

01421
256



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DETECCION Y TRATAMIENTO DE HABITOS NOCIVOS
PARA LA SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS.
(ESTUDIO DE CASO EN LA F.O. U.N.A.M.)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :
KARLA IBETH PEÑA ORTIZ



MEXICO, D. F.

DIRECTORA: C.D. LEONOR OCHOA GARCIA.
ASESORES: C.D. J. GUILLERMO OROPEZA SOSA.
C.D. ADRIANA M. SAISHIO ORTIZ.
C.D. SAUL DUFOO OLVERA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003



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 mis Padres:

Guadalupe Ortiz y Arturo Peña.

Por todo el apoyo y dedicación que me han brindado siempre; así como las ganas de seguir adelante. Los quiero mucho.

A mis Hermanos:

Fernando, Adriana, Gaby y Oswaldo.

Por toda su ayuda y su cariño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Abimael Mexía:

Por su apoyo, "paciencia", por estar a mi lado siempre, y sobre todo por su gran amor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Karla Ibeth Peña Ortiz

FECHA: 25-Abril-03

FIRMA: Peña Ortiz Karla I.

A la C.D. Leonor Ochoa, C.D. Guillermo
Oropeza, C.D. Adriana Saishio,
C.D. Saul Dufoo:

Por sus enseñanzas, paciencia y esfuerzo
para la realización de este Tesina.

A la Universidad Nacional
Autónoma De México y a la
Facultad de Odontología:

Por darme las bases y contribuir
a mi desarrollo profesional.

A mis profesores por brindarme sus
conocimientos, muchas gracias.

Y un especial Agradecimiento a toads
aquellas personas que creyeron y
confiaron en mí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INDICE

INTRODUCCIÓN

1.- ANTECEDENTES	1
2.- MARCO TEÓRICO	2
2.1.- Aspectos Históricos.	2
2.2.- Definición de hábitos.	3
2.3.- Clasificación de hábitos.	4
2.4.- Descripción de hábitos.	5
2.4.1.- Succión de dedo.	6
2.4.2.- Biberón y chupete.	11
2.4.3.- Proyección lingual.	13
2.4.4.- Labiales (lamedura, mordedura, apretamiento).	17
2.4.5.- Respiración bucal.	19
2.4.6.- Onicofagia.	22
2.4.7.- Bruxismo.	24
2.4.8.- Automutilación o Masoquistas.	26
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
4.- JUSTIFICACIÓN	28
5- HIPÓTESIS	29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



6.- OBJETIVOS	29
6.1.- General.	
6.2.- Específicos.	
7.- MATERIAL Y MÉTODO	30
7.1.- Diseño de estudio.	30
7.2.- Muestra.	30
7.3.- Criterios de Inclusión.	30
7.4.- Recursos.	30
7.5.- Metodología.	31
8.- RESULTADOS	33
9.- DISCUSIÓN	37
10.- CONCLUSIÓN	38
11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
12.- ANEXO – HISTORIA CLÍNICA	42

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



INTRODUCCIÓN

Es de gran importancia para el odontólogo, tener conocimiento acerca de los hábitos bucodentales que presentan los niños; los cuales son actos adquiridos que reflejan en algunas ocasiones inseguridad, una forma de llamar la atención, ó simplemente un deseo de satisfacción.

Muchos de los hábitos se tienen que tratar de manera psicológica ya que muchas veces el niño realiza el hábito de manera consciente e inconsciente.

Cabe mencionar que tanto el Odontólogo, como el Psicólogo y el Pediatra deben tener una comunicación para mantener un control, acerca de estos hábitos y poder dar un tratamiento adecuado e integral.

Los hábitos que no son detectados a edad temprana, son los que nos van a originar maloclusiones, alteraciones estéticas y algunos problemas de fonación.

Los hábitos descritos en este trabajo son los que tienen una mayor prevalencia, en trabajos publicados a los que tuve acceso..., así como el tratamiento más indicado para cada uno de ellos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



1.- ANTECEDENTES

En el año de 1997, se llevó a cabo un estudio en la Universidad de Texas en donde se encontró que los bebés que fueron amamantados por más de 14 meses de edad, tenían mayor probabilidad de presentar hábito de biberón, en comparación con los que se amamantaron menos de 14 meses.¹

En Tokio, Japón en el año de 1999, se realiza un estudio en donde se describe que el tipo de respiración, ya sea oral o nasal; va a depender de la posición que se encuentre la lengua, originando así un hábito de lengua.²

Otro estudio en el año de 1997, Peter Ngan, junto con otros especialistas discuten acerca de los problemas que trae consigo, la succión del dedo pulgar, hábito de labio, proyección lingual y obstrucción nasal causando una mordida abierta anterior logrando así dar un adecuado tratamiento.

Johnson and Larson describen en este artículo que el tratamiento consiste en tener un control acerca de estos hábitos, creando conciencia en los niños ó utilizando aparatos de expansión en la maxila.³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ASPECTOS HISTÓRICOS.

En 1870, el médico Danés Meyer, señaló la respiración oral como un factor causante del desarrollo de la maloclusión; observó que los niños que respiraban por la boca solían presentar maxilares más estrechos.

En España, a principios de siglo, Subirana también citó la respiración bucal como factor etiológico de anomalías dentofaciales.

En 1988 Bloch propone la teoría del excavamiento en donde considera que el aumento de la presión intraoral impide el normal descenso del paladar con el crecimiento.⁴

Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados como:

- 1) útiles.- son funciones normales, como la posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, y el uso normal de los labios para hablar.
- 2) dañinos.- son todos aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios y chuparse los pulgares.⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



2.2.- HÁBITO (definiciones).

Es una constante repetición de un acto que se puede realizar de manera consciente e inconsciente.

El hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. Thompson.

Es la manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan como resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos. Langford.

Un componente automatizado consciente del hombre que se elabora dentro del proceso de su ejecución .S.L. Rubinstein. ⁶

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

La mayoría de los hábitos se asocia a malposiciones dentarias. La gravedad del desplazamiento de los dientes depende generalmente de:

Intensidad, duración y frecuencia con que se realiza.

El niño recién nacido se alimenta por succión, pero en los períodos interalimentarios también succiona interponiendo entre las encías algún objeto, como puede ser el chupete, un dedo, el labio inferior o la sábana. ⁴



2.3.- CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS.

Podemos clasificar los hábitos de dos formas:

- Hábitos bucales no compulsivos.

Son aquellos que se pueden abandonar fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar y ser responsables. Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. Estos hábitos se logran mediante halagos y en algunas ocasiones con amenaza de castigo por parte de sus padres.

- Hábitos bucales compulsivos.

Cuando se ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por situaciones ocurridas en su mundo. Tiende a sufrir mayor ansiedad, cuando se trata de corregir ese hábito. Estos hábitos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada.⁷

El niño realiza el hábito como válvula de escape para soportar las presiones emocionales cuando estas se vuelven demasiado difíciles por lo que el niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir el hábito. Se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.



Los aparatos correctores de hábitos bucales están indicados solamente cuando puede determinarse que el niño desea interrumpir el hábito y solo necesita un recordatorio para poder realizar el esfuerzo. ⁸

2.4.- DESCRIPCIÓN DE HÁBITOS.

- SUCCIÓN DE DEDO
- BIBERÓN Y CHUPETE.
- RESPIRACION BUCAL.
- LABIALES (lamedura, mordedura, apretamiento.)
- PROYECCIÓN LINGUAL.
- ONICOFAGIA.
- BRUXISMO (céntrica y excéntrica).
- AUTOMUTILACIÓN O MASOQUISTAS.



2.4.1.- SUCCIÓN DE DEDO.

En un hábito de succión digital las alteraciones ocasionadas a nivel oral dependen de:

- Intensidad.- es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión.
- Duración.- es la cantidad de tiempo que se dedica a la succión de un dedo.
- Frecuencia.- es el número de veces que se realiza el hábito durante el día.⁸

La succión puede iniciarse alrededor de la semana 29ª de vida intrauterina, y en algunos casos continúa hasta los 3 ó 4 años de edad. Es una conducta compleja que satisface un deseo, da sensación de bienestar y es necesaria para la vida del recién nacido. La succión prolongada después de la infancia y la niñez temprana es indicativa de problemas emocionales, como la llegada de un hermano, problemas de relación intrafamiliar, etc.

Una de las causas de este hábito es el cambio del pezón al biberón y esta gran desadaptación puede compensarla con la succión del dedo o el chupón. Se pueden chupar cualquier dedo, pero el más frecuente es la succión del pulgar.

En la interpretación del hábito de succión analizaremos la teoría del aprendizaje; en donde establece que:

- El hábito es aprendido y se rige por las leyes de aprendizaje.
- Si este hábito es impedido, el niño no lo hace.



- Se inicia por que el niño toca los carrillos con sus dedos y luego encuentra la boca. La succión va asociada a la alimentación y es gratificante.
- El hábito desaparece más fácilmente por condicionamiento aversivo que produce más castigo que placer, Ej. aparatos ortodóncicos.⁶

Este hábito puede llegar a producir maloclusión, mordida abierta anterior, colapso maxilar.

La maloclusión puede ser un problema ligado al tiempo, que es eliminado por sí solo con la maduración del desarrollo.⁵

El chupeteo prolongado permite que las fuerzas musculares deformantes creen una maloclusión permanente.

Estas fuerzas son las que originan mordida cruzada unilateral y bilateral, existe la posibilidad de un crecimiento inadecuado a lo ancho en el maxilar debido a una posición de la lengua baja y fuerzas anormales ejercidas sobre el maxilar por el músculo buccinador durante el chupeteo.⁹

El movimiento vestibulolingual de los incisivos depende de cómo coloca el paciente el pulgar o el índice en la boca. El pulgar lo coloca de tal modo que ejerce presión sobre la superficie palatina de los incisivos superiores y sobre vestibular de los inferiores.



El niño que succiona de modo activo puede ejercer fuerza suficiente para inclinar los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores hacia lingual (Fig.1) el resultado es un aumento de la sobremordida horizontal ó mordida abierta anterior.



Fig. 1 Nótese la fuerza que ejerce el dedo sobre los dientes.

En el colapso de la arcada superior existe un cambio entre la musculatura bucal y la lengua, los músculos orbiculares de los labios y el buccinador siguen aplicando fuerza sobre las superficies de arcada superior, como la lengua deja de ejercer fuerza compensatoria desde lingual, el arco superior posterior sufre colapso en una mordida cruzada.

En casos de colapso maxilar bilateral, se necesita hacer una expansión para corregir la mordida cruzada y la desviación lateral. El tratamiento de una mordida cruzada posterior en niños consiste en:

- 1) ajuste oclusal para eliminar la desviación mandibular.
- 2) expansión del arco superior estrecho.
- 3) reubicación de dientes específicos para corregir la alineación dentro de la arcada.



El tratamiento suele efectuarse entre los cuatro y seis años de edad. Primer paso es hablándole al niño y explicarle el porqué no debe de chuparse el dedo, si con esta técnica el niño no entiende; entonces nos basaremos en recordatorios como son: colocar una tela adhesiva alrededor del dedo, uso de gel con sabor desagradable. Otro recurso es que deje de chuparse el dedo y obtendrá una recompensa.

La mayoría de los aparatos intrabucales fabricados por el odontólogo y colocados con o sin permiso del niño, son considerados como aparatos de castigo y a veces pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier alteración dental producida por el hábito.

En la mayoría de los niños estos aparatos sirven para añadir un complejo de culpabilidad al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un niño nervioso.⁷

Si el hábito persiste después de estos intentos y el niño en verdad desea eliminar el hábito será necesario el uso de aparatos ortodóncicos interceptivos como la trampa palatina para interrumpir el hábito digital.

A medida que pasa el tiempo el niño se va preparando psicológicamente para dejar el hábito y es en este momento cuando debe recurrirse al uso de aparatos, si es necesario; los aparatos servirán únicamente de recordatorio, mientras el niño está durmiendo, debido a que durante el sueño es más difícil el control de la succión.



Es equivocado colocar cualquier aparato como primer paso del tratamiento, ya que la adaptación probablemente será muy difícil. ⁶

Cuando ya se encuentre muy avanzado el hábito será necesario utilizar aparatos correctivos como el quad hélix o trampa de espolones. El tiempo aproximado del uso del aparato es de 6 meses. ⁹

El fracaso de los intentos para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. ⁵



2.4.2.- BIBERÓN Y CHUPETE.

Cuando no es posible implantar o mantener el amamantamiento natural, la alimentación será realizada o complementada con el biberón, ya que la succión es deferente entre una y otra. Con el biberón se puede facilitar el inicio de una respiración bucal.¹⁰

La tetilla artificial solo exige que el niño chupe, no tiene que ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar, existe un contacto con la membrana mucosa de los labios y la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador. La leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos de la lengua y los carrillos.⁵

Al succionar el seno materno ó el biberón, estimula el crecimiento de los maxilares y de la musculatura facial.⁶

Los chupetes llamados anatómicos (ortodondicos u ortopédicos) fueron desarrollados por Balters que los llamo ejercitadores. Estos por su configuración, tamaño y constitución minimizan en gran parte los efectos negativos del habito.¹⁰

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. El destete deberá ser pospuesto hasta el primer año de edad.

Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial, fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente.¹¹



El uso continuo del chupete está casi siempre asociado con la presencia de una mordida abierta anterior (Fig.2) y a menudo con una mordida cruzada posterior.⁴



Fig 2 Mordida abierta

Son similares a los cambios dentales del hábito de succión, es más fácil poner fin a los hábitos de chupete que a los digitales, porque bajo el control de los padres es posible suspender de manera gradual o para siempre el uso del chupete.⁸

La succión inadecuada del biberón, puede dar lugar a la succión del pulgar como una necesidad permanente de gratificación bucal.⁵

Para el tratamiento se recomienda un dispositivo Hawley con tornillo de expansión para inclinar los incisivos superiores hacia el paladar. El uso de este aparato es aproximadamente de 3 a 4 meses.



2.4.3.- PROYECCIÓN LINGUAL.

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en profusión se observan a menudo hábitos de empuje lingual.⁶

Una mordida abierta anterior permite que la lengua vaya hacia delante cada vez que el paciente deglute.⁵

El efecto de un patrón de deglución desviado (también llamado deglución aberrante ó proyección lingual) puede tener un efecto pronunciado sobre los dientes anteriores recientemente erupcionados.

Straub describió como acto normal de deglución aquel en el cual los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso. La deglución se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar. La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro y lo dientes ocluidos.

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

En la figura 3(A) La deglución normal, los incisivos entran en contacto momentáneamente cuando la punta de la lengua toca la papila interdientaria lingual de la arcada superior. El dorso de la lengua se aproxima al paladar durante el acto de la deglución, los labios se encuentran unidos íntimamente.



(B) los dientes se encuentran a menudo separado, la lengua se desplaza hacia adelante hasta el espacio de la sobremordida horizontal excesiva, y el dorso de la lengua se aleja de la bóveda palatina.

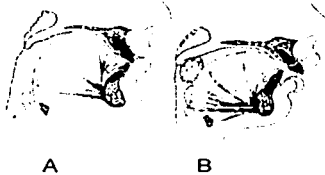


Fig. 3 Deglución normal y anormal.

Si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras el resultado final será un cambio en la posición y relación de los dientes en el hábito normal de deglución, en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares.



Fig. 4 Empuje lingual contra los dientes anteriores.



La lengua es proyectada hacia delante entre los dientes, después los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. (Fig.4)

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

Las degluciones con la lengua adelantada pueden ser etiología de maloclusión y son de dos tipos:

- Deglución con empuje lingual simple; esta asociada a una historia de succión digital aún cuando el hábito puede ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.
- Deglución con empuje lingual complejo; esta asociada con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal o faringitis.

La proyección lingual sugiere que el hábito puede conservar una mordida abierta pero no crearla. (fig.5)

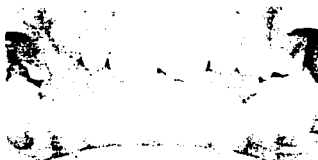


Fig. 5 Presencia de mordida abierta.



Anderson; afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos.⁵

Para el tratamiento se sugiere al niño que coloque un dulce en la parte palatina correspondiente a la región de los incisivos centrales pero lejos de los dientes y retener el dulce con la punta de la lengua, debe de mantenerse en esa posición durante el ejercicio de la deglución de la saliva.

Si con estos ejercicios el niño no puede colocar la lengua en su posición normal entonces será necesario colocar una trampa de lengua. (Fig.6 y 7)



Fig. 6 Trampa de lengua.

Ya que obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás cambiando su forma durante la posición postural de descanso.¹¹

Es importante considerar el tamaño de la lengua sobre la dentición se observa en dos casos: un paciente con aglosia congénita, y el otro con macroglosia.

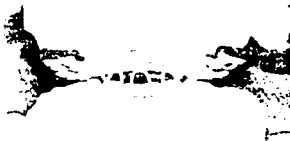


Fig. 7 Trampa lingual, sobre modelo de yeso.



2.4.4.- LABIALES.

Los hábitos labiales se producen como reacción ante la erupción ectópica de los incisivos superiores. Por lo general, el labio inferior es el que se encuentra implicado.

Existen varios tipos de hábitos labiales:

- Lamedura y succión.- sus características es enrojecimiento, inflamación y resequedad de los labios y tejidos peribucales que se presentan sobre todo en la época de frío. El tratamiento suele ser paliativo, y se limita a la humectación de los labios
- Mordedura: puede hacer que persista una maloclusión ya existente, si el niño continúa ejerciendo con suficiente intensidad, frecuencia y duración.

En algunos casos aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel debajo del labio inferior, pueden ser notados.

En la succión de labios, el labio inferior se coloca por detrás de los incisivos superiores, aplicándose así una fuerza con dirección lingual sobre los dientes inferiores y otra vestibular sobre los superiores, ocasionando un aumento en la sobremordida horizontal.⁵ (Fig. 8)

El niño tiende a morder el labio como liberación de exceso de energía debido a una tensión. Este hábito se encuentra asociado con el hábito de succión de dedo, es decir, con el aumento de la sobremordida horizontal, se le dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución oral.¹⁰



El tratamiento, consiste en sugerirle al paciente ejercicios labiales como: la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. El ejercicio deberá realizarse de 15 a 30 min. diario.



Fig. 8 Succión del labio inferior.

Tocar instrumentos musicales bucales, ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.⁶

Un método eficaz para controlar este hábito es un aparato labial para interceptar el labio. (Fig.9) Se coloca aproximadamente de 3 a 6 meses en boca.



Fig. 9 aparato labial



2.4.5.- RESPIRACIÓN BUCAL.

El recién nacido normalmente pone en marcha su sistema respiratorio a través de las fosas nasales. Sin embargo, existen distintas características que ocasionan que el niño comience a respirar por la boca.

Cuando el bebe sufre un resfrío, es obvio que se produce la obstrucción de las vías aéreas superiores, y comienza a respirar por la boca, es decir, no existirá la estimulación de las terminaciones neurales de la mucosa nasal, lo que significa también el cese de los estímulos de desarrollo del tercio medio de la cara. Después de que el niño sana se pueden presentar dos situaciones:

- Que recupere su respiración nasal y se reinstalan los estímulos.
- Continúa respirando por la boca, al haber encontrado un camino más fácil, pero cabe señalar que esto anula las vías de información y las respuestas del desarrollo.
- La lactancia materna refuerza los estímulos para la respiración nasal.
- El cierre labial correcto es importante durante toda la vida, y especialmente en los periodos iniciales de crecimiento.

La vía nasofaríngea puede verse afectada por desviaciones del tabique nasal, adenoides, y otras afecciones agudas o crónicas que obligan al niño a usar la cavidad bucal como vía accesoria para la inspiración de aire.¹¹

En los niños, es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

1) por obstrucción; son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal.



-
- 2) Por hábito; como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obligaba a hacerlo.
 - 3) Por anatomía; es cuando el labio superior se encuentra corto y no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Frecuentemente, se observa respiración obstructiva por la boca en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos.

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

- 1) Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
- 2) Tabique nasal desviado con bloqueo del conducto nasal, y
- 3) Adenoides agrandados. Como el tejido adenoidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplástico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa. Sin embargo, respirar por la boca puede corregirse por sí solo al crecer el niño, durante el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.



Un aparato eficaz que obliga al niño a respirar por la nariz es un protector bucal que bloquee el paso del aire por la boca y fuerze la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

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

El tratamiento de las adenoides hipertrofiadas es extremadamente controvertido. La mayoría de los médicos no ordenan adenoicectomía debido a que estos tejidos actúan como un importante mecanismo de defensa del cuerpo.⁷



2.4.6.- ONICOFAGIA.

La palabra onicofagia proviene del griego *onyx* – uña y *phagein* comer, es decir; se define como el hábito de comer o morderse las uñas.

Es un hábito que comienza en la infancia y continúa en la edad adulta si no se logra controlarlo.

Su etiología se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad acompañada de cierto grado de tensión y ansiedad. Es por eso que a estos niños se les considera difíciles ó nerviosos. Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, aunque ocasiona una preocupación para los padres de niños o adolescentes.

No existe un indicio de que morderse las uñas pueda ocasionar cambios en las estructuras bucales o producir maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso masticatorio. ⁸ Sin embargo, llega a ocasionar un desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, ya que son dientes de enorme repercusión en la apariencia de la sonrisa. (Fig. 10)

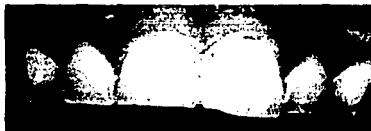


Fig. 10 abrasión de incisivos centrales superiores
por el mordisqueo continuo de uñas.



Así mismo se encuentra involucrada la estética de las manos por la presencia de uñas escasas e irregulares. ¹²

Hasta este momento no se ha establecido detalladamente el tratamiento adecuado para este tipo de hábito, pero en primer lugar es importante hablar con el niño acerca del problema y explicarle las consecuencias que esto ocasiona, siempre debemos de tener paciencia y tolerancia, si nos damos cuenta de que no hizo el intento por dejarlo, entonces será conveniente usar productos especiales para proteger las uñas (endurecedores),

Si esto no resulta será necesario hablar con el psiquiatra y tratar de arreglar este problema; si no se llega a un acuerdo es recomendable realizar una férula parcial que abarque premolares y primer molar superior, para el levantamiento de la mordida y cuando el niño quiera morderse las uñas, no podrá realizarlo. ¹¹

Cabe mencionar que cuando el niño crece, las uñas pueden ser sustituidos por otros objetos como lápices, palillos, cigarros ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes. ⁸



2.4.7.- BRUXISMO.

Es un hábito de movimiento mandibular y rechinar de los dientes no funcional, consciente e inconsciente que se realiza mientras el niño duerme, aunque en algunos niños se observa durante el día.⁸ El niño puede producir atrición considerable de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias en la articulación.⁹

Es también conocido como bricomanía.

En la etiología del bruxismo consideramos:

- Tensión muscular excesiva
- Factores emocionales.
- Contactos oclusales prematuros.

Hasta este momento no se sabe a ciencia cierta cual es el factor primario o el más importante.⁸

Existen dos tipos de bruxismo:

- Céntrico: son los llamados apretadores, se presenta durante el día, existe un área de desgaste limitada a la cara oclusal y existe mayor afectación muscular.
- Excéntrico: se presenta el rechinar durante la noche, sus áreas de desgaste sobrepasan las caras oclusales y existen manifestaciones en la musculatura.



La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechamamiento, ya que este hábito ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, cabe mencionar que los niños pueden presentar otros hábitos como succión digital u onicofagia. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

Otro factor importante son las restauraciones altas, dientes en mal posición, puntos de contacto prematuros, una corona mal colocada o algún factor dental irritante.

La teoría psicológica, dice que el bruxismo es la manifestación de un trastorno de la personalidad o de estrés elevado.

El tratamiento se deben reconocer interferencias oclusales y ajustarlas de ser necesario, si no se localizan es necesario elaborar una guarda oclusal, para ser utilizada por las noches para tratar de eliminar el hábito y que en un futuro no cause más daño.

En raros casos el desgaste oclusal es tan grande que requiere coronas de acero inoxidable para prevenir la exposición pulpar o eliminar la sensibilidad dentaria.

El bruxismo puede afectar a personas de todas las edades, sobre todo en nuestra sociedad tan compleja y susceptible a diversas formas de estrés.¹⁰



2.4.8.- AUTOMUTILACION O MASOQUISTAS.

Ocasionalmente, se encontrará un niño con hábitos de naturaleza masoquista.

Son actos repetitivos que producen daño físico al sujeto. Es un comportamiento aprendido que va a atraer siempre la atención.⁴

Es probable que se produzcan automutilaciones con mayor frecuencia que las que se reconocen, pues algunos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo, por lo tanto, las lesiones autoflingidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente.⁵

Algunas de las manifestaciones frecuentes son la mordedura labial, lingual. Y de la mucosa bucal.⁴ El odontólogo debe de tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe de enfrentar el problema como lo hace en cualquier otro hábito.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar las mutilaciones, ya que es una escapatoria a la realidad.⁵ Desde el punto de vista psicológico se debe considerar anormal a cualquier niño que con premeditación se cause dolor o daño, por lo que si se detecta, debe remitirse a evaluación y tratamiento psicológico.⁴

En la literatura se menciona el caso de un paciente niño que utilizaba el dedo para rasgar el tejido gingival de la superficie labial de un canino inferior. El hábito había privado al canino del tejido gingival marginal exponiendo al hueso alveolar. El tratamiento en este caso fue de ayuda psiquiátrica inminentemente.⁶



3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante conocer el comportamiento del niño durante su proceso de crecimiento, cabe señalar que algunos niños pasan la mayor parte del tiempo solos y no se encuentra una persona que los vigile y les diga lo que no se debe de hacer como estar succionando el dedo, introduciendo objetos en su boca mientras ve la T.V.

Al detectar los diferentes hábitos bucodentales, estudiaremos, las causas que lo ocasionan así como el tratamiento correspondiente para cada uno de ellos.



4.- JUSTIFICACIÓN

Este estudio nos ayudará a conocer los hábitos nocivos presentes en boca para evitar problemas de maloclusiones y craneofaciales, cuando el niño llegue a tener completa la dentición permanente.

Además en este estudio nos ayudará a crear conciencia acerca del comportamiento del niño para ayudarlo a cambiar su conducta dependiendo del hábito que presenta.

Debemos de tener en cuenta que no todos los niños piensan de la misma manera, habrá algunos que hablándoles del problema que causa cierto hábito lo dejen pero, habrá otros en los que será necesario corregir el hábito con aparatología adecuada.

Actualmente encontramos que a mayor número de maloclusiones, será mayor el número de tratamientos ortodóncicos.



5.- HIPÓTESIS

Si los padres e hijos tienen un conocimiento oportuno acerca de los hábitos bucodentales los problemas ortodóncicos disminuirán.

6.- OBJETIVOS

6.1.- Objetivo General.

- Detectar las posibles causas que generan los hábitos y plantear el tratamiento correspondiente para los distintos hábitos que afectan a la salud bucodental en los niños.

6.2.- Objetivos específicos.

- Diagnosticar las alteraciones en etapas tempranas que lleguen a causar anomalía en la oclusión dental.
- Elevar el nivel de conocimientos de las distintas etapas del crecimiento, desarrollo y maduración normal del niño.
- En edad temprana identificar los factores causales para lograr que el organismo compense funcionalmente las estructuras bucales, neurológicas y psicológicas que fuerón desequilibrados por los diferentes hábitos
- Generar información específica de los problemas oclusales que causan los hábitos, y con la ayuda de los padres lograr la prevención.



7.- MATERIAL Y MÉTODO

7.1.- Diseño de estudio.

El diseño de estudio es descriptivo, transversal y prospectivo.

7.2.- Muestra.

El tamaño de la muestra es de 60 niños entre 3 y 11 años de edad. Las muestras fueron obtenidas en la clínica Periférica Las Aguilas y en la clínica de Odontopediatría de Postgrado de Odontología de la UNAM. Las fechas en que se llevó a cabo este estudio fué del 3 al 14 de Marzo de 2003.

7.3.- Criterios de inclusión.

Niños de 3 a 11 años de las clínicas periféricas que quisieron participar en este estudio.

7.4.- Recursos.

Materiales:

En el estudio se necesitó de hojas para realizar las historias clínicas, fotocopiadora, lápiz, espejos bucales del número 5 planos, cubrebocas, guantes, programas de computadora como Word, Power Point, Excell, para vaciar los resultados obtenidos.





Humanos:

Colaboraron conmigo para el estudio, Tutor C.D. Leonor Ochoa García, Asesores C.D. José G. Oropeza Sosa, C.D. Adriana M. Saishio Ortiz, C.D. Saúl Dufoo Olvera y la Pasante de C.D. Karla I. Peña Ortiz.

Financieros:

Aproximadamente en toda la realización de esta Tesina, incluyendo el empastado de estas, fue de \$5,000.00 a \$6,000.00.

7.5.- Metodología.

Se pidió autorización por medio de una carta dirigida al Jefe de Enseñanza de la Clínica Periférica y a la Clínica de Postgrado de Odontopediatria de la UNAM.

Se elaboraron Historias Clínicas en las cuales se les pregunto a los padres acerca de los diferentes hábitos que adquirieron sus hijos.

Se realiza un estudio piloto para validar la Historia Clínica.

Cuando se entrevistó en las clínicas se les informó a los padres acerca del estudio a realizar y si estaban de acuerdo en resolver el cuestionario para después explorar a sus hijos.

Una vez contestada la Historia Clínica entramos a la clínica para realizar el examen intraoral en los niños; utilizamos guantes, un espejo bucal, lámpara de la unidad y comenzamos a explorarlos de la siguiente manera:

Les pedimos a los niños que mostraran los dientes en oclusión normal para observarla y determinar a que clase de maloclusión pertenecen, y poder asociarla con algún posible hábito.



Les pedimos que pasaran saliva para observar si la lengua se apoya entre los dientes anteriores. También se les pregunto a los niños que si tienen algún hábito como chupar la cobija, el dedo, labio o se muerden las uñas, y el porqué lo hacían. Se anotó en seguida en la Historia Clínica.

Posteriormente se habló con los padres y se les otorgó información del porqué de esos hábitos y la forma de tratar de corregirlos.

Se ordenaron las historias clínicas de acuerdo al número de folio, se vaciarón los resultados a la computadora en el programa de Excell para elaborar tablas y gráficas.



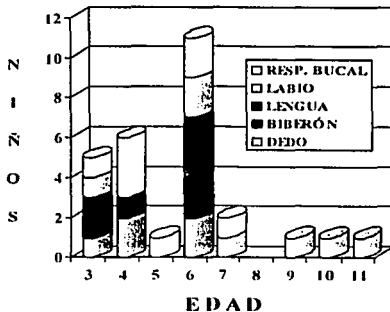
8.- RESULTADOS

Estos son los resultados que encontré en las Historias Clínicas que realicé a los niños de 3 a 11 años de edad.

TABLA 1.

FRECUENCIA DE HÁBITOS POR EDAD.

HÁBITO	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Dedo	1	2		2					
Biberón	2	1		2					
Lengua				2					
Labio	1			2	1		1	1	1
Resp.bucal	1	3	1	2	1				



Los niños de 6 años de edad son los que presentan la mayor cantidad de los hábitos descritos anteriormente.



Tabla 2. continuación

FRECUENCIA DE HÁBITOS POR EDAD.

HÁBITO	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Uñas		1	1	3		1	2	3	2
Bruxismo				1				1	
Cobija	1				2		2	1	
Apretamiento	1	1	1			1	2	1	1
Sin hábito			1	1	1				

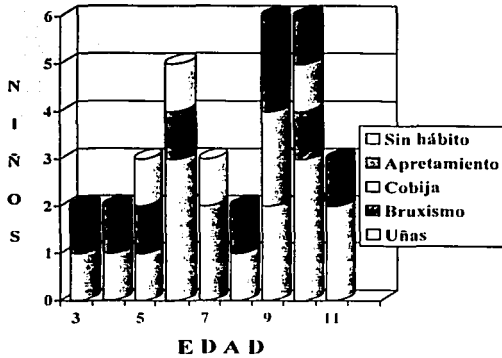
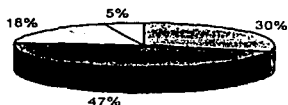




Tabla 3.

FRECUENCIA DE HÁBITOS BUCALES

	1 HABITO	2 HÁBITOS	3 HÁBITOS Y +	SIN HABITO
NIÑOS	18	28	11	3



- 1 HÁBITO
- 2 HÁBITOS
- 3 HÁBITOS Y +
- SIN HÁBITO

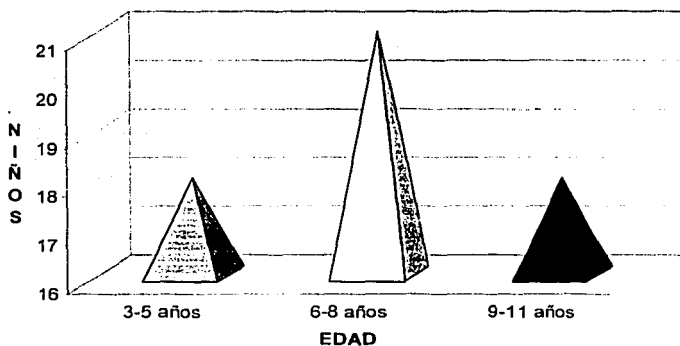
En esta gráfica se demuestra que existe un mayor porcentaje de los niños que presentan más de dos hábitos. Esto es porque en la mayoría de los casos los niños que se chupan el dedo y tienden a una mordida abierta anterior van a provocar el hábito de lengua.



Tabla 4.

Grupos de niños conforme a la edad.

EDAD	NIÑOS
3-5 años	18
6-8 años	21
9-11 años	18



En esta gráfica se agruparon a los niños conforme a la edad; para darnos cuenta quienes son los que presentan más hábitos, y encontramos que en primer lugar se encuentran niños de 6-8 años. Esto es porque el niño se encuentra en edad escolar y de una u otra forma se siente inseguro.



9.- DISCUSIÓN

Los resultados ya mencionados nos demuestran, que tanto existe la detección temprana de estos hábitos, a continuación realizaremos una sencilla discusión.

Popovitch, en un estudio realizado en Burlingtons, informó que el 52% de 689 niños de 3 a 12 años de edad presentaban maloclusión atribuida a los hábitos dentales. Sin embargo en mi estudio encontré que el 31.67% de 60 niños presentaban maloclusión con respecto a hábitos.

Kjellgren, en un estudio de 167 chupadores de dedo, encontró que el 87% presentaba maloclusión. En la muestra con la que trabajé, de los 5 niños que tienen el hábito de dedo, solo 2 de ellos presentan maloclusión.

Anderson; con respecto a hábitos, encontró en un estudio que el 54.2% de los niños con hábitos de lengua, tenían antecedentes de chuparse los dedos. Yo observé que los niños que presentan hábito de lengua se debe a una sobremordida horizontal.

Otro estudio en donde comparan la lactancia natural con la lactancia artificial, al tener hábito de lengua el 83% fueron alimentados con biberón y solo el 17% de forma natural. Indicaron que existe mayor tendencia al hábito de lengua en el grupo alimentado artificialmente.



10.- CONCLUSIÓN

Sabemos que los hábitos bucodentales son actos que se pueden adquirir desde los primeros meses de edad.

No todos los hábitos van a ocasionar maloclusiones debido a que cada uno de ellos depende de la intensidad, duración y frecuencia con que se realicen estos.

Es importante saber que si existe la presencia de algún hábito en el niño y no llega más allá de los 6 años, que sabemos que es cuando comienza la dentición permanente, no hay riesgo de sufrir maloclusiones.

Por esta causa es importante que los padres aprendan a detectar algún hábito y llevar a los niños desde muy temprana edad con el Odontopediatra para que tanto él como los padres ayuden al niño a eliminar el hábito.

Cabe mencionar que algunos niños presentan algún hábito debido a que son inseguros, les falta cariño o lo hacen para llamar la atención, ya que la mayoría de los hábitos descritos en este trabajo; son reflejos de su comportamiento.

Debemos de tener en cuenta que el niño debe de poner todo de su parte, y darle importancia a su edad mental y a la adaptación con el medio ambiente para dar un diagnóstico adecuado, sin la cooperación de él o de sus padres, fracasaría totalmente el tratamiento.

Sugiero que para poder tener mayores datos y quizá hacer inferencia: se hagan estudios de seguimiento, en población abierta y con una muestra más grande.



11.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Carolina Febres, DDS, et al. Parenteral awareness, habits, and social factors and their relationship to baby bottle decay. American Academy of Pediatric Dentistry. 19:22-27,1997.
- 2.- Shige Ki Takahashi, DDS,etal. Efecct of changes in the breeathing mode and body position on tongue pressure with respiratory – relate oscillations. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1999; 115: 239-46.
- 3.- Peter Ngan, DMD, et al. Open bite: a review of etiology and management. American Academy of Pediaic Dentistry.19:91-98 1997.
- 4.- Canut, J., Ortodoncia clínica.
Edit., Salvat. Barcelona, España, 1989.
- 5.- Graber, T.M. Ortodoncia teoría y práctica. 3ra.ed. Edit., Mcgraw-Hill Interamericana., 1979
- 6.- Sogbe. Conceptos básicos en Odontología pediátrica.
Edit., Disinlimed, C.A., Caracas, Venezuela, 1996.
- 7.- FINN, Sidney B; Odontología Pediátrica. 4ta ed; Ed. Interamericana 1976
- 8.- Ralph E, McDonald, et al. Odontología pediátrica y el adolescente.
5ta ED., Edit., Médica Panamericana., Buenos Aires, 1990.



-
- 9.- Spiro J. Chaconas. Ortodoncia. Edit., Manual moderno., Sta. Fé de Bogota, 1982.
- 10.- Ohanián, María. Fundamentos y principios de la ortopedia dentomaxilofacial. 1ra. Ed., Edit, Latinoamérica, C.A. 2000
- 11.- Pinkham, J.R. Odontología pediátrica. 2da. Ed., Edit; Interamericana. Philadelphia, 1994.
- 12.- www.odontologia.online.com

Armitage, P. Et al. Estadística para la investigación biomédica. Edit. Doyma. Barcelona, 1992.

Canales, F. Metodología de la Investigación. Nueva edición. Edit. Limusa, 1990.

FOTOGRAFIAS.

- 1,4,5,8. Rakosi,Thomas, et al; Color Atlas of Dental Medicine. Orthodontic-Diagnosis. Edit,Thieme; New York,1993.
- 2,10.- www.odontologia.online.com.
- 6,7.- Spiro J Chaconas.Ortodoncia. Edit. Manual moderno., Sta. Fé de Bogotá, 1982.



ANEXO
HISTORIA CLÍNICA.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA.

Detección y tratamiento de hábitos nocivos para la salud bucodental en niños.

Folio. _____

Fecha. _____

Nombre del paciente: _____

Edad. _____ Lugar y fecha de nacimiento. _____

Dirección. _____

Teléfono. _____

¿Cuántos hermanos tiene? _____

Edades. _____

Escolaridad Máxima: Padre _____ Madre _____

1.-Prim. Terminada 2.-Prim. Incompleta 3.-Secundaria 4.-Bachillerato
5.-Técnico 6.-Licenciatura 7.-No estudió 8.-Otro _____

Ocupación: Padre _____ Madre _____

1.- Comerciante 2- Empleado 3.- Técnico 4.-Ama de casa 5.-Profesionista
6.-Obrero 7.-Jubilado 8.-Otro _____

¿Le dio alimentación materna a su hijo? Si No

¿Por cuanto tiempo? _____

¿Le dieron biberón? Si No ¿Hasta que edad? _____

¿Le ponían algún endulzante o saborizante a la leche? Si No

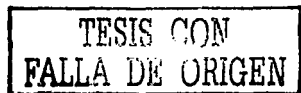
¿Cual? _____

¿Le daban chupón para que dejará de llorar? Si No

¿Su hijo se chupa el dedo? Si No

1.-Para dormir 2.- Viendo T. V. 3.- Durante el día

4.-Otros _____





¿Su hijo acostumbra chupar alguna cobija? Si No
 1.-durante el día 2.-en la noche 3.-otro momento _____

¿Se ha dado cuenta si su hijo duerme con la boca abierta? Si No

¿Se ha dado cuenta si ronca? Si No

¿Se chupa los labios? Si No ¿Se los muerde? Si No

¿Se los llega a lastimar? Si No Algunas veces

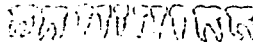
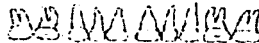
¿Ante que situación lo hace? _____

¿Cuando tiene una emoción de alegría o de coraje, rechina o aprieta los
 dientes? Si No

¿Se muerde las uñas? Si No

¿Se introduce algún objeto a la boca mientras ve la T. V.? Si No

¿Cual? _____



CLASE I _____ CLASE II _____ CLASE III _____

división 1 _____
 división 2 _____

Mordida abierta ant _____ post _____ der _____ izq _____
 Mordida cruzada ant _____ post _____ der _____ izq _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN