



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

QUEILOFAGIA COMO HÁBITO PERNICIOSO Y SUS
REPERCUSIONES EN CAVIDAD ORAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ERICK ULISES JIMÉNEZ LEYTE

TUTORA: Esp. MARÍA TALLEY MILLÁN



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.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO	2
3. ANTECEDENTES	3
4. HÁBITOS	4
4.1. Definición de hábito	4
4.2. Hábitos perniciosos orales.....	4
4.2.1 Clasificación hábitos perniciosos	5
4.3 Hábitos labiales	7
5. MALOCLUSIONES	10
5.1. Clasificación de Angle	10
5.2. Clase II División 1	13
6. LABIOS	14
7. QUEILOFAGIA	18
7.1. Etiología.....	20
7.2. Prevalencia	21
7.3. Diagnóstico	24
9. REPERCUSIONES Y MANIFESTACIONES ORALES	26
10. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	30
10.1. Interconsulta psicológica.....	31
11. TRATAMIENTO ORTODÓNTICO	34
11.1. Aparatología	34
11.2. Terapia miofuncional	39

12. CONCLUSIONES42
13. REFERENCIAS43

1. INTRODUCCIÓN

Los hábitos perniciosos orales son una de las principales causas de las maloclusiones, entre los más frecuentes se encuentran: la succión digital, el empuje lingual, onicofagia, respiración oral, masticación de objetos y la queilofagia. Estos hábitos pueden alterar el desarrollo correcto del complejo orofacial, produciendo deformaciones dentoesqueletales, alteraciones en tejidos blandos además de problemas psicológicos.

Los hábitos son patrones de contracción muscular que se aprenden, y, que al repetirse se vuelven en inconscientes, pueden ser beneficiosos cuando sirven como estímulo para el crecimiento normal; por ejemplo, la acción normal de los labios y la adecuada masticación, o perjudiciales los cuales afectan el patrón regular de crecimiento facial, produciendo anomalías como lo realiza el hábito Queilofagia.

El hábito de labio o queilofagia es un acto inconsciente y automatizado de morderse los labios en forma excesiva y continua, puede causar huellas dentarias en los labios, posiciones extra funcionales de la mandíbula y patología de etiología friccional.

Actualmente es muy frecuente en niños de carácter irascible y nervioso quienes son generalmente motivados por preocupaciones, tensión, estrés, y ansiedad. Basta que en los labios aparezca una irritación para que se busque retirar ese factor irritativo con los dientes, siendo así un hábito bucal deformante, por lo que es importante establecer medidas oportunas de prevención o tratamiento.

La dependencia psicológica del hábito real en curso es problemática y empeora con el tiempo por lo que tomar acción no sólo ortodóntica, sino interdisciplinaria es de suma importancia para favorecer la eliminación de este hábito pernicioso.

2. OBJETIVO

Compilar y describir los principales efectos a nivel bucodental provocados por el hábito de queilofagia, así como remarcar la importancia de su detección temprana y el aspecto psicológico detrás de un hábito.

3. ANTECEDENTES

- Desde hace años, distintos autores han tratado de clasificar las irregularidades de la dentadura del ser humano. En 1899, el doctor Edward Angle da a conocer su celebrada clasificación relacionada a la maloclusión dental, estableciendo la Clase I, Clase II y Clase III. (1)

- Graber en 1972 atribuye la presencia de los hábitos a factores psicológicos relacionados con fallas en la alimentación materna del recién nacido y sugiere que la prevención de hábitos orales anormales se inicia con una adecuada alimentación por parte de la madre. (2)

- En 1995 Josell propuso una nueva clasificación de los hábitos orales en 3 grupos: De tipo nervioso, como mordisqueo de labio o carillo, de objetos, empuje lingual, deglución infantil, onicofagia; Hábitos profesionales, sostener objetos en la boca, uso de instrumentos musicales; Hábitos ocasionales, cigarrillo o pipa, cepillado inadecuado, succión digital o de labio. (3)

- El aparato para el hábito de succión labial, Lip Bumper, fue reportado por Renfroe en 1956 como "lip-bearing appliance" aparato de anclaje muscular o empujador labial para controlar la fuerza del labio inferior hipertónico contra los dientes anteriores superiores e inferiores. (4)

- Subtenly, Sakuda e Ishizawa realizaron un estudio en niños que presentaban apiñamiento del arco dental inferior con actividad excesiva del labio durante la función, utilizaron el Lip Bumper observando en todos los casos un incremento del perímetro del arco, vestibuloversión de los incisivos inferiores y ligera extrusión del primer molar inferior. (2)

- Cetlin y Ten-Hoeve describieron un sencillo y eficaz Lip Bumper o parabolios con él se pueden cumplir 3 objetivos Anclaje molar, tratamiento de hábitos y ganancia de espacio en la arcada inferior (2)

4. HÁBITOS

4.1. DEFINICIÓN DE HÁBITO

Un hábito se define como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de manera inconsciente, existen hábitos orales como la respiración nasal, masticación, el habla y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, de igual manera los no fisiológicos entre los cuales se encuentran la respiración bucal, la interposición lingual en reposo, deglución infantil y la succión que puede ser del dedo, chupón o labio. (5) Volviéndose esto en un riesgo para el desarrollo de una maloclusión, en especial en etapa de la niñez. (6)

4.2. HÁBITOS PERNICIOSOS ORALES

Los hábitos perniciosos orales constituyen una de las principales causas de alteraciones producidas en los órganos y musculatura orofacial que traen como consecuencia el compromiso en diferente grado de procesos tan importantes en el ser humano como: la respiración, masticación, deglución, succión, articulación y la fonación. Dependiendo de la frecuencia y tiempo de existencia de estos hábitos orales, se pueden establecer diferentes consecuencias ya sean dentales o emocionales: por lo cual se requiere de una intervención oportuna y de un manejo integral con diferentes profesionales. (7)

Es importante destacar que la deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores (Figura 1):

1) **La edad:** Esto quiere decir que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.

2) **La duración:** Pudiendo ser minutos u horas que dura el mal hábito.

3) **La frecuencia:** Haciendo referencia al número de veces al día. (8)



Figura 1: Factores determinantes para un hábito pernicioso. (9)

4.2.1. CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS PERNICIOSOS.

-Según William James:

1. **Hábitos útiles:** Los hábitos que se consideraron esenciales para el funcionamiento normal, como la colocación correcta de la lengua, la respiración, deglución normal. Ejemplo: respiración nasal.

2. **Hábitos nocivos:** Hábitos que tienen un efecto perjudicial sobre los dientes y sus estructuras de soporte. Ejemplo: succión digital, proyección lingual y respiración oral. (Figura 2)



Figura 2: Respiración oral. (10)

-Según Morris & Bohana:

1. **De presión:** Hábito que aplica fuerza en los dientes y la estructura de soporte. Ejemplo: chuparse el labio, empujar con la lengua (proyección lingual).
2. **De no presión:** Hábito que no aplica fuerza sobre los dientes y la estructura de soporte. Ejemplo: respiración nasal.
3. **De morder:** Morderse las uñas (onicofagia) (Figura 3), morder objetos como el lápiz, morder los labios (queilofagia).



Figura 3: Onicofagia. (11)

-Según Finn:

1. **Compulsivo:** Estos son hábitos profundamente arraigados que han adquirido una fijación en el niño. El niño tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se intenta corregir.

2. **No compulsivo:** Estos son hábitos que se aprenden fácilmente y se abandonan a medida que el niño madura. (12)

Suspender un hábito oral pernicioso requiere la cooperación del paciente y su madurez para entender las consecuencias de un hábito persistente. (2)

Los hábitos prales como la succión digital, la interposición lingual y queilofagia pueden modificar la posición de los dientes al igual que la forma de las arcadas. Estos hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Mack (13) ha referido que una presión continua de sólo 50 mg durante un periodo de 12 horas provoca un desplazamiento considerable de un diente. (14)

4.3. HÁBITOS LABIALES

Este tipo de hábitos consiste en la manipulación de los labios y estructuras peribucales. Existen diversos tipos de hábitos labiales, y su influencia en la dentición es variable.

El acto de lamerse y retraer los labios tendrá efecto principalmente a nivel de tejidos blandos, los signos más evidentes son enrojecimiento, inflamación, sequedad de labios y tejidos peribucales durante épocas de frío. Si bien algunos odontólogos han utilizado aparatos para suspender estos hábitos, es poco lo que puede hacerse al respecto, de modo que el tratamiento suele ser paliativo y se limita a humectación de los labios. Aunque la mayor parte de estos hábitos no producen problemas dentales severos, es obvio que tanto la succión como mordedura de labios, sobre todo si el niño lo realiza

con suficiente intensidad, frecuencia y duración, puede hacer que persista una maloclusión ya existente o favorecer la aparición de una.

En los casos de pacientes con interposición o succión de labio inferior, se apoya el labio inferior sobre los incisivos inferiores, dejando los incisivos superiores entre los labios. El labio superior es hipotónico, lo que, sumado a la fuerza muscular del labio inferior hipertónico interpuesto entre dientes superiores e inferiores, produce una proyección anterior de los incisivos superiores. En el labio inferior se produce una contracción intensa de los músculos depresores del labio. Hay ocasiones en que incluso ambos músculos se unen a través de tejido fibroso lo cual dificulta el desplazamiento anterior del proceso dentoalveolar mandibular, generando una falta de desarrollo anterior de la arcada inferior. (Figura 4)

Esta alteración anatómica produce a nivel dentoalveolar, un efecto similar al de la succión digital, es decir una protrusión superior y una retrusión dentaria y mandibular. (15)



Figura 4. Características extraorales e intraorales en paciente con habito de succión labial.

(15)

La presentación más frecuente de succión labial es la retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, con lo cual se aplica una fuerza en dirección lingual sobre los dientes inferiores, y otra en sentido vestibular de los dientes superiores, provocando retroinclinación de los incisivos inferiores, presentando un mayor grado de sobremordida horizontal.

Este problema es muy usual en la dentición mixta y permanente, y su tratamiento depende de la relación esquelética del paciente y la presencia o ausencia de espacio en la arcada. Es un hábito que se presenta en las maloclusiones que se acompañan de un gran resalte incisivo (los niños con mucho espacio horizontal entre los dientes anteriores superiores e inferiores), aunque a veces aparece como una variante o una sustitución de la succión digital. También da como resultado una mordida abierta anterior (no hay contacto vertical entre los incisivos superiores e inferiores).

Los niños o adolescentes que presentan este hábito suelen estar pasando por un estrés emocional, que con frecuencia es el resultado de infelicidad y conflictos en su entorno. La responsabilidad del odontólogo es llevar el hábito a la atención de los padres y efectuar recomendaciones de asesoramiento terapéutico. (16)

5. MALOCLUSIONES

Una maloclusión se define como cualquier alteración del crecimiento óseo de la maxila y/o mandíbula (esquelética) y/o de las posiciones dentarias que impidan una correcta función del aparato masticatorio (dental). (17)

Son alteraciones de etiología múltiple y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, lo que hace que sean de gran importancia. Estas no sólo van a afectar la funcionalidad bucal y la estética de las personas, sino también van a tener influencia en el aspecto psicosocial, trayendo consigo un impacto negativo en la calidad de vida.

Se caracterizan por no darse la relación normal entre las unidades dentarias con los demás dientes en el mismo arco y con los del arco antagonista creando un problema funcional (masticación, fonación y oclusión) y estético para el individuo, con un efecto psicológico perjudicial para la persona. (18)

5.1. CLASIFICACIÓN DE ANGLE

La clasificación de maloclusión de Angle es la más utilizada hasta nuestros días, es muy práctica y sencilla de emplear (19). Angle, basado en estudios de cráneos e individuos vivos, logró establecer los principios de oclusión que fueron adoptados, inicialmente por protesistas. Angle observó que el primer molar superior se encuentra bajo el contrafuerte lateral del arco cigomático, denominado por él "cresta llave" del maxilar superior y consideró que esta relación es biológicamente invariable e hizo de ella la base para su clasificación. No se permitía una posición defectuosa de la dentición superior o del maxilar superior. En 1899, basándose en esa idea, ideó un esquema bastante simple y universalmente aceptado. Este autor introdujo el término "Clase" para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes, las

arcadas dentarias y los maxilares; que dependían de la posición sagital de los primeros molares permanentes, a los que consideró como puntos fijos de referencia en la arquitectura craneofacial. Este autor dividió las maloclusiones en tres grandes grupos: Clase I, Clase II y Clase III. (Figura 5)

- **Clase I:** Está caracterizada por las relaciones mesiodistales normales de los maxilares y arcos dentales, indicada por la oclusión normal de los primeros molares. En promedio los arcos dentales están ligeramente colapsados, con el correspondiente apiñamiento de la zona anterior la maloclusión está confinada principalmente a variaciones de la línea de oclusión en la zona de incisivos y caninos. (19)

- **Clase II:** Cuando por cualquier causa los primeros molares inferiores ocluyen distalmente a su relación normal con los primeros molares superiores en extensión de más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Y así sucesivamente los demás dientes ocluirán anormalmente y estarán forzados a una posición de oclusión distal, causando más o menos retrusión o falta de desarrollo de la mandíbula. Existen 2 divisiones de la clase 2. La gran diferencia entre estas dos divisiones se manifiesta en las posiciones de los incisivos, en la primera siendo proinclinados y en la segunda retroinclinados.

La Maloclusión Clase II dentoalveolar tienen relación distal de los dientes inferiores en relación con la de los dientes maxilares de más de la mitad de la anchura de una cúspide. Las relaciones molares y caninas son clase II y se acompañan de alteraciones de las inclinaciones de los dientes anteriores superiores e inferiores, las cuales pueden variar entre proinclinación dentoalveolar superior, retroinclinación dentoalveolar inferior o su combinación. Los maxilares se encuentran bien posicionados en sentido sagital por lo cual se encuentra un perfil ortognático con posibles alteraciones en los labios superior y/o inferior de acuerdo con su etiología.

Cada una tiene características particulares y presentan diversos grados de complejidad al tratamiento; sin embargo, poseen un aspecto común, afectan por lo general la estética y la psique de los pacientes. (20)

- **Clase III:** Caracterizada por la oclusión mesial de ambas hemiarcadas del arco dental inferior hasta la extensión de ligeramente más de una mitad del ancho de una cúspide de cada lado. Puede existir apiñamiento de moderado a severo en ambas arcadas, especialmente en el arco superior. Existe inclinación lingual de los incisivos inferiores y caninos, la cual se hace más pronunciada entre más severo es el caso, debido a la presión del labio inferior en su intento por cerrar la boca y disimular la maloclusión. El sistema neuromuscular es anormal encontrando un prognatismo, retrusión maxilar o ambas. El perfil facial puede ser cóncavo. (19)

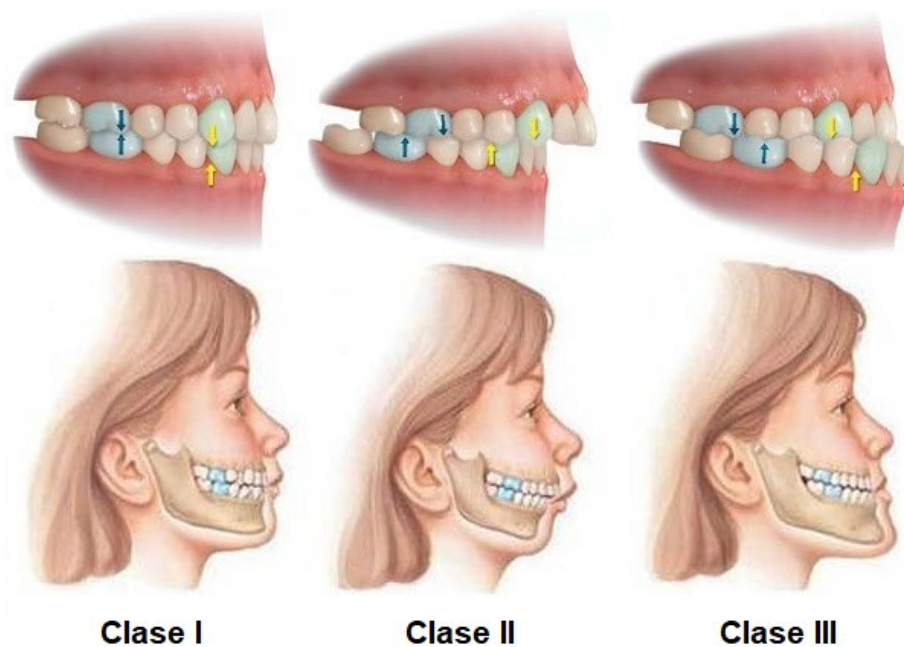


Figura 5. Clasificación I, II y III de Angle y su respectivo perfil facial (21).

5.2. CLASE II DIVISIÓN 1

La maloclusión incluye incisivos superiores inclinados hacia vestibular, un aumento de la sobremordida horizontal con o sin una arcada superior relativamente estrecha. Verticalmente puede variar de una sobremordida profunda a una mordida abierta. Sagitalmente se encuentra una relación distal de los maxilares.

En las personas con normoclusión y adecuada relación esquelética, la proporción de crecimiento del maxilar y de la mandíbula está equilibrado y el resultado es un perfil ortognático y estéticamente agradable. En las personas con maloclusiones Clase II, hay una discrepancia anteroposterior (protrusión maxilar y/o Retrognatismo) y /o transversal, que puede o no estar acompañada con alteraciones dentales.

Las maloclusiones Clase II son de interés para los odontólogos debido a la alta prevalencia de este tipo de alteraciones y la probabilidad de favorecer a un hábito como la queilofagia



Figura 6: Clase II División 1 (19)



Figura 7: Clase II División 2 (19)

6. LABIOS

Los labios son dos velos musculomembranosos móviles, que forman la pared anterior de la cavidad oral y que circunscriben el orificio anterior de esta cavidad (22). Están cubiertos externamente por piel e internamente por membrana mucosa. La unión entre la piel y la membrana mucosa es muy sensible y se irrita con facilidad (23). El labio superior se mide desde el punto subnasal hasta el punto más superior del borde libre de éstos. El labio inferior comprende desde el borde inferior de éste hasta el mentón (24).

- **Labio superior:** En la cara anterior se observa un surco vertical por debajo del subtabique hasta el borde libre del labio, denominado filtrum o surco subnasal. Generalmente es de forma triangular, de vértice superior, y su extremidad inferior corresponde al tubérculo medio del borde libre. El labio superior está separado del carrillo por el surco nasolabial que parte del ala de la nariz y va hacia la comisura.

- **Labio inferior:** Se distingue, en la línea media por una pequeña depresión cutánea; por debajo se encuentra un surco cutáneo transversal, el surco mentolabial, que separa la región labial de la región mentoniana.

La cara posterior está cubierta por mucosa oral en relación con los dientes y la encía; el borde adherente está limitado, en el labio superior por el borde de la nariz y en el labio inferior por el surco mentolabial, lateralmente los labios se continúan con los carillos. (22) (Figura 8)

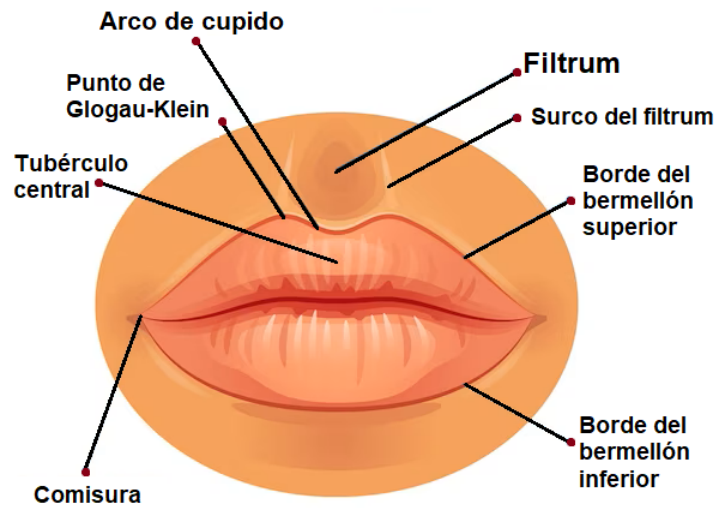


Figura 8: Anatomía de labios. (25)

MÚSCULOS DE LOS LABIOS (Figura 9)

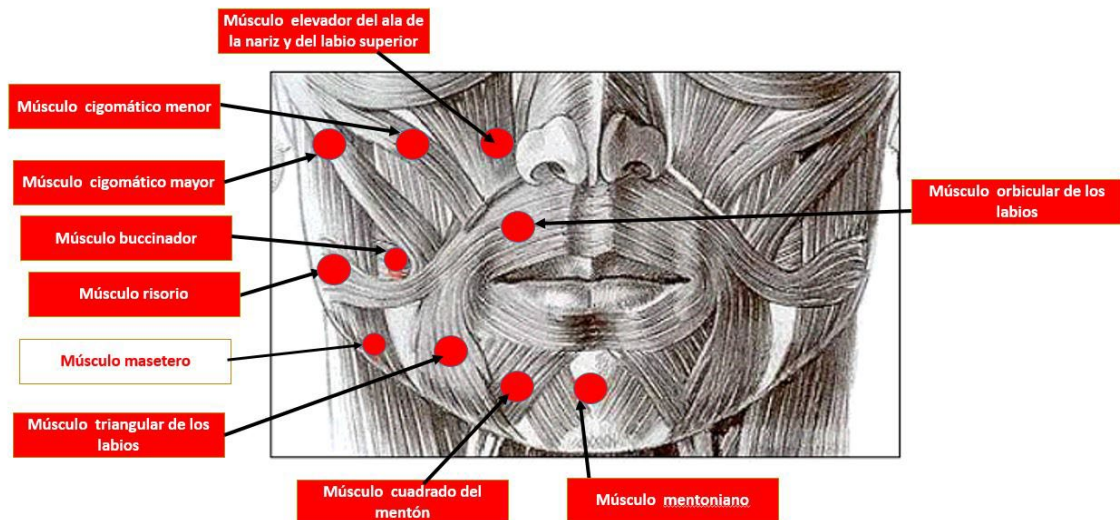


Figura 9: Músculos participantes en actividad labial. (26)

- **Músculo elevador del ángulo de la boca o canino:** Eleva la comisura (punto de unión del labio superior e inferior) y el labio superior.

- **Músculo buccinador: tira posteriormente de la comisura de los labios:** Aumenta la presión en el interior de la boca.
- **Músculo depresor del labio inferior o cuadrado del mentón:** Tira en dirección inferolateral de la mitad correspondiente del labio inferior.
- **Músculo mentoniano o borla del mentón:** Eleva el mentón y el labio inferior.
- **Músculo elevador del labio superior y del ala de la nariz:** Atrae en dirección superior el ala de la nariz y el labio superior.
- **Músculo elevador del labio superior:** Su acción se combina con el músculo anterior.
- **Músculo cigomático mayor:** Desplaza la comisura de los labios en dirección supero lateral.
- **Músculo cigomático menor:** Tira supero lateralmente al labio superior.
- **Músculo risorio de Santorini:** Desplaza en dirección lateral y posterior la comisura de los labios (acción de sonreír).
- **Músculo depresor del ángulo de la boca o triangular de los labios:** Desplaza de la comisura en dirección inferolateral.
- **Músculo orbicular de la boca o de los labios:** Produce el cierre de los labios y ayuda al vaciado del vestíbulo bucal. (Figura 10)
- **Músculo cutáneo del cuello:** Pliega la piel del cuello y jala inferiormente de ella. (26)



Figura 10: Músculo orbicular de los labios. (27)

7. QUEILOFAGIA

En este hábito se interpone con bastante fuerza, principalmente, el labio inferior entre los incisivos inferiores y superiores, con frecuencia se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o de ambos labios o borde bermellón. (28) Este hábito puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, malposición dental y deformaciones dentofaciales, clínicamente se observa el surco mentolabial pronunciado. (11) (Figura 11)



Figura 11. Surco mentolabial pronunciado en paciente por queilofagia. (29)

Se puede presentar en el momento de la deglución, o también en reposo. Los niños que succionan, a veces lo hacen como sustitución de la succión digital. Como hay una posición anormal del labio inferior por palatino de los incisivos superiores se provoca una fuerza que lleva a estos dientes hacia adelante (proinclinación) y a los inferiores hacia adentro (retroinclinación), dando lugar a un excesivo resalte o una mordida abierta anterior, pues aumenta el overjet y, además se pueden producir diastemas; todo este cuadro se agrava con la inclinación lingual de los incisivos inferiores. Se puede observar que el labio inferior se presenta con una irritación roja y

agrietada. La base fisiopatológica de este hábito es el exceso de tensión a nivel del músculo orbicular inferior y del músculo del mentón. (30)

La posición y la estabilidad de la dentición están influenciadas por el equilibrio entre las fuerzas musculares que las rodean. Las fuerzas orales adicionales ejercidas por los músculos orbicular y buccinador se equilibran con las fuerzas opuestas de la lengua.

Cualquier cambio prolongado en esta función muscular equilibrada causada por funciones tales como chuparse los labios, morderse los labios, empujar la lengua, puede alterar el equilibrio, iniciar un cambio morfológico en la configuración normal de los dientes y el hueso de soporte, y dar como resultado una maloclusión. (30)

Efectos bucofaciales de la interposición labial.

- Protrusión dentoalveolar superior.
- Retroinclinación de incisivos inferiores.
- Labio superior hipotónico.
- Labio inferior hipertónico.
- Incompetencia labial.
- Hipertrofia del músculo mentoniano.
- La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
- Mordida profunda.
- Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- Retrognatismo mandibular. (31)



Figura 12. Irritación severa del tejido de los labios por chupar y lamer constantemente el tejido de los labios. (32)



Figura 13. Paciente que demuestra constante succión de los labios superior e inferior. (32)

7.1. ETIOLOGIA Y PREVALENCIA DE LA QUEILOFAGIA

Se ha referido que la queilofagia, si bien no es frecuente, puede verse influenciada por factores condicionantes como el estilo de vida, la calidad de la relación intrafamiliar, estrés, frustración o inmadurez emocional por fijación ante una falta de evolución a partir de la etapa oral psicosocial de Freud. (33)

Este hábito se clasificaría una práctica nociva cuando su repetición en un acto inconsciente. Puede aparecer de forma espontánea o por imitación, pero en ocasiones se manifiesta por una anomalía maxilomandibular ya existente, la clase 2 División 1 anteriormente mencionada. En estos casos es indispensable la corrección ortodóntica para su eliminación. (34)

Por lo tanto, este hábito puede ser la repercusión más que la causa propia de una maloclusión Clase II división 1. El hábito de labio frecuentemente se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o de deglución atípica (Figura 16), ya que estos pacientes presentan generalmente un marcado overjet. (31)



Figura 16: Deglución atípica con interposición lingual anterior (35)

Al igual que sucede con los hábitos linguales, la queilofagia puede ser un factor primario o secundario. En aquellos casos en los que se constituye un factor causal primario se evidencia un resalte con inclinación labial superior y retroinclinación de los incisivos inferiores. El hábito labial va a acentuar el resalte original (ligero o moderado). En los casos en los que sólo se presenta un factor secundario, el resalte original se debe a una discrepancia sagital significativa, normalmente acompañada de un desarrollo insuficiente de la mandíbula. El labio inferior acolcha el hueco o espacio entre los incisivos superiores e inferiores, fundamentalmente como una adaptación a las relaciones morfológicas normales. (14)

7.2. PREVALENCIA

Este hábito aparece con frecuencia en los niños, sobre todo en situaciones que requieren una mayor concentración mental, está muy relacionado

con una lactancia deficiente y factores psicológicos, aunque puede manifestarse a cualquier edad. (22)

Los hábitos orales que se presentan tanto en niños como en adultos afectan a la deglución, con una posición anormal de los labios. Dependiendo de la cantidad de tiempo que se practique el comportamiento, se pueden notar repercusiones tisulares/traumatismos, nerviosas y faciales. Chuparse el dedo, lamerse los labios, morderse los labios, masticarse las mejillas y respirar por la boca de forma prolongada afecta tanto a los tejidos orales como periorales. Una intolerancia a ciertos alimentos o productos dentales puede producir una apariencia clínica similar con eritema e hinchazón de los labios.

El impacto social y psicológico de los hábitos orales deformantes es muy negativo, debido a la deformidad estética que causan, al rechazo, burlas y complejos que experimentan las personas que la padecen; al sentirse fuera de contexto social; en los niños se manifiestan problemas académicos, rechazo a la escuela, y en ocasiones, malos comportamientos sociales. La queilofagia se encuentran dentro de las alteraciones bucales de mayor prevalencia, que afectan a un amplio sector de la población, por lo que son consideradas un problema de salud pública; sin embargo, la verdadera importancia se establece no solo por el número de personas que la presentan, sino más bien por los efectos dañinos que pueden generar en la cavidad oral. (36)

Un estudio realizado con 85 escolares de la primaria “Jonas Edward Salk” ubicada en la Alcaldía Benito Juárez de la Ciudad de México en 2019 reporto que, en relación con la presencia de hábitos, 61 escolares (72%) tuvieron algún tipo de hábito pernicioso y sólo 24 (28%) no lo presentaron. (37)

Dentro del grupo de escolares que presentaron hábitos perniciosos, se encontraron los siguientes resultados:

- Onicofagia 40%

- Queilofagia 15%
- Respiración Bucal 13%
- Proyección Lingual 11%
- Morder Objetos 7%
- Succión Digital 11%
- Uso Extendido Del Biberón 3%.

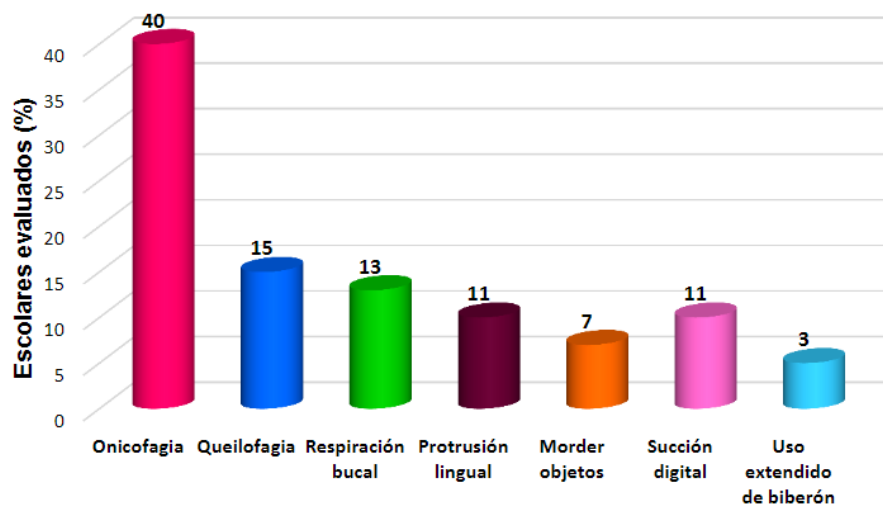


Figura 17. Resultados donde se observa el porcentaje equivalente a escolares que presentan el hábito queilofagia (37)

-Por otro lado, se examinaron un total de 211 preescolares del Jardín de Niños Felipe Carrillo Puerto, ubicado en el Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México. De estos, 101 fueron mujeres y 110 hombres. De acuerdo con la edad, la población de estudio estuvo conformada de la siguiente manera: 17.1% fueron niños de 3 años, 36.5% de 4 años y 46.4% de 5 años. La queilofagia tuvo una prevalencia de 5.2%; por edad, el grupo de cinco años (4.3%), y por género, las niñas (2.8%) presentaron los porcentajes más altos. (38)

Cuadro 5. Distribución porcentual de casos de *queilofagia* y *mordedura de objetos* de acuerdo con la edad y el género, Cd. Nezahualcóyotl (n=211)

		Queilofagia		p	Mordedura de objetos		p
		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Género	Femenino	6	95	p = 0.649	8	93	p = 0.859
	Masculino	5	105		8	102	
Edad	3 años	0	36	p = 0.046	0	36	p = 0.037
	4 años	2	75		4	73	
	5 años	9	89		12	86	

Figura 18. Distribución porcentual de queilofagia y mordedura de objetos. (38)

Fue considerado este hábito debido a que se presenta frecuentemente en las maloclusiones dentales que son acompañadas de un gran resalte incisivo, aunque también puede aparecer como una variante o sustitución de la succión digital; por lo tanto, la población en edad preescolar no está exenta de presentarlo, como se pudo observar previamente. De hecho, fue más frecuente incluso que algunos otros hábitos bucales perniciosos como la protracción lingual, la queilofagia y el hábito de la mordedura de objetos. (38)

7.3. DIAGNÓSTICO

Para su diagnóstico es importante incluir la evaluación de la función y morfología de los labios, lengua y musculatura orofacial. El análisis del funcionamiento normal del paciente en diferentes actividades como deglución, fonación y mímica brindará un panorama general de equilibrio o de un comportamiento anormal. Para proceder se comienza con el análisis del perfil con un examen clínico, el paciente debe estar sentado en el sillón de tal manera que el plano de Frankfort esté en forma horizontal (Figura18), esa posición nos permite observar los segmentos esqueléticos de la cara de manera correcta. La información que se obtiene de esta posición es:

- Determinación de la relación anteroposterior de bases óseas.

- La inclinación mandibular.
- La inclinación de los incisivos.
- La posición y comportamiento muscular.
- Competencia labial.
- Evaluación estética.
- Armonía facial. (31)

Además, se realiza un examen clínico extraoral e intraoral para observar la irritación en la piel inferior y comisuras labiales. El examen se realiza observando y palpando la piel que rodea los labios (Figura 19), la existencia de hipertonicidad del músculo borla del mentón y del labio, como complemento se le realizan preguntas al paciente si se muerde los labios.



Figura18. Posición para la exploración labial (40)



Figura 19. Exploración labio inferior (41)

9. REPERCUSIONES Y MANIFESTACIONES INTRAORALES

Las repercusiones en cavidad oral de este hábito se van a presentar principalmente en los labios, tejidos peribucales y dientes (Figura 20). Los labios presentaran enrojecimiento, inflamación, sequedad y, al haber retracción del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, provocará inclinación vestibular de los dientes superiores y retroinclinación de los incisivos inferiores, así como mayor grado de sobremordida horizontal. (42)



Figura 20. Resalte incisal en una Clase II División 1 .(43)

A continuación, se enlistan los diversos efectos bucofaciales:

- Linguoversión de incisivos inferiores: Con la succión del labio inferior se genera una fuerza contra los incisivos inferiores que provocará la retroinclinación dental inferior. (Figura 21)



Figura 21: Retroinclinación de incisivos inferiores (44).

- **Vestibuloversión de incisivos superiores:** Se genera al hacer fuerza contra el labio inferior provocando la protrusión por la fuerza que se genera en la succión.



Figura 22. Proinclinación de incisivos superiores (45)

- **Hipotonicidad en labio superior:** Al no participar en la succión, pierde función y se observa un aspecto de labio corto.

- **Hipertonicidad en labio inferior:** Presenta una mayor función y se genera el aumento de volumen. (Figura 23)



Figura 23. Hipertonicidad en labio inferior e Hipotonicidad en labio superior. (46)

- **Incompetencia labial:** Se refiere a la falta de sellado al cierre de los labios, al no haber un sellado labial se produce la pérdida de tonicidad del labio superior que se hace hipotónico, flácido; mientras que el labio inferior tratando de alcanzar al antagonista se vuelve hipertónico.

- **Mordida profunda:** Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina de la zona anterior.



Figura 24. Clase II División 1 donde se observa la posición de incisivos inferiores respecto al paladar. (47)

Como se ha descrito anteriormente, la queilofagia causa daños a edad temprana y en la edad adulta, pero es especialmente deformante en edades de crecimiento y desarrollo debido a las alteraciones dentales y mandibulares que produce. Por lo general causa alteraciones en los labios como:

- Lesiones en mucosa y labios.
- Anomalías a nivel dental y alveolar.
- Huellas dentarias.
- Afecta el desarrollo óseo.
- Labio agrietado y reseco. (48)

10. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Para establecer un correcto diagnóstico de la maloclusión es importante realizar un enfoque integral que contemple no solo los factores dentales, musculares y esqueléticos del conjunto estomatognático sino también al propio individuo en su personalidad psíquica y entorno social. Ya que las anomalías dentomaxilares causan disturbios estéticos los cuales afectan la psique de los pacientes que las padecen, como se mencionó anteriormente, en especial niños y adolescentes. (49) (Figura 25)

En la mayoría de los casos, estos hábitos pueden pasar desapercibidos por los odontólogos o los padres, y esto retrasa aún más el tratamiento del paciente. La dependencia psicológica del hábito real en curso es problemática y empeora con el tiempo. (7)

Puede resultar complicado eliminar este hábito, pero con ayuda psicológica es posible. Lo primero que se debe hacer es tomar conciencia del problema y establecer medidas oportunas de prevención o tratamiento. La psicoterapia se podrá basar en buscar otras formas saludables de drenar la causa que obliga a la persona a realizar este hábito.



Figura 25. Atención psicológica a paciente adolescente, una etapa donde el estrés se hace presente. (50)

9.1. INTERCONSULTA PSICOLÓGICA

Los hábitos orales y los problemas relacionados ocurren tanto en adultos como en niños. Pero puede ser más difícil de disipar en niños, ya que no tienen una forma establecida de hacer frente a ciertos comportamientos.

Como se ha descrito anteriormente, este hábito pernicioso está fuertemente relacionado con temas de estrés, presión social, ansiedad, entre otros.

El estrés se puede definir como un conjunto de relaciones entre la persona y la situación; esta última como algo que pesa o excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal. El estrés tiene impacto en la salud física y mental, así como en el rendimiento académico humano. Esta patología da lugar a preocupaciones y miedos que desembocan en trastornos, cambios y trastornos personales, familiares e incluso sociales.

(36)

En algunos casos, se puede necesitar apoyo psicológico según las circunstancias individuales y la gravedad del problema.

Se puede emplear el uso de mostrar imágenes extraorales, ya que el progreso a lo largo del tiempo puede documentarse, evaluarse y, de hecho, disminuir la ansiedad de los padres preocupados por el progreso. (Figura 26)

Si el niño es mayor, se sugiere exponer la importancia estética que tendrá para él la interrupción de la conducta. Los adolescentes y los niños mayores están especialmente preocupados por su apariencia, y este enfoque puede ser todo lo que se necesita. El niño debe querer que el comportamiento cambie y tener una edad en la que entienda el concepto. Además, se debe establecer la confianza con el profesional de la salud.

Se debe explicar al niño y a los padres o tutores la causa de las lesiones e informar la importancia de dejar cualquier hábito cuando sea apropiado para la situación. (32)

Determinar cuándo se practica más el hábito y enseñar técnicas de autocontrol que funcionen para el individuo. Por ejemplo, ¿ocurre por la noche, durante el día o durante una actividad diaria estresante? (4)



Figura 26. Imágenes orales donde se muestra el progreso de erradicación del hábito mediante aparatología Lip Bumper. (51)

Un grupo común para la presencia de hábitos perniciosos son pacientes con alteraciones emocionales. Cuando la angustia que produce una cita dental se complica con la de un padecimiento emocional, a menudo se origina una crisis conductual. Los niños con trastornos emocionales, en general, son pacientes muy difíciles. Por lo general los padres no tienen idea alguna de que algo anda mal. Los trastornos emocionales pueden presentarse en niños abandonados y maltratados.

El odontólogo, si identifica esta situación debe expresar su opinión al padre, ya que esto puede beneficiar al niño con el tratamiento. (52)

Este niño se puede reconocer por ser ansioso, distraído y con mirada esquiva (esta última característica es muy frecuente en niños maltratados).

El manejo de conducta de esta categoría sería:

- Recomendar terapia psicológica para el niño.
- Visita preliminar al consultorio.
- Decir, mostrar y hacer.
- Distracción contingente.

En los casos donde se usa aparatología y realización de terapia miofuncional, se puede hacer uso de ciertos refuerzos y herramientas como calendarios donde los padres o tutores lleven un control del tratamiento, sirviendo esto, como un refuerzo positivo para el paciente.



Figura 27. Ejemplos de calendarios para registro de días en los cuales el paciente ha realizado el tratamiento de terapia miofuncional y uso de aparatología. (53)

11. TRATAMIENTO ORTODÓNTICO

11.1. APARATOLOGÍA

Se pueden emplear los siguientes artefactos o aparatos como métodos de tratamiento y prevención:

-Lip Bumper, separador o escudo labial:

El Lip Bumper es un aparato ortodóntico con acción ortopédica que puede ser usado sólo o en conjunción con aparatología fija. Restringe la acción indeseada de los músculos de los labios y carrillos hipertónicos, causantes de maloclusión e induciendo a un reacondicionamiento muscular. (54) (Figura 27)

Es un aparato con características funcionales, cuando se desea producir un efecto de proinclinación de los dientes inferiores anteriores; los cuales con ayuda del Lip Bumper son liberados de la presión del labio. Son fabricados en alambre de 0.036 o se pueden obtener prefabricados. Para tener un mayor anclaje el escudo acrílico debe ir separado según Viazis de 5mm a 7mm de la cara vestibular de los incisivos y según McNamara de 2mm a 3mm de la cara vestibular y estar a nivel de la unión amelo cementaria. (31)



Figura 27. Lip Bumper en zona de diente anteriores inferiores. (55)

Ventajas

- Anulan la acción del buccinador sobre la arcada dental.
- Se rehabilita el sellado labial
- Maximiza el anclaje y la ganancia de espacio en el arco inferior, porque mantiene separada la tensión muscular de los órganos dentarios.
- Puede disminuir o eliminar una mordida profunda anterior.

Desventajas

- Depende de la colaboración del paciente y supervisión de padres o tutores cuando este sea un aparato removible.

El Lip Bumper es un aparato funcional simple y generalmente bien tolerado por el paciente. En ortodoncia, los protectores labiales se han utilizado para ganar longitud de arco para la alineación de los arcos dentarios leves a moderadamente apiñados, para corregir rotaciones, para controlar la pérdida de anclaje, para mejorar la actividad del músculo labial y para eliminar el hábito de succión del labio inferior. (56)

Relajante muscular:

Tiene una forma de “ocho alargado” con dos elementos laterales a modo de discos, con muescas en forma de omega y una parte central en el que se pueden distinguir los siguientes elementos:

- Una franja de unión rectangular con una ventana rectangular central.
- Dos bordes ligeramente ondulados un inferior y otro superior con unas muescas a forma de “v” a nivel de la línea media para evitar el roce con los frenillos labiales. Debido a lo anterior seleccionar talla adecuada. (23)

Funciones:

- Relajar la musculatura labial
- Relajar las contracturas labio-mentonianas del mismo modo que lo hacen los botones o perlas de acrílico utilizadas en los aparatos removibles
- Relajar la musculatura lateral de la cara. (23)



Figura 28. Relajante muscular fuera de boca. (23)

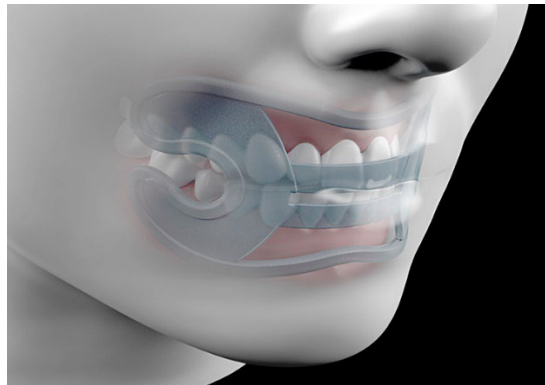


Figura 29. Relajante muscular colocado dentro de boca. (57)

Estimulador labial:

Tiene el diseño general del obturador, pero sin la lámina media obturadora, de este modo el estimulador labial está diseñado específicamente para la estimulación de los labios. (Figura 30)

Se coloca entre los labios y dientes. Se utiliza en un régimen nocturno, pero si se desea intensificar su acción clínica, se puede usar en régimen diurno. La posición del aparato en la boca del paciente debe permitir que los rebordes anteriores del aparato se sitúen en el fondo del vestíbulo de los labios. (23)

El mecanismo de acción del estimulador labial se basa en la estimulación de los labios con el movimiento de cierre, saltando por encima a los rebordes anteriores. Los efectos clínicos del aparato son:

- Estimulación de los labios y eversión de estos.
- La ejercitación de los labios ayuda a aumentar su tono y en consecuencia los labios sufren una ligera eversión.
- Tonificar los tejidos naso-labiales
- Cierre de la incompetencia labial
- Alargamiento del labio superior.

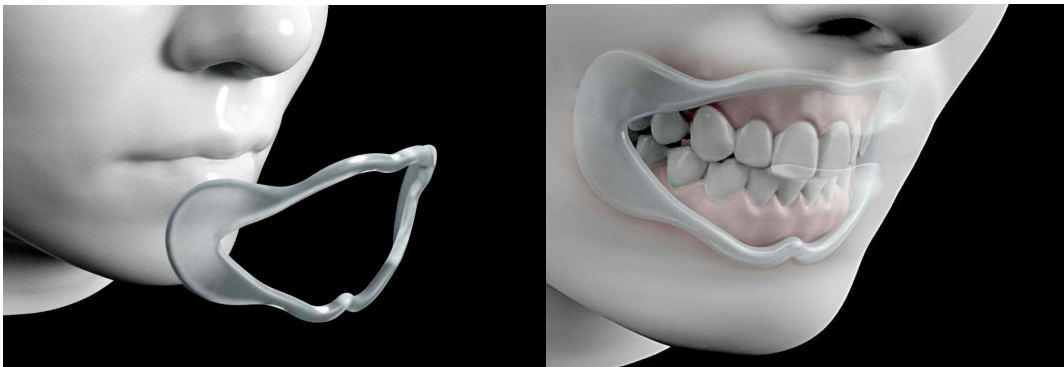


Figura 30. Estimulador labial antes de ser colocado en boca y dentro de boca del paciente.

(58)

Infant Trainer:

El trainer (Figura 31) está diseñado para buscar mejorar el desarrollo facial y dental de niños en crecimiento, corrigiendo hábitos como respiración bucal, empuje lingual, succión de dedo, mordida y/o succión labial que son causales de apiñamiento y problemas en el desarrollo maxilomandibular y dentofaciales.

Permite un ejercicio activo que fomenta la masticación correcta del niño y el uso de sus músculos masticatorios. Su uso es el siguiente: Se mantiene la pantalla lingual y la lengüeta en la zona maxilar por atrás de los incisivos centrales y laterales para lograr el ejercicio de reposición lingual y con la pantalla evitar la proyección propia de los pacientes con deglución atípica.

Se realiza un diseño especial en la parte posterior del aparato con cojinetes de aire para hacerlos más flexibles y cómodo en los niños para estimular neuromuscularmente el efecto de masticación y estimulación de las articulaciones temporomandibulares. Se conservan las pistas oclusales para lograr la guía vertical y altura de los dientes de la primera dentición. En la parte anterior inferior correspondiente a la pantalla bucal se mantienen pequeñas puntas finas para efecto de tope labial o Lip Bumper para evitar el chupeteo y/o mordedura labial y romper la hiperactividad muscular del orbicular inferior al mismo tiempo los músculos adyacentes. Se agrega una barra horizontal anterior y se coloca una retención en forma de círculo para colocar una cinta que actuará como sujetador entre el aparato y ropa del paciente. (31)

El efecto producido por los aparatos del sistema trainer es similar al de otros aparatos funcionales diseñados para estimular el crecimiento y/o desarrollo mandibular, que trasladan la mandíbula hacia el frente a una posición de borde a borde (como el Bionator, Monoblock, Twin-block) al colocar a la mandíbula en dicha posición se produce un estiramiento de los músculos

propulsores de la mandíbula (masetero, pterigoideo medial y pterigoideo lateral) (59)



Figura 31. Infant trainer colocado en boca. (60)

11.2. TERAPIA MIOFUNCIONAL.

Los objetivos de la terapia miofuncional son:

- Reestablecer el tono muscular.
- Recuperar la sinergia de los músculos antagonistas
- Reestablecer una postura adecuada.
- Eliminar hábitos perniciosos.

Para que los labios recuperen su tonicidad y contrarrestar los efectos causados por la succión labial se pueden realizar los siguientes ejercicios: (61)

1) Traccionar el labio inferior: Cuando hay presencia de hipotonía en labio superior, una vez al día cerrar con el labio superior veinticinco veces durante cinco segundos. (Figura 32)



Figura 32. Tracción del labio inferior (61)

2) Tratar de tocar la nariz con el labio inferior: Cuando existe hipotonía en labio inferior se realiza una vez al día veinticinco veces durante cinco segundos. (Figura 33)

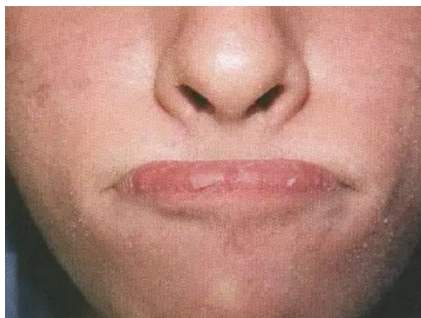


Figura 33. Tratar de tocar la nariz con el labio inferior. (61)

3) Ejercicio de sujeción de la cuchara: El paciente sostiene una cuchara con los labios por el mango, manteniéndolo en posición horizontal. Y se debe agregar peso en la cuchara. Se debe observar que el paciente no adelante la mandíbula durante el ejercicio.

4) Ejercicio del botón: El paciente debe sujetar por detrás de los labios y por delante de los dientes un botón sujeto con un hilo dental. El dentista jala el botón mientras el paciente intenta que no se le escape con la fuerza de los labios.

5) Ejercicio del lápiz: El paciente debe sujetar un lápiz en el centro de los labios sin bajarlo ni levantarlo contando hasta ocho. El ejercicio se repite aumentando la cuenta hasta llegar a quince.

6) Expulsar el aire con resistencia labial

7) Ejercicio de la goma: El paciente debe mantener una pequeña goma circular debajo del labio superior, mientras permanece con los labios cerrados. Luego debe repetir la operación con la boca abierta siempre intentando evitar que la goma se escape.

8) Sostener una hoja de papel: Se sostiene una hoja de papel entre los labios para generar el contacto labial.

9) Cierre labial: Mantener la lengua baja y el cepillo de dientes en su posición normal, con una frecuencia de una vez al día manteniéndola arriba durante cinco segundos. Posterior a una semana, se procede a levantar el cepillo de dientes por el mango con la misma frecuencia. Con el fin de estimular los músculos orbiculares y contraer el mentoniano. (61) (Figura 34)

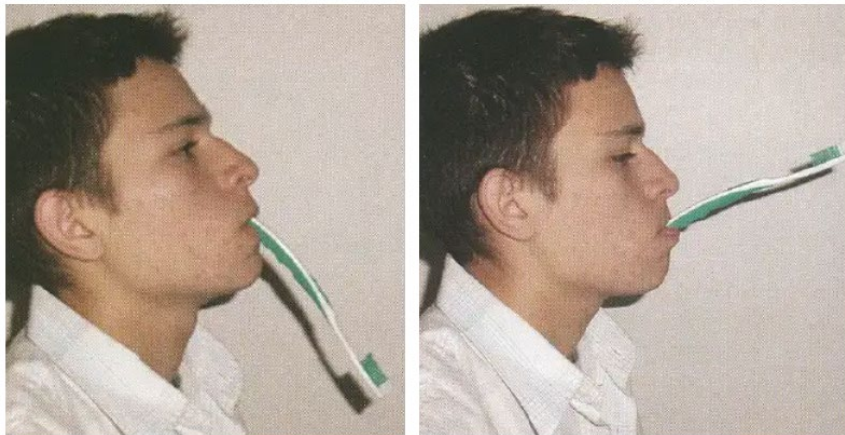


Figura 34. Cierre labial mediante la realización de ejercicio con ayuda de cepillo dental. (61)

12. CONCLUSIONES

A pesar de tener una prevalencia menor en comparación con otros hábitos perniciosos, la queilofagia juega un papel importante en cavidad oral debido a los efectos que provoca, puesto que no sólo afecta a los tejidos dentales, sino también, a los tejidos blandos como los propios labios, en especial al inferior que es el más propenso a sufrir las repercusiones.

Hay diversas alternativas para su tratamiento, desde la atención psicológica para aquellas personas con episodios de estrés y ansiedad, al igual que tratamiento ortodóntico directo sobre la Clase II División 1 que juega un papel importante para su aparición.

Existe aparatología ortopédica como el Lip Bumper el cual es el principal aparato o de primera elección debido a sus resultados favorables y, generalmente bien tolerado por el paciente. Al igual que aparatos como el estimulador labial que favorecen y estimulan a los músculos periorales para su correcto funcionamiento que, junto con la terapia miofuncional, ayudan a erradicar y/o prevenir daños provocados por la queilofagia.

Es importante recordar que un hábito generalmente es placentero para la persona quien lo realiza, y, en casos como la etapa infantil, donde el paciente no reconoce completamente los efectos negativos que repercuten en su organismo el explicar las consecuencias tanto a tutores como a ellos mismos es una labor imprescindible para el odontólogo, el cual, determinará las causas que puedan provocarlo y así, diagnosticar y controlar el caso de manera multidisciplinaria con otras áreas como la psicología.

13. REFERENCIAS

1. Almandoz Calero Alessandra. Clasificación de Maloclusiones. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [Internet]. Org.pe. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/ALESSANDRARITAALMANDOZCALERO.pdf>
2. Graber, Thomas M. Ortodoncia: Principios y técnicas Actuales. Madrid, España: Elsevier, 2006 - Google Search [Internet]. Google.com. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=Graber%2C+Thomas+M.+Ortodoncia%3A+Principios+y+Tecnicas+Actuales.+Madrid%2CEspa%C3%B1a+%3A+Elsevier%2C+2006&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
3. Ocampo Parra A, Johnson García N, Lema Álvarez MC. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. Rev. Nac. Odontol. 2013 diciembre; (edición especial): 83-90.
4. Di Santi de Modano J. Fuerzas producidas por el Lip Bumper. Acta Odontol Venez [Internet]. 2005 [citado el 10 de abril de 2023];43(1):61–8. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652005000100012
5. María Fernanda González, Gianfranco Guida, Diana Herrera. Oscar Quirós. Maloclusiones asociadas a: Hábito de succión digital, hábito de deglución infantil o atípica, hábito de respiración bucal, hábito de succión labial y hábito de postura. Revisión bibliográfica. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-28/>
6. Martínez RM, Tavizón JA, Carlos MD, Sánchez KB, Alaniz D. Prevalencia de hábitos perniciosos y las consecuencias en la oclusión en dentición temporal y mixta Temprana Artículo Original Rev Mex Med Forense, 2019,4(suppl 2):75-77. Disponible en: <https://revmedforense.uv.mx/index.php/RevINMEFO/article/view/2699/4614>
7. Vasculares C, El mayor su O es B. VALLE DEL LILI [Internet]. Valledellili.org. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://valledellili.org/wp-content/uploads/2018/03/pdf-189-cartadelasalud-febrero2012-1.pdf>
8. Agurto V. P, Díaz M. R, Cádiz D. O, Bobenrieth K. F. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev

Chil Pediatr [Internet]. 1999 [citado el 10 de abril de 2023];70(6):470–82. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061999000600004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

9. Disponible en: <https://es.slideshare.net/salomonbarra/malos-hbitos-bucales-presentation>

10. Disponible en: <https://actitudsaludable.net/puede-la-respiracion-bucal-afectar-desempeno-intelectual-fisico/caracteristicas-del-nino-respirador-bucal/>

11. Disponible en: <https://www.infosalus.com/estetica/noticia-practicas-onicofagia-20150426082931.html>

12. Hábitos Orales Perniciosos [Internet]. Scribd. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/438411885/Habitos-orales-perniciosos>

13. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones [Internet]. Ortodoncia.ws. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art-5/>

14. Graber Thomas, Ortopedia Dentofacial con aparatos funcionales. Editorial Harcourt. 1998.

15. Reni Muller K, Piñeiro S. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014;25(2):380–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700501>

16. Mercado S., Mercado J., Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. KIRU. 2018 abr-jun; 15(2): 94 - 98. doi.org/10.24265/kiru.2018.v15n2.06. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1324/1069>

17. Carlos J, Campos L, Morgan C. USO DEL ARCO EXTRAORAL EN LA CORRECCIÓN DE LA MALOCLUSIÓN CLASE II DIVISIÓN 2 TIPO C [Internet]. Edu.pe. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3054/loza_cjc.pdf?sequence=3&isAllowed=y

18. Sively M, Mamani L, Mercado J, Tapia R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. Kiru [Internet]. 2018 [citado el 10 de abril de 2023];15(2). Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/1324/1069>

19. De la maloclusión en los planos anteroposterior C, Transversal V y. medigraphic Artemisa [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od2007/od073d.pdf>
20. García Peláez SY, Mayelín I, Herrera S. Medigraphic.com. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/hummed/hm-2016/hm162e.pdf>
21. Disponible en: <https://www.facebook.com/rxmind/photos/a.1541234842758024/2284037568477744/?type=3&theater>
22. Aizenbud D, Gutmacher Z, Teich ST, Oved-Peleg E, Hazan-Molina H. Lip buccal mucosa traumatic overgrowth due to sucking habit - a 10-year follow-up of a non-surgical approach: a combination of behavioural and myofunctional therapy. Acta Odontol Scand [Internet]. 2014;72(8):1079–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/00016357.2014.913308>
23. Durán von Arx José. Estimuloterapia en Ortodoncia Editorial Riopano. España 2010. Pag 24.
24. Guerra Tapia Aurora. ¿Cuáles son los criterios del labio perfecto? [Internet]. Masdermatologia.com. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.masdermatologia.com/PDF/0014.pdf>
25. Disponible en: https://www.freepik.es/vector-premium/anatomia-labios-descripcion-detallada-partes-etiquetadas-esquema-educativo-estructura-boca-facial-explicacion-terminos-fisiologicos-diagrama-ejemplo-primer-plano-estudio-medicina_9961500.htm
26. Músculos de los labios y la boca [Internet]. Dolopedia.com. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dolopedia.com/categoria/musculos-de-los-labios-y-la-boca>
27. Disponible en: <https://www.deportesdecuidad.com/sistema-muscular/musculos-de-la-cara/>
28. La Queilofagia, Clínica Dental CliDen. Junio, 2019. [Internet]. Disponible en: <https://www.cli-den.es/blog/la-queilofagia#:~:text=Los%20s%C3%ADntomas%3A%20enrojecimiento%2C%20inflamaci%C3%B3n%2C,muy%20dif%C3%ADcil%20erradicarlo%20o%20suspenderlo.>
29. Disponible en: <http://odontovega.atspace.com/habitodesuccion.html>

30. Manisha Kamal, Dr. Mahesh Goel (Associate Professor), Department of Orthodontics & Dentofacial Orthopaedics Government Dental College P.G.I.M.S., University of Health Sciences, Rohtak Haryana, India. Disponible: <https://www.guident.net/articles/orthodontics/LOWERLIP-SUCKING-HABIT-TREATED-WI-THA-LIP-BUMPER-APPLIANCE.html>

31. Pérez Urbina Isaira Patricia. Santana Gytoku Mario Alfredo Prevención y tratamiento del hábito de labio en pacientes pediátricos (Tesina). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología. México. 2016.

32. W. Nancy ,Burkhart ..Lip Damage From Sucking On Tissue Oral Exam RDH. Noviembre ,2012. [Internet]. Rdhmag.com. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.rdhmag.com/patient-care/pediatrics/article/16405720/oral-exam-damage-caused-by-lip-sucking>

33. Vaudagna, R; Galván, Queilofagia como evidencia para la perfilación e investigación criminal / Fonseca, GM;. Rev. arg. morfol ; 2(1): 12-16, 2013. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gabriel-Fonseca-9/publication/255962777_Queilofagia_como_evidencia_para_la_perfilacion_e_investigacion_criminal/links/54d9f5840cf2970e4e7d3972/Queilofagia-como-evidencia-para-la-perfilacion-e-investigacion-criminal.pdf

34. Queilofagia PDF [Internet]. Scribd. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/434152467/Queilofagia-pdf>

35. Disponible en: <https://logopediayformacion.blogspot.com/2012/06/la-deglucion-atipica-logopedia-vs.html>

36. Pilaguano Ricardo Sebastián Vélez. Macas Tapia Leonela Gibelly Armijos Moreta Jaime Fernando, Gavilánez Villamarín Silvia Marisol. Consecuencias causadas en la cavidad bucal por la queilofagia. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. [Internet]. Dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com. Número: Edición Especial. Artículo no.:66 Período: Diciembre2022. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3439/3401>

37. Morales Ramos Ana Karen .Prevalencia de Hábitos Bucles Perniciosos y Maloclusiones En un grupo de escolares del sur de la Ciudad de México .TESIS .Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Ciudad de México, México .Febrero 2020.

38. Murrieta-Pruneda José Francisco, Allende Bello Reyna Isabel, Pérez Silva Luis Enrique, Juárez-López Lilia Adriana, Linares Vieyra Celia, Meléndez Ocampo Arcelia Felicitas et al . Prevalencia de hábitos bucales

parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2011 Feb [citado 2023 Mar 20] ; 68(1): 26-33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462011000100004&lng=es

39.Carvajal J, Carvajal C, Escudero E, Romero M. Prevalencia de hábitos bucales y su relación con las mal oclusiones en niños de edad preescolar pertenecientes a la red 1 de la ciudad de Sucre, 2012 [Internet]. Ecorfan.org. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ecorfan.org/bolivia/handbooks/ciencias%20de%20la%20salud%20I/Articulo%2018.pdf>

40.Disponible en: https://www.freepik.es/fotos-premium/dentista-examinadientes-nino-sillon-dental-concepto-medicina-odontologia_22073980.html

41.Disponible en: <https://estomatologia2.files.wordpress.com/2016/09/exploracic3b3n-bucal.pdf>

42.Solís Ávila Edgar Rodrigo.De León Azuara Jesús Manuel. Tesis: Frecuencia de hábitos perniciosos en niños que acudieron a la Clínica Periférica Oriente Dr.Salomón Evelson Guterman de la UNAM en el 2004. Universidad Nacional Autónoma de México México. [Internet].Disponible en: http://132.248.9.195/ptd2005/01421/0347694/03476_94.pdf

43.Disponible en: <https://www.dentalnavarro.com/casos-clinicos/ortodoncia-avance-mandibular-clase-2>

44.Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/punto-de-vista-110.html>

45.Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art-26/>

46.Disponible en: <https://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2009/07/244-queilitis-antonio-guzman.pdf>

47.Disponible en: <https://www.clinicadentallarranaga.com/blog/clase-ii/>

48.Romero Alfaro Nadia Yiselle. Hábito Succión Labial. Universidad Nacional Autónoma de Honduras [Internet]. Scribd. [citado el 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/599054163/Habito-Succion-Labial>

49.Loza Campos JC, Chancafe Morgan JC, Lavado Torres AC. Uso Del Arco Extraoral en LaCorrección De La Maloclusión Clase II, División 2, Tipo C. Revista Kiru. [Internet]. Enero 2018 [citado 2022 Mar 25]: 15 (1):42-7. Disponible en : <https://search-ebscobost->

[41com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=133435561
&site=ehost-live](http://41com.pbidi.unam.mx:2443/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=133435561&site=ehost-live)

50. Disponible en: .. <http://lernergagliuffi.blogspot.com/2015/04/comunicacion-entre-padres-e-hijos.html>

51. Disponible en: <https://www.facebook.com/chiquidentalmid/photos/pcb.1651037728371822/1650991218376473/?type=3&theater>

52. Chavarria Torres Brenda, Velázquez Mendoza Heberto. Técnicas de control de la conducta empleada por los odontólogos de León. Monografía. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-LEÓN, Facultad de Odontología. León, Nicaragua, 2005. [Internet]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5853/1/197584.pdf>

53. Disponible en: <https://www.miescuelitadeapoyo.com/2020/05/cuadros-de-incentivos.html> , <https://www.pinterest.cl/masterwisechile/reforzamiento-positivo/>

54. Vega Alejandra. ¿Qué es el Aparato de Ortodoncia Lip Bumper? Dental Medics. Octubre 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.dentalmedics.mx/post/que-es-el-lip-bumper>

55. Disponible en: <https://dentistaypaciente.com/calidad-y-direccion-134.html>

56. Di Santi de Modano Juana. Fuerzas producidas por el Lip Bumper [Internet]. Actaodontologica.com. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2005/1/art-12/>

57. Disponible en: <https://dentarius.com/relajante-muscular-bucal-musculos-masticatorios-orbiculares-labios-relajante>

58. Disponible en: <https://neurotec.es/producto/estimulador-labial/>

59. Morera Pérez Amarelys, Rivas Pérez Gretel, Álvarez Mora Ivette. Sistema Trainer. Una alternativa de la ortodoncia interceptiva. Medisur [Internet]. 2020 Oct [citado 2023 Abr 11]; 18(5): 751-753. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500751&lng=es. Epub 02-Oct-2020

60. Disponible en: <https://ortodonciasalud.com.ar/2021/03/ortodoncia-miofuncional-prevencion-para-los-mas-pequenos/>

61. Quiroz Álvarez Óscar. Bases Biomecánicas Y Aplicaciones Clínicas En Ortodoncia Interceptiva. Editorial AMOLCA, México 2006.

62. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Maloclusiones en niños con dentición primaria [Internet]. Ortodoncia.ws. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>