

318322

9

2ej

**Universidad Latinoamericana**

**Escuela de Odontología**



**FALLA DE ORIGEN**  
**Hábitos Orales más Comunes en el**  
**Desarrollo Integral en Niños y Adolescentes**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

presentan:

**Azucena Huitrón de la Rosa**  
**Leticia Ramírez Méndez**

*México, D.F.*

**1995**



## **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.

## A Dios:

Por darnos la oportunidad de realizar uno de los anhelos más importantes en la vida. La culminación de nuestra carrera.

"El hombre hace muchos planes pero solo se realiza el propósito Divino"

Proverbios Cap. 19:21

*Al Dr. Ricardo Múzquiz Limón*

*Con nuestra expresa y eterna gratitud  
al brindarnos su eficaz dirección, su  
tiempo, conocimiento y motivación en  
cada momento de la realización de  
este trabajo.*

*"Gracias"*

*A los Drs. Carlos González Lujasensis  
Jorge Romero Meza*

*Por brindarnos su tiempo, crítica y  
consejos desinteresados en la rea-  
lización de este trabajo.*

## *A la Escuela y Profesores:*

*Por que en ellos encontramos su apoyo  
y ayuda para llegar a la meta que nos  
propusimos.*

*A todas aquellas personas  
que no nombramos y que  
gracias a su ayuda pode-  
mos realizarnos como  
profesionistas.*

## *A mis Padres:*

*Por haberme brindado todo su  
apoyo, confianza y hacer posible  
un anhelo hecho realidad.  
Los amo hoy y siempre.*

*A mi madre en especial, que  
me siento orgullosa de tenerla  
y que siempre estuvo conmigo  
en los momentos difíciles de  
mi carrera por eso y más.*

*"Gracias"*

## A mis hermanos:

Por lo orgullosa que me siento al tenerlos  
y saber que siempre me apoyaron a salir  
adelante y que gracias también a ellos,  
soy lo que soy, en especial les doy mi  
gratitud a mis hermanos Mario y Oscar  
que estudiaron siempre conmigo cuando  
más los necesite y a cada uno de mis  
hermanos les dedico esta tesis con todo  
mi cariño para que se sientan orgullosos  
de mí.

Azucena

*A mis padres:*  
Con Acendrada devoción  
y justo orgullo como  
homenaje a su amor,  
apoyo, esfuerzos y  
sacrificios, los cuales  
me dan la oportunidad  
de triunfar.

*A mi Abuelita:*  
Con respeto y como  
homenaje postumo a  
su cariño.

*A mi hermana Susana:*  
Por que en todo momento me  
dio la fuerza e impulso necesario  
para seguir adelante.

*A mis hermanos Alejandro y Lucía:*

*Por su sincero apoyo  
aliento y paciencia  
durante mi carrera.*

*A Azucena:*

*Por Brindarme su confianza,  
amistad y apoyo.*

*A mis cuñados:*

*Sebastian, Elizabeth y Fernando*

## I N D I C E .

INTRODUCCION.	1
CAPITULO I.	
- DEFINICION DE HABITO.	4
- ETIOLOGIA DE LOS HABITOS.	5
a) MECANICAS.	
b) PATOLOGICAS.	
c) EMOCIONALES.	
d) POR IMITACION.	
e) CONDUCTA AL AZAR.	
CAPITULO II.	
1.- CLASIFICACION DE HABITOS.	10
a) COMPULSIVOS.	
b) NO CUMPULSIVOS.	
2.- CLASIFICACION REFERENTE AL TIPO DE HABITO.	11
a) HABITOS DEFORMANTES.	
b) HABITOS DIVERSOS.	
c) HABITOS DE POSTURA.	
d) HABITOS NERVIOSOS ESPASMODICOS.	
A) SUCCION DIGITAL.	
B) HABITO DE LENGUA.	
C) HABITO DE LABIO.	
D) RESPIRACION BUCAL.	
E) ONICOFAGIA.	
F) EMPUJE DE FRENILLO.	
G) BRUXISMO.	

CAPITULO III.	
CARACTERISTICAS, CONSECUENCIAS Y MALOCLUSIONES DE LOS HABITOS.	15
CAPITULO IV.	
- TRATAMIENTO DE LOS HABITOS (MIOFUNCIONAL).	55
CONCLUSIONES.	75
BIBLIOGRAFIA.	77

## INTRODUCCION.

Hablar de odontología no solo es referirse a la prevención de caries y problemas parodontales, sino también a la prevención de malformaciones tanto dentales como maxilares.

El cuidado de los dientes va más allá de los hábitos de limpieza bucal que se lleva a cabo en casa (técnica de cepillado, aplicaciones de fluór, tipo de alimentación). El uso adecuado de los implementos de limpieza dental es una garantía para mantener los dientes libres de placa bacteriana y por lo tanto, mantener las estructuras que los sostienen (encía y hueso maxilar) libres de enfermedad; y la revisión concreta de estas recomendaciones es una parte importante de lo que es la odontología.

Sin embargo, existen otros problemas que pueden causar mucho daño a la dentadura y que son los malos hábitos bucales que se adquieren o inician por parte del individuo los que generalmente resultan en alteraciones bucodentales indeseables en el mismo.

Por lo que este trabajo trata de analizar que problemas pueden causar algunos hábitos. Por lo que esta en manos del odontólogo el poder diagnosticarlos en sus inicios e informar a los padres respecto a las consecuencias ya que el conocimiento respecto a la trascendencia que puede tener un mal hábito es poco conocida por los padres y a esto se debe que no le den la importancia que tiene y por esto son pocas las personas que son atendidas. Entonces la prevención de las alteraciones dentales y consecuencias que produce el -

el hábito si no es abandonado así como el control y tratamiento oportuno del mismo y en casos elegidos la ref<sup>er</sup>encia con el especialista odontólogo y / o psicólogo para llegar a la solución del problema que es quebrantar el hábito a toda costa y corregir anomalías -- que ha causado y que se considera que el cambio de estos malos hábitos ayudarán no sólo a mejorar la salud dental sino a mantener el bienestar del individuo y se recomienda platicar con los padres --- acerca del tratamiento para cambiar estos malos hábitos y promover una buena salud ya que las deformaciones anatómicas y funcionales - podran repercutir en la salud física y psicológica de los niños y adolescentes.

## CAPITULO I.

## DEFINICION DE HABITO

Podemos decir que un hábito es toda actividad cuya repetición sea lo suficientemente frecuente como para que podamos considerarla una costumbre.

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.

Cada vez que se repite el acto se vuelve menos consciente, y si constantemente se esta repitiendo, este puede llegar a ser relegado por completo al subconsciente, convirtiendose en un modelo mental inconsciente.

Los hábitos son instaurados en virtud de la "ley del refuerzo".- Siempre que los hábitos no conduzcan a la adaptación psicológica del organismo y no sirvan para la supervivencia, quedan sujetos ala extinción experimental y desaparecen gradualmente.

William James eminente psicólogo escribió " un hábito adquirido desde el punto de vista psicológico, no es mas que un nuevo camino de descarga formado por el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes.

Como vemos existen varias descripciones de lo que es un hábito , sin embargo en la literatura odontológica notamos que los autores coinciden en que la acción de repetirse haciendose cada vez mas inconsciente y que resulta de una modificación en la conducta o de una actividad compensadora provocada por la presencia de un trans--

torno emocional o de otro tipo, con la tendencia a alterar el equilibrio de la boca. Dicho equilibrio consiste en la interrelación correcta de dientes, arcadas y de las fuerzas intraorales y extraorales con la musculatura bucal y peribucal y el sistema nervioso central y periférico.

Cualquier tipo de hábito sea útil o dañino puede llegar a realizarse inconscientemente si es repetido constantemente. Un ejemplo de esto: son los que realizamos cotidianamente como : caminar, subir escalones; en todos estos casos observamos como los niños requieren entrenamiento y un esfuerzo consciente; sin embargo el adulto a fuerza de repetición es capaz de realizar estos actos de manera inconsciente.

#### DEFINICION DE HABITO SEGUN THOMPSON 1927

Es la práctica fija producida por la constante repetición de un acto.

#### ETIOLOGIA

Dentro de cualquier tratamiento no sólo nos enfocamos a los efectos de un proceso patológico sino también a su causa, para poder -- eliminarla y controlarla.

Los hábitos pueden ser causados por varios factores y estos factores pueden no ser la causa primaria, sino intermedia o secundaria

El conocimiento de la etiología es fundamental para el plan de tratamiento y por lo que los factores que se presentan con mas fre-

cuencia son los siguientes:

#### A) MECANICAS

Las causas mecánicas se ven en un niño que tenía patrones de respiración y de deglución anormales hasta que por ejemplo: los incisivos permanentes erupcionan ectópicamente en posición protruida y -- provocan interferencia mecánica. Por lo tanto los incisivos inferiores pueden quedar atrapados . Siendo necesario que el niño inconscientemente empuje su lengua para lograr el vacío necesario que el niño inconscientemente necesita para la deglución.

En esta situación los patrones de deglución atípicos son bastante recientes y en respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los dientes. Por lo que el hábito agravará este tipo de erupción.

#### B) PATOLOGICAS

La proliferación de tejido adenoideo es un problema que está definitivamente asociado con el empuje de la lengua hacia adelante y con la respiración bucal, ya que si el tejido prolifera puede obstruir la vía aérea nasal que normalmente está permeable impidiendo que el paciente pueda respirar por la nariz, favoreciendo la respiración bucal y produciendo una mala oclusión.

En este caso el tratamiento de las adenoides hipertrofiadas puede ayudar en el tratamiento y restaurar los patrones de respiración adecuados.

### C) EMOCIONALES

Los niños que están aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluyen determinados hábitos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta como retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes.

Los factores emocionales que se presentan con mayor frecuencia son: la insuficiente o incorrecta salida para la energía, celos -- producidos por alguna diferencia de trato en el hogar, dificultades y conflictos familiares, presión escolar, programas de televisión -- impropios, de violencia o de terror, no aptos para menores. Estos -- hábitos por lo general desaparecen cuando el niño madura o pasa el -- el problema emocional y con él la necesidad de dar recompensas o -- reaseguramientos positivos.

El daño inflingido por tales conductas dependen de la intensidad duración y frecuencia. El hábito de corta y ligera intensidad puede no provocar daño en absoluto. Lo que el niño puede requerir es -- amor y comprensión; y no un tratamiento miofuncional.

### D) POR IMITACION

Los niños pequeños aprenden por imitación a hablar, sentarse, -- ponerse de pie, etc. Como resultado de esto con frecuencia desarrolla problemas de fonación de sus padres. Los niños también imitarán sus

posiciones de la lengua y mandíbula. Puede ser que este problema se presente en varias generaciones y no necesariamente sea un factor genético ya que en realidad, pudo haber sido una conducta imitativa pasada de una generación a otra.

Aunque esto no pretende negar la importancia de las determinantes genéticas en el desarrollo de las maloclusiones.

#### E) CONDUCTA AL AZAR

Existen casos en los que el comportamiento parece carecer de objetivo y es al azar cuando no completamente accidental.

Algunos comportamientos al azar tienen orígenes que pueden ser tan remotos clínicamente que no sea factible ser identificados. Por ejemplo: pacientes que sufren de molestias provocadas por la erupción frotaban sus dientes con el pulgar y al descubrir que esta presión eliminaba el dolor lo mantenía dentro de la boca. Con rapidez comenzó a chuparlo en forma regular ante el placer que le causaba. Por lo tanto esta conducta al azar pudo haber iniciado un hábito.

El objetivo es indicar que no todos los hábitos tienen causas físicas o emocionales imitativas profundamente enraizadas. Las conductas que originalmente se adoptaron al azar por lo común responden con mayor prontitud al tratamiento.

Todos los hábitos tienen un fondo psicogénico que sirve como --

desahogo de tensiones emocionales.

Para resolver favorablemente cualquier tipo de hábito lo primero que hay que hacer es elevarlo del subconsciente al inconsciente, ya que sería un error tratar de eliminarlo sin que el niño haya tomado conciencia de él.

Al ir tratando cada hábito nos enfocaremos a las posibles causas que estén contribuyendo en el desarrollo del mismo.

CAPITULO II.

**CLASIFICACION**

Existen diferentes criterios en cuanto a la clasificación de los hábitos bucales, por lo tanto es difícil dar una sola que sea la correcta o la más completa; de este modo tenemos que se puede clasificar en :

**A) HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS****B) HABITOS BUCALES COMPULSIVOS.**

A) El moldeado sutil de la personalidad del niño continúa con la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres y de la gente que los rodea.

Los hábitos que se adoptan ó abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De estas situaciones resultan generalmente reacciones anormales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más conciente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

B) Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que este acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir más ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito.

Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

Existe otra clasificación que se refiere al tipo de hábito y que los autores mencionan de la siguiente forma:

a) **HABITOS DEFORMANTES**

- Hábitos anormales de la respiración.
- Hábitos anormales de deglución.
- Hábitos de succión.
- Hábitos anormales de la fonación.

b) **HABITOS DIVERSOS**

- Hábito de Lengua.
- Hábito de Labio.
- Mordedura de Uñas.
- Hábito de las mejillas.

c) **HABITOS DE POSTURA**

- Presiones anormales.
- Malos hábitos al dormir.

- Malos hábitos al estudiar.

c) HABITOS NERVIOSOS ESPASMODICOS

- Respuesta del niño bajo stress.

- Actitud paterna.

Los actos infantiles que resultan de los modelos mentales inconscientes parecen de cinco fuentes principales que son:

Instinto.

insuficiencia o incorrecta salida de energía.

Tamaño físico anormal de ciertas partes.

Imitación.

Imposición de los padres.

Todos tenemos hábitos y según la edad, hay hábitos normales y anormales

Hay que saber distinguir entre un hábito normal y uno compulsivo

EJEMPLO:

Chuparse el dedo hasta los 3 años es normal, después de esta etapa pasará a ser un hábito compulsivo.

Se ha visto que si se castiga aun niño por un hábito que es normal, éste hábito se fijará.

Por otra parte encontramos que existen hábitos por imitación entre hermanos; los más chicos imitan a los mayores.

La herencia juega un papel decisivo en muchos hábitos; se observan ciertos hábitos de los padres en los hijos con la peculiaridad, de que la iniciación del hábito corresponde cronológicamente a la misma época de la vida.

Este capítulo mencionará los hábitos bucales más comunes en niños y adolescentes; y que se clasifican en los siguientes:

- A) SUCCION DIGITAL
- B) HABITO DE LENGUA
- C) HABITO DE LABIO
- D) RESPIRACION BUCAL
- E) ONICOFAGIA
- F) EMPUJE DE FRENILLO
- G) BRUXISMO.

### **CAPITULO III.**

## CARACTERISTICAS, CONSECUENCIAS Y MALOCCLUSIONES DE LOS HABITOS

### A) SUCCION DIGITAL

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de la vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto. Al nacer el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño - contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre, evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad.

La sensación de alivio del hambre que sigue a la succión y el calor de la leche que llega a su cuerpo hacen que este reflejo sea --marcadamente predominante.

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar , y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera etapa, de la vida.

Mediante el acto de chupar o mamar, el recién nacido satisface - aquellos requisitos tan necesarios para él como lo son: tener sentido de seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse

necesitado. La succión es el primer mecanismo útil para alimentarse el recién nacido succiona su dedo pulgar, ó sus otros dedos, en un hallazgo accidental que proporciona placer al tocar la zona super-sensitiva oral. La repetición de este movimiento de la mano a la boca, forma consecuentemente el hábito y éste es retenido para satisfacción por el sistema emocional, tanto como el comer satisface al organismo.

El dedo mantenido en la boca se vuelve un sustituto de la madre. Satisface la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

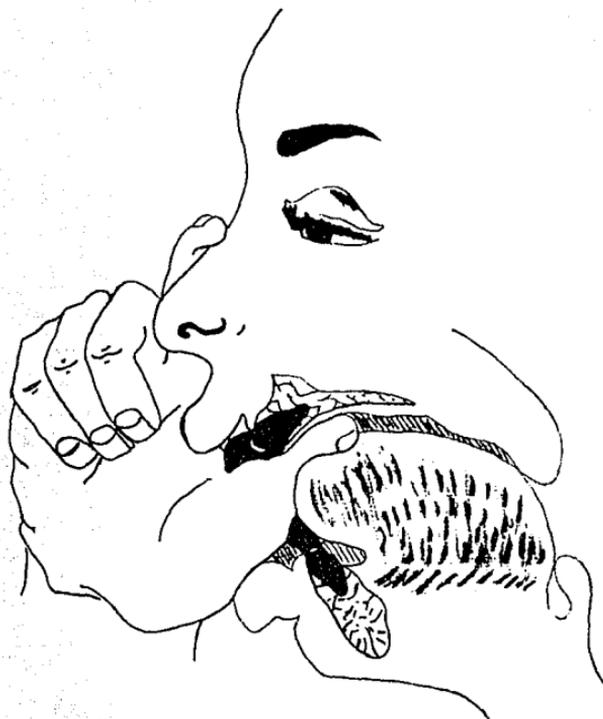
Como ya dijimos el recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye un intercambio más importante con el mundo exterior. De él no sólo recibe nutrición sino también la sensación de euforia y bienestar.

Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollado. Posteriormente al desarrollar otras vías el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

La succión digital es practicada por muchos niños por una variedad de razones, la mayoría comienzan muy temprano en la vida y frecuentemente son superados hacia los 3 ó 4 años de edad.

La presión que ejerce este hábito puede ser la causa directa de una maloclusión severa ( Figura 1.0- A Y B ).

La época de aparición tiene alguna significación. Los que aparecen durante las primeras semanas de vida están típicamente relacionados con los problemas de lactancia. El neonato seguramente toda-



(Fig. 1.0-A).

La presión que ejerce la succión del pulgar puede ser la causa directa de una maloclusión directa.

Para los bebés,  
la succión es  
más que una  
necesidad...  
Se trata de un  
reflejo innato que  
les permite saciar  
lo que el biberón  
o la lactancia  
materna no logran  
suplir. Incluso,  
desempeña un  
importante rol en  
la estabilidad  
emocional  
del pequeño.  
Para los padres,  
sin embargo,  
representa uno  
más entre los  
tantos conflictos  
a los que deben  
responder durante  
la niñez de  
sus hijos:  
¿Cómo satisfacer  
esa necesidad sin  
fomentar un  
hábito que  
pueda ocasionar  
problemas  
de salud o  
deformaciones  
dentarias?



vía no está envuelto en problemas de rivalidad con hermanos y sus inseguridades se relacionan con demandas tan primitivas como el hambre. Sin embargo, algunos niños comienzan a chuparse el pulgar u otro dedo, hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario.

Aun más tarde, algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar gozando en regresar a un patrón de conducta infantil.

Todos los hábitos deben de ser estudiados por sus efectos psicológicos, porque pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad o hasta un deseo de llamar la atención.

Existe controversia entre la lactancia natural. Los cambios del lactante son un órgano sensorial y es la vía del cerebro que se encuentra más desarrollada. Por lo que el calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia; el hombre todavía no ha inventado un sustituto para el amor, el afecto y el calor por asociación.

El niño siente el calor agradable del seno, no solo en los tejidos que hacen contacto con el pezón, sino también y sobre todo en una zona que se extiende más allá de la boca.

En los tres primeros años de vida se ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es temporal siempre que el niño principie con la oclusión normal, la morfología original es muy importante porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de succión digital y entre ellos se encuentran :

- a) Mordida abierta anterior. (Fig. 1.1)
- b) Bóveda palatina alta.
- c) Arcadas dentales estrechas.
- d) Maxilar inferior retrognático.
- e) Segmento premaxilar prognático.
- f) Sobre mordida profunda.
- g) Labio superior flácido.

Este hábito se desarrolla en la época cuando el hueso es flexible o plástico y muy susceptible con las presiones leves. Si el hábito cesa precozmente, es decir hacia los tres y medio o cuatro años el daño no será muy grande; pero si se permite que continúe puede traer como resultado una desfiguración estética.

En la mayoría de los casos el principal factor generalmente el padre, ya que se encuentra poco tolerante y es el más indicado para tratar de eliminar el hábito, pero provoca lo contrario ya que presta demasiada atención, muestra enojo ó recurre al castigo.

Cumley dice que la succión prolongada del pulgar después de los 4 años de edad suele ser un sintoma de que el niño sufre hambre emocionalmente y que emplea el pulgar para consuelo y compensación. Algunas veces el niño suele usar el hábito como medio de venganza contra los padres. Se cree que las mejores medidas correctoras son las indirectas, tales como proporcionar al niño descanso y escapes mediante el juego.

El efecto del hábito de succión depende de una cantidad de facto

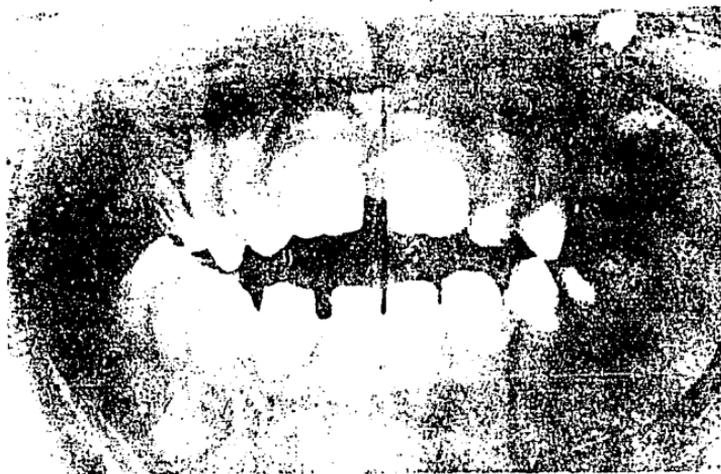


Fig. 1.1

Principal Maloclusión causada por la succión del pulgar.

FALLA DE ORIGEN

res, los cuales son :

- 1) Frecuencia con que se practique el hábito.
- 2) Duración del hábito.
- 3) Desarrollo óseo.
- 4) Estado de salud del niño.
- 5) Factores psicológicos como : temor a la obscuridad, separación de los padres, temor a los animales.

El desplazamiento de los dientes dependerá generalmente de la fuerza, frecuencia y duración de cada período de succión, este desplazamiento también puede provenir de dos causas:

- 1) De la posición del dedo en la boca.
- 2) De la acción de palanca que ejerza el niño contra las otras piezas dentarias y el alveolo.

El mal alineamiento de las piezas dentarias generalmente produce una abertura labial pronunciada de los dientes anteriores superiores, esto aumenta la sobremordida horizontal y abre la mordida, y según la acción que produzca la palanca puede resultar una inclinación lingual y un aplanado de la curva de Spee de los dientes mandibulares anteriores.

El hábito se debe quitar antes de los 5 años de edad debido a que a los 4 años los dientes permanentes se encuentran en forma intrasósea y al succionarse el dedo protuirán el paladar y los dientes.

Existen también otros factores como lo son la frecuencia del hábito durante el día y la noche. El niño que chupa esporádicamente - sólo cuando se va a dormir, causará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito - es importante ya que hay niños que ejercen mucha presión sobre otros tejidos bucales o sobre el paladar y se produce más daño que aquellos que solamente insertan el dedo en la boca sin ninguna actividad.

Algunos niños reconocen que el chuparse el dedo es un mecanismo infantil y en realidad desean eliminarlo, pero al igual que otros hábitos encuentran que es difícil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y adoptar una actitud de frustración.

En algunos niños el hábito les sirve para atraer la atención. - Cuando el hábito les provoca una anomalía facial y una apariencia desagradable, el niño se vuelve exageradamente tímido e introvertido.

Así pues, para poder diagnosticar cuales son las causas que ocasionan la succión del pulgar, es necesario tener una historia clínica cuidadosa y completa. Por lo tanto, debemos comenzar con una plática con el niño sin el padre cerca, tratándolo amistosamente con el fin de conocerlo y conocer sus actitudes hacia el hábito.

Así que si existe un hábito significativo se debe pensar en una interconsulta con el psicólogo o pediatra antes de intentar cualquier tratamiento.

## B ) HABITO DE LENGUA

El efecto de un patrón de deglución desviado ( también llamado de deglución aberrante, proyección lingual y / o deglución infantil conservada ), puede tener un efecto pronunciado sobre los dientes anteriores recién erupcionados, los que tienen un pequeño soporte de arco.

STRAUB describió como acto normal de deglución aquel en el cual los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho -- contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar.

La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos ( Fig 1.2 )

La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios.

En el hábito anormal de deglución, en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante, entre los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua

En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina.

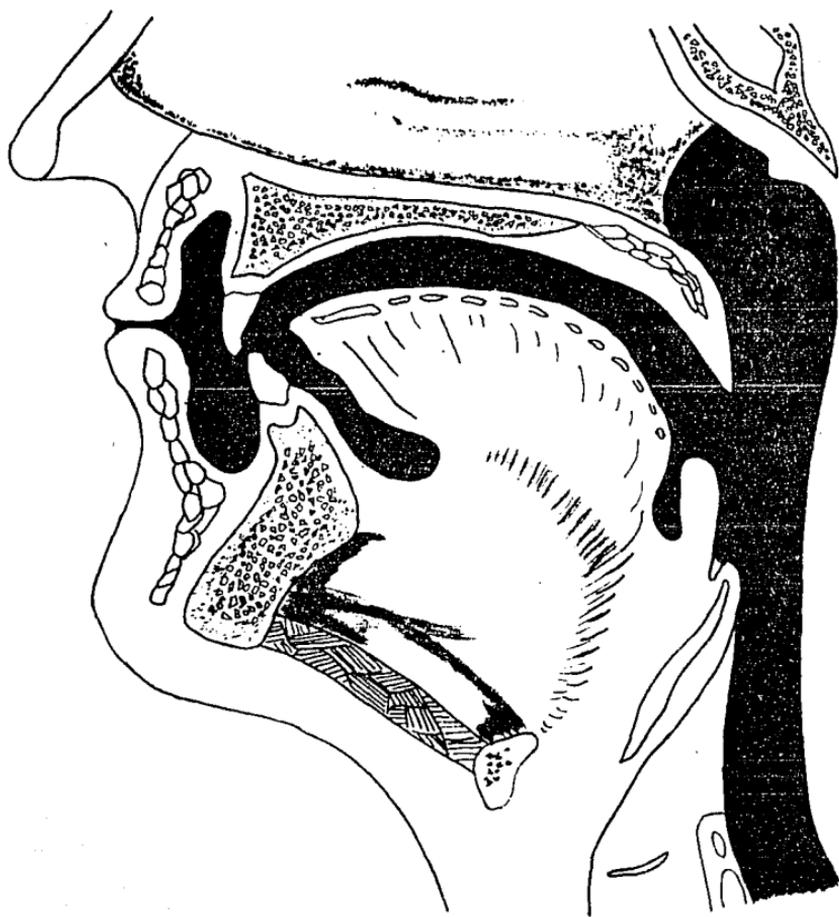


Fig. 1.2

La lengua funciona cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar y los dientes ocluidos.

En otros, además de la punta interponen los lados de la lengua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como la zona anterior.

Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tener el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás. El acto de deglución se repite -- aproximadamente dos veces cada minuto o menos en las horas de vigilia y una vez por minuto o menos en las horas de sueño, dependiendo de la frecuencia del flujo salival.

Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales inferiores y evitar la erupción normal.

Straub cree que tanto la posición de la lengua y la posición -- anormal de deglución pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones de clase III.

El bebé deglute con los rebordes gingivales desdentados separados. Al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto, el reflejo de deglución normalmente cambia y los músculos inervados por el V par craneal entran en acción. Una demora de este cambio podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con chupones que sean demasiado largos o que tengan los agujeros muy grandes para que el líquido fluya demasiado libremente, y por la demora en incorporar los alimentos sólidos.

Existen ciertas razones anatómicas para la posición anterior de la lengua en los niños pequeños. La lengua crece casi hasta el tama

ño del adulto a la edad de 8 años. En cambio la mandíbula sólo tiene la dimensión de 50% de la del adulto para esa edad.

Las amígdalas y las adenoides alcanzan casi dos veces el tamaño del adulto a los 12 años y entonces retroceden. Esta combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña, requiere que el niño transporte a la lengua en posición alta y al frente para conservar abiertas las vías respiratorias.

Las degluciones con la lengua adelantada, que pueden ser etiológicas de maloclusión, son de dos tipos :

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

2) La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está -- asociada con una deglución con dientes separados.

La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aún cuando el hábito puede 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 (Fig. 1.3).

Los empujes linguales complejos, por otra parte, muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis.

Cuando las amígdalas están inflamadas, la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares faciales agrandados. Para evitar esta situación dolorosa, la mandíbula creará reflejamente, separando los -- dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante

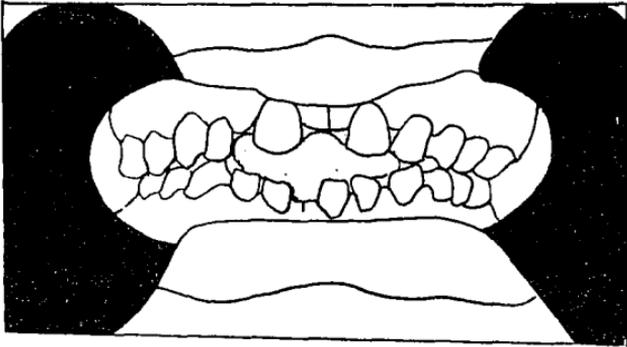


Fig. 1.3

La deglución con la lengua adelantada  
puede ser etiología de maloclusiones.

la deglución a una posición menos dolorosa. El dolor y la disminución de espacio en la garganta, precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan al trastorno concomitante en las fuerzas musculares. Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protusión de la lengua proveen una vía de aire, es un reflejo más primitivo y exigente que la deglución madura, ésta es condicionada a la necesidad de respirar por la boca. Los maxilares quedan separados durante la deglución por que la lengua puede quedar en posición adelantada.

## C) HABITO DE LABIO.

(QUEILOFAGIA).

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. Aunque estos últimos pueden comenzar en invierno o después de altas fiebres por eventuales raspaduras, a veces persisten cuando desaparece la irritación. Los hábitos labiales también se producen como reacción ante la erupción ectópica de los incisivos superiores.

En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado, aunque también se han observado hábitos de mordedura del labio superior.

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

El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba. El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; éste permanece hipotónico, sin función y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina en la literatura: postura de descanso incompetente del labio.

Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio - (fig. 1.4). Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un --- aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volúmen durante el descanso.

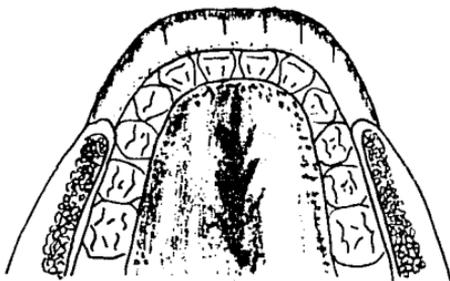
En algunos casos aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. En ocasiones, el hábito de chuparse los dedos se convierte en actividad compulsiva de satisfacción, especialmente durante el sueño.

El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior pueden ser notados.



Fig. 1.4

Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias,  
también lo puede hacer un hábito anormal de labio.



#### D) RESPIRACION BUCAL.

Por mucho tiempo considerado un factor causal primario de la maloclusión dentaria, este hábito se considera ahora más bien un factor asociado o simbiótico y, en mayor grado, el resultado de la maloclusión.

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

El efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde.

Algunos pacientes respiran por la boca debido a una obstrucción de vías respiratorias nasofaríngeas. Otros pacientes con una obstrucción previa pueden continuar respirando por la boca como hábito aún después de que la obstrucción ha sido aliviada.

Así, tenemos que los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

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

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u oclusión completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva, en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños con más problemas a sufrir obstrucciones

nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se observa en los individuos braquicefálicos (Fig. 1.5).

Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño o adolescente, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca, lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la causa que lo obligaba a hacerlo.

En los pacientes que respiran por la boca por razones anatómicas es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser debida a:

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

2) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal.

3) Adenoides agrandados así como las amígdalas. (Fig. 1.6).

Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa.

4) Hipertrofia de los cornetes.

Respirar por la boca puede corregirse por sí sólo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico, natural causa la contracción del tejido adenoideo.

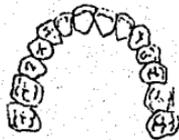
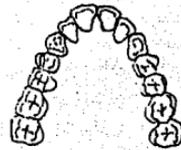
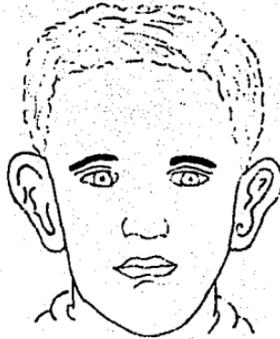


Fig. 1.5

Tipo genético de cara y nasofaringe.

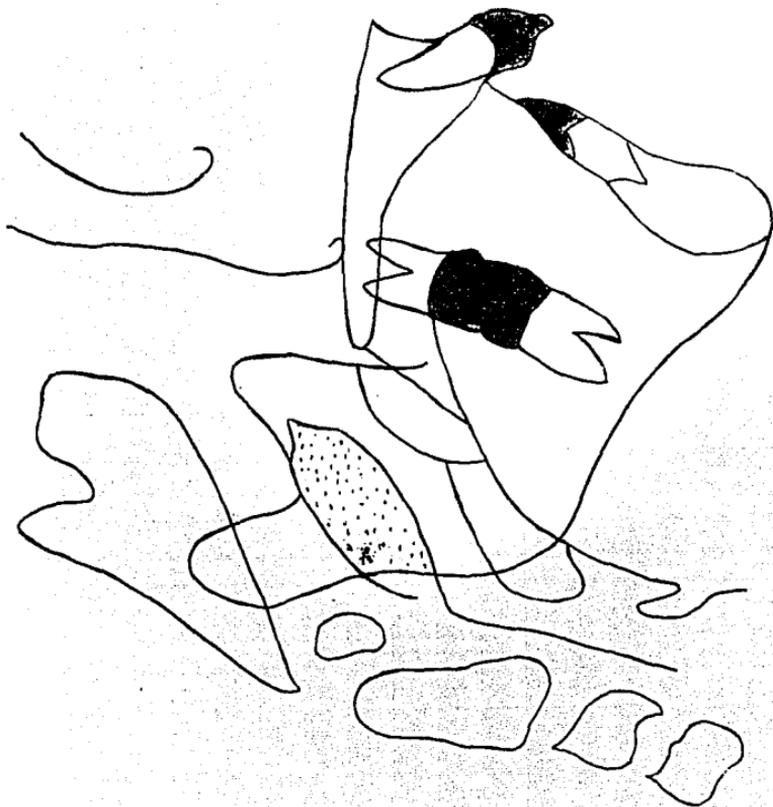


Fig. 1.6

Adenoides agrandados así como las amígdalas.

Las encías hiperplásicas e inflamadas, acompañan con frecuencia a la respiración bucal debido a la exposición continua del tejido al aire seco (Fig. 1.7).

De acuerdo con Linder-Arson, los pacientes que se someten a adenoidectomía, por una obstrucción de vías respiratorias tienden a cambiar su respiración por la nariz después de la operación.

Asociada con el cambio en el modo de respirar, está una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y del complejo cráneo-facial.

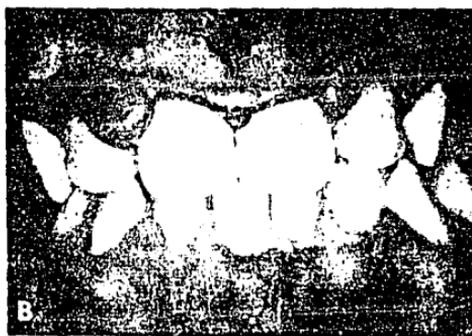
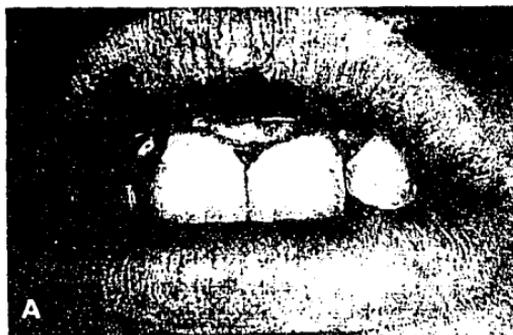


Fig. 1.7

Las encías hiperplásicas e inflamadas, acompañan con frecuencia a la respiración bucal.

FALLA DE ORIGEN

## E) MORDEDURA DE UÑAS.

Este hábito también llamado onicofagia, es un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión (alrededor de los 2 años)

Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

Se ha observado que aproximadamente 80% de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas.

Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación.

Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atricción de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años.

Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes le rodean.

Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos sustituyen a los dedos.

Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, -gomas de borrar o incluso las mejillas o la lengua de la persona como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

Otros autores mencionan que puede existir alguna maloclusión asociada con éste hábito, pero que probablemente sea de naturaleza más localizada que la que se ve con alguno de los otros hábitos de presión.

Niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran éste hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que sólo es un síntoma de su problema básico.

#### F) EMPUJE DEL FRENILLO.

En el recién nacido, el frenillo labial se encuentra insertado en la cresta del borde alveolar. En situaciones normales, al hacer erupción los dientes y al depositarse hueso alveolar para aumentar la dimensión vertical, la inserción del frenillo paulatinamente se desplaza hacia arriba respecto al borde.

Las fibras de esta inserción pueden ser encontradas a través de toda la mucosa entre los incisivos centrales superiores y hasta la papila palatina. Las fibras se aproximan o se insertan en la sutura intermaxilar.

En los primeros años, las fibras del frenillo terminan normalmente de esta manera. Normalmente, las fibras están limitadas a una banda estrecha y no son suficientemente fuertes por afectar materialmente a la posición de los incisivos. Sin embargo, en algunos individuos esta banda de fibras no elásticas es más tensa y actúa como barrera para la migración mesial de los incisivos centrales durante la erupción, provocando la formación de un diastema de proporciones notables.

Los diastemas por frenillo con frecuencia son hereditarios. Esto no significa que si existe entre los incisivos en el padre, el niño presentará siempre un espacio similar, ni el hecho de que el frenillo se encuentre insertado entre los incisivos separados tampoco comprueba que fué la causa de la formación de este espacio.

Algunos observadores consideran el espacio mismo como la característica hereditaria, y la presencia del frenillo como accidental.

Es posible que ambos sean parte de un patrón general y que ninguno dependa absolutamente del otro.

Desde luego que existen otros factores que causan diastemas entre los incisivos superiores además de los frenillos labiales.

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo. - Si los incisivos superiores están separados por la presencia de un diastema, el niño puede trabar su frenillo labial entre las piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse - un hábito que desplacé las piezas, ya que mantiene separados los incisivos superiores, éste efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

"Un paciente hacia alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así dos horas, después de haber tenido un descanso".

## G) BRUXISMO.

El bruxismo o bricomanía, es la contracción de los músculos masticadores y el rechinar rítmico de los dientes de lado a lado produciendo un sonido similar a un chirrido a la fricción.

Este hábito observado en niños, generalmente es nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño no está despierto.

Se sabe que alrededor de un 20% de la población adquiere este hábito.

El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. Pero también sabemos que existe un componente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental.

En principio, este mal hábito de rechinar los dientes comienza por desgastar o dañar el esmalte de los dientes y, si la condición persiste hasta que llega a hacerse crónica, conduce a padecimientos sumamente serios como por ejemplo:

- Sensibilidad excesiva de los dientes,
- tinnitus (el zumbido constante en los oídos),
- trastornos de la mandíbula,
- dolores de cabeza, el cuello, el rostro y hasta en la espalda.

Por lo general, el bruxismo se manifiesta más acentuadamente al dormir. Según los especialistas, el hábito de rechinar los dientes noche tras noche, suele causar un desgaste dental evidente, que la dentina termina quedando expuesta, lo cual provoca una sensibilidad extrema.

La fricción constante provoca un desgaste de hasta dos o tres milímetros de espesor en la superficie de las piezas dentales y, como consecuencia, incluso, la expresión del rostro puede sufrir variaciones (Fig. 1.8).

Hay circunstancias muy específicas en las que el hábito se manifiesta con mayor regularidad. Por ejemplo:

- Durante momentos de mucha tensión,
- cuando hay preocupaciones,
- en momentos de espera que causan ansiedad,
- cuando se realizan trabajos complicados, o
- en los momentos de mucho nerviosismo.

En estos casos, el rechinar de los dientes suele ser tan evidente que a veces lo escuchan quienes permanecen muy cerca de las víctimas del bruxismo.

Las causas del bruxismo no han podido definirse con exactitud hasta el presente. Pero los expertos estiman que el problema está estrechamente asociado con la tensión emocional.

No obstante, esta explicación contradice el hecho de que muchas personas que por diversas circunstancias viven sometidas a elevados niveles diarios de tensión no adquieren el hábito de rechinar los dientes, mientras que otras, cuyos niveles de tensión son aparentemente menores, presentan un enorme desgaste dental provocado por esta condición.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas, como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

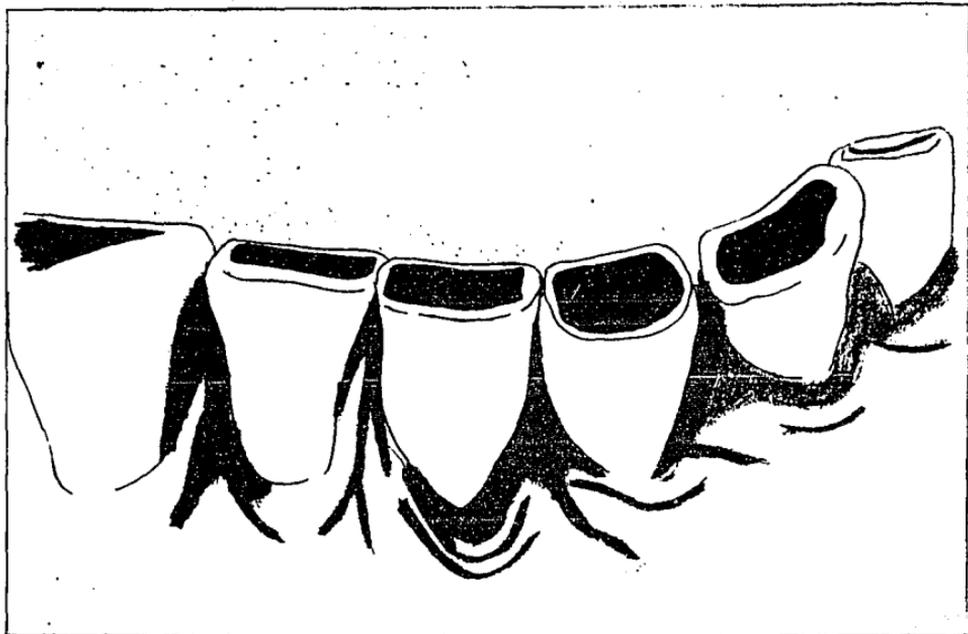


Fig. 1.8-A

La fricción constante provoca un desgaste de hasta dos o tres milímetros de espesor en la superficie de las piezas dentales.

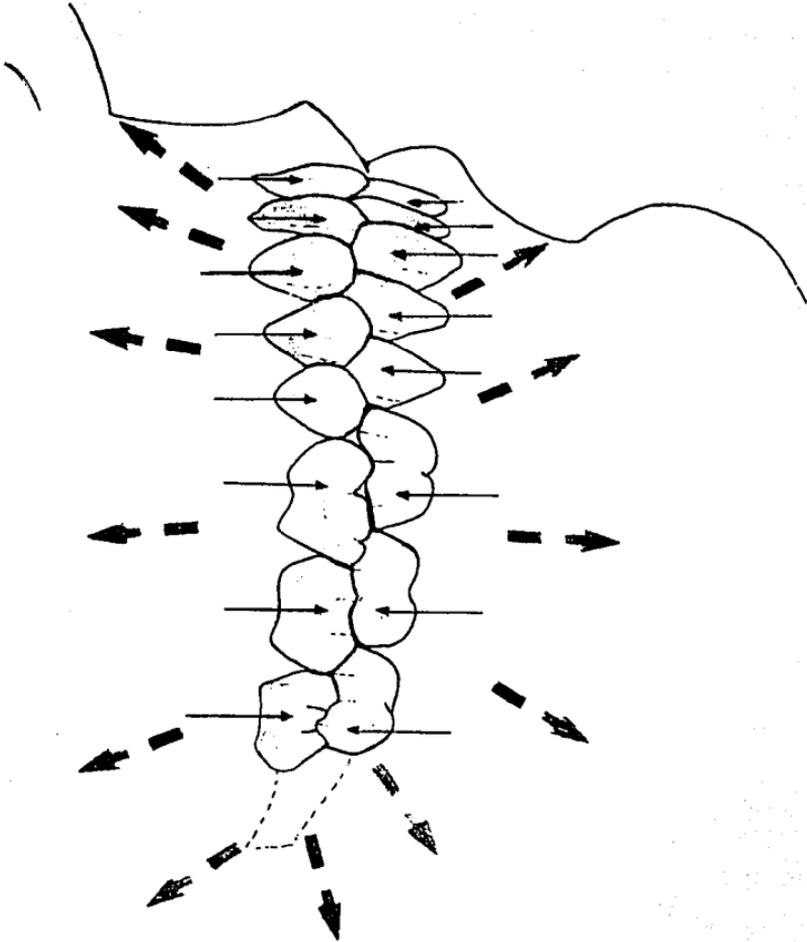


Fig. 1.8-B

Circunstancias específicas en las que el hábito se manifiesta.



FALLA DE ORIGEN

El Dr. Calvin Pierce, señala que "se ha diseñado un protector - elaborado de plástico duro o suave, según la preferencia del paciente que se coloca sobre los dientes y que resulta el tratamiento correctivo más efectivo para estos casos".

Sin embargo, muchos especialistas consideran que se trata de una solución a medias la razón? El dispositivo impedirá los daños y - el desgaste de las piezas dentales; pero no pondrá fin a ese mal - hábito de rechinar los dientes.

Para quienes sufren de bruxismo, los especialistas recomiendan - un cambio en la posición que adoptan al dormir.

Dormir boca arriba no impide el rechinar de los dientes pero, al menos, reduce los efectos nocivos de éste mal hábito.

PRINCIPALES CARACTERISTICAS PARA DETECTAR HABITOS BUCALES.

- SUCCION DIGITAL.                      Un dedo limpio (y en ocasiones -  
más delgado que el mismo de la -  
otra mano).
- EMPUJE DE LENGUA.                    Músculos (encima de la barba) en  
cogidos al tragar.
- MORDEDURA DE LABIOS.                Labios partidos, labio inferior  
más grueso que el superior.
- MORDEDURA DE UÑAS.                 Uñas muy cortas.
- MORDEDURA DE CARRILLOS.            Tejido magullado por dentro del  
carrillo.
- BRUXISMO.                              Severo desgaste en las caras --  
oclusales e incisales.

## MALOCCLUSIONES OCASIONADAS POR LOS HABITOS.

### CLASIFICACION:

La clasificación de Angle sirve para describir la relación anteroposterior de las arcadas dentarias superior e inferior, que generalmente reflejan la relación maxilar.

CLASE I NEUTROCLUSION.

CLASE II DISTOCLUSION.

CLASE III MESIOCLUSION.

#### CLASE I.

La consideración más importante aquí es que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, con la cúspide mesiovestibular del 1er. molar superior ocluyendo en el surco mesiovestibular, del 1er. molar inferior. (Fig 1.9).

En ocasiones, la relación mesiodistal de los primeros molares superiores e inferiores puede ser normal, la interdigitación de los segmentos bucales es correcta, sin malposición franca de los dientes, pero toda la dentición se encuentra desplazada en sentido anterior con respecto al perfil.

#### CLASE II.

En éste grupo, la arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada superior, situación que es manifestada por la relación de los primeros molares permanentes. El surco mesiovestibular del primer molar inferior ya no

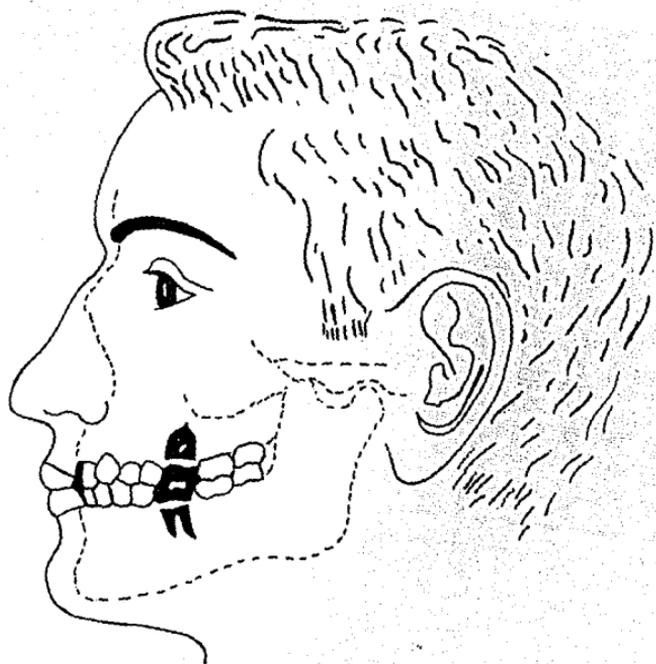


Fig. 1.9  
Class I.

recibe a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, sino que hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior, o puede encontrarse aún más distal.

Existen dos divisiones de la maloclusión de clase II:

#### DIVISION 1.

La relación de los molares es igual a la descrita anteriormente, la dentición inferior puede ser normal o no con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada. (Fig. 1.10)

La forma de la arcada superior pocas veces es normal, en lugar de la forma de "U", toma una forma que se asemeja a la de una "V".

La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior. La lengua ya no se aproxima al paladar durante el descanso.

Durante la deglución, la actividad muscular anormal de los músculos del mentón y buccionadores, junto con la función compensadora de la lengua y cambio en la posición de la misma, tienden a acentuar el estrechamiento de la arcada superior, la protrusión, inclinación labial y separación de los incisivos superiores, la curva de Spee y el aplanamiento del segmento anterior inferior.

#### DIVISION 2.

Los molares inferiores y la arcada inferior suelen ocupar una posición posterior con respecto al primer molar permanente superior y a la arcada superior. El mismo arco inferior puede o no mostrar irregularidades individuales, pero generalmente presenta una curva de Spee exagerada y el segmento anterior inferior suele ser más irregular, con superversión de los incisivos inferiores (Fig. 1.11)

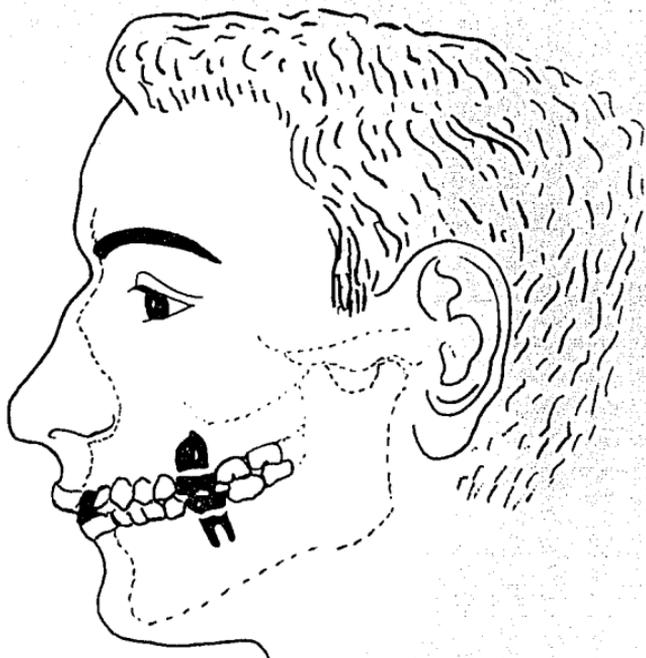


Fig. 1.10  
Clase II. División 1.

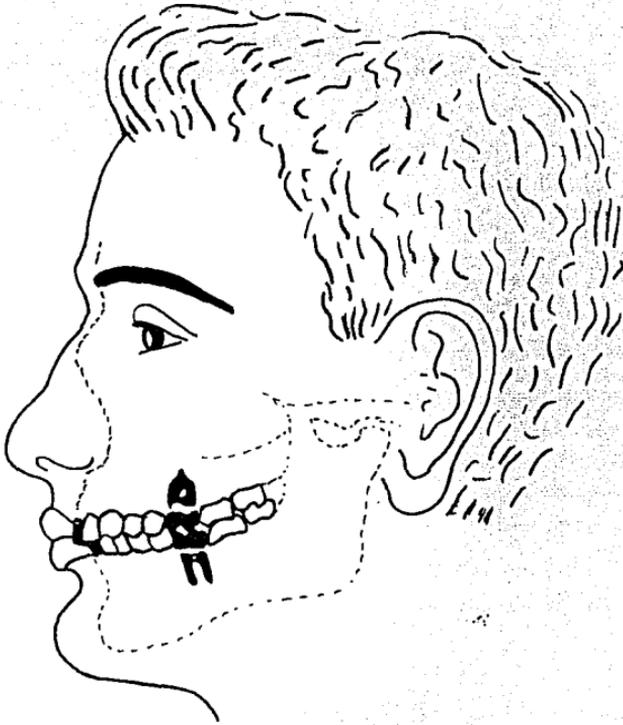


Fig. 1.11  
Clase II. División 2.

La arcada superior pocas veces es angosta, siendo por lo general más amplia que lo normal en la zona intercanina.

Una característica relativamente constante es la inclinación lingual excesiva de los incisivos centrales superiores con inclinación labial excesiva de los incisivos laterales superiores.

### CLASE III.

En oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial o normal en su relación con el primer molar superior. La interdigitación de los dientes restantes generalmente reflejan esta mala relación anteroposterior (Fig. 1.12).

En la mayor parte de las maloclusiones, los incisivos inferiores se encuentran inclinados excesivamente hacia lingual.

El espacio destinado para la lengua parece ser mayor, y está se encuentra adosada al piso de la boca la mayor parte del tiempo.

La arcada superior es estrecha la lengua no se aproxima al paladar como suele hacerlo normalmente, la longitud de la arcada con frecuencia es deficiente y las irregularidades individuales de los dientes son abundantes.

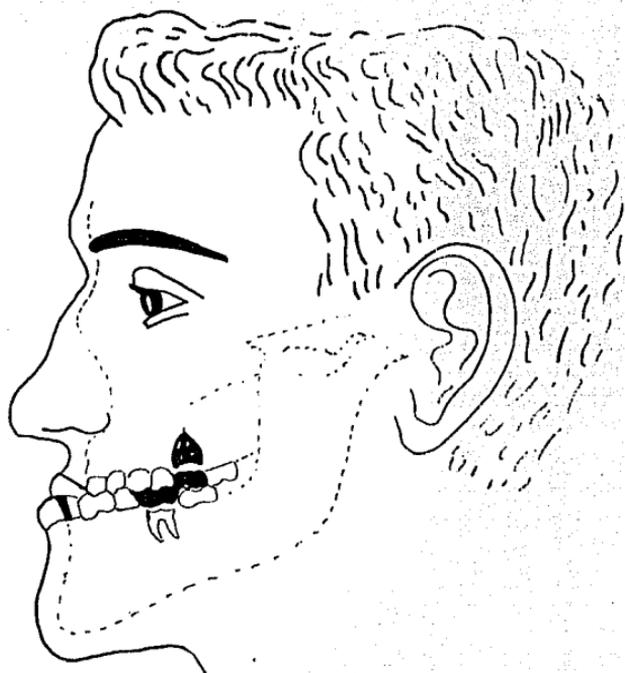


Fig. 1.12  
Class III.

**CAPITULO IV.**

**TRATAMIENTO DE LOS HABITOS.****(MIOFUNCIONAL).**

El tratamiento de los hábitos puede definirse como la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas bucales por medio de la modificación de aquellos.

Los procedimientos de control en el tratamiento dental preventivo se ocupan, en esencia, de la modificación de tales hábitos del paciente, como su higiene bucal personal, dieta y nutrición.

Una vez que el Cirujano Dentista está enterado del hábito del paciente y se pretende tomar una decisión para instituir el tratamiento, son necesarios cierto número de factores para tener éxito en la corrección del hábito.

En primer lugar, el dentista necesita la cooperación incondicional del niño. Sólo si el niño comprende la necesidad de dejar el hábito y expresa su deseo de hacerlo, el dentista deberá considerar el tratamiento. En algunas ocasiones el niño no percibe a su hábito como un problema. Una explicación breve acerca del daño que está -- causando a sus dientes y un recordatorio gentil acerca del ridículo en que el niño puede quedar delante de sus compañeros a menudo provocarán una respuesta positiva de que el niño desea suspender el hábito. El siguiente factor necesario para el tratamiento exitoso es la cooperación de los padres.

El tratamiento de los hábitos en la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas oclusales de los niños se ocupa de la modificación de aquellos relacionados con la maloclusión.

Algunos llamaron a esto "terapia miofuncional". "Mio" significa músculo, y el objeto de la terapia es cambiar la función de los músculos faciales y orales para impedir, interceptar o tratar una maloclusión.

El tratamiento de los hábitos miofuncional puede ser, en muchos casos, el único tipo de manejo oclusal que se requiere.

Aún así, en otras situaciones puede ser solamente parte de un plan de tratamiento oclusal total que incluiría quimioterapia, tratamientos quirúrgicos y mecánicos.

#### PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL.

La fisiología bucal trata de la función de las partes del mecanismo oral. En efecto, esto se refiere a la acción muscular de los labios, la lengua y los carrillos en descanso, y durante la fonación, deglución y respiración.

La acción y el equilibrio normal muscular tienden a provocar y mantener oclusiones normales.

#### HABITO FISIOLÓGICO BUCAL NORMAL.

La acción muscular bucal normal se caracteriza por los signos extraorales siguientes:

1. La respiración se hace por la nariz con la boca cerrada.
2. La deglución ocurre con la boca cerrada sin proyectar la lengua, mostrar los dientes ni mover los labios.

3. Los elementos extraorales, como dedos y ropas no deben llevarse a la boca. Los dedos y los nudillos no están enrojecidos ni presentan callosidades, sino que tienen apariencia normal.

En descanso, los dientes están separados, los labios juntos, la punta de la lengua apenas por debajo de las arrugas palatinas y las partes medias y posterior de la lengua algo deprimidas.

Como los labios están cerrados, el paciente debe respirar por la nariz. Durante la fonación normal, la lengua no debe verse sobresaliendo entre los dientes o labios. Cuando se deglute es necesario crear un vacío para aspirar el bolo alimenticio hacia la faringe. Cuando se deglute, los dientes se tocan un instante y no se observan movimientos del orbicular de los labios o de los músculos del mentón.

#### **HABITO BUCAL ANORMAL.**

La acción muscular anormal tiende a perturbar el equilibrio muscular entre los labios y los músculos buccionadores sobre las caras vestibulares de los dientes y la lengua sobre las caras linguales y palatinas. Como resultado de ello, los dientes tienden a asumir nuevas y malas posiciones.

El hábito bucal fisiológico anormal se caracteriza por los signos siguientes:

1. Respiración bucal.
2. Cierre incompleto de los labios cuando se respira.
3. Proyección de la lengua entre los dientes y/o labios cuando se deglute.

4. Proyección de la lengua entre los dientes y/o labios durante la respiración.

5. Cierre incompleto de los labios durante la deglución.

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

7.- Dedos irritados, inflamados, inusualmente limpios o con callosidades.

Es evidente que el enfoque de un problema de hábito bucal está íntimamente relacionado con la etiología. Por lo tanto, antes de terminar el tratamiento debemos preguntarnos si el hábito indeseable está vinculado con factores mecánicos, patológicos, emocionales, hábitos de imitación, al azar o patrones de succión perinatales aberrantes.

#### REQUISITOS PREVIOS:

Control de caries.- Se refiere a la conducta voluntaria y es más fácil de llevar a cabo. Es un requisito previo para el tratamiento miofuncional, la aplicación de aparatos y aún la Odontología restauradora.

### TRATAMIENTO DE SUCCION DIGITAL.

La técnica estriba en establecer primero una relación con el niño. Luego se le debe de decir como afecta a sus dientes el hecho de chuparse los dedos y cómo sus dientes modifican su aspecto y lo que las demás personas piensan de ellos.

Se pueden mostrar dibujos o fotografías de niños con dientes normales y niños con dientes "de conejo". El paciente es motivado así por abandonar el hábito.

Se pueden utilizar los distintos elementos auxiliares como recordadores como los siguientes:

Thum.- Una medicación de mal gusto sobre el dedo. Estos y otros elementos son presentados al paciente como para tratar de recordarle que no debe chuparse el dedo.

Vendaje Plástico.- Se envuelve alrededor del brazo cuando éste está estirado. Cuando el niño trata de succionar, la resistencia -- ofrecida actúa como un recordatorio.

Elementos para cubrir el dedo y la mano.- Estos incluyen vendajes con cintas adhesivas, medias y férulas digitales, como recordadores.

Aparatos.- También se pueden utilizar aparatos fijos y removibles.

En general, los aparatos o instrumentos bucales para eliminar los hábitos son considerados por los pacientes como instrumentos de castigo y pueden producir un complejo de culpabilidad y otros trastornos emocionales.

Al traer el niño un aparato en la boca deberá explicársele que deberá limpiar cuidadosamente su boca, ya que los alimentos tenderán a alojarse debajo del aparato, que tendrá algún defecto del habla temporal, que deberá hablar lentamente y que tardará algunos días en acostumbrarse al aparato.

Puede haber salivación excesiva por estimulación de las glándulas salivales ante un agente extraño, así como dificultad para deglutir. Debe recomendarse dieta blanda y visitas de revisión cada tres o cuatro semanas según lo juzgue el dentista.

Ya corregido el hábito, es recomendable dejar el instrumento o aparatos aproximadamente tres meses para prevenir recaídas.

Las funciones que deben cumplir estos aparatos son:

1) Hacer que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido, eliminando la succión.

2) Por su construcción, evitar que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evite la creación de mordida abierta, así como reacciones adoptivas y deformantes de la lengua y labios.

3) El aparato debe obligar a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural al descanso.

Requisitos que deben reunir:

- a) Que sean indoloros.
- b) Que actuen como recordadores.
- c) Que no interfieran en la oclusión.
- d) Que no interfieran en la alimentación.

**Clasificación:**

- A) Fijos.
- B) Removibles.

**Fijos:**

Son aquellos que son colocados en la boca del paciente para permanecer ahí hasta que el Cirujano Dentista los retire.

**Removibles:**

Son aquellos que pueden ser retirados de la boca tanto por el paciente como por el dentista.

La decisión sobre que tipo de aparato será utilizado deberá tomarla el Cirujano Dentista, tomando en cuenta la historia clínica del paciente, de la que obtendrá datos como edad, tipo de hábito y dentición, ya que se ha observado que en pacientes de menos de seis años son convenientes aparatos fijos, por que si se le coloca removible, los usará sólo cuando lo desee.

Los aparatos van a servir para:

- 1) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- 2) Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
- 3) Recordar al niño que está entregándose a su hábito.
- 4) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el niño.

**Recordatorios o Aparatos:**

- 1) Trampa o recordatorio con punzón.
- 2) Trampa o recordatorio de rastrillo.
- 3) Criba fija.
- 4) Tela adhesiva en los dedos.

5) Protector rígido de hule para el dedo pulgar.

#### Trampa o Recordatorio con Punzón.

Este es un aparato reformador de hábitos que se utiliza con un recordatorio de alambre afilado, para evitar que el niño continúe con su hábito. Esta trampa puede consistir en un alambre encajado en un instrumento removible de acrílico, tal como el retenedor de Hawley. La duración del tratamiento es aproximadamente entre ocho y diez meses.

#### Trampa o Recordatorio de Rastrillo.

Este tipo de trampa, al igual que la de punzón, puede ser fijo o removible. Se construye, ya sea en un retenedor Hawley o en un arco lingual superior, pero tiene espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina.

El aparato deberá estar bien adaptado y no impedir el funcionamiento bucal normal, además de contener suficientes puntas cortas para que sirvan como leves señales de incomodidad cuando el niño se lleve el dedo a la boca o como recordador al sistema neuromuscular cuando se encuentre dormido el niño. La duración del tratamiento es aproximadamente entre ocho a diez meses (Fig. 2.1.)

#### Criba Fija.

Es un aparato que va fijado a la boca por medio de unas coronas metálicas que van cementadas en los segundos molares deciduos o primeros permanentes. Este aparato consta de espolones y un asa de alambre, la cual se colocará hacia atrás y hacia arriba a un ángulo de aproximadamente cuarenta y cinco grados respecto al plano oclu-

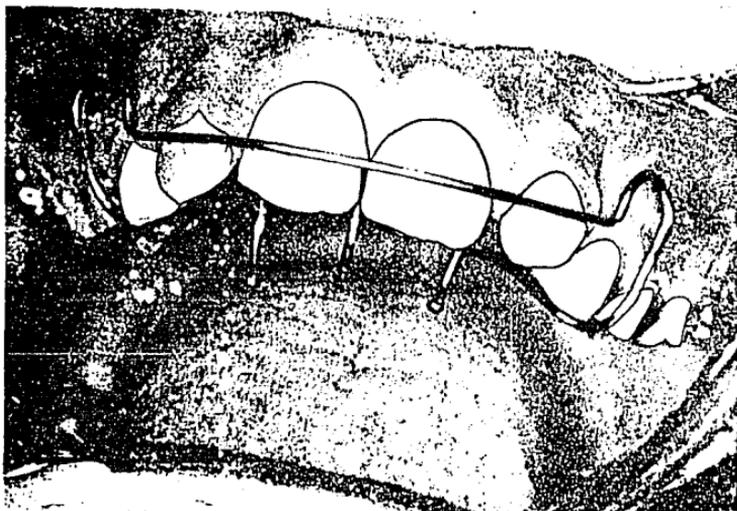


Fig. 2.1

Trampa o Recordatorio de Rastrillo.

FALLA DE ORIGEN

sal. Este aparato debe dejarse aproximadamente tres meses en la boca del paciente.

#### **Tela Adhesiva en los Dedos.**

Consiste en colocar tela adhesiva en el dedo ofensor de tal manera que el niño al llevarse a la boca haga conciencia del hábito. La duración del tratamiento es aproximadamente entre uno y dos meses.

#### **Protector Rígido de Hule para el Dedo Pulgar.**

Se usa para niños menores de cinco años de edad y sólo sirve para controlar un dedo; a causa de las desventajas que presenta tales como: mal diseño y bordes que pueden lastimar la mano del niño, resulta contraproducente su uso al propiciar al niño a chuparse otro dedo al no poder chupar su favorito. La duración del tratamiento es de tres a cuatro meses. Este es un método de corrección poco usual.

#### **Hábito de Lengua.**

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución.

Estando frente al paciente, se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que deglute. Si el acto es normal, el músculo debe contraerse. Si no se ponen los dientes en oclusión como debiera ser durante el acto normal, el músculo no se contraerá.

Aunque con frecuencia se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debiera intentar la terapéutica funcional.

El tratamiento consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir, utilizando ejercicios miofuncionales. Aún el niño de mayor edad preocupado por su aspecto, y ceceo\*, se le pueden enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva y a tragar con la lengua en esta posición.

Después que el paciente adiestró su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior, con una valla para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

Puede construirse una trampa de puas vertical similar a la sugerida para evitar succión digital, excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extiende hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante (Fig. 2.2).

#### Hábito de Labio.

Una consideración importante aquí es la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial, antes de intentar desterrar el hábito de labio. Si existe maloclusión de clase II, división 1, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad normal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentalveolar.

El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal.

\* Pronunciar la "s" como "z"

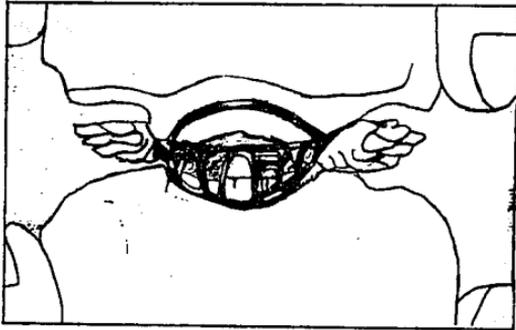


Fig. 2.2

Trampa de puas vertical.

La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal. Pero, si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por -- tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular, el aparato para el hábito puede ser muy eficaz.

No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua -- mueva los incisivos inferiores en sentido labial.

Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida. Un periodo de 8 a 9 meses de uso es -- aceptable.

El aparato o presionador para labio, se puede realizar con dos -- diseños (Fig. 2.3.)

a) Arco Lingual, cruzando a nivel del canino y del primer premolar (o canino a incisivo lateral).

b) Tipo Arco Labial.

#### Respiración Bucal.

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre.

Esto puede ser evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada.

Si esta situación persiste, el Odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz.

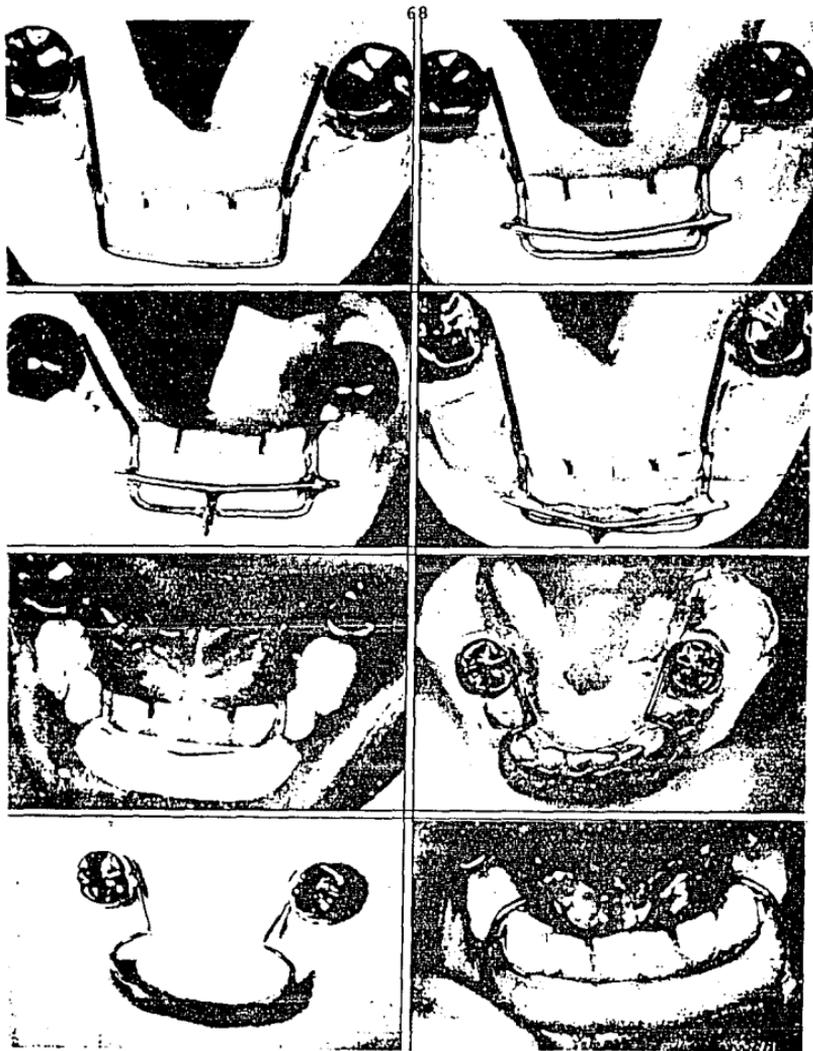


Fig. 2.3

Aparatos Opressionadores para Labio.

FALLA DE ORIGEN

Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquea el paso del aire por la boca y fuerza la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales (Fig. 2.4).

Antes de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

Si el niño no puede respirar por la nariz, o sólo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviársele a un rino<sup>l</sup>ogo, para que éste formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedírsele, incluso después del ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces deberá ser corregida con la ayuda de un protector bucal.

El protector es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente se inserta durante la noche, para que el niño se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios dirijan el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuercen esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca o lo sigan haciendo y que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca.

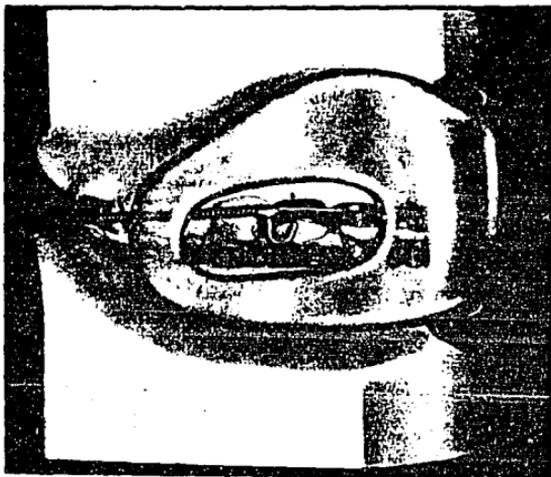


Fig. 2.4-A

Protector Bucal

o

Escudo Bucal.

FALLA DE ORIGEN

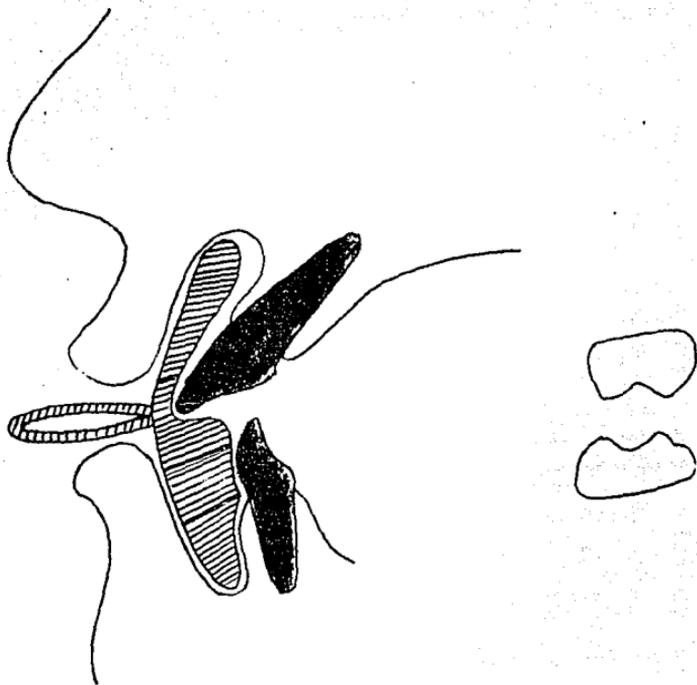


Fig. 2.4-B  
Protector Bucal

o

Escudo Bucal.

El protector bucal puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas.

#### **Mordedura de Uñas.**

El morderse las uñas provoca una rotación en los dientes anteriores además de la introducción de gérmenes y bacterias a la boca.

Como en cualquier hábito, es importante concientizar al niño --- acerca de esto con recordatorios amigables ocasionalmente; algunas veces la no aceptación social de sus compañeros ayudará a descontinuarlo cuando sea un poco mayor de edad.

Puede utilizarse una pantalla vestibular o bucal (Fig. 2.5).

#### **Bruxismo.**

El ajuste oclusal debe ser el primer paso en este problema si -- existen interferencias.

Sheppard recomendó la construcción de una placa de mordida palatina, la que permite la erupción continua de los dientes posteriores.

Esta erupción es conveniente si los dientes han sido abrasionados por el hábito.

Un protector plástico de la mordida, de vinilo, que recubra las superficies oclusales de todos los dientes, más 2 mm. de las caras vestibulares y linguales, puede ser utilizado para impedir la abrasión continuada de los dientes (Fig. 2.6).

La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para no crear interferencia alguna.

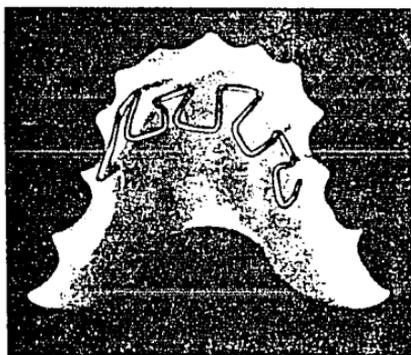


Fig. 2.5

Pantalla Vestibular o Bucal.

FALLA DE ORIGEN

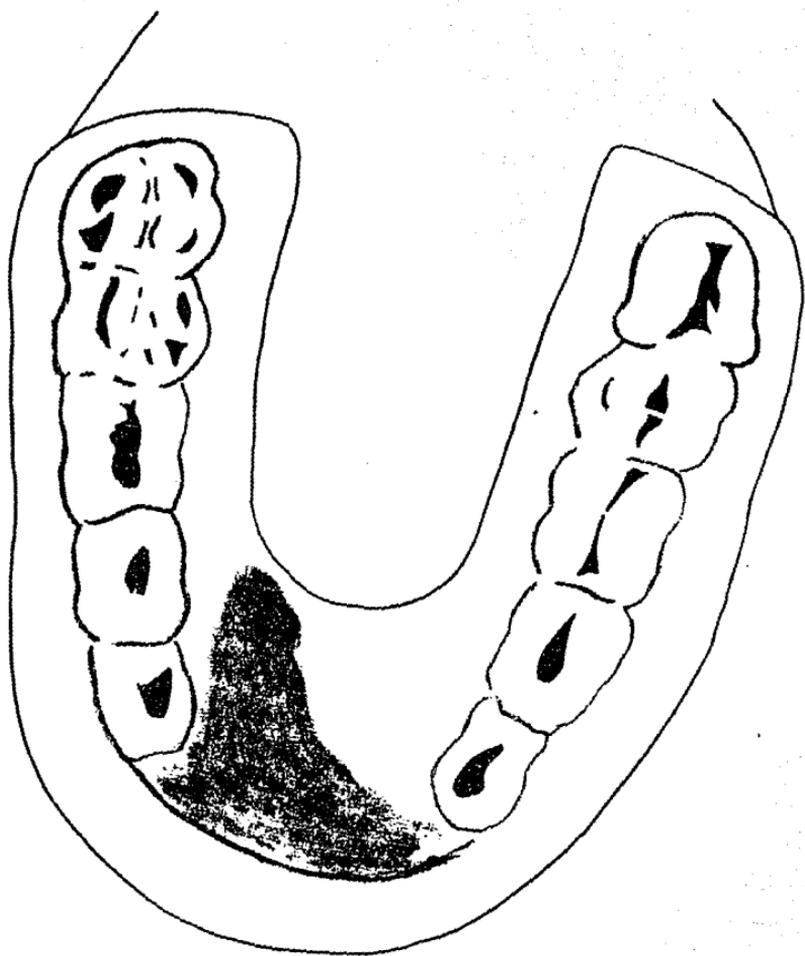


FIG. 2.6

Protector plástico de mordida

Para superar este hábito también puede ser útil en los pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto -- grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el bruxismo.

## C O N C L U S I O N E S .

Es conveniente conocer la etiología de los diferentes hábitos, - para que en caso necesario tratar de evitarlos o eliminarlos en el momento en que se presenten.

Es de suma importancia conocer los hábitos orales anormales más frecuentes, debido a los problemas de maloclusión y estética que - estos provocan.

Deben ser evaluados cuidadosamente para poder elaborar un diag-- nóstico correcto, y así poder elaborar un plan de tratamiento que - sea el adecuado, ya que este tipo de problemas requiere de una aten-- ción y cuidados especiales tanto por parte del Cirujano Dentista co-- mo de ciertos especialistas.

Es muy importante la cooperación de los padres y del niño por lo que se les debe explicar que éstos hábitos son muy comunes y consti-- tuyen la expresión del desarrollo del niño o adolescente.

El objetivo principal es corregir estas conductas; y los senti-- mientos de culpa y/o castigos sólo interfieren con la corrección.

En el tratamiento de los hábitos, tratamos con el paciente y su entorno social y no simplemente con un problema oclusal.

En el caso en que se emplea aparatología para la corrección de -  
alguno de éstos hábitos, debe de quedar bien claro que no son un --  
castigo; y el niño debe de observarlo como un elemento auxiliar pa-  
ra ayudarlo a superar ése hábito emocional o funcional.

## B I B L I O G R A F I A .

- 1) BARBER THOMAS K./Luke Larry S.  
"ODONTOLOGIA PEDIATRICA".  
Ed. Manual Moderno.  
1a. Edición, 1985.  
431 pp.
- 2) FINN SIDNEY B.  
"ODONTOLOGIA PEDIATRICA"  
Ed. Interamericana.  
4a. Edición.
- 3) GRABER T.M.  
"ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA"  
Ed. Interamericana.  
3a. Edición, 1989.  
892 pp.
- 4) BARNETT EDWARD M.  
"TERAPIA OCLUSAL EN ODONTOLOGIA PEDIATRICA".  
Ed. Médica Panamericana.  
1978.
- 5) MAC. DONALD RALPH E.  
"ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE".  
Ed. Mundi.  
Trad. Dr. MARTINEZ HORACIO.
- 6) LEYT SAMUEL.  
"ODONTOLOGIA PEDIATRICA".  
Ed. Mundi.  
1980.

- 7) MOYERS ROBERT E.  
"MANUAL DE ORTODONCIA".  
Ed. MUNDI.  
1a. Edición.
- 8) RAMFJORD SIGURD P. / ASH, Jr MAJOR M.  
"OCCLUSION".  
Ed. Interamericana.  
2a. Edición.
- 9) SIM JOSEPH M.  
"MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS".  
Ed. Mundi.  
2a. Edición.
- 10) SNAWDER KENNETH D.  
"MANUAL DE ODONTOLOGIA CLINICA".  
Ed. Labor S.A.  
1985.
- 11) SAMUEL RAJUNOV.  
"LOS DIENTES DE SUS HIJOS".  
Ed. EDAMEX.  
2a. Edición.
- 12) FLETCHER, S.G.  
"PROCESSES AND MADURATION OF MASTICATION AND DEGLUTION".  
ASHA REPORTS, No. 5, 92-105.
- 13) SPIRO H. CHACONAS.  
ORTODONCIA.  
Edit. El Manual Moderno.  
1982.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 14) J.D. MUIR/R.T. REED.  
MOVIMIENTO DENTAL CON APARATOS REMOVIBLES.  
Edit. El Manual Moderno S.A.  
1981.
  
- 15) F.A. CARRANZA.  
D.A. PERRY.  
MANUAL DE PERIODONTOLOGIA CLINICA.  
Edit. Interamericana.  
1988.