



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

.....

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA**

**“CONDUCTA ESTOMATOLÓGICA ANTE LA PRESENCIA  
DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS”**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**CIRUJANA DENTISTA**  
P R E S E N T A:  
**KARINA GRACIANO CRUZ**

DIRECTOR: C.D. JUAN MANUEL JAQUEZ BERMÚDEZ

ASESOR: C.D. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ CARMONA



MÉXICO, D.F.

AGOSTO

2006



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

***Agradezco:***

A mis padres por confiar y creer en mí, por brindarme su apoyo en los momentos difíciles de mi vida, por haber hecho un esfuerzo más para sacarme adelante, por mil cosas más les agradezco.

A mis hermanas, por entender y comprender, la importancia de esta etapa.

A mi esposo, por estar siempre conmigo, ayudándome y enseñándome.

Al C.D. Juan Manuel Jaquez Bermúdez y al C.D. José Alfredo Hernández Carmona por compartir sus consejos, experiencia y sabiduría. Así como su ímpetu para llegar a la culminación de esta meta.

Gracias por brindarme su apoyo y por tener confianza en mí.

# ÍNDICE

## PÁG.

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>2</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>HÁBITOS BUCALES</b>	<b>6</b>
<b>HÁBITO DE SUCCIÓN</b>	<b>10</b>
<b>HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL</b>	<b>14</b>
<b>HÁBITO DE SUCCIÓN LABIAL</b>	<b>22</b>
<b>HABITO DE RESPIRACIÓN BUCAL</b>	<b>24</b>
<b>HÁBITO DE PRESIÓN (LENGUA)</b>	<b>32</b>
<b>HÁBITOS ANOMALOS</b>	
<b>HÁBITO DE EMPUJE DE FRENILLO</b>	<b>35</b>
<b>HÁBITO DE ONICOFAGÍA</b>	<b>36</b>
<b>HÁBITO DE BRUXISMO</b>	<b>37</b>
<b>POSTURA</b>	<b>40</b>
<b>OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)</b>	<b>41</b>
<b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS</b>	<b>42</b>
<b>RECURSOS</b>	<b>43</b>
<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>45</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>46</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>47</b>

## INTRODUCCION

Dentro de las principales causas de visita al odontólogo se encuentran la caries dental, la enfermedad parodontal y las maloclusiones, las cuales están precedidas la mayoría de las veces por un hábito bucal pernicioso, mismo que al no ser identificado a tiempo, puede traer problemas al sistema estomatognático. De aquí la importancia de trabajar en conjunto con otros especialistas, ya que la mayoría de los hábitos bucales tienen un origen multifactorial.

En el proyecto de tesis que se presenta, se abordará el tema de la conducta Estomatología ante la presencia de hábitos bucales perniciosos, los cuales son considerados precedores de alteraciones o anomalías en estructuras del sistema estomatognático.

En este trabajo podemos encontrar información recabada acerca del origen, diagnóstico y tratamiento de los hábitos bucales más frecuentes abarcando áreas como la biológica y social. De tal manera que esta investigación bibliográfica muestre al odontólogo como tratar al paciente con algún tipo de hábito pernicioso.

Entendiendo por hábito, cualquier acto adquirido por la experiencia y realizado regular y automáticamente. Los hábitos incluyen los gestos, o la forma de mover las manos al hablar, hasta las preferencias en las lecturas, pasando por la satisfacción de las ansias personales, como el hábito de fumar o de comer en exceso.

## JUSTIFICACIÓN

Los hábitos bucales causan alteraciones o anomalías en estructuras anatómicas del sistema estomatognático, son además posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros de cambios potenciales en el emplazamiento de los dientes.

Durante mi formación profesional, me di cuenta de la importancia que tiene identificar estos hábitos bucales perniciosos, sobre todo a una edad temprana para de esta manera limitar el daño y en el mejor de los casos corregirlo.

De aquí la importancia de elaborar esta investigación bibliográfica, teniendo presente cual es el papel que debe desempeñar el odontólogo de práctica general, una vez que se presentan pacientes con algún tipo de hábito bucal pernicioso. El cual tiene el deber de diagnosticar el hábito, hacer un plan de tratamiento y de ser necesario remitirlo al especialista indicado para trabajar en conjunto.

Parte de esta conducta estomatológica incluye la elaboración de una historia clínica detallada en donde se pueda indagar sobre algunos problemas externos (ambientales, familiares o de salud) que propicien la aparición de algún hábito pernicioso.

Por lo anterior, la presente revisión bibliográfica hace hincapié en la importancia de diagnosticar, de tal manera que permita abordar al paciente con una conducta estomatológica adecuada, para así hacer remisiones oportunas a otros especialistas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

**¿CUÁL ES LA CONDUCTA ESTOMATOLÓGICA A SEGUIR ANTE LA PRESENCIA  
DE HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS?**

## MARCO TEÓRICO

### APARATO ESTOMATOGNÁTICO

La cavidad bucal es un órgano de importancia para el ser humano ya que sus funciones tienen relevancia desde el nacimiento, estas funciones son -. Respiración, masticación, deglución y fonación. (1)

Con la boca se aprecia el calor, la dureza, la boca expresa estados de ánimos, mímica, tiene sensaciones de presión, apreciación volumétrica, dolor y muchas más. Es la zona bucal, la que presenta el mayor nivel de funciones integradas sensoriales y motoras. (1)

Las estructuras anatómicas que resultan más afectadas debido a los hábitos bucales perniciosos son:

### HUESO MAXILAR SUPERIOR

Este hueso forma la mayor parte de la mandíbula superior, su forma se aproxima a la cuadrangular, siendo algo aplanada de afuera a adentro.

Presenta las siguientes partes: dos caras, cuatro bordes, cuatro ángulos y una cavidad o seno maxilar. En el límite de su cuarta parte superior destaca una saliente horizontal de forma cuadrangular denominada apófisis palatina, otra es la base de la apófisis ascendente y el borde alveolar. En el centro del hueso existe una gran cavidad denominada seno maxilar o antro de Highmore. La pared anterior corresponde a la fosa canina donde se abre el conducto suborbitario. La pared superior es el lado opuesto de la cara orbitaria de la apófisis piramidal y la pared posterior corresponde a la fosa cigomática. La pared inferior es estrecha y esta en relación con las raíces de los dientes . (2)

El hueso maxilar superior forma el paladar, que proporciona la superficie de contacto con la lengua que formula el lenguaje y el acto de deglución. (2)



## HUESO MAXILAR INFERIOR O MANDÍBULA

Es un hueso impar, medio y simétrico, situado en la parte inferior de la cara. Se divide en dos partes: una parte media o cuerpo o dos laterales o ramas ascendentes. . En el cuerpo se encuentran: a) el borde superior alveolar, ocupado por las cavidades alveolares dentales; b) la apófisis geni que son cuatro eminencias dispuestas de dos a dos en la cara interna y línea del cuerpo; c) una línea oblicua o canal milohiideo; d) las fositas submaxilares y sublinguales para las glándulas del mismo nombre.(Fig.-1)

En las ramas ascendentes, estructuras cuadriláteras oblicuamente de adelante hacia atrás y de bajo hacia arriba, se encuentra. A) una cara externa plana con rugosidades para la inserción del músculo masetero; b) una cara interna en cuyo centro presenta un agujero de conducto dentario por donde pasan el nervio y los vasos dentarios inferiores. En el borde de este orificio se encuentra la espina de Spix de donde desciende la línea o canal milohiideo para el nervio y los vasos del mismo nombre. En la parte inferior presenta rugosidades para inserción del músculo pterigoideo interno; c) en el borde superior presenta la escotadura sigmoidea, por delante de la cual se levanta la apófisis coronoides y por detrás el cóndilo. (2)

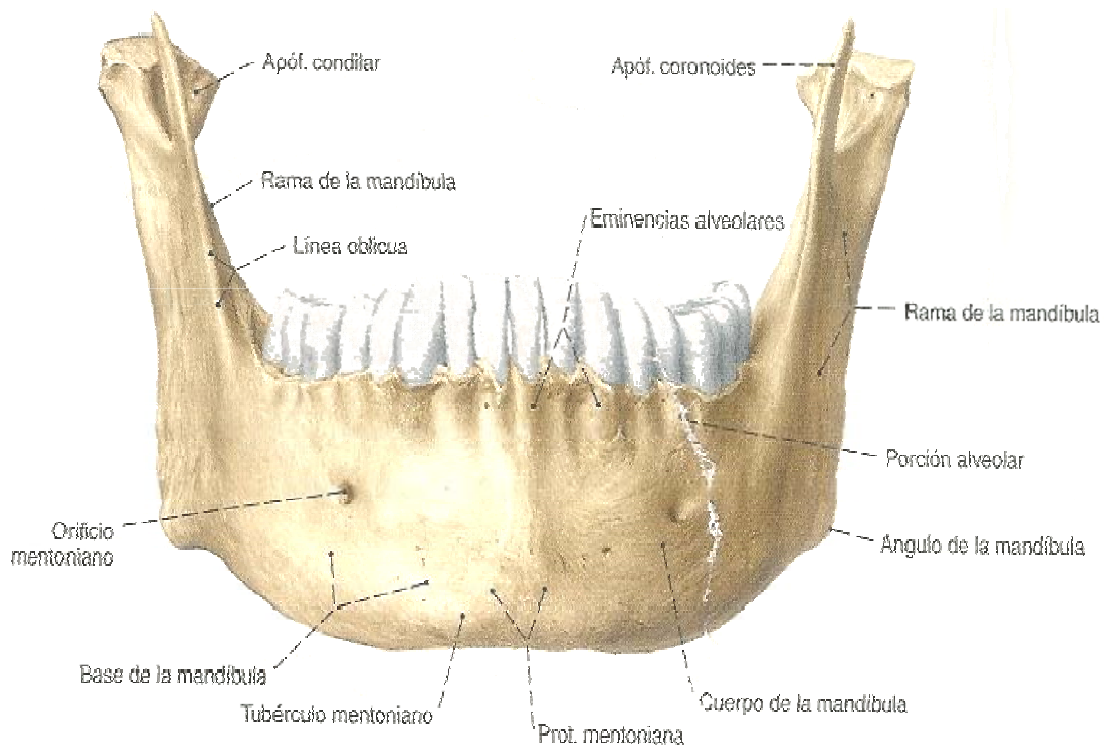


Fig.- 1 Estructura anatómica de la mandíbula

## HÁBITOS BUCALES

**Hábito**, cualquier acto adquirido por la experiencia realizada regular y automáticamente. Los hábitos incluyen los gestos, o la forma de mover las manos al hablar, hasta las preferencias en las lecturas, pasando por la satisfacción de las ansias personales, como en el hábito de fumar o de comer en exceso. (3)

Los psicoanalistas consideran los hábitos como expresiones de pulsiones eróticas o agresivas que, si son reprimidas, encuentran una salida a través del comportamiento repetitivo e improductivo de ciertos hábitos ritualizados. Por el contrario, los conductistas, como el estadounidense Clark Hull, reducen los hábitos a las leyes del condicionamiento y el refuerzo. Otra perspectiva más descriptiva y más genérica es la de considerar los hábitos en términos de comportamientos adquiridos sobre los que el sujeto tiene poco control voluntario, ya sean positivos o síntomas patológicos. En el extremo de la formulación conductista, casi todas las actividades humanas, incluso las más complejas, como practicar un deporte o hablar un idioma, se considerarían como “grados de hábitos”. (3)

Los psicólogos ayudan a aquellas personas que se autolesionan (como arrancarse el cabello, morderse las uñas, encoger espasmódicamente los hombros, rascarse compulsivamente, comer en exceso, fumar, beber, o conducirse de modo exhibicionista). Los hábitos autodestructivos son eliminados con ayuda de la modificación de conducta o con técnicas de reacondicionamiento, que implican tomar conciencia del hábito erróneo, interrumpir su ejecución para que deje de resultar natural y reforzar otro que pueda competir con el hábito. Es también útil subrayar los beneficios personales y sociales que conlleva el abandono del hábito erróneo. En las enfermedades mentales graves, como los trastornos obsesivo-compulsivos, la gente se siente impulsada a repetir innumerables veces determinadas acciones. (3)

Los hábitos bucales como parte de la maduración natal, se presentan al nacimiento los reflejos incondicionados. Deben de estar presentes para que el recién nacido sobreviva. La musculatura de la zona buco facial es la que primero madura, antes que las extremidades. Es la boca el sitio de funciones vitales que deben estar prontas al nacimiento. Estas funciones son respiración, amamantamiento y la que protege la vía respiratoria. Los reflejos condicionados son de dos tipos: los que aparecen con el crecimiento y desarrollo normal, y los no deseables que se producen con el desarrollo infantil individual. (4)

Para el aprendizaje de un reflejo condicionado se requiere que, el sistema nervioso central tenga la maduración necesaria, para realizar funciones de integración y coordinación. Del mismo modo que la musculatura debe estar preparada para permitir el aprendizaje. (4)

El hueso es un tejido plástico que reacciona a las presiones que actualmente se ejercen sobre el; los músculos masticadores así como los otros músculos de la cara con los que se encuentran íntimamente ligados , poseen funciones importantes y específicas.(4)

La masticación, deglución, respiración y habla inciden directamente en la postura de la boca: aún en la posición postural de descanso, el músculo se encuentra en función activa manteniendo un estado de equilibrio entre los tejidos blandos y elementos óseos. (4)

Los hábitos se adquieren inicialmente como formas de reacción ante un suceso importante, como por ejemplo evitar un daño físico, y después se generalizan a situaciones que cuentan con estímulos o condicionantes parecidos a los del suceso original. En un hábito influyen no sólo los elementos que producen el comportamiento, sino también las recompensas o los castigos subsiguientes. Una acción que recibe recompensa inmediata de forma sistemática puede convertirse en un hábito. Cuando un hábito está firmemente implantado puede ser sustituido por estímulos diferentes de los que lo crearon, y no requerirá un refuerzo regular. De hecho, la realización del hábito mismo puede convertirse en la propia recompensa. (3)

Un hábito adquirido desde un punto de vista psicológico no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro mediante el cual trata de escapar ciertas corrientes aferentes. (5)

Los hábitos en relación con la maloclusión pueden clasificarse como:

### **HÁBITOS ÚTILES**

Son los que incluyen a las funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, así como el uso normal de los labios para hablar y la masticación. (5)

### **HÁBITOS DAÑINOS**

Son todos aquellos que ejercen presiones anómalas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los labios y/o chuparse los dedos etc. (5)

Se debe considerar también los factores que modifican un hábito y que son:

- I. Duración: se refiere a la etapa de la vida en que se presenta el hábito.
- II. Frecuencia: considerar si es continuo o intermitente.
- III. Intensidad: considerar si es activo o pasivo. (5)

Los hábitos dañinos, contribuyen al trío de factores que deben ser reconocidos y evaluados antes de poder contestar la pregunta acerca de la extensión de los daños sobre los dientes y tejidos de revestimiento. La duración, frecuencia e intensidad deberán calificar las conclusiones el psiquiatra, pediatra y el dentista. (6)

En este problema también se interesa el pediatra, psiquiatra, psicólogo y el foniatra especialista en problemas de lenguaje. (6)

En general, puede decirse que el odontólogo y foniatra se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. (6)

El pediatra, psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma. (7)

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular diagnósticos sobre los cambios en las estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales, pero es igualmente importante escuchar opiniones de individuos de otras profesiones que estudien el mismo problema. (7)

El odontólogo rara vez examina hasta después del firme establecimiento de los hábitos bucales. En ciertos casos solo examina para actuar como árbitro en discusiones familiares, donde se debate si un hábito determinado será o no dañino. (7)

## **HÁBITOS BUCALES COMPULSIVOS**

Generalmente se concuerda que un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño al grado de que este acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. (7)

Cuando se trata de corregir un hábito tiende a sufrir mayor ansiedad. Estos hábitos compulsivos reflejan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito es como un escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente se retraen hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca puede lograr la satisfacción que ansia. (7)

## **HÁBITOS BUCALES NO COMPULSIVOS**

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permita modificar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medios de halagos y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte de parte de los padres. (7)

Los hábitos bucales no compulsivos, son los que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste. (5)

El niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más acorde a su nivel de madurez y responsabilidad. (5)

## **HÁBITO DE PRESIÓN ANORMALES**

### **HÁBITO DE SUCCIÓN DEL CHUPÓN**

La succión es una de las primeras manifestaciones de la actividad fisiológica que se desarrolla en el ser humano, ya que corresponde a una necesidad básica del organismo, como es la alimentación. (8)

En el recién nacido gnatológicamente presenta sensación de euforia y bienestar al amamantarse además de nutrirse ya que los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada y que le da seguridad, sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado. Posteriormente al desarrollar sinapsis y otra más el lactante no necesita depender de esta vía de comunicación. La sexualidad infantil y la gratificación bucal son necesidades sinestésicas neuromusculares poderosas. En la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia delante a manera de embolo de tal forma que el labio inferior y la lengua se encuentran en contacto constante, la mandíbula se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia delante y hacia atrás por la vía condilar plana, cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada. (5)

El niño siente el calor agradable no solo en los tejidos que hace en contacto mismo con el pezón sino sobre una zona más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre aumentan la sensación de euforia. (5)

La tetilla artificial (Fig.- 2) solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios faltando el calor por asociación, debido al mal diseño, la boca se abre más y exige demasiado al mecanismo del buccinador. La acción del embolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante es reducido al normal y se convierte en chupar. (Fig. 3)



Fig.-2 Tetilla artificial



Fig.-3 Succión del chupón

Las observaciones de Anderson de que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles. (5)

A medida que se desarrollan los sentidos del niño, éste trata de llevar a la boca todo lo que ve y oye con el objeto de examinarlos por medio de sensaciones bucales y conocer lo que es bueno o malo, los objetos introducidos en la boca si son calientes o blandos traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias se da así mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar. (5)

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiados rápidos o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También se pudo producir mucha tensión en el momento de la alimentación y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. También se acepta generalmente que la inseguridad del niño por falta de amor y ternura maternal, juega un papel muy importante en muchos casos. (7)

La respuesta de succión se origina, según unos investigadores, en la semana décimo primera del desarrollo embrionario, sin embargo, otros autores afirman que se inician en la vigésimo novena, siendo considera uno de los patrones de comportamiento complejo más temprano en el recién nacido. El reflejo de succión constituye una respuesta innata, estereotipada, ante un estímulo en la región oral de forma que cuando algo contacta con las mejillas o labios, los bebés dirigen sus movimientos al estímulo e intentan introducirlo en la boca. Esta temprana organización nerviosa permite al niño alimentarse de su madre. Cuando el lactante madura desaparece este reflejo apareciendo en su lugar funciones motoras voluntarias. La succión prenatal o intrauterina y la succión nutricional son fisiológicas la primera aparece como un mecanismo de entrenamiento para la succión nutricional de neonato. La Segunda aseguraría una de las funciones normales del individuo: la nutrición, mediante la succión-deglución de la lactancia. (9)

La succión se mantiene hasta la aparición de los dientes, en el momento que empieza la masticación. Sí a partir de la erupción dentaria temporal completa se continúa succionando, este hábito puede dar lugar a diferentes maloclusiones que dependerán del objeto, la forma de colocarlo, el tiempo de succión y el patrón morfogenético del individuo. (8)

La preocupación principal del examinador será localizar de forma precisa dónde radica la anomalía, si está confinada sólo al maxilar superior, a la mandíbula o ambos, y si la afectación es solamente alveolodentaria o existe una arcada discrepancia en el tamaño de los maxilares. (10)

Las repercusiones del hábito de succión sobre el desarrollo transversal del maxilar superior presentan una patogenia similar a la deglución atípica, ya que deriva de la posición baja de la lengua y una hiperactividad de los músculos succionadores, junto con una disminución de la presión intraoral del aire en el momento de la succión. (10)



El odontólogo deberá iniciar un plan de tratamiento condicionado por un correcto diagnóstico etiológico que deberá realizarse mediante anamnesis, exploración clínica del paciente y análisis de los modelos de estudio, ya que la telerradiografía lateral de cráneo no permite realizar alteraciones transversales. (10)

Para eliminar un hábito de succión que prolonga más allá de los 4 o 5 años, es aconsejable en primer lugar mantener una entrevista con el paciente y sus padres por ese único motivo. Debe hacerse comprender al niño las repercusiones de su hábito (incluso enseñándole modelos en su boca) y convencerlo para que trate de dejarlo. A los padres se les orienta para que eviten actitudes represivas, que suelen ser contraproducentes. En muchas ocasiones es suficientes con una o dos entrevistas de este tipo para la completa desaparición del hábito. Otras veces el niño es consiente de su problema pero se siente incapaz de dejarlo y solicita nuestra ayuda. Con frecuencia se realiza el tratamiento ortodóntico en dos fases, corrigiendo en primer lugar la anomalía transversal a la edad en que el paciente acude a la consulta. La solución de otros problemas asociados, como apiñamiento, distoclusión, etc., se pospone hasta la segunda fase de la dentición mixta o la dentición permanente. (10)

Se recomienda tratar las mordidas cruzadas bilaterales en la primera fase de la dentición mixta, por su menor tendencia a la recidiva y para aumentar la longitud de arcada, evitando erupciones ectópicas y retenciones dentarias por falta del espacio en la arcada superior. (10)

## HÁBITO DE SUCCIÓN DIGITAL

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral (Fig.- 4) este es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral. (10)



Fig.- 4 Succión del dedo pulgar

Este hábito se considera normal durante los dos primeros años de vida, pero muchos niños no lo presentan nunca. Como ha señalado Brody, muchos niños interrumpen el hábito durante su etapa preescolar, aunque algunos lo mantienen hasta la adolescencia o la vida adulta. Incluso aunque no se produzcan efectos adversos sobre la oclusión, el hábito de succionar el pulgar es inaceptable desde un punto de vista social. (11)

La etiopatogenia no es clara. Los principales factores parecen ser los trastornos afectivos emocionales y una insuficiencia lactancia materna infantil pudiendo estar asociados varios factores. (10)

Los psicólogos del desarrollo han producido una serie de teorías para explicar la succión digital no nutritiva la mayoría de las primeras ideas respecto a la succión digital estaban basadas firmemente en la clásica teoría freudiana. Freud sugería que la oralidad en el infante esta relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual no esta separada todavía de la toma de alimento. (12)

Algunos autores sugieren algunas teorías para definir el origen del pulgar. Petersón señala que la succión del pulgar surge de la falta del contacto físico y afecto tempranos por parte de la madre al alimentar a su hijo como factor fundamental y que este hábito molesto está estrechamente integrado en la naturaleza emocional de un niño y debe ser corregido lo más temprano posible. (13)

Algunos estudios sociológicos elaborados por John y Elizabeth Newson mencionan la existencia sobre una tendencia general contra imponer la propia voluntad demasiado forzosamente al bebé tienen interesantes repercusiones en las madres respecto a la succión del pulgar. (13)

Ribble por su parte menciona que el chupeteo de los niños frustrados es un buen ejemplo de esta conducta regresiva no hacen nada para remover su frustración con la que se enfrenta el niño. Brinda una disminución de la función creada mediante la frustración permitiendo al niño regresar a un estado en el que toda frustración como así toda gratificación era de naturaleza oral. (13)

Scardó menciona que una gran cantidad de presencia clínicas en el niño aparece como portador de los síntomas de un trastorno que radica en el funcionamiento interno del sistema familiar. (13)

Belmont afirma que algunos niños conservan actividades de succión como una expresión de temor a crecer un tomar a presentarse como individuos sanos activos por medio de la succión pueden recluirse en un protector capullo de fantasía no amenazador ni amenazante. (13)

Los aspectos clínicos del problema pueden ser divididos en tres fases distintas de desarrollo:

### 1 Fase I: Succión normal y subclínicamente significativa.

Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los tres años dependiendo del desarrollo social del niño. La mayoría de los infantes muestra una cierta cantidad del pulgar o de otros dedos durante este periodo sobre todo en el momento del destete. (14)

El uso de un Chupete correcto hacia el final de la fase uno es menos perjudicial al menos desde el punto de vista dentario, que la succión vigorosa repetida del pulgar. (14)

### 2 Fase II: Succión clínicamente significativa.

La segunda fase se extiende aproximadamente desde los tres a los seis o siete años la succión digital deliberada durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones:

- 1.- Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa y
- 2.- Es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital. Un programa firme y definido de corrección esta indicado en esta época. (14)

### 3 Fase III: Succión Intratable

Cualquier succión del pulgar que persiste después del cuarto año presenta al clínico un problema, por que esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una simple maloclusión. Un hábito de succión digital durante la fase III puede requerir psicoterapia **esta indicada la frecuente consulta entre el odontólogo y el psicólogo o el médico para realizar un enfoque integrado.** Cualquier hábito de succión digital del pulgar que persista hasta la fase III puede ser síntoma más significativo que la maloclusión asociada. (14)

Se comprobó que el pulgar podía adoptar cuatro tipos principales de posiciones durante la succión. (7)

En la primera de ellas y la más frecuente el pulgar penetra en la boca considerablemente hasta pasada la primera articulación, ocupando una gran porción de la bóveda del paladar duro y presionando contra la mucosa palatina y el tejido alveolar (Fig.-5) El incisivo inferior presiona contra el pulgar o se ponía en contacto con el, por detrás también de la primera articulación. (7)



Fig.- 5 Primera posición

La segunda posición, es cuando el pulgar no se introduce totalmente en la zona abovedada del paladar duro. En la tercera posición el pulgar se introduce totalmente en la cavidad oral y se pone en contacto con la bóveda palatina pero en este caso a diferencia de la primera posición, el incisivo inferior no está en contacto con el pulgar en ningún momento durante la succión. (7)

En la cuarta posición el pulgar penetra un poco en la boca y el incisivo inferior establece contacto con el aproximadamente en la uña (Fig.- 6). (7)



Fig.- 6 Cuarta posición

El hábito de succión digital puede producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales. Un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, dependiendo de su intensidad, duración y frecuencia. La primera es la cantidad de fuerza aplicada a los dientes durante la succión. La duración se define como la cantidad de tiempo que se dedica a la succión del un dedo; la frecuencia es el número de veces que se practica el hábito durante el hábito digital. (15)

En consecuencia, el niño que succiona con intensidad alta y de manera intermitente (Fig.- 7) puede no ocasionar mucho movimiento dental, mientras que otro que succiona de modo persistente (durante más de 6 horas) originaría un cambio dental relevante. (Fig. 8) (15)



Fig.- 7 Presión del pulgar con alta intensidad



Fig.- 8 Consecuencias de la duración del hábito

Generalmente se concuerda que si el hábito se abandona antes de la erupción de dientes permanentes anteriores, no existe gran probabilidad de lesionar el alineamiento y la oclusión de los dientes (Fig.-9). Pero si el hábito perdura en el tiempo de la dentición mixta (de 6 a 12 años), pueden producirse consecuencias desfigurantes. (4)



Fig.- 9 Hábito de succión digital durante la dentición mixta

El efecto más común de este hábito sobre la dentición es la mordida abierta con arcada superior estrecha, la mordida cruzada unilateral y la mordida forzada. (7)

Observando el contorno presente de la mordida abierta casi se puede decir a que mano pertenece el dedo ofensor (Fig.-10) Esto se puede confirmar generalmente levantando de manera causal la mano del niño y buscando el dedo más amplio o la mano con la callosidad reveladora en el dorso del dedo. (16)



Fig.-10 Consecuencias en el dedo que succiona el niño

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades de lenguaje( Fig.- 11) .El músculo del mentón se puede contraer marcadamente lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir lo que adhiere fuertemente el labio inferior ala superficie labiales de los dientes anteriores inferiores y también en entrar en contacto con las caras linguales de los dientes anteriores superiores, esta fuerza desigual puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del habito original de succión.(16)



Fig.- 11 Mordida abierta

Otros problemas que existen en succión digita son : protusión de los incisivos superiores, retroinclinación de los incisivos inferiores, aumento de resalte clase II, paladar ojival y mordida cruzada, se producen por la presión directa sobre las arcadas que ejerce el dedo.(16)

El odontólogo debe recordar e indicar a los padres que observen con periodicidad la evolución del hábito. Cuando disminuye de forma gradual es probable que el niño acabe por interrumpir. Por otra parte, si persiste o se incrementa su intensidad y se observan modificaciones dentales o esqueléticas adversas, es aconsejable aplicar medidas correctas específicas para evitar trastornos oclusales. (15)



Así como iniciar tratamientos conductuales para modificar la conducta: reforzamiento diferencial, técnicas aversivas (sustancias líquidas de sabor desagradable impregnadas en los dedo del niños), técnicas de prevención de respuesta (brazaletes que impiden doblar el codo, apósitos en los dedos, cosido de las mangas, uso de guantes....). (15)

Dispositivos ortodónticos fijos/extraíbles con diferentes diseños. El más clásico es la reja lingual. Este dispositivo actúa de barrera mecánica contra la succión del modo pasivo. (15)

## HÁBITO DE SUCCIÓN LABIAL

El hábito de succión labial es el que abarca la manipulación de los labios y estructuras peribucales. (15)



Fig.- 12 Succión labial

El labio inferior se coloca por detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad normal del músculo borla de la barba (Fig.-13). El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter en contacto con el labio inferior; ya que este permanece hipotónico, sin función y parece ser corto o retraído. A esta afección se le denomina postura del labio incompetente de descanso. Debido al intento parece crear un sello labial del labio anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón. (12)



Fig.- 13 Labio inferior por detrás de los incisivos superiores

La succión o mordida de labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital. Aparece como una variante o sustitución de la succión digital, implicando por lo general al labio inferior. (4)

La succión labial provoca la contracción de orbiculares y buccinadores con gran disfunción entre el labio inferior y la lengua, los labios y los tejidos peribucales se encuentran rojos, inflamados y resecos durante periodos de clima fríos. Se observa protrusión, diastema de los incisivos superiores, los incisivos inferiores se presentan planos pudiendo estar inclinados hacia lingual. La distorrelación de los maxilares y la protrusión del maxilar (Fig.-14), se agravan con el transcurso del tiempo. (16)

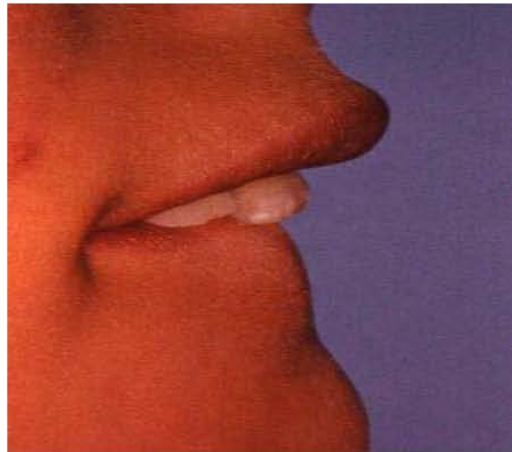


Fig.-14 Distorrelación de los maxilares

Aunque el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, la cooperación del niño logra el abandono de este. El odontólogo ayuda sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión de labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales, ayuda a enderezar los músculos y a ejercer presión en la dirección acertada sobre dientes superiores anteriores. Así como intervenir de manera preventiva con la colocación de un aparato Ortodóntico (Lip-Bumper). (5)

## HÁBITO DE RESPIRACIÓN BUCAL

Cuando antes del año se comienza la respiración bucal por un resfrió, el niño puede mantener el habito al no estar el sistema respiratorio lo suficientemente maduro para recuperar la función nasal. Puede iniciarse el síndrome de respirador bucal cuando el niño es amamantado hasta el año recibe el mejor estímulo de respiración nasal (Fig.-15). Su sistema respiratorio puede estar lo suficientemente maduro para que en su segundo año de vida un resfrió pueda ser superado recuperando la función nasal. (4)

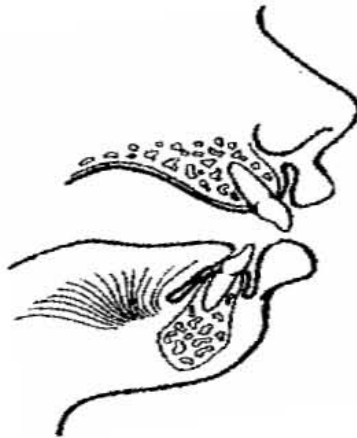


Figura 15: Niño respirador bucal: Labio superior corto: el niño muestra casi toda la superficie de los dientes constantemente. Labio inferior se torna grueso y evertido

Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- 1 Por obstrucción
- 2 Por hábito
- 3 Por anomalías anatómicas (labio superior corto)<sup>(14)</sup>

Aunque el efecto de la función respiratoria en la morfología dentofacial, es muy controvertida, existen cuatro hipótesis sobre este tema:

1. En esta se encuentran las que postulan la existencia de una relación entre la respiración oral y morfología facial (Fig.-16). La respiración oral altera la corriente de aire y las presiones a través de las cavidades nasal y oral causando un desequilibrio en el desarrollo de estas estructuras (Fig.-17). En este grupo se encuentran “La teoría del escalamiento” (Bloch, 1888), que considera que el aumento de la presión intraoral

impide el normal descenso del paladar con el crecimiento.(14)

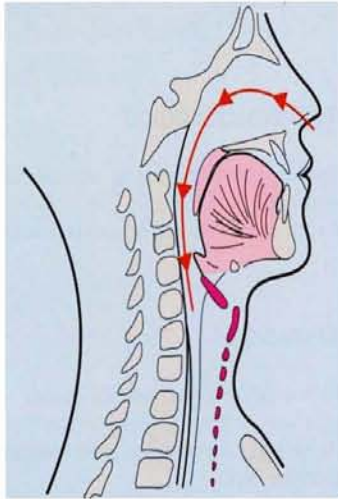


Fig.- 16 Respiración normal

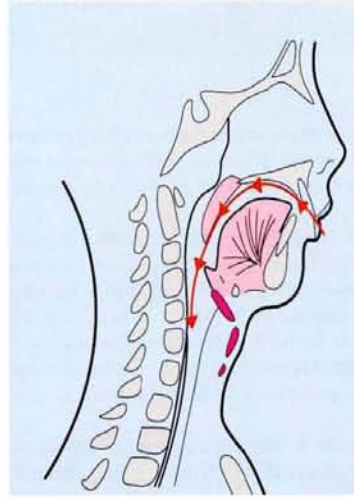


Fig.-17 Respiración bucal

2. Este grupo sostiene que la respiración oral altera el equilibrio muscular ejercido por la lengua, mejillas y labios sobre el arco maxilar. En el respirador oral, al mantener la boca abierta, la lengua adopta una posición más baja y adelantada quedando situada en el interior del arco mandibular, la arcada maxilar privada de la presión y soporte lingual se estrecha al no poder contrarrestar la presión ejercida por los labios y mejillas. Dentro de estas teorías esta la "Teoría de la compresión" (Tines, 1872 apoyada por Angle, Woodside y Moyers). (14)
  
3. Este grupo sostiene que la respiración oral es la consecuencia de la inflamación crónica de la nasofaringe que obstruye el paso del aire por la nariz. El factor inflamatorio sería el agente responsable de la deformidad maxilar. La infrautilización de la nariz en los respiradores orales condicionaría una involución de sus estructuras y a su vez, se reflejaría en la boca.(14)
  
4. El cuarto grupo niega cualquier relación significativa entre la morfología facial y el modo de respirar. (14)

Kingsley fue uno de los primeros en considerar que el paladar ojival (Fig.-18) era un rasgo hereditario no ligado a ningún tipo de trastorno funcional. En un estudio realizado por Gwynne-Evans y Ballard (de 15 años de duración) llegaron a la conclusión, de que la morfología facial permanece constante durante el crecimiento, sin ninguna relación con los diferentes tipos de hábitos funcionales respiratorios y que la respiración oral no produce deformidades. (14)

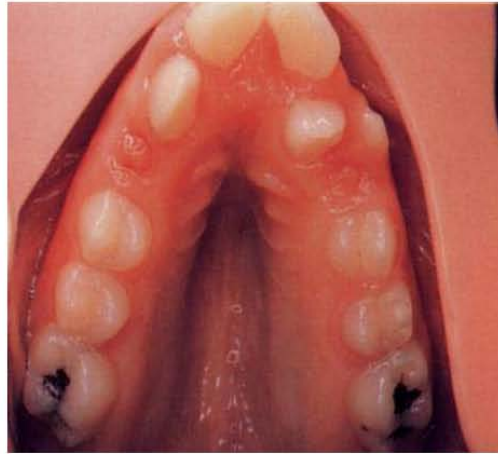


Fig.-18 Paladar de ojival

Todavía hoy existe confusión con respecto a la relación entre la función nadorrespiratoria y la morfología facial. Aunque no es posible negar esta relación y podría ser más bien una interacción compleja entre la herencia y los factores ambientales y podría potencializar las anomalías si el patrón morfogenético es sensible a la misma tendencia del desarrollo. (6)

Entre las causas más frecuentes de obstrucción respiratoria nasal están hipertrofia de las amígdalas palatinas y las adenoides (Fig.-19). Según Weimert está sería el 30% de los casos, el 34% por rinitis alérgica, el 19% desviación del tabique nasal, hipertrofia ideopática de los cornetes (12%), rinitis vasomotora y en menor porcentaje sería los pólipos y procesos tumorales (5%). (6)



Fig.-19 Fases adenoides

Aunque es frecuente ver gingivitis asociada con respiración bucal (Fig.-20) Las alteraciones gingivales incluyen eritema, edema, agrandamiento y brillo superficial difuso en las áreas expuestas, siendo la región anterior superior la más afectada. El efecto nocivo es atribuido a irritaciones por deshidratación de la superficie. (14)



Fig.- 20 Gingivitis

Con respecto al maxilar superior sean descritas las siguientes:

1. Opacidad e hipodesarrollo de los senos maxilares, que constituyen la base de la arcada dentaria superior; ello implica hipotrofia de dicha arcada. (Fig.-21). (14)



Fig.- 21 Hipotrofia de dicha 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 (Fig.-22). En consecuencia se produce una elevación y retrusión de la espina nasal anterior. (14)



Fig.- 22 Crecimiento de la premaxila

3.- Hipodesarrollo del maxilar, global o sólo transversal, o con endognacia y endoalveolía. En la respiración oral 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. (6)

4.- Protusión incisiva por falta de presión labial este fenómeno no es constante y puede aparecer apiñamiento incisivo en lugar de protusión. (6)



En la mandíbula se observa lo siguientes:

1.- prognatismo mandibular funcional por la posición baja de la lengua (Fig.-23). (24)



Fig.- 23 Prognatismo mandibular

2.- Rotación posterior mandibular con elongación de los rebordes alveolares, que compartiría una relación intermaxilar de clase dos y un aumento de altura facial inferior. (24)

3.- Lateroposición funcional mandibular, si la compresión maxilar no es muy grande, que puede llevar a laterognatia y provocar asimetría mandibular y facial. (24)

Del hábito de respiración bucal también se derivan trastornos funcionales que contribuyen a agravar la relación intermaxilar, la oclusión dentaria y el funcionalismo muscular, tales como:

1. Interposición lingual, que origina mordida abierta anterior o lateral.
2. Sellado labial incompetente
3. Interposición labial
4. Deglución atípica

5. Interferencias oclusales cúspide-cúspide. Dando casi siempre una oclusión traumática
6. Mordida cruzada uni o bilateral
7. Relación sagital de la mandíbula distooclusiva. (24)



Fig.- 24 Trastornos funcionales

La mayoría de los pacientes con respiración bucal presentan una apariencia externa que se conoce como facies adenoideas y comprende las siguientes características:

1. Posición entreabierta de la boca, signo típico del problema funcional existente.
2. Nariz pequeña y respingona, pone de manifiesto la ausencia de función del tercio medio de la cara (Fig.-25).
3. Orificios nasales pequeños, pobres y abiertos de frente, la cual determina mayor visualización de las narinas en visión frontal.
4. Labio superior corto y dirigido hacia arriba.
5. Labio inferior replgado e interpuesto entre los incisivos.(14)



Fig.- 25 Paciente con Respiración Bucal

El juicio clínico no tiene la precisión suficiente para diagnosticar alteración de la vía respiratoria nasal. El único método confiable para establecer el modo de función respiratoria consiste en utilizar un pletismógrafo para medir gráficamente las variaciones de volumen y el transductor de flujo aéreo para determinar el flujo total nasal bucal. (14)

El odontólogo corrige la forma de la arcada utilizando aparatos expansores encapsulados a los dientes superiores y ligeramente yuxtapuestos a los inferiores que se encuentran lingualizados. (17)

Otra forma que no sólo es la de los movimientos dentarios con aparatos, es incluir en el plan de tratamiento el ser auxiliado por otros especialistas (alergólogos y otorrinolaringólogo) así como terapias miofuncional y fisioterapia respiratoria (consiste en pedir al paciente, colocarse en una posición totalmente recta, cerrar sus labios y respirar por la nariz, con repeticiones variadas para retomar la respiración bucal, repetir este ejercicio tres veces al día) este tipo de terapia tiene los siguientes objetivos:

- 1.- Retomar la respiración nasal
- 2.- Mejorar la tonicidad labio- lingual.
- 3.- Reeducación miofuncional de la cara
- 4.-Reeducación articular del habla. Lógicamente, con el auxilio de la terapia fonaudióloga y de la medicina homeopática, alopática, fisioterapia respiratoria o la opción quirúrgica cuando se encuentre obstrucción mecánica de las vías aéreas superiores. (17)

## OTRO HÁBITO DE PRESIÓN (LENGUA)

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia delante es la retención del mecanismo infantil de mamar con la erupción de los incisivos a los cinco o seis meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continua proyectándose hacia delante, es la retención del mecanismo infantil de mamar.<sup>(5)</sup>

La función de deglución se presenta en el nacimiento, pasa por etapas de maduración para llegar a una deglución adulta. Si la alimentación no es adecuada en tiempo y forma se crean patrones de deglución atípica que requieren más adelante reeducación <sup>(5)</sup>

Durante la deglución la musculatura labial es auxiliada por la lengua dependiendo del grado de su formación la lengua se proyecta hacia delante para ayudar al labio inferior al cerrar durante el acto de la deglución (Fig.-26). Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta cuatro veces más intensa que la fuerza restrictiva eficaz y el labio inferior ayudando a lengua una poderosa fuerza hacia arriba y hacia delante contra el segundo premaxilar .<sup>(6)</sup>



Fig.- 26 Empuje lingual

Es importante considerar el tamaño de la lengua así como función; la que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la

presencia de amígdalas grandes y adenoides. (6)

En algunos casos, al proyectarse la lengua continuamente hacia delante aumenta la sobremordida horizontal y mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan con los dientes posteriores en contacto en todo momento. (6)

Un efecto colateral es el bruxismo o la bricomania; otro estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte por la arcada superior. Clínicamente esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado y hacia el otro, al desplazarse la mandíbula lateralmente bajo la influencia de los dientes. Un poco de bruxismo el cual ocasiona desgaste moderado de caninos y molares primario. (6)

El odontólogo debe iniciar un tratamiento preventivo, con a ayuda de aparatos fijos y/o removibles como son: recordatorio lingual, y una pantalla oral así como intervenir e manera interceptiva con terapia miofuncional, la cual consiste en pedir al paciente colocar un objeto circular en su paladar de tal manera que lo sostenga con su lengua durante lapsos de tiempo esto nos ayuda a educar a la lengua a no proyectarse hacia los dientes, también se puede pedir al paciente tocar varias veces su paladar con la punta de la lengua.

(6)

## HÁBITOS ANÓMALOS HÁBITOS DE SUCCIÓN

El hábito de succión se debe probablemente al incremento de la actividad muscular de las mejillas combinada con la falta de soporte y presión lingual sobre los caninos y molares superiores, debido a que la lengua se desplaza hacia atrás y hacia abajo. (4)

La disfunción lingual crea alteraciones en la forma, tamaño y relación de los maxilares. Pueden altera la posición de dientes así como la forma y función de los arcos dentarios. (5)

El hábito de succión esta casi siempre asociado con la presencia de una mordida abierta anterior (Fig.-27) y a menudo con una mordida cruzada posterior (Fig.-28). (4)



Fig.-27 Mordida cruzada posterior



Fig.28 Mordida cruzada anterior

La mordida abierta anterior, es consecuencia de una inhibición del crecimiento vertical ó de la porción anterior de la apófisis alveolar. El efecto suele ser transitorio, y cuando cesa el hábito se restablece el contacto incisal en un corto periodo de tiempo. (4)

El odontólogo iniciara su tratamiento de manera preventiva con la colocación de aparatos ortodónticos como son: Plano inclinado de acrílico, corona de acero inoxidable invertida o con banda metálica, así como terapias miofuncionales. (4)

## HÁBITO DE EMPUJE DEL FRENILLO

Es un hábito observado raras veces; pero si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño trabaja su frenillo labial entre los dientes y lo deja en esa posición en varias horas. (18)

Las estructuras que son afectadas por el empuje de frenillo y que ocasionan anomalías o tipos de patologías son:

- Problemas ortodónticos, problemas protésicos, alteraciones fonéticas y patología periodontal. (7)

Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse el hábito que desplace los dientes, ya que mantiene separados los incisivos centrales, este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal. (7)

El hábito de empuje de frenillo se basa en los datos clínicos de la presencia de diastema Interincisivo y su presencia en el estudio radiográfico, con el fin de descartar un diente mesiodens. (19)

Cuando se sospeche de hábito de empuje de frenillo y clínicamente se diagnostique frenillo labial; se indicara frenilectomia, y posteriormente el odontólogo remitirá al ortodoncista quien se encargara de cerrar el diastema. (19)

El hábito de empuje de frenillo, disminuye si se coloca una trampa lingual ó recordatorio; para evitar la inclusión del frenillo entre los incisivos y además de ayuda a que no se presenten otras alteraciones con el empuje de la lengua. (19)

## HÁBITO DE ONICOFAGIA

Es la acción de morder las uñas, lesionando los lechos linguales (Fig.-29). Es un hábito registrado pocas veces antes de los 3 a 6 años. (.3)

El hábito de Onicofagia produce movilidad dentaria, trastornos en las encías, así como trastornos estomacales. Generalmente desvía uno o más dientes, además de producir desgaste dentario localizado en la zona que sufre la presión. (20)



Fig.- 29 Hábito de morder las uñas

En este tipo de hábito, el odontólogo debe observar minuciosamente los daños causados en boca y de esta manera tratar cada uno de estos daños, así como trabajar en conjunto con el psicólogo, ya que este hábito se relaciona directamente con la tensión emocional. (20)



## HABITO DE BRUXISMO

También conocido como briquismo, bricomania o bruxomanía. <sup>(21)</sup> Es el apretamiento o rechinar agresivo, repetido o continuo y no funcional de los dientes durante el día o la noche o durante ambos, por un periodo prolongado de tiempo (Fig.- 30). Es más frecuente en adultos, pero también se presenta en niños y suele provocar abrasión de los dientes primarios permanentes; enfermedad periodontal y trastornos de la ATM, es más común en personas nerviosas. <sup>(9)</sup>

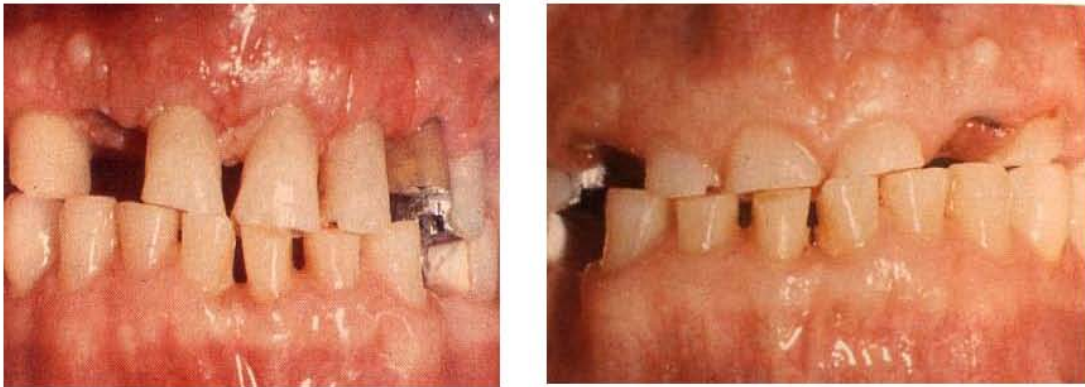


Fig.- 30 Bruxismo

Este hábito es una alteración lesiva de los tejidos periodontales, los músculos de la masticación y la articulación temporomandibular. Se les conoce con el nombre de parafunción que designa contactos dentarios distintos de la masticación y deglución. <sup>(15)</sup>

Aunque la teoría local sugiere que el bruxismo es una interferencia oclusal, una restauración alta o cierto estado dental molesto. Los factores sistémicos considerados en el bruxismo abarcan parásitos intestinales, deficiencias nutricionales subclínicas, alergias y endocrinopatías. <sup>(22)</sup>

La teoría psicológica sostiene que el bruxismo es la manifestación de un desorden de la personalidad del estrés elevado. Los niños con alteración músculo esquelético (parálisis cerebral) y aquellos que padecen retraso mental rechinan los dientes con frecuencia. Esta última clase de bruxismo es consecuencia del estado mental y físico básico del enfermo y es difícil de tratar desde un punto de vista dental. <sup>(22)</sup>

Existen dos tipos de bruxismo:

**CÉNTRICO:** Apretadores Preferentemente diurno, Áreas de desgaste limitadas a la cara oclusal, Menor desgaste dentario y Mayor afectación muscular (Fig.-31). (23)

**EXCÉNTRICO:** Frotadores, Nocturno, Áreas de desgaste sobrepasan la cara oclusal, Gran desgaste dentario y Menor afectación muscular (Fig.-32). (23)



Fig.-31 Bruxismo Céntrico



Fig.- 32 Bruxismo excéntrico

El bruxismo céntrico presenta : cúspides invertidas y desgastes de cuello, puede ocasionar periodontitis y movilidad (Fig.- 33) , pérdida de esmalte en el cuello de las piezas, pulpitis y necrosis pulpaes, trauma oclusal, hipersensibilidad dentaria ,pérdida de esmalte en el cuello de las piezas . (23)



Fig.- 33 Periodontitis

Por lo general los pacientes están conscientes del hábito, pero se quejan de dolor o sensación de cansancio de los maxilares o músculos, en particular al levantarse por las mañanas, que se irradia de la cabeza o cuello una sensación de ardor o dolor de cabeza. (15)

La terapéutica ha de comenzar con medidas sencillas; es preciso reconocer interferencias oclusales y ajustarlas si es necesario. Si no se localizan alteraciones semejantes o el ajuste oclusal fracasa, es preciso considerar la remisión del caso con el especialista apropiado en este caso dependiendo del origen del bruxismo son psicólogo, médico general, nutriólogo etc. Sin ninguna de estas indicaciones produce buen resultado, puede construirse un aparato tipo protector bucal con plástico blando a fin de proteger los dientes y tratar de eliminar el hábito de rechinar. Si se considera que la costumbre ocasionada por los factores psicológicos se justifica enviar al niño con un experto en desarrollo infantil. (15)

En algunos casos se utiliza tranquilizantes que puedan interrumpir el hábito sin embargo son de uso prolongado. (4)

## POSTURA

La postura corporal es la expresión sumada de reflejos musculares, y por lo tanto, habitualmente capaz de cambio y corrección. (12)

Flechsig, relaciono músculos cervicales y utrículo, afirmando que la función vestibular principal era la regulación de la posición de la cabeza con respecto al tronco y alas extremidades. (12)

Sherrington define la función postural como el conjunto de actitudes corporales y movimientos viscerales, mantenidos por la actividad tónica Sherrington no hablo únicamente de los músculos esqueléticos sino también de músculos viscerales con respecto ala tonicidad general del cuerpo.(23)

Flechsing sostiene que la formación del sistema postural es muy primitiva. La vía vestibular es la primera vía sensorial que mieliniza. El mismo señalo que todo órgano o estructura correspondiente a funciones primarios mieliniza precozmente: succión, deglución, movimientos peristálticos, respiración, grito y llanto son funciones vitales complejas y ya están establecidas al nacer. (23)

Las personas con postura corporal defectuosa frecuentemente muestran también una posición indeseable en la mandíbula. Ambas pueden ser expresiones de una salud general pobre. Por otra parte la persona que se mantiene derecha y erecta con la cabeza bien colocada sobre su columna vertebral, casi por reflejo va a mantener su mentón adelantado sobre una posición preferida. (12)

Los hábitos de postura deberán formularse su diagnostico, o tratarse individualmente, por separado. Sin embargo es importante que el Cirujano Dentista de práctica general sepa detectar este tipo de alteración y sobre todo remitir al paciente en el tiempo indicado. En esta categoría de postura entran ciertos tratamientos de tipo ortopédico. (12)

### **OBJETIVO GENERAL**

ESTABLECER CUAL ES LA CONDUCTA ESTOMATOLOGICA A SEGUIR ANTE LA PRESENCIA DE HABITOS BUCALES PERNICIOSOS.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ☛ IDENTIFICAR CÚAL ES EL POSIBLE ORIGEN DE LOS HÁBITOS BUCALES PERNICIOSOS MAS FRECUENTES, PARA TRATAR EL PROBLEMA DESDE UN ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO.
  
- ☛ CONOCER CUALES SON LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA APARICIÓN DE LOS HÁBITOS PERNICIOSOS
  
- ☛ IDENTIFICAR CUÁL ES EL TRATAMIENTO PARA CADA HÁBITO PERNICIOSO.
  
- ☛ SABER HACER REMISIONES OPORTUNAS A ESPECIALISTAS Y TRABAJAR DE MANERA CONJUNTA.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

**En el presente trabajo se realizará una investigación bibliográfica de tipo lineal actualizada.**

## **RECURSOS**

### **RECURSOS HUMANOS**

- Un pasante de la carrera cirujano dentista
- Un director de tesis
- Un asesor

### **RECURSOS FISICOS**

- Biblioteca FES ZARAGOZA
- Biblioteca ADM
- Biblioteca ciudad universitaria

### **RECURSOS MATERIALES**

- Libros
- Revistas
- Computadora personal
- Disquete
- Hojas
- Internet
- Plumas
- Impresora
- Lápiz

## CRONOGRAMA 2005-2006

ACTIVIDADES	Diciembre	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Presentación del título del proyecto	-----					
Investigación bibliográfica		-----				
Captura de la información	-----	-----	-----			
Análisis de la Información				-----		
Informe , integración de información					-----	
Elaboración de conclusiones						-----
Recomendaciones						-----



## CONCLUSIONES

La información recabada en esta revisión bibliográfica es el inicio de una mejor conducta estomatológica. Una vez que se presentan en el consultorio pacientes con hábitos bucales perniciosos.

El odontólogo de práctica general debe de remitir oportunamente al especialista indicado para cada tipo de hábito y así trabajar de manera multidisciplinaria para llevar a buen término el tratamiento del paciente.

De tal manera que la conducta que debe tener el odontólogo de practica general; una vez que se presentan pacientes con habito bucal pernicioso, consiste en identificar el hábito que se presenta en cada paciente, explicar cual es el origen de su habito y elaborar un plan de tratamiento, en el cual se incluya la colaboración de especialistas para la atención de dicho habito de manera conjunta y tener éxito en el tratamiento además de rehabilitarlo de manera integral.

Espero que esta investigación bibliográfica pueda ser de interés y utilidad a los estudiantes de la carrera Cirujano Dentista, y despertar en ellos una inquietud para realizar investigaciones profundas desde el inicio de la licenciatura y así poder llevar una práctica más profesional y eficiente.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Como profesional de la salud debemos orientar al paciente para que disfrute de una salud bucal optima.
- ❖ Trabajar en conjunto con otros especialistas del área de la salud.
- ❖ El odontólogo de práctica general deberá explicar al paciente cuál es el origen de su hábito, fundamentando en los conocimientos que adquirió durante su formación profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Ohanian M.G. Fundamentos y principios de la Ortopedia maxilo-facial. 2° ed. Colombia: Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericana; 2000.
- 2.- Moore K.L. Fundamentos de anatomía y orientación clínica. 3° ed. Buenos Aires: Panamericana; 2003.
- 3.- Bishara S.E. Ortodoncia. 2° ed. México: Mac Graw- Hill; 2003.
- 4.- Jaquéz. B.J. Hábitos bucales. Dentista y Paciente. 2001; 114(10): 46-50.
- 5.- Material de apoyo. Hábitos bucales. ENEP Iztacala, UNAM, México. 1992. pp. 2-24.
- 6.- Graber T.M. Ortodoncia, teoría y práctica. 2° ed. México: Interamericana; 1997.
- 7.- Sydney B.F. Odontología pediátrica. 4° ed. México: Interamericana; 1985.
- 8.-Canut Brusola J. Ortodoncia y terapéutica clínica. 2° ed. México: Salvat; 1992.
- 9.- Hábito de Succión Digital. Artículo Gulley, William I AM Orthodontics. Julio 1992. 22-25.
- 10.- Romero Maroto M. tratamiento de la Succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE. 2004; 9(1): 77-82.

- 11.- Ralphe Mac Donal. Odontología pediátrica y del adolescente. 5° ed. Argentina. Panamericana; 1993.
- 12.- Moyers R.E. manual de ortodoncia. 4° ed. Argentina. Panamericana; 1998.
- 13.- Jame D. Sobre los hábitos de succión digital. ADM. 1875;63(5) 17-22.
- 14.- Graber T. M. Ortodoncia principios generales y técnicas. 3° ed. México. Panamericana; 2003.
- 15.- Pinkham J. R. Odontología pediátrica. 2° ed. México: Mc Graw- Hill; 1996.
16. - Proffit W.R, Fields HW. Ortodoncia Contemporánea: Teoría y práctica. España. Mosby; 2001.
- 17.- Braham R. Odontología pediátrica. 2° ed. Actualidades Latinoamericanas; 1997.
- 18.- Villacencio J.A. Ortopedia dentofacial, Una visión multidisciplinaria. 2° ed. México: Actualidades Latinoamericanas; 1997.
20. Cosme Gay E, Berini Autes L. Tratado de Cirugía Bucal. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2004.
- 21.- Velagos J.L Anatomía de cabeza y con enfoque estomatológico. 2° ed. España: Panamericana; 1998.
- 22.-Ash M.R. Oclusión. 4° ed. México: Mc Graw Hill; 1996.
- 23.- Moks H.M. Corn H. Atlas de ortodóncica del adulto tratamiento funcional y estético. 3° ed. España: Trillas; 1990.