

# Hábitos orales en Odontopediatría

## Deglución atípica, respiración oral y succión digital

**Eloísa Granados Lara**

Odontopediatra por la Universidad Complutense  
Clínica Dental Cuevas Queipo

**Teresa Queipo de Llano Ruiz**

Doctora en Medicina y Cirugía (Universidad de Málaga)  
Odontóloga-Dedicación exclusiva ortodoncia  
Clínica Dental Cuevas Queipo

### INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de una maloclusión pueden interferir factores genéticos y ambientales. Dentro de estos últimos, se encuentran los hábitos orales, que pueden alterar los tejidos blandos y, a su vez, influir en el desarrollo y crecimiento craneofacial<sup>1,2</sup>.

Existe un equilibrio dinámico entre las fuerzas que actúan sobre el aparato estomatognático. Una muestra de ello es la conformación del pasillo dentario, resultado del equilibrio entre la fuerza centripeta de labios y mejillas y la fuerza centrífuga de la lengua, de forma que una disfunción de esta musculatura provocaría un desequilibrio con el consiguiente movimiento dentario<sup>3</sup>. Los hábitos de deglución atípica, respiración oral y succión digital inciden de forma muy especial en este mecanismo, por lo que una corrección precoz de estos hábitos evitará el desarrollo de alteraciones oclusales posteriores, como mordidas abiertas y mordidas cruzadas anteriores y posteriores.

### DEGLUCIÓN INFANTIL Y DEGLUCIÓN MADURA

En los recién nacidos, la lengua se encuentra en una posición adelantada para poder lactar. La punta de la lengua se introduce en los rodets gingivales anteriores y colabora en el sellado labial. Esto se conoce como

deglución infantil<sup>3,4</sup>.

Cuando erupcionan los incisivos, alrededor del sexto mes de vida, la lengua empieza a retroceder, y se alcanza la deglución madura cuando se ha realizado la emergencia de la dentición temporal completa, entre los 24 y 32 meses de vida. Se deglute entre 500 y 600 veces diarias, una vez cada dos minutos aproximadamente. Las características que definen el patrón deglutorio maduro son las siguientes:

- Existe contacto cuspidé en el momento de la deglución.
- La mandíbula se encuentra firmemente estabilizada por la musculatura del V par.
- No hay actividad contráctil a nivel de la musculatura perioral.
- La lengua, en el momento de deglutir, se sitúa en el interior de las arcadas dentarias.
- La punta de la lengua, en el momento de deglutir, se encuentra en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina.

### DEGLUCIÓN ATÍPICA

Se conoce como deglución atípica a la persistencia de la deglución infantil tras la erupción de los dientes anteriores en la dentición temporal. La característica principal de la deglución atípica es la interposición de la lengua entre

los incisivos superiores e inferiores en el momento de deglutir, lo que conlleva una ausencia de contacto entre ambos maxilares. Además, existe una ausencia de presión lingual sobre el paladar, que va a contribuir a un escaso desarrollo transversal del maxilar superior, dando lugar a una mordida cruzada posterior, asociada a una mordida abierta anterior, por la interposición lingual interincisal en el patrón deglutorio<sup>5</sup>. Estudios recientes han demostrado que un patrón de deglución atípica a una edad comprendida entre los 6 y los 9 años se relaciona con maloclusión grave a los 12 años de edad<sup>6</sup>.

En la etiología de la deglución atípica pueden intervenir varios factores, siendo los más frecuentes la hipertrofia amigdalar, la macroglosia, la alimentación prolongada por medio de biberón y la pérdida prematura de los incisivos temporales.

Existe una relación estadísticamente significativa entre la deglución atípica y la mordida abierta anterior, con una disminución de la sobremordida y un aumento del resalte<sup>7,8</sup>. Es importante el control de la deglución atípica en los primeros años de vida, ya que puede desarrollarse una mordida abierta esquelética si durante el período de crecimiento la mandíbula rota en dirección horaria, de forma que el mecanismo dentoalveolar compensador resulte insuficiente<sup>9,10</sup>.

El tratamiento de la deglución atípica combina ejercicios de terapia miofuncional para la reeducación de la posición

lingual y empleo de aparatología para actuar sobre la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior. Uno de los dispositivos más empleados para evitar la interposición lingual entre los incisivos superiores e inferiores es la rejilla lingual. Con ella, se consigue eliminar el hábito de deglución atípica y se corrige la mordida abierta anterior, al permitir el normal crecimiento óseo maxilar y mandibular.

### RESPIRACIÓN ORAL

La respiración oral es una condición relativamente frecuente en niños que presentan insuficiencia respiratoria nasal. Estos pacientes tienen que buscar nuevas vías para poder respirar, por lo que recurren a la respiración oral. Se produce la apertura bucal, el descenso de la lengua y una posterior rotación mandibular para conseguir el aire. Se establece, por tanto, una respiración oral crónica con escaso desarrollo nasal y de los senos paranasales; hipocrecimiento del maxilar y cambios de su relación con la base del cráneo; apertura del ángulo mandibular, e hipotonía muscular. Además, la facies es característica y pueden alterarse otras funciones como la deglución, la masticación y el lenguaje. A nivel dentoalveolar, estos pacientes suelen presentar paladares ojivales, arcadas inferiores estrechas y presencia combinada de mordida cruzada y abierta<sup>11-13</sup>.

Imagen- Presencia combinada de mordida cruzada posterior y mordida abierta

En la etiología de la respiración oral, se distinguen tres factores principales: obstructivos, hábitos y anatómicos. La obstrucción nasal crónica puede producirse por varias causas, destacando las siguientes<sup>14</sup>:

- Inflamación de la membrana nasal.
- Hipertrofia amigdalar.
- Adenoides.
- Inflamación de los cornetes.
- Desviación del tabique nasal.



MLG 136

Los respiradores orales por hábito son aquéllos que mantienen esta forma de respirar aunque el obstáculo que impedia la respiración nasal haya sido eliminado. Los pacientes respiradores orales por razones anatómicas son los que presentan un labio superior corto, que impide el cierre bilabial completo<sup>15,16</sup>.

El tratamiento del niño con respiración oral debe realizarse de manera multidisciplinar, con la intervención conjunta de pediatra, otorrino, odontopediatra y ortodoncista. Es fundamental diagnosticar a estos pacientes a edades tempranas para evitar severas alteraciones dentoalveolofaciales, estéticas, psíquicas y funcionales.

### SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital se define como el hábito que consiste en introducir un dedo, generalmente el pulgar, en la cavidad oral. Es el hábito más frecuente en la infancia, habiendo señalado algunos autores una prevalencia cercana al 50%<sup>17,18</sup>. La succión no nutritiva en el niño de corta edad se realiza mediante el dedo y el chupete. La desaparición del hábito tendría que producirse antes de los 3 años, ya que a partir de ese momento, están presentes en la boca todos los dientes temporales, y es cuando puede comenzar a desarrollarse una maloclusión.

Existen varias formas de succión digital, siendo la más común la succión del dedo pulgar, sosteniéndolo en posición vertical, con la uña dirigida hacia los dientes inferiores. Con menos frecuencia, se produce la succión de dos o más dedos a la vez.

Los efectos originados por la succión digital dependen de los siguientes factores:

- Duración, frecuencia e intensidad del hábito
- Número de dedos implicados



- Posición en que se introducen los dedos en la boca.
- Patrón dentofacial

La duración, como se ha mencionado anteriormente, es importante, ya que si la succión digital se elimina antes de los tres años de edad, las alteraciones producidas son mínimas y, generalmente, se resuelven espontáneamente. La frecuencia también influye en el desarrollo de las deformaciones, siendo menor el efecto cuanto menor sea la frecuencia con que se produce la succión digital. En cuanto a la intensidad, hay que analizar si la succión del dedo se realiza de forma pasiva o se acompaña de una contracción de la musculatura perioral. También la posición en la que se introduce el dedo influye en los efectos causados por la succión digital, de forma que si la superficie dorsal del dedo se apoya sobre los incisivos inferiores causará una deformación mayor que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes, con la punta del dedo situada en el suelo de la boca. Por último, el patrón dentofacial afecta igualmente al desarrollo de las alteraciones producidas por la succión digital, siendo menos favorable un patrón de crecimiento mandibular vertical<sup>6,8</sup>.

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentemente relacionadas con el hábito de succión digital se encuentran la mordida abierta anterior, la protrusión

de los dientes anterosuperiores, la retrusión postural mandibular y la linguoversión de los incisivos inferiores. Este hábito, por tanto, debe ser considerado como un factor de influencia importante en la etiología de las maloclusiones, especialmente grave al final del período de dentición mixta. Algunos autores han relacionado el hábito de succión digital con el de deglución atípica, encontrando una relación entre la persistencia de la succión digital a la edad de 5 años y el desarrollo de un patrón de deglución atípica entre los 6 y 9 años<sup>1</sup>.

El tratamiento de los pacientes con succión digital comienza con técnicas para modificar la conducta. Entre ellas, las más frecuentemente empleadas son el reforzamiento diferencial, las técnicas aversivas y las técnicas de prevención de respuesta. Las técnicas conductuales son el tratamiento de elección cuando la succión digital no ha originado aún una maloclusión y el niño muestra colaboración. Una vez que se ha establecido la maloclusión, se recurre a la terapia miofuncional combinada con aparatología ortodóncica<sup>19,20</sup>. La terapia miofuncional o cinesiterapia pretende restablecer el equilibrio muscular alterado por causa de la succión digital, por lo que a veces también está indicada en pacientes en los que todavía no se ha desarrollado una maloclusión, pero sí se ha producido una alteración del patrón muscular. Los ejercicios de reeducación empleados en la cinesiterapia son independientes de la técnica ortodóncica empleada, de forma que permiten la sinergia entre la acción muscular restablecida y la acción del aparato, potenciándose así el efecto terapéutico y la estabilidad de los resultados.

### CONCLUSIONES

La presencia de un hábito oral en la infancia, como la deglución atípica, respiración oral y succión digital, puede tener un efecto marcado sobre las estructuras faciales en desarrollo y la dentición del niño. La valoración de estas conductas debe abarcar una evaluación completa del hábito en sí mismo y de la presencia o posibilidad de repercusiones sobre la salud oral, así como de la necesidad de instaurar un tratamiento precoz que limite o corrija las repercusiones ocasionadas por estos hábitos.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Grabovski R, Kundt G, Stahl F. Interrelation between occlusal findings and Orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition: Part III: Interrelation between malocclusions and Orofacial dysfunctions. J Orof Orthop 2007 Nov;68(6):462-76.
- 2.- Mossey PA, M.Orth. The Heritability of malocclusion: Part 2. The influence of Genetics in Malocclusion. British Journal Orthodontics 1999; 26:195-203.
- 3.- Proffit WR, Fields HW. Ortodoncia contemporánea. Teoría y práctica. Madrid: Harcourt, 2001.
- 4.- Planells P, Martín S. Hábito de interposición lingual en el paciente infantil. Profesión Dental 1997 Sep;23:30-5.
- 5.- Sayin MO, Akin E, Karayav S et al. Initial effects of the tongue crib on tongue movements during deglutition: a cine-magnetic resonance imaging study. Angle Orthodontics 2006May; 76(3):400-5.
- 6.- Yokota R, Mishiro M, Abe T. Pressure on anterior region of palate during thumb-sucking. Bull Tokyo Dent Coll 2007(48):57-66.
- 7.- Writz JW, Spahl TJ. Ortopedia Maxilofacial. Clínica y Aparatología. Salvat, 1991.
- 8.- Cozza P, Baccetti T, Franchi L, Mucedero M, Polimeni A. Sucking habits and facial hyperdivergency as risk factors for anterior open bite in the mixed dentition. Am J Orthod Dentofacial Orthop Oct 2005;128 (4):517-9.
- 9.- Morales Jiménez LF, Zamorano FA, Cañizares P. Hábitos relacionados con maloclusión dentaria. Aportación de los logopedas a la corrección de los mismos. Gaceta Dental 131, octubre 2002:64-9.
- 10.- Fernández Delgado FJ, López Trujillo JM, Vallejo Bolaños E. Prevención de las maloclusiones. Gaceta Dental Enero 2003; 134: 66-80.
- 11.- Vellini F. Ortodoncia. Diagnóstico y Planificación Clínica. Sao Paulo: Editorial Artes Médicas, 2002.
- 12.- Canut J. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Barcelona: Masson, 2000.
- 13.- Barbería E. Atlas de odontología infantil para pediatras y odontólogos. Madrid: Ripano, 2005.
- 14.- Paradise JL, Barnard BS, Colborn DK, Janosky JE. Assessment of adenoidal obstruction in children: clinical signs versus roentgenographic findings. Pediatrics 1998;101(6):979-86.
- 15.- Mayoral J. Ortodoncia: principios fundamentales y práctica. 6ª ed. Barcelona: Editorial Labor, 1990.
- 16.- Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992:124-30.
- 17.- Sulaiman E.S. A new method in reminder therapy technique for ceasing digit sucking habit in children. J Clin Pediatr Dent 2000;24(4):261-3.
- 18.- Johnson ED, Larson BE. Thumb-sucking: Literature review. J Dent Child 1993;60(6):385-91.
- 19.- Da Silva Filho O, Gomes Gonçalves R, Ajalmar Maia F. Sucking habits: clinical management in dentistry. J Clin Pediatr Dent 1991;15:137-56.
- 20.- Villa NL, Cisneros GJ. Changes in the dentition secondary to palatal crib therapy in digit-suckers: a preliminary study. Pediatric Dentistry 1997;19(5): 323-6.