UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. José Apolo Pineda”

“MALOS HÀBITOS ORALES EN EL DESARROLLO Y ANOMALIAS DENTOESQUELETALES”

Dra. Xiomara Sarmiento Lucero

2010

Editorial de Ciencias Odontológicas U. de G.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. José Apolo Pineda”

Trabajo De Investigación Como Requisito Para Optar Por El Titulo De: Diploma Superior Odontología

“MALOS HÀBITOS ORALES EN EL DESARROLLO Y ANOMALIAS DENTOESQUELETALES”

Dra. Xiomara Sarmiento L.

2010

CERTIFICACION DE TUTORES

En calidad de Tutores del Trabajo de Investigación:

Nombrados por Consejo de Escuela de Post-grado de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICAMOS

Que hemos analizado el Trabajo de Investigación como requisito previo para optar por el Título de: **Diploma Superior en Odontología Integral.**

El Trabajo de Investigación se Refiere a "MALOS HÀBITOS ORALES EN EL DESARROLLO Y ANOMALIAS DENTOESQUELETALES"

Presentado por: Dra. Xiomara Sarmiento L.
Con Cédula.0910360239

TUTORES

Dr. Amaranto Martínez **Dra., Elisa Llanos R M. Sc.**

Tutor Científico **Tutora Metodológica**

Guayaquil, Diciembre del 2010

AUTORÍA

Las opiniones, criterios conceptos y análisis vertidos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de la Autora.

Dra. Xiomara Sarmiento L.

RESUMEN

Los malos hábitos pueden alterar el normal desarrollo orofacial, produciendo deformaciones dentoesqueletales, además de problemas psicológicos, emocionales, de otros sistemas (respiratorio, digestivo) y de aprendizaje. Un habito puede ser definido como la costumbre o practica 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 también no fisiológicos entre los cuales tenemos las succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica. Los hábitos bucales son de indudable causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención de los padres al niño, tensiones en el entorno familiar, inmadurez emocional. 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 y o laterales. Protrusiones dentarias. Protrusiones dentoalveolares. Inhibición en la erupción de uno o varios dientes.

ABSTRACT

Bad habits can alter the normal orofacial dentoesqueletales of deformation, as well as psychological, emotional, other systems (respiratory, digestive) and learning. A habit can be defined as the practice acquired by custom or frequent repetition of the same act, which originally made consciously and unconsciously after, such as nasal breathing, chewing, speech and swallowing, considered physiological or functional, there are also those also nonphysiological among which are the finger sucking, mouth breathing and swallowing atypical. Oral habits are undoubtedly primary or secondary cause of malocclusion or dentofacial deformities. Usually considered automatic reactions may occur in times of stress, frustration, fatigue or boredom. As well as appearing for lack of care from parent to child, tensions within the family, emotional immaturity. By interfering with the normal development of the alveolar processes, stimulating or altering the direction of growth in certain structures can generate: Bite me open front side. Dental protrusions. Dentoalveolar protrusions. Inhibition in the eruption of one or more teeth.

INDICE GENERAL

	Contenidos	Pág.
	Introducción	1
1.	Planteamiento del problema	3
1.1	Identificación del problema	3
1.2	Descripción del problema	3
1.3	Delimitación del problema	4
1.4	Formulación del problema	4
1.5	Objetivos de investigación	4
1.5.1	Objetivo general	4
1.5.2	Objetivos específicos	4
1.6	Justificación de la investigación	5
1.7	Preguntas de investigación	8
1.8	Criterios para evaluar la presente investigación	8
2.	Marco teórico	10
2.1	Antecedentes del estudio	10
2.2	Fundamentos teóricos	15
2.2.1	Anomalías dentomaxilares	15
2.2.2	Hábitos Orales	16
2.2.3	Malos Hábitos Bucales	18
2.2.4	Succión Digital	19
2.2.5	Tipos de hábitos de succión digital	20
2.2.6	Etiología de la succión digital	22
2.2.7	Hábitos de succión digital	23
2.2.7.1	Succión del pulgar	23
2.2.7.2	Factores que modifican la acción del hábito	25
2.2.7.3	Tipos de hábitos de succión	26
2.2.8	Deglución	27

INDICE GENERAL

	Contenidos	Pág.
2.2.8.1	Deglución adulta o madura	28
2.2.8.2	Deglución infantil	28
2.2.9	Deglución atípica	29
2.2.9.1	Etiología de la deglución atípica	29
2.2.9.2	Efectos bucales de la deglución atípica	30
2.2.9.3	Diagnóstico de la deglución	31
2.2.9.4	Caract. Deglución atípica c interp. lingual	32
2.2.9.4.1	Deglución con interposición lingual simple	32
2.2.9.4.2	Deglución con interposición lingual compleja	32
2.2.9.4.3	Deglución infantil persistente	33
2.2.9.5	Tratamiento de la deglución atípica	33
2.2.9.6	Ejercicios miofuncionales recomendados	34
2.2.9.6.1	Reeducación de la posición lingual	34
2.2.9.6.2	Cierre labial	34
2.2.10	La Onicofagia	35
2.2.11	Tratamiento de la succión digital	36
2.2.11.1	Ejercicios miofuncionales recomendados	37
2.2.12	La Respiración	38
2.2.12.1	La Respiración nasal	38
2.2.13	La Respiración bucal	39
2.2.13.1	Caract. más resaltantes de la respiración bucal	40
2.2.13.2	Maloclusiones causadas por la respiración bucal	41
2.2.13.3	Tratamiento de la respiración bucal	42
2.3	Hipótesis	45
2.4	Variables del estudio	45

INDICE GENERAL

	Contenidos	Pág.
2.4.1	Operacionalización de las Variables	46
3.	Diseño de la investigación	47
3.1	Tipo de investigación	48
3.1.1	Investigación participativa	48
3.1.2	Investigación descriptiva	48
3.1.3	Investigación analítica	48
3.2	Técnicas de investigación	49
4.	Conclusiones	50
5.	Recomendaciones	51
6.	Bibliografía	52

INTRODUCCIÓN

Hábito es la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio se hace en forma consciente y luego de modo inconsciente, como son la respiración nasal, masticación, fonoarticulación y deglución, considerados fisiológicos o funcionales, existiendo también aquellos no fisiológicos entre los cuales tenemos la succión que puede ser dedo, chupete, mamadera o labio, entre otros, la respiración bucal, y la interposición lingual en reposo, deglución y fonoarticulación.

La boca como instrumento especializado tiene prioridad odontológica sobro todos los demás órganos aparecidos en los seres vivos; es decir, fue el primero en formarse en cualquier tipo de organismo. Antes que el corazón, el cerebro o los pulmones, apareció la boca para que la vida fuera posible, hasta el punto de que ambos fenómenos (boca y vida) pueden considerarse como entidades univocas. Hay organismos que sobreviven sin aparato locomotor, sin visión e incluso sin sistema nervioso, pero sin ningún tipo de boca para recibir alimentos del exterior la existencia es imposible.

Los problemas bucodentales de la humanidad se remontan a tempos muy lejanos pudiéndose afirmar que han sido compañeros inseparables de nuestros antepasados desde hace millones de años. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran que la patología bucal y de manera particular la caries dental, afectan a más del 95% de la población[1], por lo cual en 1954 esta organización incluye estos entre los problemas de salud mundial: Caries dental,

---

[1] OMS. Avances recientes en salud Buco-Dental. Informe de un Comité de expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, números 826 de 1999.

Parodontopatías, Maloclusiones, malformaciones del labio y el paladar, cáncer bucal, y alteraciones de la Articulación Temporo Mandibular.

Durante los últimos 40 años el nivel de salud de la población en general y en particular la salud bucal, ha experimentado notables avances como resultado de la alta prioridad que el Estado ha brindado a aquellos aspectos básicos y determinantes en la calidad de vida de los ciudadanos como la educación, la salud, el deporte y la actividad social, entre otros. De conformidad con las orientaciones establecidas por la OMS a través de diferentes resoluciones y actividades internacionales.

En 1982 la Federación Dental Internacional (FDI) elaboró algunas metas específicas sobre salud dental, y recomendó a todos los países miembros la adopción de metas nacionales, en concordancia con su problema de salud, características y posibilidades. La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes[2].

La prevención integral debe orientarse a la práctica de hábitos higiénicos alimentarios, a la eliminación de hábitos funcionales al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, control de los riegos de rehabilitación y vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal [3]

---

[2] Pucci F, Ramos Nazar MI, Ghione S. Programa prioritario de salud bucal. Montevideo: Editorial Random Mandadori; 1997: 56-58.

[3] García Zapata LM, Estrada Montoya JA. (Trabajo presentado como requisito fundamental para optar por el titulo de Especialista de Epidemiología Oral para la administración de los servicios de salud.1998.Valle del Cauca. Colombia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Hábitos no fisiológicos o malos hábitos bucales

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Se consideran hábitos no fisiológicos o malos hábitos bucales aquellas prácticas repetidas en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo: succión de mamadera, succión de dedo, succión de chupete, interposición lingual, interposición de labio, deglución: persistencia deglución infantil o del amamantamiento, síndrome de respiración bucal.

Un mal hábito bucal puede producir una alteración en el desarrollo del sistema bucal (estomatognático), lo que se traduce en una deformación. Puede originar un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas (mejilla y labio en la zona anterior) y las fuerzas musculares internas.

La deformación causada por el mal hábito depende: de la edad. A temprana edad el hueso está en plena formación y es fácilmente modelable. Duración, puede ser por horas, por minutos, e incluso en toda la noche. Frecuencia e intensidad: veces al día que lo realiza: mayor o menor fuerza.

En consecuencia se considera que el hábito influye de un modo negativo en el desarrollo bucodentario desde la erupción completa y asentamiento de la dentición temporal.

El análisis completo de los factores relacionados con el hábito y de los efectos observados a nivel bucodental, junto con la valoración psicológica del paciente respecto a la existencia de

disturbios psicológicos, colaboración del paciente, consciencia/inconsciencia del hábito y la cooperación de los padres, nos darán las pautas del momento ideal de actuación para la interrupción del hábito.

1.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

Objeto de estudio: Los malos hábitos bucales.
Campo de acción: Anomalía A dentoesqueletales.
Área: Ortodoncia
Lugar: Escuela de Postgrado Facultad Piloto de Odontología
Tiempo: Periodo 2009-2010
Espacio: Diplomado de Odontología Integral

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas de los Hábitos no fisiológicos o malos hábitos bucales?

1.5 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1OBJETIVO GENERAL

Argumentar los malos hábitos bucales para prevenir la incidencia de anomalías dentoesqueletales que afectan la buena salud oral y a la estética.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Establecer, las consecuencias de las anomalías dentoesqueletales.
Clasificar los malos hábitos bucales.
Identificar, las causas de los malos hábitos orales

1.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio justifica su desarrollo porque los malos hábitos bucales pueden alterar el normal desarrollo del sistema estomatognático produciendo un desequilibrio entre las fuerzas musculares externas y las internas, desequilibrio que se produce cuando una de las fuerzas al no ejercer su presión normal, permite que la otra, manteniendo su intensidad habitual, produzcan una deformación ósea.

Otras veces se agrega a ello fuerzas que normalmente no están presentes, tales como la presión del dedo en la succión o la interposición de otros objetos como el chupete, todas alteraciones que pueden ocasionar en el niño problemas de distinto orden, emocionales, psicológicos, problemas de alteración de otros sistemas del organismo (sistema respiratorio, digestivo) y de aprendizaje.

La deformación provocada por el mal hábito dependerá fundamentalmente de tres factores: La edad en que este se inicia, de tal forma que mientras antes comience este mal hábito, mayor es el daño, ya que a edades tempranas el hueso está formándose y por lo tanto es más moldeable. El tiempo (minutos u horas) que dura el mal hábito. La frecuencia de este, es decir el número de veces al día.

La succión, desde el nacimiento hasta los 2 años se considera normal, con la aparición de las piezas dentarias temporales es reemplazada gradualmente por la masticación, por lo que se le considera mal hábito cuando persiste estando las piezas temporales en boca.
En variadas investigaciones se ha comprobado que la succión de dedo, mamadera o chupete, puede ser la causante de

malformaciones dentoesqueletales[4,5] y que estas pueden ser revertidas si el mal hábito es eliminado entre los 4 y los 6 años[6,7] En el caso de la respiración bucal el paso del aire por la vía nasal puede ser obstruido por desviación del tabique nasal, congestión nasal en gripes frecuentes y prolongadas, rinitis alérgicas, adenoides hiperplásicas, y la falta de aseo nasal.

La respiración bucal se considera un mal hábito cuando persiste una vez superada el problema de obstrucción nasal.

Las alteraciones que puede producir la respiración bucal mantenida a través del tiempo son alteración del cierre labial, alteraciones dentarias y maxilares, predisposición a enfermedades respiratorias,[8] y alteraciones corporales.

La interposición lingual consiste en la ubicación de la lengua entre las piezas dentarias, ya sea en la zona anterior (a nivel de incisivos) o entre los sectores laterales (a nivel de molares) observada en reposo y/o durante las funciones de deglución y fonoarticulación.

---

[4] De Nova García MJ, Planells del Pozo P, Marín Ferrer JM, López Manzaneque A, Barbeara Leache E, Moreno González JP: Succión digital como factor etiológico de maloclusión. Odontol Pediatr 1993; 2: 85-91.

[5] Van Norman RA: Digit sucking: a review of the litera-ture, clinical observations and treatment recomenda-tions. Int J Orofacial Myology 1997; 23: 14-34.

[6] Ravn JJ: Sucking habits and oclussion in 3 year old children. Scand J Dent Res 1976; 84: 204-9.

[7] Reid DA, Price AH: Digital deformities and dental malocclusion due to finger sucking. Br J Plast Surg 1984; 37: 445-52.

[8] Van Norman RA: Digit sucking: a review of the litera-ture, clinical observations and treatment recomenda-tions. Int J Orofacial Myology 1997; 23: 14-34.

En condiciones normales la porción dorsal de la lengua toca ligeramente el paladar mientras que la punta descansa a nivel del cuello de los incisivos superiores.

En la interposición lingual en reposo, la lengua se ubica entre los dientes en forma inactiva, pudiendo interponerse también entre los labios (haciendo más fácil su detección). Esto podrá causar una deformación del hueso y mal posición dentaria. [9].[10]

Durante la vida existen dos patrones de deglución relacionados con el tipo de alimentación que determinan la posición lingual en deglución, el patrón de deglución infantil, que se presenta desde el nacimiento hasta la erupción de los dientes temporales, período durante el cual la lengua se coloca entre ambas arcadas, de este modo durante el amamantamiento la lengua presiona el pezón contra la arcada dentaria superior, y un patrón de deglución adulta que aparece con la erupción de los primeros dientes temporales (aproximadamente a los 8 meses de edad), en que la lengua irá adoptando en forma paulatina una nueva posición en la boca, contenida en la cavidad oral, la cual se mantendrá durante el resto de la vida.

La mantención de la deglución infantil después de erupcionar los dientes, se considera anormal y se puede detectar por los siguientes aspectos: Al pedirle al niño que trague saliva, frunce los labios y contrae los músculos de la mejilla haciendo una "mueca". Al separarse los labios y pedir al niño que trague, se podrá observar la interposición lingual entre ambas arcadas dentarias.

---

[9] Attia Y: Middline diastemas: closure and stability. Angle Orthod 1993; 63: 209-12.
[10] Subtelny JD: Oral habits. Studies in form, function and therapy. Angle Orthod 1973; 43: 347-383.

Un tercer tipo de posición lingual se da en la fonación, en que, para poder pronunciar en forma correcta, la lengua debe colocarse por detrás de los dientes superiores, pero en el niño con deglución infantil, se produce una interposición de la lengua entre los incisivos superiores e inferiores.
Esta interposición se presenta especialmente en la emisión de los fonemas D, T, S, donde se observa que el niño coloca la lengua entre los dientes, lo cual es incorrecto y da a la pronunciación un tono infantil.

Se considera normal que durante los años en que el niño comienza a hablar, interponga la lengua, lo cual se corregirá solo a medida que aprenda a colocarla bien y a lograr mejor control de los movimientos finos de esta.

De no eliminarse este mal hábito, la anomalía se mantiene y agrava en dentición permanente, necesitando tratamientos más complejos[11].

1.7 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influyen las anomalías dentoesqueletales en los hábitos bucales?
¿Cuáles son las anomalías dentoesqueletales más frecuentes?
¿Cuáles son los trastornos asociados a los hábitos bucales?
¿Cuáles son los hábitos bucales más frecuentes?

1.8 CRITERIOS PARA EVALUAR LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

[11] Lindner M: Relation between sucking habits and dental charasteristics in children with unilateral crossbite. Scand J Dent Res 1989; 97: 278-83.

LA COHERENCIA, tiene propósitos claros y correspondencia entre el objeto y el sujeto y vinculación con el curso estudiado.

LA CONGRUENCIA, definida como "La relación de equivalencia en el conjunto de elementos, su conveniencia y oportunidad". Categoriza el todo y sus partes, por ejemplo: la incidencia de los malos hábitos bucales, sus trastornos asociados, el desarrollo dentoesqueletal

LA PERTINENCIA, definida como "Perteneciente a una cosa, dícese de lo que viene a propósito". Expresa el grado de correspondencia que existe entre los fines perseguidos por la Universidad y los requerimientos de la Comunidad.

RECURSOS HUMANOS, permite evaluar la cantidad y calidad de recursos con que cuenta la investigación propuesta.

RECURSOS MATERIALES, evalúa sus objetivos y metas propuestas.

RECURSOS FINANCIEROS, analiza los recursos disponibles de la presente investigación.

RECURSOS DE INFORMACION, permite verificar la existencia y uso de las fuentes de información.

EFECTIVIDAD, permite determinar el grado de consecución de metas y objetivos previamente establecidos. Se evidencia en la congruencia que existe entre lo planificado y lo logrado: formulación de metas explícitas, cumplimiento de metas y logro de aprendizajes. En diplomado de Odontología Integral.

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En cráneos de seres humanos encontrados en Rodesia pertenecientes a la época Neanderthal de hace 15000 años, existen evidencias de caries dental.

También si revisamos estudios sobre cráneos griegos que datan del año 2300 AC. Observamos que aparecen caries dentarias, y para los años 1700 a 200 AC. Alcanzaban el 10% de los dientes analizados; a partir de esta época la presencia de esta enfermedad se incrementa progresivamente, hasta casi alcanzar el 100% de la población, se cita que Esculapio, para los romanos, o Asclepios, para los griegos (1560 AC.) fue el primero que realizo la extracción dentaria con una pinza de plomo.

Timócratas y Adamacio hicieron la distinción entre neuralgia y odontología[12].

Hipócrates, el más famoso de los médicos de la antigüedad, llamado el padre de la medicina, dedicó varios capítulos a las enfermedades de los dientes y su tratamiento
Fue el creador del término muela del juicio para designar al tercer molar, conocía el tratamiento de las perforaciones palatinas y la consolidación de los dientes vacilantes, consideraba al frió como enemigo de los dientes, creía que los restos de alimentos almacenados eran una consecuencia de la caries dental, trataba la fracturas mandibulares ligando unos dientes con otros por medio de seda o alambres de oro y realizaba tratamiento para la odontalgia.

---

[12] González Iglesia J. Historia de la Odontología. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Barcelona: Trigo; 1998; tl: 913-9.

Reservaba la extracción dentaria como último recurso y solamente la realizaba cuando se agotaban todos los métodos posibles de cura. Hablaba de la reimplantación dentaria, considerando que en las fracturas de los maxilares, los dientes luxados debían volverse a su sitio y ser mantenidos con ligaduras, también aplicaba la ligadura a los dientes movedizos.

Conocía las fracturas de los maxilares, y recomendó aparatos complejos y prácticos para su reducción, realizaba los vendajes hipocráticos cuando las fracturas eran de la mandíbula y la sostenía con pequeñas tablillas. Daba prescripciones sobre higiene dental y enseñaba la limpieza dental con carbonato de calcio. En esa época se hacían obturaciones que tenían aproximadamente la forma de silicatos, con pasta de agua o esencia de mirra.

Por su parte el legado más antiguo de los egipcios se encuentra en los papiros, el más conocido es el papiro de Ebers que data de 3700-1500 a.C. en. el cual fue encontrado en Luksor, Tebas, en 1872 y se halla en la universidad de Leipzi, Alemania.

El capitulo 33 habla de las enfermedades de los dientes y como fortificar las encías; también la abertura de los tumores con cuchillo o la aplicación del cauterio enrojecido al fuego; menciona la extracción, pero no la obturación. Se han encontrado casos de dientes que llevaban, sobre el punto medio de la cara oclusal, un punto de oro, lo que pudiera interpretarse como una obturación.[13][14].
Mas recientemente en Arabia, Avicena (980-1032) un médico de origen persa junto a Rahzi legaron a la medicina y a la odontología un bagaje de extraordinario valor científico; su obra

---

[13] González Iglesia J. Historia de la Odontología. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología. Barcelona: Trigo; 1998; tl: 913-9.
[14] Lerman S. Historia de la Odontología y su ejercicio legal. Buenos Aires: El Ateneo; 1942:144-8.

principal fue el Canon, donde se resumen todos los conocimientos de patología y terapéutica habidos hasta entonces estudio la anatomía y fisiología dentarias, realizaba cortes de la encía durante la primera dentición para dar la medicina adecuada; hablaba de las técnicas y tratamientos adecuados para que los dientes no salieran torcidos, así como se opuso a los polvos dentífricos muy cáusticos porque dañan los dientes; ante los dolores dentarios expresaba, si se siente en un diente la sensación de un dolor pulsátil es que hay demasiada humedad en la raíz, debe entonces perforarse el diente para vaciarlo y facilitar la aplicación de agentes terapéuticos.

En lo que se refiere a nuestra era fueron precisamente los romanos los que más lograron desarrollo en relación a la enfermedad bucal. Cornelio Celso fue el primero en escribir un tratado en capítulos recomendando ya la sindesmotomia.

Galeno, uno de los médicos más importantes conocidos en la antigüedad, al igual que Hipócrates considera a los dientes como masas óseas, que contenían nervios; explicaba el número exacto de los dientes, así como el de sus raíces; mencionaba casos tardíos de la erupción de los terceros molares, estableció la alimentación del diente por la pulpa, sostuvo que las caries eran curables, diferencio la enfermedad de la pulpa de las raíces dentarias, separo los dientes en incisivos, caninos y molares y señalaba que los dientes pueden inflamarse por tres clases de dolores: uno con asiento en el diente, el segundo con inflamación de la encía y el tercero, en la compresión de los nervios, pero estos pueden combinarse.

Realizaba la extracción dentaria en última instancia, creo polvos dentífricos, realizo cirugía de los maxilares, comprobó que los dientes que no tenían antagonistas se alargaban y se mueven,

aconsejaba la apertura de la pulpa para aliviar el dolor dentario y fue el primero que corrigió la luxación de la mandíbula.
En el periodo de la Republica Mediatizada, la cirugía se sigue caracterizando por la práctica privada y su condición de profesión elitista como consecuencia de las condiciones económicas existentes.

Las grandes masas de población obreras y campesinos tenían un acceso muy limitado a la salud y en la mayoría de los casos los equipos e instrumentos usados para el tratamiento de la población pobre era de muy mala calidad y muchos deteriorados. La práctica que se ofrecía en los servicios creados se reducía a extracciones y curaciones con medicamentos, sin ningún aspecto preventivo ni de alta índole[15].

Ya en el siglo XX, las enfermedades dentales toman más relevancia en el ámbito científico moderno analizándose como problema de salud general y no solo dental. Se demuestra científicamente la importancia de la salud bucal en el mantenimiento de la salud general y como las enfermedades odontológicas influyen directamente en el proceso salud-enfermedad.[16]

Los investigadores que a continuación se detallan han correlacionado a las maloclusiones dentales con los problemas de anomalía anatomofuncionales de la cavidad oral con respecto a la práctica de diversos tipos de hábitos orales.
En 1921, los pacientes con mal oclusiones eran succionadores de lengua, de labio o succionadores digitales, En 1938 Swenhart estudió la relación entre mal oclusión y succión digital

---

[15] Barnes O. Programa de salud real. OMS .Año internacional de la salud bucal. OMS; Ginebra, 1994, p. 24 – 29.
[16] Guías Prácticas de Estomatología. Promoción de salud Buco Dental y Prevención de enfermedades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.t 493-49.

En 1945, Bliss estudió a 300 niños y encontró que el 17% (50 niños) presentaban succión digital. En 1964, Ray estudió a 33 personas entre las cuales se comprende que de 20 a 60 años presentaban problemas periodontales, mismos que el autor asocia a Anomalías de la deglución

En 1967, Blin analizó 100 casos clínicos de los cuales 56 presentaban hábitos orales relacionados con lengua.

En 1968, Leech examino a 500 niños cuyas edades oscilaban entre los 2 y 13 años. Estudió anomalías maxilares y la conducta buco facial de los cuales 216 presentaron deglución atípica y 125 interposición lingual y contracciones labiales, los otros 30 eran respiradores bucales.

En 1969, Straub, publicó 468 casos todos presentando deglución atípica y malocluciones, 171 de estos con succión digital.
En 1971, Ward estudió 358 casos de los cuales 136 eran succionadores digitales, 170 presentaron mal oclusiones y 26 presentaron deglución atípica.

En 1973, Kortsch examino 660 casos; 106 eran succionadores digitales; 134 con deglución atípica; 18 presentaban respiración bucal con trastornos en la deglución y en el habla.

En 1976, Tani publicó su estadística sobre 2324 niños de edades de 6 a 10 años; con 416 casos de succión digital.

En 1977, Garliner estudió un grupo de 985 niños con problemas de deglución y maloclucion, y llego a la conclusión de que este problema se encuentra íntimamente ligado a la deficiente alimentación materna infantil.

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1 ANOMALIAS DENTOMAXILARES

Para poder entender las anomalías dentomaxilares se debe primero tratar de definir el concepto de “Maloclusión”, para ello es importante usar como referencia lo que se entiende como “Oclusión Normal”, que en general corresponde al tipo de oclusión más equilibrado para cumplir la función masticatoria y preservar la integridad de la dentición.

La oclusión involucra el análisis de cualquier relación de contacto entre los dientes. Según Graber,[17] las maloclusiones son alteraciones que afectan a uno o varios de los componentes tisulares del sistema estomatognático: dientes, huesos maxilares y neuromusculatura. Este autor clasifica las maloclusiones en tres grupos:

-Alteraciones dentarias: aquellas en que los dientes individuales se encuentran en una relación anormal entre sí, en uno o ambos maxilares.

-Alteraciones esqueletales: corresponden a las alteraciones en relación antero posterior de los maxilares entre sí y con la base del cráneo, afectando al sistema óseo y neuromuscular.

-Alteraciones dentoesqueletales: incluyen aquellas maloclusiones en que no sólo los dientes están en mal posición sino que hay una relación anormal entre el maxilar superior e inferior, y ambos con la base del cráneo. Uno de ellos puede encontrarse hacia adelante o hacia atrás con respecto al otro en sentido sagital o ambos

---

[17] Graber t ortodoncia conceptos y técnicas, etiología de la maloclusión 1982, argentina, editorial medica panamericana pág. 240, 242

2.2.2 HÁBITOS ORALES

La succión es una función que está codificada genéticamente para alimentar al bebé durante los primeros meses de vida, pero está destinada a extinguirse progresivamente a medida que el niño adquiere nuevas habilidades para alimentarse alrededor de los seis meses de edad.

La salivación abundante y la aparición de los primeros dientes, son signos evidentes del comienzo de la extinción de la succión como única forma de alimentarse y madurez funcional de las estructuras bucales.

La deglución se manifiesta desde muy temprano. A las seis semanas de gestación ya hay manifestaciones de actividad deglutoria. En el recién nacido la lengua está en posición postural de succión hacia delante y parece relativamente grande. La punta de la lengua toma parte en el sellado labial anterior, insertándose en las almohadillas gingivales. Esta posición de la lengua y su correspondiente deglución es denominada deglución infantil o visceral

Durante el segundo semestre del primer año de vida, el reflejo deglutorio comienza a modificarse por el cambio de alimentación de líquida a semisólida o sólida y por la erupción dentaria.

Este período entre seis a doce meses de edad se denomina de transición y está condicionado fundamentalmente por la maduración neuromuscular, el cambio en la postura de la cabeza y el efecto gravitacional de la mandíbula. Existen movimientos de apertura y cierre más precisos, una postura lingual más retruída y se inicia el aprendizaje de la masticación

La respiración, la succión y la deglución es una función refleja inherente. Bosma y cols, han analizado la respiración en el lactante y han encontrado que la respiración silenciosa se lleva a cabo principalmente por la nariz, con la lengua próxima al paladar obturando la vía bucal.

En estado de reposo, está colgada del paladar anterior y actúa como una potente fuerza de tracción y vacío, que es capaz de mantener suspendido todo el complejo mandibular en la posición adecuada dejando de ésta forma despejada el área posterior. Esta fuerza de vacío, mantiene la amplitud necesaria de la zona orofaríngea para permitir la respiración normal y eficiente.

Hay factores que, ya sean juntos o separados, causan la persistencia de la deglución infantil, a saber: la succión digital, la alimentación por medio de mamadera, la succión de pacificadores, succión lingual, la respiración bucal o un retardo en el desarrollo atribuible al sistema nervioso central.
El uso de pacificadores orales (chupetes) se ha convertido hoy en una práctica universal sin distinción de nivel socio-económico y cultural y su uso es frecuente en países desarrollados.

Aunque estos aparatos logran tranquilizar al niño (disminuyen las ondas alfa) existen una serie de desventajas asociadas al uso de chupetes, que los padres, cuidadoras y muchas veces el equipo

Un habito puede ser definido como la costumbre o practica 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 también no fisiológicos entre los cuales tenemos las succión del dedo, la respiración bucal y la deglución atípica.

2.2.3 MALOS HÁBITOS BUCALES

Los malos hábitos como la succión digital, la interposición lingual o labial y el uso prolongado del chupete pueden modificar la posición de los dientes y la relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.

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

En el estudio clínico resulta muy fácil detectar la relación causa-efecto de un hábito ya que ellos dejan la impronta de su acción; por lo que en la mayoría de los casos, la simple observación de la alteración nos permite deducir el hábito bucal que lo causó.

Esto se corrobora fácilmente mediante la anamnesis y el estudio de las funciones orales. Es necesario realizar un diagnostico diferencial que incluya estudios cefalométricos, de modelos, Fotografías etc.

Orellana, O. y col (2001)(23) realizo un estudio para reconocer los posibles factores etiológicos de las maloclusiones que presentaron los pacientes niños que acudieron para tratamiento en la clínica de ortodoncia en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. Para lo cual se tomaron al azar 50 pacientes niños que presentaban una maloclusión de Clase I o Clase II esquelética de los cuales 29 fueron arones y 21 mujeres. Se encontró las siguientes prevalencias

Factores etiológicos	Números

Herencia	15
Succión del Dedo	7
Habito de Lengua	1
Deglución Atípica	3
Respirador bucal	6
Dientes Supernumerarios	1
Ausencia Congénita Dental	1
Macrodoncia	10
Perdida prematura dental	3
Erupción tardía	1
Vía de erupción anormal	1
Total	50

2.2.4 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.

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 distalizacion de la mandíbula ocasionada por la presión que ejerce la mano y el brazo.

2.2.5 TIPOS DE HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL

Succión del pulgar.- Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

Succión de otros dedos.- Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).

En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan:

Tiempo de duración, frecuencia e intensidad del hábito. El tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observadas, tal y como demuestran los estudios de biomecánica.

La intensidad, aunque de menor importancia, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva mientras que en otros casos la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral.

Cronología. Tal y como ya hemos comentado, se considera que el hábito influye de un modo negativo en el desarrollo bucodentario desde la erupción completa y asentamiento de la dentición temporal, demostrándose que produce efectos perjudiciales a nivel dentario a partir de los cuatro o cinco años de edad.

Número de dedos implicados y su forma de colocación. Lo más frecuente es la utilización del pulgar, aunque, a veces, son varios los dedos succionados. Asimismo es importante la forma de introducirlo en la boca; si apoya sobre los incisivos inferiores y en este caso, si lo hace la superficie.

Dorsal del dedo (tiene un efecto más nocivo al actuar de fulcro) o la superficie palmar, si alcanza la bóveda palatina... En nuestros casos, ambos presentaban succión del pulgar apoyando la yema del dedo en la bóveda palatina.

Existencia de alteraciones esqueléticas y dentarias concomitantes. Se debe realizar un análisis completo de la oclusión y del patrón de crecimiento.

El análisis completo de los factores relacionados con el hábito y de los efectos observados a nivel bucodental, junto con la valoración psicológica del paciente respecto a la existencia de disturbios psicológicos, colaboración del paciente, consciencia/inconsciencia del hábito y la cooperación de los padres, nos darán las pautas del momento ideal de actuación para la interrupción del hábito.

En términos generales, parece que existe consenso en no actuar antes de los cuatro o cinco años de edad pero tampoco se debe demorar el tratamiento sin justificación, intentando normalizar la oclusión antes del recambio dentario completo para evitar un acrecentamiento de las anomalías.

2.2.6 ETIOLOGÍA DE LA SUCCIÓN DIGITAL

Larson[18] considera la lactancia artificial como agente etiológico de la succión no nutritiva, debido a que con frecuencia es más

[18] Larson E., Ogaard B. "Dummy and finger-sucking habits in young Swedish and Norwegian children". Scand J. Dent. 1992. 100:292-295.

breve y requiere de un menor esfuerzos físicos; 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 otra psicopatologías subyacentes o bien, como un trastorno asociado a otras alteraciones del comportamiento como fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y problemas familiares; así como la falta de amamantamiento.

Algunos niños con succión digital presentan además otros problemas como enuresis, retraimiento u onicofagia. Se ha descrito como un hábito común en la infancia que se considera normal hasta la edad de los 3 o 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológicos, fonoaudiológicos u odontológicos.

El enfoque psicopatológico del hábito de succión del dedo, considera que los niños por medio de esta acción pueden manifestar sentimientos de ansiedad, estrés o frustración que muy bien pueden darse en su entorno familiar.

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables; mientras que una familia disfuncional debe ser considerada como factor de riesgo.

Una familia donde se abuse física, psicológicamente o simplemente por negligencia, no cumple de manera óptima con sus funciones básicas y se convierte en fuente de insatisfacciones y malestar y es capaz de generar conductas que rompen el equilibrio, biológico, psicológico y social que debe tener todo individuo para su desarrollo saludable, siendo unas de las conductas adoptadas el habito de succión digital.

2.2.7 HÁBITOS DE SUCCIÓN DIGITAL

2.2.7.1 Succión del pulgar: Consiste en introducir el dedo pulgar dentro de la cavidad oral.

Succión de otros dedos. Consiste de igual forma introducir otros dedos diferentes al anterior ya mencionado en la cavidad bucal. (Índice, índice y medio, medio y anular, varios dedos).
En el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, las presiones anómalas que se producen pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el substrato esquelético donde actúan el tiempo de duración, la frecuencia e la intensidad del hábito.

El tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observadas, tal y como demuestran los estudios de biomecánica. La intensidad, aunque de menor importancia, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva mientras que en otros casos la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral.

Los Hábitos pueden ser de dos tipos: Hábitos Útiles y Hábitos dañinos.

Hábitos útiles.- Son aquellos que incluyen las funciones normales adquiridas o aprendidas como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuadas, masticación, fonación etc.

Hábitos dañinos.- Son aquellos que pueden llegar a ser lesivos a la integridad del sistema estomatognático, dientes, estructuras de soporte, lengua, labios, ATM y otros.

Etiológicamente los hábitos pueden ser clasificados en:

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

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

Defensivos.- En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc. La respiración bucal se torna un hábito defensivo

Hereditarios.- Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear per se un hábito concomitante a dicha malformación, por ejemplo: Inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida entre otros.

Adquiridos.- La fonación nasal en los fisurados, 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.

Imitativos.- La forma de colocar los labios y la lengua entre

grupos familiares al hablar, gestos, muecas etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas.

2.2.7.2 Factores que modifican o intensifican o minimizan la acción del hábito:

Duración.- Por su duración puede ser sub clasificada en:

Infantil (hasta 2 años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos

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 malposiciones 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.

Escolar (6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueletales

Frecuencia.- Pueden ser Intermitentes (diurnos) o contínuos (nocturnos). Hay niños que succionan a cualquier hora del día, y otros que solo en la noche o para dormirse

Intensidad.-

Poco intensa, cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraídamente la punta del dedo.

Intensa.- cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

2.2.7.3 Tipos de hábitos de succión

1. Succión del pulgar
2. Succión de otros dedos
3. Succión del labio
4. Succión del frenillo
5. Succión del Chupón
6. Succión de la lengua

Succión del pulgar.- Es el más común entre los hábitos de succión, los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral La mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa Los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío formado.

Succión del índice.-La succión del índice puede producir una mordida abierta unilateral, y /o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

La succión de índice medio.-puede producir una mordida abierta, y /o la protrusión de uno o más incisivos o caninos.

Succión de medio y anular.-La succión de los dedos medio y anular puede producir una mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos y /o intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

Succión de varios dedos.- La succión de varios dedos puede producir problemas similares a los anteriormente descritos,

dependiendo del número de dedos, la frecuencia y la intensidad del hábito.

Succión del labio.- Es común primordialmente en niños, produce retroinclinación de los anteros inferiores y protrusión de los superiores.

La **respiración bucal** se considera un mal hábito cuando no se debe a obstrucción nasal por gripe, rinitis alérgica, adenoides hipertrófica, ni a ningún tipo de desviación del tabique nasal.
Cuando es muy prolongada, puede provocar alteraciones dentarias y maxilares, así como predisponer a enfermedades respiratorias y otras alteraciones corporales.

El mal hábito de **interposición lingu**al consiste en la colocación de la lengua entre los dientes durante reposo o en las funciones de deglución y de fonoarticulación.

2.2.8 DEGLUCIÓN.

Hay que tener en cuenta que la función más importante del sistema estomatognático es la masticación de los alimentos. Este sistema también tiene como función secundaria la deglución, que es una acción motora automática en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. Está definida como el tránsito del bolo alimenticio o la saliva desde la cavidad bucal al estómago.

En condiciones normales, la deglución se produce sin contracción de las musculaturas mímicas: Los dientes se encuentran en contacto y la masa lingual permanece dentro de la cavidad oral. Se distinguen dos fases principales: Fase oral o voluntaria y Fase faríngea o involuntaria o refleja.

La Fase Oral o Voluntaria se caracteriza por:

- Detención de la respiración,
- Cierre labial,
- Relajación de la musculatura perioral,
- Contracción de los músculos maseteros y temporales que colocan a los dientes superiores e inferiores en contacto,
- Movimiento peristáltico lingual que se inicia en la punta de la lengua, la cual está en contacto con el paladar duro detrás de los incisivos y llega hasta su base,
- Elevación del velo del paladar y ascenso del hioides.

2.2.8.1 Deglución adulta o madura.- Cuando el bolo alimenticio pasa los pilares anteriores del velo del paladar, comienza la segunda fase, faríngea o refleja, que conduce este bolo o saliva hasta el esófago, mediante la continuación de la onda peristáltica.

2.2.8.2 Deglución Infantil.- Se denomina a la que existe desde el nacimiento hasta aproximadamente los 2 años de edad aunque puede llegar a extenderse hasta los 5 años.

La deglución infantil típica del niño antes de la erupción dentaria, se caracteriza por:

- Los maxilares se separan.
- Con la lengua interpuesta entre ellos, el movimiento es guiado por un intercambio sensorial entre los labios, la lengua y la musculatura perioral.
- 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.
- El cambio al patrón de deglución adulta se va estableciendo gradualmente debido a la aparición de la dentición, al menor tamaño proporcional de la lengua con respecto a la cavidad

bucal (dado que crece mucho menos que las dimensiones generales orofaciales), a la maduración neuromuscular y al cambio en la alimentación al comenzar la ingestión de alimentos sólidos.

2.2.9 DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución atípica, llamada también interposición lingual, se produce si persiste el patrón de deglución infantil luego de la erupción de los dientes anteriores. En ocasiones, se puede afirmar también, que la deglución atípica se trata de un fenómeno secundario a la presencia de una mordida abierta anterior.

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

- La alimentación artificial por medio del biberón.
- Amígdalas inflamadas: amigdalitis constantes hacen que en cada deglución el niño coloque la lengua hacia delante dentro de la cavidad bucal, para que la lengua no toque las amígdalas y le provoque dolor.
- Desequilibrio del control nervioso: por lo general en niños, que por un problema neurológico, no tienen el control de la musculatura ni la coordinación motora, en consecuencia, tampoco mantienen el equilibrio muscular durante la deglución.

- Macroglosia. son pocos frecuentes y ocurren generalmente en pacientes portadores de cretinismo.
- Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores y presencia de un diastema interincisal grande, hacen que el niño comience a colocar la lengua en estos espacios,

adquiriendo el hábito de la deglución con interposición lingual anterior.

- Factores simbióticos como la respiración bucal, hábito de succión digital, etc. Existen estadios de transición entre la dentición primaria y mixta, en los que debido a la pérdida del grupo incisivo se produce un espacio que permite temporalmente la interposición lingual. Tienen una duración muy breve, no producen efectos adversos y no requieren tratamiento.

2.2.9.2 Efectos bucales de la deglución atípica.

- Mordida abierta anterior simétrica
- Protrusión de dientes anterosuperiores y aparición de diastemas.
- Labio superior hipotónico e inferior hipertónico
- Hipertonicidad de la borla de mentón
- Hiperactividad de los músculos de la masticación
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar
- Incompetencia labia
- Problemas fonéticos
- Mordida abierta anterior

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

2.2.9.3 Diagnóstico de la Deglución.- Para diagnosticar una deglución atípica, deben observarse algunos aspectos en 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
- Alteración en la fonación. Dificultad para pronunciar los fonemas D, T, S, H, Y.

  El sellado fonético del labio inferior con los bordes incisales es importante para los sonidos de la F y V. Los bordes incisales de los dientes anteriores también son importantes para los sonidos de la S y puede ocurrir un "seseo" o pronunciación imperfecta de la S por sustitución interdental de la lengua.
- Acumular saliva al hablar.

La deglución es un mecanismo que se repite entre 800 y 1.000 veces por día generando fuerzas suficientes para provocar modificaciones dentarias o dentoalveolares, sin llegar a ser responsables de alteraciones esqueletales.

Con el aumento de la protrusión de los incisivos y a la creación de una mordida abierta anterior, aumenta aún más la actividad de la musculatura perioral, que debe compensar la falta de cierre bucal.

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 y además por la mordida abierta anterior que acompaña a esta disfunción.

2.2.9.4 Características de la Deglución atípica con interposición lingual (adaptado por Moyers).

2.2.9.4.1 Deglución con interposición lingual simple: Se caracteriza por:

- Contracción de los labios, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula.

- Dientes en oclusión, (mientras la lengua se encuentra protruida en la mordida abierta).

- Mordida abierta muy circunscrita, niños respiradores nasales con hábito de succión digital.

- Presentan buen ajuste oclusal y buena intercuspidación aunque éste presente la maloclusión.

2.2.9.4.2 Deglución con interposición lingual compleja:

- Contracciones de los labios y de los músculos faciales y mentoniano.
- Ninguna contracción de los músculos.
- Interposición de la lengua entre los dientes y deglución con los dientes separados.
- Mordida abierta generalmente más difusa y difícil de definir.
- En muchas ocasiones, no presenta mordida abierta.
- Inestabilidad en la intercuspidación.
- Generalmente, respiradores bucales y casi siempre con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica o alergias.

2.2.9.4.3 Deglución infantil persistente.

- Persistencia predominante del reflejo de deglución infantil post-erupción de los dientes permanentes.
- Fuertes contracciones de los labios y de la musculatura facial.

- Interposición de la lengua entre los dientes, tanto en aparte anterior como lateralmente.
- Musculaturas facial y bucal tensas, fuertes contracciones del musculo buccinador.
- Los pacientes presentan serias dificultades en la masticación, ya que los dientes casi siempre sólo ocluyen sobre un molar de cada cuadrante.

2.2.9.5 Tratamiento de la Deglución atípica.- 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. Para lograr este fin, se debe establecer una relación de confianza entre paciente y terapeuta, en donde este último deberá:

- Explicar el objetivo del tratamiento.
- Explicar la función de los ejercicios que se e indicaran al paciente.
- Mostrar cuál es la forma correcta de ejecutar los ejercicios.
- Motivar al paciente y a los padres.

2.2.9.6 Ejercicios miofuncionales recomendados:

2.2.9.6.1 Reeducación de la posición lingual: Usar una patilla de menta, 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.

- <u>Frecuencia</u>: Mantener la pastilla en posición hasta que esta se disuelva.

- Efecto secundario: Tonifica los músculos de la base de la lengua, contrae los músculos de la masticación, estimula los impulsos propioceptivos de la deglución.

2.2.9.6.2 Cierre labial: Comer cereal en aros (Frust loops). Una vez al día debe sujetar los aros de cereal con los labios uno por uno e introducirlos con movimientos labiales al interior de la boca para comerlos.

- Efecto secundario: Estimula orbiculares u contrae mentoniano.

- Tiempo: La duración del tratamiento varía de acuerdo con los pacientes y el grado de colaboración de los mismos.

Mientras el paciente educa su lengua y músculos para que funcionen adecuadamente durante el proceso de deglución de puede realizar tratamiento de tipo ortodónticos.

2.2.10 LA ONICOFAGIA

La Onicofagia se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes pudiendo provocar heridas en dedos, labios y encías así como el desarrollo de diversas infecciones. Representa a veces una costumbre viciosa contraída desde pequeño y en otras ocasiones es sintomática de una afección neuropatica.

La Onicofagia o mordisqueo de uñas es un habito patológico muy extendido en infancia y edad juvenil que influye relativamente en estéticas dental y bucal, la relativa manía, ocasiona desgaste y astillamiento prematuro de los incisivos centrales superiores, dientes de enorme repercusión en la buena apariencia de la sonrisa.

La Succión digital al igual que la mordedura de uñas 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 y la Succión digital, coinciden habitualmente de modo que aquella sucede a esta en el tiempo.

El hábito de succión digital es uno de los más tempranos y comunes de los hábitos en la infancia ya que pueden afectar gran cantidad de los niños en edades desde el nacimiento hasta la adolescencia. La mayoría corresponde a la succión del pulgar la minoría a la succión de otros dedos y otros pocos a la succión del pulgar y los demás dedos.

Los cambios dentoalveolares relacionados con la succión digital incluyen mordida abierta anterior, y un aumento en la prevalencia de mordida cruzada posterior, la gravedad de este hábito es la resultante de la frecuencia, intensidad, duración, y posición en que se coloca el dedo en la boca.

En la Respiración bucal se detectan hábitos anormales cuando se considera que el niño si es respirador bucal pasa DIA y noche con la boca abierta o si presenta una o mas de las siguientes características: el niño muestra toda o casi toda la superficie de los dientes constantemente, el labio inferior grueso, corto y vertido; el cierre labial alterado; al juntar los labios se hace a expensas del inferior que se torna tenso y aparecen depresiones

en el mentón, irritación en el labio inferior así como en piel cercana al mismo, las aletas nasales aplanadas, al sellar sus labios la respiración se acelera o se hace insuficiente.

2.2.11 TRATAMIENTO DE LA SUCCIÓN DIGITAL.

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 y se presentan síntomas incipientes de los problemas dentales antes señalados.
Los tratamientos disponibles para este hábito se clasifican en tres categorías: tratamientos psicológicos (persuasivos), utilización de dispositivos ortodóncicos que dificultan el hábito y tratamiento miofuncionales.

Se han descrito procedimientos consistentes en explicar al niño mediando modelos de yeso y láminas ilustrativas en presencia de los padres, con objeto de que estos refuercen en casa las explicaciones, las consecuencias que puede acarrear el hábito de la succión digital.

Se les explica los problemas estéticos que ocasiona (deformación de la cara y de la boca) sin contar los daños para su salud. Se les aconseja que se vayan a la cama abrazando algún juguete (muñeca, oso de peluche, etc.).

El tratamiento suele consistir en una visita mensual durante unos 6 meses, si bien la mayor parte de los niños interrumpen su hábito antes de los tres meses. En cada una de las visitas, se refuerza el condicionamiento del niño con las consecuencias negativas y, si ha mejorado se le felicita o se le premia de alguna manera.

Otros métodos utilizados son los de reforzamiento positivo (un pequeño premio por cada periodo de tiempo pre-establecido que el niño es capaz de estar sin succionarse el dedo, dar puntos por cada día sin hábito con un premio al llegar a un cierto número de puntos, arrancar la hoja de cuaderno por cada día sin hábito con un premio cuando se acabe el cuaderno, etc.), reforzamiento diferencial (retirada de un estímulo positivo cada vez que se succione el dedo), o reconducción del hábito (consistente en enseñar al niño una respuesta competitiva, inmediata al hábito como el cruzar los brazos, cerrar el puño y otras).

2.2.11.1 Ejercicios miofuncionales recomendados:

- Cierre labial:
  1. Mantener el baja lengua y el cepillo de dientes en sube y baja, con una frecuencia de 1 vez al día manteniéndola arriba durante cinco segundos. Después cambiar después de una semana a levantar el cepillo de dientes por el mango con la misma frecuencia. Efecto secundario: Estimula orbiculares y contrae el mentoniano.

  2. Sujetar 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 terapista trata de sacarla de la boca. Efecto secundario: Estimula orbiculares y contrae el mentoniano.

- Utilización de dispositivos ortodóncicos: El uso de dispositivos ortodóncico lo podemos dividir en:

  1. Aparatologia Removible (miofuncional).
  2. Aparatologia Fija (restrictivos).

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital. Los más utilizados son los Arcos de Hawley con rejilla palatina y tornillos expansores.

2.2.12 LA RESPIRACIÓN.

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 aladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y, al apoyarse íntimamente contra el paladar ejerce un estimulo positivo para su desarrollo.

2.2.12.1 Respiración Nasal.- Las fosas nasales limpian y caldean el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas, y la cavidad bucal solo debe intervenir en la respiración en aquellos casos de esfuerzos físicos cuando el aire inspirado por las fosas nasales resulta ineficiente.

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. Este fenómeno acarrea dos consecuencias:

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.

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.

2.2.13 LA RESPIRACIÓN BUCAL

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 diagnostico 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 a 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.

2.2.13.1 Características más resaltantes de la respiración bucal.- En la respiración bucal, la lengua asume la posición ascendente, causando un desequilibrio de la musculatura, con el cual desaparece el apoyo interno de los dientes posterosuperiores y permite que la musculatura bucal descanse sin oposición en la

parte externa; por tanto, se crea una contracción del arco superior y del paladar.

Para permitir el paso de aire por la boca, es necesario que el paciente mantenga de manera permanente un "pasillo bucal" libre, la mandíbula gira hacia abajo y la lengua se mantiene en posición baja, dejando de modelar el paladar. El aire que penetra por la boca empuja el paladar hacia arriba y como no hay fuerza contraria de la columna de aire nasal, éste permanece alto.

Históricamente, la obstrucción respiratoria nasal y el hábito de respiración bucal ha sido vinculado a una serie de anomalías faciales, esqueléticas y dentarias, denominadas “Facies Adenoidea” o Síndrome de la Cara Larga, que se caracteriza por:

- Cara larga (mayor altura del tercio inferior de la cara)
- Ojeras
- Depresión malar
- Tercio inferior aumentado
- 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.
- 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 protruido.
- Vestibularización de los incisivos superiores, gran resalte.
- Retrusión maxilar,
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados.
- Lengua en posición atípica, ubicándose en el piso de la cavidad bucal o entre los dientes.

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

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 sabanas.

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.

2.2.13.2 Maloclusiones más frecuentes causadas por la Respiración Bucal.

Alteraciones en el Plano Sagital:
Clase II división 1
Clase III

Alteraciones en el Plano Transversal: Mordida Cruzada Posterior.
Alteraciones en el Plano Vertical:
- Patrones dolicofaciales.
- Altura facial inferior aumentada.
- Extrusión de piezas dentarias.
- Mordida Abierta Anterior.

2.2.13.3 Tratamiento de la Respiración Bucal.

El tratamiento de la respiración bucal requiere un equipo multidisciplinario. Debemos tanto corregir su causa primaria como además tratar sus repercusiones locales y generales. Solo una historia clínica muy completa aumentara las posibilidades de éxito de tratamiento de esta afección. El requerimiento terapéutico puede ser muy variado e incluye:

- Extirpación quirúrgica de amígdalas y tejido adenoideo.
- Medicación en caso de rinitis alérgicas, asmas, procesos infecciosos, etc.
- Tratamiento fonoaudiológico que comprende la reeducación mediante gimnasia respiratoria para la creación de nuevos esquemas neuromotores.
- Tratamiento ortopédico y ortodóncico.

Se requiere reeducación respiratoria ante la persistencia de la respiración bucal posterior a la corrección de la causa primaria.

Frente a los trastornos de la pronunciación asociados a este cuadro, descritos previamente, la terapia fonoaudiológica se transforma en un complemento fundamental en el tratamiento.

Esta terapia está destinada a lograr el desarrollo de un tono adecuado de los músculos periorales y junto con esto al desarrollo del hábito de respiración nasal.
El tratamiento seguirá la causa de la respiración bucal:

- Alergia: Otorrino y Alergólogo.
- Anatómicas: Otorrinolaringólogo, Ortodoncista, Cirujano.
- Genéticas: malformaciones craneofaciales, Genetista

-Alergólogo: trata las infecciones respiratorias asociadas (bronquitis, amigdalitis) y las alergias (rinitis, sinusitis) a través

de fármacos. A menudo los que respiran por la boca presentan un cuadro de apnea obstructiva del sueño. Los problemas respiratorios son altamente reincidentes y las alergias solo se estabilizan, no se curan.

-Otorrinolaringólogo: trata el despeje de las vías aéreas superiores obstruidas que causan la respiración bucal: adenoides, hipertrofia de amígdalas, hipertrofia de cornetes, desviación del tabique nasal, pólipos (engrosamiento de la mucosa nasal y sinusal) y puede tratar alergias. Para detectar el problema se realizan varios exámenes (test sanguíneos, test cutáneos, radiografía de cavum y nasolingofibroscopia.

Las alergias se tratan con medicamentos.

- Ortodoncista: modifica la estructura bucal para una correcta respiración, a través de aparatos ortopédicos fijos o móviles. Trata los problemas de: compresión de maxila, rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta y cruzada.

- Odontopediatra: trata de que el problema se revierta durante el desarrollo. Expansión de maxila: se puede utilizar una placa de expansión, trampa palatina, ejercicios elásticos adosados a pantalla oral para estimular los orbiculares de los labios y el elevador del labio superior y placa vestibular de acrílico.

En adultos: rol correctivo; se usan Aparatologia fija y en algunos casos cirugía. Luego la corrección debe recurrir a la rehabilitación pues el paciente sigue con el mal habito de respirar por la boca.

-Fonoaudiólogo: encargado en la rehabilitación del menor, esta es mejor cuando el paciente posee la edad suficiente para entender el objetivo del tratamiento; enseñar a respirar

correctamente y tratar los problemas del habla. El Fonoaudiólogo evalúa al menor en cuanto a: posición lingual (entre dientes y en el piso de la boca), deglución atípica (posición interdental de la lengua al deglutir), malos hábitos, fono articulación (fonema S).

El tratamiento es muy difícil porque: el paciente es de difícil manejo, cuesta enseñar a respirar pues es un proceso espontaneo.

Lo más importante es enseñar la posición correcta de la lengua (hacia palatino) y acostumbrarlo a mantenerla allí, con eso el problema está casi solucionado. Pasos a seguir: concienciación, praxis buco linguales (movimientos voluntarios), ejercicios de respiración (nasal y costo diafragmática) en diversas posiciones, deglución (propiocepción) y ejercicios de articulación de fonemas.

- Traumatólogo y Ortopedista: el síndrome del respirador bucal trae consecuencias en todo el cuerpo como lo son los cambios de postura, entre estos problemas tenemos la escoliosis y el pie plano.

-Odontólogo: la persona con este síndrome tiene un auto higiene deficiente ya que la saliva al tener la boca abierta se seca, lo cual impide una buena autoclisis. Esto acompañado de una mala higiene por parte del individuo.

2.3 HIPOTESIS

La corrección de los malos hábitos orales previene las anomalías dentoesqueletales, mejoran el estado de salud y estética.

2.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

V. Independiente: Malos hábitos orales.

V. Dependiente: Anomalías dentoesqueletales.

2.4.1 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ÍTEMS

Malos hábitos orales.	Prácticas repetidas en el tiempo.	Alteración fisiología del sistema estomatogná-tico.	Succión de mamadera, dedo. Chupete, interposición lingual de labio. Persistencia a la deglución infantil. Síndrome de respiración bucal.	La corrección de los malos hábitos orales previene las anomalías dento-esqueletales, mejoran el estado de salud y estética.
Anomalías dento-esqueletales	Diagnostico en ortodoncia abarca dos fases: análisis de las anomalías.	Datos recopilados de las condiciones recopilados del paciente.	Relación de contacto entre los dientes.	

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Los nuevos paradigmas incorporan y privilegian la participación del objeto con los sujetos en la apropiación del nuevo conocimiento, del método y de los procedimientos de trabajo,

cuya finalidad es la búsqueda de soluciones conjuntas y participativas a problemas determinados (Método Científico).

Vale resaltar que entre las características del método científico tenemos:

Fáctico: Esto significa que siempre se ciñe a los hechos.

Transciende los hechos: es donde los investigadores no se conforman con las apariencias sino que buscan las causas y efectos del fenómeno: Causa: malos hábitos orales, Consecuencia: problemas dentoesqueletales.

Se vale de la verificación empírica: Utiliza la comprobación de los hechos para formular respuestas del problema planteado y este está apoyado en la conclusión.

Es falible: puede perfeccionarse, a través de aportes utilizando nuevos procedimientos y técnicas.

No es autosuficiente: necesita de algún conocimiento previo para luego reajustarse y elaborarse.

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

3.1.1 INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA

Combina interrelacionadamente, la investigación y las acciones en un determinado campo seleccionado El fin último de este tipo de investigación es la búsqueda de cambios en la comunidad o población para mejorar las condiciones en la salud oral.

3.1.2 INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA

Nos permite establecer cuáles son los eventos y la magnitud en que se encuentran en el objeto estudiado, busca describir la realidad, es la etapa preparatoria del trabajo científico que permite ordenar el resultado de las observaciones: de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos o hechos. Este tipo de investigación no tiene hipótesis explicitas.

3.1.3 INVESTIGACION ANALITICA

Procedimiento complejo que consiste en establecer la comparación de variables entre grupos de estudio y de control sin aplicar o manipular las variables. Estudia las variables según se den naturalmente en los grupos. Se propone una hipótesis que el investigador trata de probar.

3.2 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN:

OBSERVACIÓN CIENTÍFICA.

La observación fue un elemento fundamental del todo proceso investigativo; en ella nos apoyamos para obtener el mayor numero de dato respecto al tema investigado.

Esta técnica consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis, discusión y conclusiones así como exponer las recomendaciones.

4. CONCLUSIONES

La presente revisión de literatura nos permitió Establecer, las consecuencias de las anomalías dentoesqueletales, clasificarlos e identificar sus causas y consecuencias.

Cabe resaltar, que el ámbito del presente tema es la Ortodoncia, especialidad de la Odontología que se ocupa de la supervisión, guía y corrección de las estructuras dentofaciales, tanto las que están en crecimiento como las ya maduras.

En estas situaciones se incluyen las que requieren movimientos de dientes o la corrección de las maloclusiones y malformaciones de las estructuras relacionadas mediante la modificación de las relaciones entre dientes y huesos faciales por la aplicación de fuerzas y/o la estimulación y redirección de fuerzas funcionales dentro del complejo craneofacial.

Los hábitos bucales no fisiológicos son uno de los principales factores etiológicos causantes de maloclusiones o deformaciones dentoesqueletales, los cuales pueden alterar el desarrollo normal del sistema estomatognático y causar un desequilibrio entre fuerzas musculares, orales y periorales, lo que conlleva al final de 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 tenemos más posibilidades de modificar el patrón de crecimiento de los maxilares y el desarrollo de los arcos dentarios, al igual que si eliminamos el habito deformante antes de los tres años de edad, los problemas suelen corregirse espontáneamente.

5. RECOMENDACIONES

Para solucionar el problema de los malos hábitos bucales es necesario un trabajo en equipo que incluya a profesionales (dentista, pediatra, otorrinolaringólogo, sicólogo, profesor) y padres.

Además es imprescindible contar con la participación activa del niño. Mientras más precoz se elimina el mal hábito, menores serán los daños que este cause.

Es precisamente en esta etapa que es de vital importancia la colaboración de los pediatras, quienes controlan a los niños en sus primeros años, para que detecten estos malos hábitos en sus inicios así como también expliquen y eduquen a las madres sobre la importancia de eliminarlos en forma temprana.

Si ya existen alteraciones en la oclusión y/o el desarrollo dentofacial, los pediatras pueden observar algunos signos de estas maloclusiones y ayudar al odontólogo a interceptarlas.

Consideramos importante realizar un estudio preliminar de la frecuencia de malos hábitos en niños en dentición temporal.

Unir esfuerzos para guiar a esos pacientes que llegan a las consultas explicándole a cada representante y al mismo niño o adolescente la importancia de atacar a tiempo dichos hábitos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. BUSTAMANTE, M. Reeducación de hábitos orales en el paciente pediátrico. Clínica al día. Año 11 N° 3 - 2002. Caracas/Venezuela.

2. CANUT. Brusola, J. Ortodoncia Clínica Y Terapéutica. 2° Edición. Editorial Masson. 2000. Cap. 23 pp. 369-377.

3. PROFFIT W R. Malocclusion and Dentofacial Deformity in Contemporary Society. In: Proffit W R, Fields H W (Eds). Contemporary Orthodontics 2rd. Edition. St. Louis: Mosby, 2000: 2-22.

4. QUIRÓS A. Oscar. Características de la oclusión de los niños del jardín de infancia Beatriz de Roche del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas IVIC Acta odontológica. N° 41 - 1 - 2003

5. SILVA, D. Síndrome de Respirador Bucal. 2000. http//www.articulo.org/articulo/604/sindrome_de_respiradorbucal.html.

6. TREVIÑO- Salinas, Marisol. Prevalencia de respiración oral y su efecto en el desempeño escolar en niños con alergia respiratoria. Medicina Universitaria. 2009. Vol. 11 N° 42.

7. VAN DER Linden F P G M, Boersma H. Diagnosis and treatment planning in dentofacial orthopedics. London: Quintessence, 1987: 17-37.

8. VARRELA J. Dimensional variation of craniofacial structures in relation to changing masticatory-functional demands. Eur J Orthod 1992; 14: 31-36.

9. WEILAND F J, Jonke E, Bantleon H P. Secular trends in malocclusion in Austrian men. Eur J Orthod 1997; 19: 355-359.