

## **Capítulo 6**

### **Hábitos orales y odontología: una visión interdisciplinar**

Andrea Arango  
Jimena Cabal  
Isabel Calero  
Susana Arias

Para permitir al odontólogo la clasificación de los hábitos orales se establece una correlación entre el tipo de hábito y la maloclusión que presenta el paciente; de acuerdo a esto los hábitos pueden ser:

- Factores causantes de una maloclusión.
- Factores agravantes de la maloclusión.
- Factores causantes y/o agravantes de la maloclusión.

Es importante tener presente que los hábitos producen o agravan una maloclusión dependiendo de la capacidad ósea de responder a los estímulos de presión. El grado de deformidad causado por los hábitos orales depende de tres factores (Ver Capítulo 2):

- Frecuencia.
- Duración
- Intensidad (fuerza)

Cuando estos tres componentes aparecen con gran énfasis, se van a presentar cambios en la oclusión y aparecen fuerzas musculares compensatorias que producen una maloclusión totalmente desarrollada y en algunos casos se pueden presentar defectos en la fonética o el lenguaje.

Entre los hábitos que aparecen más frecuentemente están: hábito de succión digital, deglución atípica, hiperactividad del músculo mentalis. Los aspectos a tener en cuenta para el tratamiento de los hábitos orales desde el punto de vista odontológico son:

- Edad del paciente. La edad sugerida es de cuatro a cinco años ya que el paciente debe ser lo suficientemente maduro para razonar y entender la terapia como una ayuda para que el paciente deje el hábito nocivo.
- Madurez del paciente. Para el éxito del tratamiento el paciente debe entender su problema y debe expresar el deseo de colaborar en corregirlo.
- Cooperación de los padres. La actitud de los padres debe ser de apoyo y de ayuda

### ***Oclusión y maloclusiones***

#### *Normalidad oclusal en dentición temporal.*

- Escalón mesial o recto, espacio del primate, Boume tipo 1, overjet 2mm, overbite 30% (2mm), arcos ovoides.

#### *Normalidad oclusal en dentición mixta.*

- Clase I molar o cúspide cúspide, Overjet 0mm, Overbite 1-3mm

#### *Normalidad oclusal en dentición permanente.*

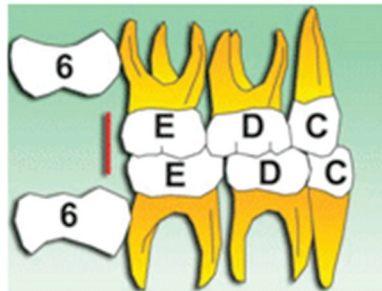
- Los molares deben estar en clase I, la sobremordida vertical no sobrepasar del 30% y la vertical de 2mm. Los dientes deben exhibir una posición correcta en equilibrio con las bases óseas sobre las que están implantados y con el resto de las estructuras óseas craneofaciales.

- Los llamados planos inclinados que forman las caras oclusales de las cúspides y bordes incisales de todos y cada uno de los dientes deben guardar unas relaciones recíprocas definidas.
- Las relaciones proximales de cada uno de los dientes con sus vecinos y sus inclinaciones axiales deben ser correctas para que podamos hablar de una oclusión normal.
- Dentro de las relaciones dentales existentes debemos tener en cuenta la relación maxilomandibular, su normalidad y sus alteraciones para de ésta manera proceder a la clasificación dental de los pacientes.

Si el paciente se encuentra en dentición temporal clasificamos las relaciones dentales en tres grupos a saber:

- *Plano terminal recto*: es cuando la cara distal del segundo molar temporal superior se encuentra en el mismo plano con el segundo molar temporal inferior.

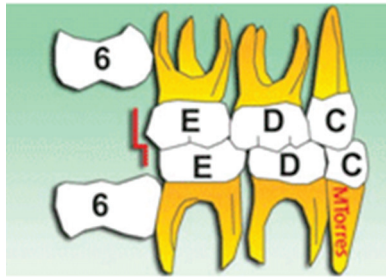
**Imagen 47 Escalón terminal**



Ilustraciones tomadas del libro *Temprano no, a tiempo*. (Uribe & Cárdenas, 2014)

- *Escalón mesial*: es cuando la cara distal del segundo molar temporal superior se encuentra hacia distal en relación a la cara distal del segundo molar temporal inferior.

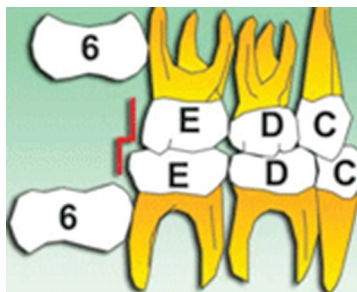
### Imagen 48 Escalón mesial



Ilustraciones tomadas del libro *Temprano no, a tiempo*. (Uribe & Cárdenas, 2014)

- *Escalón distal*: es cuando la cara distal del segundo molar temporal superior se encuentra hacia mesial en relación con la cara distal del segundo molar temporal inferior.

### Imagen 49 Escalón distal



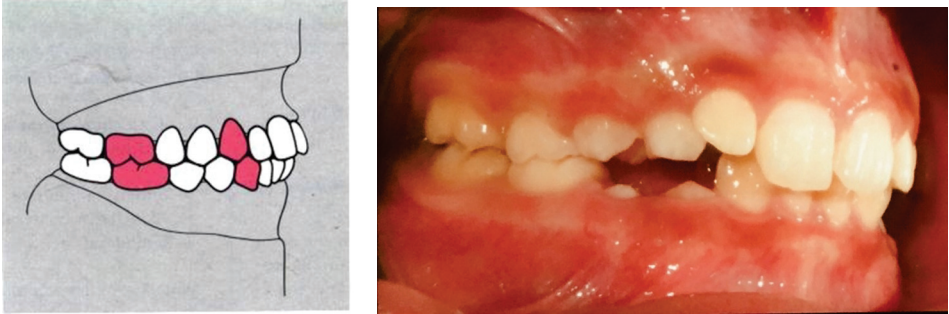
Ilustraciones tomadas del libro *Temprano no, a tiempo*. (Uribe & Cárdenas, 2014)

No obstante, cuando se inicia la erupción del primer molar permanente (diente 6) se cambian estas relaciones, pues produce un empuje en bloque hacia adelante. (Migración mesial temprana: todos los dientes son empujados hacia la línea media en cada hemiarcada). En este momento ya empezamos a tener en cuenta la Clasificación de Angle y dejamos atrás las relaciones molares de la dentición temporal.

Estas clasificaciones de Angle se realizan en un arco con dentición mixta, que ya tenga la presencia de los primeros molares permanentes tanto superiores como inferiores y en la dentición permanente.

**ANGLE TIPO I:** Es cuando la cúspide meso vestibular del primer molar permanente superior ocluye sobre el surco de desarrollo vestibular del primer molar permanente inferior. Esta se considera la oclusión ideal.

**Imagen 50 Angle tipo I**



Tomado de: Atlas de Rakosi (1992)

**ANGLE TIPO II:** es cuando la cúspide meso vestibular del primer molar permanente superior ocluye por delante del surco de desarrollo vestibular del primer molar permanente inferior. Por lo tanto, se dice que el molar superior se encuentra en posición adelantada respecto al inferior.

**Imagen 51 Angle tipo II**



Tomado de: Atlas de Rakosi (1992)

**ANGLE TIPO III:** Es cuando la cúspide meso vestibular del primer molar permanente superior ocluye por detrás del surco de desarrollo vestibular del primer molar permanente inferior. En este caso se considera que el primer molar inferior se encuentra adelantado respecto al molar superior.

**Imagen 52 Angle tipo III**



Tomado de: Atlas de Rakosi

## **6.1 Maloclusiones**

Las maloclusiones pueden ser de tipo esquelético, dental o mixtas. Para identificar su origen se debe realizar un correcto análisis cefalométrico y de modelos.

Las maloclusiones esqueléticas describen la posición del maxilar y la mandíbula con respecto a la base del cráneo.

- Clase I esquelética: el maxilar y la mandíbula están en posición ortognática con respecto a la base del cráneo. Puede tener alteraciones dentales.
- Clase II esquelética: la mandíbula aparece retrognática con relación al maxilar. La causa puede ser un exceso de maxilar, deficiencia de mandíbula o combinación entre ellas.
- Clase III esquelética: la mandíbula se observa de mayor tamaño posición que el maxilar. La causa puede ser exceso de mandíbula, deficiencia de maxilar o una combinación de alteración en ambos maxilares.

Dentro de las causas dentales de las maloclusiones encontramos la pérdida de longitud de arco por caries interproximales, la pérdida prematura de un molar temporal, las inclinaciones dentales asociadas a los hábitos,

la desproporción dentoalveolar, alteraciones en el número de dientes, alteraciones en la vía de erupción, etc.

Cuando se presentan hábitos deletéreos en la cavidad oral, la oclusión sufre cambios y modificaciones que alteran el adecuado desarrollo. Dentro de estas, las más comunes son:

*6.1.1 Mordida abierta anterior:* es cuando los dientes anteriores superiores no tienen contacto con los dientes inferiores. Es el resultado de un desarrollo vertical insuficiente que permita que el diente alcance su antagonista. Esto puede suceder en hábitos de succión digital, deglución atípica, succión labial, y muchos más.

La mordida abierta anterior es principalmente un problema vertical sin acople de dientes anteriores y algunas veces se extiende hasta caninos y con menor frecuencia hasta los molares (Proffit y Bell 1980).

Otros autores como Subtenly, reportan como factores etiológicos de la mordida abierta la deficiencia en el crecimiento vertical, la macroglosia o mal funcionamiento lingual, hipertrofia de adenoides y su relación con el espacio faríngeo y el factor genético (Saldarriaga y Cadavid, 1989).

Las mordidas abiertas tienen un componente genético multifactorial, es decir una susceptibilidad genética heredada que interactúa con factores ambientales como: patología dental, patología ósea, posición protruida de la lengua, succión digital, deglución atípica, hipotonicidad muscular y en un porcentaje respiración oral. (Saldarriaga, 1989; Cruz & Muñoz, 2011).

Los tratamientos de la mordida abierta se deben realizar tempranamente para tener mayor porcentaje de éxito modificando el patrón de crecimiento y así evitar una corrección quirúrgica más adelante (García, 2004). Algunas mordidas abiertas se resuelven sin tratamiento alguno al igual que las transicionales y tienen pocas secuelas.

El control de la dimensión vertical es considerado el factor más importante en el tratamiento de las mordidas abiertas junto a la intrusión de los molares. (García, 2004).

Existen dos tipos de mordida abierta:

*Transicional*: es cuando los dientes se encuentran aún en erupción y al no tener contacto queda un espacio entre los dientes superiores e inferiores. Se resuelve cuando los dientes llegan al plano de oclusión y hacen contacto. En el entretanto el paciente posiciona la lengua en este espacio para conseguir el selle.

**Imagen 53 Mordida abierta transicional**



Imagen propia

*Definitiva*: es cuando los dientes ya alcanzan el plano de oclusión, pero debido a un hábito nocivo se forma un espacio entre los dientes superiores e inferiores en la parte frontal (generalmente se produce a nivel de los incisivos superiores e inferiores).

**Imagen 54 Mordida abierta definitiva**



Imágenes propias



**6.1.2 Mordida abierta posterior:** no presenta contacto entre los molares. Puede producirse por interposición de la lengua o por anquilosis dental. El arco superior se estrecha ocasionando mordidas cruzadas y los dientes posteriores no erupcionan completamente.

**Imagen 55 Mordida abierta posterior**



Imagen propia

**6.1.3 Mordida abierta circular.** En ella sólo contacta un molar. Se produce por un empuje lingual circular, la posición baja de la lengua estimula el crecimiento mandibular en sentido anteroposterior y transversal. Generalmente crea una clase III esquelética.

**Imagen 56 Mordida abierta circular**

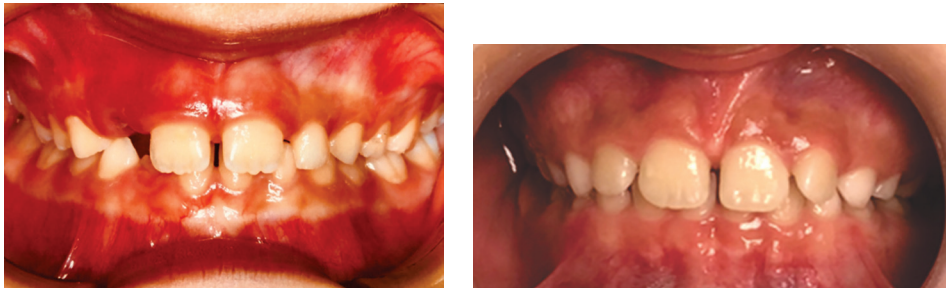


Imagen propia

**6.1.4 Mordida profunda:** es cuando los dientes superiores cubren la cara vestibular de los incisivos inferiores en un porcentaje mayor a un 40 % (Cruz- Muñoz 2011), denominándose resalte vertical excesivo u overbite aumentado.

En otra definición la mordida profunda es donde la dimensión entre los márgenes incisales dentales superiores e inferiores es excesiva (Graber, 1985).

**Imagen 57 Mordida profunda**



Imágenes propias

Dentro de las complicaciones producidas por esta maloclusión se encuentran las enfermedades de los tejidos peridontales por exceso de fuerzas oclusales, trauma dental, limitación en los movimientos de lateralidad, bruxismo. Los músculos más afectados en la mordida profunda son los pterigoideos laterales, maseteros y temporales bilateralmente.

Al analizar el paciente presenta generalmente una maloclusión de Angle clase II, perfil cóncavo (mandíbula hacia atrás en relación al maxilar superior), tercio facial inferior disminuido, retrognatismo mandibular. A nivel intraoral puede tener lingualización de los incisivos inferiores, incisivos inferiores lingualizados, overbite aumentado.

El tratamiento más utilizado es la extrusión de los dientes posteriores y la intrusión de los dientes anteriores por medio de planos de mordida posteriores, uso de pistas directas o indirectas y vestibularización de los incisivos.

**6.1.5 Mordida cruzada:** esta se produce cuando la cara lingual de los dientes inferiores ocluye por delante de la cara vestibular de los dientes superiores. Puede ser de uno o de varios dientes y en el sector anterior o posterior.

Dentro de las consecuencias de este tipo de mordida encontramos alteraciones faciales en el perfil, desgastes dentales, malposiciones y trauma sobre los tejidos periodontales. De no corregirse tempranamente su solución será quirúrgica.

*Mordida cruzada unilateral*: es cuando hay un solo diente en posición cruzada, ya sea anterior o posterior. En la Imagen 55 se puede apreciar una mordida cruzada anterior unilateral entre el diente 21 y el 31.

**Imagen 58 Mordida cruzada unilateral**



Imagen propia

Se aprecia mordida cruzada anterior entre los dientes 21 y 62 con los antagonistas 31, 32 y 73. Se considera una mordida cruzada anterior incompleta.

**Imagen 59 Mordida cruzada anterior unilateral**



Imagen propia

En la Imagen 57 se aprecia mordida cruzada anterior en un diete fusionado 61 y 62 con el 73 y a la vez mordida cruzada derecha.

**Imagen 60 Mordida cruzada derecha**



Imagen propia

En la Imagen 58 se muestra la mordida cruzada anterior completa en un paciente de 9 años y 2 meses de edad y su oclusión en una vista lateral.

**Imagen 61 Mordida cruzada anterior**

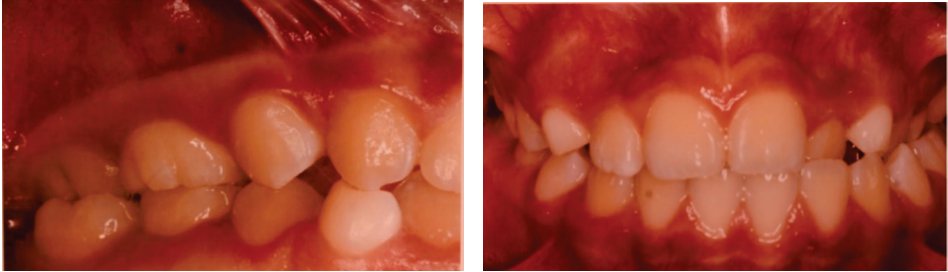


Imágenes propias

### *Mordida cruzada posterior*

Puede ocurrir en uno o varios dientes posteriores. Afecta el crecimiento del paladar y la masticación se realiza de manera unilateral.

**Imagen 62 Mordida cruzada posterior**



Imágenes propias

### **6.1.6 Mordida borde a borde**

Se produce cuando el borde incisal de los dientes superiores se encuentra en contacto con el borde incisal de los dientes inferiores.

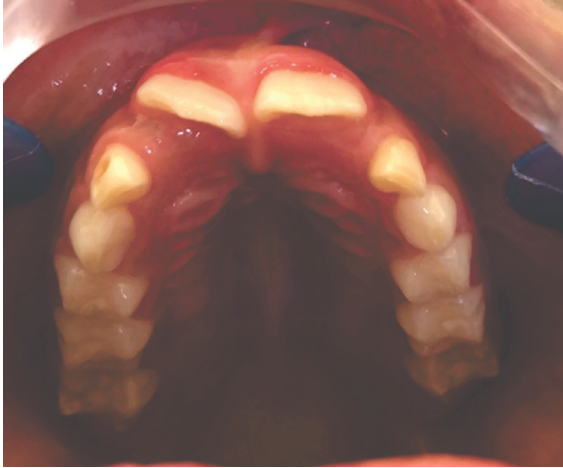
**Imagen 63 Mordida borde a borde**



Imagen propia

## 6.2 Consecuencias de los hábitos y las maloclusiones

**Imagen 64 Paladar profundo**



En esta imagen se observa paladar profundo y estrecho generando malposiciones dentales.

Imagen propia

**Imagen 65 Trauma oclusal**



Imagen propia

Trauma oclusal por la presencia de mordida cruzada anterior que genera desgastes y repercute sobre los tejidos periodontales y de soporte dental.

En la imagen inferior (63) se puede observar una mordida abierta anterior y mordida borde a borde como consecuencia de succión digital prolongada.

### Imagen 66 Mordida abierta anterior por succión digital



Imágenes propias

### 6.3 Diseño de la aparatología más comúnmente usada en las alteraciones de la función lingual

El hábito más común por el cual consultan los padres en odontopediatría es la succión digital, ya que afecta la estética, produce infecciones gastrointestinales y altera la concentración de sus hijos en el estudio. Toda succión digital tiene alteración en la deglución.

Los hábitos tienen que ser tratados por un grupo interdisciplinario en donde los métodos psicológicos pueden ir desde el acondicionamiento hasta la hipnosis.

Los métodos funcionales están a cargo del fonoaudiólogo para reeducar la musculatura que interviene en la deglución; de los métodos mecánicos se encarga el odontólogo diseñando y controlando los aparatos que buscan impedir y orientar la posición de la lengua y los labios durante la deglución.

El rompehábito más utilizado para la succión digital es la rejilla palatina, si el dedo es colocado apoyándose en el paladar, pero cuando los dedos son colocados sobre la mandíbula se debe utilizar la rejilla lingual.

Los rompehábitos tienen como finalidad recordar la no introducción de los dedos a la boca y reeducar la musculatura que interviene en la deglución. Esto es imposible de conseguir sin el acompañamiento de la terapia miofuncional orofacial.

Para diseñar el aparato se debe escoger previamente las bandas midiendo el ancho meso distal y el vestíbulo palatino (usando un calibrador de metal) de los dientes donde se deben colocar las bandas preferiblemente prefabricadas o tener un modelo de trabajo en yeso tipo tres para poder probarlas en él.

**Imagen 67 Uso de calibrador metálico**



Imagen propia

Existen bandas universales superiores –marcadas con la letra *U*– e inferiores –marcadas con la letra *L*– (Imagen 64). También hay bandas específicas para cada cuadrante (imagen 65).



**Imagen 68 Características de bandas**



Imágenes propias

Posteriormente adapta las bandas en la boca colocando la nomenclatura hacia la cara mesial del diente, usando el band pusher y el band setter. Se debe tomar una impresión utilizando alginato y luego se retiran las bandas de la boca utilizando el quita bandas. Se debe posicionar con la cara oclusal hacia el alginato y el número en mesial. Se fijan al alginato con ganchos de cosedora o algún pegante de secado rápido.

**Imagen 69 Ejemplo de impresión dental**

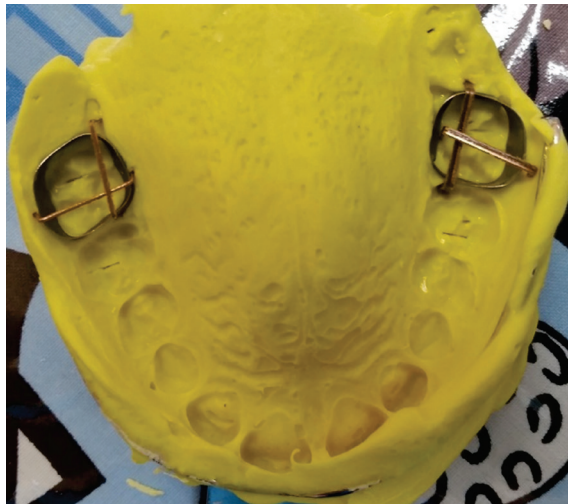


Imagen propia

Seguido a esto, se hace la toma del registro de oclusión en la boca del paciente preferiblemente con silicona pesada y se realiza el montaje de los modelos de trabajo en un articulador para enviar al laboratorio con las especificaciones requeridas para interceptar el hábito del paciente.

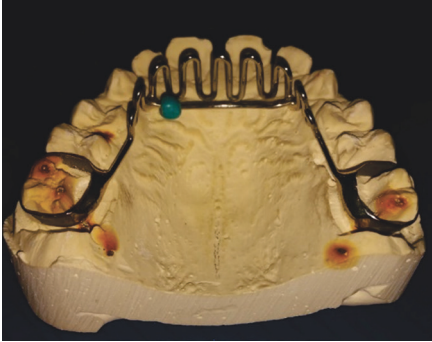
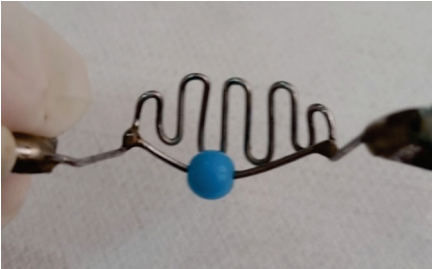
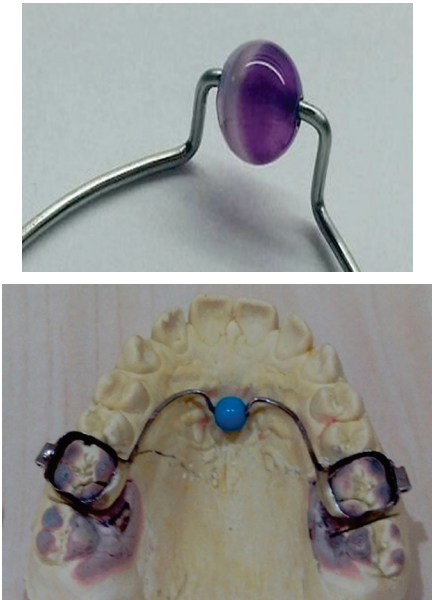
**Imagen 70 Toma del registro de oclusión**





Imagen propia

Sabiendo que la succión digital siempre se presenta con deglución atípica y la mayoría de las veces con interposición lingual, el rompehábito que se decide utilizar intraoralmente siempre debe estar acompañado de un bolideglutor, ya que la rejilla contiene la lengua, y el bolideglutor ayuda a fortalecer los músculos y a aprender la ubicación de la posición ideal.


**Tabla 38 Especificaciones del bolideglutor**

<p><b>Bolideglutor</b></p>	<p>El bolideglutor o perla de Canut debe ser elaborado en alambre 0.36 con la chaquira lo más pequeña posible. La chaquira debe quedar idealmente sobre la papila incisiva o tan cerca como el overjet lo permita.</p>	<p><b>Imagen 71 Bolideglutor</b></p> 
	<p>El alambre sobre el cual se coloca la chaquira debe ser curvado hacia el paladar y no tener ningún tipo de doblez para permitir que la chaquira pueda rotar y desplazarse del lado derecho al izquierdo del maxilar.</p>	<p><b>Imagen 72 Chaquira del bolideglutor</b></p> 
	<p>Cuando la chaquira está en un doblez que la aleja del paladar, la punta de la lengua queda ubicada a nivel del borde incisal de los incisivos superiores alterando el patrón ideal de la deglución. Por el contrario, si el doblez es hacia la parte posterior del paladar, la lengua va a adquirir un patrón deglutorio posterior.</p>	<p><b>Imagen 73 Posición de la chaquira</b></p> 

Continuación tabla 37.

<p><b>Rejilla palatina</b></p>	<p>Para elaborar la rejilla se debe tener en cuenta que el número de ansas depende de desde dónde tenga la mordida abierta el paciente y su longitud depende del Overbite (sobremordida vertical) y la longitud de los dientes.</p>	<p><b>Imagen 74 Ansas de la rejilla palatina</b></p> 
	<p>Las ansas deben seguir el contorno del paladar para adaptarse a la forma de la lengua. La longitud debe ser desde el paladar hasta el tercio medio de los incisivos inferiores.</p>	<p><b>Imagen 75 Ubicación y dimensión de las ansas</b></p> 

Continuación tabla 37.

	<p>La posición antero posterior de la rejilla depende del overjet (sobremordida horizontal) del paciente ya que si este es muy grande las ansas no pueden estar a nivel de las rugas palatinas porque interferirían en la oclusión.</p>	<p><b>Imagen 76 Indicaciones rejilla palatina</b></p> 
--	---	--

Imágenes propias

El tratamiento interceptivo está recomendado para niños mayores de tres años. Debe ser usado por un periodo no menor a tres meses.

## 6.4 Errores de diseño en rejillas

En la Imagen 77 se observan las ansas rectas impidiendo a la lengua mantener su forma fisiológica y muy posterior a las rugas palatinas.

**Imagen 77 Rejilla con ansas rectas**



Imagen propia

La Imagen 78 muestra unas ansas que siguen el contorno del paladar, pero están muy posteriores, provocando que la lengua no quepa en el paladar y que además se posicione posterior.

**Imagen 78 Ansas con contorno palatal posterior**



Imagen propia

Como se ve en la Imagen 79, la longitud de las ansas está tan corta que la paciente puede protruir la lengua debajo de la rejilla.

**Imagen 79 Rejilla con ansas cortas**



Imagen propia

La Imagen 80 muestra una rejilla que está ubicada detrás del bolideglutor haciendo imposible que la lengua pueda llegar a él. Las ansas están tan posteriores que es imposible que el paciente pueda elevar la lengua.

### Imagen 80 Rejilla con bolideglutor mal adaptado



Imagen propia

### ***Bompereta labial***

Este tipo de aparatología está indicada en pacientes con la actividad anormal del labio inferior, al quedar atrapado entre los incisivos superiores e inferiores, causando el movimiento de los incisivos superiores hacia vestibular y de los inferiores hacia lingual. Es importante hacer un diagnóstico correcto de la situación ya que en pacientes con clase II división I, éste hábito es la consecuencia y no la causa de la maloclusión, por lo tanto, el tratamiento del hábito y no de la maloclusión, solo solucionaría una mínima parte del problema.

La bompereta labial se recomienda en pacientes con buena colaboración y su función es inhibir la presión del músculo orbicular de los labios y del músculo mentalis. Este aparato puede ser fijo (Imagen 81) o removible (Imagen 82) dependiendo la colaboración del paciente. Entre los beneficios de la bompereta encontramos que sirve como recuperador de espacio para los molares, evita la presión de los músculos anteriores y permite que la lengua empuje labialmente los incisivos inferiores para corregir el colapso.

**Imagen 81 Bompereta fija**



**Imagen 82 Bompereta removible**



Imágenes propias

El objetivo de este tipo de aparatología es hacer una reeducación neuromuscular favoreciendo el selle labial y a la vez permitir la vestibularización de los dientes anteriores, superiores e inferiores, dependiendo el sitio de uso, debido a que la lengua puede ejercer su acción muscular al eliminar la acción del musculo hipertónico (Imagen 83).

**Imagen 83 Borla del mentón hipertónica**



Imagen propia

La bompereta ejerce su acción por una fuerza distal unida directamente al molar, ya sea de manera fija o removible por medio de tubo. También crea una tracción perióstica y una estimulación de aposición ósea cuando se coloca cerca al surco vestibular como los escudos labiales.



Algunas veces la fuerza muscular es excesiva y la aparatología puede lastimar las mucosas orales (Imagen 84), en estos casos se debe retirar el rompehábito mientras sana el paciente.

**Imagen 84 Mucosa oral afectada**

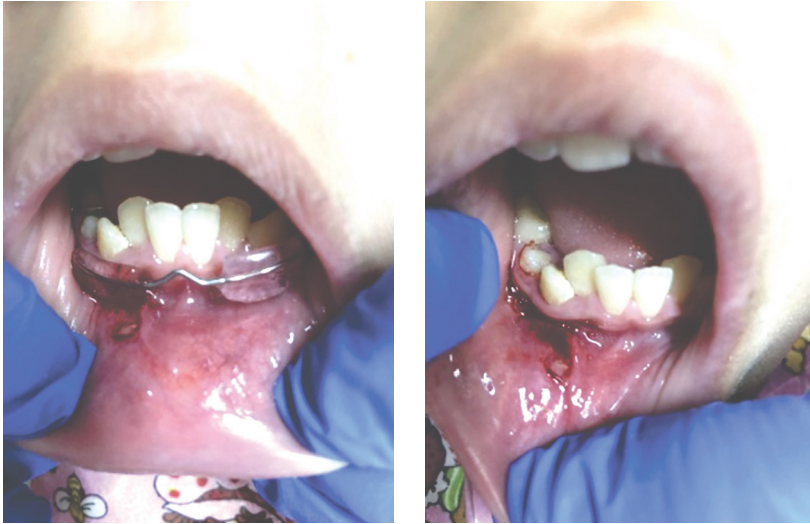


Imagen propia

### ***Placa activa***

Es un tipo de aparato removible que le brinda al paciente correcciones de la maloclusión estables y satisfactorias.

Ventajas:

- Es un tratamiento que se puede aplicar a la mayor cantidad de pacientes.
- Ahorra tiempo en la consulta odontológica.
- Se utiliza para tratamientos preventivos e interceptivos en dentición decidua, mixta temprana y tardía.
- Fácil higiene y reparación al ser un aparato removible.
- Más económicos.

### Desventajas:

- Por ser removibles se depende del paciente, quien determina la intensidad horaria del tratamiento.
- Los movimientos dentales que produce este tipo de aparato son limitados a inclinaciones, no produce movimientos en cuerpo, de torque, ni de rotación.
- Puede producir interferencias oclusales.

A la placa activa se le pueden incorporar elementos como: bomperetas, rejilla, bolideglutor, entre otras, para manejar simultáneamente hábitos orales como succión digital, interposición lingual o de labio, etc.

## Referencias Bibliográficas

- Adams, C.P, (1970). *The design and construction of removable orthodontic applices*. 4th.ed.Bristol: John Wrigh & Sons Ltd.
- BOJ B.J, Catala M., García-Ballesta C., Mendoza A.; Tratamiento temprano de la maloclusión. Solano E., Mendoza A. *Odontopediatría*. (380-381): Ed Masson.
- Cárdenas D. (2003). Manejo y Control de Espacios. Ortodoncia Interceptiva= Movimientos Ortodónticos Menores. *Fundamentos de Odontología. Odontología Pediátrica*) Medellín Colombia: Editorial Corporación para las Investigaciones Biológicas.
- Cruz, B., & Muñoz, C. (2011). Tratamiento ortodóncico de mordidas profundas. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 23(1), 159–160. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-246X2011000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2011000200010)
- Dickson, G.C, Wheatly, A.E, (1982) *Atlas de aparatología ortodóntica removable*. Barcelona: Salvat Ed.
- Escobar F. (2004). Ortodoncia Preventiva e Interceptiva en Odontología Pediátrica *Odontología Pediátrica*. (450-451): Editorial Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A. Caracas Venezuela.
- Feijoo, G.M, (1980) Ortopedia funcional. *Atlas de aparatología ortopédica*. Buenos Aires: Ed.Mundi.