

401



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRAMPA PARA HÁBITOS
DE LENGUA Y DEDO.

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

2001

P R E S E N T A:

TESISTA: DIANA OSNAYA GALLEGOS.

DIRECTOR: C.D. JAVIER LAMADRID CONTRERAS.

ASESORES: C.D. MARIO HERNÁNDEZ PÉREZ.
C.D. ARTURO ALVARADO ROSSANO.





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.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS:

Por haberme dado una de las joyas más preciadas que es la vida, porque nunca me abandonó.

Él que se encuentra en cada paso que doy y porque si él, no hubiese querido nunca sería lo hasta hoy he logrado

A MIS PADRES:

Por darme la vida, por apoyarme en mis decisiones, porque siempre están presentes en los momentos difíciles y de gozo, pero sobre todo porque aún permanecen a mi lado hoy puedo darles *GRACIAS* por el gran tesoro y la valiosa fortuna que nunca terminaré de agradecerles y espero que esto sea una de las compensaciones por su gran esfuerzo que hicieron por mí y uno de los resultados que ustedes siempre quisieron ver.

A LA UNIVERSIDAD:

Por haberme brindado todo aquello tan importante, valiosa, hermosa y brillante como lo es, una profesión y una formación, que sin ayuda de los excelentes profesores que aún podemos encontrar, está no sería nuestra "Máxima Casa De Estudios".

A LIC. ALFREDO HERNÁNDEZ NUÑEZ:

A ti que llegaste a mi vida en uno de los momentos más hermosos de mi vida, a ti que siempre me has apoyado y en cada tropiezo me extiendes tu mano para levantarme y seguir luchando, hoy puedo reconocerte uno de los grandes esfuerzos que has hechos para mí.

A LOS PROFESORES:

Agradezco a todos aquellos que de verdad me ayudaron a formarme, que gracias a sus principios, conocimientos y esfuerzos que me han compartido, hoy puedo lograr dar un pequeño paso hacia delante; gracias porque en ellos pude conocer y vivir experiencias de las cuáles aprenderé y porque, al concluir esta meta pude darme cuenta que todavía existe el profesor con una ética profesional y con una gran corazón de aquel ser humano.



ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES PROTOCOLARIOS.....	6
Antecedentes Históricos.....	7

CAPÍTULO I

CONCEPTOS BÁSICOS.

1.1. Definición de oclusión dentaria normal.....	15
1.1.1. Estadios del crecimiento oral.....	16
1.1.2. Llaves de la oclusión.....	22
1.1.3. Oclusión dentaria normal en la dentición temporal.....	28
1.2. Alteraciones del desarrollo y de la función oclusal	
1.2.1. Maloclusión funcional.....	33
1.2.2. Clasificación de las maloclusiones esqueléticas.....	35
1.2.3. Clasificación de Dewey y Anderson.....	38
1.3. Etiología de las maloclusiones.....	39
1.3.1. Hábito.....	41
1.3.1.1. Características de los hábitos.....	41
1.3.1.2. Clasificación general de los hábitos.....	42

CAPÍTULO II

HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.

2.1. Definición.....	45
2.1.1. Aspecto psicológico de la lactancia.....	45
2.1.2. Succión digital normal.....	47
2.1.3. Succión digital no nutritiva.....	48



INTRODUCCIÓN.

La ciencia de la Odontología en la actualidad, demanda una amplia distribución de servicios, a un costo que la mayoría de la sociedad pueda afrontar, dentro del área odontológica que se ocupa de la oclusión nos vamos interesando más por el origen de los padecimientos dentales al igual que en la corrección de estos, además la terapia oclusal trata de organizar técnicas preventivas e interceptivas, investigar y relacionar causas desde una edad temprana; debido a las condiciones nutricionales, ambientales, entre otras, en las que se encuentra la futura madre, estas tienen una gran relación con el desarrollo y crecimiento del bebé, que va desde el período intrauterino hasta después de su nacimiento.

Gran parte de las mujeres, no se interesan por obtener información acerca de los cuidados que deben mantener antes, durante y después de su embarazo para lograr procrear seres sanos y bien desarrollados en casi todos los aspectos (emocional, psicológico, intelectual, entre otros), además conocer acerca de los efectos perniciosos que pueden provocar hábitos que adoptan, inconscientemente, en los cuales refugian sus miedos o traumas, que en la mayoría de los casos se debe a la relación familiar en la que se encuentra.

Hoy día existe un gran acervo documental sobre los temas más importantes para formar y conocer a un niño, debido a los problemas emocionales, psicológicos y sociales que existen dentro de la familia, muchos de los niños pequeños en casa y en porcentajes menores los adultos, llegan a crear y mantener ciertos hábitos que sólo provocan un crecimiento anormal, pero en algunos casos son utilizados como un desahogo emocional o como un estímulo afectivo que les proporciona confianza en sí mismos.



Cabe mencionar que en algunos casos los especialistas de la ciencia odontológica, olvidan o desconocen los efectos dentales y esquelétales que pueden presentarse a causa de los hábitos bucales adquiridos y no son tratados adecuadamente en el momento en que son detectados.

En el presente trabajo se señalan algunos factores locales, efectos que producen y alternativas para el tratamiento Interceptivo y correctivo de los hábitos bucales que se presenta con mayor frecuencia como son:

Hábito de lengua.

Hábito de dedo.

Hábito de labio.

Estos hábitos llegan a interferir en el patrón de crecimiento facial regular, porque son adoptados por falta de seguridad o efectuados inconscientemente; es por eso que deben ser reconocidos y diferenciados de los actos normales que juegan un papel en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal, pero también pueden llegar a producir grandes problemas de maloclusiones dentales, crecimiento óseo impedido, problemas en la dicción, desequilibrio muscular y hasta llegar a causar problemas psicológicos.

En los últimos años la práctica de los hábitos bucales se ha ido aumentando considerablemente, y por lo general se cree que estos hábitos son malas costumbres que el niño ha adquirido e incluso los mantiene hasta otras etapas de la vida sin pensar que estos problemas tengan motivos y causas reales.

Los hábitos que desarrolla el niño, así como las alteraciones de conducta son el resultado de un ambiente que se torna adverso para su desarrollo, es su sentir y malestar en contra de lo que le rodea.



El verdadero origen esta dado definitivamente en frustraciones, prisas, conflictos, desacuerdos y falta de atención hacia el niño desde una etapa muy temprana.

Gran parte de los especialistas en ortodoncia le dan mayor interés a la ortodoncia correctiva que a la ortodoncia interceptiva. Por esto, el Odontólogo de práctica General debe aprender a reconocer e interceptar problemas bucales que presenta un niño a corta edad y así mismo buscar su origen, pero en algunos casos tendrá que consultar o escuchar opiniones de especialistas como son el pediatra, foniatra, psicólogo y ortodoncista debido a que ellos estudian y conocen más acerca de la conducta del niño y así mismo poder llegar a un plan de tratamiento oportuno y de manera adecuada.



Antecedentes protocolarios.

Planteamiento del problema: Debido a la deficiencia en el manejo y/o conocimientos acerca de las alteraciones que pueden llegar a provocar algunos de los hábitos bucales, se tiene un alto porcentaje de casos con maloclusiones.

Justificación: Dentro de la ciencia odontológica mucho se dice y se conoce acerca de los hábitos bucales, pero son pocos los dentistas y en menor cantidad, los que le dan importancia; ya que se presentan una gran cantidad de maloclusiones por la constante actividad nociva contra los tejidos bucales que el niño realiza al ejercer ciertas presiones (hábitos bucales perniciosos, succión digital y protrusión lingual), que si son identificados y eliminados a tiempo, estos podrán ser posteriormente rehabilitados.

Hipótesis: Si el cirujano dentista, así como el egresado reconoce y maneja la gran problemática que existe acerca de los hábitos bucales, podrán diagnosticar, prevenir e interceptarlo en el momento que sea identificado y con esto evitar la instauración de futuras maloclusiones.

Objetivo general: Con esta tesina pretendemos recordar e identificar los factores que intervienen en la instauración de maloclusiones producidas por los hábitos de succión digital y protrusión lingual.



Objetivos particulares:

- ❖ Crear un documento de consulta y apoyo para el alumno de odontología a nivel licenciatura.
- ❖ Facilitar al alumno, la elaboración de una trampa para hábitos de dedo y lengua, removible y fija, mostrando paso a paso su metodología.
- ❖ Prevenir alteraciones en el crecimiento óseo y maloclusiones dentales producidas por malos hábitos bucales, succión digital y protrusión lingual.

Antecedentes históricos.

Después de haber realizado una investigación exhaustiva, sobre las aportaciones más históricas y relevantes que se pudieron haber escrito acerca de los hábitos bucales perniciosos y sus tratamientos que emplearon se concluye que no fue hasta el año de 1899 y 1900 cuando la Ortodoncia marca un nuevo rumbo en el desarrollo y la evolución científica gracias al Dr. Edward Hartley Angle al marcarla como la primera especialidad odontológica.

Durante varios años se siguieron investigando las causas de las maloclusiones dentales, las cuales ampliaron su panorama al relacionar las causas desde una etapa muy temprana del paciente, ya que los primeros datos encontrados sobre los hábitos bucales datan desde esta época en los escritos de Angle, mencionando que el hábito de succión digital y protrusión lingual son frecuentemente adoptados por niños, los cuales traen como consecuencia el desplazamiento de los dientes temporales, y que pueden persistir hasta la dentición permanente, desencadenar maloclusiones en la zona anterior de la maxila. ¹



Las condiciones más frecuentes donde se presentan éstos hábitos, son en pacientes que presentan una oclusión clase II división 1 y los resultados que se obtienen son: respirador bucal, hábito de succión labial y una condición psicológica alterada; en algunos casos presentan una obstrucción nasal, inclinación lingual en dientes inferiores, resequedad en la mucosa e infraposición de los molares. ¹

Posteriormente, William en 1923 describe el acto de realizar un hábito bucal pernicioso como una descarga emocional del infante; es por esto que Borton durante 1930 con la idea, de que la maloclusión tiene un origen desde los primeros años de vida menciona que el dedo pulgar es otra causa más. Durante 1936 Samuel Lewis estudia sobre la corrección el hábito típico de la succión del pulgar y prácticamente en la mayoría de los casos el niño cuenta con 4 años de edad, el cual se interrumpe al durante su crecimiento. En el mismo año Gustav Korkhaus asegura que los hábitos de succión del pulgar, labios y lengua son adoptados por la alimentación mediante el uso de biberones en los bebés y además son influenciados por una cierta excitación, fatiga y posición adaptada durante el sueño.

De acuerdo con esto, afirma Magda Haas en 1937, que la gran variedad de las maloclusiones son causa del hábito de succión del pulgar y Lelland Jonson habla sobre el hábito de la succión labial como una variación o sustituto de la succión digital, describe las formas más comunes para adoptar ese hábito, como es el acto de humedecer constantemente el labio con la lengua, colocando el labio inferior en la parte interna y más posterior de la lengua y deslizándolo con una fuerza excesiva sobre el borde incisal de los dientes inferiores.



En el año de 1938 Harvey Stallard realiza un estudio sobre el hábito bucal y concluye que del 15 al 20% de las maloclusiones significativas son fructiferadas por los hábitos y por los defectos posturales durante el sueño. Estima que el 90% de los niños adoptan una postura durante el primer año de vida, el 75% durante el 2º y 3er año, el 64% después de los 4 años y del 40 al 50% pasan de los 12 años.

En el mismo año Earl W. Swinehart 1938, llama la atención sobre la estrecha relación que existe entre los fenómenos anormales nerviosos y psicológicos con el hábito de succión del dedo, menciona que los niños que lo hacen suelen ser considerados como difíciles, apoya la idea de que la presión digital como un hábito, causa una depresión permanente sobre el paladar y es consecuencia de graves distorsiones sobre el maxilar y huesos de la misma zona. Dice que el espacio nasal es un resultado por la contracción de las arcadas; en estos niños se encontraron también disturbios nerviosos y mentales, tics, retraso en el crecimiento, insomnio, falta de apetito, irritable, falta de concentración e insocial.

Enlista 3 causas que provocan formas anormales de las arcadas dentales superiores causadas por la presión ejercida durante el hábito de succión del pulgar: 1. Arcada dental por presión digital (Fig. 1-A), 2. Arcada dental angosta por la contracción continua del carrillo (Fig. 1-B) y 3. presión digital anormal sobre el paladar (Fig. 1-C). Menciona que los factores que contribuyen con el hábito son la intensidad, raquitismo, retrusión de la mandíbula y alimentación por biberones. ²



Fig. 1. Alteraciones palatinas. ²

Para los casos en los que no resultaban métodos inhibidores de hábitos, Morgan ³, recomienda un aparato que se fija en los segundos molares temporales mediante una banda colocada a cada molar, separada un poco de la mucosa y dirigida hacia mesial (Fig. 2), se retira después de 2 ó 3 meses y le daba buen resultado.

Otro tratamiento que propone Swinwhart (1938), consiste en desviar la dirección donde aplica el dedo pulgar para interferir entre él y el paladar, pero para lograr esto, al igual que Teusher ², construye unas coronas para los molares temporales y así elaborar un aparato parecido al de Morgan.

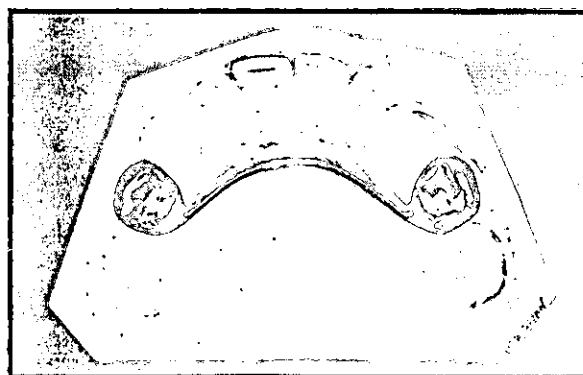


Fig. 2 New Yorck. ³



Para los años de 1940 Haas y Syllman concluyen que los niños alimentados por el pecho materno después de los 2 años de edad, provocan el hábito de succión digital aumentando su frecuencia durante el sueño, pero aseguran que decrece cuando el niño aumenta su edad. En 1941 surge Chapte mencionando que es una influencia la posición prenatal y uterina para que se realicen estos hábitos.

Davis durante 1948 defiende el acto de la lactancia materna como ayuda para el crecimiento mandibular, debido al acto de succión y a la fuerza que se emplea. Un año después, 1955 surge, Walter McBride, mencionando en su tratado de Odontopediatría, que todos los hábitos viciosos que intervienen en el desarrollo bucal, el de succionar el pulgar que es el más generalizado y el más fácil de descubrir, tiene como consecuencia un desplazamiento labial de los dientes superiores y hacia lingual los dientes inferiores. Cree que sí además del pulgar entran otros dedos a la boca, se presentan alteraciones en relación de los segmentos laterales de las arcadas dentales.

Dentro de los escritos de Sydney B. Finn en 1957, hace mención acerca de los hábitos bucales, y los describe como una fuente de ansiedad, entre ellos pueden encontrarse: las costumbres de succionarse el pulgar, interponer la lengua entre las arcadas, morderse la uñas, la respiración bucal y los hábitos de posición.

En general, la mayoría de estos hábitos perniciosos pasan inadvertidos para los padres que contemplan su persistencia en el niño. Dice que el infante aprende pronto que este hábito de succión es el que proporciona el alimento y la consiguiente sensación placentera de sentir el estomago saciado y un deseo de dormir.⁴



Surge Moyers en 1971, con la idea de que la succión del pulgar es usado para aprender hábitos bucales de succión forzada y repetida, ejerciendo una presión labial y depresora sobre los dientes incisivos inferiores, apoyando esta idea Salzman en 1974 cree que el efecto del hábito depende de la frecuencia y la duración con la que se realiza, además menciona que la presión del hábito interfiere en el crecimiento y la función normal de la boca, provocado por una protrusión lingual y hábitos labiales, los cuales se pueden combatir colocando sustancias sobre el dedo y así evitar efectos anormales sobre la anatomía facial, psicológica, estética y fonética, conjugando esto con la modificación de la conducta, función y posición normal de la lengua.

Concluyendo con esta aportación dice Salzman que el hábito de succión del pulgar es adoptado por niños de entre 1 y 5 años de edad con dificultades en su conducta.⁷

Dentro de las últimas aportaciones sobre el tema, se encuentra la opinión de Canut en 1992, la cual afirma que la succión digital, la interposición lingual y el chupeteo modifican la posición de los dientes y la forma de las arcadas.⁶

El hábito de succionarse el dedo determina problemas nerviosos definidos en los niños, y cuando la práctica de esa costumbre es interrumpida la nerviosidad se reduce o desaparece; todo esto fue apoyado con dispositivos mecánicos como fueron: Dentos-sleeper de mangas cerradas, guanteletes como el Hand-i-hold, de aluminio (Fig. 3), protectores del pulgar de tela engomada, tubos de correa neumática, férulas para el codo e imposibilitar la flexión del brazo, protectores para el brazo "Preven-ta-habit", puños y mangas de paño (Fig. 4), pinzas para el pulgar, aplicación de mercurocromo o líquidos de sabor desagradable, protector de alambre para el pulgar (Fig.5,6 y 7).⁴

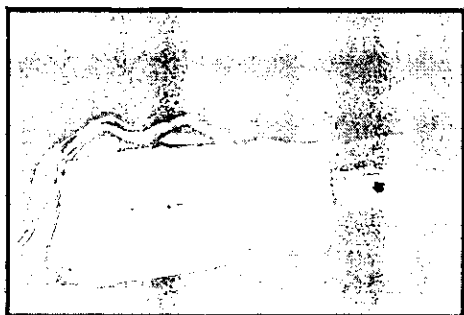


Fig.3 Hand-i-hold. ⁴

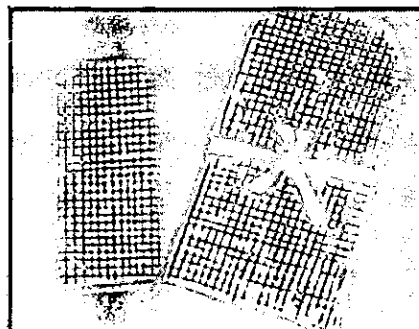


Fig.4 Guantelete de paño ⁴

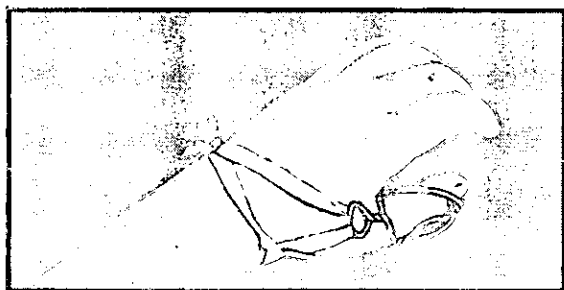


Fig. 5 Lockland, Ohio. ⁴

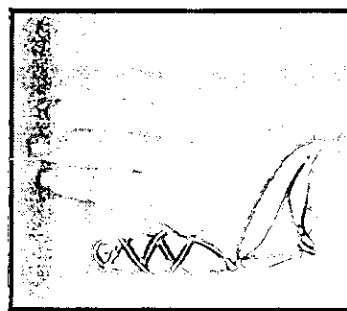


Fig. 6 New Haven Conn. ⁴



Fig. 7 New Yorck. ⁴



Otro remedio curioso fue aconsejado para niños de 4 a 5 años que consiste en apartar al niño en los momentos de mayor interés (durante el juego), obligándolo a permanecer de pie por 10min frente a un espejo mientras succionaba su dedo, lo cual demostró gran eficacia.

Rhobotham ², utiliza vulcanita en forma de botón colocado al centro del paladar, el cual desprende una sabor picante y así establecer una posición normal de la lengua.(Fig.8)

Finalmente, para eliminar el hábito lingual, diseñaron trampas linguales en forma de criba, que posteriormente deberá ser soldada a unas bandas colocadas en los molares (Fig. 9) dando así mayor retención y siendo más eficaz para eliminar el hábito en un período muy corto. Este último dispositivo corrector del hábito bucal pernicioso es semejante al que actualmente se maneja.

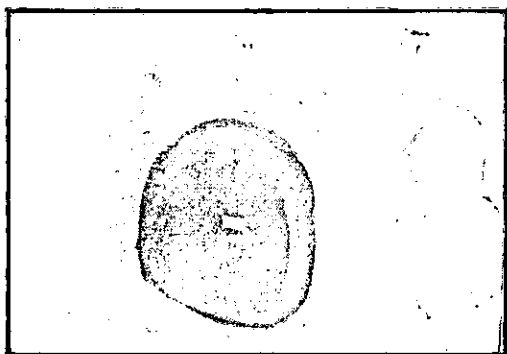


Fig. 8 Botón de vulcanita. ²



Fig. 9 Criba lingual. ²



CAPÍTULO I

CONCEPTOS BÁSICOS.

1.1 Oclusión dentaria normal.

Para aprender a formular un diagnóstico bucal e identificar cualquier tipo de maloclusión, lo primero que debemos saber y reconocer, son las características de una oclusión dentaria normal, así como el funcionamiento, el mantenimiento y las causas que pueden lograr un desequilibrio en la armonía dental.

La oclusión dentaria normal, se define como un complejo estructural (dientes, ligamentos, huesos y músculos), constituido fundamentalmente por dientes y procesos óseos (maxila y mandíbula), caracterizada por una relación normal de los planos inclinados oclusales de los dientes, situados individualmente en conjunto y en armonía arquitectónica con sus huesos basilares y con la anatomía craneal, que presenta contactos proximales y posiciones axiales correctas, además se acompaña con crecimiento, desarrollo, posición y correlación normales de todos los tejidos y estructuras circundantes. Es de carácter hereditario dominante, establecido entre los caracteres cromosómicos de la raza humana y realizada como resultado de los procesos evolutivos.¹

Es una disposición de los dientes entre sí, con respecto a la cara y el cráneo que resulte estéticamente aceptable para el paciente y que no interfiera en la salud y el funcionamiento de la masticación.⁶



Los tratamientos realizados dentro de la Ortodoncia, tienen como principal finalidad, corregir maloclusiones de la dentición permanente basadas en la clasificación de Angle.⁵

Moyers,⁶ Salzmann,⁷ y otros, formularon una clasificación para la terapia oclusal que le permita reconocer las desviaciones de lo normal y conducir a una terapia a los problemas incipientes. Para llevar acabo esto dividió el desarrollo de la dentición permanente en seis estadios del crecimiento oral. Todo esto es con el objetivo de establecer un diagnóstico y el tratamiento.⁸ \

1.1.1. Descripción de los estadios del crecimiento oral.

El desarrollo de la cavidad oral ha sido analizado desde el momento de la concepción hasta la senilidad. Los estadios son de gran importancia práctica para que la terapia oclusal pueda producir y mantener una oclusión aceptable a lo largo de su desarrollo, mientras que la relación entre las edades y las secuencias difieren mucho en los casos individuales, las entidades anatómicas son la base de la oclusión.

Estadio 1.

La dentición temporal completa, es poco considerada por ser dientes temporales, pero es de gran importancia, ya que las mordidas cruzadas de esa dentición pueden producir mordidas cruzadas en la dentición permanente. Las mordidas abiertas indican hábitos de presión indeseable, que si no se corrigen a tiempo, son capaces de desfigurar la dentición permanente.



Los planos terminales de los segundos molares primarios, son la guía de los primeros molares permanentes hasta su posición.

El espacio que ocupan los dientes incisivos, será llenado por los permanentes, pero en la mayoría de los casos hay problemas debido a que estos últimos son de mayor tamaño y el espacio necesario es menor. (Fig. 10)

Lundström⁹ indicó que el segmento anterior se agranda de 1.5 a 2mm desde las caras distales de los caninos durante el cambio de la dentición temporal a la permanente, pero esta discrepancia entre el espacio disponible y los anchos mesiodistales de los dientes es mayor que la tolerada por el aumento en el tamaño del arco. Esto origina dientes apiñados en forma irregular. Además, el ensanchamiento de la arcada puede ser causa del movimiento de los caninos permanentes hacia el espacio distal de los caninos primarios. Si el ensanchamiento se deja sin darle un tratamiento pueden erupcionar dientes rotados, lingualizados, vestibularizados y otros simplemente no erupcionan. Cuando los dientes anteriores superiores erupcionan en una labioversión excesiva, el labio inferior puede quedar atrapado debajo de las caras palatinas de estos e iniciar un hábito de presión indeseable.⁸

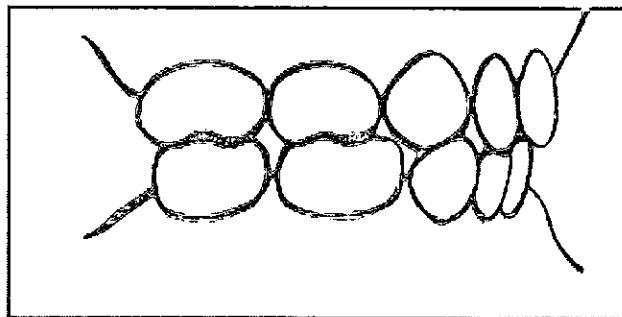


Fig. 10 Estadío 1 esta completo a los 3 años de edad sin alteraciones en el desarrollo oclusal⁸



Estadio 2.

Esta indicado por los primeros molares permanentes que aparecen aproximadamente a los 6 años de edad, no siempre respetan el orden de erupción, lo ideal sería que aparecieran antes que los dientes incisivos inferiores, pero no siempre se respeta el orden. A esta edad se puede predecir el desarrollo de una maloclusión clase II de Angle, debido a la oclusión de los primeros molares permanentes. La pérdida prematura de los segundos molares temporales, permite que los primeros molares permanentes migren hacia mesial y para tal caso deberán ser colocados mantenedores de espacio.⁸

A causa de que la circunferencia del arco dentario desde un primer molar permanente hasta su homónimo se acorta durante el recambio de dentición, la posición de los primeros molares permanentes es crítica en los casos de discrepancia entre el tamaño de los dientes y la longitud del arco. (Fig. 11)

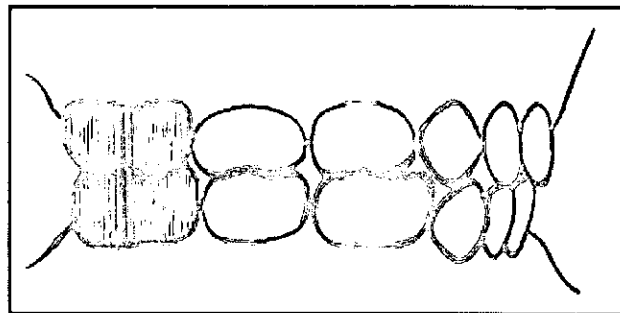


Fig. 11 Aparición de los primeros molares, aproximadamente a los 6 años de edad.⁸



Estadio 4.

Se forma con la erupción de los premolares y los caninos permanentes que por lo general se producen entre los 9 y 11 años y en algunos casos hasta los 13 años de edad. Este estadio se refiere básicamente a la dimensión mesiodistal de los premolares y los caninos permanentes, si existe un espacio adecuado no se indica tratamiento. Cuando el estadio 4 es completado satisfactoriamente, la erupción de los dientes restantes sucede en los dos estadios siguientes sin dificultades. (Fig. 13)

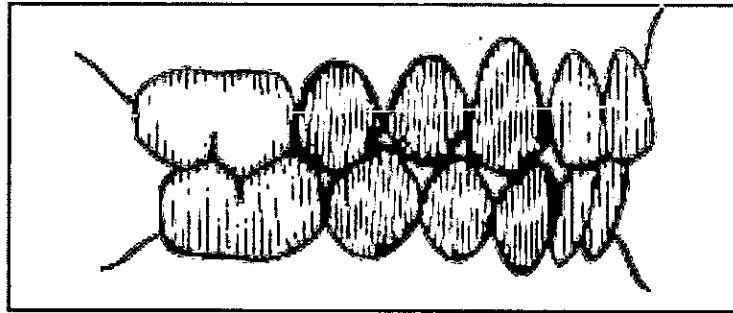


Fig. 13 Erupción de premolares y caninos entre los 9 y 11 años de edad.⁸

Estadio 5.

Estudia la erupción de los 4 segundos molares permanentes, lo que ocurre entre los 10 y 14 años; las irregularidades no corregidas en los estadios anteriores imponen la implantación de un tratamiento Ortodóntico entre los 15 y 20 años.



Las irregularidades más comunes en la erupción de los segundos molares permanentes son la vestibuloversión de clase III por una relación de borde en los dientes inferiores produciendo mordidas cruzadas. (Fig. 14)

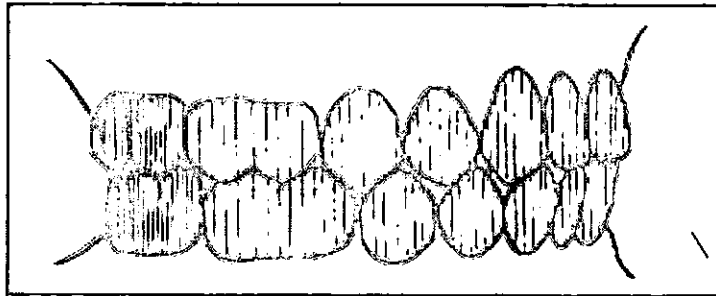


Fig. 14 Estadio 5, Erupción de los segundos premolares. ¹⁰

Estadio 6.

Comprende la erupción de los cuatro terceros molares, colocados entre los 16 y 25 años de edad promedio; Aunque la retención y erupción ectópica se tratan con cirugía, estos problemas pueden relacionarse y poderse evitar con los estadios anteriores de crecimiento o con su tratamiento. ¹⁰

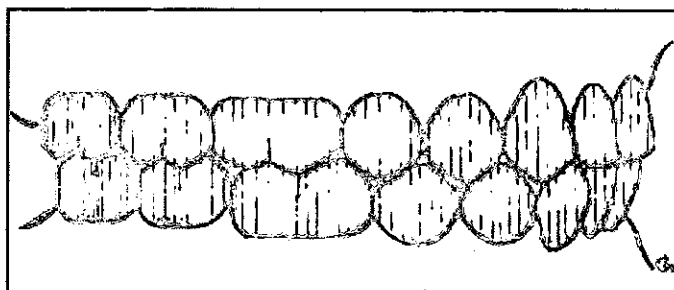


Fig. 15 Estadio 6, erupción de los terceros molares. ⁷



1.1.1. Llaves de la oclusión.

Es de gran importancia para el estudio de la oclusión funcional ampliar o mejorar la clasificación de Angle. Es entonces, cuando en la década de los 70 Andrews realizó un análisis de la morfología de las coronas de los dientes y formuló nuevos patrones para el estudio y clasificación de la oclusión funcional óptima, de allí se derivan las llamadas "seis llaves de la oclusión de Andrews".¹⁰

El sistema de diagnóstico propuesto por Andrews está fundamentado en el eje longitudinal de la corona y en el plano oclusal, los cuales pueden ser medidos sobre modelos anatómicos de yeso, sin requerir otros medios de diagnóstico complementarios, los cuales pueden no tenerse a la mano en determinado tiempo.

Primera llave de la oclusión, Relación entre molares.

Son los primeros molares superiores, debido a que:

- ❖ Son los primeros dientes permanentes que se forman y erupcionan.
- ❖ Son los dientes permanentes más grandes.
- ❖ Aparecen en la boca sin la presencia de un diente antecesor.
- ❖ Son la guía para la posición correcta por ser las bases de las arcadas.
- ❖ Según el Dr. Angle, es un punto de referencia notablemente en la anatomía cráneo-facial y además ocupan la posición más correcta que los inferiores ⁷ (Fig. 16 A y B)



- ❖ La cúspide del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior entre las cúspides mesiovestibular y distovestibular inferiores.
- ❖ Las cúspides mesiolinguales del primer molar superior ocluyen en la fosa central del primer molar inferior.
- ❖ La corona del primer molar superior debe ser angulado de manera que el borde distal del reborde marginal ocluya con la superficie mesial del segundo molar inferior.¹⁰

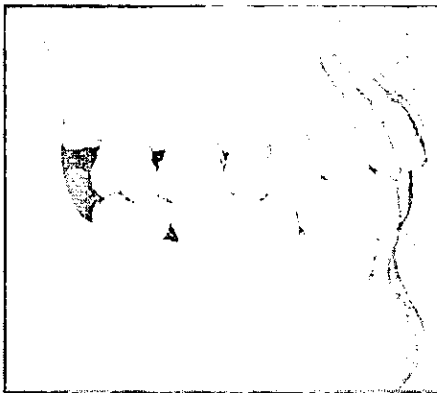


Fig. 16-A Oclusión normal, en relación craneal.¹⁰

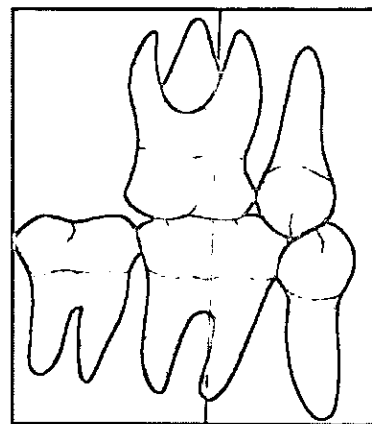


Fig. 16-B. Oclusión normal con relación de clase I molar.¹⁰



Segunda llave de la oclusión, angulación mesiodistal de la corona.

- ❖ La porción gingival del eje longitudinal de la corona deberá ubicarse ligeramente distal a la porción oclusal del eje longitudinal de la corona. (Fig. 17-A.)
- ❖ Para obtener el eje longitudinal de la corona, se marca el centro del eje longitudinal clínico de la corona, se unen con un plano horizontal de referencia (plano de Andrews) y por último se traza una perpendicular al plano horizontal (plano de referencia vertical) (Fig. 17-B)

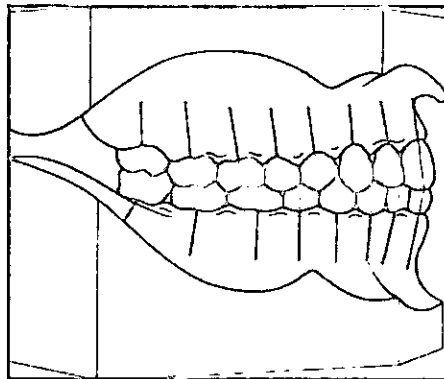


Fig. 17-A Diagrama de la angulación mesiodistal de los dientes en una oclusión normal. ¹¹

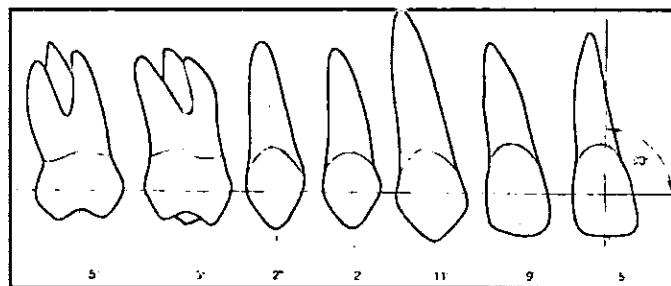


Fig. 17-B Angulación mesiodistal de la corona. ¹¹



Tercera llave de la oclusión, inclinación labiolingual de la corona.

Esta llave esta constituida por el ángulo formado entre las tangentes, la superficie más labial del centro de las coronas de los dientes y las perpendiculares al plano oclusal. Cuando la corona esta inclinada hacia lingual sobre el nivel gingival el valor será positivo, en los demás casos será negativo.¹⁰ (Fig. 18 A y B)

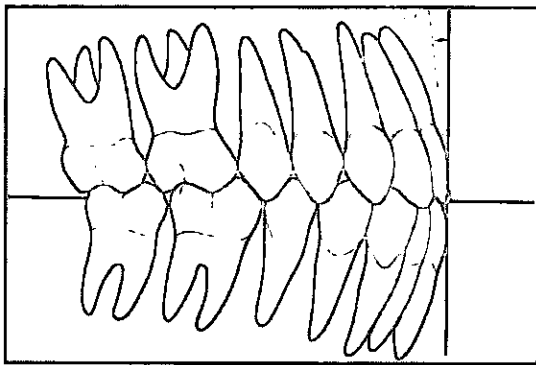


Fig. 18-A. Diagrama de la inclinación labiolingual de las coronas.¹¹

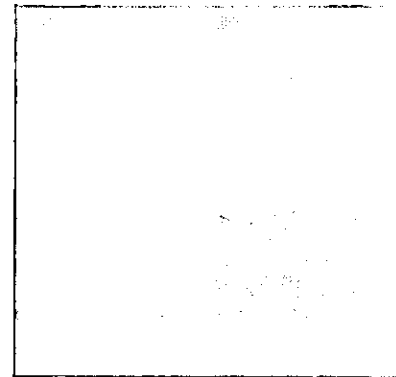


Fig. 18-B. Posición labiolingual de los dientes anteriores.¹¹

Cuarta llave de la oclusión, rotación dental.

Para que exista una optima oclusión dental no deberán estar presentes dientes rotados, en la mayoría de los casos se trata de un premolar o molar, ya que ocupa más espacio de lo normal y sucede lo contrario de los incisivos en los cuáles hay pérdida de espacio.¹⁰ (Fig. 19)

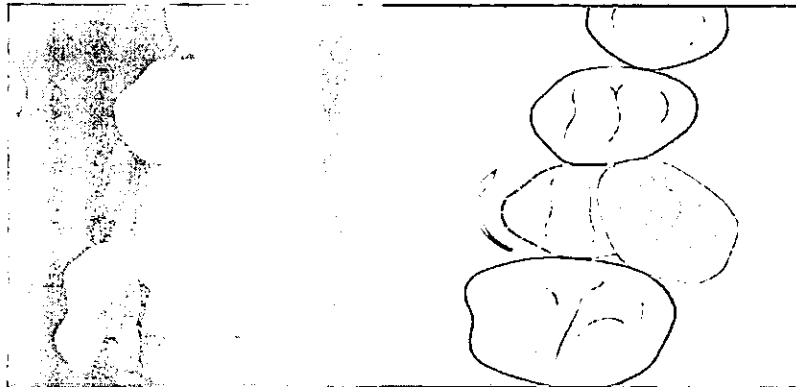


Fig.19 Rotación del segundo premolar superior. ¹¹

Quinta llave de la oclusión, diastemas.

La presencia de los diastemas puede ocasionar problemas en la oclusión, pero en algunos casos son espacios compensatorios a discrepancias en el ancho mesiodistal de los dientes anteriores, en mayor porcentaje los superiores.

(Fig. 20)

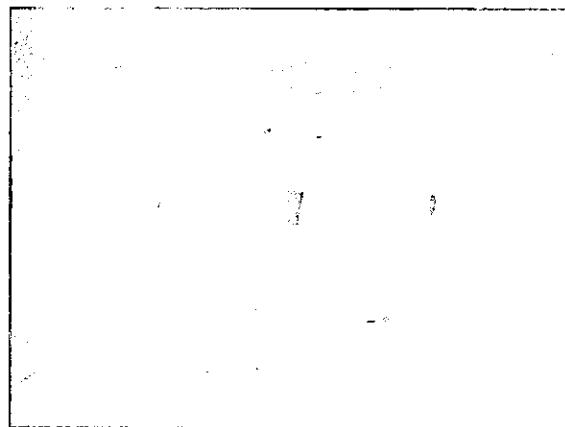


Fig. 20. Presencia de diastemas entre los dientes superiores anteriores. ¹¹



Sexta llave de la oclusión, curva de Spee.

- ❖ Una curva de Spee marcada, trae como consecuencia una falta de espacio para los dientes superiores, los cuales son desviados en los planos mesiodistales impidiendo a correcta relación intercuspídea. (Fig. 21-a)
- ❖ Una oclusión normal se caracteriza por un plano de oclusión horizontal. (Fig. 21-b)
- ❖ La curva de Spee invertida trae como consecuencia un excesivo espacio en la maxila e impide una oclusión normal.⁹ (Fig. 21-c)

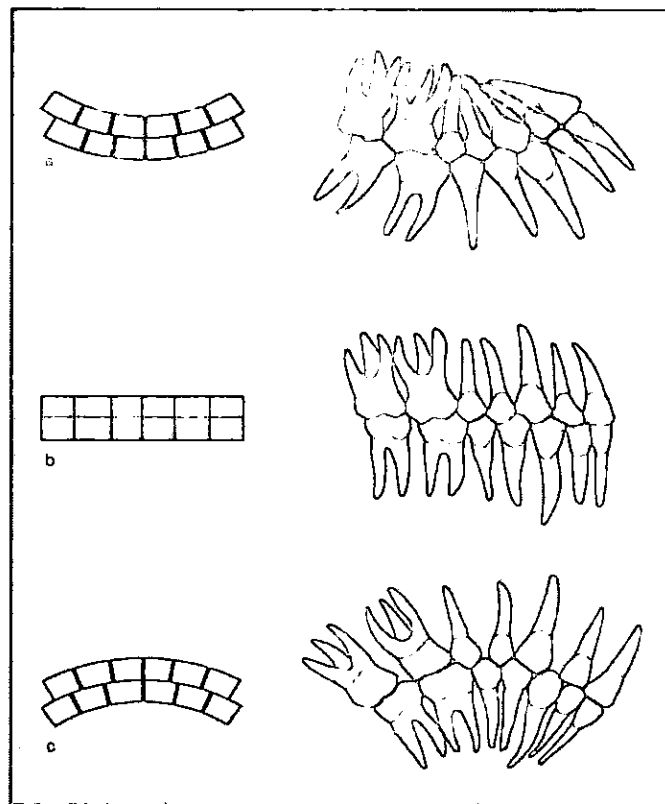


Fig. 21. Curvas de Spee, en orden descendente, marcada, normal e invertida.¹¹



1.1.3. Oclusión normal en dentición temporal.

El período ideal para el tratamiento de malposiciones dentarias y falta de crecimiento maxilar o mandibular, es durante la época que muchos de los dientes temporales están todavía *in situ*. El conocimiento completo de los períodos de vida infantil es indispensable, con el fin de poder diagnosticar desviaciones para dar un tratamiento preventivo.

Los dientes temporales son 20, están dispuestos 10 en la maxila y 10 en la mandíbula, la primera es más grande y sobrepasa a la mandíbula en la parte anterior. La sobremordida anterior es excesiva antes de la erupción de los molares y tiende a decrecer al avanzar en edad y llegar los molares a su correcta altura vertical. ⁵ (Fig. 22)

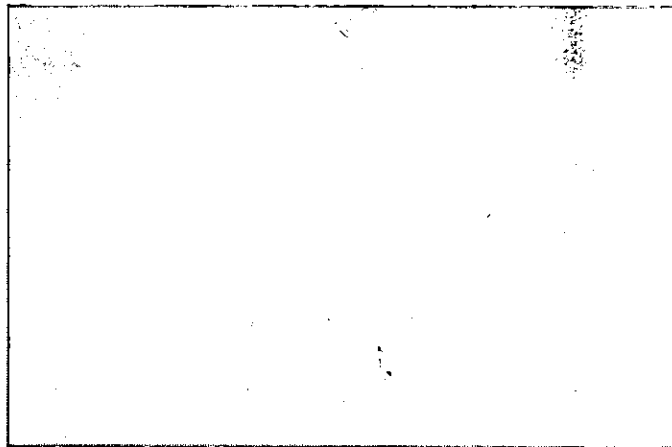


Fig. 22 Dentición normal temporal, niño de 5 años de edad con las características típicas del sistema masticatorio. ¹¹



La oclusión temporal es la base fundamental mediante la cual se construye la dentición permanente, pero una de las principales preocupaciones por el Odontólogo, es saber reconocer las causas que provocan desviaciones en el desarrollo de la oclusión permanente.

La erupción del primer diente primario inicia cerca de los 6 meses después de nacido, y todos los dientes temporales erupcionan entre los 2 ½ años de edad, cuando entran los segundos molares, pero a esta edad sus raíces no están completas, por lo que se considera el establecimiento de la dentición temporal a los tres años de edad y cerca de los 6 años inicia la dentición mixta con la erupción del primer molar permanente.¹²

1.1.3.1. Espacios en la dentición temporal.

Es común encontrar espacios fisiológicos en la dentición primaria, siendo los más comunes los que se localizan entre la cara mesial del canino superior y distal del canino inferior, llamándolos espacios primates.¹² (Fig. 23)

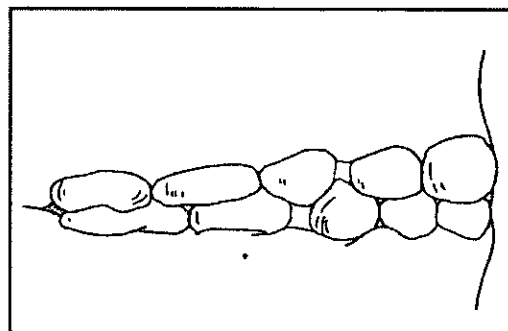


Fig. 23 Espacios primates entre lateral y canino superior y canino y primer molar primario inferior.¹²



Los espacios de desarrollo o fisiológicos son importantes durante el desarrollo normal de la dentición permanente, ya que es la suma de espacio disponible que no cambia.

1.1.3.2. Incisivos temporales.

La oclusión normal temporal tiene que ser analizada con la maxila y la mandíbula en relación céntrica. La relación de sobremordida se aplica también a esta dentición temporal, debido a que en la neutroclusión normal la mandíbula crece hacia abajo y adelante, y decrece hasta completarse la dentición adulta. (Fig. 24)

Mesiodistalmente, los incisivos temporales más los espacios primates deben sumar aproximadamente 30mm en la maxila y 22mm en la mandíbula +/- 2mm, según el Dr. Black y Griewe⁷. Los incisivos permanentes tienen que ocupar los espacios intercaninos temporales, pero es posible que estos se muevan hacia distal si encuentran espacio.

A través del tiempo muchos pacientes resultan tener incisivos permanentes más grandes que el espacio presente y se observó que la longitud del arco dentario se mantiene constante, no hay aumento significativo en la dentición temporal. A pesar de ello, los incisivos permanentes manifiestan mayor inclinación axial hacia vestibular que los temporales.

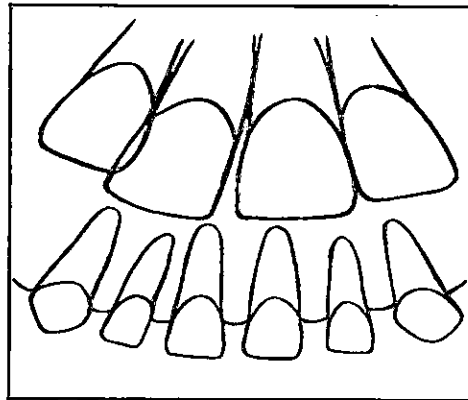


Fig. 24 Diferencia del ancho mesiodistal de los incisivos.⁸

1.1.3.3. Caninos temporales.

Como en el caso de los caninos permanentes, el eje mayor de los caninos primarios superiores se encuentra hacia distal de los inferiores.

1.1.3.4. Relación oclusal de molares temporales.

La relación de los planos terminales de los segundos molares temporales superiores e inferiores son de gran importancia en el desarrollo de la dentición permanente; estos planos guían la erupción de los primeros molares permanentes. La relación de la superficie distal de los segundos molares superiores e inferiores es uno de los factores de gran importancia que influyen en la segunda dentición, esta relación se llama "plano terminal" y puede clasificarse en tres tipos: ¹² (Fig. 25)

1. Vertical o recto: la cara distal de los segundos molares primarios superiores e inferiores están situadas en el mismo plano.



2. Escalón mesial, la cara distal del molar inferior esta más hacia mesial que el superior.
3. Escalón distal, la superficie distal de los molares inferiores es más hacia distal que los superiores.

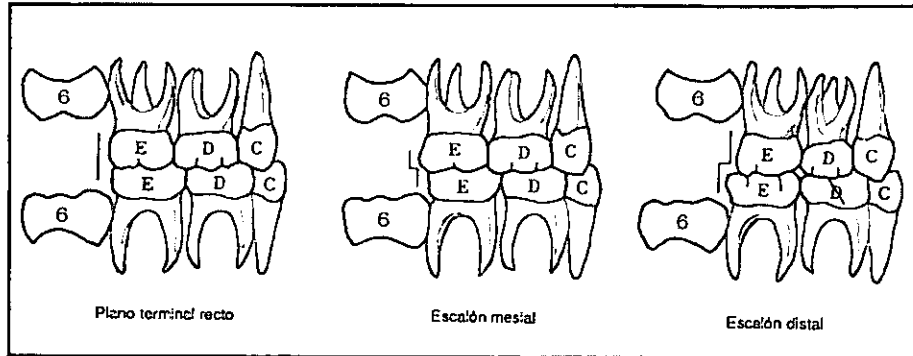


Fig. 25 Los tres tipos de planos terminales.¹²

Según Moyers ⁶, el espacio libre promedio en la mandíbula era de 3.1mm, es por ello que durante la erupción de los primeros molares permanentes existe una relación cúspide, después los molares inferiores temporales migraran hacia mesial 1.8mm más que los superiores para que el primer molar inferior permanente se desplace más hacia mesial que el primer molar superior, al exfoliarse los segundos molares primarios; y en una oclusión normal de la dentición temporal, el plano terminal de los segundos molares primarios es de forma recta.¹²

1.1.3.5. Etapa del patito feo.

Los niños tienden a parecer diferentes en el momento del recambio de los incisivos permanentes ya que son mas grandes que los temporales y su eje longitudinal se encuentra abierto en forma de "V" inversa.



Además el color es blanco y los temporales tienden a ser amarillos. Normalmente se enderezan gradualmente con la erupción de los incisivos laterales y caninos permanentes. (Fig.26)

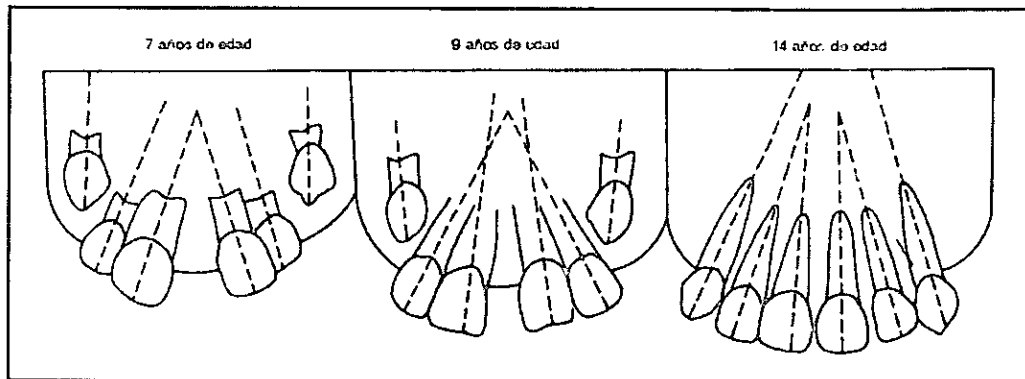


Fig. 26 Cambios en la inclinación axial debido a la erupción de los dientes anteriores superiores permanente. (Broadbent, 1957) ¹²

1.2. Alteraciones del desarrollo y de la función oclusal.

1.2.1. Maloclusión funcional.

La maloclusión comprende una gran cantidad de desviaciones morfológicas que pueden presentarse como caracteres únicos o formar parte de diferentes combinaciones. Para especificar el concepto se desarrollan tres categorías de maloclusiones morfológicas.

Una clasificación simple para el diagnóstico y planificación del tratamiento es dividir a las maloclusiones en dos grupos principales:

- ❖ Maloclusiones dentoalveolares.
- ❖ Maloclusiones esqueléticas.



Las primeras se relacionan con desviaciones en los arcos dentarios y los procesos alveolares. Las segundas son causa de desviaciones entre la maxila y la mandíbula.

Según Björk ¹³ y Col las maloclusiones dentoalveolares se definen de la siguiente manera:

1. Maloclusión sagital. Es caracterizada por una proyección anterior del maxilar sobre la maxila de aproximadamente 4mm en la dentición temporal y de 6mm en la dentición permanente. Los hábitos orales como la succión de dedos pueden tener efectos adversos sobre la inclinación de los incisivos e incompetencia labial. La oclusión molar distal puede originarse por:

- ❖ Migración mesial de los molares permanentes por erupción ectopica o perdida prematura de temporales.
- ❖ Ajuste inadecuado de los primeros molares permanentes durante la dentición mixta.
- ❖ Retrusión de la mandíbula.
- ❖ Protrusión de la maxila.

2. Maloclusión vertical. Se caracteriza por una mordida profunda de 3mm en la dentición temporal y de 5mm en la dentición permanente. Se desarrolla frecuentemente como resultado de hábitos orales como succión de dedo o empuje lingual, esto es mas frecuente cuando se encuentra en periodos de dentición mixta.



3. Maloclusión transversal. Se refiere a una mordida cruzada a cada lado de los caninos, premolares y molares, la cúspide vestibular de los molares superiores ocluyen con la cúspide lingual de los molares inferiores.¹³

1.2.2. Clasificación de las maloclusiones esqueléticas.

Esta clasificación se refiere a las relaciones entre el macizo facial, maxilares y dientes. Fue sugerida por Bennett en 1912, pero la mas utilizada es la que presentó el Dr. Edward H. Angle en 1899.

Clase I. Neutroclusión, es la más importante ya que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.⁸ (Fig. 27 A y B)

Dentro de esta clasificación se agrupan las giroversiones, malposicion dental, falta de dientes y discrepancia en el tamaño de los dientes. Hay una función muscular normal pero los dientes se encuentran desplazados hacia delante sobre sus bases respectivas.

También pueden existir maloclusiones con una función oclusal anormal y una oclusión mesiodistal normal de los molares pero con los dientes anteriores fuera de contacto, llamando a esto una mordida abierta.

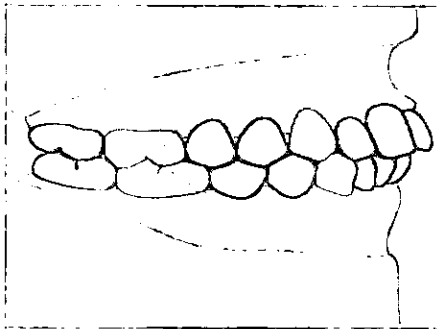


Fig. 27-A. Diagrama de la neutroclusión.¹¹

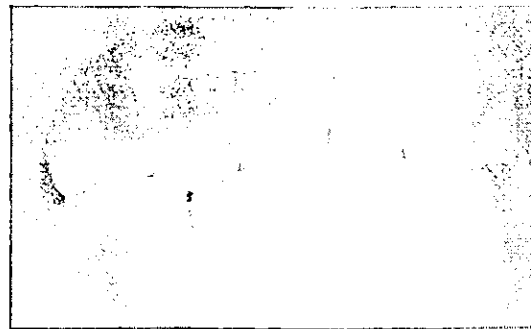


Fig. 27-B Paciente con neutroclusión.¹⁴

Clase II. Distoclusión, la mandíbula se encuentra en una relación distal o posterior a la maxila manifestándose así en los primeros molares permanentes, donde el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior permanente. Dentro de esta clase existen dos divisiones, las cuales son:

División 1. La relación de los molares es igual a la antes descrita pero la dentición inferior puede ser normal o no, con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la cara.

La dentición de la mandíbula toma forma de "V" debido al estrechamiento en la zona de premolares y caninos acompañada con una protrusión o labioversión de los dientes incisivos superiores acompañándose de una función muscular anormal debido a la sobremordida horizontal.

En los casos más severos los incisivos superiores descansan en el labio inferior, la lengua sólo se aproxima al paladar durante el descanso y en la deglución la actividad muscular del mentón y del buccinador es anormal.

(Fig. 28 A y B)

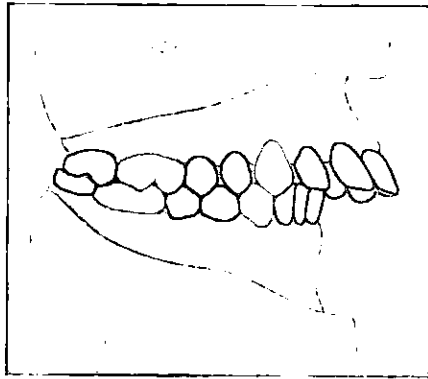


Fig. 28-A. Diagrama de la Clase II división 1.¹¹

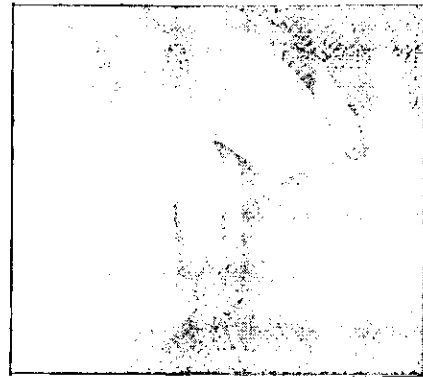


Fig. 28-B. Paciente con labioversión de dientes anteriores.¹¹

División 2. La oclusión de los molares es igual a la de la división 1, generalmente hay una curva de Spee exagerada y el segmento anterior inferior es más irregular con una supravversión de los incisivos. La arcada superior pocas veces es angosta ya que es más amplia de lo normal en la zona de los caninos, hay una inclinación lingual excesiva de los incisivos centrales superiores y una inclinación labial excesiva en los incisivos laterales superiores. La sobremordida vertical es excesiva. (Fig. 29 A y B)

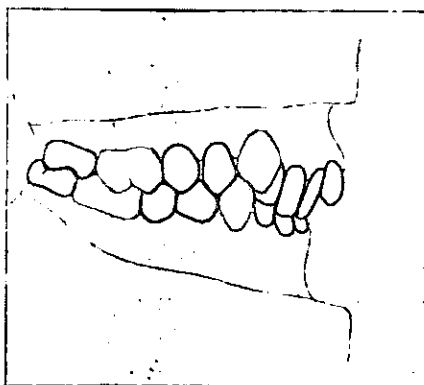


Fig. 29-A. Diagrama de la Clase II división 2.¹¹

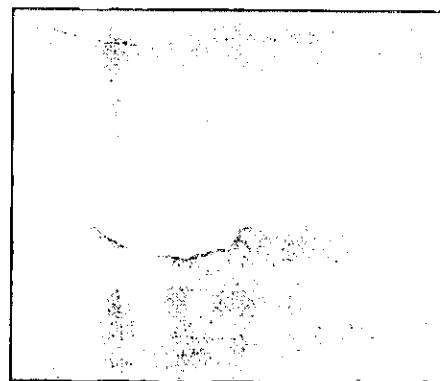


Fig. 29-B. linguoversión de los incisivos centrales superiores y vestibularización de los incisivos laterales.¹¹



Clase III. Dentro de esta categoría la oclusión habitual del primer molar inferior permanente se encuentra hacia mesial con relación al primer molar superior. Los incisivos inferiores se encuentran en una mordida cruzada total en sentido labial hacia los superiores, se encuentran inclinados excesivamente hacia labial, hay mayor espacio para la lengua la cual se encuentra adosada al piso de la boca. La arcada superior es estrecha hay mayor irregularidad de los dientes, cuando los incisivos superiores se encuentran inclinados hacia lingual en una maloclusión clase I o clase II, esto conduce a una pseudo clase III.⁸

(Fig. 30 A y B)

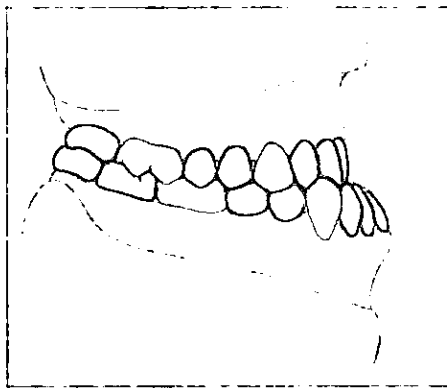


Fig. 30-A. Diagrama de la Clase III Distocclusión.¹¹

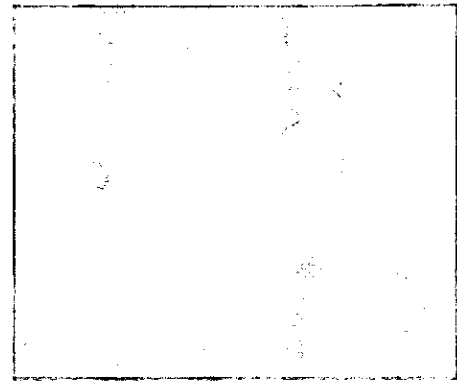


Fig. 30-B. Relación mesial del molar, premolar y canino superiores respecto a los inferiores.¹¹

1.2.3. Clasificación de Dewey y Anderson.

Las alteraciones de clase I, descritas así se apoyan en la clasificación del Dr. Angle a principios de siglo, nos hablan generalmente de alteraciones de tipo dentoalveolar básicamente, pero existe una subclasificación de los Doctores Dewey y Anderson que utilizaron y es la siguiente.¹⁸



1. Clase I tipo 0: oclusión normal.
2. Clase I tipo 1: diastemas anteriores o apiñamiento.
3. Clase I tipo 2: protrusión de dientes anteriores.
4. Clase I tipo 3: mordida cruzada anterior.
5. Clase I tipo 4: mordida cruzada posterior.
6. Clase I tipo 5: migración mesial del segundo molar permanente por pérdida prematura de los dientes temporales.¹⁸

1.3. Etiología de las maloclusiones.

Una maloclusión puede desarrollarse como resultado de factores genéticos y/o ambientales. El mecanismo genético puede ser simple, de transmisión autosómica, o más complejo, poligénico, donde actúan varios genes. Dentro de los factores ambientales se encuentran los hábitos orales, hipertrofia de amígdalas, traumas dentales, pérdida prematura de dientes temporales y enfermedades crónicas durante la niñez.¹⁷

Clasificación de los factores etiológicos de las maloclusiones según Graber: ¹⁴

Factores generales.

1. Herencia.
2. Defectos congénitos (paladar hendido, tortícolis, parálisis, entre otros)
3. Ambiente.
 - a) prenatal (trauma, dieta, metabolismo)
 - b) Postnatal (lesión postnatal, parálisis cerebral, lesión en ATM)
4. Metabolismo, (desequilibrio endocrino, trastornos en el metabolismo, enfermedades infecciosas)



5. Desnutrición.
6. Hábitos de presión anormales.
 - a) Succión anormal.
 - b) Succión de los dedos.
 - c) Hábitos de lengua.
 - d) Morder labios y uñas.
 - e) Defectos fonéticos.
 - f) Anomalías respiratorias.
 - g) Trastornos en amígdalas.
 - h) Tic psicógenos y Bruxismo.
7. Postura.
8. Trauma y accidentes.

Factores locales.

1. anomalías de número (supernumerarios, ausencia)
2. Anomalías de tamaño dental.
3. Anomalías de forma de los dientes.
4. Anormalidad de los frenillos labiales.
5. Pérdida prematura de los dientes.
6. Retención dental prolongada.
7. Erupción tardía.
8. Vía de erupción anormal.
9. Anquilosis.
10. Caries dental.
11. Restauraciones dentarias inadecuadas.



1.3.1. Hábito.

El hábito es una forma metódica en que actual el cuerpo y la mente, como resultado de una repetición frecuente de ciertos estímulos nerviosos. Otra forma de definirlo menciona que son patrones habituales aprendidos y adquiridos de contracción muscular de naturaleza compleja, asociados con un crecimiento óseo pervertido o impedido, malposiciones dentarias, hábitos respiratorios perturbados dificultades en la dicción, desequilibrio muscular y problemas psicológicos.⁶

Es la forma de una conducta adquirida, consciente o inconscientemente, automática y repetitiva. La presencia de ciertos hábitos en el niño menor de tres años sirven como estímulos para el crecimiento de los maxilares y se considera anormal cuando persiste mas allá de los seis años y ocasiona algún daño.¹⁵

1.3.1.1. Características generales de los hábitos.

Para identificar un hábito que sea considerado como patológico y provoque cualquier tipo de maloclusiones dentales deberá ser observado, tomando en cuenta:

- ❖ Su intensidad, es la cantidad de fuerza que se aplica a los dientes durante la practica del hábito.
- ❖ Duración, es la cantidad de tiempo que se dedica la practica del hábito, se requieren de 4 a 6 hrs. de fuerza por día para provocar un movimiento dentario.



- ♦ La frecuencia, es el número de veces que se practica el hábito durante el día.⁸

1.3.1.2. Clasificación general de los hábitos.

Según Sydney Finn clasifica los hábitos orales en:

Hábitos bucales compulsivos.

Son aquellos que se han adquirido por el niño, a tal grado que realiza este hábito cuando siente algún hecho al su alrededor y que afecte su seguridad; estos hábitos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada y el niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregirlo. Se acepta que la inseguridad del niño es producida por falta de amor y ternura maternal; algunos autores opinan que los cambios de los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poca cantidad de alimentos.

Hábitos bucales no compulsivos.

Están caracterizados por ser aquellos hábitos que se adquieren y se eliminan con gran facilidad por el niño, él mismo al madurar presenta cambios de conducta que le permiten desechar ciertos hábitos indeseables, utilizando métodos de convencimiento por los padres y el cirujano dentista.¹⁹



William James, Psicólogo, escribió: Un hábito adquirido es un nuevo camino de descarga en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar corrientes aferentes. Los hábitos en relación con la maloclusión deben ser clasificados en:

- * Útiles, realizan funciones normales, como la posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada y el uso normal de los labios para hablar.
- * Dañosos, son aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como mordidas abiertas, morderse los labios, chupar los labios y los pulgares.¹⁴

La persistencia de los hábitos de succión (digital, labios, lengua, objetos y deglución atípica) y la aparición de hábitos permanentes (onicofagia, bruxismo, diferentes partes del cuerpo, objetos, entre otros) según Freud, están asociados con un atraso en la evolución de la fase psicosexual oral que repercute en un corto tiempo con una distorsión del proceso psicosociológico oral. Después de considerarse los factores etiológicos por hábitos orales, incluimos los conflictos familiares, presión escolar, envidia y stress de la gran ciudad, falta de satisfacción por medio de la alimentación, imitación por miedo de actividades inapropiadas para menores, irritaciones asociadas con la erupción dental, interferencias oclusales, obstrucciones respiratorias, entre otros.

En un estudio realizado en niños de entre 2 y 15 años de Guadalajara y México D.F. acerca de los hábitos orales más frecuentes se obtuvieron los siguientes resultados: del 50-80% presentaron hábitos orales; 11.3% succión digital, 6.9% succión de labio o lengua y el restante presentó otros hábitos como onicofagia, bruxismo y respiración bucal.^{A-1}



Dentro del artículo publicado en el año 2000 de la revista Journal of oral rehabilitation, menciona algunos signos y síntomas causados por la realización de hábitos bucales; los hábitos más comunes que reportan son: mascar goma, onicofagia, mordedura de objetos (lápiz, plumas), morder semillas, morder hielo, frecuente compresión con la palma de la mano, bruxismo, protrusión lingual, succión del pulgar y juego de la mandíbula. ^{A-2}

En un artículo más publicado en el mismo año, se realizó un estudio para reconocer los síntomas causados por la realización de los hábitos orales, dentro de estos encontraron, ruido articular, dolor articular, contusión articular, tensión, disturbio en algún familiar y traba; en los signos hallaron sensibilidad, ruido y dolor.

El desorden articular relacionado con la movilidad es influenciado por varios factores, incluyendo herencia, diversidad bioquímica de la colágena y estructuras elásticas, afectando con severidad el tejido conectivo, estos casos se presentan con mayor porcentaje en personas de la India, Irak y África. Es altamente relacionado con la osteoartritis. ^{A-3}

En la revista de salud pública del año 2000, menciona en un artículo la gran relación que existe entre las maloclusiones y los hábitos orales, los cuales serán estudiados en niños y niñas de 3-5 años de instituciones privadas y estatales, dividiendo el estudio en oclusiones graves y el status económico y social, anatomía y función oclusal según Angle; los resultados fueron con mayor prevalencia en niñas con hábito de succión digital y de status bajo y en menor porcentaje los niños. ^{A-4}



CAPÍTULO II

HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL.

2.1. Definición.

Es el acto de chupar, es considerado como parte normal del desarrollo fetal y neonatal, ya que este tiene movimiento de succión y deglución desde las trece semanas de gestación, además de ser otro tipo de respiración. La succión es considerada como la práctica precursora de la respiración y la deglución que son necesarias para la vida postnatal. (Fig. 31 A y B)

2.1.1. Aspecto Psicológico de la lactancia.

El origen de la succión debe ser asociado en primer lugar a la actividad oral, ya que la boca en el ser humano, es uno de los primeros órganos que se forman y donde aparecen las primeras manifestaciones de orden sensorial. Su rica capacidad sensitiva adquiere especial importancia, porque es a través de ella, durante las primeras etapas de la vida, donde se ejerce mayor actividad biológica, fisiológica y psicológica.¹⁹

Al nacer el bebé desarrolla un patrón de reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión, permitiendo que se alimente de su madre y sujetarse de ella, estableciendo una relación psico-afectiva, manteniendo un vínculo de amor y dependencia adecuados para el futuro desarrollo del niño y su adaptación familiar.



El estado emocional puede influir fisiológicamente en la lactancia de varias maneras, dentro de las cuales se obtiene la reducción de la calidad de la succión. Cuando el niño queda insatisfecho, físicamente por hambre o psíquicamente por afecto, encuentra que el acto de la succión le compensa esas carencias, el dedo pulgar se convierte en el sustituto del pecho materno, debido a que llega a satisfacer la necesidad de mantener algo dentro de la boca, además lo utilizan para cesar las molestias que causan la erupción de la dentición temporal, este acto se inicia normalmente después de los 7 u 8 meses de nacido, por lo tanto tendrá que desaparecer aproximadamente a los 2 años de vida, y en algunos casos es un recurso inicial para descargar sus pequeños problemas, sus iniciales frustraciones o inconformidades.¹⁹



Fig. 31-A. Posición del dedo sobre la maxila durante la succión.¹¹

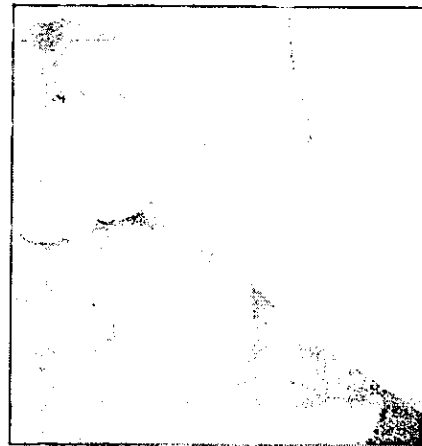


Fig. 31-B. Presión que se ejerce sobre la maxila durante la succión, provocando una maloclusión clase II.¹¹

La mayoría de los niños tienen una actividad succionadora del dedo pulgar sin fines alimentarios, cuando el cambio del pezón al biberón se hace de forma súbita, lo cual ocasiona algunas frustraciones.¹⁹



Algunos autores señalan el origen de la succión por los siguientes factores:

1. Rivalidad entre hermanos.
2. Escapar de la realidad hacia la fantasía: niño solitario y triste.
3. Presencia de extraños: el nacimiento de un hermano.
4. Múltiples problemas entre padres e hijos: sentirse disciplinado constantemente.

La interpretación del hábito de succión según Freud:

Él enfoca este hábito en sus teorías como algo intuitivo y normal para el infante y el niño joven y creen que tal actividad debería ser permitida, puesto que se presume que los infantes requieren cierto tiempo óptimo de succión. La succión prolongada después de la infancia y la niñez temprana la toman como iniciativa de problema emocionales. La intervención física del hábito podría conducir a la sustitución de este, por conductas más graves como la masturbación, expresiones temperamentales, manifestaciones de inseguridad y otros trastornos de conducta. Propone que a esa edad se debe de instruir a los padres para que muestren más afecto y amor.¹⁹

2.1.2. Succión digital normal.

Es una actividad en la que el lactante se chupa el dedo como parte de su desarrollo fetal y neonatal. Durante la succión el lactante coloca la lengua bajo el pezón, haciendo contacto con el labio inferior y así deglute con los maxilares separados y los labios juntos.



Cuando se realiza el cambio de alimentación (Ablactación), de líquido a sólido aumenta la actividad muscular y se colocan en oclusión los molares temporales.¹²

2.1.3. Succión digital no nutritiva.

Es un acto que se realiza a muy temprana edad en el niño, no demuestra alteraciones psicológicas consistentes, ya que el hábito de succión es una respuesta aprendida, pero debe ser considerada por el Odontólogo como un patrón de conducta multifactorial porque pueden persistir por varios años debido a otros factores como lo es el entorno cultural, ya que algunos padres mantienen el acto de introducirles el “chupón” al bebé cuando se encuentran laborando.¹²

Mediante un estudio cineradiográfico, Subtelyn 1973, comprobó que el dedo pulgar puede adaptarse en 4 posiciones durante la succión.¹³ (Fig. 32)

- A. La primera y la más frecuente, es donde el pulgar penetra en la boca hasta pasada la primera articulación ocupando gran parte de la bóveda palatina y presionando el tejido de la misma área. El diente incisivo inferior contacta con el pulgar por detrás de la primera articulación. (Fig. 32-A)
- B. En este grupo, el pulgar no se introduce totalmente y no hace contacto con la bóveda palatina. (Fig. 32-B)
- C. El tercer grupo, introduce totalmente el dedo pulgar en la boca y hace contacto en la bóveda palatina, pero a diferencia del primero el incisivo inferior no hace contacto. (Fig. 32-C)
- D. El último grupo, el pulgar era introducido muy poco en la boca y el incisivo inferior establecía contacto con él en la uña.¹³ (Fig. 32-D)

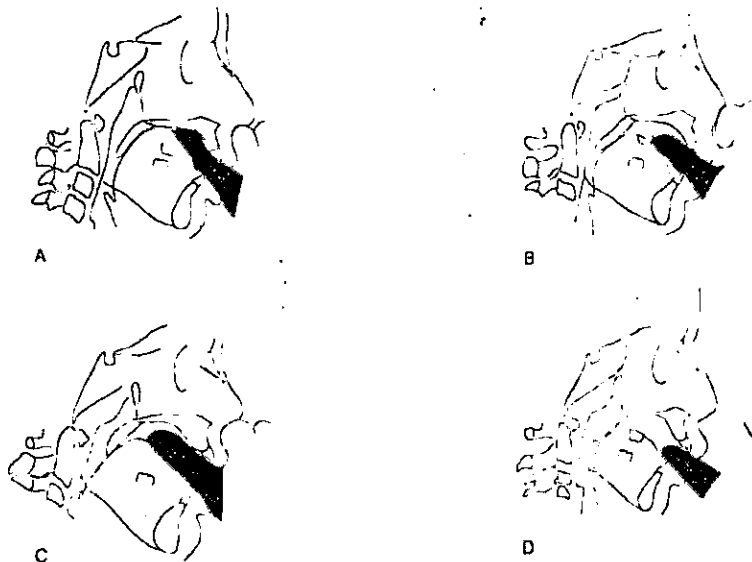


Fig. 32. Variación de la posición del dedo pulgar y sus distintos efectos sobre los dientes.¹⁶

2.2. Efectos dentales producidos.

Cuando el acto de succionar en el niño normal se convierte en un hábito pernicioso, realizado por largo tiempo y con mayor frecuencia, las contracciones de la paredes bucales, producen una presión negativa dentro de la boca, perturbando el sistema de fuerzas musculares que se producen en la maxila e impiden que el piso nasal se adapte en forma vertical a su posición durante el crecimiento produciendo un piso nasal angosto y una bóveda palatina alta.⁶



Los problemas que se presentan por el hábito de succión digital son:

1. Incompetencia labial, porque el labio inferior deberá elevarse para hacer contacto con el labio superior durante la deglución.
2. Proclinación de los dientes incisivos superiores.
3. Retroclinación de los dientes incisivos inferiores.
4. Aumento de la sobremordida horizontal.
5. Intrusión de los dientes incisivos superiores.
6. Constricción del arco dentario superior en forma de "V". \
7. Mordida cruzada anterior y/o posterior unilateral o bilateral.
8. Bóveda palatina alta.
9. Un empuje lingual perniciosos se debe a la mordida abierta presente.

Además de producir problemas dentarios, también se pueden provocar lesiones micóticas o descamativas en tejidos blandos, como son los dedos. (Fig. 33)

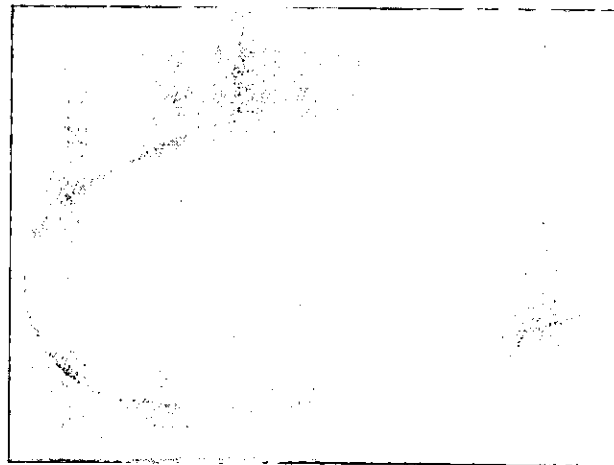


Fig. 33. Dedo pulgar succionado. ¹⁷



2.3. Diagnóstico.

Para elaborar un diagnóstico de presunción, es necesario reunir la mayor cantidad de información posible sin molestar al paciente y tomar registros importantes y básicos para un plan de tratamiento, no es recomendable tomar radiografías periapicales, los modelos de estudio se evitan por el temor del niño de ahogarse. El objetivo principal consiste en visualizar los problemas oclusales dentro de las características orales, médicas y conductuales de un individuo.

Cuando el hábito es detectado y corregido a tiempo la deformidad facial será mínima, la deglución es correcta y la actividad neuromuscular del labio no es forzada. Desgraciadamente cuando el paciente acude a la consulta dental los efectos del hábito son muy marcados, es por eso que debemos indagar la causa y el tiempo durante el cuál se ha efectuado el acto, además la edad en la que se observa ya que podrá cesar y recurrir de forma intermitente.

Para emitir un diagnóstico veraz será necesario realizar un estudio detallado de la siguiente manera:

1. Observación en el aspecto general de la salud.
2. Examen de rasgos faciales externos.
 - Color y textura de los labios.
 - Método de respiración.
 - Perfil de tejidos blandos.
 - Deglución.



3. Descripción de rasgos intrabucales.

- Clasificación de la oclusión.
- Inclinación axial de los dientes (principalmente caninos) ya que no tienen forma adecuada en la superficie incisal para recibir las fuerzas masticatorias directamente.
- Estudio de la relación de la línea media en maxilar y mandíbula, ya que puede desviarse por una migración dentaria o por movimiento lateral de la mandíbula para establecer una buena oclusión.
- Observación de los dientes en rotación.
- Registrar dientes permanentes: perdidos, extraídos o por ausencia congénita y dientes supernumerarios.

4. Modelos de estudio en yeso. (Fig. 35)

5. Estudio de fotografías de frente y perfil, para determinar el grado y distribución del crecimiento del cuerpo mandibular.

6. Observar el estado en el que se encuentran los dedos, principalmente pulgar e índice.

7. Estudio radiológico. (Fig.34)

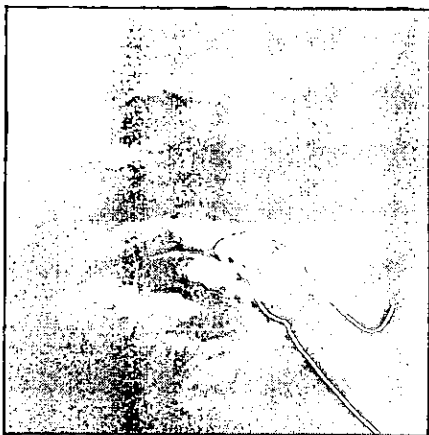


Fig. 34. Posición del dedo durante la succión ectópica en una radiografía ejerciendo presión sobre la maxila.¹¹

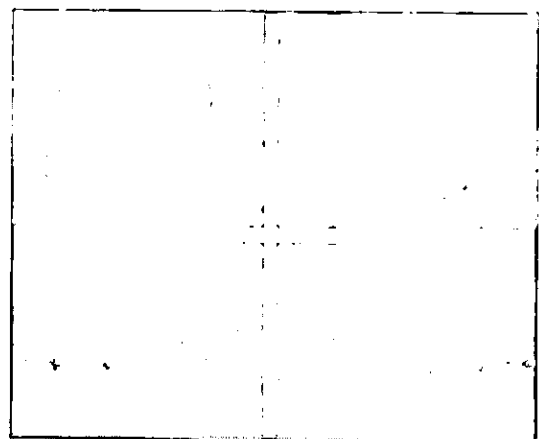


Fig. 35 Análisis de la oclusión sobre modelos de estudio.¹¹



2.3.1. Diagnóstico diferencial.

Para elaborar un diagnóstico, es necesario identificar las características de cada una de las fases de la succión en sus diferentes etapas:

Fase I. Succión normal y subclínicamente significativa.

Surge desde el nacimiento hasta los dos años de vida, la mayoría de los niños muestran una cierta cantidad de succión del pulgar, principalmente, en el momento del destete; si el niño muestra una tendencia a un "pulgar específico" de succión vigorosa el tratamiento será profiláctico por el posible daño oclusal.

Fase II. Succión del pulgar clínicamente significativa.

Esta fase va de los 3 a los 4 años de edad, en esta etapa se merece una atención más seria por el Cirujano Dentista por dos razones principales:

1. Porque indica una posible ansiedad clínicamente significativa.
2. Porque es el mejor momento para resolver problemas dentarios.

Fase III. Succión intratable.

Es un hábito que persiste después de los 4 años de edad, porque puede ser la prueba de problemas de maloclusiones y además puede requerir psicoterapia.



2.4. Tratamiento.

Una vez realizado el diagnóstico se determina el plan de tratamiento, el cual en este caso no se recomienda iniciar una plática con el niño cuando se encuentran presentes sus padres, no utilizar amenazas y mucho menos tratar de avergonzarlo. Es conveniente iniciar con un trato amistoso y tranquilo, si se obtiene del niño una respuesta cooperadora y honesta se sugiere colocar un recordatorio 2 o 3 meses después de la consulta en caso de seguir con el hábito.

No se debe estimular al niño inseguro o perturbado a que mienta por complacerlo y se debe permitir que hable de la succión de su dedo sin burlarse o avergonzarlo. Cuando el paciente está en una fase II se tiene que colocar un aparato corrector del hábito, pero si este pasa a la fase III el siguiente paso es consultar al Psicólogo.

Medidas preventivas:

Lo más importante es el equilibrio del medio ambiente familiar, estar seguro de que el recién nacido quede plenamente satisfecho, debe sentir compañía y afecto del medio. Cuando el niño llora, debe verificarse la causa del llanto; sin embargo, debe aclararse que los cuidados que el recién nacido y el lactante necesitan para su desarrollo integral deben dársele en forma dosificada porque el extremo de cuidados y de contemplación generan estado de ansiedad que posiblemente se desahogue en el hábito de succión.

El tratamiento oportuno es un factor de importancia, el niño debe recibir una oportunidad para suspender espontáneamente el hábito antes de que erupcionen sus dientes permanentes, esto es entre los 4 y 6 años de edad.¹⁹



Una función anormal del labio o de la lengua puede impedir la autocorrección de la maloclusión después de haber eliminado el hábito, por esta razón los padres deberán ser informados acerca de los efectos que se producen con los hábitos en un tiempo prolongado de succión.

2.4.1. Alternativa Psicológica.

Para poder tratar el hábito es importante conocer donde radica el problema que hace que el niño evolucione en este aspecto. El tratamiento del hábito conlleva algunos cambios sustanciales en el medio ambiente familiar tanto en la conducta como en el normal equilibrio del niño.

Existen otros autores que manejan la remoción del hábito con medidas no traumáticas como son:

1. Sugestión nocturna. Barreto en 1980 describe una medida, la cual consiste en la utilización del habla durante el sueño profundo con el objetivo de llegar al subconsciente. En esta técnica no deberán utilizarse palabras que se relacionen a la succión digital o un lenguaje relativo al hábito.
2. Transformación del hábito de placer a obligación. Los padres en vez de reprender al niño por chuparse el dedo, deben estimularlo para que pase a ser una obligación y así perderá la gracia.¹⁰

2.4.2. Métodos de adiestramiento extrabucales.

Se han sugerido métodos totalmente inadecuados, realizados por los padres y en desuso tales como:



- ❖ Recubrir el pulgar o los dedos succionados con sustancias de sabor desagradables o picantes.
- ❖ Rodear con tela adhesiva el dedo succionado.
- ❖ Empleo de sustancias hipnóticas.
- ❖ Colocar un guante que recubra la mano o un entablillado en el dedo que utiliza para realizar el hábito de succión.⁸

2.4.3. Alternativas ortopédicas.

La discusión y la posible comprensión del problema por parte del niño, no se puede dar por que su edad no se lo permite o simplemente no accede. Sin embargo teniendo en cuenta lo poco recomendable que son los aparatos para corregir los hábitos, por sus efectos emocionales y afectivos en el niño, con frecuencia resulta un buen procedimiento interceptivo al colocar un aparato para reducir y eliminar la actividad pernicioso, siempre y cuando los padres y el niño entiendan la necesidad de hacerlo.

El odontólogo deberá explicarle que no es un castigo sino un recordatorio para no colocar el dedo en la boca; el aparato adecuado lo deberá elegir el especialista de acuerdo con la edad, tipo de hábito y conducta que presente el niño. El tiempo óptimo para la colocación de los aparatos es entre los 3 y 4 años de edad.

Hay dos tipos de aparatos para interceptar los hábitos bucales y pueden ser contruidos por el odontólogo; su clasificación se maneja en fijos y removibles cuando el niño muestra deseos de ser ayudado.



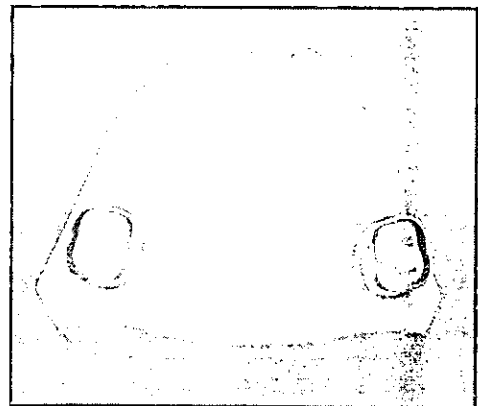
En este caso es recomendable colocar un aparato fijo, ya que la presión ejercida del pulgar contra el paladar es excesiva y si el aparato es removible es desplazado con mayor facilidad.

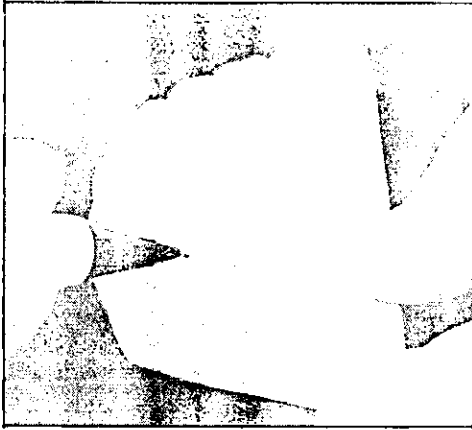
2.4.3.1. Trampa para hábito de dedo fija.

Una vez estudiado y analizado los modelos fisiológicos del paciente y de haber realizado los métodos de adiestramiento y de no tener el resultado óptimo para eliminar el hábito pernicioso, se procederá a realizar un aparato correctivo del hábito que el paciente no podrá desalojar de la boca siendo este una trampa para dedo fija.

2.5. Procedimiento metodológico para realizar la trampa para el hábito de dedo.

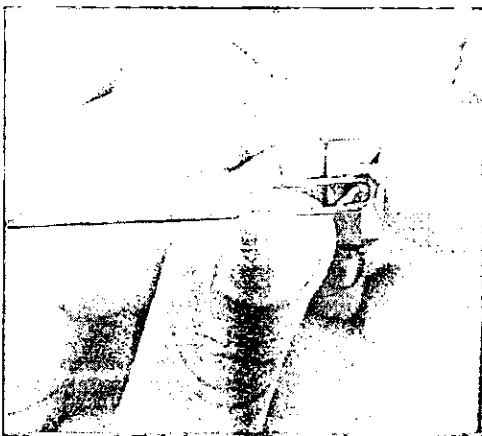
1. Ajuste perfectamente una banda en los primeros molares permanentes, sobre los modelos anatómicos de trabajo.





2. Coloque una porción de alambre de 20cm de largo calibre 32" o 34" recomendado para pacientes menores de 5 años y para los mayores se utilizará alambre de calibre 36" o 38"; este será ubicado paralelo a las caras palatinas desde el primer molar donde se encuentra la banda hasta la cara distal del canino del mismo lado para realizar una marca.

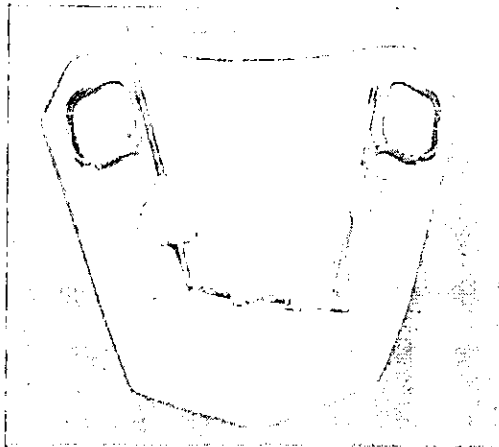
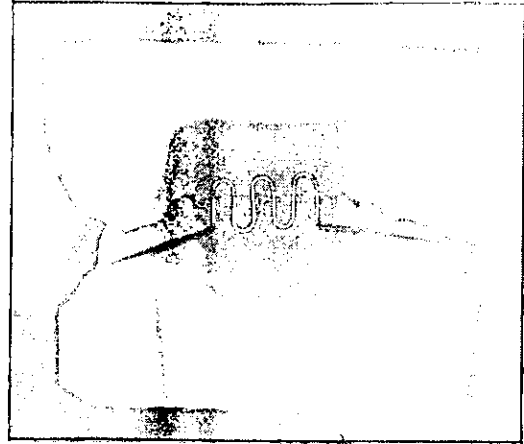
3. Sujete una pinza tipo pico de pájaro y llévela sobre la marca, con la ayuda de los dedos índice y pulgar de la mano contraria a la que sujeta la pinza, realice el primer dobléz sobre los bordes rectos a 90°.



4. Deslice la pinza 5mm sobre el primer dobléz, e invierta la pinza para ubicar la punta redonda hacia abajo para realizar un dobléz a 90° en el alambre para conformar una ansa simple en 3 ocasiones consecutivas y homólogas.

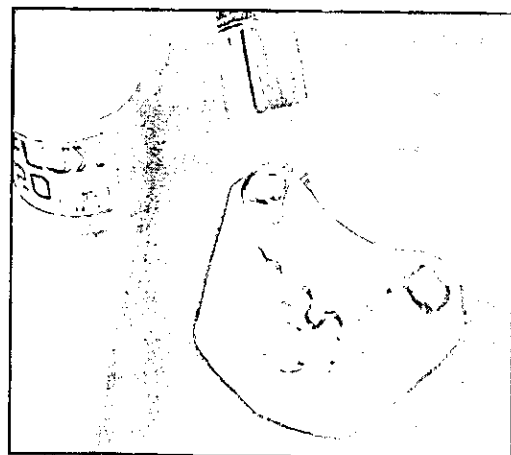


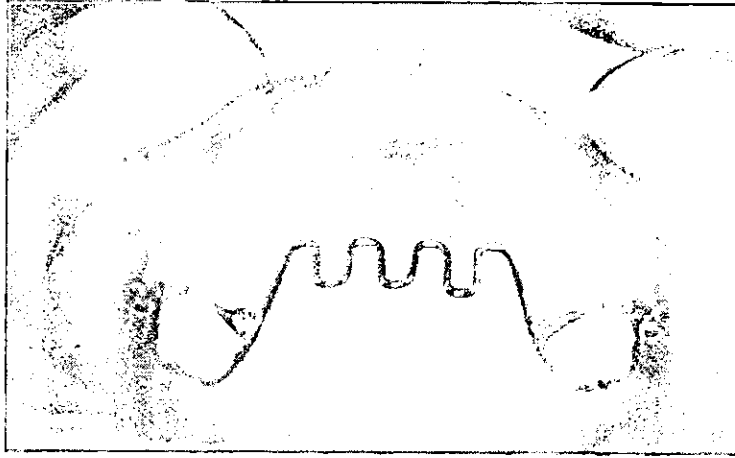
5. Una vez obtenidas las 3 ansas homónimas, se coloca el alambre sobre el modelo y se hace una marca sobre este en la cara distal del canino homónimo y con el apoyo de la pinza sobre su punta recta se dirige el alambre en dirección hacia el primer molar contrario al primer dobléz.



6. Realizados estos dobleces, ubique el alambre con los dos extremos libres haciendo contacto con las bandas en los molares antes mencionados; se fija la trampa con yeso al modelo para evitar movimientos indeseados, y procede a soldarla a las bandas.

7. El último paso es el recortar y pulir el área de unión entre el alambre y la banda, deberá ser colocado en el paciente de forma pasiva y verificar una excelente sellado y adaptación en los molares sin ocasionar ninguna lesión en los tejidos.





Colocación de la trampa para dedo que impide la realización del hábito de la succión perniciosa.¹³



CAPITULO III.

DEGLUCIÓN ATÍPICA.

3.1. Definición.

En un bebé la deglución normal esta caracterizada por una fuerte actividad labial para tomar el pezón, la lengua se ubica contra el labio inferior y los músculos elevadores de la mandíbula se relajan, de tal manera que la boca se abre. La lengua descansa sobre las almohadillas gingivales; el músculo buccinador es especialmente fuerte en la deglución infantil, como lo es durante la alimentación. Esto tiende a desaparecer cuando surge la dentición temporal, por lo tanto es poco visible durante el examen bucal de los niños.

Para detectar y observar una deglución atípica es necesario reconocer las características de una deglución en condiciones normales, por esta razón se mencionarán a continuación las fases de la deglución:

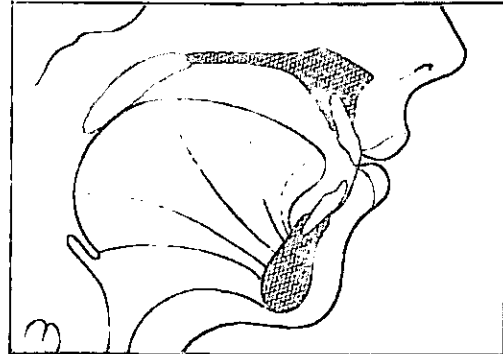
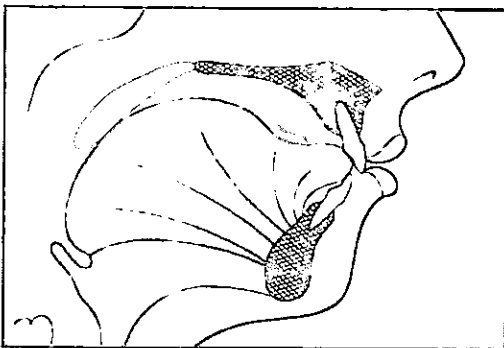
3.1.1. Deglución en condiciones normales.

La deglución se produce normalmente sin contracción muscular y los dientes hacen contacto, mientras que la lengua se encuentra dentro de la boca.



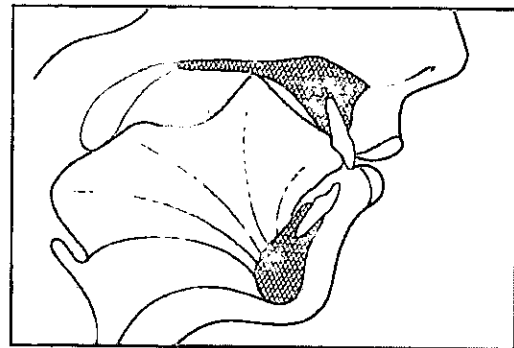
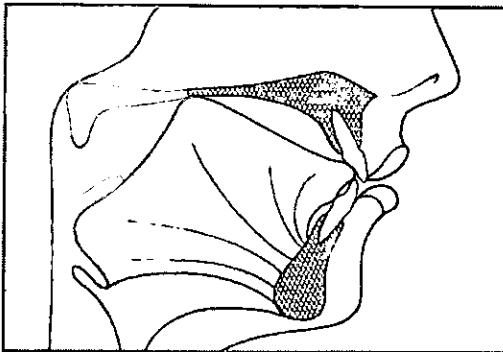
Fases de la deglución.

1. El alimento se almacena en la zona anterior de la boca y la porción posterior del dorso de la lengua se aproxima al paladar blando.



2. Transporte, se inicia el movimiento de la punta de la lengua hacia arriba y el hundimiento del segmento anterior del dorso lingual.

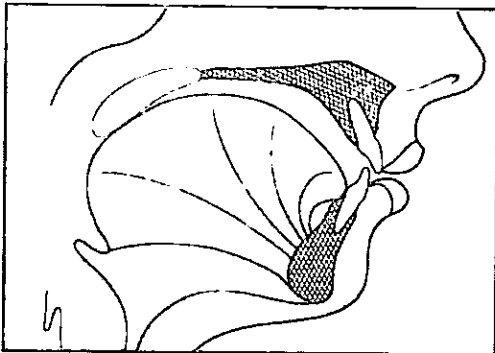
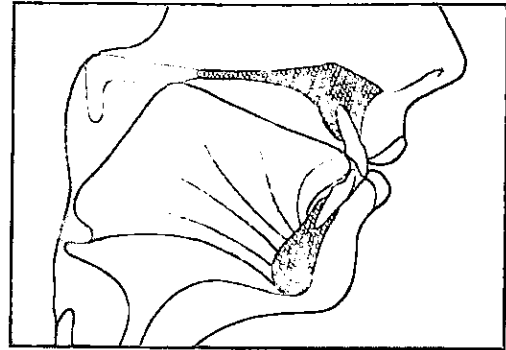
3. Se desplaza la porción anterior de la lengua hacia arriba y se deprime en el segmento intermedio del dorso lingual, así el bolo se va hacia atrás.



4. Para dar fin al transporte, el paladar blando se desplaza hacia arriba y atrás. Se contraen los músculos labiales y se eleva la mandíbula.



5. El dorso lingual se deprime para que el alimento pase y la lengua se adosa al paladar duro para empujar el alimento. Se cierra la nasofaringe, formándose el velo palatofaríngeo.



6. Una vez dirigido el alimento al espacio orofaríngeo, la mandíbula regresa a su posición de reposo.

Fig. 36 Fases de la deglución. ¹¹



3.2. Etiología de la deglución atípica.

El empuje lingual es un mecanismo que se adapta para mantener una mordida abierta muy marcada y creada por otra causa, habitualmente succión del pulgar.

Este tipo de empuje también puede adquirirse cuando se encuentran amígdalas hipertrofiadas, que están agrandadas y/o infladas que no pueden producir una deglución normal y se tiene que efectuar con la separación de los dientes.¹² (Fig. 37)

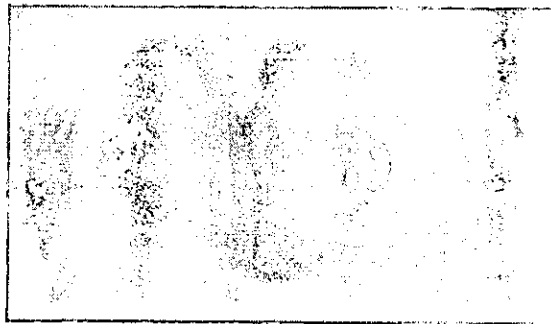


Fig. 37 Hipertrofia glandular.¹⁴

Dentro de las etiologías del hábito, puede ser primario, donde sólo hay anomalías en la dentición, por lo que el tratamiento es la eliminación del hábito, se presentan por causas endógenas, herencia e imitación. Las secundarias se adquieren por una adaptación a causa de una anomalía ósea o dentoalveolar previa. (Fig. 38)

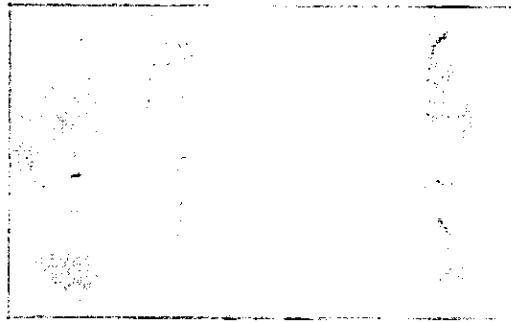


Fig. 38. Anomalia de mordida abierta en dentición temporal, desencadenando un hábito lingual.⁸

3.2.1. Deglución con empuje lingual simple.

La deglución atípica se produce por un empuje lingual de forma simple o como un síndrome de hábito lingual. Es hábito se caracteriza por.

- Protrusión de la punta de la lengua.
- Ausencia de contacto de molares.
- Contracción de los músculos labiales.

La deglución durante los primeros años de vida es de tipo visceral, donde la lengua se ubica entre las arcadas dentales. (Fig. 39) Al irse desarrollando la dentición temporal, la deglución se convierte en somática. (Fig. 40)

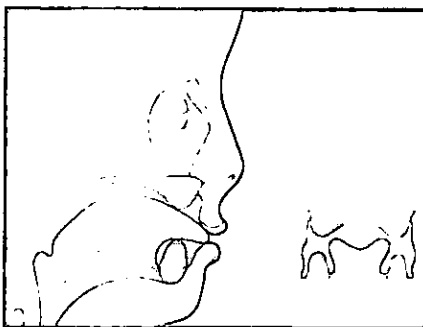


Fig. 39 deglución visceral.¹¹ Posición baja de la lengua.

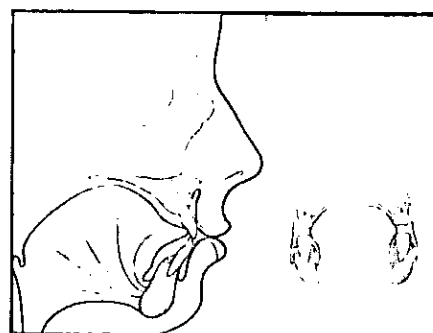


Fig. 40. deglución somática, Hay contacto dental y la lengua se introduce a la boca.¹¹



3.2.2. Deglución con empuje lingual complejo.

Es una deglución con los dientes separados porque ya existe una mordida abierta leve, estos pacientes combinan las contracciones de los músculos labiales, faciales y mentonianos. Esta variante de la deglución también suele tener orígenes en la respiración bucal o alergias.

3.2.3. Deglución infantil persistente.

Es la persistencia de la deglución infantil después de aparecer los dientes permanentes. Los pacientes que la presentan muestran contracciones muy fuertes de los labios y músculos faciales hasta una mueca masiva, un rostro inexpresivo y dificultades al masticar porque sólo hay oclusión en el primer molar. Estos pacientes colocan su alimento en el dorso de la lengua y la masticación se realiza en la punta de la lengua y el paladar.

3.3.4. Protrusión de la lengua.

La proyección de la lengua se puede efectuar sobre un plano frontal, lateral o circular:

1. Movimiento lingual dirigido hacia el plano frontal, a causa de una mordida abierta anterior. (Fig. 41)
2. La proyección de la lengua hacia un plano lateral, se produce a causa de una mordida abierta lateral. (Fig. 42) o una abierta total.

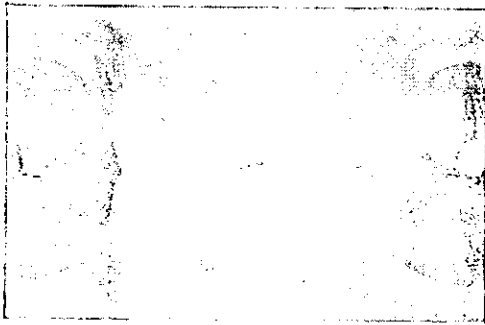


Fig. 41. Mordida abierta lateral en oclusión, asociado a un trastorno de crecimiento de los molares primarios. ¹¹

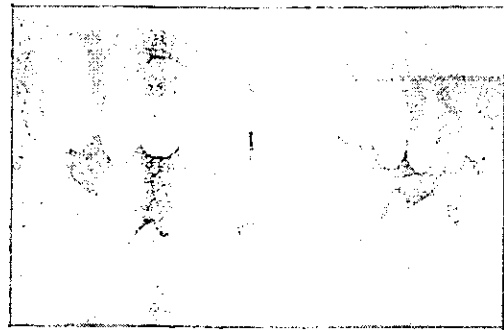


Fig. 42. Mordida abierta circular o total en grado intenso, la oclusión sólo se apoya en el segundo molar. ¹¹

Existen casos donde el acto de la proyección lingual es aceptado debido a ciertas razones anatómicas que justifican la posición lingual, las más frecuentes son:

- ❖ La lengua muy grande que no puede adoptar una posición correcta dentro de la cavidad oral.
- ❖ La combinación de una lengua muy grande y un espacio bucal reducido.

La aportación que realiza Pinkham ¹⁵, acerca de las etiologías de la posición lingual es:

- I. Endógena: Surge durante la erupción de los dientes, la lengua cambia su postura y descansa por dentro de la dentición, en algunos niños se presenta una postura lingual heredada y la punta de la lengua insiste en ubicarse entre los incisivos.
- II. Adquirida: Surge debido a una afección crónica en la garganta (faringitis) u otro problema nasorespiratorio, y en estos casos el primer tratamiento será con el Otorrinolaringólogo y enseguida la reubicación de los dientes incisivos superiores y/o inferiores.



3.4. Efectos dentales producidos.

Los efectos dentales que se obtienen por la postura anormal de la lengua, son muy parecidos a los de un algún hábito de succión digital:

1. Mordida abierta, que en algunas ocasiones esta puede ser la causa.
(Fig. 38)
2. Intrusión de los dientes anteriores superiores y/o inferiores.
3. Proclinación de los dientes anteriores. (Fig. 43)
4. Incompetencia labial. (Fig.44)

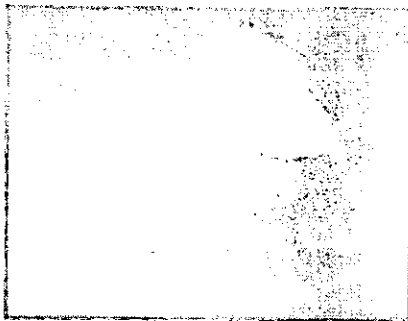


Fig. 43 Adaptación lingual asociado con una proclinación de los dientes anteriores. ¹¹

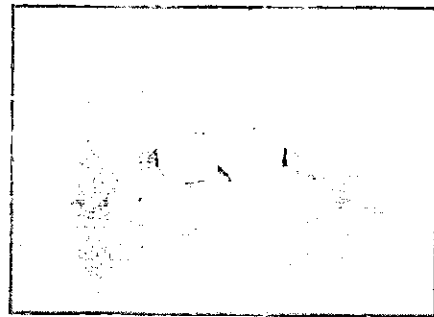


Fig. 44, Incompetencia labial asociado a una proyección labial anterior. ¹¹

3.4.1. Efectos esquelétales.

Hay una relación entre la anatomía craneofacial y el hábito lingual, como es así, los pacientes con un crecimiento horizontal (Fig. 45), presentan una protrusión labio-alveolar, mientras que en los pacientes que presentan un crecimiento vertical (Fig. 46) y el hábito lingual surge, tienen una posición vertical de los dientes incisivos inferiores.

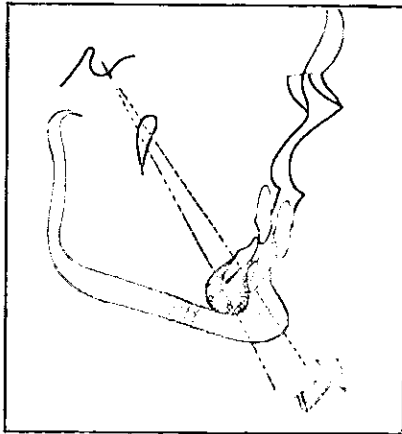


Fig. 45. Crecimiento de tipo horizontal, rotación de la mandíbula hacia delante y arriba.¹¹



Fig. 46. Crecimiento vertical, rotación de la mandíbula hacia atrás y abajo.¹¹

3.5. Diagnóstico.

Para preparar un diagnóstico, el Cirujano Dentista debe observar la mordida abierta anterior e investigar sobre el hábito de succión digital, principalmente, observar detalladamente el tipo de empuje lingual y el tamaño de la lengua que es de igual importancia que los órganos dentarios u otras estructuras anatómicas.

En el momento en que se detecta una mordida abierta, el hábito de la proyección lingual además del hábito de succión digital es muy probable y sencillo de adquirir el hábito de la proyección lingual. Cuando el paciente degluta, observar hacia donde se proyecta la lengua.

La importancia del diagnóstico es para diferenciar un empuje lingual simple o complejo, una deglución infantil y la postura anormal de la lengua causada por alguna afección patológica en la garganta.



Métodos de estudio.

Se inicia con una plática donde se observa detalladamente al paciente sin que éste lo note, enseguida se le pide que tome un poco de agua y degluta porque así podremos observar si la lengua se dirige hacia los dientes anteriores y la fuerza con la que se hace. Esto se puede observar, separando ligeramente los labios en caso de que no exista una incompetencia labial.

3.6. Tratamiento.

Cuando se presenta un hábito de succión digital, puede ser corregido mediante el manejo de la conducta en algunas citas siempre y cuando no existan problemas emocionales. Pero antes de corregir la proyección lingual con técnicas de conducta o mecánicas, deberá estar seguro de que la vía aérea nasal esté libre. La mayoría de las degluciones atípicas y el empuje lingual son reflejos y están más grabados que la succión de dedo.

Cuando se trate de un niño comunicativo, la terapia conductual debe complementarse con el uso de un protector lingual para corregir el comportamiento reflejo en el niño y presentárselo como un regalo para ayudarle al niño para tener mejor aspecto.

Después de evaluar los demás problemas oclusales del niño y de conversarlo con el padre, el Cirujano Dentista podrá elegir el tratamiento con aparatos ortopédicos, terapia conductual, una combinación entre ambas o esperar a que el niño crezca más.



Para elegir cuál de las distintas técnicas debe emplearse para interceptar un hábito debemos considerar lo siguiente:

1. Tiempo disponible del paciente.
2. Receptividad del paciente a la terapia conductual.
3. Conocimientos y habilidad del Odontólogo sobre el caso.
4. Al elegir un aparato, se indicará al paciente el tiempo de uso.
5. Confiabilidad del Paciente a utilizar y no perder los aparatos.
6. Capacidad del niño para soportar las molestias menores que provoque el aparato.
7. Necesidad de otros tratamientos de Ortodoncia correctiva.

En el caso en que el empuje lingual simple, donde si hay oclusión dental posterior pero una mordida abierta anterior, se inicia con una terapia ortodóntica para retruir los dientes anteriores en caso de presentar labioversión severa.

3.6.1. Alternativa conductual.

Los pasos para una alternativa en el tratamiento son:

- I. Mostrarle al paciente como se realiza, colocando el dedo índice en la punta de la lengua, dirigiendo hacia el paladar e indicándole que trague. Esto lo llevará acabo 40 veces mínimo durante el día entrenándose con cereal, un elástico o un caramelo colocado en la punta de la lengua.



- II. El siguiente paso se realiza cuando el paciente ya aprendió el patrón de la deglución consciente y es necesario reforzarlo de forma subconsciente con pastillas bicóncavas de sabor cítrico colocados en la punta de la lengua y se le indica que la mantenga contra el paladar hasta que se disuelva.
- III. Después de instruir al Paciente sobre la forma correcta de deglutir, se prosigue a colocar un aparato "recordatorio", no traumático para eliminar totalmente el hábito.

3.6.2. Alternativa Ortopédica.

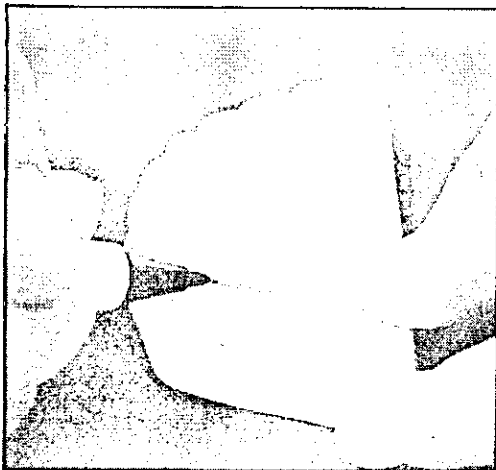
La elaboración de un aparato corrector del hábito podrá ser mediante dos métodos: fijo (más recomendados) y removible.

Para la elaboración de una trampa lingual fija se tendrán que seguir los mismos pasos para fabricar una trampa para dedo, a diferencia de que esta última es más corta en la longitud de las ansas simples.



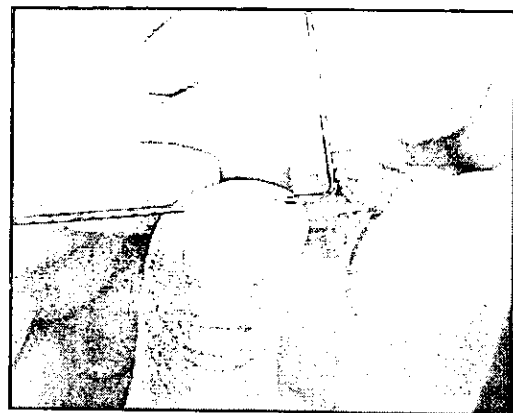
3.6.2.1. Procedimiento metodológico para elaborar una trampa lingual removible.

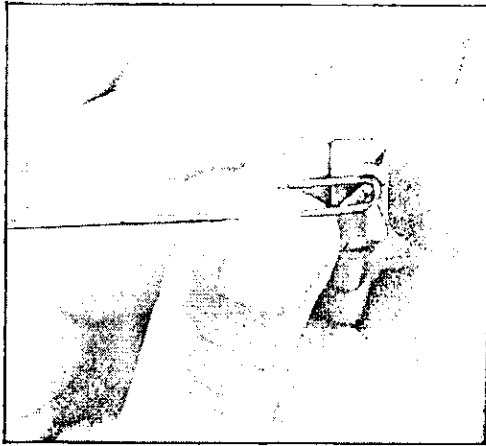
1. A diferencia de la Trampa lingual fija, en esta se elaboran ganchos retenedores, para evitar el desplazamiento con la fuerza que se aplica el hábito, un arco vestibular tipo Hawley.



2. Ubique una porción de alambre de calibre 32" o 36", según sea la edad del Paciente paralelo a las caras palatinas de los molares, premolares (en el caso de que existan) y hasta la cara distal del canino para realizar en ese lugar una marca.

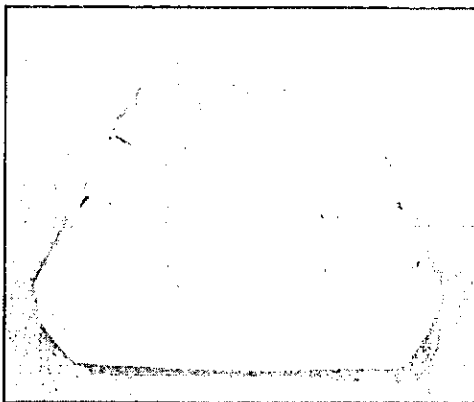
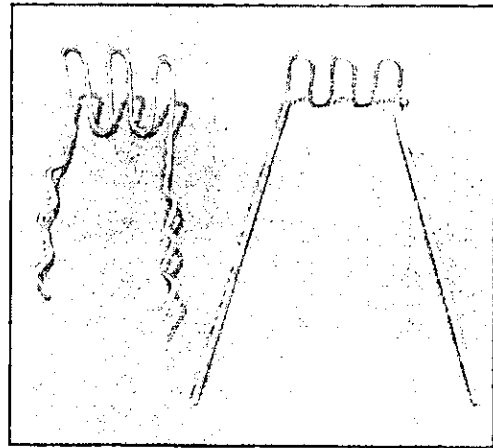
3. Sujete una pinza tipo pico de pájaro, colocando el dedo índice entre ambos mangos, y llévela donde esta la marca, con la punta cónica dirigida hacia abajo realizar un doblé a 90° sobre esta punta apoyándose con los dedos índice y pulgar contrarios a los que sujetan la pinza.





4. Deslice la pinza sobre este doblez a 7mm aproximadamente, dependiendo de la altura que exista entre el paladar y el piso de la boca para que el alambre en forma de rejilla, cubra este espacio sin lesionar el piso de la boca; una vez obtenida la altura, se procede a realizar un segundo doblez en el alambre a 90° sobre la punta cónica de la pinza para obtener una ansa simple en forma de "U".

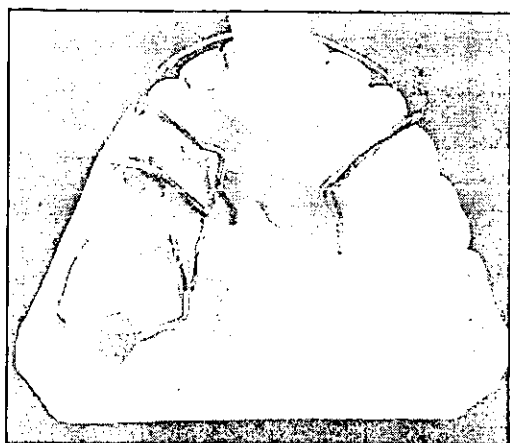
5. Realice dos ansas más homónimas a la primera, de tal manera que cubran la distancia que hay de un canino a otro, a diferencia de la trampa para dedo que tiene sus ansas mas cortas.



6. Verifique la altura y dirija la porción de alambre remanente hacia las caras palatinas del primer molar, del mismo lado y efectúe un zig-zag en la parte terminal del alambre en ambos lados.

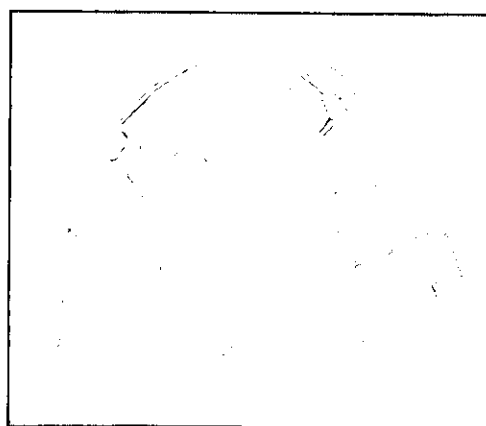


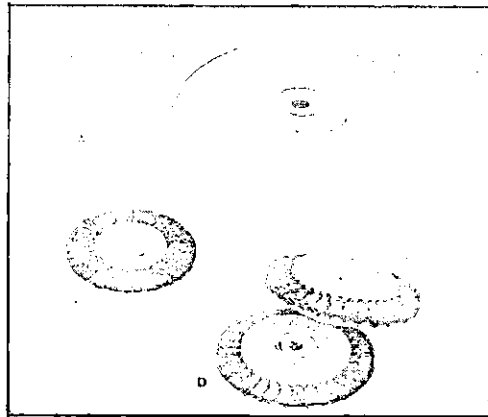
7. Una vez fijados los ganchos y el arco Hawley con cera, previo al acrílico, se coloca un medio separador, para evitar la unión de este con el yeso,



8. Obtenida la fijación de estos se procede a espolvorear el monómero sobre toda la superficie del paladar y por medio de un gotero se coloca el polímero para realizar la mezcla del acrílico y obtener una consistencia filamentosa, después se embebe la trampa lingual fijándola firmemente con los dedos y con la otra mano se seguirá colocando el polímero para obtener un acrílico brillante y un exitoso pulido.

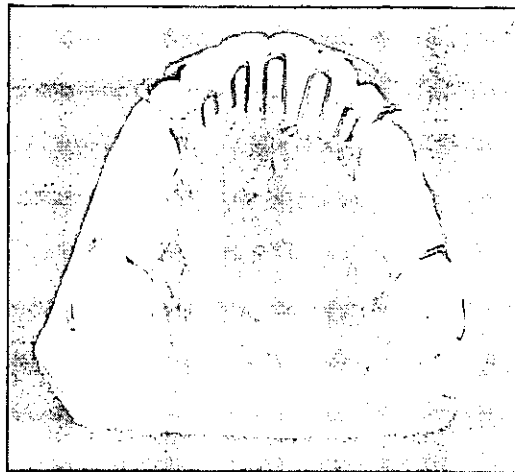
9. Ya que el acrílico ha polimerizado, se retira del modelo con ayuda de una espátula para recortar y contornear con una piedra rosa colocada en una pieza de mano a baja velocidad.





A. mandril, B. Manta, C. Cepillo para mandril, D, E. Cepillos para motor.

10. El último paso es el pulido, se realizará con medios especiales para pulir acrílico, primero se eliminar todas las impurezas (pule-acríl) y después se obtiene el brillo deseado con una manta girando a cierta velocidad y un polvo especial (blanco de España).





CONCLUSIONES.

Dentro de los aspectos más importantes que se plantean en este trabajo, se concluye lo siguiente:

- ❖ Una vez realizada exhaustivamente la revisión de la bibliografía fundamental, basada en los principios de odontopediatría y por vía Internet, se concluye que los hábitos bucales con frecuencia se detectan a corta edad y por lo tanto, es sumamente importante descubrir el origen tan pronto como se observen.
- ❖ La succión del pulgar, así como la práctica de otros hábitos, no se deben considerar como hechos aislados, ya que por lo general están asociados con una inestabilidad emocional.
- ❖ La causa generalizada y más real acerca de este tipo de problemas, son las desadaptaciones intrafamiliares y en estos casos juegan un papel muy importante los padres, ya que son ellos los que de alguna manera ejercen una influencia favorable o desfavorable sobre la personalidad del niño.
- ❖ El compromiso más importante que tiene el cirujano dentista ante este tipo de problemas bucales, es el tener los conocimientos necesarios para dar un diagnóstico veraz y el tratamiento adecuado, en caso de que esto no este a su alcance, deberá remitirlo al especialista.
- ❖ Es un deber del profesional, otorgar información a los padres y al niño acerca de los problemas, además proporcionarle un servicio inmediato y abordar los métodos existentes para su tratamiento.



PROPUESTAS.

- ❖ Dentro de la Facultad de Odontología, sería de gran apoyo realizar congresos que aborden estos temas que ya no son contemporáneos, además sería de gran utilidad si estos son asistidos por psicólogos y pediatras.
- ❖ Sería de mucha importancia que se aborden estos temas dentro del programa de Odontopediatría, ya que es muy importante conocer más acerca de la actitud de un niño desde el primer momento en que se está tratando.
- ❖ Al revisar la bibliografía y vía Internet, reconozco que estos temas fueron investigados, estudiados y comprobados hace mucho tiempo, es por ello que será de mucha importancia si son retomados y además aportar más novedades.
- ❖ En el momento de identificar cualquier tipo de hábito realizado por el niño, se recomienda que sea eliminado de forma inmediata y precisa, ya que los efectos que éste puede llegar a producir pueden ser graves.



BIBLIOGRAFÍA.

1. "Maloclusión of the teeth", Angle H. Eduard. Ed. Philadelphia 1907, ed. 7a.
2. "Principles of orthodontics", J. A. Salzmann, Philadelphia 1943.
3. "Odontopediatría clínica, diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades del niño y el estudiante." Sydney B. Finn. Ed. Bibliográfica, Argentina Buenos Aires 1957.
4. "Tratado de Odontopediatría", Walthe C. McBride, Argentina 1955.
5. "Ortodoncia Practica", G.M. Anderson. Ed. Mundi, primera edición. Buenos aires, argentina 1960.
6. "Manual de Ortodoncia", Robert E. Moyers. Ed. Panamericana, México 1992.
7. "Principios y practica de ortodoncia", J.A. Salzmann, Filadelfia 1957.
8. "Terapia oclusal en Odontopediatría", Edward M. Barnett. Ed. Panamericana, Buenos Aires Argentina 1978.
9. "Introducción a la Ortodoncia", A. Lundström. Ed. McGraw Hill, New York 1960.
10. "Manual de ortopedia funcional de los maxilares", Dr. Oscar José Quiroz Álvarez. Ed. Actualidades Médico Odontológica, primera edición México 1993.
11. "Atlas a color de Medicina Dental", Diagnostico Ortodóntico, Tomas Rakosi y Thomas M. Graber. Ed. Thieme New York 1993.
12. "Guía oclusal en Odontopediatría", Nakata Minoru. 1997.
13. "Odontopediatría, enfoque clínico", Göran Koch. Ed. Panamericana, Buenos Aires Argentina, 1994.
14. Ortodoncia, teoría y practica, Dr. Graber. Ed Interamericana, 3ª edición, México 1985.



15. "Odontología Pediátrica", J.R. Pinkham. Ed. Interamericana, México 1991.
16. "Ortopedia Maxilofacial Clínica y Aparatología", John W. Witzing. Ed. Salvat,
17. "Problemas bucodentales en pediatría", Margarita Varela Morales. Ed. Ergon, 1999.
18. "Ortopedia dentofacial", José A. Villavicencio. Ed. Actualidades médico-odontológicas, 1ª ed. 1997.
19. "Conceptos básicos en Odontopediatría", Universidad Central de Venezuela. Ed Disinlimed, C.A. 1995.

REVISTAS.

- A-1. "Journal of Dentistry for children", Bayardo, Orozco, Mejía, Montoya. Etiology of oral habits. September- October 1996;63 (5):350-3
- A-2. "Journal of Oral Rehabilitation", Winocur, Gavish, Halachmi, Bloom, Gazit, Generalized joint laxity and its relation with oral habits an temporamandibular disorders in adolescent girls. Julio 2000, 27 (7): 614-22.
- A-3. "Journao of oral rehabilitation". Signs and symptoms association with oral habits", Winocur, gazit.Oct.2000; 322-31.
- A-4. "Review Saude Public", Bijella, Franco. The relationship between oral habits and maloclusión in preschool children; jun.34 (3): 299-303.