



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ³⁹² ^{2y.}

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

**REVISIÓN DE HÁBITOS BUCALES
Y SU FRECUENCIA EN LA CLÍNICA
DE ODONTOPEDIATRÍA DE LA F.O.
DE LA U.N.A.M.**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

SARA IRIS TRUJILLO CID

ASESORA:

C.D. IRMA I. CELIS BRAVO

Vo.Bo. Irma Celis B



MÉXICO, D.F.

1998

269215



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.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por permitirme tomar parte de su población estudiantil.

A LA C.D. IRMA I. CELIS B.

Por su ayuda y la orientación en la realización de ésta tesina. Mi agradecimiento es infinito.

A JUAN GABRIEL MOLINA O.

Por haber creído en mi y apoyarme en todo momento y por desear que me supere siempre. Por hacerme sentir que el amor que nos une es inquebrantable. Te amo.

A MI MADRE.

Por ser mi ejemplo de superación y por que sé que estarás siempre a mi lado. Gracias.

A LA SRA. SOLEDAD OBISPO.

Por el tiempo brindado a mi superación profesional. Gracias.

ÍNDICE.	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL	3
1.1. TRATAMIENTO	7
1.2. TRAMPA PALATINA	10
CAPÍTULO II	
HÁBITO DE LENGUA	12
2.1. TRATAMIENTO	15
CAPÍTULO III	
RESPIRADOR BUCAL	17
3.1. TRATAMIENTO	22
3.2. PANTALLA ORAL	23
CAPÍTULO IV	
HÁBITO DE LABIO	25
4.1 TRATAMIENTO	27
CAPÍTULO V	
ONICOFAGIA	29
CAPÍTULO VI	
REPORTE CLÍNICO	30
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	39

INTRODUCCIÓN

Se considera que los hábitos bucales están dados por las grandes presiones y fuerzas ejercidas sobre los bordes alveolares y hueso inmaduro; dando como resultado cambios en los órganos dentarios y por consiguiente causan anomalías en la oclusión infantil.

El concepto de hábito ha sido emitido por varios autores, así tenemos que, Thompson establece que “el hábito es una práctica producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición, el acto se forma más constante y como es repetido muy a menudo, pronto será relegado a una acción puramente inconsciente”.

Algunos autores opinan que el factor etiológico se debe a que haya existido demasiada tensión de parte de los padres, falta de cariño y atención de los mismos hacia el niño, poca o nula ternura materna durante la alimentación, que ésta haya sido interrumpida bruscamente por premura de tiempo o que sea el momento de que el niño deba ingresar a la escuela; dando como consecuencia, una personalidad insegura; lo que conllevará a la implantación del hábito para satisfacer esa necesidad.

El tratamiento de estos hábitos debe incluir la asesoría de otros profesionales de la salud, tales como el psicólogo y el foniatra y una vez que los padres y el terapeuta han agotado las opciones de cooperación, premios y métodos psicológicos, el Cirujano Dentista o el Odontopediatra decidirá el uso de aparatos intraorales.

CAPÍTULO I

HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL

La succión de un dedo es uno de los hábitos orales más comunes que producen anomalías dentofaciales en el plano vertical del espacio. Aproximadamente un 46 % de los niños ha tenido el hábito de succionarse un dedo. Aunque la succión de un dedo se considera una conducta normal en la primera etapa de la infancia, la mayoría de los odontopediatras y ortodoncistas concuerdan en que si el hábito no se ha eliminado para la edad de 4 a 5 años debe considerarse un tratamiento con aparatología.

Los estudios realizados indican que los niños que son alimentados con biberón, usando éste como un medio para tranquilizarlos e inducirlos al sueño, muestran más frecuentemente el hábito de succión digital. Una vez que termina el período de alimentación con biberón, el niño aprende a chupetearse el pulgar, u otro dedo al ir a dormir. Otros niños aprenden tempranamente que otra forma mas segura de atraer la atención de sus padres es chupándose el dedo .

Los investigadores informan que un patrón de deglución normal de un bebé, es mucho mas parecido al empuje lingual, con la punta de la lengua interpuesta entre los rebordes gingivales para contactar el labio y obtener un sellado para la deglución; permitiendo un crecimiento y desarrollo adecuado de los maxilares

Cuando el niño se mete el pulgar u otro dedo entre los dientes suele colocarlo en un ángulo tal que comprime lingualmente los incisivos inferiores. Se puede presumir que esta presión directa sea la responsable del desplazamiento de los incisivos. El grado de desplazamiento dental guarda una relación mas estrecha con el número de horas de succión diaria que con la magnitud de la presión. Los niños que se chupan el dedo con fuerza, pero en forma intermitente, pueden no presentar un gran desplazamiento o ninguno, en tanto que los que se chupan el dedo durante seis horas por la noche o mas pueden sufrir una maloclusión importante.

Aunque durante la succión se crea una presión negativa en el interior de la boca, no hay razón para creer que esta sea responsable de la constricción del arco superior que suele acompañar al hábito de succión. Por el contrario parece ser razonable que el arco superior no se desarrolle por una alteración entre las presiones de las mejillas y la lengua. Si se introduce el pulgar entre los dientes, la lengua debe descender, con lo que disminuye la presión de las mejillas sobre esos dientes, por la

contracción del músculo buccinador durante la succión. La presión de las mejillas es máxima a nivel de las comisuras bucales, y es probable que esta sea la explicación de que el arco maxilar tienda a adoptar forma de “V”, con una mayor constricción a nivel de la zona de los caninos que en la zona de los molares.

La maloclusión por succión digital esta caracterizada por incisivos superiores abiertos y espaciados, incisivos inferiores desviados lingualmente, mordida abierta anterior y un arco superior estrecho.

En conclusión los signos clásicos de un hábito activo son:

- Mordida abierta anterior.
- Movimiento vestibular de los incisivos superiores, y desplazamiento lingual de los inferiores.
- Colapso mandibular.

La mordida abierta anterior, caracterizada por la falta de contacto entre los incisivos superiores e inferiores cuando los molares se localizan en oclusión, se produce porque el dedo se apoya directamente en los incisivos. Ésto origina un ligero aumento en la abertura vertical; el dedo impide la erupción continua de los dientes anteriores, mientras los inferiores tienen la libertad para hacerlo.

El movimiento vestibulolingual de los incisivos depende de cómo coloca el paciente el pulgar o el índice en la boca. A menudo, pone el primero de tal modo que ejerce presión sobre la superficie lingual de los incisivos superiores y sobre la vestibular de los inferiores.

El colapso de la arcada superior se produce por el cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se introduce el pulgar en la boca, se fuerza a la lengua a descender y separarse del paladar. Los músculos orbicular de los labios y el buccinador siguen aplicando fuerza sobre las superficies de la arcada superior, en particular cuando dichos músculos se contraen durante la succión.

1.1 TRATAMIENTO.

Como regla general la mayoría de los hábitos no son extremadamente dañinos para los rebordes alveolares y para la dentición, hasta que el niño alcanza la edad de cuatro o cinco años. Anteriormente muchos odontólogos intentaron intervenir muy precozmente, para prevenir el hábito y el consecuente daño a los arcos dentarios de los niños pequeños que mostraban hábito de succión de dedo o de pulgar. Esta forma de prevención fue en forma de aparatos fijos, construidos por el odontólogo, rejillas, pantallas o aparatos palatinos removibles con púas prominentes o ansas de alambre.

En la actualidad es sugerido, por odontólogos y psicólogos que no se coloquen aparatos inhibidores del hábito hasta que el niño haya ido a la escuela por lo menos un año, período en el que algunos pacientes han dejado el hábito y alcanzan mayor capacidad psicológica y su atención es enfocada a otras actividades.

El tratamiento oportuno es un factor de importancia crítica. Debe darse al niño la oportunidad de abandonar espontáneamente el hábito antes de que erupcione la dentición permanente. Por lo que es aconsejable que el tratamiento se realice entre los cuatro y seis años de

edad, si es que no hay una alteración dentofacial severa, de lo contrario el tratamiento estará indicado antes de esa edad y el tratamiento ideal será un aparato fijo, que el niño de tres años no pueda retirar.

Se mencionarán tres métodos diferentes, los cuales dependerán de la cooperación del niño para interrumpir el hábito. El primero es la técnica de recordatorios, es conveniente en quienes se desea suspender el hábito, pero requieren de cierta ayuda para interrumpirlo por completo. Una vendita adhesiva, reforzada con una cinta impermeable alrededor del dedo, servirá como recordatorio constante para evitar el hábito. La banda se deja hasta que el hábito desaparezca. Estímulos desagradables como pintar el dedo con una solución de sabor desagradable también recuerdan al niño que no efectúe la succión, pero se percibe como castigo o el niño se acostumbra al sabor; no han demostrado éxito.

Otro recurso para influir en los hábitos bucales consiste en un sistema de recompensas; el niño establece un convenio con sus padres o con el odontólogo, donde solo se le pide que interrumpa el hábito durante un periodo específico, dándole a cambio el juguete o premio que desee; método que tampoco ha dado grandes resultados positivos.

Si el hábito persiste luego de haber agotado los anteriores métodos, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos fijos o removibles, según la edad del niño; no sin antes conversar con el niño a

manera que el entienda que la ayuda llevada a cabo en su boca, es únicamente con el fin de ayudarlo a “recordar”, por medio de instrumentos, que debe abandonar el hábito.

Una vez establecida la decisión de colocar un aparato se piensa en el aparato mas apropiado para este propósito, la trampa palatina.

1.2 TRAMPA PALATINA

La trampa palatina se diseña para interrumpir un hábito digital al interferir con la colocación del dedo y la satisfacción derivada de la succión. Esta es la más indicada en los casos que no presentan mordida cruzada posterior.

Para la construcción de la trampa palatina se ajustan bandas en los primeros molares de la segunda dentición y en los segundos molares de la primera dentición, posteriormente se toma una impresión con alginato. Se retira de la boca la impresión de alginato, se retiran las bandas de los dientes y se asientan en la impresión en sus respectivas posiciones. Se fijan las bandas en la impresión con cianocrilato para asegurarse que permanezcan en posición, mientras se hace el vaciado en yeso piedra y se espera el fraguado. Después de fraguado el modelo, se dobla un arco con proyecciones a manera de dedos de guante con alambre 0.038 y se suelda en sus extremos a la cara palatina de las bandas sobre el modelo de trabajo. Es necesario la toma de impresión inferior, y la relación de mordida para evitar que el arco interfiera en la oclusión y provoque molestias a la hora de la ingesta de alimentos. Se retira el aparato del modelo de yeso piedra y se termina con fresas y piedras de pulir, quedando listo para fijarlo a los dientes con ionómero de vidrio.

La elaboración de este aparato ofrece la ventaja de que su construcción es económica, requiere de cooperación mínima del paciente, el niño se adapta fácilmente al aparato, no interfiere con la expansión de la arcada en crecimiento y es estéticamente aceptable.

CAPÍTULO II

HÁBITO DE LENGUA.

La posición anormal de la lengua se ha asociado con la mordida abierta anterior y también con la protrusión de los incisivos anteriores. De acuerdo con Proffit, tres problemas importantes están asociados usualmente con la posición anterior de la lengua, que ha sido descrita con diversos nombres como es impulsión lingual, deglución anormal, deglución visceral y deglución infantil; estos problemas son: mordida abierta, protrusión de los incisivos, especialmente de los superiores y el ceceo.

Desde hace mucho se ha reconocido que los bebés normales ubican la lengua en posición anterior en su boca, tanto en reposo como en la deglución. La prioridad fisiológica, al nacimiento es que se establezca una vía aérea para que pueda comenzar la respiración. La realización de esta prioridad requiere que la lengua se mantenga hacia delante y abajo. El conjunto de relaciones posturales de la estructuras orales y faringeadas, establecidas en los primeros minutos de vida en respuesta a los requerimientos respiratorios, se mantienen posteriormente.

En un bebé la deglución normal está caracterizada por una fuerte actividad labial para tomar el pezón, la ubicación de la punta de la lengua contra el labio inferior debajo del pezón y la relajación de los músculos elevadores de la mandíbula permiten que la boca se abra grande. A medida que la función oral madura, hay una activación gradual de los músculos elevadores de la mandíbula de manera que ésta es llevada hacia lo que será en última instancia el contacto oclusal de los dientes. Esto ocurre mientras la punta de la lengua esta anteriormente aplicada contra el labio inferior. Un patrón maduro de deglución está caracterizado por la relajación de los labios, la ubicación de la lengua tras los incisivos superiores y la elevación de la mandíbula en toda su amplitud hasta que se contactan las piezas posteriores; esto no se observa por lo general antes de los cuatro o cinco años de edad.

Algunos factores pueden influir en la maduración normal del patrón de deglución como puede ser el hábito bucal de succión digital y el de respiración bucal.

En los niños con hábito de succión digital se puede retardar la transición hacia la deglución adulta y por ello pueden ser etiquetados como impulsores linguales en sus años tempranos de dentición mixta. El cambio, al patrón adulto de deglución no ocurrirá hasta que hábito de

succión pueda ser corregido, pero a menudo sucede la transición espontánea hacia la deglución adulta.

Al formular un diagnóstico de mordida anterior abierta, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión digital y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que pueden tener igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrusión.

2.1 TRATAMIENTO

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en posición adecuada durante la deglución, ésto será difícil de lograr hasta que el niño tenga la edad suficiente para cooperar. Se pueden utilizar ejercicios miofuncionales para llevar a los incisivos a una alineación adecuada.

Andrews recomienda que se instruya al paciente para que practique la deglución correctamente 20 veces al día antes de los alimentos. Frente a un espejo toma un sorbo de agua, cierra la boca en oclusión dental, ubica la punta de la lengua en la papila incisiva y deglute. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progresa satisfactoriamente. El uso de pastillas de menta sin azúcar también dió como resultado un manejo exitoso del empuje lingual. Se instruye al niño para que use la punta de la lengua para mantener la pastilla en el paladar hasta que esta se disuelva. Mientras mantiene la pastilla la saliva fluirá y hará que el niño necesite deglutir.

Después de que el niño haya entrenado la lengua y los músculos para que funcionen correctamente durante el proceso de deglución,

puede construirse un contenedor palatino en acrílico como recordatorio para ubicar correctamente la lengua durante la deglución.

Puede construirse una trampa de púas vertical. La cual se hace similar a la sugerida para el hábito de succión digital, excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extienden hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

CAPÍTULO III

RESPIRADOR BUCAL.

Dado que las necesidades respiratorias son el principal factor determinante de la postura de los maxilares, la lengua y en menor medida de la cabeza, parece ser razonable que un patrón respiratorio alterado, como respirar por la boca, pueda modificar la postura de la cabeza, de los maxilares y la lengua. Todo ello podría alterar a su vez el equilibrio de las presiones que actúan sobre los maxilares y los dientes e influir en el crecimiento y en la posición de ambos.

Para que respiremos a través de la boca es necesario mantener una vía oral abierta. Para lograr esto, la mandíbula es desplazada hacia abajo y hacia adelante.

En los últimos estudios no se ha visto tan clara la relación entre la respiración bucal, la alteración postural y el desarrollo de la maloclusión como se ha pensado después de observar los cambios en la oclusión.

Al analizar este punto conviene analizar antes que, aunque los seres humanos respiran fundamentalmente por la nariz, todos respiramos

parcialmente por la boca en determinadas circunstancias fisiológicas, siendo la más importante de ellas el aumento de las necesidades de aire durante el ejercicio.

En condiciones normales de reposo, para respirar por la nariz se requiere más esfuerzo que para hacerlo por la boca; los tortuosos conductos nasales representan una resistencia al flujo respiratorio mientras cumplen su función de calentar u humidificar el aire inspirado. El mayor trabajo que supone la respiración nasal es fisiológicamente aceptable hasta cierto punto; de hecho la respiración es más eficaz cuando existe una ligera resistencia en el sistema. Si la nariz está obstruida parcialmente, aumenta el trabajo para respirar por la misma, y al llegar a un nivel determinado de resistencia al flujo respiratorio, el individuo cambia a la respiración bucal parcial. La inflamación de la mucosa nasal que suele producirse en los resfriados comunes hace que todos respiremos en ocasiones por la boca en reposo utilizando este mecanismo.

La inflamación prolongada de la mucosa que se observa en la rinitis alérgicas o en las infecciones crónicas puede dar lugar a la obstrucción respiratoria crónica; también se puede producir por una obstrucción mecánica a cualquier nivel del aparato nasorespiratorio, desde los orificios nasales hasta las coanas posteriores. En condiciones

normales, el factor que limita el flujo respiratorio nasal es el tamaño de los orificios nasales.

Si examinamos clínicamente a los niños que presentan amígdalas faríngeas o adenoides de gran tamaño y una obstrucción parcial producida por las mismas puede contribuir a la respiración bucal a esas edades.

Los individuos que padecen obstrucción nasal crónica pueden seguir respirando parcialmente por la boca, incluso después de haber desaparecido la obstrucción. En este sentido, es posible considerar , a veces la respiración bucal como un hábito.

Si la respiración tuviese algún efecto sobre los maxilares y los dientes, sería por medio de un cambio de postura que alterase secundariamente las presiones prolongadas que ejercen los tejidos blandos sobre dichas estructuras.

De lo anterior podemos clasificar a los niños con respiración bucal en tres categorías.

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

Los que respiran por la boca debido a obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba hacerlo. El niño que respira por la boca por razones anatómicas es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar completamente sin tener que realizar grandes esfuerzos. Se debe distinguir a cual de estas tres categorías corresponde el niño. También debe diferenciarse al niño que respira por la boca por hábito, del niño que respira por la nariz, pero que a causa de un labio superior corto mantiene constantemente los labios separados. Frecuentemente se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofaríngeo estrechos, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios, como se encuentran en los individuos braquicefálicos.

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

1. *Hipertrofia de las turbinetas* 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 agrandadas* como el tejido adenoidal o faringeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia , no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo respirar por la boca puede corregirse por si solo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Las personas que respiran por la boca, presentan un aspecto típico, descrito por algunos autores como “facies adenoidea” y la describen con cara estrecha, el arco superior se encuentra angosto, las piezas anteriores superiores hacen protrusión labialmente y los labios permanecen abiertos, a consecuencia de una musculatura perioral flácida, con el labio inferior extendiéndose tras los incisivos superiores.

3.1 TRATAMIENTO

Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede corregirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando como ya se mencionó antes, por costumbre. Esto es visible principalmente cuando el niño duerme o está en posición reclinada. Si esta situación persiste el odontólogo puede determinar el uso de un aparato eficaz. Esto puede lograrse con la construcción de un protector bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerce la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de iniciar en el tratamiento al niño con el uso del protector o pantalla bucal, deberá asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está lo suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situación de respiración forzada provocado por emociones o ejercicio físico.

3.2 PANTALLA ORAL

La construcción de la pantalla oral se realiza sobre modelos de trabajo articulados del paciente y con resina acrílica autocurable. Las caras vestibulares de los modelos se lubrican con vaselina líquida o separador de yeso-acrílico, y sobre éstas se adaptan la lámina de acrílico, teniendo cuidado de llegar hasta el fondo de saco y extendiéndose lateralmente hasta la zona mesial de los primeros premolares, con la intención de mantener las mejillas alejadas de los segmentos posteriores de ambas arcadas. Se permite que termine de acrilizar y se retira del modelo de trabajo para posteriormente pulirse y ser colocado al paciente, y darle las indicaciones a los padres. Esta pantalla oral puede tener algunas modificaciones, puede colocársele un arillo para que le sea más fácil retirarlo al niño y puede estar unido a una placa Hawley.

El uso de la pantalla o protector deberá estar vigilado por los padres, ya que en la etapa inicial del tratamiento el paciente presentará dificultad al tratar de respirar por la nariz por lo que al aparato se le pueden hacer 2 ó 3 respiraderos, de aproximadamente 4 mm de diámetro cada uno para permitirle al niño seguir respirando por la boca, pero que la cantidad de aire que entre sea menor y no sienta asfixiarse. Estos respiraderos se irán sellando, posteriormente, en intervalos de una

semana con resina acrílica, hasta completar el sellado total de la pantalla, tiempo en el que el paciente ya habrá eliminado parcialmente el hábito.

CAPÍTULO IV

HÁBITO DE LABIO

Este hábito se refiere a la manipulación de los labios y estructuras peribucales. El morderse el labio es un hábito que puede producir problemas verticales, semejantes al hábito de succión digital, la fuerza ejercida al morderse el labio es suficientemente importante para producir una maloclusión abierta anterior, semejante a la que provoca el hábito de succión, una mayor lingualización y apiñamiento de los dientes anteriores inferiores.

Clínicamente el niño presentará una marca externa en el labio inferior, exactamente donde son colocados los bordes incisales de los dientes anteriores superiores, acompañada de un enrojecimiento, inflamación y resequedad de los labios y tejidos peribucales.

Se aplica así una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra vestibular sobre los superiores, y retroinclinación de los incisivos inferiores, así como un mayor aumento de sobremordida horizontal. Este problema es muy frecuente en la dentición mixta y permanente; su tratamiento depende de la relación esquelética del

paciente y la presencia o ausencia de espacio en la arcada. Ante estas características de oclusión el odontólogo puede indicar el uso de un recordatorio o protector para el labio, para regresar los dientes a su posición original o una mas adecuada de acuerdo a cada paciente en particular, el cual es un método útil para tratar este hábito, puesto que desplaza el labio anteriormente, haciendo difícil que pueda ser desplazado entre los incisivos.

4.1 TRATAMIENTO.

LIP BUMPER

Este aparato, ortodóntico e interceptivo, de características funcionales es frecuentemente utilizado en conjunción con aparatología fija cuando se desea producir un efecto de protusión de los dientes anteriores, los cuales al ser liberados de la presión del labio son protuidos por la fuerza de la lengua.

Al igual que cualquier recordatorio para hábito puede ser confeccionado como aparato removible, requiriendo buenos retenedores que ayuden a reforzar el anclaje de la placa. Esta decisión dependerá del criterio del odontopediatra, de la cooperación y edad del paciente.

Para la construcción del lip bumper, se ajustan las bandas con tubos vestibulares horizontales soldados para recibir el alambre solo o unido a acrílico, en los primeros molares de la segunda dentición o en los segundos molares de la primera dentición, posteriormente se toma una impresión con alginato. Se retira de la boca la impresión de alginato, se retiran las bandas de los dientes y se asientan en la impresión en sus respectivas posiciones. Se fijan las bandas en el alginato con cianocrilato para asegurarse de que permanezcan en posición, mientras,

se hace el vaciado en yeso piedra y se espera el fraguado. Después de fraguado el modelo; se adapta un arco vestibular con alambre 0.036 de acero inoxidable. El arco vestibular puede llevar en la zona de los incisivos resina acrílica, tubo de caucho o el mismo alambre se festonea en esa zona. Es conveniente la colocación de muelles o resortes que actúen como topes a nivel de los tubos vestibulares molares, facilitando así la ejercitación del labio inferior.

CAPÍTULO V

ONICOFAGIA

Un hábito normal después de la edad de la alimentación por biberón, es el de morderse las uñas, es normal que el niño pase directamente del hábito de succión digital al de morderse las uñas, o bien pueden llegar a manifestarse ambos. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión o estrés del niño por lo que no es considerado un hábito pernicioso y raramente puede llegar a provocar maloclusiones, como el caso de los hábitos anteriormente citados, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. En estudios realizados a pacientes que presentan éste hábito se encontró que, en ciertos casos, cuando existen impurezas debajo de las uñas, había una marcada atrición de los dientes inferiores anteriores.

Los odontopediatras y psicólogos concuerdan, que éste hábito desaparecerá cuando al niño se le asigne una actividad ocupacional extra, por ejemplo una actividad deportiva, cultural o social, que le ayude a aliviar la tensión que le induce a morderse las uñas; por lo que los odontopediatras consideran, que éste hábito no requiere de ningún aparato para su tratamiento.

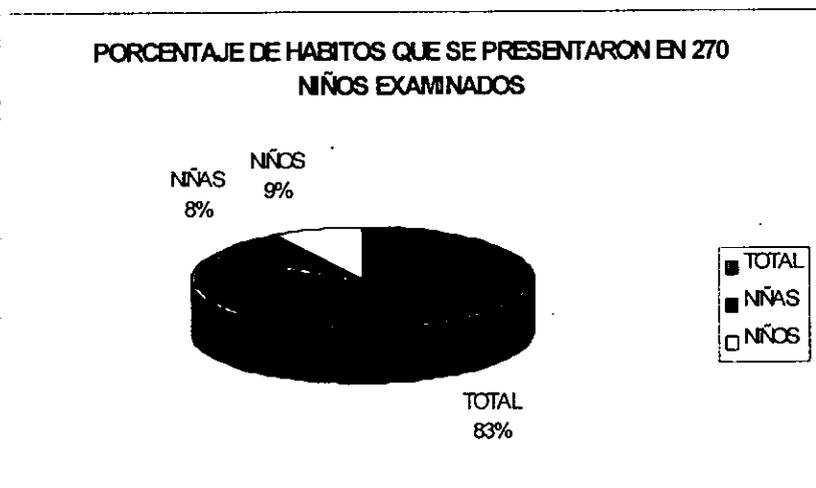
CAPÍTULO VI

REPORTE CLÍNICO

La revisión clínica y de expedientes que se efectuó dentro de la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, fué hecha con la finalidad de registrar los hábitos orales que con mayor frecuencia se presentan en la clínica y cual de los ellos presentó un mayor número de casos, se llevó a cabo con 270 niños, de ambos sexos, que se presentaron a atención dental en el período comprendido del 14 de septiembre de 1998 al 30 de octubre del mismo año. Tomándose a niños entre dos y once años, por ser los que presentan dentición primaria y mixta.

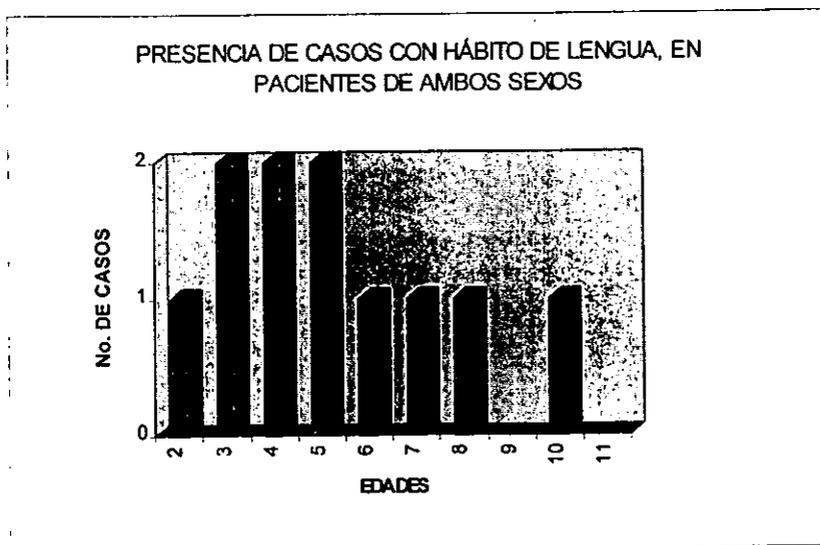
Después de realizar la revisión se obtuvieron los siguientes resultados:

De los 270 niños que se revisaron, 54 niños presentaban algún hábito oral, de los ya mencionados como, hábito de succión digital, hábito de labio, hábito de lengua, hábito de respiración bucal y onicofagia. De los 54 niños, 28 fueron del sexo masculino y 26 del femenino; representando un porcentaje del 17% del total examinado, esto se muestra en la gráfica 1.

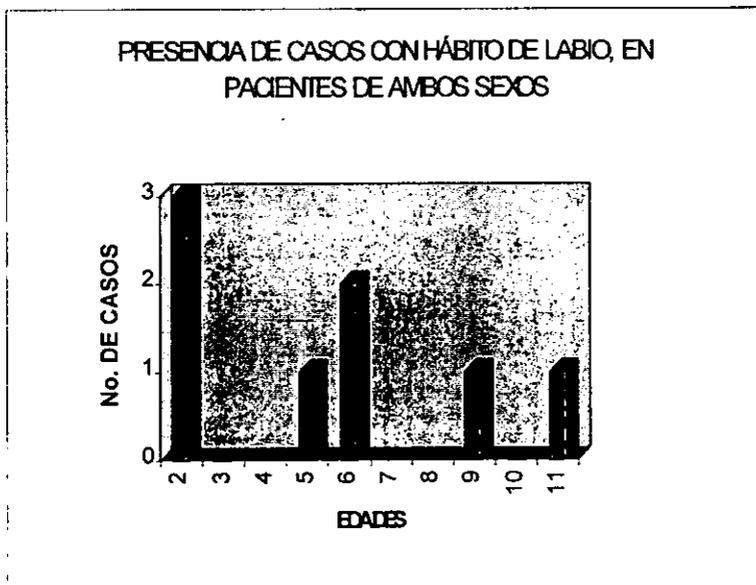


GRÁFICA 1

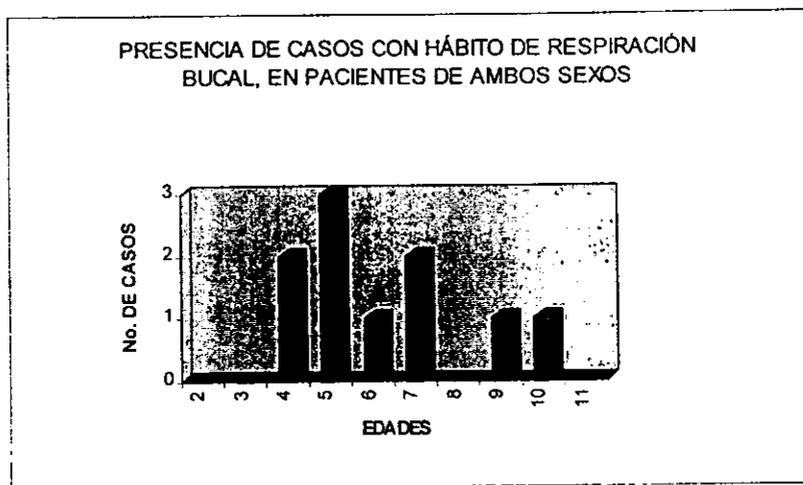
Los resultados por hábitos orales se dan en las siguientes gráficas y se muestra el número de casos con respecto a la edad del paciente.



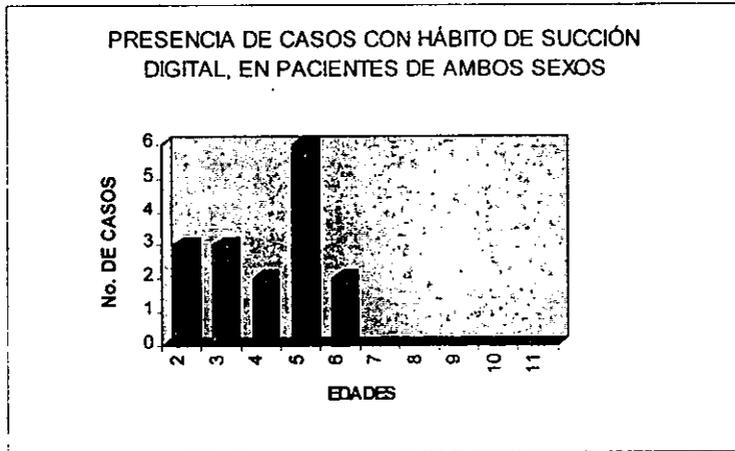
GRÁFICA 2



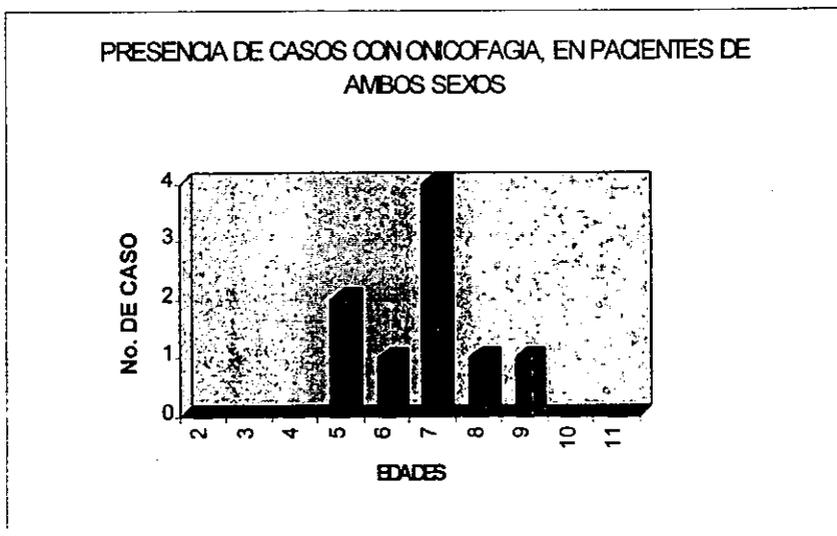
GRÁFICA 3



GRÁFICA 4



GRÁFICA 5



GRÁFICA 6

CONCLUSIONES

De acuerdo a la revisión de pacientes, que se efectuó en la Clínica de Odontopediatría de la F.O. de la U.N.A.M, se encontró que la presencia de hábitos orales es cada día más frecuente, y esto es debido en gran parte, a que los niños reciben menos atención por parte de sus padres en el momento de su alimentación y como es sabido el niño buscará recompensar esa falta de atención con un hábito; el uso de biberones, se hace cada día más indispensable aunado al hecho de que el niño debe ingresar a una guardería a edad muy temprana, resultado de que las madres reanuden sus labores poco tiempo después del parto. Estos factores deben evaluarse para orientar a los padres, desde antes del nacimiento del niño, e inducir a la madre para que amamante al recién nacido durante las primeras semanas ya que el contacto físico y afectivo que tenga con él, serán importantísimos para su desarrollo emocional, porque lo importante no es la cantidad de tiempo que le brinden a sus hijos sino la calidad que se les dé.

Es indiscutible que el índice registrado de hábitos orales se debe considerar al igual que el plan de tratamiento y adecuar éste a las necesidades y características de la población que es atendida en la Clínica, por lo anterior se sugiere que los niños, a los cuales no puede

dárseles el tratamiento en esta clínica porque necesitan de un seguimiento, mismo que no se puede proporcionar, debido a que sólo permanecemos un tiempo en la clínica; sean canalizados a las Clínicas Periféricas de la F.O. y a la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la F.O. de la U.N.A.M.

Por lo tanto debemos considerar que como Cirujanos Dentistas tenemos la responsabilidad de prepararnos, día a día, adecuadamente para poder dar un buen diagnóstico y tratamiento preventivo para los hábitos orales de nuestros pacientes infantiles.

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

BIBLIOGRAFIA:

1. Aguila F. Juan., "Manual de Laboratorio de Ortodoncia", 1ª Edición, Editorial Aguiram S.L., España, 1994.
2. Barber T.K., "Odontología Pediátrica", Editorial El Manual Moderno, México, 1985.
3. Barbería L.E., "Odontopediatría", Editorial Masson, S. A., España, 1995.
4. Cátedra de Odontología Pediátrica, Universidad Central de Venezuela "Conceptos Básicos Odontología Pediátrica", Caracas, Disinlimed C.A., 1996.
5. Febres Carolina, Echeverri A. Elsa, et al., "Parenteral awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle tooth decay", American Academy of Pediatric Dentistry, 1997.
6. Finn S.B., "Odontología Pediátrica", 4ª Edición, Editorial Interamericana, México, 1994.

7. Gomes G. Renaje María, Ajalmar M. Francisco, "Sucking habits: Clinical management in dentistry", The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, Volume 15, Number 3, 1991.
8. Graber T.M., "Aparatología Ortodoncia Removible", 2ª Edición, Editorial Médica Panamericana, Argentina, 1988.
9. Mc Donald R. E., "Odontología para el niño y el adolescente", 4ª Edición, Editorial Panamericana, 1990.
10. McDonald, L. Thumb-sucking. 1998.
<http://www.umanitoba.ca/outreach/wisdomtooth/thum.htm>
<http://www.umanitoba.ca/outreach/wisdomtooth/pacifier.htm>
11. Moyers E. Robert., "Tratado de Ortodoncia" Editorial Interamericana, S. A. 1960
12. Najat M.A. Farsi, Salama S. Fouad, et al., "Sucking habits in Saudi Children: prevalence, contributig, factor and effects on the primary denticion", American Academy of Pediatric Dentistry, 1997.
13. Oulis J. Constantine, Vadiakas P. George, et al., "The effect of hypertrophic adenoids and tonsils on the development of posterior crossbite and oral habits", The Journal of Clinical Pediatric Dentistry,

Volume 18, Number 3, 1994.

14. Pinkham J.R., "Odontología Pediátrica", 2ª Edición, Philadelphia-Pennsylvania, Editorial Panamericana McGraw-Hill, 1994.

15. Proffit R.W., "Ortodoncia Teoría y Práctica", 2ª Edición, 1994.

16. Quirós A. Oscar J., "Manual de Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Interceptiva", 1ª Edición, Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C. A., Colombia, 1993.

17. Zavras A.I., White G.E, et al., "Acoustic rhinometry in the evaluation of children with nasal or oral respiration", The Journal of Clinical Pediatric Dentistry, Volume 18, Number 3, 1994.