



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**FACTORES ASOCIADOS A  
MALOCLUSIONES EN EL PACIENTE  
PEDIÁTRICO.**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

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

**P R E S E N T A:**

**GABRIELA REYES CONTRERAS**

**TUTORA: Mtra. ROSAURA YARELI CAPDEVIELLE  
CUEVAS.**

Cd. Mx.

 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## ÍNDICE

I	INTRODUCCIÓN.....	5
II	PROPÓSITO.....	6
III	ANTECEDENTES.....	7
	<b>Capítulo1. Generalidades.....</b>	<b>10</b>
1.1	Definiciones.....	10
1.1.2	Maloclusión.....	10
1.2	Dentición primaria.....	11
1.3	Dentición mixta.....	12
	<b>Capítulo 2. Desarrollo de la Oclusión.....</b>	<b>13</b>
2.1	Planos Terminales. ....	13
2.1.1	Escalón recto.....	13
2.1.2	Escalón mesial.....	14
2.1.3	Escalón mesial exagerado.....	14
2.1.4	Escalón distal.....	15
2.2	Clasificación de Angle.....	15
2.2.1	Clase I.....	16
2.2.2	Clase II.....	16
2.2.2.1	Clase II - División I.....	17
2.2.2.2	Clase II - División II.....	18
2.2.3	Clase III.....	18

<b>Capítulo 3. Factores del recién nacido.....</b>	<b>20</b>
3.1 Lactancia.....	20
3.1.1 Lactancia materna predominante.....	20
3.1.2 Lactancia materna exclusiva.....	21
3.1.2.1 Beneficios de la lactancia materna.....	21
3.1.2.2 Influencia sobre la cavidad oral.....	21
3.1.3 Lactancia no materna.....	23
3.2 Succión no nutritiva.....	24
3.2.1 Uso de biberón.....	25
3.2.2 Chupón.....	26
3.2.2.1 Beneficios.....	26
<b>Capítulo 4. Hábitos orales.....</b>	<b>27</b>
4.1 Definición de hábito.....	27
4.2 Hábito parafuncional.....	27
4.2.1 Succión digital.....	28
4.2.2 Onicofagia.....	30
4.2.3 Bruxismo.....	32
4.3 Deglución.....	33
4.3.1 Deglución atípica.....	34
4.3.1.1 Deglución con presión atípica de labio.....	35
4.3.1.2 Deglución con presión atípica lingual.....	36
4.3.1.3 Deglución con contracción comisural.....	39
4.4 Respiración nasal.....	40
4.5 Respiración oral.....	40

<b>Capítulo 5. Factores asociados a maloclusiones.....</b>	<b>42</b>
5.1 Consecuencias de uso de biberón.....	42
5.2 Consecuencias de uso de chupón.....	43
5.2.1 Tratamiento.....	44
5.3 Consecuencias de succión digital.....	44
5.3.1 Tratamiento.....	45
5.1 Consecuencias de Onicofagia.....	46
5.3.2 Tratamiento.....	47
5.4 Consecuencias de bruxismo. ....	48
5.4.1 Tratamiento.....	44
5.5 Consecuencia de deglución Atípica.....	50
5.5.1 Tratamiento. ....	51
5.6 Consecuencia de deglución con presión atípica de labio.....	51
5.6.1 Tratamiento.....	52
5.7 Consecuencias de deglución con presión atípica de lengua.....	53
5.7.1 Tratamiento.....	54
5.8 Consecuencia de deglución con contracción comisural.....	55
5.8.1 Tratamiento.....	56
5.9 Consecuencia respiración oral. ....	58
5.9.1 Tratamiento.....	59
 CONCLUSIONES.....	 61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

## **INTRODUCCIÓN.**

La lactancia materna se realiza desde el momento del nacimiento, el recién nacido está programado para succionar, ya que lo realiza desde el útero, es por ello que el amamantamiento se presenta de forma natural.

Algunos de los beneficios que se presentan en la lactancia será el desarrollo correcto de los músculos de la masticación, así como de la mandíbula, el recién nacido ejercita su coordinación al respirar, succionar y deglutir de una manera rítmica, sin necesidad de soltar el pecho de su madre, entre otros beneficios.

Sin embargo, en aquellos recién nacidos que no realizan amamantamiento, pero si uso de biberón, los músculos pueden llegar a tener una estimulación muy similar, sin embargo, por la pérdida del sellado hermético de sus labios existe una posibilidad mayor que al momento del desarrollo se presente una respiración oral así como maloclusiones.

Las maloclusiones según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocupa el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental; uno de los factores predisponentes es la presencia de algún hábito nocivo el cual se pueden llegar a presentar desde la primera dentición, y de no ser atendido a tiempo, afectará la dentición mixta y por ende la permanente.

Es importante conocer el factor causal del hábito para así poder abordarlo con el mejor tratamiento posible. La ortopedia en la mayoría de los casos puede ser utilizada para corregir un hábito nocivo, dependiendo de la colaboración de los padres y del paciente será elegido el tipo de aparatología.

## **PROPÓSITO.**

- Describir los factores que están asociados a maloclusiones en el paciente pediátrico.

## **ANTECEDENTES.**

La odontología se trata de una disciplina cuyo origen se remonta a miles de años atrás, siendo en Egipto hace 5.000 años la primera práctica odontológica documentada en él, se ha recorrido un largo camino hasta nuestros días; actualmente contamos con alta tecnología e innovación ayudándonos a realizar los tratamientos más efectivos y menos invasivos.

Gracias al estudio e investigación de autores como Pierre Fauchard, Edward H. Angle, Baume, etc. (de los cuales hablaremos más adelante), hoy podemos tener gran mejoría en los pacientes, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de las personas. En esta ocasión mencionaremos algunos de los más importantes pioneros del área odontológica:

- Pierre Fauchard: conocido como padre de la Odontología moderna fue un reconocido médico francés que investigó, recopiló y sintetizó los principales conocimientos sobre Odontología del momento. Fue uno de los primeros que se centró en la corrección, prevención y tratamiento de enfermedades dentales, sus principales aportes al área fueron:
  - Con ayuda de hueso y marfil buscaba la mejor manera de realizar prótesis dentales.
  - Corregía la posición incorrecta de los dientes con oro e hilos de seda, lo que actualmente se conoce como brackets.

- Edward H. Angle, considerado el padre de la ortodoncia, es una de las figuras más notables de la odontología a finales del siglo XIX.
  - o En 1899, clasificó las maloclusiones en: Clase I, Clase II que a su vez las subdividió en división I, división II y Clase III. Su clasificación fue basada bajo la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición debido a que se encuentran dentro del complejo craneofacial.
- Joseph Fox, en 1803 clasifica por primera vez los distintos tipos de maloclusión, así como:
  - o En 1814 publicó su libro **“Historia natural y enfermedad de los dientes humanos”** donde describe un aparato conocido como la banda construida con oro; el mecanismo consiste en una banda perforada para permitir el paso de las ligaduras, con bloques de marfil, estos ayudan a levantar la oclusión y corregir la mordida cruzada anterior.
  - o Empleo la mentonera con anclaje craneal en caso de existir alguna luxación mandibular.
- Baume, en 1950 analizó la relación que guarda entre sí las caras distales de los segundos molares primarios, superiores e inferiores al hacer oclusión, y encontró que pueden terminar en un plano recto, mesial o distal (planos terminales de su autoría).

En esas épocas la población no consideraba importante la salud bucal o el daño y efecto negativo en el físico y emociones

de las personas, por consiguiente, estos pioneros han logrado poco a poco concientizar acerca de estas consecuencias.

Sin embargo, en la actualidad, se han podido realizar diversos estudios que han ayudado a conocer la incidencia en la que se presentan los planos terminales. Por ejemplo:

En el año 2014, Gálvez Armeta y cols. Realizaron un estudio epidemiológico, retrospectivo y observacional en la clínica de la especialidad en Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS) en donde se diagnosticó 179 historias clínicas con el fin de conocer la cantidad de niños que presentan alguna maloclusión así como la frecuencia con la que se presentan las clases de Angle. Teniendo como resultado: el 65% presentó algún tipo de maloclusión; el 79% presento clase I, el 17% clase II y el 4% clase III.

Por su parte, en 2019 se realizó otro estudio para conocer la prevalencia de los planos terminales con 209 pacientes de la clínica de estomatología pediátrica en la Facultad de Odontología UATx; después de una revisión intraoral se concluyó en que el 53.75 % de los pacientes presentaron escalón mesial, 38.75% presentaron plano terminal recto, mientras que el 7.5% presentan escalón distal.

En el transcurso de esta investigación desarrollaremos más a fondo los planos terminales, los tipos de clases así como las maloclusiones con sus respectivas derivaciones.

## **Capítulo 1. Generalidades.**

### **1.1 Definiciones.**

#### **1.1.1 Oclusión.**

La oclusión dental es un complejo estructural y funcional en el cual los dientes maxilares y mandibulares hacen contacto durante la masticación, deglución o movimientos funcionales de la mandíbula. En la oclusión forman parte los maxilares, la articulación temporomandibular, músculos depresores y elevadores mandibulares, así como los dientes. <sup>1</sup>

La finalidad de la oclusión es la masticación, se considera la suma de ciclos o movimientos masticatorios necesarios y para reducir todo alimento a un tamaño, consistencia y forma adecuada.<sup>2</sup>

#### **1.1.2 Maloclusión.**

Se define como el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático. Cabe añadir que, a diferencia de la oclusión, la maloclusión se caracteriza por no darse la relación normal entre unidades dentarias con los demás dientes en el mismo arco.<sup>3</sup>

La maloclusión en la mayoría de los casos es una alteración bucodental de etiología múltiple, comprenden factores hereditarios (genéticos), ambientales o combinación de estos.<sup>3</sup>

Por otra parte, dentro de sus consecuencias se encuentran los problemas dentales y/o esqueléticos que ocasionan insatisfacción estética, así como alteraciones de fonación, masticación, deglución y disfunciones temporomandibulares.<sup>1</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las maloclusiones ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental solo después de las caries y la periodontitis. A su vez, de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones superan el 85% de la población siendo así uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas dentales.<sup>3</sup>

## **1.2 Dentición primaria.**

La dentición primaria inicia a los 6 a los 8 meses de vida y finaliza a los 30-36 meses. Entre las funciones más importantes de las piezas deciduas encontramos: masticación, mantenimiento del espacio para permitir una situación y posición correcta de los dientes permanentes, estimular mediante la masticación el desarrollo de los maxilares y la cara, influyendo por lo tanto en la expresión facial. (Imagen 1).<sup>4</sup>



**Imagen 1.**

Fuente: <https://cutt.ly/Obauwxy>

Debido al desarrollo evolutivo y a los cambios de alimentación, la dentición primaria está teniendo modificaciones entre las que se observan: menor presencia de espacios primates, fisiológicos y un mayor apiñamiento son solo algunos de los diversos factores implicados en este cambio.<sup>5</sup>

### 1.3 Dentición mixta.

La dentición mixta hace referencia al período de transición de la dentición primaria a la permanente que comienza a los 6 años y concluye a los 12 aprox. (Imagen 2)

Con la aparición de los primeros molares permanentes es considerado el inicio de la dentición mixta, por otra parte, está concluye al erupcionar los segundos molares permanentes.

Durante la dentición mixta, ocurre una secuencia de hechos de manera ordenada y regulada en el tiempo. Estos sucesos dan como resultado una oclusión funcional, estética y estable. Sin embargo, cuando la secuencia se altera surgen problemas que pueden afectar el estado final de la oclusión, dando origen a una maloclusión.<sup>1</sup>



**Imagen 2.**

Fuente: <https://cutt.ly/obaph9z>

## **Capítulo 2. Desarrollo de la Oclusión.**

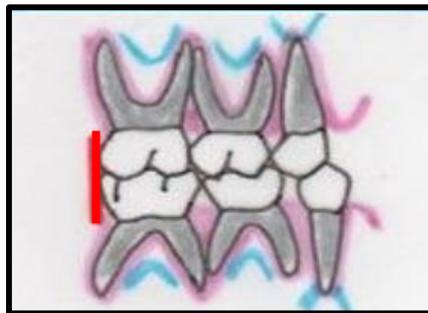
### **2.1 Planos Terminales.**

Los planos terminales son la relación entre la oclusión de la cara distal del segundo molar temporal superior con respecto al segundo molar temporal inferior.<sup>7, 6</sup>

Dentro de los planos terminales podemos encontrar los escalones: recto (del cual hablaremos más adelante), mesial, mesial exagerado y distal; su relevancia radica en la posición que adoptan los primeros molares permanentes al erupcionar, entonces, nos es posible apoyarnos para predecir maloclusiones en la dentición permanente.

#### **2.1.1 Escalón recto.**

La superficie distal de los segundos molares temporales superiores e inferiores está nivelada en el mismo plano vertical. La cúspide mesio-vestibular del segundo molar superior ocluye en la cúspide mesio-vestibular del segundo molar inferior. (Imagen 3).<sup>7</sup>

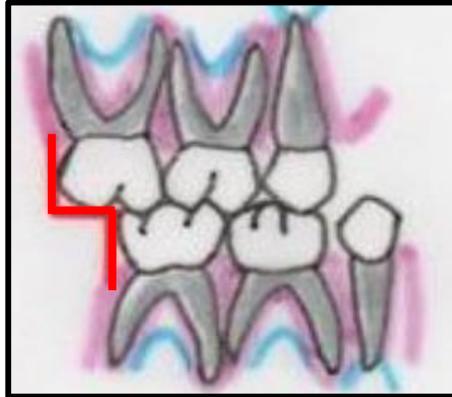


**Imagen 3**

Fuente: <https://tinyurl.com/yb3vko5m>

### 2.1.2 Escalón mesial.

La superficie distal de los molares temporales inferiores esta mesializado con respecto al molar temporal superior. La cúspide mesio-vestibular del segundo molar superior ocluye en el surco principal del segundo molar inferior.<sup>7</sup> (Imagen 4)

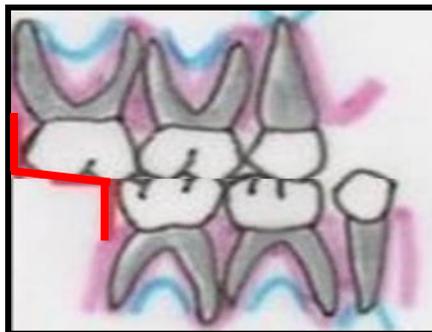


**Imagen 4.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yb3vko5m>

### 2.1.3 Escalón mesial exagerado.

La superficie distal de los molares temporales inferiores esta mayormente mesializado (en comparación con el escalón mesial) respecto al molar temporal superior. La cúspide mesio-vestibular del segundo molar temporal superior cae por detrás del surco central del segundo molar temporal inferior.<sup>7</sup> (Imagen 5).

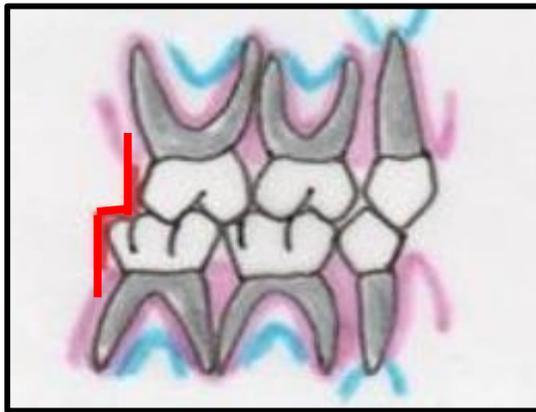


**Imagen 5.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yb3vko5m>

### 2.1.4 Escalón distal.

La superficie distal de los molares inferiores se encuentra distalizada con respecto a los superiores. La cúspide mesio-vestibular del segundo molar superior ocluye en el espacio inter-proximal del primer y segundo molar inferior. (Imagen 6) <sup>7</sup>



**Imagen 6.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yb3vko5m>

## 2.2 Clasificación de Angle.

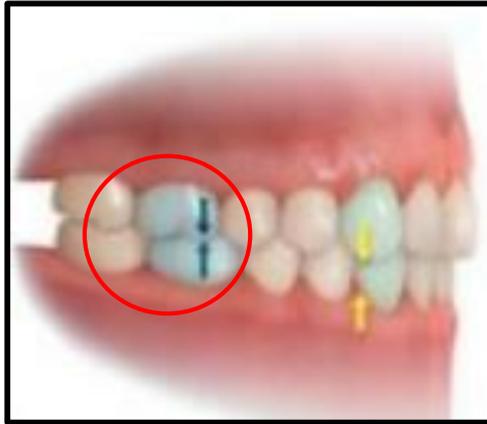
Edward H. Angle, considerado el padre de la ortodoncia, es una de las figuras más notables de la odontología a finales del siglo XIX. En 1899, clasificó las maloclusiones en: Clase I, Clase II que a su vez las subdividió en división I, división II y Clase III.

Su clasificación fue basada en la hipótesis de que el primer molar y canino son los dientes más estables de la dentición debido a que se encuentran dentro del complejo craneofacial.<sup>8</sup>

### 2.2.1 Clase I

La clase I también conocida como *neutroclusión* se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco vestibular del primer molar inferior. (Imagen 7)

Si durante la dentición temporal ocluía en un plano terminal recto el paciente tendrá un 85% de posibilidad de ocluir en esta clase, en caso de presentar un escalón mesial se tendría un 80 % de posibilidad de presentar clase I al erupcionarlos primeros molares permanentes .<sup>9</sup>



**Imagen 7.**

Fuente: <https://tinyurl.com/ybbyehm8>

### 2.2.2 Clase II

En la clase II o distoclusión, la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye anterior al surco vestibular del primer molar inferior. (Imagen 8). La clase dos se subdivide en División I y División II.

Si el paciente durante la dentición temporal presentaba un plano terminal recto, existe un 15% de probabilidad de ocluir en esta clase, sin embargo, si ocluía en un escalón distal tiene un 100% de probabilidad que al momento de erupcionar los primeros molares permanentes terminen en clase II.<sup>9</sup>

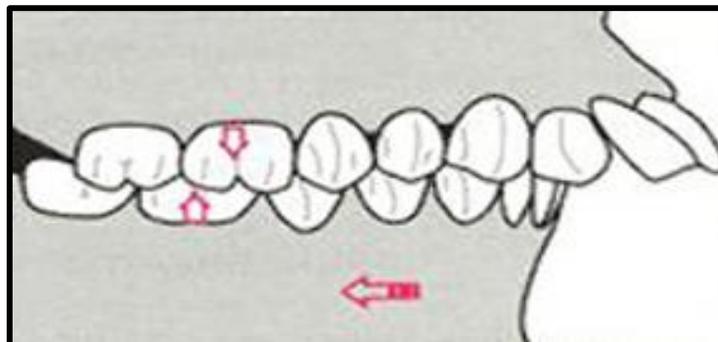


**Imagen 8.**

Fuente: <https://tinyurl.com/ybbyehm8>

### 2.2.2.1 Clase II - División I

En la Clase II - División I, es cuándo los incisivos superiores se encuentran proclinalados, en la mayoría de los casos se da un perfil retrognático, el labio superiores hipotónico y el inferior hipertónico.<sup>9</sup> (Imagen 9)

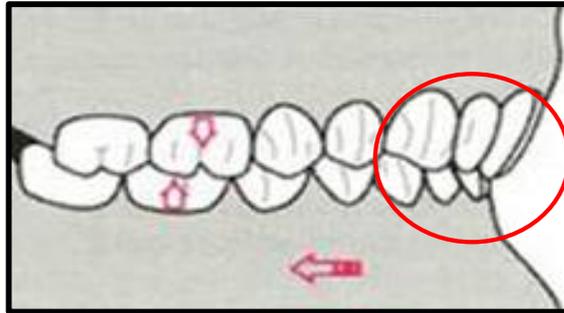


**Imagen 9.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yc9zmlld>

### 2.2.2.2 Clase II - División II

En la clase II división II, la corona de los incisivos superiores se presenta inclinada hacia palatino. Es común que exista apiñamiento en laterales y caninos en la arcada superior.<sup>9</sup> (Imagen 10)

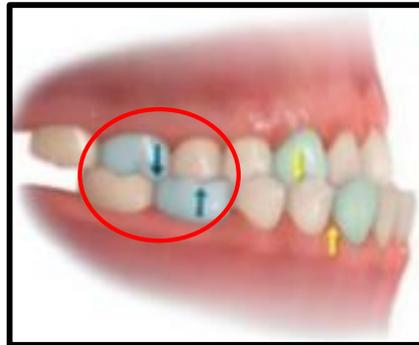


**Imagen 10.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yc9zmlld>

### 2.2.3 Clase III

La clase III o mesioclusión se presenta cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye posterior al surco vestibular del primer molar inferior. (Imagen 11)



**Imagen 11.**

Fuente <https://tinyurl.com/ybbyehm8>

Si el paciente durante la oclusión temporal ocluía en un plano terminal mesial, tiene un 20 % de probabilidad de presentar esta clase, sin embargo, si presenta un escalón mesial exagerado tiene un 100% de probabilidad de presentar clase III en la dentición permanente.

## **Capítulo 3. Factores del recién nacido.**

### **3.1 Lactancia.**

La real academia española define la lactancia como el primer período de la vida de los mamíferos, en el cual se alimentan solo de leche, se realiza mamando directamente del seno de su madre. <sup>10,11</sup>

La lactancia natural es un acto fisiológico, instintivo, natural y adaptativo de cada especie, es la forma de proporcionar el alimento ideal para el crecimiento y sano desarrollo del recién nacido.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre esta práctica son las siguientes: inicio de ella durante la primera hora después del nacimiento; lactancia durante los primeros seis meses de vida; y ser continuada durante dos años o más, junto con una alimentación complementaria segura, adecuada desde el punto de vista nutritivo y apropiada para la edad, a partir del sexto mes.<sup>12</sup>

#### **3.1.1 Lactancia materna predominante.**

Lactancia materna predominante, se define como la fuente primordial de alimentación del lactante, es decir, la leche materna (incluida la extraída), según la Organización Mundial de la Salud (OMS) puede recibir líquidos (agua y bebidas a base de agua, jugos de fruta), vitaminas, minerales y medicamentos.<sup>13</sup>

### **3.1.2 Lactancia materna exclusiva.**

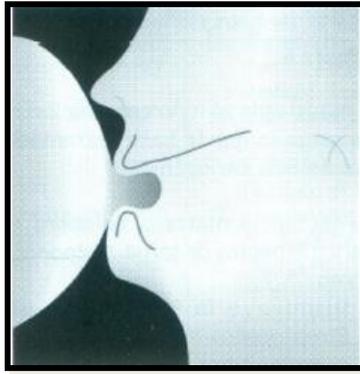
La lactancia materna exclusiva según la Organización Mundial de la Salud es cuando el recién nacido recibe solamente leche materna sin consumir ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto por sales de rehidratación oral, gotas y los jarabes (vitaminas, minerales y medicamentos); durante los primeros 6 meses de vida.<sup>13</sup>

#### **3.1.2.1 Beneficios de la lactancia materna.**

Los múltiples beneficios de la lactancia materna han sido ampliamente valorados por médicos y odontólogos, quienes apreciaron la importancia de dicha acción, con lo antes mencionado se considera un beneficio de gran importancia que el lactante al mamar de su madre recibe nutrientes los cuales apoyaran al crecimiento correcto del infante evitando futuras enfermedades a corto plazo como diarrea y enfermedades respiratorias.<sup>14</sup>

#### **3.1.2.2 Influencia sobre la cavidad oral.**

La alimentación al pecho materno, además de su papel nutritivo, permite que el maxilar y la mandíbula se desarrollen en una posición adecuada, favoreciendo la armonía de lengua, carrillos y labios (Imagen 12).<sup>14</sup>



**Imagen 12.**

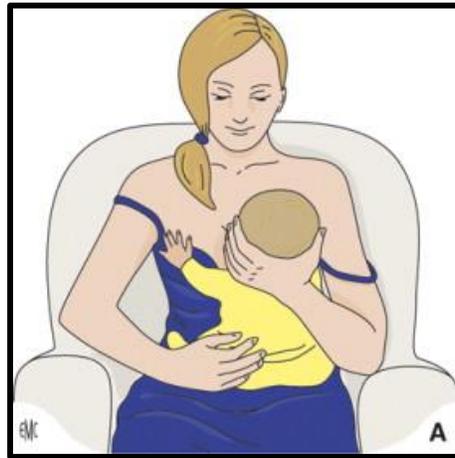
Referencia 14: Lactancia en el infante: Materna, artificial

La maduración oral es uno de los beneficios más importantes que brinda la lactancia materna, ya que esta promueve mayor actividad de los músculos masticatorios como el masetero, temporal y pterigoideo externo e interno, disminuyendo las probabilidades de futuras maloclusiones.<sup>11,15</sup>

Otro dato que debe ser considerado es que, gracias al amamantamiento, el recién nacido y la madre crean una estabilidad psicológica, lo cual favorecerá al neonato para disminuir la posibilidad de presentar un hábito nocivo a futuro; como podrían ser; succión digital o labial, de los cuales se hablarán más adelante.<sup>14</sup>

En el recién nacido, se observa un espacio que es ocupado por la lengua, ya que la mandíbula se encuentra en una posición retrognata, con respecto al maxilar.

Por lo antes mencionado el doctor Luis Reynaldo de Figueiredo W. (pionero de clínicas de odontología para el bebé en Brasil) recomienda la posición Ortostática para amamantar. La cual consiste en colocar al lactante sentado tipo jinete sobre la pierna de la madre, de esta manera se proyectará la mandíbula hacia enfrente y esto ayudará al correcto desarrollo de la misma. (Imagen 13) <sup>14</sup>



**Imagen 13.**

Fuente: <https://tinyurl.com/y8tvt34c>

### **3.1.3 Lactancia no materna.**

La lactancia no materna o artificial consiste en alimentar al recién nacido con formulas lácteas adaptadas cuya base, en su mayoría, es la leche de vaca modificada. <sup>16</sup>

Las fórmulas infantiles tienen la intención de servir como sustituto de la leche materna, por lo que su composición debe servir para satisfacer los requisitos nutricionales y de crecimiento del lactante. <sup>15</sup>

Los últimos años han sido de crisis para la lactancia natural. Esta disminución del amamantamiento y su consiguiente remplazo por las fórmulas artificiales se debe a

factores como: la falta de persuasión de médicos y enfermeras. Así como que las madres no hayan sido motivadas antes, durante y después del parto. <sup>14</sup>

Sin embargo, algunas veces por enfermedades del recién nacido o de la madre, por uso de medicamentos que contraindican la lactancia materna; el amamantamiento debe ser sustituido por formulas. <sup>14</sup>

La lactancia no materna requiere menos fuerza muscular, esto se debe a que la fórmula debe ser colocada y administrada en biberón por lo que trae como consecuencia: el lactante no realiza la fuerza adecuada para cerrar la boca, favoreciendo el poco desarrollo cráneo facial.

### **3.2 Succión no nutritiva.**

Como ya se ha mencionado anteriormente; los hábitos de succión en el recién nacido y niños derivan principalmente de necesidades biológicas, como el amamantamiento que se da mediante la lactancia.

La succión no nutritiva se lleva a cabo cuando el recién nacido realiza succión de algún dedo, chupón y otros objetos no relacionados con la ingesta de nutrientes, esta acción se considera normal en el desarrollo fetal y neonatal, ya que en ocasiones inicia en el útero y en la mayoría de los casos concluye a los 12 meses de edad.<sup>16</sup> (Imagen 14)



**Imagen 14.**

Fuente: <https://tinyurl.com/y9dqdz8t>

### **3.2.1 Uso de biberón**

Cuando la madre o el neonato no pueden realizar lactancia materna, se optará por el uso de fórmulas, las cuales se administran por medio de biberón, este solo debe utilizarse como vehículo para la fórmula; en caso de ofrecer agua, se debe procurar el uso de tazas.

Es muy común en la actualidad, que los padres de familia coloquen endulzantes (azúcar, miel, chocolate) en el biberón, o permitan que el bebé duerma con el biberón en boca, sin embargo, en ambos casos no es recomendable por ser un factor de alto riesgo de caries rampante. (Imagen 15)



**Imagen 15.**

Fuente: <https://bit.ly/3pxXmBx>

### **3.2.2 Chupón.**

Desde el nacimiento del neonato se presenta el hábito de succión, el cual se satisface con la lactancia materna; sin embargo, no en todas las ocasiones se cumple en su totalidad y es entonces cuando se recurre al uso del chupón.

#### **3.2.2.1 Beneficios.**

El uso de este aditamento tiene ciertos beneficios, los cuales serán mencionados a continuación:

- Ayuda a prevenir muerte súbita.
- Le permitirá tener mejor calidad de sueño, ya que el mismo chupón le ayudará a dormir.
- Mitiga el dolor, si el bebé tiene que ser sometido a algún tratamiento doloroso.

## **Capítulo 4. Hábitos orales.**

### **4.1 Definición de hábito.**

La Real Academia Española (RAE) lo define como “el modo especial de proceder o conducirse, es adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas”.

Un hábito es cualquier acto adquirido mediante la experiencia, realizado regular y automáticamente, puede ser considerado un comportamiento contenido sobre el cual no se tiene control voluntario. <sup>16</sup>

### **4.2 Hábito parafuncional.**

Los hábitos parafuncionales son el resultado de la alteración de una función normal, adquirida por la práctica repetida de un acto que no es funcional o necesario.

Un hábito parafuncional, puede provocar anomalías dentarias y de los maxilares, esto dependerá del tipo de hábito y la gravedad de este. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial; se ha demostrado que una presión continua de 50 gramos durante un periodo de 12 horas puede provocar un desplazamiento considerado de un diente.<sup>19</sup>

Existen diferentes tipos de hábitos orales que pueden llegar a causar maloclusiones, a diferentes grados; siendo un factor importante el tiempo, intensidad y frecuencia con la que se realicen; lo antes mencionado en uno de los problemas más percibidos por la población en general, ya que estos afectan la estética y funcionalidad del aparato estomatognático <sup>18</sup>

Los niños que llegan a presentar algún tipo de hábito parafuncional, en su gran mayoría están relacionado con problemas familiares, en los que se ve afectado el entorno y bienestar del niño; el hábito será más notorio cuando el niño se encuentre bajo estrés, ya que este buscará llamar la atención.<sup>19</sup>

Los hábitos bucales se clasifican en dos:

- Fisiológicos: Son con los que nace el individuo (respiración nasal, masticación, habla y deglución)
- No fisiológicos: Son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos; son todos aquellos que causarán maloclusiones.

#### **4.2.1 Succión digital**

El hábito de succión digital es muy común en la infancia, inclusive se puede llegar a considerar como normal; ya que en ocasiones desde la vida intrauterina se presenta. Esto es una necesidad fisiológica de succionar. (Imagen 16)



**Imagen 16.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yb55326k>

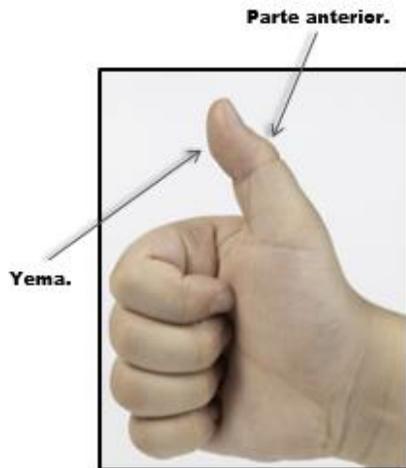
La succión puede dar inicio desde los seis meses de vida y suele continuar hasta los 3 años o más. Durante los primeros meses el niño realizara el hábito de manera constante, posteriormente la succión se llevara a cabo cuando el niño presente ansiedad o inseguridad; sin embargo, en ocasiones el hábito comienza por tener una lactancia no materna, ya que el niño no satisface en su totalidad la necesidad natural de succionar.<sup>19</sup> (Imagen 17)



**Imagen 17.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yb55326k>

La succión digital puede ser causada con cualquier dedo; la más común es la succión del dedo pulgar, sosteniéndolo en posición vertical, realizando presión con la yema del dedo sobre el paladar; mientras que la parte anterior del mismo estará en contacto con los dientes anteriores (Imagen 18). Aunque es poco frecuente también se succionan otros dedos como, por ejemplo; el dedo índice o el anular; en ocasiones la succión se realiza con más de un dedo. (Imagen 19)



**Imagen 18.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yaaje6h8>



**Imagen 19.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yaaje6h8>

#### **4.2.2 Onicofagia.**

Se define onicofagia como un hábito o impulso de morder o roer las uñas de uno o todos los dedos de las manos, normalmente inicia en una edad temprana y de no ser detectado a tiempo, puede continuar hasta la adolescencia.

Es la acción sobre la cual el individuo tiene muy poco control voluntario, puede llegar a provocar dolor, inflamación, infecciones y sangrado en dedos, así como fracturas en el esmalte de los dientes. (Imagen 20,21)



**Imagen 20.**

Fuente: <https://tinyurl.com/ybu5bh9y>

**Imagen 21.**

Fuente: <https://tinyurl.com/ya2knr6s>

En este padecimiento no existe una clasificación como tal, sin embargo, el paciente pasa por diversas fases: <sup>20</sup>

- Fase leve: Se presenta cuando se comienza con el hábito con el fin de mantener un largo estético de la uña.
- Fase moderada: Es en el momento en el que pasa por un estado de estrés incontrolable, este hábito comienza a presentarse de manera inconscientemente. (Imagen 22)
- Fase aguda: El hábito se presenta en cualquier momento del día, aparece sin razón alguna, pueden llegar a provocar la pérdida de la uña e infecciones en dedos y boca, especialmente en cutículas y encías.



**Imagen 22.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yawhzyv7>

### **4.2.3 Bruxismo.**

Bruxismo es el hábito de apretar o rechinar los dientes inconsciente y compulsivamente durante el sueño (Imagen 23). También, es un mecanismo para liberar tensión durante los periodos de estrés extremo, en ocasiones se relaciona con alguna alteración en la oclusión o mordida dental.

Es una actividad nocturna y no funcional de los músculos de la masticación, los cuales participan en actividades funcionales como masticar, hablar, deglutir, entre otras, sin embargo, también participan en actividades no funcionales, siendo la más destacada el rechinar los dientes.

<sup>21</sup>

El bruxismo es por tanto, un movimiento nocturno, inconsciente, intenso y rítmico de los músculos de la masticación.<sup>21</sup>



**Imagen 23.**

Fuente: <https://cutt.ly/bz1wrqd>

### **4.3 Deglución**

La deglución es un acto complejo neuromuscular que se desarrolla en el ser humano desde la doceava semana de vida intrauterina, quizás es el más importante pues será el que lo provea de nutrición a lo largo de toda la vida.

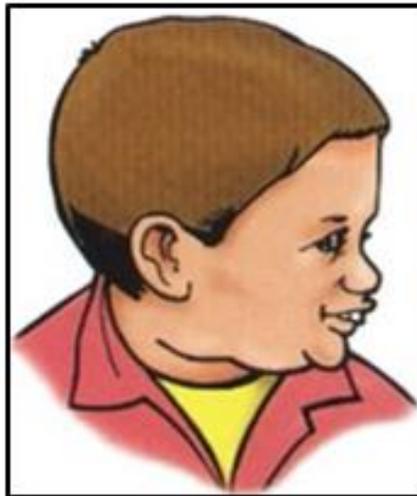
La deglución madura inicia con la erupción de los primeros dientes temporales, el cambio de una alimentación líquida a una semi sólida o sólida, así como la maduración psicomotriz del paciente, todo lo anterior mencionando formara parte de una deglución correcta, en caso de no presentar alguno habrá un desequilibrio que conllevara a una deglución atípica.<sup>22</sup>

Una deglución correcta se caracteriza porque los dientes se encuentran en su máxima intercuspidad, la mandíbula está estabilizada por la contracción de los músculos elevadores, la punta de la lengua se coloca sobre el hueso alveolar detrás de los incisivos, existe una relajación de los labios con poca o ninguna actividad muscular.<sup>22</sup>

### 4.3.1 Deglución atípica.

Es una alteración en la deglución fisiológica que se debe a una ruptura en el equilibrio que existe en los músculos de la masticación, los de la lengua y diversos factores etiológicos.<sup>22</sup>

Corresponde a movimientos inadecuados de la lengua y/o de otras estructuras durante la deglución, caracterizándose como una de las principales causas de las maloclusiones.<sup>9</sup>  
(Imagen 24)



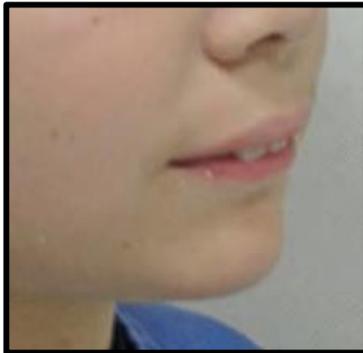
**Paciente con  
deglución atípica**

**Imagen 24.**

Fuente: <https://cutt.ly/tbc7HPE>

#### 4.3.1.1 Deglución con presión atípica de labio.

Este tipo de deglución ocurre en pacientes que al encontrarse en reposo sus labios no están en contacto. Al momento de deglutir sus labios buscarán el sellado mediante una fuerte contracción del labio inferior, sin embargo, no será logrado, ya que dicho labio se interpone entre los incisivos superiores e inferiores, así evitando el contacto labial. En este tipo de deglución la clase II de Angle es más notoria. (Imagen 25, 26,27) <sup>22</sup>



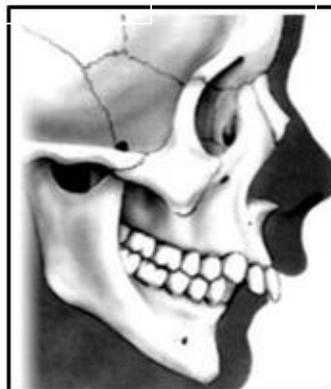
**Imagen 25.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yam2j7uq>



**Imagen 26.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yam2j7uqhzv7>



**Clase II de Angle.**

**Imagen 27.**

Fuente: <https://tinyurl.com/y8eob9f3>

#### 4.3.1.2 Deglución con presión atípica lingual.

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos y en ocasiones se interpone entre premolares y molares. <sup>19</sup>

La deglución con presión lingual se clasifica en: <sup>19</sup>

- Tipo I: No causa deformaciones.
- Tipo II): Con presión lingual anterior, es decir la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores; esto ocasionará:
  - o Mordida abierta anterior: La presión se realiza en la región anterior, es decir, la deglución se efectúa sin una oclusión, ya que la lengua se interpone. (Imagen 28)



**Imagen 28.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yzgw2swk>

- Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes anteriores, ejerce una presión anterior, causando que los incisivos anteriores y/o inferiores se vestibularicen. (Imagen 29)



**Imagen 29.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yjx6xm6v>

- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior: El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los premolares. (Imagen30)



**Imagen 30.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yhh85cpw>

- Tipo III con presión lingual lateral: La lengua ejerce una presión en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Esto ocasionará:
  - Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares. (Imagen 31)



**Imagen 31.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yzu5cln7>

- Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. (Imagen 32)



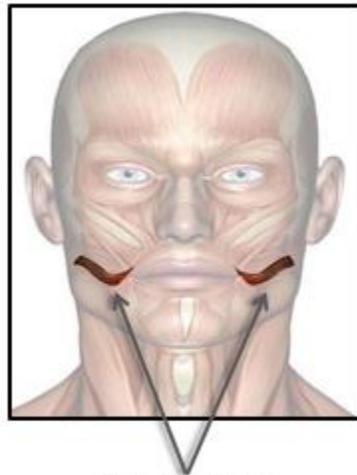
**Imagen 32.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yzfpeds3>

- Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: las maloclusiones resultantes son:
  - Mordida abierta anterior y lateral.
  - Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.
  - Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

#### 4.3.1.3 Deglución con contracción comisural.

Es una deglución, en la cual se observa la producción de hoyuelos cerca de las comisuras de la boca (contracción de los músculos risorios), en estos casos, puede existir una compresión de los maxilares a nivel de los caninos. (Imagen 33, 34)



**Músculos risorios.**

**Imagen 33.**

Fuente: <https://acortar.link/uudzM>



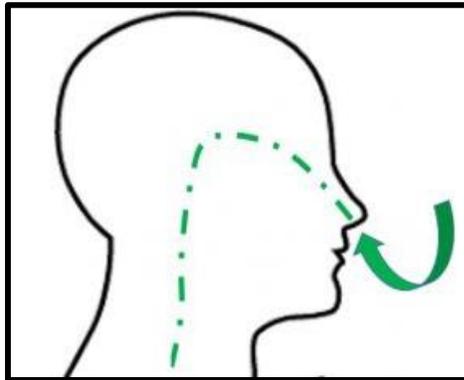
**Imagen 34.**

Fuente: <https://acortar.link/xrw0N>

#### 4.4 Respiración nasal.

La respiración nasal o normal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral.

Esto es posible, gracias la presión negativa entre la lengua y el paladar duro al momento de realizar la inspiración; es decir, la lengua se eleva y se apoya contra el paladar produciendo un estímulo positivo para su desarrollo.<sup>19</sup> (Imagen 35)



**Imagen 35.**

Fuente: <https://acortar.link/yMUZA>

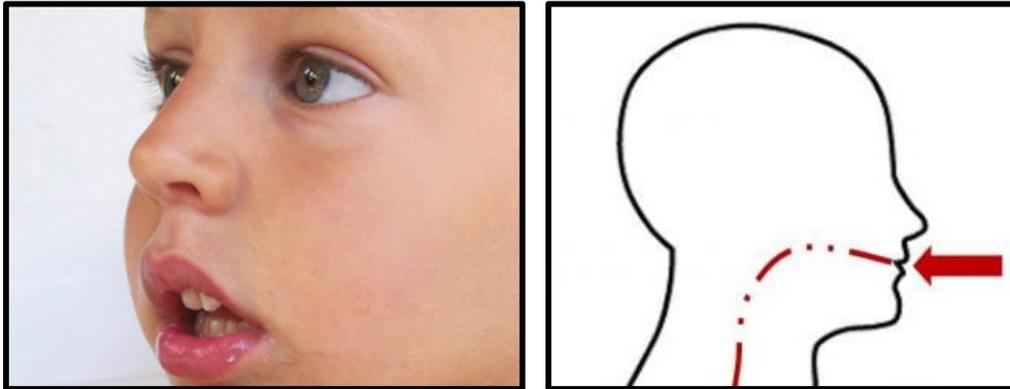
#### 4.5 Respiración oral.

La respiración oral es una variante de la respiración nasal, por la cual la inspiración de aire se da por medio de boca; existen 2 causas por las cuales puede suceder. <sup>19</sup> (Imagen 36)

- Por obstrucción funcional o anatómica: Es la respiración en la cual existe un obstáculo que impide el flujo normal de aire a través de ellas.

Esta anomalía se presenta por una presencia de: adenoides hipertróficas, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire, por lo que el paciente se ve con la necesidad de completar la necesidad por vía oral.

- Por hábito: Es cuando el individuo respira por la boca a pesar de haber sido eliminada(s) las anomalías antes explicadas, por lo que la necesidad se convierte en hábito.



**Imagen 36.**

Fuente: <https://acortar.link/yMUZA>

## **Capítulo 5. Factores asociados a maloclusiones.**

### **5.1 Consecuencias de uso de biberón**

El uso del biberón debe abandonarse progresivamente a partir de los 12 meses, para fomentar el cambio de un patrón alimentario de succión a masticación. Después de los 18 meses, la masticación se vuelve más eficiente, ya que erupcionan los primeros molares y caninos temporales.

En caso de no retirarlo la consecuencia inmediata será maloclusiones en dentición temporal, las cuales, de no ser tratadas a tiempo se presentarían en dentición permanente, afectando el estado psicológico del niño, la estética en cavidad oral y de la misma manera aumentaría el riesgo de presentar un hábito nocivo. (Imagen 37,38)



**Imagen 37.**

Fuente: <https://bit.ly/3dqZUyW>



**Imagen 38.**

Fuente: <https://cutt.l/2xQcIPS>

## 5.2 Consecuencias de uso de chupón.

Al igual que el biberón, si su uso se extiende más de los 12 meses este podría ocasionar diversos problemas en cavidad oral; como, por ejemplo: (Imagen 39)

- Convertirse en un hábito nocivo.
- Arcadas angostas y mordida cruzada posterior.
- Mordida abierta.
- Respirador oral.
- Interfiere en la lactancia disminuyendo su duración.
- En caso de colocar alguna sustancia con azúcar, ocasionará caries. <sup>15</sup>



**Imagen 39.**

Fuente: <https://tinyurl.com/yc02jq4>

### 5.2.1 Tratamiento.

Una vez que sea detectada la succión de chupón como un hábito permisivo; la mejor solución es retirar el aditamento por completo, no se recomienda que sea paulatino, ya que pocas veces se logra el objetivo. En ocasiones, se puede realizar debeun orificio en la parte superior del mismo, lo cual permitirá que la succión deje de ser placentera. (Imagen 40)



**Imagen 40.**

Fuente: <https://outt.ly/1xQRPNb>

### 5.3 Consecuencias de succión digital.

Las principales consecuencias de la succión digital son:  
(Imagen 41, 42)

- Protrusión de los incisivos superiores, en algunos casos puede existir presencia de diastema.
- Retroinclinación de incisivos inferiores.
- Mordida cruzada posterior.
- Dimensión vertical aumentada.
- Paladar profundo debido a la fuerza ejercido en el mismo.
- Lesiones en el dedo que se succiona.



**Imagen 41.**

Fuente: <https://cutt.ly/5xAF915>



**Imagen 42.**

Fuente: <https://cutt.ly/RxAGkWS>

### **5.3.1 Tratamiento.**

El tratamiento más común para este hábito es colocar rejilla lingual, puede ser removible o fija, dependiendo de la edad del paciente, colaboración del mismo y/o padres de familia.

La rejilla lingual debe ser realizada con un alambre de cierto grosor, el cual no debe doblarse con facilidad, ya que soportara la fuerza ejercida por el paciente. En caso de ser fija, estará soldada en la parte posterior, ya sea por medio de bandas o coronas dentales; si es removible tendrá una base de acrílico la cual permitirá el anclaje de la placa. (Imagen 43, 44)

La rejilla debe ubicarse estratégicamente en el paladar, por detrás de la papila incisiva, debe ser lo suficientemente larga para impedir la introducción del dedo, sin embargo, no debe interferir con los dientes anteriores inferiores y evitar su oclusión. (Imagen 45)



**Imagen 43.**

Fuente: <https://cutt.ly/CxQAIQn>



**Imagen 44.**

Fuente: <https://cutt.ly/DxQDTPI>



**Imagen 45.**

Fuente: <https://cutt.ly/NxQFBY6>

### **5.1 Consecuencias de Onicofagia.**

Las principales consecuencias de la onicofagia se verán visibles en los dedos y/o uñas de la mano; existen casos severos en el que la mordedura de las uñas sobrepasa el borde libre de la uña, provocando sangrado, irritación e infecciones. (Imagen 46)

Sin embargo, una vez que avanza el hábito, las consecuencias serán notables en la cavidad oral.

Principalmente se presentará en el diente que se utiliza con mayor frecuencia para realizar el corte de la uña, el esmalte de este órgano dental se ve afectado y puede presentar abrasión, por lo regular son los centrales anteriores aunque se pueden ver afectados los laterales y caninos de igual manera; también pueden presentar deformaciones a la arcada, dado que es un movimiento repetitivo, puede desviar la línea media de acuerdo a la zona donde haga el apoyo para morder provocando una mordida cruzada.<sup>20</sup>



**Imagen 46.**

Fuente: <https://cutt.ly/NxAMXWj>

### **5.3.2 Tratamiento**

Como ya se mencionó anteriormente, este hábito se presenta en un momento de estrés o ansiedad, por lo cual el primer tratamiento es recurrir a ayuda psicológica para retirar el hábito; debe ser retirado de manera paulatina y el paciente debe de aceptar la ayuda.

Con respecto a cavidad oral, el principal tratamiento deberá ser la restauración del diente o los dientes afectado, posteriormente si existe una desviación, será indicado el alineamiento de la arcada correspondiente.

#### 5.4 Consecuencias de bruxismo.

El bruxismo tiene como consecuencias las siguientes:  
(Imagen 47, 48)

- Abfracción.
- Atrición.
- Dolores en articulación temporomandibular (ATM).
- Fracturas en esmalte.
- Hipertrofia en músculos masticatorios.



**Imagen 47.**

Fuente: <https://cutt.ly/oxSkFQO>



**Imagen 48.**

Fuente: <https://cutt.ly/r1xSk4eA>

#### 5.4.1 Tratamiento

El enfoque de tratamiento del bruxismo ha variado; hoy, teniendo en cuenta al bruxismo como una actividad parafuncional multifactorial, el tratamiento debe ir dirigido a los factores etiológicos.<sup>24</sup>

El tratamiento en niños debe ser lo menos invasivo posible, evitando acciones clínicas y farmacológicas, de primera elección se debe comenzar por platicar con los padres de familia, para saber en qué momento se realiza el hábito. Siempre teniendo en cuenta los factores psicológicos a la hora de afrontar el tratamiento, por lo que es necesario iniciar la terapia pertinente.

Si el hábito se presenta durante la dentición mixta o en las etapas permanentes del desarrollo, la provisión de férulas de goma blanda puede brindar alivio al niño. También puede beneficiarse con el uso de una férula acrílica que ajuste en los dientes del maxilar superior y que sea dura, sobre todo en las caras oclusales.<sup>25</sup> (Imagen 49)

Las férulas, por una parte, disminuirían las fuerzas parafuncionales y, por otra, distribuirían dichas fuerzas, con lo que se protegería el sistema masticatorio y disminuiría la carga en la articulación temporomandibular.

En cambio, si el niño presenta el hábito en la dentición primaria, durante la erupción de los primeros molares permanentes y/o tiene totalmente abrasionadas las coronas de los molares primarios, el tratamiento de elección sería el uso de coronas de acero inoxidable para restaurar el tejido coronario dañado y recuperar la dimensión vertical.<sup>25</sup>

La restauración de las coronas a su altura original permite la erupción total de los primeros molares permanentes, elimina las interferencias oclusales y reducen la resistencia de trabajo lateral durante el hábito.



**Imagen 49.**  
Fuente: <https://cutt.ly/1xSk4eA>

### **5.5 Consecuencia de deglución Atípica.**

Cuando un presenta deglución Atípica, las principales consecuencias serán:

- Mordida abierta anterior y/o posterior. (Imagen 50)
- Protrusión de incisivos superiores.
- Presencia de diastemas en dientes anteriores superiores.
- Labio superior hipotónico, mientras que el mentón se encontrará hipertónico.
- Incompetencia labial.



**Imagen 50.**  
Fuente: <https://cutt.ly/ccAGmb9>

### 5.5.1 Tratamiento

El tratamiento sería enfocado a ejercicios de terapia miofuncional para modificar la posición de la lengua y como última opción la utilización de una rejilla lingual; la cual evitara la mala colocación de la lengua.

La rejilla lingual será colocada en arcada superior, con bandas en molares para evitar su movimiento; al ser utilizada, el hábito será modificando y en la mayoría de los casos, las maloclusiones causadas se irán corrigiendo.

### 5.6 Consecuencia de deglución con presión atípica de labio.

El labio superior al no ser utilizado durante la deglución se mostrará hipotónico y visiblemente será corto; en cambio, el labio inferior por su alta actividad durante la deglución será hipertónico, así como los músculos del mentón.<sup>19</sup> (Imagen 51)

A causa de la continua fuerza que ejerce el labio inferior sobre los incisivos, estos se inclinaran hacia lingual apiñándose, mientras que los incisivos superiores se vestibularizan, causando una pérdida de contacto interproximal, favoreciendo la migración del sector posterior.



**Imagen 51.**

Fuente: <https://cutt.ly/1xSk4eA>

### 5.6.1 Tratamiento.

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa llamada Lip Bumper, el cual consiste en un arco de alambre ortodóntico de 1,2 mm con la parte anterior revertida de acrílico. Este aparato puede fijarse por medio de bandas, las cuales serán cementadas en los primeros molares inferiores (si el paciente tiene completas las raíces de los molares). (Imagen 52)

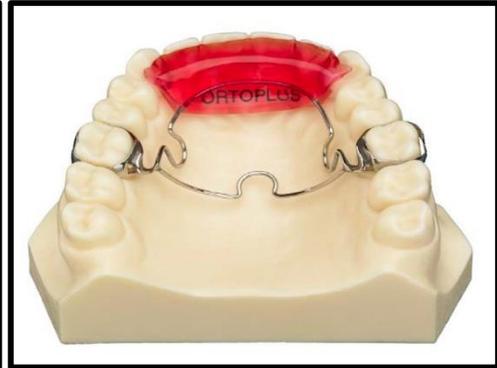
Su principal función es impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, y como consecuencia liberar la tonicidad del labio inferior así como los músculos del mentón. Cuando el paciente presenta una deglución atípica con interposición del labio superior el Lip Bumper será colocado en el arco superior, ejerciendo la misma función del caso anterior.<sup>19</sup>

Para corregir la mordida profunda, causada por el mismo hábito utilizamos una placa de levantamiento de mordida anterior, la cual es una placa Hawley superior con acrílico más espeso en la región palatina de los incisivos superiores. De manera que cuando el paciente ocluye, los incisivos inferiores tocan este acrílico, dejando los dientes posteriores sin oclusión, lo cual ocasionara la extrusión de los mismos ayudando a levantar la mordida.<sup>19</sup> (Imagen 53)



**Imagen 52.**

Fuente: <https://cutt.ly/2cqpAHG>



**Imagen 53.**

Fuente: <https://cutt.ly/1xSk4eA>

### **5.7 Consecuencias de deglución con presión atípica de lengua.**

Las consecuencias de esta deglución son muy similares a las anteriores, sin embargo, en este caso se puede llegar a ver afecta la fonación de los pacientes, ya que la lengua forma un papel muy importante en el habla. (Imagen 54)

- Mordida abierta anterior y/o posterior.
- Protrusión de incisivos superiores.
- Presencia de diastemas en dientes anteriores superiores.
- Incompetencia labial.



**Imagen 54.**

Fuente: <https://cutt.ly/8cADaCz>

### 5.7.1 Tratamiento

El procedimiento inicial es la colocación de un aparato removible impeditor, el cual nos ayudara a reeducar a la lengua. Uno de los posibles aparatos es una placa de Hawley superior con una perla tucat, es un aparato fijo, cual debe colocarse en los molares superiores por medio de bandas. El paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada deglución coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado. (Imagen 55)

Además de impedir y reeducar la musculatura lingual, este aparato puede tener un tornillo expansor, con la finalidad de descruzar la mordida posterior. El ajuste del tornillo expansor se hace una vez por semana (2/4 de vuelta si se activa en la boca o 1/4 de vuelta si se activa fuera de la boca). (Imagen 56)

19

La muralla acrílica es otro impeditor de lengua comúnmente utilizado. Es una barrera de acrílico que se encuentra en la parte posterior de los incisivos superiores: la altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la parte incisal de los incisivos inferiores.<sup>19</sup> (Imagen 57)

Otro posible aparato para descruzar la mordida posterior es por medio de un quad hélix que se suelda a las bandas de los molares superiores por palatino. (Imagen 58)



**Imagen 56.**  
Fuente: <https://cutt.ly/1oqrrJ>



**Imagen 57.**  
Fuente: <https://cutt.ly/HoqzxiA>



**Imagen 58.**  
Fuente: <http://cutt.ly/8oqc8N0>

### **5.8 Consecuencia de deglución con contracción comisural.**

La principal consecuencia labios hipertónicos, ya que participan mucho en la deglución, por lo que el maxilar y la mandíbula al tener una presión constante se verán afectados; mientras tanto la lengua queda en reposo por lo tanto no tiene la fuerza necesaria para realizar la deglución. (Imagen 59)



**Imagen 59.**  
Fuente: <http://cutt.ly/6cqp8N0>

### 5.8.1 Tratamiento.

El tratamiento para este hábito es terapia miofuncional, la cual tiene como objetivo fortalecer los músculos de la lengua, reeducar a la misma y que el paciente aprenda a deglutir de manera correcta. Algunos ejercicios que conforman una terapia miofuncional son:

- Ejercicio de la cuchara: Se coloca el extremo de una cuchara entre los labios del paciente, sujetándola en el plano horizontal, a continuación, se agrega un peso considerado en la misma; el paciente debe mantenerla cuidando que no haya adelantamiento mandibular. (Imagen 60) <sup>26</sup>



**Imagen 60.**  
Fuente: <https://cutt.ly/VbhTwnE>

- El Botón: Se utilizará un botón plano de aproximadamente 2.5 centímetros de diámetro, sujeto con un pabilo de 28 centímetros de largo. El botón debe tener el tamaño para abarcar los labios sin dañar los frenillos labiales. (Imagen 61).<sup>26</sup>

Sostener el botón con los labios, apretándolos con mucha fuerza y luego halar. (Deberá sonar un pequeño ruido como de explosivo al sacarlo de los labios). Repetirlo entre 6 y 12 veces.<sup>26</sup>



**Imagen 61.**

Fuente: <https://cutt.ly/wbhTsAp>

- Mantener la punta de la lengua en el paladar: Sostener la punta de la lengua firmemente en la papila palatina durante 20 segundos. El paciente debe sentir el contacto de la punta de la lengua con el paladar. Su boca debe permanecer abierta. (Imagen 62)<sup>26</sup>



**Imagen 62.**

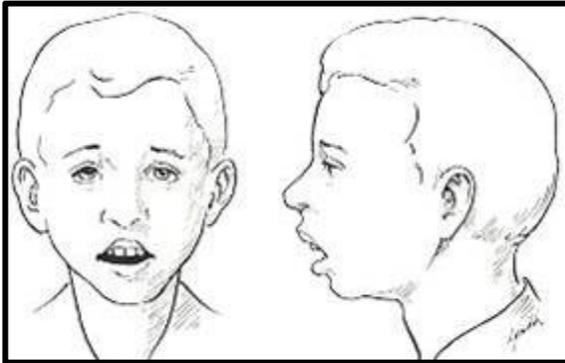
Fuente: <https://cutt.ly/kbhTxhh>

### **5.9 Consecuencia respiración oral.**

Las principales consecuencias en un paciente respirador oral serán fisiológicas como, por ejemplo: <sup>19</sup>

- Síndrome de cara larga, el cual consiste en una cara larga y estrecha, boca entreabierta, labio superior corto, labio inferior grueso, apariencia de ojeras. (Imagen 63)
- Mordida cruzada posterior uni o bi lateral, acompañada de una mordida abierta anterior.
- Paladar alto.
- Retrogantismo mandibular.

- Labio superior corto e hipotónico; mientras que el labio inferior se presenta hipertónico.
- Paciente susceptible a Clase II, división I
- Incompetencia labial
- Perfil convexo (imagen 64)



**Imagen 63.**

Fuente: <https://cutt.ly/noJaQOJ>



**Imagen 64.**

Fuente: <https://cutt.ly/HcJgrNM>

### 5.9.1 Tratamiento

En estos casos lo primero que se debe realizar es una interconsulta con un doctor en especialidad en otorrinolaringología y dependiendo de su diagnóstico será el tratamiento que se ofrecerá al paciente. El menos invasivo sería terapia miofuncional, en caso de ser por una obstrucción nasal, el tratamiento por excelencia será quirúrgico. <sup>26</sup>

- Trozo de tela: este ejercicio será indicado para lograr sellado labial. El paciente debe mantener entre los labios un trozo de tela (o papel), sin apretarlos. La lengua debe estar en posición correcta (contra la papila palatina).

Debemos estar seguro de que la tela esté sostenida con los labios y no con los dientes. Comenzar con períodos de 1 minuto e ir aumentando hasta llegar a 10 minutos, o hasta que esta conducta se convierta en un hábito (Imagen 65).

26



**Imagen 65**

Fuente: <https://cutt.ly/0bhTAWd>

- Popote: este ejercicio está indicado para aumentar la tonicidad de los músculos buccinadores. El paciente deberá succionar fuertemente algún líquido, usan un popote de diámetro pequeño, se deberá sostener con los labios solo 4 milímetros del popote al realizar el ejercicio (Imagen 66).<sup>26</sup>



**Imagen 66.**

Fuente: <https://cutt.ly/0bhTAWd>

## **CONCLUSIONES.**

Se concluye que es de vital importancia conocer la etiología de las maloclusiones para dar un correcto diagnóstico y así aplicar un adecuado tratamiento; es necesario, conocer el ambiente en que se desarrolla el niño, ya que puede ser un gran detonante para presentar un hábito nocivo. En particular, los niños pueden llegar a practicar estos hábitos anómalos como una forma de atraer la atención debido a que se encuentran expuestos a un entorno familiar violento, falta de atención de los padres o bien a cambios presentes en el ambiente personal.

La importancia del desarrollo oral del niño, se comienza desde la lactancia materna, realizarla en tiempo y forma ayudara que al erupcionar la primera dentición el niño tenga menores posibilidades de presentar maloclusiones en la dentición mixta y permanente, pudiéndose ver afectado el bienestar psicológico del niño.

En caso de presentar alguna maloclusión es de consideración desde que se presenta, abordarla con el mejor tratamiento posible; la evaluación debe incluir tanto la cooperación del niño en la consulta como la de los padres de familia para poder realizar un tratamiento exitoso.

Una vez que se han conocido los factores que influyen para tener una arcada fuera de una buena oclusión, es decir una maloclusión presente, se deben de evitar a mayor medida y de esta manera no se verá afectada la estética ni la funcionalidad del aparato estomatognático

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Armenta AG, Luna JV. Frecuencia de las maloclusiones en pacientes de dentición mixta de la clínica de la Especialidad en Odontopediatría de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Revista Tamé. 2016; 3. Disponible en: [http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_14/Tam1614-03i.pdf](http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_14/Tam1614-03i.pdf)
2. Domínguez GC, Martínez IC. Detalles clínicos de la oclusión dental en niños de un círculo infantil. MEDISAN. 2017; 5. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368451849002.pdf>
3. Mercado S, Mamani L, Mercado J, Tapia. R. Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. MEDISAN. 2017; 5. Disponible en: <https://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2018/1324-4400-1-PB.pdf>
4. Mondragón CNA, López GGC. Frecuencia de tipo de arco de Baume y planosternales en preescolares de Chimalhuacán, estado de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2017. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2017/junio/0759906/Index.html>
5. García BHG, Pérez JIM, Pérez JIM. Prevalencia y factores de riesgo asociados al apiñamiento dental en dentición temporal en escolares de 3 a 5 años. [CDMX]: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2018.

6. Serna ACP, Pagán EL. Tipo de arcada y plano terminal molar de la dentición temporal y su correlación con las clases de maloclusiones de la dentición permanente. *Dialent*. 2016; 5.
7. Meza IL. Relación entre la postura y huella palpar con planos terminales en niños de 3 a 5 años. [CDMX]: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2019.
8. Morales FJU. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, vertical y transversal. *Revista ADM*. 2018; 13.
9. Moyers E. Manual para el estudiante y el odontólogo general. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 1979: 324-49
10. Definición de lactancia. Hallado en : <https://dle.rae.es/lactancia>
11. Cristina CVA, del Carmen SMM. Relación entre lactancia y planos terminales en dentición decidua en niños de dos centros educativos en la provincia de Chiclayo. Universidad católica santo Toribio de Mogrovejo; 2018.
12. Cárdenas EMM. Importancia de la lactancia materna en Odontopediatría. [CDMX]: Facultad de Odontología; 2016.

13. Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante. Organización Mundial de la Salud. Hallado en:  
[https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/es/)
14. Núñez KP, Vargas-Machuca MV. Lactancia en el infante: Materna, artificial y sus implicaciones odontológicas. 2019; 6. Disponible en:  
<http://repebis.upch.edu.pe/articulos/op/v7n2/a3.pdf>
15. De la Teja E, Luis Américo Durán Gutiérrez RGE. Chupón y lactancia materna. Acta Pediátrica de México. 2017; 2.
16. Izaguirre MCH, Porroa JJJ, Castillo SCM, María Alejandra Romero González JTT. Impacto de la lactancia no materna en el infante. Revista Científica Odontológica. 2017; 11.
17. Definición de hábito obtenido en:  
<https://tinyurl.com/y6v65ugm>
18. Rivera LS, Esquivel Varriga AGM, Chico JCE. Hábitos que promueven maloclusiones en infantes. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2019; 8.
19. Lugo C, Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las maloclusiones. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2017; 17.

20. Gutiérrez ai. Facultad de odontología tricotilomanía, dermatilomanía y onicofagia, trastornos obsesivos compulsivos en niños y adolescentes. [CDMX]: facultad de odontología; 2016
21. Vázquez OP. Bruxismo [Internet]. [CDMX]: Facultad de Odontología; 2018. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2009/enero/0637755/Index.html>
22. Roa ctv. Efectos dentofaciales en pacientes odontopediátricos con deglución atípica [CDMX]: Facultad de odontología; 2017. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2017/octubre/0767176/index.html>
23. García J, Djurisc A, Quirós O, Molero L, Alcedo C, Tedaldi J. Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante Terapias Miofuncionales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria.5.
24. Zaragozano F. Bruxismo en la infancia, causas y orientación terapéutica. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Zaragoza. 2017; 3.
25. Vallejo Bolaños E, González Rodríguez E, del Castillo Salmerón R. Elbruxismo infantil. Dialnet. 2017; 5.
26. García J, Djurisc A, Quirós O, Molero L, Alcedo C, Tedaldi J. Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante terapias miofuncionales. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. 2010; 6 Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-21/>

27. Ramos MRM, Valles YG, Milanés YL, Vidal BP, Marrero LB. Características de la oclusión dentaria en niños de 4 y 5 años. MEDISAN. 2017; 7.