



**BENEMERITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA.**

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA.

**REVISIÓN BIBLIOHEMEROGRÁFICA SOBRE EL
TRATAMIENTO Y CONTROL EN HÁBITOS ORALES EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

**Tesis Presentada para obtener el título en
Licenciatura en Estomatología.**

Nombre del Alumno: Quijano de la Fuente Patricia.

Asesor de tesis: Peral García Alejandra.

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
1.1- HÁBITOS BUCALES.....	5
1.1.1- DEFINICIÓN	5
CAPÍTULO II	10
2.1.-CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS	10
2.1.1.- TIPOS DE HÁBITOS.....	10
2.1.2.- SUCCIÓN DIGITAL	12
2.1.3.- RESPIRACIÓN BUCAL	16
2.1.4.- DEGLUCIÓN ATÍPICA.....	19
2.1.4.1.- CAUSAS	21
CAPÍTULO III	25
3.1.- MALOCLUSIONES DENTARIAS.....	25
3.1.1.- DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN	26
3.1.2.- CLASIFICACIÓN DE ANGLE	27
3.1.3.- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR.....	31
3.1.4.- MORDIDA CRUZADA.....	31
3.1.4.1.- Mordida cruzada unilateral con desplazamiento lateral.	32
3.1.4.2.- Mordida cruzada unilateral sin desplazamiento lateral.	32
3.1.4.3.- Mordida cruzada bilateral.....	32
CAPÍTULO IV	33
4.1.- TRATAMIENTO	33
4.1.1.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO	33
CAPÍTULO V	38
5.1.- TERAPIA MIOFUNCIONAL	38
5.1.1.- RESPIRADOR BUCAL	38
5.2.1.- DEGLUCIÓN ATÍPICA.....	39
5.2.1.1.- EJERCICIOS LABIALES	41

5.2.3.1.- EJERCICIOS DE SOPLO	42
5.2.4.2.- EJERCICIOS LINGUALES.	42
5.2.5.3.- EJERCICIOS PARA FORTALECER LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS	43
5.2.6.4.- EJERCICIOS PARA LA CORRECCIÓN DE DISLALIAS.....	44
5.3.1.- SUCCIÓN DIGITAL.....	44
CAPÍTULO VI	46
6.1.-TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA.....	46
6.1.1.- SUCCIÓN DIGITAL.....	46
6.1.1.1.- PLACA HAWLEY.....	46
6.1.1.2.- APARATO BLUEGRASS.....	47
6.1.1.3.- REJILLA PALATINA.....	47
6.1.1.4.- QUAD-HELIX CON REJILLA.....	48
6.2.1.- PROTRUSIÓN LINGUAL	48
6.2.1.1.- REJILLA LINGUAL INFERIOR	48
6.2.1.2.- PLACA DE HAWLEY SUPERIOR CON REJILLA ANTERIOR.....	49
6.2.1.3.- HAWLEY MODIFICADO.....	50
6.3.1.- SUCCIÓN LABIAL.....	50
6.3.1.1.- LIP BUMPER O SEPARADOR LABIAL.....	50
6.3.1.- RESPIRADOR BUCAL	51
6.3.1.1.- PLACA VESTIBULAR DE HOTZ	51
6.4.1.- DEGLUCIÓN ATÍPICA.....	52
6.4.1.1.- PERLA DE TUCAT.....	52
6.4.1.2.- PLACA HAWLEY CON PERLA.	52
6.5.1.- TRAINER PREORTODÓNCICO MIOFUNCIONAL (MFT)	53
CAPÍTULO VII	54
7.1.- ESTRATEGIAS O METAS	54
BIBLIOGRAFÍA.....	58
Bibliografía	58

INTRODUCCIÓN

El desarrollo y crecimiento de los maxilares así como el de estructuras óseas, pueden verse alterados por diversos factores durante su formación, la adopción o presencia de hábitos que intervienen negativamente en el desarrollo afectando de igual manera la oclusión del niño.

Hay que tomar relevancia en la localización de un hábito a temprana edad para llevar a cabo el tratamiento y buscar una solución antes de que el mal comportamiento de los hábitos orales no cree un problema en el desarrollo dental, así como un problema en el desarrollo maxilar.

Para poder identificar cuando un niño presenta un hábito oral, es necesario tener en cuenta los parámetros de lo que es normal y de lo que no es normal, empezando por identificar que es una correcta oclusión y su función en el paciente, así como el desarrollo que tiene en el ámbito familiar a nivel psicológico, ya que este también es un factor importante en los hábitos.

Una buena oclusión se refiere a la manera en que los dientes del maxilar y la mandíbula concuerdan durante la masticación, deglución y movimientos de la mandíbula. Al presentarse los hábitos orales estos ocasionan la deformación esquelética y estética acarreado una problemática en la oclusión dental. Este problema se puede prevenir detectando a temprana edad que tipo de hábito tiene y con qué frecuencia se presenta. Para tener un mejor diagnóstico e identificar una incorrecta oclusión y poder corregirla se toma en cuenta la clasificación de Angle que presenta la clase uno, clase dos con sus divisiones y la clase tres, para darnos un parámetro más amplio de las consecuencias creadas por los hábitos y así detectarlas a tiempo.

Considerando que una correcta oclusión es aquella que morfológicamente y funcionalmente mantiene una armonía con los órganos dentarios, tejidos de soporte, articulación temporomandibular (ATM), el sistema neuromuscular y el sistema esquelético craneofacial haciendo que haya una correcta masticación, deglución, fonación y estética en los pacientes, una mala oclusión ocasionaría interferencias con los mismos, provocando problemas funcionales en el sistema estomatognático.

Los hábitos bucales son considerados como algunos de los obstáculos o interferencias en el desarrollo dental.

La deformación causada por un hábito depende de distintos factores como la *duración*, *frecuencia*, *intensidad* y edad del paciente ya que un niño de menor edad y por acciones

fisiológicas primarias, tiende a repetir ciertos actos orales ocasionando con ello que se vuelvan repetitivos convirtiéndolos en hábitos, afectando al crecimiento óseo; mientras más frecuentemente sea el acto del hábito mayor intensidad llega a producir.

El presentar problemas de estrés de carácter, emocional, y familiar en el niño propician la aparición de hábitos tomándolos como como un medio para desestresarse.

Desde que nacemos, por el proceso de amamantamiento, la boca es un importante recurso sensitivo para descubrir e investigar lo que nos rodea, apoyándonos con los demás sentidos, muchas veces relacionamos el amamantamiento con el hábito de succión y lo vemos de una manera normal, sin tomar en cuenta la edad o frecuencia con la que lo hace el niño, es importante saber en qué edad se debe de corregir este hábito para evitar problemas mayores en un futuro.

No solo el amamantar es un indicador de normalidad para los padres de familia, también se utilizan lo que son los pacificadores, como el chupón o mordederas, estos se los suelen dar al niño para control de conducta provocando que se vuelvan dependientes del mismo volviéndolo hábito y por ende ocasionando problemas en la oclusión y formación del pequeño.

Algunos niños para evitar el estrés suelen chuparse uno o varios dedos así como mantas o peluches, al ver al pequeño en una edad temprana no suelen corregir este comportamiento haciendo que evolucione y provoque daños mayores en el infante.

No todos los hábitos son iguales, tienden a tener similitudes o a presentarse más de uno en cada paciente, por ello es importante saber cuáles son y como están clasificados para poder detectarlos a tiempo antes de que hagan efectos negativos en el desarrollo mandibular del niño.

CAPÍTULO I

1.1- HÁBITOS BUCALES

1.1.1- DEFINICIÓN

El crecimiento, desarrollo y función craneofacial están ligados con el sistema esquelético, muscular y dental; cuando no se presentan problemas en estos sistemas tenemos una armonía en la oclusión del paciente.

Los hábitos bucales son conductas repetitivas que pueden conducir a trastornos en el desarrollo de los dientes y maxilares. (Castillo Cevallos , Hábitos Bucles, 2010)

El hábito es el resultado de la repetición de un acto con determinado fin. Para poder establecer el tipo de hábito en necesario tener en cuenta que es la normalidad en el individuo.

Durante el desarrollo normal de la oclusión, los dientes aparecen en un ambiente dinámico donde actúan los músculos de la masticación la lengua y de la cara en general, determinando un conjunto de actividades funcionales. En este ambiente es imprescindible que siempre haya armonía entre la actividad funcional y el crecimiento de las estructuras óseas. (Thomazinho da Cunha, Hábitos Bucles, 2009)

Una correcta oclusión es aquella donde los dientes del maxilar superior se relacionan con los dientes del maxilar inferior provocando que tengan una correcta masticación, deglución, fonación y aspecto facial, cuando se hayan en presencia de maloclusiones la armonía de estas estructuras afecta negativamente al paciente provocando problemas psicológicos y funcionales en el niño. Existen varios aspectos con los cuales se puede mal formar estos sistemas siendo los hábitos uno de ellos.

El término “maloclusión” comprende una cantidad de desviaciones morfológicas diferentes que pueden presentarse como caracteres únicos o formar parte de diversas combinaciones. Una clasificación simple pero muy útil, a usar en conexión con el diagnóstico y planificación del tratamiento, consiste en dividir las maloclusiones en dos grupos principales: maloclusiones dentoalveolares y maloclusiones esqueléticas (basales). Las maloclusiones dentoalveolares se relacionan principalmente con desviaciones de los arcos dentarios y las apófisis alveolares. Las maloclusiones esqueléticas son causadas sobre todo por desviaciones en la relación entre maxilares. (Goran , 1994, pág. 209)

La falta de información respecto a hechos o acciones que tienen los niños, lleva a defectos mayores, porque la frecuencia del hecho aumenta, formándose un hábito, y al no evitarlo ocasiona problemas en la oclusión (maloclusiones) causando un desequilibrio entre las acciones musculares, esqueléticas y estéticas.

Es importante tener un conocimiento previo sobre lo que es normal y lo que no y a que edades es importante empezar a corregir ese impulso antes de que vuelva hábito, sobre todo el acto de succión, que lo suelen ver como un comportamiento normal en edades tempranas.

Los hábitos orales son prácticas adquiridas por la repetición frecuente de un mismo acto que en un principio se realiza de manera consciente y luego de manera inconsciente. Los hábitos se pueden presentar en cualquier edad, forman parte del proceso de adaptación del ser humano a su medio ambiente y se relacionan con la alimentación, comunicación y el placer. (Nava Garcia, 2012)

Tenemos la predisposición a tener un hábito por las acciones fisiológicas que realizamos desde que somos bebés, el ambiente que nos rodea, la educación en casa, escuela y amigos, los cuales son un factor importante que nos motivan a intensificar dicha acción y volverlo un hábito.

La deformación causada por un hábito va a depender de distintos factores como la *edad, duración, frecuencia e intensidad* que el paciente presente ante tal acto, ya que un niño a menor edad, por comportamiento innato, tiende a repetir ciertos actos orales ocasionando que se vuelva repetitivo y afecte el crecimiento óseo por tratar de adaptarse a la rutina frecuente del mismo acto; mientras más frecuente sea el acto mayor intensidad llega a producir, la intensidad también varía si el niño lo toma como un medio para desestresarse por un problema familiar, social o para satisfacer un placer.

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

- 1) Instintos
- 2) Fuente insuficiente o incorrecta de energía
- 3) Dolor o disconformidad
- 4) Tamaño anormal de tejidos
- 5) Imitación de los hábitos o imposición por los padres u otras personas.

No todos los hábitos son iguales, tienden a tener similitudes o a presentar más de uno en cada paciente, por ello es importante saber cuáles son y como están clasificados para poder detectarlos a tiempo antes de que agraven el caso del niño.

Los hábitos orales se identifican por lo que son:

- ❖ Fisiológicos: Son aquellos con los que nace el paciente (succión, deglución y respiración)
- ❖ No fisiológicos: Ejercen fuerza innecesaria sobre los órganos dentarios al introducir algún dedo, deglución atípica y la respiración bucal.

Estos hábitos no fisiológicos pueden generar:

1. Mordida abierta anterior y de laterales
2. Protrusiones dentarias
3. Protrusiones dento alveolares
4. Linguoversiones dentarias, etc. (Lugo & Toyo , 2011)

Los hábitos no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoalveolares, las cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y periorales, lo que conlleva al final a una deformación ósea que va a tener mayor o menor repercusión según la edad en que se inicia el hábito, a menor edad mayor es el daño, porque el hueso tiene más capacidad de moldearse. Si actuamos de manera temprana tendremos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el hábito deformante antes de los 3 años edad los problemas pueden corregirse espontáneamente.

Gellin relata que a partir del quinto mes de vida, cuando la mayoría de los bebés comienza con la etapa de coordinación entre la boca, las manos y los ojos, la boca se vuelve un medio para descubrir e investigar todo lo que aparece. Esto se debe al hecho de que la boca, en los bebés, se caracteriza por su alta sensibilidad táctil, incluso mayor que la palpación digital. (Thomazinho da Cunha, Hábitos Bucales, 2009)

La teoría de Jean William Fritz Piaget (1896 – 1980) descubre los estadios de desarrollo cognitivo desde la infancia a la adolescencia: cómo las estructuras psicológicas se desarrollan a partir de los reflejos innatos, se organizan durante la infancia en esquemas de conducta, se internalizan durante el segundo año de vida como modelos de

pensamiento, y se desarrollan durante la infancia y la adolescencia en complejas estructuras intelectuales que caracterizan la vida adulta. Las etapas son:

- ❖ Sensoriomotriz (0–2 años): el niño construye su mundo a través de los sentidos, lo que oye, ve, toca, degusta y siente.
- ❖ Preoperacional (2-7 años): El niño comienza a representar la realidad mediante símbolos. El niño solo ve la realidad desde su punto de vista “el niño siente celos cuando su madre abraza a otra persona.
- ❖ Etapa de operaciones concretas (7-11 años): Cuando se habla aquí de operaciones se hace referencia a las operaciones lógicas usadas para la resolución de problemas. El niño en esta etapa ya no solo usa el símbolo, es capaz de usar los símbolos de un modo lógico, a través de la capacidad de conservar y llegar a generalizaciones.
- ❖ Etapa de Operaciones Formales (11 en adelante): Esta etapa consiste en la habilidad de transponer las agrupaciones concretas hasta un nuevo plano del pensamiento, y se da a partir de los 11 o 12 años en adelante. El adolescente es capaz de razonar con base en enunciados e hipótesis no solo con los objetos que están a su alcance, sino aplicando la lógica de las proposiciones.

De acuerdo con la teoría de Piaget, la etapa sensoriomotriz es de vital importancia porque es con la que el niño determina como va a identificarse con el medio ambiente hasta que pase a la siguiente etapa de desarrollo. Diversos estudios dicen que la eliminación del hábito en una corta edad, o antes de los dos años va a provocar un problema en el desarrollo ambiental del niño, por ello es importante no tratar de eliminar el hábito antes de los dos años, si detectarlo para no dejar que pase después de la edad referida y que ocasione maloclusiones o un incorrecto crecimiento craneofacial, dependiendo del hábito del niño.

Otro de los casos más comunes para dar pie a que evolucione el hábito de succión es el uso de pacificadores, como los chupones o mordederas infantiles, los cuales se utilizan para tranquilizar al niño en momentos de mal comportamiento ocasionado el que el niño asocie esta acción como algo normal y cada vez que sienta enojo o tristeza lo pida para poder calmarse, haciendo que después el niño lo pida por simple gusto en lugar de calmar un sentimiento negativo.

Al nacimiento la respiración es el primer estímulo funcional, siendo el amamantamiento el segundo. Durante este último, el complejo movimiento muscular que el niño debe efectuar con la mandíbula y lengua predominan sobre los otros huesos y músculos craneo-

faciales, contribuyendo éstos estímulos primarios al buen desarrollo de los maxilares.
(Benitez Calvo , 2009, pág. 1 de 20)

La respiración, método de alimentación y el complejo muscular de labios y lengua están asociados en todas las personas, por ende las malformaciones ocasionadas por hábitos van de la mano ocasionando problemas en los sistemas esquelético y muscular junto con maloclusiones.

Es importante tomarle importancia al hábito con el que se relaciona el niño para que no ocasione problemas futuros agravando su situación social y funcional.

CAPÍTULO II

2.1.-CLASIFICACIÓN DE HÁBITOS

2.1.1.- TIPOS DE HÁBITOS

Los hábitos orales son acciones que con el paso del tiempo se van haciendo costumbre dándole lugar a la deformación craneofacial así como a la deformación dental. Los hábitos de succión son los más frecuentes como: succión del pulgar o varios dedos, chupetes (pacificadores), succión de labio, succión de objetos como mantas o juguetes.

Existen otros tipos de hábitos que van de la mano con lo que es la succión, la deglución y respiración se ven involucradas ya que este acto también se lleva a cabo por el medio bucal, muchos niños suelen protruir la lengua al momento de meterse algo a la boca o al momento de querer deglutir y no poder hacerlo correctamente.

No solo existen estos tipos de hábitos, también están presentes los hábitos como onicofagia (morderse las uñas), bruxismo y automutilación. Este tipo de actos que producen un daño físico en los niños son muy raros, usualmente se suelen encontrar en pacientes que tienen problemas mentales, retraso o problemas neuronales. Los problemas neuronales pueden ser por algún desequilibrio emocional o algún accidente que haya tenido el infante. El comportamiento psicológico de los niños es muy importante para detectar y eliminar los hábitos, por ellos es importante tener una correcta situación familiar como social en los niños para que no tengan problemas emocionales y quieran erradicarlo por medio de impulsos que lleguen a lastimarlos y les ocasionen problemas físicos.

Maury Massler (1983) refiere que, a diferentes edades, el hombre expresa sus sentimientos y sus tensiones a través de diversos movimientos musculares y acciones.

Estos sentimientos y reacciones pueden ser conscientes y ocurrir ocasionalmente en respuesta de una situación específica. Sin embargo, cuando la acción es repetida una y otra vez, se convierte en un hábito y esto refleja un sentimiento inconsciente.

Existen diversas definiciones con las cuales podemos definir un hábito por ejemplo:

- ❖ Etiológicamente: modo especial de conducirse, adquirido por la repetición de actos iguales, semejantes u originados por tendencias instintivas.
- ❖ Odontológicamente: práctica producida por la constante repetición de un acto convirtiéndose el hábito en un modelo mental inconsciente.

- ❖ Thomson: establece que el hábito es una práctica fija producida por la constante repetición de un acto. A cada repetición el acto se forma menos consciente y si es repetido muy a menudo será relegado a una acción del todo inconsciente.

Dependiendo del autor y época las definiciones como divisiones de los distintos hábitos varían, pero tienen la idea principal del porqué y cómo se lleva a cabo el acto.

Para Landa (1973), los hábitos tienen un origen totalmente emocional, ya que la infelicidad, la inseguridad y la frustración del niño pueden manifestarse como un fenómeno psicológico, apelando a un hábito. Esta experiencia es un escape emocional que actúa como un real sustituto de calor humano, dándole cierta seguridad al niño.

Para Moyers (1960) todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprende.

Las funciones fisiológicas principales de la cavidad oral son: respiración, deglución, masticación y habla de las cuales la respiración sigue en duda ya que tiene su propio sistema, aunque para llevar a cabo una correcta respiración y deglución intervienen la mandíbula y la lengua por lo que al tener presencia de un hábito este acto puede verse alterado ocasionando una falla en los sistemas produciendo malformaciones.

Al momento en que nosotros nacemos acciones como el amamantar y respirar para poder vivir, se ven comprometidas una vez que el crecimiento se efectúa. El acto de amamantar/deglutir/respirar son nuestra entrada para un correcto manejo de succión, deglución y respiración; desde etapas tempranas se tiene que poner un límite o tener en cuenta cuando es adecuado que el acto que lleva a cabo un niño pequeño es suficiente para empezar a frenarlo y eliminarlo por completo.

A la edad de 4 a 6 años, cuando es el cambio de dentición, es importante que el acto de succión, deglución y respiración atípica sean erradicados para que no haya un problema dental y esquelético en el niño dado a que mientras más grande sea el niño más difícil será eliminar este hábito.

Uno de los hábitos más comunes es la succión digital en los pacientes pediátricos; hábitos como la deglución atípica y respiración bucal también se ven con mucha frecuencia en los niños ya que se asocian entre sí por la función que ejercen.

La eliminación de un hábito es importante dado a que no solo intervienen con desarrollo de la estructura craneofacial o dental, sino que también deforman la postura, sistema muscular y la vida social que llevara el infante con el paso del tiempo, cambiando su conducta y el tipo de relación que llevara con los demás personas una vez que se dé cuenta de los problemas que tiene.

Desde años atrás, diferentes autores han dividido o clasificado diferentes hábitos por actos sensitivos, expresivos, musculares o por acción; dependiendo del autor, el hábito entrara en una clasificación diferente.

Josell (1995) divide los hábitos en tres grupos: hábitos neuróticos (morderse el labio o el carillo, deglución atípica, empuje lingual, mordedura de uñas, mordedura de lapicero, bruxismo), hábitos profesionales (sostener objetos con la boca, presión con instrumentos musicales), hábitos ocasionales (fumar pipa o cigarrillo, masticar tabaco, respiración bucal, succión del labio o el dedo). (Castillo Cevallos , Hábitos Bucales, 2010)

Algunos niños suelen tener más de un hábito o al tratar de eliminar el primer hábito el niño suele sustituirlo por otro, llamándole a esto hábito paralelo. Es importante que el niño no sustituya el hábito por otro o que si tiene más de uno erradicar con los dos al mismo tiempo.

Se puede considerar un hábito normal en los primeros años de vida, pero si continúa hasta el inicio del cambio de la dentición puede generar cambios físicos y funcionales múltiples en el complejo dentomaxilar, como la mordida abierta, también puede producirse la deformación de los dedos que intervienen. (Castillo Cevallos , Hábitos Bucales, 2010)

Por lo tanto, presentaremos la siguiente clasificación de acuerdo al orden de importancia y frecuencia.

2.1.2.- SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital es el hábito más común y estudiado por pediatras, psicólogos, odontopediatras y ortodoncistas. El hábito de succión se considera como un comportamiento común y típicamente inocuo en la infancia y la niñez (Petersob y col., 1991). La succión digital ha sido observada en el útero de la madre y se considera como una etapa normal del desarrollo fetal y neonatal. (Castillo Cevallos , Hábitos Bucales, 2010)

Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir uno o más dedos (generalmente el pulgar) en la cavidad oral, *La American Dental Association* (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América) Considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Sin embargo, este hábito

finalmente debe ser interrumpido, porque si continúa después que han brotado los dientes permanentes, puede dar lugar a alteraciones de la oclusión provocando esencialmente, una mordida abierta anterior y distalización de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo. (Medina A., y otros, 2010)

Succionar un dedo, dedos, mano, chupones, cobijas, juguetes u otros objetos no comestibles los llamamos *succión no nutritiva*. Succionar brinda al niño confort cuando él o ella esta estresado, nervioso, inquieto o con algún malestar. (Andrea Ocampo Parra, 2012)

El hábito de succión digital es considerado como normal ya que también lo asocian con la lactancia del niño. Este hábito depende del número de dedos implicados, posición de los dedos al meterlos, duración y frecuencia de los mismos, para saber cómo eliminarlos y no hacer que el niño cambie este hábito por otro hay que saber a qué edad es prudente eliminarlo y las técnicas con las cuales erradicarlo.

La teoría de Freud sobre las etapas de personalidad, en específico la teoría psicoanalítica, que ve la continuación del hábito más allá de los tres años, explica que si un hábito se elimina abruptamente antes de los dos años ocasionaría problemas neurológicos en el niño y problemas en su personalidad. Dado a este problema se han realizado diversos estudios que demuestran que no hay relación entre los problemas neurológicos con el hábito de succión digital, aunque este se use para eliminar el estrés o satisfacer la necesidad del niño, pero si pueden llegar a sustituir un hábito por otro por la edad que el niño vaya presentando, por ello es importante saber manejar el tratamiento correctivo de esto hábito en el niño para que no lo reemplace.

Existen dos tipos diferentes de succionadores de dedo: el "pasivo" que tiende a llevar el dedo a la boca y sólo tenerlo allí y el "activo" que ejerce presión contra los dientes, cuando ejercen presión con el dedo ocasionando malformaciones dentales, y no solo afecta a nivel dentario o esquelético también pueden generar cambios en la tonicidad muscular de los labios, retardar su maduración, dificultar la deglución normal y la respiración. Otros problemas que pueden surgir son la formación de callos en el pulgar, deformación del dedo y trastornos en el lenguaje.

El succionador de dedo puede clasificarse también en:

- ❖ Normal y anormal.
- ❖ Psicológico y habitual.
- ❖ Nutritivo y no nutritivo.
 - Nutritivo (amamantamiento, leche en biberón): brinda nutrientes esenciales.

- No nutritivo: asegura una sensación de sentirse bien, con calor humano y con sentido de seguridad. Es el hábito más temprano adquirido por el niño en respuesta a una frustración y lo realiza para satisfacer la urgencia y la necesidad de contacto. Los niños que no tienen acceso a un chupete darán por satisfecha su necesidad con hábitos alternativos como la succión digital o la succión de otros objetos (frazadas o juguetes). (Castillo Cevallos , Hábitos Bucales, 2010)

La presencia y el grado de severidad de los afectos nocivos de los hábitos de succión no nutritiva dependerán de algunos parámetros, tales como:

- ❖ Duración: periodo de actividad.
- ❖ Frecuencia: número de veces por día.
- ❖ Intensidad: definida por la duración de cada succión, así como del grado de actividad de los músculos envueltos.
- ❖ Posición del dedo en la boca.
- ❖ Edad de término del hábito.
- ❖ Patrón de crecimiento del niño.
- ❖ Grado de tonicidad de la musculatura bucofacial. (Thomazinho da Cunha , Hábitos Bucales, 2009)

El hábito de succión digital usualmente afecta a los incisivos superiores ocasionando que estén abiertos y espaciados, en los incisivos inferiores desviados lingualmente así como mordida abierta anterior, hundimiento palatino y un arco superior estrecho. La maloclusión característica de este hábito se debe a la combinación entre la presión directa sobre los dientes con el pulgar o dedos y la presión que ejerce este mismo acto sobre las mejillas, esta presión actúa directamente sobre el diente ocasionando el desplazamiento de los incisivos, esto puede variar debido a la presión que ejerza el niño sobre los dientes y el lugar o zona donde ponga los dedos. La relación entre la mordida abierta anterior se debe a una combinación de la interferencia en la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y resulta la erupción de los dientes posteriores mayor que circunstancias normales.

Los efectos de la succión digital en las estructuras bucales dependerán de la dirección y la naturaleza de la fuerza y además tendrán una función importante: el desarrollo osteogénico y las condiciones genéticas. (Castillo Cevallos , Hábitos Bucles, 2010)

Frecuentemente la superficie ventral del pulgar toca el paladar y se apoya sobre los incisivos inferiores, actuando como una palanca. La presión ejercida por el dedo sobre los dientes, los labios y el paladar tienen el potencial para alterar la dirección e interferir en el crecimiento craneal. Además de los problemas relacionados con la cavidad bucal, este hábito puede ocasionar problemas en la piel hasta deformaciones en los dedos, que si se mantienen por mucho tiempo sólo se puede corregir con tratamiento quirúrgico. También ocasionan infecciones por hongos, aumento en el riesgo de envenenamiento por el acto de introducir los dedos a la boca sin saber a qué han estado expuestas las cosas, hábitos paralelos (que tienen más de un hábito) y problemas de lenguaje.

Los problemas bucales más frecuentes a consecuencia de los hábitos de succión no nutritiva son:

- ❖ Mordida abierta anterior, normalmente con contorno circular.
- ❖ Inclinación vestibular y diastema entre los incisivos centrales superiores y retroinclinación de los incisivos inferiores.
- ❖ Mayor incidencia de traumas en los incisivos superiores por causa de hipotonicidad del labio superior y por la falta de protección debido a su inclinación.
- ❖ Mordida cruzada posterior.
- ❖ Aumento en la sobremordida.
- ❖ Reducción en la anchura de la arcada dentaria superior por la alta actividad muscular en la región de molares durante la succión
- ❖ Interposición lingual y alteración en el patrón de deglución
- ❖ Alteración en la articulación de las palabras. (Thomazinho da Cunha , Hábitos Bucles, 2009)

Una de las formas para manejar este problema es motivando al niño e informándole sobre la importancia de dejar este hábito y las consecuencias que tendría si no lo deja, es decir, buscar su cooperación para eliminar esta conducta. Es necesaria la comunicación frecuente con este tipo de pacientes para que no repitan este problema y lo vayan disminuyendo con el tiempo.

2.1.3.- RESPIRACIÓN BUCAL

Uno de los hábitos que causan controversia es el de respirador bucal, este puede ser por obstrucción de vías aéreas, alergias o por un hábito que el niño adopta. El niño que es respirador bucal es asociado con alteraciones dentales y faciales, algunas graves e invalidantes, ya sea porque fueron evolucionando al pasar los años o porque genéticamente iban a acabar así. La relación que existe en la proyección de la lengua y el respirador bucal es amplia y suelen asociarlos entre ellos, por ello es importante corregir la postura de la lengua y respiración del paciente antes de que afecte sus estructuras faciales y dentarias, siempre y cuando el problema no sea genético.

El acto de respiración bucal consiste en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo en la boca y la faringe. Se pierden las funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de la irritación de la mucosa faríngea, siendo pobre la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre. (Barrios Felipe, Puente Benítez , Castillo Coto, Rodríguez Carpio , & Duque Hernández , 2001)

En un respirador bucal no solo se afecta el desarrollo dental y maxilar, también afecta la postura así como el sentido del olfato, alteraciones mientras duerme como agitación y ronquidos y hasta puede perder el gusto por los alimentos por tener dificultad al coordinar la respiración con la masticación; por ello es importante determinar cómo y cuándo el niño entra en el hábito para quitar el problema obstructivo. También, produce afectaciones en el timbre de la voz, en la memoria, en la capacidad de fijar atención y ocasiona cansancio crónico. (Suarez , Salas , Villalobos , Villalobos , & Quirós , 2012)

Cuando el aire se inspira a través de la boca, no se limpia ni se calienta ni humedece, y la secreción de moco es detenida gradualmente. Los irritantes se acumulan dando como resultado molestias de inflamación local y dolor. El niño suele ser inquieto y se ve afectada por el frío, tos, fiebre glandular, etc. Pierde resistencia general del cuerpo a otras enfermedades. (Morán & Zamora , 2013)

La vía respiratoria funcional también crea una cantidad adecuada de la resistencia nasal de modo que los músculos intercostales y el diafragma deben realizar un trabajo para crear la presión negativa para promover el flujo de aire en los pulmones. Con la respiración oral, la resistencia es carente y produce complicaciones pulmonares visibles. Esto da la apariencia de pecho de paloma. (Morán & Zamora , 2013)

El labio inferior también se ve afectado en los respiradores bucales, afectando de la misma manera músculos como el buccinador y el orbicular de los labios; cuando se ven afectados los músculos fáciles la postura del maxilar cambia, por ejemplo, es normal encontrar en

los respiradores bucales maxilares muy pronunciados en forma de V en la bóveda palatina, haciendo que cambie la postura de lengua y por ende la protruya y se genere una mordida abierta anterior, que la mandíbula tenga una posición más vertical y hacia atrás causando un alargamiento en la cara del niño.

Los tipos de alteraciones que se pueden producir a nivel dental y cambien la oclusión del niño son mordida abierta profunda y cruzada, así como paladar profundo y estrecho, gingivitis crónica, apiñamiento dentario y predisposición a caries afectando los tejidos periodontales hasta llegar a afectar la erupción dental.

Las causas que pueden ocasionar que un niño sea respirador bucal son:

❖ Primarias:

- Fisiológicas
- No fisiológicas
 - Alérgica: estacional o perene
 - No alérgica:
 - Infecciosa: aguda o crónica, viral, fúngica o parasitaria.
 - No infecciosa.
 - Mecánica: deformidad septal, hipertrofia de los cornetes, cuerpos extraños, atresia coanal.
 - Hiperreactiva (rinitis vasomotora): desequilibrio autonómico, hormonal, inducida por drogas, irritantes químicos, emocional.
 - Inflamatoria: pólipos, sarcoide, granulomatosis de Wegener.
 - Tumores: benignos y malignos (primarios y secundarios)
 - Disturbios del flujo de aire: sobreexpansión, rinitis atrófica, perforación septal.

❖ Secundarias

- Espacio posnasal: adenoides
- Orofaringe
 - Amígdalas
 - Paladar blando
 - Base de la lengua
- Tracto respiratorio bajo

- Asma
- Enfermedad obstructiva crónica de la vía aérea.

La gran dificultad en el diagnóstico de respiración bucal se debe a que no existen herramientas precisas para determinar los porcentajes exactos de respiración bucal y nasal. Las personas varían mucho en su manera de respirar; en algunos momentos respiran por la nariz y en otros por la boca; por lo tanto es muy difícil poder determinar certeramente el grado de respiración bucal. (Castillo Cevallos , Hábitos Bucales, 2010)

Es importante hacernos la pregunta ¿Por qué una persona respira por la boca? Para poder determinar si el problema es por algo genético o por un hábito que se llevó a cabo por medio de otro hábito paralelo volviéndose costumbre y aumentando la frecuencia del mismo con el paso del tiempo.

El acto de respirar por la boca es cuando bajamos la mandíbula y la lengua, moviendo la cabeza hacia atrás para tener una mayor apertura, esto ocasiona que haya un cambio en el crecimiento de los maxilares y posición de los dientes. Al tener esta posición de cabeza hacia atrás y mandíbula y lengua baja aumenta la altura facial y sobreerupción de los órganos dentarios al tratar de mantener un equilibrio con la cara.

Es importante mantener en buen estado las vías aéreas ya que es esencial para la vida del ser humano; los problemas respiratorios como alergias, problemas en las amígdalas, adenoides y septum, son factores que alteran el desarrollo ocasionando mordida abierta.

En pacientes menores de edad es difícil determinar si es un respirador bucal por hábito o una afectación nasal, ya que un niño pequeño no suele tener tan marcadas las causas primarias o secundarias o suelen tener solo un síntoma poco descifrable para determinar un diagnóstico acertado.

Las alteraciones posturales que permanecen por un periodo prolongado son capaces de provocar alteraciones en la arquitectura facial debido a la rotación de la mandíbula, aumento de la altura facial, y subsecuente desarrollo de la mordida abierta anterior esquelética. También podemos observar una dificultad en el sellado labial normal, incisivos superiores protruídos e inferiores extraídos pudiendo ocluir directamente en el paladar, interposición del labio inferior entre los dientes y el superior hipofuncional, medio bucal reseco por el constante pasaje de aire llevando a una mayor incidencia de

caries, halitosis con disminución de la percepción del gusto y del olfato e hipodesarrollo maxilar. (Thomazinho da Cunha , Hábitos Bucales, 2009)

Es importante erradicar este tipo de hábito ya que no solo afecta la estructura facial, también afecta a la postura comprometiendo la posición del cuello, posición de los hombros afectando el tórax y el pecho hundiéndolos ocasionando que los músculos de las extremidades se vuelvan flácidos ante tal postura haciendo que la respiración sea corta y rápida y en las noches ocasione problemas como roncar y baba nocturna haciendo que sueño sea agitado e interrumpido. La respiración incorrecta ocasiona que no llegue suficiente oxígeno al cerebro limitando a la persona para que realice acciones físicas normales y afectando su futuro.

Para el tratamiento, dependiendo de las causas por las que es respirador bucal, se necesitara ayuda del otorrino o fonoaudiológicas, fisioterapia y/o tratamiento ortopédico y ortodóntico. El refuerzo positivo es importante para la eliminación del mismo y debe estar presente cuando se lleve el acto de eliminación.

2.1.4.- DEGLUCIÓN ATÍPICA

Otros de los hábitos en niños pediátricos es la deglución atípica, está relacionado con la obstrucción de la lengua al momento de tocar los órganos dentarios. Una deglución correcta sirve para transportar el bolo alimenticio o líquidos desde la boca hasta el estómago y facilitar el habla.

La deglución puede dividirse en tres partes:

1. Bucal: etapa voluntaria que inicia el acto
2. Etapa faríngea involuntaria: constituye el paso del alimento de la faringe al esófago
3. Etapa esofágica: involuntaria también, que corresponde al descenso del bolo de la faringe al estómago.

Para que pueda establecerse la deglución es indispensable que la vía aérea a través de la boca esté cerrada. El sellado anterior se lleva a cabo normalmente por los labios; los bordes y punta de la lengua pueden sustituirlas. (Martínez Ross , Deglución, 1985)

La característica principal de la deglución atípica es la interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores en el momento de deglutir, por lo que ocasiona una ausencia de contacto entre ambos maxilares. La lengua interviene en los movimientos de deglución, por ello es importante tenerle en cuenta al momento de ingerir algún alimento.

En la lengua se encuentra el sentido del gusto, que evita que se ingieran alimentos dañinos al organismo provocando su expulsión de la boca, y también proporciona satisfacción psicológica de comer, en cooperación con el olfato. La lengua tiene un papel importante en la masticación. Mueve el alimento hacia una posición correcta con el fin de masticar; cuando es necesario pasar un bocado de un lado a otro de la boca es la lengua la que lo hace obligando a la mandíbula a efectuar una transtrusión. (Martínez Ross , Deglución, 1985)

Al momento del que niño deglute empujando la lengua hacia los incisivos, se vuelve una manera atópica de la función al momento de masticar y hasta entonar ciertas palabras, por ello es importante revertir este problema, ya que el niño impide el cierre correcto de los maxilares ocasionándole un problema a largo plazo. Es necesario verificar si el problema es por problemas faríngeos, por protruir la lengua o por un objeto extraño que el niño se esté metiendo en la boca, también podría ser un hábito adquirido por copiarlo de uno de sus padres o compañeros.

La deglución atípica no solo afecta al bolo alimenticio o la fonación, también causa una hipertrofia en los músculos que mueven el hioides así como los músculos y parte de la faringe.

El desarrollo de la deglución tiene tres etapas:

- ❖ Deglución infantil: una de las características de la deglución infantil es el movimiento de la lengua hacia una posición anterior de los rebordes alveolares y a colocación de la lengua en contacto con el labio inferior; se genera una actividad aumentada de los labios y la deglución se produce con los labios separados. No existe una deglución infantil retenida, solo los pacientes con daño cerebral retienen la deglución infantil.
- ❖ Deglución adulta: entre algunas características de la deglución adulta se encuentran la punta de la lengua, que usualmente se coloca sobre el hueso alveolar detrás de los incisivos superiores; los dientes están en contacto unos con otros y hay relajación de los labios con poca o ninguna relajación muscular.
- ❖ Deglución de transición: transición entre la deglución infantil y la deglución adulta hay un periodo en el cual la lengua aún se posicionará entre los dientes anteriores y se colocara en proximidad al labio inferior. Además habrá aumento en la actividad de los músculos periorales (músculo mentoniano hiperactivo y concentración del orbicular de la boca) y actividad aumentada del músculo buccinador. (Thomazinho da Cunha , Hábitos Bucales, 2009)

Se ha determinado un perfil facial característico de la persona con deglución atípica:

- ❖ Labios hipotónicos.
- ❖ Lengua descansando entre los dientes.
- ❖ Tendencia a la respiración bucal.
- ❖ Maxilar superior o inferior avanzado o retrasado.
- ❖ No realiza una deglución adecuada porque mastica con los dientes y no con los molares posteriores: quedan sobras de alimento en el vestíbulo y la cavidad bucal.
- ❖ Saca alimentos fuera de la boca y no degluten con tanta frecuencia.
- ❖ Realiza movimientos excesivos como: elevar la cabeza, contraer los labios excesivamente o hacer muecas o ruidos al tragar.

2.1.4.1.- CAUSAS

- ❖ Falta de sellado labial, durante el acto de deglutir, dejando la boca abierta.
- ❖ Labios de tono muscular disminuido, es decir, la musculatura del músculo orbicular de los labios está poco desarrollado.
- ❖ Respiración bucal.
- ❖ Lengua hipotónica en posición avanzada o interdental, es decir, la lengua se interpone entre los incisivos en la parte frontal o lateral ("interposición lingual") o presiona contra su cara posterior durante la fase de deglución.
- ❖ Presencia de maloclusiones: dentales y maxilares, incorrecta posición de las piezas dentarias no permiten el sellado correcto de la boca durante el acto de la deglución. (Blanco Reyes & Quirós , 2013)

La deglución de transición se basa en el crecimiento de las estructuras bucales del niño, al ir creciendo el tejido y estructuras también crecen ocasionando que la lengua sea protrusiva en lo que maduran a la deglución adulta, este tipo de crecimiento se efectúa

entre los 2 y 12 años, si se lleva las tiempo del requerido o la frecuencia con la que el niño protruye la lengua es constante es cuando hablamos de una deglución atípica.

En general la deglución atípica se define como la presión anterior o lateral contra las arcadas dentarias durante la deglución.

Diversos estudios correlacionan los posibles factores de riesgo para este hábito que pueden ser el uso del biberón, alimentos triturados en edades avanzadas los cuales hacen que el niño no desarrollo una musculatura correcta y por ende causen mal posiciones al momento de tragar, y la relación de otros hábitos como el de succión digital, respirador bucal, succionar objetos, entre otros.

La deglución con protrusión dental puede aparecer fundamentalmente en dos situaciones: en niños pequeños con oclusión razonablemente normal, en los que sólo representa una etapa de transición en la maduración fisiológica normal, y en individuos de cualquier edad con incisivos desplazados, en los que aparece como una adaptación al espacio que existe entre los dientes. La presencia de resalte (a menudo) y de mordida abierta anterior obliga al niño o al adulto colocar la lengua entre los dientes anteriores. Por eso, hay que considerar a la deglución con protrusión dental como el resultado del desplazamiento de los incisivos, y no como su causa, pero esto no quiere decir que la lengua no tenga un papel etiológico en el desarrollo de la maloclusión de mordida abierta. En la teoría del equilibrio, la presión ligera, pero mantenida, que ejerce la lengua sobre los dientes debería tener efectos significativos: si un paciente deja reposar la lengua en una posición anterior, la duración de esa presión (aunque sea muy leve) podría alterar la posición vertical u horizontal de los dientes (Proffit 2000).

La lengua es uno de los factores importantes en este hábito, por ello están relacionados los hábitos como la succión y la respiración bucal. Al no estar en una correcta posición la lengua ocasiona un mayor impacto en los dientes al momento de tragar o deglutir los alimentos, es importante que si el niño presenta problemas con la succión o la respiración no los potencialice al mal posicionar la lengua y ocasione un hábito paralelo como lo es la deglución atípica.

Al protruir la lengua y ejercer mayor presión en los incisivos superiores e inferiores se tiende a tener una disminución en el sellado labial, ocasionando una mordida abierta, ya sea anterior o posterior, dependiendo de la posición y protrusión que tenga la lengua.

Para Proffit el empuje lingual se produce en una de las siguientes situaciones:

- ❖ Durante el inicio de la fase de deglución: una posición de la lengua hacia adelante, entre los dientes anteriores, de tal manera que la punta de la lengua toca el labio inferior.
- ❖ Durante el habla: colocación de la lengua entre o sobre la dentición anterior con la boca abierta.
- ❖ Durante el reposo: movimiento anterior de la lengua en la cavidad oral con a boca abierta y la punta de la lengua sobre los dientes anteriores.

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

- ❖ Tipo I: no causa deformación
- ❖ Tipo II con presión lingual anterior: la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:
 - Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocluidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
 - Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión).
 - 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 molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.
- ❖ Tipo III con presión lingual lateral: la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:
 - Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.
 - Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado.

- ❖ Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: la 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. (Blanco Reyes & Quirós , 2013)

Para el tratamiento de la deglución atípica va a depender:

- ❖ Presencia de deglución atípica con empuje lingual.
- ❖ Presencia del maloclusión.
- ❖ Presencia de problemas de lenguaje. (Thomazinho da Cunha , Hábitos Bucales, 2009)

La deglución atípica no siempre va acompañada de un problema de maloclusión o con un problema del habla, en algunas ocasiones la mordida abierta es ocasionada por otro tipo de hábito o por un problema esquelético/genético, a veces se ocasiona un problema de deglución por tener macroglosia o mordida abierta ya sea anterior o posterior. La identificación temprana de estos problemas ayuda a evitar la deglución atípica y así eliminar el problema inicial.

Si el hábito está relacionado con otro es importante llevar a cabo un tratamiento en el que se puedan erradicar los dos o si es patrón de conducta por instinto tratar de motivar el niño para que no continúe con el mismo o empezar a usar algún tipo de aparato ortopédico para que no protruya la lengua y ocasione un problema dental mayor.

CAPÍTULO III

3.1.- MALOCLUSIONES DENTARIAS.

Una maloclusión se define como la mala posición y contacto de los dientes del maxilar y la mandíbula interfiriendo y alterando los movimientos de apertura y cierre de la mandíbula, esencial para la masticación, habla y deglución.

La masticación sería prácticamente imposible sin los movimientos sincronizados de los labios, carillos, lengua y músculos hioideos. Estas estructuras intervienen en la masticación de la siguiente manera: colocan el alimento en posición de ser mordido, ayuda en la identificación de las propiedades físicas y el tamaño de las partículas alimentarias y en la limpieza oral, prenden el alimento y lo presionan contra la paladar y los dientes, forman el bolo alimenticio y lo transportan para su deglución. (Martínez Ross, elementos auxiliares de la masticación , 1985)

La oclusión tiene varios componentes del sistema estomatognático y se considera como un efecto positivo/negativo, los cambios dados por la edad, modificaciones funcionales (presencia de un hábito) y patologías (herencia). Por lo que, hay que saber el correcto funcionamiento de los dientes en estado de reposo, los cuales se determinada por factores como el tamaño, posición, forma de los dientes, tiempo y orden de erupción de los mismos, así como el tamaño y forma de las arcadas dentarias y patrón de crecimiento craneofacial.

La oclusión se define como la manera en que los dientes maxilares y mandibulares se articulan, teniendo en cuenta que esto incluye los dientes, su morfología, angulación, los músculos de la masticación, las estructuras óseas y la articulación temporomandibular. Esta variación en la dentición, es el resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales que determinan la relación oclusal desde el momento del desarrollo prenatal, así como en el postnatal. (Marín Arias, Sigüencia Cruz, & Bravo Calderón, 2014)

La relación de la oclusión ideal de los dientes cambia con la etapa de la formación dental y se consideran cuatro etapas de desarrollo:

- ❖ La preprimaria: que son las almohadillas gingivales, las cuales se extienden desde el nacimiento hasta la erupción del primer diente primario, por lo general un incisivo central inferior, alrededor de los seis o siete meses de edad. En los arcos del maxilar y la mandibular muestran elevaciones y fosas que delinean la posición de los diferentes dientes primarios todavía en desarrollo en las crestas alveolares.
- ❖ La dentición primaria: se basa en la parte anterior a medida que erupcionan los incisivos. Mientras aparecen otros dientes nuevos, los músculos aprenden a llevar a cabo movimientos oclusales necesarios para tener una correcta función en el

futuro del niño. Gracias a estos movimientos musculares, los dientes son guiados a su posición oclusal en o que se realiza el crecimiento facial del niño. A medida que se forman los dientes primarios los procesos alveolares se desarrollan verticalmente y el espacio intermaxilar anterior se pierde en la mayoría de los niños.

- ❖ La dentición mixta que comienza con la erupción del primer diente permanente, se extiende desde los 6 a los 12 años aproximadamente, a menudo con el incisivo central y por lo general se completa en el momento en que se pierde el último órgano dentario deciduo. Al principio de esta etapa de cambio puede haber algún problema dental como mordida abierta, que normalmente se debe a la erupción tardía de los incisivos o a la interferencia de un hábito.
- ❖ Dentición permanente. Presente por lo general de los 12 a 14 años. La oclusión se establece cuando la mandíbula se mueve para poner en contacto los dientes de ambos maxilares causando contracción muscular.

Una clasificación simple pero muy útil, a usar en conexión con el diagnóstico y la planificación del tratamiento consiste en dividir las maloclusiones en dos grupos:

- ❖ Maloclusiones dentoalveolares
- ❖ Maloclusiones esqueléticas (basales)

Las maloclusiones dentoalveolares se relacionan principalmente con desviaciones en los arcos dentarios y las apófisis alveolares. Las maloclusiones esqueléticas son causadas sobre todo por desviaciones en la relación de los maxilares. (Koch , Modeer , Poulsen , & Rasmussen , 1994)

3.1.1.- DESARROLLO DE LA OCLUSIÓN

La boca de un bebé está compuesta de un sistema sensorial la cual tiene muchas funciones neuromusculares vitales, actos como la succión, la respiración, la deglución, el bostezo y la tos, son factores vitales para el crecimiento del niño, con ellas aprende a identificar su entorno y ayuda en el crecimiento de estructuras óseas. El acto de la succión con lleva movimiento bucales así como linguales, movimiento en los labios y todos los órganos de la cavidad bucal y de la faringe, para llevar a cabo estos actos se necesitan movimientos enérgicos y rítmicos de toda la musculatura bucal y peribucal, lo que permite un estímulo constante al crecimiento de los maxilares, sobre todo el de la mandíbula, la cual se encuentra en una posición más posterior con respecto al maxilar superior en el

momento del nacimiento, constituyendo éste el primer avance fisiológico de la oclusión. Si existiera un obstáculo durante el proceso de estos movimientos nos llevaría a un mal desarrollo de erupción así como de crecimiento de estructuras óseas.

El desarrollo de la dentición está relacionado con el crecimiento de los maxilares. La formación de los dientes desde la vida intrauterina, así como la erupción de los dientes temporales y posteriormente la de los permanentes, y el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales, constituye una serie de fenómenos muy complejos que explican por qué existen anomalías durante la formación de la dentición permanente y en la oclusión dentaria.

La primera dentición denominada temporal, decidua, caduca o de leche, está formada por un total de veinte dientes que van emergiendo en la cavidad bucal entre los 6 meses y los 2.5 años de edad. Posteriormente, desde los seis hasta los 12 años de edad, con cierto margen de variabilidad individual tiene lugar la sucesiva erupción de los dientes permanentes, a excepción de los terceros molares.

La dentición temporal se compone de diez dientes superiores o maxilares y otros diez dientes inferiores o mandibulares (cinco por hemiarcada), mientras que la dentición permanente presenta dieciséis dientes en la arcada superior y otros 16 en la arcada inferior (ocho por hemiarcada). (Boj J. R., Catalá , García Ballesta , & Mendoza , 2004)

En la dentición humana se distinguen cuatro clases de dientes cuya morfología indica la función que desarrollan. La fórmula dentaria para la dentición temporal es dos incisivos, un canino y dos molares por cuadrante, a diferencia de la dentición permanente que presenta dos incisivos, un canino, dos premolares y tres molares en cada cuadrante. (Boj J. R., Catalá , García Ballesta , & Mendoza , 2004)

La dentición mixta inicia con la erupción de los primeros molares permanentes casi a los 6 años. Las superficies distales de los segundos molares primarios pueden guiar a los primeros permanentes a una relación de cúspide a cúspide, si están rectas en esta etapa. Si la arca inferior se desplaza hacia adelante en relación con la superior, los molares permanentes pueden erupcionar más cerca de la intercuspidización completa. (Houston & Tulley , 1988)

La secuencia de erupción de dientes permanentes es variable, usualmente en la parte posterior, ya sea inferior o superior, el primer premolar es el primero en erupcionar. La erupción de los dientes permanentes en la parte posterior es importante, con ella se evalúa si es necesario hacer extracción de un órgano dentario temporal para evitar apiñamiento sobre todo en la parte inferior.

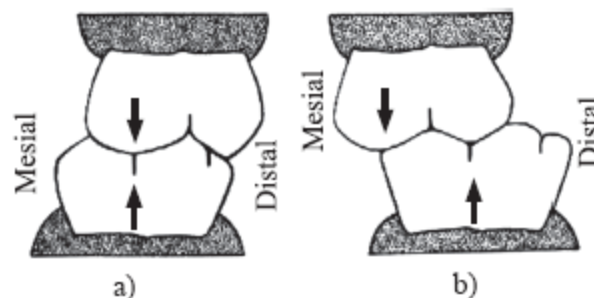
3.1.2.- CLASIFICACIÓN DE ANGLE

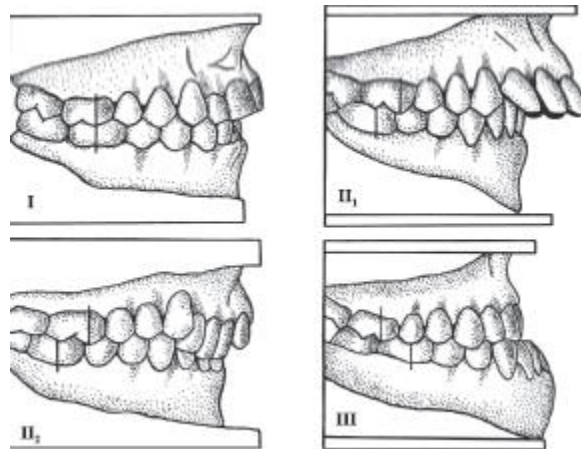
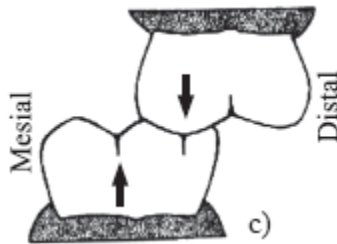
A principios del siglo XX Edward H. Angle dio los principios fundamentales que iban a servir de pauta y norma hacia lo que sería la corrección ortodóncica. Interesado en el concepto de deformidad facial, la interrelación de la armonía del rostro y el encaje de la dentición fue el campo de estudio de Angle y lo que le llevó a describir la oclusión normal de los dientes. Introdujo el término “clase” para denominar distintas relaciones mesiodistales de los dientes.

Angle, en estudios de cráneos e individuos vivos, instauró los principios de la oclusión. Él pensaba que lo fundamental era la oclusión dentaria y que los huesos, músculos y ATM se adaptaban a la posición y relación oclusiva. (Marín Arias, Sigüencia Cruz, & Bravo Calderón, 2014)

Tomando como referencia los primeros molares de la segunda dentición estableció unas relaciones precisas entre ambas arcadas dentarias para que pudiera considerarse como normocclusión la interdigitación recíproca de cúspides, fosas y planos inclinados y son:

- ❖ Clase I (normal): la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior. (neutroclusión)
- ❖ Clase II: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior. Dentro de esta existen dos tipos y se distinguen por la posición de los incisivos:
 - División 1: Los incisivos superiores se encuentran proclinados; es frecuente que el arco superior tenga forma de V, los incisivos inferiores se encuentran en el rafé medio del paladar o en el cingulo de los incisivos superiores. (distocclusión con vestibuloversión anterior)
 - División 2: los incisivos centrales superiores se encuentran en retroclinación y los incisivos laterales superiores en proclinación, el arco es cuadrado; los incisivos inferiores ocluyen en el paladar o por detrás de los incisivos superiores. (distocclusión con linguoversión anterior)
- ❖ Clase III: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar, en el espacio que existe entre el primer molar inferior y el segundo. (mesiocclusión)





(Carbó Ayala, 2009)

Posteriormente Strang describió cinco características que debe tener una oclusión normal siendo la más importante: un crecimiento y desarrollo favorable del macizo óseo facial, dentro de una localización en armonía con el resto de las estructuras craneales, son condiciones esenciales para que el aparato masticatorio exhiba una oclusión dentaria normal. (Marín Arias, Sigüencia Cruz, & Bravo Calderón, 2014)

Debido a que la clasificación de Angle se basa en la oclusión de los primeros molares, existen dudas con respecto a esta clasificación, ya que al momento de la erupción de los primeros molares permanentes, la migración que existe entre los temporales y permanentes hace que desconfiemos por la posición que llegase a tener los molares permanentes y no se lleve a cabo la clasificación de Angle, por ello si existe ausencia de molares permanentes se toman otras clasificaciones para ver el tipo de oclusión que presenta el paciente. Es aquí cuando intervienen las causas externas que provocan un cambio durante la erupción de los dientes permanentes haciendo que la clasificación de Angle se modifique.

En la mayoría de los casos, la maloclusión y la deformidad dentofacial no se deben a un solo factor causal, sino que hay muchos interactuando y sobreponiéndose unos sobre

otros. Sin embargo, se pueden definir dos componentes principales en su etiología, que son la predisposición genética y los factores exógenos o ambientales, que incluyen todos los elementos capaces de condicionar una maloclusión durante el desarrollo craneofacial. (Arévalo Remache, Sigüencia Cruz, & Bravo Calderón, 2014)

Existen diversos tipos de maloclusiones los cuales se dividen en:

❖ *Maloclusión Sagital*

Es el resalte maxilar superior aumentado puede ser resultado de **A**: protrusión de la apófisis alveolar maxilar superior, **B**: retrusión de la apófisis alveolar mandibular, **C**: mayor inclinación hacia vestibular de los incisivos superiores, **D**: inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores, **E**: protrusión maxilar superior, **F**: retrusión de la mandíbula.

Los hábitos orales, en especial la succión digital, pueden tener un efecto adverso sobre la inclinación de los incisivos. El resultado puede ser un cierre labial insuficiente, con labio inferior apoyado detrás de los incisivos superiores.

❖ *Maloclusión Vertical*

La mordida abierta frontal de origen dentoalveolar puede deberse a:

- Erupción incompleta (infraposición) de los incisivos superiores o inferiores
- Desarrollo vertical reducido de la apófisis alveolar en la región de los incisivos.

La mordida abierta dentoalveolar se desarrolla más a menudo como el resultado de hábitos orales (succión digital, empuje lingual). Según el tipo y duración de los hábitos habrá una tendencia a la corrección espontánea de la mordida abierta frontal o anterior, en especial si el hábito se rompe antes de la erupción de los incisivos permanentes.

❖ *Maloclusión Transversal*

Mordida cruzada dentoalveolar o mordida de tijera de dientes únicos o aislados muchas veces es el resultado de apiñamiento. Una mordida cruzada unilateral total se asocia con más frecuencia con desviación mandibular respecto a la línea media, hacia el lado de la mordida cruzada.

- La mordida en tijera unilateral total puede ser causada por un arco mandibular estrecho, un arco maxilar superior ancho o la combinación de ambos.
- La mordida cruzada esquelética unilateral o mordida en tijeras, puede ser causada por asimetría de la base del cráneo, del maxilar superior o de la mandíbula. (Koch, Modeer, Poulsen, & Rasmussen, 1994)

3.1.3.- MORDIDA ABIERTA ANTERIOR

Puede ser resultado de los hábitos de succión digital, de los patrones deglutivos atípicos o de factores esqueléticos. Los patrones deglutivos atípicos se relacionan comúnmente con las mordidas abiertas anteriores, pero muchas veces son secundarios: la lengua tiende ir hacia adelante para sellar la hendidura entre los incisivos. La adaptación similar, por lo general, perpetúa la mordida abierta anterior debido a la succión digital, incluso después de interrumpir el hábito. (Houston & Tulley , 1988)

La mordida anterior se puede dividir en tres:

- ❖ *Abertura anterior mínima*: abertura es aproximadamente de 1 mm, es por lo general causada por el hábito de succionar e labio. El paciente desarrolla una presión negativa y succiona sus tejidos mucosos entre los dientes.
- ❖ *Abertura anterior moderada (1 a 5 mm)*: la causa usualmente es la lengua que se impele hacia adelante al deglutir; también al morderse los labios pueden coadyuvar.
- ❖ *Abertura anterior severa (5 mm o más)*: patrones anormales de deglución y proyección de la lengua son responsables en casos severos. Los dientes anteriores están supraerupcionados por un infructuoso intento de cerrar el espacio. La estética es muy mala, no hay disoclusión anterior, y los dientes posteriores están sobrecargados. (Martínez Ross, elementos auxiliares de la masticación , 1985)

Uno de los problemas de la mordida abierta es cortar los alimentos haciendo que sea difícil en sellado labial y dental ocasionando resequedad bucal producida por la incompetencia durante el cierre labial y mandibular. Pese a estos problemas no se ha demostrado que haya alteraciones periodontales así como problemas musculares.

No por tener mordida abierta anterior significa que la parte posterior no ocluya o cierre correctamente, por ello es importante para el tratamiento evitar extracciones ya que estos podrían agravar el caso.

3.1.4.- MORDIDA CRUZADA

Pueden ser unilaterales o bilaterales y muchas veces reflejan alguna discrepancia en el ancho de las bases dentales. Dependiendo del tipo de crecimiento en el que se encuentra el paciente la mordida cruzada se puede definir de diferentes casos, por ejemplo:

- ❖ Mordida cruzada dental: los huesos maxilares tienen un tamaño normal, pero los dientes de inclinan hacia el interior.
- ❖ Mordida cruzada esquelética: cuando el maxilar superior es más estrecho que la mandíbula. En este caso, aunque los dientes estén bien posicionados en relación al hueso, los dientes superiores quedarán por dentro de los inferiores.
- ❖ Mordida cruzada mixta: por una combinación de las dos anteriores.

- ❖ **Mordida cruzada funcional:** es muy frecuente en la dentición temporal o mixta y es cuando las líneas medias están desviadas en la posición de máxima intercuspidad, pero se centran en apertura. Se da por la interferencia de los dientes que hace que al ocluir se produzca un desplazamiento anterior o lateral de la mandíbula.

Existen diferentes casos clínicos en los cuales los pacientes presentan el tipo de mordida cruzada sin o con desplazamiento mandibular, ya sea de un solo lado o de ambos lados de la mandíbula. A continuación definiremos los tipos de mordida cruzada con desplazamiento lateral:

3.1.4.1.- Mordida cruzada unilateral con desplazamiento lateral.

Cuando los dos arcos son simétricos y de igual anchura, la mandíbula por lo general se desplaza hacia un lado para obtener la máxima intercuspidad y producir una mordida cruzada. Este tipo de maloclusión varía un poco dependiendo de la frecuencia del hábito de succión digital.

3.1.4.2.- Mordida cruzada unilateral sin desplazamiento lateral.

Por lo general los pacientes presentan una asimetría esquelética fundamental. Su origen puede ser patológico (por ejemplo: paladar hendido unilateral).

3.1.4.3.- Mordida cruzada bilateral.

Siempre se vincula con una base dental maxilar estrecha en comparación con la mandibular. Por lo general no existe desplazamiento y por tanto, el paciente no tiene problemas funcionales o estéticos. (Houston & Tulley, 1988)

CAPÍTULO IV

4.1.- TRATAMIENTO

Para llevar a cabo el tratamiento de un hábito oral es importante que el niño como los padres estén de acuerdo a la remoción del hábito. Se necesita seguridad de parte de los padres así como del paciente hacia el estomatólogo para poder eliminar el acto nocivo.

Cuando un niño comprende la problemática sobre un hábito, es fácil removerlo pero, si no llegase a entenderlo y los padres quisieran eliminarlo antes de que el niño entienda, puede que lo sustituya por otro hábito, regrese el mismo hábito o se intensifique. Se necesita que el niño llegue a una cierta madurez para que pueda llevarse a cabo el tratamiento, también se necesita de la cooperación de los padres para que sea exitoso la remoción del hábito.

El tipo de tratamiento va a depender de la disposición del niño y los padres, una vez que acepten ambos lados se puede empezar la eliminación del hábito. Existen muchas maneras para poder llevar el tratamiento, ya sea desde un perfil psicológico o miofuncional, casero o con aparatología, esté va a depender del caso que presente el paciente, la edad y el origen del hábito que presenta.

La edad del paciente es primordial para saber cómo motivar al paciente para que realice acciones correctivas para lograr erradicar el hábito malicioso que presenta, su capacidad de entendimiento y el manejo que podríamos llevar a cabo para que tener éxito en el tratamiento.

Usualmente, en pacientes pequeños de 3 hasta probablemente 5 o 6 años, se les puede condicionar a que si realizan las actividades que se mandan con eficacia, frecuencia y responsabilidad, se les puede dar un incentivo que los motive a seguir con el tratamiento, así como que los ejercicios o métodos los vean de distinta manera para que no se vuelvan tediosos o desagradables para el niño.

La terapia puede ser de manera psicológica, miofuncional o en el último de los casos, con aparatología. A continuación mencionaremos cada uno de las posibles terapias y uso del tratamiento hacia los pacientes.

4.1.1.- TRATAMIENTO PSICOLOGICO

Usualmente los hábitos de inician en edades tempranas y continua hasta los dos o tres años viéndolo como normal, un hábito deformante frecuente es cuando persiste más allá

de estas edades, se considera como un signo de ansiedad o inestabilidad, o un deseo de llamar la atención que puede tener repercusiones tanto en el entorno social del niño como a nivel familiar y/o emocional, hábito deformante puede producir modificaciones en la posición de los dientes y en la relación de las arcadas dentarias, dando lugar a alteraciones de la masticación, fonética y estética del niño. A nivel social puede interferir en su desarrollo ya que puede ocasionar que el menor sea objeto de burlas, crítica y rechazo o incluso castigo.

El entorno social del paciente es fundamental para evaluar el tipo de hábito que presenta, la relación que lleva con sus familiares, amigos, vecinos, etc., nos llevará al inicio del problema y el por qué hace esa acción impulsiva.

Para poder llevar el tratamiento adecuado, es necesario crear un vínculo con el paciente con ayuda de los padres o familiares que lo llevan a la consulta. Una vez que el niño se identifica con el estomatólogo, podemos empezar a tratarlo de manera adecuada.

La ayuda de los padres durante este tipo de procedimiento es de innegable importancia, si exigen del niño una perfección que este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso. Dependiendo de la ayuda que brinden los padres, podremos evaluar el tipo de daño que hacen ellos hacia el niño o el beneficio que brindan.

Antes de comenzar a diagnosticar y tratar al niño es importante realizar una entrevista con el paciente que es llevado a consulta por problema de presencia de hábitos, dividimos la entrevista en dos fases:

- ❖ **Fase 1:** Entrevista con él o los representantes: la mayoría de los pacientes son llevados a la primera consulta por sus madres, en segundo lugar por sus padres y en contadas ocasiones por ambos. En esta fase conversamos con él o los representantes sobre la cotidianidad de la vida del niño: como está compuesto el cuadro familiar, quienes viven con él, cuantos hermanos tiene, qué estudia, sus relaciones con el resto de la familia y las relaciones de los parientes en el núcleo familiar.
- ❖ **Fase 2:** Entrevista con el niño: Luego de conversar con los padres mantenemos una conversación privada con el niño tratándonos de ganar su confianza y sus confidencias, es importante este primer encuentro ya que en mucho puede depender el éxito o fracaso de nuestro tratamiento si no es llevada adecuadamente la entrevista y no obtenemos la confianza.

Una vez realizadas las entrevistas por separado, si lo consideramos necesario volvemos a conversar con los padres, caso contrario nos reunimos con ambos y planificamos el tratamiento. (Quirós, Quirós , & Quirós , 2003)

Con el interrogatorio podemos clasificar los resultados y llevar una secuencia sobre cómo queremos llevar el caso del paciente y la evolución que tendrá en un momento dado. Por ejemplo:

- ❖ **Diagnóstico:** preguntas a los padres o familiares que lo llevan a consulta y obtener la autorización por escrito de los mismos para el manejo que se llevara a cabo en el niño y el que deben de seguir los padres para que el tratamiento funcione.
- ❖ **Intervención:** vamos a darle al niño instrucciones por temas para que pueda entender sobre su problema y como poder evitarlo, el tiempo es indeterminado, hasta que el paciente logre comprender y querer eliminar el hábito permisivo.
- ❖ **Evaluación:** valorar los cambios producidos por los conocimientos dados que dieron lugar al resultado final.

El ambiente familiar es una de las principales fuentes de formación en las personas, si este ambiente tiene problemas, es probable que el niño, aunque no entienda al cien por ciento la situación de sus padres, cree una inseguridad y frustración que conlleve al desestres involuntario ya sea: morder tejidos u objetos, succionar algún objeto, dedos, labios, etc. En muchos casos el hábito es una vía de escape del niño a algún agente perturbador de su inconsciente, y la manera de drenar su problema es a través del hábito.

Eventos como el nacimiento de un nuevo hermanito, la muerte de un ser querido, divorcio de los padres, maltrato, ver relaciones sexuales entre las parejas de sus padres o familiares que cuidan del niño, abuso en la escuela o el entorno en donde vive, abuso sexual hacia el niño, castigos excesivos, etc, son factores que influyen en el estado psicológico del niño, por lo que sus acciones para eliminar el estrés se vuelven repetitivas y frecuentes o las hace cuando pasa una de estas acciones malas hechas por su entorno.

La detección de los agentes que pudieran estar desencadenando el hábito, y su apropiado tratamiento, facilitara la intercepción del mismo y su definitiva erradicación. Es importante realizar un tratamiento miofuncional antes de llegar a la aparatología; un aparato utilizado inapropiadamente puede modificar el patrón de un hábito y convertirlo en otro aún más perjudicial o enmascarar la aparición de otro tipo de anomalías como tics nerviosos o cuadros depresivos.

El trabajo en equipo facilita la solución de muchos de los problemas en la consulta al tiempo que enriquece al profesional en conocimientos que podrá luego aplicar en sus pacientes, quienes al final de la cadena saldrán más beneficiados, con una detección de

los agentes causales y una solución adecuada a sus problemas buco dentarios. (Quirós, Quirós , & Quirós , 2003)

Por ello es importante identificar el entorno en el que vive el paciente para poder saber el resultado que tendrá el tratamiento sobre el niño, si el problema familiar es mayor de lo que el odontólogo esperaba, necesitara ayuda psicológica por parte de un especialista para su adecuado tratamiento o complemento para su tratamiento odontológico. El tratamiento psicológico también puede ser por para los padres, para que ellos puedan ayudar al niño modificando su entorno y así atacar después al hábito que formo las conductas hechas por ellos.

Abandono, adaptación y manejo de pérdida de un ser querido, son emociones que se tienen que erradicar en los pacientes cuando viven ciertas situaciones en su vida cotidiana, es importante enfatizar un acercamiento hacia los niños por parte de los padres o familiares quien lo cuidan y reforzar la sensación de amor y protección que tienen hacia el niño para que se sienta seguro y listo para avanzar hacia una nueva etapa sin problemas que lo lleven a actuar de manera incorrecta alterando su salud y funcionamiento dental y psicológico.

La educación que le brindemos a los padres de familia hacia sus hijos es fundamental para tener el resultado deseado del tratamiento, se les tiene que enseñar que el uso de ciertos pacificadores (como el uso de chupones), no son para silenciar a los niños cuando lloran o están inquietos, de preferencia es mejor no usar este tipo de aditamentos aunque no sepan controlar al niño al momento de calmarlo además que el niño asocia esta acción de chupete para desaparecer su estrés volviéndolo un mal hábito.

Si el niño tiene un ambiente familiar normal pero presenta un ambiente hostil en la escuela o en el lugar por donde vive también afectará de manera psicológica al paciente ocasionando que se desestrese por algún impulso como los antes mencionados. El niño puede tener problemas con su entorno si el presenta un problema médico, hereditario o fisiológico q lo haga destacar de los demás dándole un impulso por el cual molestar al niño y así lastimarlo de manera psicológica agravándolo al pasar los años o dependiendo de la edad en la que empiezan a molestar al niño.

El aspecto emocional también es de importancia, dependiendo de la edad, mientras más pequeño sea el niño menos comprende el entorno en el que se encuentra, por ello es normal que encuentre desestres ante ciertos actos repetitivos (hábitos), este tipo de pacientes son un poco más difíciles de tratar porque se relacionan a un nivel personal mayor con su hábito, no solo lo toman como desestres sino como una ruta de escape hacia lo que están viviendo.

Es importante la edad que presenta el niño para llevar a cabo un tratamiento psicológico adecuado, usualmente se realizan en niños de 3 a 5 años, no muy grandes de edad, que es cuando su capacidad de razonamiento sobre el bien y el mal está en el momento de ser entendido y así pueda corregirse el acto antes de agravar el problema y tener que usar algún tipo de aparato.

Los incentivos o regalos durante el tratamiento son en la mayoría de los casos vitales para lograr el éxito en el tratamiento, aunque sean tomados como un tipo de chantaje hacia el niño, son una ayuda necesaria para que el niño vea el bien que hace hacia ciertas acciones que son incorrectas y luego vuelve correctas.

Podemos crear uno o varios métodos para llevar a cabo el tratamiento psicológico, lo importante es la ayuda que brindan los padres hacia el niño y el cómo podemos premiarlo para que se dé cuenta que el premio es por el abandono de una acción mal realizada.

Los premios o regalos son condicionantes en forma de “chantaje” con los cuales podemos motivar al niño a que, con mayor razón, quiera eliminar el hábito que lo está llevando a un estado de castigos por parte de sus padres, burlas por parte de su entorno social y un problema degenerativo físico y funcional que no podrá ser eliminado con facilidad a comparación de otro tipo de terapias miofuncionales o psicológicas.

Durante el interrogatorio es importante saber los gustos y afecciones que tiene el paciente, con ellos podemos reconocer el tipo de cosas que le gustan al niño y así poder llevar a cabo los premios para que entre en un estado de conciencia y se dé cuenta sobre lo que está bien y lo que está mal sobre las acciones repetitivas que él hace.

La eliminación correcta del hábito también depende de la disposición del niño y el deseo de abandonarlo y el apoyo que brinden los padres hacia el tratamiento que indique el estomatólogo para poder erradicar el problema de hábitos.

Es necesario que el niño se deshaga de la costumbre de hacer un acto varias veces tomando conciencia sobre lo correcto e incorrecto, reflexionar las acciones que lleva a cabo y por qué llega a ellas para así eliminarlas desde la raíz y apreciar la vida desde otro punto de vista sin los hábitos que creo.

Es importante darle seguimiento al caso para que el niño no regrese al/los hábitos anteriores o sustituya el hábito por otro. La aceptación hacia sus nuevas acciones motiva al niño a que lleve otro tipo de conducta y que no es necesario acudir a una acción repetitiva para eliminar un impulso de estrés.

CAPÍTULO V

5.1.- TERAPIA MIOFUNCIONAL

Una terapia miofuncional tiene como objetivo la rehabilitación de la funcionalidad de los músculos orofaciales. Es la disciplina que se encarga de prevenir, valorar, diagnosticar y corregir las disfunciones que intervienen en el habla, el paso del bolo alimenticio y la deglución.

La terapia miofuncional consta de tres etapas: concientización, corrección y reforzamiento que tienen como metas lograr el balance orofacial e impedir, interceptar o tratar maloclusiones y corregir problemas de articulación lingüística. La motivación de los padres y el paciente es indispensable para la eliminación del hábito.

El tratamiento miofuncional se puede llevar a cabo por medio de dispositivos o estimuladores, los cuales aparte de recordatorios, son una guía que indican una correcta movilidad para una función muscular correcta y las maloclusiones no se intensifiquen durante la eliminación del hábito.

5.1.1.- RESPIRADOR BUCAL.

La terapia miofuncional en pacientes con respiración bucal se basa a través de ejercicios de reeducación; está indicada antes y durante el tratamiento de la maloclusión con la finalidad de restablecer un equilibrio muscular. A los respiradores bucales se les enseña a respirar utilizando correctamente la vía nasal mediante ejercicios con la boca cerrada y juntando los labios.

La cinta de esparadrapo antialérgico puede ayudar al cierre bucal durante la noche, mientras el niño duerme, para que la acción de cierre se vuelva un acto normal y frecuente en el paciente.

Un dispositivo que puede actuar como promotor y restaurador de la respiración son los estimuladores nasales, los cuales son dos tubos unidos por una cinta estabilizadora, con una zona plana que contacta con el tabique nasal, una convexidad externa que tensa las alas de la nariz, una lengüeta que estimula las inserciones musculares a nivel del ala de la nariz y un tope en su extremo que evita la impactación fortuita de los tubos en la nariz. Existen 5 tallas, dos para niños y cinco para adolescentes y adultos, por lo que pueden usarse en pacientes de cualquier edad. Su uso debe ser de régimen nocturno, es decir, el paciente debe colocarse los tubos para dormir. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza, & Planells, 2011)

Estos dispositivos se deben utilizar por un periodo determinado de tiempo con el fin de que el acto que realiza se vuelva una acción natural en el individuo y se evite la utilización de aparatos o métodos quirúrgicos más invasivos para el paciente. La finalidad no es el dispositivo, si no la acción que con lleva para que el paciente se adapte y se dé cuenta lo que es la normalidad y como poder llevarla a cabo.

El uso de ejercicios, recordatorios y dispositivos son la primera opción como tratamiento miofuncional en los pacientes con respiración bucal.

También pueden utilizarse los obturadores bucales para obturar la boca e impedir progresivamente la respiración bucal. Los obturadores no son más que láminas que presentan un diseño apropiado para adaptarse a las arcadas e impiden progresivamente el paso de aire por la boca en los respiradores bucales. Los obturadores no son más que láminas que presentan un diseño apropiado para adaptarse a las arcadas e impiden progresivamente el paso de aire por la boca en los labios, hecho muy importante para normalizar la respiración bucal. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

Otros tipos de corrección que pueden servir como indicador para que el niño se dé cuenta del mal funcionamiento al respirar son: utilizar un espejo por debajo de la nariz del paciente haciendo que empañe el espejo para que vea como debe de respirar correctamente, esto debe hacerlo con la boca y labios cerrados repitiendo el acto mínimo unas 10 veces, o simplemente que haga inspiraciones con la boca y labios cerrados.

El ejercicio diafragmático se realiza en posición decúbito dorsal y luego sentado. Inicialmente se guía la respiración poniendo una mano sobre el diafragma y la otra a nivel costal. En decúbito dorsal el paciente por la nariz y coloca la mano sobre el diafragma para sentir su expansión y elevación; después aguanta la respiración y espira lentamente por la boca, controlando el flujo del aire. Sentado comienza entrenando la coordinación neumofonoarticular. El paciente inspira el aire por la nariz, provocando la expansión costodiafragmática, lo expulsa contando despacio hasta cuatro; luego repite el ejercicio avanzando progresivamente la cuenta hasta llegar a quince. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

5.2.1.- DEGLUCIÓN ATÍPICA

Hasta el día de hoy, sigue existiendo controversia con el hábito o comportamiento al momento de realizar la deglución, no se sabe si es un comportamiento adaptativo o un factor etiológico en la maloclusión.

El tratamiento de elección para la deglución atípica está representado por la terapia miofuncional, que consiste en una serie de ejercicios que tiene el objetivo de eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos, enfocados en el establecimiento de un patrón de deglución fisiológico normal, rehabilitando la posición y función de los músculos de la lengua, labios, mejillas y del velo palatino. (Carmen T. Medina, 2010)

Es importante que se intente un adiestramiento y aprendizaje sobre como tragar o pasar el bolo alimenticio, se puede llevar a cabo mediante tres pasos:

1. Poner la lengua hacia arriba contra el paladar y su punta, apoyada por detrás de los incisivos superiores sin tocarlos.
2. Juntar los labios de forma relajada
3. Poner en contacto los dientes y tragar, llevando la lengua hacia arriba y/o hacia adelante. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

Una vez que el paciente entendió como llevar a cabo los pasos y haya creado conciencia ante ellos, se puede cambiar a otra serie de ejercicios para crear un efecto voluntario normal ante la deglución.

Dependiendo del caso del paciente, se llevara a cabo una serie de ejercicios para la corrección y eliminación de la deglución atípica, usualmente van de la mano la deglución con la respiración bucal; los ejercicios son para tonificar músculos de los labios, maseteros, mentonianos, buccinadores y el velo del paladar. Estos ejercicios ayudan con los problemas de dislalias (fonación) y la tonificación de la lengua así como su movilidad.

Los ejercicios deglutorios se pueden realizar con la boca abierta y cerrada, utilizando alimentos sólidos, líquidos u objetos con los cuales ayudan a la atrofia muscular circundantes. Los ejercicios que se pueden realizar con boca abierta o cerrada son:

- ❖ Boca abierta: se echa con una jeringa un poco de agua en la boca del paciente, el cual debe retenerla en el centro de la lengua. Luego debe adosarla la punta de la lengua en los pliegues palatinos y tragar el líquido sin cerrar la boca. La lengua realiza un movimiento ondulatorio de delante atrás.
- ❖ Boca cerrada: una vez dominada la fase de boca abierta se realizara el mismo ejercicio con boca cerrada. Se debe estar seguro de la posición de la lengua. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

A continuación indicaremos ejercicios para tonificar y evitar la acción de deglución por medio de los músculos, labios, lengua y pronunciación. Al tener un problema físico o hereditario, es normal que presente un acto continuo repetitivo de uno de estos órganos para lograr lo que es una normalidad al compararlo con otras personas de su entorno o por el trastorno que presenta lo incita a realizar esos actos.

5.2.1.1.- EJERCICIOS LABIALES PARA AUMENTAR LA TONICIDAD DE LOS LABIOS.

- ❖ Ejercicios de sujeción de la cuchara: el paciente sostiene una cuchara con los labios por el mango, manteniéndola en posición horizontal. Una vez logrado se debe agregar peso en la cuchara. Se debe observar que el paciente no adelante la mandíbula durante el ejercicio.
- ❖ Ejercicio el botón: el paciente debe sujetar por detrás de los labios y por delante de los dientes (en el vestíbulo bucal), un botón sujeto con un hilo dental. El terapeuta tira del botón mientras el paciente intenta que no se le escape con la fuerza de los labios. El botón debe tener el tamaño suficiente para abarcar los labios sin dañar los frenillos labiales.
- ❖ Ejercicio del lápiz: el paciente debe sujetar un lápiz en el centro de los labios sin bajarlo ni levantarlo mientras el logopeda cuenta hasta ocho. El ejercicio se repite aumentando la cuenta hasta llegar a quince.
- ❖ Pantalla vestibular: colocar la pantalla por detrás de los labios y por delante de los dientes y realizar series de diez repeticiones sin que la pantalla se salga de la boca.
- ❖ Hacer trompetillas al expulsar el aire con resistencia. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

PARA EL ESTIRAMIENTO DEL LABIO.

- ❖ Morder el labio superior con los dientes de la arcada inferior, el paciente debe sujetar y mantener el labio superior.
- ❖ Ejercicio de la goma: el paciente debe mantener una pequeña goma circular debajo del labio superior, mientras permanece con los labios cerrados. Luego de

repetir la operación con la boca abierta, siempre intentando evitar que la goma se escape.

- ❖ Realizar con los labios cerrados series de ejercicios de desplazamiento labial. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

5.2.3.1.- EJERCICIOS DE SOPLO.

- ❖ Coger una paja de refresco, sujetar pequeños trozos de papel colocados sobre una mesa y trasladarlos sin que se caiga a otro lugar próximo.
- ❖ Colocar canicas o pequeñas bolas de papel sobre una mesa y moverlas soplando. No debe caer al suelo.
- ❖ Con una paja de refresco, realizar burbujas de aire en un vaso que contenga un poco de agua.
- ❖ Hinchar globos. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

5.2.4.2.- EJERCICIOS LINGUALES.

PARA AUMENTAR LA TONICIDAD DE LA LENGUA

- ❖ El paciente debe empujar con la punta de la lengua un depresor lingual situado frente a su boca. El terapeuta ejerce una fuerza contraria. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

PARA LA MOVILIDAD

- ❖ Mover hacia los lados: sacar la lengua en punta y moverla hacia las comisuras derecha e izquierda sin llegar a tocarlas. La lengua no puede apoyarse en los labios ni tampoco se debe mover la mandíbula. Repetir los ejercicios hasta que el paciente sea capaz de controlar los movimientos.
- ❖ En el interior de la boca, llevar la lengua en todas las direcciones.

- ❖ Tocar la cara inferior de las mejillas interiores con la punta de la lengua.
- ❖ Movimientos giratorios de la lengua, siguiendo toda la superficie de los labios, primero en un sentido y luego en el contrario.
- ❖ Movimientos rápidos de salida y entrada de la lengua, vibrando sobre el labio superior.
- ❖ Acartuchar la lengua doblando los laterales de la misma.
- ❖ Sacar y meter la lengua alternativamente, primero con lentitud y luego con rapidez.
- ❖ Ejercicios consistentes en realizar el acto deglutorio enseñado, manteniendo una lenteja, gomilla u objeto pequeño sobre la punta de la lengua, colocando está por detrás de los incisivos sin que se mueva mientras deglute. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

5.2.5.3.- EJERCICIOS PARA FORTALECER LOS MÚSCULOS MASTICATORIOS MASETEROS

- ❖ Apretar las molares, notando con los dedos índices colocados a ambos lados de la cara como contraen los maseteros.
- ❖ Apretar la lengua contra el paladar, contar hasta diez y relajar
- ❖ El paciente debe masticar una goma tubular ubicada sobre los molares. Se deben intercambiar los lados de masticación. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

MENTONIANO

- ❖ Bajarse el labio inferior hasta que se vean los incisivos inferiores. Intentar que el labio superior haga contacto con el inferior. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

BUCCINADORES Y VELO DEL PALADAR

- ❖ El paciente debe succionar el agua de una jeringa introducida parcialmente en su boca, sin empujar el émbolo con las manos.
- ❖ Se lanza un pequeño chorro de agua fría con una jeringa al centro del paladar blando, mientras el paciente emite el fonema /a/. Los chorros de agua deben ser cortos y repetitivos. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

5.2.6.4.- EJERCICIOS PARA LA CORRECCIÓN DE DISLALIAS

- ❖ Pronunciar la T y la D colocando la lengua en el mismo sitio que al pronunciar la L y la N, detrás de los incisivos superiores, que es también dónde debe colocarse al tragar.
- ❖ Procurar pronunciar la Z sin sacar la lengua, dejándola detrás de los incisivos inferiores.
- ❖ Pronunciar varias veces la CH para acostumbrar a la lengua a pegarla al paladar.
- ❖ Pronunciar la K para conseguir que el dorso de la lengua contacte con el paladar blando (úvula o campanilla).
- ❖ Pronunciar varias veces TIK-TAK... para acostumbrar a la lengua al movimiento correcto al tragar.
- ❖ Finalmente podemos decir que la terapia miofuncional es ampliamente utilizada por fonoaudiólogos y profesores especialistas en lenguaje para tratar dislalias con buenos resultados en general. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

5.3.1.- SUCCIÓN DIGITAL

El tratamiento para hábitos de succión no nutritivos se lleva a cabo por medio de recordatorios o estimuladores para que el niño evite ese impulso de llevarse el dedo a la boca. La eliminación del hábito va a depender de la gravedad del problema que ocasiono el hábito hacia el niño. El análisis de los problemas neuromusculares es fundamental para el tratamiento de las alteraciones de la oclusión.

Mientras más tiempo se deje el acto de succión los músculos llegan a tonificar de forma inadecuada y hace más difícil la remoción del hábito. Al existir un desequilibrio de las fuerzas extrabucal, suele acompañarse con problemas intrabucal, el haber un problema externo mayor, los órganos internos intentan adaptarse y ocasionan un mal funcionamiento de los mismos.

Es importante la detección temprano del hábito de succión para empezar a dialogar con el paciente y los padres y así realizar un tratamiento exitoso para el niño. El tratamiento solo será posible si el niño y los padres cooperan, si no regresara el hábito o se suplirá por otro de la misma o mayor magnitud.

Se pueden realizar ejercicios correctivos para que creen una conciencia en el paciente y así vaya disminuyendo el hábito hasta eliminarlo por completo.

- ❖ Cierre labial: mantener baja la lengua y el cepillo de dientes en sube y baja, con una frecuencia de una vez al día, manteniéndola arriba durante cinco segundos.



Figura 1.4.5



Figura 1.4.6

- ❖ Sujetar con una hoja de papel con una frecuencia de una vez al día veinticinco veces manteniéndola arriba durante cinco segundos. Se puede alternar con el ejercicio anterior, el paciente debe sujetar la hoja de papel con los labios mientras el terapeuta trata de sacarla de su boca.



(Carmen T. Medina, 2010)

CAPÍTULO VI

6.1.-TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA

Una vez que la motivación, el tratamiento miofuncional y psicológico fracasa, podemos utilizar aparatos rompehábitos los cuales forzan al paciente a dejar el hábito y ayudan a controlar el crecimiento orofacial inadecuado.

Usualmente los aparatos intrabucales se suelen usar en pacientes de edades de 6 a 12 años por el cambio de dentición. Los pacientes con dentición mixta son buenos candidatos para presentar aparatos, ya que la malformación ósea, dental y muscular está más acentuada por el tiempo de desarrollo del hábito.

Los aparatos ortopédicos se utilizan para corregir el overjet, mordida abierta y patrones funcionales atípicos establecidos por el tipo de hábito que presenta el paciente. Son auxiliares para la regularización de mordida, función muscular y fonética dependiendo del caso y edad del paciente.

A continuación, dependiendo del tipo de hábito, nombraremos unos cuantos aparatos rompehábitos y auxiliares ortopédicos para evitar la evolución de maloclusiones:

6.1.1.- SUCCIÓN DIGITAL

6.1.1.1.- PLACA HAWLEY

Son infinitas las modificaciones que se le pueden realizar a la placa Hawley; en dependencia de la finalidad que se busque, es posible agregar retenedores u otros elementos como resortes activos, dispositivos para control de hábitos o simplemente variar la forma de la base acrílica.

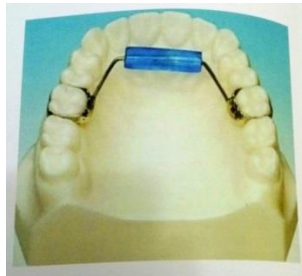
En lo que refiere al hábito de succión digital: impide el contacto del dedo con el paladar perdiendo el placer de la succión, de tal forma que el niño elimina el hábito. Puede ser superior o inferior. Se compone de una base o placa de acrílico, retenedores o ganchos Adams (incorporados posteriormente) en los primeros molares y un arco vestibular anterior.



(Lugo R. O., 2008)

6.1.1.2.- APARATO BLUEGRASS

Es un aparato dental fijo compuesto por un rodillo de teflón hexagonal insertado en un alambre palatino. La ventaja principal del Bluegrass es el uso del rodillo. El pequeño tamaño del aparato permite que el rodillo no se vea desde fuera de la boca y actúa como recordatorio, ayudando a que impida la introducción del dedo a la boca.



(J. R. , M., Garcia Ballesta, Mendoza, & Planells, 2011)

6.1.1.3.- REJILLA PALATINA

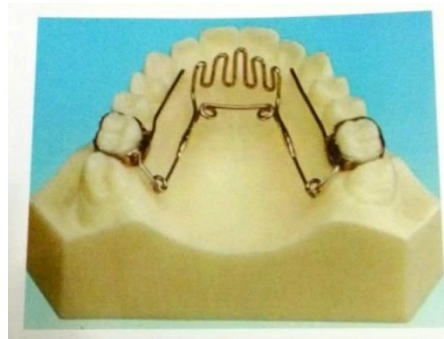
Este tipo de aparato sirve al momento de que el niño introduce al dedo en la boca, impidiendo que lo introduzca al provocarle una dificultad. Es un arco lingual con omegas al que se le sueldan una serie de ganchos que van a impedir el hábito succión.



(Laboratorio Ortoplus , 2014)

6.1.1.4.- QUAD-HELIX CON REJILLA

Se utiliza para tratamiento de maloclusiones así como recordatorio al momento que el niño introduce el dedo. El quad-helix es un aparato de dos bandas que consta de un puente anterior, dos palatinos y dos brazos laterales unidos entre sí por cuatro hélix o espirales al que puede añadirse una rejilla lingual soldada al puente anterior.



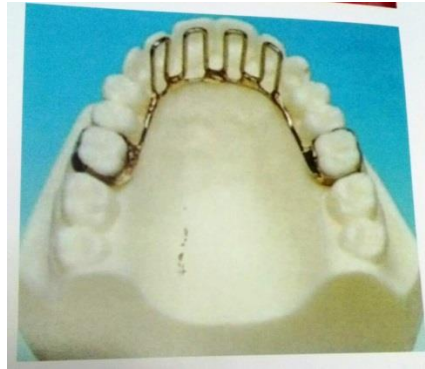
(J. R. , M., Garcia Ballesta, Mendoza, & Planells, 2011)

6.2.1.- PROTRUSIÓN LINGUAL

6.2.1.1.- REJILLA LINGUAL INFERIOR

Es un dispositivo que funciona para evitar que la lengua se desplace hacia a delante de forma excesiva cuando el niño está en reposo. La rejilla lingual tiene una disposición

vertical por lingual de los incisivos inferiores, completamente adaptada a la mordida abierta y acabando a nivel del área lingual de los incisivos inferiores cuando los dientes posteriores están en oclusión. En esta posición, también sirve como una barrera contra el pulgar o los dedos. Está fabricado de acero, que son soldados a las bandas que se encuentran en los molares, puede ser fijo o removible.



(J. R. , M., Garcia Ballesta, Mendoza, & Planells, 2011)

6.2.1.2.- PLACA DE HAWLEY SUPERIOR CON REJILLA ANTERIOR.

Hace tope a la lengua, también puede actuar para que el niño no se chupe el dedo.



(Lugo R. O., 2008)

6.2.1.3.- HAWLEY MODIFICADO.

Reeducadores linguales: Para lograr este objetivo se pueden añadir perlas, rejillas y cualquier variación en elacrílico que estimule la mioterapia lingual. Sirven como recordatorio al momento de que el niño hace la acción.



(Lugo R. O., 2008)

6.3.1.- SUCCIÓN LABIAL

6.3.1.1.- LIP BUMPER O SEPARADOR LABIAL

Este aparato ayuda al momento de la succión labial. Es un aparato fijo y pasivo que posee uno o dos escudos deacrílico en el sector anterior, que separan al labio inferior de los dientes anteriores, evitando su posicionamiento junto a la cara palatinas de los incisivos superiores.

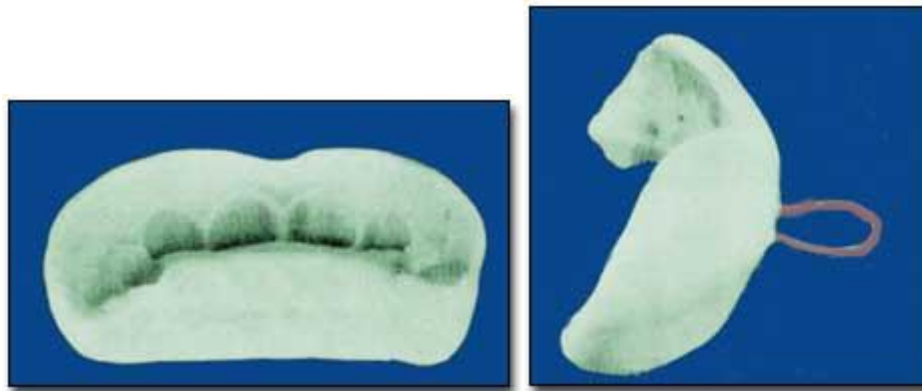


(Lugo R. O., 2008)

6.3.1.- RESPIRADOR BUCAL

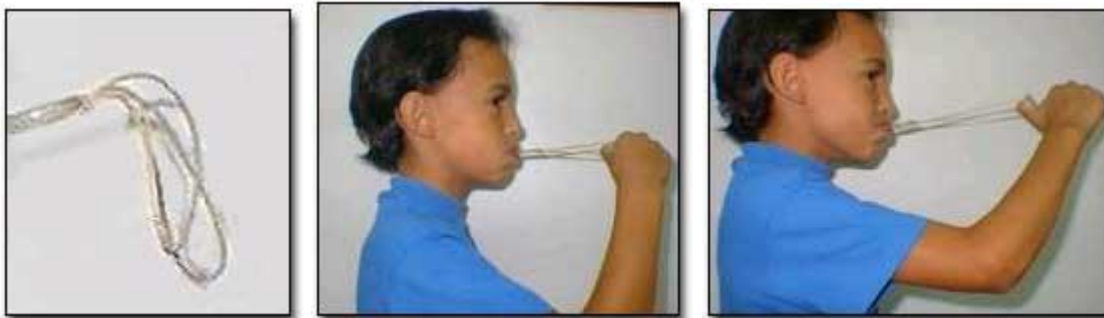
6.3.1.1.- PLACA VESTIBULAR DE HOTZ

La placa vestibular de Hotz se confecciona de acrílico y cubre las caras vestibulares de los dientes anteriores, hoy en día utilizan nuevos materiales para la fabricación del aparato como plástico rígido moldeado o silicona flexible. Se toma el tipo de mordida del paciente para que al ser usada los dientes sean llevados por la presión de los labios a la posición en la que debe ser la correcta. La placa vestibular de Hotz cuenta con dos bandas elásticas en la parte anterior, que serán sujetas por el paciente y estiradas para activar la musculatura perioral.



Figuras 1 y 2

Placa vestibular de Hotz o pantalla vestibular en acrílico



Figuras 5, 6 y 7

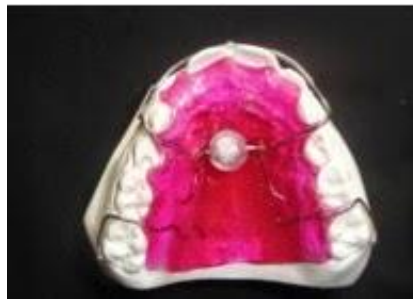
Elásticos atados al asa y ejercicios indicados

(Alvarez, 2011)

6.4.1.- DEGLUCIÓN ATÍPICA

6.4.1.1.- PERLA DE TUCAT

También llamado bolideglutor, es una bolita oscilante de aproximadamente 5mm de diámetro ubicada a nivel de las rugas palatinas usada tanto en aparatología fija y removible con el fin de modificar un hábito. Tiene la finalidad de estimular a la lengua para que adopte una posición más posterior y así controlar el hábito de interposición lingual. La Perla de Tucát o bolideglutor puede ser usada tanto como aparatología fija o removible dependiendo de la intervención y colaboración del paciente. (Hidalgo, 2014)



(Hidalgo, 2014)

6.4.1.2.- PLACA HAWLEY CON PERLA.

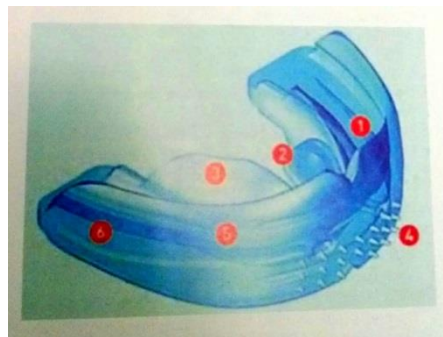
Esta se adiciona para estimular la lengua hacia una posición y función más palatina y posterior.



(Lugo R. O., 2008)

6.5.1.- TRAINER PREORTODÓNICO MIOFUNCIONAL (MFT)

Presenta un aditamento para la lengua, que la ayuda a posicionarse en posición correcta en reposo durante la *deglución*. También posee unos escudos linguales para mantener la lengua dentro de un habitáculo correcto e impedir la protrusión lingual. Este aparato ayuda a rehabilitar la *respiración oral*; posee unos orificios para que al principio el paciente pueda respirar por la boca, pero poco a poco va acostumbrándose y comienza a respirar por la nariz. Este aparato permite el alineamiento de los incisivos superiores, ya que favorece el desarrollo del arco dental, ayudando a corregir de igual manera maloclusiones tipo II.



(J. R. , M., Garcia Ballesta, Mendoza, & Planells, 2011)

Para la eliminación del hábito es importante la modificación de la conducta a través de los padres, ya que si el niño no desea abandonar el hábito volverá al hábito que intentábamos erradicar en primer lugar aunque le pongamos aparatos o no. Lo importante no es el aparato si no el deseo de erradicar el hábito por el paciente, lo que necesitará de estímulos muy positivos de reafirmación sobre su conducta tanto por los padres como por el terapeuta.

Lo importante es reconocer el hábito bucal no fisiológico para interceptar y corregirlo a tiempo, si es necesario, utilizar una terapia a través de ejercicios mioterapéuticos para no llegar a un tratamiento con aparatología, el cual es más agresivo, tardado y difícil de erradicar dependiendo de la edad del paciente.

Pese al término del tratamiento, siempre es bueno tener seguimiento del mismo para evaluar al paciente para motivarlo en que no recaiga en un acto nocivo.

CAPÍTULO VII

7.1.- ESTRATEGIAS O METAS

Tener confianza ante el estomatólogo y las decisiones que se llevan a cabo por parte de él, es muy importante para que el paciente termine con el problema orofacial que presenta y no lo cambie por otro o regrese al mismo acto con una mayor intensidad.

La motivación hacia el paciente es importante para la eliminación del hábito, es necesario que el paciente entienda por qué debe abandonar el acto permisivo y quiera dejarlo, por ello se convence al paciente por medio de premios, avance comparativo con otros pacientes y muestras de posibles problemas que le pueden ocasionar si no abandonan el hábito.

Como motivación para el paciente se puede registrar su progreso en una tabla grande que este a la vista de todos, para que puedan ver su avance de forma pública y consiente. Una vez que el niño va eliminando el hábito, su esfuerzo lo van anotando en la tabla y cuando se llegue a una meta establecida por X días, se le puede dar un premio o incentivo para que el niño se vea más motivado y continúe con el tratamiento indicado.

Dependiendo la edad del niño se le puede instruir a base de videos, canciones, juegos y pláticas para que entienda la importancia de eliminar el hábito y los problemas que puede acarrear si continua con el mismo. Podemos mostrar el avance de gratificación que se les muestra a otros pacientes que ya eliminaron su hábito y lo felices que están al presentar un acto normal.

Los premios o incentivos son una acción favorable en los niños, en ellos los pacientes encuentran motivación y eliminan esa sensación de desagrado hacia el estomatólogo al regalarse algo que les gusta o divierte mucho; es importante que el regalo se dé solo cuando cumpla con los requisitos del tratamiento, no en cada cita, para que el niño razone que es por el cambio de eliminación del hábito en vez de que se le premie por ir a una simple consulta. Es importante que el niño vea su progreso el cual será premiado si se llega a la meta deseada.

Es importante tener en cuenta los gustos del niño para mantenerlo motivado, si el paciente no se siente cómodo con el tratamiento volverá a tener la misma mala conducta y no eliminar el hábito al cien por ciento.

No hay que olvidar el efecto que tiene hacia el niño hacia la corrección del hábito, si no acepto el primer tratamiento correctivo que se le dio podemos pasar a otro y volver a evaluar los resultados.

En lo que respecta el tratamiento psicológico y miofuncional, el registro sobre la evolución del caso es indispensable, se necesita evaluar los cambios que presenta el paciente cada mes para verificar el avance o retroceso del paciente. Se dará seguimiento al tratamiento

en un periodo de 6 meses aproximadamente o hasta que el hábito este eliminado, para ver su efectividad. Una vez que se haya logrado la meta deseada, se podrá detener el tratamiento y darle citas una vez cada 4 o 6 meses para evaluar que no se presenta recidiva del hábito.

Existen muchos tipos de terapias que se pueden llevar a cabo para que el niño se motive a dejar el hábito y así el tratamiento tenga éxito al final. Podemos realizar distintas dinámicas con las que el paciente se sentirá a gusto y se vuelva cooperador con el estomatólogo. Por ejemplo, podemos llevar a cabo una serie de preguntas cuya respuesta sea entendible para el paciente y así puede llegar a comprender lo incorrecto de su acto repetitivo, evaluando las respuestas hacia las preguntas que le realizamos y también comprender el estado de razonamiento de nuestro paciente:

¿Para qué son tus dientes?	Importancia, función y desarrollo de los dientes (didáctica para que entienda la importancia de los dientes y el por qué debe cuidarlos)	Duración para poder realizar esta pregunta: de 20 a 40 minutos aproximadamente.
¿Qué es un hábito?	¿Cuáles son los hábitos buenos y malos?, diferencia entre una costumbre o monotonía diaria y comparación de lo malo y bueno sobre la acción del hábito que lleva.	Duración para poder realizar esta pregunta: de 20 a 40 minutos aproximadamente.
¿Qué alteraciones provocan?	Hacia los dientes, tejidos (estética)	Duración para poder realizar esta pregunta: de 20 a 40 minutos aproximadamente.
¿Por qué poner esfuerzo en una sonrisa sana?	Eliminación del hábito y autorresponsabilidad/ sentido del bien y el mal y el por qué no dejar que el hábito evolucione	Duración para poder realizar esta pregunta: de 20 a 40 minutos aproximadamente.

Antes de hacer este cuestionario podemos hacer una evaluación sobre temas de importancia para ver el nivel de entendimiento sobre:

- ❖ Conocimiento sobre el hábito.
- ❖ Conocimiento general adecuado sobre costumbres o acciones que realiza con mayor frecuencia.
- ❖ Conocimiento general inadecuado sobre costumbres o acciones que realiza con mayor frecuencia.

Una vez realizado las preguntas podremos darle un valor significativo, como:

- ❖ 5 puntos si obtienen 3 respuestas.
- ❖ 3 puntos si obtienen 2 respuestas.

- ❖ 0 puntos si obtienen 1 o 0 respuestas.

Hacer este tipo de preguntas tanto a los padres o familiares que llevan al niño, como al niño individualmente.

Si las preguntas no funcionan para que el paciente entienda sobre los hábitos podemos utilizar otros métodos o dinámicas con un poco más de interacción, por ejemplo:

- ❖ Exposiciones orales: explicar el tema con una actividad como: dibujos, juegos, enseña y dice, etc.
- ❖ Dinámicas en grupo: con un grupo mínimo de 5 personas que interactúen con las preguntas y respuestas.
- ❖ Dramatizaciones: actuación sobre el tema
- ❖ Técnicas afectivas-participativas: dejar tareas y que el niño explique la emoción o sentimientos que tiene al investigar y conocer los efectos que puede causar si sigue con el hábito.
- ❖ Pantomima: actuación sin palabras, el niño tiene q expresarse a través de movimientos con su cuerpo y gestos faciales sobre lo que siente al saber si continua con su acción degenerativa.
- ❖ Apoyo didáctico: mostrar modelos de estudio, acrílicos, carteles, laminas y fotografías sobre el caso y como puede evolucionar si continua con el mismo.

El uso de recordatorios también es una buena opción para los pacientes mayores de 7 años, que ya no se sienten tan pequeños, podemos utilizar pulseras de colores que indiquen su desempeño para el tratamiento y reforzarlo con premios para que el avance sea mayor. Podemos utilizar de la misma manera dijes con distintas figuras o agregar más a los mismos.

Podemos utilizar otro tipo de métodos de tipo caseros usados tiempo atrás por estomatólogos, que son no invasivos y son recordatorios para que el niño evite realizar el hábito.

Podemos utilizar esté procedimiento: consiste en dibujar con tinta indeleble la cara de un niño en el pulpejo del dedo que se succiona, explicarle que representa a su hermano o mejor amigo que, cuando lo introduce en la boca lo deja en la oscuridad y abandonado. Debe quedar constancia en un calendario y ser revisado cada 15 días, teniendo en

recompensa final a los 3 meses de haber cesado el hábito. (Boj J. R., Catalá, García-Ballesta, Mendoza , & Planells , 2011)

Algunos métodos utilizados con éxito por los odontólogos y que no consisten en la aplicación de instrumentos en la boca del niño son: recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias, comercialmente disponibles a este efecto, de sabor desagradable, rodear con tela adhesiva el dedo afectado, o adherir con algún medio un guante a la muñeca de la mano afectada. (L. Braham & E. Morris , 1989)

También se han usado guantes para dormir para evitar que el niño se meta el dedo en la boca u otros métodos no restrictivos que rara vez das resultados. La eliminación de hábito también dependerá de la eliminación del objeto que llegase a tener el niño que usualmente suelen utilizar para relajarse.

El uso de una simple placa palatina pasiva no funcional, servirá como recordatorio conducente al abandono del hábito. Parecería que cualquier dispositivo que sirva para llevar el hábito de la subconciencia a la conciencia permitirá al niño quebrar el hábito si no lo desea o necesita más. (L. Braham & E. Morris , 1989)

El interrogatorio es la base para poder llevar a cabo este tipo de tareas, la edad y ayuda que brinden los padres hacia el tratamiento es lo que nos llevara al éxito esperando que el paciente no regrese al hábito o lo cambie por otro.

BIBLIOGRAFÍA.

Bibliografía

- Alvarez, O. Q. (12 de Enero de 2011). *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Ortopedia*. Recuperado el 31 de Agosto de 2015, de Uso de la Placa Vestibular o Pantalla Vestibular: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2001/>
- Andrea Ocampo Parra, N. J. (19 de Noviembre de 2012). Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. *Revista Nacional de Odontología* , 8, 8.
- Arévalo Remache, J. P., Sigüencia Cruz, V., & Bravo Calderón, M. E. (4 de Noviembre de 2014). Maloclusión Clase II-1, tratamiento ortodóncico. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*(10) , 1-.
- B. Finn , S. (s.f.). Hábitos bucales infantiles. En S. B. Finn , *Odontología Pediátrica*. Interamericana .
- Barrios Felipe, L., Puente Benítez , M., Castillo Coto, A., Rodríguez Carpio , M. A., & Duque Hernández , M. (2001). *Revista Cubana de Ortodoncia* . Recuperado el 15 de Octubre de 2014 , de Hábito de respiración bucal en niños: http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol16_1_01/ord07101.htm
- Benitez Calvo , L. (2009). Estudio de la lactancia materna como un factor determinante para prevenir las anomalías dentomaxilofaciales . *Revista Lationamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*.
- Blanco Reyes, V., & Quirós , O. (16 de Junio de 2013). Deglución atípica y su influencia en las maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*(21), 2.
- Boj , J. R., Catalá , M., García Ballesta , C., & Mendoza , A. (2004). Consideraciones morfológicas de la dentición temporal. En J. R. Boj , M. Catalá , C. García Ballesta , & A. Mendoza , *Odontopediatría* (pág. 46). España: MASSON.
- Boj, J. R., Catalá, M., García-Ballesta, C., Mendoza , A., & Planells , P. (2011). Hábitos Orales. En J. R. Boj, M. Catalá , C. García-Ballesta , A. Mendoza , & P. Planelles , *Odontopediatría: la evolución del niño al adulto* (págs. 521-537). Madrid : Ripano .
- Carbó Ayala, J. E. (2009). cap. 11 Relaciones de oclusión entre las estructuras dentarias maxilares y mandibulares. En J. E. Ayala, *Anatomía dental y de la oclusión*. La Hbana : EC MED ciencias medicas.

- Carmen T. Medina, M. L. (2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*, 35.
- Castillo Cevallos , J. L. (2010). Hábitos Bucles. En N. Bordoni , A. Escobar Rojas , & R. Castillo Mercado , *Odontología Pediátrica* (pág. 1142). Buenos Aires : Panamericana .
- Castillo Cevallos , J. L. (2010). Hábitos Bucles. En N. Bordoni , A. Escobar Rojas , R. Castillo Mercado , & M. T. de Alvear (Ed.), *Odontología Pediátrica* (1° ed., pág. 660). Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Goran , K. (1994). Alteraciones del Desarrollo y de la Función Oclusal . En K. Goran, *Odontopediatría: Enfoque clínico* (pág. 209). Argentina : Editorial Médica Panamericana .
- Hidalgo, F. A. (Octubre de 2014). V OPEN LAB . Recuperado el 31 de Agosto de 2015 , de V OPEN LAB : <http://openlabupcv.blogspot.mx/2014/10/reeducador-de-habitos-perla-de-tucat.html>
- Houston, W., & Tulley , W. J. (1988). Maloclusiones Clase I. En W. Houston , & W. J. Tulley , *Manual de Ortodoncia* (pág. 193). Sanatafé de Bogota: Manual Moderno.
- J. R. , B., M., C., Garcia Ballesta, C., Mendoza, A., & Planells, P. (2011). Mantenimiento del espacio. En B. J. R. , C. M. , C. Garcia Ballesta , A. Mendoza , P. Planells , & R. L. Gómez (Ed.), *Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven* (págs. 489 - 505). Madrid, Ronda del Caballero , España: Ripano Médica.
- (1994). Alteraciones del Desarrollo y de la función oclusal. En G. Koch , T. Modeer , S. Poulsen , & P. Rasmussen , *Odontopediatría. Enfoque Clínico* (pág. 209). Argentina : Médica Panamericana .
- L. Braham , R., & E. Morris , M. (1989). Hábitos bucales y su manejo. En R. L. Braham , & M. E. Morris , *Odontología Pediatría* (págs. 420-423). Argentina : Panamericana.
- Laboratorio Ortoplus . (2014). Recuperado el 06 de Septiembre de 2015 , de Laboratorio Ortoplus: <http://www.ortoplus.es/ortodoncia/habito/rejilla-lingual-omegas.php>
- Lugo , C., & Toyo , I. (20 de Mayo de 2011). Hábitos orales no fisiológicos más comunes y cómo influyen en las Maloclusiones. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 11(26).
- Lugo, R. O. (2008). *Manual clínico de ortodoncia* . Recuperado el 06 de Septiembre de 2015 , de Libros de autores cubanos : <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0estomato--00-0---0-10-0---0---0direct-10---4-----0-0l--11-1l-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-00-00&a=d&c=estomato&cl=CL1&d=HASH0120bcbd5e0318889638021e>

- Marín Arias, D. M., Sigüencia Cruz, V., & Bravo Calderón, M. E. (4 de Noviembre de 2014). Maloclusión Clase I, tratamiento ortodoncico. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Pediatría*(8), 1.
- Martínez Ross , E. (1985). Deglución. En E. Martínez Ross, *Oclusión Orgánica* (pág. 48). Barcelona : Salvat .
- Martínez Ross, E. (1985). elementos auxiliares de la masticación . En E. Martínez Ross, *Oclusión Orgánica* (pág. 49). Barcelona : Salvat .
- Medina A., C. T., Laboren S., M. L., Viloría R. , C., Quirós A. , O., Jurisic , A. D., Alcedo , C., y otros. (3 de Septiembre de 2010). Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. *Revista Latioamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 60.
- Morán, V., & Zamora , O. (15 de Abril de 2013). Tipos de Maloclusiones y hábitos orales más frecuentes, en pacientes infantiles en edades comprendidas entre 6 y 7 años, de la E.B.N Los Salias, ubicada en San Antonio de los Altos, Edo. Miranda, Venezuela. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 33, 47.
- Nava Garcia, C. (Febrero de 2012). Hábitos Orales. *Revista Fundacion Valle del Lili*(189), 4.
- Quirós, A. O., Quirós , C. L., & Quirós , C. J. (20 de Marzo de 2003). *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría* . Recuperado el 2 de Septiembre de 2015, de La orientación psicológica en el manejo de ciertos hábitos en Odontología:
<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/>
- Suarez , E., Salas , W., Villalobos , G., Villalobos , K., & Quirós , O. (27 de Mayo de 2012). Estudio de las Maloclusiones asociadas a hábitos deformantes en niños entre 5 a 11 años de edad de la población Añu de la Escuela Laguna de Sinamaica, Municipio Páez, Estado Zulia. *Revista Latioamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*, 11, 80.
- Thomazinho da Cunha , S. R. (2009). Hábitos Bucles. En M. S. Nahás P. Correa , *Odontopediatría en la primera Infancia* (pág. 555). Sao Paulo Brasil : Santos .
- Thomazinho da Cunha, S. R. (2009). Hábitos Bucles. En M. S. Correa, *Odontopediatría en la Primera Infancia* (pág. 555). Sao Paulo Brasil: Santos.