESORPTION OF MAXILLARY PRIMARY CENTRAL INCISORA DUE DIGITAL SUCKING. A REPORT OF-82 CASES. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN. MAY-JUNE 1986 P.P. 201-204.
- 42.- MONICA H. CIPES, D.M.D. M.S.D. M. MIRAGLIA, MPH. E. GAULIN KREMER, PhD. MONITORING AND REINFORCEMENT TO ELIMINATE --- THUMBSUCKING. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHILDREN. JANUARY--FEBRUARY 1986. P.P. 48-52.
- 43.- RONALD I. ACKERMAN. DDS LEWIS KLAPER. DMD. MSC. DSC. TON--GUE POSITION AND OPEN-BITER. THE KEY RELES OF GROWTH AND--THE NASOPHARYNGEAL AIRWAY. JOURNAL OF DENTISTRY FOR CHIL--DREN. SEPTEMBER-OCTOBER 1981. P.P. 339-345.
- 44.- SUSAN A. McEVROY, D.M.D. MS. APROXIMATING STANLESS STEEL---CROWNS IN SPACE-LOSS QUADRANTE. JOURNAL DENTISTRY FOR CHIL DREN. MARCH-APRIL 1987. P.P.105-107.
- 45.- THEODORE P. CROLL. D.D.S. RONALD JOHNSON, D.D.S. THE STAIN LESS STEEL CROWN, WELDED SHEAT, WIRE LOOP FOR POSTERIOR---SPACE MAINTENENCE. PEDIATRIC DENTISTRY. VOL. 2 #1 P.P.----56-58.