



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

# **HABITOS BUCALES EN ODONTOPEDIATRIA**

## **TESIS**

que para obtener el Título de

### **CIRUJANO DENTISTA**

presenta el alumno

### **ISRAEL HERNANDEZ PEREZ**

MEXICO, D. F.

1 9 8 4



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.

	PAG.
I. INTRODUCCION .	1
II. ETIOLOGIA .	6
III. TIPOS DE HABITOS	10
a) No compulsivos	11
b) Compulsivos	11
IV.- HISTORIA CLINICA.	13
V. CLASIFICACION DE HABITOS	17
a) Succión digital	18
b) Bruxismo	23
c) Succión del chupete	26
d) Mordedura de uñas	30
e) Labiales	32
f) Respiración por boca	34
g) Chasquido de lengua	38
h) Empuje lingual	44
i) Empuje del frenillo	45
j) Postura	46
k) Masoquisto o automutilación	47
VI. METODOS EXTRABUCALES	49
VII. METODOS INTRABUCALES	51
a) Funciones	55
b) Tipos	56

VIII. TRATAMIENTO	58
a) Succión digital	60
b) Bruxismo	64
c) Succión del chupete	66
d) Mordedura de uñas	67
e) Labiales	70
f) Respiración por boca	71
g) Chasquido de lengua	73
h) Empuje lingual	76
i) Empuje del frenillo	78
j) Postura	79
k) Masoquista o automutilación	80
IX. CONCLUSION	81
X. BIBLIOGRAFIA	83

# I. I N T R O D U C C I O N

1. ¿Son los malos hábitos bucales parte del desarrollo normal del niño, un síntoma de neurosis o causa de algún crecimiento anormal de la cara?
2. ¿Son casos dañinos para los dientes y tejidos, junto con la actividad muscular funcional asociada?
3. ¿Si concedemos que es posible la creación de una deformación dentaria, es temporal o permanente esta deformación de los dientes y maxilares en desarrollo?
4. ¿El chuparse el dedo pulgar constituye acaso la expresión de la sexualidad infantil como fue predicada por Freud?
5. ¿La lactancia inadecuada constituye un factor importante?
6. ¿Es acaso la falta de amor y afecto la base de estos hábitos; se sienten estos niños "rechazados" por sus padres y hermanos y "perdidos" en nuestro mundo caleidoscópico?
7. ¿Los hábitos son pruebas de un sentimiento de incapacidad personal, frustración, regresión e inseguridad; es un mecanismo para atraer la atención?

8. ¿Los intentos para interceptar estos hábitos crearán trauma psíquico y neurosis posteriormente?
9. ¿Podemos aplicar el principio de la teoría del aprendizaje (por ejemplo, el chuparse el dedo es un mecanismo adquirido simple, sin neurosis subyacente)?

Los médicos y odontólogos a menudo tienen que responder a estas preguntas hechas por padres preocupados, y es obligación enfrentarse a ellas para poder tratar con eficiencia al niño.

Los dentistas consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables, y también de cambios potenciales en el emplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan estos hábitos largo tiempo.

Por este problema también se interesan el pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el patólogo especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño. En general, puede decirse que el odontólogo y el patólogo se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábi

tos prolongados. El pediatra, el psiquiatra y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta - profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser sólo un síntoma. Los padres parecen preocuparse más por el aspecto socialmente inaceptable del niño que exhibe algún hábito bucal.

Es de gran importancia para el odontólogo poder formular diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales:

1. Porque asumimos la responsabilidad de examinar, analizar y controlar la oclusión del niño y un hábito puede producir una maloclusión. Es importante entonces, actuar precozmente.
2. Porque en nuestro enfoque integral de la odontología pediátrica aceptamos el niño como totalidad y no podemos, sin correr el riesgo de error serio, enfocar el problema del hábito bucal-dientes.
3. Porque el hábito preocupa fundamentalmente a los padres (con toda la gama de posibilidades en cuanto al monto de la preocupación) y ellos suelen estar en el núcleo del conflicto que el hábito expresa, tampoco podemos enfocar el tratamiento a nivel deseo de los padres-aparatoología.

A causa de ésto, es importante analizar la etiología, intensidad, frecuencia, duración, cronología, mentalidad, anomalías asociadas, sexo, hermanos, ambiente, respuestas bajo tensión, superestructuras psíquicas, actitudes de los padres, intentos previos para evitar estos hábitos y la manera en que el niño se relaciona con el medio externo a través de sus actividades bucales.

Los hábitos bucales y problemas relacionados son temas de gran controversia. Aunque se sabe que los más comunes son la succión digital, mordedura de labios y uñas, bruxismo y la respiración por boca, las investigaciones más recientes no aportan nada nuevo.

## II. E T I O L O G I A

Los datos sobre su etiología, edad de presentación desaparición por sí mismos y modalidades terapéuticas varían mucho.

Engel afirmaba que la observación directa de los niños en su primer año de vida revelaba que su organización era esencialmente bucal y de tacto, ya que Freud y su escuela destacaron ésto, delineando ciertas fases de la infancia como períodos bucales y anales. Otros han hablado de la "bucalidad del niño".

Al nacer, el niño ha desarrollado un patrón reflejo de funciones neuromusculares, llamado reflejo de succión. Incluso antes de nacer, se han observado fluoroscópicamente en el niño, contracciones bucales y otras respuestas reflejas.

Esta temprana organización nerviosa del niño le permite alimentarse de su madre y agarrarse a ella, como lo demuestran los reflejos de succión y de asimiento, y el reflejo de Moro, todos presentes al nacimiento. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad. La necesidad de agarrarse no resulta tan obvia. Sin embargo, aunque estos dos reflejos influyen en el niño y en sus situaciones iniciales de aprendizajes, y contribuyen a su desarrollo psíquico, el calor de la leche que llega a su

cuerpo y la sensación de alivio del hambre que sigue a la succión hacen que este reflejo sea marcadamente predominante.

A medida que se desarrolla su vista y oído, el lactante trata de alcanzar y llevar a la boca aquello que ha visto y oído a distancia. A pesar de la mala coordinación de sus dedos y extremidades, el lactante tiende a continuar hasta que todos los objetos posibles hayan sido llevados a su boca para ser lamidos, gustados y efectivamente examinados por medio de sensaciones bucales. Si el objeto provoca una sensación agradable, puede tratar de comerlo y se denomina introproyección. Si la sensación producida es desagradable, lo escupe, y muestra su desagrado contorsionando la cara y volviendo la cabeza en dirección opuesta al objeto y se le denomina proyección. En este comportamiento podemos observar la elaboración y acentuación del comportamiento bucal originalmente asociado con las experiencias de alimentación y succión del niño neonatal. Estas "pruebas" bucales evidentemente no sólo sirven para aliviar la tensión de hambre experimentada por el niño, si no también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo.

Los hábitos surgen de la falta de contacto físico y afecto tempranos por parte de la madre al alimentar a su hijo como factor fundamental, por lo tanto podemos decir que

al adquirir un hábito bucal, éste se vuelve el sustituto de la madre.

### III. TIPOS DE HABITOS

a) NO COMPULSIVOS.

Se refiere a los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste. Por lo tanto podemos indicar que es cuando los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. Estos cambios se pueden lograr por nuevos patrones de conducta o por medio de lisonjas, halagos, y en ciertos casos amenazan de castigo fuerte por parte de los padres. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones a normales, en las que el niño está siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta más consistente con su mayor nivel de madurez y responsabilidad.

b) COMPULSIVOS.

Es cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Debe entenderse que estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente

arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar. Literalmente, se retrae hacia sí mismo, y por medio de la extremidad corporal aplicada a su boca, puede lograr la satisfacción que ansía.

Aunque las etiologías específicas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápido, o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación, y asimismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón. De igual modo, se acepta generalmente que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura maternas, juega un papel importante en muchos casos.

#### IV. HISTORIA CLINICA

Esta debe ser lo más completa posible en un intento por descubrir la causa. Hablando con el niño y con los padres, a menudo el odontólogo podrá establecer si el hábito está relacionado con un problema de alimentación y ahora se prolonga como hábito vacío; si es adquirido por imitación, o si es el resultado de un problema emocional complejo.

Ejemplo de historia clínica más empleada, que nos conduce a detectar la formación de hábito:

Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Tipo de hábito \_\_\_\_\_

Alimentación infantil:

a) Pecho \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo se lo pasó a la mamadera? \_\_\_\_\_

b) Mamadera \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se lo pasó a la

taza? \_\_\_\_\_.

Hábitos de sueño:

a) Siestas, regularidad, duración, etc. \_\_\_\_\_

b) De noche, cantidad de horas, frecuencia de las interrupciones, normalidad, etc. \_\_\_\_\_

Temores desusados \_\_\_\_\_

Hábitos y adiestramiento de esfInteres \_\_\_\_\_

Hábitos alimentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condiciones en el hogar:

- a) Hijo número \_\_\_\_\_
- b) Hermanos: número y edad \_\_\_\_\_
- c) Temperamento de la madre \_\_\_\_\_
- d) Temperamento del padre \_\_\_\_\_
- e) Otras personas en el hogar \_\_\_\_\_
- f) Ocupación de la madre \_\_\_\_\_
- g) Ocupación del padre \_\_\_\_\_

Adaptación escolar:

- a) Dificultades sociales \_\_\_\_\_
- b) Hábitos de juego \_\_\_\_\_
- c) Dificultades de aprendizaje \_\_\_\_\_

Salud general del niño:

- a) Enfermedades principales de la infancia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Número de resfrío y trastornos menores, por año \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) ¿Cuándo se enferma el niño? ¿En invierno, en verano,  
todo el año? \_\_\_\_\_

Respuesta bajo estrés \_\_\_\_\_

¿A qué edad se inició el hábito? \_\_\_\_\_

¿Ha sido ininterrumpido desde entonces? \_\_\_\_\_

- a) ¿Es diario o nocturno o ambos? \_\_\_\_\_
  - b) ¿Mientras ve televisión? \_\_\_\_\_
  - c) ¿Frecuencia, persistencia, intensidad? \_\_\_\_\_
-

¿Qué métodos han sido utilizados para quebrar el hábito? \_\_\_\_\_

¿Ha sido el niño retado por el hábito por la familia o por extraños? \_\_\_\_\_

Hábitos similares o historia de hábitos en otros miembros - de la familia \_\_\_\_\_

¿Actitud hacia la terapéutica?

a) ¿Quiere el niño interrumpir la terapéutica? \_\_\_\_\_

b) ¿Quieren los padres que se le haga un aparato? \_\_\_\_\_

c) ¿Conoce el niño el propósito de la visita? \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha de terminación \_\_\_\_\_

## V. CLASIFICACION DE HABITOS

a) SUCCION DIGITAL:

Es normal que los lactantes succionen sus dedos. Sin embargo, existen opiniones contrarias acerca de a qué edad este hábito se vuelve un síntoma de trastorno emocional o es dañino para el crecimiento y desarrollo de los dientes y huesos de la cara.

La succión de los dedos es el hábito bucal más común. Al igual que sucede con todos estos hábitos de presentación temprana disminuye en frecuencia cuando crece el niño. Hay gran variación en cuanto a la prevalencia. Gellin informó que es de 45% entre los tres y cuatro y medio años, 13.6% a los seis y 5.9% de los siete a los 11. Para niños entre tres y 12 años, se ha notificado una prevalencia del 16 al 45%. Sin embargo, Svedmyer - informó una prevalencia del 86% en chicos entre uno y 10 años. Se ha encontrado que hasta 95% de niños menores de cuatro años succionan sus dedos o el chupete. Narda y colaboradores encontraron que el hábito es mucho más frecuente en las mujeres.

Existen varias teorías para la etiología de la succión digital. La mayoría inician el hábito durante el primer año o antes del destete. La succión de los dedos puede ser un ejercicio natural con el cual los lactantes se tranquilicen a sí mismos. Se piensa que la succión para

el lactante es satisfactoria y le brinda una sensación de bienestar.

Una teoría úne a este hábito con los reflejos de búsqueda y de "posición". Desde el nacimiento, se pueden estimular estos reflejos con aromas, sabores, cambios de temperatura y otros estímulos. Cuando está dormido, el lactante puede tocarse con la cara con las manos, lo que origina el estímulo que lleva a la búsqueda y encuentro de sus propios dedos.

Otra teoría relaciona el hábito con el patrón alimenticio que establece la madre. Esta teoría dice que la succión digital se presenta cuando la madre no le ha permitido el amamantamiento suficiente que satisfaga su necesidad de succionar. Es así como el niño logra satisfacción al succionar sus dedos. A aquellos a quienes se les restringe la succión, a menudo se les ve inquietos, irritables y en ocasiones hasta apáticos e indiferentes.

Anderson corrobora las observaciones de Moyer, cuando afirma que la lengua proyectada hacia adelante constituye un residuo del hábito de chuparse los dedos.

También se ha propuesto una relación la alimentación al seno materno la succión digital. Mientras algunos in-

investigadores no encontraron diferencias en la prevalencia, intensidad u otras características entre los niños alimentados al seno y aquellos a quienes se les dió biberón. Golden y Shoaf encontraron que la succión del primer pulgar era más frecuente en lactantes alimentados al seno materno.

También existe la hipótesis de que el destete súbito de la botella o del seno materno contribuye a la adquisición de algún hábito bucal. Sewel evaluó el efecto del destete súbito usando 26 criterios de comportamiento. Vio que este factor no contribuía para que el niño adquiriera ningún hábito bucal ni que tuviera mal ajuste social.

La succión digital también se ha propuesto como un comportamiento con base emocional relacionada con el ajuste social o el estrés. Aunque en la lactancia se considera normal la succión para obtener satisfacción psicológica, así como alimentos, cuando persiste en niños mayores se ha visto acompañada de desarrollo psicológico anormal. Los efectos psicológicos pueden ir mezclados con el impacto emocional de la presión de los compañeros y de los castigos y regaños de los padres. Sin embargo, Davidson aplicó pruebas psicológicas a succionadores de dedo y pudo demostrar que no existía anormalidades psi-

cológicas constantes. Vio que este hábito era aprendido y no un signo de trastorno emocional.

Mientras que por un lado son muy diferentes las opiniones acerca de la etiología de la succión digital, por otro hay algo de acuerdo en relación a que si el hábito persiste más allá de los seis a siete meses, será difícil quitarlo hasta que el niño tenga cuatro o cinco años.

El hábito de succión digital puede existir sin que tenga efecto dañino. Sin embargo, se ha relacionado a la maloclusión de las dos denticiones con el hábito. Estas maloclusiones se caracterizan por una mordida abierta anterior, incisivos maxilares intruidos y lustrosos, y mayor proyección. Otros efectos patológicos incluyen mordida cruzada de los molares maxilares, desplazamiento anterior de la maxila, retracción de la mandíbula, de formación localizada del arco alveolar y mayor profundidad de la cúpula palatina. Tanto los dientes como el hueso de sostén permanecerán en posición inadecuada mientras persista el hábito.

La presencia de la succión digital se confirma con la historia clínica y la exploración. Explore las manos y busque algún dedo que esté demasiado limpio, rojo y arru

gado y que tenga un callo. En ocasiones, este callo - se descubre más fácilmente con la palpación que con la inspección visual.

Klein y Fletcher piensan que este hábito es normal durante los primeros dos y medio años. Se vuelve un problema sólo hasta después de los tres y medio años. Baalack - opina que la edad crítica para terminar con el hábito - es los siete años o justo antes de que salgan los dientes anteriores maxilares permanentes.

b) BRUXISMO:

Se refiere al rechinado o trituración con los dientes - sin propósitos funcionales, y ha sido discutido en la literatura dental bajo muchos otros nombres. Los siguientes son algunos de los términos que han sido usados frecuentemente: "neuralgia traumática", "efecto de Karolyi", "neurosis del hábito oclusal", y más recientemente "parafunción".

Suele ser un acto subconsciente y verse cuando el niño está despierto o dormido, algunos investigadores hacen la diferenciación entre el diurno y el nocturno, según se presenten en estados diferentes de conciencia, por ejemplo: Miller llamó bruxismo al rechinamiento nocturno de los dientes, y el hábito de rechinar los dientes en el día, le denominó bruxomanía.

Es frecuente que los padres mencionen que en bruxismo nocturno el rechinado se escucha más allá de la habitación. Es raro en los niños, excepto en aquellos que tienen disfunción cerebral orgánica quienes trituran los dientes con la misma intensidad cuando están despiertos.

También puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. Pero también sabemos que existe un componente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental.

La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinar.

La frecuencia varía de 5 a 81%. Este amplio margen resulta de las diferentes definiciones, criterios de diagnóstico, poblaciones y muestras estudiadas. Una frecuencia del 15%, con igual distribución en niños y niñas, parece ser el promedio entre los tres y 17 años.

El bruxismo ha sido atribuido a gran variedad de factores en los que se incluyen los contactos de oclusión o mordida que interfieren con los movimientos de la mandíbula, problemas psicológicos relacionados con el estrés, hostilidad, hiperactividad, herencia, prurito anal por oxiuros y padecimientos neurológicos.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales. Aunque con la estadística es difícil apoyar todos estos factores etiológicos, diversos autores han defendido su validez.

Los signos clínicos varían según la intensidad. Es normal una cantidad moderada de desgaste por oclusión en los dientes primarios. El esmalte de estos dientes es delgado y en ocasiones hay zonas extensas de desgaste -

aún con el uso normal. En sólo unos cuantos niños, el bruxismo desgastará la totalidad del esmalte y la dentina. Por fortuna, ésto estimula a los odontoblastos de la pulpa para que produzca dentina adicional, la cual protege a la pulpa. Es muy raro que la pulpa quede expuesta al ambiente bucal, lo que originaría la formación de un polipo o absceso dental. El bruxismo también puede ocasionar fracturas de los dientes.

El desgaste destructor de los dientes permanentes tarda más ya que tienen una capa más gruesa de esmalte protector. Las zonas de desgaste no son estéticas, poco deseables desde el punto de vista funcional y difíciles de restaurar.

Se han asociado al bruxismo la pérdida del hueso alveolar, el daño periodontal y la disfunción de la articulación temporomandibular.

Molestias extrabucales por el bruxismo pueden ser fatiga de los músculos de la masticación y del cuello, y molestias en la articulación temporomandibular.

c) SUCCION DEL CHUPETE.

Las necesidades de succión del lactante difieren de un niño a otro. Algunos necesitan succión nutritiva y no nutritiva a intervalos muy frecuentes. Para la succión no nutritiva, los chupetes son útiles para satisfacer - las necesidades de succión del lactante. Además, los chupetes se han empleado para retrasar el momento de comer cuando la alimentación con biberón o al seno materno serían inadecuadas o inconvenientes.

Aunque los niños que tienen el hábito de succión digi - tal no aceptan con mucha facilidad un chupete como substituto, Larson señala que los estímulos para los dos hábitos son parecidos. También se ha demostrado que la - alimentación al seno materno, en oposición al biberon, no es un factor para la aceptación del chupete.

En un estudio de 1567 niños, Kohler y Hoist encontraron que la prevalencia del uso del chupete era del 40%. Gardiner informó de una prevalencia de sólo el 20% en un - estudio de 1000 niños. La mayoría de los estudios men - cionan que la prevalencia es del 35 al 45%.

Bowden observó que todos los niños suspendían el chupe - te a los 3 años. Kohler encontró que de los chicos de su estudio que usaban chupete, 47% lo suspendían después

de los tres años y sólo 10% lo continuaban después de los cuatro. Ravn informó que 50% de los usuarios en su muestra persistían con el hábito hasta los tres años, mientras que Larson observó que 90% de los chicos de tres años lo habían suspendido.

Los hábitos del chupete y de la succión digital pueden ocasionar problemas dentales parecidos. Ambos se han relacionado con estrechamiento anormal del arco maxilar y mordida cruzada posterior en los molares primarios. Svedmeyer aconseja que no se continúe con el chupete después del primer año de vida. Observó mordidas cruzadas con una frecuencia tres veces mayor con el chupete que con la succión digital. En general, los problemas dentales que causan los chupetes suelen ser mínimos, pero pueden ocasionar mayor proyección o mayor distancia horizontal entre los incisivos maxilares y mandibulares. Estas maloclusiones se consideran temporales y en general se corrigen por sí mismas después de haber suspendido el hábito. Bowden ha sugerido que los chupetes de sencadenan el hábito del chasquito de la lengua.

Kohler observó que los niños que succionan un chupete tienen más caries e inflamación del tejido periodontal. Esto puede ser resultado de sumergir el chupete en miel o jarabe. En cambio, Winter no lo observó.

Los chupetes se encuentran disponibles en varias formas. Se ha diseñado un modelo ancho y plano que se parece al pezón natural cuando se succiona. Se supone que este diseño es una forma más fisiológica que ocasiona menos problemas dentales. Se ha recomendado para evitar que se forme una mordida abierta anterior, para ayudar a mantener una anchura adecuada del arco maxilar y para disminuir la posibilidad de que aparezcan otros hábitos bucales como sería el chasquido de la lengua.

El protector grande y duro del chupete previene que sea deglutido y que ocasione asfixia. Sin embargo, se ha informado estrangulación por el cordón que está atado al chupete y que se coloca alrededor del cuello del niño.

En el comercio existen muchas otras marcas de chupetes, cada una con pezones tubulares de diámetros diferentes. Una vez que el bebé se acostumbra a uno de ellos, es probable que rechace otros de diferentes formas.

Se ha usado chupete ancho y plano para corregir la mordida cruzada posterior y para ejercicios en casos de mordida abierta anterior en niños de cuatro a cinco años. Además, el ejercitador Nuk Sauger se ha utilizado para eliminar el chasquido de la lengua y la succión digital y trae en su etiqueta, Precaución: no colocarlo alrede-

der del cuello del niño ya que tiene el peligro de estrangulación.

Una ventaja del chupete es que los padres pueden retirarlo cuando quieren suspender su uso.

d) MORDEDURA DE UÑAS (ONICOFAGIA):

La mordedura de uñas puede ser un hábito vergonzoso, poco atractivo y hasta doloroso. Puede ser un síntoma de tensión emocional o de mucha angustia. Al evaluar la gravedad se debe tomar en cuenta la edad y estado emocional del niño así como la intensidad y frecuencia del hábito. La determinación de la situación en la cual se presenta la mordedura de la uña puede ayudar a descubrir el estímulo que produce la angustia.

Malone observó prevalencia de 60% en niños de 10 años. Klatte encontró que era de 40% en niños y disminuía hasta 21% a los 17 años. En un grupo de 277 chicos, Kreyberg informó una prevalencia de 24% de este hábito.

Es un hábito normal, en la que frecuentemente el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas. En un estudio de las fuerzas armadas de los Estados Unidos de Norteamérica, se ha observado que aproximadamente 80% de todos los individuos se muerden o se han mordido las uñas. Este no es un hábito pernicioso, y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morder las uñas son similares a las del proceso de masticación. Sin embargo, en ciertos casos de individuos que presentan este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de

las uñas, se observó una marcada atricción de las pie -  
zas anteriores inferiores. Morderse las uñas alivia nor -  
malmente la tensión, y aunque los padres pueden no encon -  
trarlos aceptables socialmente, debemos recordar que tam -  
poco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años.  
Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá -  
ser considerado más o menos que perjudique realmente, -  
ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quie -  
nes le rodean. Morderse las uñas no es perjudicial. -  
Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros ob -  
jetos substituyen a los dedos. Se puede utilizar goma  
de mascar, cigarrillos, cigarrros puros, lápices, gomas  
de borrar, o incluso las mejillas o la lengua de la per -  
sona como substituto de los dedos, ya que cada edad tie -  
ne sus propios tranquilizantes.

e) LABIALES:

La anatomía y función normal de los labios son muy importante para hablar, comer y mantener una oclusión balanceada. Además, los labios sirven para proteger y contener los dientes anteriores. Cuando los músculos peribucales funcionan bien, proporcionan una fuerza de balance contra los dientes anteriores, y cuando están en reposo se les verá relajados y con una ligera abertura. Al masticar, los labios están activos, pero durante la deglución deberán estar relajados y sin moverse.

Cuando el labio superior deja de funcionar como una fuerza restrictiva eficaz y con el labio inferior ayudando a la lengua a ejercer una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, aumentando la severidad de la maloclusión.

Existen dos hábitos labiales mayores:

1. Son aquellos que participan en la lamida, succión o mordida.
2. Incluye a la compresión en cuña con fuerza entre los dientes superiores e inferiores.

Varía mucho la importancia clínica que tiene cada uno de estos hábitos.

La humedad y mordedura de los labios pueden afectar a ambos, pero con frecuencia participa más el inferior. Los signos de este hábito incluyen zonas de irritación y erosión por arriba y abajo del borde bermellón de los labios. Por fortuna, este tipo de hábito labial no suele contribuir mucho a la maloclusión

La compresión forzada en cuña de los labios entre los dientes superiores e inferiores tiene un cuadro clínico distinto y consecuencias que en potencia son más serias. Este se conoce como hábito mentoniano. El músculo mentoniano se origina en la superficie anterior de la mandíbula, entre el mentón y las raíces de los incisivos, y se inserta en el tejido blando de la barbilla. Este músculo origina la elevación del labio inferior. Esta acción hará que la piel del mentón se vea fruncida. El hábito mentoniano parece ser que se presenta más en niños con incisivos superiores prominentes. Una proyección importante (distancia horizontal entre los incisivos superiores e inferiores) parece que evita al hábito mentoniano. Además de la maloclusión, los incisivos superiores prominentes son más susceptibles a padecer traumatismos ya que no están protegidos por los labios.

r) RESPIRACION POR BOCA:

La respiración exclusiva por la boca es poco frecuente tanto en niños como en adultos.

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

1. Por obstrucción.
2. Por hábito
3. Por anatomía.

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales, el niño, por necesidad, se ve forzado a respirar por la boca.

El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la obstrucción que lo obliga a hacerlo.

El niño que respira por la boca por razones anatómicas, es aquel cuyo labio superior corto no le permite cerrar por completo sin tener que realizar enormes esfuerzos.

Debe poderse distinguir a cuál de estas categorías co-

responde el niño. También debe diferenciarse el segundo tipo del niño que respira por la nariz, pero que, a causa de un labio superior corto, mantiene constantemente los labios separados.

La resistencia a respirar por la nariz puede ser causada por:

1. Hipertrofia de los turbinatos causada por alergias, infecciones crónicas de la membrana mucosa que cubre los conductos nasales, rinitis atrófica, condiciones climáticas frías y cálidas o aire contaminado.
2. Tabique nasal con bloqueo del conducto nasal.
3. Adenoides agrandados.

No obstante, en ocasiones los niños facilitan que la respiración sea más bien por la boca que por la nariz. Existen varias ventajas al respirar por la nariz. No sólo se calienta, limpia y humidifica el aire cuando pasa por las narinas, si no que los labios, cuando están cerrados, ejercen una fuerza de equilibrio contra los incisivos.

Muchos factores afectan la capacidad del niño para que respire por la nariz. Factores contribuyentes como la hipertrofia de adenoides y las alergias, pueden dismi-

nuir la maduración o ameritar intervención médica. Los pólipos nasales o los defectos del tabique pueden ocasionar problemas de respiración, aunque éstos son más frecuentes en los adultos.

Las facies adenoidea es un término que se usa para describir a un tipo de forma facial que a menudo se acompaña de respiración por la boca. Esta configuración facial se caracteriza por una cara larga y estrecha; estrechamiento de la nariz y narina; y flaccidez de los labios. A menudo, el labio superior es corto y la cara parece no tener expresión. Hay controversia acerca de si la respiración por boca causa la facies adenoidea o si la estrecha vía nasal necesita la respiración bucal. Con certeza, es más probable que un niño que tenga vías nasales estrechas se afecte más por hipertrofia adenoidea y por alergias. Sin embargo, no es raro que el niño continúe respirando por la boca aún después que se haya permeabilizado la nariz. De hecho algunos individuos que nunca habían tenido una obstrucción nasal importante adopten una postura con la boca abierta y el hábito de respiración por la boca.

La respiración por la boca puede ocasionar resequeces excesivas de los dientes y encía y producir un desequilibrio entre las fuerzas contra la oclusión. El efecto

xerostómico suele limitarse a las zonas anteriores de la maxila y mandíbula. Esta sequedad aumenta la susceptibilidad de la encía a la inflamación crónica y a los dientes a presentar caries.

Durante la respiración fisiológica por la nariz, la oclusión está en equilibrio entre la lengua, labios, y mejillas. Sin embargo, cuando se respira por la boca, la lengua cae al piso de la boca, se estiran las mejillas un poco más y los labios se vuelven flácidos. La mala distribución de las fuerzas del tejido blando a menudo se acompaña de una maloclusión que se caracteriza por estrechamiento del arco y del paladar. También hay brillantez de los incisivos y disminución de la sobreposición vertical de los dientes anteriores. Si ya se presentó esta maloclusión por respiración bucal, suele necesitarse ortodoncia aún cuando se haya eliminado el hábito.

g) CHASQUIDO DE LENGUA:

Es la colocación de la misma entre los dientes anteriores y contra el labio inferior al deglutir. En reposo, la lengua permanece adelante y la boca abierta en bisagra. Este patrón de deglución se ha mencionado como chasquido de la lengua, deglución con chasquido de la lengua, deglución visceral, deglución infantil, deglución revertida, deglución desviada y síndrome del chasquido de la lengua.

Lewis estudió 294 recién nacidos y encontró que 97% tenían chasquido de la lengua. Más aún, su estudio indicó que el 3% que no tenían esta característica al succionar o deglutir tenían problemas para la alimentación normal. Entre los cinco y seis años, sólo 80% de los niños presentaban chasquido de la lengua y un 3% persistían con el hábito a los 12 años. Jann y Fletcher informaron una disminución súbita del chasquido de lengua a los nueve años, mientras que Harson la observó a los ocho años. Narda encontró una prevalencia del 18% en 2500 niños de seis años. No se ha observado predilección por ningún sexo. El chasquido de la lengua disminuye con la edad lo que sugiere que se trate de un comportamiento infantil.

Todavía es tema de controversia la causa del chasquido

de la lengua. Se han presentado diversas teorías basadas en la observación clínica y en los resultados existentes, aunque conflictivos, de la investigación.

Los prerequisites para la posición anterior de la lengua se muestran en, o antes del nacimiento. Desde el punto de vista anatómico, la lengua embrionaria tiene una gran desproporción en comparación con la cavidad bucal en formación. Antes de la fusión del paladar, la lengua llena la cavidad bucal y se proyecta hacia nasal. Con el inicio de la fusión del paladar, la lengua embrionaria se acomoda en una posición más adelante. Este "estiramiento" puede ser un factor que contribuya al chasquido de la lengua.

La mandíbula del lactante es pequeña y retraída en relación con la maxila, lo que da un perfil facial convexo. La lengua del lactante, por lo tanto, debe permanecer adelante aún en el reposo. El crecimiento mandibular durante la infancia origina un perfil más recto y una posición de la lengua más retraída.

No se ha demostrado que la técnica de alimentación, se no materno o biberón, tengan que ver con el chasquido de la lengua. Sin embargo, la consistencia de la dieta puede ser un factor para la aparición del patrón de de

glución en el adulto. La dieta líquida del lactante se puede deglutir con más facilidad como la lengua es plana y está adelante, mientras que la deglución de una dieta sólida se facilita con el arqueamiento del dorso de la lengua hacia el paladar.

El chasquido de la lengua es más obvio entre los cinco y siete años o después de la caída de los incisivos primarios y antes de la aparición de los permanentes. En esta etapa, las amígdalas y los adenoides están creciendo a su máxima velocidad. Estas grandes masas de tejido linfoide se apoderan de las vías aéreas y desplazan a la lengua hacia adelante y abajo. El tejido de cicatrización por amigdalectomía o adenoidectomía también puede disminuir las vías aéreas.

Entre los ocho y nueve años, una deglución con chasquido de la lengua, por lo general, evoluciona hacia el patrón adulto. El crecimiento mandibular acelerado y la disminución fisiológica del tejido linfático son dos factores que contribuyen a su maduración. Para la pubertad, el tamaño reducido del tejido linfático facilita una posición de reposo todavía más posterior de la lengua. Los adultos tienen la menor frecuencia de chasquido de la lengua, quizás por la disminución de la masa linfática y la terminación del crecimiento de la mandíbula.

La forma anatómica de las estructuras bucales en las diferentes edades parece que se correlacionan mejor con la posición y función de la lengua. En comparación, las funciones linguales en las diversas edades no reflejan con lógica la frecuencia del chasquido. Sin embargo, el hecho de que el lactante se le alimente al seno materno o con biberón, o se le cambie a alimentos sólidos, no se correlaciona mucho con la prevalencia del chasquido. La forma anatómica de la cavidad bucal parece que es más importante que la función de la lengua durante la deglución con chasquido.

Aunque el chasquido puede estar presente sin que haya ningún efecto dañino, se han relacionado defectos del habla, mordidas abiertas, protrusión de incisivos y retracción de la mandíbula. Algunas mordidas abiertas persisten aún cuando se haya suspendido el hábito. No se ha aclarado la relación entre la protrusión de incisivos y de la mordida abierta anterior con el chasquido de la lengua. Son más los niños que tienen protrusión excesiva de los incisivos maxilares que los que tienen hábitos bucales.

Problemas de lenguaje, en especial el ceceo y la articulación de: s, n, t, d, l, z, v, y, f, se acompañan de chasquido de la lengua. Fletcher valoró el habla en -

1615 niños de seis a 18 años y encontró que los sujetos que tenían chasquido era más probable que tuvieran distorsiones sibilantes que los que no lo presentaban. También vió que la frecuencia de chasquido y distorsión de la sibilancia disminuía conforme aumentaba la edad. Por otro lado, Winitiz no pudo demostrar ningún enlace predecible entre el chasquido y el ceceo.

El chasquido de la lengua se diagnóstica con la observación del movimiento de la lengua al deglutir. Se le pide al niño que degluta mientras se le retrae el labio inferior. Si hay chasquido, la lengua quedará entre los dientes haciendo un sello anterior. También puede observarse una gesticulación facial por el fruncimiento de los músculos de la cara.

Para corroborar los movimientos de la lengua al deglutir, palpe los músculos de la masticación. Durante la deglución con chasquido, el masetero y el temporal permanecen pasivos, mientras que los dientes posteriores no ocluyen. Estos músculos se tensan durante la deglusión normal.

Sea cual sea la causa del hábito de lengua (tamaño, postura o formación), también funciona como causa eficaz de la maloclusión.

h) EMPUJE LINGUAL:

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos su periores en protrusión se observa a menudo hábitos de empuje lingual. Sin embargo, no ha sido comprobado definitivamente si la presión lingual produce la mordida abierta o si esta permite al niño empujar la lengua hacia adelante en el espacio existente entre los incisivos superiores e inferiores. Como el empuje afecta sólo a los músculos linguales, el tono del labio inferior y del músculo mentalis no es afectado, y de hecho, puede ser fortalecido. Al igual que con la succión del pul gar, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores, aunque también puede presentarse depresión de los incisivos in feriores con mordida abierta pronunciada y ceceo.

Al formular un diagnóstico de mordida abierta anterior, frecuentemente el odontólogo se preocupa demasiado por el hábito de succión del pulgar y no observa un hábito de empuje lingual o una lengua agrandada, que puede te ner igual importancia en la formación de la mordida abierta y piezas anteriores en protrusión.

i) EMPUJE DEL FRENILLO:

Un hábito observado raras veces es el del empuje de frenillo. Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia, el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse en hábito que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos centrales; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal. Como ejemplo tenemos que un paciente hacía alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así dos horas, después de haber tenido un buen descanso.

j) POSTURA:

Las malas condiciones posturales pueden provocar maloclusiones.

Se ha acusado a muchos niños encorvados, con la cabeza colocada en posición tal que el mentón descansa sobre el pecho, de crear su propia retrusión de maxilar inferior.

La mala postura y la maloclusión dentaria puede ser resultados de una causa común.

La mala postura puede acentuar una maloclusión existente.

Pero aún no se ha sido probado que constituya el factor etiológico primario.

k) MASOQUISTA O AUTOMUTILACION:

Ocasionalmente, se encontrará un niño con hábitos o naturaleza masoquista.

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia a la automutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales.

Plassett y Sim informaron haber observado una niña de 9 años que se movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlo.

También se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces a punto de destruir el hueso alveolar. Se han tenido datos de denudamiento bilateral del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores. Además mordidas en la cara interna de carrillos en las que se han encontrado grandes zonas de necrosis.

Es probable que se produzca, automutilaciones con mayor frecuencia de la que se reconoce, pues relativamente pocos niños estarán dispuestos a admitir el acto a menos que sean observados practicándolo. Por lo tanto, las lesiones autoinfligidas pueden ser diagnosticadas incorrectamente.

El odontólogo debe tener conciencia de la incidencia de esta situación y debe encarar el problema de la misma - manera como lo hace con los otros hábitos. Se debe hacer un intento por determinar la causa. Si se descubre que se debe a factores dentales locales, puede ser corregido. Sin embargo, en la mayoría de los niños, estará involucrado un problema emocional, en esta clase de hábitos se han descubierto niños desdichados, mal adaptados en el hogar y la escuela.

Fisher informó que la desdicha y los conflictos en el - hogar pueden estar más fácilmente ocultos en un adolescente de 15 años que en un bebé de 15 semanas.

## VI. METODOS EXTRABUCALES

Algunos de los métodos utilizados con éxito por los odontólogos y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño, son:

1. Substancias de sabor desagradable.
2. Tela adhesiva.
3. Guantes.
4. Brillos para las uñas.
5. Goma de mascar.
6. Goma de borrar.
7. Instrumentos musicales bucales.
8. Cremas faciales.
9. Pinturas.
10. Choque eléctrico tenue.
11. Inmovilizar los brazos.

## VII. METODOS INTRABUCALES

La mayoría de los instrumentos intrabucales, fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito. En la mayoría de los niños, estos instrumentos sirven para añadir un complejo de "culpabilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito, pero provocando el cambio rápido de un niño de carácter feliz a un "niño nervioso".

Estas son algunas preguntas que deberá hacerse el odontólogo antes de tratar de colocar en la boca del niño - algún instrumento para romper hábitos nocivos:

1. Comprensión del niño: ¿Comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el instrumento? ¿Quiere el niño - que ayuden?
2. Cooperación paterna: ¿Comprenden ambos padres lo que - está Usted tratando de hacer, y le han prometido cooperación total?
3. Relación amistosa: ¿Ha establecido Usted una relación amistosa con el niño, de manera que en la mente de éste exista una situación de "recompensa", en vez de una sensación de "castigo"?

4. Definición de la meta: ¿Han elegido los padres del paciente y Usted una "meta" definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?
  
5. Madurez: ¿Ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedad a corto plazo?

El odontólogo que se formule estas preguntas y se asegure de que, una por una, las respuestas son afirmativas, generalmente puede sentirse seguro de aplicar un instrumento.

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser contruidos por el odontólogo. La mejor manera de clasificarlos es, tal vez:

- a) Instrumentos fijos.
- b) Instrumentos removibles.

Si el niño demuestra deseos de ser ayudado, el odontólogo deberá elegir el tipo más apropiado de instrumento, después de tomar en consideración la edad del niño, su dentadura y su hábito bucal. Los niños de menos de 6 años, en quienes sólo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser aceptados a causa de

la inmadurez del niño. En la edad de dentadura mixta, engrapar piezas permanentes en proceso de erupción puede ser razón contraria a los instrumentos removibles. En este grupo, entre los 8 y 9 años, también se produce la maduración del lenguaje.

Sin embargo, un instrumento fijo puede causar la sensación en el niño de estar siendo "castigado", mientras que un instrumento removible puede permitirle la libertad de llevar el instrumento sólo en períodos críticos, como la noche. Ciertamente, para el odontólogo, la mayoría de los instrumentos removibles para abandono de hábitos son más fáciles de construir y ajustar que los de tipo fijo.

La mayor desventaja de los instrumentos removibles es que el niño los lleva sólo cuando él desea.

No todos los hábitos anormales relacionados con los dedos y la musculatura bucal exigen la intervención de un aparato. No todos los hábitos causan daños. Estos casos deberán observarse periódicamente y no se debe intervenir directamente.

a) FUNCIONES DE LOS APARATOS INTRABUCALES:

1. Hace que el hábito de chuparse el dedo pierda su sentido, eliminando la succión. El niño, desde luego, podrá colocarse el dedo en la boca, pero no obtiene verdadera satisfacción al hacerlo.
2. En virtud de su construcción, el aparato evita que la presión digital desplace los incisivos superiores en sentido labial y evita la creación de mordida abierta, así como reacciones adaptativas y deformantes de la lengua y de los labios.
3. El aparato obliga a la lengua a desplazarse hacia atrás, cambiando su forma durante la posición postural de descanso de una masa elongada a una más estrecha y normal.

b) TIPOS DE APARATOS INTRABUCALES:

1. TRAMPA DE PUNZON.

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos que se utiliza un "recordatorio" afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito. La trampa puede consistir en un alambre engastado en un instrumento acrílico removible tal como el retenedor Hawley, o puede ser una "defensa" añadida a un arco lingual superior y utilizada como instrumento fijo.

Las trampas pueden servir para:

- a) Romper la succión y la fuerza ejercida sobre el segmento anterior.
- b) Distribuir la presión también a las piezas posteriores.
- c) Recordar al paciente que está entregándose a su hábito.
- d) Hacer que el hábito se vuelva desagradable para el paciente.

2. TRAMPA DE RASTRILLO.

Las trampas de rastrillo, al igual que las de punzón pueden ser aparatos fijos o removibles. Sin embargo, como el término lo implica, este aparato, en realidad, más que recordar al niño, lo castiga. Se

construye de igual manera que la de punzón, pero - tiene púas romas o espolones que se proyectan de las barras transversales o el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. Las púas dificultan no sólo la succión del pulgar, si no también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

3. PLACA HAWLEY.

Para impedir la labioversión de los incisivos superiores.

4. PROTECTORES BUCALES (DE SUPERFICIE SUAVE).

## VIII. T R A T A M I E N T O

Para Whitman dice que "debe comenzar con la eliminación de las causas de las tensiones responsables del origen y mantenimiento del hábito" y que "debe obtenerse una - historia clínica completa para que podamos encontrar la causa original del trastorno y prevenir una recidiva".

Poldy dice que "el único consejo concreto que puede darse en la actualidad es que el dentista se interese en el desarrollo psicológico del paciente y trate de establecer las causas psicológicas de los hábitos".

a) SUCCION DIGITAL:

El tratamiento suele recomendarse entre los cuatro o cinco años.

Debe planearse el diagnóstico y tratamiento de cualquier problema psicológico que existiera antes de tratar cualquier problema potencial o presente de la dentadura.

Son importantes la frecuencia, duración e intensidad del hábito para evaluar el estado psicológico del chico. Los sucesos que preceden, tales como uso de una manta de seguridad, dependencia de algún juguete preferido, problemas para dormir, pesadillas, nerviosismo y ansiedad, proporcionarán información acerca de los posibles estímulos psicológicos del hábito. También es importante valorar la madurez del niño, en especial en respuestas a situaciones nuevas y observar sus reacciones a las sugerencias que se le hagan. Si el hábito bucal se relaciona con algún problema emocional, estas observaciones pueden descubrir síntomas que sugieran la necesidad de valoración psicológica. En ocasiones también los padres se encuentran muy preocupados por el hábito de su hijo. Si este problema es un foco de atención para aquel padre que no puede enfrentarse a él con positividad, se debe consultar al médico de la familia para que ayude tanto a los padres como al chico a solucionarlo.

Si la maloclusión está causada por el hábito de succión digital y se suspende antes de los cuatro o cinco años, es de esperarse que se corrija por sí misma. Es un error mencionar sólo una edad cuando se espera que se corrija por sí misma una maloclusión causada por la succión digital. La autocorrección dependerá de la gravedad de la maloclusión, de las variantes anatómicas del tejido blando peribucales y de la presencia de otros hábitos bucales tales como chasquidos de lengua, respiración por boca y hábitos labiales. Cuando la succión digital continúa después de los seis años y ya hay dentición mixta, aumenta la posibilidad de que la maloclusión producida por el hábito no se corrija por sí misma.

La mayoría de los niños entre los cuatro y ocho años con problemas por algún hábito de la lengua o dedos, sólo necesitan confianza. A menudo la preocupación es menos por los efectos dentales y más por la vergüenza que el hábito ocasiona al chico y a sus padres. Si la vergüenza es la preocupación y al niño no le interesa cambiar de hábito, es importante entonces dirigir la atención de los padres hacia otras interacciones positivas con su hijo y alejarlos de la preocupación relacionada con el hábito.

La manera de pensar el tratamiento para el hábito de

succión digital debe ir directamente hacia el chico. El primer ingrediente que se necesita para ayudarlos a suspender la succión es que el niño quiera hacerlo. Una vez que ésto se logra, el reforzamiento positivo y los recordatorios amistosos son el mejor tratamiento posible. Una llamada telefónica puede ayudarlo mucho ya que se le está demostrando que uno se preocupa por él. Los padres deberán ser compañeros silenciosos.

Es importante que el pequeño se dé cuenta que Usted no intenta avergonzarlo ni criticarlo si no ofrecerle su ayuda para enfrentarse a este hábito tan difícil. Anteriormente, es probable que el niño haya recibido mucha atención a través de regaños, amenazas y ridiculizaciones. Tanto los padres como otros miembros de la familia toman parte en este tipo de reforzamiento negativo. Esta última actitud sólo hará que se haga más - profundo el hábito.

Al niño se le pueden sugerir una serie de recordatorios para ayudarlo a que suspenda el hábito. Los recordatorios deben estar bajo el control del chico y deberán - ser utilizados sólo con su consentimiento. Cosas como las cintas adhesivas, brillos para las uñas o sustancias con sabor pueden colocarse en el dedo pulgar o en los demás para recordarle al chico que debe retirar el

dedo de su boca. Si el hábito es nocturno, se puede colocar alguna restricción en la mano o brazo para evitar que el dedo llegue a la boca. Sin embargo, todo ésto - debe estar bajo el control del niño y debe ser utiliza-do sólo con su permiso.

Si estas medidas probaran ser insuficientes, el dentis-ta del niño puede construir una variedad de aparatos intrabucales fijos o removibles para trata el hábito. Estos dispositivos dentales no son aparatos de castigo.

Durante el tiempo del tratamiento, el equipo médico y los padres deben proporcionar todo el apoyo emocional que sea posible. Han sido eficaces las técnicas positivas de modificación del comportamiento hasta el hipno-tismo para tratar el hábito de la succión digital. Cuando se suspende el hábito, se puede recompensar al chico con un nuevo juguete favorito o algún paseo especial.

b) BRUXISMO:

El tratamiento consiste en la identificación de la causa subyacente. Esto puede ser difícil ya que es probable que el niño no se percate de su hábito. En ocasiones, la eliminación de los problemas oclusivos resuelve el bruxismo. Esto puede lograrse con el remodela - miento selectivo de los dientes.

Otras técnicas incluyen ejercicios bucales, protectores bucales de superficie suave, cuando los factores psico- lógicos son causa importante.

Sheppard recomendó la construcción de una placa de mordida palatina, la que permite la erupción continuada de los dientes posteriores. Esta erupción es conveniente si los dientes han sido abrasionados por el hábito. Un protector plástico de la mordida, de vinilo, que recubra las superficies oclusales de todos los dientes, más 2mm de las caras vestibulares y linguales, puede - ser utilizado para impedir la abrasión continuada de los dientes. La superficie oclusal del protector de la mordida debe ser plana para no crear interferencia alguna.

En los pacientes con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes como el Clorhidra-

to de hidroxizina (Atarax) con una dosis de 25mg, una hora antes de dormir, ha dado por resultado la interrupción del hábito. No se pueden esperar cambios notables en unas pocas noches de medicación con drogas tranquilizantes, pero en un período de varios meses es apreciable el progreso.

Si hubiera problemas psicológicos subyacentes puede ser necesario proporcionar apoyo emocional al intentar quitar el hábito. En aquellos niños con angustia importante u otros problemas emocionales, el envío al psiquiatra puede estar indicado.

c) SUCCION DEL CHUPETE:

El tratamiento depende del convencimiento de los padres de que deben tan sólo deshacerse de él para que el lactante ya no pueda contar con su chupete.

d) MORDEDURA DE UÑAS:

El tratamiento debe estar encaminado a aliviar las presiones que ocasionan angustia al niño. La presión puede estar impuesta por él mismo o por los compañeros, maestros o padres para quienes el hábito es fuente de irritación. Los padres tienen esperanzas poco realistas para su hijo en la escuela, en competencias atléticas o en las labores del hogar, pueden producir un ambiente lleno de estrés. En ocasiones se pueden quitar estas presiones con consejos a los padres. Además, se puede consultar al maestro del ajuste de su hijo en la escuela.

La angustia que ocasiona la mordedura de uñas puede desaparecer antes que el hábito. El acercamiento positivo renova la autoconfianza y acelera la terminación del hábito.

Azrin comparó el acercamiento positivo y la desaparición del hábito con un reforzamiento negativo. Esto se lo gra con la substitución del hábito de mordedura de uñas por un comportamiento de competencia. Se recompensa este último. Azrin obtuvo 99% de desaparición del hábito con el método de substitución positiva, mientras que con el reforzamiento negativo la reducción fue sólo de 60%.

La autovigilancia ha demostrado ser eficaz, sobre todo en los adultos jóvenes. Ladouceur comparó el cambio de hábito, y la autovigilancia, por sí mismos y en combinación observando resultados semejantes en todos los casos.

Aunque Ladouceur duda de la necesidad del comportamiento de competencia, Horne vio que las técnicas para desaparecer el hábito son muy eficaces y propuso que el empuñamiento de la mano era un comportamiento de competencia que puede usarse para eliminar la mordedura de uñas en ocho semanas. También ha sido útil la sugencia positiva, como se usa en el hipnotismo, para corregir este hábito.

El reforzamiento negativo puede suprimir, pero no es eficaz para detener el hábito. Los regaños o castigos sólo retrasan por un tiempo el hábito. Los padres que corrigen y regañan, a menudo aumentan la tensión de su hijo y su necesidad de liberar angustia con la mordedura de uñas.

Los dispositivos de restricción o las sustancias amargas aplicadas en las uñas han tenido beneficios limitados. A algunos niños llega a agradarles el sabor de esa sustancia. Otros empiezan a morder otras partes:

de las uñas. No se recomiendan los sobornos, razonamientos ni tranquilizantes.

Cualquiera que sea la causa de la mordedura de uñas, la reacción negativa por parte de los padres sólo aumentará la presión y angustia que abruma al niño. El aliento y la comprensión son fuerzas positivas que aliviarán la angustia y relajarán la presión. Un acercamiento positivo es un paso hacia la eliminación de la necesidad de esta indeseable liberación emocional.

e) LABIALES:

El odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión del labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior. Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

Cuando se trata de lamidas o succión ligera de los labios, el daño se limita a la aparición de grietas o resequedad de los labios y de la piel que los rodea. A menudo esto mejora con cremas faciales u otras sustancias lubricantes. Si el hábito está ocasionando maloclusión, puede ser necesario un tratamiento más definitivo. Puede usarse dispositivos intrabucales para evitar la compresión de los labios entre los dientes. Sin embargo, en muchos casos, éstos aparatos por sí solos no permitirán la corrección de la maloclusión. Otras alternativas se basan en la suposición de que el hábito mentoniano se presenta cuando hay una proyección excesiva preexistente. Cuando se corrige la maloclusión con ortodoncia y disminuye la proyección, puede desaparecer el hábito.

f) RESPIRACION POR BOCA:

La suspensión del hábito de respirar por la boca necesita un esfuerzo por eliminar los diversos factores causantes. Esto puede ameritar la ayuda de un otorrinolaringólogo y de un alergólogo así como la participación de otros especialistas. Si persiste la respiración por la boca a pesar de tener una vía nasal permeable, es posible eliminar el hábito con un programa de reforzamiento positivo y autodisciplina, o con el empleo de un protector bucal bajo los labios.

El protector bucal es un sólido escudo insertado en la boca. Descansa contra los pliegues labiales, y se emplea para evitar la respiración bucal y favorecer la respiración nasal. Generalmente, se inserta durante la noche, antes de ir a la cama, y se deja puesto toda la noche, para que el niño, durante el sueño, se vea forzado a respirar por la nariz.

El protector bucal, si se lleva durante la noche, evita que los que se muerden los labios emplacen el labio inferior en lingual a los incisivos superiores, que los que empujan la lengua fuercen ésta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que se succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca. El protec-

tor bucal, por lo tanto, puede servir para múltiples - propósitos, y debería utilizarse más extensamente. El protector puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar, y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas.

g) CHASQUIDO DE LENGUA:

Todavía no están muy claros los resultados sobre el tratamiento del chasquido de lengua.

En 1975, el Jointe Committee on Dentistry and Speech Pathology-Audiology indicó que hay muy poco de qué preocuparse con el chasquido de lengua en los niños, y puso en duda la existencia de esta situación como una entidad clínica.

Cuando el chasquido de lengua se relaciona con maloclusión de los dientes primarios, en 75% de los casos no se transmitirá la maloclusión a los dientes permanentes. Las investigaciones han demostrado que el chasquido - suele corregirse por sí misma a los ocho o nueve años o para el momento en que salen por completo los dientes anteriores permanentes. Además, las maloclusiones de mordida abierta más anterior de los dientes permanentes relacionados con el chasquido de lengua se pueden corregir por sí mismas sin ortodoncia. La autocorrección se ve por mejoría del equilibrio muscular al deglutir, o sea, que durante la deglución madura la lengua permanece dentro de los arcos alveolares dentarios y no desplaza a los dientes. El chasquido de lengua se considera no un factor causante si no más bien relacionado con la maloclusión y trastorno del lenguaje.

Pueden fabricarse aparatos dentales fijos y removibles para restringir el movimiento anterior de la lengua al deglutir para retraerla hasta una posición más posterior y superior en la cavidad bucal. Esta posición de la lengua facilita la articulación de las palabras y la alineación normal de los dientes. No se ha demostrado en la clínica la utilidad de estos dispositivos, por lo que este tratamiento no está indicado antes de los ocho años.

No se recomienda el tratamiento del chasquido si no se acompaña de maloclusión o trastorno del lenguaje. No hay evidencia que indique que puedan presentarse estos problemas.

Si, por otro lado, hay chasquido de lengua con maloclusión, pero sin trastornos del lenguaje, la ortodoncia suele eliminar el chasquido. El tratamiento con ortodoncia por lo general es más útil si se inicia durante la etapa de dentición mixta o entre los nueve y 11 años.

En los casos de chasquido de lengua y trastornos del lenguaje, está indicado tratamiento del lenguaje en la etapa escolar primaria. El crecimiento mandibular normal y la disminución simultánea del tamaño de la masa

linfática faríngea puede mejorar el lenguaje por menor desplazamiento anterior y mayor espacio para acomodar la lengua durante la articulación de las palabras.

Si el chasquido de lengua se acompaña de maloclusión y trastornos del lenguaje, se necesitará tratamiento del lenguaje y ortodoncia. Existen ejercicios para la posición de la lengua que se utilizan en el tratamiento miofuncional. Sin embargo, el beneficio de este tratamiento es dudoso. Es tema de controversia el tratamiento miofuncional ya que los datos y comprobaciones de casos son insuficientes para demostrar su indicación y eficacia.

Todavía se necesita mucho estudio para establecer la necesidad de un método más efectivo de tratamiento para el chasquido de lengua.

h) EMPUJE LINGUAL:

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar, ésto será difícil de lograr. Se puede utilizar ejercicios miofuncionales, como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar, para llevar los incisivos a una alineación adecuada. A un niño de más edad, preocupado por su aspecto y ceceo, se le puede enseñar a colocar la punta de la lengua en la papila incisiva del techo de la boca y a tragar con la lengua en esta posición.

Andrews recomendó que el paciente fuera instruido para practicar la deglución correcta 20 veces antes de cada comida. Con un vaso de agua en una mano y un espejo - delante, se servirá un trago de agua, cerrará los dientes hasta ocluir, colocará la punta de la lengua contra la papila incisiva y deglutirá. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progrese sin tropiezos.

También ha dado éxtio el empleo de una pastilla de menta sin azúcar: se indica al niño que mantenga la pastilla con la punta de la lengua contra el paladar hasta

que se disuelva. Mientras mantiene así la pastilla, fluye saliva y el niño se ve obligado a deglutir.

Después que el paciente adiestró su lengua y sus músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución, se puede construir un arco lingual inferior con una rejilla o un mantenedor de acrílico superior, con una "valla", para que recuerde la posición correcta de la lengua durante la deglución.

También puede construirse una trampa de púas vertical. Se hace similar a la sugerida para evitar succión del pulgar, excepto que las barras palatinas están soldadas en posición horizontal que se extiende hacia abajo desde el paladar, para evitar el empuje de la lengua hacia adelante.

i) EMPUJE DEL FRENILLO:

El tratamiento sería a nivel ortodoncico, que consiste en cerrar los espacios o diastemas que presenta el paciente.

j) POSTURA:

El tratamiento se llevaría a cabo por medios ortopédico y emplearíamos el braquero de Wilwaukee utilizado en niños que padecen de escoliosis.

k) MASOQUISTA O AUTOMUTILACION:

El tratamiento consiste en llevar al niño a una clínica de orientación infantil, recurrir a la ayuda del - psiquiatra o envolver el dedo con cinta adhesiva.

Al parecer, la automutilación es una escapatoria de la realidad.

Por lo tanto, podemos decir que la tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pequeños pacientes.

## IX. C O N C L U S I O N

Los efectos de los hábitos bucales van desde molestias menores o verguenzas en la mordedura de uñas hasta grandes deformaciones de la cara que se ven en la respiración por la boca o en la succión digital. El desequilibrio muscular que ocasionan estos hábitos durante el período de crecimiento de la cara y durante la erupción de ambas denticiones se ha demostrado que produce mal desarrollo facial, maloclusión dental y trastornos del lenguaje.

A pesar de la controversia que existe en la literatura en relación con los hábitos bucales, existe información suficiente para que el odontólogo elabore un plan terapéutico asequible.

Aunque se recomiendan muchos planes terapéuticos para los diversos hábitos bucales, todos deben tener un denominador común para poder tener éxito en la "cura" del hábito del niño. Esto es el reforzamiento positivo del comportamiento adecuado y la supresión de reforzamientos negativos que pudieran haberse cosechado en el ambiente del individuo. El empleo del reforzamiento positivo asegurará la cooperación del niño y el deseo de terminar con el hábito.

## X. B I B L I O G R A F I A

1. OCLUSION.

Autor: Ramfjord - Ash.

Editorial: Interamericana.

Año: 1972

2. ODONTOLOGIA PEDIATRICA.

Autor: Samuel Leyt.

Editorial: Mundi, S.A. I. C. y F.

Año: 1980

3. CLINICAS PEDIATRICAS DE NORTEAMERICA.

Volumen: No. 3

Editoria: Interamericana.

Año: 1982

4. JOURNAL PEDIATRICS.

Volumen: 92 No. 5

Año: Mayo, 1978

5. TRATADO DE PEDIATRIA.

Autor: Nelson-Vaughan-Mckay.

Tomo: 1

Editorial: Salvat

Año: 1976

6. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICO

Autor: C. Henry Kempe

Editorial: El Manual Moderno

Año: 1974

7. ORTODONCIA TEORIA Y PRACTICA

Autor: Dr. T.M. Graber

Editorial: Interamericana - 3a. edición

Año: 1974

8. ORTODONCIA PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE

Autor: MacDonald, Ralsh E.

Editorial: Interamericana

Año:

9. ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Autor: Sidney B. Finn

Editorial: Interamericana - 4a. Edición

Año: 1974

10. ORTHODONTICS PRINCIPALES AND POLICIES

Autor: H. Pery Hitchcock

Editorial: Lea and Serbyger - Philadelphia

Año: 1974