



COLEGIO ODONTOLÓGICO
COLOMBIANO

N.º Acceso _____

Sig. Top. M 030 1987

Compra ☐ Canje ☐ Donación ☐

Editorial _____

Solicitado por _____

Fecha _____

Precio _____

0029
M
030
1987

ALTERACIONES DENTARIAS ASOCIADAS A HABITOS

MARIA MERCEDES MUSKUS GARCIA

CODIGO : 821218

BOGOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1987

ALTERACIONES DENTARIAS ASOCIADAS A HABITOS

MARIA MERCEDES MUSKUS GARCIA

CODIGO : 821218

Trabajo de grado presentado como
requisito parcial para optar al
título de odontólogo.

BOGOTA

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

1987

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVA : DECANO MARISOL ARANGO DE LEON
 RECTOR JORGE ARANGO TAMAYO
 VICEDECANO JAIRO FORERO MORALES

SECRETARIO ACADEMICO : LUIS FELIPE FALLA

DIRECTOR DE MONOGRAFIA : MIGUEL ORDOÑEZ

COORDINADOR DEL CURSO : ROBERTO ARCINIEGAS GOMEZ

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa su agradecimiento :

- A DR. MIGUEL ORDOÑEZ, Director de Monografía, por su constante cooperación y ayuda durante la realización de este trabajo.
- A todas aquellas personas que en una u otra forma colaboraron en la realización del presente trabajo.



DEDICATORIA

A mis padres quienes han contribuido en una forma muy especial en mi formación humana y profesional.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	7
OBJETIVOS	9
1. DEFINICION DE HABITO	10
1.1. HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS	11
1.2. HABITOS BUCALES COMPULSIVOS	12
2. ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO	13
2.1. SUCCION	13
2.2. RESPIRACION	15
2.3. DEGLUCION	16
2.3.1. Problemas de la deglución	18
2.3.2. Influencia de la deglución infantil en el crecimiento de los maxilares	19
3. ALTERACIONES FUNCIONALES Y HABITOS	23
3.1. FUNCION LINGUAL Y DISGNACIAS	23
4. CLASIFICACION DE LOS HABITOS	25
4.1. HABITOS DE PRESION	26
4.2. HABITOS DE POSICION	27
4.3. HABITOS DE SUCCION	30
4.3.1. Hábito de chuparse los dedos desde el na- cimiento hasta los 4 años de edad	34

	pág.
4.3.2. Hábitos activos después de la edad de 4 años	39
4.3.3. Chupado de los dedos y hábitos asociados	42
4.3.4. Chupo ortopédico	42
5. RELACION DE HABITOS BUCALES CON LA PREVISION DE LA MALOCCLUSION	44
6. CONTROL DE HABITOS ANORMALES	47
6.1. METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO	47
7. CONCLUSIONES	49
BIBLIOGRAFIA	50
ANEXO 1.	51

INTRODUCCION

Todos los hábitos son patrones aprendidos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares. Los hábitos anormales que pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, deben diferenciarse de los hábitos normales deseados que son una parte de la función orofaríngea normal y juegan así un papel importante en crecimiento craneo facial y en la fisiología oclusal. Los hábitos que deben preocuparnos son aquellos que pueden estar implicados en la etiología de las maloclusiones.

El odontólogo debe tener una información y conocimientos adecuados sobre el papel que ejerce los hábitos en el desarrollo maxilo facial en la dentición temporal y permanente.

Los tejidos que conforman el sistema estomatognático (huesos, músculos) responden a estímulos tales como presión, posición, succión, que en cierto momento son normales dentro del desarrollo psicomotriz del niño pero la persisten

cia de estos estímulos facilitan la instauración de problemas ortodónticos futuros. El odontólogo debe llevar a cabo una prevención y control oportuno de estos hábitos.



OBJETIVOS

1. Brindar una información clara y adecuada al profesional sobre la importancia de los hábitos y su influencia sobre el desarrollo del sistema estomatognático del paciente pediátrico.
2. Crear una conciencia al profesional sobre su deber de orientar a los padres acerca de los factores que conducen al desarrollo de este hábito y que medidas tomar para manejar la situación en forma adecuada.
3. Dar a conocer los diferentes medios de control de los hábitos que tiene alcance el odontólogo y el aporte de otras especialidades de ciencias de la salud (psicología, fonoaudiología, medicina).

ALTERACIONES DENTARIAS ASOCIADAS A HABITOS

1. DEFINICION DE HABITO

Es un nuevo camino de descarga formado en el cerebro. Los hábitos en relación con la maloclusión son clasificados como :

- Utiles
- Dañinos

Los hábitos útiles incluyen los de funciones normales, como posición correcta de la lengua, respiración, deglución adecuada y uso normal de los labios para hablar.

Los hábitos dañinos son todos aquellos que ejercen presiones anormales contra los dientes y las arcadas dentarias, así como hábitos de morderse los labios y chuparse los pulgares.

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábi

tos bucales de los niños y consideran estos hábitos como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y también de cambios potenciales en el emplazamiento de piezas y en oclusiones que pueden volverse anormales si continúan estos hábitos por largo tiempo.

1.1. HABITOS BUCALES NO COMPULSIVOS

Los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que les permiten desechar ciertos hábitos indeseables y formar hábitos nuevos y aceptables socialmente. El moldeado sutil y no sutil de la personalidad del niño continúa en la inmadurez, al verse sometido a presiones externas por sus padres, de sus compañeros de juego y clase.

Los hábitos que se adoptan o abandonan fácilmente en el patrón de conducta del niño, al madurar éste, se denomina no compulsivos. De estas situaciones no resulta 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 de personalidad.

1.2. HABITOS BUCALES COMPULSIVOS

Generalmente se concuerda en afirmar que un hábito bucal es compulsivo cuando ha ocurrido una fijación en el niño, al grado de que éste acude a la práctica de este hábito cuando siente que su seguridad se ve amenazada por los eventos ocurridos en su mundo. Tiende a sufrir mayor ansiedad cuando se trata de corregir este hábito.

Estos hábitos compulsivos expresan una necesidad emocional profundamente arraigada. Realizar el hábito le sirve de escudo contra la sociedad que lo rodea. Es su válvula de seguridad cuando las presiones emocionales se vuelven demasiado difíciles de soportar.

Aunque las etiologías especificadas de los hábitos bucales compulsivos son difíciles de aislar, algunos autores opinan que los patrones iniciales de alimentación pueden haber sido demasiado rápidos o que el niño recibía poco alimento en cada toma. También puede haberse producido demasiada tensión en el momento de la alimentación; de igual modo se acepta que la inseguridad del niño, producida por falta de amor y ternura materna, juega un papel importante en muchos casos.



2. ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

2.1. SUCCION

Las alteraciones de la succión durante la época de la lactancia, se considera como el origen en la aparición de numerosos hábitos relacionados directamente con perturbaciones succionales del lactante durante esta época tan importante para su desarrollo somático y psicológico.

La alimentación del lactante consiste en un proceso conjunto de succión y presión ejecutado por la movilidad de la mandíbula y la lengua; son de gran importancia además los labios, las mejillas, los rebordes alveolares y el paladar los cuales facilitan la alimentación del pecho materno, tan importante desde el punto de vista funcional, debido al esfuerzo natural de todos los músculos del sistema estomatognático.

Según A. M. Schwarz la distoclusión es la relación de los maxilares más frecuentes en el recién nacido. Por esta razón la ausencia de la lactancia materna conducirá al mante

nimiento de la relación distal de la mandíbula; el pecho contribuye a una especie de gimnasia mandibular, al provocar el avance y crecimiento hacia adelante del maxilar inferior. Se considera igualmente importante la posición en que se coloca el niño para alimentarlo, es frecuente en las madres colocarlo en posición horizontal, en este caso el pecho puede tapar la nariz obligando al niño a respirar por la boca, con lo cual se interrumpe la succión. La posición normal consiste en colocar al niño verticalmente evitando que la cabeza se incline demasiado hacia atrás. De esta manera se facilita la respiración nasal y el avance normal de la mandíbula, la cual se coloca en posición normal entre los 5 a 8 meses aún en casos de haber existido una gran relación distal de la misma, durante los primeros días de su nacimiento.

A pesar de las campañas a nivel mundial para regresar a la alimentación materna, es evidente que la participación activa de la mujer en el mundo actual con sus grandes conflictos económicos impide esta labor natural de la maternidad. En este caso es mejor desde el punto de vista somático alimentar al niño con teteros que poseen chupos ortopédicos los cuales favorecen el avance de la mandíbula; desde el punto de vista psicológico es mejor o preferible dar al niño un tetero con dedicación y amor a un pecho frío y sin afecto, porque la madre se ocupa simultáneamente de

otras actividades ajenas a la alimentación del lactante para quien su necesidad fundamental es el afecto, el calor de la madre, de lo contrario preferiría refugiarse en la succión del pulgar u otros hábitos, los cuales pueden ser el origen de conflictos afectivos y numerosas disgnacias propias de tales perturbaciones de la succión normal durante la lactancia.

2.2. RESPIRACION

Es indudable que las alteraciones de la respiración puede ser causas de disgnacias; según Moss la respiración forma parte importante de las matrices funcionales por lo cual está en la capacidad de ocasionar serias alteraciones especialmente en el crecimiento del maxilar superior; el hecho de mantener la boca abierta favorece la retrusión de la mandíbula especialmente al dormir si se tiene la cabeza en posición dorsal. La ausencia de respiración nasal provocada por adenoides, rinitis, alergias o simplemente hábito produce atrofia de la cavidad nasal favoreciendo la formación de una paladar profundo y estrecho transversalmente. El hecho de tener la boca abierta provoca tensiones de los músculos elevadores y aún de los buccinadores, los cuales presionan los maxilares e interfieren en su crecimiento transversal. La distoclusión mandibular es otro efecto posible debido a la inactividad e hipotonía de los músculos

propulsores y retractores. Obstrucciones altas como es el caso de adenoides puede llevar a protrusión del maxilar favorecida por la incompetencia labial debida a la hipotonia de los orbiculares o un labio superior corto.

En el caso de obstrucciones bajas producidas por amigdalitis o macroglosia puede ocasionar diastemas y protrusiones e inclusive por la acción de la lengua favorecer la aparición de una progenie.

Algunos autores, R. H. Hotz entre ellos, sostienen que la respiración bucal es ocasionada frecuentemente por hábito después de un resfriado prolongado; en estos casos el autor sugiere la colocación de una placa vestibular que obligue al niño a respirar por la nariz. De todos modos la eliminación de obstrucciones nasales son necesarias para lograr una respiración normal, especialmente en el niño en crecimiento.

2.3. DEGLUCION

En el lactante la mandíbula se mantiene separada durante la deglución. Interesa destacar dos hechos importantes :

- a) La separación de las arcadas
- b) Interposición de la lengua entre las mismas debido a

la macroglosia normal a esta edad, por ser un órgano muy desarrollado y maduro para facilitar su alimentación líquida la cual es compensada con fuerte contracción de labios y mejillas, para lograr el equilibrio normal, dado por la gran presión lingual debida a su desarrollo. Con la terminación de la lactancia y la aparición de los dientes cambia el patrón de deglución infantil.

Después de la erupción dentaria se establece la deglución del adulto, la cual se realiza con las arcadas dentarias en contacto, labios y mejillas en reposo y la punta de la lengua se apoya contra las rugas palatinas por encima de los incisivos superiores.

La persistencia de la deglución infantil con interposición de la lengua entre las arcadas dentarias nos lleva a la llamada deglución atípica, la lengua se interpone entre los incisivos ocasionando mordidas abiertas posteriores o sobre oclusiones, de acuerdo con la resistencia del hueso a la presión lingual. La contracción de los orbiculares en estos casos está en capacidad de producir apiñamientos e inclusive la fuerte presión de los bucinadores conduce a compresión del maxilar, con alteraciones propias de la oclusión dentaria entre ellas probablemente mordidas cruzadas posteriores, por la ausencia de presión lingual en el paladar.

Es importante recordar que la deglución se efectúa igualmente en el día y en la noche; este movimiento puede realizarse entre 500 y 2.000 veces durante las 24 horas del día. Por esta razón debe considerarse la deglución atípica como un factor fundamental en la etiología de las disgnacias.

2.3.1. Problemas de la deglución :

Los padres deberán estar al tanto de las consecuencias nocivas de la deglución visceral (infantil) prolongada, así como de las actividades de la lactancia que se extienden más allá del tiempo en que deberán ser reemplazadas por un comportamiento más maduro (somático).

La gran necesidad de recibir satisfacción emocional, psicológica y sensual del lactante es más abstracta, aunque no menos importante que las exigencias concretas de la nutrición. Ignorar la necesidad de calor, bienestar y euforia significa que existe mayor posibilidad de presentarse la deglución infantil prolongada y de reacciones compensatorias en la forma de satisfacción por substitución.

Los chupones "interconstruidos" son la lengua, el paladar y los labios, si no es posible llevar a cabo la lactancia natural y existen realmente algunos casos en que no es posible y si la madre no está dispuesta a dedicar tiempo y

atención a este menester, podrá utilizarse un sustituto fisiológicamente razonable. Los chupones correctamente diseñados son recomendables y constituyen un verdadero factor para evitar la retención prolongada de las facetas del comportamiento infantil.

2.3.2. Influencia de la deglución infantil en el crecimiento de los maxilares :

Se caracteriza en el niño succionador por el desproporcionado tamaño de la lengua, en relación con las demás estructuras del sistema estomatognático. Esta verdadera macroglosia se justifica por su importancia en la succión; de acuerdo con nuestra observación clínica : su tamaño, movilidad y posición equilibra la fuerte presión contra los maxilares ocasionada por contracción de orbiculares y buccinadores, lo cual es normal en la deglución infantil, dando como resultante el equilibrio necesario para el desarrollo y crecimiento del sistema estomatognático, en función del aparato succionador.

La salida de los dientes temporales será un elemento fundamental en la aparición de una nueva estructura funcional : la masticación con la cual paralelamente a la transformación del aparato succionador en masticador, habrá cambios fundamentales en la deglución, los cuales persistirán en el adulto del futuro.

Se caracteriza esta nueva etapa, por el cambio de posición de la lengua sin interposición incisal, tamaño normal en relación con la macroglosia infantil, músculos orbiculares y buccinadores en reposo. Según numerosos autores la persistencia de la deglución infantil ocasionará disgnacias (anomalías maxilo dentarias) y posiblemente dislalias. La mala posición lingual si ocasiona disgnacias siempre y cuando se consideren otros factores asociados como : posición, presión, forma, volúmen, tiempo. Estas 5 dimensiones de la función lingual dependerán de factores psicológicos, plasticidad ósea, equilibrio muscular y factores genéticos o congénitos. En cuanto a la posición lingual debemos considerar dos tipos de fuerzas musculares :

- Pasivas : Las cuales tiene que ver con el tono muscular normal durante la posición de descanso de la lengua.
- Activas : Durante el ejercicio de funciones tales como la fonación, deglución, succión.

En los casos de protrusión del maxilar superior la posición de descanso lingual es abajo y atrás, durante las funciones se proyecta arriba y adelante favoreciendo la protrusión maxilo dentaria. En la progenie o clase 11 la posición de descanso es adelante y abajo proyectándose aún más hacia adelante durante la fonación y deglución, lo cual aumente

el crecimiento de la mandíbula en ese sentido. En los casos de mordida abierta la lengua se proyecta entre los dientes y descansa interpuesta entre los mismos; estos cuadros se complican aún más con alteraciones tales como el "seseo" la cual es una dislalia frecuente.

En cuanto a la presión puede existir hipotonismo o hipertonicismo, la forma de la lengua puede ser alargada o redondeada. El volumen se puede presentar macroglosia o microglosia y en tiempo la malposición lingual puede ser continua o solo temporal, en este caso probablemente no se presentará ningún tipo de anomalía.

La posición, presión, forma y volumen relacionados con el tiempo en que actúa normalmente la lengua y su acción con los factores : psicológico, óseo, muscular y genético producirá alteraciones de la función y la forma del sistema estomatognático durante el crecimiento de los maxilares. No pueden considerarse las anomalías de posición de la lengua como el único factor etiológico en la aparición de displacias, deben tenerse en cuenta además el hipertonicismo, la macroglosia y la forma de la lengua, asociados al tiempo en que actuará normalmente durante las funciones y posición de descanso de la lengua.

El tratamiento de estas alteraciones maxilo dentarias aso-

ciadas a disfunciones linguales, debe efectuarse a edades tempranas entre los 5 y 10 años. Después de los 12 años se considera un tratamiento tardío. La técnica más recomendable son los aparatos de ortopedia funcionales tales como : el activador, el bionator de balcers, gran colaborador en la reeducación lingual; regulador de función frankel; el kinetor de stockfish muy recomendable en los casos en que sea necesario estimular la dinámica muscular. La placa psicofuncional en tratamientos con succión del pulgar, facilita el tratamiento porque permite la succión y provee un espacio amplio en el paladar para la reeducación lingual, en general son aparatos bimaxilares que actúan por medio de actividad de los músculos produciendo cambios en los vectores musculares y por lo tanto varían la forma, dirección del crecimiento de los maxilares y posición de los dientes. Este tipo de tratamiento debe ser asociado a rehabilitación foniatrica para modificar la posición de la lengua especialmente en casos de dislalias o persistencia de la deglución infantil.

3. ALTERACIONES FUNCIONALES Y HABITOS

3.1. FUNCION LINGUAL Y DISGNACIAS

La concepción de sistema estomatognático es la de un conjunto de elementos morfológicos y funcionales, constituido por maxilares, músculos, ATM, tejidos blandos y dientes; los cuales intervienen directamente en funciones propias del mismo como son : la fonación, succión, deglución, masticación y aún la respiración, sujeto a poderosas influencias musculares dentro de las cuales la lengua con sus músculos propios y esqueléticos se constituye en un poderoso conjunto muscular, cuyas disfunciones pueden provocar alteraciones en el crecimiento y las funciones del sistema.

Existen 2 características las cuales diferencian al órgano lingual de otros músculos :

- Es el único músculo que posee una inserción libre.
- Fundamentalmente su manera de actuar es por medio de presión.

La lengua actúa entonces de una manera particular, por su extremo libre tiene libertad para ejercer gran presión sobre los maxilares, a diferencia de los demás músculos que actúan por medio de tensiones y contracciones para atraer las partes óseas entre sí.



4. CLASIFICACION DE LOS HABITOS

- Hábitos de presión :
 - Presión de lápices u objetos
 - Presión de las manos contra los maxilares.
 - El morderse las uñas, los dedos, carrillos y labios.
- Hábitos de posición :
 - Posiciones adoptadas al caminar o en reposo.
 - Posiciones al dormir.
- Hábitos de succión :
 - Succión del pulgar.
 - Succión del chupo.
 - Succión del labio.
 - Succión de lengua.
 - Succión de carrillos.

4.1. HABITOS DE PRESION

Generalmente estos hábitos aparecen en niños de 6 o 7 años por lo cual es más frecuente la aparición de desviaciones de tipo dentario como es el caso de morder uñas, dedos, lápices, manos, carrillos y aún labios. La mordedura frecuente del labio inferior presiona uno o más incisivos superiores, caso en el cual podría asociarse a protrusión de uno o más dientes. La presión de las manos de un lado de la cara al dormir, ver televisión, puede ocasionar compresión de un lado del maxilar, generalmente la mandíbula por ser un hueso movable escapa hacia el lado contrario de la presión, estableciéndose de esta manera una lateroversión con mordida cruzada unilateral.

Un hábito normal desarrollado después de la edad de la succión es el morderse las uñas, este no es un hábito pernicioso y no ayuda a producir maloclusiones, puesto que las fuerzas o tensiones aplicadas al morderse las uñas son similares a las de proceso de masticación, en ciertos casos cuando permanecían impurezas debajo de las uñas se observó una marcada atricción en los dientes inferiores anteriores.

4.2. HABITOS DE POSICION

Algunos niños suelen caminar encorvados y adoptan igual posición durante el reposo, el cambio producido por las fuerzas de gravedad con la cabeza apuntando hacia el piso según R. Frankel pueden producir desviaciones del crecimiento maxilar. La posición al dormir boca arriba puede contribuir a la aparición de una distoclusión, en estos casos la primera recomendación es aconsejarle que duerma alternando los dos lados de la cara. Algunos odontólogos han sugerido que la manera de prevenir el bruxismo consiste en acostumbrar al recién nacido dormir boca arriba o sea en posición de cubito dorsal. En los lactantes ocurre un fenómeno poco conocido y es la regurgitación de la leche después de alimentarlos. Ello se debe a la madurez neuromuscular del sistema digestivo, al contrario de lo ocurrido en la boca, en la cual encontramos un sistema muscular completamente desarrollado. Por esta razón una de las válvulas del sistema digestivo, el cardias, permanece entreabierto durante el primer año de vida, por esta causa se produce la eyección frecuente del contenido gástrico por vía bucal debido al estado de relajación en la parte posterior del estómago y cardias simultáneo con la contracción del píloro, la pared abdominal y diafragma.

En algunos casos existe el peligro al dormir boca arriba

de regurgitación, de broncoaspiración, neumonía y muerte del lactante. Por tales razones los pediatras recomiendan la posición de cubito lateral alternada de los dos lados ; en casos más graves el niño debe dormir semi-sentado. Existe inclusive casos en que el niño percibe el rechazo de la madre a través de su aparato sensorial, la respuesta ante este tipo de perturbaciones emocionales será siempre corporal. El vómito puede ser una de las manifestaciones ante la hostilidad materna. La posición al dormir boca arriba puede considerarse como una de las causas etiológicas en la aparición de una distoclusión o clase 11.

T.M. Graber dice que el desarrollo del cóndilo es mínimo , al nacer casi no existe eminencia articular y la cavidad glenoidea es casi aplanada por lo cual se encuentra favoreciendo el movimiento mandibular en cualquier dirección. En estas condiciones es muy fácil la ubicación hacia distal de la mandíbula en niños a dormir en posición de cubito dorsal.

A. M. Schwarz agrega además que la posición distal de la mandíbula es más frecuente, la relación borde a borde se presenta en uno de cada cuarenta niños recién nacidos.

R. P. Hotz encontró el mismo fenómeno descrito por A. M. Schwarz una posición distal de la mandíbula de 2 a 4 mm.

G. Korkhaus describe gran cantidad de casos en posición distal de la mandíbula después del nacimiento relata en uno de ellos que la posición distal de la mandíbula era de 6 milímetros, a las 8 horas después del nacimiento. Cuatro meses después existía un escalón incisal de 1 milímetro. La posición normal de la mandíbula ocurrió después de 4 a 8 meses de nacido; como conclusión podemos establecer gran predisposición de la mandíbula para ubicarse en posición distal, dadas sus características anatómicas y fisiológicas, no es entonces recomendable la posición de cubito dorsal para dormir especialmente durante el primer año y está totalmente contra indicada en casos en los cuales persiste la distoclusión después del primer año de vida.

Según algunos autores la posición boca arriba favorece la aparición de respiración bucal con lo cual aumenta las causas en la aparición de una disgnacia, además esta posición causa retracción de los músculos retractores y propulsores de la mandíbula, por esta razón la mandíbula tiende a ir hacia atrás acompañada de la lengua; deja de actuar en el crecimiento sagital al ocupar una posición posterior clásica de las clases 11. El distanciamiento entre incisivos superiores e inferiores, favorece además la aparición de sobreoclusiones las cuales son en muchos casos causa de bruxismo; el niño se convierte en masticador temporal, no

usa los maseteros; la abrasión normal de los dientes no se produce estableciéndose claramente una distoclusión con sobreoclusión por retrusión mandibular.

Algunos hábitos de postura como es el caso de niños que permanecen encorvados y otros en las cuales la cara descansa sobre las manos al dormir, ver televisión puede igualmente inclusive dentro factores etiológicos, acentuar una disgnacia o asociarse a otras causas potencialmente capaces de establecer una anomalía maxilo dentaria.

4.3. HABITOS DE SUCCION

El nacimiento de un niño origina situaciones de ansiedad que se conocen en psicoanálisis como el "trauma del nacimiento", una mala relación madre hijo puede complicar el problema al fijarse el niño a esa etapa oral.

La percepción del niño recién nacido es totalmente corporal porque no existe percepción consciente. Su comunicación con el mundo que lo rodea se expresa por medio de reflejos, uno de los más importantes para su supervivencia es precisamente el reflejo de succión.

Como el niño no tiene estructura psíquica madura, sus reacciones se localizan en el cuerpo, especialmente en la boca

y los órganos relacionados con ella. La zona oral es el lugar en que se centralizan la recepción y descarga de estímulos en los primeros meses de vida. Se ha comprobado que inmediatamente después de hacer todo el estímulo producido en cualquier parte del cuerpo tiene como respuesta el hábito de succión. Quiere decir que la persistencia de la succión obedece a profundas perturbaciones psíquicas ocasionadas por múltiples problemas de tensión, ansiedad y angustia.

La persistencia del hábito de succión especialmente del pulgar después de los 3 o 4 años puede ocasionar alteraciones irreversibles en el crecimiento de los maxilares, además de los trastornos musculares producidos por la succión prolongada. El tipo de deformación depende de la manera como se coloque el dedo y de las características óseas y dentarias. Existen huesos que responden muy poco a la presión, en estos casos la deformación puede ser menor, o bien puede no aparecer como se observa en algunos niños portadores de un hueso más condensado o con mínima presión digital. Las displacias más frecuentes en la protrusión del maxilar superior, la cual puede ser basal o alveolodentaria. Generalmente existe presión dorsal del pulgar sobre los incisivos inferiores y la mandíbula, en estos casos se observa linguoversión de los dientes o se establece una verdadera distoclusión, la cual requiere tratamientos más complejos.

El sistema muscular puede estar igualmente afectado, hay contracción de buccinadores y orbiculares especialmente el inferior y actividad lingual normal; debido a su desplazamiento la deglución es anormal, en la mayoría de los casos, existe además función anormal del borla de la barba e inclusive interposición del labio inferior entre los incisivos. No es recomendable de ninguna manera utilizar técnicas para "romper el hábito" dadas las alteraciones psicológicas quizás más importantes que la propia anomalía maxilo dentaria. A pesar de la habitual inclinación del odontólogo para eliminar el hábito deben tenerse en cuenta aspectos psicológicos para buscar la ayuda psicológica necesaria. En caso de persistencia de la succión del chupo podemos encontrar mordidas abiertas cuyo tratamiento no requiere procedimientos complicados. De todos modos el niño abandona espontáneamente el chupo después de los 3 o 4 años; por lo tanto el odontólogo no debe tratar de eliminar este hábito cuando hay niños que requieren mayor tiempo de succión dados sus problemas emocionales propios o relacionados con la madre. Tratar de eliminarlo puede convertir al niño en succionador del pulgar y por lo tanto complicar el cuadro psicológico, además de repercusiones somáticas.

El término "succión del pulgar" ha sido usado superficialmente para cumplir una alta variedad de hábitos bucales de

succión. La succión forzada y repetida del pulgar con fuertes contracciones asociadas bucales y del labio parece ser el tipo de succión más probablemente relacionado con maloclusión. Los aspectos clínicos del problema pueden dividirse en 3 fases del desarrollo :

- Fase 1 : Succión del pulgar normal y subclínicamente significativa. Esta fase se extiende desde el nacimiento hasta más o menos los 3 años, dependiendo del desarrollo social del niño. Comunmente la succión se resuelve en forma natural hacia el final de la fase 1 , sin embargo si el infante muestra algunas tendencias al tipo "pulgar específico" de succión vigorosa, el enfoque debe ser definitivamente profiláctico por el posible daño oclusal. El uso de un chupete de goma hacia el final de la fase 1, es menos perjudicial, al menos desde el punto de vista dentario, que la succión vigorosa repetida del pulgar.
- Fase 2 : Succión del pulgar clínicamente significativa. La segunda fase se extiende aproximadamente desde los 3 a los 6 o 7 años. La succión practicada durante esta época merece atención más seria del odontólogo por dos razones : Indicación de posible ansiedad clínicamente significativa, además es el momento más apropiado para resolver los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

- Fase 3 : Succión del pulgar intratable. Cualquier succión del pulgar que persiste después del cuarto año presenta al clínico un problema difícil, porque esa persistencia puede ser la prueba de problemas distintos de una simple maloclusión. Un hábito de succión del pulgar durante la fase 3 requiere a menudo terapia odontológica y psicológica directa. Está indicada la frecuente consulta entre el odontólogo y el psicólogo o el médico para realizar un enfoque integrado.

4.3.1. Hábito de chuparse los dedos desde el nacimiento hasta los 4 años de edad :

El recién nacido posee un mecanismo bien desarrollado para chupar, y esto constituye su intercambio más importante con su mundo exterior. De él obtiene no sólo nutrición sino también la sensación de euforia, bienestar tan indispensable en la primera parte de la vida. Mediante el acto de chupar el recién nacido satisface aquellos requisitos tan necesarios como tener sentido de la seguridad, un sentimiento de calor por asociación y sentirse necesitado.

Los pediatras y psiquiatras han reconocido la importancia de esta vía de comunicación con el mundo exterior. Los labios del lactante son un órgano sensorial y es la vía al cerebro que se encuentra más desarrollada, posteriormente

al desarrollar sinapsis y otras vías el lactante no necesita depender tanto de esta vía de comunicación.

En la lactancia natural las encías se encuentran separadas, la lengua es llevada hacia adelante a manera de émbolo, de tal forma que la lengua y el labio inferior se encuentran en contacto constante, el maxilar inferior se desplaza rítmicamente hacia abajo y hacia arriba, hacia adelante y hacia atrás gracias a la vía condilar plana cuando el mecanismo del buccinador se contrae y relaja en forma alternada. La tetilla artificial corriente solo hace contacto con la membrana mucosa de los labios (el borde bermellón). Falta el calor por asociación dado por el seno y el cuerpo materno y la fisiología de la lactancia no es imitada. Debido al mal diseño la boca se abre más y se le exige demasiado el mecanismo del buccinador. La acción del émbolo de la lengua y el movimiento rítmico hacia arriba, abajo, atrás y hacia adelante del maxilar inferior es reducido. Un estudio objetivo realizado por computadores sobre niños alimentados en forma natural, artificial y combinada apoya las observaciones de Anderson de que los niños alimentados en forma natural están mejor ajustados y poseen menos hábitos musculares peribucles anormales y conservan menos mecanismos infantiles.

Balters y sus colaboradores en Alemania, concluyeron que

mediaban otros factores, las tetillas de goma artificial - les de goma mal diseñada y las técnicas dañinas de lactancia artificial causan muchos problemas ortodónticos y pediátricos. Con la tetilla artificial ordinaria la leche es casi arrojada hacia la garganta, en lugar de ser llevada hacia atrás por los movimientos peristálticos de la lengua y los carrillos.

Para proporcionar una copia fiel del seno humano fué diseñada una tetilla que provoca la misma actividad funcional que la lactancia natural. La tetilla de Látex funcionalmente elimina las características negativas de los componentes no fisiológicos anteriores. Para satisfacer el fuerte deseo del niño de mamar y su dependencia de este mecanismo para la euforia fué perfeccionando el "ejercitador o pacificador" (chupete), se espera que esta tetilla anatómica junto con el ejercitador usado correctamente reduzca considerablemente la necesidad y el deseo del niño de buscar ejercicio suplementario, volviendo al dedo y al pulgar entre las comidas y a la hora de dormir. La boca es una de las principales vías de comunicación y fuente de gratificación. El destete deberá ser propuesto por lo menos hasta el primer año. Si la lactancia se realiza con la tetilla artificial fisiológicamente diseñada junto con el contacto materno y los mimos, creemos que la frecuencia de los hábitos prolongados de chuparse los dedos serán re-

ducidos significativamente. El desarrollo de los hábitos anormales del labio y de la lengua que son la base del ejercicio profesional de los ortodoncistas serán reducidos considerablemente, es posible que el bruxismo y la bruxomania tan frecuentes en niños y adultos también puedan ser reducidos al obtener gratificación y satisfacción sensorial. Durante el acto de alimentación se recomienda el uso del chupete fisiológicamente diseñado para todos los niños durante la época de la erupción de los dientes y en otros momentos para suplementar los ejercicios de la lactancia.

Gessell afirma que el hábito de chupar los dedos es normal en una etapa de desarrollo del niño, la mayor parte de los hábitos de chuparse los dedos y la lengua, que pueden ser considerados como normales durante el primer año de vida, desaparecerá espontáneamente durante el segundo año de vida si se presta atención debida a la lactancia, aconsejar a los padres a eliminar el hábito de chuparse el dedo durante el tiempo que es normal (primer año y medio de vida) es ignorar la fisiología básica de la infancia. Como los niños pequeños deberán adaptarse en forma continua a su ambiente nuevo, algunos aceptarán la restricción y sublimarán sus actividades buscando otras satisfacciones ambientales o formas más maduras de comportamiento, pero muchos niños no lo harán y el hábito se acentuará de tal forma que

no desaparece por sí solo, como lo hubiera hecho si no intenta modificarlo. El fracaso de los intentos mal aconsejados para eliminar el hábito, o la continua vigilancia de los niños por los padres para sacar el dedo de la boca da a los niños un arma poderosa, un mecanismo para atraer la atención.

Durante los 3 primeros años de vida, la experiencia ha de mostrado que el daño a la oclusión, se limita principalmente al segmento anterior. Este daño es generalmente temporal, siempre que el niño principie con oclusión normal. La morfología original es muy importante porque existe mucha controversia sobre los daños que puede provocar el hábito de chuparse los dedos y el pulgar, debido a que algunos de los daños producidos por este hábito son similares a las características de maloclusión hereditaria típica de clase II, división 1, es fácil pensar que el maxilar inferior retrognático, segmento premaxilar prognático, sobremordida profunda, labio superior flácido, bóveda palatina alta y arcadas dentarias estrechas son el resultado de chuparse los dedos. Quizá la morfología de los dientes y los tejidos circundantes varíe poco en la maloclusión de la clase II división 1. Exista o no el hábito de chuparse los dedos, si el niño posee oclusión normal y deja el hábito al final del tercer año de vida, no suele hacer más que reducir la sobremordida vertical, aumentar la sobremordida ho

rizontal y crear espacios entre los incisivos superiores. También puede existir leve apiñamiento o malposición de los dientes anteriores inferiores. En la práctica aunque vemos mordidas abiertas severas, mordidas cruzadas, protrusión de dientes anteriores superiores y apiñamiento de los incisivos inferiores, es poco probable que la relación bilateral de los segmentos vestibulares de clase 11 pueda ser atribuida al hábito de chuparse los dedos. Es factible que la proyección compensadora de la lengua, patrones infantiles de deglución y función anormal de la musculatura peribucal sean auxiliares "poderosos" aún en los casos de maloclusión unilateral de clase 11. Asociado con el hábito de chuparse los dedos el comportamiento altamente individualista de los músculos impide establecer una relación directa de causa-efecto entre el patrón muscular y la maloclusión.

4.3.2. Hábitos activos después de la edad de 4 años :

La mayor parte de los pacientes con hábitos prolongados de chuparse los dedos provienen de hogares en que los molestos intentos de que el niño dejara el hábito aseguraran su prolongación más allá del tiempo en que hubiera sido eliminado por el mismo niño. El principal infractor es generalmente el padre. La permanencia de la deformación de la oclusión puede aumentar en los niños que persisten en el há

bito más allá de los 3 años y medio. El aumento de la sobremordidad horizontal que acompaña a tantos hábitos de dedo, dificulta el acto normal de la deglución, el labio inferior amortigua el aspecto lingual de los incisivos superiores desplazándolos aún más en dirección anterior.

La deglución exige la creación de un vacío parcial. Como deglutimos una vez por minuto durante todo el día, las aberraciones musculares de los labios son auxiliadas por la proyección compensadora de la lengua durante el acto de la deglución.

El acto infantil de deglución con su actividad a manera de émbolo persiste o se prolonga demasiado el período transicional, con una mezcla de ciclos de deglución infantil y maduros. Este puede ser el mecanismo deformante más significativo. El hábito puede ser relativamente inocuo en su duración e intensidad (quizá solamente a la hora de dormir) pero el hábito de lengua continua adaptándose a la morfología por lo que la lengua no se retrae. La función anormal del músculo borla de la barba y la actividad del labio inferior aplanan el segmento anterior inferior. La duración de este hábito más allá de la primera infancia no es el único factor determinante, igualmente importante son otros dos factores :

1. La frecuencia del hábito durante el día y la noche afecta el resultado final, el niño que chupa sólo esporádicamente cuando se va a dormir causará menos daño que aquel que continuamente tiene el dedo dentro de la boca.
2. La intensidad del hábito es importante, la función muscular y peribucal y las contorsiones de la cara son fácilmente visibles, si el dedo índice es el favorito, causara mayores daños si la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se encuentra engarzada sobre los mismos dientes, con la punta del dedo colocada sobre el piso de la boca.

La duración, frecuencia e intensidad deberán calificar las conclusiones del psiquiatra, el pediatra y el odontólogo. Si un niño ya posee una maloclusión inherente de clase 11 división 1, los daños causados por el hábito y la función muscular peribucal pueden presentarse más pronto y en mayor grado. Debemos recordar que normalmente existe una relación plana de los planos terminales de los primeros molares permanentes con relación borde a borde de las cúspides hasta la pérdida de los molares deciduos y la eliminación del espacio libre interoclusal esto es en realidad una tendencia transicional a la clase 11, siempre existe la posi-

bilidad de que los hábitos de dedo puedan provocar la creación de una maloclusión clase 11 en la dentición permanente. La actividad prolongada del dedo, lengua y labio solo aumenta esta posibilidad.

4.3.3. Chupado de los dedos y hábitos asociados :

Cuando se observa que el niño tiene el hábito de chuparse los dedos persistentemente, resulta fácil interpretar y asignar arbitrariamente la causa y el efecto, el chupado del dedo es un factor de una síndrome formado por una mezcla de diversas actividades como proyección de la lengua, deglución anormal, mordedura del labio, hiperactividad del músculo borla de la barba, músculos del labio superior hiperactivos y quizá hiperactividad del músculo buccinador.

Con frecuencia resulta un buen procedimiento interceptivo colocar un aparato diseñado para reducir y eliminar la actividad deformante. Es clínicamente provechoso exigir a los pacientes realizar ejercicios de labio y lengua pasando rítmicamente la lengua hacia atrás y hacia adelante.

4.3.4. Chupo ortopédico :

El hábito de succión del chupo lo abandona el niño fácilmente después de los 2 y medio a 3 y medio años, sólo se -

rán necesarias simples sugerencias. En casos de necesidad de succión por parte del niño es preferible que la madre permita el uso del chupo sin límite de tiempo, impedirlo conduciría a la succión del pulgar que el niño tendrá "a la mano" siempre disponible a través de los años.

El chupo ortopédico del Dr. W. Balters ha sido diseñado con un escudo inclinado, de tal manera que presione el maxilar inferior y libere el crecimiento en casos de protrusión con distoclusión, la parte de caucho es aplanada para permitir la función normal de la lengua, el escalón inferior llevará la mandíbula retruída hacia adelante durante la succión.

5. RELACION DE HABITOS BUCALES CON LA PREVENCION DE LA MALOCLUSION

La prevención comienza con la lactancia adecuada y la elección de un chupón artificial fisiológicamente diseñado, así como un chupón para mejorar las funciones normales y obtener la maduración del mecanismo de deglución.

La cinestésica adecuada y la gratificación neuromuscular en este momento bien pueden impedir que se presenten posteriormente hábitos anormales de dedo, labio y lengua con su acción deformante, también es importante verificar que los tejidos blandos circundantes conserven un desarrollo y función normal al igual que observar el desarrollo normal de los dientes y huesos. Un diente flojo, una restauración alta, o un diente perdido inoportunamente puede iniciar un "tic" muscular o un hábito que a su vez puede causar maloclusión. La protrusión constante de la lengua hacia una zona desdentada puede provocar mordida abierta que persiste en la dentición permanente. Una afección bucal molesta frecuentemente estimula al niño para que se coloque los dedos dentro de la boca, lo que a su vez puede conducir al

hábito de chuparse los dedos o morderse las uñas que hace peligrar el desarrollo normal de la oclusión. Es deber de los odontólogos interrogar a los padres y al paciente cuidadosamente respecto a todos los hábitos anormales al comer, hablar o deglutir. La advertencia al paciente acerca de posibles efectos nocivos, con frecuencia basta para abandonar el hábito antes de que se haya hecho permanente. Si el niño tiende a morder el labio inferior como un medio de liberar un exceso de energía o debido a tensión nerviosa, el odontólogo podrá recomendar ejercicios labiales de corta duración al levantarse y antes de acostarse que pueden seguir como un método eficaz para disipar la tensión. Cuando exista flacidez de la musculatura bucal, los ejercicios de soplar pueden estimular la actividad normal. Muchos hábitos de "seseo" están intimamente ligados al hábito de proyección de lengua que también impide la erupción normal de los dientes anteriores.

El hábito de morderse las uñas no crea maloclusión pero en combinación con otros factores predeterminados puede contribuir. Si el odontólogo posee la confianza del paciente así como su respeto, su influencia puede ser considerable al cooperar con los padres para eliminar estos obstáculos negativos hacia la madurez psicológica y social del niño.

La zona T de las tensiones infantiles que con frecuencia conducen a "tics" musculares o hábitos peribucales indeseables tales como chuparse los dedos, morderse los labios, morderse las uñas, chuparse los carrillos, bruxismo o bricomania son liberadas eficazmente con este ejercicio labial en que el labio inferior es chupado y contraído contra el segmento anterior superior colocando al labio inferior encima y presionando contra el labio superior 15 o 30 minutos al día, este ejercicio funciona como un procedimiento ortodóntico preventivo para niños con labios superiores hipotónicos.



6. CONTROL DE HABITOS ANORMALES

Uno de los servicios ortodónticos interceptivos más valiosos que puede presentar el odontólogo es eliminar los hábitos perniciosos de chuparse el dedo, la lengua o el labio antes de que pueda causar daño a la dentición en desarrollo. Aquí la solución es la educación del paciente, los padres saben entonces que esperar pudiendo así evitar problemas ortodónticos futuros mediante el manejo inteligente de las exigencias físicas y emocionales del niño en crecimiento.

6.1. METODOS PSICOLOGICOS UTILIZADOS PARA EDUCAR AL NIÑO

Aunque estos problemas de personalidad entran claramente en el área de trabajo de quienes tratan los aspectos psicológicos de la salud, los padres piden a menudo la intervención del odontólogo en casos en los que se encuentra que un hábito bucal anormal está causando distorsiones del hueso alveolar y posición de los dientes. Algunos ortodoncistas afirman que antes de emprender cualquier intervención habrá que examinar cuidadosamente la duración, frecuencia,

desarrollo osteogénico, herencia genética y estado de salud general del niño.

La eliminación de un hábito como succionar el pulgar podrá hacerlo conscientemente el mismo niño, guiado por el odontólogo y sus padres únicamente si el niño está psicológicamente preparado y quiere romper el hábito. El procedimiento completo implica que los padres están de acuerdo en cooperar y seguir las sugerencias del odontólogo, establecer una meta a corto plazo para romper el hábito, no criticar al niño si el hábito continua, ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

7. CONCLUSIONES

El odontólogo debe tener conocimientos básicos sobre los hábitos y sus consecuencias físicas y psicológicas del niño en crecimiento.

La educación de los padres y el niño es el principal apoyo del odontólogo en la prevención y tratamiento con éxito de los hábitos.

Todos los hábitos tienen una causa común, proveniente de necesidades emocionales ocasionadas por problemas de tensión, ansiedad, angustia, expresada en la cavidad oral , zona de recepción y descarga de estímulos en los primeros meses de vida.

Un tratamiento de control de hábitos realizado por el odontólogo debe llevarse a cabo en integración con profesionales del área psicológica.

ANEXO 1. FILMINAS.

1. Mecanismo de deglución infantil : La acción a manera de émbolo está relacionado con la lactancia. Los carrillos pasan entre las encías posteriores durante la lactancia, sin interferencia por las porciones periféricas de la lengua. La posición posterior del maxilar inferior está relacionada con la proyección de la lengua. El cóndilo se desliza rítmicamente hacia adelante y hacia atrás al succionar. Nótese el contorno cóncavo de la línea media sobre el dorso de la lengua.
2. Mecanismo de deglución somático : El dorso de la lengua es menos cóncavo y se acerca al paladar durante la deglución. La punta de la lengua se coloca detrás de los incisivos; las porciones perisféricas se interponen entre los segmentos posteriores opuestos. Ha desaparecido la proyección anterior del maxilar inferior.
3. Etapas de la lengua durante la deglución normal. Nótese la actividad peristáltica.
4. Deglución anormal asociada con maloclusión de clase II división 1. Obsérvese la proyección anterior de la punta de la lengua y la retracción del labio inferior.

5. a) Lactancia no fisiológica con biberón artificial corriente de caucho. La boca se abre indebidamente y se dificulta tener un cierre labial. Es posible, por lo tanto, ingerir aire junto con la leche. Las presiones musculares anormales se ejercen como reacción de compensación al movimiento de abertura excesivo requerido.
- b) La acción del biberón Nuk Sauger imita la actividad natural. Toda la zona peribucal puede ponerse en contacto con la base tibia del biberón que es flexible y se adapta a los contornos de los labios.
6. Comparación entre biberones corrientes y Nuk Sauger (A y B). Obsérvese la mayor longitud del biberón normal y la rondana de bakelita plana, comparado con el biberón Nuk Sauger más corto y una base de caucho de adaptación más amplia que fácilmente puede moldearse a los contornos labiales. Vista lateral del biberón de Nuk Sauger y el biberón ordinario (C).
7. A, Biberón funcional de Edwall y pacificador fisiológico. Nótese el contorno plano y delgado.
- B, Ejercitador (pacificador) primario diseñado para

estimular el movimiento normal de la lactancia y dar la sensación de ueforia.

C, Ejercitador secundario mayor, para niños mayores de 1 año. El contacto palatino es tal que puede estimular el crecimiento de toda la arcada dentaria.

8. Maloclusiones asociadas con el hábito de chuparse el pulgar y los demás dedos, y el hábito de empujar con la lengua.
9. Cefalograma lateral de niña de 4 años de edad con hábito de chuparse el pulgar. Se ha creado mordida abierta anterior y protrusión del segmento premaxilar.
10. La protrusión de los incisivos superiores, junto con la tendencia a la mordida abierta en el segmento anterior, en poco tiempo hace que el labio superior se acorte y se haga hipotónico y poco funcional. El labio inferior entra en contacto con la superficie palatina de los incisivos superiores aún en la posición postural de descanso (Fotografía intermedia). Al deglutir el labio puede ser desplazado completamente hacia el aspecto palatino de los incisivos superiores por la actividad del músculo borla de la barba.

11. Músculo borla de la barba hiperactivo,
12. Diversas posiciones para chuparse el pulgar y los demás dedos. Obsérvese la palanca que se hace al chupar los dedos índice y medio cuando las superficies palmares están orientadas hacia arriba.
13. Infección viral provocada por el hábito de chuparse el dedo continuamente (arriba); callo formado (abajo) como resultado del hábito de chuparse el pulgar.
14. A, Función muscular peribucal anormal que tiende a acentuar la maloclusión en desarrollo.
15. Hábito de labio anormal que reemplaza el hábito confirmado de chuparse los dedos.
16. Deglución normal y anormal. En el corte normal (A) los incisivos entran en contacto momentáneamente cuando la punta de la lengua toca la papila interdientaria palatina de la arcada superior. El dorso de la lengua se aproxima al paladar durante el acto de la deglución, los labios se encuentran unidos íntimamente. En el acto de la deglución anormal (B) los dientes se encuentran a menudo separados, la lengua se desplaza hacia adelante hasta el espacio de la sobremordida ho-