



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HÁBITO DE RESPIRADOR BUCAL REPORTE DE UN
CASO.

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

JOCELYN SALDAÑA DE LA CRUZ

TUTORA: MTRA. EMILIA VALENZUELA ESPINOZA



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.



A Jehová:

Por estar siempre junto a mí. Por todo lo que me ha brindado, salud y vida para cumplir mis sueños, por no dejarme rendir a pesar de las adversidades, por las pruebas que me ha mandado para ser la persona que soy ahora, y sobre todo por haberme dado a las personas más importantes de mi vida, mi familia.

A mis padres:

Dra. Flor Inés De la Cruz Juárez

Tte. Eleazar Saldaña Hernández

Por el tiempo que compartieron conmigo para que pudiera alcanzar la meta en esta parte de mi vida profesional, por sus palabras y consejos, que me dieron fortaleza para no renunciar, por la atención y paciencia que tuvieron para escucharme en todo momento, por ofrecerme lo mejor de ustedes y aceptarme tal cual soy, gracias por su apoyo total y sobre todo gracias por su amor. En fin gracias por darme la vida.

A mi hijo Alejandro Gael:

Porque su sola presencia fue mi más grande motivación para la culminación de esta parte de mi vida profesional, porque a pesar de su corta edad me supo comprender y tuvo paciencia del tiempo que no pude estar con él, gracias por ser mi más grande tesoro, TE AMO.

Al Lic. Alán Eleazar:

Gracias por ser mi compañía desde pequeños, ser mi hermanito y enfrentar juntos todas las pruebas que la vida nos ha puesto, siendo testigo de todo el esfuerzo y dedicación para obtener esté logro.



A mis abuelos (en memoria):

Asunción Hernández Corona y Agustín Saldaña Rojas

Luz María Juárez Rosas y Luis De la Cruz Sánchez

Aunque ya no están conmigo me dejaron el ejemplo de ser personas de bien y útil para la sociedad. En especial a mis abuelos Luz María Juárez Rosas y Luis De la Cruz Sánchez, por ser como mis segundos padres, porque su ejemplo de amor, honradez, rectitud y superación han sido forjadores de mi vida, gracias por todo, los extraño.

A mis tíos:

Por ser un ejemplo de superación profesional y personal, a los que creyerón en mí desde el principio y a los que no también porque fue un aliciente más para superarme.

A mis primos:

En especial aquellos que en alguna ocasión, año o clínica me ayudaron siendo parte de mis pacientes, gracias.

A mis sobrinos.

A Luis Ángel:

Con especial cariño por tu confianza y apoyo incondicional, por compartir alegrías, tristezas, éxitos y fracasos. Por comprenderme y ser parte de mi vida, gracias. A pesar de la distancia que pueda existir, eres y siempre serás una persona importante para mí. TE QUIERO DEMASIADO.

Agradezco también a la familia García Olivera por su cariño por dejarme convivir con ustedes, haciendo menor mi pesar por la distancia que tengo de mi familia.



Amy:

Aunque es poco el tiempo de conocernos gracias por ser mi amiga, mi confidente y mi "prima". Gracias por tu apoyo y ayuda en el último pasó para llegar a esta meta.

A mis amigos:

Gracias por haber estado junto a mí compartiendo parte de su vida, por su amistad incondicional, lealtad y cariño. En especial a Claudia Paola, Adriana Ivonne, Judith Celina, Juan José, Eduardo Iván, Mayra, Jassiel Alberto, Liliana Edith, Sandra M., Edgar S., Lilia, Abigail, Tania, Melissa, Claudia, Alejandro, Vania, Marco Antonio...cada uno de ustedes ha hecho que mi vida tenga bonitos y locos recuerdos.

A la Mtra. Emilia Valenzuela Espinosa:

Tutora de mi trabajo final, por el tiempo dedicado a terminar este trabajo, apoyo y paciencia.

Al Dr. Jesús Manuel Díaz de León Azuara:

Porque desde el primer momento me tendió su mano, llena de comprensión y amistad. Hombre cuyo comportamiento como persona profesionalista es digno ejemplo en el que se aprecia la superación.

Al C.D. Héctor Isidro:

Por su amistad y ayuda, desde mis primera incursión y durante todos mis estudios de esta hermosa carrera profesional. Por impulsarme aprender más y enseñarme todo en cuanto le fue posible, sobre todo en el arte de la técnica dental.



A mi Universidad:

La cual fue, es y seguirá siendo mi segundo hogar, le agradezco por acogerme y darme el privilegio de ser parte de ella. Por abrirme las puertas al conocimiento, por el espíritu de servicio que ha dejado en mi alma. Por lo que siempre me sentiré orgullosa de pertenecer a la máxima casa de estudios.

A mi Facultad, profesores de la Facultad y el Diplomado:

Gracias por lo que han hecho hoy por mí, por la formación que me ha dado en sus aulas, los excelentes profesores los cuales me transmitieron sus conocimientos sus experiencias, sus valores, su espíritu de servicio y su amor por la odontología.



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO.....	2
CAPÍTULO I HÁBITOS BUCALES.....	3
1.1 GENERALIDADES.....	4
1.2 CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS BUCALES.....	8
CAPÍTULO II SUCCIÓN NO NUTRITIVA.....	9
2.1 SUCCIÓN DIGITAL.....	10
2.2 CHUPÓN Y BIBERÓN.....	13
CAPÍTULO III MASTICACIÓN.....	16
3.1 ONICOFAGIA.....	16
3.2 HÁBITOS LABIALES.....	18
3.3 BRUXISMO.....	19
CAPÍTULO IV DISTURBIOS FUNCIONALES.....	22
4.1 DEGLUCIÓN ATÍPICA-INTERPOSICIÓN LINGUAL.....	22
4.2 AUTOMUTILACIÓN.....	23
CAPÍTULO V RESPIRACIÓN BUCAL.....	25
CAPÍTULO VI CASO CLÍNICO.....	32
6.1 ANTECEDENTES.....	32
6.2 DIAGNÓSTICO.....	33
6.3 TRATAMIENTO.....	37
6.4 AL AÑO DE TRATAMIENTO.....	39
6.5 AL AÑO Y CUATRO MESES DEL TRATAMIENTO.....	40



6.6 AL AÑO Y MEDIO DEL TRATAMIENTO.....	41
6.7 RESULTADOS.....	43
CONCLUSIONES.....	44
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXO:	
GLOSARIO.....	47



INTRODUCCIÓN

En investigaciones recientes se han demostrado que los hábitos bucales causan daños en las estructuras óseas, musculares y dentales (si estos se realizan de manera prolongada).

Se sigue investigando más a fondo para solucionar los problemas que ocasionan, el tratamiento de los hábitos bucales tienen que ser multidisciplinariamente.

Un hábito bucal debe ser observado y buscar el origen o causa que lo provoca, para que podamos realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Se ha demostrado que los hábitos si son interceptados y tratados en las primeras etapas de la vida se puede evitar o revertir los daños que esté puede ocasionar en el crecimiento y desarrollo de la cara.

El hábito del respirador bucal debe ser tratado por el odontopediatra y el ortodoncista. Este hábito puede producir alteraciones en el desarrollo del paciente, física y psicológico. Esta reportado como causa de maloclusión por varios autores.

El respirador bucal es la persona que respira por la boca, ya sea por causas obstructivas o por hábitos de mala deglución.

Actualmente se le denomina respiradores mixtos; a pacientes que ya superaron la deficiencia de tener las vías aéreas no permeables, por lo que ya pueden respirar por la nariz, pero conservan el hábito de respirar por la boca.



OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar una investigación bibliográfica para tener un panorama más amplio de las características clínicas faciales como dentales de un respirador bucal. Identificarlo tempranamente y conocer los diferentes hábitos bucales que existen, para poder tener un diagnóstico oportuno y un pronóstico favorable. Y así evitar secuelas que estos hábitos pueda ocasionar en el crecimiento y desarrollo del cráneo y cara. Los hábitos bucales deben ser tratados interdisciplinariamente.



CAPÍTULO I HÁBITOS BUCALES

La infancia es uno de los periodos más importantes del desarrollo humano, ya que se forman diferentes estructuras. La cavidad bucal humana tiene su crecimiento, desarrollo y función ligada al complejo muscular bucofacial¹.

El amamantamiento ofrece innumerables ventajas para el bebé y para la madre. Entre aquellas relacionadas al niño son: garantía de crecimiento adecuado, promoción de vínculo madre-hijo, disminución de la incidencia de enfermedades del aparato respiratorio, diarrea, alergia alimentar y otras enfermedades infecciosas, retardo del aparecimiento de enfermedades crónicas como la dermatitis atópica y enfermedad celíaca, además de prevenir la obesidad¹.

El amamantamiento es considerado fundamental para el desarrollo armonioso de las estructuras estomatognáticas y estética de la cara¹.

Durante el amamantamiento el niño recibe varios estímulos (táctil-quinestéticos, térmicos, olfativos, visual, auditivos, y motores), que proporcionan el desarrollo de otras funciones orales como la masticación, deglución y respiración. Prepara y mejora la condición neuromuscular de las estructuras orales para que en lo sucesivo el bebé mastique hable y beba de manera adecuada¹.

En un desarrollo normal actúan en conjunto los músculos de la cara, la masticación y la lengua, para otorgar una oclusión normal. Es importante que exista armonía entre la actividad funcional y el crecimiento de las estructuras óseas principalmente cuando los dientes ya se encuentren en oclusión.

Siendo que todo está en equilibrio cualquier modificación afectará resultando en desvíos y deformaciones del complejo craneofacial².



Se debe también tomar en cuenta que la etapa oral es una fase importante del desarrollo de la personalidad del individuo y se basa en el interés y placer infantil concentrados en la boca.

Son tres tipos de actividad oral. La de nutrición: que implica las actividades de comer, masticar, probar; la emocional: que entran actividades como el llanto, beso, sonrisa y el intelectual: donde podemos encontrar actividades como la de hablar o balbucear.

Mientras se van realizando estas actividades se va desarrollando la musculatura facial, con lo que se determina que el alineamiento de los dientes futuros sea bueno o malo².

1.1 GENERALIDADES

La palabra HÁBITO proviene del latín "*habitus*". En general, se entiende por hábito la predisposición a obrar de una determinada manera adquirida por ejercicio. Según la ética aristotélica las virtudes y los vicios son hábitos, correspondiéndole a cada virtud dos vicios, uno por exceso y otro por defecto. Aunque el hábito se adquiere por repetición de una conducta, termina por convertirse en una posesión permanente del individuo que lo ha adquirido, de modo que por él se regula de una manera inmediata su conducta. Una vez aprendidos, los hábitos pueden producirse sin intención de la persona y, presentarse sin control; y son difíciles de modificar^{3,4}.

Al conocer la definición de la palabra hábito, concluimos a que hábito es el resultado de la repetición de un acto con determinado fin, el cual con el tiempo va a convertirse resistente a cambios. Un hábito ocurre por ser agradable y tener satisfacción y placer al individuo que lo realiza. Al inicio la participación es consiente al realizar el acto, pero por la repetición, se presenta el proceso de automatización y perfeccionamiento, volviéndose inconsciente. Por lo que se considera hábito bucal nocivo



aquella conducta adquirida que produce alteraciones funcionales esqueléticas y/o dentarias en el sistema estomatognático del niño⁵.

Los psicólogos también incluyen el desarrollo de los hábitos como una parte de la secuencia normal de maduración del niño y reconocen que estas actividades tienen el potencial de convertirse en problemas, o malos hábitos bajo ciertas circunstancias.

El odontopediatra tiene la responsabilidad de orientar, educar y acompañar a sus pacientes para que estos presenten un desarrollo armonioso, y desenvuelvan funciones básicas y primordiales como la masticación, la deglución y la fonación¹.

Siempre recordando que un hábito, bueno o malo, deseable o no, va a depender del grado que interfiera en la función física, emocional o social del niño, así como de la individualización de cada uno.

Por lo que es importante respetar los factores e individualizarlos ya que cada niño es diferente y hay que considerarlo como un todo, buscando que todo sea a favor de un buen desarrollo.

Cuando existe la presencia de un hábito bucal en un niño de tres a seis años de edad, debe de reportarse como dato importante en la historia clínica. Ya que si se afecto la dentición decidua puede afectar a la dentición permanente⁶.

En ocasiones no es necesario tratamiento, si este no ocasiono ninguna alteración, aunque algunos padres soliciten tratamiento para hábitos como chuparse el dedo o morderse las uñas ya que no son considerados como aceptables socialmente.



Es importante resaltar que los factores genéticos contribuyen con aproximadamente 40% de la influencia para la futura determinación de la normalidad, armonía y belleza facial; mientras que el restante 60% va a depender de la interacción del niño con el medio ambiente, donde incluye el modo de vida, hábitos nocivos, enfermedades respiratorias, alérgicas, textura alimentaria, forma de amamantamiento, etc^{1,7}.

La etiología por lo general de los hábitos bucales se debe a un aspecto psicológico muy fuerte y es reflejo de algunas presiones emocionales, físicas o psíquicas. Algo que este o no relacionado con sus padres, hermanos o su entorno. Por lo que algunos padres se sienten fracasados o culpables al lidiar con los hábitos de sus hijos^{1,7}.

Ante esta posibilidad, las consultas de los padres a los odontopediatras deben ser atendidas con delicadeza. Por lo que las posibles causas del hábito deben de ser traídas a la conversación, los factores que pueden contribuir a la severidad del hábito, se describen a continuación en orden de importancia decreciente:

1. Hábitos significativos contra hábitos no significativos: Los hábitos que se mantienen a causa de algún trastorno psicológico (significativos) son más difíciles de erradicar que un hábito sin esa base (vacío). Los trastornos psicológicos pueden ser muy variados, en conducta adaptativa, en lo social, en lo afectivo o desarrollo emocional y aunque no es papel del odontopediatra desempeñarse como psicólogo, con la prudencia debida puede obtener información con una anamnesis cuidadosa, o con ayuda de otras fuentes como los pediatras y educadores de su paciente.



2. Cooperación del paciente para cesar el hábito: El éxito es dudoso sin la cooperación del niño, quien puede derivar satisfacción de su práctica y no desear participar en el tratamiento. Estos niños requieren en forma más activa de intervención y con otra estrategia de intervención.
3. Duración del hábito: Mientras mayor sea el niño, más difícil es tratar el hábito. La disminución de prevalencia con la edad se debe al aumento de factores que promueven su interrupción; autoestima, posición social, otros intereses y actividades, etc. Si los hábitos persisten a pesar de todo esto, hay una fuerza que actúa en contra del tratamiento.
4. Sexo del paciente: En general se considera que estos hábitos son más severos en niñas que en niños, pero esto solo es un promedio.
5. Hábito presente en diversas circunstancias y ambientes contra hábito practicado en una sola determinada circunstancia: Un hábito es generalizado cuando ocurre en varios horarios, en muchas circunstancias en diferentes lugares (casa, escuela, etc.) y es localizado cuando se ejercen en determinado lugar y circunstancia (antes de dormir, etc.). El primero parece ser mucho más difícil de interrumpir, aunque no hay estudios sobre esta variable.
6. Consciente contra inconsciente: Un hábito durante el sueño, o inconsciente durante el día, es un comportamiento que puede bloquearse atenuando el comportamiento que puede bloquearse atenuando el componente sensorial. Un hábito consciente, por otra parte, compromete elección o necesidad, haciendo el tratamiento más difícil y complejo.



7. Cooperación de los padres y hermanos mayores: Se ha demostrado que los mejores resultados de las intervenciones ocurren cuando hubo mucha cooperación de padres y hermanos. La cooperación familiar disminuye las dificultades del tratamiento.
8. Tratamientos previos: Intentos fracasados previamente, especialmente aquellos de naturaleza negativa o asociada a castigo, influyen negativamente en nuevos intentos, que han de ser claramente repletados y promovidos⁷.

1.2 CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS BUCALES

Los hábitos bucales podemos clasificarlos en tres grandes grupos:

- ❖ Succión no nutritiva: Dedo, chupón, biberón, tela, algún objeto el cual no le administre algún alimento como tal.
- ❖ Masticación: Onicofagia, labio o carrillo, bruxismo.
- ❖ Disturbios funcionales: Deglución atípica, automutilación, respiración bucal.

A continuación describiremos cada uno de ellos.



CAPÍTULO II SUCCIÓN NO NUTRITIVA

La succión no nutritiva, es decir sin fines alimenticios, puede traer diferentes problemas y alteraciones en las estructuras bucales, estas pueden ser succión de dedo o digital, chupón o de otros objetos que pueden transformarse en un hábito². Hablaremos de los más comunes en este caso dedo, chupón y biberón.

El tipo de alteración va a depender de varios factores que son:

- Frecuencia: que expresa el número de veces que el niño efectúa el hábito en todo un día.
- Duración: el tiempo durante el cual se ejerce el hábito.
- Intensidad: la cantidad de fuerza aplicada.
- Dirección y tipo: los vectores de esas fuerzas sobre los arcos, que pueden tener resultados diferentes (7).
- Posición.
- Padrón de crecimiento facial del niño.
- Grado de tonicidad de la musculatura bucofacial¹.

Dependiendo de estos factores cada paciente puede presentar mayores o menores problemas dentales, por lo que es importante identificar cada uno de estos.

Los problemas más frecuentes a consecuencia de los hábitos de succión no nutritiva son:

- Mordida abierta anterior, normalmente con contorno circular.



- Inclinación vestibular, diastema entre los incisivos centrales superiores y retroclinación de los incisivos inferiores.
- Mayor incidencia de traumas en los incisivos superiores por causa de la hipotonicidad del labio superior y por falta de protección debido a su inclinación.
- Mordida cruzada posterior.
- Aumento de la sobremordida.
- Reducción en la anchura de la arcada dentaria superior por la alta actividad muscular en la región de molares durante la succión.
- Interposición lingual y alteración en el patrón de deglución.
- Alteración en la articulación de las palabras^{1,2,6}.

2.1 SUCCIÓN DIGITAL

Cuando hablamos de hábitos bucales, la succión digital probablemente sea la primera que imaginemos. El colocar la mano en la boca es de las conductas más comunes en los primeros años de vida. En la mayoría de los lactantes aparece de forma normal entre las primeras 2 horas de vida y el primer año. La succión temprana es importante para la supervivencia del lactante, ya que sirven de exploración del entorno del infante.⁽⁴⁾ Ya que es una relación senso-motora resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Representa una de las primeras formas de conducta específicas en el feto y en el recién nacido, estimulada por los olores, sabores y cambios de temperatura⁷.

Se cree que el reflejo de succión permanece hasta la edad en que las estructuras neuromusculares están maduras y adaptadas a los movimientos de comer y beber coordinados. Siguiendo esa teoría, la



succión como función de nutrición es considerada neurofisiológicamente innecesaria a partir del 6^o o 7^o mes de vida, ya que es en este periodo donde ocurrirá la maduración de las funciones del sistema músculo-esquelético y aparecen los primeros dientes, indicando el inicio de una alimentación que necesite de la masticación⁽¹⁾. La Organización Mundial de la Salud (OMS) da la recomendación que a partir de los seis meses de edad se inicie la introducción de nuevos alimentos. Por lo que alimentos de una consistencia más espesa sean ofrecidos en una cuchara y los líquidos comiencen a ofrecerse en vaso¹.

La succión es importante porque satisface las necesidades nutritivas, psicológicas y emocionales del niño y es parte del desarrollo psicomotriz en la infancia. Da seguridad y soporte emocional a los niños, más no debe de extenderse más allá del tiempo “normal”. Que al madurar y desarrollar otras capacidades y actividades, poco a poco, disocia la succión como parte de ese apoyo psico-emocional⁸.

La succión de dedo, es comúnmente asociado como factor en maloclusiones, razón por la que los padres están más pendiente de esta situación y les preocupa más. Hay dos razones principalmente por la que los padres se sienten más involucrados emocionalmente: ya que es socialmente inaceptable y los padres creen que el hábito causará alineamiento antiestético de los dientes. Por lo que a muchas familias éste problema les hace buscar consejo profesional⁷.

Los hábitos de succión deben de estar bien analizados, por que las causas pueden tener un origen y motivos completamente distintos⁸.

Algunos autores dicen que si el hábito de succión digital durante los años de la primera dentición tiene efectos escasos o nulos a largo plazo, mientras que si dicho hábito persiste después de que los dientes permanentes hayan empezado a erupcionar, puede producirse maloclusión⁹.



La posibilidad de que un hábito de esta naturaleza sea capaz de desviar el desarrollo de los dientes, va a depender de la función muscular bucal. Si ésta es normal, las consecuencias son poco importantes o inaparentes, por el contrario si hay irregularidades en tonicidad y postura labial, cuando la lengua se interpone entre los arcos, hay consecuencias en el orden de erupción de las piezas dentarias⁷.

Hay que recordar y recordarles a los padres del niño que el hábito puede coexistir con anomalías de distinta etiología, de tal manera que al detener éste no se corrige automáticamente la maloclusión¹⁰.

Existen varios estudios donde mostraron que existe una relación directa entre el tiempo de lactancia materna y los hábitos parafuncionales. Cuanto mayor el tiempo de lactancia materna, menor la prevalencia de esos hábitos¹.

El diagnóstico es obvio cuando el niño practica el hábito, aunque muchas veces niega que exista o no lo demuestra en la consulta. Por lo que se necesitan de otras fuentes de información⁷.

El examen extraoral consiste en el examen de todos los dedos. Los comprometidos con el hábito se encuentran enrojecidos, excepcionalmente limpios, con una uña corta o aplanados. En casos más graves pueden encontrarse callosidades en el dorso de los dedos, de esta manera podemos estimar la intensidad y frecuencia del hábito⁷.

El tratamiento oportuno es un factor importante en este tipo de pacientes. Por lo que el tratamiento se aconseja sea entre los cuatro y seis años de edad. Mediante tres métodos diferentes, dependiendo de la cooperación del niño para suspender el hábito:

- ✓ El primero, terapéutica de recuerdo, es conveniente para quienes desean suspender la costumbre pero necesitan ayuda.



- ✓ Un segundo recurso es mediante un sistema de recompensa; se establece un convenio entre el niño y sus padres o entre el niño y su odontólogo.
- ✓ Si el hábito aún perdura luego del tratamiento con recordatorios y recompensas, y el niño en verdad desea eliminarlo, es necesario emplear aparatos⁶.

2.2 CHUPÓN Y BIBERÓN

Es común ver como los padres se quedan preocupados por el llanto del bebé, por lo que les ofrecen el chupón para calmarlos. Sin embargo es importante que el bebé llore, ya que esa es la forma en la que expresa sus sentimientos. Por lo que es importante que los padres averigüen cual es el motivo del llanto y no que solo intenten calmarlo¹.

El uso de los chupones y biberones han sido involucrados con trastornos de desarrollo esquelético⁶. Como hablamos anteriormente existe una relación directa entre el tiempo de lactancia materna y los hábitos¹.

Por lo que hay evidencia científica que los niños que usan biberón por periodo prolongado tienden a usar chupón por más tiempo. Existen dos posibles explicaciones que son: 1) Como el chupón y la tetina del biberón están hechos del mismo material, los niños succionan el chupón para sustituir el biberón; 2) cuando es utilizado el biberón para calmar o inducir el sueño, después del destete, los bebés tienden a presentar hábito de succión digital o de chupón¹.

Se ha observado una mayor tendencia de mordidas cruzadas posteriores con el uso de chupón⁷.

Para evitar hábitos de este tipo se debe estimular el amamantamiento hasta los primeros 6 meses de vida; si fuere necesario proceder a la lactancia mixta o artificial, se recomienda utilizar biberones anatómicos



(ortodónticos) con orificios pequeños; utilizar el chupón de manera disciplinada y racional⁷.

Las malposiciones dentarias que ocasionan esta clase de hábitos son similares a los que ocasiona la succión digital. Desde el punto de vista teórico es más fácil quitar el hábito de chupón que el de succión de dedo por lo que es más aceptable.

Aunque se pueden hacer algunas recomendaciones para el uso del chupón, sin abusar:

- Debe ser de una sola pieza.
- Debe tener un asa para que se pueda sostener fácilmente.
- Debe tener un protector bucal de diámetro adecuado y con huecos para ventilar.
- No debe tener tiras o correas que se puedan zafar.
- No debe ser nunca amarrado alrededor del cuello del niño.
- Debe mantenerse limpio.
- Nunca debe ser cubierto con azúcar, miel u otros materiales azucarados.

Existen también diferentes tamaños de tetinas de biberón, que se deben de seleccionar de acuerdo a la edad del niño. Aparte de verificar el tamaño de la tetina del biberón también se debe de verificar el tamaño del orificio. Se aconseja que se utilice un orificio pequeño, para que el niño realice mayor esfuerzo para alimentarse y sea lo más parecido a la alimentación con pecho materno, ya que solo debe ser usado el biberón para administrar leche. Los líquidos más espesos que algunos padres de



familia suelen dar en el biberón como las papillas, deben de ser ofrecidas al niño utilizando cuchara¹.

Para eliminar el hábito el procedimiento es similar al de succión digital, pero siempre debe de recordarse que el niño debe ser tratado con mucho cariño, sin represión, principalmente en los momentos de debilidad. Y que el hábito solo puede ser eliminado si el paciente está decidido en eliminarlo por lo que lo más recomendable en la motivación sin chantajes. Por lo que si un tratamiento es por imposición de los padres va a fracasar el tratamiento^{1, 2, 6, 7}.



CÁPITULO III MASTICACIÓN

Los hábitos masticatorios abarcan todo aquello que se hace sin objetivo de nutrición, como morder las uñas, morder la tapa de un lapicero, morderse los labios y/o el carrillo². La mayoría de estos hábitos se relacionan con un fuerte componente emocional, incluyendo el estrés y la imitación de algunos otros miembros de la familia o herencia y falta de atención.

3.1 ONICOFAGIA

El hábito de morder uñas es difícilmente encontrado en menores de 3 años, por lo que su prevalencia aumenta con la edad, hay registros de niños de 18 meses de edad con el hábito ya instalado^{1,2}.

Entre los 3 y 6 años de edad hay un aumento significativo. De los 7 a 10 años de edad la incidencia se mantiene entre el 28% y 33%, aumentando a partir de los 10 años. Por lo cerca del 45% de los adolescentes tienen el hábito de morder uñas. La cual irá disminuyendo entre los 16 y 17 años de edad. Manteniéndose apenas un 10% en la fase adulta. La incidencia entre ambos sexos a la edad de 10 años es igual, pero entrando en la adolescencia disminuye el número de jóvenes del sexo femenino^{1,2}.

La etiología incluye estrés, imitación de otros miembros de la familia, herencia, sustitución de otro hábito, malos cuidados con las manos, falta de atención. Por lo que siempre va expresar un desequilibrio emocional^{1,2}.

Debido al rápido estilo de vida, sobra poco tiempo para que los padres estén y les den atención a sus hijos. Por lo que los niños presencian los conflictos que surgen entre la pareja. Esto provoca inseguridad en los niños, inestabilidad psíquica y miedos, por lo que los dedos son llevados a la boca como una llamada de atención y un sistema de auto-compensación².



El hábito de morderse las uñas normalmente solo involucra las uñas de las manos, pero a veces están incluidas las de los pies. Afecta las uñas de todos los dedos igualmente. Muy raramente una única uña está afectada, las uñas afectadas son muy cortas e irregulares⁸.

Quienes poseen el hábito de morderse las uñas, pueden morder otros objetos como lapiceros o cualquier otro objeto, es especial cuando están bajo presión o en determinada actividad. Además de que puede estar asociado a otro hábito como succión de dedo, bruxismo, terror nocturno, sonambulismo, acceso de la furia y al propio hábito de colocar el dedo en la nariz.

El hábito de morderse las uñas puede lastimar la cutícula, volver áspera la punta de la uña, provocar el sangrado en los bordes de la uña y hasta causar deformaciones en ésta. Se observa el aumento del 20% de crecimiento más que lo normal^{2, 6,8}.

Se pueden provocar infecciones fúngicas o bacterianas y contaminar la cavidad bucal o por el contrario también pueden ocurrir que los portadores de herpes labial pueden presentar manifestaciones en los dedos^{2, 8}.

Puede acarrear problemas en la dentición y la higiene bucal. Las fuerzas no-fisiológicas que actúan sobre los dientes pueden conllevar a reabsorciones radiculares en personas con fuerte hábito².

También se ha relacionado a este hábito pequeñas fracturas en los bordes incisivos y la gingivitis a causa de traumas².

Puede causar también algún tipo de disfunción de ATM, dependiendo de su frecuencia e intensidad.

El tratamiento debe visualizar las causas del hábito. Si se pueden descubrir ya que generalmente son difíciles de determinar. Se indica el



consejo psicológico para mejorar resultados. Estimular al niño a que realice algunas actividades donde utilice la mente, las manos y las emociones para aliviar las tensiones; como dibujo y/o manualidades. Siempre la atención debe de estar orientada a la mejora de su autoestima^{2,6}.

3.2 HÁBITOS LABIALES

Los hábitos labiales son los que involucran la manipulación de los labios y las estructuras peribucales. Hay varios tipos de hábitos y su influencia sobre la dentición es variable^{2,6}.

La acción de lamer los labios es relativamente benigna, ya que solo se observan los labios y tejidos peribucales rojos, inflamados y reseca durante los periodos de clima frío. Poco es lo que se puede hacer para suspenderse, ya que solo se recomienda un tratamiento paliativo y se limita a la humectación de los labios⁶.

La succión labial y la mordedura de labios pueden conservar alguna maloclusión ya existente. Ya que se observa la interposición del labio inferior detrás de los incisivos superiores, produciendo una fuerza vestibular sobre ellos y lingual sobre los incisivos inferiores. Esas fuerzas contrarias causan la inclinación de los incisivos superiores hacia vestibular e inferiores hacia lingual, acentuando considerablemente el traslape horizontal (overjet)^{2,6}.

El tratamiento va a depender de la relación esquelética que presente el paciente y de la presencia o ausencia de espacio en la arcada. Por lo que el tratamiento será de acuerdo a la edad del paciente mediante las indicaciones del odontopediatra o el ortodoncista.

La desaparición del hábito sigue un patrón semejante al de los otros hábitos citados anteriormente. Ya que los niños que caen en esto suelen estar pasando por un estrés emocional que con frecuencia es el resultado



de infelicidad y conflictos en el hogar. Estos hábitos tienen que ser tratados interdisciplinariamente por el odontopediatra, psicólogo infantil, el psiquiatra y el consejero familiar².

Algunos autores recomiendan para este tipo de hábito, la colocación de un aparato limp-bumper, para corregir el hábito de labio inferior^{2, 6, 8}.

3.3 BRUXISMO

El bruxismo es definido por la *Academy of Orofacil Pain* como una disfunción de la musculatura orofacial (parafunción) asociada a apretar y rechinar los dientes, ocurriendo durante el día y/o la noche. La cual puede ser consciente o inconsciente^{1, 2, 8}.

La prevalencia es alta y existe evidencia que demuestra, que con las presiones de la vida moderna esta prevalencia tiende a aumentar².

El bruxismo es descrito en adultos pero también es frecuente en la infancia, ya que es considerado dentro de las diversas parasomnias (sonambulismo, pesadillas, enuresis nocturna, movimientos rítmicos y bruxismo excéntrico), el bruxismo se ah vuelto uno de los hábitos más comunes observados en niños, el cual va disminuyendo en la transición de la infancia a la adolescencia^{1, 2}.

Aunque también hay que recordar que la presencia de desgaste en los dientes deciduos por si solo no es signo patognomónico de bruxismo ya que en esa fase ocurre el surgimiento de desgastes adaptativas, importantes para el desarrollo de la oclusión de las denticiones deciduas, mixtas y permanentes. También es importante hacer el diagnóstico diferencial con la perimólisis, que es un desgaste dentario provocado por el consumo de alimentos con alta concentración de ácidos y/o en niños que presentan reflujo gastroesofágico¹.



El bruxismo se clasifica en dos tipos:

- Céntrico: ocurre cuando se aprietan los dientes y existe una contracción muscular isométrica (que favorece la producción de ácido láctico). Ocurre cuando el individuo está despierto y está asociada al estrés, tensión muscular y otros hábitos parafuncionales^{1,2}.
- Excéntrico: ocurre rechinamiento de los dientes, contracción muscular isotónica, aumento del volumen muscular, favoreciendo la oxigenación de los tejidos. El rechinamiento aparece cuando el individuo está durmiendo y puede provocar desgaste de los dientes^{1,2}.

La etiología del bruxismo es multifactorial, pudiendo ser causados por la combinación de factores locales y psicológicos. Las investigaciones sugieren que los factores hereditarios pueden ser importantes. Las interferencias oclusales, podrían favorecer la aparición de bruxismo^{1,2,8}.

En la infancia, el bruxismo puede ser una consecuencia de la inmadurez neuromuscular. La desarmonía oclusal y los hábitos inadecuados al dormir. Los niños tensos, ansiosos o bajo estrés tienen una mayor prevalencia de parafunciones orales que aquellos considerados tranquilos².

Por lo que el examen clínico de control no debe limitarse solo a la detección de lesiones de caries dental. Sino que debe hacerse un examen de oclusión y de los sistemas articular y masticatorio, así el diagnóstico prevendrá cualquier alteración en la dentición permanente^{1,2,8}.

El bruxismo puede causar otros traumas para la dentición y sus tejidos de soporte, que incluyen hipersensibilidad térmica, movilidad dental, daños en el ligamento periodontal, hipercementosis, fractura de cúspides e incluso pulpitis y necrosis pulpar².



El tratamiento del bruxismo es variable, dependiendo de los factores etiológicos asociados, ya que puede ser de origen sistémico, psicológico y/o odontológico. Por lo que el odontólogo es capaz de realizar tratamiento de los síntomas pero no de la causa, con el uso de placas miorrelajantes y ajuste oclusal. Por lo que en la infancia algunos optan solo por hacer acompañamiento clínico, aunque en algunas ocasiones es conveniente utilizar placas miorrelajantes, sin olvidar que el niño se encuentra en constante crecimiento y su utilización requiere acompañamiento clínico constante^{1,2,8}.

Ya que la mayoría de los niños con bruxismos son ansiosos, algunos tratamientos alternativos han sido buscando mejorar el lado emocional del paciente^{1,2}.



CÁPITULO IV DISTURBIOS FUNCIONALES

La etiología de los disturbios funcionales del sistema masticatorio ha constituido una constante y creciente controversia a través del tiempo. Hoy se reconoce la naturaleza multicausal de los trastornos craneomandibulares que incluyen a la articulación temporomandibular ATM y se destacó la influencia que las alteraciones oclusales y los trastornos psíquicos y emocionales desempeñan en su etiología, en el control neuromuscular facial y la postura mandibular¹.

4.1 DEGLUCIÓN ATÍPICA-INTERPOSICIÓN LINGUAL

La deglución es un reflejo alimenticio y protector. En la deglución normal existe una perfecta sincronización y equilibrio entre todos los elementos que participan del proceso. Es un reflejo no aprendido ya que es plenamente funcional y temprano en la vida fetal^{2,5}.

El proceso de la deglución es fundamental para un buen desarrollo y la relación entre las arcadas dentarias. La deglución infantil normal está caracterizada por contracciones de los músculos faciales y de la lengua, cuya ubicación es entre las almohadillas gingivales².

La deglución atípica es cualquier desvío del patrón normal adulto de deglución. Es caracterizada como el posicionamiento de la lengua contra la superficie lingual de los dientes incisivos y caninos o la protrusión lingual entre las arcadas dentarias durante el reposo y la deglución (la punta de la lengua no toca la papila palatina). Este patrón es considerado normal hasta los 4 años de edad².

En ocasiones la deglución no alcanza su maduración, por lo que se transforma en un hábito deletéreo, que se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas al momento de deglutir.



La interposición lingual es uno de los hábitos bucales más controvertidos, ya que algunos autores la consideran como una etapa transitoria de cambio funcional entre la deglución infantil y la madura, mientras otros la señalan como causa de maloclusiones.

La conceptualización del hábito de interposición patológica, está basada en las presiones adversas ejercidas por la musculatura lingual pueden mantenerse o determinar una mordida abierta y protrusión incisiva.

Numerosos clínicos concluyen que la gran mayoría de los niños, después de 7-8 años, dejarán este hábito por maduración de la función, pasando a la deglución adulta. Por otro lado, si la mordida abierta es tratada ortodónticamente, la lengua suele adaptarse, estableciendo relaciones funcionales con la cara palatina de los incisivos reubicados.

En los casos seleccionados para intercepción de la posición adelantada de la lengua, existen dos formas de tratamiento: terapia miofuncional y tratamiento con aparatos⁵.

4.2 AUTOMUTILACIÓN

La automutilación son actos repetitivos que producen daño físico al sujeto, y es muy rara en niños normales. Sin embargo, prevalece en la población con retraso mental un 10 y 20%⁶.

Una manifestación frecuente es la mordedura labial, lingual y de la mucosa bucal. Desde la perspectiva psicológica es necesario considerar anormal a cualquier niño que de manera premeditada se causa dolor o daño a sí mismo⁶.

A menudo esto se mostrará como una pérdida labial de tejido gingival y a veces de hueso alveolar. Habitualmente da por resultado la demostración de un hábito digital, por lo cual se usa la uña del pulgar u otro dedo para despegar los tejidos de los dientes. Los padres no tienen conciencia de



ese hábito y el sólo llamarles la atención al respecto, explicar el peligro de esta práctica, suele ser suficiente para quitar el hábito⁹.

La automutilación también se vincula con alteraciones bioquímicas, como los síndromes de Lange y Lesh-Nyhan⁶.

Para su tratamiento se necesita de la modificación conductual, también su tratamiento comprende el uso de restricciones, almohadillas protectoras y sedación⁶. Nunca extracciones múltiples, aunque algunos autores hablan de ello, se considera una medida drástica y agresiva, que en ocasiones no da resultados satisfactorios.



CÁPITULO V RESPIRACIÓN BUCAL

Respiración bucal es definida como una respiración más frecuente a través de la boca. En la mayoría de los casos, lo que se observa es la combinación de la respiración nasal con la bucal, en diferentes grados².

La respiración es el primer reflejo del bebé al nacer. El pasaje del aire por la nariz, desde el primer momento va a estimular el crecimiento de la cavidad nasal⁽⁸⁾. La respiración buconasal es aprendida después del nacimiento. El bebé descubre que puede respirar por la boca cuando, por alguna razón tiene obstruidas las vías respiratorias superiores¹.

Al respirar por la boca, se está transgrediendo una función, lo que le puede llevar a una deformidad. El aire inspirado por la nariz, filtrado y humedecido es totalmente adecuado a nuestros pulmones. El aire que entra por la boca no es filtrado, es frío y seco, llevado bacterias y ácaros directamente a los pulmones⁸.

Como habíamos mencionado anteriormente, el amamantamiento materno tiene un papel fundamental en el desarrollo de la buena función respiratoria del niño. La falta de ese estímulo puede dar origen a la respiración bucal⁸.

El mantenimiento de las vías aéreas es esencial para la vida del individuo, los problemas respiratorios que resultan de alergias, hipertrofias de amígdalas y adenoides, desvíos del septo pueden ser factores etiológicos o predisponentes del desarrollo de la mordida abierta anterior. Es difícil identificar el mínimo nivel de respiración bucal que inducirá a la deformación dentofacial. Este tipo de respiración ha recibido una gran atención, por asociar este factor como causante del llamado síndrome de respiración bucal, o facies adenoidea^{2, 7}.

La respiración bucal puede tener otras causas, las cuales debe de ser determinada por el diagnóstico de un otorrinolaringólogo, junto con el



odontopediatra y al fonoaudiólogo^{2, 8}. El diagnóstico preciso del cuadro es hecho por el otorrinolaringólogo. El odontopediatra puede sospechar de la presencia de alteraciones después de la colecta de datos del paciente (anamnesis y examen clínico), si el paciente presenta las señales descritas anteriormente es necesario una interconsulta con el otorrinolaringólogo¹⁴.

Las causas de la obstrucción nasal que producen un flujo limitado a través de la nariz, pueden ser:

- Hipertrofia de adenoides: aumento del tejido linfoide existente en la rinofaringe, con cierre o disminución del espacio para el pasaje de aire.
- Hipertrofia de tonsilas: existen casos en que las tonsilas palatinas están tan aumentadas que los polos superiores se comprimen en la región de la úvula, causando obstrucción nasal y dificultad respiratoria (incluso con la compensación bucal).
- Desvíos del septo: su diagnóstico es hecho a través de la historia de obstrucción nasal uni o bilateral, sin antecedentes alérgicos ni hipertrofia de adenoides.
- Rinitis alérgica: después de la hipertrofia de adenoides; la rinitis alérgica es la causa más frecuente de obstrucción nasal. Se caracteriza por rinorrea (coriza), crisis de estornudos e intenso prurito nasal. Infelizmente la incidencia de respiradores bucales ha aumentado debido a la susceptibilidad alérgica exagerada a los agresores ambientales y a las obstrucciones nasales.
- Hábitos inadecuados: como el uso de biberones antes de los 6 meses de edad, succionar el chupón y/o el dedo¹⁴.



La respiración bucal puede ser por una razón patológica o fisiológica. Aunque también otros factores pueden ser el deporte, el estrés, entre otros⁶.

Como el aire que se va por la nariz tiene mayor volumen, permite mayor oxigenación en los tejidos y órganos del cuerpo, estimulando la cavidad nasal y desarrollando su piso. El piso nasal es parte de la misma estructura del paladar. Con la respiración bucal, el techo del paladar permanece más profundo, dejando una arcada deformada y la cavidad nasal atrofiada, debido a la falta de estímulo del paso del aire por la nariz⁸.

El gran problema para el odontólogo es el diagnóstico de la respiración bucal. A pesar de que existen muchas herramientas para diagnosticarla, ninguna es 100% certera. Que no existen herramientas precisas para determinar los porcentajes exactos de respiración bucal y nasal. Ya que algunas personas varían en su manera de respirar, por lo que es difícil determinar el grado de respiración bucal⁵.

Mientras más temprano se instale la respiración bucal mayores serán las alteraciones de oclusión por que los huesos jóvenes son más moldeables y la respiración puede llevar al desarrollo craneofacial inadecuado cuando hay predisposición genética para eso².

Actualmente, la respiración bucal es considerada un síndrome, en el cual percibimos varias características de desequilibrio funcional.

Manifestaciones locales

-Alteraciones Bucales:

- Facies adenoideas, hipodesarrollo de los huesos propios de la nariz, ojeras, boca abierta, incompetencia labial.



- Narinas estrechas del lado de la deficiencia respiratoria con hipertrofia de la otra narina o las dos estrechas.
- Piel pálida.
- Hipertrofia del músculo borla del mentón
- Labio superior hipotónico, flácido en forma de arco.
- Labio inferior hipertónico.
- Labios agrietados, resecos, con presencia de fisuras en las comisuras (queilitis angular) podría presentar candidiasis.
- Mordida abierta anterior con o sin interposición lingual.
- Mordida cruzada posterior, uni o bilateral.
- Estrechez transversal del maxilar superior, es decir paladar profundo y estrecho.
- Presencia de hábitos secundarios (deglución atípica, succión labial).
- Retrognatismo del maxilar inferior o rotación mandibular hacia abajo y atrás.
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Linguoversión de incisivos inferiores.
- Linguoversión de dientes posteriores superiores.
- Egresión de dientes anteriores superiores e inferiores o posteriores.
- Gingivitis crónica, causada por el constante paso del aire que reseca la encía¹².



Manifestaciones Generales

-Alteraciones corporales

- Hundimiento del esternón "Pectus excavatum" y "escápulas aladas" (en forma de alas). Estas dos características se deben a una falta de desarrollo torácico en sentido antero posterior; tórax estrecho.
- Cifosis (dorsal) y Lordosis lumbar.
- Pies hacia adentro "pie vago", por la posición de la columna¹².

-Alteraciones fisiológicas

- Hiposmia o anosmia
- Hipoacusia, por desplazamiento del cóndilo al mantener la boca abierta la onda sonora se hace débil.
- Anorexia falsa, come mal por la dificultad de coordinar la respiración con la masticación al momento de tragar. También se puede encontrar obesidad por la misma situación.
- Trastornos del sueño caracterizados por mal dormir, sueño agitado y ronquido

-Trastornos del lenguaje y la voz

- Dislalias : Sustituyen las letras "M" por "B" y "N" por "D"
- Timbre de voz alterado con resonancia nasal exagerada y rinolalia



-Trastornos intelectuales y de comportamiento

- Se genera una disminución crónica de la PO₂ en un 5% y secundariamente baja la oxigenación cerebral. Esto se traduce en apatía, disminución de la actividad voluntaria, trastornos de la memoria, disminución de la capacidad para fijar atención voluntaria y cansancio crónico (asociado además a los trastornos de sueño).
- Presenta irritación constante, es inquieto, ansioso, miedoso, impulsivo.
- Su sueño es agitado y diversas veces interrumpido, no duerme en la posición que desea, pero sí en aquella que consigue una mejor eficiencia respiratoria¹³.

Hechos que desvirtúan la relación causa-efecto son las observaciones comunes de encontrar niños con adecuado desarrollo de los arcos, a pesar de ser respiradores bucales y aquellos que, sin tratamiento, han cambiado su “facie adenoidea” por una cara dentro de los cánones considerados normales⁷.

El tratamiento del respirador bucal debe de manejarse multidisciplinariamente, ya que involucra varias áreas médicas como son otorrinolaringólogo (responsable por el diagnóstico preciso y factores etiológicos asociados), pediatra, odontopediatra, ortodoncista y fonaudiólogo (interviniendo en las alteraciones de los órganos fonarticulatorios). El pediatra determinará la capacidad del paciente para respiración nasal, el tamaño y espacio nasofaríngeo y malformaciones físicas, como tejido adenoideo hipertrófico o desviación del séptum sobre todo en caso de pacientes con episodios de apnea. Es necesario evaluar el momento preciso en que cada especialista debe de intervenir y tratar^{1,7,8}.



Algunos autores recomiendan la fisioterapia corporal para auxiliar en la corrección de problemas posturales^{1, 2, 8}.

Después el odontólogo u odontopediatra debe determinar la necesidad de participar, ya que en muchas instancias la respiración bucal persiste como hábito, después de eliminar todos los factores etiológicos estructurales⁷.

El odontopediatra puede utilizar aparatos específicos, para el problema que presente el paciente, como puede ser aparatos de expansión para el problema de apiñamiento dental; la pantalla oral, cuando el paciente esté en la categoría de las maloclusiones (relaciones esqueléticas normales en maloclusiones), estando el problema limitado a una mordida abierta que para ser corregida necesita que se consiga un adecuado cierre labial y el restablecimiento del equilibrio muscular. Algunas otras situaciones deben de ser referidas al especialista en beneficio del paciente⁷.

El amamantamiento es la mejor y más simple manera de prevenir el hábito de respiración bucal, proporcionando al niño, alimento y protección y estimulando su crecimiento fisiológico².

En conclusión, no todos los pacientes respiradores bucales presentarán una maloclusión, así como no todos los pacientes con un tipo característico de maloclusión (facies adenoidea) tiene como causa la respiración bucal.



CÁPITULO VI CASO CLÍNICO

6.1 ANTECEDENTES:

Paciente Masculino de 7 años de edad, ingreso a la clínica 2011, Clínica Periférica de Padierna Turno Matutino, motivo de la consulta “dolor, presenta un diente retenido”. Al interrogatorio la mamá comenta que lo llevo a consulta y se le cayeron algunas restauraciones, además comenta que respira por la boca y roncaba por las noches. A la exploración clínica se observa varias piezas dentales con lesiones cariosas, fístulas y malposición dental en los arcos dentales tanto en superior como inferior.



Foto inicial



6.2 DIAGNÓSTICO

Al realizarle la exploración clínica presenta coronas de acero-cromo en los órganos dentarios 52 y 62.

Presentaba caries en los órganos dentarios 55, 65, 75, 84, 85, presentaba una fístula en el 74, el 82 retenido por lo que el 42 presentaba erupción ectópica.

Clase II sub 1 de Angle, Clase II esquelética por retrognatismo con tendencia a crecimiento vertical. Se identificó también hábito de interposición lingual. Y desviación de la línea media.

Fotos intraorales iniciales tomadas el 11 de Febrero del 2011.

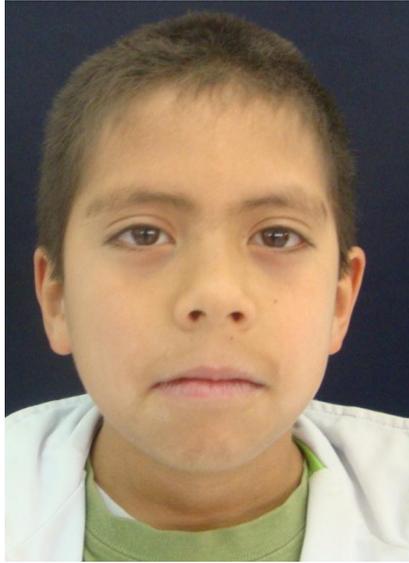


Lateral derecha



Lateral izquierdo



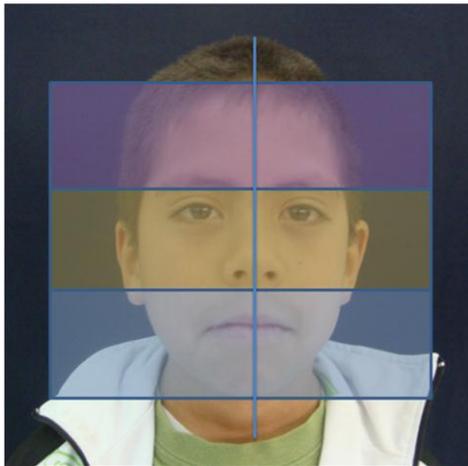


Presenta características del síndrome de respirador bucal como son:

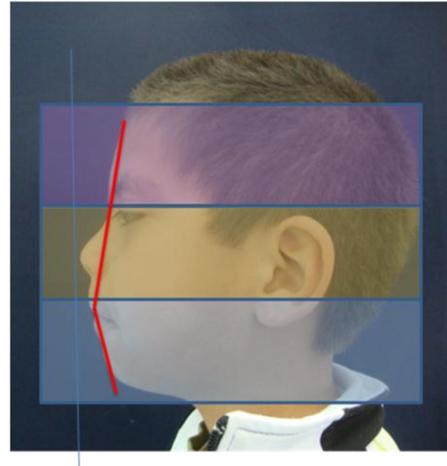
- Facie adenoidea: ojeras, boca abierta, incompetencia labial.
- Narinas estrechas.
- Piel pálida.
- Hipertrofia del músculo borla del mentón.
- Labios resecos.
- Labio superior hipotónico, flácido en forma de arco.
- Labio inferior hipertónico.
- Mordida abierta con interposición lingual.
- Estrechez transversal del maxilar superior.
- Presencia de hábitos secundarios: interposición lingual.
- Vestibuloversión de incisivos superiores.
- Linguoversión de incisivos inferiores.
- Egresión de diente anterior superior.



- Hiposmia.
- Hipoacusia.
- Anorexia falsa.
- Rinolalía.
- Trastorno del sueño, sueño agitado y ronquidos.
- Timbre de voz alterado con resonancia nasal exagerada y rinolalia.
- Apatía, trastornos de la memoria, disminución de la capacidad para fijar atención voluntaria.
- Irritación constante, inquieto, ansioso, miedoso e impulsivo.



Frontal

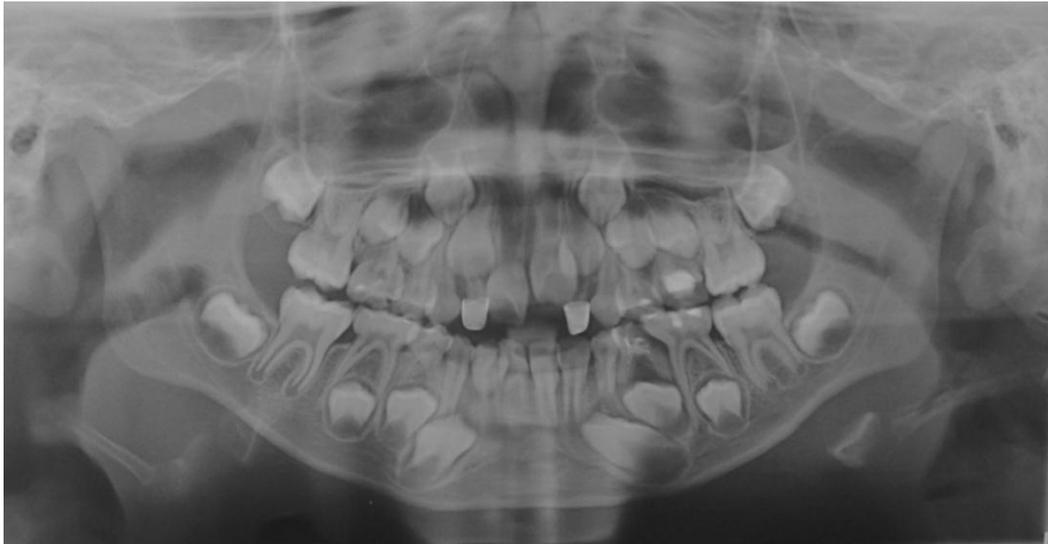


Lateral

Al análisis frontal y lateral fotográfico, se encontró el tercio medio disminuido y perfil convexo.



Ortopantomografía tomada el 12 de febrero de 2011.



No se presenta patología aparente, se observa dentición mixta con cronología de erupción de acuerdo a la edad, los gérmenes de la dentición permanente se encuentran completos.

Observamos obstrucción de vías aéreas y mal posición dentaria con falta de espacio para la dentición permanente.

6.3 TRATAMIENTO

- Interconsulta con un otorrinolaringólogo.
- Se rehabilita con coronas de acero cromo en 55, 65, 84, pulpectomía y corona de acero cromo en el 74, resina en el 75 y 85. Extracción del 82.
- Se colocan placas activas de Shwarz de expansión transversal y resortes superior e inferior removibles.

Fotos intraorales tomadas el 13 de mayo de 2011.



Arcada superior



Arcada inferior



Lateral derecho



Lateral izquierdo



- Ejercicios para poder mejorar en cuanto al hábito de respiración bucal. Como son ejercitar los labios por medio de ejercicios que realiza el paciente con un botón amarrado de un listón, el cual lo sostiene entre los labios mientras que lo intenta jalar, para ejercer una fuerza contraria y ejercitar los músculos labiales.

El día que se toman las últimas fotografías de este periodo, se observa la exfoliación del órgano dental 62.



Posición del botón sosteniéndolo con los labios, ejerciendo fuerza para no soltarlo.



Vista frontal.



6.4 AL AÑO DEL TRATAMIENTO

Por causas familiares el paciente dejó de asistir por 5 meses.

Después de ese tiempo regresa y se continúa con su tratamiento, pierde sus placas activas de Shwarz, presenta exfoliación del órgano dental 73.

Y se continúa con los ejercicios para ejercitar sus labios.

Presenta cambios faciales, mejoría en la respiración por el tratamiento con el otorrinolaringólogo, está en etapa de respiración mixta, se colocan unas nuevas placas activas de Schwarz de expansión transversal. La interposición lingual va desapareciendo gracias a las placas activas.

Fotos tomadas el 25 de mayo de 2012.



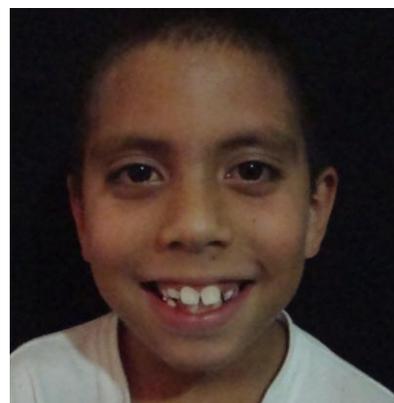
Arcada superior



Arcada inferior



Mordida





6.5 AL AÑO Y CUATRO MESES DEL TRATAMIENTO

Presenta primeros molares se colocan selladores de fosetas y fisuras.

La línea media se va corrigiendo.

Se observa cronología dental alterada, ya que esta erupcionando el primer premolar inferior izquierdo, antes que el canino del mismo cuadrante.

Fotos tomadas el 13 de septiembre del 2012.



Arcada superior.



Arcada inferior.



Mordida.





6.6 AL AÑO Y MEDIO DE TRATAMIENTO

Fotos tomadas el 23 de noviembre del 2012.



Arcada superior.



Arcada inferior.



Lateral derecho.



Lateral izquierdo.



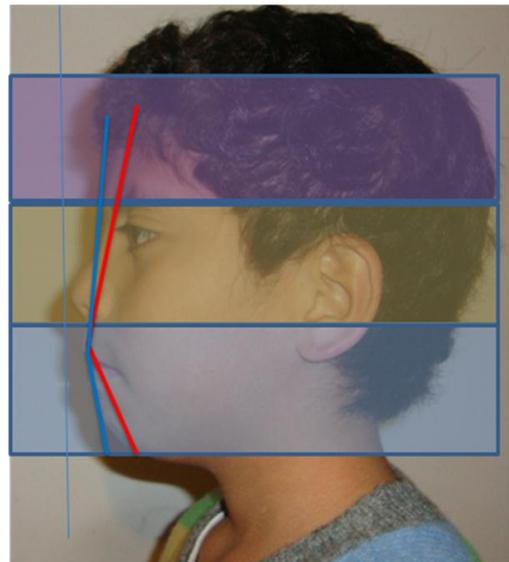
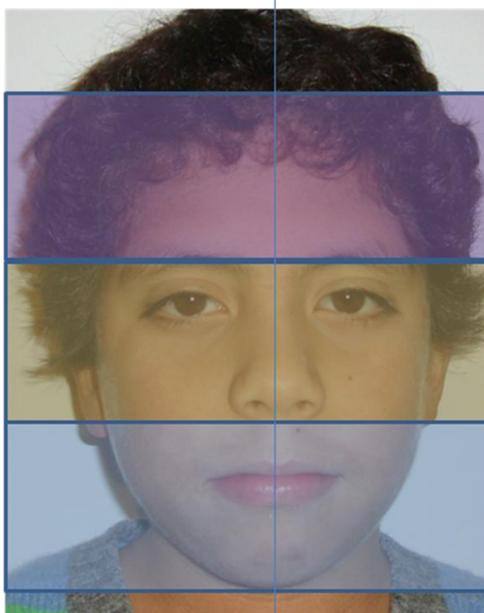
Mordida.



Arcada superior.



Arcada inferior.



Al análisis frontal y lateral fotográfico, se encontró el tercio medio más proporcionado aunque aun está un poco disminuido y perfil aun convexo, pero notando una mejoría.



6.7 AVANCES DEL TRATAMIENTO

Se observa un gran cambio en cuanto al problema de respiración bucal, ya se disminuyó la frecuencia con la que realizaba el hábito sigue en fase de respirador mixto, el problema de malposición dentaria ha mejorado.

Mediante los ejercicios realizados con los labios se ha logrado ya una mejor musculatura en la zona peribucal, por lo que puede mantener mejor el cierre bucal. El hábito de interposición lingual, por el uso de las placas activas ha desaparecido. La línea media dental sigue corrigiéndose mientras avanza el tratamiento.

Sus problemas de hiposmia, hipoacusia ha mejorado.

Observamos mejoría facial, en ojeras ya no están marcadas, mejoría en el color de su piel ya no está pálida, sus labios reseca están mejor, es más alegre, y su familia nos indica que pone más atención a clase y mejor comportamiento. Por los resultados obtenidos, el paciente se siente más animado, y va con mejor disposición a la consulta dental.

Se remitió al departamento de ortodoncia para su tratamiento de malposición dental. El principal objetivo fue mejorar el hábito de respirador bucal y sus manifestaciones.





CONCLUSIONES

Es importante que el odontólogo, así como los diferentes especialistas, puedan diagnosticar a tiempo a un respirador bucal. Para lograr un desarrollo armónico del paciente en crecimiento.

El tratamiento de los pacientes con hábito de respiración bucal deben ser tratados multidisciplinariamente, ya que estos pacientes presentan problemas en el desarrollo y crecimiento, de cara y cráneo.

El odontólogo deberá estar preparado para para poder hacer la adecuada interconsulta con las diferentes especialidades, médicas, odontológicas necesarias para cada paciente y prevenir complicaciones, obtener mejores resultados y bienestar para los pacientes.

Recordando la importancia que tiene el amamantamiento en la formación del bebé, ya que la falta de este en el desarrollo infantil suele considerarse causa de algún hábito bucal. Por lo que el odontólogo debe de dar la información adecuada a los pacientes así como a los padres.



FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Guedes-Pinto AC, Bönecker M, Martins CR. Odontopediatría. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2011. Pp. 357-378.
- 2) Corrêa MSNP. Odontopediatría en la primera infancia. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2009. Pp. 555-570.
- 3) Hallado en: <http://es.wiktionary.org/wiki/h%C3%A1bito>
- 4) Mosby. Diccionario de odontología. 2ª ed. España: Editorial Elsevier, 2009. Pp.309.
- 5) Castillo R. Estomatología pediátrica: Ripano, Madrid; 2011. Pp. 361-367.
- 6) Pinkham J. Odontología pediátrica. 3ª ed. México: McGraw-Hill: Interamericana; 2001. Pp. 311-317.
- 7) Escobar F. Odontología pediátrica. 2ª ed. Caracas: AMOLCA; 2004. Pp. 448-465.
- 8) Corrêa MSNP, Schmitt R, Kim S. Salud bucal del bebé al adolescente. Guía de orientación para las embarazadas, los padres, los profesionales de salud y los educadores. São Paulo: Grupo Editorial Nacional; 2009. Pp. 129-141.
- 9) Proffit WR, Ortodoncia contemporánea, 4ta Edición, España: Editorial Elsevier, 2008. Pp. 125-132.
- 10) Barbería E. Odontopediatría. Barcelona: Masson; 2001. Pp. 369-373.
- 11) Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza A. Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven: Ripano, Barcelona; 2004. Pp. 380-382.
- 12) Parra Y. El paciente respirador bucal una propuesta para el estado nueva esparta 1996-2001. Mouthbreathing - Oral breathing - Oral respiration. Acta odontológica venezolana. Volumen 42 N° 2 / 2004.



- 13) Ramírez G., Silva G. ¡Anda niña cierra la boca! El problema del respirador bucal: <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/018.html>
- 14) Welbury R. *Paediatric dentistry*. 3ª ed. Oxford: Oxford university; 2005.
- 15) Fotografías tomadas en la Clínica Periférica PADIERNA Turno Matutino y en la Facultad de Odontología.



GLOSARIO

- **Adenoides:** Las amígdalas faríngeas, también llamadas tonsilas faríngeas, adenoides o vegetaciones, son dos masas de tejido linfóide situadas cerca del orificio interno de las fosas nasales, en el techo de la nasofaringe, justo donde la nariz se une con la boca. Forman parte de las amígdalas.
- **Anamnesis:** término médico empleado en los conocimientos y habilidades de la Semiología clínica, para referirse a la información proporcionada por el propio paciente al médico durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica.
- **Anosmia:** es la pérdida del sentido del olfato. Puede ser temporal o permanente. Un término relacionado es hiposmia, el cual se refiere a la disminución en la habilidad olfativa. En la mayoría de los casos la anosmia es curable con tratamientos naturales.
- **ATM:** Articulación temporomandibular, término médico.
- **Cifosis:** es la curvatura fisiológica de la columna vertebral en la región dorsal. La columna presenta cuatro curvaturas fisiológicas (o "normales"): dos curvaturas de la columna dorsal y sacra hacia afuera del cuerpo (al nivel de las costillas) y en la columna sacra o cifosis y dos curvaturas lordóticas hacia dentro del cuerpo: la lordosis lumbar y la cervical. Las curvas escolióticas (curvaturas hacia los lados) siempre se consideran patológicas ("anormales"). Las alteraciones de la columna vertebral se pueden dar en dos planos; el medial y el frontal. Dentro del plano frontal encontramos la escoliosis. Mientras que la cifosis y la lordosis son vistas desde un plano medial (lateral).
- **Coriza:** es una inflamación de la mucosa de la nariz, de características similares a la rinitis alérgica, que se acompaña de irritación local y de emisión de secreciones mucosas o



mucopurulentas. Puede ser aguda o ir asociada a la gripe o influenza.

- **Deletéreo:** adj. Mortífero, venenoso.
- **Dermatitis atópica:** llamada comúnmente eccema (atópico), es una enfermedad de la piel que afecta el cuero cabelludo, la cara y el torso. Se trata de un trastorno funcional de las glándulas sebáceas que producen una hipersecreción de grasa prurito y con aspecto de escamas, más frecuente en niños, multifactorial, en la cual intervienen factores tanto ambientales como constitucionales. Es de difícil tratamiento y bastante raro en la consulta normal del dermatólogo o del pediatra. Las personas con eccema a menudo tienen antecedentes de condiciones alérgicas como asma, fiebre del heno o eccema.
- **Destete:** se conoce al fin de la lactancia en los mamíferos. Cada especie tiene una edad donde el destete ocurre de forma natural. En los últimos años han ido apareciendo productos artificiales que sustituirían la leche materna y servirían para suplirla hasta que llegara ese momento.
- **Diastema:** espacio anormalmente grande entre dos dientes adyacentes en la misma arcada dental. Por ejemplo entre los incisivos centrales en más visible. Puede aparecer como un signo de acromegalia aunque no es patognomónico.
- **Dislalia:** es un trastorno en la articulación de los fonemas. Se trata de una incapacidad para pronunciar correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas. El lenguaje de un niño dislámico muy afectado puede resultar ininteligible.
- **Egresión:** Salida de alguna parte.
- **Enfermedad celíaca:** es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por una inflamación crónica de la parte próxima del intestino delgado o yeyuno, causada por la exposición a la gliadina, una proteína vegetal de algunos cereales en la dieta. La gliadina es uno de los componentes del gluten (proteína presente en el trigo, la



cebada, el centeno, el triticale, el kamut, la espelta y posiblemente la avena —por cuestiones de contaminación cruzada—. Al ser expuesta a la gliadina, la enzima transglutaminasa tisular modifica la proteína y el sistema inmune del individuo hace una reacción cruzada en contra del intestino delgado, causando una reacción inflamatoria que causa atrofia de las vellosidades que recubren el intestino e interferencias en la absorción de nutrientes.

- **Enuresis:** es un término médico que se define como la persistencia de micciones incontroladas más allá de la edad en la que se alcanza el control vesical (4-5 años como edad extrema).
- **Hipercementosis:** formación excesiva de cemento en las raíces de uno o más dientes.
- **Hipertrofia:** es el nombre con que se designa un aumento del tamaño de un órgano cuando se debe al aumento correlativo en el tamaño de las células que lo forman; de esta manera, el órgano hipertrofiado tiene células mayores, y no nuevas. Se distingue de la hiperplasia, caso en el que un órgano crece por aumento del número de células, no por un mayor tamaño de éstas.
- **Hipoacusia:** Se denomina sordera o hipoacusia al déficit funcional que ocurre cuando un sujeto pierde capacidad auditiva, en mayor o menor grado. Llamamos umbral auditivo al estímulo sonoro más débil (de menor intensidad) que es capaz de percibir un determinado oído. Frecuentemente encontramos el manejo de los términos sordera e hipoacusia como sinónimos aun cuando no lo son.
- **Hiposmia:** es un trastorno del sentido del olfato que resulta en la reducción parcial de la capacidad de percibir olores.
- **Hipotónico:** que muestra pérdida de tensión o firmeza inferior.
- **Interdisciplinariamente:** Interdisciplinariedad es un término que expresa la cualidad de ser interdisciplinario. Un campo interdisciplinario es un campo de estudio que cruza los límites tradicionales entre varias disciplinas académicas o entre varias



escuelas de pensamiento, por el surgimiento de nuevas necesidades o la elección de nuevas profesiones.

- **Isotónica:** equivalencia en la presión osmótica. Se utiliza en especial en referencia a una solución cuya presión osmótica es igual a la de un fluido corporal, como el plasma sanguíneo a las lágrimas, que sirven de comparadores para la solución.
- **Linguoversión:** estado de desplazamiento hacia la lengua.
- **Lordosis lumbar:** curvatura anteroposterior de la columna con la convexidad en dirección ventral.
- **Maloclusión:** se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento. Aquellas que tienen maloclusiones más severas pueden requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular.
- **Overbite:** superposición vertical de los incisivos.
- **Overjet:** superposición horizontal de los incisivos.
- **PO₂:** Presión parcial en oxígeno de un medio gaseoso (aire) o líquido (sangre). Es normalmente de 159 mm de Hg en el aire inspirado, de 90 a 112 mm de Hg en el aire alveolar (PAO₂) y en la sangre arterial (PaO₂), y de 37 a 40 mm de Hg en la sangre venosa mezclada (PVO₂). La PO₂ de la sangre de la medida del oxígeno disuelto en el plasma.
- **Parasomnias:** es un trastorno de la conducta durante el sueño asociado con episodios breves o parciales de despertar, sin que se produzca una interrupción importante del sueño ni una alteración del nivel de vigilia diurno.
- **Patognomónico:** se utiliza en el diagnóstico médico o psicológico para calificar a aquellos signos clínicos (manifestaciones



comprobables por el especialista) o síntomas (manifestaciones percibidas subjetivamente por el paciente y de las que informa al especialista) que, si están presentes, aseguran que el sujeto padece un determinado trastorno.

- **Pectus excavatum:** es una deformidad congénita de la caja torácica caracterizada por pecho hundido en la región del esternón.
- **Perimólisis:** descalcificación de los dientes causada por la exposición al ácido gástrico en pacientes con vómitos crónicos, como puede ocurrir en la anorexia o la bulimia.
- **Retrognatismo:** Es una relación en que la mandíbula y/o los dientes inferiores se hallan retrasados con respecto al maxilar superior. Puede deberse a un excesivo crecimiento del maxilar superior, al deficiente crecimiento de la mandíbula, a la inclinación hacia afuera de los dientes superiores o a una combinación de todos estos factores.
- **Retroclinación:** Angulación (inclinación) posterior de dientes anteriores.
- **Rinolalia:** (Del griego ris, y lalein, lalia, palabra). (Kussmaul). Sinónimo: rinofonia. Nombre dado a los trastornos de la fonación producidos por modificaciones de la resonancia de las cavidades nasales.
- **Rinorrea:** es el flujo o emisión abundante de líquido por la nariz, generalmente debido a un aumento de la secreción de mucosidad nasal.
- **Séptum:** En anatomía septo, del (lat. septum, tabique, pared), a veces transcrito septum o séptum es una pared que divide de un modo completo o incompleto una cavidad o estructura en otras más pequeñas.
- **Síndrome de Lesh-Nyhan:** trastorno hereditario del metabolismo de las purinas, caracterizado por retraso mental, automutilación de los dedos y labios por mordedura, alteración de la función renal y



anomalías en el desarrollo físico. Se transmite por un rasgo recesivo ligado al sexo.

- **Terapia miofuncional:** esta terapia se aplica en patologías como la dislalia, las fisuras de labiopalatinas, las degluciones atípicas, las respiraciones bucales y otras alteraciones. Consiste en la utilización del conocimiento sobre el crecimiento facial y su interacción con tejidos blandos como la lengua, labios y musculatura orofacial para lograr un equilibrio músculo-esquelético que de funcionalidad adecuada al habla.