



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEL HÁBITO DE SUCCIÓN LABIAL EN PACIENTES
ODONTOPEDIÁTRICOS.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ERICKA LORENA LÒPEZ TORRES

TUTOR: C.D. ÁNGEL KAMETA TAKIZAWA



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

En primer lugar quiero agradecer a Dios por darme la oportunidad de llegar a esta etapa de mi vida y de haber terminado mi carrera

Quiero dedicar éste trabajo a mi papá y a mi mamá . Les doy gracias por su apoyo no solo a lo largo de mis estudios sino a lo largo de mi vida, por su apoyo y cariño.

También quiero agradecer a mis hermanos Fernando, Lupita, Mario; mis tíos: Elvira, Gilbert, Alejandra, Ismael, Samuel; mis primos y mis amigos por su apoyo

Y por último al Dr. Ángel Kameta Takizawa por el apoyo y asesoría para la realización de este trabajo



ÍNDICE

Introducción

I.	Antecedentes	2
II.	Generalidades	4
	A) Labios, anatomía y función.....	4
	B) Músculos periorales.....	6
	C) Deglución atípica.....	11
III	Hábitos orales	14
	A) Definición.....	14
	B) Clasificación.....	14
	C) Hábitos orales.....	17
III.	Hábito de succión labial	19
	A) Definición.....	19
	B) Etiología.....	20
	C) Prevalencia.....	23
	D) Diagnóstico.....	24
	E) Tratamiento.....	28
	Conclusiones	41
	Bibliografía	43



INTRODUCCIÓN

Los hábitos bucales anormales pueden afectar en el desarrollo, crecimiento de las estructuras faciales y su función. El hábito de succión labial, es uno de los hábitos que se presenta con menor frecuencia y casi siempre el labio inferior es el implicado.

El objetivo de este trabajo de investigación bibliográfica es dar a conocer la importancia de establecer un buen diagnóstico para poder aplicar un correcto plan de tratamiento para el hábito de succión labial y erradicar dicho hábito.

Así, en el primer capítulo se abordará la anatomía y función de los labios y también se hablará sobre las funciones de los músculos periorales ya que estos son de gran importancia para el establecimiento del hábito mencionado. En el segundo capítulo se hablará sobre los hábitos orales, su definición y su clasificación.

Se abordará de lleno el hábito de succión labial en el capítulo número tres. En donde se explicará la definición de dicho hábito, así como su etiología y prevalencia en México. También se abordará los aspectos que debemos de tomar en cuenta para poder dar un diagnóstico correcto. En cuanto el tratamiento se hablará sobre los aparatos funcionales interceptivos, lip bumper y pantalla vestibular y sobre los ejercicios mioterapéuticos.



I. ANTECEDENTES

Durante muchos años los hábitos orales han sido tema de discusión y existen varios estudios sobre el grado de daño causado por los hábitos orales más comunes y como deben de ser manejados.

Los hábitos orales fueron definidos por Monti desde 1958, como comportamientos musculares o esqueléticos de naturaleza compleja, que se llevan a cabo en la región orofacial con el uso del dedo pulgar, lengua, labios, mejillas u otro objeto que proporcione satisfacción.

El tratamiento de los hábitos orales fue dirigido a la actividad irregular de los músculos orofaciales. Desde la época en que Pierre Fauchard escribió su tratado de dentistería en 1723 por primera vez se concibió la idea de ejercer una presión mecánica por medio de un aparato para corregir maloclusiones y con ese propósito introdujo el uso de aparatos reguladores. Por su parte "Bridgeman (1856) formuló las ideas mecanicistas de la teoría de la <<presión lateral>>. Para él todas las formas de irregularidades dentales se debían a lo siguiente: fuerza muscular externa como la de los labios y mejillas, fuerza muscular interna como la de la lengua y fuerza oclusal."¹

Fue en el siglo XIX cuando Tomes² propuso su teoría que relacionaba la forma de los arcos dentales con la actividad muscular. Entonces los aparatos funcionales, fueron desarrollados y utilizados inicialmente en Europa desde el inicio del siglo XX. En 1918 Alfred P. Rogers, "recomendó ejercicios para el desarrollo de los músculos de la cara, con vistas a aumentar su actividad funcional. En sus artículos publicados proponía <<hacer de los músculos faciales nuestros aliados en el tratamiento y la contención>>, también recomendaba ejercicios para los músculos maseteros, temporales, pterigoideos, mentonianos, linguales, orbiculares de los labios y faciales".³

¹Anderson G.M. "Ortopedia práctica" 1era edición. Editorial Mundi. 1960. pág 43

²Di Santi Mondano Juana "Fuerzas producidas por el lip bumper" Vol 43. No.5 2005 pág 2

³Graber T.M "Aparatología ortodóntica removible" Ed. Panamericana 1989 pág 95



Por otra parte, los aparatos funcionales para el tratamiento del hábito de succión labial como el lip bumper, que fue reportado por Renfroe en 1956 como <<Lip – bearing appliance>>, aparato de anclaje muscular o empujador labial para controlar las fuerzas del labio inferior hipertónico contra los dientes anteroinferiores y anterosuperiores.⁴

Y Newel en 1912 introdujo otro aparato funcional para el tratamiento del hábito de succión labial, la utilización de la pantalla vestibular, que en Europa se usó con bastante frecuencia y en Inglaterra antes de la segunda guerra mundial. También fue utilizada por Kraus, Hotz, Nord y modificada por Fränkel. Algunos autores como Frantisek Kraus, creía que la interrupción de un hábito produciría en algunos casos una rehabilitación espontánea.^{5,6}

⁴ Di Santi M.J Art cit . pág 7

⁵ Graber T.M Op cit pág 69

⁶ Vellini F. “Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica”Ed. Artes Medicas Latinoamericanas 2002 pág 262

II. GENERALIDADES

A) Labios, anatomía y función

Son dos pliegues musculofibrosos móviles (superior e inferior) que ocupan la parte ventromedial de la pared superficial del vestíbulo. En sentido lateral se unen uno al otro y forman la comisura labial, limitando entre ambos el ángulo oral que es parte de la rima oral o simplemente la boca (Fig. 1).¹

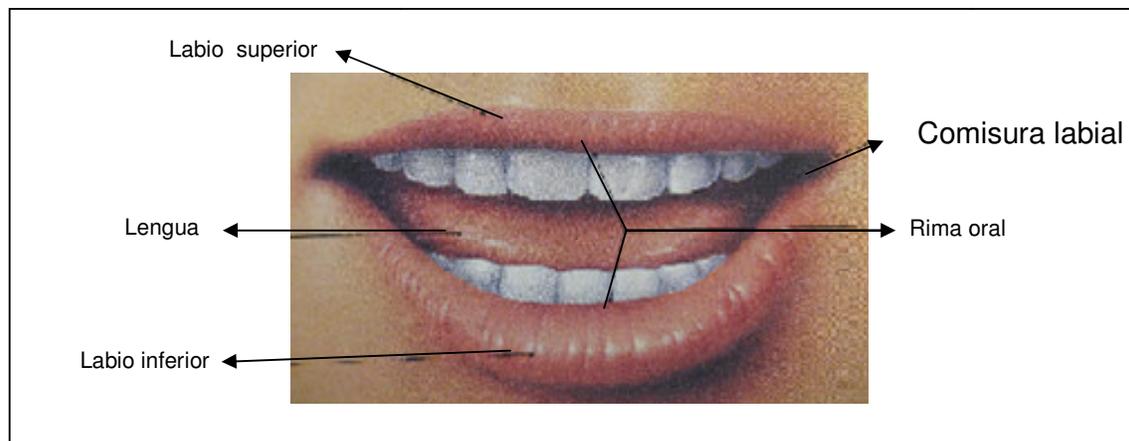


Fig. 1 Rima o hendidura bucal.²

La cara superficial o anterior de cada labio esta revestida por piel. En la línea media del labio superior se encuentra una depresión vertical llamada filtrum que se extiende cranealmente hasta el subtabique.³ (Fig. 2)

La cara profunda posterior de cada labio está revestida de mucosa que es lisa y en la línea media presenta el frenillo correspondiente.

El borde libre del labio es de coloración más obscura debido a su vascularización y constituye una zona de transición entre piel y mucosa. El

¹ Fuentes S.R “Corpus atlas general anatomía humana” Vol.II Ed. Trillas 1997 pag 849

² Ib

³ Ib pág 850

borde adherente en su parte profunda corresponde a los canales vestibulares, superficialmente se marca por un surco que los separa de las formaciones vecinas. El labio superior está separado de la región geniana por el surco labiogeniano. En dirección craneal en la parte central el surco nasolabial lo separa de la nariz (Fig.2).⁴

El surco mentolabial, cóncavo caudalmente separa al labio inferior de la región mental (Fig. 2). Y en ambos labios el plano muscular esta formado esencialmente por el fascículo correspondiente del orbicular de la boca.⁵



Fig 2. Labios⁶

Los labios reciben sangre principalmente de las arterias labiales superior e inferior que son ramas a su vez de la arteria facial; su linfa drena a los linfonodos mandibulares.⁷

La inervación sensitiva a los labios superior e inferior la proporcionan, respectivamente, los nervios maxilar y mandibular. El componente muscular de los labios recibe inervación del nervio facial.⁸

B) Músculos periorales

⁴ Ib pag 850

⁵ Ib

⁶ Ib pag 849

⁷ Ib pag 850

⁸ Ib pag 852

- Músculo cigomático mayor (Fig.3)

Se origina en la cara lateral del hueso cigomático, se dirige hacia abajo y medialmente, se inserta en el ángulo de la boca, se entrelaza con el orbicular de la boca. Su acción es elevar el ángulo de la boca hacia arriba y afuera.⁹

- Músculo cigomático menor (Fig.3)

Se localiza medial al cigomático mayor y lateral al elevador del labio superior. Se origina en la cara lateral del hueso cigomático y de ahí se inserta en el labio superior. Este músculo se encarga de elevar el labio superior.¹⁰

- Elevador del labio superior (Fig. 3)

Se origina en el borde infraorbitario, cubriendo el agujero infraorbital y desciende mezclándose con el orbicular para insertarse en la piel del labio superior. Su acción es elevar el labio superior y marcar el surco nasolabial.¹¹

⁹ Eriksen P. "Anatomía humana, huesos, articulaciones y músculos de cabeza y cuello" Unidad II Fascículo 1 UNAM Facultad de Odontología 2000 pag 68

¹⁰ Ib

¹¹ Ib

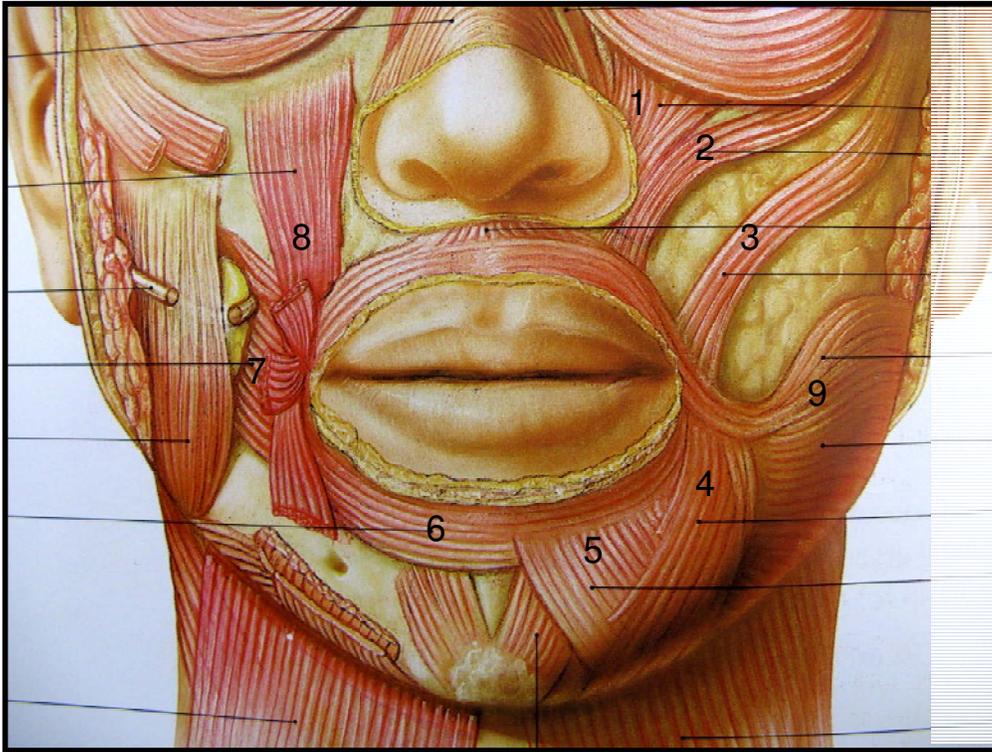


Fig 3. **Músculos periorales:** 1- M.elevador del labio sup; 2- M.cigomático menor; 3- M.cigomático mayor ; 4- M. depresor del ángulo de la boca; 5- M.depresor del labio inferior; 6- M. orbicular de la boca; 7- M. buccinador; 8- M elevador del ángulo de la boca; 9- M risorio ; 10- M mentoniano¹²

- Elevador del labio superior y del ala de la nariz

Se origina en la parte medial de la órbita, en la parte baja del proceso frontal del maxilar y desciende para insertarse en el ala de la nariz como también en el labio superior. Se localiza a un lado del elevador del labio superior. La acción de este músculo consiste en elevar el labio superior y estira el ala de la nariz.¹³

¹² Ib pág 186

¹³ Fuentes Op cit. Vol.I pág 407

- Músculo elevador del ángulo de la boca (Fig.3)

Se origina en la fosa canina del maxilar debajo del agujero infraorbitario, de ahí se dirige hacia abajo para llegar a la piel del ángulo de la boca. Está cubierto por el elevador del labio superior y del ala de la nariz. La acción de este músculo es elevar el ángulo de la boca.¹⁴

- Músculo buccinador (Fig.3)

Esta situado entre el maxilar y la mandíbula forma parte de la pared de la mejilla. Se origina en el ligamento pterigomandibular y en el labio lateral de la porción dorsal del borde alveolar del maxilar y la mandíbula. Emite también fascículos para el labio superior y el labio inferior; se entremezcla con la piel de los labios y la mucosa del vestíbulo de la boca. Acción: desplaza la comisura en sentido lateral y aproxima el carrillo contra las arcadas alveolodentarias; además, se manifiesta en la succión, el silbido, el beso, la acción de soplar y principalmente es el que se encarga de empujar el bolo alimenticio hacia la zona de trituración durante la masticación.¹⁵

- Músculo risorio (Fig. 3)

Músculo inconstante y en parte es continuación del platisma; se origina en las fascias parotídea y masetérica, además en la piel del pliegue nasolabial. Se dirige hacia delante y se inserta en la piel del ángulo de la boca. Su acción consiste: En tirar de la comisura hacia los lados durante la risa o sonrisa.¹⁶

- Músculo depresor del ángulo de la boca (Fig.3)

Se origina en la porción anterolateral de la mandíbula, abajo del agujero mantoniano y sus fascículos se dirigen hacia arriba a la vez que se adelgazan insertándose en el ángulo de la boca donde se mezcla con la piel del labio

¹⁴ Eriksen Op cit. pág 68

¹⁵ Ib

¹⁶ Eriksen Op cit. pág 68

superior y el músculo elevador del labio superior. Su acción consiste en abatir hacia abajo y a los lados el labio inferior.¹⁷

- Músculo depresor del labio inferior (Fig.3)

Se origina entre la sínfisis mentoniana y el orificio mentoniano. Sus fibras se dirigen hacia arriba y medialmente, para llegar a la piel del labio inferior, al músculo orbicular de la boca y se entremezcla con fibras del músculo del lado opuesto. Este músculo abate hacia abajo el labio inferior.¹⁸

- Músculo mentoniano (Fig.3)

Se origina en las eminencias alveolares de los incisivos centrales inferiores; se dirige hacia abajo y se inserta en la piel del mentón. Acción: hace tracción de la piel hacia arriba. Se contrae al empezar el mohín (puchero) previo al acto de llorar.¹⁹

- Músculo transverso del mentón

Este es inconstante, pequeño, a veces es continuación del músculo depresor del ángulo de la boca.²⁰

Planos de los labios

Topográficamente los labios presentan los siguientes planos (Fig. 4):

¹⁷ Fuentes Op cit. pág 408

¹⁸ Velayes J.L “Anatomía de cabeza y cuello, enfoque estomatológico” 3era ed. 2001 pág 183

¹⁹ Eriksen Op cit. pág 69

²⁰ Ib

- “Piel : además de pelo y bigote, tiene glándulas sebáceas y sudoríparas.
- Tela subcutánea.
- Músculo orbicular oral y otros músculos cutáneos de la cara que se entrecruzan con los fascículos musculares del orbicular.
- Tela submucosa que contiene glándulas labiales y vasos sanguíneos.
- La túnica mucosa que continúa con la túnica mucosa gingival y las mejillas”.²¹

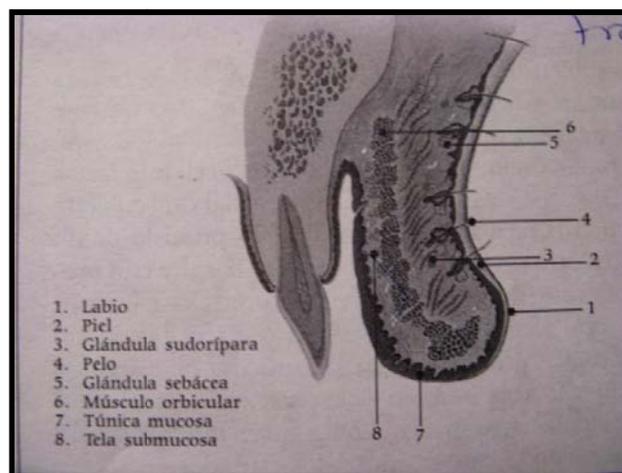


Fig 4. Topografía de los labios.²²

²¹ Eriksen P. “Anatomía humana,s.Segmento, digestivo, respiratorio y glándulas endócrinas de cabeza y cuello y órganos de los sentidos” Unidad II Fascículo 3 2002 pág 17

²² Ib

La función principal de los labios es la competencia bucal, que está controlada esencialmente por el músculo orbicular, también desempeñan una función importante en el lenguaje, expresiones faciales y deglución.

C) Deglución atípica

“El momento del nacimiento el niño tiene desarrollado el reflejo innato de succión que le permite alimentarse. Aproximadamente a partir del cuarto mes, la maduración nerviosa va a ir transformando el reflejo innato a reflejo adquirido hasta que este patrón de conducta cesa”²³

La persistencia de la conducta de succión puede tener efectos nocivos en el desarrollo de las estructuras bucales. Entre los hábitos de succión no nutritiva encontramos el uso prolongado del chupete, succión digital, succión labial.²⁴

En el recién nacido la lengua esta en posición postural de succión hacia adelante para alimentarse. La punta de la lengua se interpone a través de las almohadillas gingivales anteriores y toma parte en el sellado labial anterior a esta posición de la lengua y la deglución coincidente se le llama deglución infantil o visceral. Cuando erupcionan los incisivos, la posición de la lengua empieza a retraerse. En el período que comprende entre los 12 y 18 meses, la propiocepción causa cambios posturales y funcionales en la lengua. Entre los 2 a 4 años de edad se ve la deglución somática funcionalmente balanceada o madura en los cuadros de desarrollo normal.²⁵

²³ Barbería L.Elena “Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos” Ed Ripano 2005 pág 107

²⁴ Ib

²⁵ Graber “Ortodoncia aparatología removible” pág 149

“Entre ambos tipos de deglución existe una transición o maduración del sistema neuromuscular, donde alteraciones durante este período puede llevar a la persistencia de la deglución infantil, induciendo con ello la aparición de una maloclusión”²⁶. Para que exista una deglución normal es importante que exista un equilibrio muscular tanto de lengua, labio y músculos del carrillo.

Cuando se pierde este equilibrio se presenta una deglución atípica o anormal. Una de las causas más probables de las degluciones atípicas es el desequilibrio del control nervioso ya que se presenta en niños que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni coordinación motora, por lo tanto no mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.

Existen dos tipos de deglución atípica:

1. Con presión atípica del labio
2. Con presión atípica de lengua.

La deglución atípica del labio (interposición labial) ocurre cuando los pacientes están en reposo y los labios no tienen un sellado. Y 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, si no durante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores.²⁷

²⁶ Barbería E, “Odontopediatría” Ed Masson 1995 pág 370

²⁷ Vellini Op cit. pág 258



III. HÁBITOS ORALES

A) Definición

“Un hábito es una práctica fijada producida por la constante repetición de un acto. El acto con cada repetición, se hace menos consciente y si se hace a menudo puede ser relegado a la mente subconsciente convirtiéndose real y finalmente en un modelo mental inconsciente”¹

Se puede 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.

B) Clasificación de los hábitos

“Gómez Herrera clasifica a los hábitos de acuerdo a los diferentes tipos de manifestaciones y pueden ser considerados como normas de costumbres o propiamente como hábitos”.²

Los clasifica de la siguiente manera:

- Hábitos generales, que a su vez se dividen en:
 1. *Fisiológicos*: acciones ejecutadas mecánicamente que consisten en la regulación que el individuo satisface su organismo ante la presencia de estímulos (hambre, sed, etc.)

¹ Sogbe de Angell R. “Conceptos básicos en odontología pediátrica” Ed Desinlined 1996 pág 575

² Ib pág 576

2. *Sociales*: modos de conducta que suponen cooperación con otros individuos de la misma especie, conlleva a la creación de nuevas normas en la interacción social, y convertirse en patrones de la cultura.
- Hábitos orales: son vías de desfogue emocional y de equilibrios de estado de ansiedad. Los hábitos orales más comunes y más frecuentes son: succión del pulgar, onicofagia y bruxismo; existen otros hábitos menos frecuentes como son: succión labial, empuje del frenillo, hábitos posturales y masoquistas.(Fig. 5 y 6)



Fig 5. Succión del pulgar³



Fig 6. Succión labial⁴

Según Sindney Finn, los hábitos orales se clasifican en:

- "Hábitos bucales no compulsivos": los niños experimentan modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos

³ Quirós Álvarez " La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología" Rev Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría 2003 www.ortodoncia.ws/publicaciones/20003 pág 3

⁴ Ib pág 4

indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones o se puede lograr cambios por medio de lisonjas y halagos”⁵ Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste se le denomina no compulsivo. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales.

- “Hábitos bucales compulsivos: un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido 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. El niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir este hábito. Estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada.”⁶

También se acepta que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternal, juega un papel importante en muchos casos.

C) Hábitos orales

“Todos los hábitos orales son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza compleja.”⁷ Hay hábitos que sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares. Los hábitos orales anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la

⁵ Ib

⁶ Ib

⁷ Ohanian M. “Fundamentos y principios de la ortopedia dentomaxilofacial” Ed AMOLCA 2005 pág 171



función orofaríngea normal y juegan un papel importante en el crecimiento y en la fisiología oclusal.⁸

La etiología de los hábitos orales se atribuye a la presencia de factores psicológicos relacionados con fallas en alimentación materna del recién nacido, a la actividad y forma muscular anormal o a la presencia de un hábito anterior.⁹ La succión del dedo y labio, pueden ser síntoma de neurosis o crecimiento facial anormal. En algunos casos estos hábitos crean una presión inadecuada en el inmaduro y maleable hueso alveolar, esto puede conducir a la malposición dentaria, una respiración anómala, anormalidades en el habla, desequilibrio en la musculatura facial y problemas psicológicos.¹⁰

La presencia de un hábito oral en el niño de tres años de edad es un dato importante en el examen clínico. Es deseable que el hábito que ocasionó el movimiento de los incisivos primarios se haya eliminado antes de que broten los incisivos permanentes. Si el hábito no se erradicó y se produjeron cambios dentales antes de la erupción de dichos dientes, estos también se verán afectados.¹¹

Algunos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos, ya que las relaciones entre forma y función son tan importantes en todo el organismo durante la etapa del desarrollo.

Los hábitos orales también pueden agravar la maloclusión dependiendo de las capacidades del hueso para responder a los estímulos de presión. El grado de deformidad de las estructuras dentofaciales va a estar determinado por tres factores importantes:

1. Intensidad del hábito: fuerza.
2. Frecuencia del hábito: que tan a menudo.

⁸ Moyers Roberto “Manual de ortodoncia” 4ta ed. Ed Panamericana 1994 pág.156

⁹ Cárdenas J.D. “Odontología pediátrica” 3era ed. 2003 pág 302

¹⁰ Nandini P.V “An oral screen for early intervention in lower-lip-sucking habits” JCO Int Vol XXXIX Num 2 . 2005 pág 97

¹¹ Pinkham R.J “Odontología pediátrica” 3era ed. 2001 pág 424



3. Duración del hábito: por cuanto tiempo.¹²

¹² Cárdenas J.D op cit. pág 302

IV. HÁBITO DE SUCCIÓN LABIAL

A) Definición

Hábito que conlleva la manipulación de los labios y estructuras periorales.¹ El hábito de succión labial influye en la dentición de diferentes maneras. Por su parte el hábito de lamer el labio es relativamente benigno (Fig.7).^{2,3}



Fig 7. Lesiones evidentes por lamerse los labios⁴

“Este hábito se presenta mayormente en el labio inferior”⁵ (Fig.8).

Se observa en niños con maloclusiones que van acompañadas de un pronunciado resalte de los incisivos superiores, aunque también este hábito puede aparecer como una sustitución de la succión digital.



¹ Pinkham J.R, “Pediatri

² Ib

³ Nandini Art cit. pág 97

⁴ Barbería E. “Atlas de o

⁵ Canut B.J.A “Ortodonc

Fig 8. Succión del labio inferior⁶

B) Etiología

La mordedura del labio se aprecia más fácilmente en el invierno, se presentan como manifestaciones dérmicas fácilmente visibles como: “enrojecimiento, inflamación, sequedad de labios y tejidos peribucales”^{7,8} (Fig. 9). Y también se puede observar muchas veces una lesión semicircular en el labio inferior.⁹



Fig 9. Lesiones por succión de los labios¹⁰

“El hábito de succión labial se presenta usualmente en pacientes con maloclusión clase II división 1 y en conjunción con frecuencia asociado al hábito de succión de dedo y lengua. Ya que si hay una maloclusión por el hábito de succión de dedo se desarrolla una actividad muscular de

⁶ Vellini Op cit. pág

⁷ Pinkham J.R, “Pediatric dentistry infancy through adolescent” pág 436

⁸ Nandini Art.cit pag 97

⁹ Braham R. “Odontología pediátrica” Ed Panamericana 1984 pág 421

¹⁰ Barbería E. “Atlas de odontología infantil para peditras y odontólogos” pág 116

compensación y se acentúa esta deformidad.”¹¹ Con el aumento de la sobremordida horizontal se le dificulta al niño cerrar los labios correctamente y se crea una presión menor requerida para la deglución normal. Entonces el labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores. Y en los pacientes clase II, división 1, con un overbite mayor se observa que el labio inferior se interpone por palatino de los dientes incisivos superiores (Fig 10).¹²

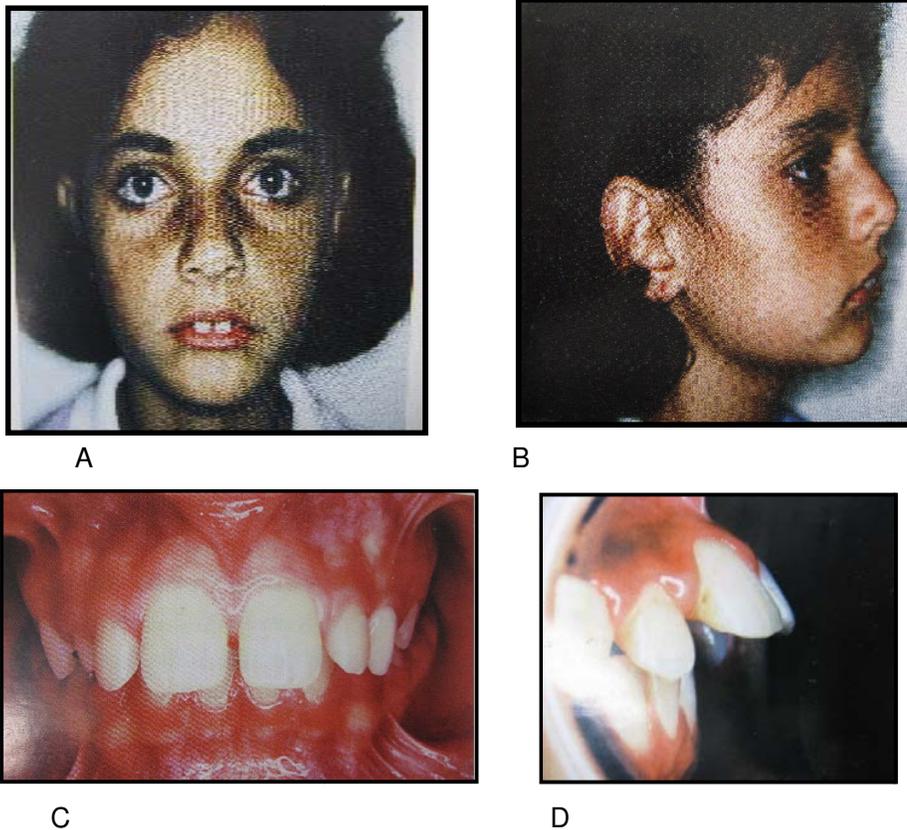


Fig 10 . A,B,C,D Caso clínico Paciente con clase II división 1 con interposición labial inferior.¹³

Los pacientes con este hábito no tienen un buen sellado labial (fig.11), “los incisivos inferiores de esta manera, se inclinan en sentido lingual, apiñándose, mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa de la deglución, se torna cada vez más hipotónico y adquiere un aspecto de labio corto. El labio inferior se torna hipertónico. La pérdida del

¹¹ Vellini Op cit. pág 258

¹² Graber T.M “Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales” 2da ed. 1998 pág 299

¹³ Vellini Op Cit. pág 259

contacto funcional anterior favorece a la extrusión dentaria aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales, caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.”¹⁴

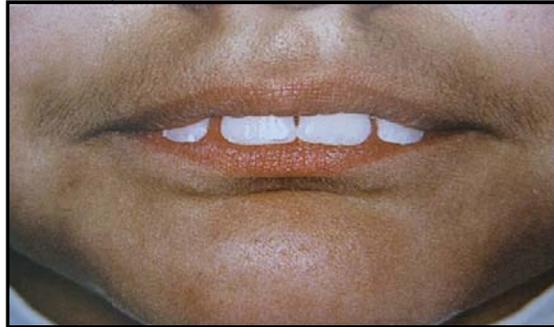


Fig. 11 Paciente en posición de reposo, la inclinación de los incisivos superiores favorece a la posición labial.¹⁵

También hay una contracción de los músculos orbiculares y buccinadores con gran disfunción entre labio inferior y la lengua.¹⁶

C) Prevalencia

Existe una prevalencia durante la dentición mixta de este hábito de succión.¹⁷

¹⁴ Vellini Op cit. pág 258

¹⁵ Ib pág 296

¹⁶ Graber T.M “Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales” 2da ed 1998 pág 107

¹⁷ Warren J.J Effects of nonnutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition” Pediatric Dent 2005 ; 27 pág 499

En un estudio realizado por Rubén Bayardo, donde analizó 1600 expedientes de pacientes odontopediátricos mexicanos; en el cual 56% demostraron algún tipo de hábito oral pernicioso, manifestándose una predisposición significativa en pacientes del sexo femenino. También en este estudio se presentó con más frecuencia los hábitos de succión no nutritiva en pacientes de sexo femenino en la etapa de niñez temprana; y los hábitos orales de morder los labios en pacientes preadolescentes y adolescentes. “El hábito de succión labial se presentó en un 7 %.”¹⁸ En este estudio se menciona que “la edad pico para los niños con hábito de succión labial fue a los 12 años (15%).”¹⁹

Por su parte, Ma. Elena Montiel²⁰ realizó un estudio en 135 pacientes mexicanos de los cuales 68 eran del sexo femenino y 67 del sexo masculino de edades entre 6 a 12 años, donde encontró que el 6.9% de los pacientes presentaron hábito de succión labial inferior.

D) Diagnóstico

El plan de tratamiento está condicionado por un correcto diagnóstico etiológico, que deberá realizarse mediante anamnesis, exploración clínica del paciente, modelos de estudio y radiografía lateral de cráneo.²¹

¹⁸ Bayardo Rubén “Los malos hábitos orales en niños. Aspectos epidemiológicos. Primera parte” Revista ADM Enero-Febrero 1995 Vol LII No.1 pág 22

¹⁹ Ib pág 24

²⁰ Montiel J. Ma. Elena “Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población en niños mexicanos de 6 a 12 años de edad” Revista ADM Vol LXI No.6 Noviembre-Diciembre 2004 pág 210- 211

²¹ Canut Op.cit pág 470

El paciente debe ser sentado en el sillón dental de manera que su columna este erecta y la cabeza colocada bien sobre la columna vertebral. Esta posición en el sillón, es útil para examinar los rasgos faciales externos, funciones del maxilar, mandíbula y relaciones oclusales.

Los labios del niño se deben evaluar en cuanto al tamaño, forma, simetría, color y textura.²² Las diferencias en el color, textura y tamaño de los labios, se relacionan a menudo con la mal función labial. En el hábito de succión labial el labio inferior que descansa debajo de los incisivos superiores durante la deglución o en posición de reposo, suele ser más rojo, grueso, húmedo y liso. Sin embargo el labio superior como es menos activo es de un color más claro.²³

En descanso, los labios se tocan levemente efectuando un cierre bucal cuando la mandíbula está en su posición postural. Algunos labios competentes se han adaptado a la maloclusión: aunque hay un cierre este no es un cierre labio – labio, si no un cierre labio – diente – labio.

Examen funcional

1. Se debe de observar las contracciones de los músculos labiales y faciales durante las diversas degluciones
2. También observar la función labial durante la masticación (puede usarse alimentos) durante la masticación normal los labios son mantenidos ligeramente juntos (Fig.12 A,B) . En el hábito de succión labial, se verán fuertes contracciones de los músculos mentoniano y peribucales, cuando el paciente deglute.

²² Finn S.B “Odontología pediátrica” 4ta ed. 1976 pag 75

²³ Moyers Op.cit pág 173



A.

B

Fig 12. A,B Función labial deficiente durante la masticación y deglución.²⁴

3. Estudiar la función de los labios durante la dicción, la función labial anormal durante la dicción de niños con maloclusiones, es una adaptación o acomodación a la posición dentaria.²⁵

Diagnóstico diferencial de los labios:

En el análisis labial se consideran como labios morfológicamente y funcionalmente normales los que cumplen los siguientes requisitos:

1. Entrar ambos labios en contacto sin esfuerzo ni contracción de la musculatura perioral.
2. El contorno labial, en posición de sellado oral, debe ser suave y armónico.
3. Vistos lateralmente, los labios están contenidos dentro del plano E sobresaliendo más el inferior que el superior.
4. Vistos frontalmente, el labio superior es más grueso que el inferior.²⁶

²⁴ Vellini Op cit. pág 305

²⁵ Moyers Op cit. pág 156

Walther, dice que de acuerdo con la forma y función de los labios, es posible distinguir tres tipos de labios con morfología o función anormal.²⁷

- *Labios morfológicamente inadecuados :*

Son labios verticalmente inadecuados para realizar el sellado oral; suele afectar al labio superior, que es excesivamente corto para entrar en contacto con el labio inferior. Otras veces los labios son excesivamente largos y al contactar se pliegan sobre sí mismos.²⁸

- *Labios funcionales inadecuados:*

En ciertas maloclusiones la dentición está en protrusión (biprotusión dentoalveolar), la imposibilidad de que los labios entren en contacto provoca una hipotonía generalizada de la musculatura perioral que tiene que contraerse fuertemente para que los labios sellen la cavidad oral.²⁹

- *Labios de funcionalismo anormal:*

Suele acompañar a problemas de deglución anormal en que la lengua se interpone entre los incisivos superiores e inferiores; los labios, en el momento de la actividad funcional, tienen que contraerse adaptándose al patrón patológico lingual. Suele observarse una gran contracción de las fibras superiores del músculo orbicular y una hiperactividad del músculo elevador de la borla del mentón.³⁰

Los pacientes portadores de la maloclusión clase I presentan generalmente perfil esquelético recto, por eso los labios y lengua tienen más posibilidad de mantener sus posturas normales durante el reposo.

²⁶ Canut Op cit. pág 135

²⁷ Ib

²⁸ Ib

²⁹ Ib

³⁰ Ib

En pacientes de maloclusión clase II división 1 la postura de los labios y lengua dependerá, si existe o no, discrepancia entre las bases óseas.

“El mentón se presenta con un aspecto fruncido (mentón en pelota de golf) es un signo que nos indica la necesidad de prescribir un aparato protector.”³¹ (Fig.13)

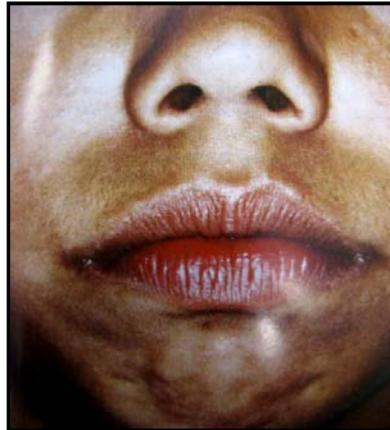


Fig.13 Mentón con aspecto de pelota de golf³²

Examen intraoral:

En los pacientes que presentan este tipo de hábito generalmente se encuentra que la fuerza ejercida por el labio inferior, al quedar atrapado entre los incisivos superiores e inferiores mueve los incisivos superiores hacia vestibular y los inferiores hacia lingual.

Es importante hacer un diagnóstico corrector de la situación, ya que en algunos casos de clase II división 1, este hábito puede ser consecuencia y no la causa de la maloclusión, por lo tanto el tratar el hábito y no la maloclusión, solo solucionaría una mínima parte del problema.

Debido a la actividad anormal del labio, en la inspección intrabucal se puede presentar un colapso en la arcada inferior del segmento anterior.

³¹ Graber “Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales” pág 156

³² Vellini Op cit. pág 293

Como ya se menciona anteriormente se observa protrusión diastemada de los incisivos superiores y los incisivos inferiores se presentan planos y pueden estar hacia lingual. La distorelación de la mandíbula y la protrusión del maxilar se agravan con el transcurso del tiempo.³³

E) Tratamiento

Cuando el niño reconoce el hábito, su efecto y desea interrumpirlo, entonces es posible el tratamiento.³⁴

El tratamiento depende de la etiología si está asociado a succión digital esta debe ser tratada en primer lugar. Si solo es el hábito de succión labial puede tratarse con aparatología y ejercicios mioterapéuticos. Si el paciente tiene una relación esquelética clase I y el aumento de la sobremordida horizontal, que es solo resultado de los dientes inclinados se pueden regresar los dientes a su posición original o a una más normal con un aparato fijo o removible. Y si la relación esquelética es de clase II, se requiere una modificación más compleja del crecimiento para tratar la maloclusión .

Lip Bumper

“El lip bumper es un aparato con acción ortopédica, que evita el contacto y alivia la presión del labio y las mejillas sobre las estructuras dentarias permitiendo su desplazamiento vestibular”³⁵. (Fig. 14)

³³ Ohanian M Op cit. pág 107

³⁴ Braham Op cit. pág 422

³⁵ Di Santi M.J Op cit. pág 1

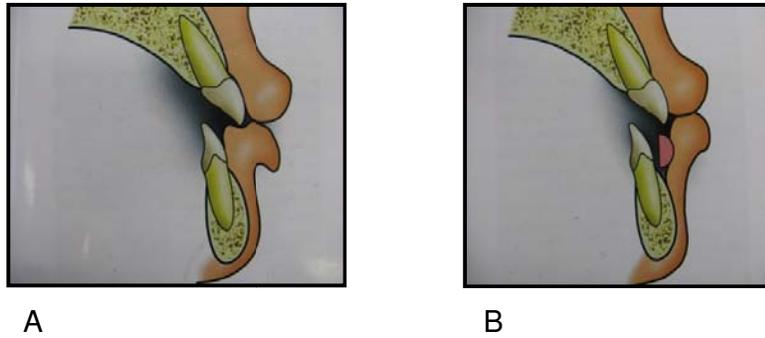


Fig. 14 Vista lateral de la posición del lip bumper , liberando la presión del labio inferior.³⁶

A este aparato se le ha nombrado de diferentes formas en la literatura como: arco labial, bompera labial, separador labial, paralabios etc.

El lip bumper se puede utilizar tanto en la arcada mandibular como en la maxilar, pero generalmente es usado en la mandíbula. Esto se debe a que el labio superior generalmente es hipotónico y genera menos fuerza, mientras que el músculo mentoniano es hiperactivo.

Este aparato puede ser fijo o removible. Los cambios dentales que se obtienen con el uso de este aparato son mayores cuando el lip bumper es fijo.

Entre sus funciones se encuentran la de promover la acción de la musculatura lingual para la vestibularización de los incisivos inferiores y expande también a los segmentos bucales al quedar libre de contacto con los carrillos. En el aumento de resalte de los dientes incisivos superiores, el lip bumper impide la interposición del labio entre los incisivos superiores e inferiores ; y entonces el labio superior tiende a volver a su posición fisiológica cubriendo los incisivos superiores y situándolos funcionalmente en retrusión, mientras que los dientes anteroinferiores, al ser liberados de la presión del labio son vestibularizados por las fuerzas intermitentes de la lengua. “Las

³⁶ Vellini Op cit. pág 261



fuerzas del músculo mentoniano son trasladadas a los molares inferiores, moviéndose estos en posición distal”³⁷

Algunos autores como Korn y cols. , Reyes D. y cols. sostienen lo antes mencionado , “que el lip bumper maxilar o mandibular promueve la distalización de los molares y el control de la rotación en molares, se logra mantener y ganar espacio , en el arco permite el desarrollo lateral dentoalveolar por la liberación de la musculatura bucal.”³⁸

Investigaciones como las de “Subtenly ,Sakuda e Ishizawa en donde estudiaron niños que presentaban apiñamiento del arco dental inferior con actividad excesiva del labio durante la función, utilizaron el lip bumper observando en todos casos un incremento de perímetro del arco , vestíbulo versión de los incisivos inferiores y ligera intrusión del primer molar inferior.”³⁹

Por su parte “Trüer e Ingervall sostienen , que las fuerzas de los tejidos en reposo tienen mayor importancia que las que ejercen durante alguna función como hablar o tragar, la duración total de esa fuerzas activas durante 24 horas es muy corta para mover los dientes. Y también se ha comprobado que los cambios en los dientes anteriores son más evidentes que el movimiento distal de los molares.”⁴⁰

Aunque existen muchos estudios en donde se afirman los buenos resultados obtenidos en la utilización del tratamiento utilizando el lip bumper, también hay otros estudios donde se contradice “la idea de que las fuerzas labiales se modifiquen con el uso del lip bumper, O'Donnell y cols. basado en su investigación usando el lip bumper , evaluaron los cambios que se producían tanto en las fuerzas labiales como en los movimientos dentales; encontrándose que en las primeras no se observaron cambios significativos pre y post-tratamiento, lo que no sugiere una respuesta adaptativa de los

³⁷ Osborn S. “Mandibular arch perimeter changes with lip bumper treatment” J otho Dendofacial Orthop 1991 pág 527

³⁸Di Santi Art Cit. pág

³⁹ Ib

⁴⁰ Ib

músculos. Al igual que Drmeddent y cols. en un estudio que realizaron pudieron observar que la actividad del labio inferior en reposo y durante la deglución aumenta con el uso del lip bumper, la cual es similar a la observada en pacientes sin aparatología.”⁴¹

Arndt Klocke y cols.⁴², en su estudio manifiestan que no hubo cambios en la musculatura perioral de los pacientes después de colocarles el lip bumper.

Por otra parte, es relativamente sencillo de realizar y de adaptar este aparato y es bien tolerado regularmente por los pacientes.⁴³

Este aparato se constituye de un arco de alambre de acero inoxidable redondo de calibre 0.036 ó 0.040 pulgada de níquel cromo otros autores utilizan alambre 0.045 pulgada, y un escudo vestibular anterior de acrílico.^{44,45,46,47}

El arco labial, recorre por el vestíbulo el perímetro de la arcada entre los procesos alveolares y la musculatura buccinatoria y labial. La posición del lip bumper en la cara vestibular de los incisivos se determina por el largo de los brazos laterales, que se obtienen por medio de ansas verticales o dobleces en bayoneta. En la parte anterior se coloca un flanco de acrílico ancho cubriendo los dientes incisivos, este flanco debe de tener una superficie tersa para prevenir daños al labio (Fig. 15).



⁴¹ Ib

⁴² Arndt Klocke “M

⁴³ Germec D. “Lov

⁴⁴ Graber T.M “C

⁴⁵ Klocke Art cit. p

⁴⁶ Murphy C.C “A

⁴⁷ Nevant C.T “Lip Bumper therapy for gaining arch length” Angle

Orthod 2003;73 p

1991 Vol 100 Number 4 pág 330

entofacial Orthop pág

le Orthodontic 2005 Vol

ibular lip bumper” Angle

Dentofacial Orthopedic

Fig 15. Posición del escudo de acrílico.⁴⁸

Arco labial grueso es insertado en tubos vestibulares de las bandas fijadas en los primeros molares permanentes.^{49,50}

“El bumper debe de estar 1.5 – 2mm por delante de los incisivos, 3 mm hacia la parte externa de los caninos y 5 mm por fuera de los sectores laterales (Fig.16).



Fig. 16 Posición lateral del lip bumper.⁵¹

Verticalmente puede ser colocado con respecto a las coronas:

⁴⁸ Grohmann “Atlas ilustrado aparatología en ortopedia funcional” pág 76

⁴⁹ Nevant C.T Art cit.pág 330

⁵⁰ Murphy C.C Art cit .pág 396

⁵¹ Grohmann Op cit. pág 76

- Nivel incisal: 1.5- 2mm por delante de los incisivos (Fig.17). El labio interponiéndose produce cierta tendencia a enderezar los molares.
- El tercio medio: 2 mm por delante de los incisivos. Estos se vestibularizan ya que existe menor contención de la musculatura perioral;
- A nivel del margen gingival : 1.5 por delante de los incisivos, tope a nivel del molar sin acción vertical y vestibularización incisiva.”⁵²

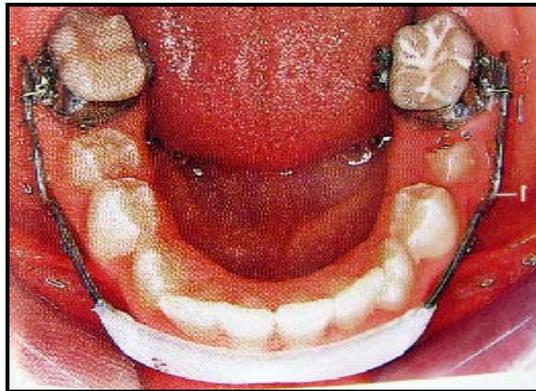


Fig 17 Posición del lip bumper a nivel incisal .⁵³

El periodo más efectivo para utilizar el lip bumper es desde la dentición mixta temprana hasta la adolescencia.

Davidovitch y cols.⁵⁴, sostienen que en la posición incisogingival del lip bumper, el peso del escudo labial, la presencia de escudo bucales y la duración en el uso del Lip bumper, van a variar los efectos en la posición de los molares y parecen estar asociados a las diferencias formas clínicas observadas.

⁵² Rossi Massimo “Ortodoncia práctica” 1998 pág 51

⁵³ Grohmann op. cit pág 76

⁵⁴ Di Santi de M. J. Art Cit pág 5

Según Nevant solo es necesario 1.7 gr de presión labial para producir movimiento dentario y “la presión labial ejercida a través del lip bumper ha sido estimada en un rango entre 100 y 300 gr.”⁵⁵

“El escudo labial debe ser usado continuamente por un período de 6 a 18 meses, de acuerdo con la cantidad de movimiento dentario y si requiere corrección.”⁵⁶

Se ha encontrado que el movimiento de los incisivos inferiores puede producir una vestibularización de 1.45 mm en 78 días y se concluye que la fuerza de la lengua y la resistencia de los dientes dentro del hueso son los factores de mayor influencia en el movimiento de esos dientes.⁵⁷

La presión muscular muestra variaciones individuales, también se observó que esa presión no es la misma en todas las zonas. La posible explicación de este fenómeno son los diferentes grupos musculares y sus características adaptativas diferentes.

Pantalla Vestibular

Es un aparato interceptivo que actúa sobre lo que llegaría a ser una maloclusión apoyándose en la musculatura periférica. Es un recurso para normalizar la función de la boca. “En principio es un aparato ortopédico sin elementos activos.”⁵⁸ (Fig. 18) Es uno de los aparatos ortopédicos más antiguos también conocido como placa vestibular de Hotz.

Este aparato se utiliza en caso de aumento de resalte incisal superior, el arco labial impide la interposición del labio entre los incisivos superiores e

⁵⁵ Nevant C.T Art cit. pág 330

⁵⁶ Viazis Anthony D. “ Atlas de ortodoncia principios y aplicaciones clínicas” 1995 pág 197

⁵⁷ Di Santi M.J Art cit. pág 6

⁵⁸ Grohman Ulrike “Atlas ilustrado aparatología en ortopedia funcional” pág 88

inferiores; el labio tiende a volver a su posición fisiológica cubriendo los incisivos superiores e inferiores y situándolos funcionalmente en retrusión.^{59,60}

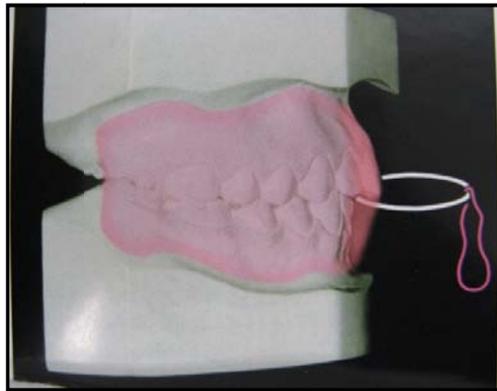


Fig 18. Posición de la pantalla vestibular.⁶¹

“Su objetivo no es cambiar la forma de los arcos sino eliminar efectos funcionales anómalos sobre el área dentoalveolar en desarrollo. La disfunción muscular puede ejercer un efecto nocivo sobre el desarrollo de la dentición y maxilares y crear una anomalía estructural”.⁶²

Correctamente diseñada, se amolda a la zona vestibular extendiéndose verticalmente desde el surco superior hasta el inferior. Evita el contacto muscular con los dientes y es efectiva para rehabilitar la función labial y eliminar hábitos de succión del labio inferior. También previene el contacto entre labios y lengua en patrones anómalos de deglución y protrusión lingual.

⁵⁹ Nandini Art cit. pág 97

⁶⁰ Quirós A. Oscar “Uso de la placa vestibular o pantalla vestibular” Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría www.ortodoncia.ws pág 1

⁶¹ Vellini Op cit. pág 264

⁶² Canut B.J.A Op cit .pág 307.

Este aparato se construye, primero tomando impresiones de los arcos dentarios superior e inferior para confeccionar los modelos de yeso. Se articula el modelo en oclusión céntrica para construir la placa de acrílico.⁶³

El aparato debe tocar los incisivos superiores y permanecerá una distancia 2 a 3 mm de los dientes posteriores para alejar los músculos del carrillo y dejar que la lengua propicie la expansión posterior de la arcada inferior .

También este aparato se utiliza para ejercicios de tonificación de la musculatura labial y yugal. Ya que al confeccionarlo se coloca un gancho en la parte anterior este puede ser de metal. En este gancho se ata un elástico. El paciente o los padres, tienen que jalar de este elástico y el niño intentara retener el escudo con los labios, en movimientos repetitivos, más o menos de 20 a 30 minutos al día (Fig.19). “El escudo vestibular puede perfectamente ser sustituido por un chupón sin la parte de la goma”⁶⁴(Fig. 20).

Cuando el niño no esta haciendo los ejercicios, al niño se le debe orientar para mantener los labios en contacto

Se ha recomendado que el momento oportuno para la utilización de esta placa a los 4 años de edad. Esta debe ser llevada a la boca la mitad del día más la noche completa. Otros autores recomiendan que usen la pantalla vestibular todo el día , que solo se la quite para comer y lavarse los dientes.⁶⁵



⁶³ Vellini Op cit. pág 266

⁶⁴ Vellini F Op Cit pág 266

⁶⁵ Nandini Art Cit pág 99

Fig.19. Gancho elástico de la pantalla vestibular.⁶⁶

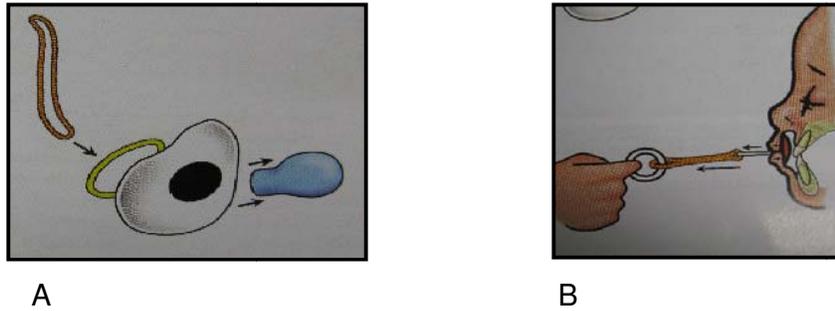


Fig 20. Utilización de un chupón en sustitución de la pantalla vestibular.⁶⁷

También existen varios diseños de pantalla vestibular en el comercio, y se presentan en varios tamaños, pero su efectividad a veces es cuestionada por causa de la insuficiente exactitud de su barrera (Fig 21 y 22).

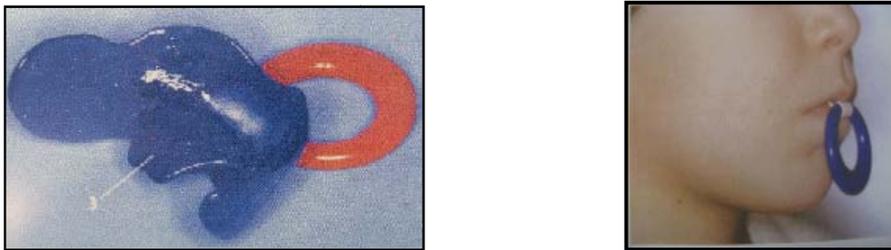


Fig 21



Fig 22

Fig 21 y 22 Pantalla vestibular prefabricadas.^{68,69}

⁶⁶ Vellini F Op cit pág 266

⁶⁷ Ib

Se recomienda que al inicio del tratamiento las visitas al consultorio deberán ser cada 2 o 3 semanas para motivar al paciente y garantizar mejor cooperación de los padres. Cuando se empiezan a notar resultados las visitas al consultorio serán de 2 a 3 meses .

Ejercicios Mioterapéuticos

En 1906 A.P Rogers sugirió que se utilizaran ejercicios musculares como un complemento a la corrección mecánica de la maloclusión.⁷⁰

El propósito principal de los ejercicios musculares es la creación de una función muscular orofacial normal para ayudar el crecimiento y el desarrollo de la oclusión normal.⁷¹ No es para aumentar el tamaño o potencia de los músculos.

Cuando los labios no pueden juntarse por la inclinación de los incisivos superiores es mejor no comenzar los ejercicios hasta que los incisivos hayan retrocedido suficientemente para que los labios ejerzan algún efecto contra los dientes.

Un buen ejercicio que se puede utilizar es cuando al niño se le pide que extienda el labio superior lo más que pueda teniendo el borde del bermellón abajo y atrás de los incisivos superiores. Después el borde del bermellón del labio inferior se coloca entonces contra la porción exterior del labio superior extendido y se presiona lo más fuerte posible contra el labio superior. Este ejercicio es de gran influencia para retraer los incisivos superiores y aumentar

⁶⁸ Grohmann “Atlas ilustrado aparatología en ortopedia funcional” pág 89

⁶⁹ Quirós A. Osacar “Uso de la placa vestibular o pantalla vestibular” Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría www.ortodoncia.ws pag 2

⁷⁰ Moyers R Op cit. pag 540

⁷¹ Ib

la tonicidad del labio superior. Este ejercicio deberá de realizarse diario con un mínimo de 30 minutos, para poder lograr resultados.

Es muy importante tener en cuenta que los instrumentos musicales juegan un papel importante en la disfunción labial. Tocar un instrumento de bronce producirá pronto una mejor tonicidad labial. Pero también es importante evitar usar instrumentos de una sola lengüeta como por ejemplo el clarinete.

Otro ejercicio que recomienda Fränkel es que el niño sostenga con los labios una hoja de papel mientras estudia o mira la televisión. (Fig.18).



Fig. 18 Niño sostiene una hoja de papel entre los labios como ejercicio para mantener el contacto labial.⁷²

⁷² Vellini F Op cit. pág 267

CONCLUSIONES

El hábito de succión labial conlleva la manipulación de los labios. Éste hábito puede incluir solo el lamer los labios, presentándose solo inflamación y enrojecimiento del área circundante del labio superior, inferior o ambos. Cuando el niño muerde los labios con mayor frecuencia, intensidad y duración se observa entonces un resalte de los incisivos superiores. Este hábito se presenta mayormente en el labio inferior.

Puedo concluir que las principales repercusiones de éste hábito son: incisivos superiores vestibularizados, apiñamiento en el segmento anterior inferior de la arcada dentaria, se acentúa el surco mentolabial, labio superior hipotónico y labio inferior hipertónico. Al estar los incisivos superiores protruidos, estos son más susceptibles a traumas. También se presenta una deglución anormal por la interposición del labio inferior.

Para el diagnóstico de este hábito se debe de hacer un examen labial, examen intraoral y un examen funcional.

El tratamiento de esta anomalía debe de ser precoz, porque de no detectarse este hábito puede hacerse más perjudicial con la edad. Primero se debe detectar el agente causal ya que el tratamiento dependerá de la etiología del hábito.

Para el tratamiento del hábito de succión labial se pueden utilizar aparatos funcionales interceptivos como el lip bumper y la pantalla vestibular. Estos aparatos se deben utilizar combinados con ejercicios mioterapéuticos.

El lip bumper entonces, es un aparato funcional que elimina la presión excesiva del labio inferior y permite que se produzca una expansión de la arcada inferior y la corrección del apiñamiento de los dientes anteroinferiores.



También nos ayuda a corregir la deglución atípica provocada por la interposición del labio inferior y nos permite tener un sellado labial adecuado.

Muchas veces el tratamiento de este hábito, con los aparatos funcionales mencionados no se logra erradicar el hábito, ya que el no coopera. Y entonces se tendrá que optar por otro tratamiento.



BIBLIOGRAFÍA

- Anderson G.M. Ortopedia práctica. 1era edición. Editorial Mundi. Buenos Aires Argentina 1960. Pp 1-19.
- Barber Thomas. Odontología pediátrica. Editorial Manual Moderno. México D.F.1985. Pp 267.
- Barbería E. Odontopediatría. Editorial. Masson; 2001 Pp 370-371 y 386-387.
- Barbería L. E. Atlas de odontología infantil, para pediatras y odontólogos. Editorial Ripano. Madrid España. 2005 Pp 107-116..
- Bayardo Casillas Rubén. Los malos hábitos orales en niños. Aspectos Epidemiológicos Primera parte. Revista ADM Enero – Febrero 1995 Vol LII No 1 pag 22 – 26.
- Boj. J.R. Odontopediatría. Editorial Masso. Barcelona España. 2004. Pp 242.
- Braham Raymond. Odontología pediátrica. Editorial Panamericana. Argentina. 1984. Pp 421-424.
- Canut Brusola. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed. Editorial Salvat México 2001 Pp 134-135, 237-238,306-309.
- Cárdenas Dario J. Odontología pediátrica. 3era edición. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Colombia. 2003. Pp 1,10,302-308.



Di Santi de Mondano J Fuerzas producidas por el Lip bumper. Vol 43 No.1
2005 www.actaodontologica.com/ediciones/2005/1 Pp 1-11

Eriksen Person Ma. de Lourdes. Anatomía humana. Huesos, articulaciones y músculos de cabeza y cuello. Unidad II Fascículo 1 UNAM Facultad de Odontología Mex. D.F 2000 Pp 68,69.

Eriksen Person Ma.de Lourdes. Anatomía humana.Segmento digestivo, respiratorio y glándulas endocrinas de cabeza y cuello y órganos de los sentidos.Unidad II Fascículo 3 UNAM Facultad de Odontología Mex. D.F 2002 Pp 16,17.

Finn S.B. Odontología pediátrica. 4ta edición. Editorial Interamericana México D.F 1976. Pp 75,326-333

Fuentes S.R. Corpus Anatomía humana general . Vol I. Editorial Trillas. México 1997. Pp 406-409

Fuentes S.R. Corpus Anatomía humana general general. Vol II. Editorial Trillas. México 1997. Pp 849-850

Germec Derya. Lower lip sucking habit treated with a lip bumper appliance The Angle Orthodontic 2005 Vol 75 No 6. Pp 1071-1076.

Graber T.M. Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2da edición. Editorial Harcourt. Madrid España.1998. Pp 93,94,153-159.

Graber T.M Newman Ortodoncia teoria y práctica. Ed Harcourt. 1983 Pp 675.



Graber T.M Aparatología ortodóntica removible. Ed. Panamericana 1989
pág 65-95,149-160.

Grohmann Ulrike. Atlas ilustrado aparatología en ortopedia funcional. 2da edición. Editorial Amolca. Colombia 2006 Pp 76,77,88,89.

Jaramillo P.M Propiedades físicas de la tensión pasiva labial y lingual análisis teórico y experimental Rev Fac Odontología U de a Vol 9 No.2 1998 pag 64-72

Klocke Arndt,Drmeddent. Muscle activity with the mandibular lip bumper Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002; 117: 384-390.

Mattewson R.J Fundamental of pediatric 3era edición. Editorial Quintessence. USA. 1995 . Pp 352-353.

Montiel Jaime María Elena. Frecuencia de maloclusiones y su asociación con hábitos perniciosos en una población de niños mexicanos 6-12 años. Revista ADM VOL LXI No. 6 Noviembre-Diciembre 2004 paginas 209-214

Moyers Roberto. Manual de ortodoncia. 4ta edición. Editorial Panamericana 1994 Pp 156-165,201-203,305,522,540-548.

Murphy C.C A longitudinal study of incremental expansion using a mandibular lip bumper. Angle Orthod 2003;73:396-400

Najat M.A. Sucking habits in Saudi children: prevalence, contributing factors and effects on the primary dentition. American Academy of Pediatric Dentistry 1997 19;1 28-33

Nandini P. V An oral screen for early intervention in lower-lip-sucking habits. JCO Int Vol XXXIX Number 2 2005 Pag 97-100



Nevant C.T Lip bumper therapy for gaining arch length. A J Orthodontic Dentofacial Orthopedic 1991 Vol 100 Number 4 pag. 330-336.

Ohanian María. Fundamentos y principios de la ortopedia dentofacial. Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamericanas. Venezuela 2005. Pp 60,105-107.

Osborn William S. Mandibular arch perimeter changes with lip bumper treatment. Am J Orthod Dentofac Orthop 1991;99: 527-532.

Pinkham R.J. Pediatric Dentistry Infancy Through Adolescent. 4ta edición. Editorial 2005. Pp 297, 436.

Pinkham R.J. Odontología pediátrica. 3era edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México D.F 2001. Pp 426-431.

Quirós Álvarez O. La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en odontología. Rev Latinoamericana Ortodoncia y Odontopediatría 2003. Pp 1-4
www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003

Quirós A. Oscar. Uso de la placa vestibular o pantalla vestibular. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría 2005
www.ortodoncia.ws/publicaciones Pp 1, 2

Rossi Massimo. Ortodoncia práctica. Editorial Actualizaciones Medicas Odontológicas Latinoamericanas.Colombia 1998. Pp 51

Sogbe de Angell R. Conceptos básicos en odontología pediátrica. Editorial Disinlined. Caracas Venezuela. 1996. Pp 575- 597.



Varela Margarita .Problemas bucodentales en pediatría. Ed Ergon. Madrid 1999 Pp 265.

Velayes J.L Anatomía de la cabeza, enfoque estomatológico. 3era edición. Editorial panamericana Madrid España. 2001 Pp 181-188.

Vellini Flavio. Ortodoncia diagnóstico y planificación clínica. Editorial Artes Medicas Latinoamericanas. Brasil. 2002 . Pp 257-304.

Viazis Anthony D. Atlas de ortodoncia, principios y aplicaciones clínicas. Editorial Medica Panamericana. Argentina 1995. Pp 44-45,197-198.

Warren J.J Effects of nonnutritive sucking habits on occlusal characteristics in the mixed dentition. Pediatric Dent 2005;27:445-450