

Efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en niños **Judy Elena Villavicencio, O.D.¹, Jesús Alberto Hernández, O.D.²**

RESUMEN

Se realizó un análisis retrospectivo en 75 niños (as) con edades entre 4 y 10 años que consultaron por tener persistencia de hábito de succión digital, y se trataron con la instalación de la rejilla palatina. De ellos 33 (44%) se encontraban en dentición temporal y 42 (56%) en dentición mixta. Suspendieron el hábito con la terapia 63 (84%) pacientes, 28 del grupo con dentición temporal (85%) y 35 (83%) del grupo con dentición mixta. Los resultados favorables se obtuvieron durante el primer mes de instalación de la rejilla. La rejilla palatina fija se constituye en una excelente ayuda para el tratamiento de hábitos de succión persistentes pues tiene un éxito de tratamiento por encima de 80%. La terapia llevada a cabo en este estudio demostró ser efectiva en pacientes en dentición decidua y mixta.

Palabras claves: Rejilla palatina. Efectividad. Hábito. Succión digital.

Los seres humanos cuentan con un conjunto de reflejos, muchos de los cuales se presentan antes del nacimiento o poco después de éste. Algunos parecen relacionados con la supervivencia o para ofrecer protección. Estos reflejos primitivos o su ausencia, son signos iniciales del desarrollo cerebral. Normalmente, los reflejos primitivos desaparecen durante el primer año de vida¹.

La supervivencia del recién nacido depende de una succión oral instintiva, que le permite una satisfacción nutricional y le proporciona una sensación de bienestar y seguridad, pues le sirve de intercambio con el mundo exterior. La succión no nutritiva guarda relación estrecha con el reflejo de búsqueda presente al nacimiento, que es el movimiento de cabeza y lengua hacia un objeto que toca la mejilla del lactante, usualmente el pecho materno, pero que también puede ser un dedo o chupete. Este reflejo desaparece en lactantes normales hacia los siete meses. El reflejo de succión tiene el objeto de hacer salir la leche de los pezones y se preserva hasta el año de edad, si bien su desaparición no significa que el lactante deje de succionar. En esta etapa de desarrollo ya ha aprendido a alimentarse y no necesita del reflejo para hacerlo².

Aparece en su lugar una función motora voluntaria que dura por el resto de la vida. Los labios y lengua así como la

mucosa oral permiten una satisfacción placentera que enriquece y construye la función interpersonal del binomio madre-hijo y facilita el comienzo de la exploración en el medio social³.

Todos los niños tienen una tendencia innata biológica hacia la succión; el mantenimiento del hábito en la niñez temprana se debe considerar como un comportamiento aprendido, reforzado por factores del ambiente, según la teoría del aprendizaje. La persistencia del hábito de succión digital según la teoría psicoanalítica se ha atribuido a un impulso psicosexual no controlable que responde a una perturbación psicológica útil para afrontar el estrés; otros autores sostienen que el hábito nace como una respuesta de adaptación y no necesariamente lo acompaña un desequilibrio psíquico⁴.

La succión de los dedos se presenta en momentos de presión, de aburrimiento o de cansancio pues genera tranquilidad e induce al sueño⁵. La presencia del hábito disminuye con la edad y un alto porcentaje de niños lo abandonan alrededor de los 3.5 a 4 años; después de esta edad se deben realizar enfoques terapéuticos de tipo psicológico, fonoaudiológico, u odontológico^{6,7}.

El abandono del hábito antes de la erupción de los incisivos permanentes permite la corrección espontánea de las maloclusiones asociadas con el hábito de

succión digital⁶⁻⁸. La persistencia del hábito tiene efectos en las estructuras orales que están determinadas por la dirección y naturaleza de las fuerzas así como por la frecuencia y la intensidad con las que se practica el hábito, el desarrollo osteogénico, la carga genética del niño y también con el (los) dedo (s) comprometido (s) en la práctica de esta conducta nociva^{4,8,9}.

Varios estudios^{3,4,10-13} han relacionado el hábito de succión digital y específicamente la succión del pulgar en dentición primaria y mixta con maloclusiones clase II, excesiva sobremordida horizontal, mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior, arcos dentales estrechos, protrusión de dientes superiores, paladar profundo y segmento premaxilar prognático (Figura 1).

La presencia de este hábito después de los 4 años genera igualmente cambios en la tonicidad muscular de labios y buccinadores, agrava la severidad de las anomalías, pues la sobremordida horizontal aumentada y la mordida abierta anterior dificultan la deglución normal, retardan su maduración y crean mecanismos nocivos que llevan a desarrollar una actividad muscular de compensación para lograr la deglución y poder llevar a cabo el selle anterior en el momento de la deglución, lo cual también pueden afectar otras funciones como la fonación y la respiración entre otras.

La succión prolongada del dedo puede acarrear dificultades emocionales en

1. Profesora Asistente, Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

2. Profesor Asociado, Escuela de Odontología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.



Figura 1. Mordida abierta anterior por succión digital

el infante pues genera síntomas de frustración en el niño que quiere dejar el hábito y no puede; esto retarda su madurez emocional y le crea dificultades para obtener satisfacción de actividades propias de su edad por lo que se aísla y se vuelve introvertido¹⁴.

La odontología pediátrica dispone de diversas alternativas en el tratamiento del hábito de succión digital que pueden emplearse con buenas expectativas si se evalúa con detenimiento el entorno socio-familiar del niño y su desarrollo emocional, al contribuir a eliminar una fuente de conflicto y prevenir el desarrollo de una maloclusión severa y otras alteraciones¹⁵.

La terapia con dispositivos intraorales fijos ha demostrado ser una herramienta eficaz en la terapia de los hábitos de succión digital. La rejilla palatina es uno de los dispositivos más sencillos y mejor tolerados por los pacientes y contribuye a eliminar el hábito^{15,16-18}. Una vez que el hábito ha cesado, el aparato debe continuar en la boca por 3-6 meses para disminuir sus opciones de regresión^{6,19}. Al retirarse el dispositivo se deben evaluar las condiciones oclusales y funcionales del paciente para instaurar la terapia correctiva de manera temprana.

El propósito de este artículo es evaluar la efectividad de la rejilla palatina en el tratamiento del hábito de succión digital en pacientes entre 4 y 10 años con dentición temporal y mixta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Un análisis retrospectivo se llevó a

cabo en 48 niñas y 27 niños con edades comprendidas entre los 4 y 10 años, los cuales presentaban hábito de succión digital. A los pacientes se les instaló una rejilla palatina fija. Esta disminuye las posibilidades del niño para llevar los dedos a la boca y obtener placer con ese acto. El dispositivo que se usó en este estudio consistía de bandas metálicas preformadas que se ajustaban a los primeros molares permanentes si era un niño con dentición mixta, o en los segundos molares deciduos si era un niño con dentición temporal. Se doblaba el arco lingual de alambre 0.038 pulgadas de diámetro, para que ajustara de manera pasiva en el paladar, y se soldaba alambre sobre esta base a fin de formar una trampa u obstrucción mecánica para el dedo.

Entre los parámetros para la inclusión en el estudio se tuvo en cuenta la declaración de los padres de que el niño succionaba un dedo así como la voluntad del paciente de abandonar el hábito. A los niños y a sus familias se les informó acerca de los procedimientos que se iban a realizar y de los cuidados que debían tener una vez el aparato estuviera cementado; todos firmaron un formato de consentimiento. La rejilla se probó antes de su instalación para observar posibles interferencias y su correcta adaptación. Después de la profilaxis dental, la rejilla se fijó mediante cemento de oxifosfato

con flúor. Los pacientes se revisaron a los dos días después de instalada la rejilla y luego se controló cada mes. La rejilla se usó por un período terapéutico de 4-6 meses (Figura 2).

RESULTADOS

En total se trataron 75 pacientes con una distribución por género de 48 (64%) niñas y 27 (36%) niños con edades entre 4 y 10 años quienes presentaban hábito de succión digital. En dentición temporal se trataron 33 niños (as) y en dentición mixta 42 niños (as). Descontinuaron el hábito durante el primer mes de instalada la rejilla 63 (84%) pacientes del total de la muestra. La distribución por género de los casos efectivos con la rejilla palatina fue 40 (64%) niñas y 23 (36%) niños. Persistieron con el hábito 12 (16%) pacientes del total de la muestra que se distribuyeron así: niñas, 8 (67%); y niños, 4 (33%).

En el grupo de dentición temporal de 33 pacientes, 28 (85%) suspendieron el hábito y 5 (15%) lo continuaron. De los 42 pacientes en dentición mixta 35 (83%) abandonaron el hábito y 7 (12%) no reaccionaron de manera favorable ante el tratamiento. Los 64 pacientes tratados con éxito suspendieron el hábito en el transcurso del primer mes de instalación de la terapia. En promedio la rejilla se dejó en



Figura 2. Rejilla palatina en boca

posición una vez se descontinuaba el hábito entre 3 a 6 meses más, o un tiempo mayor en los pacientes con dentición mixta. El análisis estadístico fue la relación de proporciones y porcentajes.

DISCUSIÓN

Hubo un mayor número de niñas dentro del total de los pacientes tratados por el hábito de succión digital, algo que corroboraron otros estudios^{5,15,18}, los cuales concuerdan en que el hábito de succión digital es más arraigado, persistente y más generalizado entre las niñas que entre los niños y se hace más notoria la diferencia de género después de los dos años de edad; además, en las niñas el tratamiento es más difícil que en los niños. Se obtuvieron ligeramente mejores resultados en el grupo de niños con dentición decidua que en los niños con dentición mixta; datos semejantes se han obtenido en otros estudios, lo que se puede deber a que el hábito en niños de menor edad está menos arraigado^{5,6}. Sin embargo, la diferencia de resultados entre dentición temporal y mixta en el presente trabajo, no es significativa. Aunque aquí no se evaluaron los cambios a nivel oclusal con la terapia de la rejilla palatina, se observó en la mayoría de pacientes una disminución o cierre completo de la mordida abierta y disminución de la sobremordida horizontal. Estas características se apreciaron clínicamente en los 75 niños tratados y también las informan varios autores^{4,5,16,18,19}.

Se sabe que la efectividad de la rejilla para controlar el hábito de succión digital ha sido alrededor de 80%^{5,15}; los presentes resultados fueron ligeramente superiores, pues llegaron a 84%. Los niños que en el primer mes de tratamiento abandonaron el hábito continuaron sin recaídas en los meses siguientes de la terapia. Los que durante el primer mes de tratamiento continuaron el hábito a pesar de la rejilla no lo abandonaron aun con una duración de tratamiento de 6 meses. Cuan-

do el hábito de succión digital se perpetúa más allá de lo esperado se deben buscar las razones en disturbios de tipo psicológico y emocional del niño, como lo afirman varios autores^{7,8,10,15}. Se recomienda siempre examinar el entorno infantil, familiar y social, para encontrar factores perturbadores que favorezcan el seguimiento de la conducta nociva.

CONCLUSIONES

La persistencia del hábito de succión digital se debe intervenir a temprana edad para evitar los efectos adversos a nivel de la cavidad oral y áreas circundantes. Estos efectos pueden ser reversibles y de pocas consecuencias si se tratan a partir de los cuatro años de edad. La rejilla palatina fija se constituye en una excelente ayuda para el manejo de los hábitos de succión persistentes pues ofrece un éxito de tratamiento por encima de 80%. La terapia que se llevó a cabo en este estudio demostró ser efectiva en pacientes con dentición decidua y mixta.

SUMMARY

A retrospective analysis was performed on 75 children aged 4 to 10 years old who consulted for persistent digital sucking habit. They were treated by means of a palatal crib; 33 (44%) children had deciduous dentition and 42 (56%) mixed dentition; 63 (84%) patients eliminated the habit with the therapy, 28 (85%) with deciduous dentition and 35 (83%) with mixed dentition. The favorable results were obtained during the first month of the palatal crib use. Palatal crib is an excellent help for persistent digital sucking habits with a successful treatment over 80%. The therapy carried on in this paper had effectiveness in patients with deciduous and mixed dentition.

Key words: Effectiveness. Palatal crib. Habit. Digital suction.

REFERENCIAS

- Papalia DE, Olds SW. *Psicología del desarrollo*. 7ª ed. Bogotá: McGraw Hill, 1998. Pp 301-302.
- Pinkham JR. *Odontología pediátrica*. 3ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2001. Pp. 222-226.
- Bayardo R, Mejía JJ, Orozco S, Montoya K. Etiology of oral habits. *J Dent Child* 1999; 66: 350-353.
- Ngan P. Open bite: a review of etiology and management. *Pediatr Dent* 1997; 19: 91-98.
- Levrini L, Tagliabue A, Macchi F. Ideal time for the treatment of thumb sucking. *Italian Pediatr Dent* 1999; 1: 31-34.
- Maguire JA. The evaluation and treatment of pediatric oral habits. *Dent Clin North Am* 2000; 44: 659-669.
- Turgeon-O'Brien H, Lachapelle D, Gagnon PF, Larocque I, Maheu RL. Nutritive and nonnutritive sucking habits: A review. *J Dent Child* 1996; 63: 321-326.
- Johnson ED, Larson BE. Thumb-sucking: Literature review. *J Dent Child* 1993; 60: 385-391.
- Johnson ED, Larson BE. Thumb-sucking: Classification and treatment. *J Dent Child* 1993; 60: 392-398.
- Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. *Dent Clin North Am* 2000 ; 44: 659-669.
- Dincer B, Hazar S. The functional treatment of anterior-open bite: three case reports. *J Clin Pediatr Dent* 2001; 25: 275-286.
- Da Silva OG, Ferrari FM, Aiello CA. Correction of posterior crossbite in the primary dentition. *J Clin Pediatr Dent* 2000; 24: 165-180.
- Adair SM. The ace bandage approach to digit-sucking habits. *Pediatr Dent* 1999; 21: 451-453.
- Moyers RE. *Handbook of Orthodontics*. 4th ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1988. Pp 152-156.
- Vadiakas G, Oulis C, Berdouses E. Profile of non-nutritive sucking habits in relation to nursing behavior in pre-school children. *J Clin Pediatr Dent* 1998; 22: 133-136.
- Villa N, Cisneros GJ. Changes in the dentition secondary to palatal crib in digit-suckers: a preliminary study. *Pediatr Dent* 1997; 19: 323-326.
- Almoudi N. Correlation between oral parafunction and temporomandibular disorders and emotional status among Saudi children. *J Clin Pediatr Dent* 2001; 26: 71-80.
- Graber TM. *Ortodoncia teoría y práctica*. 3ª ed. México: Nueva editorial Interamericana, 1974. Pp. 45-52.
- Haskell BS, Mink JR. An aid to stop thumb sucking: the "Bluegrass" appliance. *PediatrDent* 1991; 13: 83-85.