

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

**“IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES
COMO CAUSA DE LA MALA OCLUSIÓN”**

ODONT. BYRON DARWIN REYES GALLARDO

2011

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

Trabajo de investigación como requisito para
optar por el título de:
Diploma Superior en Técnica MBT de Ortodoncia

**“IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS BUCALES
COMO CAUSA DE LA MALA OCLUSIÓN”**

ODONT. BYRON DARWIN REYES GALLARDO

2011

Editorial de Ciencias Odontológicas U.G

CERTIFICACIÓN DE TUTORES

En calidad de tutores del trabajo de investigación:

Nombrados por el Consejo de Escuela de Postgrado de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad Estatal Santiago de Guayaquil.

CERTIFICAMOS: Que hemos analizado el proyecto de trabajo de investigación como requisito previo para optar por el título de: Diploma Superior en Técnica MBT de Ortodoncia.

El trabajo de investigación se refiere a:
“Importancia de los Hábitos bucales como causa de la mala oclusión”

Presentado por:

Odont. Byron Reyes Gallardo. C.I. 0703255067

Tutores:

Dr. Eduardo Pazmiño.
Tutor Científico

Psic. José Apolo.
Tutor Metodológico

Guayaquil, Septiembre del 2011

AUTORÍA

Las conclusiones y recomendaciones de este trabajo responden a los resultados obtenidos a partir de la puesta en práctica de este trabajo de investigación.

Odont. Byron Reyes Gallardo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis Padres por ese incentivo de superación que día a día contribuyeron en mi formación profesional; siendo para mí un apoyo relevante y una guía muy significativa para seguir estudiando y perseguir metas más altas. También a la Universidad de Guayaquil por ese aporte científico impartido con sus Docentes de Altísima calidad y que han sido pilares en el aprendizaje de este diplomado.

ÍNDICE GENERAL

Carátula

Carta de Aceptación de los Tutores

Autoría

Agradecimiento

Índice General

Índice de gráficos

Resumen

Abstract

Introducción

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.- Planteamiento del problema 1

1.2.- Preguntas de investigación 1

1.3.- Objetivos de investigación 2

1.3.1.- Objetivo General 2

1.3.2.- Objetivos Específicos 2

1.4.- Justificación de la investigación 2

1.5.- Criterios para evaluar la investigación	3
1.6.- Viabilidad de la investigación	3
1.7.- Consecuencias de la investigación	3

2.- MARCO DE REFERENCIA

2.1.- Antecedentes	4
2.2.- Fundamentos teóricos	6
2.3.- Elaboración de Hipótesis	49
2.4.- Identificación de las variables	49

3.- METODOLOGÍA

3.1.- MATERIALES Y MÉTODOS	49
3.1.1.- MATERIALES	49
3.1.1.1.- Lugar de la investigación	49
3.1.1.2.- Período de la investigación	49
3.1.1.3.- Recursos empleados	50
3.1.1.4.- Recursos Humanos	50

3.1.1.5.- Recursos Materiales	50
3.2.- MÉTODOS	50
3.2.1.- Universo y Muestra	50
3.2.2.- Tipo de investigación	50
3.2.3.- Diseño de la investigación	51
4.- CONCLUSIONES	52
5.- RECOMENDACIONES	53
6.- BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS.-	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Fig. 2.1: Mordida abierta anterior.	8
Fig. 2.2. Succión maternal.	12
Fig. 2.3: Posición distal de la mandíbula durante la succión del biberón.	14
Fig. 2.4. Hábito de succión digital.	15
Fig. 2.5. Mordida abierta anterior .	16
Fig. 2.6. Estrechamiento del paladar.	17
Fig. 2.7 Tratamiento para el hábito de Succión.	18
Fig. 2.9. Efectos del Uso del Chupón.	20
Fig. 2.10. Mordida abierta con sellado lingual anterior.	22
Fig. 2.11. Mordida abierta con Vestibularización.	22
Fig. 2.12. Deglución con presión lingual lateral	25
Fig. 2.13. Contracción labial	27
Fig. 2.14. Placa de Hawley con rejilla palatina y perla de tucat.	28
Fig. 2.15. Rejilla palatina Lateral.	29

Fig. 2.16 y 2.17 Ejercicios miofuncionales.	31
Fig. 2.18 y 2.19. Rejilla o Trampa lingual.	32
Fig. 2.20. Mecedor lingual de Testa y Trainer	33
Fig. 2.21. Mordida cruzada posterior unilateral	33
Fig. 2.22. Elásticos en Z.	34
Fig. 2.23. y 2.24. Respiración nasal y r. bucal	36
Fig. 2.25 Características del respirador bucal	38
Fig. 2.26. Colapso del Maxilar Superior	39
Fig. 2.27. Pantalla o escudo vestibular	42
Fig. 2.28. Mentonera co tracción occipital	43
Fig. 2.29. Tornillo de Expansión tipo Airax.	44
Fig. 2.30. y 2.31 Incompetencia Labial y Protrusión dento-alveolar	45
Fig. 2.32. Lip-bumper.	46
Fig. 2.33 Hábito de Onicofagia,	47
Fig. 2.34 Tridente de Graber.	49

RESUMEN

Los malos hábitos pueden alterar la posición de los dientes y la relación o formas de las arcadas dentarias, produciendo un desequilibrio entre las fuerza musculares externas y las internas.

El grado de las alteraciones producida dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito, como así también de las características biotipológicas y la edad del paciente.

En el contenido encontraremos la clasificación de los hábitos, etiología y sus consecuencias dentomaxilofaciales en el infante; así como también diagnósticos interceptivos que nos ayudaran a detectar de manera temprana este mal desarrollo, actuando oportunamente con terapias miofuncionales, tratamientos ortodónticos o aparatos ortopédicos.

ABSTRACT

Bad habits can alter the position of the teeth and the relationship or forms of the dental arches, producing a muscle strength imbalance between external and internal.

The degree of changes produced depend on the duration, intensity and frequency of smoking, as well as the characteristics biotypological and patient age.

The content will find the classification of patterns, etiology and consequences dentomaxilofaciales in the infant, as well as interceptive diagnostics to help us detect this disease early on developing therapies myofunctional acting promptly, orthodontic treatment or braces.

ANEXOS

Foto # 1. Paciente con hábito de Interposición Lingual. Presenta mordida abierta anterior (antes de su tratamiento)



Foto # 2. Al paciente se le realiza un tratamiento mixto para el hábito con orientación de la lengua, realizando ejercicios miofuncionales y usando aparatología ortodóntica (arco de curva reversa superior, con trampa lingual y arco Transpalatino.)



Foto # 3. Paciente con corrección de hábito de interposición lingual y la mordida abierta anterior. Tratamiento finalizado.



1.- PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Podemos considerar que el complejo maxilofacial se compone de 3 sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal, el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada.

Los diversos hábitos bucales persistentes en el infante, son considerados como obstáculos en esta fase de desarrollo, estableciéndose la maloclusión a edad temprana como respuesta a esta alteración, por lo que es necesario interceptar con un diagnóstico oportuno.

1.2.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN?

¿Qué factores intervienen para el establecimiento de los hábitos bucales en el infante?

¿Cuáles son los hábitos que interfieren en el desarrollo normal óseo, muscular y que estimula la mala oclusión?

¿Clínicamente como se presentan los efectos de estos hábitos y cuales son los tratamientos correctivos más eficaces?

1.3.- OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

1.3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo los hábitos bucales influyen de una manera primordial en el desarrollo de las mala-oclusiones infantiles.

1.3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Saber como diagnosticar y detectar a temprana edad el inicio de algún tipo de hábito.
- Conocer el efecto óseo y la mala oclusión que desarrolla la persistencia de los hábitos bucales.
- Establecer los tipos de tratamientos para la intercepción oportuna de los hábitos.

1.4.- JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene una importancia relevante para la ciencia odontológica, ortodóntica y ortopédica, ya que el tema escogido demuestra que una de las causas primarias del origen de las mala oclusiones son los hábitos bucales; los cuales se inician en el infante desde una edad muy temprana, teniendo como consecuencia un mal desarrollo de las estructuras óseas y para su efecto la evolución de una incorrecta oclusión. Estos hábitos pueden ser identificados a tiempo y se necesita elaborar un plan de tratamiento para impedir el progreso de estas futuras patologías.

1.5.- CRITERIOS PARA EVALUAR LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación es clara, evidente, relevante, factible y conveniente.

1.6.- VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

Este trabajo es viable ya que cuenta con información de muy alto nivel acerca de los hábitos más importantes, que provocan mal oclusiones.

1.7.- CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN.

Se tiene previsto un resultado positivo de esta investigación, ya que el nivel de conocimientos acerca de una de las causas más significativas del origen de las mala oclusiones “los hábitos bucales” serán abordados de forma científica y se podrá determinar cuando y que tipo de tratamientos serán necesario llevarse a cabo; siendo favorecida principalmente la población infantil, que es la de mayor susceptibilidad para el desarrollo de los efectos indeseados sobre la arcada dental.

2.- MARCO DE REFERENCIA

2.1.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antes de hablar sobre hábitos propiamente dichos, expondremos algunos conceptos sobre los impulsos naturales o instintos del niño.

El niño al nacer el impulso más importante es el de la succión. Si le ofrecemos el dedo comienza a succionar como si quisiera nutrirse. Cuando le ofrecen el seno materno, lo aprehende y succiona, aunque no haya leche.

Una determinada cantidad de succiones proporciona una cantidad de leche en la boca, que desencadena otro reflejo, el de la deglución, que lleva el alimento al estómago. Este volumen deglutido se acumula en el estómago hasta que el niño tenga la sensación de plenitud alimenticia. El niño está satisfecho desde el punto de vista nutritivo y también con cada succión, experimenta una sensación de placer. Que lo conduce a un éxtasis emocional y duerme profundamente de 3 a 4 horas.

Sin embargo, por distintas razones, actualmente es difícil que la madre amamante.

¹ Esequiel Rodríguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos." Mexico, 2007, Edit. Amolca.

Recurre a métodos artificiales como el biberón que deja pasar un flujo de leche mucho más grande y como resultado, el niño alcanza en pocos minutos la sensación de plenitud alimenticia. El bebe tampoco hace la cantidad de succiones necesarias para producir el éxtasis emocional y por eso, busca un sustituto que puede ser el chupón (chupete), el dedo, etc. Como en cada succión del biberón el volumen de la leche es mucho más grande, desarrollara una práctica equivocada de la deglución, y puede haber desvíos de la posición de la lengua y, como consecuencia, la presentación del habito de la deglución atípica. Además, al succionar el pecho materno la fuerza ejercida es mucho más grande que en el biberón, lo que ocasiona mejor desarrollo y maduración de los músculos periorales.

Sin embargo a la necesidad de utilizar biberón, deberá ser más erguido, para evitar dificultades respiratorias, lo que tendría como consecuencia que empezase a respirar por la cavidad bucal. La posición en la cuna también es importante, debe evitarse que el niño se quede con el cuello en flexión, porque la dificultad para respirar normalmente ocasionaría el hábito de la respiración bucal.

Como sabemos al aparecer los primeros dientes, se instala el impulso de morder. En esta época se hace necesaria una dieta más sólida para compensar este impulso. Una de las formas de ejercitar la masticación es ofrecer al niño un mordedor, para que lo sujete y empiece a morder y succionar, aunque sea antes de la erupción de los dientes deciduos. Si este impulso no es satisfecho, el niño buscará para morder los más variados objetos, principalmente roerse las uñas, instalándose así el hábito de la onicofagia.

2.2.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1.- Hábito.- Un hábito puede ser definido como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace de forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, el habla y la deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica.

2.2.2.- Los hábitos bucales no fisiológicos.- Son uno de los principales factores etiológicos causantes de mal oclusiones o deformaciones dento-esqueléticas, los cuales pueden alterar el

desarrollo normal del sistema estomatognático y

² Laboren M, Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic.:jul,2010

causar un desequilibrio entre fuerzas musculares orales y peri-orales, 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, cuanto menor es la 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.

Los hábitos bucales como la interposición lingual o deglución atípica, succión digital o uso del chupón, y la respiración bucal, pueden incidir directamente en la génesis de problemas ortopédicos y ortodóncicos.



Fig. 2.1 Mordida Abierta Anterior. Fuente: [www.Orthodoncia w.s](http://www.Orthodoncia.w.s).

Al interferir en el normal desarrollo de los procesos alveolares, estimulando o modificando la dirección del crecimiento en ciertas estructuras, pueden generar:

- Mordidas abiertas anteriores o laterales. (Fig.2.1).

- Protrusiones dentarias.
- Protrusiones dentoalveolares.
- Inhibición en la erupción de uno o varios dientes.
- Vestibulo o linguoverciones, etc.

2.2.3.- CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE LOS HÁBITOS:

2.2.3.1.- Instintivos.- Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tonarse perjudicial, por la persistencia con el tiempo.

2.2.3.2.- Placenteros.- Algunos hábitos se tornan placenteros, tal como algunos casos de succión digital o del chupón.

2.2.3.3.- Defensivos.- En pacientes con rinitis alérgica, asma, en donde la respiración bucal se torna un hábito defensivo.

2.2.3.4.- Hereditarios.- Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario, pueden acarrear

³ Esequiel Rodriguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos."Mexico, 2007,Edit. Amolca.

de por sí un hábito relacionado a dicha malformación, por ejemplo; inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida, entre otros.

2.2.3.5.- Adquiridos.- La fonación nasal en los pacientes de labio y paladar hendido, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe

glótico para los fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la CH.

2.2.3.6.- Imitativos.- La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas, etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas.

2.2.4.- FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCIÓN DE UN HÁBITO

2.2.4.1.- Duración.- Por su duración puede ser clasificados en:

- **2.2.4.1.1.- Infantil.-** (hasta 2 años), esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en líneas generales no tienen efectos dañinos.
- **2.2.4.1.2.- Pre-escolar.-** (2 a 5 años), si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición; si es continuo o intenso puede producir mal-posiciones en los dientes

primarios; si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.

- **2.2.4.1.3.- Escolar.-** (6 a 12 años).

Requieren de un análisis más profundo de

la etiología del hábito, pueden producir malposición dentarias y malformaciones dento-esqueléticas.

2.2.4.2.- FRECUENCIA: Pueden ser intermitentes (diurnos) o continuos (nocturnos). Hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que sólo en la noche o para dormirse.

2.2.4.3.- INTENSIDAD:

- **2.2.4.3.1 Poca intensa.-** Cuando la inserción de dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente de los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo si no distraídamente la punta del dedo.
- **2.2.4.3.2 Intensa.-** Cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

2.2.4.4.- EDAD.- En que este se inicia, de tal forma que mientras más antes comience este mal hábito, mayor será el daño, ya que a edades

⁴ Esequiel Rodríguez, Casasa “1001 tips de Ortodoncia y sus secretos.”Mexico, 2007,Edit. Amolca.
tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable.

2.2.5.- SUCCIÓN POR LACTANCIA MATERNA

El reflejo de succión constituye una respuesta innata que se da en los seres humanos durante las primeras semanas de vida, generalmente hasta los cuatro o seis meses. (Fig. 2.2)



Fig. 2.2 Succión maternal. Fuente:

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.
www.Ortodoncia w.s

Durante el amamantamiento se presentan dos etapas o fases: Aprehensión del pezón y de la areola y el ordeño de la leche.

En la primera parte se produce un cierre hermético de los labios del bebé con la areola y el pezón. La mandíbula desciende y se crea el

vacío entre el paladar blando y la parte posterior de la lengua.

En la segunda etapa la mandíbula avanza y nivela los rebordes alveolares de los dos maxilares. Para extraer la leche presiona el pezón en la zona de los tubérculos de Montgomery. Este movimiento posteroanterior de avance de la mandíbula hace posible la alimentación natural al pecho y favorece la

morfogénesis de la Articulación témporo-mandibular (ATM). Se denomina "primer avance Fisiológico de la oclusión" La lengua adquiere forma cóncava y recibe la leche para deglutirla. Al Retirar el pezón éste tendrá forma plana en la parte superior y cóncava en la parte inferior, causada por la presión de la lengua contra la bóveda palatina.

Con el uso del chupón o del tetero la mandíbula se queda atrás y no se presenta el primer avance fisiológico, favoreciendo la presencia de Clase II (distoclusión), apiñamiento, mordida cruzada posterior, mordida abierta, mal posiciones dentarias.(Fig|2.3). Crea costumbres nocivas como el mal agarre del pezón trayendo como consecuencia que el lactante quede insatisfecho en la alimentación, y en su mayoría adopte el hábito no nutritivo de la succión digital.

⁵ Laboren M, Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic:,jul,2010.

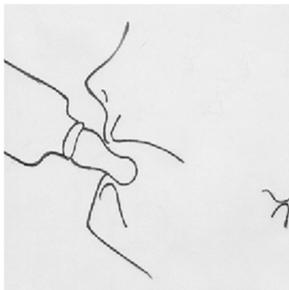


Fig. 2.3. Fuente: **Posición distal de la mandíbula durante la succión del biberón.** Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [www.Orthodoncia w.s](http://www.Orthodoncia.w.s)

2.2.6.- HÁBITO DE LA SUCCIÓN DIGITAL

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.(Fig 2.4). 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.



Fig. 2.4 A Y B. Hábito de succión digital pre y post-nacimiento. Fuente: Ezequiel Rodríguez,Casasa;2007 **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos.**

2.2.6.1.- Etiología

Larson considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más breve y requiere de un menor esfuerzo físico; al no fatigar al bebe impide su adormecimiento por cansancio y no agota todo su

instinto natural de succión. Los hábitos de succión tardía son el resultado de frustraciones psicológicas debidas a contratiempos tanto escolares como familiares. El niño se refugia en la succión para escapar del mundo real que le parece muy duro. La succión no nutritiva puede surgir como una manifestación de otras psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, estrés,

⁶ Laboren M, Hábitos Bucles más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic:,jul,2010.

ansiedad, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento.



A

B

Fig. 2.5 A y B Mordida Abierta.Anterior . Fuente: Rodriguez, E. White, L.: (2008)
Ortodoncia Contemporánea Diagnostico y Tratamiento.

2.2.6.2.- Efectos de los hábitos de succión digital:

- Vestibularización de dientes anterosuperiores.
- Protrusión dentaria y reborde alveolar superior.
- Mordida abierta anterior, por interferir el pulgar. (Fig. 2.5 A y B).
- Aumento del ángulo SNA.
- Excesiva sobremordida horizontal.
- Disminución del ángulo inter-incisal.

⁷ Esequiel Rodriguez, Casasa “1001 tips de Ortodoncia y sus secretos.”Mexico, 2007,Edit. Amolca.

- Estrechamientos, (profundidad del paladar) de los arcos superior e inferior.(Fig.2.6).
- Mordida cruzada posterior por estrechez.(Fig. 2.5 B).
- Interposición lingual, por mordida abierta.
- lingualización de los incisivos inferiores.
- Incompetencia labial y problemas de lenguaje.
- Retrognatismo mandibular por presión.



Fig.2.6 Estrechamiento o paladar ojval. Fuente: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria. [www.Ortodoncia w.s](http://www.Ortodoncia.w.s)

2.2.6.3.- Tratamientos:

Los datos de la literatura sugieren que el tratamiento del hábito de la succión del pulgar es apropiado a partir de los 4 años de edad si el problema es crónico.

⁸ Lugo C., Toyo I. Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Mal oclusiones./ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "www.Ortodoncia.ws edi,marz 2011.

Los tratamientos disponibles se clasifican en tres categorías:

- 1 - Tratamientos psicológicos (persuasivos). Que consiste en explicar al niño con palabras acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia.
- 2.- Terapia miofuncional, mejorando el tono de la musculatura perioral
- 3.- Utilización de dispositivos ortodóncicos.

Con la simple colocación de una placa de Hawley con rejilla lingual, impedirá el contacto del dedo con el paladar, perdiendo así el placer de la succión y de forma gradual el niño eliminará el hábito.(Fig.2.7).



Fig.2.7 y Fig. 2.8. Tratamiento para el Hábito de Succión. Fuente: Ezequiel Rodríguez,Casasa;2007 **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos**

También la placa de rejilla soldados a las bandas de los molares superiores y que cubre la porción del paladar servirá solamente como recordatorio, pero el niño deberá conocer la función del aparato. (Fig.2.8).

2.2.7.- HABITOS DE SUCCIÓN DE CHUPÓN

2.2.7.1.- Etiología.- La succión es una de las primeras manifestaciones de actividades fisiológicas que se desarrolla en el ser humano, ya que se corresponde con una necesidad básica del organismo como es la alimentación.

La succión no nutritiva de los dedos, juguetes, chupón, labio u objetos no relacionados con la ingesta de nutrientes, se considera una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal, que además les da calma y los reconforta.

2.2.7.2.- Efectos del uso del chupón.- Su uso continuado durante la dentición temporal se encuentra asociado en la mayoría de los casos, a las maloclusiones, las más frecuentes es la mordida abierta anterior, que cede cuando se abandona el hábito precozmente. La más grave, aunque menos frecuente es la mordida cruzada posterior, que repercute en el crecimiento craneofacial del niño, sobre todo cuando el hábito se prolonga más allá de los 36 meses.

⁹ Esequiel Rodriguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos."Mexico, 2007,Edit. Amolca

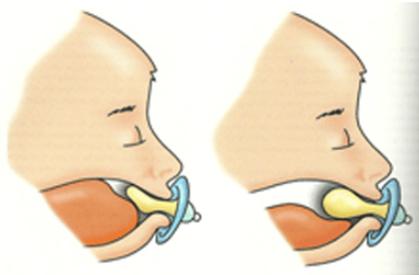


Fig. 2.9 Fuente: Vellini. **Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica.** 2002

Se considera que tal relación se debe a que la posición bucal del chupete conlleva a un desplazamiento de la lengua sobre la mandíbula y una elongación de los músculos orbiculares y buccinadores. Estos cambios provocan un aumento de la distancia transversal maxilar (Fig.2.9).

2.2.8.- DEGLUCIÓN

La deglución infantil típica del niño antes de la erupción dentaria, se caracteriza porque los maxilares se separan, la lengua se interpone entre los rebordes gingivales y la mandíbula se fija y se proyecta hacia delante, de tal forma que la lengua puede presionar el pezón contra la arcada dentaria superior durante el amamantamiento.

¹⁰ Esequiel Rodríguez, Casasa “1001 tips de Ortodoncia y sus secretos.”Mexico, 2007,Edit. Amolca

En este punto la deglución está controlada por el

contacto de los labios, la lengua y la musculatura perioral. Luego de la erupción dentaria se produce un cambio en el patrón de la deglución, en donde la punta de la lengua se coloca en el paladar, las

arcadas dentarias hacen contacto entre sí y no se produce una contracción labial. El patrón típico de la deglución del adulto suele desarrollarse alrededor de los 5 años.

2.2.9.- HÁBITO DE DEGLUCIÓN INFANTIL O ATÍPICA

La deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce cuando el patrón de deglución infantil persiste luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones, se puede afirmar también, que la deglución infantil se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior. (Fig.2.10 A) Si no existiera una mordida abierta anterior, la lengua no obstruiría ese hueco para lograr el correcto sellado durante la deglución.(Fig.2.10 B)

2.2.9.1.- Etiología.- Entre los factores etiológicos que favorecen la instauración de este hábito podemos nombrar:

¹¹ Esequiel Rodríguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos."Mexico, 2007,Edit. Amolca



A

B

Fig. 2.10 A y B Mordida Abierta con sellado lingual anterior. Fuente: Vellini. *Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica.* 2002

- La alimentación artificial y prolongada por medio del biberón.
- Amígdalas inflamadas; amigdalitis.
- Desequilibrio del control nervioso-muscular.
- Macroglosia. (Fig. 2.11 B)
- Anquiloglosia.
- Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital.
- Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema inter-incisal grande.



A

B

Fig. 2.11 A y B Mordida Abierta con vestibularización y macroglosia.

Fuente: Vellini. *Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica*. 2002

2.2.9.2.- Clasificación del hábito de interposición Lingual:

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

- Tipo I: no causa deformación
- Tipo II: con presión lingual anterior
- Tipo III: con presión lingual lateral
- Tipo IV: con presión lingual anterior y lateral.

2.2.9.2.1.- Interposición Lingual 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

¹² Lugo C., Toyo I Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Mal oclusiones./ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "www.Ortodoncia.ws edi,marz 2011.

abierta anterior. (fig 2.10 A)

- 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)(fig. 2.11 A)

- 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.

- Hiperactividad de los músculos de la masticación.
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico.
- Hipertonicidad de la borla del mentón.
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar.
- Incompetencia labial.

Estas anomalías no se manifiestan cefalométricamente a nivel esquelético, por tal motivo el diagnóstico diferencial con las mordidas abiertas esqueléticas es sumamente sencillo.



Fig. 2.12 Deglución Atípica con presión lingual lateral. . Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [www.Ortodoncia w.s](http://www.Ortodoncia.w.s)

2.2.9.2.2.- 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. (fig.2.12)

- 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

¹³ Lugo C., Toyo I Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Mal oclusiones./ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "www.Ortodoncia.ws edi,marz 2011.

equilibrio muscular de ese lado.

2.2.9.2.3.- Tipo IV con presión lingual anterior y lateral:

Las maloclusiones resultantes son:

- Mordida abierta anterior y lateral.

- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión.

- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior.

2.2.9.3.Diagnóstico:

Para diagnosticar una deglución atípica, deben observarse algunos aspectos en el paciente durante el acto de la deglución, tales como:

- Posición atípica de la lengua.
- Falta de contracción de los maseteros
- Participación de la musculatura perioral con presión del labio y movimiento con la cabeza.
- Tamaño y tonicidad de la lengua.
- Babeo nocturno.
- Dificultad de ingerir alimentos sólidos.

¹⁴ Laboren M, Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic.:jul,2010.

- Alteración en la fonación.
- Acumular saliva al hablar.

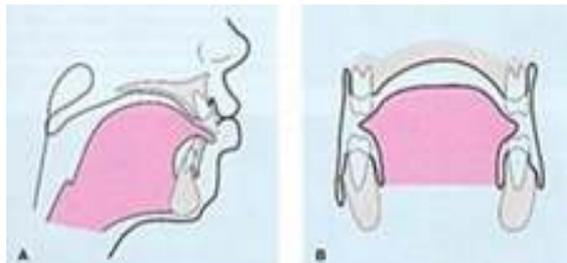


Fig. 2.13 A y B Contracción labial. Fuente: Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. [www.Ortodoncia w.s](http://www.Ortodoncia.w.s)

En el examen clínico, la deglución infantil se detecta fácilmente porque el paciente realiza una mueca característica que consiste en una contracción labial en el momento de deglutir (Fig.2.13 A) y además por la mordida abierta anterior que acompaña a esta disfunción. (Fig.2.13 B).

- **Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II:**

Cuando tenemos una deglución atípica con interposición dental anterior, el procedimiento inicial es la colocación de un aparato removible impeditor. Este aparato es una placa de Hawley superior con una rejilla anterior (fig. 2.14 A) o

¹⁵ Lugo C., Toyo I Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Mal oclusiones./ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "www.Ortodoncia.ws edi,marz 2011.

perla de tucat (fig.2.14 B), que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impeditor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impeditora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores.



A

B

Fig. 2.14 A. Placa Hawley con Rejilla palatina. Fig. 2.14 B. Placa de Hawley con Perla de Tucat. **Fuente:** Ezequiel Rodríguez,, Casasa. 2007; **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos.**

En casos especiales, la rejilla impeditora puede ser fija, soldada a las bandas o coronas metálicas. Los aparatos citados actúan solamente como impeditores, porque no corrigen el hábito.

Además de impedir la interposición de la lengua,

¹⁶ Lugo C., Toyo I Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Mal oclusiones./ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "www.Ortodoncia.ws edi,marz 2011.

la aparatología removible puede servir también

como aparato reeducador del posicionamiento

lingual mediante un orificio o anillo metálico a la

altura de la papila palatina.El paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada

deglución coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado.

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

La mordida posterior también se descruza por medio de un cuadihélice ó bihélice que se suelda a las bandas de los molares superiores por palatino. Se activa con el alicate tridente.



Fig. 2.15 Rejilla palatina lateral. Fuente: Vellini. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. 2002

Tratamiento de la deglución atípica tipo III:

Cuando la deglución atípica actúa con presión

lateral de la lengua, el aparato utilizado es el

mismo de antes, solo que la rejilla impedidora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador. (fig 2.15)

2.2.9.5.- Terapéutica de la deglución atípica:

- A.-Métodos funcionales: Remisión al fonoaudiólogo con el propósito de reeducar la musculatura que interviene en la deglución.
- B.-Método psicológico: Por medio de acondicionamiento e hipnosis.
- C.-Métodos mecánicos: Por ortodoncistas mediante aparatos, que busca impedir u orientar la posición de la lengua durante la deglución
- D.- Métodos mixtos: Los más indicados por que integran aparatos y ejercicios mioterapéuticos específicos.

2.2.9.5. Ejercicios miofuncionales recomendados:

2.2.9.5.1.- Cierre labial: comer cereal en aros (Frustr loops). Una vez al día debe sujetar los aros de cereal con los labios uno por uno e

¹⁷ Esequiel Rodriguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos."Mexico, 2007,Edit. Amolca
introducirlas con movimientos labiales al interior de la boca para comerlos.(Fig.2.16)

- **Efecto secundario:** estimula orbiculares u contrae mentoniano.



Ejercicios miofuncionales Fig. 2.16 y Fig. 2.17 Fuente: www.Orthodoncia.w.s

2.2.9.5.2.- Reeducción de la posición lingual: usar una pastilla de menta mini, en donde se le indica al

niño que mantenga al mismo con la punta de la lengua en contacto con la zona de las rugosidades palatinas. Mientras mantiene así a la pastilla, fluye la saliva y el niño se ve obligado a deglutir. Frecuencia: mantener la pastilla en posición hasta que esta se disuelva. (Fig.2.17)

- **Efecto secundario:** Tonifica los músculos de la base de la lengua, contrae los músculos de la masticación, estimula los

¹⁸ Laboren M, Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic.:jul,2010.

impulsos propioceptivos de la deglución.

2.2.9.6.- Corrección Ortodóntica-Ortopédica:

Después del adiestramiento muscular y lingual que debe realizarse durante la deglución normal, se puede continuar con los dispositivos ortodónticos para la terapia miofuncional; los cuales tenemos:

2.2.9.6.1.- Los Restrictotes: que poseen como único objetivo el evitar, a través de "obstáculos", que la función incorrecta



continúe y alteren la oclusión: rejillas o trampa lingual (rejilla) removible (Fig 2.18 y Fig 2.19), escudos, punzadores, lip-bumper.

Fig. 2.18 y Fig. 2.19. Rejilla o Trampa lingual. **Fuente** Ezequiel Rodríguez; Casasa.2007; **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos**

2.2.9.6.2.- Los estimuladores: Que están destinados a la resolución terapéutica del hábito:

Perla de Tucat,(Fig.2.14 B), mecedor lingual de

¹⁹ Ezequiel Rodríguez, Casasa “1001 tips de Ortodoncia y sus secretos.”Mexico, 2007,Edit. Amolca



A

B

Fig. 2.20 A Mecedor Lingual de Testa. Fig.2.17 B. Trainer. **Fuente:** Ezequiel Rodriguez;Casasa.2007; **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos.**

Testa (fig.2.20 A), Blue Grass, Pantalla Vestibular, Trainers, (Fig 2.20 B)

2.2.10.- HÁBITOS DE POSTURA

Los arcos dentales también pueden sufrir deformaciones causadas por las presiones anormales de postura al dormir o sentarse, siendo el más frecuente el hábito de dormir con el rostro apoyado sobre la mano, sobre el antebrazo o el uso de almohadas. El tipo de maloclusión ocasionado por éste hábito es generalmente unilateral y localizado en el arco superior.



Fig. 2. 21 Mordida cruzada posterior unilateral. . Fuente Ezequiel Rodríguez;Casasa.2007; **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos**

Lo que se produce es que el peso de la cabeza pasa a los tejidos de la región maxilar por la acción de la mano, el brazo o la almohada. Los dientes del maxilar experimentan una inclinación hacia palatino, ocasionando una mordida cruzada posterior unilateral verdadera (Fig 2.21),

sin desvío de la línea media, mientras las estructuras de la mandíbula no se perjudican porque este hueso es móvil y se libra de las presiones mediante deslizamientos.

Cuando hay desvío de la línea media, la etiología de la mordida cruzada no será el hábito de postura, sino un desvío mandibular causado probablemente por un contacto prematuro de los caninos temporales (mordida cruzada posterior unilateral falsa o funcional



Fig. 2.22. Elásticos en Z. . Fuente Ezequiel Rodriguez;Casasa.2007; **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos**

2.2.10.1.- TRATAMIENTO:

Para la corrección de un hábito de postura está indicada la utilización de una placa de hawley,

con rejilla vestibular del lado donde se está

produciendo la mordida cruzada. Este aparato

servirá de recordatorio al paciente y siempre que apoye la cabeza sobre la mano o el brazo, apretará el carrillo contra esta rejilla.

Para corregir la mordida cruzada posterior unilateral verdadera en dentición permanente se puede utilizar elásticos en Z de 1/8 de diámetro, desde la cara palatina de los dientes superiores a las vestibulares de los inferiores del lado donde se encuentre la mordida cruzada.(Fig 2.22)

La mordida cruzada unilateral de dentición temporal, esta se puede corregir con la utilización de una placa con un tornillo de expansión unilateral.

2.2.11.- HÁBITOS DE RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración normal también llamada respiración nasal, es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral. Se crea así una

presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y al apoyarse íntimamente contra el

paladar ejerce un estímulo positivo para su

²⁰ Laboren M, Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic.:jul,2010 desarrollo. (Fig.2.23)

Cualquier obstáculo para la respiración nasal deriva en respiración por la boca. En estos casos la lengua adopta una posición descendida para permitir el paso del flujo del aire.(Fig.2.24).Este fenómeno acarrea dos consecuencias:

2.2.11.1.- Primero.- Por una parte provoca una falta de crecimiento transversal del maxilar superior al quedar sometido a las fuerzas centrípetas de la musculatura mímica, especialmente del musculo buccinador. Esto se manifiesta clínicamente con un maxilar superior estrecho, elevación de la bóveda palatina y apiñamiento y/o protrusión de los dientes anteriores.

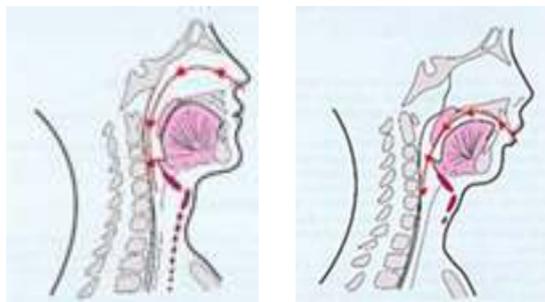


Fig. 2.23. Respiración Nasal.

Fig. 2.24. Respiración Bucal

Fuente: www.Orthodoncia.w.s

2.2.11.2.- Segundo.- La lengua descendida está asociada con un crecimiento rotacional posterior de la mandíbula con apertura del eje facial y aumento de altura facial inferior. Este tiempo de crecimiento se ve favorecido también por la mayor apertura bucal que tienen estos pacientes en la posición de reposo mandibular.

2.2.11.3.- Etiología.- Las causas de la respiración bucal están relacionadas con la poca permeabilidad de la vía aérea superior, ya sea por hipertrofia de las adenoides, amígdalas palatinas, rinitis alérgicas, desviaciones del tabique nasal y cavidad nasal estrecha con hipertrofia de cornetes.

Se hace necesario el diagnóstico diferencial entre respiradores bucales con causa determinada y los respiradores bucales por hábitos. La respiración bucal se incluye como un hábito porque, una vez eliminado el impedimento para respirar por la nariz, con frecuencia el niño mantiene la costumbre de respirar por la boca.

La respiración bucal constituye un síndrome llamado SRB o Síndrome de Respirador Bucal que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía. Los que lo hacen por costumbre, mantienen esta forma de respiración aunque se les hayan eliminado el obstáculo que los obligaban

²¹ Laboren M, Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic.:jul,2010

hacerlo, y los que lo hacen por razones

anatómicas, son aquellos, cuyo labio superior

corto no les permiten un cierre bilabial completo, sin tener que realizar enormes esfuerzos.

2.2.11.4.- Características del respirador bucal:



Fig. 2.25 Fuente: Vellini. *Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica*. 2002.

En la respiración bucal, la lengua asume la posición ascendente, causando un desequilibrio de la musculatura:

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras). (Fig.2.25)
- Depresión malar

- Tercio inferior aumentado

²² Esequiel Rodríguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos." Mexico, 2007, Edit. Amolca

- Resequedad e incompetencia labial
- Un paladar ojival ya sea en forma de V ó U
- Mordida abierta anterior
- Mordida cruzada posterior.
- Colapso del maxilar superior.(fig.2.26)
- Gingivitis
- Elevación de la base de la nariz (que presentara su punta elevada, permitiendo una observación frontal de las narinas, que serán estrechas)
- Maxilar superior protruído.
- Vestibularización de los incisivos superiores, gran resalte.
- Retrusión maxilar,
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Modificación de la posición de la cabeza.
- Lengua en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal o entre los dientes.

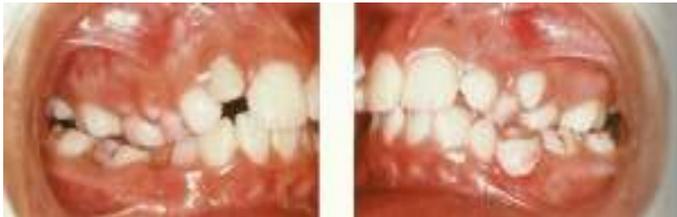


Fig. 2.26. Colapso del mailar superior y mordida cruzada posterior. **Fuente:**
Vellini. **Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica.** 2002.

- Predisposición a una pronunciación mala (ceceo debido a una protrusión lingual).
- Déficit de neumatización de los senos

Las principales molestias de estos pacientes son: sensación de falta de aire, cansancio durante las actividades físicas, dolor de cuello o espalda, alteraciones del gusto y el olfato, halitosis, boca seca, somnolencia diurna, así como salivación abundante al estar hablando al dormir llegando incluso a mojar las sábanas. También se han reportado alteraciones en el patrón del sueño, irritabilidad, dificultad para la concentración Deficiente oxigenación cerebral, produciendo déficit de atención y concentración y las consecuentes dificultades de aprendizaje.

2.2.11.5.- Maloclusiones más frecuentes causadas por la Respiración Bucal:

- Clase II división 1
- Clase III

- Mordida Cruzada Posterior. (Fig. 2.24)
- Patrones dolicofaciales (Fig. 2.23).
- Altura facial inferior aumentada
- Extrusión de piezas dentarias
- Mordida Abierta Anterior.

2.2.11.6.-TRATAMIENTO.-

El tratamiento de la respiración bucal requiere un equipo multidisciplinario. Debemos tanto corregir su causa primaria como además tratar sus repercusiones locales y generales.

El requerimiento terapéutico puede ser muy variado e incluye:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas y medicación en caso de rinitis alérgicas, asma, procesos infecciosos.
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Terapia Miofuncional.

Una vez eliminado el factor causal de la respiración bucal, será necesario rehabilitar la musculatura por medio de ejercicios funcionales que fortalezcan los músculos periorales para promover el cierre de los labios; así como también deberá ser reeducada la respiración mediante ejercicios respiratorios, ya que el paciente se ha habituado a respirar bucalmente.

²³ Laboren M, Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista electrónica, "www.Ortodoncia.ws" edic.:jul,2010

Los ejercicios de fortalecimiento muscular deben hacerse con una Pantalla vestibular o Trainer (Fig 2.27), el cual va impedir la entrada del aire por la boca y por tanto la respiración se hace obligatoriamente por las vías aéreas superiores.

Este estímulo por medio de ejercicios respiratorios, puede influenciar favorablemente en el crecimiento de estructuras óseas contiguas.



Fig.2.27 Pantalla o Escudo Vestibular. Fuente: [www.Orthodoncia w.s](http://www.Orthodoncia.w.s)

Como la respiración nasal es más difícil que la bucal, el Trainer o escudo vestibular , provocan un ejercicio más intenso de los músculos de la respiración.

2.2.11.6.1.- Tratamientos ortopédicos fijos o móviles: Trata los problemas de: compresión de maxila, con la placa de expansión, trampa palatina, rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta y cruzada.

2.2.11.6.2.- Utilización de dispositivos ortodóncicos:

- Aparatos extraorales: mentonera y tracción extraoral (de inserción superior) con apoyo occipital. (Fig. 2.28).
- Aparatos Intraorales de acción indirecta: plano posterior de mordida, rejillas linguales y aparatología funcional.
- Aparato de disyunción: tornillo de expansión. (Fig 2.29).



A

B

C

Fig. 2.28 Mascara Facial Tipo Petit (A y B) y Mentonera con tracción occipital (C). Fuente: **Terapia con Mentonera en pacientes con Mordida abierta anterior, Hiperdivergentes** www.Orthodoncia.w.s



Fig. 2.29 Tornillo de expansión tipo Airax. Fuente Ezequiel Rodríguez; Casasa. 2007 **1001 Tips de Ortodoncia y sus secretos**.

2.2.12.- HÁBITOS DE INTERPOSICIÓN O SUCCIÓN LABIAL

Este hábito por lo general se genera de forma secundaria a un hábito de succión digital o deglución atípica, ya que este tipo de pacientes generalmente presentan un marcado overjet y por consiguiente, el labio inferior se coloca por detrás de los incisivos superiores manteniendo o agravando la situación.

2.2.12.1.- Efectos bucofaciales de la interposición labial:

- Protrusión dentoalveolar superior. (Fig.2.31)
- Retroinclinación de incisivos inferiores.
- Labio superior hipotónico
- Labio inferior hipotónico
- Incompetencia labial. (Fig. 2.30)
- Hipertrofia del músculo mentoniano
- La presión excesiva del labio inferior que impide el correcto desarrollo de la arcada dentaria inferior.
- Mordida profunda.
- Por lo general los incisivos inferiores ocluyen en la mucosa palatina.
- Retrognatismo mandibular.

²⁴ Esequiel Rodríguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos."Mexico, 2007, Amolca.



Fig. 2.30

Fig. 2.31

Incompetencia Labial y Protrusión dento-alveolar. **Fuente:** Vellini. **Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica.** 2002

2.2.12.2.- Corrección:

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper. (Fig.2.32)

Es un arco de alambre ortodóntico de 1,2 mm con la parte anterior revertida deacrílico. Este aparato puede encajarse en los tubos de bandas cementadas en los primeros molares inferiores (si el paciente tiene las raíces de los molares completas) ó una placa de Hawley inferior. Su función consiste en impedir la presión incorrecta

del labio durante la deglución, además de liberar

la tonicidad tanto del labio como de los músculos

²⁵ - Lugo C., Toyo I Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Mal oclusiones./ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria, "www.Ortodoncia.ws"/ edi. marz 2011

del mentón.

En la dentición mixta además del lip bumper, se utiliza la técnica 2x4, ya que mediante la colocación de brackets en el sector anterior y la acción de los arcos de retrusión superior o de protrusión inferior, según la necesidad se corrige el overjet reduciendo el espacio para la interposición del labio inferior.



Fig. 2. 32. Lip Bumper. **Fuente** Ezequiel Rodriguez;Casasa.2007 **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos**

2.2.13.- HABITOS DE ONICOFAGIA

La succión de dedos y la mordedura de uñas (onicofagia), son ejemplos cotidianos y comunes de hábitos pautados de desarrollo. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento.

La onicofagia coincide habitualmente con la succión de los dedos; autores como Meneghello

consideran que la onicofagia, a diferencia de la succión del pulgar, puede ser indicadora de algún conflicto emocional que debe alertar al médico, por tal motivo el mismo no se debe reprender. (Fig.2.33)



Fig. 2.33 Hábito de onicofagia. Fuente: www.Orthodoncia.w.s

Este hábito no causa problemas de oclusión, ya que sólo produce presión en el eje longitudinal de los dientes. Sin embargo, algunos autores creen que la onicofagia interfiere en el desarrollo normal de la cara y que puede tener como consecuencia, dependiendo principalmente de la frecuencia e intensidad, la predominancia del componente vertical del crecimiento de la cara, cuyo resultado conjuntamente con la deglución atípica, es el desencadenante de la mordida abierta anterior.

2.2.13.1.- Etiología

Se piensa que la etiología de este hábito, es la consecuencia de un comportamiento que no se extinguió convenientemente en su momento a los 2 ó 3 años, cuando el niño se chupaba el dedo.

²⁶ Esequiel Rodríguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos." Mexico, 2007, Amolca

También se afirma que al momento del cambio del patrón de la deglución, al aparecer los primeros dientes, se instala el impulso de morder. En esta época se hace necesaria una dieta más sólida para compensar este impulso.

Una de las formas de ejercitar la masticación es ofrecer al niño un bistec, para que lo sujete y empiece a morder y a succionar, aunque sea antes de la erupción completa de los primeros dientes temporales. Si este impulso no es satisfecho, el niño buscará para morder los más variados objetos, principalmente el de comerse las uñas, instalándose así el hábito de la onicofagia.

2.2.13.2.- Efectos del hábito:

- No produce efectos sobre la oclusión.
- La onicofagia en su forma aguda puede dañar el lecho ungueal y la matriz de la uña.
- Puede complicarse con verrugas periungueales e infecciones bacterianas y víricas en labios y mucosa oral.
- Se pueden apreciar alteraciones en la estética de los dientes por abrasión, erosión, astillamiento y malposición.

²⁷ Esequiel Rodríguez, Casasa "1001 tips de Ortodoncia y sus secretos." Mexico, 2007, Amolca



Fig. 2. 34. Tridente de Graber. **Fuente** Ezequiel Rodriguez;Casasa.2007
1001Tips de Ortodoncia y sus secretos

2.2.13.3.- Corrección:

a.- Restrictotes: Entre los dispositivos restrictotes podemos nombrar: Rejillas palatinas, Rejillas linguales, Punzador de lengua, Tridente de Graber (Fig.2.34), Dispositivo antisucción TCA de la GAC.

b.- Estimuladores: Entre estos dispositivos podemos encontrar: Perla de Tucat, Mecedor de Testa (Fig. 2.33), Lip Bumper, Trainers.

2.3.- ELABORACIÓN DE HIPÓTESIS

Se pueden corregir los problemas de oclusión causados por la presencia de hábitos?

2.4.- IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

- Variable independiente: Importancia de los Hábitos bucales
- Variable dependiente: Determinar las causas y tratamientos.

3.- METODOLOGÍA

Este trabajo es de tipo investigativo, bibliográfico y está basado en métodos analíticos y descriptivo el cual nos permite analizar, verificar y comprobar para poder llegar a las conclusiones y tener conocimiento sobre los diferentes tipos de hábitos que puede alterar la formación normal de la oclusión, que efectos pueden originar y que tipos de tratamientos podemos aplicar.

3.1.- MATERIALES Y MÉTODOS

3.1.1.- LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

Escuela de postgrado de la Universidad Estatal de Guayaquil.

3.1.2.- PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN.
2009-2011

3.1.3.- RECURSOS EMPLEADOS

- Los pacientes que asisten a la clínica de la escuela de Postgrado

3.1.4.- RECURSOS HUMANOS

- Director de tesis
- Investigador

3.1.5.- RECURSOS MATERIALES.

- Textos
- Referencia de Internet
- Grabaciones
- Computadora
- Materiales de oficina.

3.2.- MÉTODOS

3.2.1.- UNIVERSO Y MUESTRA

El universo es de 200 pacientes.

La muestra tomada es de 35 pacientes.

3.2.2.- TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue participativa, analítica y descriptiva y bibliográfica.

3.2.3.- Diseño de la investigación.

Es aplicada y experimental

Se evaluarán las historias clínicas de los pacientes que se han atendido en el curso de ortodoncia ,técnica MBT del 2009 al 2011,; tomando en cuenta que los diagnósticos son realizados en base de cefalometría de Jaraback anotando:

- Edad
- Sexo
- Clase Facial

- Clase esquelética y causa
- Inclínación del Incisivo superior e inferior
- Objetivos del tratamiento según el diagnóstico cefalométrico.

4.- CONCLUSIONES

Los hábitos bucales pueden modificar la posición de los dientes y la relación o la forma que guardan las arcadas dentarias de cada persona que los desarrolla. Los profesionales de la salud como los pediatras, odontólogos generales u odontopediatras al valorar a sus pacientes infantiles deben identificar dichos hábitos de manera precoz y canalizarlos para evitar en lo posible el desarrollo de las maloclusiones.

Todas estas alteraciones pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, ya sean físicos, emocionales, psicológicos, de aprendizaje o

alteración de otros sistemas del organismo como el sistema respiratorio y digestivo.

La identificación oportuna de hábitos bucales en la población infantil es de gran ayuda para evitar el progreso de algún tipo de maloclusión; interceptando con terapias miofuncionales, aparatologías ortopédicas, ortodoncias, removible o fija, según el caso que se requiera.

5.- RECOMENDACIONES

El amamantamiento materno es un estimulante ortopédico natural para el crecimiento normal de los maxilares del recién nacido; ahora es de vital importancia hacer lactar al bebe, por lo menos hasta

el primer año de vida; de esta manera se previene el desarrollo de los hábitos originarios por el uso del biberón.

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.

Por esta razón estimulamos a unir esfuerzos para guiar a los pacientes que llegan a las consultas, explicándole a cada representante y al mismo niño lo oportuno de atacar a tiempo dichos hábitos.

También es muy importante que los programas educativos hacia la salud bucal involucren estos conocimientos a cerca de estas implicaciones y que hagan conciencia en los maestros, padres y los niños; para prevenirse a tiempo, combatirlos y evitar que causen problemas más severos que implicarían tratamientos más largos y costosos.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ezequiel Rodriguez, Casasa. 2007 **1001Tips de Ortodoncia y sus secretos**; Ezequiel Rodriguez, Rogelio Casasa. Natera. Mexico 2007. Amolca.
- 2.- Flavio Vellini Ferreira, Dra. Marilia Marquez Neto. **Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica**. Sau Paulo 2002 Artes Médicas SA
 - Internet
- 3.- Laboren M., Medina C., Vilorio C., Quirós O., D´Jurisic A. Alcedo C., Molero L., Tedaldi.
 - **Hábitos susceptibles de ser corregidos mediante terapias miofuncionales.**
 - **Hábitos Bucales más frecuentes y su relación con maloclusiones en niños con dentición Primaria /Revista Latinoamericana de Ortodoncia y**

Odontopediatria "www.Ortodoncia.ws"
edición electrónica Julio y Agosto 2010

- 4.- Ligeró, M., Gurrola, B., Laiseca, G., Casasa.
 - **Tratamiento de mordida abierta por hábito. Reporte de un caso clínico**". /Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "www.Ortodoncia.ws edición electrónica julio 2009.
- 5.- Lugo C., Toyo I
 - **Hábitos orales no fisiológicos más comunes y como influyen en las Mal oclusiones.**/ Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria "www.Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011.
- 6.- Rodríguez, E. White, L.: (2008). **Ortodoncia Contemporánea Diagnostico y Tratamiento.** Colombia. D'vinni, S.A.