

68  
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

---

---

HÁBITOS BUCALES  
EN ODONTOPEDIATRÍA

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

*Presentan:*

DIANA CANO MARTÍNEZ  
ROSALINDA MERINO SALINAS

Asesora: *A. Greenham*

C.D. ALEJANDRA GREENHAM GONZÁLEZ



FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS.**

**A nuestros padres por el apoyo incondicional que nos han brindado durante toda nuestra formación profesional; por los cuidados, dedicación esfuerzo, paciencia y amor, que fueron la base firme para finalizar una de nuestras más grandes metas.**

**A nuestros hermanos que siempre nos alentaron y confiaron en nuestro esfuerzo, ofreciéndonos su ayuda cada vez que la necesitamos compartiendo a nuestro lado todas y cada una de nuestras experiencias.**

**A nuestros abuelos que con sus sablos consejos, hicieron de nosotras personas con espíritu de lucha, tenacidad, esmero, y responsabilidad que son la esencia de nuestra formación.**

**A nuestros profesores que se preocuparon por darnos buenos conocimientos para desempeñar dignamente nuestra carrera de Cirujano Dentista.**

**A nuestra asesora la Dra Alejandra Greenham que con sus consejos, recomendaciones y aportaciones, nos permitió llevar a cabo la elaboración de esta tesina.**

**A nuestros amigos incondicionales, que estuvieron con nosotros en cada uno de los logros conseguidos a través del tiempo, alentándonos en los momentos difíciles en nuestra vida de estudiantes.**

**A la Facultad de Odontología por preocuparse día con día en mejorar sus instalaciones, equipo y material, permitiéndonos tener un buen desempeño a lo largo de nuestra carrera.**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México por darnos la oportunidad de ocupar un lugar dentro de esta máxima casa de estudios .**

**Especialmente queremos agradecer a Dios por depositar en nosotras un voto de fé y de confianza, por elegirnos a cumplir una de las misiones mas importantes en la vida, el servicio a los demás.**

# ÍNDICE. .

- 1.- Introducción.
- 2.- Antecedentes Históricos.
- 3.- Concepto de hábitos bucales.
- 4.- Clasificación de hábitos bucales.
- 5.- Hábito de succión digital.
  - Etiología.
  - Manifestaciones Clínicas.
  - Tratamiento.
- 6 .- Hábito de succión con chupón.
  - Etiología.
  - Manifestaciones Clínicas.
  - Tratamiento.
- 7.- Hábito de protusión lingual.
  - Etiología.
  - Manifestaciones Clínicas.
  - Tratamiento.
- 8.- Conclusiones.
- 9.- Bibliografía.

# INTRODUCCIÓN

En la actualidad sabemos que un gran porcentaje de los problemas odontológicos, están altamente relacionados con las maloclusiones.

Estas aparecen desde la infancia presentándose más en la dentición mixta.

La alteración morfológica que contribuye en estas maloclusiones pueden ser por factores ambientales o hereditarios. Estas maloclusiones van desde apiñamiento por discrepancia entre tamaño de diente y mandíbula, también puede ser por migración causada por una pérdida prematura ya sea por dientes temporales y permanentes, o pueden ser producidas por hábitos orales tales como: succión digital, succión de chupón o protusión lingual.

Está comprobado que los hábitos como la succión digital después de los cuatro años contribuye a factores de maloclusión por esta razón una prolongada succión es considerada como un deterioro en el desarrollo de la oclusión.

El ser humano desde que nace, posee un mecanismo bien desarrollado para succionar y este constituye su intercambio más importante con el mundo exterior. De él obtiene no solo nutrición, sino también la sensación de euforia y bienestar, tan indispensable en la primera parte de la vida.

Los niños comienzan con un reflejo de succión y un patrón de deglución infantil no es de sorprender que muchos desarrollen hábitos de succión digital, los cuales pueden estar asociados con el desarrollo psicológico.

Los factores psicológicos de los hábitos de succión han sido considerados desde que existía gran influencia de los pensamientos psicoanalíticos Freudianos. Autores como Pearson, Kaplan y Mack, opinaban que si no todos la mayoría de estos hábitos si tenían significantes implicaciones psicológicas, o que algún factor emocional estaba involucrado.

La mayoría de los niños pequeños deben adecuarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales, o formas más maduras de su comportamiento, pero muchos niños no lo aceptarán y el hábito puede aparecer y acentuarse.

Independientemente de la etiología del hábito de succión digital y de protusión lingual, el crecimiento y desarrollo de los maxilares puede ser afectado por dichos hábitos, lo que puede causar mordida abierta anterior, siendo esta el rasgo clínico principal de las maloclusiones ocasionadas por estas malas costumbres.

Podemos decir que los hábitos además de ocasionar un sin número de alteraciones tanto funcionales como estéticas son sin duda los más recurrentes y comunes, así como de los más difíciles de erradicar, dadas las múltiples causas que los producen.

# ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El atender a un niño en un consultorio dental, no es una idea nueva, sin embargo en mayor progreso en odontopediatría se ha realizado en los últimos diez años.

En la actualidad las sociedades industriales modernas, los pequeños reciben cada vez menos atención en el seno familiar convencional oportunidades vocacionales y profesionales impulsan a los padres y madres, a pasar tiempo fuera del hogar. En especial, la necesidad económica provoca que las madres inviertan más tiempo en el trabajo, también otros avances explican la declinación de la influencia familiar, sobre la educación dental infantil.

Los hábitos bucales y problemas relacionados son temas de gran controversia, aunque se saben que las mas comunes son:

-La succión digital.

-Protusión lingual.

Uno de los primeros escritos es el de Lefoulon, publicada en 1839 el cual apreciaba que entre las causas de las irregularidades de los dientes había sonidos de lenguaje en las cuales la lengua golpea contra los dientes anteriores superiores , empujándolos hacia adelante.

Desirabode; publicó en 1843 unas de las primeras referencias; al hecho de que los labios en la parte de afuera y la lengua dentro de la lengua constituyen un balance de fuerzas que pueden retener a los dientes en su posición.

Norman Bennett, mostró en 1914 que los músculos de la masticación producen padecimientos por los esfuerzos verticales y laterales, el uso de lengua en la masticación y en el lenguaje reaccionan sobre los dientes internamente los labios y las mejillas en todos sus movimientos, inclusive en la emoción transitoria, Bennett habló sobre la teoría de Sinn Wallace: que dice que el tamaño de la lengua depende de la función de ella misma y que este es un factor dominante para determinar el tamaño de los arcos dentales, pero no es importante en el desarrollo de los mismos.

James Whillis en 1948 estudió el comportamiento normal y anormal de la musculatura orofacial y describió que no hay evidencia que muestre que estas actividades se deban a un retraso en la maduración (del comportamiento).

Diversos autores exponentes de las técnicas de Mulbandas ( centro de movimiento de los dientes) en la década de los 50 reconocieron que había pocos casos en los cuales el comportamiento de la lengua y de los labios formaban un patrón de actividad que causara recaídas.

La presencia de una protusión lingual puede sumar problemas dentoalveolares conduciendo a un problema esquelético y de este modo complicar el tratamiento; A. Norton y E. Gelin en 1968

Morvin L. Hanson y Melvis. Cohen en 1973 mencionan que la presencia de uno o de varios factores o una combinación de ellos como un predictor potencial de un patrón de protusión lingual que probablemente persista durante la dentición mixta:

- 1.- Respiración bucal
- 2.- Succión digital.
- 3.- Arco palatino anterior estrecho o alto.
- 4.- Marcado movimiento del labio durante la deglución.

Proffit y Mason en 1975, observaron que la protusión lingual es un padecimiento o una combinación de tres factores:

- 1.- Durante la fase de iniciación de la deglución .
- 2.- Un gesto hacia adelante de la lengua entre los dientes anteriores para que la punta entre en contacto con el labio inferior.
- 3.- Durante el habla, colocar la punta de la lengua entre o contra la dentición anterior, con la mandíbula abierta y en descanso, el movimiento de la lengua hacia adelante en la cavidad oral, y la punta de la lengua contra o entre los diente anteriores, pudiéndose encontrar estos padecimiento es niños con o sin problemas dentales y del habla.

Meira, Gómez, Netto, en 1980 consideraron la acción muscular de la lengua, el tiempo, la intensidad y frecuencia sobre las estructuras dentales produce una maloclusión caracterizada por mordida abierta anterior, malposición dentaria generalizada, inclusive la giroversión de los incisivos centrales superiores pudiéndose presentar modificaciones de la posición oclusal de los premolares en ambos lados.

En 1981 Erick Larson y Assar Roneman, presentan un estudio en niños de 9,11 y 13 años con hábito de succión, los que han dejado de succionar después de los 8 años en niños de la misma edad, sin el hábito, para comprobar que la mordida abierta anterior era causada por un crecimiento inhibido, de los procesos alveolares o por la erupción retardada de los incisivos. Hicieron una comparación en estos niños con respecto a la longitud de la corona del central y del lateral en maxilar y mandíbula, y vieron que las medidas de la corona clínica de los niños con succión digital es mayor que en los grupos de los niños controlados.

La mordida abierta anterior de los chupadedos probablemente no fué causada por la erupción retardada de los incisivos sino más bien por el crecimiento inhibido de la parte anterior del proceso alveolar.

Jonh Newson, Elizabeth Newson y Pauline A, Mahalski en 1982 usaron la teoría de aprendizaje, para explicar como es que el niño llega a adquirir este hábito de chuparse el dedo como consuelo por medio de una asociación de estímulos placenteros y como puede quitarse, por medio de técnicas de recompensa y castigo.

Aunque el succionar con propósitos no nutritivos se considera adecuado por parte de un bebe, nos dice generalmente que se considera inapropiado en un niño mayor, ellos se refieren a Kaplan en 1950 que escribió : Cuando persiste la chupadera de dedo, cuando el niño es biológicamente capaz de satisfacer sus necesidades básicas en maneras más complicadas puede entonces ser considerado por lo menos una inclinación de la dificultad del niño.

Anderson afirma que todos los hábitos de carácter oral son de intensidad suficiente para afectar adversamente los dientes y que si el hábito cesa entorno al quinto año de edad no produce una maloclusión permanente.

La mayor deformación parece resultar de la succión de pulgar con la superficie palmar volteada hacia arriba, pues en esta posición el pulgar actúa como una palanca que lleva los incisivos superiores hacia vestibular y los incisivos inferiores hacia lingual.

El orden que ocupa el niño entre sus hermanos, es también importante en relación a los hábitos orales que se pueden desarrollar mientras más atrás se encuentre el niño en el número de sus hermanos mayor será la probabilidad de desarrollar un hábito oral.

Louis A. Morton y Milton E. Gelin. publicaron un artículo sobre los hábitos orales y sus repercusiones sobre los dientes. Ellos encontraron que generalmente está asociado el hábito de protusión lingual ó deglución infantil, también que ambos ocurren en el niño con alto grado de frecuencia y sus efectos en las estructuras dentarias y en el desarrollo de la oclusión son similares, especialmente en los dientes anteriores. Nos dicen que cualquiera de estos hábitos vieron que los dientes anteriores superiores pueden estar espaciados, girados, o mostrar un aumento de over jet y los dientes anteriores inferiores pueden estar lingualizados .

Fastlich. presenta un procedimiento por convencimiento, por medio del cual se puede ayudar al niño a abandonar el hábito, haciendo que coopere consigo mismo, modificando de forma positiva su actitud y su personalidad en formación. Este autor nos dice. Premiar y no castigar físicamente, ni tampoco ridiculizar al paciente, le dan oportunidad de comprender su problema y mostrarle de que manera puede ser resuelto.

Aunque la succión digital es normal durante los primeros años de vida y muchos niños dejan el hábito en sus años preescolares y algunos lo conservan durante los años escolares y a veces en la edad adulta.

Ha sido relacionado este hábito con un amamantamiento demasiado rápido (biberón) o una excesiva tensión durante el acto de lactancia (pecho).

Joseph J. Shadeed en 1981 determinó en su estudio, medidas métricas en tres categorías máximas de oclusión por la máxima fuerza muscular perioral y la fuerza muscular lingual. Una proporción de máxima fuerza perioral indica máxima fuerza muscular lingual, los grupos fueron divididos de acuerdo a la edad y sexo del paciente.

Mayoral Herrero en 1981 menciona que los factores musculares y funcionales en el equilibrio bucal, están relacionados con los factores hereditarios en muchos casos, por lo cual emplea la terapia o rehabilitación funcional, o terapéutica miofuncional.

Jonh New en 1981. Afirma que la postura de la lengua puede variar en relación con lo que esta haciendo la persona, inclusive pensando mucho en los niños ya que cambia la postura en compañía de un adulto especialmente un ortodoncista.

J. Traisman en 1981 ,menciona que el tratamiento preventivo significa establecer una terapia en los dientes temporales durante ella, tanto los hábitos como las disquinesias ( labial y lingual ) se eliminan con ayuda de aditamentos ortodónticos que establecen un equilibrio en lo que a las alteraciones óseas se refiere. Con esto puede eliminarse la necesidad de aplicar un tratamiento ortodóntico durante la dentición mixta y más aún en la dentición permanente.

R. E. Bibby en 1984 junto con Preston comentaron sobre la singularidad de las relaciones anatómicas del hueso hioides. Su estudio investiga el efecto de la respiración bucal y de la protusión lingual con respecto a la posición del hueso hioides , por medio del análisis del triángulo hioideo y concluye que este hueso parece tener una posición de descanso muy constante, que no está permanentemente afectado por la protusión lingual ni por la respiración bucal.

Paul E Scheider y Jonh Peterson en 1982 sugiere que la manera de pensar en el tratamiento para el hábito de succión digital debe ir directamente al niño. El primer ingrediente que se necesita para llegar a suspender el hábito, es que el niño pueda hacerlo. Una vez que esto se logra el reforzamiento positivo y los recordatorios amistosos, son el mejor tratamiento. Una llamada telefónica puede ayudarlos mucho ya que se les está mostrando que nos preocupamos por ellos, los padres deben de ser compañeros silenciosos.

En 1984 M. C. Sánchez y Anthi Tsamtsouris, nos refieren los hábitos asociados a una falta de afecto ó atención y para su tratamiento nos indica una identificación del problema y una correcta explicación para hacer que el niño rehuya esta condición frecuente, dicen , esto es suficiente para corregir el hábito.

Por tanto el hábito de succión digital y protusión lingual siguen siendo unos de los principales causantes de maloclusiones por las fuerzas anormales sobre los dientes.

Generalmente se presenta por problemas de inseguridad y desajustes emocionales resultantes de desarmonías en el hogar.

Se han utilizado infinidad de métodos para la eliminación de dichos hábitos, que van desde colocar sustancias irritantes hasta utilizar aparatología ortodóntica.

# HÁBITOS BUCALES.

## CONCEPTO.

Los hábitos bucales son actos especiales, que se adquieren por medio de la repetición ya sean iguales o semejantes, originados por tendencias instintivas en donde están relacionadas los órganos bucales y peribucales que puede ocasionar una modificación funcional y estética por la repetición constante de estos hábitos

Se consideran estos hábitos como presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y maleables en donde existe un cambio bucal estructural que es el resultado de un hábito prolongado.

El pediatra, el psiquiatra, y el psicólogo pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigadas, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo una manifestación clínica .

Es de gran importancia para el Cirujano Dentista poder formular un diagnóstico sobre los cambios en estructuras bucales que parecen resultar de hábitos bucales , pero es igualmente importante escuchar opiniones de otros profesionistas que estudian el mismo problema.

## CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS.

Existen diferentes formas de clasificar los hábitos bucales pero mencionaremos las más acertadas e importantes en nuestro estudio.

Según el Dr. Finn los hábitos bucales se dividen en:

- No compulsivos.
  
- Compulsivos.

### **Hábitos no compulsivos.**

Son aquellos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este.

Estos no están considerados como reacciones anormales, en donde el niño esta siendo entrenado para cambiar de un hábito personal, antes aceptable, a un nuevo patrón de conducta mas consiente con un mayor nivel de madurez y responsabilidad.

## **Hábitos compulsivos.**

Son aquellos cuando se ha adquirido un instinto en el niño al grado que recurre a la práctica de este hábito cuando su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo , se dice que este tipo de hábitos expresa una necesidad emocional profundamente arraigada.

Al practicar este tipo de hábito se convierte prácticamente en el escudo más seguro contra la sociedad o situaciones difíciles que tendrá que afrontar.

La otra clasificación esta basada en relación a las maloclusiones provocadas, y es la siguiente:

-Hábitos bucales útiles

-Hábitos bucales dañinos.

## **Hábitos bucales útiles**

Antes de mencionar esta clasificación diremos que hay movimientos fisiológicos normales que pueden considerarse como hábito ya que estos son la repetición de algunos actos.

Esta clasificación incluyen las funciones normales como la posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuado y el uso normal de los labios al hablar.

## **Hábitos bucales dañinos.**

Son aquellos que ejercen presiones pervertidas contra los dientes y las arcadas dentarias, así como otras estructuras (labios, carrillos, etc.), en donde hay mordidas de labios, carrillos o succión de labios y dedos.

## HABITO DE SUCCIÓN DIGITAL

Se dice que los niños nacen con un reflejo de succión y un patrón de trago infantil caracterizado, por el empuje anterior de la lengua entre las prominencias gingivales abiertas.

El reflejo de succión obviamente es importante para obtener una nutrición adecuada, además tiene otros beneficios como la estimulación al contacto, evocar la respuesta visual, y seguir objetos con la vista así como la respuesta motora .

Se dice que la succión contribuye al más importante intercambio con el mundo exterior, ya que de él no solo obtiene la nutrición sino también la sensación de euforia y bienestar, en el recién nacido , el hábito de succión satisface aquellos requisitos necesarios como el tener seguridad, un sentimiento de calor por asociación, y sentirse necesario.

La mayor parte de los hábitos de succión son considerados como normales durante el primer año de vida, ya que desaparecen al final del segundo año, si se presta atención adecuada en el periodo de lactancia.

**Definición:** Es uno de los hábitos más comunes que ocasionan anomalías dentofaciales en el plano vertical del espacio.

## **ETIOLOGÍA.**

Se dice que existen factores psicológicos, que han sido considerados desde que existía gran influencia de los pensamientos psicoanalíticos freudianos, sin negar alguna involucración emocional que pueda existir en estudios actualizados y bien diseñados se muestra que la succión digital es más que un patrón de comportamiento de estímulo-respuesta que es un desajuste emocional .

Una nueva teoría afirma que existe un inherente manejo psicosexual ya que hay una estimulación erótica de los labios y de la boca al chupar. Encontramos una zona de placer al realizar el hábito de succión .

La permanencia del hábito se debe a que no existe una llamada de atención por parte de los padres , durante los primeros años de vida, en donde encontramos que el hábito es aparentemente normal, ya que al prolongarse los años siguientes van provocando deformaciones nocivas. Aunque pueden existir espontáneas correcciones de los defectos dentofaciales al suspender el hábito abruptamente después de los 5 años.

## **PREVALENCIA.**

No hay que considerar como una regla lo que se va a mencionar sin embargo los estudios relacionados por la Dra. Hanna en una región de Estados Unidos revela que existe una significativa diferencia en la incidencia de succión digital entre niños y niñas. En 683 niños estudiados 23.5% fueron niñas, mientras que el 13.7% fué registrado en niños. La edad promedio que se encontró en menor cantidad fué de 5 años, y mayor de 6 años en adelante.

En contraste Traisman y Traisman no encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo y la edad..

En estudios recientes se revela que existe un incremento en la persistencia del hábito de succión digital en niñas que en niños, teniendo así un mayor número de niñas que necesitan tratamiento de ortodoncia por presentar deformidades dentofaciales ocasionada por el hábito de succión digital . Asimismo se establece que en las niñas es más difícil de eliminar dicho hábito.

Estudios por Traisman y Traisman nos demuestran que la mayoría de los pacientes con hábito de succión digital lo adquieren durante los 3 primeros meses, persistiendo hasta el primer año de vida.

Esto no es probable ya que algunos niños inician el hábito a partir de su primer año de edad.

No existe una edad promedio para eliminar el hábito, solamente hay que mencionar que existe una baja en la prevalencia de éstos al incrementarse la edad . Con esto concluimos que al tener más edad, el paciente ya sea por vanidad ó por pena va abandonando este hábito.

### **Efectos dentales de succión a largo plazo.**

El desplazamiento de piezas dentarias o la inhibición de su erupción normal puede provenir de dos fuentes :

I. La posición del dedo en la boca.

II. La acción de la palanca que ejerza el niño contra los otros órganos dentarios y el alvéolo por la fuerza que genera, y si además de succionar hace presión contra las piezas dentales.

La mordida abierta puede crear problemas de empujes linguales y dificultades del lenguaje. El músculo borla de la barba se puede contraer marcadamente lo que comprimiría hacia adentro el labio inferior al deglutir.

El labio superior puede deslizarse hacia arriba y sellar (al deglutir) en lingual, a los anteriores superiores, no en labial como es común. Esto se produce a causa de la contracción del músculo borla de la barba al deglutir, lo que adhiere fuertemente al labio inferior las superficies labiales, de las piezas anteriores inferiores. Al mismo tiempo el labio inferior puede encontrarse en contacto con las superficies palatinas de las piezas anteriores superiores con algo de fuerza durante la fase final del espasmo de deglución. Esta fuerza desigual generada contra las piezas dentarias por la musculatura peribucal, puede servir para perpetuar una maloclusión mucho después de la desaparición del hábito original.

La constricción en la arcada superior, sucede por un cambio en el equilibrio entre la musculatura bucal y la lengua. Cuando se pone el pulgar en la boca se fuerza a que la lengua se dirija hacia abajo y lejos del paladar. Los músculos orbicular de los labios y los buccinadores siguen aplicando fuerzas sobre las superficies vestibulares de la arcada superior, en particular cuando dichos músculos se contraen durante la succión.

Como la lengua deja de ejercer fuerza de contraequilibrio desde lingual, el arco superior posterior se colapsa en una mordida cruzada .

Dentro de la succión digital se establece un síndrome formado por una mezcla de diversas actividades como proyección lingual, deglución anormal, mordedura del labio, hiperactividad del músculo borla de la barba, músculos del labio superior hipoactivos y quizás hiperactividad del músculo buccionador.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS..**

Se cree que el grado de efecto está relacionado con la intensidad y duración del hábito de tal modo que la succión del pulgar tiene la ventaja mecánica del empuje de la mano y el brazo, razón por la cual el efecto sobre la dentición generalmente es mayor con la succión del pulgar que con el chupón.

Notablemente existe una maloclusión en estos pacientes que son clínicamente manifestados en forma circular en la región dentoalveolar en la mordida abierta existente, por tal motivo la prolongación de la succión es considerada como un deterioro en el desarrollo de la oclusión.

La mordida abierta anterior puede ser definida como una maloclusión sin contacto anterior del arco dental, cuando los dientes posteriores están en su máxima oclusión. Esta mordida abierta está presente en una restringida área intercanina.

Sin embargo la mordida abierta anterior no es el único resultado, ya que esto puede ser asociado con una mordida cruzada posterior unilateral o bilateral.

Estudios recientes por el Dr. Omar Gabriel da Silva encontraron que la morfología de la mordida abierta causada por la succión enseña un contorno circular en la mayoría de los casos, y además un gran número de mordidas abiertas son acompañadas de la protusión lingual .

Se demostró que la mayoría de los pacientes con hábito de succión digital tienen una clase I esquelética y otros clase II.

Estos pacientes presentan un perfil convexo, una falsa retrusión mandibular, incisivos maxilares protuidos e intruidos , alargamiento del arco maxilar, desplazamiento anterior de la maxila, y colapso en la maxila en la región posterior con presencia de mordida cruzada.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento para la corrección de este hábito varía mucho. En primer lugar el niño debe estar consciente de lo que significa el hábito y las repercusiones futuras que pueda crear.

La cooperación del paciente es importante para la terapéutica del hábito

Los padres del niño deben tener sentido de cooperación con la terapia brindando apoyo al niño, para obtener resultados favorables.

El niño que desea suspender el hábito necesita una terapia recordatoria, como sería una banda adhesiva pegada alrededor del dedo que ocasiona el daño .

Un segundo recurso es mediante un tratamiento de recompensa en donde se establece un convenio entre el niño y sus padres ó el Cirujano Dentista donde se le mencionará que el niño interrumpirá su tratamiento en un periodo específico y como premio recibirá una recompensa, es más probable que el paciente tenga buen éxito mientras mayor sea la participación del niño en el mismo.

Esto puede la colocación de estrellas o calcomanías en un calendario hecho en casa, cuando el paciente evite la costumbre de cluparse el dedo durante todo el día. Si el hábito perdura luego del tratamiento de recordatorios y recompensas, es necesario iniciar un tratamiento con aparatos.

Este tipo de terapéutica comprende la colocación de un dispositivo en la boca que físicamente desaliente el hábito al complicar al paciente la acción del hábito, se explica a los padres que el aparato no es un castigo sino un recordatorio permanente para no colocar el dedo en la boca.

Uno los aparatos más eficaces es en forma de criba fija, este tipo de aparato es fijo y va a ir cementado con coronas en segundos molares temporales, se utiliza un alambre del número cuarenta que va a seguir a los dientes en su cara palatina hasta la cara distal del canino y en donde se hace un doblés que atravesase el paladar hasta la cara distal del canino contrario y de aquí va hacia el segundo molar temporal. El aparato central consta de espolones y una asa de alambre, esta se extiende hacia atrás y hacia arriba en un ángulo aproximadamente de 45° respecto al plano oclusal, las terminaciones del asa se continúan hacia allá de la misma barra y se doblan hacia el paladar de tal forma que hagan contacto con él ligeramente . Una tercera proyección anterior en la misma curvatura hacia el paladar, soldando el asa en la barra principal.

El aparato se ajusta y se coloca. Se debe observar que los dientes inferiores no hagan contacto con estas proyecciones y se le explicará al niño que habrá molestias los primeros días dificultando la deglución y la fonación .

Se revisará la forma en que se encuentra el aparato a la tercera y cuarta semana y se llevará en la boca alrededor de 4 a 6 meses. La estructura está diseñada para evitar la deformación al segmento premaxilar para estimular el desarrollo de la deglución visceral, y de la postura lingual madura y su funcionamiento para permitir la corrección autónoma de la maloclusión.

Quad Helix.

Es fijo al igual que el anterior , se emplea para expandir un arco superior contraído .

Su diseño es igual al anterior , pero aquí se va activando para agrandar la premaxila .

Arco Palatino.

Es fijo , aquí el alambre se contornea abarcando todas las caras palatinas de los dientes y lleva también una barra central de donde salen unas prolongaciones en forma de trinchera que evitan la succión digital.

Placa Hawley con trampa.

Es un aparato removible que va a tener en el paladar una trampa que sobresale del acrílico en forma de loops largos que impiden el hábito de succión, la desventaja es que el niño puede retirarlo para continuar con el hábito.

## HÁBITO DE SUCCIÓN CON CHUPÓN

Este hábito es similar al anterior, sus causas son casi las mismas pues el niño desea continuar con la succión que proporciona placer según los psicoanalistas, pero en este caso es realizado con un chupón .

La ventaja que se observa aquí para su tratamiento es que el chupón se puede hacer perdedizo y el niño ya no podrá realizarlo, los primeros días se verá afectado, pues está acostumbrado a succionarlo hasta antes de dormirse, pero con el paso del tiempo se va superando.

En ocasiones esta falta de succión ocasiona , que en sustitución emplee el dedo y es importante corregirlo desde el inicio, con llamadas de atención fuertes.

En este hábito solo se hace contacto con la membrana mucosa de los labios (borde bermellón), la fisiología de la lactancia no es imitada.

Debido al mal diseño del chupón la boca se abre más y se exige demasiado al mecanismo del buccinador.

La acción de émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba , hacia abajo, hacia atrás y hacia adelante de la mandíbula es reducida

El mamar se convierte en chupar .

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

Los cambios dentarios que se ocasionan por esta clase de hábito son similares a las producidas por los hábitos digitales, y se observan de manera constante mordidas abiertas anteriores y constricción maxilar.

El movimiento vestibulolingual de los incisivos, puede no ser tan pronunciado como en un hábito digital pero de todos modos se presentan con mucha frecuencia.

## **TRATAMIENTO.**

Es mas sencillo dar fin a los hábitos del chupón que a los digitales porque bajo el control de los padres es posible suspender el chupón de manera gradual o de momento, tomándose en cuenta que anteriormente se les dió una explicación del porqué, de los daños , y de las consecuencias que pueden presentarse si no se corrige a tiempo.

También se puede aplicar un tratamiento de premio al paciente si suspende la succión del chupón por un día y al finalizar este se le dará su recompensa.

## HÁBITO DE PROTUSIÓN LINGUAL.

La posición anormal de la lengua y una desviación del denominado movimiento normal de la lengua durante la deglución, han sido acumulados desde hace mucho tiempo con la mordida abierta anterior, también con una protusión de los incisivos superiores.

Proffit describe que suele existir tres problemas mayores asociados con la posición adelantada de la lengua.

Estos problemas son la mordida abierta, protusión de los incisivos sobre todo los centrales superiores, y el ceceo.

Así mismo la protusión lingual puede ser el efecto de una de las tres condiciones o de la combinación de ellas:

1.- Un gesto de movimiento hacia enfrente de la lengua entre los dientes anteriores, para tocar el labio inferior durante la fase inicial de la deglución.

2.- Dirigir la lengua hacia enfrente entre o contra la dentición anterior con la boca abierta durante el habla.

3.- Un movimiento de la lengua hacia el frente o entre los diente anteriores cuando se esta en reposo.

## **ETIOLOGÍA.**

Se encuentra el factor de la función lingual. La deglución normal madura esta caracterizada por la relajación de los labios, colocación de la lengua detrás de los incisivos superiores y elevación de la mandíbula, todo el trayecto hasta el punto de contacto dental posterior.

Se dice que esta maduración fisiológica se establece cuando y a través de la lactancia por la función del amamantamiento.

Un niño que ha sido amamantado artificialmente no conoce este patrón funcional de deglución normal.

La anatomía de la lengua es otro factor que tomaremos en cuenta.

La lengua crece aproximadamente del tamaño del adulto a la edad de 8 años, la mandíbula solo tiene una dimensión del 50% que la del adulto para esta edad.

Las amígdalas y las adenoides alcanzan casi dos veces el tamaño del adulto a los 12 años y entonces retroceden.

La combinación de una lengua grande en una cavidad oral pequeña, requiere que el niño transporte 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 linfóide contribuyendo ambos a un crecimiento en el espacio orofaríngeo y del cambio de la lengua a una posición más posterior.

#### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

La principal característica está establecida por una mordida abierta que enseña un contorno circular difuso ó rectangular.

Al proyectarse la lengua continuamente hacia adelante, aumenta 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.

El paciente tiene una maloclusión clase II o bien puede existir clase I con una vestibularización anterior superior.

También existirá un perfil retrognata, debido a la vestibularización antes mencionada

Algunos pacientes tendrán problemas de dicción, esto es que presentan dificultad de producir algunos sonidos como la d, l, ó s debido a la posición de los dientes anteriores así como la posición lingual al emitir estas palabras.

Encontramos un patrón de deglución alterado, debido a la protusión de los incisivos superiores y a la creación de la mordida abierta, en donde la lengua ejerce una poderosa fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el segmento premaxilar, con esto las exigencias para la actividad muscular de compensación son mayores, la lengua al deglutir no se contrae como debería hacerlo y continúa proyectándose hacia adelante.

La posición de la lengua durante el descanso es también anterior.

## TRATAMIENTO.

El tratamiento no solamente está dirigido a la maloclusión existente, sino también va enfocada a la posición lingual y a la deglución inadecuada.

Puede establecerse un tratamiento miofuncional en donde el paciente será instruido para adoptar una deglución correcta. Estas terapias serán las siguientes:

Con un vaso de agua en una mano frente a un espejo el niño se sirve un poco de agua, ocluye los dientes coloca la punta de la lengua contra la papila incisiva y traga. Esto se repite y cada vez es seguido por la relajación de los músculos hasta que la deglución progrese sin tropiezos.

También ha dado éxito el empleo de una pastilla de menta sin azúcar. Se indica al niño que mantenga la pastilla contra el paladar hasta que se disuelva mientras mantienen así la pastilla, fluirá la saliva y el niño tendrá que tragarla. Esta terapia miofuncional tiene las siguientes ventajas:

1.- La corrección de la maloclusión resultará habitualmente en la desaparición del empuje lingual, sin ninguna terapia hacia la maloclusión.

2.- El niño aprende la deglución adecuada.

3.- Cambiar la posición de la lengua en reposo.

Algunos autores no están de acuerdo con esta terapia miofuncional pues piensan que al tener un aparato con el que se corrigen las maloclusiones ocasionadas, por si solo desaparecerá el hábito.

A través de este estudio se consideró que es adecuado establecer este tipo de terapia miofuncional, pues el paciente aprende a poner su lengua en una posición de descanso normal, así como el de poseer una deglución funcional adecuada.

Con esto existirá un adecuado control de la lengua tanto en función como en postura y el tratamiento para la corrección de la maloclusión se verá beneficiada al no existir ya el hábito de protusión lingual.

## APARATOLOGÍA.

Dentro de este tipo de tratamientos puede existir aparatología fija y removible.

En la aparatología fija, se utilizará una variante del aparato de succión digital. Este va a ir cementado en los segundos molares temporales, de aquí por la parte lingual saldrán unas barras que llegarán hasta distal de canino y se soldan a una barra central de donde sobresalen unos espolones doblados hacia abajo y hacia atrás haciendo una función de barrera durante la oclusión total para evitar la protusión lingual: Este aparato tiene dos funciones.

- 1.- Eliminar la proyección anterior enérgica y el efecto a manera de émbolo durante la deglución.

- 2.- Modificar la postura lingual de tal modo que el dorso de la lengua se aproxime a la bóveda palatina y la punta de la lengua haga contacto con las rugas palatinas durante la deglución y no se introduzca a través del espacio lingual.

Este aparato puede ir en la arcada superior haciendo estas prolongaciones mas grandes de tal manera que lleguen al cingulo de las piezas anteriores inferiores.

Dentro de la aparatología removible están los siguientes:

Placa Hawley con trampa lingual.

Se realiza una placa hawley y en la parte palatina se coloca un aditamento en forma de rejilla que tendrá la función de prohibir la protusión lingual pues las rejillas impedirá la extensión de esta, hacia los incisivos superiores e inferiores, y se complementará con esto la posición lingual adecuada.

Placa Tucat..

Es una placa acrílica que se colocará en la arcada superior. Este aparato posee un aditamento que es colocado entre la cara distal del canino derecho, a la cara distal del canino izquierdo y consiste en una barra horizontal con una perla de acrílico deslizable a lo largo de esta barra

La función de la perla de acrílico es que la lengua sea distraída por este aditamento, en un jugueteo, y con esto quitar el empuje lingual hacia los dientes anteriores.

La desventaja de estos aparatos removibles, es precisamente el desalojo del mismo cuando el paciente se sienta molesto, fastidiado, o simplemente no le interesa la corrección del hábito existente.

Aparato de Kraus (pantalla oral).

El objetivo es limitar la función lingual que inhibe la función muscular defectuosa, logrando así interceptar las maloclusiones.

El material se extiende hasta el vestibulo, en contacto con la apófisis alveolar pero sin tocar los dientes en lo absoluto.

Una variación es la combinación de pantallas orales y vestibulares y así se forma una pantalla oral doble. Una pantalla palatina más pequeña se une a la pantalla vestibular con dos alambres que corren a través de la mordida en la zona incisiva lateral. Esta pantalla doble aleja automáticamente la presión deformante labial y lingual de los dientes anteriores, superiores e inferiores.

El aparato desalienta tanto a la succión del pulgar y el empuje lingual como la posición postural anormal de la lengua y labios.

Además el aparato estimula el ejercicio muscular, aumentando la tonicidad y sirviendo también para la liberación de tensiones cuando el paciente trabaja contra el aparato.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## Bionator.

Ideada por Balters, podemos describir al bionator como un activador de la disección. La reducida masa del aparato y su capacidad para recolocar la mandíbula y modificar la erupción dental han influido bastante para que fuera fácilmente aceptado por padres y especialistas. Al igual que los activadores ejerce un control vertical y se puede utilizar para los problemas clase II , clase III, mordida profunda y mordida abierta.

Es un aparato de apoyo dental el cual lleva un flanco lingual para regular la postura de la mandíbula y suele incorporar una envoltura del buccinador ó arco labial; el diseño se reduce en gran parte al volumen del activador, puede incluir facetas posteriores o topes oclusales de material acrílico para controlar la cuantía y dirección de la erupción.

## CONCLUSIONES.

Mediante este estudio, podemos establecer lo siguiente:

La etiología de los hábitos de succión digital, de succión con chupón, y de protusión lingual es muy variada, por lo tanto se deberá de realizar una Historia Clínica bien desarrollada en donde se cuestionen elementos que puedan ser propicios para la aparición de estos hábitos.

Esto se realizará con la finalidad de preguntar el número de que ocupa en la familia, si ambos padres trabajan, si el hábito está relacionado con un problema temprano de alimentación que se prolonga como hábito vacío, o si es adquirido por imitación, o es el resultado de un problema emocional complejo.

Así mismo se apreció que la característica más importante de la presencia de estos hábitos es una maloclusión que se presenta con una mordida abierta anterior que en ocasiones puede acompañarse de mordida cruzada posterior. Con ello podemos diagnosticar que cuando esten presentes las características antes mencionadas debemos pensar en la existencia de algún hábito bucal.

El tratamiento principalmente se basará en corregir las maloclusiones ocasionadas devolviendo al paciente una oclusión normal que no solo mejorará su estética sino que también podrá tener un patrón de deglución funcional normal obteniendo con ello una adecuada digestión, contribuyendo con esto a un buen estado de salud.

Dentro del tratamiento es nuestro deber explicar y convencer al paciente, que es necesaria la terapia por su propio bien, además de hacer conciencia que la prolongación de éstos hábitos a la larga ocasionan problemas más graves que necesitan de más tiempo y quizás sea mas doloroso.

Los padres juegan un papel muy importante en la terapia del niño, ya que ellos deben estar apoyando constantemente, y de vigilar la continuidad del tratamiento, además de llevarlo puntualmente a sus citas odontológicas.

Si la terapéutica elegida es por medio de aparatología es de vital importancia la supervisión de los padres de familia para el uso adecuado de dicho aparato.

Finalmente podemos mencionar que es de igual importancia que el Cirujano Dentista tenga conocimientos que le permitan establecer un diagnóstico certero para establecer las verdaderas causas que originan la aparición del hábito.

Es necesaria la comunicación con profesionistas de otras áreas como serían los psicólogos, psiquiatras, para ofrecer una solución completa y adecuada al problema de nuestro paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

Barber K Thomas, Larry S. Luke. **Odontología Pediátrica**. Editorial Manual Moderno. México 1985. págs. 265 268.

Finn Sidney B. **Odontología Pediátrica** Editorial Interamericana. México 1980. págs 326 339.

Graber Thomas M **Ortodoncia Principios Generales y Técnicas**. Editorial Panamericana. Buenos Aires Argentina 1988 págs.217 228.

Johnson. D. Erick **Thumb Sucking**. The Journal of Dentistry for children 66 (6) Noviembre-Diciembre. United State 1993.págs 385 392.

Larson. E. **Bearing of Swedish Norwegian and Sami Children For Journal Orthod**. 13 (6) Tenglish Scotland 1991 págs 382 385.

Leyt Samuel **Odontología Pediátrica**. Editorial Mundi S:A:I:C Y F: Buenos Aires Argentina 1980 págs 227 231.

Lin. L. D. Murray G. M. Sessle B. J. **Tongue Habits**. Journal Neurophysiol. 71 (6) Junio. Toronto Canadá. 1994 págs 2401 2413.

Mac Donald. **Odontología para el niño y el adolescente** Editorial Mundi. S.A.I.C. Y F. Buenos Aires Argentina 1985. págs 575 783.

Magnusson. T. Carlsson G. E **Sucking Habits in Children.** Journal Orofacial Pain 7 (1) Winter United State. 1993. págs. 76 82.

Ogaard. B. Larsson. F. **The effect of sucking habits cohort, sex intercanine arch, widths and breas or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegion an Sweding 3 year old children.** Journal Orthod. Dentofacial Orthop 106 (2). United State. 1994. págs.161 166.

Omar Gabriel Da Silva. **Sucking Habits.** The Journalof Clinical Pediatric Dentistry 15 (3). Spring, United State 1991.págs 137 159.

Pinkham B. S. **Odontología Pediátrica.** Ed Interamericana. México 1991. págs 311 315.

Sánchez Cruz Othon **Habitos de presión anormales.** Práctica Odontológica. 27.(5) Mayo México. D.F. págs 37 41.

Spahl Terrance **Ortopedia Maxilofacial Clinica y Aparatología Biomecánica.** Editorial Salvat. México D.F. 1990. págs. 314 320.

Ureña Ceritt José Luis **Los hábitos orales y el desarrollo facial.** Práctica Odontológica 16 (8). Marzo. México D. F. 1992. págs. 27 30.

**Yamaguchi. H. Tanaka.Y. Changes in oral functions and muscular behavior due to surgical orthodontic tratament. Journal Articule Bull Tokio Dent Coll 35 (1). Japan. 1994. págs. 41 49.**