

# Revista Estudiantil 2016

No. 12



Lo + Nuevo

Vive la fuerza de tu educación



# CONSEJO EDITORIAL

## **ADM ESTUDIANTIL EDITOR**

Dr. Rolando Peniche Marcín

## **EDITOR ASISTENTE**

Dr. Juan Carlos Gonzalez Calderon y Zavala

## **EDITORES ASOCIADOS**

### **ENDODONCIA**

Dr. Javier Ortiz Sauri

Dr. Rene Bolio Vales

Dr. Eduardo Gutiérrez Peniche

### **ODONTOPEDIATRIA**

Dr. Armando González Solís

Dra. Diana Canto Cervera

Dra. Adriana Flores Chapa

### **CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL**

Dra. Yolanda Valero Princet

Dr. Leopoldo Andrade Góngora

Dra. Elizabeth Castillo Sánchez

Dr. Fernando Sandoval Vernimmen

### **ORTODONCIA**

Dr. Francisco Kú Carrillo

Dr. Fernando Jorge Hernández Tello

Dr. Mauricio González Balut

### **PERIODONCIA**

Dra. Kendra Mendoza Hijuelos

Dr. Mauricio González Reyes

### **REHABILITACIÓN BUCAL Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA**

Dr. Rafael Domínguez Cervera

Dr. Daniel Perez Domínguez

### **IMPLANTOLOGÍA DENTAL**

Dr. Ricardo Peniche Rodríguez

Dr. Roberto Sosa Milke

## **EPIDEMIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA Y ODONTOLOGÍA PREVENTIVA**

Dra. Hortencia Castillo Castillo

## **PATOLOGÍA Y MEDICINA BUCAL**

Dr. Jose Luis Castellanos Suarez

Dra. Laura Díaz Guzmán

Dra. Beatriz Aldape Barrios

## **INNOVACIÓN Y EMPRENDEDURISMO EN ODONTOLOGÍA**

Mtra. Regina Garza Roche

## **MERCADOTECNIA EN ODONTOLOGÍA**

Mtra. Claudia Sanchez de Mier

## **ODONTOLOGÍA LEGAL Y FORENSE**

Dra. Adriana Sanchez Murillo

## **ÉTICA**

Mtro. Francisco Javier Otero Rejón

## **ODONTOLOGÍA BASADA EN EVIDENCIAS**

Dr. Carlos Robles Bonilla

Dra. Elis Yamile Sánchez Abdeljalek

## **CARIOLOGÍA Y ODONTOLOGÍA DE MINIMA INTERVENCIÓN**

Dr. Armando Hernandez Ramirez

## **COORDINACIÓN EDITORIAL, DISEÑO Y PUBLICIDAD**

Dra. Alma Gracia Godínez Morales

## **COMISIÓN ESTUDIANTIL**

Dr. Edgar Hugo Trujillo Torres

## **PRESIDENTE ADM**

Dra. Alma G. Godínez Morales

# CONTENIDO

4

**Editorial**  
**Innovación en Odontología**

**Dept. de Odontología**  
**Instituto Tecnológico y de**  
**Estudios Superiores de Monterrey N:L**

6

**Evaluación de IHOS en pacientes**  
**con Síndrome Down en el Centro**  
**de Educación Integral Avanzada**

**Facultad de Odontología**  
**Universidad Autónoma de Nuevo Leon**

12

**Alveolitis dental:**  
**Un padecimiento con múltiples**  
**tratamientos**

**Facultad de Odontología**  
**Universidad Autónoma de Nuevo Leon**

19

**Hábitos no nutritivos:**  
**succión de dedo, chupón**  
**o mamila**

**Facultad de odontología**  
**Universidad Anáhuac Mayab**

La innovación también alcanza a la educación básica en odontología, donde los jóvenes de hoy no pueden (ni deben) ser educados en modelos de antaño, enfocados más al número de actividades que a lo específico de las mismas. Requerimos entrenarlos desarrollando plenamente sus capacidades intelectuales y potenciando al máximo sus habilidades neuromotoras. Hoy más que nunca, la implementación de nuevas técnicas educativas y la búsqueda de nuevas formas de trabajo en nuestra profesión van de la mano con estos avances innovadores en la tecnología.

Yo los invito a no cesar en nuestro empeño de buscar siempre nuevas formas de hacer odontología, de no detenernos en el “siempre se ha hecho así” o en el “si así ha funcionado”.

## ¿PORQUÉ CAMBIAR?”

Mucho de lo que aplicamos hoy en día viene siempre de una idea genial, de una inquietud por cambiar, por salir de la zona de confort y romper barreras que se consideran **infranqueables**.

Hagámoslo por nuestros pacientes, pero también, por nuestra profesión y por nosotros mismos, más allá de los beneficios económicos que esto pueda representar en lo futuro nuestro pensar debe de estar enfocado en una sola palabra: **TRASCENDER**.



# EDITORIAL



## Innovación en la Odontología

*“El hombre no puede descubrir nuevos océanos a menos que tenga el coraje de perder de vista la costa.” Andre Gide*

Mucho se escribe con relación a la innovación, palabra tan en boga hoy en día. La mayor parte del tiempo la innovación es aplicada a las áreas específicas del desarrollo tecnológico, sin embargo, no debemos de perder de vista que, innovar, también significa modificar y actualizar lo que rutinariamente llevamos a cabo en el día a día en nuestra práctica odontológica.

En un mundo cada vez más plagado de información, la selectividad en lo que aprendemos y adquirimos deberá de estar siempre enfocado en el beneficio tangente que ofrecemos a nuestros pacientes. Ellos son los verdaderamente afortunados con el ajuste “innovador” que damos a nuestra consulta.

La educación dentro y fuera de las aulas, nos debe de llevar a mantener en contexto las dimensiones de la innovación siempre dentro

de lo verdaderamente aplicable a la ética, debemos de cuestionarnos ¿Qué de lo que adquiero como tecnología le otorga valor en la atención a mi paciente? ¿Qué de lo que ofrezco como innovador hace realmente la diferencia?

En ése orden no debemos de perder de vista que el mundo cambia día a día y nos ofrece avances en tecnología que hace apenas pocos años veíamos tan lejanos. Ejemplos claros como la imagenología tridimensional (conebeam) o la elaboración de restauraciones dentales a partir de una “impresión” (escáner) de la superficie tallada, nos ponen en contexto de los beneficios de éstos avances en la actualidad y de lo mucho que se ha realizado hasta ahora.

# Evaluación de IHOS en pacientes con Síndrome Down en el Centro de Educación Integral Avanzada

Facultad de Odontología Universidad Autónoma de Nuevo León

AUTORES

Mireles Garcia Norma Lizeth, Martínez Medina Laura

ASESOR

C.D. Myriam de la Garza Ramos

## RESUMEN

**O**bjetivo: Identificar el Índice de Higiene oral Simplificado (IHOS) en pacientes con Síndrome Down.

**Material y método:** Estudio Observacional y Transversal en 30 niños y adolescentes con presencia de Síndrome Down con un rango de edades de 3 a 18 años en el Centro de Educación Integral Avanzada (CEIA) ubicado en Guadalupe, Nuevo León. A los padres de los pacientes se les aplicó una encuesta de 10 preguntas sobre higiene bucal. El índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon (1960) fue usado como medición y se registro en fichas de evaluación a cada paciente. Resultados: Los niños con Síndrome Down obtuvieron mayormente una clasificación de IHOS regular y mala. Conclusiones: Los niños con síndrome Down presentan problemas gingivales importantes y una higiene oral entre regular y mala ya que tienen dificultades al cepillado dental y no presentan la información completa sobre la importancia de la higiene oral.

## INTRODUCCION

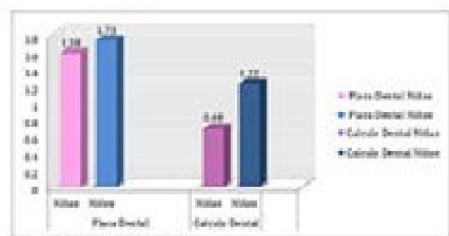
El Síndrome Down es el desorden cromosomal más común, se caracteriza por la combinación de retardo mental y varias malformaciones a nivel de órganos y tejidos, es la enfermedad cromosómica más frecuente su incidencia es de 1 por 700 nacidos. En 1886, un médico inglés de apellido compuesto, John Langdon H. Down, reescribe, ampliamente, el síndrome clínico que llevará la segunda parte de su apellido: el síndrome de Down (SD), y que el a denominado “mongolian idiocy.”<sup>(1,-3)</sup>

En 1960, Cohen y col fueron los primeros en reportar la marcada prevalencia de periodontitis en individuos jóvenes con Síndrome de Down<sup>(2)</sup>. Posteriormente, muchas investigaciones mostraron que niños y adolescentes con Síndrome de Down desarrollaban gingivitis y periodontitis severas generalizadas.<sup>(4-10)</sup>

Según en los datos de la INEGI se calcula que en México, existen 250,000 personas con Síndrome de Down. En México no existen publicaciones respecto de la esperanza de vida en niños con síndrome de Down.<sup>(11)</sup>

Sin embargo en un estudio colaborativo de la División de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud, provincia de Columbia Británica y del Departamento de Genética de Columbia Británica, se estudió la sobrevivencia de 1341 pacientes, encontrando como resultados que el 20% de los casos fallecen en el primer año de vida, pero alrededor del 50% llegan a los 50 años, 40% a los 60 y se calcula que uno de cada 7 pueden llegar a los 68 años.<sup>(12)</sup>El niño con síndrome de Down presenta dificultades adaptativas de autocuidado(baño, alimento, vestido y aseo oral, ) bajo autonomía.

### I. PROMEDIOS DE LA PLACA Y CALCULO DENTAL SEGÚN EL GENERO EN LOS ESTUDIANTES CON SÍNDROME DOWN



Fuente: Observación Directa

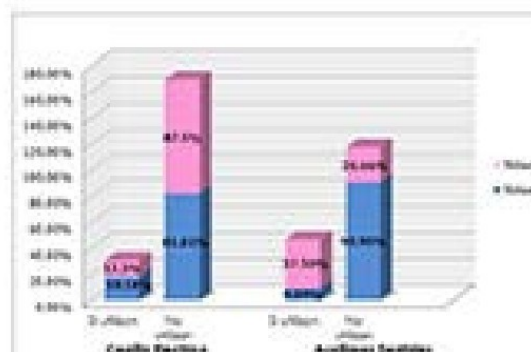
Descripción: La Tabla nos muestra con cifras estadísticas la proporción entre la placa dental y el cálculo entre niñas y niños en el caso de la placa dental se muestra mayor proporción en niños con un promedio de 1.73 y en cálculo dental de 1.22 a diferencia de las niñas con 1.58 y 0.68 respectivamente.

### II. CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL IHOS EN PACIENTES

Clasificación IHOS	Niños	Niñas	Total
Buena	0(0%)	2(2.5%)	2(6.6%)
Regular	13(59.09%)	5(62.5%)	18(60%)
Mala	9(40.90%)	1(12.5%)	10(33.33%)

Prueba estadística  $\chi^2$ : En la prueba estadística se obtuvo una  $\chi^2$  de 6.93 con un valor de p de 0.031 que es menor al parámetro de p, en este caso si hay relación entre la variable, comprobando así la hipótesis. En esta Tabla se puede determinar que los pacientes con el síndrome tienen un índice de IHOS de clasificación Regular y Mala

### III. NIÑOS Y NIÑAS CON SÍNDROME DOWN QUE UTILIZAN AUXILIARES DENTALES Y CEPILLO ELÉCTRICO



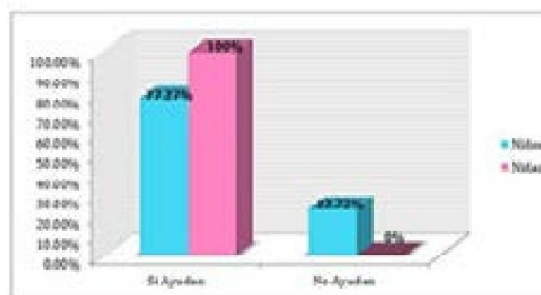
Fuente: Observación Directa

$\chi^2$  0.054 P=0.85

Prueba Estadística  $\chi^2$  : En la prueba estadística se obtuvo una  $\chi^2$  de 0.034 con un valor de p de 0.85 que es mayor al parámetro de p, en este caso no hay relación entre la variable. En la segunda variable que es de la clasificación de auxiliares dentales se obtuvo una  $\chi^2$  de 0.852 con un valor de p de 0.35 que es mayor al parámetro de p, en este caso no hay relación entre la variable.

Descripción: Podemos determinar que los padres de familia no utilizan auxiliares dentales al igual que sus hijos . y concluimos en que los niños fueron los que utilizan menos los auxiliares dentales. También que el cepillo eléctrico no lo utilizan en gran proporción como se pensaba.

### IV. PACIENTES CON SÍNDROME DOWN QUE SON AUXILIADOS EN EL CEPILLADO DENTAL POR LOS PADRES DE FAMILIA



Fuente: Observación Directa

$\chi^2$  1.67 P=0.19

**Prueba Estadística  $\chi^2$ :** En la prueba estadística se obtuvo una  $\chi^2$  de 1.67 con un valor de p de 0.19 que es mayor al parámetro de p, en este caso no hay relación entre la variable

**Descripción:** cual podemos determinar que los padres de familia en gran proporción auxilian a sus hijos en el cepillado dental.

## DISCUSION

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que en un 60% se encontró un Índice de Higiene Oral Regular y en un 33.33% se encontró un índice de IHOS malo, inclinado mayormente en hombres de esta manera nuestros hallazgos tienen relación con las investigaciones de LAMAS LARA (1999) En su estudio "La enfermedad periodontal y el nivel de deficiencia intelectual en individuos de la Ciudad de Lima- Perú" al evaluar el Índice de Placa Bacteriana para cada uno de los grupos de estudio, consideró la presencia o ausencia de placa bacteriana, encontrándose que los individuos con Síndrome Down presentaron una mayor prevalencia de sitios periodontales (SP) con presencia de placa bacteriana (98,8%) al ser comparados con individuos con Retardo mental (98,6%). Con relación al Índice de placa bacteriana se pueden observar que en el grupo de 10 a 19 años los individuos con Síndrome Down presentan una menor prevalencia de SP con placa bacteriana (97,5%) con respecto a los otros grupos de edades, en los individuos con Retardo mental los resultados son mucho más homogéneos (entre 98 y 100%) estadísticamente se observa una diferencia altamente significativa con respecto a la distribución de los SP con presencia de placa bacteriana en los grupos de edades tanto para individuos con Síndrome Down como para los de Retardo mental. ( $p < 0,001$ ).<sup>29(17)</sup>

Para medir la placa dentobacteriana se utilizó como análisis el Índice de Higiene Oral Simplificado Green y Vermillon (1960) por su acceso y elegibilidad de comprensión y clasificación de estado de Higiene Oral.

En un estudio realizado en Perú donde se evaluó el Índice de Higiene Oral en niños con discapacidades intelectuales y se observó una buena higiene oral en 52% de los niños con autismo, 58.3% con retardo mental sin patología asociada y 54.16% con síndrome Down.<sup>(18)</sup>

Un estudio demostró que personas con Síndrome Down, aun teniendo bajos niveles de placa dental tienen una alta destrucción periodontal, en consecuencia deben de incrementarse las medidas de higiene oral en adultos con deficiencias mentales e intelectuales al mismo tiempo que al resto de la población. (19). De acuerdo con Shaw observamos en nuestro estudio que los niños con Síndrome Down tenían una higiene oral regular contando ellos con el apoyo del padre o tutor encargado y sin la utilización del cepillo dental eléctrico.

## CONCLUSIONES

Se midió el Índice de Higiene Oral en niños con Síndrome Down comprobándose que estos presentan una Higiene Oral regular en comparación los niños se mostraron superiores en la clasificación de mala que las niñas.

Esto se debe a falta de conocimientos sobre Higiene bucal ya que los niños con Síndrome Down presentan dificultades en el cepillado dental y mayor acumulo de placa bacteriana y a falta de educación dental por parte del padre, alteraciones bucales propias de la enfermedad, así como el alta ingesta de azúcares contenidos en medicamentos.

La gingivitis y la placa bacteriana están presentes en el 100% de los individuos estudiados. La periodontitis esta presente en el 50% de pacientes con Síndrome Down. Se encontró que si hubo una relación estadísticamente significativa entre el índice IHOS del niño con Síndrome Down y el genero de los niños estudiados. Se concluyó que no hay una relación entre la edad y el Índice de Higiene Oral Simplificado en los pacientes con Síndrome Down. Se estableció información sobre higiene bucal en los padres de niños con síndrome Down Se encontró que la mayoría de niños, el (60%) 18 niños de un total de 30 niños y adolescentes con Síndrome Down tuvo un IHOS regular y solamente el (33.33%) 10 niños tuvo un IHOS malo, presentando 2 niños un IHOS bueno de un total de 30 pacientes. Se observó mediante una encuesta los hábitos de higiene bucal en los padres de familia y observamos que la mayoría de ellos no utilizan auxiliares dentales al igual que sus hijos.

# DESCUBRE TU FUTURO



¡CERTIFICATE  
YA!

CONSEJO DE CERTIFICACIÓN ADM  
Erika Frida Mendoza Franco  
Teléfono: 01-55-57-05-36-45

#J

Uno de los mayores problemas de salud no resueltos en las personas con capacidades diferentes es la atención dental. Los pacientes discapacitados ya sea física o mentalmente requieren de un especial cuidado de la salud oral por parte de los familiares y odontólogos ya que muchas veces la disminución de sus facultades dificulta o imposibilita un autocuidado. A esto se le suma la mayor prevalencia de ciertas patologías orales como enfermedad periodontal y problemas articulares<sup>(13)</sup>. Las características fisionómicas de la mano de los niños con síndrome Down son de tamaño pequeño, dedos cortos y pliegue palmar único tienen como consecuencia la realización de movimientos poco hábiles en los cuales la presión en pinza es remplazada por la presión lateral por lo cual presentan dificultad al momento del cepillado dental.<sup>(14)</sup>

El niño con discapacidad es potencialmente un paciente de riesgo odontológico ya que algunos problemas genéticos o motores pueden ocasionar defectos en el esmalte, pérdida de dientes, mal oclusiones y enfermedad de las encías;<sup>(15)</sup>

Hoy podemos decir que el SD, es uno de los defectos congénitos sobre los que más se sabe, aunque, como ocurre con la mayoría de ellos, todavía no disponemos de métodos directos que permitan evitarlo.

## **MATERIALES Y METODOS**

El estudio corresponde a ser de carácter observacional y transversal de un tamaño de muestra de 30 pacientes con Síndrome Down de ambos géneros de los cuales fueron 22 de género masculino y 8 femenino clasificados en preescolares con un rango de 2-5 escolares 6-11 y adolescentes<sup>12-18</sup>. De origen mexicano, de la ciudad de Guadalupe, Nuevo León, México.

Fueron Seleccionados de manera continua de el Centro de Educación Integral Avanzada (CEIA) ubicado en Guadalupe que únicamente alberga a 33 estudiantes con Síndrome Down.

Como materiales se utilizaron pastillas reveladoras marca GUM con contenido de eritrosina abatelenguas, cubrebocas, guantes y gorros, junto con fichas para registro y plumas.

En la etapa de selección de pacientes, seleccionamos a los pacientes que integran la muestra que estuvieron presentes en el Centro de Educación Integral Avanzada (CEIA)

En la primera etapa se aplico una encuesta a los padres de los pacientes con Síndrome Down con el propósito de saber cuales son los métodos de higiene oral de sus hijos que se realizan en casa y si hay supervisión por parte de ellos. Posteriormente empezaremos con sentar al paciente y se comenzó con el llenado de la ficha personal. En presencia de los padres de familia comenzamos con darle a ellos la pastilla reveladora para que los niños se la pasaran por sus dientes con el propósito de observar el Índice de placa con ayuda de una abatelenguas se observaron 1er molar derecho, 1er molar izquierdo y un incisivo superior e inferior permanentes, infantiles y en dentición mixta, una vez terminado se registro en la ficha lo observado. Los criterios de exclusión para la investigación fueron aquellos pacientes que se hayan realizado algún profiláctico anteriormente, ingerido algún alimento antes de la exploración y pacientes que durante la exploración abandonen dicho procedimiento y no sean cooperadores.

Se aplico un consentimiento informado a los padres para la autorización del estudio. Por lo que los niños que no fueron autorizados por los padres también fueron excluidos. Se utilizó el Índice de Higiene Oral Simplificado de Green y Vermillon como instrumento el cual mide la presencia y la cantidad de placa dental presente; este índice cuenta con una parte que mide el detrito con una graduación de 0 a 3 siendo 0 para un diente con ausencia de placa dental, 1 con presencia de placa en 1/3 cervical, 2 con presencia de placa en 2/3 y 3 con presencia de placa en toda la superficie dentaria. Asignándoles la escala de Optimo al promedio IHOS de 0.0- 1.0; Regular de 1.1- 2.0; Malo de 2.1-3.0; Muy malo más de 3.<sup>(16)</sup>

## **RESULTADOS**

La obtención de resultados de esta investigación muestran un intervalo de confianza de 95% y se utilizo la prueba estadística no paramétrica de Chi2 con la finalidad de conocer si existe relación entre las variables. Como hablamos de variables cualitativas para esta investigación utilizamos el parámetro de  $p < 0.05$  Si hay Relación y  $P > 0.05$  No hay Relación.

En la primera, denominada teoría bacteriana, viene avalada por la existencia de un alto recuento de bacterias pre y postoperatorio alrededor del sitio de la extracción. Serían sobre todo gérmenes anaerobios y el dolor alveolar se debería al efecto de las toxinas bacterianas en las terminaciones nerviosas del alveolo.<sup>7</sup> En la segunda, se estableció que el trauma y la inflamación son los principales factores de la Osteítis Alveolar, ya que causan la liberación del activador de tejido estable de la cavidad ósea adyacente y los tejidos blandos. El activador de tejido convierte el plasminógeno (presente en el coagulo sanguíneo) en plasmina. La plasmina causa lisis del coagulo sanguíneo y dolor.<sup>8</sup>

Se han enumerado otros factores de riesgo asociados a esta complicación dental:

-Diseño del colgajo: Haraji et al., reporto que el colgajo triangular modificado disminuye la incidencia de Osteítis Alveolar, más que el colgajo bucal envolvente.<sup>9</sup>

-Ciclo menstrual: En otro estudio hecho por Eshghpour M et al., cuyo objetivo era asegurar la asociación entre el ciclo menstrual y la frecuencia de la Osteítis Alveolar, se demostró que la incidencia de la osteítis alveolar fue significativamente mayor en medio del ciclo que durante el periodo menstrual.<sup>10</sup>

-Trauma quirúrgico: El trauma quirúrgico está altamente relacionado con mayor persistencia y elevados niveles de dolor. Bortoluzzi MC et al., reporto esta incidencia al observar que en cirugías traumáticas el dolor persistía después del segundo día.<sup>11</sup>

-Fumar: Existe una fuerte asociación entre la cantidad de fumar y la incidencia de la Osteítis Alveolar, debido a que el fumar reduce la quimiotaxis y fagocitosis de los neutrófilos e impide la producción de inmunoglobulina, además de que la nicotina se absorbe a través de la mucosa oral para actuar como vasoconstrictor<sup>12</sup>, se ha demostrado que la osteítis alveolar se presenta en un 12% en pacientes fumadores, mientras que en pacientes no fumadores se presenta en un 4%.<sup>13</sup>

-Infección previa: Halabi D et al., nos habla de otro factor causante de la Osteítis Alveolar y menciona que al presentar infección previa a la cirugía existe una mayor posibilidad de presentar este padecimiento.<sup>14</sup>

Se han mencionado otros factores etiológicos como el uso del ibuprofeno en el postoperatorio<sup>15</sup> y el uso de solución salina como irrigación post extracción<sup>16</sup>.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la Alveolitis dental aún no se ha establecido, es muy variado y depende de la experiencia clínica de cada profesional debido al hecho de su etiología compleja. En promedio, un periodo de tiempo de 7-10 días son requeridos para que el hueso expuesto se cubra con nuevo tejido de granulación, y se deben hacer esfuerzos para aliviar las molestias del paciente durante este periodo de tiempo.<sup>4</sup>

Existen diferentes opciones de tratamiento para este padecimiento, las cuales tienen el objetivo principal de disminuir el dolor del paciente además de promover la cicatrización de la mucosa alveolar más rápidamente, dentro de ellas están:

- Uso de antibióticos: En diversos artículos se estudio el uso de antibióticos en el manejo de la Alveolitis, y estos reportaron que el antibiótico más comúnmente utilizado es la amoxicilina.<sup>17,18</sup>

-Laser de baja intensidad: En el estudio realizado por Kaya se reporto que los pacientes tratados con terapia laser de baja intensidad comenzaron con el proceso de cicatrización al tercer día, también así la remisión del dolor.<sup>19</sup>

Parche: SaliCept: Poor reporta en su estudio que el parche SaliCept reduce significativamente la incidencia de Alveolitis comparado con Gelfoam embebido en Clindamicina.<sup>20</sup>

Alvogyl: Kaya encontró que no hay diferencias significativas en el manejo de la osteítis alveolar entre los pacientes que se trataron por curetaje e irrigación, seguido por la aplicación de Alvogyl directamente en el alveolo y los pacientes que se trataron por curetaje e irrigación, seguido de un parche SaliCept aplicado directamente al alveolo.<sup>19</sup>

Eugenol: Burgoyne publico que no existe una diferencia significativa en cuanto a la eficacia entre el uso de eugenol en una gaza contra el uso de una gaza termoestable conteniendo 2.5% de prilocaina y 2.5% de lidocaína.<sup>21</sup>

Pastilla GECB: El objetivo del estudio publicado por Haghghat fue el comparar la eficacia de la pastilla GECB comparada con el ZOE. Se reportó que no hubo una diferencia importante en la capacidad de alivio del dolor pero la pastilla GECB mostro mayor eficacia en la reducción de complicaciones después de la exodoncia.<sup>22</sup>

Plasma rico en factores de crecimiento: El plasma rico en factores de crecimiento actúa de manera importante en la aceleración del proceso de cicatrización. Además de que puede tener un uso profiláctico tras la extracción del tercer molar en pacientes con riesgo de desarrollar Alveolitis.<sup>23</sup>

En otro estudio en el que se comparo el oxido de zinc y eugenol contra una esponja de gelatina empapada en plasma rico en factores de crecimiento, se concluyo que la cicatrización fue mayor en el grupo del PRFC, pero el alivio del dolor fue más rápido en el grupo del eugenol.<sup>5</sup>

Vitamina C: Halberstein encontró que la incidencia de Alveolitis fue mayor en las mujeres y en individuos con mal estado general de salud. La vitamina C estuvo asociada con una rápida recuperación del padecimiento.<sup>24</sup>

Metronidazol: En el estudio realizado por Rood se encontró que el uso del Metronidazol fue efectivo en el rápido alivio del dolor cuando se administro sistemáticamente en el tratamiento de la Alveolitis.<sup>25</sup>

Gel de clorhexidina: El uso de clorhexidina mostro menos incidencia de Alveolitis que los otros estudios reportadosytambiénmenosdolor,inflamación,infección y mejor cicatrización que el grupo control (eugenol).<sup>26</sup>

Quirúrgicos: El tratamiento quirúrgico consiste en el curetaje e irrigación con suero fisiológico, aunque el curetaje agresivo no es recomendado por diversos autores.<sup>27, 28</sup>

## CONCLUSIONES

El tratamiento más utilizado a la fecha es el uso de apósitos con eugenol debido a su alto potencial analgésico y su bajo costo. En términos de cicatrización la mejor opción es el plasma rico en factores de crecimiento<sup>23</sup>, el cual se obtiene de sangre autologa y es utilizado para depositar factores de crecimiento en el sitio del defecto óseo, algunos clínicos prefieren su uso ya que argumentan ocupar menos citas para la curación de la Osteítis Alveolar, y así optimizan el tiempo en los consultorios, aunque representa un mayor costo económico siendo este su punto en desventaja.<sup>5</sup> Aun no se han establecido las directrices de tratamiento para este padecimiento, su manejo está limitado y dirigido hacia cuidados paliativos, además es importante señalar que la experiencia y práctica del profesional también juega un papel importante en el tratamiento de la Alveolitis dental. En última instancia, es el potencial curativo del huésped quien determina la severidad y duración de la condición.



También observamos mediante las respuestas de la encuesta que los niños con Síndrome Down de los 30 muestrados no utilizan cepillo eléctrico a la hora del cepillado dental y que la mayoría son auxiliados por los padres de familia, aunque la mayoría de los niños obtuvieron un índice IHOS regular.

---

## REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

1. Epstein CJ, Koremberg JR et al. Protocols to establish genotype-phenotype correlations in Down Syndrome. Am J Hum Genet 1991; 49:207-35
2. Demicheri A. R, Batlle A. La enfermedad periodontal asociada al paciente con síndrome de down. Odontoestomatología 2011; 13 (18): 4-12.
3. Morales Chávez MC, Naukart Grollmus Z. Prevalencia de maloclusiones en pacientes con síndrome de down. Rev. Oral 2010; (32): 537-539.
4. Cohen M, Winer RA et al Periodontal disease in a group of mentally subnormal children. J Dental Res 1960; 39:745.
5. Hannelore T.: Periodontal Disease in Patients with Down 's Syndrome. Miniclinic CDS Review 1979; 23- 23.
6. Reuland Bosma W et al Periodontal disease in Down syndrome; a review. J Clin Periodontol 1986; 13: 64-73.
7. Barnett ML et al. The prevalence of periodontitis and dental caries in a Down syndrome population. J Periodontol 1986; 57:288-93
8. Modéer T, Barr M et al. Periodontal disease in children with Down syndrome. Scand J Dent Res 1990; 98:228-34.
9. Yohihara T, et al. Effect of periodic preventive care on the progression of periodontal disease in young adults with Down 's syndrome. J Clin Periodontol 2005; 32:556-60.
10. Archila LE, Descripción de la enfermedad periodontal en pacientes con Síndrome de Down de cuatro institutos de Santa Fe de Bogotá. Rev Odontol de la Universidad Del Bosque 1992:1-17.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda. México: INEGI; 2010.
12. SECRETARIA DE SALUD, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Atención integral de la persona con Síndrome Down. [en línea] primera edición 2007, Mexico D.F [ actualizada abril 2007 consultada 18 de noviembre 2013]. ISBN - ISBN 970-721-403-1 Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Sindrome\\_Down\\_lin\\_2007.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Sindrome_Down_lin_2007.pdf)
13. Baugart, D.; Johnson, J. Y Helmstetter, E. (19990) Augmentative and alternative communication sysems for ersons with moderate an severe disabilities Baltimore: Paul H. Brookes.(traducción al castellano 1996. Sisemas alternativos de comunicación para personas con discapacidad. Madrid: Alianza Editorial.
14. Higa Miki P, Vargas Valdivieso M. Características cráneo-faciales en pacientes con síndrome de down en 2 colegios de educación especial en lima. Rev. Estomatol Herediana 2004; 14 (1-2); 51-53.
15. Marulanda J, Betancur J , Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. Rev. CES Odont.2011;24(1)71-76

Estudiantes afiliados a la A.D.M reciben beneficios especiales como:

Acceso a nuestra biblioteca periódica, la más grande de todo latino américa.

Descuentos acceso a cursos webex,

Capacitaciones gratuitos

Descuentos en congresos nacionales e internacionales.

El estudiante afiliado se une a una asociación profesional de más de 75 años en existencia. Es nuestra comunidad de afiliados quienes trabajan en conjunto para dar un avance en la odontología en México.



Visita nuestro sitio y permite que la A.D.M te impulse a un éxito rotundo en tu carrera como Odontólogo. [www.adm.org.mx](http://www.adm.org.mx)

removal: a split-mouth, double-blind, controlled, clinical trial with amoxicillin (500 mg). *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(11):e333-e339. doi:10.1016/j.joms.2011.03.055.

19. Kaya GS, Yapici G, Savas Z, Gungormus M. Comparison of alvogyl, SaliCept patch, and low-level laser therapy in the management of alveolar osteitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69(6):1571-1577. doi:10.1016/j.joms.2010.11.005.

20. Poor MR, Hall JE, Poor AS. Reduction in the incidence of alveolar osteitis in patients treated with the SaliCept patch, containing Acemannan hydrogel. *J Oral Maxillofac Surg.* 2002;60(4):374-379; discussion 379.

21. Burgoyne CC, Giglio JA, Reese SE, Sima AP, Laskin DM. The efficacy of a topical anesthetic gel in the relief of pain associated with localized alveolar osteitis. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68(1):144-148. doi:10.1016/j.joms.2009.06.033.

22. Haghghat A, Bahri Najafi R, Bazvand M, Badrian H, Khalighinejad N, Goroohi H. The effectiveness of GECB pastille in reducing complications of dry socket syndrome. *Int J Dent.* 2012;2012. doi:10.1155/2012/587461.

23. Motamedi MH, Alavi M, Adibnejad S, Haraji A, Lassemi E. Effect of plasma rich in growth factors on alveolar osteitis. *Natl J Maxillofac Surg.* 2012;3(1):38. doi:10.4103/0975-5950.102150.

24. Halberstein RA, Abrahamsohn GM. Clinical management and control of alveolgia ("dry socket") with vitamin C. *Am J Dent.* 2003;16(3):152-154.

25. Rood JP, Danford M. Metronidazole in the treatment of "dry socket." *Int J Oral Surg.* 1981;10(5):345-347. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0300-9785(81)80032-4.

26. J.S. J, P.U.a. W, M.R.M. S. Effectiveness of 0.2% chlorhexidine gel and a eugenol-based paste on postoperative alveolar osteitis in patients having third molars extracted: A randomised controlled clinical trial. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53(9):826-830. doi:10.1016/j.bjoms.2015.06.022.

27. Cardoso CL, Ferreira OJ, Perri PSDC, José TD, Cestari TM. Experimental dry socket . Microscopic and molecular evaluation of two treatment Alveolite experimental . Análise microscópica e molecular de duas modalidades de tratamento. 2011;26(5):365-372.

28. Palacios Alva E, Saénz Quiroz L TRG. Dolor En Estomatología: Dimensiones, Neurofisiología, Valoración Clínica Y Tratamiento. Vol Ediciones .

Lima: 1998

#18

AFILIATE



LIKE



COMENTA



PARTICIPA CON  
NOSOTROS



[www.adm.org.mx](http://www.adm.org.mx)

<https://www.facebook.com/ADMorgmx/>



#16

mal en lactantes. La prevalencia de estos hábitos esta relacionada con la edad del niño, ya que después de los 3 años la respiración oral, la interposición del labio inferior y la deglución atípica son los que prevalecen.<sup>1</sup>

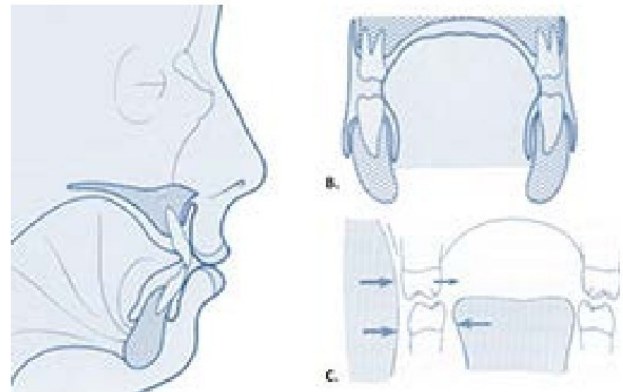
No se ha determinado un factor etiológico específico, aunque algunos autores mencionan que el hábito oral, surge como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales; asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención; otras causas son debido al confort, placer, relajación en el infante; finalmente por anomalías en el maxilar (deformación y falta de desarrollo) y mal posición de los dientes.<sup>7</sup>

En el caso de que los hábitos de succión persistan, pueden resultar en problemas a largo plazo, por lo que se aconseja la evaluación profesional en edad muy temprana, con intervenciones subsecuentes para cesar el hábito iniciado lo antes posible.<sup>8</sup> El profesional de salud dental es quien debe informar al paciente y sus padres, para la prevención de las secuelas<sup>9</sup>

Existen directrices de la Academia Americana de Odontología Pediátrica, con la finalidad de tratar los hábitos orales y prevenir posibles secuelas, entre las que destacan: las maloclusiones y displasias esqueléticas; éstas debido a la aplicación de fuerzas en las estructuras involucradas. El grado de deformación se encuentra relacionado con la dirección, duración, frecuencia e intensidad de la fuerza aplicada y generada por los diferentes tipos de hábitos orales.<sup>10,11</sup> Por ejemplo, la duración y fuerza aplicada durante el hábito de succión pudiese producir cambios en las estructuras dentoalveolares, como una mordida abierta anterior; mordidas cruzadas posterior; interferencia en la erupción y posición dental anormal; aumento de la sobremordida horizontal y disminución de la sobremordida vertical; alteraciones en el crecimiento de hueso; reducción de la anchura maxilar; así como un incremento en el riesgo de trauma en los incisivos maxilares.<sup>9,12-14</sup> Las maloclusiones relacionadas al hábito de chupón, son similares que por succión digital, pero su forma de presentación son menos graves.<sup>10</sup>

### **SIGNOS CLÍNICOS**

Las características derivadas de la succión, en general se deben a una combinación de la presión directa de



los dientes y la modificación en el patrón de presiones entre las mejillas y los labios en reposo (FIGURA 1)

Cuando un niño se mete el dedo (por lo general, el pulgar) u otro objeto entre los dientes, suele colocarlo en un ángulo que comprime lingualmente los incisivos superiores y labialmente los incisivos inferiores; se deduce que esta presión directa es la responsable del desplazamiento de los incisivos, pero dependiendo los dientes que reciban la presión, varían los dientes afectados y el grado de afectación, siendo un factor muy importante el tiempo, es decir, el número de horas que practican el hábito de succión.<sup>14</sup>

La relación entre la mordida abierta anterior y la succión se debe a una combinación entre la interferencia de la erupción normal de los incisivos y una erupción excesiva de los dientes posteriores. Cuando se mete el pulgar u otro dedo, o el chupón entre los dientes anteriores, la mandíbula debe descender para acomodarse a esa situación. La interposición impide directamente la erupción de los incisivos, al mismo tiempo, la separación de los maxilares altera el equilibrio vertical sobre los dientes posteriores y, como resultado, la erupción de los dientes posteriores es mayor de la que se produciría en circunstancias normales. Debido a la geometría de los maxilares, 1 mm de elongación posterior abre la mordida anteriormente unos 2 mm, lo cual puede contribuir notablemente al desarrollo de una mordida abierta anterior<sup>14</sup>



Figura 2

Aunque durante la succión se crea una presión negativa en la parte anterior de la boca, ésta no es la responsable de la constricción del arco superior. El arco superior no se desarrolla a lo ancho por una alteración de equilibrio entre la presión de las mejillas y la de la lengua. Si se introduce el pulgar o chupón entre los dientes, la lengua debe descender, con lo que disminuye la presión que ejerce la misma sobre la cara lingual de los dientes posteriores superiores, al mismo tiempo que se incrementa la presión de las mejillas sobre esos dientes al contraerse el buccinador durante la succión. La presión de las mejillas es máxima a nivel de las comisuras bucales, y es probable que ésta sea la explicación de que el arco maxilar tienda a adoptar forma de V, con una mayor constricción a nivel de los caninos que de los molares.<sup>14</sup> Esta compresión del maxilar superior conduce con frecuencia a una mordida cruzada unilateral por desviación funcional de la mandíbula (FIGURA 2 y 3).<sup>16</sup>



En cuanto a la posición y función de los labios, en algunos casos se ve incrementado la incompetencia labial, sobre todo en el funcionamiento del labio inferior por detrás de los incisivos superiores, pudiendo desencadenar otro tipo de hábitos como respiración bucal o succión de labio inferior. Inclusive dependiendo de la magnitud y fuerza, la succión puede provocar trastornos en el lenguaje.<sup>17</sup> por lo que debe de realizarse un examen clínico completo intra y extraoral.

Además de los efectos físicos producidos por la succión, se ha correlacionado con alteraciones conductuales, en estudio realizado en niños de primer grado de primaria, se demostró que los niños con el hábito de succión, eran personas menos inteligentes, alegres, atractivos, y deseables como amigos.<sup>18</sup>

En el caso que no sea posible eliminar el hábito por medio de recordatorios, se debe llevar a cabo la terapia de segunda fase, por medio de aparatología fija, esta consiste en una rejilla que no sea disciplinaria y que no tenga elementos punzantes. Como en algunos de los casos también se encuentra alterada la función de la lengua, es posible utilizar una rejilla que sea al mismo tiempo efectiva para la lengua y el dedo FIGURA 3. La rejilla impedirá al dedo colocarse cómodamente en el paladar, lo que quitaría placer a la succión, el aparato no evita que el niño se ponga el dedo en el paladar, pero sí que obtenga satisfacción. Una segunda ventaja que se obtiene del aparato es que impide que la presión del dedo desplace los incisivos hacia labial, y mantiene la lengua en la parte posterior de la boca. En términos generales este tipo de instrumentos no representan ningún problema desde el punto de vista fonético y cuando se presentan, desaparecen al retirarlos.<sup>17</sup>

Cuando el hábito de succión es tan fuerte que no sólo altera el segmento anterior sino también el posterior, produciendo una mordida cruzada, en estos casos se debe diseñar un aparato fijo que al mismo tiempo que ejerza su influencia sobre el hábito, produzca una ampliación del maxilar superior que corrija la mordida cruzada.<sup>17</sup>

# Alveolitis dental: Un padecimiento con múltiples tratamientos

Facultad de Odontología de la UANL, Nuevo León, México

AUTOR

Gilberto Aguayo

ASESORES

Carlos Macouzet

B. Beltrán-Salinas

## RESUMEN

La Alveolitis dental es una de las complicaciones postoperatorias más comunes después de la extracción dental. El manejo de este padecimiento tiene por objetivo el control del dolor durante el periodo de curación, lo cual se logra con medidas paliativas. Las directrices para su tratamiento aún no están definidas, existen multitud de fórmulas y pastas para el tratamiento de la Alveolitis, la mayoría llevan eugenol y glicerina asociada con antibióticos, xilocaína o corticoides. En la actualidad múltiples son los esfuerzos para encontrar terapéuticas eficaces e inocuas para el paciente donde lo natural prevalezca. El objetivo de esta revisión bibliográfica es obtener suficiente información sobre las diferentes opciones de tratamientos para la alveolitis que existen en la actualidad, además de la revisión de los diversos factores que originan este padecimiento.

### INTRODUCCIÓN

En esta revisión bibliográfica hablaremos sobre la Alveolitis dental y las diferentes opciones de tratamiento que existen a la fecha, además de su patogénesis. La Alveolitis dental representa una de las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio de la exodoncia dental y su incidencia en la práctica de cirugía oral o dental diaria es inevitable. Se conocen múltiples denominaciones, se pueden citar: alvéolo seco, alvéolo vacío, alvéolo infectado, alvéolo necrótico, alveolitis dolorosa, alveolitis fibrinolítica, osteítis alveolar, osteomielitis localizada y alveolalgia.<sup>1</sup> El término de Alveolitis ha sido usado desde 1896, cuando fue descrito por primera por Crawford.<sup>2</sup>

El diagnóstico se realiza por las características clínicas y la sintomatología del paciente, la cual es altamente dolorosa y puede llegar a limitar las funciones en la cavidad bucal.

El dolor suele comenzar entre el primer y tercer día después de la extracción dental y aumenta con la succión o la masticación, la molestia persiste durante los 5 a 10 días, clínicamente se observa el alveolo con una pérdida parcial o total del coágulo sanguíneo, además de presentar halitosis marcada, y mal sabor.<sup>3,4</sup> El porcentaje de incidencia es de 3-5% en la extracción no quirúrgica y en la extracción del tercer molar impactado varía del 15-30% según diversos autores.<sup>5,6</sup>

### PATOGENESIS

Respecto a la patogénesis de la Osteítis Alveolar se plantean diferentes teorías, autores han reportado en sus investigaciones múltiples factores relacionados con la alveolitis. Las teorías más aceptadas hasta la fecha son la teoría bacteriana y la teoría fibrinolítica de Birn.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nápoles González, Isidro de Jesús Batista Zaldívar XBRP. Incidencia de la alveolitis. Arch Med Camagüey. 2009;13:1-9.
2. Crawford JY. Dry socket. Dent Cosm. 1896;38:929.
3. Vergara Buenaventura A. Alveolitis seca: una revisión de la literatura. Rev Española Cirugía Oral y Maxilofac. 2014;36(4):169-173. doi:10.1016/j.maxilo.2014.04.006.
4. Noroozi AR, Philbert RF. Modern concepts in understanding and management of the “dry socket” syndrome: comprehensive review of the literature. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2009;107(1):30-35. doi:10.1016/j.tripleo.2008.05.043.
5. Pal US, Singh BP, Verma V. Comparative evaluation of zinc oxide eugenol versus gelatin sponge soaked in plasma rich in growth factor in the treatment of dry socket: An initial study. Contemp Clin Dent. 2013;4(1):37-41. doi:10.4103/0976-237X.111592.
6. Taberner-Vallverdú M, Nazir M, Ángeles Sánchez-Garcés M, Gay-Escoda C. Efficacy of different methods used for dry socket management: A systematic review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal Sep Sep. 2015;12020(15):633-639. doi:10.4317/medoral.20589.
7. Birn H. Etiology and pathogenesis of fibrinolytic alveolitis (“dry socket”). Int J Oral Surg. 1973;2(5):211-263. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0300-9785(73)80045-6.
8. Maurin, Gonzales, Elias Sierra SM. Oleozón en el manejo terapéutico de la alveolitis dentaria. 2007:1-51.
9. Haraji A, Motamedi MHK, Rezvani F. Can flap design influence the incidence of alveolar osteitis following removal of impacted mandibular third molars? Gen Dent. 2010;58(5):e187-e189.
10. Eshghpour M, Rezaei NM, Nejat A. Effect of menstrual cycle on frequency of alveolar osteitis in women undergoing surgical removal of mandibular third molar: a single-blind randomized clinical trial. J Oral Maxillofac Surg. 2013;71(9):1484-1489. doi:10.1016/j.joms.2013.05.004.
11. Bortoluzzi MC, Manfro R, De Dea BE, Dutra TC. Incidence of dry socket, alveolar infection, and postoperative pain following the extraction of erupted teeth. J Contemp Dent Pract. 2010;11(1):E033-E040.
12. Meechan JG, Macgregor ID, Rogers SN, Hobson RS, Bate JP, Dennison M. The effect of smoking on immediate post-extraction socket filling with blood and on the incidence of painful socket. Br J Oral Maxillofac Surg. 1988;26(5):402-409.
13. Mohammed H AY. Dry Socket: Frequency, Clinical Picture, and Risk Factors in a Palestinian Dental Teaching Center. Open Dent J. 2011;5(1):7-12. doi:10.2174/1874210601105010007.
14. Halabi D, Escobar J, Munoz C, Uribe S. Logistic regression analysis of risk factors for the development of alveolar osteitis. J Oral Maxillofac Surg. 2012;70(5):1040-1044. doi:10.1016/j.joms.2011.11.024.
15. Al-Sukhun J, Penttila H. The cyclooxygenase-2 inhibitor celecoxib and alveolar osteitis. J Ir Dent Assoc. 2011;57(1):50-53.
16. Tolstunov L. Influence of immediate post-extraction socket irrigation on development of alveolar osteitis after mandibular third molar removal: a prospective split-mouth study, preliminary report. Br Dent J. 2012;213(12):597-601. doi:10.1038/sj.bdj.2012.1134.
17. Vessal G, Khabiri A, Mirkhani H, Cookson BD, Askarian M. Study of antibiotic prescribing among dental practitioners in Shiraz, Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2011;17(10):763-769.
18. Bezerra TP, Studart-Soares EC, Scaparo HC, Pita-Neto IC, Batista SHB, Fonteles CSR. Prophylaxis versus placebo treatment for infective and inflammatory complications of surgical third molar

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**AGRADECIMIENTOS:**

Agradecemos al Dr. Héctor R. Martínez Menchaca por su guía y colaboración en la elaboración de esta revisión bibliográfica. Siendo el siempre un apoyo para la educación continua mexicana y demostrando que el talento mexicano puede triunfar sin importar fronteras.

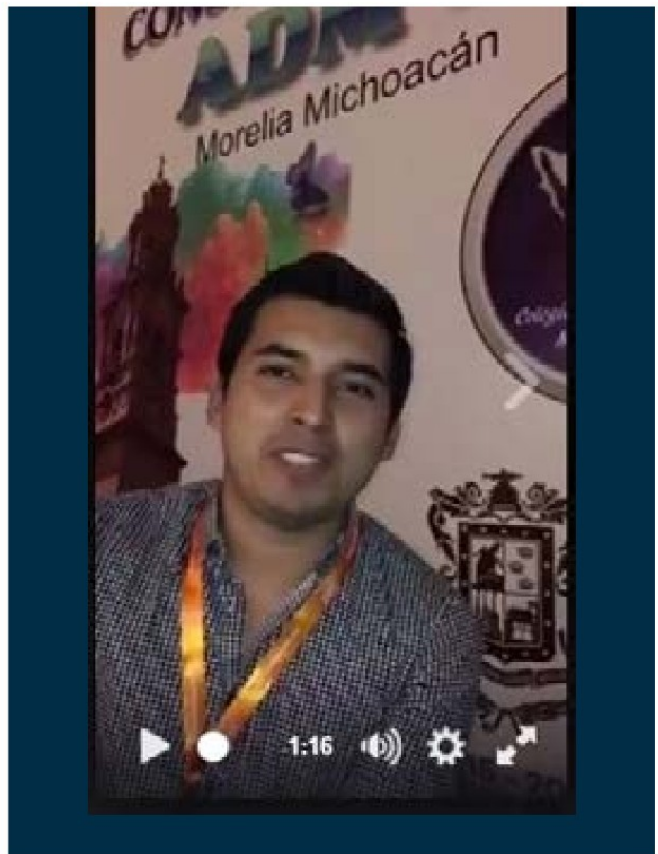
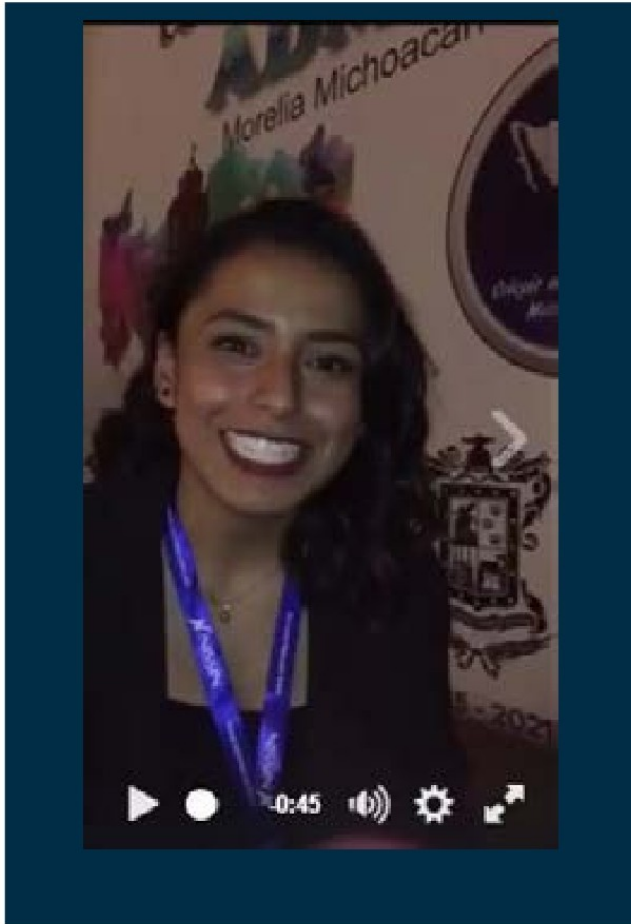
TU CARRERA PROFESIONAL

NOS IMPORTA



1. Johnson ED, Larson BE: Thumb-sucking: literature review. ASDC J Dent Child 60:385-91, 1993.
2. Adair SM, Milano M, Lorenzo I, Russell C: Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24 to 59 month old children. Pediatr Dent 17:437-44, 1995.
3. Ogaard B, Larsson E, Lindsten R: The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norewegian and Swedish 3- year-old children. Am J Orthod Dentofac Orthop 106:161- 66, 1994.
4. Lindner A, Modeer T: Relation between sucking habits and dental characteristics in preschool children with unilateral cross-bite. Scand J Dent Res 97:278-83, 1989.
5. Ravn JJ: Sucking habits and occlusion in 3-year-old children. Scand J Dent Res 84:204-209, 1976.
6. Larsson E: Prevalence of crossbite among children with prolonged dummy and finger sucking habit. Swed Dent J 7:115-19,1983.
7. Boj J.R, Catalá M, García Balles-ta C, Mendoza A, Odontopediatría, 4ª Edición, Editorial Masson, Págs. 380 y 381.
8. Nowak AJ, Warren JJ. Infant oral health and oral habits. Pediatr Clin North Am 2000;47(5) 1034-66, vi.
9. Peterson JE, Schneider PE; Oral Habits – A Behavioral Approach. Dent Clin North Amer, 38:1289-1307, 1991.
10. [www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/p\\_oralhabits.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_oralhabits.pdf)
11. Warren JJ, Bishara SE, Steinbock KL, Yonezu T, Nowak AJ. Effects of oral habits' duration on dental characteris-tics in the primary dentition. J Am Dent Assoc 2001;132(12):1685-93.
12. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. Am J Orthod Dento-facial Orthop 2002;121:347-56.
13. Larsson E: The effect of finger-sucking on the occlusion: a review. Eur J Orthod 9:279-82, 1987.
14. Profit William R, Fields Henry W, Ortodoncia Contemporánea Teoría y Práctica, 3a Edición, Editorial Harcourt. Págs. 134 – 136.
15. Helle A, Haavikko K. Prevalence of earlier sucking habits revealed by anamnestic data

# EN EL CONGRESO ESTUDIANTIL A.D.M 2016



#24

and their consequences for occlusion at the age of eleven. Proc Finn Dent Soc 1974;70:191-6.

16. Canut Brussola José Antonio, Arias de Luxán Santiago, Ortodoncia Clínica y Terapéutica, 2ª Edición, Editorial Masson, Pág. 237, 501- 502.

17. Cárdenas Jaramillo Darío, Odontología Pediátrica, 3ª Edición, Corporación para Investigaciones Biológicas, 2003, Págs. 305 - 307.

18. Friman PC, McPherson KM, Warzak WJ, Evans J: Influence of thumb sucking on peer social acceptance in first-grade children. Pediatrics 91:784-86, 1993.

19. Christensen J, Fields Jr, HW, Adair S; Oral Habits in Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescence, 3rd ed. Pinkham JR. Philadelphia, PA W.B. Saunders Co., pp. 393-401, 1999.

20. Kanellis MJ. Orthodontic treatment in the primary dentition. In: Bishara SE, ed. Textbook of Orthodontics. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2001:248-56.

# ¡Socios!

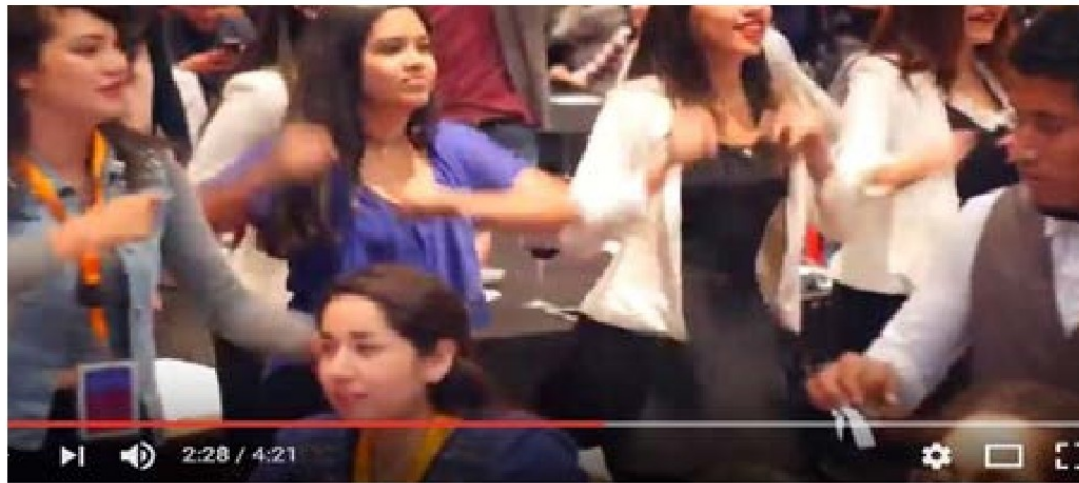
*Ahora pueden disfrutar de  
nuestra*

**Gran Biblioteca Digital**



#23

# VIDEOS INTERESANTES



# HÁBITOS NO NUTRITIVOS: SUCCIÓN DE DEDO, CHUPÓN O MAMILA

Facultad de odontología de la Universidad Anáhuac Mayab

AUTORES

Marisol De Dios Meron

Jimena García Ramírez

ASESOR

Juan Carlos González Calderón y Zavala

## RESUMEN

La succión digital y los hábitos en los pacientes lactantes, son considerados predominantes entre los hábitos no nutritivos. Aunque muchos de los pacientes infantiles dejan estas costumbres de manera natural, existe la posibilidad que el infante prolongue este acto por la necesidad de satisfacer un tipo de estrés emocional. Donde la continuidad de este hábito adquirido pudiese crear problemas en función de crecimiento, incompetencia labial, mordida abierta, respiración bucal, entre otros. Los tratamientos indicados pueden abarcar desde la capacitación a los padres del paciente, técnicas para modificar el comportamiento, terapia miofuncional y terapia con aparatología.

## INTRODUCCIÓN

Los hábitos de succión en los lactantes son comportamientos que se derivan de la necesidad fisiológica de nutrientes. La comprensión actual de desarrollo del niño sugiere que las conductas de succión también surgen y continúan debido a las necesidades psicológicas. Los niños en desarrollo tienen un impulso inherente y biológico para la succión.<sup>1</sup> Esta necesidad de succionar puede ser satisfecha a través de la succión nutritiva, alimentación por mama y/o biberón, o por medio de la succión no nutritiva en objetos tales como deditos, chupetes o juguetes que pueden servir principalmente para satisfacer las necesidades psicológicas.

Mientras que los comportamientos de succión son normales en los lactantes y niños pequeños, la

duración prolongada de este tipo de comportamientos puede tener consecuencias en lo que respecta a las estructuras orofaciales en desarrollo y oclusión.<sup>2-5</sup>

Sin embargo, aunque hay alguna información disponible sobre la prevalencia de la succión y los comportamientos, incluyendo la prevalencia de los hábitos de succión prolongados, se conoce poco acerca de los patrones longitudinales de comportamientos de succión no nutritiva. También existe muy poca información para caracterizar los que tienen hábitos prolongados.<sup>6</sup>

Los hábitos son costumbres adquiridas por la repetición continua de una sucesión de actos que sirven para serenar una necesidad emocional. Estos hábitos son muy diversos, dentro de los más frecuentes se pueden incluir la succión digital de uno o más dedos y la succión de chupón, entre otros. La succión se considera un reflejo nor-