

**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**"HÁBITOS ORALES EN
ODONTOPEDIATRÍA "**

TESIS

Para Obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA

Que Presenta:
P.S.S.O ANA DENNISSE ESPINO GUTIÉRREZ

Asesora:
Dra. María Carmen Morales Morales

Morelia, Mich.

Mayo del 2003

54

**UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**"HÁBITOS ORALES EN
ODONTOPEDIATRÍA"**

TESIS

Para Obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Que Presenta:

P.S.S.O ANA DENNISSE ESPINO GUTIÉRREZ

Asesora:

Dra. María Carmen Morales Morales

Morelia, Mich.

Mayo del 2003

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Hábitos

Orales

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

en

Odontopediatría

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



U.M.S.N.H.
Facultad de Odontología

TESIS

**"Hábitos
Orales**

**en
Odontopediatría"**

P.S.S.O. ANA DENNISSE ESPINO GUTIERREZ

ASESORA: Dra. Maria Carmen Morales Morales



Morelia, Michoacán, 3 de Mayo del 2003

**Hábitos Orales
en
Odontopediatría**

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis "Hábitos orales en odontopediatría" lo quisiera dedicar a mi familia y a Carlos. Ustedes son mis pilares y mi razón de ser. Es poco lo que se puede expresar por escrito lo mucho que significan para mí. Aunque la vida no siempre es ideal, es importante tener presente y saber expresar lo valioso que es tenerlos a mi lado en cada momento.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

AGRADECIMIENTOS

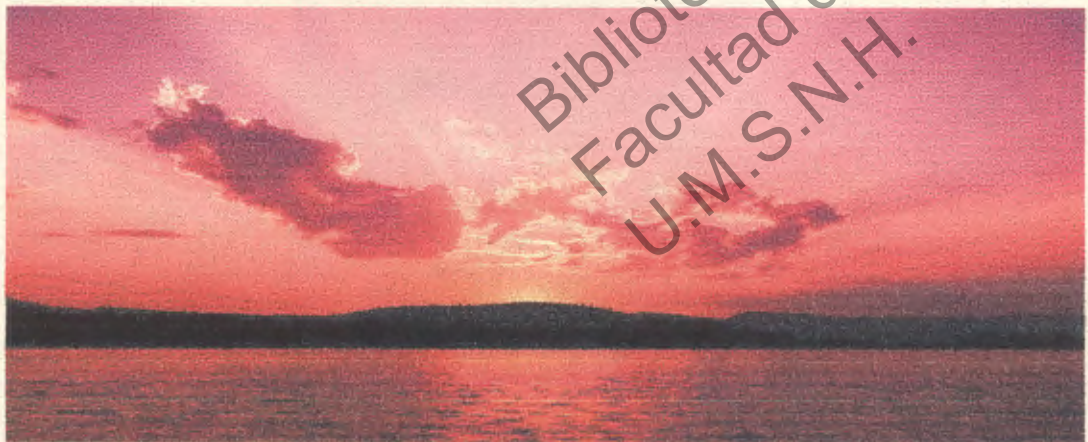
A mis *papás*, por el tiempo y esfuerzo que desde mi primer día de vida me han dedicado y que sin duda lo continuarán haciendo. Les agradezco la oportunidad y fe que me brindaron al colaborar en todo aspecto de mi educación. **GRACIAS** por el mejor regalo que se me ha hecho; la vida, MI VIDA.

A *mi familia y amigos* por su apoyo y participación, en especial en mi formación práctica de esta carrera, aun cuando se trataba de levantarse muy temprano para llegar a las 7:00 a.m. **GRACIAS**.

A *Carlos*, por su ayuda, paciencia, comprensión, respeto y amor que me demuestra día con día, sin limitaciones. **T.Q.M. GRACIAS**, espero corresponder de igual manera.

A la *Dra. Maria Carmen Morales Morales*, por asesorarme no solo con esta tesis, sino por su participación activa en mi formación odontológica.

A *DIOS*, porque es cierto que en todo esta **EL**. En los momentos más difíciles y frustrantes, inspiro su presencia en mí para mantener la calma y seguir por mi camino con la vista hacia adelante.



PARA RECORDAR...

Descubre el ser más valioso sobre la tierra: Tú.

Haz las cosas con esfuerzo, dinamismo y amor.

Sé permanentemente optimista.

Vende a los demás una imagen tuya,

como persona de aspiraciones e ideales.

Busca tu razón de ser. Cuál es tu misión.

Invierte bien tú tiempo, no lo malgaste,

es el único patrimonio que tienes.

Sé un aprendiz por excelencia.

Aprende de los éxitos para ser mejor.

Los fracasos son una escuela fundamental para aprender.

Reconoce cuando te equivoques. Pide perdón.

Haz triunfar a los que te rodean. Ayuda a los demás.

Cada acontecimiento ordinario hazlo extraordinario.

"HAGAMOS TODO CON PASIÓN"

TABLA DE CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	6
INTRODUCCIÓN	7
ESTOMATOGENESIS del CRANEO, CARA Y CAVIDAD ORAL	8
EMBRIOLOGÍA DENTAL	11
CICLO de VIDA del DIENTE	14
ERUPCIÓN DENTARIA	16
DESARROLLO CRONOLOGICO DE LA DENTICIÓN	18
ESTADO PSICLOGICO del NIÑO	19
HÁBITO ORALES	20
Generalidades	20
Hábitos de Succión	23
Uso de Biberón o cupón	25
Succión digital	28
Respiración oral	35
Hábitos Linguales: Empuje Lingual	39
Hábitos Labiales	43
Bruxismo	45
Onicofagia: "Mordisque de Uñas"	49
EJERCICIOS CORRECTIVOS	53

INVESTIGACIÓN 56

CARTILLA DE PREVENCIÓN 60

CONCLUSIONES 68

GLOSARIO 69

BIBLIOGRAFIA 71

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

JUSTIFICACIÓN

El propósito de este documento es exponer el resultado de la investigación obtenida sobre los malos hábitos orales que afectan a la infancia. También así, conocer su etiología y buscar alternativas o soluciones adecuadas para evitar los daños irreversibles que en el adulto pudieran surgir. Así mismo dar prioridad a la prevención dental, alteraciones psicológicas y deficientes condiciones socioeconómicas que pueden dar origen a conductas inadecuadas.

En la mayoría de las ocasiones, las instituciones de salud se enfocan a tratar la molestia principal que es el motivo de la consulta. Pero, debido al número elevado de pacientes y la insuficiencia de tiempo para atenderlos, no se hace un diagnóstico completo de las alteraciones que presenta. Por esto es que pasan desapercibidas.

Al concluir, se propondrán alternativas de prevención para vigilar y controlar las alteraciones ocasionadas por los hábitos orales.



INTRODUCCIÓN

La humanidad se enfrenta a una época de vertiginosos cambios en investigación, en los que el hombre ha llegado a la clonación, a los viajes espaciales, la interacción virtual y la información inmediata por medio de la cibernética. Los hábitos alimenticios ya han adquirido una diferente forma de alimentación; reemplazando lo natural, por lo artificial. Este cambio, ha originado alteraciones genéticas en la morfología dentó facial; siendo esta una de sus etiologías de malos hábitos.

Es importante enfatizar que madres de las nuevas generaciones por falta de información o por cuidar su aspecto físico optan por lo estético, más práctico y fácil, en cuanto a la alimentación de su bebe. El amamantar ha sido y será la forma ideal durante el primer año de vida para el desarrollo óptimo del aparato estomatognático.



ESTOMATOGÉNESIS del CRÁNEO, CARA Y CAVIDAD BUCAL

Es el desarrollo y formación prenatal del macizo buco-facial del embrión y feto que se debe a una serie de fenómenos en los cuales participan el ectodermo, mesodermo y endodermo. La estomatogénesis es un proceso rápido en las primeras semanas.

Este proceso se puede dividir en 3 periodos.

1.- Período de Huevo:

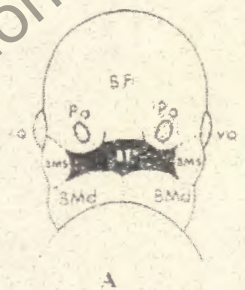
Este periodo abarca desde la fecundación hasta el fin del día 14. Su duración es aproximadamente 2 semanas y consiste en la segmentación del huevo y su inserción a la pared del útero. La longitud del huevo al final del período es de 1.5 mm. de largo.

2.- Período Embrionario

Es del día 15 hasta el día 56. Su duración es 6 semanas (de la 2ª a la 8ª). A los 21 días después de la concepción, el embrión mide 3 mm. de largo y comienza a formarse ya la cabeza.

Hacia la 3ª semana, las zonas de crecimiento mesodérmico se hacen presentes por medio de 5 procesos faciales o protuberancias, separadas por ranuras ectodérmicas. De éstos, el proceso frontal (que es el más voluminoso, superior, impar y medio) se encuentra encima de la hendidura bucal en desarrollo. Debajo de éste encontramos 2 procesos maxilares superiores y después los procesos mandibulares que salen del primer arco. Un surco ectodérmico divide a los 2 procesos mandibulares en la línea media donde pueden aparecer hendiduras labio-mandibulares.

A la 4ª semana, el embrión mide 5 mm. y aparecen las placas nasales a cada lado de la prominencia facial. FIGURA A



Las prominencias maxilares crecen hacia delante y se unen con la prominencia fronto-nasal para formar el maxilar superior.

En la 5ª semana ya se distingue fácilmente el arco del maxilar inferior. La membrana bucofaríngea en la base de la cavidad bucal primitiva se perfora y crea una comunicación entre la cavidad bucal y el tubo digestivo embrionario. Sincrónicamente, las placas nasales se convierten en fosas nasales, al ir profundizándose la cara.



En la 6ª semana los procesos maxilares y el proceso nasal medio crecen hasta casi ponerse en contacto. FIGURA B

A la 7ª semana el embrión mide aproximadamente 14.5 mm., debido a la unión del proceso nasal medio y los procesos maxilares. Los ojos se mueven hacia la línea media haciendo cada vez más compleja y voluminosa la estructura craneofacial. Dentro del tejido conjuntivo aparecen formaciones cartilagosas que constituyen el esqueleto inicial en ciertos puntos. El tejido mesenquimatoso de la base del cráneo y los arcos braquiales, se convierte en cartilago. Los primeros centros de osificación endocondral (donde se reemplaza el cartilago por hueso) se tornan en centros de crecimiento cartilaginoso.



Al comienzo de la octava semana, el tabique nasal se reduce y la nariz es mas prominente. Comienza a formarse el pabellón del oído. Al final de la octava semana, el embrión ha aumentado su longitud a 18 mm..

Las fosas nasales aparecen en la porción superior de la cavidad bucal y ya se pueden denominar narinas. FIGURA C

Los ojos, aun sin párpados, se comienzan a desplazar hacia el plano sagital y el maxilar inferior, aunque relativamente corto, es ya reconocible. En este momento, la cabeza comienza a tomar proporciones humanas.

Entre éstas (3ª y 8ª) semanas de desarrollo y formación de la cara, cualquier falta de unión en los puntos de contacto entre los procesos puede producir hendiduras o fracturas en el recién nacido. FIGURA D



3.- Período Fetal

Principalmente los cambios que se dan son aumentos de tamaño y de proporción. Es de la 9ª hasta la 36ª semana, aproximadamente desde el día 56 hasta el 270 o nacimiento. La longitud del feto será de 20 - 60 mm. durante la 8ª y 12ª semana. Se forman y cierran los párpados y las narinas. La relación intermaxilar es casi normal.

EMBRIOLOGÍA DENTAL

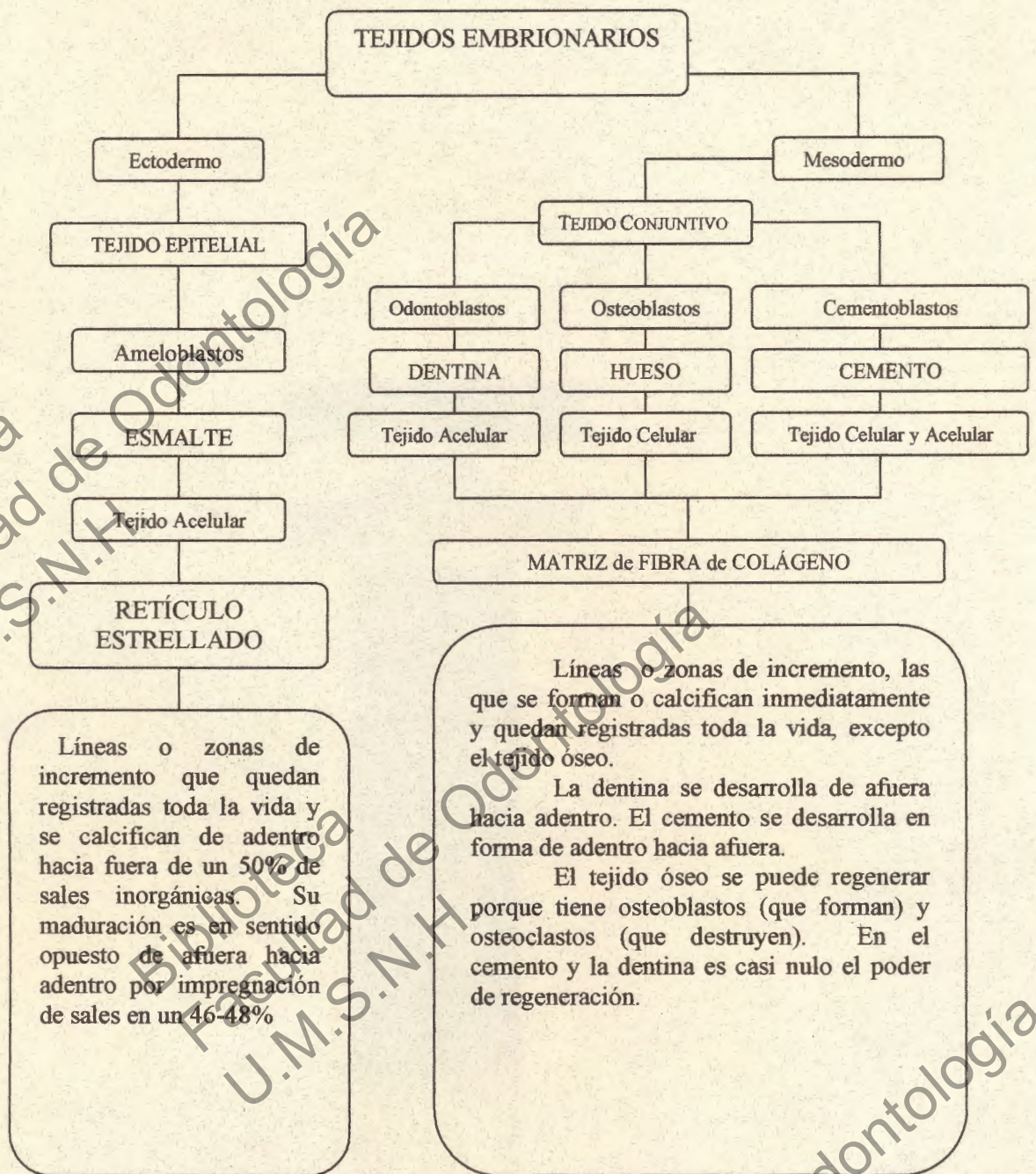
El desarrollo de las piezas dentarias es un proceso relativamente largo y complejo.

Del segundo mes del desarrollo embrionario (antes de la formación de las estructuras óseas de los maxilares) y se manifiesta la presencia de las primeras estructuras dentales. Durante este tiempo, hay un engrosamiento o levantamiento del epitelio llamado REBORDE DENTAL donde en un futuro estarán las estructuras alveolares. El surco dentario (o depresión de tejido conectivo subyacente) es donde se adhiere la banda epitelial que también inicia su formación. Vamos a encontrar una lámina dentaria que se proyecta hacia la parte lingual y la banda epitelial de manera de anaquel.

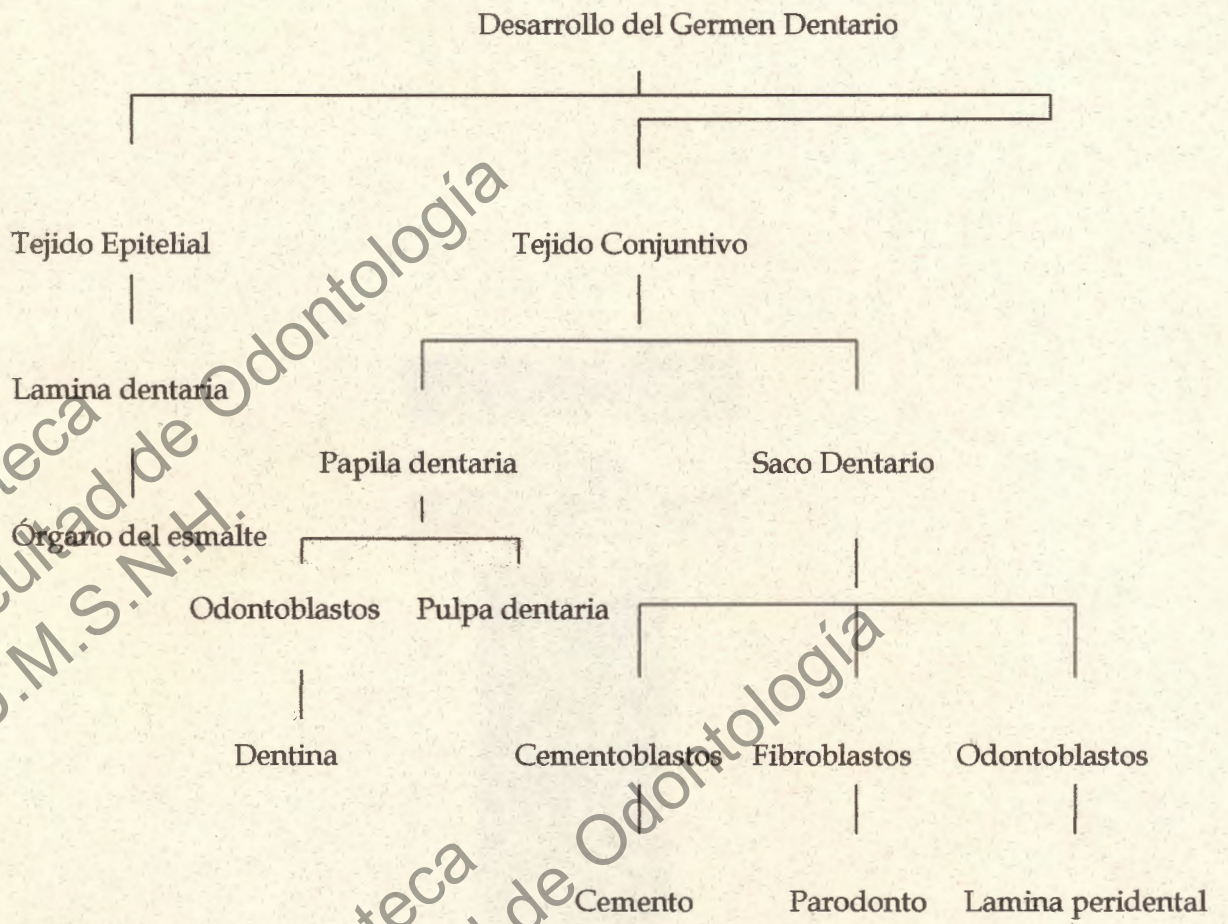
En corto:

Semanas Intrauterinas:

- 9 - Surge la aparición de la papila dental
- 10 - La pared folicular que envuelve al folículo del diente nace de la base de la papila dental.
- 13 - Surge la clausura del folículo.
- 16 - Empieza la formación de la dentina. Los gérmenes de esmalte de los permanentes comienzan a desarrollarse del cordón epitelial de los temporales correspondientes con la excepción de los primeros, segundos y terceros molares.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CICLO de VIDA del DIENTE

Cada diente pasa por una serie de etapas o períodos de desarrollo durante su ciclo de vida.

La corona de un diente se desarrolla en un sitio sin cambiar la posición hasta que completa su morfología, madura su esmalte e inicia la formación de la raíz. Éstas etapas se dividen de la siguiente manera:

I.- CRECIMIENTO

A.- Iniciación: comienza la formación del germen dentario del epitelio oral.

B.- Proliferación: comienza la multiplicación de células y la elaboración del esmalte.

C.- Histodiferenciación: empieza la especialización de células; las células del epitelio interno del esmalte se transforman en ameloblastos y las células periféricas del órgano dentario (pulpa) se transforman en odontoblastos.

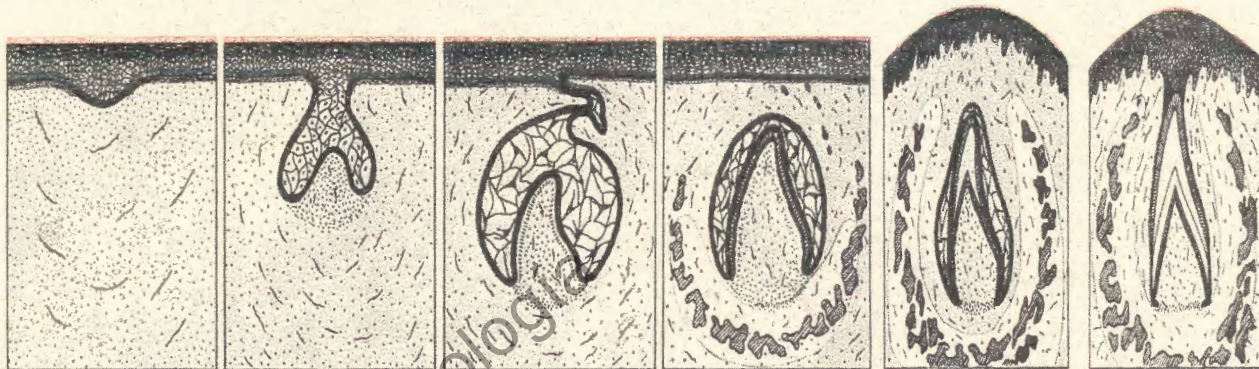
D.- Morfodiferenciación: las células formativas se acomodan sobre la futura unión amelodentinaria y cemento-dentinaria, para delimitar la futura corona.

E.- Aposición: es cuando ocurre el depósito de la matriz tanto del esmalte como del cemento en capas incrementales.

II.- CALCIFICACIÓN: es el endurecimiento de las matrices por disposición de las sales cálcicas.

III.- ERUPCIÓN: migración del diente a la cavidad oral.

IV.- ATRICIÓN: es el desgaste oclusal y de contacto interproximal durante la función.



Iniciación

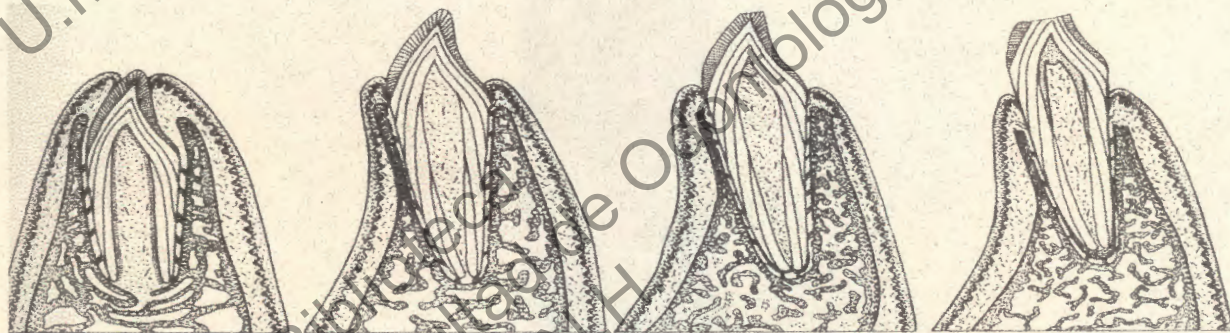
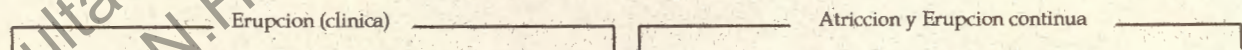
Proliferación

Histodiferenciación

Morfodiferenciación

Aposición

Calcificación



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

ERUPCIÓN DENTARIA

La erupción es un fenómeno fisiológico que consiste en el movimiento de un diente, desde los tejidos que lo rodean hasta llegar hacia la cavidad oral. Comienza dentro del hueso, después de haberse formado la corona, haya madurado el esmalte e iniciado la formación de la raíz, permitiendo la aparición del diente a través de la mucosa.

I.- Erupción Preclínica (Embrionaria)

Es la que se realiza en el espesor de los huesos maxilares y termina cuando la corona se hace visible en la cavidad oral.

En esta fase, el grado de migración vertical depende de la resistencia que encuentra la corona en los tejidos que rodean el diente, sobre todo cuando hay hueso.

La erupción preclínica consiste en 3 etapas:

A.- Perforación del tejido óseo suprayacente a la corona.

B.- Perforación del tejido gingival.

C.- Reorganización del tejido óseo infrayacente.

Ésta difiere en la dentición temporal y la permanente. En la dentición temporal, la corona necesita vencer obstáculos, como el tejido óseo, periostio y encía. Pero en la dentición permanente, primero tendrá lugar una reabsorción de las raíces (rizalísis) y consecuentemente, perforación de la encía y finalmente la aparición de la corona en la cavidad oral.

II.- Erupción Clínica:

Es cuando se hace visible la corona en la cavidad bucal, hasta que la pieza dentaria hace contacto con su antagonista y termina de formarse la raíz. Cuando empieza la erupción clínica, aumenta el movimiento vertical y se hace más rápidamente. Al encontrarse un diente en su proceso de erupción con su antagonista, hace "contacto" y se restringe la erupción.

III.- Erupción Activa:

Es el movimiento vertical o de ascenso de la fase clínica que tienen los dientes cuando la corona está formada y tratan de colocarse en la cavidad oral. Consiste en 3 etapas:

A.- Erupción preclínica o embrionaria.

B.- Erupción clínica.

C.- Erupción activa propiamente dicha que inicia una vez hecha la erupción clínica hasta llegar al plano de oclusión.

IV.- Erupción Pasiva o Continuada

Es el movimiento que tienen los órganos dentarios durante toda la vida para compensar el desgaste fisiológico en sus áreas masticatorias.

La causa principal por la cual los órganos dentarios se ven obligados a erupcionar es la formación de la Vaina de Hertwig o diafragma epitelial. Esta, está formada por una cubierta de células epiteliales y es una continuidad de epitelio del esmalte que al fragmentarse, va a iniciar la aposición de matriz cementaria. La corona terminada se va empujando hacia oclusal (con una reestructuración continua para lograr la adaptación de los tejidos peri coronarios) hasta la posición que tendrá el germen dentario.

Los dientes permanentes, al sustituir a los temporales correspondientes, pasan únicamente por 2 etapas de la erupción preclínica o embrionaria:

A.- Perforación de tejido gingival.

B.- Reorganización del tejido óseo infradayacente.

Los terceros molares permanentes si pasan por todas las etapas, como los temporales ya que no sustituyen ningún diente deciduo.

DESARROLLO CRONOLÓGICO NORMAL DE LA DENTICIÓN

TEMPORAL:

DIENTE	INICIACIÓN	COMIENZA CALCIFICACIÓN	CORONA COMPLETA	ERUPCIÓN	RAÍZ COMPLETA	REABSORCIÓN RADICULAR	CAÍDA DENTAL
I	7	14(13-16)	1-3	6-9	1.5-2	5-6	7-8
II	7	16(14.5-16.5)	2-3	7-10	1.5-2	5-6	7-9
III	7.5	17(15-18)	9	16-20	2.5-3.75	6-7	10-12
IV	8	15.5(14.5-17)	6	12-16	2-2.5	4-5	9-11
V	10	18.5(16-23.5)	10-12	20-30	3	4-5	11-12
	Semanas intrauterinas	Semanas intrauterinas	Meses	Meses	Años	Años	Años

PERMANENTE

DIENTE MAXILAR	CORONA COMPLETA (años)	ERUPCIÓN (años)	RAÍZ COMPLETA (años)	DIENTE MANDIBULAR	CORONA COMPLETA (años)	ERUPCIÓN (años)	RAÍZ COMPLETA (años)
1	4-5	7-8	10	1	4-5	6-7	9
2	4-5	8-9	11	2	4-5	7-8	10
3	6-7	11-12	13-15	3	6-7	9-11	12-14
4	5-6	10-11	12-13	4	5-6	10-12	12-13
5	6-7	10-12	12-14	5	6-7	11-12	13-14
6	2.5-3	6-7	9-10	6	2.5-3	6-7	9-10
7	7-8	12-13	14-16	7	7-8	11-13	14-15
8	12-16	17-25	18-25	8	12-16	17-25	18-25

ESTADO PSICOLÓGICO del NIÑO

La integración familiar y la calidad del tiempo de los padres es fundamental para la salud mental del niño.

No sabemos exactamente *porque* suceden las alteraciones en el equilibrio o salud mental del niño, pero sabiendo *como* suceden, podremos aplicar el conocimiento para ayudar resolver los problemas de conducta.

La conducta del niño no es muy distinta a la del adulto. En el niño podremos observar una etapa menos compleja con más facilidad de reconstruir las tendencias de vida. Se puede suponer que la conducta puede modificarse más fácilmente en la persona joven, con sus debidas excepciones.

La estabilidad psicológica es fundamental para el tratamiento correctivo en casi todas las alteraciones.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

HÁBITOS ORALES

Generalidades

El hábito es un sistema complejo de reflejos que funciona en un orden determinado cuando el niño o el adulto reciben un estímulo apropiado. Es un reflejo adquirido y no hereditario.

Desde el nacimiento, el niño al estar despierto, se encuentra en movimiento continuo, tanto de sus extremidades como sus ojos y boca. Al estar explorando su nuevo ambiente, el niño gasta energía y si se estimula en cualquier forma, los movimientos serán más frecuentes y activos. Con el tiempo, se dará cuenta que algunos estímulos le producen dolor y otros le causan placer.

Los labios del recién nacido son muy sensibles al tacto, así como las yemas de los dedos. De esta manera, que si se llevan a los labios los dedos, producen una respuesta inmediata en ellos, por lo que se mueven en un intento de succionar.

El niño posee el instinto de succionar y cuando es estimulado por hambre, le produce satisfacción y le proporciona alimento para la producción de energía. Si al niño no se le da satisfacción al amamantar, encontrará un sustitutivo incondicionado. El objeto puede hacer que se inicie el reflejo que da pie a la succión y el reflejo condicionado se convierte en hábito fijo.

Casi todos los hábitos son medios para agotar la energía nerviosa que se acumula como resultado de la vida sedentaria. El niño se protege construyendo un sistema de satisfacciones para sí mismo. La intervención de los padres o su instancia, corren el peligro de convertir en "cavador" un hábito "rumiante". Los hábitos "cavadores" son síntomas de alguna tensión emocional más profunda y no se debe tratar directamente. Para suprimirlos con éxito, debe eliminar, sustituir o desviarse la energía tensa y mal ajustada a otro sitio.

La carga que tiene el paciente requiere una minuciosa investigación de todo aspecto de la conducta del niño. Las historias clínicas muestran con frecuencia que los fenómenos anormales nerviosos y psíquicos son numerosos y de etiología variable. Éstos se pueden dividir en 2 grupos, según Swinehart:

- 1.- Tic muscular o hábitos concomitantes.
- 2.- Anormalidades generales nerviosas y psicológicas.

Los síntomas son más numerosos y graves cuando los hábitos han sido practicados por más tiempo y con mayor intensidad. Frecuentemente se observa que el sueño es inquieto y el apetito es deficiente, así como poco nutritivo. Para estos casos, que la lesión psíquica es más complicada, se requiere de la intervención de un psicólogo o de un psiquiatra para tener una relación más normal con los niños de su edad y ayudarlos al ajuste a la vida cotidiana laboral y de diversión.

Los hábitos orales y condiciones relacionadas no tienen una etiología precisa. Se considera que es muy variable ya que pueden surgir a cualquier edad, dependiendo de varios factores. Estos hábitos pueden ser considerados como una parte normal de la infancia. Sin embargo, si gracias a estos se producen anomalías que alteran las condiciones de la cavidad oral, se les considera como MALOS HÁBITOS ORALES.

Dentro de los cuales revisaremos:

- hábitos de succión: chupón o biberón y digital
- respiración oral
- hábitos linguales: empuje lingual
- hábitos labiales
- bruxismo
- onicofagia



HÁBITOS ORALES

Hábitos de succión



La etapa más crítica y vulnerable del humano son los primeros meses de vida, por lo que la mamá juega un papel vital para lograr la adaptación del niño de la vida intrauterina al exterior.

La lactancia natural que proporciona la madre es la fuente óptima de nutrientes y elementos inmunológicos para enfrentar el proceso de cambio en la etapa transicional, algo imposible de lograr con un método de alimentación artificial.

El acto de amamantar influye de gran modo al niño, proporcionando en general:

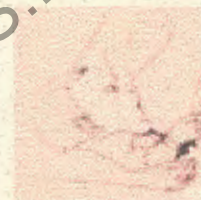
- 1.- crecimiento y desarrollo óptimo
- 2.- inmunidad biológica
- 3.- estabilidad en el aspecto afectivo



La lactancia materna es importante para el buen desarrollo del sistema estomatognático; estructuras óseas, músculos, articulaciones y dientes. El succionar el pezón provoca un esfuerzo del niño que produce un crecimiento armónico de las estructuras buco dentarias y respiración fisiológica nasal.

Al ser amamantado el niño contribuye a que los músculos extrínsecos sujeten la lengua a las estructuras óseas y permiten movimientos importantes. La posición normal de mamar y tragar del recién nacido es con:

- la cabeza extendida
- la lengua alargada y adosada al piso de la boca
- los maxilares separados



- los labios acomodados alrededor del pezón
- el maxilar inferior en posición protrusiva porque aún no se desarrolla la eminencia articular.

El niño amamantado utiliza al menos 60 veces más energía al ingerir que el que toma de un biberón. El niño alimentado por medio del seno materno:

- abre ampliamente la boca
- mueve su mandíbula hacia atrás y adelante
- aprieta con sus encías para extraer la leche
- el músculo digástrico es 2 veces más fuerte que en el adulto
- abre y drena la faringe y las trompas de Eustaquio, reduciendo el riesgo de infecciones del oído y respiratorias
- reduce o disminuye su posibilidad de en un futuro presentar algún mal hábito
- tiene menor probabilidad de presentar alteraciones del maxilar inferior

Todo esto es en comparación a un niño alimentado con el biberón.

Se considera como una actividad normal en el desarrollo fetal y neonatal, cualquier succión no nutritiva. Ésta inicia en el útero y persiste hasta el año de edad. Se enfatiza que el succionar es un reflejo primario que permite al niño, no solo alimentarse para sobrevivir sino también mantenerse en calma y confortarse. Los hábitos de succión se tornan nocivos al realizarse en exceso o cuando persisten fuera del rango considerado como normal.



E.- USO DEL BIBERÓN O CHUPÓN

Hoy en día, existen varias razones por las que se es imposible amamantar: falta de secreción láctea, falta de tiempo o preservación estética de las glándulas mamarias. Gracias a esto las mamás recurren a la lactancia artificial. Aunque se mejoren los biberones siempre destacaran notoriamente las desventajas, dentro de las cuales:

- no realizan el suficiente esfuerzo
- menor crecimiento del tamaño de las arcadas que crea un conflicto en la acomodación dental
- difícil conciliar el sueño tras la ingesta
- mayor predisposición ha adquirir hábitos de succión
- actividad muscular anormal
- pérdida de diámetro mesio-distal de los dientes
- disminución de la distancia mesio-distal de todo el arco dentario
- mesiogresión de los primeros molares permanentes que puede ocasionar apiñamiento

El abuso o uso excesivo del biberón, especialmente cuando se le agregan sustancias potencialmente cariogénicas, tendrán un gran impacto sobre la dentición. No solo puede

provocar maloclusiones (tanto esqueléticas como dentarias) sino que puede producir el síndrome del biberón. Éste es un conjunto de los siguientes signos y síntomas:

- caries rampante
- malos hábitos nutricionales
- deglución atípica
- trastornos del crecimiento y desarrollo de los maxilares
- problemas de fonética y articulación de palabras
- desórdenes gastrointestinales
- infecciones bacterianas, bacteriemias o endocarditis bacteriana
- alteraciones psicológicas

Existen unas teorías básicas en cuanto a su etiología, que son:

1. Insatisfacción en las necesidades de succión en la infancia.
2. Disturbios o alteraciones emocionales durante los primeros años de la infancia.
3. Serie de acciones aprendidas de las cuales el niño deriva placer.
4. Limitada alimentación por succión; experiencias cortas de amamantamiento en los primeros 6 meses de vida.
5. Presencia en la boca, durante periodos prolongados de un biberón.
6. Agregado de miel u otros hidratos de carbono, ya que promueve su aceptación.

El uso del chupón y/o biberón también tiene algunos beneficios:

1. Efecto tranquilizante al succionar.
2. Evita la succión del pulgar
3. Previene del síndrome de muerte súbita del lactante, ya que evita que la lengua caiga hacia atrás y obstruya las vías respiratorias, así mismo ofrece el control de la respiración disminuyendo los períodos de apnea y evita que duerman en posición decúbito prono.

4. Sirve como estímulo del recién nacido prematuro, ya que aceleran la maduración del reflejo de succión, lo que facilita una transición más rápida a la alimentación oral.

Sin embargo, pueden producir otros riesgos cuando se prolonga más allá del año de vida, tales como:

- otitis media aguda: ya que aumenta el transporte de agentes patógenos al oído
- reflujo gastroesofágico: aumentando o disminuyendo la frecuencia y/o duración de los episodios, por la relajación del esfínter esofágico inferior y el aceleramiento del material refluido al esófago
- afta de Bednar: o úlceras orales palatinas, por el constante roce e irritación del paladar
- accidentes infantiles como laceraciones faciales al producirse una caída con impacción del chupón o biberón
- Candidiasis oral resistente debido a que se encuentra presente colonias de *Candida albicans*
- contaminación química
- alteraciones del sueño

Respecto a su tratamiento, se debe instruir a los padres que si es imposible evitar el uso de éstos, mantener perfectamente limpio el biberón o chupón y no agregar miel o cualquier sustancia dulce. Ésto con el fin de evitar infecciones y la aparición de lesiones. En cuanto al uso ya prolongado del biberón o chupón, se recurre a medidas suaves como sabores desagradables. De esta manera el niño por sí mismo, paulatinamente va dejando su hábito. Debido a que se considera éste como un patrón de naturaleza multifactorial, una interrupción brusca pudiera causar alteración psicológica en el niño.



II. SUCCIÓN DIGITAL

Hasta cierto grado es normal en infantes éste hábito. Sin embargo, es debatible la edad a la cual se torna un síntoma de alguna alteración emocional que puede degenerar el crecimiento y desarrollo dental de los huesos faciales. De los hábitos orales, la succión digital es el más común. En ocasiones se presenta desde antes de nacer, en el vientre de su madre. Sin



7 semanas intrauterinas

embargo, como otros, estos tienden a eliminarse con la edad.

Existen varias teorías acerca de la etiología de éste hábito. Muchos de los niños que se succionan el dedo inician antes o en el primer año de vida, por lo cual se considera un "ejercicio" natural para el infante que le da una sensación de satisfacción y de bien estar.



18 semanas intrauterinas

Una teoría enlaza el hábito con los reflejos de buscar y encontrar. Desde el nacimiento, estos reflejos pueden ser provocados por olores, sabores, cambios en temperatura o algún otro estímulo. Un ejemplo es cuando el infante se encuentra dormido y puede ser que con sus manos toque su cara que es el estímulo para que busque y encuentre su dedo para succionar.

Otra teoría relaciona el hábito con el patrón de alimentación establecido por la mamá. Esta teoría postula que el succionar el dedo ocurre cuando la madre no ha permitido al bebe

suficiente succión para satisfacer su necesidad de succionar. De esta manera el niño logra satisfacerse succionando su dedo. Los infantes a los cuales se les restringe la succión digital se tornan inquietos, irritables y en ocasiones apáticos.

En otra teoría, se establece una relación entre amamantar y este hábito. De acuerdo a varias investigaciones de los Drs. Golden y Shoaf, se encontró que la succión digital era más frecuente en niños amamantados.

La succión digital se considera un comportamiento emocional relacionado con la dificultad de ajuste social o con el stress; esto en niños menores de 4 años con alguna anormalidad en el desarrollo psicológico.

El efecto psicológico puede estar relacionado con la presión de los que se encuentran en su entorno y los regaños por medio de los papas.



Éste hábito proporciona algún placer o satisfacción al niño, por lo cual se convierte en hábito. De acuerdo a varios estudios realizados por diferentes investigadores, la causa principal es la insuficiencia de succionar el pezón o el biberón. Demostrando así, que al tener menor actividad lactante y escasez de tiempo de succión natural motivó el inicio del hábito.

Vamos a presenciar un movimiento accesorio que es el movimiento de la mano para



llevar el dedo a la boca. Este movimiento llega a ser parte integrante del acto de succión, ya que, éste no puede efectuarse sin aquél.

El hábito llega a ser nocivo cuando la abstracción producida por este acto es lo suficientemente intenso para impedir el interés normal hacia otras actividades como la instrucción o el aprendizaje normal. Igualmente el niño está en riesgo de sufrir deformaciones en los maxilares (sobremordida y

separación de los incisivos superiores) debido a la presión del pulgar contra ellos. Puede también, ocasionar deformaciones del pulgar.

Para confirmar este hábito nos auxiliamos de la historia clínica y exploración de la cavidad oral, la cara y las manos. Si sí existe éste, vamos a encontrar el dedo o los dedos involucrados inusualmente limpios, rojos, arrugados y con presencia ya de callosidades. La o las callosidades se encuentran a la palpación.

Existen varias opiniones sobre a que edad es considerado "normal" y cuando ya se torna en un mal hábito. Algunos doctores como Klein y Fletcher consideran que sólo es problemático si persiste después de los 3 ½ años de edad. Por lo contrario el Dr. Balack considera como edad crítica

para detener el hábito hasta los 7 años o justo antes de la erupción de los dientes anteriores permanentes. Aunque existen varias teorías sobre la etiología de éste hábito, se concluye que si continúa más allá de los 6-7 meses es difícil de eliminar hasta que el niño tenga 4-5 años de edad. Siendo así los 4-5 años de edad los más recomendados para tratarse.

Diagnostico y manejo de cualquier problema psicológico debe ser planeado antes de tratar el problema dental presente o por presentarse. La frecuencia, duración e intensidad del hábito oral son importantes en la evaluación del estado psicológico del niño. Los acontecimientos que proceden al hábito tales como el uso de una cobija favorita, dependencia de un juguete favorito, problemas de insomnio, pesadillas, nerviosismo o ansiedad. Esto nos indicara la posibilidad del estímulo psicológico que produce el hábito. También es importante observar la madurez del niño, particularmente en respuesta a un nuevo estímulo y su reacción a nuestras sugerencias para eliminar el hábito.

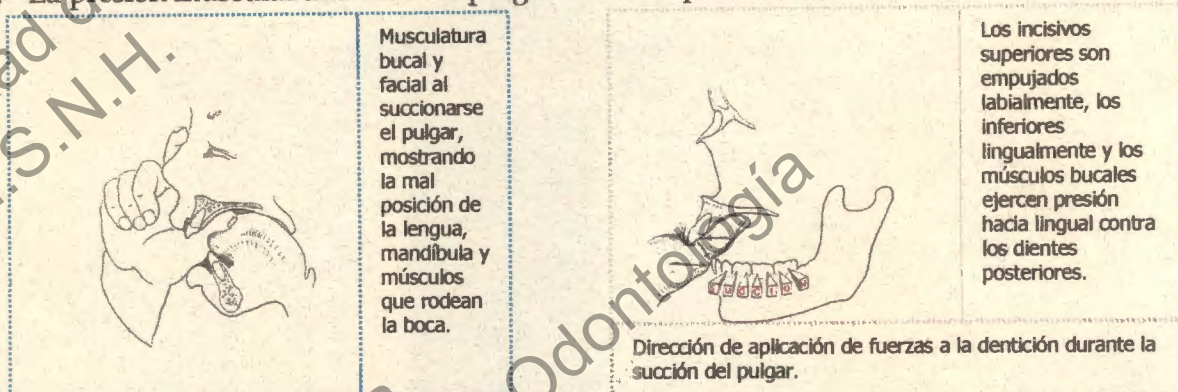


Si el hábito es el enfoque para los papás que no pueden manejarlo de una manera positiva, el médico familiar, psicólogo o pediatra debe ser visitado para el apoyo psicológico tanto para los papás como para el paciente.

EFFECTOS SOBRE LA DENTICIÓN

Las fuerzas que intervienen en el hábito de succión digital son:

1. La fuerza pasiva del pulgar contra el arco dentario.
2. La contracción anormal de los carrillos contra el lado del arco por la acción de la succión.
3. La presión muscular anormal del pulgar contra el paladar.



Si la succión se realiza como un acto continuo y sin tejidos o cuerpos extraños entre los incisivos producirá los siguientes resultados nocivos:

- Estrechamiento de los arcos maxilar y mandibular en la región canina, molar o premolar.
- Interrupción en la continuidad del arco en las regiones del canino e incisiva lateral.
- Las coronas de los caninos, molares y premolares se inclinan hacia mesial con respecto a lo normal.
- Los incisivos pueden estar sobrepuestos y/o con inclinación lingual, supraoclusión de inferiores y una infraoclusión en los superiores.



- Exagerada curva de Spee en la dentadura mandibular.
- Los incisivos inferiores se encuentran en contacto con el paladar duro.
- Hipertrofia del buccinador y labio inferior.
- Aumento del overjet.
- Incremento en la profundidad del velo del paladar y el piso nasal es más angosto.
- Hipotonicidad del labio superior.
- Mordida abierta en anteriores.
- Mordida cruzada en posteriores.



Si hay presencia de una mal oclusión causada por la succión digital y se discontinúa a los 4 o 5 años, puede ocurrir una "auto corrección" de esta.

La "auto corrección" depende de la severidad de la mal oclusión, variación anatómica de los tejidos blandos periorales y la presencia de otros hábitos orales como succión lingual, empuje lingual, respiración oral y hábitos labiales.



Al existir el hábito después de los 6 años, es muy probable que no se lleve a cabo la "auto corrección", siendo necesario un tratamiento ortopédico en la dentición mixta y en la dentición permanente recurriríamos a la ortodoncia.

TRATAMIENTO



El tratamiento consiste en enfrentar el hábito junto con el niño. Lo primero es ayudarlo a dejar de succionar el dedo, pero para esto es indispensable el convencimiento y la colaboración del niño. Una vez logrado el reforzamiento positivo debemos continuar con recordatorios

amigables. El llamar por teléfono periódicamente al niño le demuestra el interés que el profesionalista tiene por ayudarlo; motivándolo aún más.

Es importante que el niño se de cuenta que la intención del profesionalista no es criticarlo o ponerlo en vergüenza, sino ayudarlo a manejar su hábito para eliminarlo. No se debe de amenazar, regañar ni ridiculizar al niño. Tanto los papás como los demás miembros de la familia deben motivarlo positivamente.

El succionador de dedo, realiza este acto cuando esta en un estado de tensión emocional y para suprimirlo debemos tanto estimular su "yo" o autoestima como explicarle el posible perjuicio que puede ocasionarle.

Cuando los métodos "psicológicos" no funcionan para eliminar el hábito, se recurre a recordadores que sirven como impedimentos mecánicos.



Debemos tomar en cuenta que el abuso de tales pueden ser fuente de otros padecimientos o infecciones.

Se puede intentar el uso de aditamentos para que el niño mantenga bajo control el hábito, pero SÓLO con su consentimiento. Algunas alternativas pueden ser "curitas", vendas, cinta adhesiva o sustancias desagradables que le evite el reincidir en el hábito.



Si el hábito es nocturno, se le puede colocar alguna venda en su mano o brazo para evitarlo cuando este dormido. Todo esto se utiliza exclusivamente con el consentimiento del niño, de lo contrario lo tomaran como agresión. Se recomienda premiar al paciente con la ayuda de los



padres, mediante tiempo dedicado a lo que el niño desea hacer como deporte, paseo, comida favorita, etc pero nunca con regalos.

Si estos métodos no funcionan se recurre al aparato dental intraoral removible, los mitones de aluminio, protectores de alambre y las dedaleras. Sin embargo, en

ocasiones no funcionan ya que el niño encuentra la manera de no utilizarlo, fracasando el tratamiento. Por esto es que su efectividad va a depender del niño y su edad.

Para los niños pequeños, (menores de 4 años) es recomendable usar un tipo de "camisa" para dormir, con mangas largas que cubran sus manos. De esta manera, no puede llevárselas a la boca. Igualmente se puede elaborar de un material "rudo" que les provoque un poco de irritación o incomodidad para que dejen el hábito y se libren del mitón o la camisa.

En niños más grandes (mayores de 4 años) es necesario obtener su cooperación. Podemos motivarlo poniéndole un ejemplo de algún artista infantil de la televisión. Cuando son mayores de 6 años se utilizara métodos mas "psicológicos" como el siguiente: sentar al niño enfrente de un espejo donde puede observarse succionando su dedo por 10 minutos. Poco a poco el niño se fastidiara de observarse hasta eliminarlo.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

HÁBITOS ORALES

Respiración oral

La respiración oral es una desviación de la forma normal de respirar, que es a través de la nariz. La respiración nasal tiene las siguientes ventajas a la respiración oral:

- limpia el aire
- calienta el aire
- humedece el aire al pasar por los pasajes nasales

los labios permanecen cerrados, aplicando las fuerzas balanceadas contra los incisivos.

Existen factores que pueden afectar la habilidad de respiración nasal del niño, como:

- adenoides hipertróficas
- pólipos nasales
- obstrucción nasal
- alergias
- defectos septales
- alteraciones respiratorias



La respiración oral tiene su origen en la primera etapa de la infancia y como factores etiológicos son los ya mencionados que afectan la habilidad de respirar a través de la nariz. Por

este motivo es que se recomendara al paciente que acuda al otorrinopediatra, para que conjuntamente se realice una evaluación completa de nariz y garganta. Así podremos confirmar el o los factores etiológicos o coadyuvantes del hábito. En algunas ocasiones, aún eliminado el supuesto factor etiológico, el hábito no cesa debido a la costumbre del paciente de respirar de esta manera.



Respiración oral

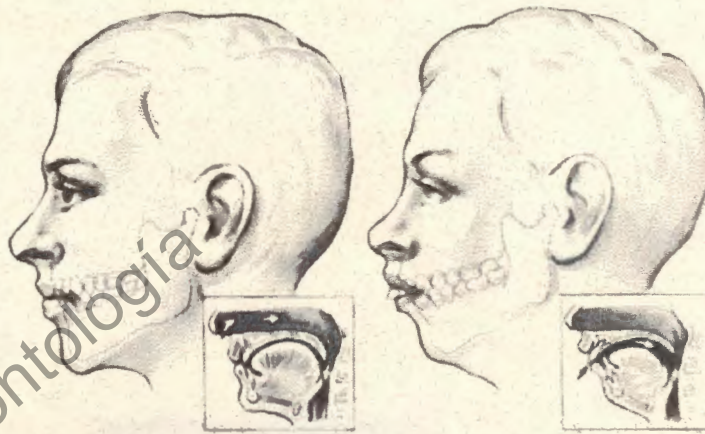


Respiración nasal

Su facies característica es la ADENOIDE. La configuración facial se caracteriza por ser de cara larga, delgada, nariz angosta, pasajes nasales angostos y labios flácidos. El labio superior es corto y se puede decir que el niño carece de expresión facial.

La respiración oral causara:

- Xerostomía: resequedad excesiva de la cavidad bucal en su porción anterior.
- Desequilibrio de los tejidos blandos contra la oclusión.
- Inflamación crónica por la xerostomía.
- Caries dental.
- Maloclusión o mal posición dental en los planos horizontal y vertical.
- Posición labial de los incisivos superiores.
- Labio superior corto.
- Overbite excesivo de incisivos inferiores.



Respiración nasal

Respiración oral

Durante la respiración nasal fisiológica, la oclusión descansa en equilibrio entre la lengua, labios y carrillos (posición fisiológica de descanso). Al respirar por la boca, la lengua se dirige hacia el piso de la boca, los carrillos se estiran y los labios se tornan flácidos. La mala distribución de las fuerzas de los tejidos blandos se asocia con la maloclusión caracterizada por el angostamiento del arco maxilar y palatal.

El respirar a través de la boca tiene gran influencia sobre la dentición y si se le realiza algún tratamiento en búsqueda de mejorar su aspecto desde un punto de vista estético, *fallara si éste persiste.*



Es muy importante realizar previamente el diagnóstico diferencial con el apoyo del médico general o el otorrinopediatra para descartar la posibilidad de alguna otra alteración de la nariz o garganta que obstruya el paso del aire.

Una vez establecido correctamente el diagnóstico del hábito, vamos a comenzar imponiéndole algunos ejercicios al paciente para conducirlo a adaptar una respiración nasal.

Un aparato que nos ayudará en casos más difíciles de manejar y dominar el hábito así como reducir la protrusión excesiva es el ESCUDO PLÁSTICO. Este se fija mediante un "gorro" y es similar a un guarda oclusal al cual se le adiciona un alambre de donde se fija al gorro y un



tubo de 0.040. Al producir una reducción de la protrusión excesiva, será necesario elaborar un nuevo escudo.

Otra opción como tratamiento es el tocar algún instrumento de viento ya que es un "ejercicio" recomendable para reeducar al niño ha no respirar oralmente. Sin embargo, el tocar un instrumento de lengüeta, prolongara la reducción de la protrusión debido a que se coloca la lengüeta entre los dientes, el descanso en el labio inferior presiona a los dientes inferiores y los superiores se apoyan contra la embocadura.

Es importante recalcar lo vital que es motivar al niño para que por su iniciativa y con la ayuda de los que lo rodean, realice el esfuerzo de reeducarse ha respirar nasalmente.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

HÁBITOS ORALES

Hábitos linguales: Empuje Lingual

El empuje lingual es cuando se coloca la lengua hacia delante entre los dientes anteriores y contra el labio inferior al tragar. En descanso, la lengua se encuentra hacia delante y la boca un poco abierta.



Lengua anormalmente grande y protrusiva

La etiología de este hábito es controversial y en la mayoría de los casos se presenta al o antes de nacer. Anatómicamente, la lengua embriológica es asimétricamente grande en comparación a la cavidad oral en desarrollo. Antes de ocurrir la fusión palatal, la lengua llena la cavidad oral y se proyecta hacia la cavidad nasal. Ya completada la fusión palatal, la lengua embriológica se acomoda en una posición hacia delante. Esta posición o acomodación anormal de la lengua puede ser un factor contribuyente del empuje lingual.

La mandíbula del infante es pequeña y en posición retrógnata, dándole un perfil facial convexo. Por lo que la lengua del infante permanece hacia delante aún cuando se encuentra en reposo.

Otro posible factor etiológico es la consistencia de la dieta del infante. La dieta líquida del infante es más fácil de deglutir cuando la lengua este hacia delante y estirada o plana. Sin embargo, la dieta sólida es más fácil de deglutir arcando el dorso de la lengua hacia el paladar.

El empuje lingual es más obvio entre los 5 y 7 años o después de exfoliar los incisivos temporales y antes de que erupcionen los incisivos permanentes. En este momento las amígdalas y los adenoides están creciendo a su máxima velocidad. Estas glándulas linfáticas agrandadas abarcan la vía aérea y desplaza la lengua anteroinferiormente.

Finalmente, el empuje lingual puede estar presente aunque no existan anomalías anatómicas, habla defectuosa, mordida abierta, protrusión incisal y retrognatia. Algunas mordidas abiertas aun están presentes después de haber eliminado el hábito.

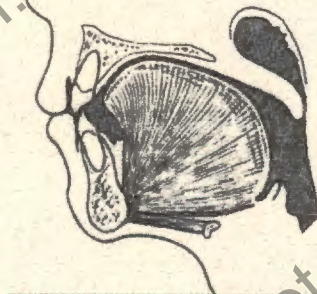


Dentro del habla defectuosa se incluye la inhabilidad de pronunciar y articular letras como *s, n, t, d, l, z, f,* y *th*.

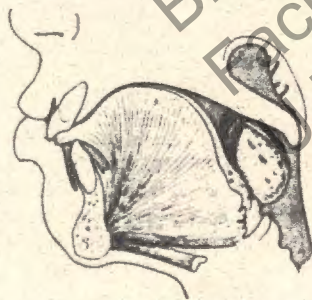
El empuje lingual es diagnosticado al observar la lengua en movimiento al deglutir. Se le pide al niño que degluta mientras se retrae el labio inferior. Si existe el hábito de empuje lingual, la lengua la encontraremos entre los dientes para sellar anteriormente. Al igual palparemos los músculos de la masticación. Si hay presencia del hábito, el masetero y el temporal quedan pasivos ya que los dientes posteriores no hacen oclusión. Éstos músculos de la masticación se tensan durante la deglución normal.

Al asociarse el empuje lingual con maloclusión del paciente en la dentición temporal, 75% de los casos la maloclusión no llega a afectar la dentición permanente. De acuerdo a varios estudios, este hábito se auto corrige a los 8 o 9 años de edad o cuando erupcionan completamente los dientes anteriores permanentes. La "auto corrección" ocurre debido a la mejora en el balance muscular de la deglución durante el crecimiento. Es decir, al suceder el cambio de dentición se realiza una deglución "madura" porque la lengua se mantiene dentro de los arcos dentarios y no desplaza a los dientes. Por esto el empuje lingual no se considera causa directa de la maloclusión y problemas con el habla, sino factor predisponente.

Las degluciones con empuje lingual que pueden ocasionar maloclusión se dividen en :



Deglución normal



Deglución anormal con empuje

- SIMPLE: es el empuje lingual asociado con una deglución normal. Por lo regular esta ligado a una historia de succión digital (aun cuando lo ha dejado) donde la lengua necesita adelantarse por la mordida abierta, para mantener un cierre anterior con los labios durante la deglución.

COMPLEJOS: están asociados con incomodidad nasorrespiratoria crónica, respiración bucal, tonsilitis o faringitis. Cuando las amígdalas están inflamadas, la raíz de la lengua puede inmiscuirse en los pilares

faciales agrandados. Para evitar el dolor, la mandíbula cae, separando los dientes y haciendo más lugar para que la lengua se adelante durante la deglución a una posición más confortable. Durante la respiración bucal crónica, se crea un espacio libre grande por la caída de la mandíbula y la protrusión lingual provee una vía de aire más

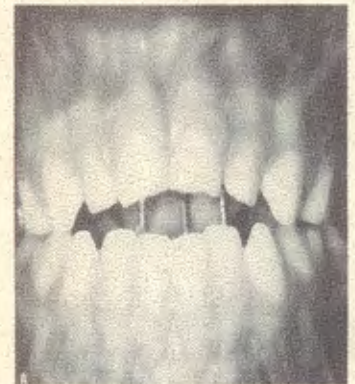
adecuada. El mantenimiento de la vía aérea es condicionada a la necesidad de respirar por la boca.

Los efectos que tienen en la dentición son:

- distoclusión
- mordida abierta
- overjet aumentado



El primer tratamiento que se le impone son los ejercicios para reposicionar la lengua y si persiste optaremos por el aparato removible o fijo para retener el movimiento anterior de la lengua al deglutir. Nuestro objetivo siendo retraer la lengua a una posición más posterior en la cavidad



oral. La eficacia de estos aparatos es relativa y es indicada sólo para mayores de 8 años.

Si el paciente presenta algún defecto de lenguaje, el tratamiento será de acuerdo a su edad y su etiología. El crecimiento mandibular normal y la disminución en el tamaño de las estructuras faríngeas presentará una mejoría en el habla por la reducción del desplazamiento anterior que origina un aumento de espacio para la lengua al articular los sonidos. Se recomienda realizar ejercicios linguales y terapia miofacial.

Es importante no confundir la mordida abierta producida por hábitos con la mordida abierta esquelética donde el plano mandibular es hacia delante y abajo y la altura de la parte anterior de la cara es extremadamente mayor a la posterior.

HÁBITOS ORALES

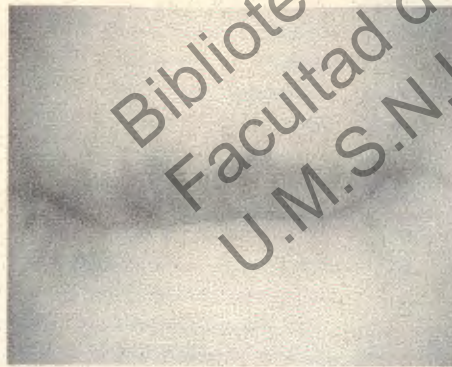
Hábitos Labiales

La anatomía y funcionamiento normal de los labios juega un papel importante en el habla, al comer y al mantener una oclusión balanceada. Los labios también nos sirven para proteger y contener los dientes anteriores. Cuando el músculo perioral u orbicular funciona adecuadamente produce una fuerza balanceada contra los dientes anteriores y los labios estarán relajados, poco cerrados. Durante la masticación, los labios están activos, pero al tragar deben estar relajados y quietos.

Hay 2 tipos principales de hábitos labiales:

Grupo #1: lamer, succionar y morder.

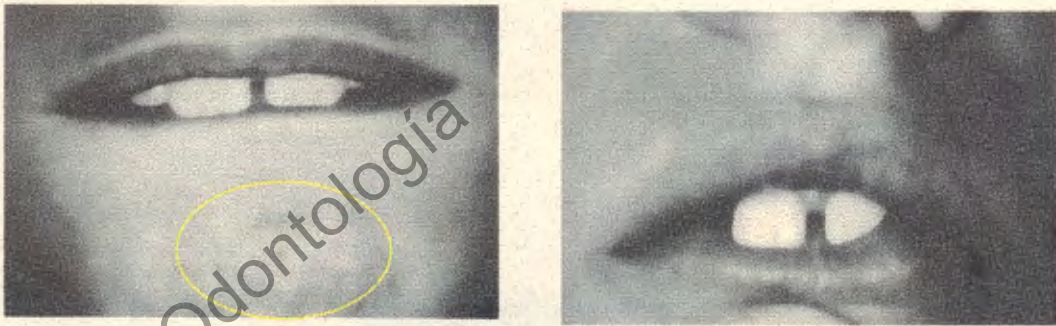
Grupo #2: interferencia labial que consiste en meter con fuerza los labios entre los dientes superiores e inferiores



El humedecer y morderse los labios excesivamente involucra ambos labios (superiores e inferiores) pero con mayor frecuencia en el labio inferior. Signos de éste hábito incluyen irritación y áreas con resequeidad arriba y abajo del bermellón y alrededor de los labios.

El lamer o succionar moderadamente los labios dañara a tales, causándoles resequeidad y quebrantamiento (incluyendo la piel alrededor de ellos). Esta alteración se mejora con algún

labial, crema o sustancia lubricante. Si el hábito esta causando maloclusión, si se opta por referirlo al ortodoncista.



Colocar una fuerza de los labios entre la arcada superior e inferior presenta datos clínicos diferentes con consecuencias que son potencialmente más serios. Se le refiere como "hábito mentalis" ya que el músculo mentoniano se eleva de la superficie anterior de la mandíbula entre el mentón, las raíces de los incisivos y se inserta en los tejidos blandos del mentón. Esta acción causa que la piel alrededor del mentón se arrugue.

El hábito mentalis ocurre más frecuente en niños que tienen los incisivos superiores fuera de arco. El overjet excesivo es un factor predisponente que contribuye a su desarrollo. Desafortunadamente este hábito acentuará aún más la vestibulo versión de los incisivos superiores y producir mayor susceptibilidad a traumatismos; ya que, no se encuentran los dientes protegidos por los labios.



Pantalla oral con dispositivo intra oral para lograr un correcto posicionamiento lingual al servirle al paciente como recordatorio para que realice su ejercicios linguales en cierta posición.

En general, respecto a cualquier variación de hábito labial, es recomendable como terapia concientizar al paciente del problema y sugerir los ejercicios labiales. También se recomienda tocar instrumentos musicales de viento. En los niños rebeldes se recomienda acudir al ortopedista infantil para la colocación de algún aparato (pantallas orales o bompetera labial).

HÁBITOS ORALES

Bruxismo

El bruxismo es el término que se refiere a la acción rítmica e incesante de rechinar o apretamiento dentario disfuncional que rompe la armonía del sistema estomatognático. Por lo regular este hábito se realiza en un estado subconsciente, ya sea, cuando el niño se encuentre despierto o durmiendo. De acuerdo a varios estudios realizados, el episodio de rechinar es más intenso y audible en la noche.



Aunque el bruxismo es un acto involuntario, su etiología se le atribuye a los altos niveles de tensión, diferentes tipos de personalidad (personas demasiado competitivas, apresuradas o con tendencias agresivas), algunos estados emocionales (hiperactividad, ira, dolor, frustración, por mencionar algunas) contactos oclusales prematuros (que interfieren con los movimientos mandibulares), hereditario, prurito por lombrices y enfermedades neurológicas.



Los signos y síntomas son variables:

GENERALES

- dientes escoriados
- dolor facial
- mordeduras linguales
- mordeduras de carrillos
- cefalea
- chasquido
- crepitación
- exposición dentaria
- sensibilidad dental
- dislocación mandibular

ESPECIFICOS: Dependiendo de la intensidad del bruxismo del niño.

1. Leve: éste se considera normal en la dentición temporal; ya que, el esmalte es más delgado que los dientes permanentes. Desgaste oclusal en esmalte.
2. Moderado: el desgaste oclusal es en el esmalte y en la dentina sin llegar a la pulpa.
3. Grave: el desgaste oclusal llega a producir una exposición pulpar, provocando fracturas y abscesos dentales.

Algunas alteraciones asociadas con el bruxismo, más frecuente en el adulto que el niño son: enfermedad parodontal, pérdida de hueso alveolar y disfunción temporomandibular.

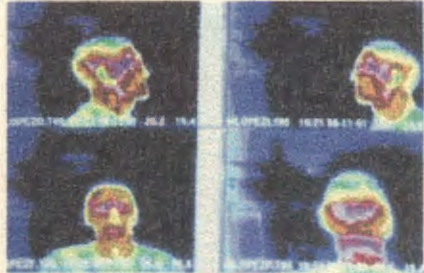

Molestias extra orales como resultado del bruxismo incluyen: fatiga muscular de los músculos masticadores y del cuello, así como alteración y dolor en A.T.M.. El desgaste oclusal destructivo de los dientes permanentes tarda más debido al mayor grosor del esmalte.



El tratamiento específico para el bruxismo es determinado por lo siguiente:

- historia médica
- estado general de salud
- edad y opinión del paciente
- que tan avanzado es el bruxismo
- tolerancia a terapias, a medicamentos y a procedimientos

El manejo del bruxismo consiste en:

1. Identificar la causa.
2. Intentar resolver el bruxismo eliminando contactos oclusales prematuros, dándole una forma selectiva a la(s) pieza(s) dentaria(s).
3. Ejercicios orales (musculares). En ésta se puede auxiliar de la bioalimentación que se basa en el uso de un instrumento electrónico que mide la cantidad de actividad de los músculos de la boca y la mandíbula. De esta manera, indicándole al paciente cuando ocurre demasiada actividad de los músculos, para así modificar su "conducta" muscular. Para modificar su "conducta" muscular le vamos a enseñar al paciente a descansar la lengua, los dientes y los labios de manera adecuada. Se coloca la lengua hacia arriba para aliviar la incomodidad de la mandíbula ya que mantiene los dientes separados y los labios cerrados. Esto ayuda más al bruxista diurno.
 
4. Guarda oclusal: este dispositivo nos ayuda para evitar futuros daños dentales y ha cambiado la conducta muscular del paciente, ya que absorbe la fuerza de la mordida. Es recomendable para ambos tipos de bruxismo pero con mayor eficacia para el bruxismo nocturno.
 
5. Sesiones con el psicólogo: básicamente para resolver problemas emocionales que generan el estrés o cualquier reacción productora del bruxismo.

6. Farmacoterapia: esta encaminada hacia el adulto por medio de analgésicos, mío relajantes, sedantes o tranquilizantes en casos ya mas severos.
7. Eliminación de ciertas sustancias (mas en el adulto que el niño) como café, te, alcohol y tabaco.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

HÁBITOS ORALES

Onicofagia: "Mordisqueo de Uñas"

Es un hábito patológico extendido en la infancia y edad juvenil que influye en gran medida la estética dental y bucal.

Se define como una costumbre de comerse o roerse las uñas con los dientes que pudiera ocasionar lesiones o infecciones en los labios, mucosas bucales, encías y dedos. Es un hábito vicioso obtenido desde pequeño o como reflejo de una alteración neuropática que pudiera persistir en la edad adulta. En la mayoría de los casos este hábito es un comportamiento que no se extinguió cuando el niño se chupaba el dedo.



Este hábito puede ser mal criticado y doloroso. Puede ser un síntoma de estrés emocional y ansiedad elevada. Para evaluar la gravedad del hábito debemos considerar su edad, estado emocional, intensidad y frecuencia de este.



Determinar las situaciones durante las cuales el niño se muerde las uñas es importante para descubrir el estímulo ansioso que lo produce.



La onicofagia es el segundo hábito más frecuente, después de la succión digital. Se considera como una transferencia de un hábito frustrado o prohibido de la succión digital. Puede ser normal para los niños de edad escolar ya que satisface una necesidad de placer en el niño escolar semejante a la que obtiene el recién nacido al succionar su dedo. Sirviendo así para aliviar la tensión producida por su actividad o inactividad escolar.

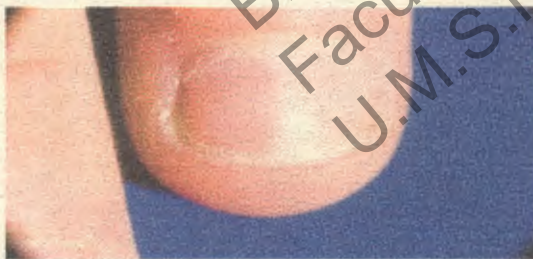
El morderse las uñas sigue un esquema de 4 diferentes posturas:

1. Colocación de la mano cerca de la boca (segundos-minutos de duración).
2. El dedo golpea rápidamente contra los dedos anteriores.
3. Mordeduras rápidas y espasmódicas con la uña del dedo, apoyada fuertemente contra el borde incisal de los dientes.
4. Se retira el dedo de la boca y lo inspecciona o lo palpa.

Al efectuar estas acciones, el niño tendrá en su rostro una expresión grave. Si se percata que se le está observando, interrumpe inmediatamente su actividad porque presenta un sentimiento de culpa. Éste se debe a la falta de seguridad en si mismo, pero si se le ridiculiza, dificultara la eliminación de éste.

El hábito de morderse las uñas inicia aproximadamente entre los 4 y 5 años de edad, aumentando rápidamente su frecuencia después de los 5 años y alcanza su "máximo" en la pubertad en un 43%. Después de los 15 años, declina rápidamente y hoy en día (por lo estresante que se ha tornado la vida cotidiana) no es rara la presencia del hábito en el adulto.

Al aumentar los factores que determinan la gravedad ocasiona desgaste y astillamiento



premature de los incisivos centrales superiores, micro traumatismos en las mucosas labiales y orales que predisponen al paciente a patología infecciosa (herpes, labios cortados, resequedad, aftas, etc.) e

irregularidades en manos y uñas. Las formas agudas de la onicofagia puede dañar el lecho ungueal y la matriz, así como ocasionar verrugas periungueales, padrastrós e infecciones bacterianas en las uñas. Los dientes presentan abrasión, erosión, astillamiento y mal posición.

Para el tratamiento del hábito, debemos considerar primero aquellos que no serán efectivos, como son:

- reforzamiento negativo
- regaños
- castigar
- sobornos
- tranquilizantes
- sustancias amargas o desagradables

Todo esto es contraproducente ya que el hábito es sintomático. El tratamiento debe encaminarse a reducir la tensión del ambiente, aumentar el sentimiento de confianza y aliviar las tensiones internas.

El odontólogo debe estudiar cuidadosamente, en todo aspecto, al niño para descubrir los factores psicológicos que actúan sobre el paciente. De esta manera eliminar los factores emocionales que son causa del acto.

Se debe sugerir actividades , ejercicios al aire libre, alentar juegos con otros niños o cualquier actividad que favorezca que el niño se desenvuelva aceptable y afectuosamente.

Sustancias que si son recomendables utilizar son el barniz para uñas como recordatorio y el aceite de oliva para ablandar y alisar las uñas sin bordes desgarrados, haciendo menos tentativo el morderse las uñas.

Lecciones de piano, algún otro instrumento musical o clases de computación pueden persuadir al niño de que es necesario conservar en buenas condiciones las puntas de los dedos. En casos mas difíciles de eliminar, se puede utilizar capuchones para los dedos, guantes, entablillamiento del dedo problema o codo y en casos especiales hipnosis.

Cabe destacar que si el hábito no es muy acentuado, en realidad no influye sobre la dentición, ya que, el uso de los dientes durante el acto no difiere en gran medida de la manera común de morder y desgarrar los alimentos durante la masticación.



Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

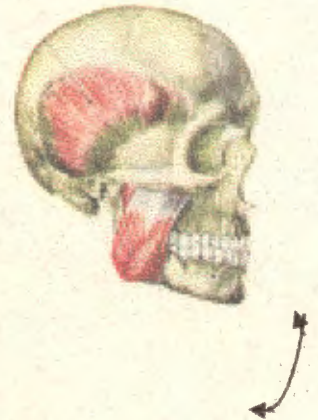
Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

EJERCICIOS CORRECTIVOS

A.- Ejercicios del Masetero y del Temporal

Indicados para el hábito de *respiración oral*, ya que en este son débiles e hipotónicos los músculos de la masticación. Los ejercicios consisten en:

1. Colocar la punta del dedo índice en el músculo masetero, cerca del ángulo de la mandíbula para que el niño sienta los movimientos de contracción y relajamiento.
2. Ocluir; juntar los dientes.
3. Contraer y relajar músculos masetero y temporal.
 - a) Que el niño abra y cierre 10 veces consecutivas.
 - b) Que el niño apriete sus dientes y afloje 10 segundos.
4. Transcurridos unos días, aumentar a 20 repeticiones. El ejercicio muscular no debe ser excesivo.
5. Debe realizarse 3 veces al día para fortalecer los músculos y estimular el funcionamiento de las estructuras óseas.



B.- Ejercicios Pterigoideos

Es la elección para cuando el niño tiene un desplazamiento distal de la mandíbula y para llevar la mandíbula hacia delante.

1. Protuir la mandíbula lo más posible y dejar que se retraiga hasta su relación normal.
2. Apretar los dientes, contraer y aflojar, contando 10 segundos.
3. Descansar la mandíbula en posición habitual y repetir pasos 1 y 2.
4. Se realizará durante el tiempo necesario hasta que se corrija.

C.- Ejercicios de Wilson

Para los músculos faciales:

1. Colocar molares superiores e inferiores en oclusión y mantenerlos así.
2. Contraer músculo de un carrillo, provocando una línea recta y hacia atrás del ángulo de la boca.
3. Aun en esta posición, empujar todos los músculos del lado opuesto hacia el lado contraído. Si es necesario, se puede realizar con la mano el empuje.
4. Inspire profundamente y expire lentamente, estando aun tensos los músculos.
5. Proseguir con el lado opuesto.

Las repeticiones comienzan siendo 10 por día y aumentan de acuerdo a la condición física y capacidad del paciente.

D.- Ejercicios de la Lengua

1. Colocar algún dulce o caramelo en el paladar (su tamaño que sea aproximadamente $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{3}$ de un salvavidas) exactamente detrás de los incisivos superiores, sostenido por la punta de la lengua.
 2. Al realizar con el acto de deglución se mantiene la lengua en esta posición, asegurándonos que utilice la punta de la lengua y no el dorso para sostener el caramelo.
- Este ejercicio se debe practicar también durante el acto de la alimentación.



E.- Ejercicio pasivo de Strang para la deglución.

Nos sirve a entrenar a los músculos que actúan en la deglución para que funcionen uniformemente y sin contracciones exageradas durante la succión y espasmo de la lengua.

Previo a comenzar, tener a la mano un espejo y un vaso lleno de agua.

1. Tomar 1 pequeño sorbo de agua, suficiente para humedecer la boca. Observar en el espejo al realizarse.
2. Juntar los dientes, manteniéndolos durante el siguiente paso del ejercicio.
3. Cerrar suavemente los labios y tragar; recordando:
 - Mantener los dientes unidos.
 - Mantener los labios inmóviles.
 - Mantener la lengua en la boca sin sacarla y sin hacer presión contra los dientes anteriores.
4. Repetir la deglución desde el paso 1, cada vez que se dificulte hacerlo. Se debe realizar durante 2 minutos, al menos 3 veces al día. Después de una semana, aumenta 3 minutos. No exceder de 10 minutos.

F.- Ejercicio tónico general de Rogers:

El objetivo de éste es promover el flujo de sangre de tejidos circundantes o adyacente a los dientes y músculos de la cara.

1. Tomar un sorbo abundante de agua tibia con bicarbonato de sodio o sal disuelto.
2. Mantener en oclusión firmemente a los dientes.
3. Hacer que el agua pase por los espacios ínter proximales hasta la cavidad bucal y que vuelva al espacio lingual. Repetir 5-6 veces por la mañana y por la noche.

INVESTIGACIÓN

Objetivo: Investigar los hábitos orales presentes en los niños de bajos recursos en las zonas marginadas de Morelia, a nivel:

- Jardín de Niños.
- Primaria: primer y segundo grado.

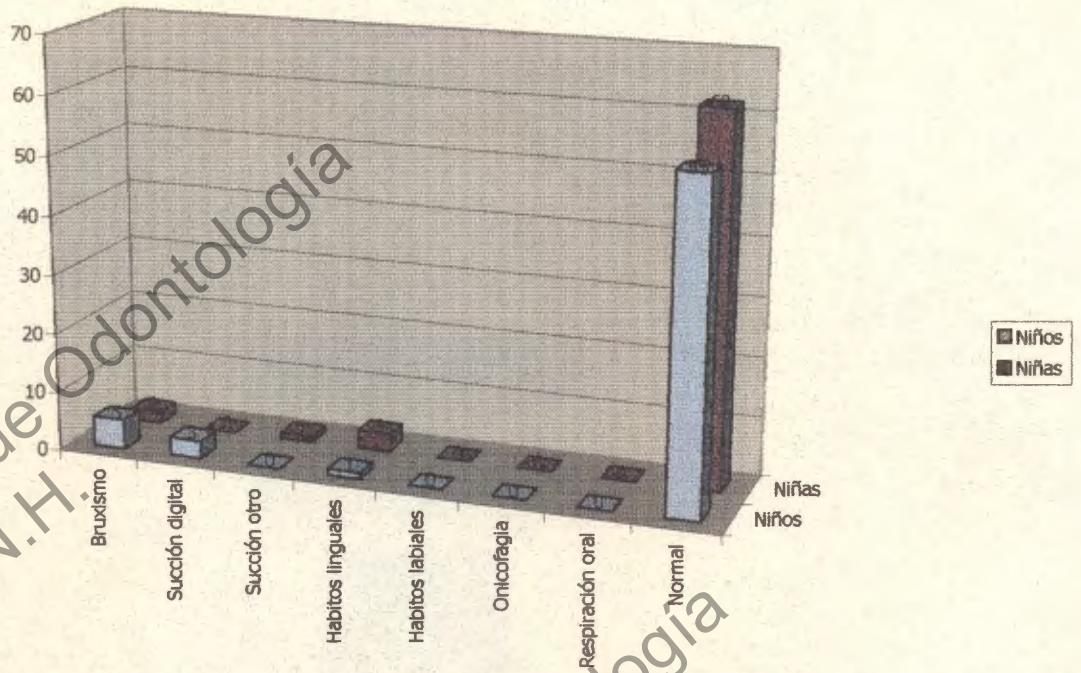
Las escuelas incluidas en esta investigación son sólo del municipio, siendo así las designadas dentro del programa de aplicaciones de fluoruro para el Centro de Salud Urbano "Dr. Juan Manuel González Urueña", mismo dentro del cual realizo mi servicio social.

Al igual se pretende realizar una comparativa con escuelas también federales pero de zonas más urbanizadas donde los niños provienen de un nivel económico medio.

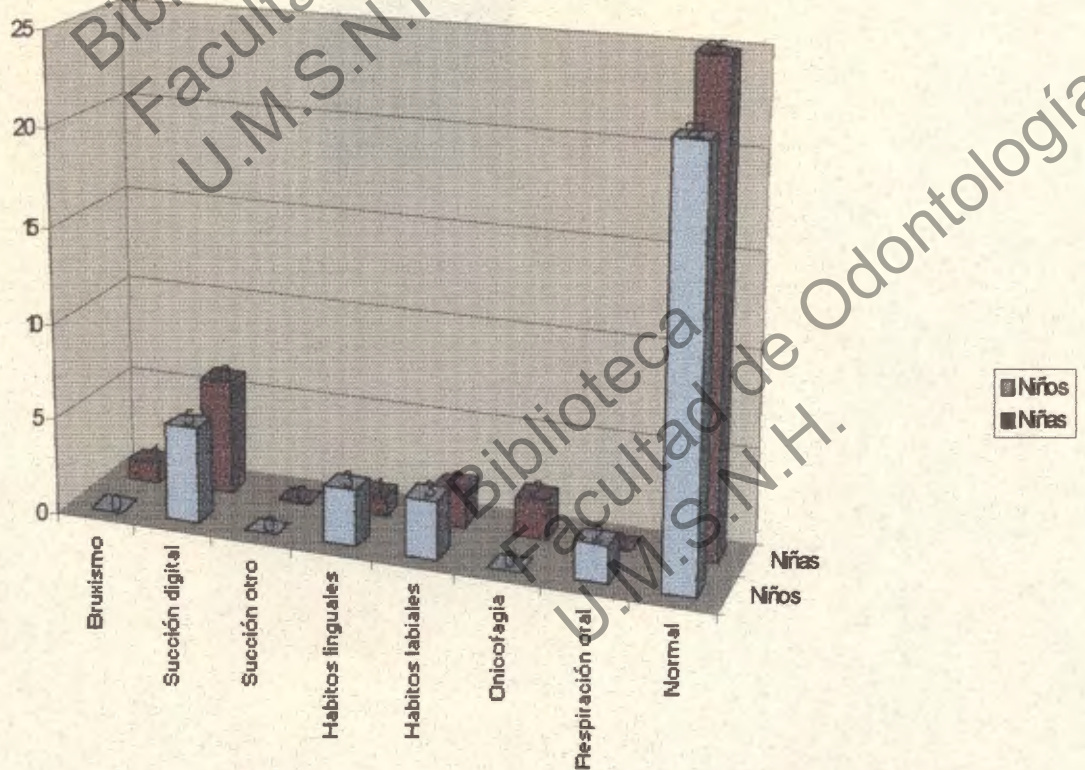
El siguiente es un enlistado de las escuelas investigadas así como su ubicación:

<u>ESCUELA</u>	<u>UBICACIÓN</u>
- J/N "Días de las Américas"	Col. Leandro Valle.
- J/N "Octavio Paz"	Col. Sindurio Norte.
- J/N "Rosario Zapata"	Col. 5 de Diciembre.
- E/P "Gidardo Magaña"	Quinceo.
- E/P "Juan Escutía"	Col. Constituyentes de Querétaro.
- E/P "Rafael C. Haro"	Col. Leandro Valle.
- E/P "Fco. González Bocanegra"	Col. Reforma de Tzindurio Norte.
- E/P "Lic. Luis Donald Colosio"	Infonavit Justo Mendoza.

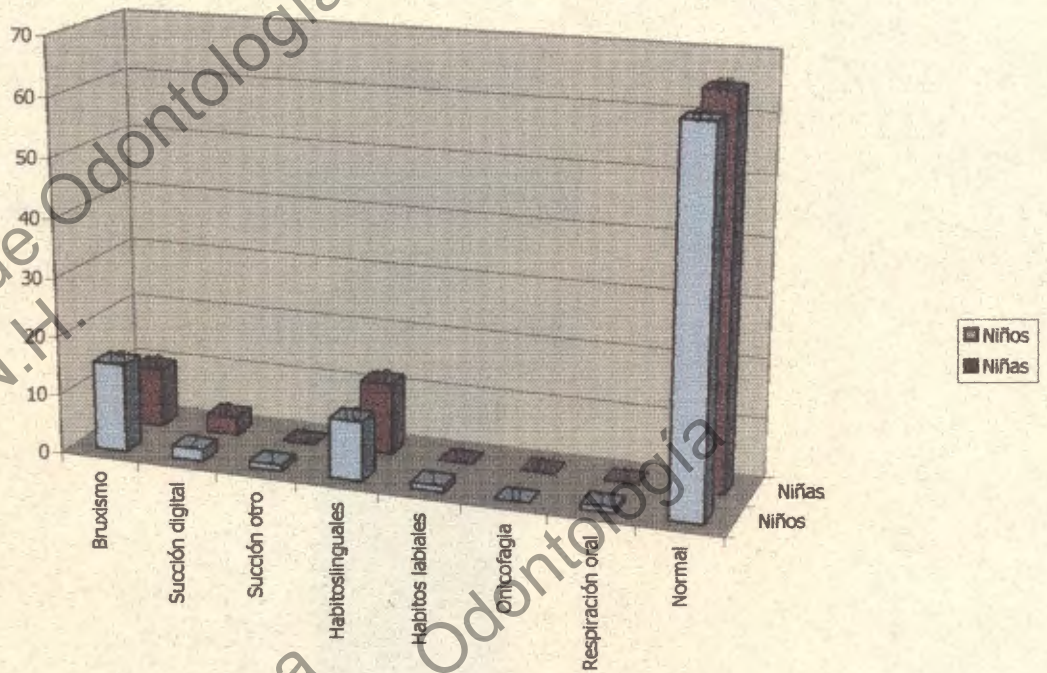
"Nivel Jardín de Niños" Zonas Marginadas



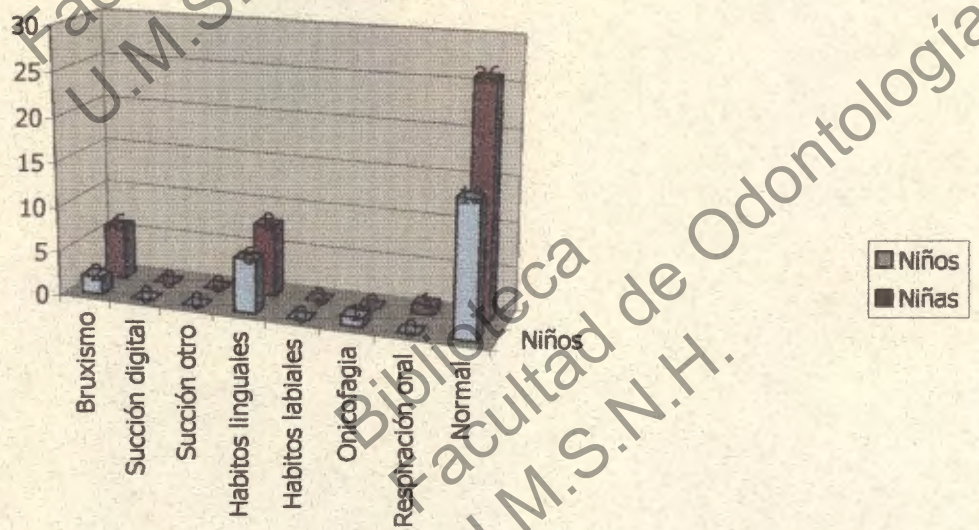
"Nivel Jardín de Niños" Zonas Urbanizadas



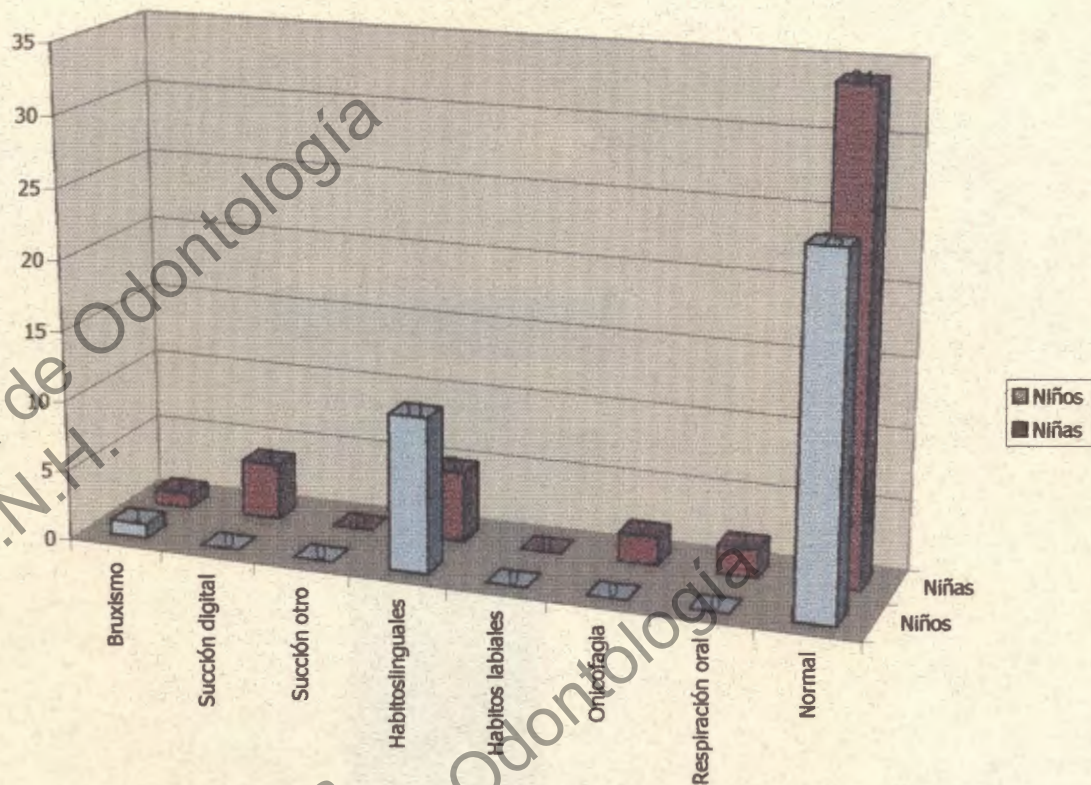
"Nivel Primaria" 1° Zonas Marginadas



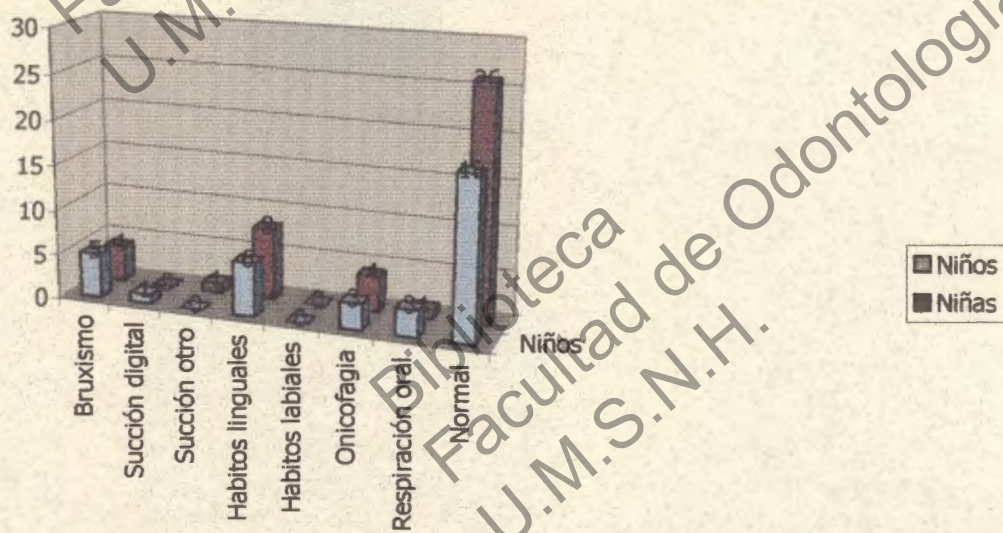
"Nivel Primaria" 1° Zona Urbanizada



"Nivel Primaria" 2° Zonas Marginadas



"Nivel Primaria" 2° Zonas Urbanizadas



CARTILLA PARA LA PREVENCIÓN

A continuación se ilustra una cartilla para la prevención de malos hábitos. Dentro de la cual se propone no sólo la prevención de malos hábitos sino también de alteraciones dentales (como maloclusión y caries). Todo efecto de un mal hábito puede ser evitado, si es detectado a tiempo. Sin embargo, no se cuenta con un método de control y prevención obligatorio en las instituciones de salud pública.

Aplicar este tipo de cartilla a los niños desde el inicio de su formación educativa, para no sólo controlar y prevenir anormalidades de salud bucal, sino también proveer información a los papás sobre las condiciones bucales en que se encuentra su hijo.





De esta manera se le inculca buenos hábitos higiénicos para su salud bucal, que no sólo utilizará durante su etapa escolar, sino toda su vida, bajando los índices de padecimiento bucales.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

**Cartilla
de
Oclusión
y
Prevención
Bucal
del
Niño**

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

		TIPO DE OCLUSIÓN			
		CLASS I	CLASS II, DIVISION 1	CLASS II, DIVISION 2	CLASS III
Fecha					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:					

FECHA DE REVISIÓN:



FECHA DE REVISIÓN:



FECHA DE REVISIÓN:



FECHA DE REVISIÓN:



OBSERVACIONES:

FECHA DE REVISIÓN:



FECHA DE REVISIÓN:



FECHA DE REVISIÓN:



FECHA DE REVISIÓN:

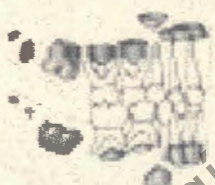











CARIES - ROJO

DIENTE AUSENTE - x

OBTURADO - NEGRO

GINGIVITIS - ROSA

	3 años FECHA _____		8 años FECHA _____
	4 años FECHA _____		9 años FECHA _____
	5 años FECHA _____		10 años FECHA _____
	6 años FECHA _____		11 años FECHA _____
	7 años FECHA _____		12 años FECHA _____

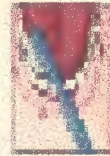
OBSERVACIONES:

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

3 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
4 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
5 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
6 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
7 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
8 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
9 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
12 AÑOS	DOLOR DENTAL ___ OVERJET EXCESIVO ___ OVERBITE EXCESIVO ___ MORDIDA ABIERTA ___ MORDIDA CRUZADA ___ ANTER / POSTER	LACERACIONES LINGUALES ___ ANORMALIDADES EN MANO ___ DESGASTE OCLUSAL ___ MACROGLOSIA ___ MICROGLOSIA ___ NORMAL ___
FECHA ___/___/___		
ANOTAR FECHA DE REVISIÓN Y TACHAR ESTADO O CONDICIÓN PRESENTE.		



Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo.

Los dientes de abajo se cepillan hacia arriba.

La parte con la que mordemos, movimiento circular.

La lengua también en movimiento circular.

Cepillase después de cada alimento. Mínimo 3 veces al día. Que el cepillado dure mínimo 2 minutos para que sea efectivo.

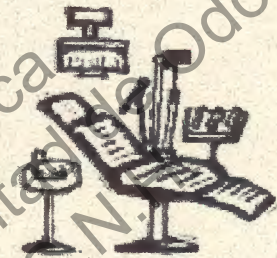


Usa hilo dental por lo menos 1 vez al día.

Utiliza hilo dental de preferencia que sea con cera.

Utilizar una porción de hilo de 45cm de largo.

Visita a tu dentista por lo menos 2 veces al año.



CONCLUSIONES

Los efectos de los hábitos orales son muy variados, desde molestias menores o momentos embarazosos, hasta deformidades oró faciales.

Las anormalidades en el crecimiento y desarrollo influenciados por la erupción de ambas denticiones han causado un mal desarrollo dental, maloclusión y problemas en el habla. Detectados a tiempo se previenen futuros problemas; siendo corregibles.

Aunque existen muchos diferentes tratamientos para los diferentes hábitos, el común denominador para logra la recuperación total del niño y eliminar el hábito es el uso de la motivación positiva y suprimir los negativos. La motivación positiva le dará seguridad al niño para cooperar y que el niño desee dejar su hábito. Produciendo un éxito en la eliminación del hábito.

Estas alteraciones no sólo es de quien las padece. Por consecuente no sólo debemos motivar al paciente, sino también a quienes lo rodean, comenzando por hacer los conscientes del rol tan importante que desempeñan y hacerlos partícipes activos en el tratamiento.

GLOSARIO

1. *Candida albicans*: género de hongos imperfectos, habitantes inofensivos de mucosa que dada las circunstancias (mala higiene, estado de salud debilitado) pueden causar infecciones. Señalado como agente etiológico de perleche, muguet, vaginitis, entre otras. Produce lesiones "lloronas" erosionadas con un collar de escamas colgantes y de base roja.



2. Decúbito prono: posición boca abajo



3. Fetal: período a partir de 9 semanas después de la fecundación hasta el nacimiento o parto.



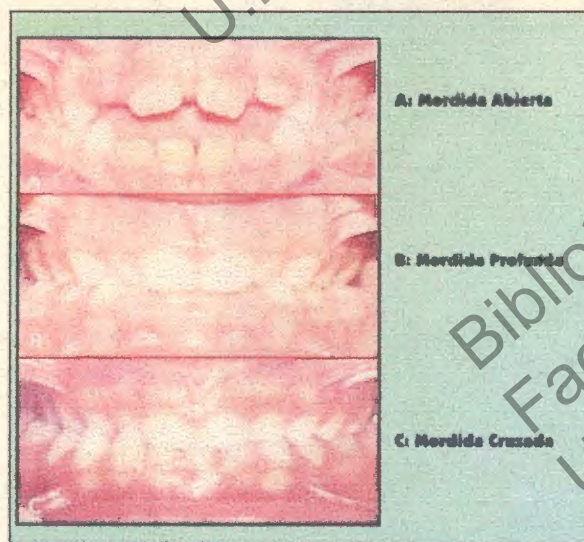
4. Neonatal: período que sigue inmediatamente después del nacimiento

5. Relaciones de Oclusión (contacto)

- Nula: posición fisiológica de descanso; músculos relajados, los dientes no están en contacto entre sí y la lengua descansa en el velo del paladar.
- Intencional: cuando le pedimos al paciente que muerda, haciendo coincidir la línea $\frac{1}{2}$ (oclusión céntrica).
- Funcional: de supervivencia, afecto y expulsión.

6. Tipos de Mordida:

- Cerrada: cuando la relación de overbite se encuentra aumentada; cuando los dientes superó anteriores sobrepasan o rebasan a los inferiores en más de $\frac{1}{3}$ de su altura coronaria.
- Borde a borde: cuando la relación de contacto en anteriores se realiza con las caras incisales. Es posible que en posteriores se establezca una relación cúspide a cúspide.
- Abierta: cuando las piezas dentarias que han erupcionado completamente no alcanzan el contacto con su antagonista. Es posible identificar en posteriores, lo que se conoce como mordida abierta lateral que con mayor frecuencia es unilateral.
- Cruzada: cuando la(s) pieza(s) inferiores se encuentran en una relación inversa o invertida, sobrepasando a los superiores.
- Doble: cuando generalmente existen 2 tipos de mordida, una que corresponde a los hábitos de la masticación y otra de la posición de la cual se denomina como falsa.



BIBLIOGRAFÍA

- Creighton P.R.

Common Pediatric Dental Problems

Ped. Clin N.A. 45, 1579, 1998

- Franco P., Scaillet S. Y Col.

The influence of a pacifier on infants arousals from sleep.

J. of Ped., 136, 6, 2000

- Martínez Sánchez L., Díaz González E.P: y col.

Uso del chupete: beneficios y riesgos

Anales de Pediatría 53, 580, 2000

- Foster, L. G. (1998)

Nervous habits and stereotyped behaviors in preschool children.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37, 711-717.

- Ellingson, S., Miltenberger, R., Stricker, J., Garlinghouse, M., Roberts, J., Galensky, T., & Rapp, J. (2000).

Functional analysis and treatment of finger sucking.

Journal Applied Behavior Analysis, 1, 41-51.

- Solano Reina E, Mendoza Mendoza A.

Tratamiento temprano de la maloclusión.

En: BARBERIA LEACHE E. Odontopediatría. Barcelona: Masson, 1995

- www.dentistasperu.com/articulos/art39.htm

- Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

oquiros@ortodoncia.ws

Caracas - Venezuela



- *Science News*, Feb 10, 2001 v159 i6 p94

Biomedicine: teeth grinding linked to sleep apnea.

COPYRIGHT 2001 Science Service, Inc.

Woods, D. W., Murray, L. K., Fuqua, R. W., Seif, T. A., Boyer, L. J., & Siah, A. (1999).

Comparing the effectiveness of similar and dissimilar competing responses in evaluating the habit reversal treatment for oral-digital habits in children.

Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30, 289-300.

- Massler, M., Schour, M., Linden, C. T., (1992)

Atlas of the Mouth in health and disease, 3-7, 14, 35.

- www.google.com

- www.yahoo.com

- www.ada.com

- www.pada.com

- www.odonto.unam.mx

- www.oe.com.mx

- www.imbiomed.com.mx

- www.ecuaodontologos.com