

Valoración de los hábitos orofaciales en niños

Haurren ohitura orofacialen balorapena

G. González Landa¹, V. Pérez González², R. De Celis Vara³, I. Sánchez - Ruiz⁴, R. Díez Rodríguez⁵, C. Prado Fernández¹

¹Cirugía Pediátrica. ²Logopedia.

³Coordinador. ⁴Odontología. ⁵Ortodoncia. Servicio de Cirugía Infantil. Hospital de Cruces. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Barakaldo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El presente trabajo pretende llamar la atención de los pediatras sobre la importancia de la promoción de hábitos orofaciales y control lingual correctos, y sobre el papel que los hábitos orofaciales anómalos tienen en el desarrollo facial, maloclusión dentaria y en la alteración postural cérico-facial y corporal.

Promover hábitos sanos es ofrecer salud; un porcentaje significativo de la población infantil presenta hábitos orofaciales incorrectos, su existencia provoca repercusiones multisistémicas que pueden ser causa de dolor e incapacidad funcional o laboral en época adulta.

Nosotros creemos en la importancia de la prevención y/o el tratamiento precoz de los hábitos erróneos, con ello contribuiremos a la mejora de la salud buco-dental de la población infantil, se orientará la necesidad de tratamientos ortodóncicos y a disminuir la recidiva de los mismos. También se puede contribuir a mejorar el rendimiento escolar, deportivo y las aptitudes para el canto, así como la sensación de bienestar general⁽¹⁻⁶⁾.

El conocimiento de estos aspectos por los pediatras y la información de los padres sobre cómo y cuándo iniciar la higiene oral y cuando deben alarmarse ante la sospecha de hábitos orales perjudiciales es otro de los objetivos. Creemos que en dentición temporal los "sistemas ortodóncicos funcionales" para regular el desarrollo facial y la oclusión correcta son: mantener la actitud de boca cerrada /sellado labial, la posición de la lengua intraoral - alta y el apoyo deglutorio en rugas palatinas.

HÁBITOS OROFACIALES. CONCEPTOS GENERALES

Los hábitos orofaciales son "modos de actuar sistemáticos en condiciones de prác-

tica diaria". Se consideran "correctos" cuando, como consecuencia de su funcionalismo, admitido como normal, promueven un equilibrio orofacial y una mordida normal. En el niño dan lugar a un crecimiento adecuado de las estructuras influenciadas por su acción. Los hábitos se consideran "erróneos y/o patológicos" cuando, como consecuencia de ello, se provocan alteraciones.

Un ejemplo de hábito correcto es la respiración nasal /abdominal en la que, al permanecer las arcadas dentales aproximadas y los labios sellados, la lengua se apoya en el paladar, promueve un ensanchamiento del mismo, un crecimiento adecuado de las estructuras tanto orales como, nasales, oclusales, faciales y no altera posturas corporales fisiológicas.

Por el contrario, un hábito erróneo como es la respiración oral, origina una pérdida de la relación de la lengua con el paladar, una lengua baja y anteriorizada con mayor apoyo mandibular que favorece la deglución con apoyo inferior, provocando alteraciones en el desarrollo de la cara con narinas pequeñas, labio superior corto, labio inferior caído y evertido, cara elongada con paladar ojival, alteraciones oclusales con mordida cruzada lateral, pérdida de la sensibilidad intraoral y alteraciones posturales cráneo-faciales secundarias al hecho de adelantar la cabeza para favorecer la respiración oral y desviaciones posturales raquídeas compensatorias.

Existen factores que inducen la aparición de malos hábitos, entre ellos destacamos la obstrucción de vías aéreas altas, la alimentación de tipo puré o muy blanda, el uso prolongado del chupete y/o biberón, la succión digital y la interposición labial.

La puesta en marcha de actuaciones preventivas se basa en promover y potenciar la respiración nasal-abdominal, mejorar el control lingual, conseguir una deglución adecuada, controlar la persistencia del

uso del biberón /chupete y evitar la succión digital.

Aunque existen más hábitos y parafunciones erróneas, los considerados en este trabajo son: Respiración oral habitual, patrones de deglución atípica, succión digital prolongada, uso inadecuado o prolongado del chupete y/o del biberón, interposición labial inferior, masticación inadecuada y expresiones faciales anómalas por desbalance muscular lingual con alteración oclusal.

EPIDEMIOLOGÍA DE LOS HáBITOS OROFACIALES ERRÓNEOS

Un porcentaje significativo, estimado en un 20%, de la población infantil presenta hábitos orofaciales incorrectos; su incidencia varía entre el 20 y 30% de la población infantil menor de 10 años⁽⁷⁻¹⁰⁾.

Una encuesta promovida en 1995 por la Sociedad Americana de Ortodoncia señala que la etiología de las maloclusiones es de origen respiratorio, succión digital o del chupete y/o por deglución atípica. Para ellos el tratamiento precoz con aparatología funcional estaría justificado en dentición mixta.

La oclusión dental se considera normal e ideal cuando existe una correcta relación molar y el arco dental superior sobrepasa ligeramente al inferior y a nivel anterior, los incisivos superiores muestran un ligero resalte y una ligera sobremordida con relación a los inferiores.

Está admitido que en la maduración de algunos hábitos deglutorios infantiles, sobre todo los que implican el dominio lingual, pueden darse situaciones intermedias en el proceso que, si son transitorias y no dan lugar a alteración estructural de la oclusión, deben ser vigiladas hasta su consolidación definitiva; si dan lugar a alteración oclusal, deben ser tratadas independientemente de la edad.

DESARROLLO NORMAL DE LAS FUNCIONES ORALES

Ya en época fetal, a partir de una gestación de 3 meses, el feto realiza movimientos respiratorios, de succión y deglución de líquido amniótico, precursores importantes en el desarrollo de la respiración y deglución postnatal. En la cavidad oral se realizan gran cantidad de funciones complejas que van madurando progresivamente desde época fetal, a medida que el niño va creciendo⁽¹¹⁻¹³⁾.

Respiración

El recién nacido es fundamentalmente un respirador nasal, y permanece con los labios aproximados o discretamente separados. El labio superior y los músculos faciales están flácidos e inmóviles en comparación con la actividad del labio inferior.

En el recién nacido y lactante la posición de la laringe y la epiglotis es elevada y cercana al paladar blando; el lactante joven es capaz de deglutir y respirar simultáneamente, la lengua ocupa toda la boca y está en contacto con las mejillas y el labio inferior y la punta no está desarrollada sino que es roma, afinándose a medida que se incrementa la necesidad de movilidad. La lengua muestra una afinidad sensorial con el labio inferior acompañando al labio si éste se dirige hacia delante.

A medida que el niño crece, la laringe desciende, la glotis pierde la proximidad con la úvula, la lengua sigue manteniendo la relación con el paladar blando. A los seis meses la mandíbula adquiere la posición definitiva con relación al maxilar superior cuando el niño es capaz de sujetar la cabeza y sentarse. La posición de la mandíbula varía en función de la posición de la cabeza.

En la respiración nasal normal no intervienen los músculos faciales ni la lengua, los labios permanecen juntos en reposo y sin una contracción consciente del orbicu-

lar, manteniéndose en contacto la lengua contra el paladar.

Succión

La succión del recién nacido/lactante tiene lugar por medio de una acción rítmica de bombeo; se produce una elevación inicial de la parte anterior de la lengua en forma de una onda antero-posterior seguida de una firme elevación de la mandíbula y de la contracción de la musculatura del suelo de la boca. Durante este ciclo también se produce una acción de presión negativa intraoral que ayuda a la extracción de la leche. En principio el mismo mecanismo se produce en el lactante con alimentación por biberón.

A los 4-6 meses de edad se produce el cambio a la alimentación mixta: en esta fase, la actividad, coordinación y fuerza de los labios ha aumentado considerablemente. El lactante es capaz de tomar alimentos semi-sólidos con cucharita y de beber de una taza, siendo el labio inferior capaz de evitar la fuga de comida y la deglución se realiza manteniendo separadas las arcadas dentarias.

Masticación

Es una actividad compleja encaminada a moler, mover y salivar los alimentos, preparándolos para la deglución. Existen ya movimientos premasticatorios de la mandíbula antes de la erupción dental siendo verticales en esta fase. El patrón masticatorio infantil está bien definido para el año de edad. A los 18 meses el niño es capaz de masticar carne y alimentos sólidos y los movimientos laterales de la mandíbula están perfectamente desarrollados, aunque en esta fase la masticación es una actividad voluntaria que requiere un esfuerzo de atención por parte del niño. A los dos años la masticación está más automatizada, habiendo madurado completamente a los 3 años de edad.

Deglución

Es el paso que sigue a la masticación y cuyo objetivo es el transporte del bolo alimenticio desde la boca al estómago. Existen tres fases en la deglución: la primera fase, intraoral en la que el alimento es transportado de la parte anterior de la boca a la parte posterior, en esta fase se distinguen dos actividades, la primera, la ya descrita y la segunda actividad o milohioidea, en la que pasa hacia la oro faringe. La segunda fase u orofaríngea el alimento pasa el istmo de las fauces y penetra en la orofaringe. En la tercera fase o esofágica el alimento es transferido al esófago.

En el lactante la deglución es una acción de tipo peristáltico de la lengua, que provoca una corriente de leche hacia abajo por un canal lateral a través de los senos piriformes a cada lado de la laringe, impidiendo la aspiración de contenido alimenticio, por la acción de una válvula funcional integrada por el paladar blando, el dorso de la lengua y la epiglotis, situada en posición alta, lo que permite simultanear alimentación y deglución durante los primeros meses de vida.

Durante la alimentación mixta, desde el primer año de edad hasta los 4-5 años de edad, el patrón deglutorio es transicional, dado que todavía no han erupcionado los dientes o están erupcionando y la deglución se realiza con las encías separadas la punta de la lengua se proyecta contra los labios, siendo precisa la contracción de las mejillas y labios para contener la lengua los músculos elevadores de la mandíbula van madurando, activándose gradualmente.

La erupción dental provoca que la lengua se apoye en las estructuras intraorales, idealmente en las rugas palatinas, los labios están relajados y no participan en la deglución. Este hecho define la deglución de tipo adulto o madura. La fase intraoral de la deglución tipo adulto tiene una significación especial con los hábitos y su meca-

nismo varía en relación al tipo de alimento y al estado del mismo. Los alimentos son recogidos en el dorso lingual y mantenidos en un surco formado por la eversión de los márgenes laterales de la lengua y la depresión del centro. Las desviaciones de la función lingual se relacionan con el mantenimiento de los patrones deglutorios de tipo infantil o transicional^(12,13).

Durante la acción de beber de un vaso los dientes no están ocluidos, la lengua anterior actúa como un mero canal de paso y la fase milohioidea se desarrolla con la creación de una presión oral negativa.

Durante la **dentición mixta** se producen cambios adaptativos en la oclusión que en general van corrigiendo espontáneamente las anomalías transitorias provocadas por la erupción del primer molar definitivo y las provocadas por los hábitos inmaduros.

FISIOPATOLOGÍA DE LOS HÁBITOS OROFACIALES ERRÓNEOS

El desarrollo craneofacial viene determinado por múltiples factores y se explica coherentemente con la hipótesis de la **matriz funcional** por la que el crecimiento óseo es el resultado secundario o compensatorio a fuerzas de los tejidos y órganos vecinos (musculares, periósticos y capsulares), asumiendo que otros factores: genéticos, endocrinos, nutricionales y ambientales, son normales^(7,8).

Los procesos de crecimiento facial están regulados por múltiples factores biomecánicos que siguen los principios de que "acciones de presión y tensión sobre el hueso provocan reabsorción y aposición, respectivamente" y "los dientes se movilizan hacia el lado de la presión y en contra del de tensión".

Estos principios de que la función afecta a la morfología son especialmente válidos

en el ámbito facial, ya que los huesos faciales son membranosos y responden más fácilmente a las fuerzas, siendo el hueso alveolar incluso más sensible. La morfología definitiva es el resultado de las acciones desarrolladas durante el crecimiento. Es de resaltar el papel de la función respiratoria, del tamaño y forma del espacio nasofaríngeo y su efecto en la dentición, en la morfología facial y en la oclusión.

Algunos hábitos orofaciales erróneos son el factor etiológico primario de una maloclusión; una vez producida la deformación de las estructuras. la actividad funcional adaptativa persiste incluso después de haber cesado el factor causal, causando más alteración. Un ejemplo de maloclusión adaptativa adicional se da en la mordida abierta por succión digital, con pervivencia de la maloclusión si la lengua sella el defecto oclusal. Esto hace perpetuar la mordida abierta anterior incluso después de la corrección de la succión digital.

Las maloclusiones debidas a malos hábitos pueden tratarse eliminando el factor causal con rehabilitación funcional. Las alteraciones oclusales atribuidas a causa morfogenética no suelen responder a rehabilitación funcional.

La participación de una **respiración oral** en la génesis de alteraciones oclusales es difícil de establecer, muchos niños presentan labios cortos, incompetentes o flácidos y son incapaces de mantener el sellado labial sin esfuerzo.

En casos de respiradores orales verdaderos, por hipertrofia adenoide/amigdalár, rinitis aguda / crónica, infecciones nasales, los labios no son incompetentes, solamente están separados para facilitar la respiración; aun cuando se resuelva la causa de obstrucción los labios no retornan inmediatamente al sellado normal.

La respiración oral y la incompetencia labial provocan un descenso de la mandíbula y de la lengua que, además que está

adelantada para no interferir con la respiración en el ámbito faríngeo, provocando la facies adenoidea con cara alargada y estrecha y narinas pequeñas. Como la lengua adopta una posición baja, pierde su contacto palatino, se produce un paladar ojival con estrechamiento palatino y disminuye el espacio para la erupción dental definitiva, provocando apiñamientos. El labio inferior se evierte con relación al superior y los incisivos superiores tienden a estar más proyectados.

En la respiración oral adicionalmente se produce una ligera rotación de la cabeza hacia detrás y un adelantamiento de la cabeza con relación al raquis para facilitar la respiración, estos cambios posturales afectan al balance muscular cérico-facial y secundariamente dan lugar a alteraciones compensatorias tardías a nivel del raquis^(6,12,14,17).

Se han descrito varios **patrones deglutorios anómalos o atípicos** y su relación con diferentes formas de maloclusión. La existencia de contracciones compensatorias musculares circunmolares y mentonianas durante la deglución apoyan este diagnóstico.

En el caso de deglución atípica existen dos tipos de patrón deglutorio atípico: el adaptativo y el endógeno, con controversia sobre su papel como factor etiológico primario de las maloclusiones. Para otros autores se trataría de un fenómeno adaptativo a un desarrollo anómalo primario. Se admite que ambos hechos se pueden dar y ser causa de maloclusión. En otros casos adaptativamente la lengua hace persistir la alteración oclusal al ayudar al sellado oral como, por ejemplo, en la mordida abierta por succión digital.

El adaptativo es frecuente, el sellado oral se produce por la protrusión lingual entre los incisivos con contacto entre la lengua y el labio inferior. No hay contacto dental y existe un excesivo tono supramento-

niano. Este patrón deglutorio provoca una oclusión anterior anómala con gran resalte de incisivos superiores (proyección hacia vestibular de incisivos superiores) y lingualización de incisivos inferiores. Se produce frecuentemente en presencia de succión digital/chupete o de una maloclusión de causa esquelética en el que, como consecuencia de la mordida abierta anterior, la lengua tiende a ocluir la maloclusión para lograr el sellado oral anterior.

La deglución atípica endógena, más rara. Es un verdadero hábito anómalo con persistencia de la deglución de tipo infantil, con proyección deglutoria lingual de causa primaria que da lugar a proinclinación de incisivos superiores y/o a una mordida abierta anterior. La incidencia de deglución atípica de tipo infantil es mayor al de casos de mordida abierta por lo que no cabe establecer una correlación absoluta entre ambas y estaría con relación con la fuerza y su duración. Es importante el diagnosticarla correctamente dado que un error de diagnóstico puede ser causa de recidiva.

La posición lingual anormal y la deglución atípica son causa de alteraciones oclusales variables según el tipo y la localización del empuje lingual. Hemos observado que patrones de deglución anómalos con apoyo anterior en incisivos inferiores o mandíbula mantienen un patrón lingual anterior y bajo, causando una mordida clase III. Patrones de deglución con apoyo interdental dan lugar a proyección incisal o mordida abierta. Patrones de deglución con apoyo lingual en incisivos superiores producen resalte y son causa de mordida clase II, a veces asociada a hipertonia labial inferior con lingualización de incisivos inferiores.

Está admitido que la postura y la forma lingual en reposo son más importantes que la funcional, la posición dental está más influenciada por las pequeñas y repetidas fuerzas de un hábito prolongado (incluso por la posición en reposo de partes blandas)

que por las grandes fuerzas intermitentes. Este mismo principio se ha de tener en cuenta en la terapia⁽¹¹⁻¹³⁾.

La **succión digital y del chupete** son movimientos de succión no nutritiva que se producen en casi todos los lactantes; son considerados normales, tienen poca repercusión en la mordida hasta los 3 años de edad, mantienen el patrón deglutorio infantil y retardan la maduración deglutoria.

La succión digital es muy común durante la lactancia y fase inicial de la niñez (hasta los dos años de edad se considera normal). Si persiste o se incrementa su intensidad a partir de los 3 años, suele producir trastornos oclusales con mordida abierta anterior, vestibulización de incisivos superiores, lingualización de los inferiores, asociada adaptativamente a constricción palatina y persistencia del patrón deglutorio infantil, manteniendo la proyección lingual deglutoria incluso en dentición mixta (Fig. 1).

La corrección es posible cuando el lactante pasa de la fase de succión a la de masticación, ya que es el momento entre el cambio de dirección de la actividad de la lengua y suele ser útil apartar el pulgar de la boca y sustituirlo por algo que sea masticable. Conviene buscar el factor causal del problema, muchas veces psicológico, de inseguridad o miedo.

Es importante la participación del terapeuta y del dentista explicando para mejorar la colaboración del niño y la participación de los padres para reforzar el apoyo a la eliminación del hábito, haciéndose necesaria a veces la participación del psicólogo.

Los aparatos correctores sólo son aconsejables cuando el niño tiene voluntad para interrumpir el hábito y necesita algo que le recuerde su objetivo. El uso indiscriminado de aparatos puede provocar reacciones adversas cuando es secundario a un trastorno psicológico.

La succión del chupete persistente también después de los tres años, puede ser

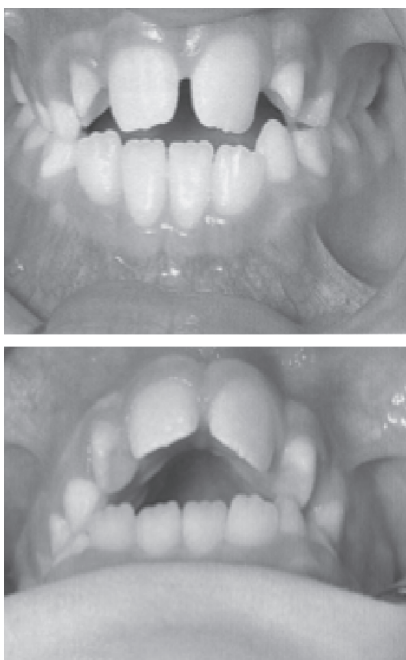


Figura 1. Succión digital.

causa de maloclusión dentaria similar a la succión digital pero, en general, revierten mejor tras la retirada del mismo, al ser más fácil su eliminación.

Los **hábitos labiales erróneos** abarcan una utilización errónea de los labios y de las estructuras peribucales, los más frecuentes son la incompetencia labial, la interposición labial y la succión labial.

La actividad del labio inferior tiene un papel significativo en el desarrollo de maloclusiones, en la planificación del tratamiento y en la estabilidad / recidiva del mismo, al servir de guía en la erupción de los incisivos permanentes tanto superiores como inferiores.

El grado de incompetencia labial es variable. En casos moderados los labios pueden aproximarse con un esfuerzo muscular voluntario de la musculatura del mentón, en casos graves no es posible el contacto labial. Aproximadamente el 50% de los niños presentan incompetencia labial a los 11 años, posiblemente debida al menor desarrollo del tercio inferior de la cara, esta incidencia se reduce al llegar a la edad adulta,

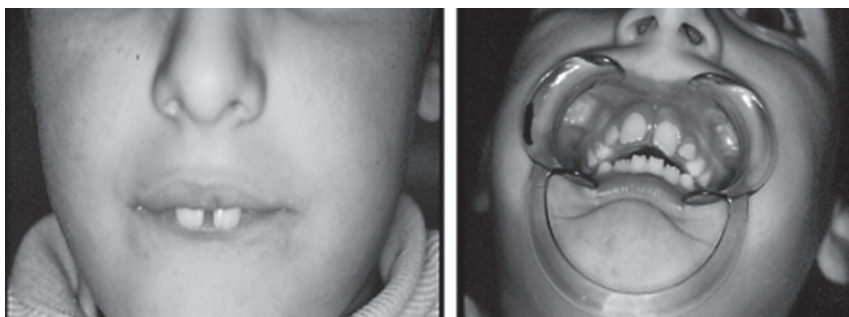


Figura 2. Interposición labial.

posiblemente por un esfuerzo consciente por condicionantes sociales.

El exceso de tensión muscular a nivel del labio inferior inducido por deglución atípica con proyección y la dificultad para el sellado oral, pueden dificultar la corrección del resalte en casos de maloclusión clase II división 1⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

En la interposición labial inferior, el labio inferior se introduce por detrás de los incisivos superiores, lo que provoca una presión hacia lingual de los incisivos inferiores y otra hacia vestibular sobre los superiores, que da lugar a un excesivo resalte. La base fisiopatológica de este hábito es el exceso de tensión a nivel del orbicular inferior y del músculo del mentón (Fig. 2).

Su etiología puede ser primaria y en gran medida es el causante del excesivo resalte incisal superior. En otras es secundaria a un verdadero hipodesarrollo mandibular, en estos casos la hipertonía labial inferior no es intensa sino adaptativa.

La succión labial suele estar relacionada con problemas neurológicos en este caso, se da más frecuentemente con el labio inferior y provoca las mismas alteraciones oclusales que la interposición labial inferior.

BASES MIOFUNCIONALES PARA LA CORRECCIÓN DE LOS HÁBITOS ANÓMALOS

Antes de establecer una terapia es preciso profundizar en los mecanismos anor-

males de cada paciente; esta aseveración que parece lógica, se hace difícil en la boca por la dificultad de explorar la actividad de la lengua y la deglución. Si realizáramos un diagnóstico funcional de las anomalías deglutorias, las posibilidades terapéuticas individualizadas posiblemente sean más exitosas^(6,12-16).

Es preciso establecer, a partir de la observación del niño en actitud relajada (a veces condicionada por el hecho de ser examinado) y con la cabeza en postura natural, percibiendo la actitud basal de la respiración, el estado funcional de los labios, mejilla y la lengua en reposo y deglución y su posible papel en las anomalías dento-faciales.

La sistemática de exploración que utilizamos comienza con la evaluación del tipo de respiración y sus repercusiones sobre la actitud del labio inferior, forma del paladar óseo y sobre la postura cefálica, torácica y de extremidades. Continúa con la observación intraoral y la oclusal del tipo de mordida y sus alteraciones a nivel anterior y lateral. Observación del tipo de apoyo deglutorio, la coexistencia de gestos comisurales y faciales nos hacen sospechar un patrón deglutorio anómalo; el examen de la actividad lingual intraoral no es fácil de realizar, habitualmente nos ayudamos con la separación de los labios por un depresor o los dedos en el momento de deglutir, la dificultad de separar los labios refuerza la posibilidad que existe una anomalía deglutoria^(12,16).

En los casos de descontrol lingual y deglución anómala, el tipo de terapia a utilizar depende del problema, es fundamental evaluar /explorar pormenorizadamente los grupos musculares que presentan un exceso de actividad para rebajarla y potenciar los músculos que están poco estimulados. En general existe un exceso de fuerza posterior lingual por lo que desaconsejamos los ejercicios de exteriorización y de proyección lingual. Una vez establecido el diagnóstico causal y el tipo de disfunción músculo esquelético y oclusal, el objetivo final es desarrollar un hábito fisiológico correcto automatizado.

En un estudio prospectivo en 100 niños con malos hábitos orofaciales, hemos observado que, con la rehabilitación miofuncional, a los pocos meses se producen cambios apreciables, pero éstos no se consolidan si no se produce la automatización correcta, por lo que el éxito de la terapia se basa en lograr la automatización e integración del nuevo hábito en un nuevo esquema corporal, ello obliga a la repetición correcta de los ejercicios varias veces al día con la supervisión y apoyo de los padres⁽⁶⁾.

Los objetivos terapéuticos llevan una secuencia, se inician por la rehabilitación de la respiración y de la postura alterados; se continua con la mejora del control lingual y la corrección de la deglución anómala. En todo el proceso es fundamental buscar equilibrios musculares. Para nosotros es fundamental la participación de los padres tanto en la fase de aprendizaje como en la de automatización correcta.

En caso de respiración oral, se estimulara el aprendizaje de la respiración nasal -abdominal, el sellado labial y la corrección de las alteraciones posturales, su automatización e integración en el esquema corporal.

En gran número de casos se asocian respiración oral y deglución atípica; cada parte que se altera o sobre la que se interviene

tiene repercusiones en todo el sistema, incluso en otras muy lejanas así, cambios posturales cefálicos provocan interacciones neuromusculares que repercuten e interaccionan a niveles cervical y raquídeo, por lo que debemos individualizar la terapia de acuerdo con la maduración neurológica⁽¹²⁻¹⁴⁾.

La terapia miofuncional en deglución transicional esta desaconsejada, sin embargo en nuestra opinión la presencia de alteraciones oclusales ya en edades tempranas indican la realización correctiva precoz de la misma, porque disminuyen la acción sobre la matriz funcional, facilitan la maduración deglutoria y el hábito está menos asentado, pero se hace más tediosa por la limitada colaboración del niño.

En deglución adulta la terapia miofuncional se orienta a la corrección de la causa cuando haya provocado maloclusión. En caso de deglución atípica simple la corrección del hábito es relativamente sencilla, con terapia miofuncional encaminada a promover el control muscular lingual estabilizando la acción los grupos musculares, a veces disminuyéndola en los que trabajan en exceso y a la corrección de las disfunciones musculares periorales y mentonianas compensatorias.

En la deglución atípica compleja (síndrome de proyección lingual /*tongue thrust*) con protrusión/tracción lingual y mantenimiento de la deglución infantil, el tratamiento no se debe centrar exclusivamente en la corrección del trastorno deglutorio se requiere la ayuda adicional de aparatología funcional, ya que el tratamiento de la maloclusión contribuirá a la maduración del patrón deglutorio^(12,13,18).

La terapia miofuncional en casos de incompetencia labial no provoca un significativo aumento de la longitud labial, pero parece que promueve el desarrollo neuromuscular, siendo difícil de distinguirla de la maduración normal.

COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

El aprendizaje y la adquisición de hábitos orofaciales correctos conllevan la utilización correcta de los músculos orofaciales y de la lengua, no presupone la realización de terapia miofuncional pero sí la utilización de los principios aplicables a este tipo de terapia, consiguiendo un desarrollo armónico de la cara y una prevención de las maloclusiones.

Se ha optado por la participación de los pediatras y los padres por su proximidad a los niños, receptores de la propuesta, a través del conocimiento y la implementación de técnicas básicas sencillas que ayuden a la maduración orofacial correcta y una influencia preventiva de los hábitos erróneos. Insistimos en evitar el uso prolongado del chupete, en la práctica de una correcta limpieza de secreciones nasales y en evitar prolongar la administración de purés después de los 2 años de edad, ya que la masticación es el mejor entrenamiento para el dominio lingual.

La participación de los pediatras y logopedas se ha incrementado significativamente en nuestro entorno, fruto de las acciones realizadas hasta el presente y de la colaboración mutua. Es necesaria una mayor comunicación con los dentistas y ortodontistas. El calado social de la importancia de los hábitos y su asentamiento en el estilo de vida de la población infantil es más difícil de lograr.

Estamos planteando actitudes de educación para mejorar la salud infantil y no exclusivamente la bucodental y orofacial, sino la mejora de la capacidad pulmonar con la adquisición de la respiración nasal abdominal para el beneficio del niño. Igualmente, el correcto uso y dominio de la lengua para masticar y deglutir va a facilitar la adquisición de la articulación del habla. Si logramos reducir la incidencia de malos hábitos orofaciales el esfuerzo estará justificado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zambrana N, Dalva L. Logopedia y ortopedia maxilares en la rehabilitación orofacial. Tratamientos precoz y preventivo. Terapia miofuncional. Ed. Masson, SA, 1998.
2. Peterson JE, Scheider PE. Oral habits. A behavioural approach. *Pediatr Clin NA* 1991;38:1289-1307.
3. González Landa G. Plan de promoción de hábitos orofaciales correctos en la población infantil de Vizcaya 2002. Proyecto del XIV Curso de Gestión Sanitaria del Gobierno Vasco.
4. González Landa G, Sánchez-Ruiz I, Pérez González V, Díez Rodríguez R, De Celis Vara R, Sánchez Fernández L. Interrelaciones entre ortodoncia y logopedia en el tratamiento de las fisuras labiopalatinas. *Ortodoncia Española* 1999;39:156-160.
5. Sánchez-Ruiz I, González Landa G, Pérez González V, Sánchez Fernández L, Prado Fernández C, Azcona Zorrilla I, López-Cedrún JL, De Celis Vara R. Sección del frenillo sublingual. ¿Son las indicaciones correctas? *Cir Pediatr* 1999;12:161-164.
6. Sánchez-Ruiz I, González Landa G, Pérez González V, de Celis R, Sánchez -Ruiz L, Sanchez Fernández C. Resultados de la terapia miofuncional en la corrección de hábitos orofaciales erróneos en niños. Póster presentado en el Congreso de la Sociedad Española de Odontopediatría. Salamanca, 2003.
7. Houston WJB, Stephens CD, Tulley WJ. Eds. *A textbook of orthodontics*. 2ª ed. 1992 Oxford, Wright..
8. Graber TM, Rakosi T, Petrovic AG. *Dentofacial orthopaedics with functional appliances*. 2ª ed. 1997, St Louis. Mosby-Year book.
9. Christensen J, Fields H. Hábitos bucales. En: Pinkham JR, ed. *Odontología pediátrica*, México 1991. Interamericana-Mc Graw-Hill.
10. Canut Brusola JA. *Ortodoncia clínica*. Barcelona. Salvat. 1988.
11. Moyers RE. *Handbook of orthodontics*. 4th ed. Chicago. Year Book Med Pub. 1988
12. Hanson ML, Mason RM. *Orofacial myology. International perspectives*. 2ª ed. Springfield. Charles C Thomas pub. 2003.
13. Proffit WR, Mason RM. Myofunctional therapy for tongue thrusting: background and recommendations. *J Am Dent Assoc* 1975;90: 403-411.
14. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Contemporary orthodontics*. 4th ed St Louis. Mosby. 2006.
15. Mc Donald RE, Hennon DK, Avery DR. Diagnóstico y corrección de los trastornos menores de la dentición en desarrollo. En: Mc Donald RE, Avery DR. Eds. *Odontología pediátrica y del adolescente* 6ª ed. Madrid, Harcourt Brace. 1995.
16. Sánchez-Ruiz I, González Landa G, Pérez González V, de Celis R, Sánchez Fernández L, López-Cedrún JL. The value of myofunctional therapy in the rehabilitation of cleft lip and palate young children. *Proceedings of the 7th european craniofacial congress*. Ed. E Giuliani: Medimond Bolonia 2003,75-80.
17. Martínez Medina IA, Navarro Montes CS, Rattia Martínez F, Sánchez Aguilera F. El dolor de espalda causado por malposiciones dentarias (Quinesiología dental, posturología, odontología del deporte). *Gaceta Dental* 2003; 135:68-88.
18. Haruki T, Kishi K, Zimmerman J. The importance of orofacial myofunctional therapy in pediatric dentistry. Reports of two cases. *ASDC J Dent Child* 1999;66:103-109.