



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

55
2EJ

**Maloclusiones Ocasionadas por Habitos Perniciosos
Tecnicas de Prevencion.**

TESINA

Que para obtener el titulo de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

**Capdevielle Cuevas Rosaura Yareli
Ortiz Velázquez Norma Manuela**

Asesor: Alejandro Martínez Salinas



Mexico D.F 1995

FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**ESTA TESINA ESTA ACOMPAÑADA POR UN
VIDEO.**

MALOCCLUSIONES OCASIONADAS POR HABITOS PERNICIOSOS

TECNICAS DE PREVENCION

En la práctica general el Cirujano Dentista se enfrenta a un ~~sin~~ número de problemas dentales, es importante reconocerlos y dar una correcta solución, uno de los problemas a los que se enfrentan es:

La Maloclusión, la cual es una alteración de la oclusión normal, que afecta el sistema estomatognático del individuo.

Los hábitos perniciosos son ciertos actos que se repiten constantemente y son dañinos, estos hábitos pueden desencadenar Maloclusiones las cuales son variaciones del crecimiento y morfología del individuo.

Los sitios etiológicos primarios de las maloclusiones son:

- a) el esqueleto craneofacial
- b) las denticiones
- c) la musculatura bucofacial.

Los hábitos perniciosos de la musculatura bucofacial, que ocasionan Maloclusiones, incluyen succión digital, empuje lingual, succión del labio y posturas anormales de la lengua.

Los hábitos perniciosos a menudo ocasionan crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados, dificultades en la dicción, equilibrio alterado en la musculatura facial y problemas psicológicos.

Según Moyers no se puede corregir la maloclusión, sin ocuparse de esas actividades reflejas.

HABITOS DE SUCCION:

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, la succión digital durante el primer año de vida puede considerarse normal._Se ha demostrado que el feto se chupa el dedo.

Como término de "succión digital" se describe la colocación del pulgar o de cualquier otro dedo o dedos en el interior de la boca repetidamente, tanto durante el día como por la noche.

La mayoría de los niños abandonan sus hábitos de succión y, por tanto no es necesario emplear ninguna medida terapéutica para combatirlo durante los primeros 4 años.

La succión digital es practicada por muchos niños por una variedad de razones tales como problemas de lactancia, liberación de tensiones emocionales, hambre, satisfacción del instinto de succión, inseguridad, deseo de llamar la atención.

Un hábito de succión puede causar diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia.

La intensidad es la fuerza que se aplica a los dientes durante la succión.

La duración es la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo; y la frecuencia es el número de veces que se practica el hábito durante el día.

La duración tiene la función más crítica en el movimiento dental que se produce por un hábito digital. Se requieren cuatro a seis horas de fuerza por día para ocasionar un movimiento dentario.

La intensidad, también es importante, en algunos casos, la succión puede oírse en la habitación contigua, mientras que en otros el dedo se encuentra dentro de la boca en forma pasiva.

La malposición que se genera depende de una cantidad de variables, posición de dedo, contracciones musculares bucofaciales, posición de la mandíbula durante la succión, etc.

Según Subtelny se comprobó que el dedo podía adoptar cuatro tipos principales de posiciones durante la succión.

En la primera y la más frecuente el dedo penetraba en la boca considerablemente hasta pasada la primera articulación del dedo, ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar.

El incisivo inferior presionaba contra el dedo o se ponía en contacto con él.

En el segundo grupo, el dedo no se introducía totalmente en la bóveda del paladar duro.

En el tercer grupo, el dedo se introducía totalmente en la cavidad bucal y se ponía en contacto con la bóveda palatina, pero en este caso el incisivo inferior no estaba en contacto con el dedo en ningún momento durante la succión.

En el cuarto grupo, el dedo penetraba muy poco en la boca y el incisivo inferior establecía contacto con él, aproximadamente en la uña.

Las maloclusiones ocasionadas por este tipo de hábito son:

-Mordida abierta anterior.

-Protrusión de los dientes anteriores superiores, se verá si el dedo es sostenido hacia arriba contra el paladar.

-Retrusión mandibular se puede desarrollar si el peso de la mano o el brazo, fuerza continuamente a la mandíbula a asumir posición retraída.

-Los incisivos inferiores pueden estar inclinados hacia lingual.

-Deglución anormal.

-Distocclusión.

-Mordida abierta.

-Mordida cruzada.

-Empuje lingual. Cuando los incisivos superiores han sido labializados y se ha desarrollado mordida abierta la lengua tiene que adelantarse durante la deglución para efectuar cierre.

-Constricción maxilar. Durante la succión del dedo las contracciones de la pared bucal producen una presión negativa dentro de la boca con el resultante angostamiento.

-Piso nasal más angosto y bóveda palatina alta.

-El labio superior se hace hipotónico y el labio inferior se vuelve hipertónico debido a la dificultad para juntarlos.

Algunas maloclusiones que surgen de hábitos de succión pueden ser autocorrectivas al cesar el hábito, si el patrón esquelético es normal, la deformidad ha sido leve y hay una deglución con dientes juntos.

Desafortunadamente, muchos succionadores digitales producen maloclusiones que requieren terapia ortodóncica.

Existen tres fases distintas de desarrollo del problema:

La fase I que es la succión normal y subclínicamente significativa.

Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los tres años, dependiendo del desarrollo social del niño. Comúnmente, la succión se resuelve en forma natural.

La fase II. Succión clínicamente significativa.

Esta va desde los tres a los 6 ó 7 años de edad. La succión digital durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones.

1.- Es una indicación de posible ansiedad y.

2.- Es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital. Un programa firme y definido de corrección está indicado en esta época.

La fase III. Succión intratable

Un hábito de succión digital durante la fase III puede requerir psicoterapia. Está indicada la frecuente consulta entre el odontólogo y el psicólogo.

TECNICAS DE TRATAMIENTO.

El control de los hábitos bucales indeseables se comienza habitualmente en la fase II. Es sensato comenzar con una discusión del problema con el niño a solas.

No usar amenazas, ni avergonzarlo, es preferible un intento amistoso, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito, se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de succión. Mostrarle el resultado del tratamiento para establecer lo que se puede lograr.

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

Un segundo recurso es mediante un sistema de recompensa, se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el primero y el odontólogo, donde se mencione que el niño interrumpirá su hábito durante un período específico y como premio recibirá una recompensa. Puede colocar calcomanías en un calendario en los días en que evita chuparse el dedo.

Pueden usarse recordatorios como una banda adhesiva pegada alrededor del dedo causal.

Se necesita conversar con ambos padres insistiendo en que ninguno debe discutir el problema con el niño ni debe ser un tema de conversación familiar, ya que el odontólogo y el niño se ocuparán de eso. Nadie debe hacer comentarios de menosprecio respecto al hábito.

Si el hábito aún perdura luego del tratamiento con recordatorios y recompensas y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos. Este tipo de terapéutica comprende la colocación de un dispositivo en la boca, que físicamente desalienta el hábito al impedir la succión digital.

El aparato ideal para ayudar en la corrección del hábito de succión digital:

-No debe impedir la actividad muscular normal

-No debe avergonzar con su uso y

-No debe complicar a los padres

La trampa palatina se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo y la satisfacción derivada de la succión. Se emplea en casos donde no exista mordida cruzada.

Se utilizará el uso de Quad-Helix cuando encontramos mordida cruzada posterior y como retenedor se utiliza la trampa palatina.

Cuando las maloclusiones son severas se puede utilizar aparatología miofuncional como el empleo de un Activador, un Bionator o Frankel para la corrección de mordida abierta anterior, clase II.

EMPUJE LINGUAL

Según Magnussoni, el empuje lingual se considera como un patrón de deglución anormal, que ocasiona un desequilibrio de los músculos bucofaciales y problemas en la oclusión.

Las degluciones con empuje lingual que pueden ser etiológicas de maloclusión, son de dos tipos (1) La deglución con empuje lingual simple y (2) La deglución con empuje lingual complejo. El niño normalmente traga con los dientes en oclusión, los labios ligeramente cerrados, y la lengua contra el paladar, detrás de los dientes anteriores. La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aun cuando el hábito pueda ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

Los empujes linguales complejos, están asociados con problemas nasorespiratorios, tonsilitis o faringitis.

Cuando las amígdalas están inflamadas, la lengua toca los pilares fauciales agrandados y ocasiona dolor.

Para evitar esta situación, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición más confortable.

Esto ocasiona una nueva postura adelantada de la lengua, una deglución anormal y respiración bucal.

Estos diferentes tipos de empuje lingual favorecen el desarrollo de distooclusión, resalte superior extremo y mordida abierta.

Para diferenciar un empuje lingual simple a un empuje lingual complejo se observan los siguientes signos y síntomas:

Si la deglución se hace con los dientes juntos se trata de un empuje lingual simple, si se observan amígdalas agrandadas y deglución sin dientes juntos se trata de un empuje lingual complejo.

TECNICAS DE PREVENCION:

Se necesita diferentes tipos de tratamiento para el empuje lingual simple y el empuje lingual complejo.

Un empuje lingual simple, ocasiona mordida abierta anterior.

Si hay excesiva protusión de los incisivos superiores, el tratamiento no debe comenzar hasta que los incisivos hayan sido retraídos.

Los pasos en el tratamiento son los siguientes:

a) Familiarizar al paciente con la deglución normal diciendole que ponga la punta de la lengua en el paladar duro que junte los dientes, cierre sus labios y trague saliva manteniendo la lengua en esa posición. se debe practicar por lo menos 40 veces al día.

Cuando se ha aprendido el nuevo patrón de deglución a nivel consciente, es necesario reforzarlo a nivel subconsciente. En la segunda cita, el paciente debe estar en condiciones de tragar correctamente a voluntad. Sin embargo mostrará degluciones anormales inconscientes.

Ahora pueden usarse pastillas bicóncavas y de algún sabor ácido cítrico como el limón para promover el flujo de saliva. Se instruye al paciente que coloque una de las pastillas sobre la lengua y la mantenga contra el paladar en la posición correcta hasta que se haya disuelto completamente. Al principio podrá sostenerla en su lugar apenas unos segundos, pero gradualmente se alargarán los períodos. Este es el mejor procedimiento que se ha descubierto para transferir el control reflejo de los niveles conscientes a los inconscientes.

Si no se corrige es necesario la colocación de aparatos. El aparato comunmente utilizado es un arco lingual soldado, bien adaptado a los dientes llevando puntas cortas, agudas, estratégicamente ubicadas.

Para protegerse, la lengua se retira de la posición anormal y se ubica correctamente durante la deglución. No colocar un aparato así como primer paso en la terapia. Es demasiado traumático para el paciente y muchos de ellos simplemente lo arrancan de la boca. Sin embargo, si los primeros pasos han sido realizados correctamente, el paciente puede entonces aceptar el aparato.

El tratamiento consiste en tres fases: El aprendizaje consciente de un nuevo reflejo, la transferencia a nivel subconsciente y el refuerzo de un nuevo reflejo.

En un empuje lingual complejo. La maloclusión que se ve tiene dos rasgos distintivos.

a) una pobre adaptación oclusal y b) Hay una mordida abierta anterior generalizada.

Se puede diagnosticar con los modelos cuando se toman en las manos y se articulan, no hay engranaje cuspideo seguro firme.

La corrección es más complicada, ya que hay dos problemas , el reflejo oclusal anormal y la deglución anormal.

Es aconsejable tratar primero la oclusión. El entrenamiento muscular sigue el procedimiento para un empuje lingual simple, con modificaciones menores. Cuando se enseña al paciente a tragar correctamente, hay que poner gran énfasis en que mantenga los dientes juntos, esto lo tendrá que hacer bastante tiempo. Siempre es necesario usar aparatología. Es muy importante ubicar exactamente los dientes, lograr un equilibrio cuidadoso y una muy paciente mioterapia después.

Succión del labio y mordedura del labio.

La succión del labio puede manifestarse de manera individual o asociado con la succión digital. En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado. Aunque también se ha observado hábitos de mordedura del labio superior: Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la protusión de estos dientes, a menudo una mordida abierta y a veces la retrusión de los incisivos inferiores: Algunos hábitos labiales se corrigen de manera autónoma en otros, el músculo mentoniano se vuelve hiperactivo y es necesario colocar un escudo bucal.

CONCLUSIONES:

Los hábitos perniciosos son causantes de diversas maloclusiones. Por lo tanto es deber del Cirujano Dentista saber diagnosticar a tiempo el tipo de hábito, dar el tratamiento adecuado, establecer comunicación con los padres respecto a los problemas que éstos originan y así se podrán evitar alteraciones en el desarrollo del niño en tiempo posterior.

BIBLIOGRAFIA

**- Bengt O. Magnusson, Göran Koch, Sven Poulsen.
Odontopediatría Enfoque Sistemático.
capítulo 12 Páginas 245-248 Editorial Salvat 1985.**

**- S:B: Finn.
Odontología Pediátrica.
Capítulo 17 páginas 326-334
Editorial Interamericana 1976.**

**- Moyers.
Manual de Ortodoncia.
Capítulo 18 Páginas 541-548
Editorial Médica Panamericana 1992.**

**- Moyers.
Manual de Ortodoncia.
Capítulo 7 Páginas 156-160
Editorial Interamericana 1976**

**J.R. Pinkham, Casamassimo, Fields
Odontología Pediátrica.
Capítulo 25 Páginas 311-317
p Editorial Interamericana 1991.**