

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NAYARIT  
UNIDAD ACADÉMICA DE ODONTOLOGÍA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Caso Clínico:  
Succión digital

Que para obtener el  
Diploma de especialidad en Odontopediatria

Presenta:  
Rosario Anahoguy Velázquez Wong

Directora:  
MO Irene Gutiérrez Dueñas

Tepic, Nayarit, julio de 2010.

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>Resumen</b>	
<b>II.</b>	<b>Antecedentes</b>	
	Definición de hábito .....	2
	Tipos de hábitos .....	2
	Etiología de los hábitos .....	3
	Etiología de succión digital .....	5
	Diagnóstico .....	5
	Factores que influyen la acción del hábito .....	6
	Anomalías más frecuentes en la succión digital .....	7
	Tratamiento .....	8
<b>III.</b>	<b>Desarrollo del Caso Clínico</b>	
	Ficha Clínica .....	10
	Fotografías extraorales .....	11
	Fotografías intraorales .....	12
	Ortopantomografía .....	14
	Odontograma .....	14
	Radiografías dentoalveolares .....	15
	Modelos de estudio .....	16
	Diagnóstico .....	17
	Plan de tratamiento .....	17
	Manejo de conducta .....	17
	Evolución de tratamiento .....	18
	Fotografías del tratamiento terminado .....	30
	Fotografías actuales .....	31
<b>IV.</b>	<b>Conclusiones</b>	32
<b>V.</b>	<b>Referencias</b>	33

## I. RESUMEN

Ciertos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos. Algunos hábitos pueden alterar la forma y estructura de los músculos, sin embargo; en la mayoría de los casos no ocurre así, porque existe un equilibrio dinámico entre las fuerzas que actúan sobre el aparato estomatognático, dado que actúan en diferentes direcciones con diferente potencial y ritmo, llegando a equilibrarse al anularse entre sí.

La succión digital es uno de los hábitos orales más comunes que producen anomalías dentofaciales en el plano vertical del espacio. Aunque lo más frecuente es la succión del pulgar pueden succionarse uno o más dedos y su efecto va a depender de la posición, intensidad, frecuencia y duración de la succión, por lo tanto, la maloclusión que ocasiona es consecuencia de la anomalía funcional, que requiere tratamiento con agentes físicos y muy probable combinado con aparatos funcionales y mecánicos activos en el periodo de dentición mixta.

En este documento se presenta el caso clínico de un paciente de 9 años de edad del sexo femenino, procedente del Municipio de Santa María del Oro, por presentar múltiples caries en sus órganos dentales, así como mordida abierta anterior, la mamá refiere que tiene el hábito de succión digital y solicita tratamiento para el mismo, se les informa que es importante que la niña tenga el deseo de dejar el hábito, ya que esto es imprescindible para que el tratamiento funcione, de igual manera se le informan los diferentes tratamientos que existen y dadas las características de la paciente se decide utilizar medios físicos, porque la mamá ya había utilizado sustancias desagradables, para recubrir el dedo de la niña, que es otro de los tratamientos sugeridos.

Palabras Claves: Hábitos orales, succión digital, maloclusiones.

## II. ANTECEDENTES

El hábito, se define como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, el cual a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia puede ser relegado completamente al inconsciente.<sup>1</sup>

Los hábitos pueden ser de dos tipos: útiles y dañinos.

Hábitos útiles:

Son aquellos que incluyen las funciones normales adquiridas o aprendidas como posición correcta de la lengua, respiración y deglución adecuada, masticación, fonación etc.<sup>1,2</sup>

Hábitos dañinos:

Son aquellos que pueden llegar a ser lesivos a la integridad del sistema estomatognático, dientes, estructuras de soporte, lengua, labios, ATM.<sup>1, 2</sup>

Durante muchos años, los odontólogos han atendido los hábitos bucales de los niños, considerando estos, como posibles causas de presiones desequilibradas y dañinas que pueden ser ejercidas sobre los bordes alveolares inmaduros y sumamente maleables y también de cambios potenciales en el desplazamiento de las piezas y en oclusiones, que pueden volverse francamente anormales si continúan por largo tiempo.<sup>1,3,4</sup>

Por este problema también se interesan el pediatra, el psiquiatra, el psicólogo, el especialista en problemas de lenguaje y los padres del niño. En general puede decirse que el odontólogo y el especialista de lenguaje se interesan más por los cambios bucales estructurales que resultan de hábitos prolongados. El pediatra, el psicólogo y el psiquiatra pueden dar mayor importancia a los problemas de conducta profundamente arraigados, de los cuales los hábitos bucales pueden ser solo un síntoma.<sup>1,5,6</sup>

Ciertos tipos de maloclusiones se desencadenan por la presencia de hábitos, dado que el sustrato no permanece invariable a lo largo del desarrollo del individuo y por lo tanto su patrón morfogénico de desarrollo no solo estará marcado por la herencia, existen factores ambientales que pueden modificarlo.<sup>2</sup>

Esto ocurre invariablemente con la aparición de ciertos hábitos que probablemente serán factores causales del desarrollo de determinadas maloclusiones donde el crecimiento óseo y el desarrollo dentario pueden estar influidos si bien su desviación se producirá ante la persistencia de estos hábitos, puede estar potenciada o aliviada por el tipo facial del individuo.<sup>2</sup>

Algunos hábitos pueden alterar la forma y estructura de los músculos, sin embargo en la mayoría de los casos, no ocurre así, porque existe un equilibrio dinámico entre las fuerzas que actúan sobre el aparato estomatognático, dado que actúan en diferentes direcciones con diferente potencial y ritmo, llegando a equilibrarse al anularse entre sí. Una muestra de ello es la conformación del pasillo dentario, resultado del equilibrio entre las fuerzas centripeta de labios y mejillas, y la fuerza centrífuga de la lengua, de tal forma que solo una disfunción de esta musculatura provocaría un desequilibrio con el consiguiente movimiento dentario.<sup>2,7</sup>

Etiológicamente los hábitos pueden ser clasificados en:

Instintivos: Como el hábito de succión, el cual al principio es funcional pero que puede tornarse en perjudicial, por la persistencia en el tiempo.<sup>1,3,8</sup>

Placenteros: Algunos hábitos se tornan placenteros, tal como algunos casos de succión digital.<sup>1,3,8</sup>

Defensivos: En pacientes con rinitis alérgica, asma, etc.<sup>1,3,8</sup>

Hereditarios: Algunas malformaciones congénitas de tipo hereditario pueden acarrear un hábito concomitante a dicha malformación, por ejemplo: Inserciones cortas de frenillos linguales, lengua bífida entre otros.<sup>1,3,8</sup>

**Adquiridos:** La fonación nasal, aún después de intervenidos quirúrgicamente, primordialmente las conocidas como golpe glótico para los fonemas K, G, J y para las fricativas faríngeas al emitir la S y la Ch.<sup>1,3,8</sup>

**Imitativos:**

La forma de colocar los labios y la lengua entre grupos familiares al hablar, gestos, muecas etc. Son claros ejemplos de actitudes imitativas.<sup>1,3,8</sup>

La succión digital es una relación senso-motora resultante de estímulo-respuesta, como parte de un reflejo normal. Representa una de las primeras formas de conducta específicas en el feto y en el recién nacido, estimulada en el útero por olores, sabores y cambios de temperatura; es también una respuesta a estímulos en la zona bucal o perioral.<sup>1,9</sup>

El hábito de succión digital se presenta con mucha frecuencia, pero no es apreciado por el odontólogo de práctica general por la prontitud con que se inicia y también porque suele terminar a los 3 o a los 4 años de edad.<sup>2,10</sup>

Muchas veces, este hábito aparece como consecuencia de conductas regresivas ante ciertos trastornos emocionales, asociados con inseguridad o deseos de llamar la atención.<sup>2</sup>

Aunque pueden succionarse uno o más dedos, la más frecuente es la succión del pulgar, que es succionado apoyando la yema del dedo sobre la zona retro incisiva superior, mientras que la parte ungular se apoya sobre los incisivos inferiores.<sup>3</sup>

Los efectos de este apoyo dependerán de la posición, la intensidad, la frecuencia y la duración del hábito de succión, ya que en algunos casos su incidencia es muy escasa, y, por el contrario, puede producir mordida abierta con franco aumento del resalte por protrusión de los incisivos superiores y retroinclinación de los inferiores.<sup>2,3,11</sup>

El patrón morfogénico del individuo será el sustrato que potenciará o aliviará los efectos. Es muy común entre este hábito la falta de desarrollo transversal del maxilar que conducirá a mordida cruzada impidiendo el movimiento sagital mandibular produciéndose distoclusión; se puede llamar a este efecto "efecto zapatilla", pues difícilmente el empeine del pie (mandíbula) podría deslizarse y encajar en la embocadura de una zapatilla (maxilar) estrecha.<sup>4, 12</sup>

## ETIOLOGÍA DE SUCCIÓN DIGITAL

Existen dos teorías del comportamiento que intentan explicar el origen del hábito de succión digital:

Teoría psicoanalítica del desarrollo psicosexual: sostiene que esta respuesta original surge como impulso psicosexual inherente a la persona.- Freud sostiene que la succión digital es una estimulación erótica placentera de los labios y la boca y sostiene que la acción de succión digital es una actividad sexual.<sup>9, 11, 12</sup>

Teoría del aprendizaje: sugiere que la succión digital es una respuesta adaptativa. Por ejemplo, un bebé asocia la succión con sensaciones placenteras tales como hambre, saciedad y estar sostenido en los brazos. Estos eventos serán recordados y transferirán la succión al objeto más fácilmente disponible, esto es, los dedos o el pulgar.<sup>9, 11, 12</sup>

Posiblemente se deba hablar de una etiología en la cual estén comprometidas ambas teorías y por esto se podrá decir que todos los niños poseen un impulso biológico, inherente de succión.<sup>9, 11, 12</sup>

## DIAGNÓSTICO

Es obvio cuando el niño practica el hábito. Sin embargo rara vez lo demuestra en la consulta y muchas veces niega que exista al hacer interrogado; se requiere

entonces de otras fuentes de información.<sup>10, 13</sup>

Es posible recibir esta información directamente de la madre durante la consulta, o a través de un cuestionario impreso; la madre suele relatar que la actividad aumenta cuando el niño está aburrido, cansado o al irse a la cama.<sup>10.</sup>

El examen extraoral a este efecto consiste en el examen de todos los dedos. Aquellos comprometidos con el hábito aparecen enrojecidos excepcionalmente limpios, con una uña corta o aplanados. En casos más severos puede haber callosidades en la zona del dorso de los dedos, en contacto con piezas dentarias, de esta manera, la condición de los dedos puede permitir estimar la intensidad y frecuencia de la práctica de succión.<sup>10, 14, 15</sup>

Factores que influyen en la acción del hábito

Duración

Por su duración puede ser sub clasificada en:

1. Infantil (hasta 2 años) en esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en reglas generales no tiene efectos dañinos.
2. Pre-escolar (2 a 5 años), si la succión es ocasional, no tiene efectos nocivos sobre la dentición, si es continuo o intenso puede producir malposiciones en los dientes primarios, si el hábito cesa antes de los 6 años de edad, la deformidad producida es reversible en un alto porcentaje de los casos con relativa facilidad.
3. Escolar (6 a 12 años), requieren de un análisis más profundo de la etiología del hábito, pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dento-esqueléticas<sup>5, 10, 16</sup>

## Frecuencia

Hay niños que succionan a cualquier hora del día, de forma intermitente, otros solo en la noche o para dormirse de forma continua.<sup>5, 10, 16</sup>

## Intensidad

Es la cantidad de fuerza que es aplicada al diente durante la succión. Se subdivide en:

Poco intensa: cuando la inserción del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los buccinadores. Generalmente no se introduce el dedo completo sino distraidamente la punta del dedo.

Intensa: cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.<sup>5, 10, 16</sup>

Las anomalías más frecuentes y por lo tanto susceptibles al tratamiento son:

En el maxilar superior: inclinación de los incisivos superiores, aumento de la longitud de arco superior, aumento de corona clínica de los incisivos, disminución de la amplitud palatina, reabsorción radicular atípica de incisivos deciduos, aumento en la frecuencia de trauma en incisivos superiores.<sup>8, 17, 18</sup>

En la mandíbula: inclinación lingual de los incisivos inferiores, aumento de la distancia intermolar.<sup>8, 12, 17</sup>

Sobre las relaciones entre arcos: mordida abierta; luego de haber creado el espacio en la región anterior, se mantiene por el empuje de la lengua hacia delante. Gallen observó que si una mordida abierta tiene su origen en la dentición temporal y posteriormente cierra espontáneamente, el cierre se inicia a los 10 años en el 90% de los niños. Por ello el odontólogo estará justificado si espera hasta el décimo cumpleaños del niño antes de adoptar medidas activas para corregir la mordida abierta.<sup>7, 7, 8, 12, 17, 19</sup>

Otros efectos: Deformación de los dedos, defectos del lenguaje.<sup>8</sup>

## TRATAMIENTO

Para tratar un hábito de succión el primer paso ha de ser la detección del agente causal del mismo, muchos hábitos son derivados de situaciones comunes que al ser detectadas y adecuadamente tratadas pueden conllevar a la desaparición espontánea del hábito.<sup>6, 10</sup>

En el tratamiento odontológico de ciertos hábitos como los de succión de dedos se ha manejado por años como un estereotipo de colocación de un aparato en boca del paciente el cual milagrosamente debe eliminar del cerebro del niño el reflejo de succión que conlleva el hábito, sin embargo las nuevas escuelas y la mejor formación profesional que se imparte está dejando a un lado la parte meramente mecánica para convertir a las nuevas generaciones de odontólogos en profesionales con un grado de preparación heterogénea que le permite la detección de factores que interactúan con los problemas buco-dentarios de los pacientes y les permiten el manejo dentro de un equipo multidisciplinario de salud.<sup>1, 3, 9, 13, 19</sup>

Otro tratamiento puede ser recubrir el pulgar o un dedo del niño con sustancias desagradables comercialmente disponibles para este efecto, o rodear con tela adhesiva el dedo afectado, colocando un guante o calcetín a la muñeca o mano afectada.<sup>5, 10, 12</sup>

La corrección de este hábito impedirá o amortiguará su efecto nocivo sobre la oclusión, por lo que un gran número de maloclusiones podrían ser evitadas. Pero cuando esto no ocurre así, el tratamiento temprano no actuara solamente sobre los factores etiológicos o causales, sino, también sobre la misma maloclusión en desarrollo, en cuyo caso, entendemos el tratamiento como una guía activa de los

problemas oclusores que se presentan durante la etapa de desarrollo y recambio dentario, tratando de controlar la dirección del crecimiento aberrante en determinados casos y los problemas de desarmonias oclusales en los tres planos del espacio. (Plano anteroposterior, plano vertical y plano transversal).<sup>2, 10</sup>

La actitud de los padres durante este procedimiento es de innegable importancia. Si exigen del niño una perfección que este no puede lograr, el procedimiento estará condenado al fracaso. En realidad, es posible que esta actitud paterna haya sido parcialmente responsable de la producción del hábito. Sin embargo si los padres recompensan de alguna manera al niño por "dejar el hábito" durante el procedimiento, por medio de sus actos y de algún premio, esto impresionara profundamente al niño y le orientará hacia una meta clara.<sup>10, 12, 17</sup>

### III. CASO CLÍNICO

#### **FICHA CLÍNICA**

15 de enero del 2009

**NOMBRE:** Z.G.J.O.

**EDAD:** 9 años (2-Agosto-2000)

**GENERO:** Femenino

#### **ANTECEDENTES CLÍNICO DENTALES:**

Primera visita, paciente no cooperador

- Escala de Frank: Definitivamente Negativo

#### **ANTECEDENTES PATOLOGICOS:**

Sarampión, Varicela, Dolores de cabeza (cuando se expone al sol).

Cirugía: de la nariz; cuando tenía un mes de nacida y a los 4 años

#### **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

Sin relevancia aparente

#### **ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS:**

Alimentación variada, Entre comidas: sabritas, refrescos, fruta y pan

#### **ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS:**

Primera visita

#### **HABITOS BUCALES:**

Succión Digital nocturna

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉRIDA



SISTEMA DE BIBLIOTECAS

#### **MOTIVO DE CONSULTA**

“Trae las muelas picadas y prietas, también le huele la boca”

## FOTOGRAFÍAS EXTRAORALES



### FRONTAL

Biotipo: mesofacial

Tercios faciales: desproporcionados entre sí

Tercio medio: disminuido

Cicatriz en la nariz por fibrosis



### PERFIL

Perfil: convexo

Perfil labial: retruido



### SONRISA

Sonrisa franca

Mostrando un tercio de  
corona clínica

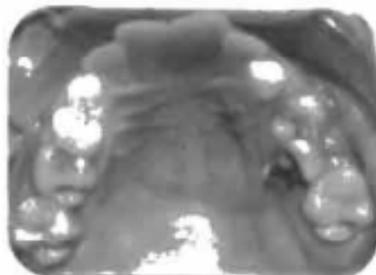
## FOTOGRAFÍAS INTRAORALES

### FRONTAL



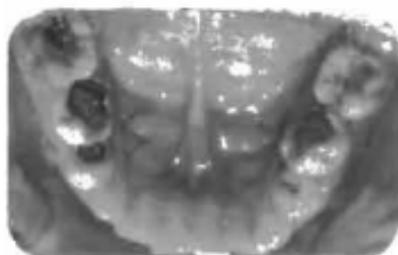
Encía rosa coral  
Buena humectación  
Presencia de inflamación en zona de incisivos inferiores por acumulo de placa dentobacteriana  
Mordida abierta de 4mm  
Mordida cruzada de canino superior izquierdo  
Ligero apiñamiento en el segmento anterior inferior  
Hipoplasia incisivos laterales inferiores y canino inferior izquierdo

### OCLUSAL SUPERIOR



Forma de arco cuadrado  
Paladar profundo  
Dentición mixta  
O.D. 16 hipoplasia del esmalte  
O.D. 55 caries interproximal y oclusal  
O.D. 54 caries incipiente  
O.D. 24 en erupción  
O.D. 65 destrucción coronaria por caries  
O.D. 26 hipoplasia del esmalte

## OCCLUSAL INFERIOR



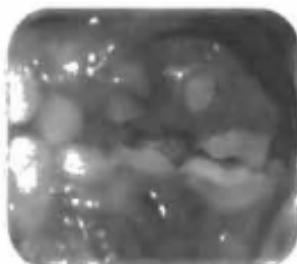
Forma de arco cuadrada  
Dentición mixta  
Frenillo lingual largo  
Ligero apiñamiento en el segmento anterior  
O.D. 84, 85, 75 Destrucción de cara oclusal por caries  
O.D. 74 Obturación de amalgama  
O.D. 46 y 36 caries e hipoplasia del esmalte

## LATERAL DERECHA



Clase I molar  
Presencia de sarro por vestibular en O.D. 16 y 55

## LATERAL IZQUIERDA



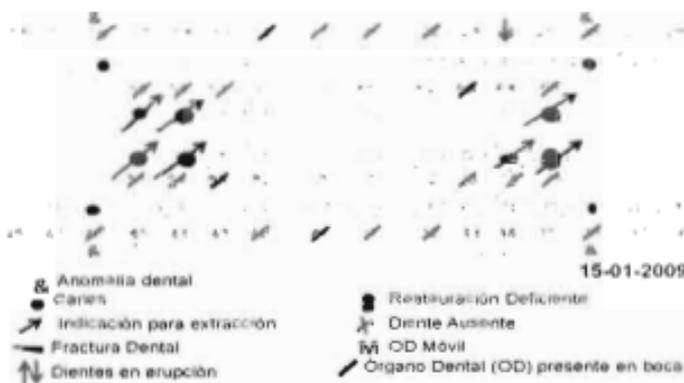
Erupción ectópica O.D. 24  
Fistula O.D. 75  
Clase II molar  
Presencia de sarro por vestibular en O.D. 26

## ORTOPANTOMOGRAFÍA



Possible obstrucción del cornete superior izquierdo  
Dentición mixta  
Presentes gérmenes dentarios de caninos, premolares y molares.  
Destrucción coronaria y reabsorción radicular de los molares temporales superiores e inferiores.

## ODONTOGRAMA



## RADIOGRAFÍAS DENTOALVEOLARES



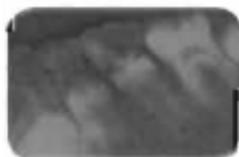
O.D. 55 Y 54  
Reabsorción radicular



O.D. 65 Reabsorción radicular  
O.D. 24 En erupción



O.D. 84, 85 Afección pulpar y  
reabsorción radicular de la  
raíz distal de ambos O.D.



O.D: 74, 75  
Reabsorción radicular  
Afección pulpar en el O.D. 74



## DIAGNÓSTICO

Hábito de succión digital

Mordida abierta de 4 mm

Maxilar superior:

O.D. 54 Caries clase I grado 1

O.D. 55 Caries clase II grado 3

O.D. 65 Caries clase II grado 4

O.D. 16 y 26 Hipoplasia del esmalte

Mandíbula:

O.D. 84 Caries clase II grado 4

O.D. 75 Caries clase I grado 4

O.D. 85 Caries clase II grado 4

O.D. 46 y 36 Caries clase I grado 1

e Hipoplasia del esmalte

## PLAN DE TRATAMIENTO

1.- Técnica de cepillado

2.- Eliminar el hábito de succión digital por medio de agentes físicos (colocando gasa y cinta adhesiva en el dedo pulgar de la mano derecha y cubriendo mano, muñeca y brazo con calcetín).

3.-Exodoncias O.D. 55, 54, 65, 85, 84, 74 y 75.

4.- Restauraciones de corona acero cromo O.D. 46 y 36

5.-Detección de placa dentobacteriana

6-Obturación de resina fotopolimerizable O.D. 16 y 26

## MANEJO DE CONDUCTA

- Decir-mostrar-hacer
- Control de voz
- Reforzadores positivos

## EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

PRIMERA VISITA (ENERO-22-2009)

\*Técnica de Cepillado

\*Inicio de tratamiento por medio de agentes físicos para eliminar el hábito de Succión digital

\*Extracciones O.D. 65,74, y 75



Instrucción de técnica de cepillado



Indica como es la succión digital



Comparación de los dedos pulgares observando en el pulgar derecho callo en la falange proximal



Colocación de la gasa



Se indicó a su mamá como se colocaría el calcetín



ENERO-22-2009

Instrumental requerido para la extracción dental: Anestésico tópico, 1x4, jeringa carpule, con lidocaina y epinefrina al 2%, aguja extracorta, botador delgado y fórceps para molares superiores.



Se infiltro lidocaina con epinefrina al 2%



Sindesmotomia del O.D. 65



Tracción del O.D.  
65 con fórceps



O.D. 65 extraído



Compresión con gasa



Se infiltro técnica mandibular



Sindesmotomía O.D. 74, 75



Tracción con fórceps



O.D. extraídos



Compresión con gasa

SEGUNDA VISITA (ENERO-29-2009)

\*Extracciones O.D. 54, 55, 84 y 85



Se infiltró lidocaina con epinefrina al 2% (puntos locales)



Sindesmotomia O.D. 54,55



Tracción con fórceps O.D. 54, 55



O.D. Extraídos



Se infiltró lidocaina con epinefrina al 2% con técnica mandibular



Sindesmotomia de los O.D. 84, 85



O.D. 84, 85 Extraídos

TERCERA VISITA (FEBRERO-05-2009)

\*Base de ionómero O.D 36



Se infiltró con lidocaina y epinefrina al 2% técnica mandibular



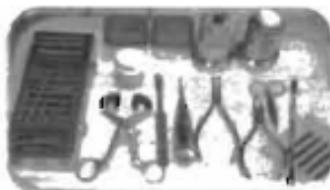
Con fresa de bola de diamante se eliminó tejido cariado



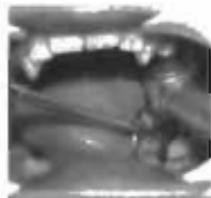
Con aislamiento relativo se colocó ionómero tipo 2 como base en el O.D.

CUARTA CITA (Febrero-12-09)

\*Corona acero cromo O.D.36



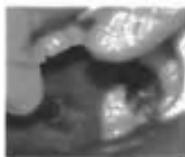
Instrumental requerido: anestésico tópico, 1x4, abrebocas, pinza contorneadora para coronas, mordedor para coronas, tijeras para CAC, espátula y lozeta de vidrio.



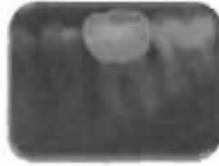
Con fresas rueda de carro y punta de lápiz se realizó la preparación del O.D. 36



Se utilizó ionómero tipo 1 para cementar la CAC.



Con aislamiento absoluto se cemento la CAC. en el O.D.



Radiografía dentoalveolar del O.D. 36 con la CAC

QUINTA CITA (FEBRERO-19-2009)

\*Corona acero cromo O.D. 46



Se infiltro con lidocaina y epinefrina al 2% técnica mandibular



Con fresa rueda de carro se eliminó cara oclusal para la preparación



Con fresa punta de lápiz se realizo la preparación para la CAC



Con aislamiento relativo se cementó la CAC



CAC en boca cementada



Radiografía dentoalveolar del O.D. 46

SEXTA CITA (MARZO-19-2009)

\*Detección de placa dentobacteriana, técnica de cepillado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAYAMO



SISTEMA DE BIBLIOTECAS



Se realizó la detección con solución reveladora, observando en la mayoría de los órganos dentarios presencia de placa dentobacteriana.



Se realizó el cepillado dental en presencia de la mamá para que observara como se realizaría la técnica en casa.



Se le pidió a la mamá realizar el cepillado dental para corroborar que seguiría las instrucciones de higiene para su hija

SEPTIMA CITA (MARZO-26-2009)

\*Obturación de resina fotopolimerizable O 26



Con aislamiento absoluto y fresa de bola de carburo se elimino tejido cariado



Se colocó adhesivo



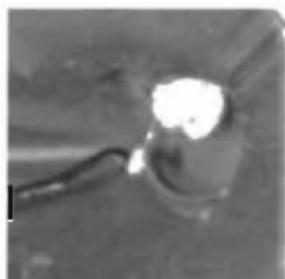
Se polimerizó por 10 segundos



Se colocó adhesivo



Se fotopolimerizó por 10 segundos



Se colocó resina solida A2



Se fotopolimerizó por 20 segundos



Se eliminaron puntos altos



O.D. 26 obturado

OCTAVA CITA (ABRIL-02-2009)  
\*Control de placa dentobacteriana



Con solución reveladora se realizó el control de placa dentobacteriana

NOVENA CITA (JUNIO-11-2009)  
\*Obturación de resina fotopolimerizable O.D. 16



Aislamiento absoluto



Con fresa de bola de diamante  
se eliminó tejido cariado



Se colocó ácido grabador por 15 segundo



Se lavó y seco  
profusamente



Se colocó adhesivo



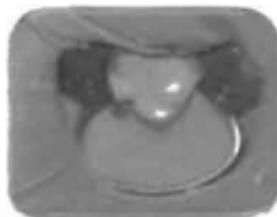
Se fotopolimerizó por  
10 segundos



Se obturó con resina  
fotopolimerizable A2



Se fotopolimerizó  
por 20 segundos

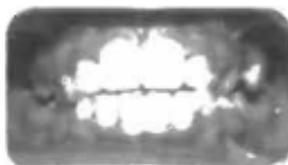


O.D. 26 restaurado

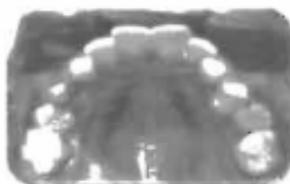
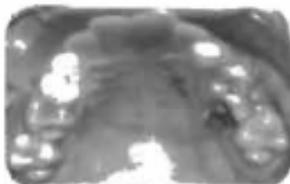
INICIALES (ENERO-15-2009)

FINALES (JUNIO-11-2009)

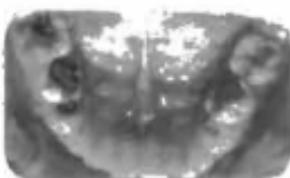
FRONTAL



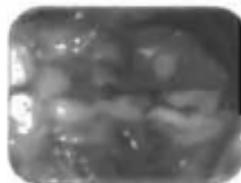
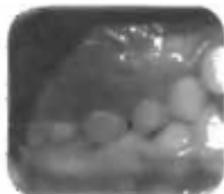
OCLUSAL SUPERIOR



OCLUSAL INFERIOR



LATERAL DERECHA E IZQUIERDA



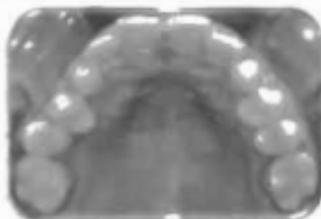
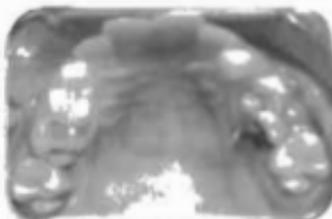
INICIO DE TRATAMIENTO  
ENERO-15-2009

ACTUALMENTE  
JULIO DE 2010

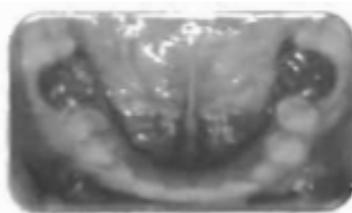
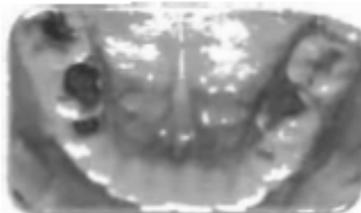
FRONTAL



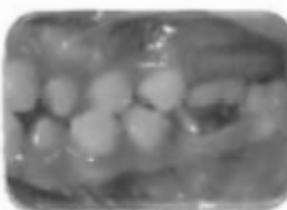
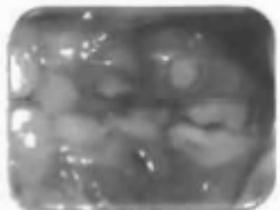
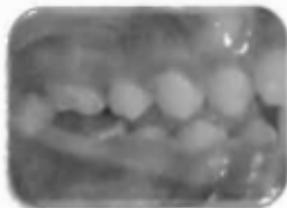
OCLUSAL SUPERIOR



OCLUSAL INFERIOR



LATERAL DERECHA E IZQUIERDA



#### IV. CONCLUSIONES

Considero que con el hábito de succión de dedo se debe estar alerta, es importante transmitir la información adecuada a los padres para que ellos contribuyan oportunamente, porque en la mayoría de los casos son niños que necesitan la atención de ellos.

No se debe de olvidar que como profesionales en el área de la salud oral, en las manos se tiene la oportunidad de brindarles a los pacientes pediátricos un tratamiento oportuno, evitando las manifestaciones clínicas que genera la persistencia del hábito a una edad determinada y considerando los resultados del tratamiento más estables.

## V. REFERENCIAS

- <sup>1</sup> Romero M. Tratamiento de la succión digital en dentición temporal y mixta. RCOE [revista en la Internet]. 2004 Feb [citado 2010 Jun 17] ; 9(1): 77-82. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1138-123X2004000100006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000100006&lng=es). doi: 10.4321/S1138-123X2004000100006.
- <sup>2</sup> Boj Jr. Odontopediatría. España: Ed. Masson; 2005
- <sup>3</sup> Barber T. Odontología Pediátrica. Bogotá: Ed. Manual Moderno; 1985
- <sup>4</sup> Escobar F. Odontología Pediátrica. Venezuela: Ed. Amolca; 2004
- <sup>5</sup> Cameron A. Manual de Odontología Pediátrica. Madrid: Ed. Harcourt; 1998
- <sup>6</sup> Canut, J. Psicología del niño y el adolescente. Barcelona: Ed. Doyma; 1994
- <sup>7</sup> Cárdenas J. Fundamentos de Odontología Pediátrica. Colombia: Ed. Cooperación para investigaciones biológicas; 2003
- <sup>8</sup> Braham-Morris. Odontología Pediátrica. Buenos Aires Argentina: Ed. Panamericana; 1989
- <sup>9</sup> Arias S. Ortodoncia Clínica y terapéutica Barcelona: Ed. Masson; 2000
- <sup>10</sup> Bezerra S. Tratado de odontopediatría. Ed. Amolca; 2008
- <sup>11</sup> Barbería E. Odontopediatría. Barcelona: Ed. Masson; 1995
- <sup>12</sup> Quirós O. Manual de ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia interceptiva. Caracas: Ed. Amolca; 1993
- <sup>13</sup> McDonald A. Odontología pediátrica y del adolescente. Buenos Aires Argentina: 1992
- <sup>14</sup> Pinkham. Odontología Pediátrica. Ed. interamericana MC Gaw-hill; 1994.
- <sup>15</sup> Finn S. Odontología Pediátrica. México D.F: Ed. Interamericana; 1976
- <sup>16</sup> Quirós, O. Ortodoncia, Nueva Generación. Etiología de las maloclusiones Caracas: Ed. AMOLCA: 2003
- <sup>17</sup> Agurto V. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de anomalías dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área Oriente de Santiago. Rev. chil. pediatr. [online]. 1999, vol.70, n.6, pp. 470-482. ISSN 0370-4106. doi: 10.4067/S0370-4106199900600004. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S03704106199900600004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S03704106199900600004&script=sci_arttext).

<sup>18</sup> Alemán S. Hábitos bucales deformantes y plano poslácteo en niños de 3 a 5 años. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2010 Jun 17]; 44(2):

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072007000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000200001&lng=es).

<sup>19</sup> Sorlegui R. Digitopuntura y sedación nocturna: una opción en el tratamiento de hábitos deformantes. Rev Cubana Ortod 1998;13(2): 107-11. Disponible en:

[http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15\\_2\\_00/orto22000.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol15_2_00/orto22000.pdf)

<sup>20</sup> Freud S. Tres ensayos sobre teoría sexual y otros ensayos. Barcelona: Ed. Orbis; 1984

