

Hábito de succión del pulgar y mala oclusión

Presentación de un caso clínico

Luis Enrique Estripeaut

Alumno del curso de Maestría de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Bauru - Universidad Sao Paulo. (FOB-USP), Brasil.

Rev. Odont. USP
3(2):371-76, Abr./Jun. 1989

José Fernando Castanha Henriques

Profesor asistente doctor de la disciplina de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Bauru - Universidad de Sao Paulo. (FOB-USP), Brasil.

Renato Rodrigues de Almeida

Profesor asistente doctor de la disciplina de Ortodoncia de la FOB-USP.
Profesor responsable de la disciplina de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Lins, Brasil..

El hábito de succión del pulgar ha sido significativamente relacionado con las malas oclusiones. Esos problemas pueden ser observados tanto en las dentaduras deciduas y mixtas, como en las permanentes. La frecuencia, duración e intensidad del hábito produce, como consecuencias, mordida abierta anterior, retrusión de la mandíbula, protrusión de la maxila, sobresaliencia excesiva, vestibulo versión de los incisivos superiores, verticalización de los incisivos inferiores, y mordidas cruzadas posteriores. A veces se asocia a un paladar ojival, diastema entre los incisivos superiores, y algunas otras características faciales. Según algunos autores^{2,4,7}, cuando el hábito persiste por un período prolongado después de los 4 años de edad, es considerado potencialmente como causa de mala oclusión. En este caso la intervención del profesional es requerida. Esta presentación tiene por objetivo demostrar la conducta preventiva de los casos que presentan hábitos deletéreos.

1. Introducción "Succión digital".

El hábito de succión digital en el niño es un refuerzo psicomotor que tiende a desaparecer con la edad, generalmente entre el primero y el tercer año de vida. MARTÍNEZ⁶ en su estudio sobre la frecuencia de este mal hábito en la población, observó que el 42% de los niños con dos años de edad, 46% con tres años y 36% con cuatro años de edad practican la succión digital.

El patrón biológico que determina el hábito^{2,6}, resulta del hecho de que la boca es uno de los mayores centros de terminaciones nerviosas del cuerpo humano; desde la vida intrauterina, el ser humano instintivamente succiona la lengua, los labios y los

dedos de tal forma que al momento del nacimiento la función de succión se encuentra plenamente desarrollada. El órgano bucal, mediante la succión, es de extrema importancia para el niño recién nacido, pues a través de él sobrevive alimentándose y obtiene del medio externo los estímulos que provocan sensaciones de seguridad y placer, que en sus primeros años de vida desarrolla con tal especificidad el acto de succión.

El hábito de succión digital es normal en el niño, pero cuando se prolonga después de los cuatro años de edad provoca cambios en el crecimiento y desarrollo facial normal. La brusca eliminación del hábito crea una connotación negativa y puede originar hasta un sentimiento de culpa o inferioridad en el niño.

El hábito de succión del pulgar así como otros hábitos no saludables, muestran significativa relación con el problema de la mala oclusión en la dentadura permanente. Si éste es abandonado al final de los cuatro años de edad, la mala oclusión puede ser autocorregida sin perjudicar la disposición de los dientes en el arco dentario. Si, por otro lado, el hábito persiste será necesaria la intervención inmediata de un profesional, que con su experiencia clínica indicará al método para corregir esta manía al niño y a sus padres.

GRAVER¹ y JARABAK⁴, aconsejan que la mejor época para intervenir en el hábito de succión del pulgar es de los tres a los cuatro años de edad, cuando puede ser realizado un tratamiento preventivo evitándose el desarrollo de una mala oclusión. El profesional debe poseer buenos conocimientos de la anatomía y fisiología de la boca, como del desarrollo normal de la oclusión, para poder diagnosticar y desarrollar un plan de tratamiento de acuerdo con las características consecuentes del hábito de succión digital.

2. Implicaciones recurrentes del hábito.

En el desarrollo normal de la dentadura un conjunto de vectores de fuerzas son dirigidos a los dientes y a sus componentes alveolares en dos direcciones: Palatino o lingual y vestibular. La lengua, cuando en reposo se encuentra pasivamente en el piso de la boca, ejerciendo un leve contacto con los dientes antero-superiores e inferiores. Cuando el paciente ocluye en céntrica, la lengua queda en contacto uniforme con las superficies linguales y palatinas de todos los dientes, presionándolo para vestibular, de dentro hacia fuera, los músculos peribucales ejercen fuerzas antagónicas, manteniendo el equilibrio muscular definido por BRODIE² como "mecanismo del buccinador".

La frecuencia, duración e intensidad del hábito (Tríada de Graber), puede influenciar sobre el equilibrio muscular y romper el estado dinámico de la oclusión normal. La velocidad y extensión de la quiebra de ese equilibrio, son agravadas cuando las oclusiones tienen como origen un factor genético relacionado. En estos casos las malas oclusiones presentan las siguientes características: protrusión del maxilar, mordida abierta anterior (dento-alveolar), véstibulo-versión de los incisivos superiores,

verticalización de los incisivos inferiores, trespase horizontal aumentado, mordida cruzada posterior, asociadas a veces con un paladar ojival o profundo, y diastemas entre los incisivos superiores. Los dientes anteriores superiores experimentan una fuerza vestibular y apical en tanto que los incisivos inferiores son presionados para lingual, debido a que el fulcro de la fuerza aplicada por el dedo durante el hábito, esta próximo al paladar actuando como brazo de fuerza sobre la superficie vestibular de los incisivos inferiores y palatina de los superiores. Otra característica es la atresia maxilar causada por el aumento de la actividad del músculo buccinador.

La duración y la intensidad del hábito de succión del pulgar llevará al paciente a desarrollar hábitos mayores como la interposición de la lengua y la hiperactividad del músculo mental, y como consecuencia el aumento de la mordida abierta anterior y/o posterior lo que las torna más deformantes y más difícil de ser corregidas. Casi siempre, acompañando la mordida abierta anterior encontramos asociado el hábito de interposición lingual durante el habla y la deglución o aún la propia posición postural de reposo. Se hace necesario distinguir siempre la interposición lingual primaria de la interposición secundaria. La interposición lingual es considerada primaria cuando ella es la causa de mordida abierta, o sea, existe una relación directa de causa efecto, donde la alteración morfológica fue suscitada por el presionamiento lingual atípico. En la interposición secundaria la lengua apenas se adapta a una alteración morfológica preexistente.

3. Implicaciones terapéuticas

El examen ortodóntico deberá incluir cinco factores básicos: la edad del paciente, la duración, la frecuencia, la intensidad y la posición del pulgar en la boca. La continuación del hábito después de los 4 años de edad en promedio, dificulta más las condiciones operacionales. Para un certero diagnóstico, hay que tener una anamnesis completa del paciente, seguida del examen de los modelos de yeso y de una detallada interpretación de la radiografías ortopantomográfica y cefalométrica.

Debe ofrecerse al niño algún objeto sustituto del hábito en búsqueda de desviar la atención sobre el propio acto de succión. Este procedimiento debe ser combinado con la supervisión y ayuda de los padres.

GRABER² y MOYER⁷, en sus estudios encontraron algunas divergencias entre los resultados con relación a los beneficios de los métodos psicológicos interceptores. Los freudianos acreditan que el hábito de succión del pulgar es un síntoma de neurosis profunda y que su abrupta interrupción podrá ocasionar problemas más graves en el desarrollo de la personalidad y en la vida futura. Por otro lado, estudios clínicos realizados por HARYETT y colaboradores³ contradicen el punto de vista freudiano, pues, después del examen de 800 casos tratados con rejillas fijas ellos no encontraron ninguna incidencia significativa de neurosis. En otros estudios realizados, esos mismos autores utilizaron 66 niños que presentaban el hábito de succión del pulgar, que fueron divididos en 6 grupos. Los hábitos de cada grupo fueron tratados de diferentes maneras, metódicamente, por terapia de tratamiento psicológico versus aparatos fijos. El uso de aparatos fijos demostró ser un método más eficaz para romper el hábito sin transmitir al niño otro tipo de hábito nocivo.

HARYETT y colaboradores³ en sus estudios de los métodos mecánicos para prevenir la succión digital utilizaron la rejilla palatina, y comprobaron la eficiencia de la misma en un 81% de los casos, cuando fue comparada al grupo control. El estudio realizado apunta tres desventajas de la terapia con aparatos fijos: 1.- Período temporario de ajuste; 2.- Dificultad de fonación; 3.- Dificultad de alimentación. La aplicación del método mecánico versus la terapia psicológica, no demostró relación significativa. El uso de aparatos intrabucales o rejillas palatinas, los ejercicios mioterápicos progresivos, facilitan la comprensión del problema individual del niño y posibilita un tratamiento de acuerdo con sus necesidades.

La rejilla palatina se dispone verticalmente, extendiéndose desde la región palatina, abarcando toda la extensión de la mordida abierta, llegando a reposar próximo al cingulo de los incisivos inferiores. No debe poseer puntas filosas, pues pueden traumatizar el dedo del niño. Por el contrario, esos dispositivos no tienen el intento de agredir físicamente, funcionan apenas como obstáculo mecánico imposibilitando el contacto directo del dedo con las rugosidades palatinas y, también, evitando la interposición lingual en la mordida abierta. La naturaleza de estos aparatos es de ventaja considerable para el paciente. La utilización pasiva del aparato podrá impedir las consecuencias

provocadas por el hábito cuando estas presentan características genéticas subyacentes, si el hábito fue diagnosticado entre los cuatro y siete años de edad. La protrusión de los incisivos superiores asociada al hábito, será corregida por la musculatura peribucal y en algunos casos por la terapia miofuncional en caso de que la succión del pulgar se haya desarrollado excepcionalmente por tiempo prolongado en pacientes con mala oclusión clase II, div. I, que muestran variaciones asociadas al hábito y usualmente no sean corregidas automáticamente por sí solo. En estos casos el mejor tratamiento es el aparato fijo o removible intrabucales, colocados por un especialista.

LARSSON(1985)⁵ observó una reducción en el número de succionadores digitales con el uso de rejilla palatina, al mismo tiempo que no fue encontrado ningún síntoma sustituto u otros disturbios en el comportamiento de esos niños. Es interesante que haya un acompañamiento psicológico del niño después de la instalación de aparato que impida el hábito, pues la supresión del hábito no deja de ser una actitud agresiva contra el pequeño paciente.

Según JARABAK⁴, algunos procedimientos simples pueden ser adicionados para evitar que el niño succione el dedo: un colorante de piel inofensivo, o un esparatrapo alrededor del dedo sirve efectivamente a este propósito y no son notados por los compañeros de la escuela. Existe también en el mercado una réplica del pulgar del niño que queda sobre el dedo, impidiendo llevarse a la boca. No es aconsejable empapar el dedo en sustancias con gusto desagradable para el niño, tales como pimienta, cebolla, ajo. Evidentemente, no concordamos con esas prácticas, pues violenta los niños, pudiendo provocarles problemas psicológicos futuros.

4. Cuidados preliminares

GRABER² y MARTINEZ⁶ proponen que el tratamiento inicial debe ser dirigido para los cuidados bucales. La primera entrevista será hecha solamente con el niño. De esta forma el profesional podrá evaluar sus actitudes en relación al hábito. El profesional orienta al niño con respecto a los efectos dañosos provocados por el hábito; si el niño demuestra ansiedad en el control de hábito, se debe esquematizar un programa de tratamiento, aguardando un período de dos o tres meses para los resultados esperados. En los

casos que presentan síntomas más severos, el profesional debe orientar al niño, durante media hora, en una sección de consejos. El niño es instruido para el desvío de la ansiedad en otra actividad, cuando surge la necesidad de succión del dedo. Es aconsejable que los padres del niño refuercen las orientaciones del profesional, colaborando con sus esfuerzos. Sin embargo, deben ser orientados para evitar castigar al niño o permitir que el hábito se convierta en el centro de las atenciones, durante el período inicial de tratamiento (tres meses); es provechoso proporcionar juguetes variados durante la fase de desarrollo del niño y reducir la supervisión del niño al mínimo, dándole la mayor libertad posible, y promover contactos favorables del niño con su medio ambiente inmediato y desenvolver una atmósfera de alegría, simpatía, paciencia y entendimiento.

Otra teoría sobre el cuidado bucal del hábito de succión del pulgar y su corrección^{4,6}, sustenta que el paciente aprende eventualmente a abandonar el hábito, por que su práctica se va tornando cada día más desagradable. Entre tanto, el niño deberá ser instruido para comprender que está practicando un hábito nocivo que debe ser dejado. No se permitirá que el niño duerma de día. Así, eventualmente, él, en un plazo no muy largo, no encontrará más placer en la repetición del hábito, desechando el acto gradualmente, hasta la supresión completa del hábito, sólo con la cooperación del niño.

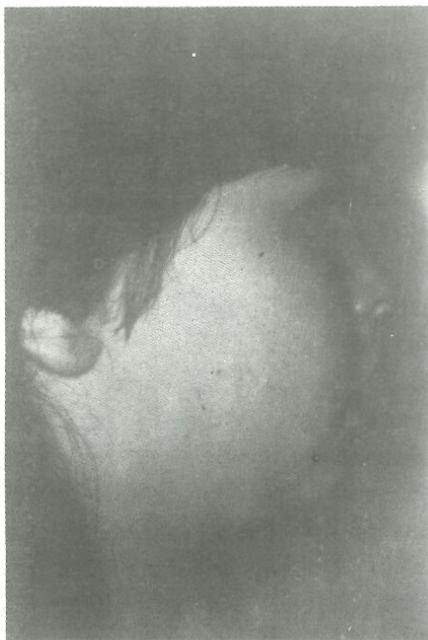


Figura 1 - Perfil facial lateral

Caso clínico

Paciente MCP, con 7 años y 8 meses de edad procuró la clínica de ortodoncia con problema de oclusión y de dicción. Después de examen complementario quedó evidente que la misma poseía hábito de succión del pulgar derecho del tipo compulsivo desde los primeros meses de vida (relato de la madre). La mala oclusión presentada por el paciente denota claramente las características de succión del pulgar ya citados en el texto, siendo que las principales son: labios entreabiertos, mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior (Figs. 1,2,3,4,).

Inicialmente se optó por descruzar la mordida para liberar el crecimiento en anchura de la maxila, principalmente en la región intercanina. El aparato utilizado fue el tipo arco en "W" de "porter", que consta de dos bandas molares y hilo de acero inoxidable de 0,9 mm de diámetro en forma de "W" soldado a las bandas molares (fig. 5). La activación de ese aparato fue realizada fuera de la cavidad bucal y en torno de 8 mm aproximadamente y en seguida cementado de preferencia en los segundo molares deciduos.

Después de tres meses de uso continuo, la mordida ya estaba descruzada y el aparato de "porter" fue removido, siendo instalado inmediatamente una placa Hawley con rejilla palatina (Fig.6).

Las figuras 7,8,9,10 muestran la fase intermedia del tratamiento interceptor y el resultado alcanzado después de 3 meses. ■

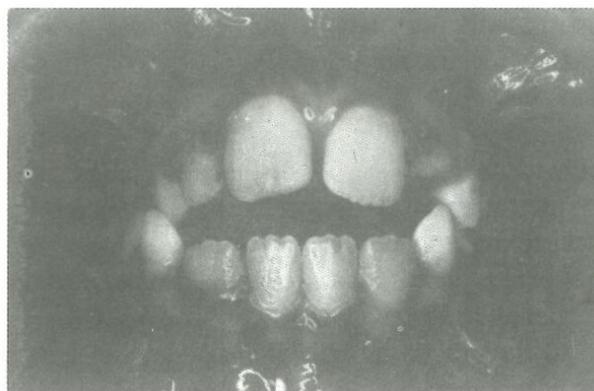
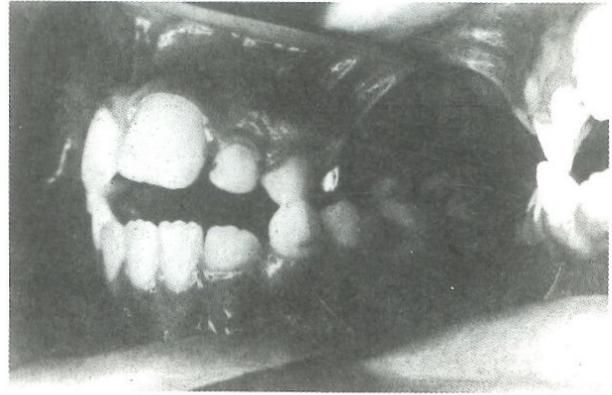
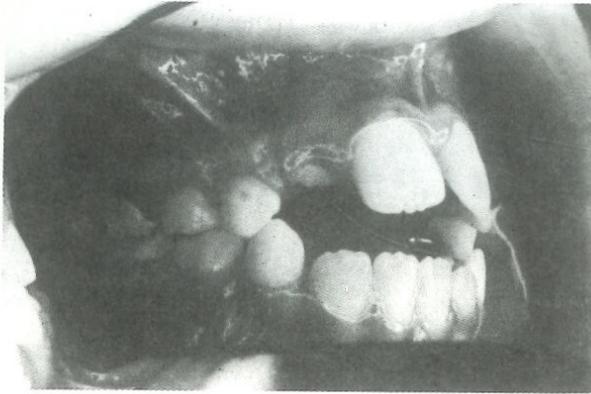


Figura 2 - Vista frontal de la mala oclusión



Figuras 3-4 - Vista laterales de la mala oclusión.

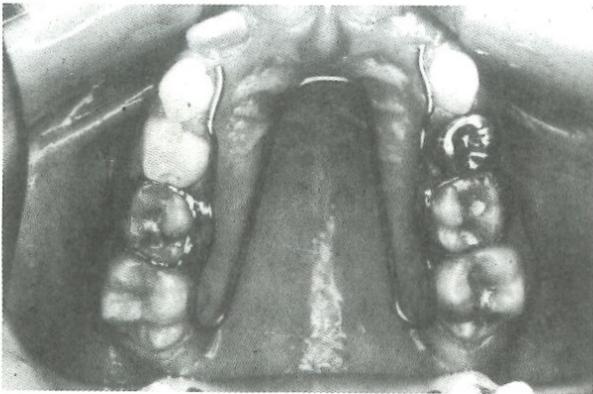


Figura 5 - Vista oclusal, arco en "w" de "porter"

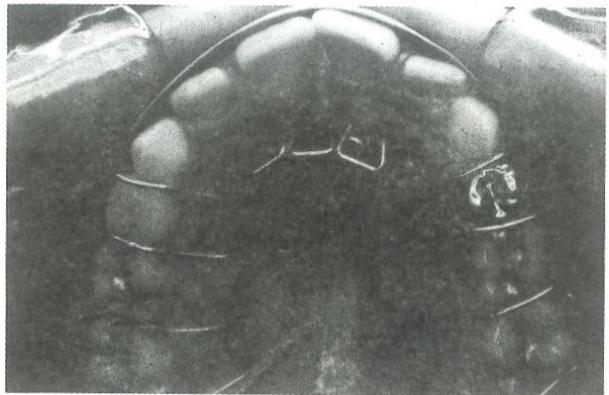


Figura 6 - Vista oclusal placa de Hawley con rejilla palatina



Figura 7 - Perfil facial lateral

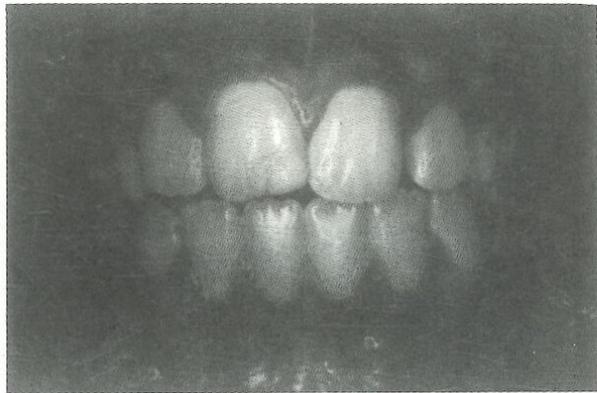


Figura 8- Vista frontal después de 3 meses de uso del aparato (Fase Intermediaria)



Figura 9-10 - Vistas laterales (Fase Intermediaria).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GRABER, T.M. Orthodontics; principles an practice. 3. ed. Philadelphia, Saunders, 1973. P. 279-94, 303-18.
2. GRABER, T.M. thumb and finger sucking. Amer. J. Orthodont., 45(4):258-64, Apr. 1959.
3. HARYETT, et alii. chronic thumbsucking. A second report on treatmen and its psychological effect. amer. J. Orthodont., 57(2):164-78, FEB. 1970.
4. JARABAK, F.r. controlling malocclusions due to sucking habits. Dent. Clin. N. Amr., :369-423, 1959.
5. LARSSON, E. The effect of dummy-sucking on the occlusion; a review. European J. Orthodont., 8(1): 127-30, Feb. 1986.
6. Martinez, N.P. Managing digital habit in children. the Compendium of continuing Education, 6(3): 188-97, Mar 1985.
7. MOYERS, R.E. Handbook of orthodontics. 3 ed. chicago, Year Book medical, 1973.