



19  
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

## MALOS HABITOS

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA  
p r e s e n t a  
ALICIA VERONICA SOLIS KITSU

*Alicia Verónica Solís Kitsu*

México, D. F.

18304

1979



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

	Página
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
HABITO DE SUCCIONARSE EL PULGAR U OTROS DEEDOS	
Etiología	1
Manifestaciones Clínicas	10
CAPITULO II	
INTERPOSICION DE LA LENGUA	
Etiología	16
CAPITULO III	
HABITO DE SUCCIONARSE O MORDERSE EL LABIO	
Etiología	28
CAPITULO IV	
RESPIRACION BUCAL	
Etiología	34
CAPITULO V	
OTROS HABITOS	
A) Bruxismo	39
B) Morderse las uñas	40
C) Postura	41
CAPITULO VI	
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	
A) Diagnóstico	43

B) Plan de Tratamiento	61
1.- Técnicas para tratar los hábitos	
a) Succión del Pulgar	73
b) Interposición Lingual	78
c) Respiración Bucal	80
d) Mordedura de Labios	82
CONCLUSIONES	85
BIBLIOGRAFIA	87

## INTRODUCCION.

El vocablo "Hábito" viene de la palabra latina "Habitud" que significa carácter, relación ó costumbre.

Se ha definido "Hábito" como toda costumbre adquirida por la repetición de actos de la misma especie.

En la vida psicológica todo acto deja cierta disposición o mayor facilidad para obrar en la dirección de la menor resistencia: de aquí nace la división de buenos y malos hábitos; pero aunque todos los hábitos perniciosos son malos, no todos los malos hábitos son perniciosos.

En ortodoncia se consideran como malos hábitos, a ciertos actos como son el succionarse el dedo o como vulgarmente se dice chuparse el dedo, morderse la lengua, adquirir posiciones posturales defectuosas, etc., los cuales, al ser repetidos frecuentemente determinan en algunos casos serias repercusiones anatómicas y funcionales en el aparato masticatorio y debido a ello, se les ha denominado como Malos Hábitos, Hábitos Orales, Vicios de la Boca, Hábitos Perniciosos, etc.

El Cirujano Dentista de práctica general debe tener ciertos conocimientos ortodóncicos; como reconocer, y prevenir las maloclusiones. Porque los problemas causados por los malos hábitos, casi siempre serán observados pri-

mero por el Cirujano Dentista de práctica general y no en el del especialista.

Espero que esta tesis sirva como base para quienes se preocupan por una anomalía tan común y pocas veces atendida.

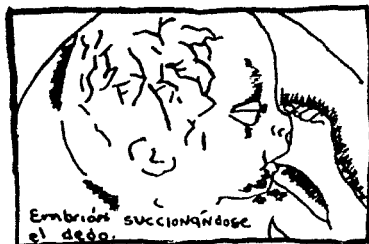
## CAPITULO I

## HABITO DE SUCCIONARSE EL PULGAR U OTROS DEDOS

Etiología.

La etiología de éste hábito aun cuando no se ha llegado al fondo del problema para determinar su verdadera etiología e influencia sobre las estructuras de la boca, y si bien, la mayoría se inclina por atribuirles trastornos emocionales puede ser de origen mecánico ó psicológico.

La etiología es muy difícil de precisar, pero debemos recordar que el recién nacido tiene los receptores y las vías de conducción profundas de todos los órganos sensoriales los cuales actúan en forma funcional y los estímulos no llegan a la cabeza sino solo hasta el tronco cerebral; por eso es que los estímulos luminosos: auditivos, olfatorios y táctiles, responden en forma refleja sin la intervención de la conciencia. En el recién nacido los centros cerebrales de la succión y de la respiración se encuentran muy desarrollados.



Se dice que el acto de la succión, ya sea del pulgar, los labios o algunos objetos, es muy complejo pero el recién nacido lo domina -

instintivamente y de inmediato, o bien al cabo de pocos días. El resultado es que es tan fácil adquirir el hábito de succionarse el pulgar, los labios o algunos objetos, los cuales ocasionan deformaciones en los maxilares debido a la plasticidad del hueso.

De acuerdo a lo antes mencionado se puede decir que, uno de los motivos principales de su etiología es el cuidado inadecuado del recién nacido, ya que encontramos madres que por tener aversión al amamantamiento normal alimentan a sus hijos por medio de biberones.

Se dice que la principal función del aparato masticatorio infantil es la de mamar, ya que esta función es de suma importancia para la actividad muscular que sirve para el desarrollo de los maxilares, de los músculos de la boca y sobretodo de la articulación temporomandibular. - Esta función se puede dividir en dos fases: aprehensión y succión. En la primera fase el niño aprehende el pezón y la aréola mamaria, y al descender la mandíbula se hace el espacio especial de la succión: sin embargo las fuerzas - en esta posición de succionar no son suficientes para succionar toda la leche del seno, sino solo la de los conductos galactóforos. (fig. 1) En la segunda fase, ya que el pezón accionado y la aréola mamaria se encuentran cerradas debido a sus características anatómicas; aquí se efec



tua la succión completa, o sea ordeña el seno materno. - La mandíbula se traslada de su posición de descanso anterior, hacia adelante, hasta que su borde del proceso alveolar incisal se encuentre con el del maxilar. Entonces con un movimiento de fricción de delante hacia atrás, se extrae la leche; (fig. 2) al fluir la leche, la lengua se coloca sobre el pezón en forma de cuchara para poder ser deglutida con facilidad. Una vez efectuado ésto, la mandíbula regresa a su posición inicial a formar el espacio succional y repitiéndose sucesivamente la función.

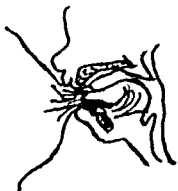


fig. 1



fig. 2

Cuando un niño es alimentado de biberon todas las -- fuerzas musculares no son suficientes para dicha función. Además que al ser alimentado, la presión del biberon hace que el niño respire por la boca. Por medio del biberon -- el niño no hace casi ningún esfuerzo muscular para su fun -- ción y la vacía rápidamente. La alimentación sola de bi -- beron es un factor muy importante para el desarrollo de -- las anomalías maxilofaciales y muy especialmente en los --

hábitos de la succión.

Existen varios factores que nos conducen al desarrollo del hábito de succionarse el dedo:

1.- Alimentación: a) la alimentación inicial pudo haber sido dado rápidamente, b) que el niño recibió poco en cada alimento, c) que también pudo haberse producido demasiada tensión durante la alimentación, d) simplemente faltó el calor maternal, y e) el biberón como anteriormente había enunciado.

Según Moyer, los niños criados por medio de biberón muestran con más frecuencia el hábito de succión, si es que el biberón o la botella es usada para tranquilizarlos ó dormirlos. De éste modo una vez que termina la crianza con el biberón, el niño aprende a chuparse el pulgar u otro dedo para irse a dormir.

Si un niño no recibe una experiencia adecuada de chupeteo durante la alimentación, es de suponer que éste niño presentará una mayor conducta de chupeteo entre los alimentos. Pero si se le impide al niño que chupeteé, puede posteriormente ocasionar desajustes o incurrir en un tipo de compensación que implique un alto grado de actividad oral, como por ejemplo, el comerse las uñas. Esto puede tener ciertas dudas debido a que existen dos razones: la primera lo

afirma, que dice que un evento en la infancia, como la experiencia de chupeteo inadecuado, puede ser la causa de un desajuste determinante o un tipo de ajuste en la vida posterior. La duda no está en que eventos anteriores determinen la conducta futura, sino en el lapso tan largo transcurrido y en no tomar en cuenta las posibles influencias de otros eventos que ocurren durante dicho período. Es decir que los niños experimentan continuas modificaciones de conducta que pueden influir en ellos o no; estas podrían ser como imposiciones, amenazas de castigos, lisonjas, halagos, etc., por parte de sus padres, hermanos, tíos, familiares, amigos, etc.

La segunda razón de duda de éste párrafo es de procedimiento práctico. En 1948, Davis, Miller, Brodberck y Sears juntaron a un grupo de niños (60), el cual fué dividido en tres subgrupos. El primer grupo de niños fue alimentado por medio de una taza, el segundo grupo por medio de un biberón y el tercero con pecho. Esto fue durante los primeros diez días de su vida. El resultado de éste experimento fué, los del primer grupo que era de suponerse tenían la mínima experiencia de chupeteo, deberían tener la necesidad de succión mayor según el postulado de experiencia inadecuada.

cuada de chupeteo. Pero fue mínima la necesidad de chupeteo. Los alimentados por biberón tenían una experiencia intermedia, por lo tanto el chupeteo fue casi igual que el del primer grupo. El tercer grupo -- que se suponía tenía la mayor experiencia y que la necesidad de succión sería débil, resultó todo lo contrario.

- 2.- La inseguridad del niño, que puede ser producida por falta de amor y ternura materna, desencadena al hábito de succión. Este es un factor de aspecto psicológico, ya que puede estar relacionado con hambre o con un deseo de llamar la atención.

El chuparse el dedo surge de una relación progresiva de estímulo y recompensa, que desaparece espontáneamente a menos que se convierta en un mecanismo para atraer la atención, lo cual no conduce a ninguna tranquilidad doméstica.

- 3.- Un reflejo neuromuscular innato, que se observa desde el nacimiento. Cuando un niño nace, desarrolla un patrón reflejo llamado "reflejo de succión". Este reflejo le permite al niño alimentarse de inmediato de su madre. Evidentemente, el patrón de succión del niño responde a una necesidad; la necesidad de agarrarse no resulta obvia. Lo que hace realmente que éste

reflejo de succión sea marcadamente preeminente es el calor de la leche que llega al cuerpo del niño y el alivio del hambre.

Si se observa un niño en su primer año de vida, se verá su relación con el medio externo a través de sus actividades bucales, y también por medio del tacto.

Una vez que se hayan desarrollado el sentido de la vista del niño, éste tomará todo lo que vea y lo llevará a la boca, lo cual lo chupará, lo lamirá y los examinará por medio de las sensaciones bucales, para probar que el niño lo hace no para saciar el hambre, sino para conocer su mundo exterior.

El hecho de succionarse un dedo o cualquier objeto, produce cierta estimulación en los labios, boca, lengua, encía y las superficies de las mejillas. Esta estimulación tiene una función auto-reforzante, ya que si los objetos que son introducidos en la boca son blandos y calientes, dan la impresión de alimentos o de bienestar pasados.

Se puede incluso asegurarse que el dedo dentro de la boca es el sustituto de la madre. El acto de tener algo en la boca y de succionar lo satisface, y también el de arrancárselo. Algunos consideran que

la succión del pulgar es el primer síntoma de desarrollo de la independencia o separación entre la madre y el niño.

El chupeteo en general, ésta fortalecido por los estímulos que produce. Esta frase deduce el porque - existe la succión del pulgar o hasta incluso el dedo del pie.

- 4.- Según Freud el hábito de succionarse se relaciona con lo sexual. "La persistencia obstinada del niño en el chupeteo en una etapa temprana, existe una necesidad de satisfacción la cual, aunque se origina y se estimula por la alimentación, busca, sin embargo, obtener placer independientemente de la alimentación y por esa razón puede y debe ser descrita como 'SEXUAL'".

(pag. 175; Bijou y Baer,)

- 5.- También se ha visto que en muchos niños lo adquieren cuando erupcionan los dientes temporales, dicen varios autores que esto se debe a que los dientes necesitan cierta función o masaje que los alimentos blandos no se los proporcionan.
- 6.- El hábito de succionarse, se origina entre el primer y quinto año de vida. El hábito en algunos niños desaparece alrededor de la edad de cuatro años, pero — existe la posibilidad de que tarde en desaparecer.

- 7.- Si existe una afección molesta en la boca, puede estimular a introducir uno o varios dedos a la boca, lo cual puede ocasionar el hábito de succionarse el dedo o el hábito de morderse las uñas.
- 8.- Es muy frecuente en éste hábito que el niño se acompaña de un hábito secundario con la mano libre, como es el jularse el lóbulo de la oreja, o rascarse la cabeza, o apretar algún objeto o tirarse del pelo o hurtarse la nariz, o acariciar la sábana o la almohada o algo suave.

Se le llama "Compulsivo" al hábito de succión -- cuando el niño se lleva el dedo a la boca, para sentir seguridad cuando siente los problemas del mundo -- que lo rodea. De esta forma logra su satisfacción -- que ansía. El hecho de succionarse el dedo es más -- bien un camino de descarga del cerebro, en el cual se llen las descargas aferentes.



## MANIFESTACIONES CLINICAS

En condiciones normales, los dientes y sus estructuras de soporte que los rodean se encuentran influenciados constantemente por su medio muscular.

La lengua aunque se encuentre en posición de descanso siempre ejerce cierta presión en los dientes sobre sus caras linguales. También los músculos que rodean la boca ejercen presión por la cara bucal o labial de los dientes.

La acción principal de estos músculos es la de formar un vacío en la cavidad oral, para permitir la entrada de aire o de los fluidos. La musculatura perioral en la succión normal permite disminuir momentáneamente la anchura de la cavidad oral. Lo cual crea el vacío necesario para succión y la deglución. Durante este acto de succión se ejerce presión sobre los dientes anteroposteriormente. El músculo buccinador se contrae en la succión y ejerce presión bucal hacia lingual sobre todos los dientes tanto anteriores como posteriores. También el orbicular de los labios ejerce presión en las caras labiales de los dientes anteriores. Y la lengua ejerce la presión contraria a la de los músculos mencionados antes, o sea de lingual hacia vestibular.

Cuando la succión es un hábito, la introducción del



dedo a la cavidad oral deprime a la lengua contra el piso de la boca, y ocasiona que el arco superior se deforme. - La lengua se colocará en el espacio que se encuentra entre los incisivos superiores e inferiores, en los lapsos de descanso de la succión digital. La lengua se desalojará en los espacios que sean mayores a los espacios dados en la posición de descanso, lo cual indica que la interposición lingual le sigue al hábito de la succión. Aunque puede suceder lo contrario, o sea empezar de hábito lingual y producir el hábito de la succión.

Los efectos de los malos hábitos se observan en: el crecimiento anormal o retardo del crecimiento del hueso, en la mal posición dentaria, en los hábitos defectuosos - al respirar, en la dificultad al hablar, en alteraciones en el equilibrio de la función muscular facial, en problemas estéticos y psicológicos.

La succión digital puede ocasionar maloclusión, pero esto varía según la intensidad, la frecuencia y el tiempo que duró el hábito. Algunos autores hicieron estudios sobre este hábito y resultaron que: Kjellgren, en 167 niños chupadores de dedo, el 87% presentaba maloclusión; Popovich, en 689 niños de edad 3-12 años, el 52% tenían maloclusión atribuida a malos hábitos.

En el hábito de la succión del dedo es muy frecuente

encontrar la maloclusión Clase II división I. Esto fué - demostrado en un estudio realizado por Graber. Pero esto no quiere decir que todos los succionadores de dedo deben tener maloclusión, esto depende de muchos factores y de cada individuo.

Hay casos en que niños que se succionan el dedo y no les causa deformidad dento-facial; pero también es cierto que el hábito de succión del dedo causa los peores problemas de maloclusión. La causa de la gravedad o de la falta de gravedad depende de ciertos factores como son:

- A) El lapso durante el cual operan las fuerzas.
- B) La intensidad de las fuerzas.
- C) La dirección.
- D) El estado de salud, fisiologismo y estado general de las estructuras involucradas.

Se pueden agregar otros factores a los mencionados. Las malas oclusiones causadas por el hábito de succionarse el dedo pueden encontrarse superpuestas a otras maloclusiones ocasionadas por otros factores como son: las causas locales, la herencia y los defectos congénitos. Si existe una maloclusión de origen genético, el hábito de succionarse el dedo será un hábito secundario y dificultará el tratamiento.

Las manifestaciones clínicas son en los dientes y en

Las estructuras de soporte, ya que los dientes tienden a moverse hacia donde no existe el balance de las fuerzas, existiendo la posibilidad de movimiento de los dientes, - ya que el hueso responde a la presión que se le ejerce. - La presión muscular ocasiona el movimiento dentario en varias direcciones, hasta que las fuerzas distorcionadas -- forman un balance nuevo. Este balance anormal ocasionará problemas dentales y deformaciones faciales, claro, dependiendo de la naturaleza, la intensidad, la dirección y la duración de la presión muscular.

La maloclusión más común producida por los hábitos orales es la mordida abierta con o sin protrusión dental - del maxilar. El tipo de maloclusión que ocasiona el succionarse el dedo, depende de la posición del pulgar, la asociación de las contracciones de las mejillas, y la posición de la mandíbula durante el succionamiento.

La mordida abierta es la más común, el overjet se aumenta, y el labio inferior forma una especie de cogín lingual a los dientes incisivos superiores durante su fun---ción y su descanso. Esto ocasiona el empuje de los incisivos superiores hacia adelante, acompañado de un empuje lingual de los incisivos inferiores, con actividad anor--mal muscular de la lengua y del labio inferior causando - daño que siempre se le atribuye al hábito de succión.

Las anomalías provocadas por el dedo son:

- 1) La labialización de los incisivos superiores con posible diastema, es causada por la colocación del dedo — dentro de la boca continuamente.
- 2) Proyección de la premaxila hacia adelante deformándolo éste por ser un cuerpo duro tienden a ejercer presión en premaxila y en los incisivos superiores, proyectándolos hacia adelante.
- 3) Lingualización de los incisivos inferiores con apiñamiento.
- 4) Estrechamiento del arco maxilar, es debido a la fuerza de los músculos de los carrillos que origina la succión. Los músculos intervienen moldeando los huesos y dirigiendo su crecimiento, ya que el hueso es un tejido plástico que reacciona a las presiones que continuamente se ejercen sobre él.
- 5) Aumenta la sobremordida horizontal.
- 6) El estrechamiento del arco ocasiona que los segmentos laterales superiores se palatinizan, por la acción del buccinador y se forme la mordida cruzada posterior.
- 7) La prominencia de los incisivos superiores los hace — vulnerables a accidentes de fracturas.
- 8) La mordida abierta ocasiona empuje de la lengua y dificultad al hablar.

- 9) El labio superior se acorta y se vuelve hipotónico -- por la protrusión de los incisivos superiores.
- 10) Los músculos del labio inferior se vuelven hipertónicos y los del mentón también.
- 11) El tipo de oclusión que ocasiona este hábito es de -- Clase II, división I.
- 12) Puede ocasionar otros hábitos como la respiración bucal, el hábito de morderse el labio inferior.
- 13) Problemas funcionales.
- 14) Problemas estéticos.
- 15) Problemas psicológicos.

## CAPITULO II

## INTERPOSICION DE LA LENGUA

Etiología.

La lengua y los labios están integrados y sincronizados en su actividad; así puede inferirse la malfunción lingual así como la de los labios y de la musculatura facial.

En una postura mandibular, el dorso de la lengua toca el paladar ligeramente mientras la punta descansa normalmente en las fosas linguales o en los cuellos de los incisivos inferiores. Las posiciones anormales que se encuentran son (1) la punta sobre los incisivos inferiores produciendo una mordida abierta, y (2) una lengua retracada o "levantada", que no produce maloclusión.

Es necesario observar la lengua durante la deglución inconsciente, la deglución indicada de saliva, la deglución indicada de agua y la deglución inconsciente durante la masticación.

La postura anormal de la lengua ha sido relacionada con la morfología esquelética, por ejemplo: en esqueletos Clase III severos, la lengua tiende a estar por debajo del plano de oclusión (fig.1) y en esqueletos faciales Clase II, con un plano mandibular casi no, la lengua ---

tiende a posiciones adelantadas (fig.ii).

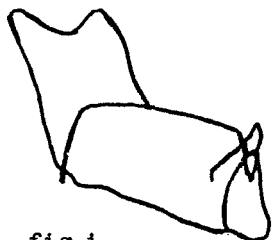


fig.i

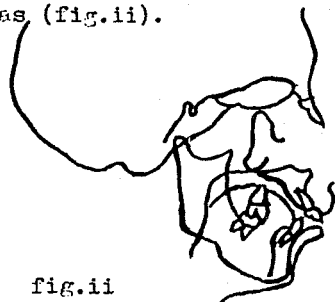


fig.ii

Pueden verse dos variaciones significativas de la -- postura normal de la lengua: la lengua retractada o "le-- vantada", en la cual se observa la punta retirada de to-- dos los dientes anteriores, (fig. a), y la postura lin-- gual protractada, en la que la lengua en descanso está en tre los incisivos (fig. b).

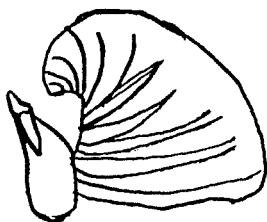


fig. a

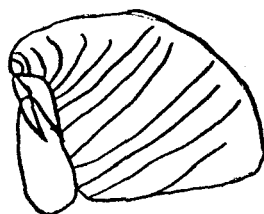


fig. b

La postura de la lengua retractada, se ve en menos -- del 10% de los niños; pero es más frecuente en los adul-- tos desdentados. Aunque la lengua retractada es inesta-- ble para las dentaduras artificiales inferiores, no se co-- noce aun su significación en la adolescencia. La postura

lingual protractada, puede ser un problema serio, ya que suele provocar una mordida abierta.

La función anormal de la lengua, puede notarse durante la deglución, la masticación, o la dicción y, por ejemplo: la succión de la lengua, se observa raramente y sus necesidades terapéuticas son principalmente psicológicas, no dentarias, a esto se le llama actividades linguales caprichosas.

La deglución puede verse cuando el paciente se sienta derecho en el sillón dental, con el plano de Frankfurt paralelo al piso; observándose varias degluciones inconscientes, y luego se le coloca una pequeña cantidad de agua tibia debajo de la punta de la lengua y se le pide que degluta, notándose los movimientos mandibulares. En la deglución normal, la mandíbula se eleva a medida que los dientes se juntan durante la deglución, y los labios se tocan ligeramente, mostrando escasamente algunas contracciones.

Los músculos faciales no se contraen en la deglución madura normal, para observar su función se le coloca la mano sobre el músculo temporal, presionando levemente con las puntas de los dedos contra la cabeza, con la mano en esta posición se le dá más agua y se le pide que repita la operación. Durante la deglución normal, puede sentir-



se que el músculo temporal se contrae, mientras la mandíbula se eleva y los dientes se mantienen juntos.

Durante las degluciones con dientes separados, no se notarán contracciones del temporal, si se le coloca un espejo bucal, en el labio inferior y se le pide al paciente que trague saliva; los pacientes con deglución normal, -- pueden completar una deglución indicada de saliva mientras se mantiene al labio en esa posición, quienes degluten con los dientes separados, tendrán la deglución inhibida por la depresión del labio, ya que se necesitan fuertes contracciones del mentoniano y los labios.

La deglución infantil normal, se ve solamente antes de la erupción de los dientes anteriores en la dentición primaria y, por lo tanto, se descubre raramente en el examen dental. Durante la deglución infantil normal, la lengua descansa entre las almohadillas gingivales y la mandíbula es estabilizada por fuertes contracciones de los músculos faciales. El buccinador es especialmente fuerte en la deglución infantil.

La deglución madura normal, se caracteriza por la ausencia de actividad del labio y carrillo, pero los elevadores mandibulares se contraen, llevando los dientes a oclusión, encerrando así la lengua en la cavidad bucal.

El acto de la deglución infantil se efectúa con la -

boca ligeramente separada, porque la lengua está colocada entre los rodetes gingivales.

Cuando el alimento es llevado a la boca, se forma -- una depresión en la parte central de la lengua, la cual -- se oblitera de adelante hacia atrás de manera que el flujo se traslada hacia la porción posterior de la lengua. -- La acción de la lengua en la deglución a manera de émbolo está íntimamente relacionada con la lactancia. El pasaje del alimento a la boca-faringe se acompaña de un abulta-- miento posterior de la lengua, el que a su vez se produce por la elevación de la mandíbula y la contracción de la -- boca.

Los rebordes gingivales no van a contactar, pero se contraen los labios, en especial el inferior y las mejil-- llas para buscar la lengua, la cual va a estar extendida entre las encías hacia adelante y hacia los lados. En la infancia, los carrillos pasan entre los rodetes gingiva-- les sin interferencia.

Los movimientos de la deglución son controlados y -- guiados principalmente por un intercambio sensorial entre los labios y la lengua.

Va a ser la actividad instintiva y rítmica de la len-- gua, músculos del piso de la boca y los carrillos, de ca-- racterística peristálticas, la que conduzca el bolo ali--

menticio hacia la faringe al abandonar la cavidad oral.

Durante la deglución, el maxilar inferior va a estar estabilizado primordialmente por la contracción de los -- músculos masticadores, músculos faciales y por la interpo-- sición de la lengua.

Cuando erupcionan los dientes temporales y se desa-- rrolla el proceso alveolar, la boca se divide en vestibulo y cavidad oral propiamente dicha. Ahora el hueso al-- veolar y los dientes van a constituir los límites necesarios para el acto de la deglución. Se hace más frecuente la oclusión dentaria durante dicho acto y los labios casi no participan ya en la deglución del alimento masticado y de la saliva. En este momento podemos decir que el pa-- trón infantil de deglución ha evolucionado al patrón adul-- to.

Según Moyers a los 18 meses de edad, se observan las características de la deglución madura, las cuales son:

- 1.- Los dientes están juntos.
- 2.- El maxilar inferior es estabilizado por la con-- tracción de los músculos elevadores del maxilar inferior que son primordialmente músculos del -- quinto par craneal.
- 3.- La punta de la lengua se coloca sobre el paladar arriba y atrás de los incisivos.

4.- Existe contracción mínima de los labios durante la deglución madura. (pag. 158; Graber, 1976)

Fletcher divide el acto de la deglución en cuatro fases: a) la fase de la preparatoria, b) la fase bucal de la deglución, c) la fase faríngea de la deglución y d) la fase esofágica de la deglución.

La primera fase es cuando se toman los líquidos o — después de que el bolo ha sido masticado. El bolo o lí—quido se coloca en el dorso de la lengua para ser degluti—do y la cavidad oral se cierra por medio de los labios y la lengua.

En la segunda fase bucal, el paladar blando se des—plaza hacia arriba y la lengua cae hacia atrás y hacia a—bajo, mientras la laringe y el hiodes se desplazan hacia arriba. Estos movimientos crean al bolo un camino sin in—terferencias, hasta que es despedido de la cavidad bucal por medio de un movimiento ondulatorio de la lengua. — Mientas que la lengua empuja a los alimentos sólidos, — los líquidos fluyen por las constricciones linguales. Du—rante esta fase la cavidad oral se encuentran estabiliza—da por los músculos de la masticación, o sea un cierre an—terior y lateral de la mandíbula.

La tercera fase es cuando el bolo pasa por las fau—ces, en donde el tubo faríngeo se levanta en masa hacia a

riba y la nasofaringe es obturada por el cierre del paladar blando contra la pared faríngea posterior, el hueso hioides y la base de la lengua se desplazan hacia adelante, mientras que la faringe y la lengua continúan sus movimientos peristálticos para impulsar al bolo alimenticio.

La cuarta fase es cuando el alimento pasa por el esfínter cricofaríngeo, mientras que los movimientos peristálticos llevan el bolo al esófago, el hueso hioides, la lengua y el paladar regresan a sus posiciones originales.

Existen dos tipos de deglución: 1) con empuje lingual simple y 2) el complejo. La deglución con empuje simple, se caracteriza por contracciones de los labios, del músculo mentoniano y los elevadores mandibulares; por lo tanto, los dientes están en oclusión, mientras la lengua protruye en la mordida abierta. La mordida abierta en un empuje lingual simple, está bien circunscrita; esto es, tiene un comienzo y un final definido. Los pacientes con empuje lingual simple, son habitualmente respiradores nasales con una historia de succión digital, el empuje lingual mantiene una mordida abierta previamente creada por la succión del pulgar. Examinando unos modelos de un paciente con empuje lingual simple, se verá que tiene buena oclusión, existe buen engrane intercuspídeo, aun cuando

do exista una maloclusión. Porque la posición oclusal es continuamente reforzada por degluciones con dientes juntos.

La deglución de empuje lingual complejo, se define como un empuje lingual con una deglución con dientes separados, por consiguiente, estos pacientes muestran contracciones de los labios, de los músculos faciales y del mentoniano. La mordida abierta asociada con un empuje lingual complejo, suele ser más difusa y difícil de definir. En realidad, a veces, no hay mordida abierta. El examen de los modelos, revela pobre adaptación oclusal e inestabilidad en el engranaje cuspídeo, ya que este no es reforzado durante la deglución. Los pacientes con empuje lingual complejo, habitualmente muestran interferencias oclusales en la posición retruida de contacto. También suelen ser respiradores bucales, frecuentemente con una historia de enfermedad nasorespiratoria crónica, o alergias.

La conducta de deglución infantil conservada, se define como la persistencia predominante del reflejo de deglución infantil, después de la llegada de los dientes permanentes. Afortunadamente, muy pocas personas tienen una verdadera deglución infantil conservada, quienes sí, muestran contracciones totales muy fuertes de los labios y de la musculatura facial, visualizada a menudo como una

mueca masiva. La lengua empuja violentamente entre los -  
dientes, en la parte anterior y en ambos lados. La muscu-  
latura facial y bucal es poderosa; especialmente son las  
contracciones del buccinador. Esos pacientes tienen ros-  
tros muy inexpresivos, ya que los músculos inervados por  
el séptimo nervio craneal no son usados para los delica-  
dos propósitos de la expresión facial, sino para el es-  
fuerzo masivo de estabilizar la mandíbula durante la de-  
glución. Tienen serias dificultades para masticar, ya --  
que habitualmente ocluyen sólo sobre un molar en cada cua-  
drante. El umbral de arcadas es típicamente bajo. Pue-  
den restringirse a una dieta blanda y dicen francamente -  
que no gozan la comida. Con frecuencia, el alimento se -  
coloca sobre el dorso de la lengua, y la "masticación" se  
produce entre la punta de la lengua y el paladar, debido  
a lo inadecuado de los contactos oclusales. El pronósti-  
co para el condicionamiento de un reflejo tan primitivo,  
es muy pobre. Afortunadamente, este tipo de deglución in-  
fantil conservada ocurre raramente.

Se dice que una persona deglute una vez cada minuto  
entre cada alimento y nueve veces durante las comidas. U-  
na cantidad excesiva de deglución puede ocasionar un efec-  
to profundo en el maxilar superior e inferior especialmen-  
te si existe una deglución anormal. Como un resultado de

una deglución anormal, se encontrará un arco superior angosto, y en muchos casos se verá una maxila contraída con dientes protruidos formando una mordida abierta.

Existen varias causas de empuje lingual como:

- 1) El remanente de la succión del pulgar, o como un hábito por sí.
- 2) Cuando ha existido una amigdalitis o una faringitis — crónica; cualquier dolor crónico en la garganta fuerza la lengua hacia adelante, sobretudo durante la deglución, y puede presentarse junto con otros hábitos como el de succión del pulgar u otros dedos, mordedura del labio y morderse las uñas.
- 3) El empuje lingual al deglutir es causado por la alimentación impropia de botella, cuando el chupón tiene varios agujeros, si la boca del niño es pequeña, el chupón es largo y entra hasta la faringe, ocasionando que el niño ponga su lengua contra el techo de la boca. — Cuando la succión y la deglución se dificultan, el niño colocará su lengua hacia adelante para sostener el chupón entre la encía y la lengua, al deglutir la lengua tendrá esa posición; los niños que degluten de esta forma desde la infancia pueden seguir deglutiendo a sí toda su vida. Se puede prevenir el deglutir anormal si se da uno cuenta usando un chupón más corto y —



con un solo agujero.

El hábito de la interposición de la lengua juega una parte importante en la interferencia de la erupción normal dentaria, y es capaz de producir serios ca sos de maloclusiones.

- 4) Por amígdalas hipertrofiadas, dolorosas o por hábitos de deglución.

Algunos observadores dicen que niños con ciertos tipos de maloclusión, como por ejemplo: Clase II división I y problemas de mordida abierta, degluten con mayor frecuencia. También se dice que en el 80% de las personas con hábitos de deglución anormales tienen maloclusión. Las más comunes maloclusiones causadas por el empuje lingual al deglutir son: a) la mordida abierta, b) protrusión de los dientes anteriores superiores, c) protrusión anterior de los segmentos de ambos arcos con espacios entre los incisivos y caninos.

## CAPITULO III

## HABITO DE SUCCIONARSE O MORDERSE EL LABIO

Etiología.

En gran medida, las relaciones morfológicas de los labios son determinadas por el perfil esquelético, en des canso, los labios se tocan levemente, efectuando un cierrre bucal cuando la mandíbula está en su posición postural. En todos los respiradores bucales y en unos pocos respiradores nasales, los labios estarán separados en des canso, se encontrará que algunos labios muy competentes, se han adaptado a la maloclusión; así, aunque hay un cierrre, no es un cierre labio-labio, sino un arreglo labio-diente-labio. Las diferencias en el color, textura y tamaño de los labios, se relacionan a menudo con la malfunción labial. Los labios hiperactivos pueden ser más grandes y tienden a ser más rojos y húmedos que los labios normales.

También debe observarse las funciones de los labios durante la masticación; durante la masticación normal, los labios son mantenidos ligeramente juntos, en quienes degluten con los dientes separados, se verán fuertes contracciones de los músculos mentoniano y peribucales, dichos músculos también se contraen fuertemente en las malo

clusiones severas de Clase II, con resalte y sobremordidas grandes.

La función labial anormal durante la dicción de niños con maloclusiones, es una adaptación a la posición dentaria, no un factor etiológico en la malposición de los dientes.

Solamente en raras ocasiones el labio superior es morfológicamente corto; con frecuencia se exagera de la importancia del labio superior morfológicamente corto en la maloclusión, trastornos fonéticos y retención de casos tratados ortodónticamente. Los labios originalmente diagnosticados como morfológicamente inadecuados, a menudo resultan muy adecuados, porque los movimientos dentarios permiten que la función normal del labio sea restaurada espontáneamente.

Las técnicas ortodóncicas modernas que producen retracción corporal de los incisivos superiores y la ortopedia de la parte media de la cara, permiten que más de un labio superior supuestamente corto vuelva a su posición y funcione normalmente.

A veces, los labios son de tamaño adecuado, pero no funcionan correctamente; por ejemplo, el labio superior en una maloclusión extrema de Clase II, división I; el labio inferior se verá hiperactivo formando el cierre bucal

con las caras palatinas de los incisivos superiores, mientras que el labio superior escasamente funciona del todo. Por medio de la retracción de los incisivos, habitualmente se produce espontáneamente la función normal del labio, de no ser así, puede prescribirse un régimen de ejercicios labiales.

Una de las funciones anormales más frecuentes de los labios y los músculos faciales, se ve en la deglución con empuje lingual, cuando el músculo mentoniano está hipertrofiado, como el orbicular de los labios inferior. En el empuje lingual, apartando el labio inferior suavemente de las encías, éstas pueden estar rubefacientes e hipertrofiadas, esta gingivitis en la región incisiva inferior, y en ausencia de gingivitis superior, es indicadora de función mentoniana hiperactiva; mientras que la gingivitis en ambas regiones anteriores, se ve frecuentemente con la respiración bucal.

La succión del labio o mordida de éste, ya sea superior o más común en el inferior, se produce la retrusión de los incisivos correspondientes, esto es debido al existir un desequilibrio muscular donde se concentra una fuerza mayor en una zona limitada, y también afectada de los incisivos antagonistas, vestibularizándolos con ayuda de la lengua, que rompe dicho equilibrio, observándose clini

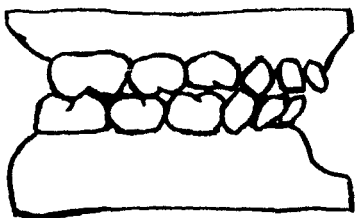
camente los labios deformados, marcados o flácidos. Existen casos en la que se succionan los carrillos, ocasionando un aplastamiento lateral de las arcadas dentarias correspondientes, y a veces se acompañan con mordeduras, -- que se identifican clínicamente en la mucosa.

Este hábito surge en la edad escolar; si existe una sobremordida horizontal se dificulta al niño cerrar los labios correctamente y va a crear la presión negativa requerida para la deglución normal.

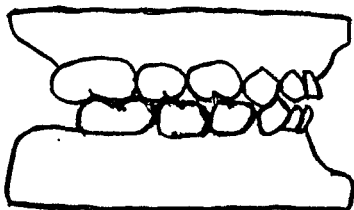
El labio inferior se coloca por detrás de los dientes superiores, ocasionando presión en las caras palatinas de éstos por la actividad anormal de los músculos borla de la barba, mientras que el labio superior ya no ejerce su actividad normal, como músculo en forma de anillo -- que abre y cierra el orificio de la cavidad oral, sin hacer contacto con el labio inferior, como sucedería en la actividad de la deglución normal; el labio superior permanece hipotónico, sin función, y parece ser corto o retraído; es decir que el labio se encuentra en postura de descanso incompetente.

Estos hábitos se ven muy frecuentemente con un resalte y/o sobremordida excesiva. En los casos de Clase II, división I, los hábitos labiales frecuentemente son severos y el tratamiento no debe iniciarse hasta que los inci

sivos hallan sido ubicados correctamente. En casos de — Clase I, con labioversión, se puede ocasionalmente tratar la malposición incisal y el hábito simultáneamente, con una pantalla bucal.



Clase II, división I.



Clase I.

Cuando el labio superior deja de funcionar y el labio inferior con ayuda de la lengua ejercen fuerza hacia arriba y hacia adelante contra el maxilar, la maloclusión se vuelve severa. Con el aumento de la protrusión de los incisivos superiores y la sobremordida abierta anterior, se crea una compensación muscular mayor; esto es un círculo vicioso que se aumenta con la deglución, ya que se ejerce una gran fuerza diaria en las arcadas dentarias.

Muchos niños que se muerden o chupan el labio reci—

ben la misma satisfacción sensorial que los que se chupan el dedo.

También existe otro caso en que el chuparse o morderse el labio es un "tic", que puede ser llamado un "tic -- nervioso", o "hábito nervioso".

El hábito de morderse o chuparse el labio puede ser aislado o asociado con el hábito de succionarse el dedo, o con el hábito de la proyección lingual.

.Se dice que la succión crónica del labio ocasiona ma yores problemas en la oclusión, que la del hábito de empuje lingual. De éstos hábitos, el niño reciente más el -- tratamiento de la succión crónica del labio, ya que su -- control ofrece mayor dificultad.

## CAPITULO IV

## RESPIRACION BUCAL

Etiología.

El recién nacido es un respirador nasal, porque los labios se encuentran juntos o ligeramente separados, observándose que el labio superior es menos activo que el inferior. El dorso de la lengua y el paladar blando se encuentran muy juntos, y evitan la respiración bucal. La respiración del recién nacido es silenciosa, por lo tanto es nasal.

Existen tres esfínteres o barreras que evitan que el niño respire por la boca, los cuales son:

- 1) el esfínter anterior- formado por los labios.
- 2) el esfínter intermedio- formado por la lengua y el paladar duro.
- 3) el esfínter posterior- formado por el contacto de las fauces del paladar blando y el dorso de la lengua.

Solamente si faltará alguno de éstos esfínteres se provocaría la respiración bucal, y con esto se reafirma el primer párrafo, es muy difícil que un niño sea un respirador bucal.



La respiración bucal puede ser el resultado de un hábito lingual o puede deberse a algunos obstáculos en la respiración nasal como los pólipos, la hipertrofia de los cornetes, desviaciones del tabique, coriza crónica, hipertrofia amigdalina, vegetaciones adenoideas en malas condiciones, resfrios frecuentes e infecciones respiratorias; al igual que la succión del dedo y la interposición anterior de la lengua, favorecen la adquisición de éste hábito, el cual, aunque de una manera lenta, llega a producir serias deformaciones maxilo-faciales de diversa intensidad. Ya que el niño al mantener su boca entreabierta por falta de tono del orbicular de los labios altera la fisiología buco-nasal, y al respirar por la boca, faltan las presiones normales que durante la inspiración se presentan tanto en la cavidad bucal como en la nasal y que se compensan mutuamente en el paladar. Como en la respiración cambia la presión en las fosas nasales pero no en la cavidad bucal, se establecen fuerzas que contribuyen al descenso del paladar y por lo tanto a su aplanamiento; pero a ésta contrapresión y la forma cuneiforme de los molares superiores, predisponen la formación de un paladar alto y arcadas estrechas.

Los niños respiran por la boca cuando existe alguna obstrucción nasal, tanto para inhalar como para exhalar,

pero es raro que un niño respire por la boca sin razón.

Se dice que un respirador bucal tiene los pasajes nasofaringeos más angostos, un paladar más alto y angosto, protrusión maxilar dento-alveolar, plano mandibular empujado, etc.

Todavía no es claro si el patrón de la respiración - por la boca cause esas variaciones esqueléticas, mencionadas arriba, o que el patrón esquelético promueve la respiración bucal.

#### Método de respiración-

Es más fácil estudiar el método de respiración del - paciente, cuando éste no se da cuenta que lo están observando. Los labios del respirador bucal se encontrarán separados en descanso para poder respirar, mientras que los labios del respirador nasal se encontrarán ligeramente -- juntos.

La mayoría de los niños que se les pide que inspiren profundamente y luego expiren, inspiran por la boca, aunque un inspirador nasal inspirará por la nariz con los labios levemente cerrados.

Si se le pide a un niño que junte los labios e inspire profundamente por la nariz, el niño que es respirador nasal normal tiene buen control reflejo de los músculos a lares, que son los que controlan el tamaño y la forma de

las narinas externas. Por lo tanto, el respirador nasal dilata las narinas externas reflejante, durante la inspiración, pero por otra parte, aunque todos los respiradores bucales (excepto los raros con estenosis nasal o congestión), pueden respirar por la nariz, habitualmente no cambia el tamaño o la forma de las narinas externas durante la respiración. Ocasionalmente los respiradores bucales mantienen las narinas externas contraídas cuando inspiran; aun el respirador nasal que tiene una congestión nasal temporal, demostrará contracción alar refleja, cuando se le pide que inspire mientras mantiene los labios cerrados. La función nasal unilateral puede diagnosticarse colocando un espejito sobre el labio superior, el cual se empañará con humedad condensada de la respiración nasal.

Enfermedades Nasofaríngeas y función respiratoria perturbada-

Cualquier cosa que interfiera con la fisiología respiratoria normal puede afectar el crecimiento de la cara. Los respiradores bucales parecen tener una elevada incidencia de maloclusiones, no suele verse un solo tipo de maloclusión, porque el trastorno inicial que condujo a la respiración bucal puede ser diferente la causa. (ver en la página 35 las diferentes causas)

El síndrome de la respiración bucal típico, se caracte-

teriza por la contracción de la dentadura superior, labio versión de los dientes anteriores superiores, apiñamiento de los dientes anteriores en ambos arcos, hipertrofia y -cuarteadura del labio inferior, hipotonicidad y aparente acortamiento del labio superior y sobremordida frecuentemente marcada; la relación molar puede ser de neutroclusión o distoclusión.

Si la respiración bucal se debe a una predisposición anatómica, una obstrucción nasal o a una inflamación de la mucosa nasal, las alteraciones de la función muscular son similares.

El paladar blando es elevado para hacer un cierre nasal con la pared faríngea posterior, la mandíbula cae para proporcionar una vía de aire bucal mayor y la lengua -desciende del contacto con el paladar y está protruida. - Los efectos secundarios que se notan con frecuencia incluyen (1) mayor espacio libre, (2) degluciones con dientes separados y (3) un aumento relativo en la presión de la -pared bucal contra los dientes superiores.

La respiración bucal puede ser temporaria, por ejemplo, durante un resfrío; puede ser estacional, como ejemplo, en asociación con alergias nasorespiratorias; o crónica, como el resultado del hábito de obstrucción.

## CAFITULO V

### OTROS HABITOS

#### A) Bruxismo.

El bruxismo o bricomania, es la contracción tetánica o rígida de los músculos masticadores y el rechinar de los dientes de lado a lado durante el sueño, con desgaste y con fractura de ellos, amaneciendo con dolor en la articulación temporo-mandibular.

Uno se pregunta si el bruxismo causa maloclusión o es el resultado de la maloclusión. El bruxismo en su relación con la causa y el efecto no es muy claro, puede ser de una secuela desfavorable de una mordida profunda, pero también le acompaña un componente psicogénico, cinestésico y neuromuscular o ambiental.

Las personas nerviosas son más propensas al bruxismo, éstas encuentran cierta gratificación rechinando los dientes. Es frecuente en todas las personas no importando las edades en nuestra sociedad compleja y nerviosa.

Existe gran correlación clínica entre la maloclusión y la frecuencia de bruxismo o bricomania, ya que la falta de armonía oclusal o la sobremordida excesiva con frecuencia están asociadas con estas desviaciones funcionales. Realmente la causa del bruxismo y la bricomania se desco-

noce, pero si se sabe que influyen ciertos impulsos sensoriales y propioceptivos, como en los trastornos de la articulación temporomandibular. Por lo tanto, el bruxismo puede ser causado por una maloclusión con puntos de contacto prematuros o una sobremordida profunda.

El ruido que produce el bruxismo es tan intenso y molesto, que si uno lo escucha se daría cuenta de la fuerza que se ejerce y la necesidad de eliminar este hábito si es posible, si nada se hace, el deterioro periodontal puede ser el resultado.

#### B) Morderse las uñas.

La mordedura de uñas se menciona frecuentemente como una causa de malposiciones dentarias. La maloclusión asociada con este hábito, probablemente sea de naturaleza -- más localizada que la que se ve con alguno de los otros -- hábitos de presión mencionados. Los niños nerviosos, tensos, con mucha frecuencia muestran este hábito, y su desajuste social y psicológico es de mayor importancia clínica que el hábito, que sólo es un síntoma de su problema -- básico.

Este hábito de morderse las uñas es muy común en niños y adultos, es un signo de tensión interna, no se presenta antes de los tres años de edad. Las incidencias a-

parecen exactamente a los cuatro a seis años, se mantiene a un nivel constante entre los siete y diez años, y vuelve a presentarse en la pubertad.

La persistencia de morderse las uñas, como chuparse el dedo mucho, pueden indicar un problema emocional. Después de los quince años, el hábito de morderse las uñas, es reemplazado por morder lápices, morderse el labio, rascarse la nariz, cogerse un mechón de pelo, o masticar chicle. El masticar chicle ofrece un método de aceptación social con gratificación oral, ya que éste es un método muy bueno para evitar morderse las uñas. En los adultos el fumar es el sustituto a morderse las uñas.

Los efectos más comunes del hábito de morderse las uñas en los dientes, es el apilamiento de éstos, la rotación de ellos y la atricción en los bordes incisales de los incisivos, en especial los incisivos inferiores. Estos efectos se presentan a las presiones que se ejercen durante la mordedura de uñas.

### C) Postura.

Las personas con postura corporal defectuosa, frecuentemente muestran también una posición postural indeseable en la mandíbula o pueden provocar una maloclusión. Ambas pueden ser expresiones de una salud general pobre,

por otra parte, la persona que se mantiene derecha y erecta, con su cabeza bien colocada sobre su columna vertebral, casi por reflejo va a mantener su mentón adelantado en una posición preferida. La postura es la expresión de reflejos musculares y, por lo tanto, es capaz de cambio y corrección.



## CAPITULO VI

## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico que el dentista debe hacer, debe tener los siguientes datos:

- 1.- Historia Clínica.
- 2.- Examen Clínico.
- 3.- Modelos de estudio en yeso.
- 4.- Radiografías- periapicales, de aleta mordible y panorámica.
- 5.- Fotografías de la cara.

## Historia Clínica.

La Historia Clínica, estará compuesta de una historia médica y otra historia dental. La primera nos proporcionará las diversas enfermedades de la infancia, alergias, operaciones, malformaciones congénitas o enfermedades raras de la familia cercana, también nos dará un registro de los medicamentos que se han utilizado, en el pasado y actualmente; será de mucho valor especialmente si éstos son corticosteroides. Si es posible se revisaran los dientes a los padres, para conservar esos datos, ya que la herencia desempeña un papel muy importante en la maloclusión; también se anotarán sus malos hábitos.

Para completar la Historia Clínica es conveniente --

consultar con el pediatra de la familia.

Este es un ejemplo de una Historia Clínica presentada por el Dr. Graber:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Problemas de hábitos bucales

Remitido por:

Dentista \_\_\_ Médico \_\_\_ Otro \_\_\_ o Especificar: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_ años \_\_\_ meses Peso al nacer \_\_\_ Kg.

Sexo Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_

Prematuro \_\_\_ Anomalías congénitas \_\_\_ o Especificar: \_\_\_\_\_

#### CASA

Hermanos: Num. de hermanos \_\_\_ edades \_\_\_\_\_

Num. de hermanas \_\_\_ edades \_\_\_\_\_

Niño vive con:

Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Otro \_\_\_ o Especificar: \_\_\_\_\_

Otros en el hogar: \_\_\_\_\_

Padres temperamento:

Madre calmada \_\_\_\_\_

Padre calmado \_\_\_\_\_

Enérgica \_\_\_\_\_

Enérgico \_\_\_\_\_

Tensa \_\_\_\_\_

Tenso \_\_\_\_\_

#### Comportamiento social

Personalidad introvertido \_\_\_\_\_

Juegos amorales \_\_\_\_\_

Bien adaptado \_\_\_\_\_ normal \_\_\_\_\_

Extrovertido \_\_\_\_\_

Escuela atrasado \_\_\_\_\_

Mismo \_\_\_\_\_

Avanzado \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Salud general:

Actual: Buena \_\_\_\_\_ Salud regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

Bajo tratamiento \_\_\_\_\_ Enfermedades graves \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Gripes anuales y otras enfermedades menores:

Frecuentes \_\_\_\_\_ Estación del año Invierno \_\_\_\_\_

Ocasionales \_\_\_\_\_ Primavera \_\_\_\_\_

Rara vez \_\_\_\_\_ Verano \_\_\_\_\_ Otoño \_\_\_\_\_

Reacción bajo tensión:

Antagonista \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

Dócil \_\_\_\_\_

Defensiva \_\_\_\_\_

Alimentación

Lactancia natural \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_ meses

Edad al destete \_\_\_\_\_ meses

Lactancia con biberón \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_ meses

Edad al destete \_\_\_\_\_ meses

Alimentación actual Buena \_\_\_\_\_

Hábitos: Buenos \_\_\_\_\_

Indiferentes \_\_\_\_\_

Malos \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

## CONTROL DE HABITOS ANORMALES

Sueño: Día Regular \_\_\_\_\_ Noche: Número de horas \_\_\_\_\_

Irregularmente \_\_\_\_\_

Profundamente \_\_\_\_\_

Rara vez \_\_\_\_\_

Frecuente \_\_\_\_\_

Interrupción \_\_\_\_\_

W.C.

Hábitos: Anormales \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

Normales \_\_\_\_\_

Edad de aprendizaje:

Defecación \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses aprendió \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Hábitos bucales:

Chuparse el pulgar: Frecuentemente \_\_\_\_\_

Ocasionalmente \_\_\_\_\_

Rara vez \_\_\_\_\_

Dedos: Frecuentemente \_\_\_\_\_

Ocasionalmente \_\_\_\_\_

Rara vez \_\_\_\_\_

Edad comenzo del hábito \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

Edad en que lo abandonó \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

Aún continúa \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Noche \_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_

Mirando T.V. \_\_\_\_

Hábitos asociados: Mesarse los cabellos \_\_\_\_

Tirarse de la oreja \_\_\_\_

Hurgarse la nariz \_\_\_\_

Acariciar frazada \_\_\_\_

Lamerse los labios \_\_\_\_

Otro \_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

Métodos utilizados para controlar el hábito:

Ninguno \_\_\_\_ Dental \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Conocimiento de: Niño consciente \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

Hábito por el niño: Reñido por hermanos \_\_\_\_

Reñido por la madre \_\_\_\_

Reñido por el padre \_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

Otros con hábito similar: Ninguno \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_

Hermano \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_

Otro \_\_\_\_ o Especificar \_\_\_\_\_

Tratamiento

Deseo del niño de cesar el hábito:

Si: con tratamiento\_\_\_\_ No le importa\_\_\_\_

Sin tratamiento\_\_\_\_ Ningún deseo\_\_\_\_

Actitud de los padres:

Madre: Sin tratamiento\_\_\_\_

Tratamiento\_\_\_\_

Aparato\_\_\_\_

Ningún aparato\_\_\_\_

Padre: Sin tratamiento\_\_\_\_

Tratamiento\_\_\_\_

Aparato\_\_\_\_

Ningún aparato\_\_\_\_

Comentarios generales:

## Examen Clínico.

Desde la primera visita el dentista puede registrar ciertos datos que serán de gran utilidad; como son el examinar al paciente, que nos ayudará a interpretar y aumentar el valor de otros medios de diagnóstico.

Para el examen clínico el dentista necesita un espejo bucal o un abatelenguas, un explorador, papel de articular delgado, dedos sensibles y una imagen mental clara de lo que deberá ser normal para cada paciente en particular. También necesitará una forma de registrar las observaciones clínicas, que consistirá en:

- 1.- Salud general, tipo de cuerpo y postura.
- 2.- Características faciales.

### A) Morfológicas.

- 1) Tipo de cara.
- 2) Análisis del perfil.
- 3) Postura labial en descanso.
- 4) Simetría relativa de las estructuras de la cara.

### B) Fisiológicas.

- 1) Actividad muscular durante:
  - a) Masticación.
  - b) Deglución.
  - c) Respiración.

d) Habla.

2) Hábitos anormales o manías.

3.- Examen de la boca.

A) Clasificación de la maloclusión con los dientes -  
en oclusión.

B) Examen de los dientes con la boca abierta.

1) Número de dientes existentes y faltantes.

2) Registro de cualquier anomalía en el tamaño,  
forma o posición.

3) Estado de restauración (caries, obturacio—  
nes, etc.).

4) Relación entre hueso y dientes.

5) Higiene bucal.

C) Apreciación de los tejidos blandos.

1) Encía.

2) Frenillo labial, superior e inferior.

3) Tamaño, forma y postura de la lengua.

4) Paladar, amígdalas y adenoides.

5) Mucosa vestibular.

6) Morfología de los labios, color, textura y -  
características del tejido.

D) Análisis funcional.

1) Posición postural de descanso y espacio li—  
bre interoclusal.



- 2) Vía de cierre desde la posición de descanso hasta la oclusión.
- 3) Puntos prematuros, punto de contacto inicial
- 4) Desplazamiento o guía dentaria, si existe.
- 5) Límite del movimiento del maxilar inferior.
- 6) Chasquido, crepitación o ruido en la articulación temporomandibular durante la función.
- 7) Movilidad excesiva de dientes individuales - al palparlos con las yemas de los dedos durante el cierre.
- 8) Posición del labio superior e inferior con respecto a los incisivos superiores e inferiores durante la masticación, deglución, respiración y habla.
- 9) Posición de la lengua y presiones ejercidas durante los movimientos funcionales.

Durante este momento se requerirá la presencia de la madre, y se tratará al niño con amabilidad y alegría para obtener buenos resultados. Se hará una palpación suave, pero precisa de el grosor de los labios, naturaleza de los tejidos, ganglios, actividad en la articulación temporomandibular, papilas interdientarias y la mucosa vestibular. Debemos registrar todas las asimetrías, desequilibrios, contorno de los labios y mentón, etc.

### Modelos de Estudio en yeso.

Los modelos de estudio sirven para que el dentista - observe la oclusión del paciente por vestibular y por lingual para ver la simetría de la arcada, malposición dentaria y para notar los avances del tratamiento. Estos modelos también sirven para discutir el problema del niño con los padres, o para compararlos con otros modelos de estudio.

Para obtener una reproducción casi perfecta de los - dientes y tejidos adyacentes, debemos tomar la impresión con cuidado. Para esto debemos primero medir cuidadosa- mente los portaimpresiones, que queden lo más ajustados, luego rodearemos el portaimpresiones con cera negra todo el borde, para lograr impresionar los detalles del vesti- bulo.

Se hará todo como un juego para que el niño coopere y no sea aprehensivo. Se le pedirá al niño que se enjua- gue antes de tomar la impresión para que se eliminen res- tos y se reduzca la tensión superficial de los dientes y tejidos, y eliminar la formación de burbujas en la impre- sión.

Primero se tomará la impresión inferior, ya que es - más fácil, y así ganarnos la confianza del paciente. Pa- ra la impresión superior se colocará en el borde poste---

rior un poco de cera blanda, y así evitar el reflejo del vómito, ya que si se mide bien el portaimpresiones se evitará el excedente de material de impresión.

Se secan los dientes con una torunda de algodón, - antes de tomar la impresión para evitar las burbujas que aparecen a veces en los márgenes gingivales. También se alisará el material de impresión con un dedo húmedo antes de colocarlo en la boca, para obtener una superficie lisa. Se colocará la mayor parte del material en la parte anterior del portaimpresiones, y se podrá colocar una parte del material en la bóveda palatina del paciente, exactamente por detrás de los incisivos superiores, esto evitará la formación de burbujas en la impresión y eliminará el aire atrapado.

Una vez obtenido la impresión debemos tomar una mordida en cera rosa, para poder relacionar los modelos tanto el superior con el inferior y viceversa en oclusión correcta. Muchos dentistas no toman mordidas en cera ya -- que observan la oclusión del paciente cuidadosamente, pero en pacientes con mordida abierta, cuando faltan muchos dientes o cuando hay duda acerca del ajuste de los modelos cuando sean articulados.

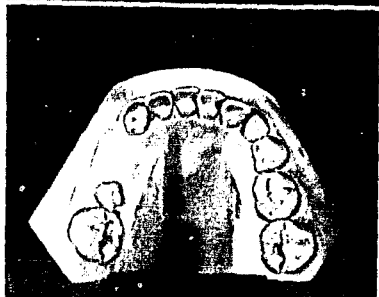
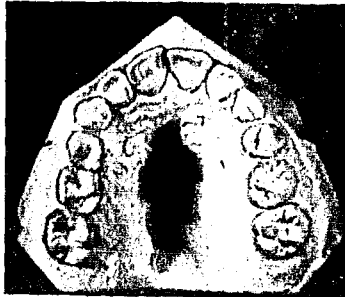
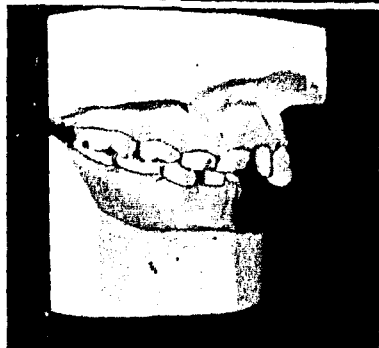
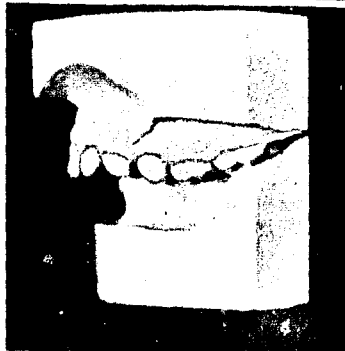
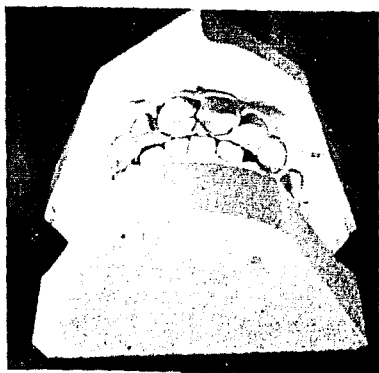
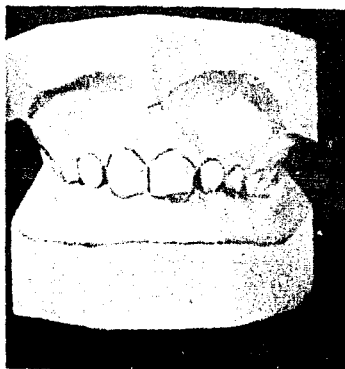
Siempre se recortarán los modelos cuidadosamente, -- con las angulaciones correctas y se pulirán, para presen-

table y guardar una buena imagen ante los padres.

Los modelos de yeso, después de un buen diagnóstico nos ayudarán en confirmar y corroborar las observaciones realizadas, en ellos se podrá apreciar de inmediato, los problemas de pérdida prematura, retención prolongada, falta de espacio, giroversión, malposición de los dientes individuales, diastemas por frenillos, inserciones musculares y morfología de las papilas interdentarias, se podrá apreciar todas las anomalías de tamaño, forma y posición, las dudas de la forma y simetría de la arcada, simetría y tamaño de los dientes, el grosor del hueso alveolar sobre los dientes, etc. Los modelos de estudio darán un grado de exactitud en el análisis. Otro punto adicional de los modelos es que son un registro ligado al tiempo, un registro longitudinal, tridimensional, que refleja el estado de los dientes y los tejidos en un determinado momento.

Una vez que tengamos un buen juego de datos clínicos para el diagnóstico, estaremos preparados para seguir el patrón de desarrollo de uso, desuso, pérdida dentaria, migración y desplazamiento, y además tenemos la oportunidad de mostrárselo al paciente con lujo de detalle.

(en la pag. 55 se observan los modelos de estudio terminados).



## Radiografías.

Con los modelos de estudio no es suficiente, se necesitan las radiografías para un estudio completo. Por medio de las radiografías observaremos datos no apreciables clínicamente.

Clinicamente hay factores ocultos que se pueden ver fácilmente, y con la sensibilidad de los dedos se pueden palpar como las prominencias de los caninos muy alto en el fondo de saco, o se puede notar un abultamiento raro en el paladar; puede notarse una zona desdentada y sospechar que el diente no existe o se encuentra en proceso de erupción anormal; puede ver también un primer molar decíduo anquilosado que se detiene más abajo del nivel oclusal. En realidad se pueden notar muchas cosas clínicamente, pero siempre se debe recurrir a las radiografías intrabucales o panorámicas para confirmar las observaciones clínicas.

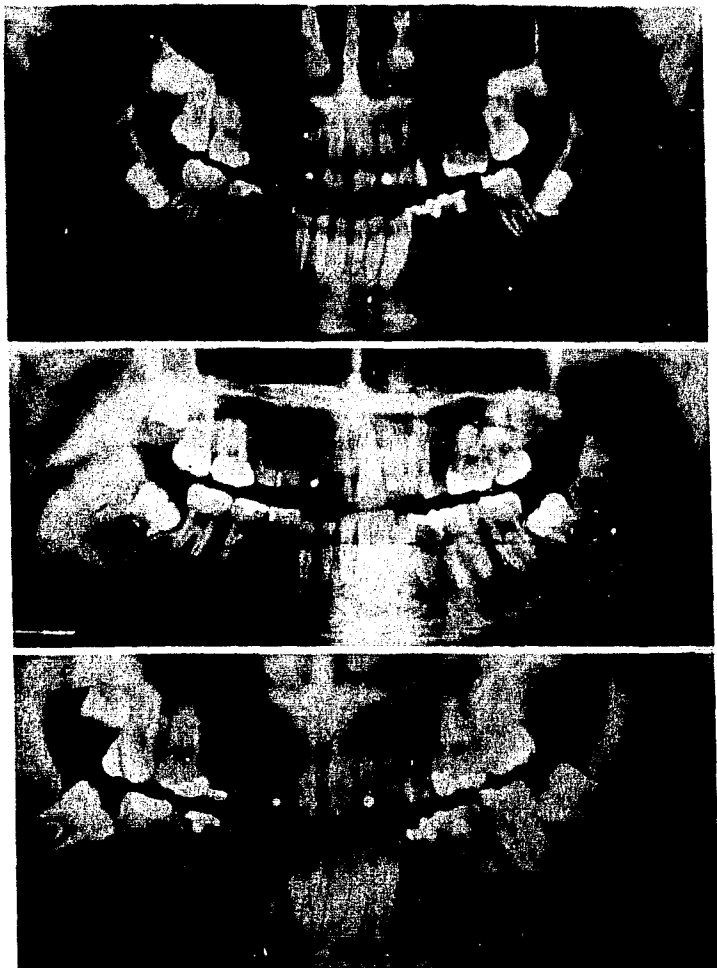
Lo que uno debe observar y confirmar en una radiografía es:

- 1.- Tipo y cantidad de resorción radicular en dientes deciduos.
- 2.- Presencia o falta de dientes permanentes, tamaño, forma, condición y estado relativo de desarrollo.

- 3.- Falta congénita de dientes o presencia de dientes supernumerarios
- 4.- Tipo de hueso alveolar y lámina dura, así como membrana periodontal.
- 5.- Morfología e inclinación de las raíces de los dientes permanentes.
- 6.- Afecciones patológicas bucales como caries, membrana periodontal engrosada, infecciones apicales, fracturas radiculares, raíces de fibras retenidas, quistes, etc.

Las radiografías panorámicas son las mejores para éstos casos, ya que podremos obtener datos importantes sistemáticamente con solo una fracción de la radiación necesaria para hacer un examen intrabucal total y sin tener que colocar la radiografía dentro de la boca. El proceso tanto de colocar al paciente, tomar la radiografía y el revelado, tarda unos 90 minutos o menos, y además el revelado se limita a una radiografía.

La radiografía panorámica abarca en una sola imagen todo el sistema estomatognático: dientes, maxilares, articulaciones temporomandibulares, senos, etc. Estas también nos ayudan a guiar la oclusión en desarrollo. (en la página 58 se observan unas vistas panorámicas).



Esta serie de seis laminografías es importante, ya que ilustra un fenómeno frecuente. Se ilustra un caso de extracciones en serie de cuatro primeros premolares que parecía haber tenido éxito (arriba, izquierda), con lo que parece ser erupción normal de los terceros molares superiores a los 14 años de edad. La radiografía intermedia ilustra el comienzo de la inclinación de los dientes y la inferior ilustra la inclusión obvia a los 18 años de edad. El tercer molar inferior derecho fue extraído debido a la falta congénita de su antagonista. El tercer molar inferior izquierdo fue enderezado quirúrgicamente. La radiografía intermedia, a la derecha, fue hecha después de un intervalo de un mes; la inferior derecha después de un intervalo de ocho meses. Con frecuencia, es necesario recurrir a esta labor en equipo entre ortodontista, cirujano y dentista de práctica general para manejar problemas similares.



## Fotografías.

Por medio de las fotografías vamos a poder notar los cambios favorables en la cara. Se tomarán una fotografía de frente; y dos de perfil, una del lado derecho y otra - izquierda.

En las fotografías se podrá ver cosas como: un labio superior hipotónico y corto, un labio inferior que se coloca en la cara palatina de los incisivos superiores y so bremordida horizontal excesiva, la retrusión del maxilar inferior, etc.

Es conveniente tener una serie de fotografías para - tener una secuencia del tratamiento, para ver el tipo de cambio facial tanto muscular como dentario. También se - requiere de fotografía intraoral para ver la malposición dentaria.

Foto 1.- Fotografía de frente:  
se puede encontrar al  
guna asimetría facial.





Foto 2.- Fotografía lateral; se puede ver el perfil del paciente.



Foto 3.-

Fotografía de frente intraoral se aprecia la desviación de la línea media, mal posición, etc.



Fotos 4 y 5

Fotografías laterales intraorales: se aprecia la relación de molares, malposición dentaria, el over-bite y el overjet muy marcados.

## Plan de tratamiento en la dentición primaria.

### 1.- Razones para el tratamiento.

El tratamiento en la dentición primaria se hace por las razones siguientes:

- A) Para eliminar obstáculos al crecimiento normal de la cara y de la dentición.
- B) Para mantener o restaurar la función normal.

### 2.- Condiciones que deben ser tratadas.

Las condiciones que deben ser tratadas en la dentición primaria son:

- A) Mordidas cruzadas anteriores y posteriores.
- B) Casos en los que se han perdido dientes primarios y pueden resultar cierre de espacio.
- C) Incisivos primarios indebidamente retenidos - que están interfiriendo con la erupción normal de los incisivos permanentes.
- D) Dientes en malposición que pueden interferir con la función correcta o inducir patrones defectuosos de cierre mandibular.
- E) Todos los hábitos que causan función anormal o pueden distorcionar el crecimiento.

### 3.- Condiciones que pueden ser tratadas.

- A) Distoclusiones de posición por contacto oclusal inadecuado o por comodidad de el pacien--

te; por lo que un equilibrio oclusal o movimientos dentarios pueden eliminar el aspecto funcional, tratando más tarde el resto del problema.

- B) Mordidas abiertas debidas a empuje lingual o hábitos de succión digital.

#### 4.- Contraindicaciones al tratamiento en la dentición primaria.

- A) Cuando no hay seguridad que se van a mantener los resultados.
- B) Cuando puede lograrse un resultado mejor con menos esfuerzo en otra época.
- C) Falta de cooperación de el paciente.

El período de dentición mixta es la época de mayor oportunidad para la guía oclusal y la intercepción de la maloclusión. Aquí el odontólogo tiene los mayores desafíos ortodóncicos y las mejores oportunidades.

#### TRATAMIENTO DE LOS HABITOS ORALES.

El tratamiento de los hábitos en odontología puede definirse como la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas bucales, por medio de la modificación de aquellos relacionados con la maloclusión.

Antes de emprender el tratamiento del hábito es imprescindible su evaluación en el paciente y su padre.

El primer paso de la conducta oral es la de la placa o de la caries, con referencia a la dieta, los hábitos alimentarios y la higiene oral. No es conveniente presionar demasiado la atención del niño y su capacidad de aprendizaje, se debe hacer el control de placa antes de considerar el segundo grupo de hábitos, que son los relacionados directamente con los problemas oclusales.

El tratamiento de los hábitos, elimina los comportamientos orales indeseables como la succión del dedo, la mordedura del labio, el empuje lingual, la respiración bucal y el patrón atípico de deglución. Esto se hace por lo general enseñándole al paciente un ejercicio o una serie de ejercicios y luego guiándolo o motivando su conducta para que realice correctamente estos ejercicios con la frecuencia adecuada.

No obstante, debe destacarse que la simple prescripción de un ejercicio es insuficiente para modificar reflejos de conducta. Se debe lograr una comprensión más detallada de los reflejos de la deglución y la respiración y unirlos con íntimo conocimiento de la psicología del niño y la sociología de la familia para diseñar en forma adecuada un programa efectivo sobre una base individual. Tales conceptos, como motivación y tiempos de condicionamiento y refuerzo. El condicionamiento y refuerzo es la

frecuencia con la que debe ejecutarse cada ejercicio por día y la naturaleza y los momentos de refuerzo o de recompensa para que éstos se hagan bien.

El tratamiento miofuncional es totalmente diferente de otros tipos de tratamientos oclusales, en los que trabajamos con el paciente en lugar de sobre el paciente. - Estriba en la aplicación de los principios básicos a los casos individuales. La terapia miofuncional tiene como - objetivo en cambiar la función de los músculos faciales y orales para impedir, o interceptar o tratar una maloclu- sión. Aunque la denominación "tratamiento de hábito", pa- rece ser más significativa; cuando se trata de corregir - el hábito de un paciente de chuparse el dedo o empujar -- con la lengua; se debe tratar no solo con la musculatura del niño sino también con todo su comportamiento y, a me- nudo con el de su familia, relaciones y compañeros.

La fisiología bucal trata de la función de los múscu los de los labios, la lengua y los carrillos en descanso, y durante la fonación, deglución y respiración. La ac- -- ción y el equilibrio normal muscular tienden a provocar y mantener oclusiones normales.

Hábito fisiológico bucal normal:

- 1.- La respiración se hace por la nariz con la boca cerra da.

- 2.- La deglución ocurre con la boca cerrada sin proyectar la lengua, ni mostrar los dientes ni mover los labios.
- 3.- Los elementos extraorales, como dedos, y ropas no deben llevarse a la boca.

Los dedos y los nudillos no están enrojecidos ni presentan callosidades, sino que tienen apariencia normal.

- 4.- En descenso los dientes están separados, los labios juntos, la punta de la lengua apenas por debajo de las rugas palatinas y las partes media y posterior de la lengua algo deprimidas.

Hábito bucal anormal:

- 1.- Respiración bucal.
- 2.- Cierre incompleto de los labios cuando se respira.
- 3.- Proyección de la lengua entre los dientes y/o labios durante la respiración.
- 4.- Proyección de la lengua entre los dientes y/o los labios cuando el paciente deglute.
- 5.- Cierre incompleto de los labios durante la deglución.
- 6.- Movimiento notable de la musculatura facial peribucal durante la deglución, aunque los labios puedan permanecer cerrados.
- 7.- Dedos irritados, inflamados, inusualmente limpios o -

con callosidades.

En prevención debemos preocuparnos no solo del tratamiento de los efectos de un proceso patológico sino también de su causa. Los hábitos pueden no ser una causa — primaria sino una intermedia. Si no se llega a la causa básica del hábito nocivo, nuestro pronóstico de éxito en su tratamiento deberá ser reservado.

Las causas mecánicas de los hábitos se ven en un niño que tenía patrones de respiración y deglución normales hasta, que erupcionaron los incisivos permanentes en posición ectópica protruida y provocaron una interferencia mecánica. Como resultado, el labio inferior pudo haber quedado atrapado por los incisivos. Tal vez fue preciso que el niño empujara su lengua para lograr el vacío necesario para la deglución. En esta situación, los patrones de deglución son bastante recientes y como respuesta a una interferencia mecánica causada por la erupción ectópica de los incisivos. Por supuesto, el hábito agravará la erupción de los dientes sobretodo de los incisivos superiores e inferiores.

En las causas patológicas, en una inflamación de las amígdalas y las adenoides puede acarrear la respiración bucal. Una vez que la infección ha sesado, y el agrandamiento de las adenoides persiste, seguirá la respiración



bucal. Pero para restaurar con rapidez los patrones de la respiración adecuados se extirparan las amígdalas y las adenoides.

Si el caso es emocional, los niños aburridos o preocupados pueden tener una regresión infantil y asumir posturas que incluyan la succión de los dedos. Estos hábitos por lo general sesan cuando el niño madura.

El daño que causan éstos hábitos depende de: 1) intensidad, 2) duración y 3) frecuencia.

Al azar también puede iniciar un hábito, como es el placer de chuparse el dedo cuando se lo colocan en la boca después de lastimarse por un corte o por una quemadura, claro que este tipo de hábito al azar responde por lo común con mayor prontitud al tratamiento.

Estas anomalías no deben verse de una manera unilateral, sino siempre en su conjunto para poder valorar si son factores causantes, coadyuvantes o determinantes de las maloclusiones. Tomando en cuenta muy especialmente su intensidad, frecuencia y sobretodo la edad en que éstos se desarrollan.

Desde luego que su eliminación no es tan fácil de lograr, pues presenta muchas dificultades y el porcentaje de éxito es en realidad muy relativo. A pesar de que cada día aumentan los medios de corrección, se requiere una

especial comprensión psicológica por parte del Cirujano - Dentista, gran fuerza de voluntad por parte del paciente y verdadero interés y dedicación de su parte de los padres. Se puede llegar a necesitar la colaboración de un psicólogo para problemas emocionales y alteraciones de conducta, del psiquiatra para verdaderos desajustes mentales y del terapeuta del lenguaje para la reeducación muscular, respectivamente.

Ortodoncicamente el principio del tratamiento es el mismo para todos los hábitos perniciosos: emplear aparatos que interfieran o impidan la repetición frecuente del acto, para que de esta manera, el hábito que se realiza de una manera inconciente se transforme en conciente para que deje de serlo. La construcción de éstos aparatos no está efectuada al azar o al capricho del ortodontista. Todos ellos están basados en principios anatomofisiológicos y muy especialmente en el estudio de los reflejos neuromusculares.

Los aparatos correctores para los hábitos bucales están indicados solo cuando se puede determinar que el niño quiere cesar el hábito y necesita nada más que un recordador para cumplir esa tarea. Se debe usar un aparato no doloroso y que no interfiera en la oclusión, solo debe actuar como recordatorio.

### Métodos psicológicos:

- 1.- Establecer una meta acorto plazo para romper el hábito (1 ó 2 semanas).
- 2.- No criticar al niño, si el hábito continúa.
- 3.- Ofrecer una pequeña recompensa al niño si abandona el hábito.

No se debe utilizar métodos drásticos para evitar el hábito, pues esto puede ocasionar un hábito más nocivo.

Durante el tratamiento para eliminar cualquier hábito, la actitud de los padres es de suma importancia. Por que si los padres exigen al niño una perfección, y éste no puede, el tratamiento fracasará. Y lo más probable -- que esta actitud paterna halla sido la causante de que el niño tenga ese hábito. Sin embargo si la actitud de los padres es todo lo contrario, y se recompensa al niño con algo insignificante al dejar el hábito, resultará positivo.

La colocación de instrumentos intrabucales para hábitos nocivos, pueden ser arma de doble filo, o sea pueden o no corregir el hábito u ocasionar trastornos emocionales más difíciles.

Por eso antes de colocar cualquier aparato se debe tener ciertas afirmaciones como son:

- 1.- La comprensión del niño, o sea, que sepa la necesidad

del uso del aparato, y que el niño quiera que lo ayuden.

- 2.- La cooperación de los padres o sea que ellos entiendan del tratamiento, del riesgo que corren si no cooperan.
- 3.- Relación amistosa o sea, platicar con el niño explicándole todo para que él sienta que es una "recompensa" y no un "castigo".
- 4.- Definición de la meta o sea, los padres del niño y el odontólogo deben elegir un tiempo determinado como meta, y una recompensa material como meta para el niño.
- 5.- Madurez o sea, que el niño halla superado el período de adiestramiento y que pueda producir ansiedades a corto plazo.

A veces el tratamiento requiere de aparatos. Esto va a dificultar la higiene oral y se va a tener que poner mayor cuidado en ellos para prevenir la caries.

Existen varios agentes que previenen la placa bacteriana, que se emplean con frecuencia antes y después de la inserción de los aparatos. Los agentes son: el expose (rojo número 3 "eritrocina"), Beta Rose y Trace. Aunque los agentes causales de la caries deben estar bajo control, también es importante aumentar la resistencia a los tejidos. Por eso se recomienda la aplicación de flú-

or antes de la inserción de los aparatos y pastas fluora--  
das.

Existen tres tipos de conducta en los niños de 3 y 5 años, los dóciles, los sumamente cooperadores y los apren--  
sivos con respecto a los procedimientos orales. Se pue--  
den emplear algunos agentes quimioterapéuticos, como pro--  
peratorios, éstos reducirán la ansiedad y elevarán el um--  
bral del dolor. Pero, debe el clínico familiarizarse per--  
fectamente con las evaluaciones físicas adecuadas del pa--  
ciente, así como con las drogas, antes de usarlas.

#### Consideraciones básicas.

Al margen de que el hábito se está corrigiendo, se a--  
plican dos consideraciones básicas que son:

- 1.- Un reflejo está implicado. El problema consiste en --  
controlar un proceso fisiológico; por lo tanto, el --  
fundamento de la terapia debe ser fisiológico y no me--  
cánico. Siempre debe intentarse alterar el brazo afe--  
rente del reflejo, y esta alteración debe pensarse en  
términos de reaprendizaje muscular. Se deduce, enton--  
ces, que dispositivos como sugetadores, mitones e in--  
movilizadores del codo, que solo aportan interferen--  
cia mecánica, deben ser descartados.
- 2.- Debe determinarse si la maloclusión es de preocupa--

ción primaria o secundaria. Somos odontólogos, y — nuestras mentes y ojos estén dirigidos a problemas — dentarios y soluciones dentarias, pero los arcos linguales no tratan trastornos emocionales.

Por lo tanto, en la presentación del plan de tratamiento, el dentista debe insistir en su importancia, pero asimismo asegurarse de no prometer demasiado. Debe dejar una puerta abierta para otras técnicas si la que él elige fracasa, e indicar además que si se observa una mejora in suficiente quizá sea mejor interrumpir el tratamiento y volver a iniciarlo cuando el niño sea mayor.

Después de evaluar los demás problemas oclusales del niño y de conversarlo con los padres, el dentista puede e legir el tratamiento con aparatos, la terapia conductual, una combinación de ambas o esperar a que el niño crezca más.

Para poder escoger cual técnica debe emplearse para interceptar un hábito debemos considerar lo siguiente:

- 1.- ¿De cuanto tiempo dispone el paciente?
- 2.- La receptividad del paciente a la terapia conductual.
- 3.- La habilidad del dentista y/o la disponibilidad del personal auxiliar.
- 4.- Si el aparato debe utilizarse todo el día o solo por la noche y mientras se mire la T.V.

- 5.- La confiabilidad del paciente en lo referido a no perder los aparatos removibles.
- 6.- La capacidad del niño para soportar las molestias menores durante la construcción del aparato.
- 7.- La confiabilidad del niño para no romper un aparato - fijo o semifijo.
- 8.- La necesidad de otros tratamientos.

#### Técnicas para tratar los hábitos:

##### Succión del pulgar.

- 1.- A veces el hábito de succión desaparece espontáneamente, cuando surge de una reacción progresiva de estímulo y recompensa, pero a veces no desaparece porque se convierte en un mecanismo para atraer la atención.
- 2.- Debe eliminarse lo más pronto posible; a la edad de 3 ó 4 años los defectos dento-faciales usualmente se corrigen por si solos.
- 3.- El niño debe entender que el corregirlo es para su beneficio y no un castigo.
- 4.- Los padres deben dar la mayor libertad posible al niño, permitirle jugar y dar una atmósfera agradable en el hogar.
- 5.- Nunca se debe forzar en sacarle el dedo de la boca, ni criticarlo, ni ridiculizarlo, ni castigarlo, ni a-

vergonzarlo; no darle tanta importancia.

- 6.- Hacerle saber por cuales métodos disponibles contamos para la corrección del hábito. Como el darle la oportunidad al niño de 2 ó 3 meses para que deje por si solo el hábito, y sino después del tiempo determinado discutirlo.
- 7.- Relación con el niño. Puede corregirse mediante el manejo de la conducta en una ó algunas visitas del niño, si no existen problemas emocionales.
- 8.- Darle una tarjeta al niño para que anote cada mañana si el dedo fue chupado durante la noche. La tarjeta tendrá dos columnas una de SI y otra de NO. En dos semanas el niño traerá la tarjeta. Se le permitirá chuparse el dedo pero se le dirá la severidad que causa a sus dientes y lo que la demás gente piensa de él.
- 9.- Todos los aparatos se presentan como un regalo para ayudar al niño a tener mejor aspecto.
- 10.- Si el niño es comunicativo la terapia conductual debe complementarse con el uso de un protector lingual.
- 11.- Si no existe problemas oclusales, hasta la terapia conductual excesiva puede ser el tratamiento de elección, siempre que no se observen contraindicaciones. Por supuesto, cuanto mayor será el grado de éxito.



12.- También se le pueden mostrar fotos de niños con dientes normales o de conejo, así el paciente es motivado para abandonar el hábito.

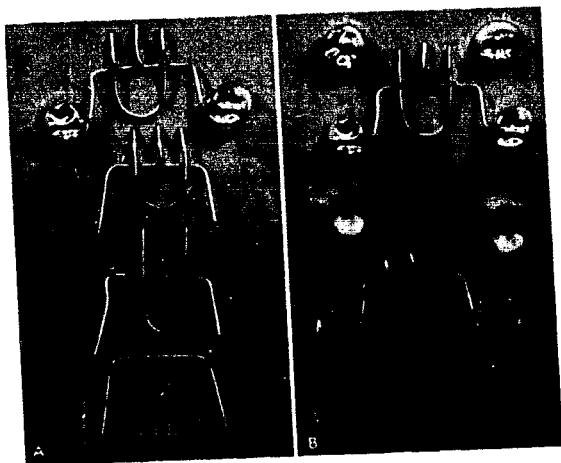
13.- Elementos que pueden utilizarse como recordatorios - son:

A) TINTA- es una medicación de mal gusto pintada sobre el dedo. Como esto y otros elementos - son presentados al paciente para recordarle que no debe chuparse el dedo.

B) VENDAJE ELASTICO- se envuelve alrededor del brazo cuando este está estirado. Cuando el niño quiere succionar, la presión ejercida en el brazo será un recordatorio. Esta presión - no es tan fuerte que el niño no pueda chupar. Este vendaje es solo un recordatorio y no un freno.

C) Otros elementos que cubran el dedo y la mano para recordar pueden ser vendajes con cintas adhesivas, medias y férulas digitales.

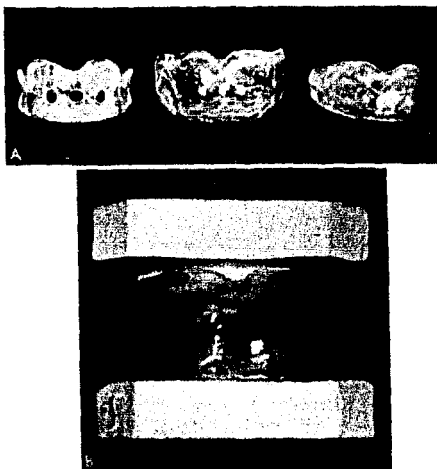
También se pueden utilizar aparatos para hábitos digitales fijos y removibles. Como los arcos palatinos y aparatos de Hawley con protectores digitales así como numerosos pantallas orales.



A, Pasos para contruir un arco palatino; de abajo a arriba: barra base, barra base y asa, barra, asa y espolones doblados hacia el paladar, aparato central soldado a coronas de acero. B, Dos tipos de arcos: uno con bandas para molar y otro con coronas de acero.



Placa de Hawley



Diferentes tipos de pantallas bucales. A, Con agujeros - para respirar; B, Colocado en un modelo para observar la relación.

14.- No debe ser un tema de conversación familiar, ya que el odontólogo y el niño se ocuparán del asunto entre ellos.

15.- Si se elige algún aparato para corregir el hábito de de tener ciertas condiciones como son:

- 1) no impedir de ninguna manera la actividad muscular normal.

2) no requerir recordatorios para usarlo.

3) no avergonzar con su uso.

4) no complicar a los padres.

A) Pantalla bucal- requiere mucha cooperación del paciente.

B) Arco lingual- con puntas cortas soldadas en ubicación estratégica para recordarle al pulgar -- que se mantenga afuera.

1.- Debe estar bien adaptado.

2.- No impedir funcionamiento bucal normal.

3.- Contener suficientes puntas cortas, agudas, como leves señales aferentes de incomodidad; leve el dolor.

#### Interposición lingual.

1.- Por medio de un ejercicio llamado "Sorba y trague", - con una pastilla de menta sin azúcar se pone en la -- punta de la lengua, ésta se lleva entonces para que - la pastilla quede presionada contra el extremo distal o posterior de la papila incisiva, luego, sin proyectar la lengua hacia adelante entre los dientes y los labios, el paciente sorbe y traga su saliva manteniendo los dientes posteriores en oclusión.

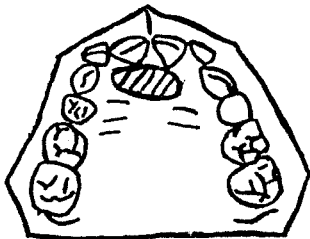
2.- Si hay una labioversión excesiva de los incisivos su-

periores no se empezará el tratamiento hasta que los incisivos hallan sido retraídos.

3.- Puede colocarse un arco lingual soldado, adaptado cuidadosamente a los dientes, llevando puntas cortas (2 mm.), agudas, estratégicamente ubicadas. Para protegerse la lengua, se retira de la posición anormal y se ubica correctamente durante la deglución. No colocar un aparato como primer paso en la terapia. Es traumático para el paciente.

4.- Readiestrar al niño a la deglución normal de la anormal:

A) Ubicar la lengua contra el paladar durante el proceso de la deglución. El sitio debe ser en la pila palatina.



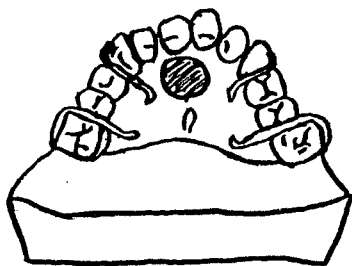
Posición de la lengua, zona sombreada por detrás de los incisivos anterosuperiores es donde debe tocar la lengua en la deglución normal.

B) Mejor aptitud labial (comprensión firme e igual de ambos labios durante el acto de la deglución). La unión de los labios para después pronunciar un sonido explosivo (como "POP"), puede ayudar al niño a captar lo que significa una firme compresión de

los labios.

C) Una mejor acción de los músculos temporales y mase-  
teros, en vez de la acción muscular del mentonia-  
no. Esto se cumple haciendo que el niño "muerda -  
con los dientes de atrás" al prepararse para deglu-  
tir.

5.- Por medio de la colocación de un bultito de acrílico  
o de cera pegajosa en el aparato de Hawley, directa-  
mente sobre la posición de la papila palatina, se le  
dirá al paciente que muerda con los dientes de atrás,  
luego que cierre fuertemente los labios contra los --  
dientes; que ponga el borde de la punta de la lengua  
contra el bultito en el aparato, luego se aprietan --  
los dientes y los labios y que degluta.



Aparato de Hawley, la zona  
sombreada es donde se colo-  
ca el bultito de acrílico  
o la cera pegajosa.

Respiración bucal.

1.- Por medio de un ejercicio llamado "Labios juntos" se  
corregirá la respiración bucal, aumentará la fortale-

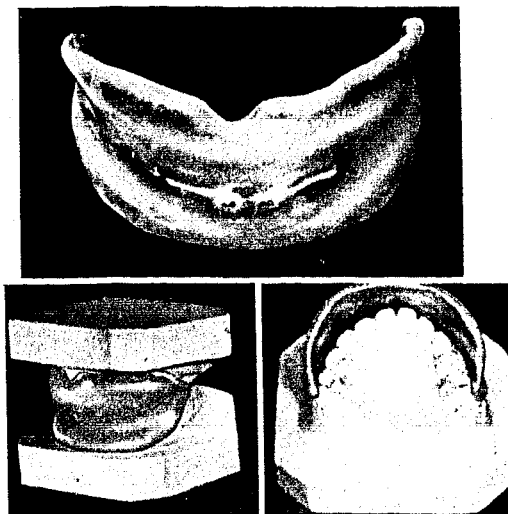
za del orbicular de los labios y desarrollará mejor los flujos de la deglución correcta. Se le pide al niño que mantenga los labios juntos durante lo menos 5 minutos, cada día. Este ejercicio se denomina a menudo "la delicia de las madres". Para ejecutarlo, se coloca una gomita de ortodoncia en la punta de la lengua y luego se presiona contra el extremo distal de la papila incisiva, el paciente cierra los labios y mantiene esta posición durante 5 minutos, entre más seguido los haga, más rápido será el avance de corrección, no importa el número de veces que los haga, sino lo seguido que sean.

2.- Con un protector bucal que bloquea el aire por la boca y obliga la inhalación y la exhalación por la nariz. (ver fig. en la pag. 82)

- A) La respiración nasal estimulará los tejidos nasales, sinucitis y la circulación paranasal.
- B) Va a evitar la deformidad del labio y la presión de la lengua en los dientes anteriores tanto superiores como inferiores.
- C) Estimula a los músculos.
- D) Presiones linguales que ejercen la pantalla bucal puede retruir incisivos y alinearlos y

cerrar espacios.

- E) Se usará todas las noches y por las mañanas - cuando sea posible.



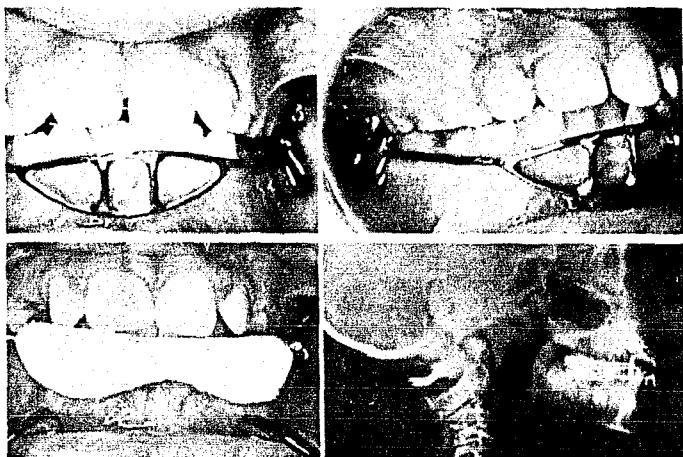
Protector bu-  
cal.

Mordedura de los labios.

- 1.- Primero que nada se mandará al niño con el otorrinola-  
ringólogo para una examinación general.
- 2.- Por medio de ejercicios laborales, tales como la ex-  
tensión del labio superior sobre los incisivos supe-  
riores y aplicar con fuerza el labio inferior sobre -  
el superior.



- 3.- Tocar instrumentos musicales bucales para enderezar - los músculos labiales y ejercer presión en la dirección acertada de los incisivos anteriores superiores.
- 4.- Reducción de la obstrucción nasal o de la faringe, se mandará con un otorrinolaringólogo para retirarlo ya sea por medio de una cirugía o con medicamentos.
- 5.- Si existe una alergia respiratoria se llevará a control.
- 6.- Por medio de una pantalla bucal, que evitará el paseje de aire por la boca; se usará por las noches.
- 7.- Si el problema es en el labio inferior se colocará una pantalla vestibular inferior.



Pantalla vestibular inferior.

A) Se eliminará la hiperactividad del músculo mentoniano.

## CONCLUSIONES

- 1.- Los hábitos perniciosos de la boca son bastante frecuentes y constituyen un importante factor etiológico de gran número de maloclusiones.
- 2.- Es responsabilidad del Cirujano Dentista el valorar los efectos de los mismos sobre los dientes, huesos y músculos de la boca, a fin de evitar su desarrollo y lograr su eliminación.
- 3.- Algunos de los hábitos son fáciles de descubrir, pues presentan características y determinan deformaciones típicas; otros, encambio, pasan desapercibidos y por el contrario son muy difíciles de identificarlos.
- 4.- La gravedad de los hábitos dependerá de la intensidad, frecuencia y edad en que se desarrollan éstos.
- 5.- Existen hábitos que por si solos desaparecen ya sea por la edad, como el succionarse el dedo.
- 6.- Un hábito causado por algún problema grave psicológico en un niño, es más difícil tratarlo.
- 7.- Los hábitos siempre producen satisfacción o seguridad al ejecutarlos.
- 8.- Casi todos los hábitos orales perniciosos influyen en las estructuras de la boca.
- 9.- La mayoría de los hábitos atribuyen a los trastornos

emocionales.

- 10.- Los hábitos son perniciosos cuando interfieren con el desarrollo normal de los huesos y la función muscular.
- 11.- Los hábitos se pueden clasificar en: instintivos, -- placenteros, defensivos o hereditarios.
- 12.- Para el éxito en el tratamiento de un hábito se necesita especial comprensión psicológica del Cirujano - Dentista, gran fuerza de voluntad del paciente e interés y dedicación de los padres.
- 13.- Si el hábito es causado por un problema emocional y alteraciones de la conducta, será tratado y solucionado el mal hábito en colaboración de un psicólogo.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aparatología del Arco de Canto con Alambres Delgados  
Tomo I y Tomo II  
Joseph R. Jarabak y James A. Fizzelli  
Editorial Mundi primera edición. 1975
- 2.- Manual de Odontopediatría Clínica y de Laboratorio  
Primera parte.  
Dr. Thomas K. Barber  
Dr. Maury Massler  
1976.
- 3.- Movimientos Dentarios Menores en Niños  
Joseph M. Sim  
Editorial Mundi, 1973.
- 4.- Odontología Para el Niño y el Adolescente  
Ralph E. Mc.Donald, B.S., D.D.S., M.S.  
Editorial Mundi, segunda edición.
- 5.- Odontología Pediátrica  
Sidney B. Finn  
Editorial Interamericana, cuarta edición, 1977.
- 6.- Orthodontics in Dental Practice  
Vicken Sassouni & Edwards J. Forest  
C.V. Mosby Company, 1971.

- 7.- Ortodoncia Actualizada  
D.P. Walter y otros  
Editorial Mundi, primera edición, 1972.  
Impreso Buenos Aires, Argentina.
- 8.- Ortodoncia (Teoría y Práctica)  
T.M. Graber  
Editorial Interamericana  
Primera edición, 1974.
- 9.- Psicología Del Desarrollo Infantil  
Sidney W. Bijou y Donald M. Baer  
Editorial Trillas, quinta reimpression, 1975.
- 10.- Removable Orthodontics Appliances  
T.M. Graber  
Bedrich Newmann  
W.B. Saunders Company, 1977.
- 11.- Terapia Oclusal en Odontopediatría  
Edward M. Barnett  
Editorial Médica Panamericana S.A., 1978.
- 12.- Tratado de Ortodoncia  
Robert E. Moyers  
Editorial Interamericana, primera edición.  
Impreso en México, 1960.
- 13.- Un Atlas de Odontopediatría  
David E. Law

Thompson M. Lewis

John E. Davis

Editorial Mundi, abril 1972.

ESTE TRABAJO SE IMPRIMIO EN LOS TALLERES  
GRAFICOS DE GUADARRAMA IMPRESORES, S. A.  
AV. CUAUHEMOC 1201, COL. VERTIZ NARVARTÉ  
MEXICO 13, D. F. TEL. 559 22 77 CON TRES LINEAS

