

Manejo de los hábitos orales en odontopediatría: Revisión de literatura

Recibido: 18/12/2021

Aceptado: 23/12/2021

Shereen Awuapara Flores

orcid 0000-0002-9016-621X

Docente de pregrado y postgrado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Luz Anabel BendeZú BendeZú

orcid : 0000-0001-7667-3859

Nadia Paola Vicente Ramos

orcid : 0000-0002-9880-5610

Predocente de posgrado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Juana Rosa Bustos de la Cruz

orcid 0000-0002-4656-4026

Docente de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Claudia Gabriela Otazú Aldana

orcid 0000-0001-9034-113X

Docente de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

Angela Camarena Crisóstomo

orcid : 0000-0002-5537-4566

María Alejandra Díaz Ugás

orcid : 0000-0003-0209-5560

Angela María Medina Bravo

orcid : 0000-0003-4129-1265

Jhoanna Nathaly Vargas Gil

orcid : 0000-0002-3058-812X

Miembro de la Sociedad Peruana de Odontopediatría. Lima, Perú.

Oral habits management in pediatric dentistry

review of the literature

RESUMEN

Los hábitos orales son responsables de gran cantidad de alteraciones dentoalveolares y de tejidos blandos. El conocimiento del manejo de estos es de vital importancia para el clínico. El propósito de esta revisión es buscar en la literatura científica, el manejo de los hábitos orales más comunes, para así, crear una guía de tratamiento que ayude al clínico en su manejo.

Metodología: Se revisaron 121 artículos de las bases Pubmed, Cochrane Library, Ebsco, Scielo y Google Scholar. Se priorizaron los artículos del tipo revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y guías clínicas, con una antigüedad no mayor a 5 años. Luego de la revisión y selección final, se utilizaron 45 artículos.

La búsqueda se realizó en inglés y español, utilizando las palabras claves para los temas: succión no nutritiva, deglución atípica, respiración bucal, bruxismo y succión o mordedura labial.

Conclusiones: el manejo de los hábitos orales es de carácter multidisciplinario. Existen distintos tipos de terapias y aparatología para cada uno de ellos, por lo que es importante realizar un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento de acuerdo a las condiciones y necesidades particulares de cada paciente.

Palabras claves: Hábito, succión del dedo, deglución, respiración por la boca, bruxismo.

Citar como Awuapara S, BendeZú L, Vicente N, Bustos J, Otazú C, Camarena A, Díaz M, Medina A, Vargas J. Manejo de los hábitos orales en odontopediatría: Revisión de literatura. *Odontol Pediatr* 2021;20 (2); 74 - 84.

Abstract

Oral habits are responsible for many dentoalveolar and soft tissue disorders. Knowledge of the management of these is of vital importance for the clinician. The purpose of this review is to search in the scientific literature, the management of the most common oral habits, in order to create a treatment guide that helps the clinician in their management. Methods: 121 articles were revised from the databases Pubmed, Cochrane library, Ebsco, Scielo and Google Scholar. Systematic reviews, meta analysis, randomized clinical trials and clinical guides were prioritized in the search, with a publish date not greater than 5 years. After the final review and selection, 45 articles were used. The search was carried out in English and Spanish, using the keywords for the topics: non-nutritive sucking, atypical swallowing, mouth breathing, bruxism, and lip sucking or biting. Conclusions: the management of oral habits is multidisciplinary. There are different types of therapies and appliances for each of them, so it is important to make an adequate diagnosis and treatment plan according to the conditions and particular needs of each patient.

Keywords: Habit, finger sucking, swallowing, mouth breathing, bruxism.

INTRODUCCIÓN

Un hábito es una acción repetitiva que se realiza de manera automática e inconsciente¹. Debido a que la persistencia de los hábitos puede resultar en problemas a largo plazo, la American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) recomienda una evaluación profesional a partir de los 3 años, con una subsecuente intervención para cesar los hábitos iniciados si está indicado².

Distintos hábitos orales como la succión digital, la onicofagia, la deglución atípica, la succión o mordedura de labio, el bruxismo, o la respiración bucal, pueden producir efectos nocivos en las estructuras dentoalveolares^{1,3,4}. Existe una triada de factores responsable de los efectos adversos producidos por los hábitos, en esta encontramos a la duración del hábito por día, el grado, y la intensidad del hábito^{1,2,4}. Dentro de las alteraciones producidas por los hábitos tenemos lesiones de tejidos blandos, pérdida de estructura dentaria, mordida abierta anterior, incremento del resalte horizontal, mordida

cruzada posterior, y aumento de la altura facial anterior, entre otras^{3,4}. El propósito de esta revisión es buscar en la literatura científica, el manejo de los hábitos orales más comunes, para así, crear una guía de tratamiento que ayude al clínico en su manejo.

METODOLOGÍA

Para esta revisión, se realizó una búsqueda inicial a través de los buscadores Pubmed, Cochrane Library, Ebsco, Scielo, y Google Scholar; limitando la búsqueda a revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados y guías clínicas. Los estudios debían tener una antigüedad no mayor a 5 años. De acuerdo a los artículos encontrados, y a la información recolectada, se amplió la búsqueda en antigüedad y tipos de estudios en aquellos temas en los cuales no se había recolectado suficiente información.

De la búsqueda inicial se obtuvo 48 artículos, posteriormente, se amplió a un total de 121 artículos, que luego de su depuración quedaron en 45 artículos. La búsqueda se realizó en inglés y español, utilizando las palabras claves para los temas: succión no nutritiva, deglución atípica, respiración bucal, bruxismo y succión o mordedura labial.

SUCCIÓN NO NUTRITIVA

La succión es uno de los reflejos orales de los recién nacidos. El uso de chupones, mantas y la succión de los dedos, son comunes en bebés y niños pequeños como comportamientos reconfortantes^{5,6}. Estos hábitos reconfortantes, que pueden denominarse colectivamente "hábitos de succión no nutritiva", tienden a desaparecer a medida que los niños crecen, por su propio impulso o con el apoyo de los padres y cuidadores⁵. Además, se sabe que la actividad de succión temprana podría influir en el crecimiento del complejo craneofacial⁷, y se ha asociado con el crecimiento y desarrollo del complejo maxilomandibular^{6,8,9}.

Los chupones se utilizan con frecuencia para calmar a los bebés, aumentar el bienestar de los padres y bebés, o para evitar una succión digital. Los efectos del uso de chupones dependen de la duración y frecuencia^{8,9}. Se han sugerido efectos positivos del uso del chupón como una intervención no farmacológica en el manejo de procedimientos de dolor agudo en bebés. Las investigaciones también han demostrado que los chupones están asociados con la protección del síndrome de muerte súbita del lactante⁷. Sin embargo, las posibles complicaciones de los hábitos de succión no nutritiva incluyen el destete temprano, aumento de la probabilidad de otitis media, maloclusión y rasgos indeseables del arco dentario al final de la dentición temporal¹⁰. Numerosos estudios mostraron que la

persistencia de estos hábitos después de los 2 o 3 años aumenta considerablemente la probabilidad de desarrollar problemas de una disminución de la base nasal, pudiendo acarrear problemas oclusales y respiratorios futuros⁹.

El tratamiento de la succión no nutritiva debe iniciar alrededor de los 3 años con consultas dentales tempranas que guíen a los padres en el retiro del hábito. Entre los 4 y 6 años se puede iniciar con refuerzos positivos y calendarios. Si esto no fuera efectivo, se puede pasar al uso de medidas preventivas que eviten que el niño introduzca el dedo en la boca, ya sea con el uso de esmaltes con mal sabor, guantes, mitones, etc. En aquellos pacientes en los que el hábito no cesa mediante las medidas mencionadas, se debe proceder al uso de aparatología^{4,11,12}.

Dentro de los aparatos utilizados para el tratamiento de la succión digital, uno de los dispositivos más utilizados es la rejilla palatina. La rejilla palatina fija es un aparato soldado en acero inoxidable que impide que el paciente introduzca el dedo para realizar la succión, permitiendo el cierre espontáneo de la mordida abierta anterior^{4,13}.

Existe además otro aparato no restrictivo para el tratamiento de la succión digital, el bluegrass, el cual además de proveer un impedimento físico para que el paciente no coloque el dedo sobre el paladar, contiene un rodillo que estimula la musculatura de la lengua¹². El aparato bluegrass también conocido como rodillo de corrección de hábitos, ha ganado atención y aceptación universal para corregir el hábito de chuparse el dedo por su comodidad, además de ser más amigable para los pacientes, ya que no interfiere con la alimentación y presenta una alteración mínima del habla. Este ha demostrado ser muy exitoso para eliminar el hábito en un corto período

de tiempo sin ninguna complicación¹¹. El aparato bluegrass puede ser utilizado junto con un quadhelix como un expansor palatino lento. Este dispositivo ha demostrado su eficacia para interceptar el hábito de succión de los dedos y expandir el arco para corregir la mordida cruzada¹⁴.

Todos estos aparatos generalmente cesan el hábito inmediatamente, sin embargo, deben ser utilizados por al menos seis meses¹².

DEGLUCIÓN ATÍPICA

La deglución atípica es un hábito oral que produce problemas miofuncionales, debido a la posición alterada de la lengua durante la deglución. La alta incidencia en la población, etiología multifactorial y su relación con maloclusiones la convierten en un tema de interés y discusión¹⁵.

En ocasiones, la maduración fisiológica del mecanismo de deglución no se ha desarrollado por completo; un patrón infantil, llamado "deglución atípica", persiste más allá del límite fisiológico. En consecuencia, durante la deglución, se produce un empuje de la lengua hacia adelante, generalmente a nivel de las superficies palatinas de los incisivos superiores, o la lengua se interpone entre las arcadas dentarias, acompañada de una contracción de los músculos mímicos, en particular de los músculos orbicular de los labios y borla del mentón¹⁶. La persistencia de la deglución atípica, puede afectar negativamente el desarrollo de los maxilares durante el crecimiento y puede estar relacionada con maloclusiones. Las alteraciones dentomaxilares más vinculadas con la presión anómala de la lengua son: la distoclusión con protrusión de los dientes anterosuperiores, protrusión de los dientes anteroinferiores, mordida abierta anterior, posterior, uni o bilateral según la colocación anómala de la

lengua que va más allá de las caras vestibulares de los incisivos centrales o laterales. La persistencia más allá del límite fisiológico de la deglución infantil requiere, por lo tanto, una reeducación funcional¹⁷. No queda claro si la deglución es una consecuencia o causa; sin embargo, es un hecho que su diagnóstico debería plantear la evaluación de otras disfunciones: respiratorias, articulares y posturales¹⁵.

Para la corrección del hábito de deglución atípica podemos utilizar los aparatos: rejilla palatina fija o removible, espuelas cementadas, terapia miofuncional, bluegrass, entre otros. La rejilla palatina ya descrita anteriormente puede ser fija o removible. Esta debe ser confeccionada con una altura suficiente que no permita que el paciente protruya la lengua a través de ella¹³.

Feres et al (2017) en una revisión sistemática y metanálisis sobre el análisis comparativo del uso de rejillas removibles y fijas para el tratamiento de mordida abierta anterior debido a hábitos orales, encontraron que las rejillas fijas producen mejores resultados esqueléticos verticales, con una rotación significativamente más alta en sentido horario del plano palatino y una consiguiente disminución de la divergencia entre los planos palatino y mandibular. Dado que las rejillas removibles no parecen ser más efectivas que las fijas, se recomienda el uso preferible de diseños fijos en lugar de removibles¹⁸.

Igualmente, Rossato et al. (2018) en un ensayo clínico aleatorizado encontraron que la rejilla palatina fija demostró un mayor impacto en el tratamiento temprano en la reducción de mordida abierta anterior¹³. Las espuelas cementadas o también llamadas espolones linguales adheridos fueron concebidos y diseñados según los principios de los espolones de ortodoncia convencionales. Este aparato tiene algunas ventajas aparentes,

como tamaño pequeño, bajo costo, estética, sin preparación de laboratorio, fácil instalación y tiempo clínico reducido para la cementación¹⁹. Los espolones adheridos se colocan en las porciones palatina cervical e incisal de los incisivos maxilares y mandibulares, respectivamente, para evitar posibles interferencias oclusales futuras. Leite et al. (2016) compararon la efectividad de la rejilla palatina fija y las espuelas cementadas, encontrando que ambos aparatos son simples y efectivos para el tratamiento de mordida abierta anterior¹⁶.

Adicional a la corrección de la mordida abierta anterior, los efectos dentales significativos relacionados con el uso de espuelas incluyen la reducción de la inclinación de los incisivos superiores y la extrusión de los incisivos superiores e inferiores, sin alteraciones horizontales relevantes. Sin embargo, no se observan efectos esqueléticos con respecto a la inclinación de los planos palatino y mandibular¹⁴.

El bluegrass, un aparato dental fijo compuesto por un rodillo de teflón hexagonal insertado en un alambre palatino, tiene como ventaja principal que el rodillo de tamaño pequeño permite que el aparato no se vea desde fuera de la boca y actúa como recordatorio y posicionador de la lengua durante la deglución¹⁴. Feres et al. (2017) explican que al utilizar el bluegrass encontraron mejoras sustanciales en la sobremordida en niños en dentición mixta con presencia de mordida abierta anterior producida por hábitos orales¹⁸.

Otra modalidad de tratamiento para corregir la deglución atípica puede ser la terapia miofuncional y la combinación de esta con el tratamiento ortodóntico²¹. Según una serie de estudios, las mejoras en la capacidad miofuncional permiten un crecimiento y desarrollo satisfactorios del maxilar, corrección del empuje lingual y adaptación de la

dentición al nuevo patrón oclusal²². El objetivo de la terapia miofuncional es el tratamiento de alteraciones y disfunciones de la musculatura orofacial que interfieren con el crecimiento, desarrollo y funciones del aparato estomatognático²¹ cómo son las anomalías orofaciales, patrón de respiración bucal, incompetencia labial, hábito de empujar la lengua, desviación mandibular y patrones articulares inadecuados durante el habla, masticación y deglución; así como asistencia en la corrección de hábitos bucales parafuncionales, como succión digital, bruxismo y deglución atípica²², además de proporcionar un equilibrio funcional y ambiental para que se desarrollen las estructuras orales y periorales adecuadamente²³.

Homem et al. (2017) realizaron una revisión sistemática para determinar la efectividad de la terapia miofuncional como coadyuvante del tratamiento de ortodoncia, encontrando que el uso de aparatología ortodóntica y terapia miofuncional es efectiva frente a casos de recaída de mordida abierta anterior como consecuencia de hábitos orales. Sin embargo, los hallazgos de la revisión sistemática demuestran una escasez de estudios consistentes y evidencia científica que respalde el uso de terapia miofuncional en combinación con tratamientos de ortodoncia para lograr mejores resultados en la corrección de trastornos dentofaciales²².

Koletsis et al. (2018) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis donde se analizaron problemas miofuncionales y mio-esqueléticos con terapia miofuncional aplicada a pacientes con problemas de hábitos en dentición primaria y mixta, encontrando que el empuje de lengua y la presencia de mordida abierta anterior pueden ser tratados con la reeducación de la posición y actividad de la lengua durante el reposo y la deglución, estableciendo así un equilibrio muscular orofacial normalizado²⁰.

RESPIRACIÓN BUCAL

La respiración bucal es una forma de respirar que sustituye a la respiración nasal y cuya etiología es compleja. Está relacionada a factores genéticos, malos hábitos orales o a una obstrucción nasal, incluyendo, pero no limitándose a hipertrofia de adenoides/amígdalas, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, hipertrofia de cornetes o sinusitis. Además, puede estar relacionada con alergias respiratorias, condiciones climáticas, una mala posición para dormir o la lactancia materna²⁴.

El síndrome de respiración bucal (SRB) se conoce como la condición clínica de los niños en edad escolar que se caracteriza por una respiración mixta o bucal que sustituye a un patrón respiratorio nasal. El SRB se asocia a trastornos de los órganos del habla y, por lo general, se combina con deformidades faciales, pudiendo evolucionar a enfermedades cardiorrespiratorias, endocrinas y alteraciones del sueño que pueden comprometer el comportamiento y el rendimiento de los niños en la escuela²⁵.

Los estudios también han correlacionado esta condición con anomalías posturales, y han sugerido que la obstrucción o el estrechamiento del espacio aéreo faríngeo llevaría a la proyección de la cabeza hacia adelante para mejorar la trayectoria del flujo de aire hacia el tracto respiratorio inferior, causando más adaptaciones posturales²⁵.

Sin embargo, según algunos autores, sigue siendo necesario demostrar si el modo de respiración provoca cambios dentofaciales, o si estas diferencias son factores predisponentes o factores de apoyo en el establecimiento de un patrón respiratorio alterado²⁶. La cara adenoidea, que se considera una expresión facial típica, se ha relacionado con los individuos diagnosticados como pacientes respiradores

orales²⁶. En estos casos, puede observarse una relación alterada de la relación entre el maxilar y la mandíbula, caracterizada por un aumento de la altura facial anterior (AFH) y de la inclinación del plano mandibular, reflejando un patrón de crecimiento facial vertical²⁶. Los cambios intraorales acompañan este rasgo facial, con protrusión de los incisivos superiores, arco superior estrecho en forma de "V" y paladar alto.

Asimismo, presentan incompetencia del labio superior, una retroposición del hueso hioides, un arco superior estrecho²⁴. El establecimiento de un modo correcto de respiración puede prevenir el desarrollo de un patrón de crecimiento facial no deseado, como el síndrome de la cara larga, o la cara adenoidea²⁶.

Las opciones de tratamiento para estos problemas miofuncionales han variado, desde las instrucciones de abstenerse y abandonar el hábito oral, hasta diversas combinaciones de aparatos intraorales fijos o removibles destinados a gestionar la maloclusión de mordida abierta anterior. Se han aplicado varios tipos de protocolos de tratamiento miofuncional, todos ellos centrados en el aumento de la conciencia de los pacientes para el ejercicio de la musculatura oral y perioral. Sin embargo, el efecto a largo plazo de la terapia miofuncional sola o junto con otros tipos de tratamiento aún no se ha evaluado²³. Es importante recalcar que el tratamiento de esta afección debe ir acompañado de un adecuado diagnóstico médico por parte de un especialista, para determinar el origen y tratamiento de manera interdisciplinaria.

BRUXISMO

El bruxismo es definido como una actividad motora oral diurna o nocturna el cual consiste en el apretamiento o rechinar involuntario, rítmico o espasmódico no funcional de los dientes²⁷.

La Academia Americana de Medicina del Sueño lo define como una actividad muscular mandibular caracterizada por apretar o rechinar los dientes y/o por golpear o balancear la mandíbula durante el sueño²⁸.

Diagnosticar el bruxismo a tiempo es una tarea del odontólogo ya que tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los niños y adolescentes, por lo cual es necesario identificar los factores de riesgo, educar a los padres y prevenir sus posibles consecuencias en la salud bucal²⁹. La prevalencia del bruxismo varía del 6 al 50% en los niños³⁰. Si no se identifica y trata a tiempo, las consecuencias negativas pueden ser: desgaste de los dientes, enfermedad periodontal, hipertrofia de los músculos masticatorios, cefalea, sensación de limitación de la apertura bucal, dolor muscular y trastornos temporomandibulares (TTM), que por último disminuyen el rendimiento académico del niño y del adolescente³¹.

Hay varias opciones de intervención disponibles para inhibir o reducir la actividad del bruxismo. Las respectivas indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios de cada opción de tratamiento deben evaluarse de forma individual y cuidadosa, teniendo en cuenta que el bruxismo no se considera un trastorno en personas por lo demás sanas³⁰. El tratamiento debe ser enfocado en la identificación de los factores etiológicos y no solo en los signos y síntomas. Se debe iniciar con información y educación a los padres y de allí continuar con técnicas de relajación en el niño y en el adolescente^{32,33}.

Uno de los tratamientos recomendados es la terapia psicológica. En el año 2001 Restrepo et al., realizaron un estudio donde tenían como objetivo investigar los efectos de 2 técnicas psicológicas sobre los signos del bruxismo en niños de 3 a 6 años con dentición decidua. Las técnicas que utilizaron fueron: reacción

de competencia y relajación muscular dirigida, estas se aplicaron por 6 meses. Los resultados fueron que todos los pacientes redujeron su nivel de ansiedad y trastornos del ATM con una significación estadística; comparándola con la etapa inicial³⁴.

Chisini et al. (2019) realizaron una revisión sistemática que tuvo como objetivo realizar una reflexión crítica sobre las opciones de tratamiento para la reducción del bruxismo en niños y adolescentes. Tomaron artículos en niños de 10 a 19 años, en los estudios utilizaron medicamentos (hidroxicina - trazodona - flurazepam), férulas oclusales, intervenciones de ortodoncia e intervenciones de terapia física y psicológica; observándose una reducción del bruxismo y dolores de cabeza. Además, se observó una reducción de la actividad del músculo masticatorio rítmico con el uso de la férula oclusal y con las intervenciones de ortodoncia³⁰

Los tratamientos alternativos (extractos medicinales como *Melissa officinalis*-L) no han mostrado resultados concluyentes³⁰. Carvalho C. et al. (2015) estudiaron a *Melissa officinalis* L. en 24 niños de 6 a 10 años de edad para reducir los síntomas de bruxismo evaluando las señales electromiográficas en el músculo temporal sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre la actividad inicial y final del músculo temporal en los niños con bruxismo³⁵. Así mismo, Tavares-Silva C. et al. (2016) investigaron la eficacia del uso de *Melissa officinalis* (MO) asociado o no a *Phytolacca decandra* (PD) en el tratamiento de bruxismo de sueño en 52 niños de 3 a 12 años de edad con bruxismo nocturno informado por sus padres. Los resultados no mostraron diferencias entre los tratamientos considerando la actividad muscular del masetero y temporal. Sin embargo, el temporal derecho mostró menor actividad después del uso de *Melissa officinalis* en comparación con los otros tratamientos³⁶.

Salgueiro et al.(2017) realizaron un protocolo de estudio que tenía como objetivo principal comparar la eficacia de la terapia con láser de bajo nivel administrada a los puntos de acupuntura y el uso de férula oclusal en niños con bruxismo, en edades de 6 a 8 años. Si bien la atención brindada a los niños durante el tratamiento podría tener un efecto positivo en la disminución de la ansiedad, hasta la fecha no existen ensayos clínicos aleatorizados, controlados sobre este tema³⁷.

La terapia de fotobiomodulación ha despertado el interés de algunos investigadores, ya que este método no invasivo ha demostrado resultados positivos en problemas relacionados con los tejidos musculares. En el año 2019 Kobayashi et al. en un estudio establecieron también un protocolo para la evaluación de la eficacia de la terapia de fotobiomodulación en niños con bruxismo del sueño con dentición mixta primera fase y dentición permanente. Este documento describe el protocolo de una propuesta de estudio para evaluar aspectos morfológicos y psicosociales en niños y adolescentes con bruxismo y sus respuestas a la terapia de fotobiomodulación con LED infrarrojos³⁸.

Con respecto a la fisioterapia, Quintero observó una reducción de la incidencia de rechinar o apretar los dientes durante el sueño en un 77%, en niños de 3 a 6 años informado por los padres, por lo que concluyen que la intervención con fisioterapia puede considerarse eficaz para reducir el bruxismo autoinformado en niños pequeños, sin efectos secundarios informados³⁹. Figueredo A. et al. (2021) realizaron una revisión de la literatura, donde encontraron que las placas oclusales son las más indicadas en el tratamiento odontológico del bruxismo⁴⁰. Hermida M. et al. (2020) hicieron una recopilación del Simposio de la ALOP sobre bruxismo en niños en el 2015, 2016 y 2018, concluyendo que el uso de las placas en la dentición primaria debe

ser restringido, estando indicado sólo cuando el desgaste puede ocasionar daño biológico para el niño, lo que es poco frecuente. En la dentición mixta, está contraindicado por completo, debido a la posible restricción del crecimiento de los arcos. El control y seguimiento es siempre importante³³. Restrepo C. et al. (2011) evaluaron la efectividad de las férulas oclusales rígidas durante 2 años para reducir los signos y síntomas en 36 niños de 3 a 6 años, concluyendo que la misma no fue eficiente para la reducción de síntomas de bruxismo en niños⁴¹.

SUCCIÓN LABIAL

El hábito de succión del labio inferior con frecuencia se acompaña de grietas, sequedad, erosión, irritación de uno o ambos labios o borde bermellón. Está generalmente asociado con una protrusión labial de los incisivos superiores y un desplazamiento lingual de los incisivos inferiores. Además, puede acompañarse de retracción o dehiscencia de la encía de los incisivos inferiores⁴². Este hábito puede contribuir a un desequilibrio muscular orofacial asociado con alteraciones en el crecimiento óseo, malposición dental y deformaciones dentofaciales, por tanto, la eliminación del hábito es fundamental para el tratamiento y la estabilidad del tratamiento futuro^{42,43}.

El tratamiento de este hábito puede ser realizado con el "lip bumper", el cual impide la presión del labio sobre los dientes⁴³. Dentro de los efectos terapéuticos de este aparato tenemos el desplazamiento labial de los incisivos y la inclinación distal de las primeras molares inferiores, así también como un aumento de las dimensiones transversales de arco⁴⁴. Nucci et al.(2021) evaluaron la actividad del músculo del labio inferior luego del uso del "lip bumper" por un año. Los autores encontraron que esta terapia reducía significativamente la actividad muscular tanto en

reposo como durante la deglución⁴⁵. En la literatura aún falta evidencia científica adecuada sobre el uso del “lip bumper” como dispositivo para el tratamiento de la succión labial. La evidencia actual sugiere un

bajo a muy bajo nivel de certeza sobre los efectos dentoalveolares de la terapia con “lip bumper”, sin embargo, es el dispositivo recomendado por la AAPD para el tratamiento de este hábito^{2,44}.

CONCLUSIONES

El manejo de los hábitos orales es de carácter multidisciplinario. Existen distintos tipos de terapias y aparatología para cada uno de ellos, por lo que es importante realizar un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento de acuerdo a las condiciones y necesidades particulares de cada paciente.

RECOMENDACIONES

1 El tratamiento de la succión no nutritiva debe iniciar alrededor de los 3 años con consultas dentales tempranas que guíen a los padres en el retiro del hábito. Entre los 4 y 6 años se puede iniciar con refuerzos positivos y calendarios. Si esto no fuera efectivo, se puede pasar al uso de medidas preventivas que eviten que el niño introduzca el dedo en la boca, ya sea con el uso de esmaltes con mal sabor, guantes, mitones, etc. En aquellos pacientes en los que el hábito no cesa mediante las medidas mencionadas, se debe proceder al uso de aparatología.

2. La deglución atípica puede tratarse con aparatología y terapia miofuncional. Dentro de la aparatología para tratar esta alteración tenemos a las rejillas palatina, los espolones linguales adheridos y el bluegrass.

3. El tratamiento de la respiración bucal debe iniciar con una evaluación médica que determine si se requiere una intervención médica. Las opciones de tratamiento para esta afección varían, desde las instrucciones de abstenerse y abandonar el hábito oral, hasta diversas combinaciones de aparatos intraorales fijos o removibles destinados a gestionar la maloclusión. El tratamiento miofuncional está centrado en el aumento de la conciencia de los pacientes para el ejercicio de la musculatura oral y perioral.

4. El diagnóstico y tratamiento del bruxismo debe ser interdisciplinario. Por lo tanto, es fundamental que el enfoque terapéutico sea adecuado y eficiente para controlar la condición, se consideren los factores de riesgo, cambios sistémicos y de comportamiento, así como la protección de las estructuras anatómicas implicadas.

5. El manejo de la succión labial puede ser realizado con el uso del “Lip Bumper”, el cual impide la presión del labio sobre los dientes, permitiendo que estos se alojen en una mejor posición.

"El artículo es producto del Grupo de Estudio de la Sociedad Peruana de Odontopediatría".

Conflicto de Intereses: Los autores no tienen ningún conflicto de intereses.

Fuente de Financiamiento: No se utilizó financiación externa para este estudio.

REFERENCIAS

1. Kamdar RJ, Al-Shahrani I. Damaging oral habits. *Journal of international oral health* : JIOH [Internet]. 2015;7(4):85–7.
2. Council R. Management of the developing dentition and occlusion in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*. 2018;40(6):352–65.
3. Silva M, Manton D. Oral habits part 2: Beyond nutritive and non-nutritive sucking. *Journal of Dentistry for Children*. 2014;81(3):140–6.
4. Silva M, Manton D. Oral habits-part 1: The dental effects and management of nutritive and non-nutritive sucking. *Journal of Dentistry for Children*. 2014;81(3):133–9.
5. Borrie FRP, Bearn DR, Innes NPT, Iheozor-Ejiofor Z. Interventions for the cessation of non-nutritive sucking habits in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;2015(3).
6. Ling HTB, Sum FHKMH, Zhang L, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. The association between nutritive, non-nutritive sucking habits and primary dental occlusion. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):1–10.
7. Hermont AP, Martins CC, Zina LG, Auad SM, Paiva SM, Pordeus IA. Breastfeeding, bottle feeding practices and malocclusion in the primary dentition: A systematic review of cohort studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015;12(3):3133–51.
8. Schmid KM, Kugler R, Nalabothu P, Bosch C, Verna C. The effect of pacifier sucking on orofacial structures: a systematic literature review. *Progress in Orthodontics*. 2018;19(1).
9. Scudine KG de O, Freitas CN de, Nascimento de Moraes KSG, Bommarito S, Possobon R de F, Boni RC, et al. Multidisciplinary Evaluation of Pacifier Removal on Oro-Dentofacial Structures.
10. Parra-Iraola SS, Zambrano-Mendoza AG. Hábitos Deformantes Orales en Preescolares y Escolares.
11. Chhabra N, Chhabra A. Evaluation of the efficacy of the modified bluegrass appliance in cessation of thumb-sucking habit
12. Shah R, Ashley P, Amlani M, Noar J. Non-nutritive sucking habits in a child: A clinical protocol to their prevention and management.
13. Rossato PH, Freire Fernandes TM, Assis Urnau FD, de Castro Ferreira Conti AC, Rodrigues De Almeida R, Pedron Oltramari-Navarro PV. Dentoalveolar effects produced by different appliances on early treatment of anterior open bite.
14. Mohammad Z, Bagalkotkar A, Mishra A, Veerala G. Customized Hybrid Bluegrass Appliance: An Innovative Technique. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018;11(2):141–5.
15. Condò R, Costacurta M, Perugia C, Docimo R. Atypical deglutition: Diagnosis and interceptive treatment. A clinical study. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2012;13(3):209–14.
16. Quinzi V, Nota A, Caggiati E, Saccomanno S, Marzo G, Tecco S. Short-term effects of a myofunctional appliance on atypical swallowing and lip strength: A prospective study. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(8):1–10.
17. Giuca MR, Pasini M, Pagano A, Mummolo S, Vanni A. Longitudinal study on a rehabilitative model for correction of atypical swallowing. *European journal of paediatric dentistry*.
18. Feres MFN, Abreu LG, Insabralde NM, de Almeida MR, Flores-Mir C. Effectiveness of open bite correction when managing deleterious oral habits in growing children and adolescents.
19. Canuto LFG, Janson G, de Almeida RR, Caçado RH. Anterior open-bite treatment with bonded vs conventional lingual spurs.
20. Leite JS, Matiussi LB, Salem AC, Provenzano MGA, Ramos AL. Effects of palatal crib and bonded spurs in early treatment of anterior open bite.
21. Begnoni G, Dellavia C, Pellegrini G, Scarponi L, Schindler A, Pizzorni N. The efficacy of myofunctional therapy in patients with atypical swallowing. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*.
22. Homem MA, Vieira-Andrade RG, Moreira Falci SG, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Effectiveness of orofacial myofunctional therapy in orthodontic patients.
23. Koletsis D, Makou M, Pandis N. Effect of orthodontic management and orofacial muscle training protocols on the correction of myofunctional and myoskeletal problems in developing dentition.
24. Zhao Z, Zheng L, Huang X, Li C, Liu J, Hu Y. Effects of mouth breathing on facial skeletal development in children.
25. Neiva PD, Kirkwood RN, Mendes PL, Zabjek K, Becker HG, Mathur S. Postural disorders in mouth breathing children: a systematic review. *Brazilian Journal of Physical Therapy*.

26. do Nascimento RR, Masterson D, Trindade Mattos C, de Vasconcellos Vilella O. Facial growth direction after surgical intervention to relieve mouth breathing: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Orofacial Orthopedics*. 2018.
27. Lavigne GJ, Montplaisir JY. Sleep bruxism: Validity of clinical research diagnostic criteria in a controlled polysomnographic study.
28. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition highlights and modifications. *Chest* [Internet]. 2014;146(5):1387-94.
29. Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M, Espinosa P. Sleep bruxism in children and adolescents. *Revista Chilena de Pediatría*. 2015;86(5):373-9.
30. Chisini LA, San Martín AS, Cademartori MG, Boscato N, Correa MB, Goettems ML. Interventions to reduce bruxism in children and adolescents.
31. Guo H, Wang T, Li X, Ma Q, Niu X, Qiu J. What sleep behaviors are associated with bruxism in children? A systematic review and meta-analysis. *Sleep and Breathing*. 2017;21(4):1013-23.
32. Hermida Bruno L, Restrepo Serna C, Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Bruxismo del Sueño y Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño en Niños. Revisión narrativa.
33. Hermida ML, Cortese SG, Bussadori SK. Treatment of sleep bruxism in children. 2020;10:65-72.
34. C. R, E. A, C. J, C. V, I. V. Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth. *Journal of oral rehabilitation* [Internet]. 2001;28(4):354-60. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L33479102>.
35. Bortoletto CC, da Silva FC, Salgueiro M da CC, Motta LJ, Curiki LM, Mesquita-Ferri RA, et al. Evaluation of electromyographic signals in children with bruxism before and after therapy with melissa officinalis I—a randomized controlled clinical trial. *Journal of Physical Therapy Science*. 2016;28(3):738-42.
36. Tavares-Silva C, Holandino C, Homsani F, Luiz RR, Prodestino J, Farah A, et al. Homeopathic medicine of Melissa officinalis combined or not with Phytolacca decandra in the treatment of possible sleep bruxism in children: A crossover randomized triple-blinded controlled clinical trial. *Phytomedicine* [Internet]. 2019;58(February):152869. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.phymed.2019.152869>.
37. Salgueiro M da CC, Bortoletto CC, Horliana ACRT, Mota ACC, Motta LJ, Motta P de B, et al. Evaluation of muscle activity, bite force and salivary cortisol in children with bruxism before and after low level laser applied to acupoints: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2017;17(1):1-7.
38. Kobayashi FY, Castelo PM, Gonçalves MLL, Motta LJ, Mota ACDC, Altavista OM, et al. Evaluation of the effectiveness of infrared light-emitting diode photobiomodulation in children with sleep bruxism: Study protocol for randomized clinical trial. *Medicine (United States)*. 2019;98(38):1-5.
39. Quintero Y, Restrepo CC, Tamayo V, Tamayo M, Vélez AL, Gallego G, et al. Effect of awareness through movement on the head posture of bruxist children. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2009;36(1):18-25.
40. Carna AF, Samara G, Dorvill B, Medeiros N, Sales SG, Barros NB, et al. Bruxismo na infância : como tratar ? Bruxism in childhood : how to treat ?.
41. Restrepo CC, Medina I, Patiño I. Effect of occlusal splints on the temporomandibular disorders, dental wear and anxiety of bruxist children. *European Journal of Dentistry*. 2011;5(4):441-50.
42. Ocampo Parra A, Johnson García N, Lema Álvarez MC. Hábitos orales comunes: revisión de literatura. Parte I. *Revista Nacional de Odontología*. 2014.
43. Germeç D, Taner TU. Lower lip sucking habit treated with a lip bumper appliance. *Angle Orthodontist*. 2005;75(6):1071-6.
44. Santana LG, de Campos França E, Flores-Mir C, Abreu LG, Marques LS, Martins-Junior PA. Effects of lip bumper therapy on the mandibular arch dimensions of children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2020;157(4):454-465.e1.
45. Nucci L, Marra PM, Femiano L, Isola G, Flores-Mir C, Perillo L, et al. Perioral muscle activity changes after Lip Bumper treatment. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2021;22(2):129-34.