



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS COMO
FACTORES ETIOLÓGICOS DE
MALOCLUSIONES**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:
ELIZABETH GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA: C.D. ROSA EUGENIA VERA SERNA

MÉXICO, D.F.

2004

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Eugenia Vera Serna'.



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 ROSA E IGNACIO:

Por darme la vida además de su amor, apoyo, comprensión y confianza en todo momento.

GRACIAS.

A MI FAMILIA.

Por brindarme su apoyo y estar a mi lado.

A EDGAR RODRIGO:

Por ser una persona muy importante en mi vida y por su apoyo incondicional en todo momento. T.A.M.

A LA C.D. ROSA EUGENIA VERA SERNA:

Por brindarme la orientación y el tiempo necesario para dirigir éste trabajo.

A LA MTRA. MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ:

Por brindarme su apoyo en todo momento.

A LA C.D. FABIOLA SALVADOR TOLEDO Y AL C.D. JUAN CARLOS RODRIGUEZ AVILÉS:

Por toda su confianza, amistad y apoyo brindado en todo momento.

A MIS AMIGOS:

Edgar, Verónica, Eduardo, Angeles y Bibiana por su amistad y apoyo que me han brindado durante todo estos años.

A MIS AMIGAS:

Brenda, Sandra, Nelly y Noemí por su amistad en todos estos años de la licenciatura.

A todas aquellas personas que han estado conmigo en todo momento ya que gracias a ellas he aprendido algo de la vida.

A TODOS MUCHAS GRACIAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

1. Desarrollo de la dentición temporal y permanente.....	1
1.1 Generalidades.....	1
1.2 Características de la erupción en la dentición temporal.....	1
1.3 Características de la erupción en la dentición permanente.....	12
2. Maloclusiones.....	18
2.1 Antecedentes.....	18
2.2 Clasificación de Maloclusiones.....	19
3. Hábitos.....	31
3.1 Hábitos bucales.....	32
3.2 Hábitos bucales perniciosos.....	32
3.3 Clasificación de hábitos.....	33
Conclusiones.....	66
Bibliografía.....	70

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva preventiva es importante aumentar el conocimiento de aquellos factores ambientales que pueden modificar de forma más perjudicial el desarrollo normal e integral del individuo.

Existen factores externos que pueden afectar la situación de equilibrio en la que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas.

Los hábitos bucales beneficiosos o funcionales son una constante repetición de un acto, los cuales en ocasiones, algunos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, siendo así una parte importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal, como por ejemplo la masticación, deglución y respiración normal.

Los hábitos deformantes traen como consecuencia alteraciones de la oclusión si se mantienen por largos períodos. Otro efecto negativo de estos hábitos pueden ser los trastornos en el lenguaje y en el desarrollo físico y emocional del niño como por ejemplo la respiración bucal, queilofagia, onicofagia, empuje lingual, postura incorrecta y la succión del pulgar u otro dedo (succión digital) y uso de chupones y biberones después de los 3 años, pues antes de esta edad, estos últimos se consideran normales.

Una de las causas ambientales de maloclusión la constituyen los hábitos de larga duración que pueden alterar la función y equilibrio normales de dientes y maxilares.

La mayoría de las maloclusiones no tienen una causa específica conocida, sino que son variaciones más o menos acentuadas del crecimiento y desarrollo del individuo.

Sin embargo, algunos autores coinciden en señalar la necesidad de que, para prevenir, antes hay que conocer e identificar la etiología de las maloclusiones, en especial la influencia de los factores ambientales.

El presente texto, trata acerca de los aspectos generales de los hábitos bucales como uno de los factores etiológicos causantes de una maloclusión, abarcando en primer lugar el desarrollo de la dentición decidua y permanente así como sus características generales para dar un conocimiento de lo que es un desarrollo normal de las estructuras dentales; posteriormente se menciona la clasificación de las maloclusiones así como la descripción de los hábitos bucales perniciosos, permitiéndonos comprender con mayor facilidad las alteraciones que provocan dichos hábitos teniendo ya un conocimiento previo.

1. Desarrollo de la dentición temporal y permanente

1.1 Generalidades

El análisis de las denticiones decidua y permanente tiene por finalidad la observación de las diferentes características de los arcos, para establecer un diagnóstico y relacionarlos con las probables alteraciones presentes y futuras.

Para la realización de este análisis, se deben observar los siguientes aspectos;

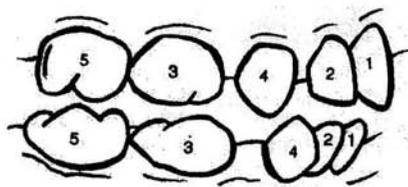
- La erupción dental.
- Forma de la oclusión decidua y permanente.
- Características propias de los arcos.

1.2 Características de erupción en la dentición temporal

“La erupción generalmente se inicia alrededor del sexto mes de vida con la erupción de los dientes centrales inferiores, que tienen lugar hasta el 12° mes con la erupción completa de los otros incisivos. Del 12° mes al 16° mes erupcionan los primeros molares, del 16° mes al 20° mes los caninos y , finalmente, del 20° mes al 30° mes se completa la erupción de los segundos molares, formándose así la dentición decidua”.¹

¹ Figueiredo Walter L.R, Ferelle A, Myaki I. Odontología para el Bebé. Editorial Amolca. Sao Paulo-Brasil. 2000. p. 35

La oclusión de la dentición temporal se forma a través de la erupción de los cuatro grupos dentales, los incisivos, primeros molares, caninos y segundos molares.



Secuencia más común en la erupción de la dentición temporal

La primera relación dental ocurre con la formación de la relación incisal, en el primer año de vida y con la aparición de dos componentes, Over- Jet y Over- Bite.

El Over- Jet o también llamado resalte incisivo. "Es la distancia entre la cara labial del incisivo central inferior y el borde incisal del incisivo superior, esta medida en su dirección es paralela al plano oclusal. Es positivo cuando el incisivo superior se encuentra por delante del inferior"². Se pueden observar las alteraciones en sentido antero-posterior –horizontal, en caso de que las caras vestibulares de ambos dientes estén en el mismo plano, se considera el Over Jet 0, y éste será negativo en las mordidas invertidas anteriores.

El Over- Bite o sobremordida. Se observa la posición dental en sentido vertical, entre los bordes incisales de los incisivos centrales superiores e inferiores. Se proyecta del borde incisal superior hacia la

² Santos Povis, Juan Fernando. Estudio comparativo de la oclusión, entre un grupo de niños respiradores bucales y un grupo control. Tesis (Cirujano Dentista)– Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. EAP. de Odontología, Lima, Perú. 2002.

cara vestibular del inferior de una forma paralela al plano oclusal y se mide la distancia desde esta marca al borde incisal del incisivo inferior.

“En el aspecto numérico la relación es la siguiente;

Over-Jet	Oclusión	
0 a 3 mm	Normal	
< 0	Clase III	
> 3 mm	Clase II	

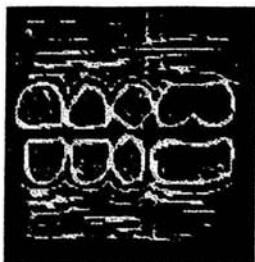
Over- Bite	Mordida	
0 a 3 mm	Normal	
> 3 mm	Profunda	
< 0	Abierta ³	

Con la erupción de los incisivos se llega a establecer una nueva referencia de posición mandibular la cual es más anterior, por consiguiente los contactos oclusales en la zona posterior condicionarán un nuevo patrón de cierre lo cual evitará las interferencias oclusales. La oclusión se caracterizará por escasa sobremordida incisiva.

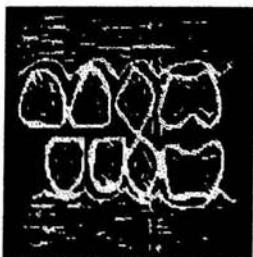
Al ocurrir la erupción de los caninos ocurre la formación de la relación entre superficies distales, la cual se denomina llave canina.

³ Figueiredo. Op. Cit. p. 35

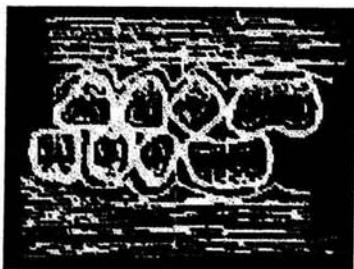
La llave canina normal es entre 2 a 3 mm.



Cuando es menor a 2 mm o negativa, será una llave Clase II.



Cuando es mayor de 3 mm, será una llave Clase III.



"El canino superior con su apoyo triodontal junto con el canino inferior y el primer molar establecen la llave de la oclusión temporal".⁴

⁴ Barberia Leache, Elena. Odontopediatría, Editorial Masson, S.A., Barcelona, 2ª ed., 2001, p. 342

Una de las características de los arcos de la dentición temporal, es que debido a la colocación dentaria vertical, no se presentan curvas laterales de Wilson y antero-posterior de Spee.

La oclusión de los 20 dientes temporales se establece a los 30 meses de vida una vez terminada la erupción.

El primer pilar de oclusión ocurre con la erupción de los primeros molares deciduos, dando lugar a que la lengua se coloque definitivamente en la porción mas posterior de la cavidad bucal retirándose de los rodets gingivales. De esta manera, el niño está apto para comenzar a masticar, dada por terminada de esta manera la fase de succión. Ya que con la erupción de los segundos molares deciduos el arco estará completo y la función de masticación plenamente desarrollada.

Una vez que se ha completado la erupción de la dentición temporal se producirá un incremento en el crecimiento, en todas las direcciones, tanto en sentido sagital, transversal y vertical.

"Refiriéndose a lo esquelético el maxilar y la mandíbula se desarrollan con gran velocidad y con un crecimiento sostenido. Mientras que la articulación temporomandibular presenta un cóndilo redondeado y una cavidad glenoidea poco profunda y con un desarrollo disminuido de la eminencia articular".⁵

En este período también se observa una maduración en el sistema masticatorio gracias al desarrollo del sistema neuroregulador.

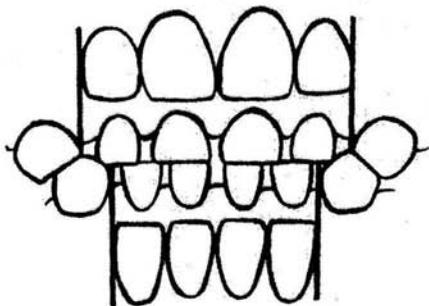
⁵ *Ibidem*, p. 341

La colocación casi perpendicular de la dentición temporal con respecto a sus bases óseas, le darán la característica de la escasa inclinación vestibular de los incisivos, lo que conduce a una forma de arcada semicircular.

En el período de la dentición temporal van existir varios tipos de espacio, los cuales van a permitir un correcto establecimiento de la oclusión como son:

- Espacios interdentarios.

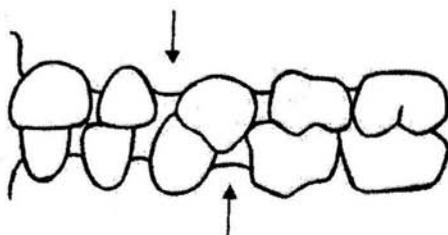
Son pequeños espacios entre diente y diente, los cuales se presentan de forma generalizada, con mayor frecuencia se localizan en la zona incisiva. Su ausencia hará pensar en problemas de espacio.



- Espacio primate.

Los arcos de la dentición temporal llegan a presentar espacios entre los dientes anteriores, con el objeto de compensar las diferencias de diámetro mesio - distal que existen entre los dientes temporales y los dientes permanentes, que junto con el crecimiento transversal se obtienen espacios suficientes para el alineamiento de los incisivos permanentes.

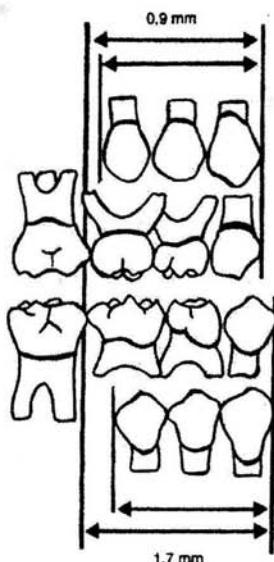
En el arco superior, el espacio primate se localiza entre la superficie distal del incisivo lateral y mesial del canino y en el arco inferior, su localización es entre el canino y el primer molar. Para que este espacio sea considerado, deberá tener mas de 0.5 mm.



- Espacio libre de Nance.

Es el espacio que se encuentra disponible cuando se reemplazan caninos y molares por sus homólogos permanentes, siendo en el maxilar de 0.9 mm y en la mandíbula de 1.7 mm.

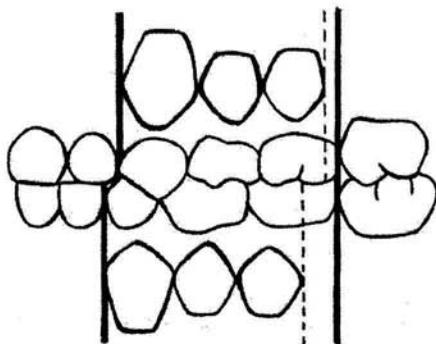
Este espacio proviene de la diferencia de tamaño que existe entre los dientes temporales y los permanentes en un segmento lateral del arco dentario.



Como sabemos el canino permanente siempre será mayor que el temporal, mientras que el primero y el segundo premolar serán de un tamaño mesiodistal más pequeño que sus homólogos temporales; sobre todo, entre el segundo premolar y el segundo molar temporal.

- Espacio de deriva.

Es cuando el espacio libre de Nance es aprovechado por la mesialización de los primeros molares permanentes para el establecimiento de una relación molar de clase I.



Los espacios fisiológicos en la dentición temporal van a permitir:

1. Disminuir el apiñamiento de los incisivos permanentes de mayor tamaño, a través de los espacios interdentarios.
2. El dar una erupción de caninos y premolares sin obstáculo, ya que el segundo molar temporal es de mayor tamaño mesiodistal que el premolar permanente.

3. El establecer una clase I , a través del desplazamiento de los primeros molares, aprovechando el espacio cuando es necesario.

“Los segundos molares temporales deben relacionarse mediante un plano terminal recto o vertical”.⁶

“La relación distal de los arcos ocurre por la relación de las superficies distales de los segundos molares superiores e inferiores y del posible aprovechamiento del espacio libre. De acuerdo con Baume, la relación terminal puede ser, plana, escalón mesial, escalón distal”.⁷

1. El plano terminal recto.

Es el plano que se presenta cuando las superficies distales de los segundos molares temporales superiores e inferiores se encuentran en el mismo plano vertical y aprovechando los espacios dentales, cuando esto ocurre los molares permanentes ocluirán en Case I, o bien si no llega a ser aprovechado el espacio de deriva inferior se puede llegar a desviar a una Case II.

2. Escalón distal.

En este plano la superficie distal del segundo molar inferior temporal está mas posterior que la superficie distal del segundo molar superior temporal. Cuando esto ocurre en la dentición temporal el primer molar permanente erupcionará en relación de Clase II.

⁶ Ibidem, p. 342.

⁷ Figueiredo. Op. Cit. p. 36

3. Escalón mesial.

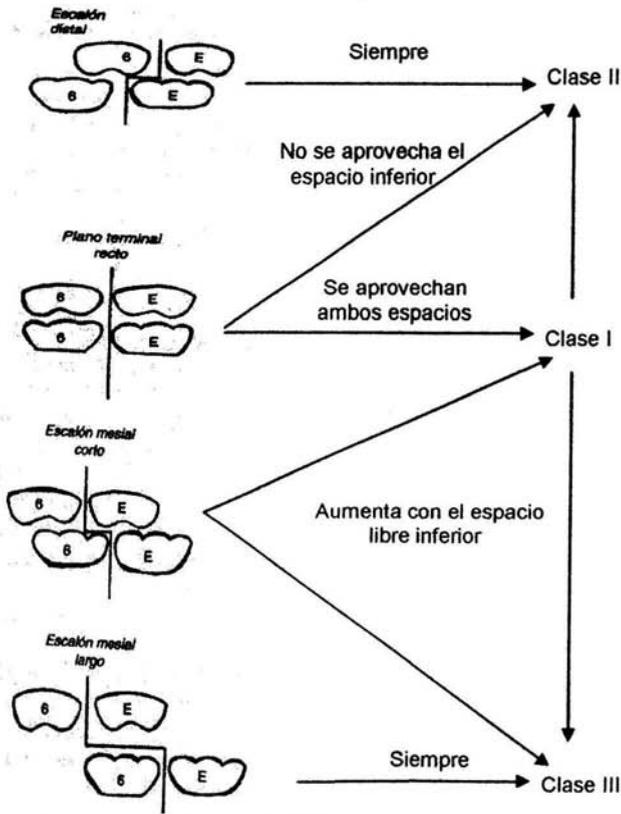
En este plano la cara distal del molar inferior temporal se encuentra mas anterior a la cara distal del molar superior temporal.

- Escalón mesial corto.

El primer molar permanente erupcionará en relación clase I o podrá desviarse a clase III al aprovecharse el espacio de deriva inferior.

- Escalón mesial largo.

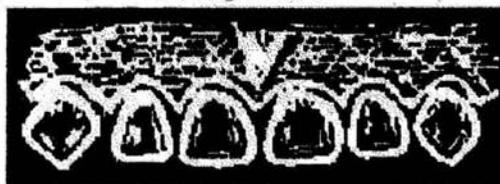
El primer molar deciduo erupcionará en relación de clase III⁸.



⁸ Barberia. Op. Cit.p.345

Cuando los arcos presentan diastemas, principalmente espacios primates, son llamados arcos con diastemas o arco Tipo I de Baume , los cuales llegan a proporcionar espacio para la erupción de los incisivos permanentes y, cuando no presentan diastemas, son llamados sin diastemas o Tipo II de Baume, en donde los arcos se encuentran con un alineamiento pobre, los cuales llegan a tener mayor tendencia a presentar apiñamiento .

ARCO TIPO I



ARCO TIPO II



1.3 Características de erupción en la dentición permanente.

"Este estadio abarca, en promedio, desde los 6 a los 12 años (excepto los terceros molares). La cronología de la erupción comienza al completarse la formación de la corona o al iniciarse la formación radicular o en ambos momentos. La resorción y la exfoliación del diente temporal son procesos integrados en la erupción de los dientes permanentes. El tiempo promedio que transcurre entre la exfoliación de un diente temporal y la salida de su sucesor permanente es de 0 días a 4-5 meses. El período de edentación más corto (0-6 días) se da tras la exfoliación de los molares temporales".⁹

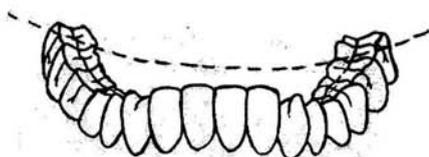
"El primer molar es el primer diente permanente que aparece en la boca, con la particularidad de que no sustituye a ningún diente temporal,"¹⁰ "en el caso del primer molar superior, aproximadamente hace erupción a los 6 años, con un inclinación coronal hacia distal y vestibular, los primeros molares inferiores erupcionan antes que los superiores y con inclinación opuesta".¹¹

⁹ Koch, Goran; Modeer Thomas; Poulse Sven; Rasmussen Per. Odontopediatría. Enfoque Clínico. Editorial Médica Panamericana, México, 1994, p. 25-28.

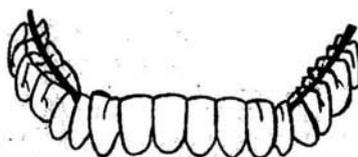
¹⁰ Barberia. Op.Cit. p. 343.

¹¹ Canut Brusola, José A. Ortodoncia Clínica, editorial Salvat, México, 1ª ed., 1992, p. 49-50.

Con la total erupción de los dientes temporales se establece el plano oclusal el cual es totalmente plano, tanto en sentido transversal como antero posterior, en el cual no existen curvas de compensación a nivel dentario, ya que tanto la curva de Spee en sentido sagital como en sentido transversal de Wilson, se generan con la aparición de la dentición permanente y con necesidad de ayudar a la articulación temporomandibular.



A) Curva de Wilson



B) Curva de Spee

Cuando el primer molar inferior erupciona en la zona retromolar cerca al ángulo goniaco de la mandíbula, con su superficie oclusal hacia arriba y adelante y con una ligera inclinación en dirección mesial y lingual, con su corona empezará a formarse uno de sus extremos de ambas curvaturas, las cuales se completaran con la erupción del resto de los dientes permanentes.

Cuando terminan de erupcionar los primeros molares permanentes se produce la erupción de los incisivos centrales inferiores, los cuales aparecerán por lingual de los temporales, lo cual provocara el desplazamiento de los incisivos temporales hacia labial para ser exfoliados.

En ocasiones es frecuente que los incisivos centrales inferiores, primero que los incisivos laterales, no realicen de forma adecuada el proceso de reabsorción de los temporales, lo cual provocara que erupcionen por lingual y con un ligero apiñamiento, el cual de cierta manera no llega a preocupar, ya que con la actividad lingual en sentido anterior provocara un empuje de los incisivos hacia labial.

Cuando se cuenta con espacio suficiente en las arcas se habla de que se cuenta con la presencia de espacios interdentarios, ya que cuando esto no ocurre habrá la posibilidad de que se produzca apiñamiento.

Según Moorres, en caso de que existan espacios primates estos se llegan a aprovechar cuando se encuentran por distal del canino temporal inferior, ya que en este caso los incisivos laterales permanentes al momento de erupcionar empujarán hacia distal a los caninos temporales, ocupando de esta forma el espacio primate, y aumentando el ancho intercanino inferior en unos 3mm.

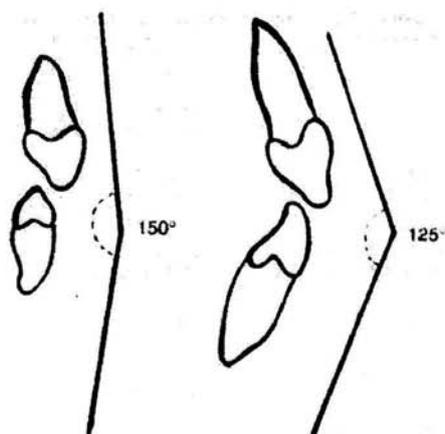
"En la arcada superior, los mecanismos fisiológicos que pueden amortiguar el apiñamiento son básicamente los siguientes;

1. Espacios interdentarios, entre los que debe incluirse el espacio primate, al encontrarse por mesial del canino temporal.
2. Aumento del ancho intercanino.
3. Aumento de la inclinación labial de los incisivos.

En la arcada superior, el espacio primate se encontrara por distal del lateral temporal, por lo que este espacio puede contribuir a compensar la diferencia de tamaño, al ser aprovechado por el lateral permanente¹².

Tomando como referencia a los incisivos inferiores permanentes ya erupcionados y colocados en su posición adecuada, y actuando como tope funcional sobre los que se apoyan a los incisivos superiores, se forma una sobremordida y un resalte medio de 2 mm.

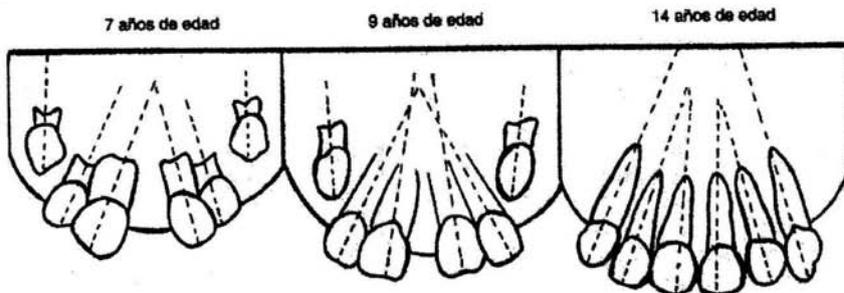
Se forma un ángulo interincisal que oscila entre 125 y 130°, a diferencia de la dentición primaria, que tienen en promedio 150°, lo cual explica que la altura del arco sea mayor en la dentición permanente, y de mayor circunferencia o perímetro para el acoplamiento de los incisivos permanentes.



Angulo interincisal en dentición primaria y en dentición permanente

¹²Barbería. Op. Cit. p. 346

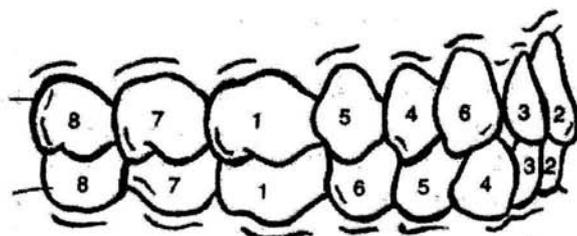
Existen algunos cambios que llegan a ser importantes, los cuales se producen en la inclinación axial de los incisivos permanentes, ya que éstos inicialmente se encuentran muy comprimidos en su base apical y conforme van descendiendo, se van espaciando progresivamente con una ligera inclinación en dirección distal tomando una forma de abanico, llegando a dejar un pequeño espacio a la altura de la línea media en cual disminuirá cuando se produzca la completa erupción de los laterales y se cerrará definitivamente con la erupción de los caninos permanentes.



En la arcada inferior la secuencia favorable estará dada por el canino, primer premolar y el segundo premolar. Por ser el canino el primero en erupcionar y dado que es de mayor tamaño que el temporal se producirá una pequeña discrepancia que aumentará al erupcionar el primer premolar, esto no es problema ya que se puede solucionar con el aprovechamiento en parte o en su totalidad del espacio libre. Dado que los caninos erupcionan antes que los premolares, ayudara esto a mantener el perímetro del arco.

Cuando los premolares erupcionan antes que los caninos el espacio libre o de deriva se verá desaprovechado, lo que dará como consecuencia apiñamiento.

En la arcada superior el orden de erupción normal será; primer molar, segundo premolar y canino. Puesto que el tamaño del primer premolar permanente es del mismo tamaño que el temporal no habrá ningún cambio, lo mismo sucede con el segundo premolar en el momento que erupciona ya que el ancho del segundo molar temporal es mayor.



Secuencia ideal en la erupción de la dentición permanente

“Cuando el canino erupciona antes que los premolares, dejará de producirse uno de los efectos más beneficiosos al no actuar como cuña sobre los laterales y los primeros premolares, permitiendo de esta manera la mesialización de los primeros molares.”¹³

Una vez que la dentición permanente a terminado de sustituir a la dentición temporal, se realiza la erupción de los segundos molares donde los inferiores son los primeros en erupcionar, cuando los superiores lo hacen primero es probable el desarrollo de una Clase II.

¹³ Ibidem, p. 349

2. Maloclusiones.

Se dice que hay una malposición dentaria cuando se llegan a presentar uno o varios dientes en una posición anormal. La malposición dentaria provoca que los dientes superiores e inferiores no articulen con normalidad, lo cual causara que se presenten maloclusiones dentarias.

Las maloclusiones dentarias se clasificaran según sus causas en: dentarias, esqueléticas, funcionales y mixtas.

El origen de las maloclusiones dentarias se debe a la malposición de los dientes, estando normales las bases óseas, (maxilar superior y mandíbula).

“Dentro de las maloclusiones óseas, es observar que el problema se encuentra en las bases óseas, lo cual puede ser causa de falta o exceso de crecimiento de los maxilares y a una malposición del macizo craneofacial.

En cuanto a las maloclusiones funcionales son causa generalmente a una alteración en la dinámica mandibular por alteraciones musculares lo cual conduce a una oclusión dentaria anormal”.¹⁴

2.1 Antecedentes

“Wylie en 1947 define a la maloclusión como una relación alternativa de partes desproporcionadas. Sus alteraciones pueden llegar a afectar a cuatro sistemas simultáneamente: dientes, hueso, músculos y nervios. Angle en 1899, publica un artículo donde se propone clasificar las maloclusiones.

¹⁴ Odontocat: Especialidades, Ortodoncia. El portal de Odontología. Clasificación de las Maloclusiones. Agosto 2001. www.odontocat.com/ortoclas.htm

El autor supuso que el primer molar permanente superior ocupa una posición estable en el esqueleto craneofacial y que las desarmonías eran consecuencia de cambios anteroposteriores de la arcada inferior en relación a él. Dividió las maloclusiones en tres categorías básicas, que se distinguen de la oclusión normal. Las Clases de maloclusión fueron divididas en I, II, III¹⁵.

2.2 Clasificación de maloclusiones

Clase I.

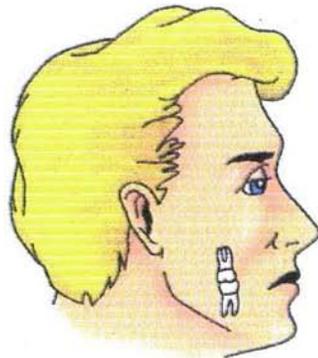
Dentro de este grupo están incluidas las maloclusiones en donde encontramos una relación anteroposterior normal entre los arcos superiores e inferiores, lo cual nos muestra una llave molar. Denominando llave molar a la oclusión correcta entre los molares permanentes superior e inferior, en donde la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco mesiovestibular del primer molar inferior. En la Clase I de Angle es frecuente que los pacientes presenten un perfil facial recto y un equilibrio en las funciones de la musculatura peribucal, masticatoria y de la lengua.

Los problemas oclusales que pueden ocurrir ya sea en casos aislados o combinados, estos se deben normalmente a la falta de espacio en el arco dentario (apiñamiento), exceso de espacio en el arco (diastemas), malposiciones dentarias individuales, mordida abierta, mordida profunda o sobremordida y cruzamiento de mordida, y en algunos casos hasta protrusión dentaria de los dientes superiores e inferiores llamada biprotusión.

¹⁵ Vellini F. Ferreira. *Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación Clínica*, Editorial Artes Medicas Latinoamericana, Brasil, 1ª ed., 2002 p. 99

Por lo general , en los casos en los que se presenta una mordida abierta o de biprotrusión, el perfil facial se tornara convexo.

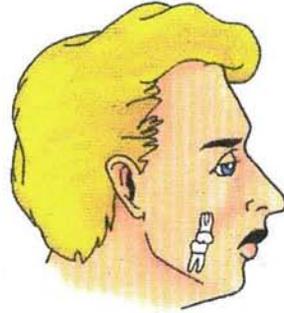
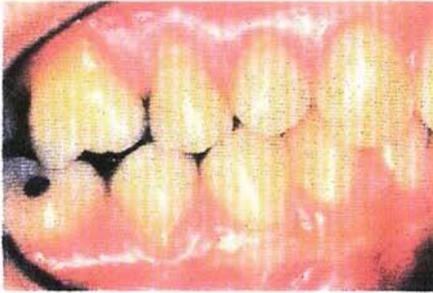
“Las relaciones esqueléticas y musculares también son ideales y armoniosas en una maloclusión clase I, con excepción de la discrepancia que existe entre la extensión del arco y el tamaño dental”.¹⁶



Clase II

Se clasifican como Clase II de Angle a las maloclusiones en donde el primer molar permanente inferior se localiza distalmente con relación al primer molar superior, por esta razón también se denomina distoclusión. Se caracteriza porque el surco mesiovestibular del primer molar permanente inferior se encuentra distalizado con relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. Los pacientes que lleguen a presentar este tipo de maloclusión presentarán un perfil facial convexo.

¹⁶ Chaconas J. Spiro. Ortodoncia. Editorial El Manual Moderno. México D. F. 1982. p. 23.



Las maloclusiones Clase II fueron separadas en dos divisiones: Clase II división 1 y en Clase II división 2.

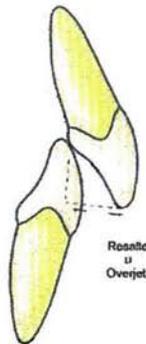
Clase II División 1. Dentro de esta división los incisivos superiores presentan labioversión extrema. Es frecuente que los pacientes que llegan a presentar este tipo de maloclusión tengan problemas de desequilibrio de la musculatura facial, lo cual es provocado por el distanciamiento vestibulolingual que existe entre los incisivos superiores y los inferiores.

También debido a la sobreposición horizontal que existe, los dientes anteriores inferiores pueden llegar a presentar sobreerupción en dirección al paladar. Por lo que el perfil facial de estos pacientes será por lo general convexo.



En ocasiones se llega a observar, también asociada a la Clase II división 1, la presencia de:

- Mordida profunda: esto es porque el contacto oclusal de los incisivos llega a estar alterado por el resalte que suelen presentar, por lo que en algunos casos llegan a extruirse, ocasionando que la mordida se profundice.



- Mordida abierta: esta se llega a presentar cuando los pacientes poseen hábitos inadecuados, como es la interposición de la lengua, la succión digital o el chupón.

- Problemas de espacio, ya sea falta o exceso de espacio en el arco.

- Mordida cruzada: cuando se llega a presentar resalte en los incisivos, la lengua tiende a proyectarse en dirección anterior durante la deglución y fonación, manteniéndose en el piso bucal en lugar de tocar el paladar duro como es debido durante su posición de reposo.

Cuando llega a ocurrir este desequilibrio provocará que se favorezca la palatinización de los premolares y molares superiores, provocando de esta manera una mordida cruzada.



- Malposiciones dentarias individuales. Esto es cuando la relación molar Clase II llega a ocurrir solamente en uno de los lados.

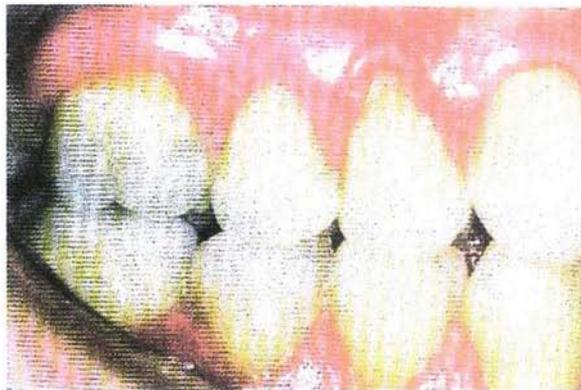
En estos casos decimos que estamos ante una Clase II, división 1, subdivisión derecha, cuando la relación molar Clase II llega a presentarse solamente en el lado derecho, o Clase II división 1, subdivisión izquierda, cuando la Clase II se presenta en el lado izquierdo.



Clase II División 2. "Este tipo de maloclusión se caracteriza por una sobremordida vertical anterior profunda, los incisivos centrales superiores se encuentran con inclinación lingual, los incisivos laterales superiores están inclinados labialmente y una curva de Spee exagerada en el arco mandibular con poco o nada de apiñamiento".¹⁷



Cuando la maloclusión Clase II división 2 presenta relación molar Clase II solamente en uno de los lados, usamos el término subdivisión.



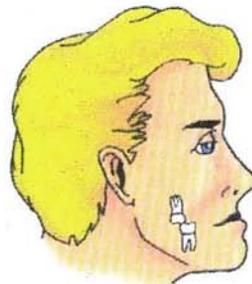
¹⁷ Ibidem, p.27

Los perfiles faciales más comunes de estas malposiciones son el perfil recto y el levemente convexo, lo cual está asociado respectivamente, a la musculatura equilibrada o a ésta con una leve alteración. Es posible que encontremos una mordida profunda anterior, asociada a la Clase II división 2, principalmente en los casos en que no hay contacto interincisal.



Clase III.

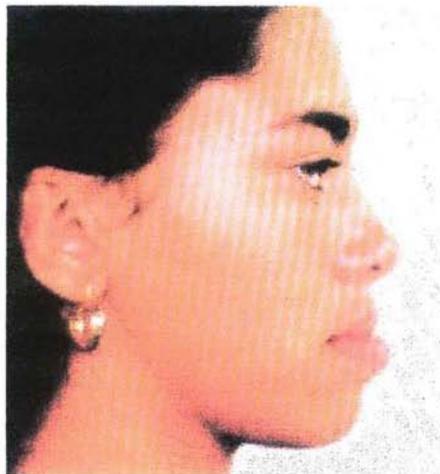
Se clasificó como Clase III de Angle las maloclusiones en las que el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente se encuentra mesializado en relación a la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior.



En el caso en que solamente uno de los dos lados esté en Clase III, empleamos el término de subdivisión.



El perfil facial es predominantemente cóncavo y la musculatura está generalmente desequilibrada. Es frecuente encontrar cruzamientos de mordida anterior o posterior. Por lo general la lengua suele colocarse más abajo de lo normal y el labio superior encontrarse hipertónico mientras que el inferior hipotónico.



También encontramos problemas de espacio ya sea falta o exceso, mordida abierta o profunda y malposiciones dentarias individuales.

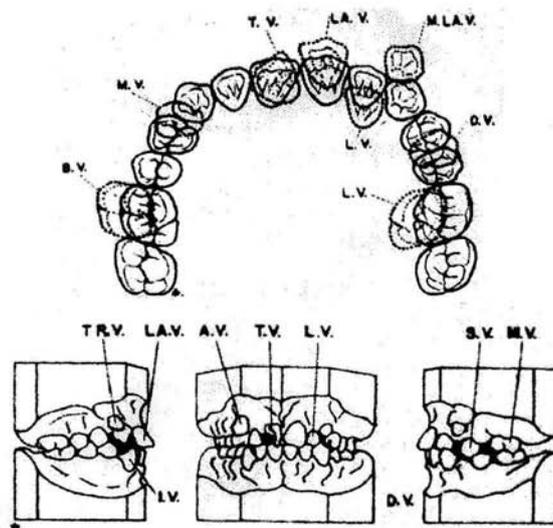


En 1911, Lisher sugiere una manera de clasificar las malposiciones dentarias de una forma individualizada, en donde utiliza el nombre con el que define la alteración del diente en relación a su posición normal, además de añadirle el sufijo "versión" al término ya asignado.

- **Mesioversión:** Es cuando el diente se encuentra en una posición mesial con respecto a su posición normal.
- **Distoversión:** Es cuando el diente se encuentra en una posición distal en relación a su posición normal.
- **Vestibuloversión o labioversión:** Es cuando el diente se encuentra en una dirección hacia labial o bucal en relación normal dentro del arco dental.
- **Linguoversión o palatoversión:** Es cuando el diente se encuentra en una dirección lingual o palatino en relación a su posición normal dentro del arco dental.
- **Infraversión:** Es cuando la cara oclusal o incisal del diente se encuentra sin alcanzar el plano oclusal.

- **Supraversión:** Es cuando la cara oclusal o incisal del diente sobrepasa el plano de oclusión.
- **Giroversión:** Es cuando el diente presenta una rotación alrededor de su mismo eje, ya sea hacia mesial o hacia distal
- **Axiversión.** Es cuando se presenta una alteración de la inclinación en el eje longitudinal dentario.
- **Transversión:** Es cuando se presenta la situación en donde un diente ha desplazado a otro.
- **"Perversión:** indica la impactación del diente, en general, por falta de espacio.

Estos términos pueden ser combinados para denominar un diente que reúna dos o más alteraciones, como, inframesioversión, axigiroversión o, incluso, mesiolinguosupraversión".¹⁸



¹⁸ Vellini. F. Op. Cit. p.p.111-112

- a) Sobremordida profunda la cual se aplica cuando hay excesiva superposición vertical de los incisivos.
- b) Mordida abierta es cuando hay una ausencia de oclusión localizada, mientras los dientes remanentes están en oclusión. Esto se llega a presentar con mas frecuencia en la región anterior de la boca aunque también se llega a observar en la parte posterior.
- c) Mordida cruzada es cuando existe una relación bucolingual o labiolingual anormal de los dientes. La más común que llegamos a observar es cuando las cúspides bucales de algunos de los dientes posteriores superiores ocluyen por lingual en las cúspides bucales de los dientes inferiores. Cuando uno o más dientes superiores están en mordida cruzada hacia la línea media, se le denomina mordida cruzada lingual.

Cuando las cúspides linguales de los dientes posteriores superiores ocluyen completamente por bucal de las cúspides bucales de los dientes inferiores, se le denomina mordida cruzada bucal.

"La clasificación de Simon en 1922, prevé la división de las maloclusiones relacionando los arcos dentarios, o parte de ellos, con tres planos anatómicos. Los planos elegidos fueron el de Frankfurt, el sagital medio y el orbitario.

Anomalías anteroposteriores: Empleando como referencia el plano orbitario; Simon denominó protracción al desplazamiento hacia delante de todo el arco dentario, o parte del mismo, y retracción al desplazamiento de uno o más dientes hacia atrás.

Anomalías transversales: Son relacionadas al plano sagital medio, y se dice contracción cuando hay acercamiento de un diente o segmento de arco y distracción para el alejamiento con relación al plano.

Anomalías verticales: Fueron relacionadas al plano de Frankfurt, y denomina atracción cuando se acercan al plano (intrusión de los dientes maxilares o extracción de los dientes mandibulares) y abstracción cuando se alejan ".¹⁹

¹⁹ Ibidem, p.p. 112-113

3. Hábitos

"Langford da su concepto con una idea de manera metódica en la cual la mente y el cuerpo actúan como el resultado de una frecuente repetición de un conjunto definido de impulsos nerviosos.

Rubinstein S. L, en su libro Principios de Psicología General define el hábito como un componente automatizado consciente del hombre que se elabora dentro del proceso de su ejecución. Aunque en forma distinta, todas estas definiciones encierran una misma idea, por lo que resumiendo podemos establecer que un hábito es:

- Un patrón de conducta fijado por repetición.
- Una manera de actuar que se fija por el entrenamiento.
- Una aptitud de ejecutar un acto sin control especial de la conciencia".²⁰

El hábito es una práctica que se adquiere por la frecuente repetición de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales.

²⁰ Sogbe de A. Rosemary. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica, Editorial Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, Editorial Desinlimed, Caracas, 1996 p. 576

3.1 Hábitos bucales

Los hábitos bucales se pueden definir como una vías de desfogue emocional y de equilibrio en estados de ansiedad. "Aunque ciertos hábitos llegan a servir como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; como por ejemplo la acción normal del labio y la masticación, estos hábitos son una parte de la función orofaríngea normal, siendo un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal".²¹

3.2 Hábitos bucales perniciosos

Los hábitos bucales perniciosos son una costumbre o práctica adquirida por la constante repetición de un acto que se consideran no fisiológicos entre los que se encuentran la succión que puede ser dedo, chupón o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución atípica."Los cuales pueden llegar a alterar el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoesqueletales, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas como son el respiratorio y digestivo además del aprendizaje".²²

²¹ Moyers, Robert E. Manual de Ortodoncia, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 4^a ed., 1992, p.156

²² Agurto V. P. Díaz M.R. Cádiz D. O. Bobenrieth K.F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Revista. Chilena. Pediátrica. v.70 n.6 Santiago. Nov. 1999.

Los hábitos bucales perniciosos pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático provocando un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se presenta cuando una de las fuerzas no ejerce una presión normal, permitiendo que se produzca una deformación ósea, en ocasiones se agregan a esto fuerzas que normalmente no están presentes, como son la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupón, todos estos pueden ocasionar en el niño problemas en distintas formas como son , alteraciones emocionales, psicológicas, y problemas en alteraciones de algunos sistemas del organismo, como puede ser en el sistema respiratorio, digestivo y en el aprendizaje.

3.3 Clasificación de hábitos.

Una de las clasificaciones es la de Gómez Herrera, quien agrupa los hábitos de acuerdo a los diferentes tipos de manifestaciones que se presentan en el individuo por medio de actos rutinarios y que pueden ser considerados como normas de costumbre o como hábitos.

Los clasifica de la siguiente: hábitos generales y hábitos orales.

Los hábitos generales a su vez se dividen en;

- Fisiológicos, los cuales son acciones que se ejecutan mecánicamente, y consisten en la regularidad con que el individuo satisface su organismo ante ciertos estímulos como es el hambre, la sed, la micción, etc.

- Sociales. Son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en la interacción social.

Hábitos bucales.

“Según Gómez Herrera, los hábitos bucales más comunes y más frecuentemente observados en niños son:

- Succión digital.
- Bruxismo
- Onicofagia.”²³

Aunque además tenemos otros hábitos que aunque no se mencionan dentro de los frecuentes son de igual importancia, ya que también llegan a ocasionar alteraciones en el sistema estomatognático, los cuales son;

- Hábito de postura.
- Respiración bucal.
- Hábitos labiales.
- Deglución atípica.

“Según Sydney Finn los hábitos orales se clasifican en:

Hábitos bucales no compulsivos. Los cuales son hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar.

²³ Sogbe de A. Rosemary. Op. Cit. p.578

Hábitos bucales compulsivos. Los cuales son hábitos en donde se logra adquirir una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por situaciones ocurridas en su mundo. Lo cual provoca que llegue a sufrir en ocasiones de ansiedad al tratar de corregir el hábito".²⁴

Succión Digital.

En términos generales la succión se asocia primordialmente en primer lugar a la actividad oral. En el ser humano, uno de los primeros órganos que se forma y donde aparecen las primeras manifestaciones de orden sensorial es la boca, la cual tiene una rica capacidad sensitiva, adquiere una especial importancia porque a través de ella, y durante las primeras etapas de su vida, es donde se ejerce la mayor actividad biológica, fisiológica y psicológica.

La succión es una acción compleja que necesita coordinación específica neuromuscular.

El succionar el seno materno o el biberón, es útil para la alimentación, además es importante ya que estimula el crecimiento de los maxilares y de la musculatura facial, siendo importante en la actividad biológica y fisiológica de la boca.

El niño ante el estímulo del hambre se nutre a través del seno materno, en donde recibe satisfacción tanto física, nutricional y psicológica, ya que el amor caracteriza a la boca como órgano capaz de manifestar emociones, de esta necesidad primaria, como es la succión del seno materno.

²⁴ Ibidem, p.596

Los hábitos de succión tienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y emocional del ser, ya que la succión inadecuada del biberón, debido a las aberturas grandes, va a requerir poco o ningún esfuerzo por parte del niño, lo que puede dar lugar a la succión del pulgar como una necesidad persistente de gratificación bucal.

Posteriormente que el niño es alimentado puede quedar insatisfecho, físicamente por hambre o psíquicamente por afecto, ya que encuentra que el acto de la succión le compensa esas carencias, el chupeteo de los dedos o de un chupón, se convierte en un recurso inicial para descargar sus pequeños problemas, sus iniciales frustraciones e inconformidades.

Otra causa por la que se puede presentar el hábito de succión puede ser cuando hay un cambio brusco del cambio del pezón al biberón, lo cual puede ocasionar ciertas frustraciones. Esta desadaptación que el niño sufre, puede compensarla con la succión del dedo o el chupón si el ambiente lo facilita. Podemos decir que el hábito de succión refleja una falta de atención, materna durante los periodos iniciales de la alimentación.

Otros autores señalan como psicogénesis de la succión los siguientes factores:

- Rivalidad entre hermanos.
- Escapar de la realidad hacia la fantasía, en niños solitarios y tristes.

- Por la presencia de extraños, el nacimiento de un hermano.
- Múltiples problemas entre padres e hijos.

Por ejemplo muchos niños succionan el dedo para ver televisión, para dormir, etc., el origen de esto puede ser por una acción refleja.



Generalmente se concuerda que si el hábito se abandona antes de la erupción de los dientes permanentes anteriores, no existe gran posibilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes permanentes, pero si el hábito de succión se mantiene hasta la erupción de los incisivos permanentes, es seguro que influirá en la alineación de la dentición permanente, y la formación alveolar e incluso se dice que la formación facial también, si el hábito persiste durante el período de dentición mixta de 6 a 12 años pueden producirse graves desplazamientos.

Según Finn, los efectos nocivos del hábito de succión del pulgar o de otros dedos varían ampliamente.

La gravedad del desplazamiento de los dientes dependerá generalmente de la fuerza, intensidad, frecuencia y duración de cada período de succión.

La frecuencia de la succión es importante, ya que los efectos serán más dañinos en aquellos niños que succionan constantemente el dedo que en los que lo hacen esporádicamente, por ejemplo, en el momento de dormir. Se dice que "si la duración de la succión supera las 6 horas al día se considera crítica".²⁵

La intensidad es otro factor a considerar; debe recalcarse que la gravedad de las alteraciones dependerá de:

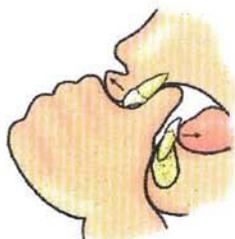
- La posición en la que se encuentre el dedo en la boca.
- La acción de palanca que ejerce el dedo contra los dientes y el proceso alveolar, ya que el pulgar puede apoyarse y presionar distintas áreas del paladar duro del maxilar superior. De acuerdo al lugar donde se apoye serán los efectos que produce, tenemos que en el plano sagital o transversal los efectos serán distintos:

En el plano sagital se puede llegar a observar que el dedo logra apoyarse de tres formas distintas:

- Sobre las caras linguales de los incisivos superiores, el efecto que se logra ocasionar será únicamente dental provocando labio-versión de los incisivos superiores.

²⁵ Hubertus J. M. Van Waes. Stockli W. Paul. Atlas de Odontología Pediátrica. Editorial Masson 1ª ed, 2002 Barcelona España. p. 254

- Sobre las zonas post-dental del maxilar superior; en este caso no sólo provocará manifestaciones dentales sino ortopédicas en el sentido de inducir hacia una rotación antero-superior del maxilar.
- Sobre el paladar duro en este caso los efectos serán básicamente ortopédicos.



En el plano transversal. "En este caso el pulgar puede ubicarse a nivel de la línea media o en una posición lateralizada con respecto a la línea media, cuando se llega a encontrar a nivel de la línea media, la fuerza que el dedo ejerce actuará a nivel de la línea del paladar duro provocando con el tiempo una deformidad simétrica aumentando la profundidad de la bóveda palatina, contrayendo las arcadas dentarias. Si la posición del pulgar es lateral, el efecto de su fuerza producirá también un aumento de la profundidad de la bóveda palatina y una contracción unilateral de las arcadas dentarias, localizándose esta última zona en el lado opuesto con respecto a la ubicación del pulgar".²⁶

²⁶ Sogbe de A. Rosemary. Op. Cit. p.p. 584-586

“El hábito de succión provoca estrechamiento de los arcos superior e inferior en la región de los caninos, molar deciduo o premolares y con menos intensidad en la región del molar superior. Este hábito además de producir deformación por la presión sobre los arcos, perjudica también la estabilidad del hueso alveolar, porque impide el contacto funcional de los planos inclinados de los dientes.

El dedo ejerce presión sobre los dientes y también sobre el hueso alveolar y el paladar, provocando una presión negativa intrabucal, y en consecuencia, el paladar se estrecha y profundiza.

La lengua en la deglución se coloca hacia adelante para posibilitar la selladura anterior”.²⁷

“El hábito de succión, siempre que se realice con suficiente intensidad, frecuencia y duración producirá los siguientes problemas:

A nivel maxilar.

- 1) Vestibulización de los incisivos superiores y aumento de la longitud de la arcada superior.
- 2) Aumento en la localización anterior de la base apical del maxilar y aumento del ángulo SNA (silla turca, nasión, punto A –subespinal)
- 3) Rotación del plano oclusal”.²⁸ “ Como no hay contacto entre los dientes, la mandíbula experimenta una rotación.

²⁷ Vellini F. Op. Cit. p. 277

²⁸ Planells del Pozo P. N. Martín Cuesta Sara. Hábitos de succión digital y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoque terapéutico. Profesional Dental. Revista Científica y de Información Profesional. Abril 1997.

www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.html.

El posicionamiento de la mano y el brazo sobre la mandíbula funciona ortopédicamente agravando más la rotación mandibular".²⁹

- 4) "Disminución del plano transversal.
- 5) Mayor incidencia de traumatismos y aumento de la reabsorción radicular en incisivos superiores".³⁰

A nivel mandibular.

1) "Hay una vestibularización de los dientes superiores anteriores"³¹, "debido a que la lengua es forzada contra la superficie lingual de los incisivos inferiores. Sin embargo, otros investigadores consideran que lo que se produce es una lingualización por la colocación del dedo sobre la mandíbula, según Fernández Parra, o por la tendencia de estos niños a tener unos labios inferiores más activos.

- 2) Posición distal del punto B.
- 3) Aumento de la distancia interpolar.
- 4) En la relación entre las arcadas.
- 5) Disminución del ángulo interincisivo.
- 6) Aumento del resalte.

²⁹ Vellini F. Op. Cit. p. 277

³⁰ Planells del Pozo. P. Op.Cit.

³¹ Vellini F. Op. Cit. p. 277

7) Mordida abierta anterior³², "originada por la interferencia del pulgar entre los arcos, y distalización de la mandíbula, ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo".³³



8) "Mordida cruzada posterior. Si bien no todos los autores están de acuerdo con esta alteración.

9) Aumento de las maloclusiones de clase II.

10) Incompetencia labial y aumento de la función del labio inferior bajo el superior.

11) Interposición lingual y aparición de un patrón de deglución atípica. Se desarrolla una actividad muscular de compensación para lograr la deglución, que incluye la interposición lingual, y así poder conseguir el sellado anterior".³⁴

Succión del pulgar. Es el más común entre los hábitos de succión, los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral.

³² Planells del Pozo. P. Op.Cit.

³³ Vellini F. Op. Cit. p. 277

³⁴ Planells del Pozo. P. Op.Cit.

La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.

Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del índice. La succión del índice puede producir una mordida abierta unilateral, y/o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión de índice medio. Puede producir una mordida abierta, y /o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión del medio y anular. La succión de los dedos medio y anular puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos y /o intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos. La succión de varios dedos puede producir problemas similares a los anteriormente descritos, dependiendo del número de dedos, la frecuencia y la intensidad del hábito.

“No todos los que practican una succión anormal presentan necesariamente los arcos deformados y los dientes en maloclusión.

Esto dependerá de la posición que ocupan los dedos utilizados, de la duración y la frecuencia de repetición de este hábito y finalmente del tipo de tejido óseo sobre el cual actúa.

No debemos de confundir hábitos de succión anormal con una fase normal del desarrollo del niño, o fase bucal, cuando su mejor percepción y tacto se encuentra en la boca".³⁵

Bruxismo.

"El Bruxismo es un hábito de movimientos no funcional, voluntario o involuntario que se realiza en día o la noche con manifestaciones de rechinar o apretamiento ocasional o habitual de los dientes".³⁶

"También se atribuye al bruxismo la hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y el dolor de la articulación temporomandibular. Se desconoce la causa exacta del bruxismo, aunque ciertas explicaciones se dan en torno a movimientos locales, sistémicos y psicológicos, Kuch y Cols, 1979. La teoría local sugiere que el bruxismo es una reacción ante una interferencia oclusal, una restauración alta o cierto estado dental molesto. Los factores sistémicos considerados en el bruxismo abarca parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y endocrinopatías".³⁷ "Sin embargo se demostró que se produce en niños con prurito anal o neonatos, *Enterobius vermicularis*, en quienes la intensa picazón con frecuencia los hace apretar o rechinar los dientes, como para producir una contrairritación para el prurito".³⁸

³⁵ Vellini F. Op. Cit. p. 277

³⁶ Sogbe de A. Op. Cit. p.590

³⁷ Pinkham, J.R; Kohn DW. *Odontología Pediátrica*, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, México, 2ª ed., 2001, p.431

³⁸ Braham L. Raymond. *Odontología Pediátrica*, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 1984 . p. 420

"La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de desorden de la personalidad o de estrés elevado. Los niños con alteraciones músculoesqueléticas, parálisis cerebral, y aquéllos que padecen retraso mental rechinan los dientes con frecuencia".³⁹

"La administración de 25 mg de hidroxizina (Atarax^R) , una hora antes de irse a la cama mitiga el hábito y acaba por eliminarlo, al cabo de varios meses el paciente realiza progresos importantes ".⁴⁰

"Efecto sobre los tejidos.

Puede dar como consecuencia desgaste dentario, hipersensibilidad dentaria, movilidad dentaria, fracturas de dientes o restauraciones, pérdida de piezas dentales, disminución de la apertura bucal, dolor en los músculos masticatorios, aumento del tamaño de los músculos masticatorios, dolor en la articulación temporomandibular, dolor facial, dolor de cabeza, cuello y espalda".⁴¹

"Si la fuerza del bruxismo excede la capacidad de adaptación del organismo, se produce una lesión considerable de los dientes y de las estructuras de soporte. Algunos de estos signos y síntomas son:

³⁹ Pinkham, J.R. Op. Cit. p. 432

⁴⁰ McDonald Raph, E; Avery, David R. Odontología pediátrica y del Adolescente, Editorial Médica Panamericana, México, 5ª ed., 1990, p. 744

⁴¹ Matoses Miralles Ángeles. Hábitos perjudiciales para los dientes durante la infancia. Mayo 2002.

www.starmedis.saludalia.com/starmedia/vivir_sano/doc/higiene/doc/doc_hábitos_dientes2.htm.

1. Desgaste o atrición anormal de los dientes, caracterizada por:
 - Facetas en superficies dentarias que, por lo general, no son alcanzadas por los movimientos funcionales.
 - Facetas exageradas en áreas funcionales.
 - Ensanchamiento de las superficies oclusales.
 - Reducción de la dimensión vertical, en casos más avanzados.
2. Ensanchamiento del ligamento periodontal y mayor densidad del hueso alveolar, lo cual suele ser una respuesta favorable del periodonto al aumentar la función.
3. Movilidad dentaria desmedida que no se explica por la pérdida ósea que produce la enfermedad periodontal destructiva crónica.
4. Contracciones visibles de los músculos de la masticación, especialmente de los maseteros.
5. Sonidos audibles percibidos por otras personas.
6. Sensibilidad de los músculos de la masticación.
7. Fracturas inesperadas de dientes o restauraciones.
8. Síntomas de la articulación témporomandibular.



Onicofagia.

Se define la onicofagia como el hábito de morderse las uñas. Es bastante frecuente en niños en edad escolar, observándose igual proporción en ambos sexos. Se calcula que de 4 niños, uno tiene el hábito de morderse las uñas. La onicofagia alcanza su cumbre entre los 11 y los 13 años y no guarda relación con el nivel mental de la persona.



La mayoría de los autores concuerdan en ver en el onicófago como una persona viva, hiperactiva, autoritaria, que exterioriza poco mal sus sentimientos y vive en estado de tensión y de preocupación, sirviendo dicho hábito para descargar la energía sobrante.

Bowet, considera que el que se muerde las uñas comparado con sus compañeros normales, parece ser más indiferente, inestable, distraído y desobediente.

La etiología de la onicofagia se ha relacionado con la existencia de cierta inestabilidad psicomotora encontrada en la mayoría de los pacientes con este hábito, acompañada dicha inestabilidad con cierto grado de tensión y ansiedad. Hasta este momento se ha considerado a estos niños difíciles o nerviosos. Es frecuente encontrar en el ambiente familiar una situación tensa o anormal entre los padres, una clara rivalidad entre hermanos o una inadaptación al medio escolar.

La onicofagia puede producirse juntamente con otros hábitos, tales como la succión, sin embargo, Kanner ha insistido en las diferencias psicológicas existentes entre el paciente onicófago y el que succiona el dedo. El paciente con hábito de succión es calmado, plácido difícilmente conmovible, mientras que el onicófago suele ser más vivo, hiperactivo, autoritario. No obstante, ambos síntomas pueden ir unidos.

Benjamín piensa que la onicofagia unida a la succión responde a una misma tendencia, la de apartarse del medio ambiente.

Para Bovet, la onicofagia resume bien los diversos aspectos de un fenómeno motor.

Para Shentoub, la onicofagia es un comportamiento agresivo pero con sentimiento de culpa, que tiende a volverse en agresividad contra el propio cuerpo y ahí el auto castigo y el masoquismo. Para este autor, la onicofagia viene a ser la prolongación de la succión.

Efectos sobre los tejidos.

La onicofagia no produce maloclusiones puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a la del proceso masticatorio. Sin embargo Moyers , establece que en aquellos casos en los que se pudiera encontrar alguna maloclusión asociada a este hábito.

Entre los efectos sobre los tejidos encontrados se menciona la atrición de los dientes anteriores inferiores.

El desajuste social y psicológico de los pacientes onicófagos es de mayor importancia que los efectos que el hábito pudiera producir".⁴²

"La acción de morderse las uñas puede lesionar los lechos ungueales mismos".⁴³

"En algunos casos, con la edad, este hábito tiende a desaparecer espontáneamente o puede ser sustituido por otros objetos como cigarros, lápices, etc. Ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes".⁴⁴

⁴² Sogbe de A. Op. Cit. p.p.591-595

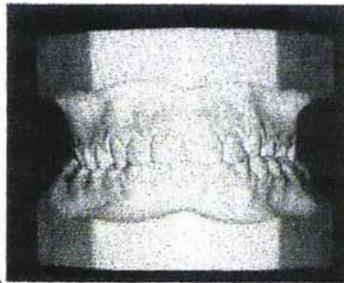
⁴³ Pinkham J. R. Op.Cit. p.431

⁴⁴ Sogbe de A. Op. Cit.p.596

“Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado, conjuntamente con la deglución atípica es el surgimiento de la mordida abierta anterior.

Hábito de Postura.

Las deformaciones de los arcos también pueden ser por las presiones anormales de postura al dormir o sentarse. El más frecuente es el hábito de dormir con el rostro apoyado sobre la mano o sobre el antebrazo. El tipo de maloclusión ocasionado por este hábito es generalmente unilateral y localizado en el arco superior.



Lo que ocurre es lo siguiente, el peso de la cabeza pasa a los tejidos de la región maxilar y se localiza allí por la acción de la mano o el brazo.

Las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque éste hueso es móvil y se libra de las presiones deslizándose. Los dientes de la maxila, experimentan una inclinación hacia palatino, ocasionando una mordida cruzada posterior.

Otro hábito frecuente es el de apoyar las manos, al leer o estudiar, con la eminencia palmar y base del pulgar, desencadenando sobre los premolares y molares superiores, un desplazamiento lingual de estos.

El hábito de postura, por tanto, tiene como resultado una mordida cruzada posterior unilateral, sin desvío de la línea media, mordida cruzada posterior unilateral verdadera.



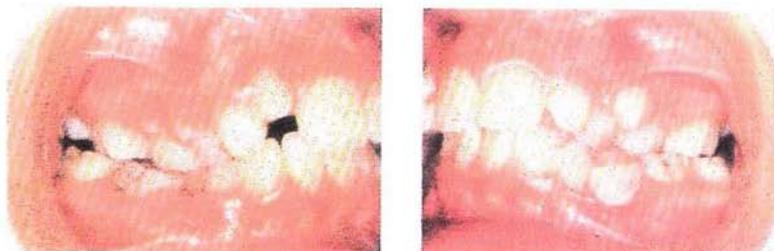
Cuando hay desvío de la línea media, la etiología de la mordida cruzada no será el hábito de postura, sino un desvío mandibular causado probablemente por un contacto prematuro de los caninos deciduos, mordida cruzada posterior unilateral falsa o funcional.

Hábito de Respiración Bucal.

La respiración bucal normalmente está vinculada a pacientes con interposición de la lengua y de labio. La causa de la respiración bucal puede ser: obstrucción de las vías aéreas superiores, desvío del septo, inflamación de la membrana basal, cornetes inflamados, adenoides, etc.

Lo que ocurre es que durante la inspiración y expiración el aire pasa solamente por la cavidad bucal, y como consecuencia, provoca un aumento de la presión aérea intrabucal. El paladar se modela y se profundiza y, al mismo tiempo, como el aire no transita por la cavidad nasal, deja de penetrar en los senos maxilares que se vuelven atrésicos, y dan al paciente un aspecto característico.

Se observa también una atresia transversal en la maxila con la consiguiente mordida cruzada posterior bilateral ósea”.⁴⁵



“Conlleva a una abertura de los labios, con cambio de la postura craneocervical para facilitar la respiración, flexión posterior de la cabeza y con ello la mandíbula efectúa una rotación hacia atrás de forma que la lengua queda en una posición descendida sin contacto con el paladar.

⁴⁵ Vellini F. Op. Cit. p.p.270-275

Si el período de respiración oral se prolonga, este cambio en la postura de cabeza-mandíbula-lengua puede conducir a un cambio en el equilibrio de presiones sobre los dientes y los maxilares que dé lugar a una afectación del crecimiento de los maxilares y de la posición de los dientes”.⁴⁶

“En una visión extrabucal, el paciente posee, facies adenoidea, es decir rostro alargado y estrecho, ojos caídos, ojeras profundas, surcos genianos marcados, labios entreabiertos, hipotónicos y resecos y surco nasolabial profundo. Esos pacientes tienen frecuentemente una deglución atípica y una postura de lengua y labio incorrecta”.⁴⁷



“El niño no puede respirar normalmente por las fosas nasales y se ve obligado a mantener continuamente abierta la boca, con lo que se rompe el equilibrio bucal y las fuerzas musculares entran a actuar de una forma patológica, de manera que los incisivos superiores se inclinan hacia delante y el maxilar inferior se coloca hacia abajo y hacia atrás, por estar el niño

⁴⁶ Puigdollers Andrew. Etiología de las maloclusiones. Factores Ambientales. www.odontologiapreventiva.com/ortodoncia.

⁴⁷ Vellini F.Op. Cit. p.275

con la boca abierta, también el labio superior está hipotónico y el inferior se suele colocar entre los incisivos superiores e inferiores. Cuando le pides al niño que cierre la boca, se aprecia una contracción muscular forzada para conseguirlo".⁴⁸

"La respiración oral tiene una serie de repercusiones a nivel general y en el desarrollo maxilofacial. Sobre el maxilar se han descrito las siguientes:

1. Opacidad e hipodesarrollo de los senos maxilares que constituyen la base de la arcada dentaria superior, y esto implica una hipotrofia de esta arcada.

2. Predominio de los músculos elevadores del labio superior en detrimento de los paranasales que se insertan en la parte anterior del maxilar y favorecen el crecimiento de la premaxila. Por ello se produce una elevación y retrusión de la espina nasal anterior.

3. Hipo desarrollo del maxilar global o sólo transversal, con endognacia y endoalveolia. En la respiración bucal se modifica la postura de la cabeza, ésta se inclina hacia atrás, los labios se separan y la lengua queda baja.

Se rompe el equilibrio entre la presión excéntrica de la lengua, que no se ejerce, y la acción concéntrica de los músculos de la mejilla (buccinadores), que predominan y comprimen lateralmente el sector premolar.

4. Protrusión incisiva por falta de presión labial; este dato no es constante y puede aparecer en lugar de protrusión apiñamiento incisivo.

A nivel mandibular los hallazgos no son tan constantes y se observa:

⁴⁸ Matoses Miralles A. Op. Cit.

1. Prognatismo mandibular funcional por la posición baja de la lengua.
2. Rotación posterior mandibular con elongación de los rebordes alveolares que comportaría una relación intermaxilar de clase II y un aumento de la altura facial inferior.
3. Lateroposición funcional mandibular si la compresión maxilar no es muy grande, que puede llevar a laterognatia y provocar una asimetría mandibular y facial.

También afirman que una insuficiencia respiratoria nasal deriva a una fascias adenoidea y otros trastornos funcionales que contribuyen a agravar la relación intermaxilar, oclusión dentaria y funcionalismo muscular, tales como:

- Interposición lingual que originaría una mordida abierta anterior o lateral.
- Sellado labial incompetente con contractura de la musculatura labiodental
- Interposición labial
- Deglución atípica".⁴⁹

Hábitos Labiales.

"Este tipo de hábitos entraña la manipulación de los labios y estructuras peribucales.

Existen diversos tipos de hábitos labiales, y su influencia en la dentición es variable. Los hábitos de lamerse y retraer los labios son efectos relativamente benignos en lo referente a efectos dentales, mientras que los signos más evidentes son enrojecimiento, inflamación y sequedad de labios y tejidos peribucales durante épocas de frío.

⁴⁹ Santos Povis F. Op. Cit.

Si bien algunos odontólogos han utilizado aparatos para suspender estos hábitos, es poco lo que puede hacerse al respecto, de modo que el tratamiento suele ser paliativo y se limita a humectación de los labios.

Aunque la mayor parte de estos hábitos no producen problemas dentales es obvio que la succión y mordedura de labios sobre todo si el niño lo realiza con suficiente intensidad, frecuencia y duración, puede hacer que persista una maloclusión ya existente. Sin embargo, no es fácil saber con certeza si estos hábitos pueden crear la maloclusión.

La presentación más frecuente de succión labial es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, con lo cual se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra en sentido vestibular de los dientes superiores, y retroclinación de los incisivos inferiores, así con mayor grado de sobremordida horizontal. Este problema es muy usual en la dentición mixta y permanente, y su tratamiento depende de la relación esquelética del paciente y la presencia o ausencia de espacio en la arcada".⁵⁰

"Es un hábito que se presenta en las maloclusiones que se acompañan de un gran resalte incisivo (los niños con mucho espacio horizontal entre los dientes anteriores superiores e inferiores), aunque a veces aparecen como una variante ó una sustitución de la succión digital.

⁵⁰ Pinkham J.K. Op. Cit. p.p.429-430

También dan como resultado una mordida abierta anterior (no hay contacto vertical entre los incisivos superiores e inferiores)".⁵¹

"Es también llamado queilofagia. Las lesiones resultantes son más discretas que las traumáticas por accidente o posanestesia. El niño que cae en esto suele estar pasando por un stress emocional que con frecuencia es el resultado de infelicidad y conflictos en el hogar. La responsabilidad del odontólogo es llevar el hábito a la atención de los padres y efectuar recomendaciones de asesoramiento terapéutico".⁵²

Hábito del Chupón.

"Los cambios dentales que ocasiona este tipo de hábito son similares a los que producen los hábitos digitales, y no hay consenso claro que indique diferencias terapéuticas. En los niños que usan chupón se observa de manera constante mordida abierta anterior y colapso maxilar. El movimiento labial de los incisivos superiores no siempre es tan pronunciado como en el hábito digital".⁵³

"Produce mordida abierta anterior (como en los hábitos anteriores) y también paladar más estrecho con mordida cruzada posterior por un incremento de la actividad de la musculatura de las mejillas y por desplazamiento de la lengua hacia detrás y hacia abajo, que hace que disminuya el soporte y la presión lingual a nivel de caninos y molares temporales".⁵⁴

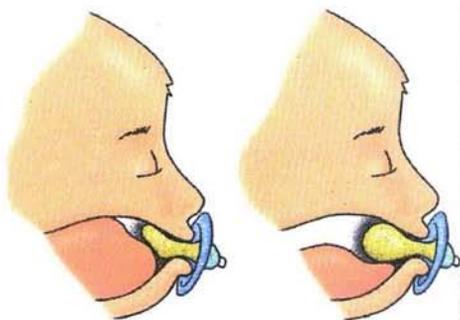
⁵¹ Matoses Miralles Á. Op. Cit.

⁵² Braham R. L. Op. Cit. p.421

⁵³ Pinkham J.R. Op. Cit.p.429

⁵⁴ Matoses Miralles Á. Op. Cit.

"Se manufacturan chupones que, de acuerdo con sus fabricantes, semeja mucho el pezón materno y no son tan nocivos a la dentición como el pulgar o un chupón ordinario.



Los hábitos con el chupón al parecer se eliminan antes que los de succión digital.

Se ha informado que más del 90 por ciento se interrumpieron antes de los cinco años de edad y 100 por ciento hacia los ocho años, Helle y Haavikko, 1974. Desde el punto de vista teórico es más fácil erradicar los hábitos de chupón que los digitales, porque es posible suspender el uso del chupón de manera paulatina o total con charlas y explicaciones, lo cual es desde luego imposible con los hábitos digitales".⁵⁵

Interposición Lingual o Deglución atípica.

"Existe gran diversidad de teorías acerca de las causas que dan lugar a la aparición de la interposición lingual:

⁵⁵ Pinkham J.R. Op. Cit. p.429

- La succión digital y del chupón, apareciendo el hábito de interposición lingual como una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.

- La alimentación artificial defendido por Westover quien considera que algunos biberones inadecuados con orificios demasiado grandes, fuerzan al bebé a interponer la lengua para frenar el exceso de flujo de leche.

- Los problemas respiratorios como la existencia de unas amígdalas inflamadas o hipertrofiadas, ocasionan que la raíz de la lengua quede comprimida; para evitarlo, la mandíbula desciende de forma refleja, separando los dientes y proporcionando mayor espacio para adelantar la lengua durante la deglución en una posición más cómoda. En los problemas respiratorios, se produce además, una falta de sellado labial con disminución del tono y de la actividad muscular de los orbiculares. Al faltar el sellado no se produce un freno en el adelantamiento de la lengua.

- La macroglosia obliga a la lengua, por su discrepancia con el tamaño de la cavidad bucal, a adoptar una posición más adelantada.

- Las alteraciones cerebrales que dificulten la coordinación motora necesaria para las funciones que realizan las arcadas o la lengua y el desarrollo de un patrón de deglución correcto.

- Los problemas Psicológicos. La alteración de la deglución puede expresar una inmadurez afectiva con gran habilidad emocional y dificultad en la adaptación.

- Existencia de una mordida abierta, si bien no existe acuerdo respecto a si la actividad protrusiva de la lengua es la causa o la consecuencia de la maloclusión.

-Interposición del labio inferior.

-Pérdida prematura de los dientes temporales.

-La interposición lingual, puede aparecer también a lo largo de un tratamiento ortodóncico ya sea cuando éste requiera crear espacios abiertos de forma temporal o bien porque esté reducido el espacio lingual. Tal interposición puede ser temporal o permanente".⁵⁶

"Tipos de deglución atípica.

- Deglución con presión atípica del labio, interposición labial. Ocurre en pacientes que normalmente en reposo, los labios no entran en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.

⁵⁶ Planells del Pozo P. N. Martín Cuesta Sara. Hábito de interposición lingual en el paciente infantil. Profesional Dental. Revista Científica y de información Profesional. No. 23. Septiembre 1997.

www.coem.org/revista/anterior/09_97/index.html



Los incisivos inferiores de esta manera, se inclinan en sentido lingual, apiñándose, mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo el labio inferior, por su gran participación, se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior favorece la extrusión dentaria, aumentando el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.



- Deglución con presión atípica de la lengua. En el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces, entre premolares y molares.

Se observa también contracción de los labios de las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco a la altura de los caninos y del músculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula no muestran ninguna contracción.



Las degluciones con presión atípica de la lengua se clasifican en:

Tipo I – No causa deformación.

Tipo II – Con presión lingual anterior.

La lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:

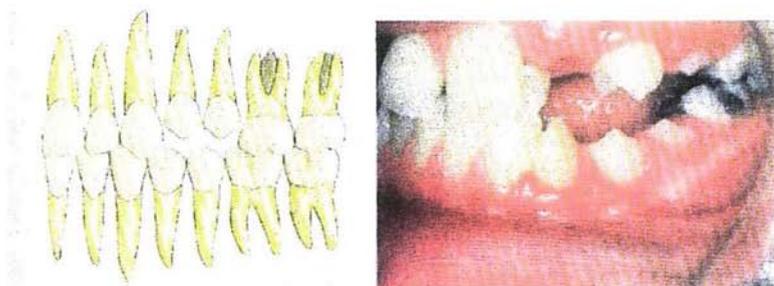
- Mordida abierta anterior. La presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos, y la lengua se queda en una posición, que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.

- Mordida abierta y vestibularización. La lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos superiores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular, vestibuloversión.

- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.

Tipo III.- Con presión lingual lateral.

La presencia lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son: mordida abierta lateral.



La deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares. Hay mordida abierta lateral.

Mordida abierta lateral y mordida cruzada. Hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto, también ocasionada por la ruptura del equilibrio muscular de este lado.

Tipo IV.- Con presión lingual anterior y lateral.

Las maloclusiones resultantes son:

- mordida abierta anterior y lateral.
- mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
- mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior".⁵⁷

A nivel maxilar.

- 1) Vestibularización de los incisivos superiores.
- 2) Prognatismo maxilar. Disminución del diámetro transversal del maxilar.
- 3) Formación de un diastema central. Esta considera que es ocasionado por el desequilibrio entre la musculatura intraoral y peribucal.
- 4) Reabsorciones radiculares lo cual se produce de forma indirecta, debido al aumento del resalte.

A nivel mandibular.

- 1) Lingualización de los incisivos inferiores. Ocurre cuando la lengua se coloca entre las arcadas separadas y entra en contacto con el labio inferior, el cual es succionado, produciendo así la inclinación de los incisivos.
- 2) Posterorrotación mandibular y aumento del ángulo goniaco que puede incluso sobrepasar los 140 grados.
- 3) Disfunción mandibular.

En la relación entre las arcadas.

Alteraciones en el plano sagital. Duhart y Farouz consideran que si la lengua se sitúa en posición alta puede causar un prognatismo maxilar y una clase II división 1. Pero si la lengua está en posición baja es capaz de desarrollar un prognatismo mandibular y una maloclusión de clase III.

⁵⁷ Vellini F. Op. Cit. p.p.258, 267-270

En el plano vertical puede dar lugar a la aparición de una mordida abierta. Todos los autores revisados coinciden en que es la alteración más frecuente. Según Moyers, está muy bien circunscrita en la zona anterior cuando se trata de un empuje lingual simple. Por el contrario, la mordida abierta asociada a un empuje lingual complejo suele ser más difusa y difícil de definir. Lo mismo ocurre con la mordida abierta de pacientes con un patrón de deglución infantil mantenida. En estos últimos, a veces la maloclusión es tan severa que sólo ocluyen sobre un molar en cada cuadrante.

En el plano transversal, en ocasiones no se asocian alteraciones, hay algunos autores que por el contrario, sí relacionan el hábito con la mordida cruzada posterior, estos autores sugieren que existen dos patrones distintos, en uno la lengua puede estar en posición más alta, favoreciendo la presencia de diastemas en el maxilar superior y de un resalte maxilar, en el otro tipo, la lengua se sitúa en una posición más baja, permitiendo el espaciamiento de los dientes inferiores y un resalte mandibular, dando lugar a la presencia de una mordida cruzada posterior.

Existen otras alteraciones como son;

- Alteraciones fonéticas como el ceceo.

- Freno en la erupción de un diente permanente cuando se ha perdido el temporal precozmente y la lengua se ha interpuesto de forma viciosa".⁵⁸

⁵⁸ Planells del Pozo P. N. Cuesta S.M. Op. Cit.

CONCLUSIONES.

Es muy importante el conocer los factores que van a alterar el crecimiento y desarrollo de las estructuras dentales y esqueléticas.

Como sabemos los hábitos bucales perniciosos son uno de los factores etiológicos de las maloclusiones, lo cual dará una falta de armonía entre los dientes y el espacio óseo para acomodarse de una forma funcional y estética ya que dichos hábitos pueden hacer que fuerzas no naturales actúen sobre los dientes.

La patogenicidad del hábito es variable, siendo directamente proporcional a factores tales como tiempo de actuación, frecuencia e intensidad.

Cuando se abandona el hábito antes de la erupción de los incisivos permanentes, las maloclusiones ocasionadas, suelen corregirse espontáneamente.

La existencia de un hábito de succión hasta los dos años es considerada normal. Su persistencia más allá de esa edad es perniciosa. Los factores etiológicos que principalmente se implican son la lactancia artificial, la falta de atención por parte de la familia, así como otros problemas psicológicos.

La patogenicidad del hábito es variable, siendo directamente proporcional a factores tales como fuerza, frecuencia, intensidad y duración de cada período de la succión.

Cási todos los autores consultados recomiendan como medidas preventivas la lactancia materna y el uso correcto del chupón.

Antes de iniciar un tratamiento es preciso descartar que existan problemas psicológicos subyacentes.

Los autores revisados aconsejan iniciar el tratamiento con métodos psicológicos, motivando al niño y buscando su colaboración. Si no fuera suficiente o no hubiera colaboración, se recurriría a los métodos extrabucales o los dispositivos ortodóncicos, haciendo hincapié en su carácter recordatorio para ayudar a eliminar el hábito y en ningún caso que el niño pueda considerarlos como un mecanismo de castigo.

Las anomalías dentomaxilofaciales más frecuentes en los niños con respiración bucal son: los labios incompetentes, el micrognatismo transversal, perfil convexo y el resalte aumentado.

Todos los niños respiradores bucales presentaron maloclusión, siendo el síndrome Clase II el que predominó en los grupos de 6 a 11 años y 12 a 14 años.

Teniendo en cuenta las múltiples afectaciones, además de las dentomaxilofaciales, estéticas y funcionales del niño respirador bucal, es recomendable que sea atendido en una edad temprana por el odontólogo, quien podrá realizar un diagnóstico presuntivo y además remitirlo debidamente con el otorrinolaringólogo para que realice un diagnóstico definitivo y se imponga un tratamiento.

Existe unanimidad entre los autores consultados en que la prevalencia de la interposición lingual disminuye con la edad, no considerándose pernicioso cuando aparece de forma temporal durante el período de recambio dentario.

La etiología más frecuente es la persistencia de un hábito de succión, desarrollándose una actividad muscular de compensación para lograr el sellado anterior durante la deglución.

La mayoría de los investigadores consideran que el factor patogénico principal del hábito, es la posición lingual habitual anómala que acompaña a la deglución inmadura, traducéndose en trastornos funcionales, oclusales, esqueléticos, estéticos, psicológicos y sociales.

El primer aspecto que debe ser tratado en el paciente odontopediátrico portador del hábito pernicioso de interposición lingual, es la etiología del proceso.

Si persiste el hábito tras eliminar la causa, es necesario rehabilitar la función mediante la realización de ejercicios miofuncionales. Para obtener buenos resultados es imprescindible potenciar previamente la motivación y colaboración de los niños así como del entorno familiar, principalmente de los padres.

La mayoría de los autores consultados parecen estar de acuerdo en recurrir a dispositivos ortodóncicos, únicamente cuando la rehabilitación funcional no sea suficiente.

Como podemos darnos cuenta, la atención del paciente odontopediátrico no sólo consiste en enfocarnos al tratamiento dental, sino también en la valoración de manera integral del niño, tomando en cuenta los múltiples aspectos que como ser humano nos aporta, para poder establecer así un diagnóstico correcto y en un tiempo oportuno, se realice un tratamiento temprano y acertado.

BIBLIOGRAFÍA.

- AGURTO P V. Díaz Rodrigo M. Cádiz Olga D. Bobenrieth Fernando K.
Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Revista. Chilena. Pediátrica. v.70 n.6 Santiago. Nov. 1999.
- BARBER K. Thomas. Odontología Pediátrica. Editorial El Manual Moderno, México DF. 1985, p.p. 431.
- BARBERIA Leache, Elena. Odontopediatría, Editorial Masson, S.A., Barcelona, 2ª ed., 2001, p.p. 432.
- BRAHAM L. Raymond. Odontología Pediátrica. Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires, 1984. p. p. 647.
- CAMERON A. Winder R. Manual de Odontología Pediátrica, Editorial Haucort, Madrid España, 1997. p.p. 368.
- CANUT Brusola, José A. Ortodoncia Clínica, editorial Salvat, México, 1ª ed., 1992, p.p. 509.
- CHACONAS J. Spiro. Ortodoncia. Editorial El Manual Moderno. México D. F. 1982. p.p. 312.
- FIGUEIREDO Walter L. R, Ferelle A, Myaki I. Odontologia para el Bebé. Editorial Amolca. Sao Paulo-Brasil. 1ª. Ed., 2000. p.p. 246

HUBERTUS J. M. Van Waes. Stockli W. Paul. Atlas de Odontología
Pediátrica. Editorial Masson, Barcelona España, 1ª ed, 2002. p.p.
359.

KOCH, Goran; Modeer Thomas; Poulse Sven; Rasmussen Per.
Odontopediatría. Enfoque Clínico. Editorial Médica Panamericana,
México, 1994, p.p. 288.

MATOSÉS Miralles Ángeles. Hábitos perjudiciales para los dientes
durante la infancia. Mayo 2002.
[www.starmedis.saludalia.com/starmedia/vivir_sano/doc/higiene/doc/d
oc_hábitos_dientes2.htm](http://www.starmedis.saludalia.com/starmedia/vivir_sano/doc/higiene/doc/doc_hábitos_dientes2.htm).

McDONALD Raph, E; Avery, David R. Odontología pediátrica y del
Adolescente. Editorial Médica Panamericana, México, 5ª ed., 1990,
p.p 848.

MOYERS, Robert E. Manual de Ortodoncia. Editorial Médica
Panamericana, Buenos Aires, 4ª ed., 1992, p.p. 563.

ODONTOCAT: Especialidades, Ortodoncia. El portal de Odontología.
Clasificación de las Maloclusiones. Agosto 2001.
www.odontocat.com/ortoclas.htm

PLANELLS del Pozo P. N. Martín Cuesta Sara. Hábito de interposición
lingual en el paciente infantil. Profesional Dental. Revista Científica y
de información Profesional. No. 23. Septiembre 1997.
www.coem.org/revista/anterior/09_97/index.html

PLANELLS del Pozo P. N. Martín Cuesta Sara. Hábitos de succión y chupete en el paciente odontopediátrico. Enfoque terapéutico. Profesional Dental. Revista Científica y de información Profesional. Abril 1997.
www.coem.org/revista/anterior/05_97/articulo.html.

PINKHAM, J.R; Kohn DW. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, México, 2ª ed., 2001, p.p. 667.

PUIGDOLLERS Andrew. Etiología de las maloclusiones. Factores Ambientales. w.w.w.odontologiapreventiva.com/ortodoncia

SANTOS POVIS, Juan Fernando. Estudio comparativo de la oclusión, entre un grupo de niños respiradores bucales y un grupo control. Tesis (Cirujano Dentista)– Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. EAP. de Odontología, Lima, Perú. 2002.

SOGBE de A. Rosemary. Conceptos Básicos en Odontología Pediátrica. Editorial Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela, Editorial Desinlimed, Caracas., 1996 p.p. 691.

VELLINI F. Ferreira. Ortodoncia, Diagnóstico y Planificación Clínica. Editorial Artes Medicas Latinoamericana, Brasil, 1ª ed., 2002 p.p. 503.