

HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES

Dra. Carmen Lugo¹, Dra. Irasema Toyo²

1. Odontólogo Universidad de los Andes, Mérida - Venezuela, Miembro activo de la Sociedad Venezolana de Ortopedia Funcional de los Maxilares, Participante del Diplomado de perfeccionamiento profesional en ortodoncia interceptiva.
2. Odontólogo de la Universidad Central de Venezuela, Miembro activo de la Sociedad Venezolana de Ortopedia Funcional de los Maxilares, Participante del Diplomado de perfeccionamiento profesional en ortodoncia interceptiva.

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera:

Lugo C., Toyo I

"HABITOS ORALES NO FISIOLÓGICOS MÁS COMUNES Y COMO INFLUYEN EN LAS MALOCLUSIONES."

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica marzo 2011. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, .../.../...

RESUMEN

En este trabajo queremos resaltar la importancia de detectar a muy temprana edad los hábitos perniciosos más comunes que presentan nuestros niños, para corregirlos y evitar que generen daños en el sistema estomatognático y se instale una maloclusión.

Damos al lector orientación de los pasos a seguir para detectar el hábito y proporcionamos información sobre una variedad de aparatologías fijas o removibles y terapia miofuncional, para corregir la maloclusión según sea el hábito que presente el paciente.

Palabras Claves: Hábitos - Succión Digital - Deglución Atípica - Respiración Bucal.

SUMMARY

In this paper we highlight the importance of identifying at an early age the most common harmful habits that many of our children, to correct and prevent damage generated in the stomatognathic system and install a malocclusion.

Give the reader guidance on the steps to follow to identify the habit and provide information on a variety of fixed or removable appliance therapy myofunctional to correct malocclusion as a habit that each patient.

Keywords: Habit - Suction Digital - Atypical deglutition - mouth breathing.

INTRODUCCION

Se dice que el individuo aprende a actuar de manera progresiva, y estas actuaciones que se fijan gracias a ese proceso de aprendizaje que se denomina hábitos, con cada repetición el acto será menos consciente y si es repetido muy a menudo será reflejado a una acción inconsciente.

Los hábitos orales como la succión digital, la deglución atípica y la respiración bucal pueden modificar la posición de los dientes y relación y forma de las arcadas dentarias. Los hábitos de presión interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial. Se ha observado en estudios realizados por E.Mack que una presión continua de 50 mg durante un periodo de 12 horas provoca un

desplazamiento considerable de un diente.(1)

El complejo maxilofacial se compone de tres sistemas que tienen un potencial de desarrollo normal: el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tenemos una oclusión funcionalmente equilibrada. Los hábitos bucales pueden ser considerados como obstáculos o interferencias en el desarrollo. La maloclusión puede presentarse desde la más temprana edad cuanto se altera el equilibrio de las estructuras del sistema bucal, sin embargo, las maloclusiones pueden aparecer sin que estos existan.

DESARROLLO DE LOS HÁBITOS EN LOS NIÑOS.

Hay dos tipos de hábitos:

A) Hábitos Fisiológicos: son aquellos que nacen con el individuo (mecanismo de succión, movimientos corporales, deglución y respiración nasal)

B) Hábitos no fisiológicos: son aquellos que ejercen fuerzas perniciosas contra los dientes, arcos dentarios y tejidos blandos, entre los cuales tenemos la succión del dedo, deglución atípica y la respiración bucal. (2)

Los hábitos bucales son las causas primarias o secundarias de las maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. El grado de las alteraciones producidas dependerá de la duración, intensidad y frecuencia del hábito.

Estos hábitos suelen considerarse reacciones automáticas que pueden manifestarse en momentos de stress, frustración, fatiga o aburrimiento, así como aparece por falta de atención de los padres del niño, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.

Estos hábitos no fisiológicos pueden generar:

1. Mordida abierta anterior y de laterales
2. Protrusiones dentarias
3. Protrusiones dento alveolares
4. Linguoversiones dentarias, etc.

SUCCIÓN DIGITAL

La succión digital es un hábito tan común en la infancia que llega a ser considerada normal, probablemente está presente en más del cincuenta por ciento (50%) de los niños pequeños.

La succión digital se inicia en el primer año de vida, y suele continuar hasta los tres o cuatro años de edad o más. La persistencia del hábito ha sido considerada un signo de ansiedad e inestabilidad en el niño.

Entre la variedad de forma que existe de succión digital, la más común es la succión del dedo pulgar sosteniéndolo en posición vertical, con la una dirigida hacia los dientes inferiores, en algunos casos, dos o más dedos son succionados a la vez; no se ha observado predilección por una mano determinada.

Los efectos de la succión digital dependen de la duración, frecuencia e intensidad del hábito, del número de dedos implicados, de la posición en que se introducen en la boca y del patrón morfo genético.

La duración del hábito es importante y si el hábito se elimina antes de los tres años de edad los efectos producidos son mínimos y se corrigen espontáneamente. La frecuencia con que se practica el hábito durante el día y la noche, también afecta el resultado final. Los efectos lógicamente serán menores en un niño que se chupe el dedo de forma esporádica que en otro que tenga el dedo en la boca de manera continua.

La intensidad del hábito es otro factor que hay que analizar. Hay niños en los que el hábito se reduce a la inserción pasiva del dedo en la boca, mientras que en otros la succión digital va acompañada de una contracción de toda la musculatura perioral. La posición del dedo también influye, siendo más nociva la superficie dorsal del dedo descansa a manera de fulcro sobre los incisivos inferiores, que si la superficie palmar se coloca sobre estos dientes con la punta del dedo situada en el suelo de la boca y por último, el patrón morfo genético del niño es otro factor que condiciona el resultado del hábito. Si el niño presente un patrón de crecimiento mandibular vertical, tendera a la mordida abierta y lógicamente cualquier hábito que le favorezca agravara dicha tendencia. (1)



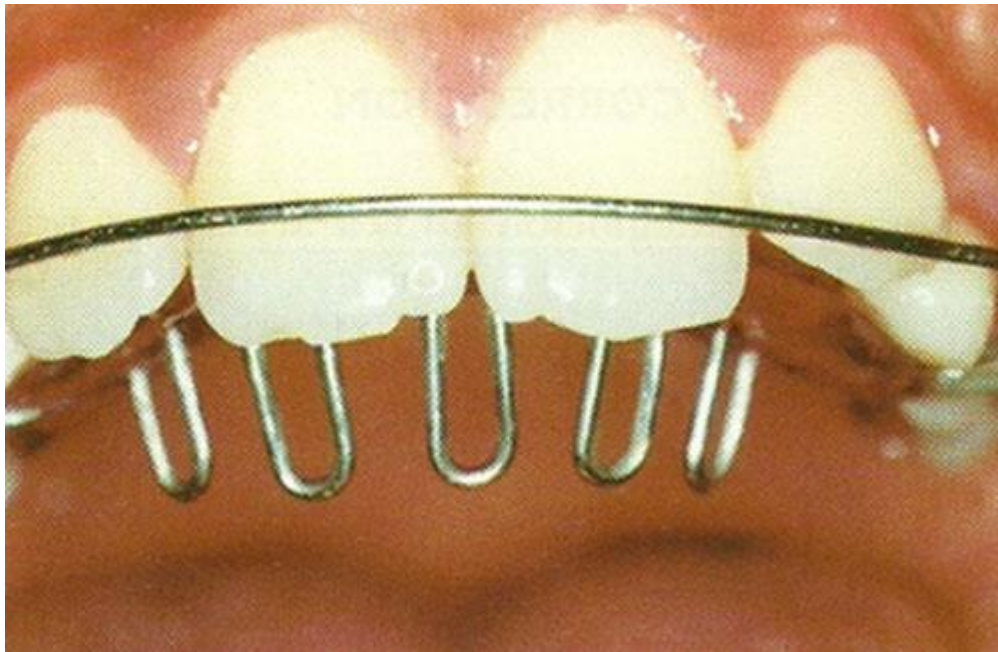
Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

CONSECUENCIAS DE LA SUCCION DIGITAL

1. Protrusión de los incisivos superiores (Con o sin presencia de diastema)
2. Retroinclinación de los incisivos inferiores
3. Mordida abierta anterior
4. Prognatismo Alveolar Superior
5. Estrechamiento del arcada superior (Debido principalmente a la acción del musculo buccinador)
6. Mordida cruzada posterior
7. Dimensión vertical aumentada

TRATAMIENTO DE LA SUCCION DIGITAL

1. Explicar al niño con palabra acorde a su edad de los daños que causaría persistir en el hábito y persuadirlo a dejarlo o por lo menos a disminuir la frecuencia
2. Aparatología removible o fija (rejilla lingual)
3. Terapia miofuncional el tono de la musculatura perioral



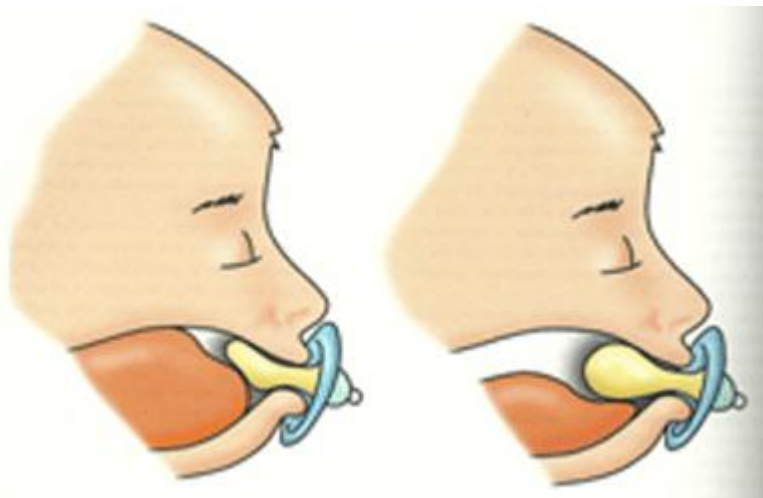
Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

DEGLUCION

En los recién nacidos la lengua es relativamente grande y se encuentra en una posición adelantada para poder mamar. La punta se introduce entre las almohadillas gingivales anteriores y colabora en el sello labial (Deglución infantil).

Cuando erupcionan los incisivos en el sexto mes, la lengua empieza retroceder.

La persistencia de los patrones de deglución infantil puede deberse a diferentes factores. La succión del pulgar, la alimentación con el biberón, la respiración bucal, la succión lingual, y los retrasos en el desarrollo del sistema nervioso central.



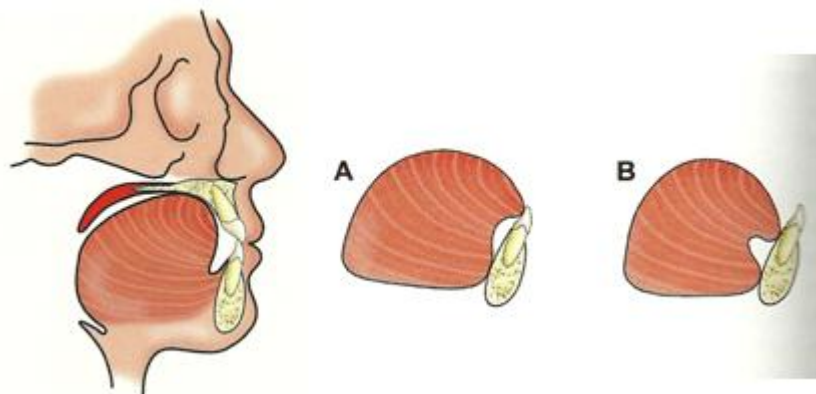
Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

DEGLUCION NORMAL

En la deglución madura normal no se produce protrusión lingual y una postura adelantada, se caracteriza por:

- En el momento de la deglución los dientes superiores e inferiores están apretados, contacto intercuspideo
- La mandíbula está firmemente estabilizada por la musculatura por el V par
- No hay actividad contráctil al nivel de los músculos perioral, la deglución no se exterioriza en la expresión facial como ocurría en el niño.
- La lengua en el momento de deglutir, queda situada en el interior de los arcos dentarios en su vértice en contacto con la parte anterior de la bóveda palatina

La deglución madura se realiza en oclusión máxima con los labios en contacto y con una actividad peristáltica de la musculatura lingual, en el interior de la cavidad oral se deglute 500-600 veces diarias unas vez cada dos minutos aproximadamente.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

DEGLUCION ATIPICA

Se caracteriza por la interposición de la lengua entre las arcadas dentarias en el acto de deglutir, esto es lo que se denomina lengua protráctil. El individuo para deglutir necesita hacer un vacío que en conjunción con los movimientos de la lengua impele el alimento hacia la faringe. Cuando existe lengua protráctil el sellado periférico anterior para producir el vacío necesario, se hace al contactar la lengua con los labios directamente, suele ser una postura adaptativa para lograr un correcto cerrado oral en los casos donde no hay contacto inter incisivo.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

ETIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- Amígdalas hipertróficas
- Macroglosia (la cual es poco frecuente)
- Alimentación prolongada por medio de tetero
- Perdida prematura de los dientes temporales anteriores



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

CONSECUENCIAS DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- Mordida abierta en la región anterior y posterior
- Protrusión de incisivos superiores
- Presencia de diastema antero superiores
- Labio superior hipotónico
- Incompetencia labial
- Hipertonicidad de la borda del mentón

TRATAMIENTO DE LA DEGLUCIÓN ATÍPICA

- Ejercicio de terapia miofuncional para la reeducación de la posición lingual:
 1. Elástica en la punta de la lengua
 2. Uso de dos elástica en el labio y otro en la punta de la lengua

- Utilización de aparatología física o movable (rejilla lingual o perla de tucat). (3)

DEGLUCION ATÍPICA CON PRESIÓN ATÍPICA DEL LABIO (INTERPOSICIÓN LABIAL)

Ocurre en pacientes que se encuentran normalmente en reposo y los labios no están en contacto. En el momento de la deglución, la selladura de la parte anterior de la cavidad bucal no se realiza por el contacto simple del labio superior con el inferior, sino mediante una fuerte contracción del labio inferior, que se interpone entre los incisivos superiores e inferiores. Los incisivos inferiores de esta manera se inclina en sentido lingual, apiñándose mientras los incisivos superiores se vestibularizan. Como el labio superior no participa en la deglución, se torna cada vez más hipotónico, y adquiere un aspecto de labio corto. Sin embargo, el labio inferior, por su gran participación se torna cada vez más hipertónico, así como los músculos del mentón. La pérdida del contacto funcional anterior, favorece la extrusión dentaria, aumenta el resalte y la sobremordida. El desplazamiento vestibular de los incisivos superiores rompe el punto de contacto entre los incisivos laterales y caninos y favorece la migración de los segmentos posteriores.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

TRATAMIENTO DE LA DEGLUCION ATÍPICA CON PRESIÓN ATÍPICA DEL LABIO (INTERPOSICIÓN LABIAL)

Para la corrección de la presión atípica del labio, se usa una placa labio activa o Lip Bumper. Es un arco de alambre ortodóntico de 1,2 mm con la parte anterior revertida de acrílico. Este aparato puede encajarse en los tubos de bandas cementadas en los primeros molares inferiores (si el paciente tiene las raíces de los molares completas) ó una placa de Hawley inferior. Su función consiste en impedir la presión incorrecta del labio durante la deglución, además de liberar la tonicidad tanto del labio como de los músculos del mentón.

Cuando el paciente presenta una deglución atípica con interposición del labio superior el Lip Bumper o placa labioactiva, será colocada en el arco superior, ejerciendo la misma función del caso anterior.

Para corregir la mordida profunda utilizamos una placa de levantamiento de mordida anterior, que consiste en una placa de hawley superior con acrílico más espeso en la región palatina de los incisivos superiores. Cuando el paciente ocluye, los incisivos inferiores tocan este acrílico, impidiendo su extrusión, dejando los dientes posteriores sin oclusión. Sabemos que los dientes sin oclusión con el antagonista se extruyen y por lo tanto levantan la mordida. Para un buen resultado, este aparato debe ser usado 24 horas por día, en pacientes cuyo vector de crecimiento facial tiende a ser horizontal. Sin embargo, si ya hubo mucha extrusión de los anteriores y el paciente tiene un crecimiento vertical, es necesario colocar un arco de intrusión de incisivos (aparato fijo), porque la extrusión de los posteriores para el

levantamiento de mordida está totalmente contraindicada. Si ya se ha instalado la clase II, hay que reducirla por medio de uso de extrabucal. Si las raíces de los primeros molares, ya estuviesen con rizogénesis completa, el arco extrabucal puede ser insertado en los tubos de las bandas de los molares superiores, de lo contrario debe acoplarse el arco extra bucal a una placa de Hawley superior y de esta manera, el aparato recibe el nombre de Splint ó arco extrabucal conjugado (AEB conjugado). En este caso el Splint debe ser confeccionado como una placa de levantamiento de mordida anterior y tener un tornillo expansor mediano, con la finalidad de compensar lateralmente el ajuste en el arco superior y el inferior durante la reducción de la clase II. La tracción hecha debe ser una tracción media o alta, ya que es dada por el casquete del tipo IHG. Por lo tanto, un paciente portador de clase II, división I, con proyección de la maxila, crecimiento horizontal y sobremordida profunda, cuya etiología es un hábito de deglución atípica con interposición del labio inferior, debe usa al mismo tiempo el Lip Bumper, placa de levantamiento de la mordida anterior y aparato extrabucal.

Para la corrección de la hipotonía del labio superior se recomienda que el paciente haga algunos ejercicios, con la finalidad de aumentar el tono muscular.

El aparato utilizado como auxiliar en los ejercicios para tonificación labial es la placa vestibular o escudo vestibular.

El escudo vestibular es un aparato versátil y sencillo en el tratamiento interoceptivo precoz de las deformaciones del arco dentario. Actúa básicamente en la corrección de la disfunción muscular perioral. Las funciones musculares defectuosas provocan maloclusiones generalmente con un exceso de overjet. Los mismos músculos que tienen un potencial deformador, pueden usarse para corregir maloclusiones dentarias, este tipo de aparato fue creado en 1912 por Newel. (4)

Las indicaciones para el uso del escudo vestibular son:

- Corrección del habito de succión digital, de moder los labios y de la interferencia lingual
- Corrección de la respiración por vía bucal, cuando las vías aéreas están abiertas
- Corrección de la ligera distoclusión, con protrusión de la premaxila y mordida abierta, en dentición decidua y mixta
- Corrección de la hipotonía labial

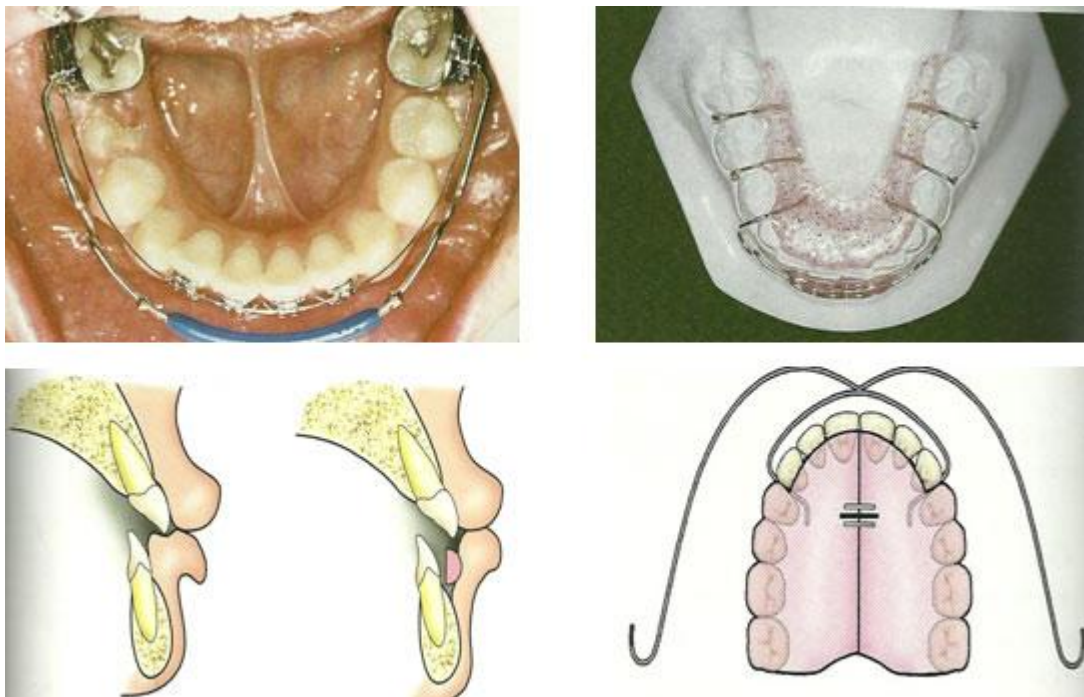
Para la construcción del escudo vestibular, inicialmente se toma la impresión del arco dentario superior e inferior y se confeccionan los modelos de yeso. Con los modelos posicionados en oclusión céntrica, se construye la placa vestibular en acrílico.

El aparato debe tocar los incisivos maxilares y permanecer a una distancia de 2 a 3 mm e los dientes posteriores para alejar los músculos del carrillo y dejar que la lengua propicie la expansión de la arcada posterior y que se extienda hasta el surco gingivogeniano superior e inferior.

El escudo vestibular, entre otras funciones, se utiliza para el ejercicio de tonificación de la musculatura labial y yugal. Al confeccionarlo se coloca un gancho de metal en la parte anterior, en el cual se ata un elástico.

El paciente o los padres tienen que halar este elástico y el niño intenta retener el escudo con los labios, en movimientos repetitivos hechos por lo menos, durante 20 o 30 minutos al día. El escudo vestibular puede ser sustituido por un chupón sin la parte de goma. Cuando no esté haciendo ejercicio, el niño debe ser orientado para mantener los labios en contacto. Frankel recomienda sostener entre los labios una hoja de papel mientras estudia o mira la televisión. Al inicio las visitas al consultorio deberán ser cada

dos a 3 semanas para motivar al paciente y garantizar mejor cooperación de los padres. Cuando se comienza a notar los resultados las visitas pueden espaciarse de 2 a 3 meses.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

DEGLUCION CON PRESION ATIPICA DE LA LENGUA

En pacientes con este tipo de problemas, en el momento de deglutir los dientes no entran en contacto. La lengua se aloja entre los incisivos interponiéndose a veces entre premolares y molares. Se observa también contracción de los labios y las comisuras, lo que provoca un estrechamiento del arco de los caninos y del musculo mentoniano. Los músculos elevadores de la mandíbula, no muestran ninguna contracción. (4)

La deglución con presión atípica de la lengua, se clasifica en:

- **Tipo I: no causa deformación**
- **Tipo II con presión lingual anterior:** la lengua durante la deglución ejerce presión sobre los dientes anteriores por lingual o entre ellos. Las deformaciones son:
 - Mordida abierta anterior: la presión se realiza en la región anterior y la deglución se efectúa con los dientes desocuidos y la lengua se queda en una posición que parece que va a ser mordida. En consecuencia, hay una mordida abierta anterior.
 - Mordida abierta y vestibuloversión: la lengua además de interponerse entre los dientes en la región anterior, ejerce también una presión anterior, y hace que los incisivos anteriores y/o inferiores exhiban una severa inclinación vestibular (vestibuloversión)

- Mordida abierta anterior, vestibuloversión y mordida cruzada posterior. El mismo cuadro anterior, asociado a una mordida cruzada posterior uni o bilateral a la altura de los molares, debido a la ruptura del equilibrio muscular entre la lengua y los músculos del carrillo.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Tratamiento de la deglución con presión atípica tipo II: cuando tenemos una deglución atípica con interposición dental anterior, el procedimiento inicial es la colocación de un aparato removible impedidor.

Este aparato es una placa de Hawley superior con una rejilla anterior o perla de tucat que impedirá que la lengua siga interponiéndose entre los dientes. La muralla acrílica es otro impedidor de lengua comúnmente utilizado y tiene detrás de los incisivos superiores una barrera de acrílico en lugar de una rejilla impedidora, su altura lleva todo el espacio de la mordida abierta anterior y se prolonga hasta la incisal de los incisivos inferiores.

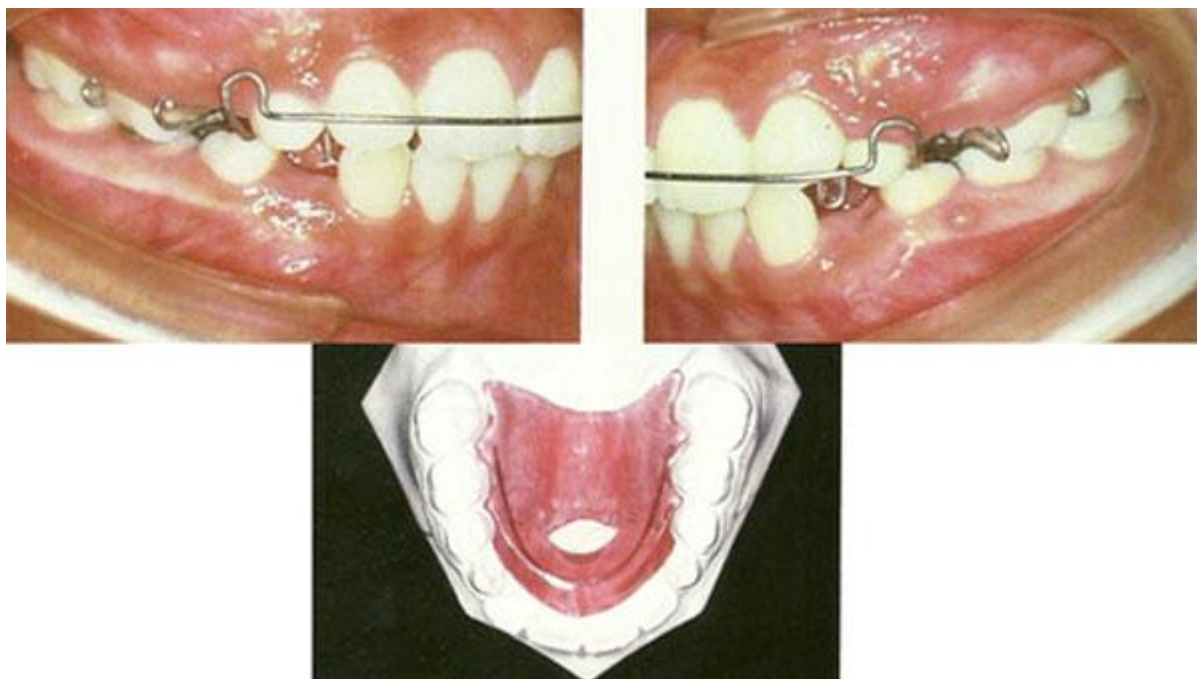
En casos especiales, la rejilla impedidora puede ser fija, soldada a las bandas o coronas metálicas.

Los aparatos citados actúan solamente como impedidores, porque no corrigen el hábito.

Además de impedir la interposición de la lengua, la aparatología removible puede servir también como aparato reeducador del posicionamiento lingual mediante un orificio o anillo metálico a la altura de la papila palatina. El paciente debe recibir orientación del profesional para que en cada deglución coloque la punta de la lengua en el lugar demarcado.

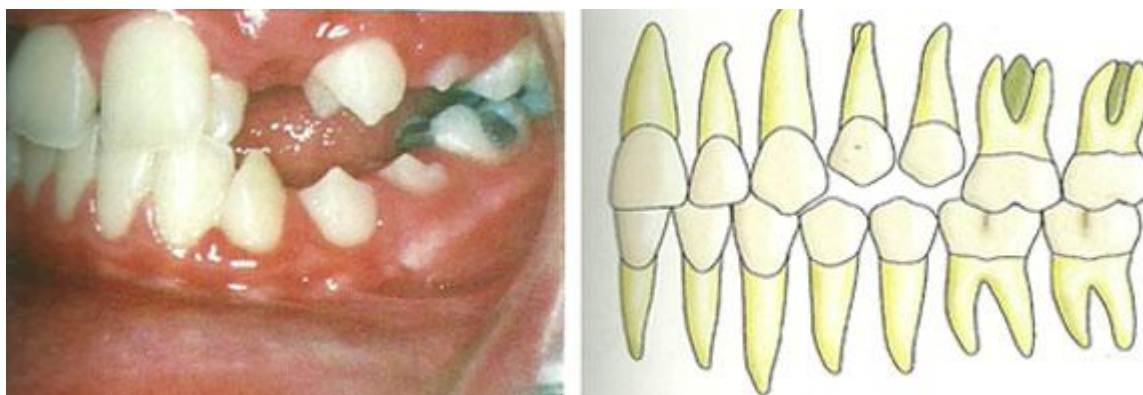
Además de impedir y reeducar la musculatura lingual, este aparato puede tener un tornillo expansor mediano ó un Resorte de Coffin, con la finalidad de descruzar la mordida posterior. El ajuste del tornillo expansor se hace una vez por semana (2/4 de vuelta si se activa en la boca ó ¼ de vuelta si se activa fuera de la boca).

La mordida posterior también se descruza por medio de un cuadrihélice ó bihélice que se suelda a las bandas de los molares superiores por palatino. Se activa con el alicate tridente.



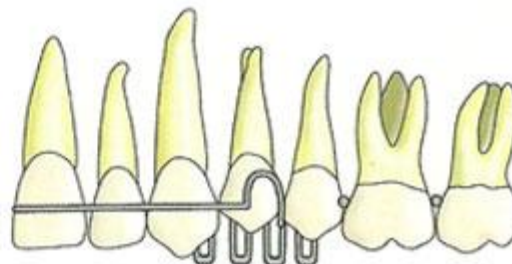
Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

- **Tipo III con presión lingual lateral:** la presión lingual se realiza en la región lateral del arco, a la altura de los premolares, con obtención de apoyo entre estos dientes del arco superior e inferior. Las deformaciones resultantes son:
- Mordida abierta lateral: la deglución se realiza con depresión de la mandíbula y la lengua es retenida en la región de los premolares.
- Mordida abierta lateral y mordida cruzada: hay mordida abierta en la región de apoyo, asociada a una mordida cruzada posterior del lado opuesto. También asociada por la ruptura del equilibrio muscular de ese lado



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

Tratamiento de la deglución atípica tipo III: cuando la deglución atípica actúa con presión lateral de la lengua, el aparato utilizado es el mismo de antes, solo que la rejilla impeditora se colocara lateralmente y al mismo tiempo, la lengua debe ser dirigida para una posición correcta durante la deglución mediante el reeducador.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

- Tipo IV con presión lingual anterior y lateral: la maloclusiones resultantes son:
- Mordida abierta anterior y lateral
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión
- Mordida abierta anterior y lateral con vestibuloversión y mordida cruzada posterior

RESPIRACIÓN

La respiración nasal o normal es aquella en la que el aire ingresa por la nariz sin esfuerzo con un cierre simultáneo de la cavidad oral.

Se crea así una presión negativa entre la lengua y el paladar duro en el momento de la inspiración. La lengua se eleva y se apoya contra el paladar produciendo un estímulo positivo para su desarrollo. Las fosas nasales limpian y calienta el aire antes de conducirlo hacia las vías aéreas. (5)

RESPIRACIÓN ORAL

Las alteraciones que produce la respiración oral pueden catalogarse de dos tipos:

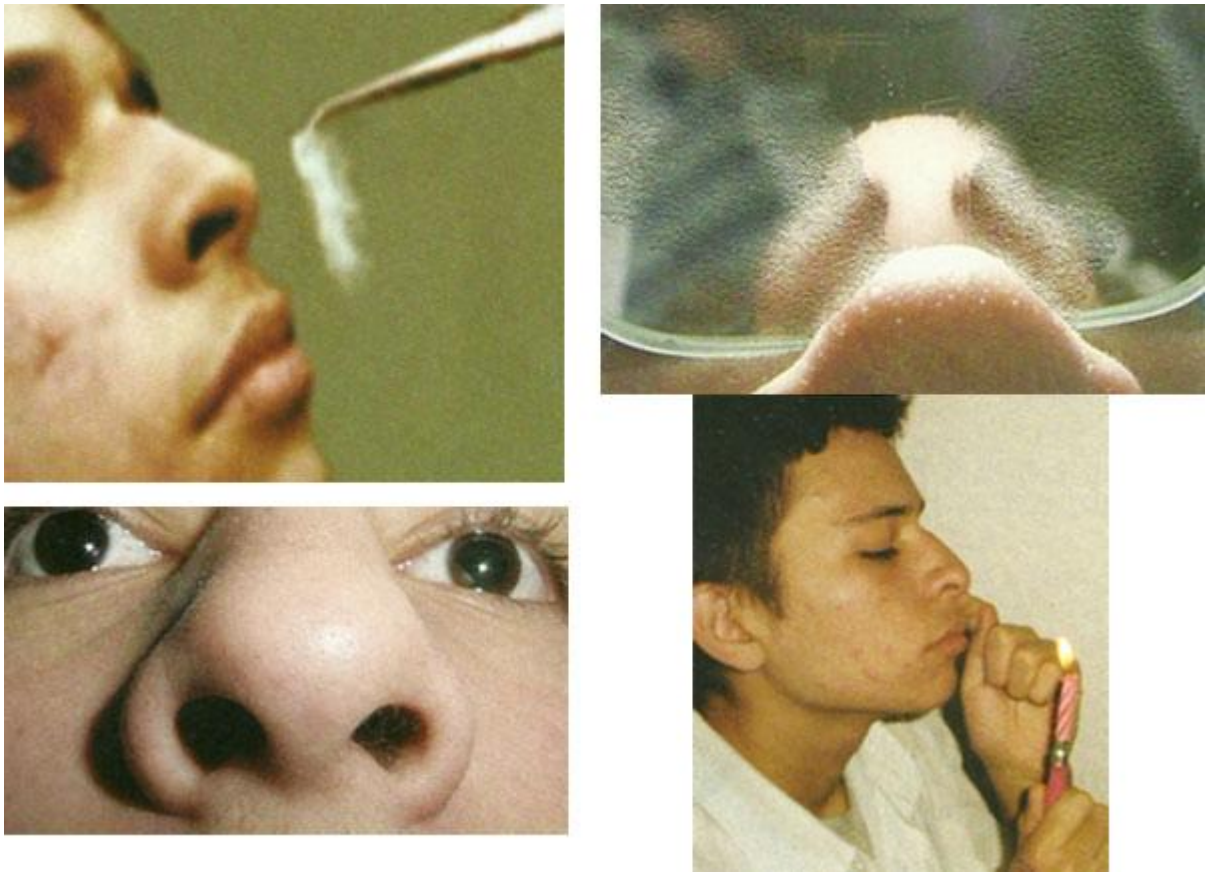
- **Por obstrucción funcional o anatómica:** es la respiración oral de vida a qué nivel de fosa nasales existen la presencia de un obstáculo que impide el flujo normal del aire a través de ellas. La presencia de adenoides hipertrófico, cornetes hipertróficos, tabique desviado, inflamación de la mucosa por infecciones o alergias, producen resistencia a la inhalación de aire por los que el paciente debe completar las necesidades de forma oral.
- **Por Hábito:** el individuo respira por la boca como consecuencia de obstrucciones anatómicas o funcionales que a pesar de haber sido eliminadas ya se ha establecido el hábito de respiración oral transformándose en costumbre.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

ETIOLOGIA DE RESPIRACION ORAL

- Amígdalas palatinas hipertróficas.
- Adenoides Hipertróficas
- Presencia de Pólipos Nasaes
- Rinitis Alérgicas.
- Desviación del tabique nasal
- Hipertrofia idiopática de los cornetes
- Asmas y Bronquitis
- Inflamación de la mucosa por infecciones o alergias



Fuente: Bases Biomecánicas y aplicaciones clínicas en ortodoncia interceptiva. Oscar Quirós

CARACTERÍSTICAS FACIALES Y DENTARIAS DE LA RESPIRACION ORAL

- Facies Adenoides o síndrome de la cara larga (cara estrecha y larga, boca entreabierta, nariz pequeña y respingona con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior grueso y evertido, mejillas flácidas y apariencia de ojeras)
- Mordida cruzada posterior, uni o bilatreal acompañada de una moderada mordida abierta anterior.
- Paladar alto u ojival
- Retrognatismo del maxilar inferior
- Labio superior corto e hipotónico.
- Labio inferior hipertónico
- Músculo de la borla del mentón hipertónico.
- Vestibuloversión de incisivos superiores mesogresión de posteriores (Clase II Div 1ª)
- Maxilar superior estrecho.
- Protrusión del maxilar superior.
- Gingivitis crónica.
- Incompetencia Labial.
- Incisivos inferiores lingualizados y apiñados
- Perfil convexo.

FUENTE: <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art5.asp>

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría

Depósito Legal N°: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 - RIF: J-31033493-5 - Caracas - Venezuela

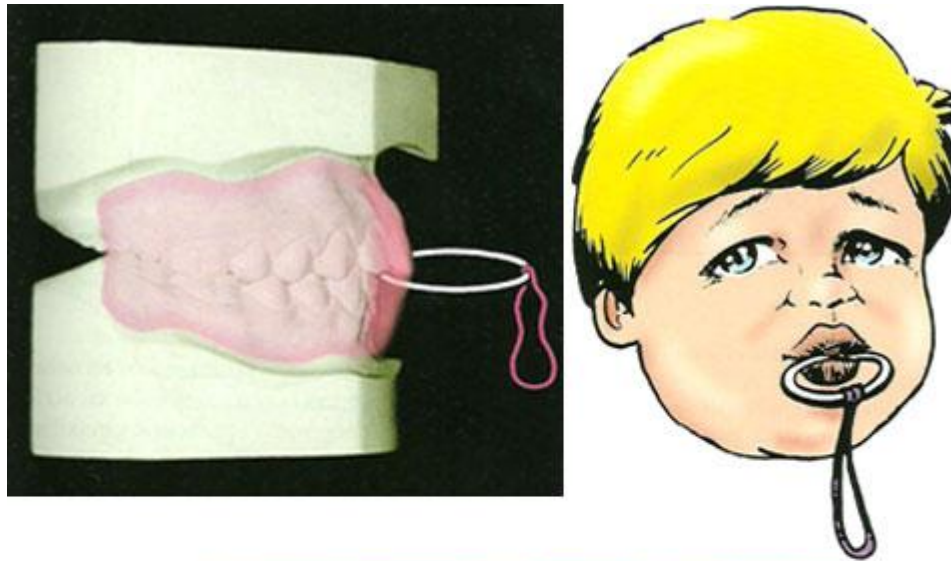


Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

TRATAMIENTO DE LA RESPIRACION ORAL

El tratamiento del respirador bucal requiere de un equipo multidisciplinario:

- Tratamiento quirúrgico de la causa de la obstrucción nasal (amígdalas, adenoides, pólipos, etc.)
- Interconsulta con otorrino y alergólogo para tratar problemas de asma, rinitis alérgica, bronquitis, etc. (5)
- Interconsulta con fonoaudiólogo para enseñar a respirar correctamente y tratar los problemas del habla.
- Después que el paciente tenga libres las vías aéreas usará pantalla vestibular.
- Dispositivos ortodóncicos, aparato de disyunción.
- Terapia Miofuncional.



Fuente: Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. Flávio Vellini

CONCLUSIONES

Los hábitos bucales no fisiológicos son responsables de una gran cantidad de maloclusiones en pacientes que se encuentran en etapa de crecimiento, por consiguiente, todo lo que hagamos para interceptar y erradicar oportunamente dichos hábitos redundará en un desarrollo armónico y funcional del sistema estomatognático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canut, Jose A. (2004). Ortodoncia clínica y terapéutica. Editorial Masson. Barcelona España.
2. Aristigueta, Ricardo. (1989). Ortodoncia preventiva clínica. 2da. Edición. Ediciones Monserrate LTDA. Bogotá Colombia
3. Quiros A., Oscar (1993). Manual de Ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia interceptiva. 1era. Edición. Actualidades Medico Odontológicas Latinoamericana C.A. Caracas Venezuela.

4. Vellini, Flávio (2004). Ortodoncia, diagnóstico y planificación clínica. 2da. Edición. Editorial Artes Médicas LTDA. Sao Paulo Brasil.
5. Quiros A., Oscar (2006). Bases Biomecánicas y aplicaciones clínicas en Ortodoncia interceptiva. Editorial Amolca. Caracas Venezuela
6. Graber, Tomas y otros (1997). Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales. 2da. Edición. Ediciones Harcourt. Madrid España.