

382  
249



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo Bo  
  
13 Mayo 1996

*Alteraciones de la Función de la Cavidad  
Oral y su Respuesta en el Crecimiento de  
los Maxilares de Pacientes Pediatricos.*

T E S I S A  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
C I R U J A N O D E N T I S T A  
P R E S E N T A  
*Olga Lidia Romero Hernández*

Asesor: C.D. Emilio Carlos Beltrán Lara



FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA

MEXICO, D. F.

1996



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 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.

**Mis padres**

*Por toda su ayuda, entusiasmo  
y buena voluntad ante mi progreso  
Gracias papá y mamá ante todo por el gran cariño que  
me han demostrado. Los quiero.*

**Mis hermanos**

*Por ser parte de todos los estímulos que poco a poco  
fui necesitando para concluir esta tarea. Gracias  
por ser parte de nuestra familia*

**Mi esposo y mi hija.**

*Gracias Tony y Mareva por toda comprensión,  
amor y alegría que día a día fueron mi apoyo  
para poder seguir adelante. Los amo.*

ALTERACIONES DE LA FUNCION DE LA CAVIDAD  
ORAL Y SU RESPUESTA EN EL CRECIMIENTO DE  
LOS MAXILARES DE PACIENTES PEDIATRICOS.

INDICE

|   |    |
|---|----|
| INDICE  | 1  |
| INTRODUCCION  | 3  |
| CAPITULO I  |    |
| Desarrollo Facial Y Erupción dental                           | 5  |
| a) Erupción dental  | 5  |
| b) Desarrollo del arco.                                       | 6  |
| CAPITULO II.  |    |
| Factores Que Afectan El Desarrollo De La Oclusión.            | 8  |
| a) Posición postural de la mandíbula                          | 9  |
| b). Establecimiento de una posición Oclusal ideal.            | 8  |
| c) Adaptación neuromuscular a la falta<br>de Armonía oclusal. | 9  |
| d) Papel de la lengua y los labios.                           | 9  |
| CAPITULO III.   |    |
| Etiología De Las Maloclusiones.                               | 11 |
| a) Sistema neuromuscular.                                     | 11 |
| b) Hueso.   | 11 |
| c) Dientes.   | 11 |
| d) Partes blandas   | 12 |
| e) Traumatismos   | 12 |

|   |           |
|---|-----------|
| f) Enfermedad.  | 13        |
| g) Desnutrición.  | 13        |
| h) Agentes físicos.   | 14        |
| <b>CAPITULO IV.</b>   |           |
| <b>Hábitos Bucales.</b>                                     |           |
| a) Definición.  | 16        |
| b) Hábitos bucales NO compulsivos.                          | 16        |
| c) Hábitos bucales compulsivos.                             | 17        |
| d) Métodos psicológicos utilizados<br>para educar al niño.  | 18        |
| e) Métodos de adiestramiento extrabucales.                  | 19        |
| f) Uso de aparatos extrabucales<br>para eliminar el hábito. | 20        |
| g) Succión del dedo pulgar, y otros dedos.                  | 23        |
| i) Lengua protáctil.  | 25        |
| j) Succión y mordida del labio.                             | 26        |
| k) Empuje del frenillo.                                     | 27        |
| l) Bruxismo.  | 28        |
| m) Mordedura de uñas.                                       | 29        |
| n) Respiración por la boca.                                 | 30        |
| <b>CONCLUSIONES</b>   | <b>32</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>   | <b>34</b> |

## INTRODUCCION

Los trastornos funcionales de la cavidad oral abarcan cualquier desarmonía que se presente en las relaciones funcionales de los dientes y de sus estructuras de sostén, los maxilares, las ATM, los músculos de los labios y de la lengua y la innervación y vascularización de estos tejidos. La disfunción puede manifestarse como lesión del periodonto de las articulaciones temporomaxilares de los dientes en forma de hipertonicidad y mialgias de los músculos masticadores, y lesiones de la mucosa bucal, además de poder degenerar en la formación de \*HABITOS\*.

La posición de los dientes dentro de los maxilares y la forma de la oclusión son determinados por procesos de desarrollo que actúan sobre los dientes y sus estructuras asociadas. La oclusión varía entre las diferentes personas según la forma y tamaño de sus órganos dentarios tiempo y orden de erupción dental, forma y tamaño de las arcadas y patrón de crecimiento craneo facial. La variación es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que afectan tanto al desarrollo prenatal como el posnatal.

No hay duda de que la maloclusión puede llevar a problemas funcionales en los movimientos mandibulares y otras funciones orales. En las maloclusiones severas todos los aspectos de la función oral pueden estar comprometidos. Si sólo unos cuantos dientes contactan, el paciente puede tener dificultad masticatoria; si la maloclusión es severa puede haber además alteraciones adaptativas en la deglución y dificultades en la fonación de esta

forma el individuo va creando un patrón de adaptación a sus disfunciones que en ocasiones muy frecuentes se considera como \*HABITO\*, el cual nos va a favorecer para enfatizar más en la disfunción y crear así un problema aún mayor.

Para Pauly (1957) los hábitos orales proceden de 5 distintas fuentes:

- 1.- instinto
- 2.- una fuente insuficiente o incorrecta de energía
- 3.- dolor o disconformidad
- 4.- tamaño anormal de las partes (amígdalas)
- 5.- imitación de los hábitos o imposición por los padres u otras personas.

Heskia & Deplagne (1972) consideran que los hábitos viciosos pueden ser determinantes patológicos.

- 1.- Por ejercitar presiones no fisiológicas.
- 2.- Por constituir obstáculos para el desarrollo armónico.
- 3.- Por provocar secundariamente hábitos musculares viciosos.

En el presente trabajo se identifican los hábitos y su relación con la disfunción en la cavidad oral además de los trastornos que causa. Cabe mencionar que este problema ha tenido relevancia desde hace varias décadas pero ahora gracias a el avance de las ciencias ha cobrado mayor importancia.

### Desarrollo Facial Y Erupción Dental

Para poder comprender la dimensión de las alteraciones fundamentales debemos en primera instancia establecer parámetros de crecimiento y funciones normales los cuales nos permitan una mayor comprensión y relación de el porqué se suscitan estas alteraciones.

### Erupción Dental

El orden de erupción en la dentadura primaria es el siguiente:

- a) Incisivos centrales.
- b) Incisivos laterales.
- c) Primero molares.
- d) Caninos.
- e) 2 dos molares.

Este orden no siempre se verifica pero aunque existan diferencias no existen algo anormal.

La definición permanente da inicio por lo general empezando con:

- a) 1er molar.
- b) Incisivo central.



- c) Incisivos laterales.
- d) Canino.
- e) 1er premolar.
- f) 2do premolar.
- g) Canino maxilar.
- h) 2do molar.

Existen en ocasiones variaciones en el patrón de erupción pueden constituir un factor que ocasione disfunciones.

### Desarrollo Del Arco

Existen 2 tipos de arcos:

- a) Arcos que muestran espacios intersticiales entre las piezas.
- b) Arcos que NO muestran espacios intersticiales entre las piezas.

Existen espacios peculiares localizados entre canino y lateral superiores y entre canino y primer molar en inferiores estos espacios son encontrados en la boca del primate *Rethius*, estudiado por Broabest 1937 de ahí deriva su nombre: **Espacios Primates**.

Estos espacios se eliminan cuando erupciona el primer molar permanente ya que se realiza un movimiento anterior de los molares primarios ocasionando que el molar haga erupción en oclusión normal.

En arcos cerrados es un fenómeno llamado **mesialización tardía** del primer molar permanente mandibular.

Cuando erupcionan los incisivos permanentes se produce un ensanchamiento de los arcos a nivel de la región canina ( en la zona anterior).

Existe un período denominado a la etapa del **"Patito Feo"** este período va desde la erupción de los incisivos laterales hasta la erupción de los caninos.

La corona de los caninos maxilares se apoyan sobre las raíces de los laterales provocando que las coronas se abran, a medida que progresa la erupción de los caninos favorece el cierre de espacios entre los centrales y queda mayor espacio para que las raíces de los laterales tomen su posición.

Factores Que Afectan El Desarrollo De La Oclusión

**MÚSCULOS:** a) *Posición postural de la mandíbula.*

La mandíbula está soportada o movida por un grupo de músculos que actúan contra la gravedad.

Los reflejos posturales son primitivos, no se aprende y generalmente no son codificados; el recién nacido ya posee una posición postural mandibular puesto que se necesita un punto de partida para alguno de los movimientos reflejos de la mandíbula durante el chupeteo, deglución, tos, etc.

Quizá sea el único reflejo postural totalmente desarrollado en edad tan temprana.

b) *Establecimiento De Una Posición Oclusal Ideal*

Las relaciones oclusales siguen al establecer de la posición

A medida que los dientes ocluyen se transmiten estímulos que después son transmitidos a los músculos que controlan la posición de la mandíbula.

Después de que los dientes hacen erupción los músculos alcanzan una posición de oclusión que permite un contacto dental máximo y

un mínimo de torsión o sobre carga lateral y esfuerzo sobre las raíces de los dientes, llamemos a esto la posición oclusal ideal.

El reflejo oclusal ideal está controlado no solo por el reflejo de estiramiento de los músculos de la masticación si no también por los órganos receptores del ligamento periodontal.

#### *c) Adaptación Neomuscular A La Falta De Armonia Oclusal*

Cada vez que se pierde un diente de la dentición primaria le sigue un sucesor permanente, diferente en tamaño y forma a su predecesor. Durante este período de dentición mixta las interferencias oclusales son múltiples y dan origen a que los músculos tengan que utilizar repetidamente nuevos patrones de cierre mandibular con objeto de evitar diferentes interferencias. Esta constante adaptación a nuevos cambios oclusales es desventajosa para los músculos. Por ello, a menudo se encuentra dificultad al tratar de definir en los niños en forma exacta las posiciones oclusales. En esta época es cuando los músculos a veces adoptan un posición de función oclusal que no coincide con la posición ideal de oclusión.

Dichas posiciones, suelen llamarse adquiridas o de acomodación.

#### *d) Papel De La Lengua Y Los Labios*

El recién nacido necesita de muchas e importantes funciones de la lengua y de los labios que se efectúan en forma diferente porque los dos grupos musculares no están aún separados por los dientes.

1) Chupeteo , 2) Deglución, 3) Respiración, 4) Reflejos protectores, 5) cambio de dieta.

Cuando erupcionan los dientes se separa la lengua de los labios y los carrillos.

Cuando el individuo cambia de régimen dietético, la lengua se vuelve muy ágil, cambia el mecanismo de deglución. Los dientes suelen estar en contacto estabilizados en oclusión por los Músculos de la masticación y la lengua por si sola empuja el alimento hacia la faringe.

En época más temprana la mandíbula queda estabilizada por los músculos de la pared bucal y hasta los carrillos y labios ayudan a la deglución.

El cambio de hábitos alimenticios es sumamente importante en el desarrollo de la utilización precisa y selectiva de la musculatura bucal y puede caer en errores que nos encaminan a preservar entre otras una deglución infantil que es un problema clínico.

Etiología De Las Maloclusiones

*1.-Sistema Neuromuscular.*

- a) Posición y configuración de la musculatura facial (Tendencias familiares y raciales).
- b) Tamaño de la lengua ( Este puede estar bajo el control de genes).
- c) Estados patológicos musculares raros ( Ausencia congénita total de un músculo o parte de el).

*2.- Hueso.*

- a) Tamaño. Micrognacia y macrogacia.
- b) Forma. Patrones raciales y familiares de conformación y fisuras faciales.
- c) Posición. Prognatismo mandíbular, retrusión mandibular prognatismo maxilar y prognatismo bimaxilar.
- d) Número. Acnacia y hemiacnacia.

*3.- Dientes.*

- a) Tamaño. Macrodoncia y Microdoncia.
- b) Forma. Tubérculos de carabelli incisivos en forma de clavija etc.
- c) Posición. Ciertos patrones de erupción y caída de los dientes son de origen genético. Dan lugar a características propias en la posición de los dientes permanentes.
- d) Número. Oligodoncia y anodoncia.

#### 4.-Partes blandas.

Además de nervios y músculo fisuras faciales, macrostomía y microstomía.

#### 5.-Traumatismo.

##### \* Traumatismo Prenatal\*

El traumatismo prenatal sobre el feto y los daños postnatales pueden ocasionar deformidad dentofacial.

a) Hipoplacia de la mandíbula. Esto puede ser causado por una presión o traumatismo intrauterino durante el parto.

b) Micrognatia. Esto es inhibición del crecimiento de la mandíbula por la anquilosis del ATM.

c) Protracción maxilar. Durante el parto es una costumbre común del obstetra poner el dedo medio de su mano dentro de la boca del niño, colocarlo debajo del proceso alveolar maxilar y así sacar la cabeza. Ya que la sutura premaxilar está abierta y el esqueleto facial es muy plástico el resultado puede ser una deformación aparente de la parte superior de la cara.

d) Parálisis muscular. Esta puede deberse a la lesión del nervio, aunque cuando esto sucede, generalmente no es permanente.

e) Posición del feto. La rodilla o la pierna a veces hacen presión sobre la cara en tal forma que ocasionan una asimetría en el crecimiento facial o causan un retardo del desarrollo mandibular.

f) Hábitos prenatales, chupeteo del dedo.

### \*Traumatismo Postnatal\*

En este encontramos fracturas de los maxilares y dientes, además de un gran número de hábitos. Esto puede producir un traumatismo del grado ligero que actúa durante cierto período.

### 6.- *Enfermedad.*

Cualquier trastorno que afecte el ritmo del crecimiento del cuerpo, puede influir también en la región facial. El efecto de las enfermedades generalizadas es disminuir el ritmo del incremento de los huesos faciales.

Dentro de las enfermedades que ocasionan alteraciones faciales mencionaremos trastornos endócrinos, enfermedades localizadas, enfermedades nasofaríngeas y trastorno de la función respiratoria, infecciones en la región del oído, enfermedades gingivales y periodontales, así como tumores y caries, en esta involucraremos:

- pérdida prematura de los dientes caducos (principalmente caninos)
- trastornos en el orden de erupción de los dientes permanentes.
- pérdida de los dientes permanentes

### 7.- *Desnutrición.*

Siempre se le ha atribuido a la nutrición el establecimiento de un buen crecimiento facial. No debe descuidarse la nutrición en relación con el problema de caries y de la enfermedad periodontal por su importancia primordial en la pérdida de los dientes permanentes.



No hay tipos de maloclusión patognomónicos de cualquier trastorno nutricional específico, pero esto no quita importancia a la buena nutrición relacionada con patrones faciales deseables.

### 8.- Agentes físicos.

a) Prenatales. (Ya han sido mencionados) Son todo aquellos que afectan al feto.

b) Postnatales.

- Extracción de los dientes caducos.

- Iatrogenia.

- Naturaleza de la alimentación; La personas que se alimentan a base de dietas primitivas fibrosas estimulan los músculos a un trabajo mayor y aumentan así la función de los dientes. Este tipo de dietas por lo general produce menos caries, un grado medio de anchura mínima del arco.

La falta de función adecuada conduce a contracción de los arcos dentales, a insuficiente desgaste oclusional y a falta de ajuste oclusional; normalmente observado en la dentición ya desarrollada.

- Método de Lactancia. Los niños alimentados al pecho materno se dice que tienen menor número de maloclusiones que los alimentados con biberón.

Esto puede deberse al estímulo fisiológico del tejido del pecho, pues se necesita una acción muscular mas vigorosa para la sesión :es posible que se deba principalmente al hecho que los niños pequeños alimentados con biberón desarrollan bastante más los hábitos de chupeteo del dedo pulgar y otros dedos.

- Método de respiración. La respiración anormal trastorna el equilibrio muscular de la cara y modifica; por lo tanto el crecimiento facial.

Dentro de los agentes físicos causantes de las maloclusiones encontramos a los Hábitos Bucales, los cuales tienen una gran importancia ya que en gran parte de ellos la función se encuentra alterada y nos provoca una respuesta desfavorable en el crecimiento de los maxilares.

#### CAPITULO IV

### “ HABITOS BUCALES “

El hábito bucal representa una actividad repetitiva y congénita dada por una praxis que puede ser dañina o no dañina, asociada a una situación de placer para suplir una necesidad . La frecuencia, duración e intencionalidad son factores importantes que modifican el hábito.

### Hábitos Bucales No Compulsivos

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos aceptables socialmente. El éxito inicial puede reforzar los nuevos patrones, o se pueden lograr cambios por medio de halagos, y en ciertos casos amenazas de castigo fuerte por parte de los padres.

El modelo sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la madurez al verse sometido a presiones externas por parte de sus padres, de sus compañeros de juego y de clase.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar este, se denomina \* 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.

### **Hábitos Bucales Compulsivos**

Un hábito bucal es compulsivo cuando ha adquirido un 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 el mundo.

Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir ese hábito. Los hábitos compulsivos expresan un necesidad emocional profundamente arraigada.

Existen algunas teorías que tratan de explicar la etiología específica de los hábitos bucales compulsivos y en estas mencionan que quizá los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También pudo haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación y así mismo se ha acusado al sistema de alimentación por biberón, de igual modo se acepta generalmente que la inseguridad del niño producida por falta de amor y ternura maternas juega un papel importante en muchos casos.

## Métodos Psicológicos Utilizados Para Educar Al Niño

Para poder contemplar la eliminación de un hábito el odontólogo debe estar seguro de la frecuencia desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño además de contar con el apoyo de los padres y algo muy importante que es, saber si el niño está psicológicamente preparado y quiere eliminar el hábito.

Los niños a menudo combinan hábitos bucales primarios tales como la succión del dedo pulgar con hábitos secundarios tales como tirarse del pelo y/o hurgarse la nariz. Frecuentemente se puede romper el hábito bucal primario haciendo imposible la realización del hábito secundario.

El procedimiento completo para intentar eliminar un hábito implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo en casa:

- Establecer una meta a corto plazo para eliminar el hábito
- No criticar al niño si el hábito continúa,
- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

\*Sin esta cooperación, se observará poco progreso hacia el nuevo adiestramiento del niño.\*

## Métodos De Adiestramiento Extrabucales

Existen diferentes técnicas utilizadas por el odontólogo para la eliminación de los hábitos, mencionaremos aquellas que consisten en adiestramientos extrabucales:

- Recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable.
- Rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio; un guante a la muñeca de la mano que ejerce el hábito.

Todos estos métodos tiene algo en común se basan en la aceptación del niño para eliminar el hábito. Deberá advertirse siempre a los padres que la eliminación de este hábito puede dar lugar al surgimiento de otro aún más nocivo.

La actitud de los padres durante este tipo de procedimientos es de innegable importancia; si exigen del niño una perfección que este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso.

## Uso De Aparatos Intrabucales Para Eliminar Hábitos Nocivos

La mayoría de los instrumentos intrabucales fabricados por el odontólogo y colocados en la boca del niño con o sin permiso de éste, son considerados por el niño instrumentos de castigo. Pueden producir trastornos emocionales más difíciles y costosos de curar que cualquier desplazamiento dental producido por el hábito

Tomando en cuenta estas consideraciones se ha elaborado una guía de 5 preguntas:

- 1.- Comprensión del niño ¿comprende plenamente el niño la necesidad de utilizar el aparato? ¿quiere el niño que le ayuden?
- 2.- Cooperación paterna. ¿comprenden ambos padres lo que esta usted tratando de hacer, y le han prometido cooperación total?
- 3.- Relación amistosa. ¿ha establecido usted una relacion amistosa con el niño de manera que en la mente de este exista una situación de recompensa, en vez de una sensación de \*castigo\*?
- 4.- Definición de la meta. ¿han elegido los padres del paciente y usted una \*meta\* definida en términos de tiempo y en forma de un premio material que el niño trate de alcanzar?
- 5.- Madurez. ¿ha adquirido el niño la madurez necesaria para superar el período de adiestramiento, que puede producir ansiedades a corto plazo.?

El odontólogo inteligente que se formule estas preguntas y que se asegure de que, una por una, la respuesta es afirmativa generalmente puede sentirse seguro al aplicar un aparato de formación de nuevos hábitos.

De esta forma y para tener un panorama más existoso de nuestro tratamiento no debemos olvidar y enfatizar aún más que el hábito no es condicionado sino que es incondicionado por lo cual el primer objetivo será el de obtener ésto por métodos \*pasivo estimulantes\* ya que los aparatos son \*activos estimulantes\* y suelen tener grandes fracasos. Se sugiere tener una plática de acercamiento dirigida 100% al niño explicándole a su nivel idiomático en lo que consite su hábito y como podría repercutir en él a futuro; esta sesión es similar a la que se emplea para introducirlos por primera vez a la clínica que es la \*técnica de modelamiento\*.

La técnica de modelamiento aplicada en este terreno consiste en explicar, el daño que está causando el hábito en sus maxilares y en algunas ocasiones en sus extremidades \*dedos\* mostrándole lo desagradable que suele ser ver a un niño chupeteándose el dedo (por ejemplo). También es prudente enseñarle fotografías y modelos de como se proyectará su imagen si él persiste con esta actitud negativa.

Una vez que se aplica la técnica de modelamiento integraremos a la mamá para sumar por completo nuestro manejo psicológico.

Y conjuntamente invitaremos a que participen de una tarea cotidiana por un mes, la cual consistirá en dar una lámina especie de horario en la cual se registraran todos los días de un mes, esta lámina consistirá en ir llevando una bitácora diaria del hábito. La cual deberá estar visible en su cuarto ( por ejemplo).

El control de ésta consistirá en marcar con una bruja, un diablo, una equis o un color negro el cuadro del día a que corresponda si él persiste en dicho acto pero si él no tuvo incidencia, se coloca en la



bitácora una estrella. podemos ser un poco indulgentes las dos primeras semanas y tornarnos más exigentes cuando se acerque el momento de visitar al odontopediatra. Es importante enfatizar que la única capacitada para ayudar y llevar el control será su mamá o tutor, pero nunca un menor. Normalmente cuando se intensifica la ayuda existirá una respuesta ya que las primeras dos semanas fueron preparativas y las dos subsecuentes fueron activas.

Recordando que él se va a ganar un premio el cual fue negociado con él la primera cita, el día del modelamiento este será entregado solo si ganaba un 75% de estrellas y si perdía se le colocaría un aparato el cual se le mostrara desagradable.

Una vez concluido esto se le premia y se le explica que requiere de otro aparato agradable para corregir su mala oclusión.

Es de hacer notar que esta técnica es empleada en el posgrado de la facultad de odontología con un 95% de éxito.

Esta y cualquier técnica es recomendable utilizarlas después de los 4 años de edad en la cual ha alcanzado el paciente pediátrico su desarrollo dental además de que esta edad se caracteriza por una gran comunicación.

## Succión Del Pulgar Y Otros Dedos

La succión del dedo es un hábito común y mucho más la del pulgar. Los trastornos que produce la succión afectan tanto la estética como la función. El grado de severidad es variable, desde desplazamientos insignificantes hasta mordidas abiertas serias. Hotz refiere que el tipo de succión puede ser deducido por la clase de maloclusión presente, hay generalmente una mordida anterior abierta y una protrusión pronunciada de los incisivos inferiores. Diversos autores consideran la succión del pulgar como algo normal hasta los 4 años de edad, tiempo en que la mayoría de los niños abandonan por si mismos el chupeteo. Nelson menciona que una vez cumplidos los cuatro años la succión suele autocorregirse como respuesta a las presiones sociales, si bien la presión ejercida por el pediatra o el dentista puede resultar de utilidad al decirle la razón de la supresión.

La succión de dedo tiene como consecuencias: mordida abierta anterior, maxilar inferior retognata, mordida cruzada posterior uni o bilateral, segmento premaxilar protrusivo, hipotonicidad del labio superior, bóveda palatina alta u ojival, arcada estrecha, gingivitis y clase dos de angle subdivisión uno y dos, sumándole otro tipo de hábito aunado a la respiración bucal.

Existen varios tipos de aparatos para eliminar hábitos bucales que pueden ser construidos por el odontólogo.

### **TRAMPA CON PUNZÓN**

Una trampa con punzón es un instrumento reformador de hábitos que utiliza un recordatorio afilado de alambre para evitar que el niño se permita continuar con su hábito.

Las trampas pueden servir para:

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

### **TRAMPA DE RASTRILLO**

Este aparato más que recordar al niño lo castiga; se construye de igual manera que la de punzón pero tiene puas, ramas o espolones que se proyectan de las barras transversales a el retenedor de acrílico hacia la bóveda palatina. La puas dificultan no solo la succión del pulgar sino también los hábitos de empuje lingual y deglución defectuosa.

También como el hábito de succión del pulgar será importante hacer consiente del hábito de empuje lingual al paciente ya que hemos mencionado que el hábito es condicionado este es aún mayor porque podemos decir que es un acto reflejo funcional en el organismo que se vio alterado por un factor X.

## Lengua Protáctil

Cuando el niño traga normalmente sus dientes están en contacto los labios se cierran y la lengua se mantiene contra el paladar, en la parte posterior de los dientes anteriores. Cuando la amígdalas están inflamadas y dolorosas los lados de la base de la lengua rozan los pilares de las fosas inflamadas; esto produce dolor y por un movimiento reflejo la mandíbula desciende, los dientes quedan separados y la lengua se coloca entre ellos durante los últimos momentos de la deglución. El dolor de la garganta origina la formación de un nuevo reflejo de deglución y los dientes se acomodan a la nueva presión adicional que es aplicada.

En niños que presentan mordidas abiertas e incisivos superiores en protrusión se observa a menudo hábitos de empuje lingual. Al igual que la succión del pulgar, el empuje lingual produce protrusión e inclinación labial de los incisivos maxilares superiores.

El tratamiento del empuje lingual consiste en entrenar al niño para que mantenga la lengua en su posición adecuada durante el acto de deglutir. Hasta que el niño llegue a la edad suficiente para cooperar, esto será difícil de lograr. Se pueden utilizar terapias miofuncionales como los empleados para limitar los efectos de succión del pulgar.

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

Entonces diremos que antes de colocarle al paciente algún aparato es la obligación del clínico observar clínicamente a su paciente ya que problemas de tipo disfunción respiratoria pueden originar una lengua protáctil o una deglución atípica.

Algunos autores o clínicos han propuesto un sin fin de procedimientos para corregir esto; pero en base de experiencias clínicas podemos decir que el procedimiento utilizado por los foniatras es sumamente eficaz, el cual consiste en colocar en la parte más posterior una porción de cajeta y esta por su adhesividad permite un ejercicio lingual, otros sugieren la utilización de dulces los cuales tienen una perforación en medio de ellos (salvavidas) podemos decir entonces que estas técnicas lo que tratar de lograr será el de ejercitar a la lengua a una posición más funcional.

Existen aparatos que también logran el mismo efecto y será la placa "tucat" y un arco transpalatal con una hélix de un tamaño mayor de lo normal este ocasionará la ejercitación lingual similar a la de un hábito.

También debemos mencionar el aparato de uso tradicional que será aquel que está realizado a base de una criba la cual tendrá una función de cercar el movimiento anterior de la lengua para evitar así la deformación producida en esta zona por el desplazamiento de ésta.

### Succión Y Mordida Del Labio

La succión o mordida del labio puede llevar a los mismos desplazamientos anteriores que la succión digital, aunque el hábito generalmente se presenta en la edad escolar, cuando el niño coopera

puede abandonar el hábito el odontólogo puede ayudar sugiriendo ejercicios labiales tales como la extensión de labio superior sobre los incisivos superiores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre el superior.

Casi siempre se trata del labio inferior, aunque a veces se observan hábitos de morder el superior. Cuando el labio inferior se mantiene repetidamente debajo de la región anterior de los dientes maxilares, el resultado es la labioversión de dichos dientes, a menudo es causada por este hábito una mordida abierta y algunas veces linguoversión de los incisivos mandibulares.

Tocar instrumentos musicales bucales ayuda a enderezar los músculos labiales y a ejercer presión en la dirección acertada sobre las piezas anteriores superiores.

### Empuje Del Frenillo

Si los incisivos permanentes superiores están espaciados a cierta distancia el niño puede trabar su frenillo labial entre estas piezas y dejarlo en esta posición varias horas. Este hábito probablemente se inicia como parte de un juego ocioso pero puede desarrollarse en el hábito que desplaza las piezas ya que mantiene separados los incisivos centrales, este efecto es similar al producido en ciertos casos por la presencia de un frenillo anormal.

## BRUXISMO

Otro hábito observado en niños es el bruxismo o frotarse los dientes entre sí. Este es generalmente un hábito nocturno producido durante el sueño, aunque puede observarse también cuando el niño esta despierto. El frotamiento puede ser tan fuerte como para oír los ruidos de las rozaduras a distancia. El niño puede producir atricción considerable de las piezas y puede incluso quejarse de molestias matutinas en la ATM.

Existen autores que hacen mención y refieren que cuando un niño se encuentra en una etapa en la cual posee dentadura mixta puede presentar bruxismo ( rechinar de dientes nocturno ) ya que la musculatura se encuentra en una etapa de adaptación.

Las causas exactas del bruxismo permanece todavía no muy claras tal vez tenga una base emocional ya que ocurre generalmente en niños muy nervioso o irritables y que pueden presentar otros hábitos, tales como succión del pulgar y morderse las uñas. Estos niños generalmente duermen intranquilos y sufren ansiedades.

El bruxismo se ha observado en pacientes que sufren enfermedades orgánicas como: corea, epilepsia y meningitis, así como en trastornos gastrointestinales.

El tratamiento entra en el campo del médico familiar, Psiquiatra y el odontopediatra. El odontólogo puede ayudar a eliminar 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 siendo ésta resistente al frotamiento. De esta manera los dientes no se desgastan y el hábito pierde su eficacia satisfactoria.

## MORDEDURA DE UÑAS

ESTA TESIS NO DEBE  
VOLAR DE LA BIBLIOTECA

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es morderse las uñas. Este no es un hábito pernicioso, 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 atricción de las piezas anteriores inferiores; morderse las uñas alivia normalmente la tensión y aunque los padres pueden no encontrarlo aceptable socialmente debemos recordar que tampoco lo era el fumar para las mujeres hace algunos años. Cuando el niño crece y se convierte en adulto otros objetos sustituyen a los dedos, se puede utilizar goma de mascar, cigarrillos, cigarros 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.



## Respiración por la Boca

Existen individuos que por diversas causas realizan su respiración por la boca ignorando que esto puede afectar al crecimiento de la cara las personas que respiran por la boca muestran un porcentaje amplio de maloclusiones.

Generalmente no se observan un solo tipo de maloclusiones, porque el trastorno inicial que conduce a la respiración bucal puede ser:

- cornetes inflamados
- inflamación y congestión crónica de la mucosa nasofaringea.
- alergia
- hipertrófia adenoidea
- inflamación e hipertrófia de las amígdalas
- hábito de chupeteo.

En los niños es poco frecuente respirar continuamente por la boca. Los niños que respiran por la boca pueden clasificarse en tres categorías:

- 1.- por obstrucción
- 2.- por hábito
- 3.- por anatomía

Los que respiran por la boca por obstrucción son aquellos que presentan resistencia incrementada u obstrucción completa del flujo normal de aire através del conducto nasal. Como existe dificultad para inhalar y exhalar aire atreva de los conductos nasales el niño por necesidad se ve forzado a respirar por la boca. El niño que respira continuamente por la boca lo hace por costumbre aunque se haya eliminado la obstrucción que lo 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.

El síndrome típico de respiración bucal está caracterizado por contracción de la dentadura superior, labioversión de los dientes anteriores, hipertrofia y agrietamiento del labio inferior, dientes anteriores apiñados (en ambos arcos), hipotonía y acotamiento aparente de labio superior y frecuentemente sobre mordida notable.

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 reclinado si esta situación persiste el odontólogo puede decidir intervenir con un aparato eficaz que obligará al niño respirar por la nariz.

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

## CONCLUSIONES

Existe una gran interacción entre los diferentes factores e integrantes de la cavidad oral ( músculos, labios, lengua, inervación, vascularización, etc) y su degeneración en provocar una oclusión traumática así como sus aspectos externos del paciente (estética) todo como un resultado común de trastornos funcionales del aparato masticatorio.

Existen diversas causas en el proceso de una disfunción podemos mencionar que cuando existe una variación en algún tejido o estructura de soporte de la cavidad oral la cual es tan severa que el organismo no puede llegar a adaptarse se puede dar inicio a una alteración en la estructura de la cavidad oral.

Podemos mencionar que los pacientes pediátricos frecuentemente se ven involucrados en alteraciones de la función masticatoria y en hábitos ya que las estructuras de la cavidad oral son tan maleables este hábito puede producir trastornos sumamente severos (prognatismo, Clase II, mordidas abiertas, etc).

Es importante mencionar que existen factores externos e internos que van a favorecer las maloclusiones.

Externos: - traumatismo postnatal, enfermedad, desnutrición, agentes físicos (hábitos).

Internos: - Sistema neuromuscular, hueso, partes blandas.

Por último es importante mencionar que la presencia de un hábito obedece a diferentes causas, estas deben ser estudiadas por diversas especialidades: patólogo, psicólogo, psiquiatra y odontopediatra este último considero que es uno o quizá el más

importante ya que será el que la mayoría de ocasiones tendrá el primer contacto con el niño y descubrirá su problema ya que por lo general los padres acuden al odontopediatra por problemas estéticos que provocan la malposición dentaria y deformación de los arcos sin que estos sepan en ocasiones de la presencia de una alteración o de un hábito. Siendo así el odontopediatra el responsable del seguimiento, diagnóstico, además del éxito o fracaso del tratamiento de este paciente. El éxito del odontopediatra en el tratamiento de un hábito no va a ser posible sino cuenta:

- 1.- Aprobación del niño para el tratamiento.
- 2.- Cooperación total de los padres ante el tratamiento.
- 3.- Conocimiento pleno del odontólogo del problema.

También debemos mencionar que los hábitos pueden ser un factor sumamente importante en el desenvolvimiento psicosocial de un niño ya que puede provocarle falta de confianza en si mismo entre otras circunstancias.

Es importante que el odontólogo se relacione con otros especialistas para un mejor tratamiento del hábito tratando de investigar a fondo el origen real de este.

## BIBLIOGRAFIA

\*Barreto Sugestoes Nocturnas para corregir os maus hábitos infantis,  
Rev.selescoes odont. 1953

\*Finn Sidney b, Odontología pediátrica ; Editorial Interamericana, ed  
4a 1981

\*Graber t.m. Ortodoncia teoría y práctica; Editorial Interamericana,ed  
4a, 1989.

\*Moyers , MANUAL DE ORTODONCIA ; Editorial Panamericana, ed  
4a 1992.

\*Mc Donals / Avery, Odontología pediátrica y del adolescente ed 2a  
1975.

\*Pauly , R Odontología infantil, San José, Universidad de Costa Rica,  
Facultad de odontología. 1992.