

**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA****ESCUELA DE ODONTOLOGIA**

(Incorporada a la U.N.A.M.)



**"HABITOS ORALES NOCIVOS EN EL  
DESARROLLO FISICO Y PSICOLOGICO  
DEL NIÑO"**

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
**CIRUJANO DENTISTA**  
P R E S E N T A  
JUDITH LLAMAS GONZALEZ

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

# I N D I C E

	Pag.
Introducción .....	1
I Definición de Hábito .....	3
II Etiología de los Hábitos .....	6
III Clasificación de los Hábitos .....	12
- Succión Digital .....	17
- Hábito de Labio .....	25
- Hábito de Lengua .....	28
- Respiración Bucal .....	33
IV Otros Hábitos .....	
- Onicofagia .....	36
- Empuje del Frenillo .....	38
- Automutilación .....	40
- Bruxismo .....	42
V Maloclusiones ocasionadas por los Hábitos .....	44
VI Maloclusión y Comportamiento psicológico y social .....	60
VII Tratamiento Miofuncional de los Hábitos .....	63
- Principios del Tratamiento Miofuncional .....	65
VIII Corrección de Hábitos mediante aparatología .....	76
Conclusiones .....	92
Bibliografía .....	94

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

La succión del pulgar y de otros dedos es muy común en los niños y puede considerarse hasta cierto punto un acto normal hasta los dos años y medio. Después de esta edad debe eliminarse por la persuasión y convencimiento racional por parte del niño de los males que le pueden acarrear la persistencia del hábito.

Se pueden recomendar aparatos que le recuerden al niño que no debe chupar el dedo o cualquier otro hábito, y de esta forma evitar que encuentre placer al realizarlo.

Es recomendable investigar las causas de todo hábito, pues, muchas veces, por ejemplo, niños con respiración bucal colocan el dedo entre los dientes para facilitar el paso del aire por la boca manteniendo los maxilares separados y descansando sobre el dedo o los dedos introducidos en la boca. Esto nos haría pensar que se trata de un hábito de succión digital, cuando en realidad no es así y provocando un diagnóstico y tratamiento erróneos.

Otro hábito importante es el de mordedura del labio, que también acompaña muchas veces a los respiradores bucales porque el labio inferior queda situado entre los dientes anteriores de ambas arcadas y el niño adquiere la costumbre de morderlo, aumentando así las anomalías producidas por la respiración bucal.

Otros hábitos menos frecuentes, pero que también son causa

de anomalías adquiridas, son el empuje del frenillo, el bruxismo o bricomanía, la automutilación y la onicofagia ( hábito de morder las uñas ), que generalmente desvían uno o más dientes además de producir desgastes dentarios localizados en la zona que sufre la presión.

En la deglución anormal la interposición de la lengua entre los arcos dentarios provoca anomalías que requieren corrección ortodóncica, pero se hace indispensable reeducar primero al niño en la deglución normal para eliminar la fuerte presión de la lengua, que será un factor decisivo en la aparición de recidivas.

En los últimos años se ha prestado mucha atención al problema de la alimentación por medio de biberones como causa de anomalías dentofaciales. La lactancia artificial va íntimamente ligada a la deglución anormal por persistencia de la forma visceral de deglución que debe ser normal en el niño sin dientes, pero que debe cambiar a deglución somática con la aparición de los dientes. Se deduce que, con el uso de biberones convencionales, el niño no efectúa la succión normal de la lactancia natural y que los músculos orales y periorales no actúan como deben ser.

Estos hábitos orales son considerados nocivos no sólo por las deformaciones anatómicas y estéticas que producen sino por los conflictos emocionales y psicológicos que tendrán una repercusión directa en el desarrollo tanto físico como mental del niño.

## DEFINICION

Podemos decir que un hábito es toda actividad cuya repetición sea lo suficientemente frecuente como para que podamos considerarla, una costumbre.

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja.

Cada vez que se repite el acto se vuelve menos consciente, y si constantemente se esta repitiendo, éste puede llegar a ser relegado por completo al subconsciente, convirtiendose en un modelo mental inconsciente.

Los hábitos se forman gracias al entrenamiento, es decir, a una repetición organizada, de una manera determinada, y con un fin concreto. El hecho de que aparezca un hábito no siempre indica que éste sea malo, puesto que es en la infancia también donde deben fomentarse los buenos hábitos con el fin de modelar y acrecentar siempre una mejor salud. Pero nuestra atención se dirigirá a la presencia de los hábitos que en cierto momento pudieran ser perjudiciales.

El crecimiento de los hábitos, en los distintos períodos de la infancia, es diferente : refiriendonos con ello, tanto a su cantidad como a su calidad.

Es pues importante recalcar que muchos hábitos pueden considerarse como normales, ya que sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares; por ejemplo la acción normal de los labios y masticación correcta.

Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos considerados como perniciosos ya que tienden a perturbar una función normal o en el peor de los casos llegar a ocasionar alguna deformación.

Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados, que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan así un papel importante en el crecimiento craneofacial y en la fisiología oclusal.

Definición de Hábito según Thompson, 1927

" Es la práctica fija producida por la constante repetición de un acto "

" Aunque los Hábitos Perniciosos causan maloclusiones los hábitos correctivos pueden ser grandes aliados "

Johnson, 1938.

Los hábitos bucales también han sido considerados 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 desplazamiento de las piezas y en oclusiones que pueden volverse francamente anormales, si los hábitos continúan durante largo tiempo.

Algunos autores creen que algunos de los hábitos son, en cierta medida, la presión de situaciones de inseguridad y desajuste resultante de problemas emocionales generalizados profundamente en el individuo.

Los intentos de este tipo pueden contribuir, a centrar la atención del niño sobre su hábito ó, en caso contrario, a transferir la energía emocional que los origina hacia otros hábitos ó síntomas, con frecuencia más indeseables que los iniciales.



## ETIOLOGIA

Dentro de cualquier tratamiento no sólo nos enfocamos a los efectos de un proceso patológico sino también a su causa, para poder eliminarla y controlarla.

Los hábitos pueden no ser una causa primaria sino una intermedia o secundaria. Si no llegamos a la causa básica del hábito nocivo, nuestro pronóstico de éxito en su tratamiento deberá ser reservado. Hay factores etiológicos subyacentes a los hábitos perjudiciales que ocasionan la maloclusión.

El conocimiento de los siguientes factores es fundamental para el plan de tratamiento y la terapia :

### MECANICAS

Las causas mecánicas de los hábitos se ven en un niño que tenía patrones de respiración y deglución normales hasta, por ejemplo, que los incisivos permanentes erupcionaron ectópicamente en una posición protruida y provocaron una interferencia mecánica. Como resultado el labio inferior pudo haber quedado atrapado por los incisivos ectópicos. Siendo preciso que el niño empujara su lengua para lograr el vacío necesario para la deglución.

En esta situación, los patrones de deglución atípicos son bastante recientes y en respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los dientes.

Por supuesto, el hábito agravará con mucha asiduidad este tipo de erupción.

#### PATOLÓGICAS

Una inflamación de las amígdalas y las adenoides puede acarrear la respiración bucal; muchas veces las adenoides pueden quedar agrandadas aún después de que la infección ha remitido y persistir dicha respiración.

En este caso la extirpación de las amígdalas y las adenoides puede ayudar en el tratamiento del hábito y restaurar los patrones de respiración adecuados.

Los labios agrietados también pueden originar un hábito, a menudo no relacionado con otros factores. El hábito de morderse el labio como respuesta a las grietas de aquellos, puede eliminarse sólo si se las corrige y controla.

#### EMOCIONALES

Los niños que están aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluirían determinados hábitos. Esta tendencia puede describirse también desde el punto de vista de la conducta, como retorno a conductas previamente gratificantes o reconfortantes.

Estos hábitos por lo general desaparecen cuando el niño madura y/o pasa el problema emocional y, con él, la necesidad de recompensas o reaseguramientos positivos.

El daño inflingido por tales conductas dependen de :

- Intensidad
- Duración
- Frecuencia

Un hábito de corta data y de ligera intansidad puede no provocar daño en absoluto. Lo que el niño puede requerir aquí es amor y comprensión y no un tratamiento miofuncional.

#### POR IMITACION

Los niños pequeños aprenden por imitación a hablar, sentarse, ponerse de pie, etc. Como resultado de esto, con frecuencia desarrollan los problemas de fonación de sus padres.

Los niños también imitarán sus posiciones de la lengua y mandíbula.

Puede ser que este problema se presente en varias generaciones y no necesariamente sea un factor genético ya que, en realidad, pudo haber sido una conducta imitativa pasada de una generación a la siguiente. Aunque esto no pretende negar la importancia de las determinantes genéticas en el desarrollo de las maloclusiones.

#### CONDUCTA AL AZAR

Existen casos en los que el comportamiento parece carecer de objetivo y es el azar, cuando no completamente accidental.

Algunos comportamientos al azar tienen, no obstante, orígenes que pueden ser tan remotos clínicamente que no sea factible ser identificados. Por ejemplo, un niño sufrió molestias provocadas por la dentición cuando erupcionaron sus incisivos superiores. Para aliviar el dolor él frotaba sus encías con el pulgar y, al descubrir que esta anestesia por presión era reconfortante, mantenía su dedo contra la encía. Con rapidez comenzó a chuparlo en forma regular ante el placer que le causaba.

Algunos pueden descubrir el placer de chuparse el dedo cuando se lo colocan en la boca después de lastimarse por un corte o por una quemadura. Esta conducta al azar pudo iniciar un hábito.

El objetivo aquí es indicar que no todos los hábitos tienen causas físicas o emocionales imitativas profundamente enraizadas.

Las conductas que originalmente se adoptaron al azar por lo común responden con mayor prontitud al tratamiento.

De acuerdo al criterio de otros autores, consideran que la etiología puede ser debida a 2 causas :

a ) De origen psicológico .- cuyo principio puede ser un conflicto emocional.

b ) De origen fisiológico .- teniendo como punto de partida una falta de estimulación de alguna función.

Todos los hábitos tienen un fondo psicogénico que sirve como desahogo de tensiones emocionales.

Para poder resolver favorablemente cualquier tipo de hábito, lo primero que hay que hacer es llevarlo del subconsciente al consciente; ya que sería un error tratar de eliminarlo sin que el niño haya tomado conciencia de él.

A continuación citaremos las causas que en términos generales, nos pudieran llevar al desarrollo de un hábito pernicioso :

- 1.- Patrones iniciales de la alimentación del niño demasiado rápidos.
- 2.- Que el niño reciba poca alimentación en cada toma.
- 3.- Que se produzca demasiada tensión en el momento de la alimentación.
- 4.- En ocasiones el sistema de alimentación por medio de biberón.
- 5.- Falta de amor y ternura maternal, que comúnmente ocasiona inseguridad en el niño.
- 6.- Celos producidos por alguna diferencia de trato en el hogar.
- 7.- Dificultades y conflictos familiares.
- 8.- Presiones escolares ( por parte de los padres o de los maestros ).
- 9.- Molestias provocadas por erupción de los dientes.

10.- Programas de televisión impropios, de violencia o de terror, que no son aptos para menores, porque no controlan sus emociones y las descargan con un hábito.

11.- Ciertos temores ( a la obscuridad, separación de los padres, a ciertos animales, etc. ).

12.- Aceptación o rechazo del niño, lo cual le ocasiona cierto tipo de ansiedad.

Al ir tratando cada uno de los hábitos nos enfocaremos a las posibles causas que estén contribuyendo en el desarrollo del mismo.

## C L A S I F I C A C I O N

Existen diferentes criterios en cuanto a la clasificación de los hábitos bucales, por lo tanto es difícil dar una sola que sea la correcta o la más completa; de este modo tenemos que se pueden clasificar en :

A ) HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

B ) HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

A ) El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa con la madurez, al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres y de la gente que los rodea.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denominan no compulsivos. De estas situaciones no resultan generalmente reacciones anormales, 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 ) Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de ese hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo.

Tiende a sufrir más ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito.

Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que le rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

Existe otra clasificación que se refiere al tipo de hábito y que los autores lo mencionan de la siguiente forma :

1 ) HABITOS DEFORMANTES

-Hábitos anormales de la respiración.

-Hábitos anormales de la deglución.

-Hábitos de succión.

-Hábitos anormales de la fonación.

2 ) HABITOS DIVERSOS

-Hábito de lengua.

-Hábito de labio.

-Mordedura de uñas.

-Hábito de las mejillas.



3 ) HABITOS DE POSTURA

- Presiones anormales.
- Malos hábitos al dormir.
- Mímica.
- Malos hábitos al estudiar.

4 ) HABITOS NERVIOSOS ESPASMODICOS

- Respuesta del niño bajo stress.
- Actitud paterna.

Los actos infantiles que resultan de los modelos mentales inconscientes parecen surgir de 5 fuentes principales que son :

Instinto

Insuficiencia o incorrecta salida de energía

Tamaño físico anormal de ciertas partes

Imitación

Imposición de los padres

Todos tenemos hábitos y según la edad hay hábitos normales y anormales.

Hay que saber distinguir entre un hábito normal y uno compulsivo.

EJEMPLO :

Chuparse el dedo hasta los 3 años es normal, después de esta etapa pasará a ser un hábito compulsivo.

Se ha visto que si se castiga a un niño por un hábito que es normal, éste hábito se fijará.

Por otra parte encontramos que existen hábitos por imitación entre hermanos; los más chicos imitan a los mayores.

La herencia juega un papel decisivo en muchos hábitos; se observan ciertos hábitos de los padres en los hijos con la peculiaridad de que la iniciación del hábito corresponde cronológicamente a la misma época de la vida.

William James (Psicólogo) escribió :

" Un hábito adquirido, desde un punto de vista psicológico, no es más que un nuevo camino de descarga formado en el cerebro, mediante el cual tratan de escapar ciertas corrientes aferentes..."

Los hábitos en relación con la maloclusión deberán ser clasificados como :

A ) UTILES .- incluyen los de funciones normales como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuadas y uso normal de los labios para hablar.

B ) DAÑINOS .- son todos aquellos que ejercen presiones perversas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de boca abierta, morderse los labios, chuparse los dedos, etc.

## S U C C I O N   D I G I T A L

### REFLEJO DE SUCCION :

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. 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, evidentemente el patrón de succión del niño responde a una necesidad.

La sensación de alivio del hambre que sigue a la succión y el calor de la leche que llega a su cuerpo 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 examinados por medio de sensaciones bucales. El intento de llevar a la boca un objeto "bueno" se denomina introyección; el rechazo de un objeto "malo" se 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, sino también son un medio de probar, con los sentidos disponibles, lo que es bueno o malo. Los objetos introducidos en la boca, especialmente si son calientes y blandos, traen asociaciones de alimentos y bienestar pasados. Utilizando estas experiencias satisfactorias, se da a sí mismo cierta satisfacción secundaria para aliviar las frustraciones del hambre u otro malestar, al introducirse su dedo o pulgar en la boca. El dedo mantenido en la boca se vuelve el sustituto de la madre. Satisface la necesidad de tener algo en la boca y también la necesidad de agarrarse a algo, y algunos consideran esto como uno de los primeros síntomas de desarrollo de independencia o separación de la madre.

Como ya dijimos el recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no sólo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar.

Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada. Posteriormente, al desarrollar sinapsis y otras vías, el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

La succión digital es practicada por muchos niños por una variedad de razones, la mayoría comienzan muy temprano en la vida y frecuentemente son superados hacia los tres o cuatro años de edad.

La presión que ejerce éste hábito puede ser la causa directa de una maloclusión severa.

La época de aparición de los hábitos de succión digital tiene alguna significación. Los que aparecen durante las primeras semanas de vida, están típicamente relacionados con problemas de lactancia. El neonato seguramente todavía no está envuelto en problemas de rivalidad con hermanos, y sus inseguridades se relacionan con demandas tan primitivas como el hambre. Sin embargo, algunos niños no comienzan a chuparse el pulgar u otro dedo, hasta que se usa como dispositivo durante la erupción difícil de un molar primario.

Aún más tarde, algunos niños usan la succión digital para la liberación de tensiones emocionales que no pueden superar, gozando en regresar a un patrón de conducta infantil.

Todos los hábitos deben ser estudiados por sus efectos psicológicos, porque pueden estar relacionados con el hambre, la satisfacción del instinto de succión, inseguridad, o hasta un deseo de llamar la atención.

Los psicólogos del desarrollo han producido una serie de teorías para explicar "la succión digital no nutritiva".



La mayoría de las primeras ideas respecto a la succión digital estaban basadas firmemente en la clásica teoría Freudiana.

Freud sugería que la oralidad en el infante está relacionada con la organización pregenital y la actividad sexual no está separada todavía de la toma de alimento.

Así, el objeto de una actividad, la succión del pulgar, también es el de otra, lactancia. Un desarrollo lógico de esta teoría se relaciona con intentos de detener el hábito de succión del pulgar, porque la creencia Freudiana sostiene que la interferencia abrupta de un mecanismo tan básico, probablemente conducirá a la aparición de tendencias antisociales. La succión digital también ha sido relacionada con la inadecuada actividad de succión. Se encontró en una serie de estudios, que había menos succión del pulgar, cuando la alimentación era en lapsos cortos de tiempo, que cuando las comidas estaban ampliamente separadas. Además, se aprendió que, en general, los niños no chupadores de pulgar tomaban un tiempo más prolongado para alimentarse que el de los chupadores.

En oposición a la teoría de la actividad de succión inadecuada está la teoría del impulso oral de Sears y Wise, cuyo trabajo sugiere que la fuerza del impulso oral es, en parte, una función de cuánto tiempo un niño continúa alimentándose por medio de la succión. Así, no es la frustración del destete lo que produce la succión del pulgar, sino el impulso oral, que ha sido reforzado por la prolongación de la lactancia.

Las diversas teorías respecto a la "succión digital no nutri-



tiva" no son completamente incompatibles una con otra. Más bien sugieren que el hábito de succión del pulgar debe ser considerado por el clínico como un patrón de conducta de naturaleza multivariada. Es muy posible que la succión del pulgar pueda comenzar por una razón y ser mantenida en las edades siguientes por otros factores.

La mayoría de los hallazgos comunicados hasta ahora, parecen apoyar mejor la teoría del aprendizaje, sobre todo si el aprendizaje de la succión digital está asociado con succión nutritiva prolongada y sin restricción.

La sexualidad infantil y la gratificación bucal son entidades cinestésicas neuromusculares poderosas. Al buscar un aparato eficaz para beber leche, se ha ignorado la fisiología básica del acto de mamar. En la lactancia natural, las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentren en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás, gracias a la vía condilar plana.

El niño siente el calor agradable del seno, no sólo en los tejidos que hacen contacto mismo con el pezón, sino también sobre sobre toda una zona que se extiende más allá de la boca. El calor y los mimos de la madre indudablemente aumentan la sensación de euforia.

Un estudio realizado con computadora sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada, dió como resultado que los niños amamantados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucales anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

La tetilla artificial ordinaria sólo exige que el niño chupe; no tiene que trabajar y ejercitar el maxilar inferior como lo hace al mamar. Con la tetilla artificial la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia, fue perfeccionado el ejercitador (chupete). Se espera que empleando una tetilla más anatómica, junto con el ejercitador, en forma correcta, reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo y al pulgar entre las comidas y a la hora de dormir.

La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. El destete deberá ser pospuesto hasta el primer año de edad. Si la lactancia se realiza con tetilla artificial fisiológicamente diseñada, junto con el contacto materno y los mimos, se cree que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán reducidos significativamente.

Es posible que el bruxismo y la bricomanía, tan frecuentes

en niños y adultos, también puedan ser reducidos al obtener gratificación y satisfacción sensorial durante el acto de la alimentación. Se recomienda el uso del chupete fisiológico, durante la época de la erupción de los dientes para suplementar los ejercicios de la lactancia.

La mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y la lengua, que pueden ser considerados como normales durante el primer año de vida, desaparecerán espontáneamente al final del segundo año si se presta la atención debida a la lactancia.

Aconsejar a los padres eliminar el hábito durante el tiempo que es normal es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción, y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento. Pero muchos no lo harán, y el hábito se acentuará de tal forma que no desaparece por sí solo como lo hubiera hecho si no se intenta modificarlo. El fracaso de los intentos para eliminar el hábito o la continua vigilancia del niño por los padres para sacar el dedo de la boca, da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención. El niño aprende rápidamente a atraer la atención de sus padres, y generalmente lo consigue.

La modificación del hábito bucal no ocurre sin sus posibles efectos colaterales. Los hábitos de succión digital que están profundamente enraizados pueden transformarse en empuje lingual o

hábito de succión labial. A veces, los hábitos de succión frustrados en los niños provocarían una regresión a una enuresis infantil.

Algunos investigadores indicaron que la terminación brusca y/o prematura del hábito de succión, normal o residual, puede contribuir a una ingesta compulsiva, un fumar excesivo o al alcoholismo a posteriori en la vida.

Se encontro también cierta relación con el lugar que ocupa el niño entre sus hermanos, el hermano colocado en el 1er. lugar tiene el porcentaje más elevado de hábitos orales.

Si bien la succión de un dedo es por lo general un hábito, puede ser el signo de un problema psicológico profundo.

Klein distingue entre la succión "significativa", la cual sugiere la existencia de una relación psicológica directa causa-efecto y la succión "vacía", la cual se refiere a una acción sin causa detectable (un hábito simple).

Si existe un hábito significativo se debe pensar en una interconsulta con el psicólogo o pediatra antes de intentar cualquier tratamiento.



## H A B I T O D E L A B I O

A veces los hábitos labiales son el remanente de un instinto de chupar o la transferencia de un hábito digital anterior. Otras veces son el resultado de labios raspados o irritados. Aunque estos últimos pueden comenzar en invierno o después de altas fiebres por eventuales raspaduras, a veces persisten cuando desaparece la irritación. Los hábitos labiales también se producen como reacción ante la erupción ectópica de los incisivos superiores.

Quizá más frecuentes que los hábitos labiales sean las degluciones atípicas, empujes linguales y hábitos de chuparse la lengua.

En casi todos los casos, es el labio inferior el implicado, aunque también se han observado hábitos de mordedura del labio superior. Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces, la linguoversión de los incisivos inferiores.

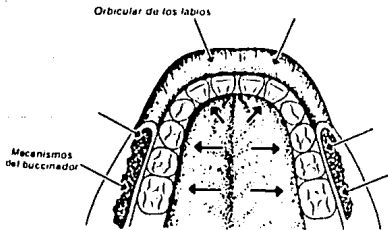
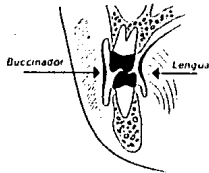
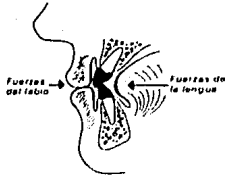
La actividad normal del labio con frecuencia está asociada con el hábito de dedo. Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, por ejemplo : chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa la deformidad.

Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal.

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

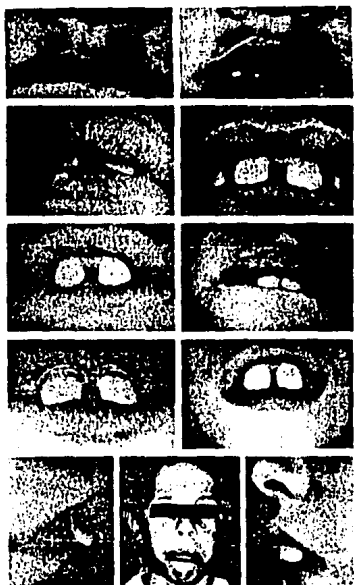
Es fácil discernir la actividad anormal del músculo borla de la barba observando la contracción y el endurecimiento del mentón durante la deglución. Al igual que la lengua puede deformar las arcadas dentarias, también lo puede hacer un hábito anormal de labio. Cuando el hábito se hace pernicioso, se presenta un aplanamiento marcado, así como apiñamiento, en el segmento anterior inferior. En casos graves el labio mismo muestra los efectos del hábito anormal. El borde bermellón se hipertrofia y aumenta de volumen durante el descanso.

Se acentúa el surco mentolabial o la hendidura suprasinfisal.





En algunos casos aparece herpes crónico, con zonas de irritación y agrietamiento del labio. En ocasiones, el hábito de chuparse los dedos se convierte en actividad compulsiva de satisfacción, especialmente durante el sueño. El enrojecimiento característico y la irritación que se extiende desde la mucosa hasta la piel bajo el labio inferior pueden ser notados. Resulta fácil observar el hábito de deglución anormal, así como la hiperactividad del músculo borla de la barba.



## H A B I T O D E L E N G U A

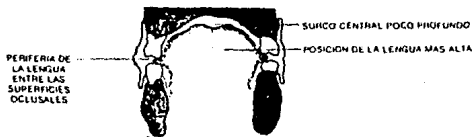
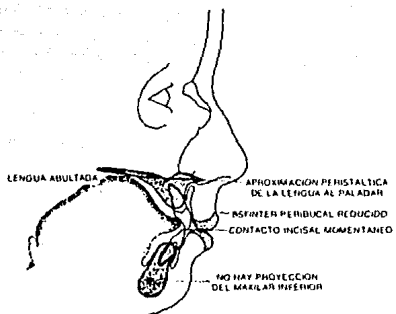
El efecto de un patrón de deglución desviado (también llamado deglución aberrante, proyección lingual y/o deglución infantil conservada), puede tener un efecto pronunciado sobre los dientes anteriores recientemente erupcionados, los que tienen un pequeño soporte de arco o radicular.

Straub describió como acto normal de deglución aquel en el cual los músculos de la masticación se emplean para llevar a estrecho contacto dientes y maxilares y mantenerlos así durante todo el proceso. La deglución típica se produce con los dientes en oclusión y con la punta de la lengua contra las caras linguales de los incisivos superiores y la porción anterior del paladar.

La lengua puede funcionar mejor cuando su punta y sus lados pueden ser forzados contra el paladar duro rígido y los dientes ocluidos. La fuerza de la lengua contra los dientes desde dentro de los arcos dentales es compensada normalmente por la acción de la musculatura de los carrillos y labios.

Si la fuerza de la lengua excede las fuerzas compensatorias ejercidas por otras estructuras, el resultado final será un cambio en la posición y relación de los dientes.

En el hábito anormal de deglución, en cambio, los músculos de la masticación no son utilizados para poner en contacto los maxilares. Primero la lengua es proyectada hacia adelante, entre



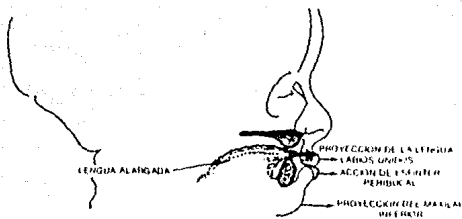
los dientes; después, los músculos de la masticación ponen en contacto los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores tocan la lengua. En la mayoría de los casos, sólo la punta de la lengua está involucrada con mordida abierta en sólo la región incisiva y canina. En otros, además de la punta interponen los lados de la lengua. Esta ubicación provoca mordida abierta en las zonas caninas y molares así como en la zona anterior.

Pueden resultar involucrados el músculo orbicular de los labios y otros músculos faciales de la expresión, especialmente el mentoniano, cuando el paciente busca tener el conjunto a modo de ayuda para llevar el bolo hacia atrás. El acto de deglución se repite aproximadamente dos veces cada minuto en las horas de vigilia y una vez por minuto o menos en las de sueño, dependiendo de la frecuencia del flujo salival.

La posición anormal de la lengua está también con frecuencia asociada a la mala oclusión de los dientes. Con los arcos en posición de reposo, la lengua puede extenderse sobre los bordes incisales de los incisivos inferiores y evitar la erupción normal.

Straub cree que tanto la posición de la lengua y la posición anormal de deglución pueden ser responsables de mordidas abiertas y maloclusiones de Clase III.

La deglución visceral (infantil), descrita primero por Rix, al parecer sería causada por la conservación de la pauta refleja congénita. El bebé deglute con los rebordes gingivales desden-



tados separados. Al erupcionar los dientes toman posición entre los labios y la lengua. En coincidencia con esto, el reflejo de deglución normalmente cambia y los músculos inervados por el quinto par craneal entran en acción. Una demora en este cambio podría deberse a haber mantenido demasiado tiempo a la criatura con chupones que sean demasiado largos o que tengan los agujeros demasiado grandes para que el líquido fluya demasiado libremente, y por la demora en incorporar los alimentos sólidos. Un hábito precoz de succión del pulgar también podría ser responsable de esa conservación del patrón infantil.

Existen ciertas razones anatómicas para la posición anterior de la lengua en los niños pequeños. La lengua crece casi hasta el tamaño del adulto a la edad de 8 años. En cambio la mandíbula sólo tiene una dimensión de 50% de la del adulto para esa edad.

Las amígdalas y las adenoides alcanzan casi dos veces el tamaño del adulto a los 12 años y entonces retroceden. Esta combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña, requiere que el niño transporte a la lengua en posición alta y al frente para conservar abiertas las vías respiratorias. En la pubertad, encontramos un crecimiento acelerado de la mandíbula y una disminución en la cantidad del tejido linfoide contribuyendo ambos a un incremento en el espacio orofaríngeo y a un cambio de la lengua a una posición más posterior. Esta distribución ocurre con más frecuencia en los pacientes con amígdalas o adenoides anormalmente grandes.

Las degluciones con la lengua adelantada, que pueden ser etiológicas de maloclusión, son de 2 tipos :

1 ) La deglución con empuje lingual simple, que es un empuje lingual asociado con una deglución normal o con dientes juntos.

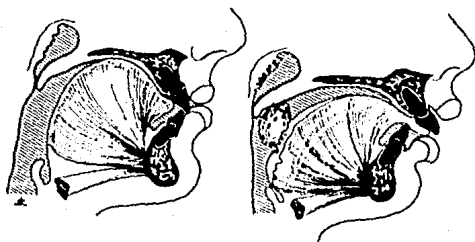
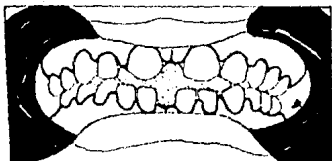
2 ) La deglución con empuje lingual complejo, que es un empuje lingual asociado con una deglución con dientes separados.

La deglución con empuje lingual simple, habitualmente está asociada a una historia de succión digital, aún cuando el hábito puede ya no ser practicado, pues a la lengua le es necesario adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

Los empujes linguales complejos, por otra parte, muy probablemente están asociados con incomodidad nasorespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis.

Cuando las amígdalas están inflamadas, la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares fauciales agrandados. Para evitar esta situación dolorosa, la mandíbula cae reflejamente, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición menos dolorosa. El dolor y la disminución de espacio en la garganta, precipitan una nueva postura adelantada de la lengua y un reflejo de deglución mientras los dientes y los procesos alveolares en crecimiento se acomodan





al trastorno concomitante en las fuerzas musculares. Durante la respiración bucal crónica, se ve un espacio libre grande, ya que la caída de la mandíbula y la protrusión de la lengua proveen una vía de aire más adecuada. Como el mantenimiento de la vía de aire es un reflejo más primitivo y exigente que la deglución madura, esta es condicionada a la necesidad de respirar por la boca. Los maxilares quedan separados durante la deglución para que la lengua pueda quedar en posición adelantada.





## R E S P I R A C I O N   B U C A L

Por mucho tiempo considerado un factor causal primario de la maloclusión dentaria, este hábito se considera ahora más bien un factor asociado o simbiótico y, en menor grado, el resultado de la maloclusión.

La respiración y la inspiración por la boca, es una forma de respiración que puede conducir a varios problemas orofaciales.

El efecto de filtración y calentamiento del aire en los conductos nasales se pierde.

Algunos pacientes respiran por la boca debido a una obstrucción de vías respiratorias nasofaríngeas. Otros pacientes con una obstrucción previa pueden continuar respirando por la boca como hábito, aún después de que la obstrucción ha sido aliviada.

Así tenemos que los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en 3 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 oclusión completa del flujo normal de aire a través del conducto nasal.

Frecuentemente se observa respiración obstructiva, en niños ectomórficos que presentan caras estrechas y largas, y espacios nasofaríngeos estrechos. A causa de su tipo genético de cara y nasofaringe estrechas, estos niños presentan mayor propensión a sufrir obstrucciones nasales que los que tienen espacios nasofaríngeos amplios como se observa en los individuos braquicefálicos.

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, lo hace por costumbre, aunque se haya eliminado la causa que lo obligaba 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 distinguirse a cuál de estas categorías corresponde 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.

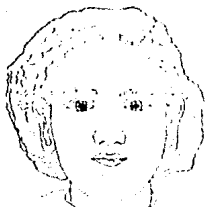
La resistencia a respirar por la nariz puede ser debida a :

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 desviado con bloqueo del conducto

CABEZA

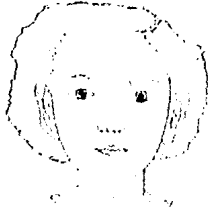
BIHADUCKI FALICA



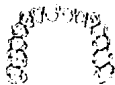
DOVICOCI FALICA



MENDELI FALICA



INDICACIONES DENTARIAS



ACTIVA



LABIOS  
Y ANGINA



LABIOS Y ANGINA

nasal.

3 ) Adenoides agrandados así como las amígdalas.

Como el tejido adenooidal o faríngeo es fisiológicamente hiperplásico durante la infancia, no es raro que los niños de corta edad respiren por la boca por esta causa.

4 ) Hipotrofia de los cornetes.

Respirar por la boca puede corregirse por sí sólo al crecer el niño, cuando el proceso fisiológico natural causa la contracción del tejido adenoideo.

Las encías hiperplásicas e inflamadas, acompañan con frecuencia a la respiración bucal debido a la exposición continua del tejido al aire seco.

De acuerdo con Linder-Aronson, los niños que se someten a adenoidectomía por una obstrucción de vías respiratorias tienden a cambiar su respiración por la nariz después de la operación.

Asociada con el cambio en el modo de respirar, está una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y del complejo cráneo-facial.



## MORDEDURA DE UÑAS

Este hábito también llamado onicofagia, es un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión.

Frecuentemente, el niño pasará directamente de la etapa de succión del pulgar a la de morderse las uñas.

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 presentaban este hábito, cuando permanecían impurezas debajo de las uñas, se observó una marcada atrición de las piezas anteriores inferiores.

Morderse las uñas alivia normalmente la tensión, y aunque los padres pueden no encontrarlos aceptables socialmente, debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años.

Un hábito, como cualquier conducta general, no deberá ser considerado malo a menos que perjudique realmente, ya sea de forma física o moral, al niño mismo o a quienes le rodean.

Morderse las uñas no es perjudicial en ninguna de estas formas. Cuando el niño crece y se convierte en adulto, otros objetos

sustituyen a los dedos.

Se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, puros, lápices, gomas de borrar o incluso las mejillas o la lengua de la persona como sustituto de los dedos, ya que cada edad tiene sus propios tranquilizantes.

Otros autores mencionan que puede existir alguna maloclusión asociada con este hábito, pero que probablemente sea de naturaleza más localizada que la que se ve con alguno de los otros hábitos de presión.

Niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que sólo es un síntoma de su problema básico.

## EMPUJE DEL FRENILLO

En el recién nacido, el frenillo labial se encuentra insertado en la cresta del borde alveolar. En situaciones normales, al hacer erupción los dientes y al depositarse hueso alveolar para aumentar la dimensión vertical, la inserción del frenillo paulatinamente se desplaza hacia arriba respecto al borde.

Las fibras de esta inserción pueden ser encontradas a través de toda la mucosa entre los incisivos centrales superiores y hasta la papila palatina. Las fibras se aproximan o se insertan en la sutura intermaxilar.

En los primeros años, las fibras del frenillo terminan normalmente de esta manera. Normalmente, las fibras están limitadas a una banda estrecha y no son suficientemente fuertes para afectar materialmente a la posición de los incisivos. Sin embargo, en algunos individuos esta banda de fibras no elásticas es más tensa y actúa como barrera para la migración mesial de los incisivos centrales durante la erupción, provocando la formación de un diastema de proporciones notables.

Los diastemas por frenillo con frecuencia son hereditarios. Esto no significa que si existe espacio entre los incisivos en el padre, el niño presentará siempre un espacio similar, ni el hecho de que el frenillo se encuentre insertado entre los incisivos separados tampoco comprueba que fue la causa de la formación de este espacio.

Algunos observadores consideran el espacio mismo como la característica hereditaria, y la presencia del frenillo como accidental.

Es posible que ambos sean parte de un patrón general y que ninguno dependa absolutamente del otro.

Desde luego que existen otros factores que causan diastemas entre los incisivos superiores además de los frenillos labiales.

Un hábito observado raras veces es el del empuje del frenillo. Si los incisivos superiores están separados por la presencia de un diastema, el niño puede trabar su frenillo labial entre las piezas y dejarlo en esa posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso, pero puede desarrollarse un hábito que desplace las piezas, ya que mantiene separados los incisivos superiores; este efecto es similar al producido en ciertos casos por un frenillo anormal.

" Un paciente hacia alarde de poder trabar el frenillo entre los dientes y mantenerlo así dos horas, después de haber tenido un buen descanso ".

## AUTOMUTILACION

Aunque no es frecuente en la literatura la referencia a la automutilación, a veces los niños se traumatizan intencionalmente los tejidos bucales. Plessett informó haber observado una niña de inteligencia aparentemente normal, de 9 años, que movilizó su canino temporal superior e incisivos permanentes inferiores hasta liberarlos de los tejidos de sostén y extraerlos.

Es probable que se produzcan 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 autoinflingidas 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 cualquier otro hábito.

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 y el odontólogo deberá dirigir a la familia hacia servicios de consulta competentes.

Se ha observado que niños de apenas 4 años se traumatizaban los tejidos gingivales libres y adherentes con la uña, a veces al punto de destruir el hueso alveolar.

Una niña de 14 años se provocó el denudamiento bilateral

del tejido vestibular en las zonas de los premolares superiores, para lo cual empleó la uña y un alfiler de gancho. Además, se mordió la cara interna del carrillo y se produjo grandes zonas de necrosis. Los padres no tenían noción del hábito y la causa de las zonas ulceradas de su boca, pues la hija no les había revelado que se las había causado por sí sola. La historia reveló una niña desdichada, mal adaptada en el hogar y la escuela. La niña y sus padres aceptaron la remisión a una clínica de orientación infantil, lo cual condujo a la solución del problema. Al parecer, la automutilación era una escapatoria de la realidad.

La tensión y los conflictos en el hogar pueden ocasionar automutilaciones en nuestros pequeños pacientes.

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.

En algunos casos el tratamiento consiste en ayuda psiquiátrica, hacer conciencia en los niños del daño que se ocasionan o si el niño es pequeño y no coopera se puede envolver el dedo con cinta adhesiva.

## BRUXISMO

El bruxismo o bricomanía, es la contracción tetánica de los músculos masticadores y el rechinamiento rítmico de los dientes de lado a lado.

Este hábito observado en niños, generalmente es nocturno, producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño está despierto.

El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los sonidos de las rozaduras a distancia, pudiéndose apreciar la gran fuerza necesaria para producirlos y la necesidad de eliminar este hábito lo antes posible.

La relación de causa y efecto no es muy clara. El bruxismo puede ser una secuela desfavorable de mordida profunda. Pero también sabemos que existe un componente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental.

Se sabe que influyen determinados impulsos sensoriales y propioceptivos al igual que con los trastornos de la articulación temporomandibular.

El niño puede producir atrición considerable de las piezas, y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la articulación.

La tensión nerviosa encuentra un mecanismo de gratificación en el rechinamiento y bruxismo, por lo que tal vez tenga una base

emocional, ya que este hábito ocurre generalmente en niños muy nerviosos e irritables, y que pueden presentar otros hábitos, como succión digital o mordedura de uñas.

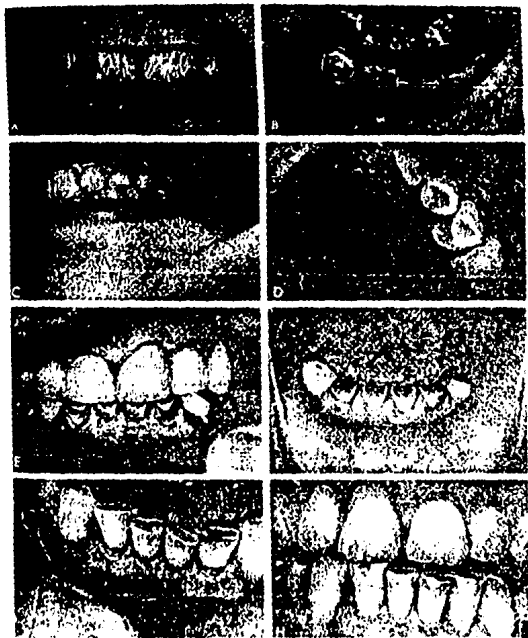
Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo también se ha observado en enfermedades orgánicas como corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

Otros factores causales son las restauraciones "altas", dientes en mal posición, puntos de contacto prematuros, una unidad dental mal puesta, etc., ya que el bruxismo afecta a personas de todas las edades, sobretodo en nuestra sociedad tan compleja y nerviosa.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, el psiquiatra y el odontopediatra. El odontólogo puede ayudar a romper el hábito construyendo una férula de caucho blando, para ser llevada sobre los dientes durante la noche. El caucho blando no forma una superficie dura y resistente al frotamiento; de esta manera, el hábito pierde su eficacia satisfactoria.





## MALOCLUSIONES OCASIONADAS POR LOS HABITOS

### CLASIFICACION

La clasificación de Angle sirve para describir la relación anteroposterior de las arcadas dentarias superior e inferior, que generalmente reflejan la relación maxilar.

Angle dividió la maloclusión en tres clases :

CLASE I      Neurooclusión

CLASE II     Distoclusión

CLASE III    Mesiooclusión

#### CLASE I

La consideración más importante aquí es que la relación anteroposterior de los molares superiores e inferiores es correcta, con la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluyendo en el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

En ocasiones, la relación mesiodistal de los primeros molares superiores e inferiores puede ser normal, la interdigitación de los segmentos bucales es correcta, sin malposición franca de los dientes; pero toda la dentición se encuentra desplazada en sentido anterior con respecto al perfil. El ortodoncista llama a esto protrusión bimaxilar.

Puede existir maloclusión en presencia de función muscular

peribucal anormal, con relación mesiodistal normal de los primeros molares, pero con los dientes en posición anterior a los primeros molares completamente fuera de contacto, incluso durante la oclusión habitual. Esto se llama "mordida abierta". Las condiciones que prevalecen generalmente se observan en la parte anterior de la boca, pero pueden también ocurrir en los segmentos posteriores.

#### CLASE II

En este grupo, la arcada dentaria inferior se encuentra en relación distal o posterior con respecto a la arcada dentaria superior, situación que es manifestada por la relación de los primeros molares permanentes. El surco mesiovestibular del primer molar inferior ya no recibe a la cúspide mesiovestibular del primer molar superior, sino que hace contacto con la cúspide distovestibular del primer molar superior, o puede encontrarse aún más distal.

Existen 2 divisiones de la maloclusión de Clase II :

#### DIVISION 1

La relación de los molares es igual a la descrita anteriormente, la dentición inferior puede ser normal o no con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada.

La forma de la arcada superior pocas veces es normal, en lugar de la forma habitual de "U", toma una forma que se asemeja a la de una "V".

La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior. La lengua ya no se aproxima al paladar durante el descanso.

Durante la deglución, la actividad muscular anormal de los músculos del mentón y buccinador, junto con la función compensadora de la lengua y cambio en la posición de la misma, tienden a acentuar el estrechamiento de la arcada superior, la protrusión, inclinación labial y separación de los incisivos superiores, la curva de Spee y el aplanamiento del segmento anterior inferior.

#### DIVISION 2

Los molares inferiores y la arcada inferior suelen ocupar una posición posterior con respecto al primer molar permanente superior y a la arcada superior. El mismo arco inferior puede o no mostrar irregularidades individuales, pero generalmente presenta una curva de Spee exagerada y el segmento anterior inferior suele ser más irregular, con superversión de los incisivos inferiores.

Con frecuencia, los tejidos gingivales labiales inferiores están traumatizados. La arcada superior pocas veces es angosta, siendo por lo general más amplia que lo normal en la zona intercanina.

Una característica relativamente constante es la inclinación lingual excesiva de los incisivos centrales superiores con inclinación labial excesiva de los incisivos laterales superiores.

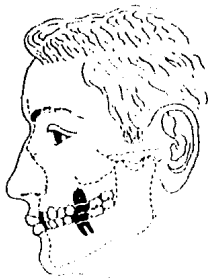
La sobremordida vertical es excesiva (mordida cerrada).

### CLASE III

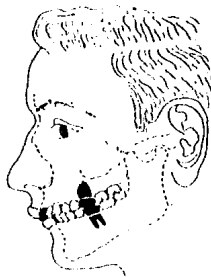
En oclusión habitual el primer molar inferior permanente se encuentra en sentido mesial o normal en su relación con el primer molar superior. La interdigitación de los dientes restantes generalmente refleja esta mala relación anteroposterior.

En la mayor parte de las maloclusiones, los incisivos inferiores se encuentran inclinados excesivamente hacia lingual.

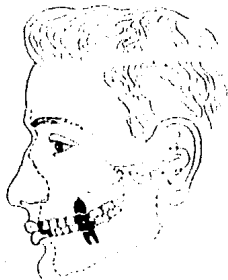
El espacio destinado para la lengua parece ser mayor, y ésta se encuentra adosada al piso de la boca la mayor parte del tiempo. La arcada superior es estrecha la lengua no se aproxima al paladar como suele hacerlo normalmente, la longitud de la arcada con frecuencia es deficiente y las irregularidades individuales de los dientes son abundantes.



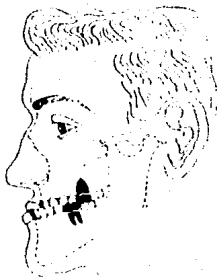
CLASS I



CLASS II DIVISION 1



CLASS II DIVISION 2



CLASS III

## S U C C I O N   D I G I T A L

Durante los 3 primeros años de vida, la experiencia ha demostrado que el daño a la oclusión se limita principalmente al segmento anterior. Este daño generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal.

Los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II división 1, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos.

Si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de la vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida horizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores.

La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el hábito más allá de los 3 años y medio. Esto no se debe en su totalidad al hábito, sino al auxilio importante de la musculatura peribucal. El aumento de la sobremordida horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo dificulta el acto normal de la deglución. En lugar de que los labios contengan a la dentición durante la deglución, el labio in-

ferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores, desplazándolos aún más en dirección anterior. La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante la noche y aproximadamente 2 veces por minuto durante el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliares por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución. Existen buenas pruebas clínicas de que la maduración de la deglución se retarda en chupadedos confirmados. El acto infantil de la deglución, con su actividad a manera de émbolo, persiste, o se prolonga demasiado el período transicional, con una mezcla de ciclos de deglución infantiles y maduros. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo; el hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad, (quizá solamente a la hora de dormir), pero el hábito de lengua continúa adaptándose a la morfología, por lo que la lengua no se retrae, hincha o aplanada. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior.

De especial interés es el músculo borla de la barba durante la posición de descanso y durante la función. Por esto, la deformación prosigue de manera más constante que lo que hubiera sido posible con un hábito de dedo confirmado. El verdadero peligro, por lo tanto, es cambiar la oclusión lo suficiente para permitir la actuación de las fuerzas musculares potentes y crear una maloclusión franca.



Son estas fuerzas pervertidas las que crean mordidas cruzadas laterales y bilaterales asociadas con los hábitos de dedo. La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante. Igualmente importante son otros dos factores. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final. El niño que chupa esporádicamente sólo cuando se va a dormir causará menos daños que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca. La intensidad del hábito es importante. En algunos niños el ruido producido al chupar puede escucharse a distancia. La función muscular peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles. En otros, el hábito no es más que la inserción pasiva del dedo en la boca sin actividad visible del buccinador.

Si el dedo índice es el favorito, causará mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca. El dedo mismo puede mostrar los efectos del hábito.

La duración, frecuencia e intensidad este trío de factores deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el dentista.

Si un niño ya posee una maloclusión inherente de clase II, división 1, los daños causados por el hábito y la función muscular



peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado.

El daño físico no es la única consecuencia de los hábitos de dedo persistentes. En casi todos los casos con antecedentes de intentos fracasados para desterrar el hábito, el niño conoce el disgusto que le causa al padre o a los padres. Algunos niños reconocen al chuparse el dedo como un mecanismo infantil y en realidad desean dejar este hábito. Pero, al igual que otros hábitos, encuentran que es difícil hacerlo. Tal fracaso puede poner al niño a la defensiva y auspiciar una actitud defensiva o de frustración, higiene mental poco deseable.

Durante la succión del pulgar, las contracciones de la pared bucal producen, en algunos patrones de succión, una presión negativa dentro de la boca, con el resultante angostamiento del arco superior. Con esta perturbación en el sistema de fuerzas en, y alrededor del complejo maxilar superior, a menudo es imposible para el piso nasal caer verticalmente a su posición esperada durante el crecimiento.

Por lo que se encuentra un piso nasal más angosto y una bóveda palatina alta. El labio superior se hace hipotónico y el inferior se vuelve hiperactivo, ya que debe ser elevado por contracciones del orbicular a una posición entre los incisivos en malposición durante la deglución.

## HABITO LINGUAL Y LABIAL

La actividad anormal del labio y la lengua con frecuencia estaba asociada con el hábito de dedo. Si la maloclusión es provocada por el primer ataque a la integridad de la oclusión, por ejemplo, chuparse los dedos, se desarrolla actividad muscular de compensación y se acentúa esta deformidad. Con el aumento de la sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y crear la presión negativa requerida para la deglución normal. El labio inferior se coloca detrás de los incisivos superiores y se proyecta contra las superficies linguales de los incisivos superiores por la actividad anormal del músculo borla de la barba.

El labio superior ya no es necesario para llevar a cabo la actividad a manera de esfínter, en contacto con el labio inferior, como sucede en la deglución normal; este permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído. A esta afección se la denomina en la literatura "postura de descanso incompetente del labio".

Debido al intento de crear un sellado labial anterior, existe una fuerte contracción del orbicular y del complejo del mentón.

Durante la deglución, la musculatura labial es auxiliada por la lengua. Dependiendo del grado de su formación, la lengua se proyecta hacia adelante para ayudar al labio inferior a cerrar durante el acto de la deglución.

Winders ha demostrado que en algunas zonas la actividad de la lengua durante la deglución normal es hasta 4 veces más intensa que la fuerza opuesta creada por los labios.

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, aumenta la severidad de la maloclusión.

Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la creación de mordida abierta anterior, las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores. Este círculo vicioso se repite con cada deglución. Esto significa que se ejerce una gran fuerza deformante sobre las arcadas dentarias casi mil veces diarias.

El hábito de chuparse los dedos adopta un papel secundario. En realidad, muchos niños que chupan el labio inferior o lo muerden reciben la misma satisfacción sensorial previamente obtenida del dedo. Espontáneamente dejan el hábito del dedo por el nuevo, más conveniente, pero desgraciadamente más poderoso. Con menor frecuencia, adoptan el hábito de proyectar la lengua hacia adelante y chuparse la lengua por la sensación de placer que les proporciona.

La acción a manera de émbolo, muy similar al acto de mamar, se considera una inversión o una característica residual de este mecanismo infantil.

Existen muchas pruebas que indican que el hábito de proyectar la lengua hacia adelante es la retención del mecanismo infantil de mamar.

Con la erupción de los incisivos a los 5 o 6 meses de edad, la lengua no se retrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante. La posición de la lengua durante el descanso es también anterior. La fuerza deformante de la lengua al proyectarse hacia adelante es obvia.

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

Al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumentando la sobremordida horizontal y la mordida abierta, las porciones periféricas ya no descansan sobre las cúspides linguales de los segmentos vestibulares. Los dientes posteriores hacen erupción y lentamente eliminan el espacio libre interoclusal. La dimensión vertical de descanso y la dimensión vertical oclusal se igualan, con los dientes posteriores en contacto en todo momento. Esta no es una situación sana para los dientes. Un efecto colateral puede ser el bruxismo o la bricomanía; otro es el estrechamiento bilateral del maxilar superior al descender la lengua en la boca, proporcionando menos soporte para la arcada superior.

Clínicamente, esto puede observarse como mordida cruzada bilateral, con un desplazamiento por conveniencia hacia un lado o hacia el otro, al desplazarse el maxilar inferior lateralmente bajo la influencia de los dientes.

Es importante considerar el tamaño de la lengua, así como su función. Lo que posiblemente también contribuye a la posición anormal de la lengua es la presencia de amígdalas grandes y adenoides. Como Moyers y Linder-Aronson han demostrado, el hábito de proyectar la lengua hacia adelante puede ser a consecuencia del desplazamiento anterior de la base de la lengua.

Sea cual sea la causa, el resultado final frecuentemente es la mordida abierta permanente, maloclusión o patología de los tejidos de soporte.

Cuando el labio inferior es mantenido repetidamente por debajo de los dientes superiores, el resultado es la labioversión de esos dientes, a menudo una mordida abierta y, a veces la linguoversión de los incisivos inferiores.

## RESPIRACION BUCAL

La contribución de la obstrucción de las vías respiratorias al crecimiento y al desarrollo cráneo-facial es una de las áreas más difíciles de valorar. Linder-Aronson, han encontrado que los pacientes que respiran por la boca debido al tejido linfoide hipertrófico muestran tendencia hacia un patrón de crecimiento más vertical. El análisis de las radiografías cefalométricas revela una longitud facial mayor, un ángulo del plano mandibular aumentado y tendencias hacia mandíbula y maxilar retrognáticos.

Estos pacientes también presentan incisivos superiores e inferiores en posición retrusiva, mordidas cruzadas posteriores debido a un maxilar estrecho y tendencia hacia la mordida abierta.

Asociada con el cambio en el modo de respirar, está una normalización en el crecimiento y desarrollo de la dentición y del complejo cráneo-facial. Hay un incremento en la inclinación de los incisivos superiores e inferiores, en el ancho de la arcada maxilar y en la profundidad sagital de la nasofarínge ósea, además de una disminución en la altura facial inferior y la angulación de la arcada mandibular.



## MORDEDURA DE UÑAS

Los hábitos oclusales se encuentran con frecuencia relacionados con la profesión del paciente, y pueden incluir el morder algunos objetos comunes tales como lápices, pasadores para el cabello, patas de anteojos, pipas, hilos, palillos de dientes y uñas de los dedos.

Algunos de estos hábitos, como el de morderse las uñas, son mal vistos en sociedad y, un paciente no siempre admitirá que los padece. El efecto traumático de un hábito de mordida oclusal se localiza por lo general en una o dos áreas, afectando únicamente unos cuantos dientes.

En algunos casos el paciente coloca los maxilares en posición entrecruzada fuera del límite funcional de oclusión y aprieta los dientes dando lugar a oclusión traumática.

Existen con frecuencia muescas y grietas en el esmalte de los dientes que se emplean para morder los objetos duros. Debe hacerse también hincapié en que tales hábitos no necesariamente inducen trauma del periodonto.

Los dientes que se emplean en el hábito pueden encontrarse fuera de contacto oclusal normal; y los objetos pueden ser utilizados para hacer presión sobre los dientes, o a manera de cuña interproximal, en vez de morderlos.

Cuando se sospecha la presencia de un hábito de mordida, se debe advertir de su existencia al paciente, y cuando lo hace conciente, éste puede ser eliminado por autosugestión.

## B R U X I S M O

El bruxismo puede tener una gran influencia sobre los tejidos periodontales, los músculos masticadores y adyacentes, las articulaciones temporomandibulares, la iniciación de la jaqueca y la irritabilidad del Sistema Nervioso Central.

Las secuelas habituales son la hipertrofia compensadora de las estructuras periodontales, el engrosamiento del hueso alveolar, aumento de la trabeculación del reborde alveolar, mayor ensanchamiento de la membrana periodontal por abundancia de fibras colágenas y una mejor inserción de las fibras al cemento.

El desgaste de los dientes ocasionado por el bruxismo puede dar por resultado una reducción inestética en la longitud de la corona, trastornos en las relaciones de contacto interproximal, y ocasionar pulpitis, exposición o muerte de la pulpa.

Otras secuelas son bordes del esmalte afilados o irritantes, dientes o restauraciones fracturados, e incluso estrangulación apical de la pulpa.

El bruxismo es de extrema importancia en la aparición de dolor disfuncional de los músculos y de la Articulación Temporomandibular.

Berlin y Dessner y Monica han demostrado que el bruxismo puede dar lugar a cefalea crónica. Wolff ha postulado que la base para el dolor es un trastorno en la circulación de los músculos.

## MALOCCLUSION Y COMPORTAMIENTO PSICOLOGICO Y SOCIAL

Solo tiene uno que ver algunos de los jóvenes tímidos, conscientes de sí mismos, o demasiado demostrativos con incisivos superiores en protrusión y la típica "facies adenoideas" para comprender el impacto psicológico tan profundo que tiene la maloclusión.

Las burlas constantes a las que se ven sometidos al ser llamados "conejo Bugs", "pico de pájaro", etc. y moteos similares no les ayudan a aumentar la confianza en sí mismos y a sentirse aceptados.

El joven que se chupa el dedo más allá del tiempo en que esto se considera normal, con frecuencia se enfrenta a un problema psicológico. Sabe que sus padres y la sociedad en general condenan este tipo de comportamientos. Con frecuencia nota que está provocando una anomalía facial y una apariencia desagradable, y se siente frustrado porque desea parar, pero le es imposible.

Muchos de estos niños y sus padres ignoran que un simple tratamiento ortodóntico puede ayudarles a eliminar el hábito y restaurar la apariencia normal. Con frecuencia, estos niños se tornan exageradamente introvertidos y se comportan socialmente en forma inmadura. Los efectos psicológicos desfavorables tienden a acompañar a los defectos del habla atribuibles a la maloclusión.

La eliminación de estos obstáculos los hacia una psique normal y equilibrada y una actitud social madura, desde luego, se en-



cuentra dentro de la esfera del dentista.

Los motivos de salud mental son igual de importantes que los motivos de salud física de los dientes y tejidos circundantes.

Aunada a los efectos psicológicos de la maloclusión se encuentra la apariencia. En nuestra sociedad tan consciente de la cara, parece ser que cualquier desviación de lo habitual o lo "normal" llama la atención.

Para los niños esto con frecuencia significa la burla y el ridículo. Obviamente, quieren ser como sus compañeros de juegos, y debido a que la falta de armonía facial predispone a las aberraciones psicológicas mencionadas, el dentista deberá hacer todo lo posible para interceptar la maloclusión o mandar al niño con el ortodóncista para recibir atención especializada.

Los hábitos anormales de chuparse los dedos, función muscular peribucal pervertida, pérdida prematura de los dientes y factores similares puede afectar al desarrollo normal de los hechos y causar cambios morfológicos y funcionales en detrimento de la dentición.

Un resultado bastante frecuente del hábito prologado de chuparse el pulgar, con función muscular peribucal anormal, es mordida cruzada posterior. Aunque el estrechamiento de la arcada superior es casi siempre bilateral, el "desplazamiento por conveniencia" generalmente es hacia un lado.

La prolongación de esta relación anormal puede causar daños permanentes en la posición de los dientes, en el soporte óseo y posiblemente en el centro de crecimiento de la Articulación Temporomandibular.

En muchos adultos, la asimetría facial puede atribuirse a una mordida cruzada unilateral infantil no corregida.

La sobremordida excesiva y el hábito anormal de labio inferior pueden ejercer fuerte presión lingual sobre el segmento anterior inferior. Esto muy bien puede provocar una interrupción de los contactos, giroversión o aplanamiento del segmento anterior inferior.

Si la maloclusión es interceptada, la integridad de la arcada inferior con frecuencia se conserva sin reacción alveolar o dentaria desfavorable.

## TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL

El tratamiento de los hábitos puede definirse como la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas bucales por medio de la modificación de aquellos.

Los procedimientos de control en el tratamiento dental preventivo se ocupan, en esencia, de la modificación de tales hábitos del paciente, como su higiene bucal personal, dieta y nutrición.

Como resultado, numerosos casos de caries y enfermedad parodontal pueden ser evitados o detectados por estas técnicas de conducta.

Una vez que el Cirujano Dentista está enterado del hábito del paciente y se pretende tomar una decisión para instituir el tratamiento, son necesarios cierto número de factores para tener éxito en la corrección del hábito.

En primer lugar, el dentista necesita la cooperación incondicional del niño. Sólo si el niño comprende la necesidad de dejar el hábito y expresa su deseo de hacerlo el dentista deberá considerar el tratamiento. En algunas ocasiones el niño no percibe a su hábito como un problema. Una explicación breve acerca del daño que está causando a sus dientes y un recordatorio gentil acerca del ridículo en que el niño puede quedar delante de sus compañeros a menudo provocarán una respuesta positiva de que el niño desea suspender el hábito. El siguiente factor necesario para



el tratamiento exitoso es la cooperación del padre.

Una vez que el Cirujano Dentista ha decidido instituir un plan de terapéutica, deberá explicar a los padres lo que intenta hacer y cómo pretende hacerlo. El Cirujano Dentista deberá ponerse de acuerdo con los padres para que no regañen al niño acerca de su hábito durante el curso del tratamiento. Un disgusto, admonición o castigo por parte de los padres, puede de hecho reforzar el hábito más que refrenarlo. Una vez que se han logrado las condiciones anteriores, el dentista puede formular un plan para modificar la conducta del niño.

El tratamiento de los hábitos en la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas oclusales de los niños se ocupa de la modificación de aquellos relacionados con la maloclusión. Algunos llamaron a esto "terapia miofuncional". "Mio" significa músculo, y el objeto de la terapia es cambiar la función de los músculos faciales y orales para impedir, interceptar o tratar una maloclusión.

El tratamiento de los hábitos miofuncional puede ser, en muchos casos, el único tipo de manejo oclusal que se requiere. Aún así, en otras situaciones puede ser solamente parte de un plan de tratamiento oclusal total que incluiría quimioterapia, tratamientos quirúrgicos y mecánicos.

## PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO MIOFUNCIONAL

La fisiología bucal trata de la función de las partes del mecanismo oral. En efecto, esto se refiere a la acción muscular de los labios, la lengua y los carrillos en descanso, y durante la fonación, deglución y respiración.

La acción y el equilibrio normal muscular tienden a provocar y mantener oclusiones normales.

### Hábito Fisiológico Bucal Normal

La acción muscular bucal normal se caracteriza por los signos extraorales siguientes :

1. La respiración se hace por la nariz con la boca cerrada.
2. La deglución ocurre con la boca cerrada sin proyectar la lengua, mostrar los dientes ni mover los labios.
3. Los elementos extraorales, como dedos y ropas no deben llevarse a la boca. Los dedos y los nudillos no están enrojecidos ni presentan callosidades, sino que tienen apariencia normal.

En descanso, los dientes están separados, los labios juntos, la punta de la lengua apenas por debajo de las arrugas palatinas y las partes media y posterior de la lengua algo deprimidas.

Como los labios están cerrados, el paciente debe respirar por la nariz. Durante la fonación normal, la lengua no debe verse sobresaliendo entre los dientes o labios. Cuando se de-

glute es necesario crear un vacío para aspirar el bolo alimenticio hacia la faringe. Esta presión negativa actúa como un aspirador que succiona la comida hacia la faringe, luego entra en el esófago y sigue su camino a lo largo del tracto digestivo. En una deglución normal, esta succión se lleva a cabo por el movimiento de la punta de la lengua contra las arrugas palatinas hacia los incisivos superiores y el movimiento de la porción media de la lengua contra el paladar, mientras que la porción posterior de aquélla baja en un ángulo de aproximadamente 45° para permitir el pasaje hacia la faringe. Cuando se deglute, los dientes se tocan un instante y no se observan movimientos del orbicular de los labios o de los músculos del mentón.

#### Hábito Bucal Anormal

La acción muscular anormal tiende a perturbar el equilibrio muscular entre los labios y los músculos buccinadores sobre las caras vestibulares de los dientes y la lengua sobre las caras linguales y palatinas. Como resultado de ello, los dientes tienden a asumir nuevas y malas posiciones.

La persistencia de la acción muscular anormal tiende a favorecer la creación y el mantenimiento de estas maloclusiones.

Con el fin de ayudar a corregir y mantener una adecuada oclusión, el objetivo del tratamiento miofuncional es modificar la función muscular bucal anormal y convertirla en la función normal antes descrita.

El hábito bucal fisiológico anormal se caracteriza por los signos siguientes :

1. Respiración bucal.
2. Cierre incompleto de los labios cuando se respira.
3. Proyección de la lengua entre los dientes y/o labios durante la respiración.
4. Proyección de la lengua entre los dientes y/o labios cuando se deglute.
5. Cierre incompleto de los labios durante la deglución.
6. Movimiento notable de la musculatura facial peribucal durante la deglución, aunque los labios puedan permanecer cerrados.
7. Dedos irritados, inflamados, inusualmente limpios o con callosidades.

Es evidente que el enfoque de un problema de hábito bucal está íntimamente relacionado con la etiología. Por lo tanto, antes de determinar el tratamiento debemos preguntarnos si el hábito indeseable está vinculado con factores mecánicos, patológicos, emociones, hábitos de imitación, al azar o patrones de succión perinatales aberrantes.

Aunque las radiografías y los modelos de estudio acerca de estas situaciones etiológicas pueden ser idénticos, los diversos hábitos, requerirán distintos tipos de tratamiento y una considera-

ble diferencia en los costos.

Requisitos Previos

Control de Caries .- se refiere a la conducta voluntaria y es más fácil de llevar a cabo. Es un requisito previo para el tratamiento miofuncional, la aplicación de aparatos y aun la odontología restauradora.

## S U C C I O N   D I G I T A L

La técnica estriba en establecer primero una relación con el niño. Luego se le debe decir como afecta sus dientes el hecho de chuparse los dedos y cómo sus dientes modifican su aspecto y lo que las demás personas piensan de ellos.

Se pueden mostrar dibujos o fotografías de niños con dientes normales y niños con dientes "de conejo". El paciente es motivado así para abandonar el hábito.

Se pueden utilizar distintos elementos auxiliares como recordadores. Estos incluyen, pero no son los únicos, los siguientes:

Thum - una medicación de mal gusto pintada sobre el dedo. Estos y otros elementos son presentados al paciente como para tratar de recordarle que no debe chupar el dedo.

Vendaje elástico - se envuelve alrededor del brazo cuando éste está estirado. Cuando el niño trata de succionar, la resistencia ofrecida actúa como un recordatorio.

Elementos para cubrir el dedo y la mano - éstos incluyen vendajes con cintas adhesivas, medias y férulas digitales. Se utilizan como recordadores.

Aparatos - también se pueden utilizar aparatos fijos y removibles.

## EJERCICIOS

Ubicación de la lengua : cuando el niño ya controla la placa dentobacteriana y mantiene los dedos fuera de la boca, el trabajo siguiente consiste en enseñarle a colocar la lengua en forma correcta, lo que puede conseguirse con el siguiente ejercicio, conocido como "posicionador de la lengua".

1. Identificar la papila incisiva y las rugas palatinas en la zona de los dientes anterosuperiores.

2. El paciente debe tratar de tocarla con la lengua y la boca bien abierta.

3. El paciente debe deglutir con los labios separados y los dientes juntos, sosteniendo la lengua en el sitio anterior. Como ayuda se puede utilizar agua para deglutir.

4. Se coloca un espejo delante del paciente, que tendrá los labios separados y los dientes posteriores en contacto; la lengua se vuelve a ubicar en su sitio.

Se le pide al paciente que degluta sin proyectar su lengua hacia adelante.

Con este ejercicio el paciente tendrá idea de la posición correcta de la lengua durante la deglución.

Respiración nasal y posición de la lengua en reposo : antes de intentar este ejercicio es necesario asegurarse de que las vías nasales no están bloqueadas.

El ejercicio consiste en lo siguiente :

1. Se coloca la punta de la lengua en el lugar situado por detrás de los dientes anterosuperiores.
2. Se cierran los dientes posteriores.
3. El paciente palpa entonces sus maseteros contraídos.
4. En este momento su respiración es nasal, durante 5 minutos deberá mantener los labios cerrados, los dientes posteriores en contacto y la lengua en posición correcta.

Este ejercicio puede hacerse en cualquier lugar y practicamente en cualquier momento.

Desarrollo lingual : existen varios ejercicios específicos que ayudan a reforzar los reflejos de cada parte de la lengua para efectuar una deglución correcta.

\* Punta de la lengua - se coloca una banda de goma para ortodoncia en la punta de la lengua del paciente, éste la presiona contra la papila incisiva. Con los dientes posteriores en contacto bebe entonces un sorbo de agua y lo deglute. Si la punta de la lengua no presiona sobre la zona, se tragará la gomita junto con el agua.

Este ejercicio ayuda a desarrollar la función de la punta de la lengua en el patrón de deglución normal.

Ejercicios de Fonación - algunos sonidos se hacen correctamente por la colocación de la punta de la lengua sobre el punto situado detrás de los dientes anterosuperiores.



Estos sonidos deben ser claros y, cuando se los produce, la lengua no debe proyectarse entre los dientes o labios durante la función o en reposo. Los sonidos que requieren esa posición son : el sonido de la d , l , t .

El paciente debe practicar palabras con estas letras y observarse en el espejo. Los sonidos deben ser claros y correctos.

\* Parte media de la lengua - en este ejercicio se coloca una goma de ortodoncia en la punta de la lengua y otra en el medio de ella.

El paciente practica presionando la primera contra la papila incisiva y la del medio contra el centro del paladar. Su lengua no debe proyectarse hacia adelante. Una vez que ha dominado las posiciones, tragará un líquido, comprobando después de cada deglución, que las dos bandas esten en posición correcta.

Ejercicios de Fonación - los sonidos producidos por la posición media de la lengua al presionar contra el paladar duro son ch , y .

\* Parte posterior de la lengua - el paciente debe masticar un maní, sin tragarlo. Estos frutos se prefieren por su bajo poder cariogénico. Una vez masticado se coloca el maní en la porción media de la lengua y en la punta de ella se pone una goma. Se presiona la goma contra la papila incisiva y el paciente debe tragar el maní. Para hacerlo tendrá que llevar hacia abajo la parte posterior de la lengua.

Ejercicios de Fonación - los sonidos producidos con la parte posterior de la lengua son los sonidos guturales : c dura, g dura y k . Algunas palabras son : caramelo, caña, canguro, canto, gasa, goma, garaje, kenia, kaki, Kansas.

— Desarrollo labial : los respiradores bucales y los empujadores linguales tienden a tener debiles los músculos orbiculares de los labios. Estos músculos necesitan a menudo ser estirados y reforzados, de modo que los labios puedan permanecer cerrados sin tensión durante la respiración nasal y la correcta deglución.

Se usan 2 ejercicios : el de tirar del labio para darles fuerza y el del labio sobre labio para alargarlos.

\* Ejercicio de tirar del labio - la fuerza de los músculos orbiculares de los labios debe probarse primero atando un botón de unos 6 mm. de diámetro a un hilo dental de unos 30 cm. de longitud.

En el extremo opuesto del hilo se hace un pequeño ojal. El botón se coloca entre los labios del paciente y sus dientes anteriores. En el ojal se conecta un medidor de presión Dontrix. Se ejerce una presión hasta que el botón salga de la boca. La fuerza requerida para desplazarlo es la medida de la fuerza de los labios.

El ejercicio consiste en lo siguiente :

Se utilizan dos botones estériles de aproximadamente 6 mm. de diámetro, se ata cada

botón a un extremo de un trozo de cinta dental de 1.20 m. a 1.50 m. de longitud. El paciente con los labios debilitados coloca el botón entre sus labios y los dientes. Algún miembro de la familia que tenga los labios normales, se coloca el otro botón entre sus labios y dientes y tratan de sacar el botón de la boca del paciente, acción que éste trata de resistir. Esto desarrollara los músculos orbiculares de sus labios.

Cada tracción se considera un ejercicio. Al cabo de varias semanas de práctica se volverá a medir la fuerza de los labios con el dinamómetro Dontrix.

\* Ejercicio de labio sobre labio - se utiliza para estirar los labios. Para hacerlo con el labio superior, el paciente lo estira hasta hacerlo bajar sobre sus dientes superiores. Luego la sostiene en esa posición con el labio opuesto mientras cuenta hasta 10.

Para estirar el labio inferior se utiliza el procedimiento inverso.

La cantidad de repeticiones de cada ejercicio dependerá del esfuerzo requerido por el niño, su coordinación muscular y capacidad de atención. Si la ejecución correcta de un ejercicio insume mucho tiempo se indicará que se practique menos veces. Cada unidad de práctica consistirá en 10 repeticiones. Para comenzar, será suficiente con una unidad, que se aumentará gradualmente hasta totalizar diez a medida que el paciente desarrolla su habilidad.

Dos unidades de práctica 5 veces por día, son más efectivas que 10 unidades una vez al día.

El tiempo de práctica, que depende del niño, debe variar desde no menos de 5 minutos por sesión hasta no más de 30 minutos. El tiempo diario total dedicado durante todo el tratamiento no debe exceder los 60 minutos.

El exceso de éstos puede ser contraproducente y concluir en un fracaso completo.

## CORRECCION DE HABITOS MEDIANTE APARATOLOGIA

Aunque el niño pudiera tener las mejores intenciones de detener el hábito, será para él difícil recordarlo a menos que tenga alguna forma de recordatorio, ya sea extraoral o intraoral.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados sólo cuando se pueda determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordador para cumplir esa tarea.

Si se emplea un aparato debe ser tal que no sea doloroso y que no interfiera en la oclusión; ha de actuar como recordador, únicamente.

El uso indiscriminado de los aparatos destinados a romper hábitos, cuando el hábito es el resultado de un problema emocional, puede provocar una serie de reacciones indeseables.

El aparato ideal para ayudar en la corrección del hábito debería :

- 1 ) No impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.
- 2 ) No requerir recordatorios para usarlo.
- 3 ) No avergonzar con su uso.
- 4 ) No complicar a los padres.

## CLASIFICACION

Existen varios tipos de instrumentos para romper hábitos bucales, que pueden ser construídos por el odontólogo.

La mejor manera de clasificarlos es, tal vez, en instrumentos fijos y 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 solo están presentes las piezas primarias, los instrumentos removibles pueden no ser bien 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 solo en períodos críticos, como la noche. Los instrumentos removibles 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 solo cuando él desea.

La mayoría de los instrumentos intrabucales 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 "culpa-bilidad" al hábito original, lo que puede resultar en la aparente supresión del hábito..

## HABITO DE SUCCION DIGITAL

Los aspectos clínicos de la succión digital pueden dividirse en tres fases de desarrollo precisas.

a ) Fase I : Succión del pulgar normal y subclínicamente significativa.

Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los 3 años, dependiendo del desarrollo social del niño. La mayoría de los infantes muestra una cierta cantidad de succión del pulgar, o de otros dedos, durante este período, sobre todo en el momento del destete. Comúnmente, la succión se resuelve en forma natural hacia el final de esta fase.

b ) Fase II : Succión del pulgar clínicamente significativa.

Esta se extiende aproximadamente desde los 3 años a los 6 o 7 años. La succión practicada durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones :

1o. es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa, y

2o. es el mejor momento para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**



c ) Fase III : Succión del pulgar intratable.

Cualquier succión que persiste después del cuarto año, representa un problema difícil, porque esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una simple maloclusión.

Un hábito de succión del pulgar durante ésta fase requiere a menudo terapia odontológica y psicológica directas.

Cualquier hábito de succión que persiste hasta la Fase III, seguramente no es más que un síntoma de un problema mayor que la maloclusión resultante.

#### TRATAMIENTO

Es sensato comenzar con una discusión del problema con el niño, sin los padres cerca. No usar amenazas ni avergonzarlo; es preferible un intento amistoso, tranquilo, para conocer al niño y sus actitudes hacia el hábito.

Muchos niños dirán que se chupan sus dedos solamente cuando duermen, y también declaran que quieren muy sinceramente librarse del hábito.

Si se consigue del niño una respuesta cooperadora y honesta, será bueno sugerirle que puede disponer de un recordatorio si es que en los 2 o 3 meses siguientes no puede manejar el problema solo.

Se le pueden mostrar modelos y fotografías de bocas de niños que han tenido hábitos de succión deletéreos. Mostrarle el re-

sultado del tratamiento, también, para establecer en su mente lo que se puede lograr.

Usar esta primera discusión para conocer al niño y hacerle saber sobre los métodos disponibles para la corrección del hábito.

Ser amable, porque puede no haber tenido nunca una conversación amistosa sobre el asunto. Dejarle con la idea que él va a hacer lo que pueda por sí mismo durante 2 o 3 meses, y que después de ese tiempo discutirán nuevamente la situación.

Se han obtenido excelentes resultados por el uso de una tarjeta que se entrega al niño para que anote cada mañana si el dedo fue chupado durante la noche. No debe ser una ficha impresa, sino una tarjeta con el nombre del niño escrito, especialmente para él. Se trazan dos columnas SI y NO. Hacer una cita para que el niño regrese en dos semanas, o menos, y traiga la tarjeta.

Se le habrá dicho que puede chuparse el dedo si lo desea, pero que debe llevar el control para que se pueda conocer la severidad del hábito. No estimular al niño inseguro, perturbado, a que mienta para complacerle. Enseñarle que un adulto está interesado en él y que puede hablar de su hábito sin burlarse o avergonzarlo. Una cantidad sorprendente de niños controlarán ellos mismos el hábito con este programa.

Aún cuando sea necesario recurrir al aparato, el niño está psicológicamente listo para él y el aparato sirve simplemente para recordarle al pulgar cuando está dormido y no puede hacerlo, que debe permanecer fuera de la boca.

## ELECCION DEL APARATO

La pantalla bucal puede usarse para ayudar en la corrección del hábito, pero requiere mucha cooperación del paciente y no se usa en forma continua.

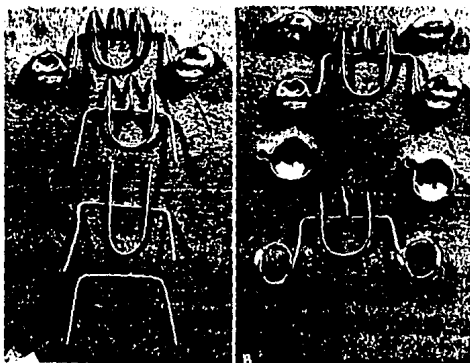
Quizás es mejor aparato es un arco lingual con puntas cortas soldadas en ubicaciones estratégicas para recordarle al pulgar que se mantenga fuera. Este aparato no es una interferencia mecánica para el dedo ni debe tener la forma de una pantalla enorme, llamada también rastrillo. Debe estar bien adaptado, no impedir el funcionamiento bucal normal y contener suficientes puntas cortas, agudas como leves señales aferentes de incomodidad, cada vez que se coloque el pulgar. Una señal clara de incomodidad, un dolor leve, recuerdan al sistema neuromuscular, aún cuando el niño esté dormido, que es mejor que el pulgar no entre. En este punto, el niño sabe que necesita ayuda para recordar al pulgar que quede afuera cuando no puede hacerlo, por ejemplo, cuando está dormido.

Es equivocado colocar cualquier aparato como primer paso del tratamiento, ya que la adaptación probablemente será muy difícil.

El enfoque permisivo y más gradual comentado, es más fácil, lleva menos tiempo, requiere menos aparatos, y condiciona mejor las respuestas que el enfoque mecanicista tradicional.

Algunos de los enormes y grotescos aparatos sugeridos son

solamente impedimentos mecánicos y, por lo tanto, únicamente proporcionan frustración al niño.



## HABITO DE LABIO

Una consideración importante aquí es la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial antes de intentar desterrar el hábito de labio. Si existe maloclusión de clase II, división 1, o un problema de sobremordida horizontal excesiva, la actividad normal del labio puede ser puramente compensadora o adaptativa a la morfología dentoalveolar.

Intentar cambiar la función labial sin cambiar la posición dentaria es buscar el fracaso. El primer servicio que deberá ser prestado en estos casos es el establecimiento de la oclusión normal.

La simple colocación de un aparato para labio sería tratar un síntoma únicamente y ayudaría poco a corregir el problema principal. Pero, si la oclusión posterior es normal o ha sido corregida por tratamiento ortodóntico previo y aún persiste una tendencia a chuparse el labio, puede ser necesario aplicar un aparato para labio.

En los casos en que el hábito es primordialmente un tic neuromuscular, el aparato para el hábito puede ser muy eficaz. Es muy agradable observar cómo la lengua alinea los incisivos inferiores mientras que el aparato para el labio evita que la actividad anormal del músculo borla de la barba los desplace hacia lingual.

Un período de 8 a 9 meses de uso es aceptable.

No hay duda de que el aparato para labio permite que la lengua mueva los incisivos inferiores en sentido labial.

Esto no solo mejora su inclinación axial, sino que con frecuencia reduce la sobremordida.

El aparato o presionador para labio, se puede realizar con dos diseños :

a ) Arco Lingual, cruzando a nivel del canino y del primer premolar (o canino a incisivo lateral).

b ) Tipo Arco Labial.

## HABITO DE LENGUA

Es relativamente fácil determinar si un paciente está utilizando los músculos correctos durante el acto de deglución.

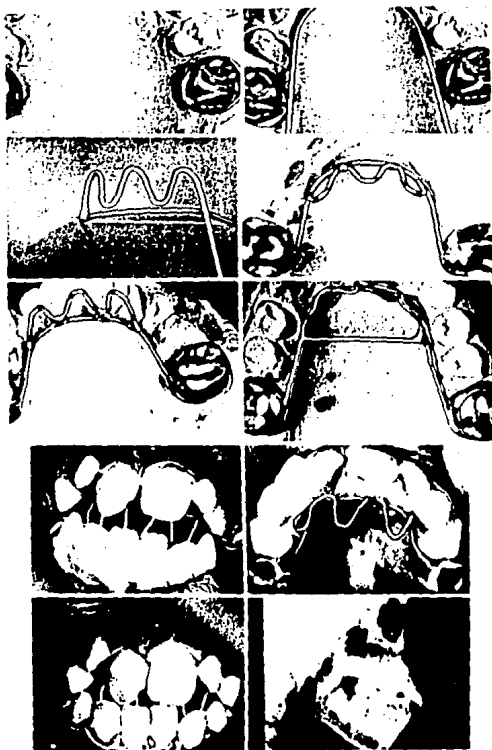
Estando frente al paciente, se colocan los dedos suavemente sobre el músculo temporal y se indica al paciente que degluta. Si el acto es normal, el músculo debe contraerse. Si no se ponen los dientes en contacto (oclusión) como debiera ser durante el acto normal, el músculo no se contraerá.

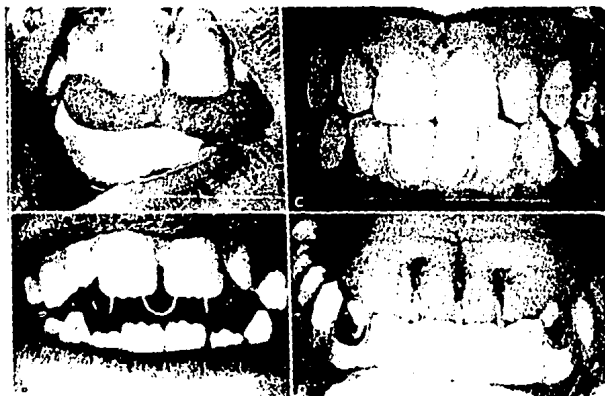
Aunque con frecuencia se recomiendan aparatos para el tratamiento de la proyección lingual simple, antes se debiera intentar la terapéutica funcional.

El tratamiento consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir, utilizando ejercicios miofuncionales ya mencionados. Aún el 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 y a tragar con la lengua en esta posición.

Después que el paciente adiestro 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.







## RESPIRACION BUCAL

— Aunque la corrección de la obstrucción nasofaríngea puede producirse por intervención quirúrgica o contracción fisiológica, el niño puede continuar respirando por la boca, por costumbre.

Esto puede ser especialmente evidente cuando el niño duerme o está en posición reclinada.

Si esta situación persiste, el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño a respirar por la nariz. Esto puede lograrse por la construcción de un protector bucal (escudo bucal) que bloquee el paso del aire por la boca y fuerze la inhalación y exhalación del aire a través de los orificios nasales.

Antes de forzar al niño a respirar por la nariz con el uso de un protector bucal, deberá uno asegurarse de que el conducto nasofaríngeo está suficientemente abierto para permitir el intercambio de aire, incluso en situaciones de respiración forzada en casos de emoción extremada o ejercicio físico.

Si el niño no puede respirar por la nariz, o solo lo hace con gran dificultad y cuando se lo piden, deberá enviársele a un rinólogo, para que este formule su diagnóstico y corrija la situación. Si el niño respira sin dificultad al pedírsele, incluso después del ejercicio violento, hay una gran probabilidad de que la respiración bucal sea habitual y entonces deberá ser corregida.

con la ayuda de un protector bucal.

Se aconseja el uso de protectores bucales pasivos para corregir la respiración anormal por la boca. El protector 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, para que el niño 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 esta entre las piezas anteriores superiores e inferiores, que los que respiran por la boca lo sigan haciendo y que los que succionan el pulgar se lleven el dedo a la boca.

El protector bucal puede fabricarse con cualquier material compatible con los tejidos bucales. El más sencillo de utilizar, y más generalmente utilizado, son las resinas sintéticas.

## MORDEDURA DE CARRILLO

Cuando existe un hábito persistente de morderse el carrillo, puede utilizarse una criba removible para eliminar el hábito, o también puede utilizarse una pantalla vestibular o bucal.

## B R U X I S M O

El ajuste oclusal debe ser el primer paso en este problema si existen interferencias. Sheppard recomienda 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 recubre 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.

Para superar esta hábito también puede ser útil en los pacientes sin perturbaciones psicógenas graves aparentes, pero con cierto grado de nerviosismo e inquietud, las drogas tranquilizantes pueden ayudar a superar el bruxismo.

## CONCLUSIONES

Es de suma importancia conocer los hábitos orales anormales más frecuentes en los niños, debido a los problemas de maloclusión y estética que estos provocan.

Es conveniente conocer la etiología de los diferentes hábitos, para en determinado momento tratar de evitarlos o eliminarlos en el momento en que se presenten.

Deben ser evaluados cuidadosamente para poder elaborar un diagnóstico correcto, y así poder elaborar un plan de tratamiento que sea el más adecuado, ya que este tipo de problemas requiere de una atención y cuidados especiales tanto por parte del Cirujano Dentista como de ciertos especialistas.

Debemos de tener en cuenta que el niño se encuentra en un período de formación y desarrollo y que constantemente está adquiriendo hábitos, los cuales modifica, abandona por sí sólo o los refuerza.

Es muy importante la cooperación de los padres y del niño por lo que se les debe explicar que estos hábitos son muy comunes y constituyen la expresión del desarrollo del niño.

El objetivo principal es corregir estas conductas; y los sentimientos de culpa y/o los castigos sólo interfieren con la corrección.

En el tratamiento de los hábitos, tratamos con el paciente y su entorno social y no simplemente con un problema oclusal, es

aquí donde los padres deben ser capaces de contribuir supervisando la conducta del niño en el hogar y en el medio en el que se desarrolla.

En el caso en que se emplee aparatología para la corrección de alguno de estos hábitos, debe quedar bien claro que no son un castigo; el niño debe apreciar por completo su objetivo y verlos como un elemento auxiliar para ayudarlo a lograr sus objetivos personales.



## BIBLIOGRAFIA

- 1 ) Barber Thomas K. / Luke Larry S.  
"Odontología Pediátrica"  
Editorial Manual Moderno  
1a. Edición, 1985  
431 pp.
- 2 ) Barnett Edward M.  
"Terapia Oclusal en Odontopediatría"  
Editorial Médica Panamericana  
1978  
408 pp.
- 3 ) Finn Sidney B.  
"Odontología Pediátrica"  
Editorial Interamericana  
4a. Edición
- 4 ) Graber T. M.  
"Ortodoncia Teoría y Práctica"  
Editorial Interamericana  
3a. Edición, 1989  
892 pp.
- 5 ) Leyt Samuel  
"Odontología Pediátrica"  
Editorial Mundi  
1980
- 6 ) Mac Donald Ralph E.  
"Odontología para el niño y el adolescente"  
Editorial Mundi  
Trad. Dr. Martínez Horacio.
- 7 ) Moyers Robert E.  
"Manual de Ortodoncia"  
Editorial Mundi  
1a. Edición  
776 pp.

8 ) Ramfjord Sigurd P. / Ash, Jr. Major M.  
"Oclusión"  
Editorial Interamericana  
2a. Edición  
400 pp.

9 ) Sim Joseph M.  
"Movimientos dentarios menores en niños"  
Editorial Mundi  
2a. Edición

10 ) Snawder Kenneth D.  
"Manual de Odontología Clínica"  
Editorial Labor S.A.  
1984  
248 pp.

Puede construirse una trampa de puas vertical, similar a la sugerida para evitar succión digital, 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.