

Hábitos, parafunciones y tics orofaciales en niños

Isabel Poggi Varaldo

Facultad de Odontología
Montevideo
Uruguay

Resumen

A menudo en odontopediatría se manejan en forma poco clara estos tres ítem, confundiendo su etiología y por lo tanto no estableciéndose un diagnóstico diferencial entre ellos que nos oriente en un tratamiento adecuado.

Palabras clave: Mal hábito. Parafunción. Tic. Deglución atípica. Bruxismo. Succión no nutritiva.

Summary

Often, in pedodontics these three items are managed unclearly and its etiology is confused. Consequently, a differential diagnosis, appropriately oriented for treatment, is hard to reach.

Key words: Habit. Parafunction. Infantile swallowing. Bruxism. Non-nutritious swallowing.

Hábitos

Actividad realizada en forma automática (inconsciente o no), repetitiva y monótona en su desenvolvimiento que tiende a una finalidad útil. En este caso nos interesa hablar de cuando este hábito se distorsiona en su desenvolvimiento: mal hábito. Por Ej., la deglución atípica, la cual tiene como finalidad realizar el movimiento de incorporación de líquidos y sólidos al aparato digestivo pero que difiere en su mecanismo a una deglución normal (Figura 1).

Parafunción

Actividad que remeda una función o praxia natural, pero que se realiza

exageradamente en tiempo y forma y que no es detonada por ningún estímulo fisiológico que los justifique. Por ej., el bruxismo, el cual utilizando los mecanismos de la masticación normal (Cierre y fro-

tamiento inter dentario) los realiza a pesar de no tener comida interpuesta, en una forma inconsciente e intensificada (Figura 2).

Tics

Movimientos involuntarios, súbitos, rápidos y repetidos, producidos por músculos en ligazón funcional y que no tienen o han perdido toda finalidad útil. Por Ej., la succión no nutritiva, sorbos, el tragado de todo lo que se coloque en boca, mordisqueo, guiños y movimientos mandibulares gestuales.

En niños tienen tendencia a la remisión, pero son importantes como síntoma de problemas neuropsicológicos (Figura 3).

Etiologías

Etiología del mal hábito

En el caso de la deglución atípica si no existen problemas neurológicos que la provoquen las otras dos causas pueden ser:

- la respiración bucal
- las alteraciones en la mecánica alimentaria, es decir el no cumplimiento de la secuencia succión- alimentación sucia-masticación y deglución madura.

Etiología de la parafunción

En el caso del bruxismo serán:

- estrés, el cual dependerá de la edad de paciente y de cuáles sean las causas que provocan la tensión (socialización, autoexigencia, problemas emocionales y afectivos, académicos, etc.)

Correspondencia:
Isabel Poggi Varaldo
E-mail:
poggivaraldo@yahoo.com

- interferencias oclusales y / o mal oclusiones.
- dolores crónicos como ser otitis a repetición.

Etiología de los tics

Básicamente afectiva. Muchos adultos obsesivos relatan antecedentes de tics infantiles.

Tratamientos

Tratamiento de un mal hábito

Como actividad automática se basa en un circuito reflejo neuromuscular que se regula a nivel subcortical (inconsciente) pero que por su representación cortical puede volverse conciente.

Basándonos en esto el reeducar un mal hábito requerirá entonces el borrar el circuito anormal y grabar un nuevo circuito reflejo correcto. Para esto debemos suministrar nuevos inputs o aferencias (puntos y áreas sensibles) al mismo para que el músculo adecue la longitud, tonicidad y capacidad contráctil y automatizar esto mediante la repetición. En esto consiste la reeducación. Por Ej., en la Deglución Atípica tradicionalmente se ha trabajado tratando de "bloquear" o interferir a la lengua, ya que esta disfunción cursa por lo general con un empuje o interposición lingual (Figura 4).

Pero más que un bloqueo lo que se necesita es devolverle al paciente la percepción de aquellas áreas o estructuras que estarían involucradas en la deglución normal, es decir el tacto de la mucosa lingual contra las arrugas palatinas, el contacto de la mucosa bilabial, la propiocepción de la articulación dentaria y periodontal, además de desarrollar los sentidos propios del área como ser el gusto y hasta el olfato de los alimentos.

Si el hábito por su intensidad y persistencia en el tiempo, hubiera ocasionado ya una dismorfosis a nivel del desarrollo del aparato osteodentario, convendría apoyar la reeducación con una aproximación de la forma a lo normal mediante ortodoncia y ortopedia y/o quirúrgico. Esto último dependerá de la edad del paciente y la gravedad del hábito (Figura 5).

Muchas rehabilitaciones del hábito de la deglución atípica utilizan la regresión a etapas anteriores en la mecánica alimentaria, es decir reeditar la succión, la deglución de líquidos, semisólidos hasta llegar a la masticación de alimentos duros con su consiguiente deglución.



*Figura 1.
Deglución atípica.
Esfuerzo deglutorio*



*Figura 2.
Parafunciones. Bruxismo:
desgaste de la zona
incisiva*



*Figura 3.
Tics. Combinación de
succión lingual y pellizco
del lóbulo de la oreja*



*Figura 4.
Ejemplo de un aparato
que utiliza el bloqueo
con masa acrílica para
evitar la Posición lingual*

Por último diremos que para que dicha rehabilitación sea posible y estable es imprescindible que el paciente pueda respirar normalmente por la nariz, de lo contrario hay que abordar previamente este problema.

Figura 5.
Secuelas morfológicas en
adulto de succión digital y
empuje lingual



Sabemos que la masticación es una praxis que se realiza por ciclos de contacto y presión inter dentaria (por contracción de los músculos elevadores mandibulares), alternados con periodos de relajación de los mismos. Estos ciclos están regulados por múltiples factores, desde el reflejo puro y simple muscular (miotático) hasta los más complejos donde ya interviene el flujo salival, la propiocepción periodontal y articular, la calidad del alimento, etc.

Cuando esta practica masticatoria pierde sus frenos o controles fisiológicos reflejos, y se torna permanente, estamos ante una parafunción.

En adultos es clásico asociar esta práctica a:

- la tensión psicoemocional
- a la aparición de alguna interferencia imprevista en la oclusión dentaria.
- a la potenciación de los músculos de cierre y lateralidad mandibular

En adultos su tratamiento es variado, desde el abordaje psiconeurológico, biofeedback, placas de relajación oclusal, control oclusal y rehabilitación oclusal mediante operatoria y /o prótesis dental.

En niños hay que estudiarlo desde dos aspectos:

1. el periodo de la infancia en que se produce
2. qué consecuencias trae sobre las estructuras óseas y dentarias.

Si el apretamiento y rechinar con ruidos aparece en el período que va de los 3 a los, 5 o 6 años podemos considerarlo fisiológico ya que corresponde al periodo de abrasión y desgaste preparatorio al recambio de la dentición caduca a la permanente. En esta etapa aunque la práctica sea de gran intensidad el niño no relata síntomas de dolor ni espasmos, ya que estamos en un periodo de gran plasticidad tisular del tejido óseo, dentario y neuro articular (Figura 6).

Si el niño que presenta el rechinar ya está en una edad superior a los 8 años, muy probablemente se queje en forma variable de cefaleas, dolor al peinarse o al lavarse la cara.

Esto es usual encontrarlos en niños cercanos al prepuberal, o que han iniciado niveles superiores de enseñanza asociándolo a factores tensionales. Igualmente en estos casos es recomendable estudiar a dichos jóvenes desde su aspecto ortodóncico y oclusal (Figura 7).

El período de abrasión y desgaste produce una abrasión a 0 de todas las cúspides y bordes incisales de los dientes caducos, posibilitando con esto el li-

Figura 6.
Dentición caduca normal
a los 3 años de edad



Figura 7.
Bruxismo en adolescente.
Facetas de desgaste a
nivel de cúspides
premolares y molares



Tratamiento de las parafunciones

Como su nombre lo indica se trata de una práctica funcional que es utilizada para otra finalidad.

El Ej., del bruxismo (frotamiento y rechinar inter dentario) es el mejor exponente.

bre juego mandibular de lateralidad y propulsión. Así se produce el 2°. Avance mandibular y la reabsorción del borde anterior de la rama craneana para lograr el espacio de erupción para los 1° molares permanentes. Es frecuente observar que en niños con retrognasia severa se ve retardada la erupción de dichos molares mandibulares, ya que se debe reabsorber, más hueso en el camino eruptivo.

En niños muy tónicos, en biotipos braquifaciales o en niños de conducta agresiva esta actividad se realiza con mayor intensidad provocándose fuertes desgaste de tejido dentario que llegan a interesar la superficie de los nuevos molares permanentes (Figura 8).

Si por el contrario los niños no acostumbran a comer alimentos que entrenen su musculatura, o que sean poco abrasivos o son poseedores de un biotipo dolico facial y/o adenoideo, este desgaste será insuficiente y desperejo generándose interferencia que provocarán desvíos mandibulares. Esto podrá constituirse en una importante etiopatogenia de las disgnasias que luego serán tratadas por ortodoncia y ortopedia (Figura 9 a y b).

Si esta actividad de frotamiento y ruidos oclusales se prolonga más allá de los 8 años, podemos considerar que el niño está realizando una actividad para funcional similar a la del adulto.

Cuando predomina el apretamiento, el joven manifestará dolores de cabeza, laterales de cara y posiblemente dolor en la arcada dentaria.

Cuando predomina el frotamiento además de l síntoma dolor facial que puede manifestarse uni o bilateralmente, encontramos facetas de desgaste en las zonas laterales y/o disminución de la corona clínica en la zona anterior con pérdida del borde festoneado y desgastes en chanfle de los incisivos, asimismo como hipersensibilidad dentaria.

En esta etapa propiamente dicha se recomienda proceder de la siguiente manera:

- Realizar el análisis estático y funcional de la oclusión donde se evaluarán la necesidad de tratamiento ortodoncico-ortopédico, desgaste selectivo, suplementación o restauración oclusal.
- Colocar placas neuromiorelajantes para dormir, asimismo como protectores bucales para realizar deportes.
- Detectar motivaciones tensionantes en la vida del joven que puedan ser controladas o de lo contrario remitir al pediatra para su manejo farmacológico y/o psicológico.
- Despistar otras reacciones psicósomáticas asociadas como ser gastritis o tic.



Figura 8.
Abrasión y Desgaste
en dentición caduca
(niño tónico)



Figura 9a.
Mordida cruzada. Nótese
el insuficiente desgaste
de las cúspides caninas
y molares temporarias



Figura 9b.
El mismo niño. Nótese
el desvío mandibular

- Indagar acerca de hábitos de bulimia o anorexia por su componente afectivo y por las secuelas que deja el medio ácido del vómito sobre el esmalte dentario.
- Controlar y aconsejar la ingesta de azúcar e hidratos de carbono para no aumentar el pH ácido el cual favorecería el desgaste adamantino.

Figura 10.
Dentición Mixta.
Secuelas morfológicas
de la succión digital



Figura 11a.
Preadolescente con
hábitos de bruxismo y
succión digital (causas
emocionales y biotipo
braqui severo). Sin
disfunciones respiratorias
asociadas



Figura 11b.
Rx de la paciente
anterior que confirma la
ausencia de obstrucción
nasofaríngea. Muestra
las secuelas de los
hábitos y su biotipo
craneo facial

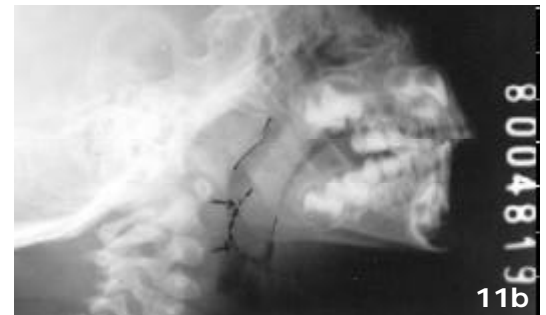


Figura 12a.
Niño totalmente
obstruido desde el punto
de vista nasofaríngeo y
con hábito de
succión digital



Figura 12b.
Telerradiografía que
confirma la obstrucción
del paciente anterior.
Nótese también la
posición forzada que
adopta la cabeza para
mejorar el pasaje aéreo



Apéndice

Control del estrés en el bruxismo en niños y adolescentes

Si bien nosotros trabajaremos sobre nuestro campo que es el de la oclusión y el de las distintas funciones orofaciales vinculadas a nuestro terreno, también podemos colaborar en el control del estrés.

¿Cómo?

- Reforzando o reeducando en los hábitos fundamentales para toda persona que son el buen balance entre: nutrición, descanso, ocio, actividades recreativas y responsabilidades.

- Detectar los cambios en la estructura familiar: enfermedades, divorcios, traslados, muertes, etc.
- Promover el contacto de los chicos con sus padres aconsejando que los acompañen en sus primeras experiencias de estrés (como puede ser concurrir al dentista), y que de a poco le vayan dando más territorios de decisión propia tanto con su familia como con respecto a su tratamiento odontológico. Hay que evitar resolver por él en lo referente a su boca, aunque esto traiga cierto retraso en el tratamiento.
- El chico debe sentirse "afectuosamente monitoreado" por sus padres y allegados, esto le confiere seguridad en sus incursiones extra hogar (aunque muchos adolescente aparenten molestarlo por ello).

- La conducta de asistir periódicamente a consulta odontológica y su comportamiento en ella frente a nuestras maniobras de trabajo también van conformando una personalidad con autoestima y autocontrol. Aquí nuestra intervención y manejo es crítico. Variará dependiendo en qué edad se encuentre el chico, pero la constante es: Respeto- Firmeza y Afecto en lo que se le propone y realiza al paciente.

Tratamiento de los tics

Éste es un capítulo complejo ya que como vimos son actividades de etiología básicamente afectiva.

Nos interesa por nuestra especialidad todo lo relacionado con la succión no nutritiva: succión de dedo, labios o lengua, succión de objetos, asimismo como el mordisqueo y el tragado de objetos, por las secuelas que origina en la malformación de los maxilares, en la posición dentaria y en las disfunciones respiratorias, deglutorias y fonológicas (Figura 10).

La succión de dedo principalmente ha tratado de ser resuelta por medios un tanto coercitivos si tomamos en cuenta su carácter emocional. También recordemos que responde a la orden de su supresión pero frecuentemente trasladándose el tic a otra parte del cuerpo, lo cual quiere decir que muestra falsas curaciones.

Por lo tanto lo primero que hay que realizar en un diagnóstico diferencial de si estamos ante una etiología puramente psiconeurológica o si estamos ante una etiología multifactorial.

En el caso de la succión digital por ejemplo, puede estar añadido al tic ppdd, el confort que le brinda la succión (movimientos anteriores mandibulares) a aquellos pacientes con obstrucción nasofaríngea, ayudándolos a despejar el cavum para respirar, puede también venir a compensar una hipotonía muscular general (postura) que toma punto de anclaje en la función más primitiva del área orofacial que es la succión. Otro motivo por ejemplo, es el del niño respirador bucal con hipersalivación y babeo, la succión del dedo ayuda a re-deglutir ese importante flujo salival que estaría perdiendo y desecando las mucosas (restablecimiento del equilibrio hídrico del organismo).

Hemos comprobado en la clínica que una vez que mejora la función deglutoria y la postura hio-linguo mandibular, el niño muestra menos compulsión a la succión no nutritiva. Para esto también nos apoyamos generalmente con aparatos ortopédicos que ayu-

	Hábitos	Parafunciones	Tics
Control neural	actividad inconsciente	ídem	ídem
Alteración NM (Psicomotricidad)	+	+	+
Alteraciones Emocionales	+	+	+
Trastornos Sensibles	-	+ (dolor)	-
Irradiación	localizada o regional	localizado o regional	irradiado
Prohibición	no tiene efecto	no tiene efecto	falsa remisión
Finalidad Útil	+	-	-
Remisión	con reeducación	c o s/ tratamiento	+o- espontánea
Secuelas	+	+	-

Tabla 1.
Cuadro de aspectos comunes y diferenciales entre hábitos, parafuncionales y tics

dan a posicionar a la vez que se constituyen ellos mismos en objetos de chupeteos. Esto disminuye la ansiedad y desplaza el tic hacia un objeto externo (el aparato).

Otro tic frecuentemente tratado por psicomotricistas es el balanceo de brazos y cuerpo en estática vertical. Hemos observado también en algunos pacientes con hipo desarrollo maxilar y latero desvío mandibular con antecedente de insuficiencia respiratoria crónica, que al mejorar el centrado maxilomandibular, ponemos en equilibrio el polo cefálico del niño, el cual por distribución del tono muscular lo diseminará hasta la planta del pie. Al equilibrar su tono el niño ya no tiene esa tendencia a caer hacia un lado por lo tanto ya ni se balancea buscando restituir la vertical, ni aumenta tanto su plano de sustentación. Recordemos las experiencias de Sherrington quien estudiando la restitución de la postura, observó que al dejar caer un gato desde la altura lo primero que este endereza es la cabeza y el cuello y luego el resto del cuerpo.

El papel rector del polo cefálico sobre el resto del cuerpo nos da un camino de certeza al proponer una terapéutica desde el área cráneo-facial. No obstante esto no hay que desestimar la aferencias provenientes del resto del cuerpo que terminan por cerrar el circuito de la postura.

Finalmente diremos que si bien existen aspectos del manejo del tic que compete al área odontológica, no debemos abordar su tratamiento sin la inter consulta con el psiquiatra infantil, psicólogo y/o psicomotricista si este fue indicado (Tabla 1).

Conclusión

Se ha tratado de estudiar las características, etiopatogenia y diagnóstico diferencial de la deglución atípica, bruxismo y succión digital como principales actividades ligadas al comportamiento automático e inconsciente del paciente. Por esto mismo a menudo se abordan todas ellas con la misma metodología terapéutica sin reparar en que difieren en su mecanismo de desenvolvimiento. Consideramos que esta discriminación ayuda a la elección de un plan de tratamiento más específico para cada una de las entidades estudiadas.

Bibliografía recomendada

- Loybeer I. *Funciones del Sistema Nervioso*. Córdoba (Argentina): Editorial Unitec, 1985; 2ª edición.
- Manns A. *Sistema Estomatognático*. Fac. Odontología Universidad de Chile, 1988.
- Rocabado M. *Cabeza y cuello. Tratamiento Articular*. Buenos Aires (Argentina): Editorial Intermédica, 1979.
- Levovici J. *Tics en niños*. Buenos Aires (Argentina): Editorial Paidós.
- Van der Linden. *Facial Growth and Facial Orthopedics*. Editorial Quintessence, 1986.
- Laitman J. El origen del lenguaje. *Mundo Científico* 1974; 6(6).
- Segovia ML. Interrelaciones entre la Odontoestomatología y la Fonoaudiología.
- La deglución atípica*. Buenos Aires (Argentina): Editorial Panamericana, 1995; 2ª edición.
- Gudin RG. Anomalías del comportamiento neuromuscular y sus repercusiones sobre el crecimiento de la esfera oral. Bases del tratamiento mioterápico y mecanoterápico. *Rev d'Orthopédie Française*.
- Von Treuenfels H. La práctica de la ortopedia maxilar orientada en su integridad.
- Conferencia 8º simposio "Ortopedia maxilar práctica" Colonia, Alemania, 1996.
- Fournier M. La rééducation fonctionnelle chez l'enfant et son contrôle par l'orthodontiste. *Rev Orthopédie dento faciale* 1994;28.
- Vig K. Obstrucción nasal y crec. facial: el respaldo de evidencias asociadas a presunciones clínicas. *Rev Orthod and Pedaiatric Dentristry* 2000;5(2).
- Atanasio R. Revisión del Bruxismo y su tratamiento.
- Bodin Cristian- La dysfunction cranio-mandibulaire. *Rev Orthop Dento Faciale* 1989;23.
- Bernal M. Signs and symptoms of tempormandibular joint dysfunction in 3-5 years old children. *The journal of Pedodontics* 1986;10.
- Slaviceck R. Reflexiones sobre las parafunciones. *Revista Española de Ortodoncia* 1996;26(1).
- Harvold. Primates experiments on oral sensation and Dental malocclusion. *Am J Orthodontics* 1973;63.
- Bosma J. Sensorimotor Examination of mouth and pharynx. *Front Oral Physiology* 1976;2.
- Poggi Varaldo I. *Niveles de Regulación del movimiento y la postura por el Sistema nervioso. Bases para la terapéutica ortopédico funcional*. Montevideo (Uruguay): CEDDU, 1989;3(2).
- Poggi Varaldo I. *Ortodoncia y reeducación, aporte para un mejor relacionamiento interdisciplinario*. Montevideo (Uruguay): Publicación independiente, 1996.