

Eliminación de hábito de succión digital

Caso clínico

Laura Páez Puerto

Residente del segundo año de la maestría en el Centro de Estudios Superiores en ortodoncia (CESO).

Dra. Beatriz Gurrola Martínez

Profesor de la maestría del CESO y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" en la FES Zaragoza.

Dr. Adán Casasa Araujo

Profesor de clínica y director del CESO.

Resumen

Se reporta un caso de una paciente de 31 años 9 meses de edad, simétrica, clase I esquelética, hiperdivergente, tiene los incisivos superiores proclinalados y protruidos, presenta reabsorción radicular a nivel de los dientes 11 y 21, con hábito de succión digital. Entre los objetivos de tratamiento se planteó la erradicación del hábito de succión digital, corrección del perfil facial. Con resultados satisfactorios respecto a la eliminación del hábito, un perfil facial armónico, estético, dental y funcional.

Palabras clave: *Succión digital, protrusión dentoalveolar severa.*

Introducción

“Un hábito es aquello que se hace deliberadamente por haberse adquirido haciéndolo antes, consciente o inconscientemente, muchas veces”¹. Todos los hábitos son patrones adquiridos de contracción muscular de naturaleza muy compleja. Ciertos hábitos sirven como estímulos para el crecimiento normal de los maxilares ej. masticación. Los hábitos anormales, en cambio, en los pacientes, pueden interferir con el patrón regular de crecimiento facial, algunos de ellos pueden estar implicados en la etiología de las maloclusiones. Los patrones habituales deletéreos de conducta muscular están asociados con poco crecimiento óseo, maloclusiones, problemas psicológicos². La succión es considerada normal en los primeros meses de vida,

ya que ésta es importante para la alimentación y la satisfacción de necesidades afectivas. Pero cuando la succión persiste después del año o aparece repentinamente otros años más adelante, se constituye en un hábito anormal que termina ocasionando disfunciones musculares y alteraciones alveolo dentarias³. Se conoce como succión digital al hábito que consiste en introducir un dedo (generalmente el pulgar) en la cavidad oral^{4,5}. Éste es el más frecuente de los hábitos orales patológicos que pueden presentar los niños y generalmente implica una contracción activa de la musculatura perioral, cuando se produce la erupción de la dentición temporal sucede un cambio en el patrón deglutorio^{6,7} y es a partir de, aproximadamente, los cuatro años de edad cuando la persistencia de los hábitos nocivos influye más negativamente en el desarrollo originando maloclusiones^{2,4,7}. También a partir de esa edad entre cuatro y cinco años aumenta el rechazo social ante el hábito, lo que puede alterar el desarrollo emocional del niño^{8,9}. Por otro lado, autores como Moyers y Fernández señalan que las maloclusiones que se asocian al hábito de succión digital son: mordida abierta anterior, protrusión de incisivos superiores, retroinclinación de incisivos inferiores, aumento del overjet clase II, paladar ojival y mordida cruzada^{5,9}. Estas maloclusiones no se producen exclusivamente por la presión directa sobre las arcadas que ejerce el dedo, sino que su desarrollo también se ve favorecido por la modificación del funcionamiento de la musculatura perioral y lingual que provoca el hábito⁹. En este sentido, Fukuta menciona que el daño provocado por este hábito va a depender de tres aspectos importantes: la intensidad, es decir la fuerza que aplica a los dientes durante la succión, la duración, cantidad de tiempo que se dedica a succionar y de la frecuencia, número de veces que se realiza el hábito durante el día.¹⁰

Si la succión digital persiste después del cuarto año de vida, requiere de tratamiento ortodóncico y psicológico, Fernández sugiere que para erradicar el hábito y corregir la maloclusión provocada, es necesario que en el plan de tratamiento se identifique éste, motivar al niño informándole

sobre la importancia de dejarlo y las consecuencias que tendría si no lo deja, es decir buscar su cooperación para eliminar esta conducta⁹. Se puede utilizar otro tratamiento que sería el más recomendable, siendo éste la utilización de rejilla lingual o trampa de dedo, cuyo diseño interrumpe el hábito digital al impedir la colocación del dedo o dedos, haciendo que el niño o el adulto ya no experimente la satisfacción derivada de la succión, logrando así la eliminación de esta conducta.¹⁰

Reporte de caso

Se presenta una paciente femenina de 31 años y 9 meses de edad que acude a consulta para que se le haga un "Diagnóstico". Al examen clínico extraoral, en la Figura 1 se observa una paciente aparentemente simétrica y normofacial, con perfil cóncavo (Figura 2). En su foto de sonrisa, se evidencia simetría facial, así como la coincidencia de la línea media dental superior a respecto con la línea media facial, los incisivos superiores se observan proclinados (Figura 3).

Estudios intraorales

Se observa (Figura 4) la coincidencia de las líneas medias dentales superior e inferior, así como la proclinación y protrusión de los incisivos superiores como resultado del hábito de succión digital que presenta la paciente. En las fotografías intraorales laterales derecha (Figura 5) e izquierda (Figura 6) respectivamente, vemos la relación molar derecha clase I, la relación molar izquierda clase III, la relación canina clase II bilateral, la presencia de overjet 11 mm y un overbite disminuido a 0%.

En las fotografías intraorales oclusales superior (Figura 7) e inferior (Figura 8), se observa el arco superior de forma triangular, y el arco inferior con forma oval y con apiñamiento leve.

Estudios radiográficos

De inicio, en su radiografía cefálica lateral, presencia de clase I esquelética, una notoria hiperdivergencia y las inclinaciones dentales superiores propias de pacientes con hábito de succión digital, proclinación de incisivos superiores y la posición en norma de los incisivos inferiores (Figura 9).

En la radiografía panorámica (Figura 10), se observa 30 dientes presentes, un adecuado paralelismo radicular y el acortamiento de raíces a nivel de incisivos centrales superiores, ausencia de primeros premolares inferiores derecho e izquierdo.



Fig.1. Extraoral de frente.

Fig. 2. Perfil.

Fig. 3. Foto de sonrisa.



Fig. 4. Foto intraoral de frente.



Fig. 5. Foto lateral derecha clase I



Fig. 6. Foto lateral izquierda clase III.



Fig. 7. Foto oclusal superior.



Fig. 11. Intraoral oclusal superior



Fig. 8. Foto oclusal inferior.



Fig. 12. Lateral derecha.



Fig. 9. Radiografía lateral de cráneo.



Fig. 13. Foto lateral izquierda.



Fig. 10. Radiografía panorámica inicial.



Fig. 14. Frente.



Fig. 15. Perfil.



Fig. 16. Sonrisa.

El plan de tratamiento de la paciente en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia (CESO), consistió en una fase, erradicar el hábito de succión digital, en la alineación, nivelación, extracción de los primeros premolares superiores derecho e izquierdo, anclaje, cierre de espacios, detallado y retención.

Como objetivos principales de este tratamiento se propuso: la corrección de hábito, del perfil facial, del apiñamiento leve mandibular. Mantener clase I molar derecha, llevarla a clase I molar izquierda y clase I canina bilateral, y obtener el overjet y overbite adecuado.

Fotografías Intraorales

Se colocó un arco transpalatino modificado con regilla lingual y se trabajó con arcos seccionales (Figuras 11,12,13).

Resultados del tratamiento

El examen clínico extraoral posterior al tratamiento revela el balance facial obtenido a partir de la corrección del perfil a través de la erradicación del hábito de succión digital y la retroclinación de los incisivos superiores (Figuras 14, 15 y 16).

Estudios intraorales finales

Intraoralmente se observa la correcta alineación y nivelación, obtención de coincidencia de las líneas medias facial y dentales superior e inferior, así como una adecuada y simétrica oclusión (Figura 17).

En las fotografías intraorales (Figuras 18 y 19) vemos a la paciente en clases II caninas y molares bilaterales y una adecuada intercuspidación posterior.

Estudios radiográficos finales

En la radiografía lateral de cráneo se observa la corrección de la posición de los incisivos superiores, sigue siendo una paciente clase I esquelética, mejor relación dental y perfil de tejidos blandos (Figura 20).

En la radiografía panorámica posttratamiento (Figura 21) se mantiene el adecuado paralelismo radicular, así como la condición a nivel de las raíces de incisivos centrales superiores.

Para la retención y estabilidad del tratamiento, además de conservar las distancias intercaninas sin considerable modificación, se colocaron retenedores circunferenciales en la arcada superior e inferior y retenedor fijo de 3 a 3 superior e inferior.



Fig. 17. Coincidencia de las líneas medias.



Fig. 18. Foto lateral derecha.



Fig. 19. Foto lateral izquierda.



Fig. 20. Radiografía lateral de cráneo postratamiento.



Fig. 21. Radiografía panorámica final.

Discusión

Fukuta refiere que el desarrollo craneofacial de un individuo dependerá de su genética, pero a su vez están los factores ambientales que modificarán el desarrollo ocasionando la aparición de maloclusiones¹⁰. En el caso de este paciente, el hábito de succión digital, al igual que ocurre con otros hábitos orales, pueden producir desviaciones en el crecimiento normal de las estructuras dentofaciales, que se manifestarán o no dependiendo de una serie de factores moduladores a considerar, relacionados con el hábito en sí mismo o con el factor esquelético donde actúan como indica Moyeres: tiempo de duración, frecuencia e intensidad del hábito⁵. El tiempo de duración es fundamental para la manifestación de las alteraciones observada. La intensidad, aunque de menor importancia, requiere consideración dado que en determinados casos la inserción del dedo en boca es completamente pasiva, mientras que en otros casos, la conducta de succión va acompañada de una gran contracción de toda la musculatura perioral. La paciente nunca dejó el hábito de succión digital tanto nocturno como diurno, lo que provocaba que tuviera mayor repercusión a nivel

oral y realizaba la succión del pulgar con la yema del dedo contra la bóveda palatina de una forma activa e intensa. Por lo que se consideró que el hábito influyó de un modo negativo en el desarrollo bucodentario desde la erupción completa, con efectos perjudiciales a nivel dentario a partir de los cuatro o cinco años de edad como sugieren: Cipes, Gregoret, Fernández y Fukuta.^{2,3,9,10}

Esta paciente acudió a consulta ya en la etapa adulta, presentando las condiciones de afectación esquelética y cambios dentofaciales desfavorables, por lo que requirió un enfoque diferente de tratamiento, la paciente mostró disposición a cooperar, mostraba gran preocupación respecto al hábito. El tratamiento consistió en el uso de la rejilla lingual para corregir la succión, extracciones de premolares, uso de anclaje y retracción de los dientes anterosuperiores, los resultados fueron evidentes a los primeros meses del tratamiento, el hábito estaba erradicado, se solucionó el problema dental y del perfil facial.

Conclusiones

Los resultados alcanzados en el tratamiento indican que el diagnóstico adecuado del hábito de succión digital garantizan la obtención de los objetivos definidos al inicio del caso. Determinar la etiología de las maloclusiones permiten seleccionar la mejor y más adecuada alternativa de tratamiento logrando los mejores efectos terapéuticos.

Referencias bibliográficas

1. Diccionario de la lengua española, Editorial Ramon Sopena, Primera Edición, Barcelona España 1975
2. Cipes M, Miraglia M, Gaulin-Kremer E. Monitoring and reinforcement to eliminate thumbsucking habits. *J Dent Child* 1986;53(1):48-52.
3. Gregoret, Jorge; Ortodoncia y cirugía ortognática, diagnóstico y planificación. Ed. ESPAXS S.A. Barcelona, 1997.
4. 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.
5. Moyers; Manual de ortodoncia. Editorial Panamericana 4ª edición Buenos Aires Argentina. 1992.
6. Domínguez Reyes A, Galán González A, Aznar Martín T, Marín Castro I. Succión digital y parámetros oclusales: estudio en niños de 3 a 6 años de edad. *Ortodoncia Española* 1999;39(3):143-7.
7. Lindner A. Measurement of intra-oral negative air pressure during dummy sucking in human newborn. *Eur J Orthod* 1991;13:317-21.
8. Da Silva Filho O, Gomes Goncalves R, Ajálmara Maia F. Sucking habits: clinical management in dentistry. *J Clin Pediatr Dent* 1991;15:137-56
9. Fernández Parra A, Gil Roales-Nieto J. *Odontología conductual*. Editorial Martínez Roca, Barcelona 1994.
10. Fukuta O, Braham R, Yokoi K, Kurosu K. Damage to the primary dentition resulting from thumb and finger sucking. *J Dent Child* 1996;63(6):403-7.